

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС

План

1. Определение понятия «сестринский процесс»
2. Характеристика этапов сестринского процесса
3. Документирование СП

1. Определение понятия «сестринский процесс»

Сестринский процесс - это научно-обоснованный метод организации оказания сестринской помощи. Он появился в США в 50-х годах прошлого века и за последующие десятилетия распространился на оба американских континента и страны Западной Европы, доказав свою жизненность и целесообразность. Сестринский процесс ориентирован на удовлетворение различных потребностей пациента.

Особенности СП как метода сестринской помощи:

- индивидуальный подход к каждому пациенту;
- обязательное участие самого пациента и членов его семьи в принятии решений относительно плана ухода и в оценке эффективности ухода;
- документирование действий медсестры.

Само понятие «процесс (от латинского «продвижение») означает последовательную смену действий для достижения какого-либо результата.

Сестринский процесс означает последовательную смену действий медсестры с целью предупреждения, облегчения, уменьшения и сведения до минимума возникающих у пациента проблем. (Перфильева, 1999 г.)

Существует и другое определение сестринского процесса: «*Сестринский процесс* - это метод научно обоснованных и осуществляемых на практике медицинской сестрой своих обязанностей по оказанию помощи пациентам».

Цель СП при использовании модели В. Хендерсон - поддержание и восстановление независимости пациента в удовлетворении 14 основных потребностей организма или спокойная смерть.

2. Характеристика этапов сестринского процесса

Сестринский процесс состоит из 5 последовательных этапов:

- обследование пациента
- диагностирование состояния пациента
- планирование сестринской помощи
- реализация (выполнение плана сестринского ухода)
- оценка полученных результатов.

На всех этапах обязательными условиями для действий медсестры должны быть:

- профессиональная компетентность, навыки наблюдения, общения, анализа,
- достаточное время и доверительная обстановка,
- конфиденциальность.

1 этап. Обследование или первичная оценка состояния пациента.

Цель этапа: получение информации для оценки состояния пациента.

Источники информации. Субъективные данные о состоянии пациента медсестра получает из беседы с:

- пациентом,
- его близкими,
- медицинскими работниками.

Объективные данные о состоянии пациента медсестра получает при:

- осмотре пациента,
- знакомстве с медицинской документацией пациента.

Основной источник информации - сам пациент.

Полученные в ходе обследования данные позволяют медсестре оценить, как удовлетворяются основные потребности пациента.

II этап. Постановка сестринского диагноза или выявление проблем пациента.

Цели этапа:

- определить нарушение потребности,
- установить существующие и потенциальные проблемы пациента,

- установить факторы, способствовавшие развитию этих проблем,
- выявить сильные стороны пациента, которые содействовали бы разрешению его проблем.

Проблемы у пациента возникают тогда, когда есть трудности в удовлетворении потребности. Иными словами:

потребность удовлетворена - нет проблем,
потребность не удовлетворена - проблемы есть.

Проблемы пациента рассматриваются как своего рода *реакция* организма на его состояние, в том числе, на болезнь.

По реакции пациента проблемы могут быть:

- физиологическими
- психологическими
- социальными
- духовными.

Например, пациент страдает бронхиальной астмой. У него имеются следующие проблемы:

- частые приступы удушья (физиологическая проблема),
- страх умереть во время приступа (психологическая проблема),
- невозможность заниматься привычным делом (социальная проблема),
- изменение взглядов пациента на мир (духовная проблема).

По времени возникновения проблемы пациента подразделяются на:

- фактически существующие (действительные, настоящие)
- потенциальные.

Существующие проблемы - те, которые беспокоят пациента в настоящий момент.

Потенциальные проблемы - те, которые еще не существуют, но могут появиться со временем, особенно если не решаются действительные проблемы.

Обычно у пациента имеются несколько проблем одновременно и медсестра должна определить последовательность их решения.

По приоритетности проблемы бывают:

- первичные (приоритетные), связанные с повышенным риском для жизни и здоровья пациента. Эти проблемы требуют немедленной сестринской помощи и решаются в первую очередь;

промежуточные – не угрожающие жизни и здоровью пациента и допускающие некоторую отсрочку сестринских вмешательств;

- вторичные – не относящиеся к данному заболеванию и состоянию, но также требующие решения с ещё более возможной отсрочкой сестринских вмешательств.

На основании выявленных проблем пациента медсестра приступает к постановке сестринского диагноза.

«Сестринский диагноз - это клиническое суждение медсестры, в котором дается оценка реакций пациента на фактически существующие и возможные (потенциальные) проблемы, связанные с состоянием его здоровья, с указанием вероятных причин этих реакций». (Перфильева Г. М., 1999г.)

Например: «Нарушение сна пациента (реакция) из-за храпа соседа по палате (возможная причина реакции)».

Отличие сестринского диагноза от врачебного:

1) *врачебный диагноз определяет болезнь, а сестринский - ответную реакцию организма на заболевание;*

2) *врачебный диагноз связан с возникшими патофизиологическими изменениями в организме, сестринский - с представлениями пациента о своем состоянии;*

3) *цель врачебной диагностики - назначение лечения, цель сестринской диагностики – разработка индивидуального плана ухода за больным, чтобы пациент мог адаптироваться к изменениям, возникшим из-за проблем со здоровьем;*

4) *врачебный диагноз (если он верен) не меняется на протяжении болезни, а сестринский может меняться неоднократно, по мере того, как изменяются реакции организма на болезнь;*

5) *сестринский диагноз может быть одинаковым при различных врачебных диагнозах;*

6) *сестринских диагнозов при одном заболевании может быть сразу несколько;*

7) *сестринский диагноз может относиться не только к пациенту, но и к его семье, коллективу, и даже - к государству.*

III этап. Планирование сестринской помощи

Цель этапа: определение ожидаемых результатов сестринского ухода (целей ухода) и разработка плана сестринских вмешательств, направленных на их достижение.

Существует два вида целей сестринского ухода:

краткосрочные (рассчитаны на выполнение в течение 2-х недель)

долгосрочные (рассчитаны на срок более 2-х недель).

Цели должны быть (требования к постановке цели):

- реальными, достижимыми, диагностичными;*
- иметь временные пределы, т.е. конкретные сроки для достижения каждой поставленной задачи.*

В структуре целей должны быть отражены:

- конкретные действия (глагол);*
- критерий (дата, время, расстояние);*
- условие (с помощью кого или чего, будет достигнут результат).*

Например: «Пациент пройдет (действие) 6 метров на 8 день (критерий) с помощью костылей (условие)».

После определения целей медсестра составляет план ухода за пациентом, представляющий собой подробное перечисление действий медсестры, необходимых для достижения целей сестринского ухода. В план должны быть включены все три вида сестринских вмешательств: зависимые, независимые и взаимозависимые.

IV этап. Реализация плана сестринских вмешательств

Цель этапа: выполнение медсестрой действий в соответствии с намеченным планом до их завершения, проведение наблюдения за пациентом (текущая оценка состояния пациента).

В распоряжении медсестры находятся следующие методы ухода:

- оказание ежедневной помощи пациенту в осуществлении естественных потребностей;
- выполнение технических манипуляций;
- оказание психологической помощи и поддержки;
- обучение и консультирование пациента и членов его семьи;
- профилактика осложнений и укрепление здоровья;
- создание благоприятной окружающей среды;
- меры по спасению жизни.

Виды сестринских вмешательств:

- зависимые – выполнение письменных указаний врача;
- независимые – выполнение мероприятий по уходу в соответствии с самостоятельно составленным планом;
- взаимозависимые – планирование и выполнение мероприятий совместно с другими членами медицинской бригады среднего звена.

V этап. Оценка эффективности ухода

Цель этапа: оценка реакции пациента на сестринское вмешательство, анализ качества предоставленной помощи и оценка полученных результатов.

Критерии эффективности СП:

- прогресс в достижении целей;
- положительная ответная реакция пациента на вмешательства;
- соответствие полученного результата ожидаемому.

3. Документирование СП

Сестра записывает все свои действия в «Сестринскую историю болезни», которая включает 2 части:

1. «лист первичной оценки состояния пациента», куда записываются данные обследования (1 этап СП);

2. «план сестринского ухода», где фиксируются II - V этапы сестринского процесса.

Сестринская история болезни - юридический документ самостоятельной деятельности медсестры в рамках ее компетенции. Он отражает квалификацию сестры, уровень её мышления, а значит, и качество оказываемой ею помощи.

Приложение №1

НАРУШЕННЫЕ ПОТРЕБНОСТИ:

***Проблема пациента** (сестринский диагноз) - это реакция организма на болезнь и свое состояние*

ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА (ПЕРЕЧИСЛИТЬ):

1. настоящие –
из них - приоритетные –
2. потенциальные –

Классификации проблем пациента:

1. По времени возникновения:

- 1.1 Фактически существующие
- 1.2 Потенциальные

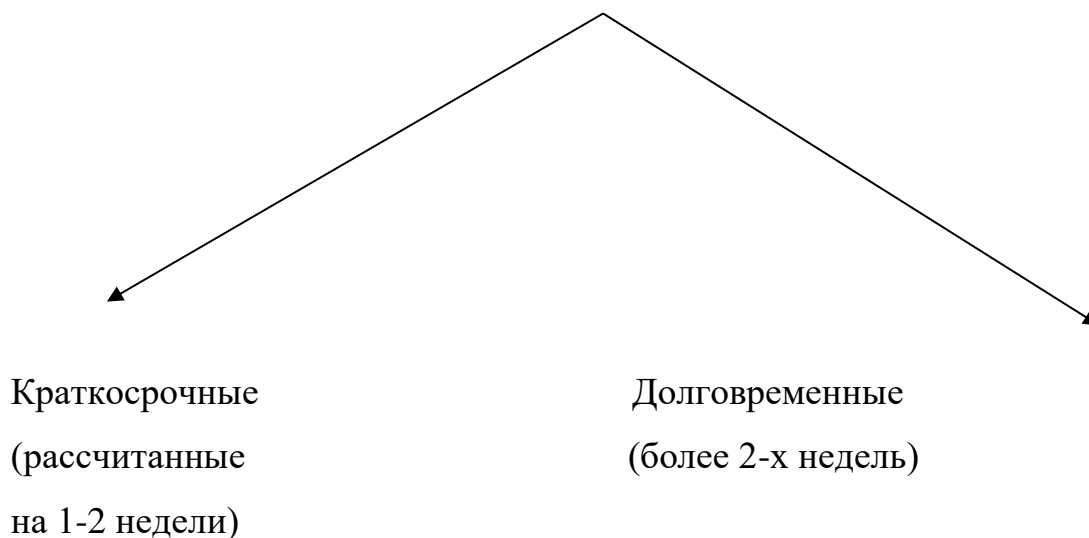
2. По приоритетности:

- 2.1 Первичные
- 2.2 Промежуточные
- 2.3 Вторичные

3. По реакции организма на болезнь и свое состояние:

- 3.1 Физиологические
- 3.2 Психологические
- 3.3 Духовные
- 3.4 Социальные

Цели сестринского ухода



Требования к постановке целей

1. Реальность, достижимость
2. Временные пределы (указание сроков достижения целей)
3. Диагностичность (возможность проверки достижения).

Структура целей:

- конкретные действия
- критерии (дата, время, расстояние и т.д.)
- условие (с помощью кого или чего будет достигнут результат).

ПЛАН СЕСТРИНСКОГО УХОДА

Ф.И.О. пациента

Отделение

№ палаты

Дата	Проблема пациента	Цели (ожидаемый результат)	Вмешательства Действия медсестры	Периодичность, кратность, частота оценки	Конечная дата достижения цели	Итоговая оценка эффективности

Согласовано с лечащим врачом:

Сестра (подпись)

Врач (подпись)

