

Министерство здравоохранения Рязанской области
Областное государственное бюджетное
профессиональное образовательное учреждение
«Рязанский медицинский колледж»



Дни студенческой науки 2021

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

**студенческая учебно-исследовательская конференция
специальность 34.02.01. Сестринское дело**

СБОРНИК ТЕЗИСОВ



Рязань, 2021

| Содержание | Стр. |
|--|------|
| Предисловие | 3 |
| Особенности ухода за пациентом с сахарным диабетом после чрезплюсневой ампутации стопы. Морозова Н.А., обучающаяся группы 6090117, методический руководитель Ефремова Е.Е. | 4 |
| Особенности ухода в послеоперационном периоде за пациентом с онкологией лёгких в условиях стационара. Иванова А.В., обучающаяся группы 6090117, методический руководитель Ефремова Е.Е. | 4 |
| Обучение добровольных помощников оказанию первой помощи пострадавшим при кровотечениях в условиях чрезвычайных ситуаций. Хорошавцева К.Н., обучающаяся группы 6090417, методический руководитель Прокопьева Г.С. | 6 |
| Обучение добровольных помощников оказанию первой помощи пострадавшим при термической травме, ожогах в условиях чрезвычайных ситуаций. Комендантова М.И., обучающаяся группы 6090217, методический руководитель Прокопьева Г.С. | 7 |
| Обучение добровольных помощников оказанию первой помощи пострадавшим детям в условиях чрезвычайных ситуаций, Каравашкина К. А., обучающаяся группы 6090217, методический руководитель Прокопьева Г.С. | 9 |
| Обучение добровольных помощников оказанию первой помощи пострадавшим при кровотечениях в условиях чрезвычайных ситуаций. Давыдова Д.С., обучающаяся группы 6090117, методический руководитель Прокопьева Г.С. | 11 |
| Сестринский уход за пациентом с острым нарушением мозгового кровообращения в отделении реанимации. Шинкова К.О. обучающаяся группы 6090117, методический руководитель Тен Е. Е. | 12 |
| Деятельность среднего медицинского персонала в условиях женской консультации по психологической поддержке беременных с мастопатией. Терехова Е.В., обучающаяся группы 2090117, методический руководитель Калыгина О.А. | 14 |
| Психологические аспекты деятельности медицинской сестры в организации ухода и повышении качества жизни пациентов с бронхиальной астмой. Колотовкина А. А., обучающаяся группы 6090617, методический руководитель Калыгина О.А. | 15 |
| Организация индивидуального ухода за пациентом с закрытой черепно-мозговой травмой средней тяжести в стационаре. Рыжова Д., обучающаяся группы 6110118, методический руководитель Полякова Н.В. | 16 |
| Организация индивидуального сестринского ухода после миомэктомии при миоме матки в условиях гинекологического отделения. Лобова В.А., обучающаяся группы 6110118, методический руководитель Полякова Н.В. | 18 |
| Организация индивидуального сестринского ухода в послеоперационном периоде за пациентом с панкреонекрозом. Тишкевич Д. А. обучающаяся группы 6090419, методический руководитель: преподаватель Полякова Н.В. | 20 |
| Организация деятельности палатной медицинской сестры в ковидном госпитале. Чудакова С., обучающаяся группы 6090117, методический руководитель Фатина Е.М. | 21 |
| Особенности сестринского ухода за пациентом в ковидном госпитале. Волкова А., обучающаяся группы 6090117, методический руководитель Фатина Е.М. | 23 |
| Деятельность медицинской сестры при проведении мероприятий по медицинской реабилитации пациентов с COVID-19. Пестрецова А., обучающаяся группы 6090117, методический руководитель Фатина Е.М. | 25 |
| Особенности медицинской этики и деонтологии в работе медицинской сестры операционного отделения. Евсеева Е.Е. обучающаяся группы 6110218, методический руководитель: преподаватель Тарасова Н.А. | 27 |
| Публичные выступления в деятельности медицинского работника. Антипочкина Е.А., председатель ЦМК Сестринское дело | 29 |
| Особенности выполнения проекта «Выпускная квалификационная работа». Ефремова Е.Е., преподаватель специальности «Сестринское дело» | 31 |
| Экзаменационный стресс и способы его преодоления. Калыгина О.А., преподаватель специальности «Сестринское дело» | 32 |
| Особенности профессиональной адаптации выпускника медицинского колледжа. Тарасова Н.А., преподаватель специальности «Сестринское дело» | 34 |
| Список литературы | 36 |

Предисловие

Любой человек, чтобы выжить и не потеряться в нашем непростом мире сегодня, должен смело идти навстречу новому, то есть быть способным исследовать и проектировать своё взаимодействие с постоянно и непредсказуемо изменяющимся миром.

Это означает, что нам нужно учиться непрерывно и безостановочно. Проектно-исследовательское мышление необходимо и взрослым, и детям. Его необходимо специально пробуждать, планомерно развивать и заботливо культивировать.

Исследовательская компетентность обучающегося – это способность и готовность его самостоятельно осваивать и получать новые знания, выдвигать идеи, гипотезы в результате выделения проблемы, работы с различными источниками знаний, исследования темы, проведения наблюдения, предложение путей решения проблемы и поиска наиболее рациональных вариантов решения вопросов, проектов.

Федеральный государственный образовательный стандарт по специальности 34.02.01 Сестринское дело предусматривает выполнение проектно-исследовательских работ в ходе выполнения индивидуальных проектов, курсовых работ, самостоятельной работы обучающихся, а в качестве Государственной итоговой аттестации он предусматривает выполнение обучающимися выпускной квалификационной работы (далее- ВКР). ВКР - это учебно-исследовательский проект студента с направлением исследования в профессиональной области деятельности.

Выполнение ВКР способствует систематизации, расширению освоенных во время обучения знаний по общепрофессиональным дисциплинам, профессиональным модулям и закреплению знаний выпускника по специальности при решении разрабатываемых в выпускной квалификационной работе конкретных задач, а также выяснению уровня подготовки выпускника к самостоятельной профессиональной деятельности и направлена на проверку качества полученных обучающимся знаний и умений, сформированности общих и профессиональных компетенций, позволяющих решать профессиональные задачи.

В сборнике представлены материалы студенческой учебно-исследовательской конференции «Современные аспекты деятельности медицинской сестры». На конференции были рассмотрены теоретические аспекты профессиональной области исследования «Деятельность медицинской сестры» в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом по специальности, Профессиональными стандартами и актуальными нормативными актами, представлены учебно-исследовательские работы обучающихся, а также даны рекомендации преподавателей по особенностям выполнения учебно-исследовательских работ в части выпускных квалификационных работ, профилактике стресса во время работы над ними и особенностям профессиональной адаптации.

Особенности сестринского ухода за пациентом с сахарным диабетом после чрезплюсневой ампутации стопы

Морозова Н. А.а, обучающаяся группы 6090718,

методический руководитель: преподаватель Ефремова Е.Е.

Сестринский уход после проведенной чрезплюсневой ампутации стопы при сахарном диабете, является актуальной проблемой, так как послеоперационный период является адаптационным к новым условиям жизни для пациента.

Сахарный диабет - эндокринное заболевание, обусловленное абсолютной или относительной инсулиновой недостаточностью, что приводит к нарушению всех видов обмена веществ, прежде всего углеводного, поражению сосудов (ангиопатиям), нервной системы (нейропатиям), а также других органов и тканей.

Выявлены 6 групп трегиррующих факторов, вызывающих развитие сахарного диабета 1 типа.

В результате нарушения синтеза и секреции инсулина бета-клетками островков Лангерганса, возникает снижение уровня инсулина в крови, что со временем приводит к абсолютной инсулиновой недостаточности.

В соответствии с приказом от 13 января 2021 года, N 62082 ,основные мероприятия при сахарном диабете первого типа направлены на создание адекватного соотношения между поглощёнными углеводами, физической нагрузкой и количеством введённого инсулина.

Осложнения сахарного диабета разделяют на острые и хронические.

Синдром диабетической стопы – это хроническое поражение кожи, крупных и мелких сосудов, нервов, костей и мышцы стопы.

Операцию по Шарпу выполняют на протяжении плюсневых костей с образованием двух лоскутов.

В период новой коронавирусной инфекции, в эндемичных районах плановые оперативные вмешательства откладываются, переносятся на более поздние сроки, но у больных с потенциально смертельным исходом, например с острыми хирургическими заболеваниями экстренные оперативные вмешательства не могут быть отложены.

Особенности ухода в послеоперационном периоде за пациентом с онкологией легких в условиях стационара

Иванова Алёна Валерьевна, обучающаяся группы 6090718,

методический руководитель: преподаватель Ефремова Е.Е.

Сестринский уход за пациентом с онкологией легкого является актуальной проблемой, так как в настоящее время фиксируется тенденция роста больных, имеющих злокачественные заболевания. Сестринский уход рассматривается как равнозначный врачебному элемент лечебно-диагностической деятельности, что, безусловно, повышает качество медицинской помощи. С накоплением опыта интенсивного ухода за пациентом с

раком легкого отмечается прогрессивное снижение уровня смертности в нашей стране.

Онкология (от греч. *ónkos* — масса, нарост, опухоль), наука, изучающая причины возникновения, механизмы развития, клиническое течение опухолей и разрабатывающая методы их лечения и профилактики. Упоминания об онкологии можно встретить в папирусах Древнего Египта и манускриптах Индии еще за 2000 лет до нового летоисчисления.

Рак легкого — злокачественная опухоль, формирующаяся из эпителиальных клеток бронхов. Поражает разные сегменты легких. Опухоль примерно с одинаковой частотой возникает в правом и левом легком. Рак, поражающий главные, долевые или сегментарные бронхи, называют центральным. Опухоль, возникающую в бронхах меньшего калибра, чем сегментарные, называют периферическим раком.

Раковые клетки быстро делятся, опухоль начинает увеличиваться в размерах. При отсутствии лечения она прорастает в соседние органы — сердце, крупные сосуды, пищевод, позвоночник, вызывая их повреждение.

По гистологическому строению рак легкого делят на 4 основных типа: плоскоклеточный, железистый (аденокарцинома), мелкоклеточный и крупноклеточный.

В онкологии для удобства описания выделяют стадии заболевания.

У больных с ранними стадиями рака легкого могут отсутствовать какие-либо признаки заболевания. Большинство больных с ранними стадиями узнают о своем заболевании случайно, пройдя рентгенографию или компьютерную томографию легких по другому поводу.

У пациентов с прогрессирующим заболеванием исход неблагоприятный, независимо от вида патологии, и цель лечения скорее — паллиативная, нежели излечивающая. В свою очередь пациентам с рано диагностируемым заболеванием можно применять различные методы лечения.

Профилактика рака легкого предусматривает отказ от курения и предотвращение воздействия веществ, способных вызвать развитие злокачественных опухолей.

Рак легкого имеет плохой прогноз. В среднем при отсутствии лечения пациенты с немелкоклеточным раком легкого на поздней стадии живут на протяжении 6 месяцев. Даже при лечении у больных распространенным мелкоклеточным или немелкоклеточным раком легкого на поздней стадии коэффициент 5-летней выживаемости составляет менее 1 %. Ранняя диагностика повышает выживаемость.

Сестринский уход базируется не только на оказании физической помощи, но и психологических основах.

Обучение добровольных помощников оказанию первой помощи пострадавшим при кровотечениях в условиях чрезвычайных ситуаций

*Хорошавцева К.Н. обучающаяся группы 6090417,
методический руководитель: преподаватель Прокопьева Г.С.*

Чрезвычайная ситуация - это обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате аварии, представляющего опасность для окружающих, стихийного или иного бедствия, которые могут повлечь или за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей (в ред. Федеральных законов от 30.12.2008 N 309-ФЗ, от 01.04.2020 N 98-ФЗ).

Первая помощь — это комплекс простейших, срочных и целесообразных мер для спасения здоровья и жизни человека, которые проводятся до прибытия медицинского работника или доставки в лечебное учреждение.

При артериальном кровотечении кровь имеет ярко-красный цвет и пульсирует струей. Оно наиболее опасно для жизни пострадавшего, поскольку может привести к гибели. До 20% легкая степень, быстрая потеря 20 — 30% опасна для жизни, потеря 30 % и более — смертельна.

При венозном кровотечении кровь темно-вишневого цвета вытекает равномерно непрерывной. Венозное не так опасно для жизни больного, однако при ранениях вен грудной и брюшной областей возникает опасность: в этих венах в момент вдоха давление крови становится ниже атмосферного, поэтому при ранениях, нарушающих целостность их стенок, в просвет сосуда может засасываться воздух. Его пузырьки, проникая с током крови в правую половину сердца, а затем в легочный ствол, могут стать причиной молниеносной смерти. Это явление называется воздушной, или газовой эмболией.

При капиллярном кровотечении кровоточит вся поверхность раны, отдельных кровоточащих сосудов нет. При нормальной свертываемости крови оно может прекратиться самостоятельно.

Паренхиматозное (смешанное) кровотечение возникает при одновременном повреждении артерий, вен и капилляров паренхиматозных органов (печень, легкие, почка, селезенка). Кровотечение при таких повреждениях обычно значительное и самостоятельно не останавливается, так как сосуды, расположенные в тканях того или иного органа, как правило, самостоятельно не спадаются.

В зависимости от характера травмы различают наружное и внутреннее кровотечение. При наружном кровотечении кровь вытекает на внешнюю поверхность тела пострадавшего из раны или естественных отверстий тела, а при внутреннем — в полость плевры, брюшины, черепа, перикарда, в ткани и межфасциальные пространства, в просвет полых трубчатых внутренних органов.

Острая кровопотеря — это быстрая безвозвратная потеря крови организмом в результате кровотечения через стенки поврежденных сосудов. Нарушение

целостности стенки сосуда может быть вызвано разрывом, размождением, изъязвлением (эрозия) или разрезом.

Обучение добровольных помощников оказанию первой помощи пострадавшим при термической травме, ожогах в условиях чрезвычайных ситуаций

Комендантова М.И. обучающаяся группы 6090217,

методический руководитель: преподаватель Прокопьева Г.С.

Ожог — это повреждение тканей организма, возникающее в результате местного действия высокой температуры, а также химических веществ, электрического тока или ионизирующего излучения.

Классификация ожогов: (по характеру повреждающего фактора)

1. Термические (ожог, который получен при контакте с жидким, твёрдым или газообразным источником тепла)
2. Химические (те, которые наступили из-за действия, например, йода, некоторых растворов кислот – в общем, различных разъедающих жидкостей)
3. Электрические (при таком ожоге поражаются ещё и внутренние органы электромагнитным полем)
4. Лучевые (ожог получен вследствие ультрафиолета или инфракрасного излучения)
5. Смешанные (термические, химические, лучевые, термические и т.д.)

По локализации:

1. Функционально активных частей тела (конечности)
2. Неподвижных частей (туловище)
3. Лица
4. Волосистой части головы
5. Верхних дыхательных путей
6. Промежности

По глубине поражения тканей ожоги делятся на четыре степени:

Ожог 1-й степени характеризуется покраснением и небольшим отеком кожных покровов. Обычно выздоровление в этих случаях наступает на четвертые или пятые сутки.

Ожог 2-й степени – появление на покрасневшей коже пузырей, которые могут образоваться не сразу. Ожоговые пузыри наполнены прозрачной желтоватой жидкостью, при их разрыве обнажается ярко-красная болезненная поверхность росткового слоя кожи. Заживление, если к ране присоединилась инфекция, происходит в течение десяти-пятнадцати дней без образования рубца.

Ожог 3-й степени – омертвление кожи с образованием струпа серого или черного цвета.

Ожог 4-й степени – омертвление и даже обугливание не только кожи, но и глубже лежащих тканей – мышц, сухожилий и даже костей. Омертвевшие ткани

частично расплавляются и отторгаются в течение нескольких недель. Заживление протекает очень медленно. На месте глубоких ожогов часто образуются грубые рубцы, которые при ожоге лица, шеи и суставов ведут к обезображиванию. На шее и в области суставов при этом, как правило, образуются рубцовые контрактуры.

Клинические проявления определяют деление ожога 3 степени на два подвида:

3а степень – поражение дермы, включая сосочковый слой. Целыми остаются только самые глубокие её участки, в которых заложены придатки кожи (волосные фолликулы и сальные железы). Этот факт и определяет возможность самостоятельного заживления небольших по площади ожогов за счет гранулирования и краевой эпителизации с окружающих здоровых участков;

3б степень – повреждение всех элементов кожи, включая придаточные образования. Это делает невозможным её самостоятельное восстановление, так как подлежащая подкожная жировая клетчатка не обладает такой способностью.

Ожоги 1 и 2, а также 3а степеней относят к поверхностным, благодаря способности к самостоятельному заживлению. Определиться со степенью ожога не так сложно, если знать, на что нужно обратить внимание.

Критерии, характеризующие ожог 3 степени можно выделить так:

При ожогах 3а образуются разнокалиберные пузыри, заполненные кровянистой жидкостью на фоне покрасневших окружающих тканей;

Раневые дефекты с обильными серозно-геморрагическими (слизисто-кровянистыми) выделениями, прикосновение к которым не вызывает болевых ощущений;

Для ожогов 3б степени характерно образование толстостенных кровянистых пузырей или плотных струпов из омертвевшей кожи;

Выраженный отек и гиперемия окружающей кожи;

Общие проявления в виде интоксикации и обезвоживания (тахикардия, частое дыхание, падение артериального давления, повышение температуры тела).

Очень важно при таких ожогах госпитализировать пострадавших в специализированный стационар, где будет проведено раннее оперативное лечение и соответствующая медикаментозная коррекция, что предупредит развитие ожоговой болезни.

Ожог 4 степени. Данный вид ожогов является самым тяжелым, независимо от площади поражения. Если он распространяется в пределах одного сегмента, это может стать причиной гибели пациента или потери конечности. Как показывает мировая практика, ожоги 4 степени локального характера в основном получают пламенем или горячим предметом, пребывая в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. Возможны такие ожоги химическими соединениями кислотной или щелочной природы. Электротравма конечностей часто носит вид ожогов кисти и предплечья 4 степени, проявляясь полным обугливанием пальцев.

Оказание первой помощи при ожогах. Прекратить действие термического агента на кожу. Охладить обожженные участки (пузырь со льдом или струя холодной воды – в течение 10-15 мин). Наложить асептическую повязку. Обезболивание и проведение противошоковой терапии (инфузии реополиглюкина, рефортана, гекодеза, желатиноля). Доставка пострадавшего в стационар.

Местное лечение ожогов. Лечение ожоговых поражений может быть консервативным и оперативным. Выбор метода лечения зависит от глубины поражения. При поверхностных ожогах (I-II ст.) единственным и окончательным методом лечения является консервативный метод. При глубоких (III-IV ст.) ожогах необходимо оперативное лечение – удаление некротизированных тканей и пластического замещения ран. Консервативное лечение в данных случаях является только этапом предоперационной подготовки.

Общее лечение ожогов. Основой общего лечения ожогов является воздействие на следующие компоненты

1. Борьба с болью
2. Лечение ожогового шока
3. Лечение ожоговой токсемии
4. Предупреждение и лечение инфекционных осложнений

Борьба с болью (проводится путем создания покоя, назначения ненаркотических и наркотических препаратов.

Лечение ожогового шока заключается в обеспечении проходимости дыхательных путей, ингаляциях кислородом, катетеризации центральной вены и проведении инфузионной терапии, наложении повязок на обожженные поверхности, катетеризации мочевого пузыря, введении зонда в желудок.

Обучение добровольных помощников оказанию первой помощи пострадавшим детям в условиях чрезвычайной ситуации

*Караваешкина К.А. обучающаяся группы 6090217,
методический руководитель: преподаватель Прокопьева Г.С.*

Чрезвычайная ситуация — это обстановка на определённой территории, сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, распространения заболевания, стихийного или иного бедствия, которые могут повлечь или повлекли за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей.

Чрезвычайная ситуация любого типа в своем развитии проходят четыре типовые стадии (фазы):

- предварительная — образуются и нарастают предпосылки к возникновению природного или техногенного бедствия, накапливаются отклонения от нормального состояния или процесса;

- первая — инициирование природного или техногенного бедствия и последующее развитие процесса чрезвычайного события, во время которого оказывается воздействие на людей, объекты экономики, инфраструктуры и природную среду;
- вторая — осуществляется ликвидация последствий природного или техногенного бедствия, ликвидация чрезвычайной ситуации (эта стадия может начинаться и до завершения первой стадии);
- третья — осуществляется ликвидация долговременных последствий природного и техногенного бедствия.

Оказание медицинской помощи детям должно осуществляться с учетом анатомо-физиологических особенностей детского организма, обуславливающих отличия в клинических проявлениях и течении посттравматического заболевания по сравнению с взрослыми (частота пульса, артериальное давление, число дыхательных движений, костная система, выделительная система, «упрямство»). При одинаковой степени тяжести поражения дети имеют преимущество перед взрослыми при получении медицинской помощи, как в очаге поражения, так и за его пределами.

Медицинская помощь пострадавшим при чрезвычайных ситуациях оказывается в следующих условиях:

Вне медицинской организации - в очаге поражения, в зоне чрезвычайной ситуации, в пункте сбора пострадавших, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации;

2. Амбулаторно - в условиях развернутого и функционирующего в зоне чрезвычайной ситуации мобильного медицинского отряда или госпиталя Всероссийской службы медицины катастроф;

3. Лечебно-профилактической медицинской организации, на базе которой работает бригада экстренного реагирования или бригада специализированной медицинской помощи, мобильный медицинский отряд или госпиталь Всероссийской службы медицины катастроф; трассового медицинского пункта;

4. Эвакуационного приемника;

5. Медицинского пункта временного размещения населения, отселяемого из зоны чрезвычайной ситуации;

6. Стационарно - в условиях развернутого и функционирующего госпиталя Всероссийской службы медицины катастроф, лечебно-профилактической медицинской организации, на базе которой работает мобильный медицинский отряд, госпиталь или бригада экстренного реагирования, бригада специализированной медицинской помощи Всероссийской службы медицины катастроф.

На первом этапе медицинской эвакуации в процессе медицинской сортировки выделяют три основные сортировочные группы:

1. пораженные дети, нуждающиеся в симптоматической терапии и не подлежащие эвакуации на следующий этап;

2. пораженные дети, нуждающиеся в экстренной медицинской (хирургической) помощи на данном этапе;
3. пораженные дети, подлежащие незамедлительной эвакуации в лечебные учреждения второго этапа медицинской эвакуации. Необходимо указать, что пострадавшие, отнесенные предварительно к той или иной сортировочной группе, в зависимости от динамики течения травматического процесса и складывающейся медико-тактической обстановки, могут быть переведены в другую сортировочную группу.

Характер первой помощи зависит от состояния человека, пострадавшего в чрезвычайной ситуации, определяется непосредственно на месте поражения или вблизи от него и требует использования подручных средств. Своевременно и правильно оказанная первая медицинская помощь спасает человеческую жизнь и предупреждает развитие неблагоприятных исходов.

1. Пульс сонной артерии
2. Искусственное дыхание
3. Сердечно-легочная реанимация (СЛР)

Обучение добровольных помощников оказанию первой помощи при кровотечениях в условиях чрезвычайных ситуаций

Давыдова Д.С. обучающаяся группы 6090117, методический руководитель: преподаватель Прокопьева Г.С.

Актуальность работы: кровотечение является одной из главных причин смертности при травмах и некоторых заболеваниях, поэтому каждый человек должен владеть способами временной остановки кровотечения, знать клинические признаки кровотечения и его опасность для жизни пострадавшего.

По данным статистики, до одной трети смертельных случаев при ранениях наступает вследствие острой кровопотери. Значительные изменения объема циркулирующей крови, которые часто наблюдаются при кровотечении, опасны для жизни человека и требуют принятия экстренных мероприятий к остановке кровотечения. Иногда даже небольшое кровотечение в ограниченное пространство вызывает нарушение функций жизненно важных органов.

Поэтому изучение методов остановки кровотечения необходимо не только медицинскому работнику, но и каждому человеку для оказания само- и взаимопомощи, т. к. неостановленное кровотечение сопровождается развитием геморрагического шока, что может привести к летальному исходу. Каждый человек должен владеть способами временной остановки кровотечения, знать клинические признаки кровотечения и его опасность для жизни пострадавшего.

Объект исследования: оказание первой помощи при кровотечении.

Предмет исследования: обучение добровольных помощников оказанию первой помощи при кровотечении.

Цель исследования: изучить особенности оказания первой помощи при кровотечении;

Задачи:

1. Изучить особенности оказания первой помощи при кровотечении
2. Проанализировать:
 - нормативно – правовую и нормативно – методическую документацию по данной теме;
 - медицинскую помощь (на территории Российской Федерации)
 - Опыт лучших практик по данной теме по материалам российских и зарубежных авторов

Методы исследования:

1. Организационный (сравнительный)
2. Эмпирический

Методы обработки данных (количественный, качественный)

Данная тема мне показалась интересной по многим причинам, я решила изучить ее подробнее.

Кровотечением называется выход крови за пределы сосудистого русла в окружающую среду, в полость тела или просвет полого органа.

Кровотечение чаще всего обусловлено:

- 1) Механической травмой (ранение)
- 2) Патологическим процессом с образованием дефекта сосудистой стенки (аррозионное кровотечение при воспалении, распадающейся опухоли)
- 3) Нарушением проницаемости сосудистой стенки вследствие авитаминоза, сепсиса, интоксикации.

Виды кровотечений различают в зависимости от причин, вызвавших кровотечение, места, куда изливается кровь, времени возникновения и анатомического строения поврежденного сосуда.

Сестринский уход за пациентами с острым нарушением мозговым кровообращением в отделении реанимации

Шинкова К.О. обучающаяся группы 6090117,

методический руководитель: преподаватель Тен Е.Е

Актуальность: вопросы диагностики, лечения и профилактики нарушений мозгового кровообращения носят актуальный характер в связи с высоким ростом заболеваемости среди контингента лиц молодого и среднего возраста в последние годы, в связи с этим постоянно расширяется объем сестринского ухода необходимый пациентам с этой патологией.

Цель исследования: осуществить анализ и определить пути совершенствования деятельности медицинской сестры при уходе за пациентами с нарушением мозгового кровообращения в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии.

Объект исследования: пациенты с острым нарушением мозгового кровообращения (инсультом).

Задачи:

1. Исследовать теоретические аспекты проблемы организации медицинской помощи и сестринского ухода за пациентами с ОНМК;
2. Изучить особенности пациентов с ОНМК
3. Осуществить анализ деятельности медицинской сестры по организации ухода за пациентами с ОНМК в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии
4. Определить пути и рекомендации по совершенствованию деятельности медицинской сестры при уходе за пациентами с ОНМК в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии
5. Подведение итогов проведенных исследований.
6. Разработка «Памятки по профилактике» нарушений мозгового кровообращения.

Инсульт (лат. *insultus* «наскок, нападение, удар»), устар. апоплéксiя (др.-греч. ἀποπληξία «паралич») — острое нарушение кровоснабжения головного мозга (острое нарушение мозгового кровообращения, ОНМК), характеризующееся внезапным (в течение нескольких минут, часов) появлением очаговой и/или общемозговой неврологической симптоматики, которая сохраняется более 24 часов или приводит к смерти больного в более короткий промежуток времени вследствие цереброваскулярной патологии.

Симптомы:

1. Регулярные головные боли.
2. Боль в глазах в конце дня, усиливается при движении глазами;
3. Головокружения чаще трёх раз в месяц.
4. Тошнота, рвота.
5. Шум в ушах, ощущение заложенности.
6. Онемение рук, ног и других частей тела.
7. Судороги, обмороки.
8. Быстрая утомляемость, рассеянность, нарушение сна, ухудшение памяти.

Первые признаки инсульта:

Человек не может выполнить просьбу улыбнуться, поскольку мимика лица нарушена. Его улыбка будет кривой, одна сторона опущена.

Речь невнятная, размытая, может даже показаться, что с вами пытается разговаривать пьяный.

Затруднительно поднять руки на один уровень. По тому, какая рука находится ниже, можно определить поражённую сторону.

У человека с инсультом не получится высунуть язык. Он будет западать.

Особенности организации сестринского ухода в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии при нарушении мозгового кровообращения.

В палате интенсивной терапии или отделении реабилитации пациентов после нарушения кровоснабжения головного мозга медсестры действуют строго по установленной схеме:

1. Проводится осмотр пациента с целью определения степени поражения, оценки общего состояния, выявления потенциальных осложнений.
2. Ставится предварительный сестринский диагноз (нарушение движений, речи, чувствительности, жизненно важных функций, астения).
3. Составляется план действий, независимый от указаний врача, с целью обеспечения жизнедеятельности пациента и ускорения процесса его выздоровления.
4. Реализация поставленных задач в процессе взаимодействия с остальным медицинским персоналом.
5. Оценка результата проделанной работы, которая проводится с учетом поставленных в самом начале целей.

Профессиональный сестринский процесс по уходу за пациентами, перенесшими острое нарушение мозгового кровообращения, в настоящее время является необходимым условием для сохранения жизни пациента, уменьшения числа осложнений, позволяет избежать глубокой инвалидизации и повышению качества дальнейшей

Деятельность среднего медицинского персонала в условиях женской консультации по психологической поддержке беременных с мастопатией

Терехова Е.В. обучающаяся группы 2090117,

методический руководитель: преподаватель Калыгина О.А.

Доброкачественные заболевания молочных желез являются наиболее распространенными болезнями репродуктивной сферы у женщин. По статистике мастопатия у беременных встречается в 30% случаев. Основным и самым грозным осложнением данных патологий является развитие рака молочных желез. В ходе гормональной перестройки при беременности женщина становится уязвима в психологическом плане. Мастопатия в гестационный период может способствовать ухудшению психоэмоционального состояния женщины. Медицинский персонал должен знать, как проявляются заболевания молочных желез в гестационный период для профилактики заболеваний и оказания психологической поддержки беременным.

Объект: мероприятия по психологической поддержке беременных с мастопатией.

Предмет: деятельность среднего медицинского персонала по психологической поддержке беременных с мастопатией.

Цель: изучить особенности деятельности среднего медицинского персонала по психологической поддержке беременных с мастопатией.

Мастопатия — это фиброзно-кистозная болезнь, характеризующаяся нарушением соотношений эпителиального и соединительнотканного

компонентов, широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочной железы.

Этиология:

1. опухоли и воспалительные заболевания яичников
2. нарушения работы надпочечников
3. нарушения работы гипофиза с выделением избыточного количеств гормонов
4. нарушения работы гипоталамуса с выделением избытка либеринов

Клинические проявления:

- боли
- выделения из сосков
- диффузные уплотнения в молочных железах

Деятельность среднего медицинского персонала:

- Занятия с женщинами в «школах матерей» - о режиме беременной женщины
- Психологическая помощь и релаксирующий тренинг
- Рекомендации по питанию беременных с мастопатией
- Рекомендации по подбору комфортного бюстгальтера

Психологические аспекты деятельности медицинской сестры в организации ухода и повышении качества жизни пациентов с бронхиальной астмой.

*Колотовкина А. А. обучающаяся группы 6090617,
методический руководитель: преподаватель Калыгина О.А.*

На сегодняшний день бронхиальная астма является одним из самых распространенных во всем мире заболеванием дыхательной системы человека. По данным Всемирной организации здравоохранения во всем мире астмой страдает более 339 миллионов человек. В последние годы, отмечается повышение заболеваемости бронхиальной астмы и стремление к её более тяжелому течению. Данное заболевания включают расстройства с соматической симптоматикой и отчетливой органической патологией, при которых, однако, причиной или поддерживающими болезнь факторами могут быть психические влияния. Сестринский персонал принимает непосредственное участие в оказании психологической поддержки пациентам, вносит весомый вклад в функционирование и развитие медицинской службы.

Объект исследования – мероприятия по организации ухода за пациентами с бронхиальной астмой, находящимися на лечении в ГБУ РО «Областная клиническая больница».

Предмет исследования – деятельность медицинской сестры по организации ухода и повышению качества жизни пациентов с бронхиальной астмой.

Цель исследования — выявление психологических особенностей сестринского ухода за пациентами с бронхиальной астмой.

Задачи исследования:

- изучить теоретические аспекты организации медицинской помощи пациентам с бронхиальной астмой
- изучить роль медицинской сестры в диагностике и лечении бронхиальной астмы
- изучить психологические особенности пациентов с бронхиальной астмой
- проанализировать особенности сестринского ухода после приступа бронхиальной астмы
- проанализировать мероприятия по оказанию психологической поддержки пациентам с бронхиальной астмой
- разработать рекомендации для пациентов и его окружения

Бронхиальная астма — это гетерогенное заболевание, характеризующееся хроническим воспалением дыхательных путей, наличием респираторных симптомов, которые варьируются по времени и интенсивности, и проявляются вместе с вариабельной обструкцией дыхательных путей.

Наиболее часто встречающиеся симптомы:

- сдавливание и «тяжесть» в груди
- одышка
- часто повторяющийся кашель
- приступы удушья, которые чаще всего провоцируются контактом с аллергеном, физической нагрузкой, обострением бронхолегочной инфекции

При бронхиальной астме выделяются реакция на приступ и реакция на болезнь. В случае внезапного острого возникновения приступа, больного прежде всего сопровождает страх смерти от удушья или остановки сердца, страх не купируемости приступа. Чем реже приступы астмы, тем более выражен страх, который возникает не только во время приступа, но и в ожидании его. У части больных отмечается выраженный страх за свою судьбу, с отчетливой фиксированностью на дыхательной функции, назойливыми жалобами, постоянным самоанализом болезненных ощущений.

Организация индивидуального ухода за пациентом с закрытой черепно-мозговой травмой средней тяжести в стационаре

Рыжова Д. обучающаяся группы 6110118, методический руководитель: преподаватель Полякова Н.В.

Актуальность исследования подчеркивается тем, что черепно-мозговая травма, несмотря на значительные успехи в диагностике и лечении ее, остается одной из наиболее трудных и не решенных задач нейрохирургии. Травма

головного мозга составляет до 50 процентов всех травм человеческого организма.

В России частота черепно-мозговой травмы – 400 на 100 тыс. населения в год, т.е. ежегодно черепно-мозговую травму получают примерно 600 тыс. человек, из них около 50 тыс. погибают и столько же становятся инвалидами. В нашей стране причины черепно-мозговой травмы – бытовые (примерно 60 % , из них половина – криминальные), дорожно-транспортные происшествия – ДТП (удельный вес их нарастает и сейчас составляет около 25%) и производственные (около 15%).

Роль медицинской сестры в уходе за пациентом с черепно-мозговой травмой довольно значима. Достаточно весомое количество осложнений данной патологии, ведет к различным направлениям профессионального аспекта работы медицинской сестры

Профилактика осложнений после перенесенной черепно-мозговой травмы, глубокая и многогранная система ухода за пациентом, тщательное наблюдение за пациентом, владение широкими и профессиональными знаниями и манипуляциями делает проблему сестринского ухода значимой и актуальной, как в процессе стационарного лечения, так и дальнейшей реабилитации

Цель исследования – анализ деятельности медицинской сестры при осуществлении индивидуального ухода за пациентом с закрытой черепно-мозговой травмой в условиях стационара.

Объект исследования – особенности индивидуального ухода за пациентом с закрытой черепно-мозговой травмой в стационаре.

Предмет исследования – особенности деятельности медицинской сестры при осуществлении ухода за пациентом с закрытой черепно-мозговой травмой в условиях стационара.

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) - повреждения черепа, головного мозга, мозговых оболочек, сосудов и черепно-мозговых нервов сопровождающиеся клинической симптоматикой и в большинстве случаев морфологическими изменениями. Крайне важным является наличие четкого травматического анамнеза.

Осложнения, о которых было сказано выше образуют 3 основные группы

- черепно-мозговые
- внечерепные
- воспалительные

Согласно клиническим рекомендациям, направления лечения и оказания помощи для пациентов с черепно-мозговой травмой, сводятся к следующим основным позициям:

1. Оказание первой помощи
2. Транспортная иммобилизация
3. Медикаментозная терапия в условиях стационара
4. Базисная терапия
5. Симптоматическое лечение
6. Антибактериальная терапия

Работа построена на акценте индивидуального ухода за пациентом. Основываясь, на основных нормативных документах, клинических рекомендациях, нами были выделены основные направления ухода за пациентом при черепно - мозговой травме

Первое направление ухода — это тщательный контроль состояния пациента, его функциональных показателей, усиление менингеальных симптомов, резкое повышение или понижение артериального давления, пульса, нарушение дыхания, нарушения сознания, могут говорить о развитии тяжелых осложнений.

При черепно - мозговой травме, возможно нарушение сознания, поэтому профилактика травматизма, обеспечение безопасного положения пациента, гарантия того, что состояние больного не будет усугубляться дополнительными травмами.

Невозможность пациентом в первые дни осуществлять гигиенический уход, обосновывает деятельность медицинской сестры в помощи пациенту в осуществлении гигиенических процедур, умывания, уходу за полостью носа, лаз, полостью рта, обтирания пациента. Данные факторы ухода, есть важный аспект в профилактике пролежней. Поскольку их развитие ведет к возникновению инфицированных осложнений.

Поступление питательных веществ в организм, восстановление сил пациента, зависит от поступления пищи. Назначенный врачом режим кормления в зависимости от состояния пациента, тщательно контролируется и выполняется медицинской сестрой.

По мере улучшения состояния пациента, постепенно восстанавливаются нарушенные функции организма, способность к самообслуживанию. В зависимости от расширения двигательного режима, корректируемого врачом, медицинская сестра, несомненно, помогает пациенту перемещаться в кровати, затем вставать, сделать первые шаги, мотивирует на выполнение назначенной гимнастики.

Однозначно, выполнение необходимых медикаментозных вмешательств, составляет большую часть работы медицинской сестры. Соблюдение правил асептики во время работы, обеспечение своевременного и профессионально, а также безопасного ТОО или иного зависимо вмешательства, ведет к улучшению состояния пациента.

Практическая часть планирует динамическое наблюдение за пациентом с черепно-мозговой травмой. Первичную оценку его потребностей, прогноз потенциальных проблем, учет жалоб пациента, с фундаментом работы по заданной теме. На основе полученных данных мы составим план индивидуального ухода и проведем оценку своей работы, сделав выводы по практической части.

Организация индивидуального сестринского ухода после миоэктомии при миоме матки в условиях гинекологического отделения

*Лобова В.А. обучающаяся группы 6110118, методический
руководитель: преподаватель Полякова Н.В.*

Актуальность проблемы данного заболевания состоит в том, что, по данным ассоциации акушеров и гинекологов за 2020 год, миома матки составляет 32, 6 % всех гинекологических патологий, из них 41%, заканчивается оперативными вмешательствами. Миома матки является доброкачественной, гормонозависимой опухолью матки и широко распространена среди женщин в большинстве стран мира. Частота миомы матки составляет 15-17% у женщин старше 30 лет и 30 - 35% у женщин, достигших пременопаузального возраста.

Миоэктомия, являясь органосохраняющей операцией, позволяющей женщине впоследствии иметь детей, как и все оперативные вмешательства, может иметь за собой определенные последствия, которые во многом зависят от правильного планирования послеоперационного ухода. Восстановление женщины после операции, отсутствие осложнений, ведет в последующем, к бесприпятственному течению беременности и родам.

Цель работы: выявить объём деятельности медицинской сестры в организации ухода за пациенткой после миоэктомии в стационарных условиях, а так же профилактику осложнений в раннем послеоперационном периоде.

Объект исследования – особенности ухода за пациенткой после операции миоэктомии

Предмет исследования – особенности деятельности медицинской сестры при осуществлении ухода за пациенткой после миоэктомии

Миома матки представляет собой доброкачественное образование, она развивается из мышечного слоя стенки матки в результате нарушения развития клеток-миоцитов. Причины этой патологии до конца не изучены. Согласно двум наиболее распространенным в настоящее время теориям, миоматозные узлы могут развиваться вследствие нарушений, возникших во время внутриутробного развития или в течение жизни. В целом миома матки не опасна. Она не повышает риск развития злокачественных опухолей. Тем не менее, она может быстро увеличиваться, достигать больших размеров, вызывать боли, увеличение живота, обильные менструальные кровотечения и анемию, нарушение функции мочевого пузыря и прямой кишки. Большая миома, выступающая в полость матки, мешает наступлению и вынашиванию беременности.

Суть операции состоит в том, что хирургическая операция на теле матки, заключается в удалении из её мышечной стенки доброкачественной опухоли. Проведение миоэктомии подразумевает удаление только фиброматозных узлов, с сохранением тела матки и, таким образом, детородной функции. Обычно применяется у пациенток в молодом возрасте.

Один из основных критериев, успешного течения послеоперационного периода - это подготовка пациентки к операционному вмешательству, информированность о возможных симптомах, о роли адекватного питания и пользе двигательной активности, а так же о необходимости использования компрессионного белья для нижних конечностей.

В общих чертах, картина послеоперационных мероприятий медицинской сестры сводятся к следующим аспектам

Во - первых, состояние пациентки под наркозом может сопровождаться резкими изменениями в функциональном состоянии. Оперативное вмешательство чаще всего сопровождается нерезким подъемом температуры. Серьезные осложнения провоцируют более высокий подъем температуры. Поэтому контроль основных показателей функционального состояния пациентки в динамике, являются основным критерием работы медицинской сестры

Постепенно медицинская сестра ведет работу с пациенткой по профилактике спаечного процесса после операции, главную роль в котором является контроль и помощь пациентке в расширении двигательного режима. Работу пищеварительного тракта, нормализует тщательный контроль над водным режимом и приемом пищи, начиная с нулевой диеты и постепенно расширяя объем лекоусвояемой пищи и пищи богатой микроэлементами и витаминами, постепенно увеличивая энергетическую ценность. Отмечаем важную роль, в помощи пациентки в проведении гигиенических процедур, оценивая несомненно, объем предоставляемой помощи.

Согласно, основным документам, регламентирующим, технику выполнения манипуляций, медицинская сестра выполняет необходимые зависимые вмешательства медикаментозного лечения, в которые входят, согласно протоколам лечения, проведение инфузионной терапии, антибактериальной терапии, обезболивающие препараты, антикуаулянты.

В проведении последующих исследований, на базе практики, нами будет проведено исследование конкретного случая, проведения миоэктомии, обследования пациентки, предоперационного обследования и наблюдение динамических исследований, с изучением приоритетных проблем. В соответствии с построенным планом ухода, нами будет разработана памятка по ведению послеоперационного периода.

Организация индивидуального сестринского ухода в послеоперационном периоде за пациентом с панкреонекрозом

*Тишкевич Д. А. обучающаяся группы 6090419 методический
руководитель: преподаватель Полякова Н.В.*

Панкреонекроз – деструктивное заболевание поджелудочной железы, являющееся осложнением острого панкреатита и приводящее к развитию полиорганной недостаточности.

Острый панкреатит среди острых хирургических заболеваний является причиной 5-10% госпитализаций в хирургические стационары. Общая смертность от острого панкреатита в мире составляет от 5-10%. Примерно у 80% пациентов острый панкреатит является лёгким и самоограничивающимся, но у 20% он может иметь тяжелое течение с некрозом паренхимы поджелудочной железы или перипанкреатической ткани, ведущее к тяжелой заболеваемости и смертности до 27%

Роль медицинской сестры при уходе за пациентом с панкреатитом, сводится к профессиональным знаниям в хирургии, информативности пациента об осложнениях панкреатита, тщательном уходе за пациентом. Роль медицинской сестры в организации ухода за пациентом достаточно значима. Правильно построенный план индивидуального ухода позволяет снизить риск развития осложнений и положительно повлиять на состояние пациента и качество жизни, в том числе снижает риск хирургических вмешательств.

Объект исследования: особенности индивидуального ухода за пациентом с панкреонекрозом в послеоперационном периоде в стационаре

Цель работы - выявить объём деятельности медицинской сестры в организации ухода за пациентом с панкреонекрозом в условиях стационара в послеоперационном периоде

Для реализации цели работы были поставлены следующие задачи:

Изучить нормативно-методическое обеспечение данной темы;

Рассмотреть основные патогенетические и этиологические факторы заболеваемости панкреатитом, основные формы диагностики, лечения заболевания.

Рассмотреть права и обязанности медицинской сестры на рабочем месте, особенности охраны труда медицинской сестры на рабочем месте;

Построить план сестринского индивидуального сестринского ухода за пациентом с панкреонекрозом в условиях стационара

Провести опрос пациента для выявления нарушенных потребностей и проблем;

Принять участие в разработке практических рекомендаций по улучшению качества осведомленности пациента по данному заболеванию.

Принять участие в разработке практических рекомендаций по профилактике осложнений течения заболевания.

Сделать выводы, о роли медицинской сестры в уходе за пациентом в послеоперационном периоде с панкреонекрозом в условиях стационара.

Организация деятельности медицинской сестры палатной в ковидном госпитале

*Чудакова С.А. обучающаяся группы 6090117, методический
руководитель: преподаватель Фатина Е.М.*

Актуальность. COVID-19 является новой серьезной проблемой для систем здравоохранения всех стран мира, что требует внимания к основному направлению политики государства в сфере охраны здоровья граждан. За

считанные недели вирус распространился в большинство стран мира. Оперативная обучающаяся группы Правительства Рязанской области информирует о количестве заболевших коронавирусом в муниципальных образованиях региона. В целом в Рязанской области на 15 апреля 2021 г. с диагнозом COVID-19 зарегистрировано 27123 человека. В настоящее время в Рязани выявлено 14160 случаев.

Предмет исследования-организация деятельности медицинской сестры палатной в ковидном госпитале.

Объект исследования- деятельность медицинской сестры палатной.

Цель: изучить деятельность медицинской сестры в ковидном госпитале.

Задачи:

1. Проанализировать нормативную базу, регламентирующую деятельность медицинской сестры палатной в ковидном госпитале;

2. Проанализировать организацию деятельности медицинской сестры палатной в ковидном госпитале;

3. Изучить особенности техники безопасности и охраны труда медицинского работника на рабочем месте в ковидном госпитале;

4. Рассмотреть особенности работы медицинского персонала на рабочем месте в условиях распространения новой коронавирусной инфекции в ковидном госпитале;

5. Разработать - СОП «Применение средств индивидуальной защиты»;

6. Рассмотреть применение – в условиях медицинской организации, являющейся ковидным госпиталем.

Коронавирусы (Coronaviridae) — это большое семейство РНК-содержащих вирусов, способных инфицировать как животных, так и человека. У людей коронавирусы могут вызвать целый ряд заболеваний - от легких форм острой респираторной инфекции (ОРВИ) до тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС). В настоящее время среди населения циркулируют четыре сезонных коронавируса (HCoV-229E, -OC43, -NL63 и -HKU1), которые круглогодично присутствуют в структуре ОРВИ, и, как правило, вызывают поражение верхних дыхательных путей легкой и средней степени тяжести.

Для COVID-19 характерно наличие клинических симптомов ОРВИ:

-Повышение t тела ($> 90\%$);

-Кашель (сухой или с небольшим количеством мокроты) в 80% случаев;

-Одышка (30%);

-Утомляемость (40%);

-Ощущение заложенности в грудной клетке ($> 20\%$).

Также могут отмечаться боль в горле, насморк, снижение обоняния и вкуса, признаки конъюнктивита.

Требования к работе в госпиталях.

Для эпидемиологической безопасности устроены шлюзы и санпропускники, поставлено оборудование с обеззараживающим покрытием, идёт постоянная дезинфекция помещений. Корпуса спланированы так, чтобы транспортировка пациентов проходила максимально быстро. Для персонала

оборудованы гардеробные, душевые, санузлы, комнаты отдыха и приёма пищи. Есть и отдельное помещение, где медицинские работники надевают средства индивидуальной защиты.

Профессиональные риски при работе с коронавирусными пациентами.

Высокий риск заражения бактериальными, вирусными и некоторыми паразитарными заболеваниями. Высокий риск нервно-эмоционального напряжения. Наличие вредных веществ, выделяющихся в воздух рабочей зоны. Высокий риск возникновения аварийных ситуаций в условиях: дефицита рабочего времени; высокой нервно-эмоциональной нагрузки; работы в ночное время. Высокий риск травмирования позвоночника при уходе за пациентами.

Медицинский персонал, оказывающий помощь пациентам COVID-19, в «заразной» зоне использует средства индивидуальной защиты – противочумный костюм 1-го типа или его аналоги (комбинезон, респиратор класса защиты FFP2 в сочетании с лицевым щитком или FFP3, защитные очки, бахилы, перчатки), в «чистой» зоне медицинский и обслуживающий персонал работает в медицинских халатах и медицинских масках.

Особенностью защитной одежды при рисках инфицирования COVID-19 является обязательное применения средств индивидуальной защиты органов дыхания (полнолицевых масок, противогазов, респираторов, ватно-марлевых масок) и перчаток.

Противочумный костюм надевают до входа в заразное отделение или на территорию очага, не спеша, в строго установленной последовательности, тщательно, чтобы в нем было удобно и безопасно работать.

Особенности сестринского ухода за пациентом в ковидном госпитале

*Волкова А.В. обучающаяся группы 6090117, методический
руководитель: преподаватель Фатина Е.М.*

Актуальность: В декабре 2019 г. в Китае зарегистрирована серия необъяснимых случаев пневмонии. Последующие исследования выявили новый штамм коронавируса - SARS-CoV-2, который является возбудителем острого инфекционного заболевания Coronavirus disease 2019 (COVID-19). За короткий период времени эпидемия новой коронавирусной инфекции переросла в пандемию, охватившую более 200 стран мира. В настоящее время во всем мире число инфицированных коронавирусом людей растет в геометрической прогрессии, что требует незамедлительных мер по профилактике распространения инфекции.

Предмет исследования: Особенности сестринского ухода за пациентом в ковидном госпитале

Объект исследования: сестринский уход за пациентом в ковидном госпитале

Цель: изучить деятельность медицинской сестры в ковидном госпитале.

Задачи:

1. Анализ нормативной базы, регламентирующей особенности сестринского ухода за пациентом в ковидном госпитале

2. Анализ особенностей сестринского ухода за пациентом в ковидном госпитале

3. Особенности техники безопасности и охраны труда медицинского работника на рабочем месте в ковидном госпитале

4. Особенности работы медицинского персонала на рабочем месте в условиях распространения новой коронавирусной инфекции в ковидном госпитале

5. Разработать - СОП «Проведение оксигенотерапии при помощи носовых канюль»

6. Применение – в условиях медицинской организации, являющейся ковидным госпиталем

База исследования: В Рязанской области в городе Рязань пациенты с коронавирусной инфекцией находятся в «красной зоне» государственного бюджетного учреждения «Городская клиническая больница №11».

Больница является ведущим многопрофильным лечебно-профилактическим объединением, имеющим стационар на 820 коек, поликлинику, обслуживающую свыше 80 тысяч населения, травматологический пункт с районом обслуживания населения 96 тысяч человек, а также офисы врача общей практики.

Пациентов привозят в больницу либо с компьютерной томограммой, которая показала наличие пневмонии, либо с положительным мазком на COVID-19. Затем пациента госпитализируют. В больнице соблюдается эпидрежим: пациенты лежат по 2-4 человека в палате и из нее не выходят.

Компьютерная томография – это высокочувствительный метод лучевой визуализации различных анатомических структур. Послойная диагностика, основанная на рентгеновском излучении, позволяет получать контрастное трехмерное изображение исследуемой области. Она дает оценку состоянию костных и мягких тканей, обнаруживает изменения контуров, размеров и структуры органов, наличие свободного газа или жидкости.

Клиническая картина:

- ОРВИ (поражение только верхних отделов дыхательных путей);
- Пневмония без дыхательной недостаточности;
- ОРДС (пневмония с ОДН);
- Сепсис, септический (инфекционно-токсический) шок;
- ДВС-синдром, тромбозы и тромбоэмболии.

Гипоксемия ($SpO_2 < 88\%$) развивается более чем у 30 % пациентов.

Классификация COVID-19 по степени тяжести:

Легкое течение

- $T \text{ тела} < 38^\circ\text{C}$, кашель, слабость, боли в горле
- Отсутствие критериев среднетяжелого и тяжелого течения

Среднетяжелое течение

- $T \text{ тела} > 38^\circ\text{C}$

- ЧДД > 22/мин
- Одышка при физических нагрузках
- Изменения при КТ (рентгенографии), типичные для вирусного поражения

(объем поражения минимальный или средний; КТ 1-2)

- SpO₂ < 95%
- СРБ сыворотки крови >10 мг/л

Тяжелое течение

- ЧДД > 30/мин
- SpO₂ ≤ 93%
- Снижение уровня сознания, ажитация
- Нестабильная гемодинамика (систолическое АД менее 90 мм рт.ст. или диастолическое АД менее 60 мм рт.ст., диурез менее 20 мл/час)
- Изменения в легких при КТ (рентгенографии), типичные для вирусного

Медицинская сестра организует:

- рациональный режим;
- правильное положение в постели с приподнятым изголовьем;
- борьбу с кислородной недостаточностью;
- частое проветривание помещения, увлажнение воздуха;
- санитарно-эпидемиологический режим: кварцевание палаты, процедурного кабинета;
- личную гигиену пациента;
- приём больным кисломолочных смесей для предотвращения развития дисбактериоза;
- обильное питьё (2–3 л в день), витаминизация соков и пищи.

Носовые канюли — позволяют достичь концентрацию кислорода в смеси вдыхаемых газов близкую к 100 % (если используется чистый кислород), приводят к образованию небольшого положительного (выше атмосферного давления в верхних дыхательных путях и могут способствовать удалению с них CO₂).

Деятельность медицинской сестры при проведении медицинской реабилитации пациентов с COVID-19

Пестрецова А.Ю. обучающаяся группы 6090117, методический руководитель: преподаватель Фатина Е.М.

Актуальность. В конце 2019 г. в Китайской Народной Республике произошла вспышка новой коронавирусной инфекции с эпицентром в городе Ухань. Появление COVID-19 поставило перед специалистами здравоохранения задачи, связанные с быстрой диагностикой и оказанием медицинской помощи больным. Главные цифры по заболеваемости COVID-19 в России на период 16.04.2021 года доходят до критичного уровня. Всего заболевших по официальным данным 4 693 469, из них, которые 105 193 скончались.

Объект исследования: пациент с дыхательной недостаточностью в ковидном госпитале

Предмет исследования: использования пульсоксиметра при дыхательной недостаточности в деятельности медицинской сестры при проведении медицинской реабилитации пациентов с COVID-19.

Цель: изучить основные аспекты деятельности медицинской сестры при проведении медицинской реабилитации пациентов с COVID-19

Задачи:

1. Проанализировать нормативную базу, регламентирующую деятельность медицинской сестры при проведении мероприятий по медицинской реабилитации пациентов с COVID-19

2. Проанализировать деятельность медицинской сестры при проведении мероприятий по медицинской реабилитации пациентов с COVID-19

3. Изучить особенности техники безопасности и охраны труда медицинского работника на рабочем месте при проведении мероприятий по медицинской реабилитации пациентов с COVID-19

4. Изучить особенности работы медицинского персонала на рабочем месте в условиях распространения новой коронавирусной инфекции при проведении мероприятий по медицинской реабилитации пациентов с COVID-19

5. Разработать - СОП «Применение портативного пульсоксиметра»

Коронавирусная инфекция COVID-19 (CoronaVirusDisease 2019, ВОЗ, 11.02.2020) – острое респираторное заболевание, вызванное новым коронавирусом (это большое семейство РНК-содержащих вирусов, способных инфицировать как животных (их естественных хозяев), так и человека), ассоциированное с повышенной смертностью среди лиц в возрасте старше 60-ти лет, а также лиц с сопутствующими патологическими состояниями, такими как сердечно-сосудистые заболевания, хронические респираторные заболевания, диабет и рак.

В настоящее время доказана передача вируса SARS-CoV-2, преимущественно воздушно-капельным и контактным путями.

Клиника: Для COVID-19 характерно :

- Повышение t тела ($> 90\%$);
- Кашель (сухой или с небольшим количеством мокроты) в 80% случаев;
- Одышка (30%);
- Утомляемость (40%);
- Ощущение заложенности в грудной клетке ($> 20\%$).

В настоящее время имеется ряд клинических исследований, описывающих кожные сыпи при COVID-19: ангииты кожи, розовый лишай кореподобные сыпи и инфекционные эритемы, крапивница и другое.

Клиника: Для COVID-19 характерно :

- Повышение t тела ($> 90\%$);
- Кашель (сухой или с небольшим количеством мокроты) в 80% случаев;
- Одышка (30%);
- Утомляемость (40%);

- Ощущение заложенности в грудной клетке ($> 20\%$).

В настоящее время имеется ряд клинических исследований, описывающих кожные сыпи при COVID-19: ангииты кожи, розовый лишай кореподобные сыпи и инфекционные эритемы, крапивница и другое.

Медицинский персонал, оказывающий помощь пациентам COVID-19, в «заразной» зоне использует средства индивидуальной защиты – противочумный костюм 1-го типа или его аналоги (комбинезон, респиратор класса защиты FFP2 в сочетании с лицевым щитком или FFP3, защитные очки, бахилы, перчатки), в «чистой» зоне медицинский и обслуживающий персонал работает в медицинских халатах и медицинских масках.

После медицинской эвакуации пациента медицинский работник, выявивший пациента, снимает СИЗ, помещает их в бачок с дезинфицирующим раствором, обрабатывает дезинфицирующим раствором обувь и руки, полностью переодевается в запасной комплект одежды. Открытые части тела обрабатываются кожным антисептиком. Рот и горло прополаскивают 70% этиловым спиртом, в нос и в глаза закапывают 2% раствор борной кислоты.

Медицинскую реабилитацию пациентов с коронавирусной пневмонией рекомендуется начинать в условиях отделений интенсивной терапии при достижении стабилизации состояния пациента и продолжать их после завершения лечения в стационаре в домашних условиях.

Основная проблема при коронавирусе – развитие у больных гипоксемии (падение уровня кислорода в крови) на фоне острой дыхательной недостаточности.

Одним из важнейших показателем на всех этапах реабилитации является сатурация. Поэтому медицинский работник должен создать все условия для комфортного обучения пациента самостоятельно замерять сатурацию при помощи пульсоксиметра.

Пульсоксиметр – является неинвазивным средством измерения как частоты пульса, так и насыщения артериального гемоглобина кислородом на периферическом капиллярном уровне.

Особенности медицинской этики и деонтологии в работе медицинской сестры операционного отделения

*Евсеева Е.Е. обучающаяся группы 6110218, методический
руководитель: преподаватель Тарасова Н.А.*

Выбор темы исследования обусловлен ее актуальностью для практической деятельности медицинской сестры. В современных условиях медицина и, прежде всего ее клиническая деятельность подвержены негативной критике, из - за чего наблюдается рост кризиса доверия к медицине, падение престижа медицинской деятельности. Именно поэтому проблемы этики и деонтологии в медицине, проблемы нравственности профессии медицинского работника приобретают особую остроту и актуальность.

К сожалению, в наше время еще можно встретить медицинских сестер, нарушающих принципы этики и деонтологии. Свою грубость, нежелание вникать в проблемы пациента они объясняют маленькой зарплатой, большим количеством пациентов, отсутствием времени и другими профессиональными трудностями.

Основной задачей модернизации здравоохранения является обеспечение оказания качественной и доступной медицинской помощи населению, современному обществу требуются медицинские сестры, сочетающие в себе прочные профессиональные знания с нравственными принципами медицинской профессии.

Цель: выявление основных проблем и путей совершенствования медицинской этики и деонтологии сестринского персонала.

Объект исследования: медицинская этика и деонтология.

Предмет исследования: особенности медицинской этики и деонтологии при оказании медицинской помощи средним медицинским персоналом в операционном блоке.

Медицинская этика - совокупность этических норм и принципов поведения медицинских работников при выполнении ими своих профессиональных обязанностей.

Медицинская этика рассматривает:

- отношение к человеку, у которого есть проблемы со здоровьем;
- зависимость морального поведения медицинского работника от условий профессиональной деятельности;
- нормы поведения медицинского работника, его культуру, физическую и моральную чистоплотность.

Деонтология происходит из двух греческих слов: deon- должное и logos- учение, таким образом, деонтология – это учение о долге человека, это правила поведения врачей и медицинского персонала, это долг медицинских работников перед пациентами.

Аспектами медицинской деонтологии являются:

- взаимоотношения медицинских работников с пациентом;
- взаимоотношения медицинских работников с родственниками пациента;
- взаимоотношения медицинских работников между собой.

В современной хирургии наиболее значимым представляется противоречие между «умением» (искусством) конкретного специалиста и медицинской наукой. Необходимость правильного баланса между профессиональной свободой и профессиональной этикой порождается тем, что в профессиональной жизни соблюдают эти правила далеко не все.

Профессия операционной медицинской сестры требует специальных знаний и самых разносторонних навыков. Она должна быть ответственной, требовательной, тактичной, терпеливой, владеющей в полном объеме опытом работы медицинской сестры на всех участках хирургического отделения, профессионалом в своей работе.

Можно сказать о том, что в настоящее время в медицинской этике и деонтологии имеется ряд нерешенных проблем. Развитие медицинских технологий ставит перед медициной все новые этические проблемы, которые нелегко разрешить. Поиск правильных решений, выработка новых критериев этичности - большая постоянная работа, и ее необходимо делать, потому что иначе научный прогресс может незаметно для нас самих обернуться регрессом человечности.

Для сохранения этических и деонтологических принципов в работе среднего медицинского персонала необходимо проведение:

- семинаров и тренингов по выходу из конфликтных ситуаций и их предотвращению, по коллективным методам работы, развитию коммуникативных навыков обучение медсестер нормам общения с больными и их родственниками;

- проверку знаний норм этического кодекса медсестер;

- проведение периодических тестов, благодаря которым можно выявить сотрудников, у которых наблюдается хроническая усталость, профессиональное выгорание. На основе этих данных планируются мероприятия, снижающие риски развития синдрома профессионального выгорания.

Для изучения данной проблемы, нами планируется проведение практической работы, которая направлена на изучение особенностей медицинской этики и деонтологии в работе медицинской сестры операционного блока. Исследование планируется провести с помощью анкет, направленных на выявление и оценку этических и деонтологических взаимоотношений между пациентом и медицинской сестрой, а также исследование самооценки деятельности средним медицинским персоналом в области этического и деонтологического поведения. На основе полученных результатов будут составлены практические рекомендации для операционных медицинских сестер.

Публичные выступления в деятельности медицинского работника

Антипочкина Е.А. председатель ЦМК Сестринское дело

Подготовка высококвалифицированных медицинских работников среднего звена, напрямую зависит от формирования профессиональной компетентности в стенах образовательного учреждения. Сегодня востребованы разноплановость познаний выпускников, их самостоятельность и активность, творческий подход к любому делу и стремление довести его до конца, способность к системному и экономическому мышлению, умение вести диалог, сотрудничать в коллективе и общаться с коллегами.

Общение существует как полисистема и присутствует в той или иной степени практически во всех сферах жизнедеятельности человека, на разных уровнях человеческих взаимоотношений, проявляясь в различных видах. В профессии медицинской сестры общение из фактора, сопровождающего

деятельность, соответствующего ей, переходит в категорию профессионально значимую.

Особых знаний, умений и навыков требует искусство выступать публично. Сообщение оратора обычно вызывает различную реакцию слушателей: понимание, одобрение или, наоборот, непонимание, несогласие. Хороший оратор обладает способностью по ходу корректировать свою речь, добиваясь положительной реакции слушателей.

Доклад – это научный труд, построенный в лекционной форме, представляет собой развернутое публичное выступление, касающееся углубленного изложения определенного вопроса или темы. Доклад, краткий обзор дипломной работы, который пишется студентом заранее для защиты перед комиссией – это защитное слово. Оно рассчитано, как правило, на 10-15 минут и не должно превышать установленного регламента. Этапы работы над составлением доклада точно такие же, как при составлении любого публичного выступления.

Традиционно текст научного доклада состоит из следующих пунктов.

1) Во вступительной части доклада указывается тема, сообщаются основная цель и поставленные задачи, определяется актуальность вопроса, цитируются высказывания научных деятелей.

2) Далее идёт основная часть доклада. Изложение материала основной части должно проходить связно и последовательно, с приведением доказательств, обоснованием решений. По окончании каждого пункта подводят краткий итог работы.

3) По окончании доклада подытоживается вся тема, делается итоговый вывод, на основании промежуточных результатов. Подчеркивается значимость проанализированной проблемы. Даются практические решения, планирование развития в будущем, пути решения проблем.

Готовый текст научного доклада или сообщения нужно адаптировать к тому, что аудитория будет воспринимать его на слух.

Любая научная работа студента на бумаге должна быть представлена слушателям должным образом. Большие научные работы для некоторых слушателей могут сложно восприниматься на слух, поэтому их сопровождают презентацией.

Презентация предполагает сочетание информации различных типов: текста, графических изображений, музыкальных и звуковых эффектов, анимации и видеофрагментов. Поэтому необходимо учитывать специфику комбинирования фрагментов информации различных типов.

Размер шрифта на слайде должен подбираться с учётом той техники, на которой вы будете выступать. Цвет шрифта и цвет фона должны контрастировать (текст должен хорошо читаться), но не резать глаза. Курсив, подчеркивание, жирный шрифт, прописные буквы рекомендуется использовать только для смыслового выделения фрагмента текста.

Рисунки, фотографии, диаграммы призваны дополнить текстовую информацию или передать ее в более наглядном вид. Желательно избегать в

презентации рисунков, не несущих смысловой нагрузки, если они не являются частью стилового оформления. Цвет графических изображений не должен резко контрастировать с общим стилизованным оформлением слайда. Иллюстрации рекомендуется сопровождать пояснительным текстом.

Подобного рода выступления помогают повысить уровень своего профессионализма, развить уверенность в себе и харизму, улучшить самопрезентацию. Ораторскому искусству публичных выступлений можно научиться. Возможность получения опыта ораторского искусства достигается только с помощью практических методов. Именно практические навыки способствуют развитию способности искусства выстраивать свою речь грамотно.

Особенности выполнения проекта «Выпускная квалификационная работа»

Ефремова Е.Е., преподаватель по специальности «Сестринское дело»

Целью государственной (итоговой) аттестации является установление соответствия уровня и качества подготовки выпускника Федеральному государственному образовательному стандарту среднего профессионального образования и вариативной части ФГОС по конкретной специальности. Государственная (итоговая) аттестация выпускника проводится в виде подготовки и защиты выпускной квалификационной работы. Выпускные квалификационные работы призваны способствовать систематизации и закреплению знаний студента по специальности при решении конкретных задач, а также выяснить уровень подготовки выпускника к самостоятельной работе, степень овладения общими и профессиональными компетенциями.

Выпускная квалификационная работа включает в себя:

- титульный лист;
- содержание;
- введение;
- основную часть;
- список литературы и источников;
- приложения.

Существуют определённые требования к написанию выпускной квалификационной работы (ВКР):

1. Содержание. Представляет собой последовательное перечисление наименований глав, параграфов, а также указание номеров страниц, на которых размещается начало разделов (глав, параграфов);

2. Введение. Во введении необходимо обосновать актуальность и практическую значимость выбранной темы, сформулировать цель и задачи, объект и предмет ВКР, круг рассматриваемых проблем;

3. Основная часть делится на 2 главы – теоретическую и практическую:
✓ первая глава (теоретическая) посвящается теоретическим аспектам изучаемого объекта и предмета ВКР. В ней содержится обзор используемых

источников информации, нормативной базы по теме ВКР. В этой главе могут найти место статистические данные, построенные в таблицы и графики

✓ вторая - практическая часть носит исследовательский характер, в ней дается краткая характеристика базы исследования, материалы, методы исследования, полученные результаты, анализ, обоснование их применения, практические рекомендации, выводы.

4. Заключение. Является завершающей частью ВКР, которое содержит подведение итогов работы и предложения с их кратким обоснованием в соответствии с поставленной целью и задачами, раскрывает значимость полученных результатов;

5. Список использованных источников отражает перечень источников, которые использовались при написании ВКР, составленный в следующем порядке:

- федеральные законы (в очередности от последнего года принятия к предыдущим);
- указы Президента Российской Федерации (в той же последовательности);
- постановления Правительства Российской Федерации (в той же очередности);
- иные нормативные правовые акты;
- иные официальные материалы (резолюции-рекомендации международных организаций и конференций, официальные доклады, официальные отчеты и др.);
- монографии, учебники, учебные пособия (в алфавитном порядке);
- иностранная литература;
- интернет-ресурсы.

6. Приложения. Приложения могут состоять из дополнительных справочных материалов, имеющих вспомогательное значение, например: копий документов, выдержек из отчетных материалов, статистических данных, схем, таблиц, диаграмм, программ, положений и т.п.

Экзаменационный стресс и способы его преодоления

Калыгина О. А., преподаватель по специальности «Сестринское дело»

Стресс - состояние психического напряжения, возникающее у человека в процессе деятельности в наиболее сложных, трудных условиях, как в повседневной жизни, так и при особых обстоятельствах.

Экзаменационный стресс относится к числу наиболее актуальных проблем студенчества, являясь причиной возникновения психоэмоционального напряжения, оказывает существенное влияние на все системы организма. Защита выпускной квалификационной работы – это один из ситуативных вариантов экзаменационного стресса.

Хотя стресс в жизни студента и является неотъемлемой частью, нужно чтобы защита ВКР не стала причиной нервного срыва. Поэтому предложены общие рекомендации, помогающие вернуть устойчивость.

Старайтесь объективно оценивать свои знания и верить в себя. Не пытайтесь быть совершенными. Придерживайтесь золотой середины и не пытайтесь брать невозможные барьеры.

Ограничьте потребление чая, кофе и газированных напитков. Кофеин возбуждает мозг и делает его невосприимчивым к информации. Лучше съесть апельсин, банан или грецкие орехи. Многие студенты знают о приливах сил после шоколада.

Вечером перед защитой целесообразнее заняться любым отвлекающим и успокаивающим делом: выйти на короткую прогулку, принять душ. Для того чтобы «разгрузить мозги», накануне очень полезно посмотреть комедию или юмористическую передачу. Научно доказано: смех не только снимает стресс, улучшает аппетит и работоспособность, нормализует сон, но и активизирует умственные способности и сообразительность.

Перед защитой надо обязательно хорошо выспаться.

Используйте дыхательные упражнения для преодоления стресса. Существует множество дыхательных техник, они отвлекают человека от волнения, насыщают мозг кислородом и позволяют выровнять эмоциональное состояние.

Когда перед самым ответственным моментом теряется самообладание и трудно справиться со стрессом, используйте упражнения для снятия тревоги.

За 20 минут до начала защиты вашей работы выполните упражнения на снятие эмоционального напряжения.

Большим пальцем правой руки слегка нажмите точку концентрации внимания, которая расположена в середине левой ладони. Повторите пять раз. Выполняйте упражнение спокойно, не торопясь, соблюдая определенный режим дыхания: при нажатии — выдох, при ослаблении — вдох.

Сожмите пальцы в кулак, загнув внутрь большой палец. Сжимайте кулак с усилием, спокойно, не торопясь, пять раз. При сжатии — выдох, при ослаблении — вдох. Если выполнять с закрытыми глазами, эффект удваивается. В завершение успокоительной гимнастики слегка помассируйте кончики мизинцев.

Важным этапом в подготовке к защите ВКР является самонастройка на позитив. Самовнушение осуществляется путем многократного повторения слов или словесных формулировок для достижения желаемого состояния. Эти формулировки, как модели будущего поведения вводятся в подсознание. Они должны произноситься от собственного лица, в утвердительной императивной форме. Например: «Я спокоен!», «Я уверен в себе!», «Я смогу справиться с этой ситуацией».

Меньше всего волнуются те, кто готов к защите на 100%. Уверенность в себе нередко просто творит чудеса. Именно такую уверенность нам дает качественная подготовка.

Соблюдение всех правил поможет справиться со стрессом перед защитой, подготовиться и морально настроиться на испытания. Легкое волнение — это естественная и нормальная реакция организма здорового человека. Это

мобилизует и настраивает на победу. Главное вера в себя и в свои силы, только позитивные мысли настроят на хороший исход.

Особенности профессиональной адаптации выпускника медицинского колледжа

*Тарасова Н.А., преподаватель по специальности «Сестринское
дело»*

Стремительное развитие современного общества, изменения в различных сторонах человеческой жизни ставят вопрос о сущности и особенностях адаптации к этим изменениям. Наиболее заметным источником дезадаптации является профессиональная деятельность, поскольку именно она задействует наибольшее количество временных и психологических ресурсов человека. Нарастание дезадаптационных явлений отражается не только на качестве выполняемой профессиональной деятельности, социально-психологическом климате в коллективе, но и на успешности деятельности всей организации.

Профессиональная адаптация — это приспособление, привыкание человека к требованиям профессии, усвоение им производственно-технических и социальных норм поведения, необходимых для выполнения трудовых функций и к новым для него условиям труда.

Выделяют четыре варианта адаптации:

1. Отрицание. Сотрудник выражает активное несогласие с ценностями фирмы, его ожидания находятся в непримиримом противоречии с реальностью. Обычно он увольняется в первые же месяцы.
2. Конформизм. Полное принятие ценностей и норм организации, готовность подчиняться правилам игры. Такие работники составляют в коллективе основную массу.
3. Мимикрия. Соблюдение второстепенных норм при неприятии основных характерно для потенциальной группы риска, члены которой готовы в любой момент расстаться с фирмой.
4. Адаптивный индивидуализм. Он характеризуется согласием с основными нормами и ценностями организации при неприятии второстепенных. Сотрудник сохраняет некую индивидуальность, но по-своему неплохо работает в коллективе.

В процессе трудовой адаптации работник проходит следующие стадии:

1. Стадия ознакомления, на которой работник получает информацию о новой ситуации в целом, о критериях оценки различных действий, о нормах поведения в коллективе.
2. Стадия приспособления - на этом этапе работник переориентируется, признавая главные элементы новой системы ценностей, но пока продолжает сохранять многие свои установки.

3. Стадия ассимиляции, когда осуществляется полное приспособление работника к среде, идентификация с новой группой.

4. Идентификация, когда личные цели работника отождествляются с целями трудовой организации, предприятия, фирмы, акционерного общества, кооператива и т. д.

Успешность профессиональной адаптации специалиста зависит от ряда ведущих факторов:

1. наличие у специалиста необходимых внутренних предпосылок:

- соответствующей подготовленности,
- достаточного уровня адаптивности,
- мотивации профессиональной деятельности,
- чётких представлений о содержании и условиях этой деятельности.

2. особое внимание самого специалиста, руководителей и трудового коллектива в целом к процессу профессиональной адаптации;

3. осуществление процесса адаптации с учётом особенностей специалиста, закономерностей, как самого этого процесса, так и развития социальной среды;

5. специальное психологическое обеспечение этого процесса, основанное на прогнозе его особенностей и оказании специалисту необходимой психологической помощи.

Определённый интерес представляет типология социогенов личности, разработанная М.Е.Литваком. Он выделяет 4 сферы отношений, ориентации личности

1. «Я» - отношение к себе, которое может быть как положительным, так и отрицательным.

2. «Вы» - отношение к непосредственному социальному окружению: другим членам своего коллектива, своим руководителям, друзьям, родственникам.

3. «Они» - отношение к людям вообще, к новым контактам, связям, взаимоотношениям с новыми людьми.

4. «Труд» - отношение к предметной профессиональной деятельности, к овладению специальностью и совершенствованию в ней.

Совокупность и своеобразие этих отношений составляют социоген личности, определяет индивидуальный стиль отношений и обуславливает поведение индивида, а также оказывает влияние на успешность адаптивного процесса.

Успешность профессиональной адаптации молодого специалиста в первую очередь зависит от его личностных и других психологических особенностей, а также адекватности образа будущей профессиональной деятельности, уровня и характера самооценки, особенностей саморегуляции личности, индивидуально-психологических и психотипических особенностей. Следовательно, в подготовке современного специалиста акцент должен быть на формировании профессиональной и психологической готовности к профессиональной деятельности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ф3-323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. «Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Рязанской области на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов», утвержденная постановлением правительства Рязанской области N 334 от 29.12.2016 г.
3. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "хирургия" (утв. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 922н)
4. Порядок оказания медицинской помощи больным с эндокринными заболеваниями (утв. приказом Минздрава России от 1 марта 2010 г. № 116н)
5. Порядок оказания медицинской помощи по профилю "хирургия (трансплантация органов и (или) тканей человека)" (утв. приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 октября 2012 г. № 567н);
6. Порядок оказания медицинской помощи по профилю "пластическая хирургия" (утв. приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 октября 2012 г. № 555н)
7. Эндокринология. Национальное руководство. Краткое издание АртикулNF0008251 ISBN978-5-9704-4496-2 Издатель ГЭОТАР-Медиа Авторы Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко Год 2018
8. Клинические рекомендации по диагностике и лечению синдрома диабетической стопы. Дедов И.И., Токмакова А.Ю., Егорова Д.Н., Галстян Г.Р. Утверждены на VII Всероссийском конгрессе эндокринологов "Сахарный диабет в XXI веке - время объединения усилий", 24-28 февраля 2015 года. Москва.
9. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 928н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения"
10. Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность (Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПин 2.1.3.2630-1-)
11. Федулова М.Г., Большедворская Е.Г. «Этико-деонтологические аспекты медицинской сестры при общении с пациентами в медицинском учреждении» <https://scienceforum.ru/2015/article/2015016330>
12. Навыки общения с пациентами. Дж. Сильверман, С. Кёрц, Дж. Дрейпер Гранат, 2018 г. ISBN: 978-5-906456-33-5 С. 304
13. Ларенцова, Л. И. Психология взаимоотношений врача и пациента : учеб. пос. / Л. И. Ларенцова, Н. Б. Смирнова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 152 с. ISBN 978-5-9704-2935-8. - Текст
14. Бороздина, Г.В. Психология общения: Учебник и практикум для СПО / Г.В. Бороздина, Н.А. Кормнова. - Люберцы: Юрайт, 2016. - 463 с.
15. Столяренко, Л.Д. Психология общения: учебник для колледжей / Л.Д. Столяренко. - РнД: Феникс, 2019. - 317 с