

**КАРАГАНДИНСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ВЫСШИЙ СЕСТРИНСКИЙ
КОЛЛЕДЖ**

Сестринский процесс

**Подготовила:
Дубина О.В.**

г. Караганда 2021 год

Сестринский процесс (СП) — это научная технология или методология организации и оказания практической сестринской помощи (сестринского ухода за пациентом). По сути это четкий план действий медсестры и последовательное его выполнение. Итак, СП представляет собой:

1. продуманный план сестринской помощи, основанный на проблемах пациента
2. реализация плана медицинской сестрой совместно с пациентом
3. оценка эффективности действий медсестры

При этом сестринский процесс является динамичным и циклическим — в ходе оказания помощи пациенту могут возникать новые проблемы, требующие планирования и решения.

Сестринский процесс состоит из 5 последовательных этапов (с обязательным документированием):

1. оценка состояния (обследование) пациента;
2. интерпретация полученных данных (определение проблем);
3. планирование предстоящей работы;
4. реализация (выполнение) составленного плана;
5. оценка результатов перечисленных этапов.

Любой из этапов может быть пересмотрен и скорректирован после проведения текущей оценки, что позволяет сестре своевременно реагировать на изменение потребностей пациента.

Первый этап: обследование пациента — текущий процесс сбора и оформления данных о состоянии здоровья пациента.

Цель- собрать, обосновать и взаимосвязать полученную информацию о пациенте для того, чтобы создать информационную базу данных о нем, о его состоянии в момент обращения за помощью. Главная роль в обследовании принадлежит расспросу. Источником информации может быть не только пострадавший, но и члены его семьи, коллеги по работе, друзья, случайные прохожие и т. д. Они дают информацию и в том случае, когда пострадавшим является ребенок, душевнобольной, человек в бессознательном состоянии и т.п.

Данные обследования:

1. Субъективные-включают чувства и эмоции, выраженные вербальным и невербальным методами, источник информации сам пациент, который излагает собственные предположения о своем состоянии здоровья

2. *Объективные-получены в результате наблюдений и обследований, проводимых медицинской сестрой: анамнез, социологические данные (взаимоотношения, источники, окружающая среда, в которой пациент живет и работает), данные о развитии (если это ребенок), сведения о культуре (этнические и культурные ценности), информация о духовном развитии (духовные ценности, вера и т. д.), психологические данные (индивидуальные особенности характера, самооценка и способность принимать решения). Важным источником объективной информации являются: данные физикального обследования пациента (пальпация, перкуссия, аускультация), измерение артериального давления, пульса, частоты дыхания; данные лабораторного исследования.*

В ходе сбора информации медицинская сестра устанавливает с пациентом «лечебные» отношения;

- определяет ожидания пациента и его родственников - от лечебного учреждения (от врачей медицинских сестер);

- осторожно знакомит пациента со стадиями лечения;

- начинает вырабатывать у пациента адекватную самооценку своего состояния;

- получает информацию, которая требует дополнительной проверки (информация об инфекционном контакте, перенесенных заболеваниях, проведенных операциях и т. п.);

- устанавливает и выясняет отношение пациента и его семьи к болезни, отношения «пациент - семья».

Конечный результат первого этапа- документирование полученной информации и создание базы данных о пациенте. Собранные данные записываются в сестринскую историю болезни по определенной форме. Сестринская история болезни - юридический протокол-документ самостоятельной, профессиональной деятельности медицинской сестры в рамках ее компетенции. *Цель сестринской истории болезни — контроль за деятельностью медсестры, выполнением ею плана года и рекомендаций врача, анализ качества оказания сестринской помощи и оценка профессионализма медсестры. И как итог — гарантия качества оказания помощи и безопасности.*

Второй этап сестринского процесса — установление проблем пациента и формулировка сестринского диагноза (рис. 2).

Проблемы пациента:

1. существующие- это проблемы, которые беспокоят пациент в настоящий момент. Например: под наблюдением находится пациент 50-ти лет, получивший травму позвоночника. Пострадавший находится на строгом постельном режиме. Проблемы пациент, беспокоящие его в настоящее время - боль, стрессовое состояние, ограничение подвижности, дефицитсамоухода и общения.

2. потенциальные. Потенциальные проблемы — те, которые еще не существуют, но могут появиться с течением времени. У нашего пациента потенциальными проблемами являются появление пролежней, пневмония, снижение тонуса мышц, нерегулярное опорожнение кишечника (запоры, трещины, геморрой).

Поскольку у пациента в большинстве случаев несколько проблем, связанных со здоровьем, сестра не может приступить к их решению одновременно. Поэтому для успешного разрешения проблем пациента медицинская сестра должна их рассматривать с учетом приоритетов.

Приоритеты:

- первичные - Проблема пациента, которые если не лечатся, то могут оказать пагубное влияние на больного, обладают первичным приоритетом.
- промежуточные - неэкстремальные и неопасные для жизни потребности больного
- вторичные.— потребности пациента, которые не имеют прямого отношения к заболеванию или прогнозу.

Возвратимся к нашему примеру и рассмотрим его с учётом приоритетов. Из существующих проблем первое, на что должна обратить внимание медицинская сестра, это болевой синдром, стресс — первичные проблемы, расположенные в порядке значимости. Вынужденное положение ограничение движений, дефицит самоухода и общения— промежуточные проблемы.

Из потенциальных проблем первичными являются вероятность появления пролежней и нерегулярное опорожнение кишечника. Промежуточными — пневмония, снижение тонуса мышц, При каждой выявленной проблеме медицинская сестра намечает себе план действий, не оставляя без внимания и потенциальной проблемы, так как они могут превратиться в явные.

Следующей задачей второго этапа является формулировка сестринского диагноза.

«Сестринский диагноз - состояние здоровья пациента (нынешнее или потенциальное) установленное в результате проведенного сестринского обследования и требующее вмешательства со стороны сестры».

В отличие от врачебного диагноза, сестринский диагноз нацелен на выявление ответных реакций организма на заболевание (боль, гипертермия, слабость, беспокойство и т. п.). Врачебный диагноз не меняется, если не была допущена врачебная ошибка, а сестринский диагноз может меняться каждый день и даже в течение дня по мере того, как изменяются реакции организма на болезнь. Кроме этого, сестринский диагноз может быть одинаковым при различных врачебных диагнозах. Например, сестринский диагноз «страх смерти» может быть у пациента с острым инфарктом миокарда, у пациентки с новообразованием молочной железы, у подростка, у которого умерла мама, и т. п.

Задача сестринской диагностики - установить все настоящие или возможные в будущем отклонения от комфортного, гармоничного состояния, установить то, что наиболее тяготит пациента в настоящий момент, является для него главным, и попытаться в пределах своей компетенции скорректировать эти отклонения.

Медицинская сестра рассматривает не заболевание, а реакцию пациента на болезнь. Эта реакция может быть: физиологической, психологической, социальной, духовной. Например, при бронхиальной астме вероятны следующие сестринские диагнозы: неэффективное очищение дыхательных путей, высокий риск удушья, пониженный газообмен, отчаяние и безнадежность, связанные с длительным хроническим заболеванием, недостаточная самогигиена, чувство страха.

Сестринских диагнозов при одном заболевании может быть сразу несколько. Врач купирует приступ бронхиальной астмы, устанавливает ее причины, назначает лечение, а научить пациента жить с хроническим заболеванием - задача медицинской сестры.

Сестринский диагноз может относиться не только к пациенту, но и к его семье, коллективу, в котором он работает или учится, и даже к государству. Поскольку реализация потребности к передвижению у человека, лишившегося ног, или самообслуживания у пациента, оставшегося без рук, в ряде случаев не может быть реализована семьей. Для обеспечения пострадавших инвалидными колясками, специальными автобусами, подъемниками в железнодорожные вагоны и т. п. необходимы специальные государственные программы, т. е. помощь государства. Поэтому в сестринском диагнозе «социальная изоляция пациента» могут быть повинны и члены семьи и государство.

Третий этап сестринского процесса - планирование сестринской помощи (рис 3). План ухода координирует работу сестринской бригады, сестринский уход, обеспечивает его преемственность, помогает поддерживать связи с другими специалистами и службами. Письменный план ухода за пациентом уменьшает риск некомпетентного ухода. Это не

только юридический документ качества сестринской помощи, но и документ, позволяющий определить экономические затраты, поскольку в нем указываются материалы и оборудование, необходимые для выполнения сестринского ухода. Это позволяет определять потребность в тех ресурсах, которые используются наиболее часто и эффективно в конкретном лечебном отделении и учреждении. План обязательно предусматривает участие пациента и его семьи о процессе ухода. Он включает критерии оценки ухода и ожидаемых результатов.

Постановка целей сестринского ухода:

1. дает направление при проведении индивидуального сестринского ухода, сестринских действий и используется для определения степени эффективности этих действий.
2. Должна соответствовать определенным требованиям: цели и задачи должны быть реальными и достижимыми, должны иметь конкретные сроки для достижения каждой поставленной задачи (принцип «измеряемости»).

В постановке целей ухода, так же как и в их реализации, участвует пациент (там где может), его семья, а также другие специалисты.

Цели сестринского ухода:

- **Краткосрочные** (для срочного сестринского ухода) - должны быть выполнены за короткий период времени, обычно за 1-2 недели. Они ставятся, как правило, в острой фазе заболевания.
- **Долгосрочные**—достигаются в более длительный период времени (более двух недель), обычно направлены на предотвращение рецидивов заболеваний, осложнений, их профилактику, реабилитацию социальную адаптацию, приобретение знаний о здоровье. Выполнение этих целей чаще всего приходится на период после выписки пациента.

Если долгосрочные цели или задачи не определены, то пациент не имеет и по сути лишен планомерного сестринского ухода при выписке.

Во время формулирования целей необходимо учитывать: действие (исполнение), критерий (дата, время, расстояние, ожидаемый результат) и условия (с помощью чего или кого). Например: медицинская сестра должна обучить пациента в течение двух дней делать самому себе инъекции инсулина. Действие - делать инъекции; временный критерий — в течение двух дней; условие — с помощью медсестры. Для успешного выполнения целей, необходимо мотивировать пациента и создать благоприятную среду для их достижения.

В частности, примерный индивидуальный план ухода за этим пострадавшим может иметь следующий вид:

- решение существующих проблем: ввести обезболивающее средство, снять стрессовое состояние у пациента с помощью беседы, дать седативное средство, научить пациента максимально себя обслуживать, то есть помочь ему адаптироваться к вынужденному состоянию, чаще беседовать, разговаривать с пациентом;

- решение потенциальных проблем: усилить мероприятия по уходу за кожей с целью профилактики пролежней, установить диету с преобладанием продуктов, богатых клетчаткой, блюда с пониженным содержанием соли и специй, проводить регулярное опорожнение кишечника, заниматься с пациентом физкультурой, проводить массаж мышц конечностей, заниматься с пациентом дыхательной гимнастикой, обучить членов семьи уходу за пострадавшим;

- определение возможных последствий: пациент должен быть вовлечен в процесс планирования.

Составление плана ухода предусматривает наличие стандартов сестринской практики, то есть выполнение того минимального качественного уровня обслуживания, который обеспечивает профессиональный уход за пациентом..

После определения целей и задач по уходу медицинская сестра составляет собственно план ухода за пациентом — письменное руководство по уходу. План ухода за пациентом представляет собой подробное перечисление специальных действий медицинской сестры, необходимых для достижения сестринского ухода, который записывается в сестринскую историю болезни.

Подводя итог содержанию третьего этапа сестринского процесса — планированию, медицинская сестра должна четко представлять ответы на следующие вопросы:

- какова цель ухода?

- с кем я работаю, что представляет собой пациент как личность (его характер, культура, интересы)?

- каково окружение пациента (семья, родственники), их отношение к больному, их возможности для оказания помощи, их отношение к медицине (в частности к деятельности медицинских сестер) и к лечебному учреждению, в котором проходит лечение пострадавший?

- каковы задачи медицинской сестры в достижении целей и задач по уходу за пациентом'?

- каковы направления, способы и методы реализации целей и задач?

- каковы возможные последствия? .

Четвертый этап сестринского процесса — осуществление плана сестринских вмешательств

Цель -обеспечение соответствующего ухода за пострадавшим; то есть оказание помощи пациенту в выполнении жизненных потребностей; обучение и консультирование, при необходимости, пациента и членов его семьи.

Категории сестринского вмешательства:

Ø **Независимая** - предусматривает действия, осуществляемые медицинской сестрой по собственной инициативе, руководствуясь собственными соображениями, без прямого требования со стороны врача или указаний от других специалистов. Например: обучение пациента навыкам самоухода, расслабляющий массаж, советы пациенту относительно его здоровья, организация досуга пациента, обучение членов семьи приемам ухода за больным и т. д.

Ø **Зависимая** - выполняется на основании письменных предписаний врача и под его наблюдением. Медицинская сестра несет ответственность за выполняемую работу. Здесь она выступает в роли сестры-исполнителя. Например: подготовка пациента к диагностическому обследованию, выполнение инъекций, физиотерапевтических процедур и т. д.

По современным требованиям медицинская сестра не должна автоматически выполнять указания врача (зависимое вмешательство). В УСЛОВИЯХ гарантии качества медицинской помощи, ее безопасности для больного сестра должна уметь определить, является ли данное предписание необходимым для пациента, правильно ли подобрана доза лекарственного препарата, не превышает ли она максимальную разовую или суточную дозы, учтены ли противопоказания, совместимо ли данное лекарственное средство с другими, правильно ли выбран путь введения.

Дело в том, что врач может устать, у него может снизиться внимание, наконец, из-за ряда объективных или субъективных причин он может допустить ошибку. Поэтому в ин тросах безопасил,ти медицинской помощи для пациента медицинская сестра должна знать и уметь уточнил) необходимость тех или иных назначений, правильность дозировок лекарственных средств и т. д.. Необходимо помнить, что медицинская сестра, выполняющая неверное или ненужное предписание, профессионально некомпетентна и так же ответственна за последствия ошибки, как и тот, кто сделал это назначение

Ø **Взаимозависимая** - предусматривает совместную деятельности медицинском сестры с врачом и другими специалистами (физиотерапевтом, диетологом, инструкторов "К, сотрудниками социальной помощи). Ответственность медицинской сестры одинаково велика для всех типов вмешательства.

Выбор категории основывается на нуждах пациента.

Медицинская сестра выполняет намеченный план, применяя несколько методов ухода: помощь, связанная с жизненными ежедневными потребностями, уход для достижения терапевтических целей, уход для достижения хирургических целей, уход для облегчения достижения целей медицинского обслуживания (создание благоприятной окружающей среды, стимулирование и мотивация пациента) и т. п. Каждый из методов включает теоретические и клинические навыки. Потребность- пациента в помощи может быть временной, постоянной и реабилитирующей. Временная помощь рассчитана на короткий период времени, когда существует дефицит самоухода. Например, при вывихах, мелких хирургических вмешательствах и т. л, Постоянная помощь требуется пациенту на протяжении всей жизни - при ампутации конечностей, при осложненных травмах позвоночника и костей газа и т. д. Реабилитирующая помощь — процесс длительный, его примеров может служить ЛФК, массаж, дыхательная гимнастика беседа с пациентом. Среди методов осуществления мероприятий по уходу за пациентами большую роль играют беседа с пациентом и совет, который может дать медицинская сестра в необходимой ситуации. Совет — это эмоциональная, интеллектуальная и психологическая помощь, которая помогает пострадавшему подготовиться к настоящим или предстоящим изменениям, возникающим из-за стресса, который всегда присутствует при любом заболевании и облегчает межличностные отношения между больным, семьей, медицинским персоналом. В число пациентов, нуждающихся в совете, включаются и те лица, которым нужно приспособиться к здоровому образу жизни - (.бросить курить, похудеть, увеличить степень подвижности и т. д.

Проводя четвертый этап сестринского процесса медицинская сестра осуществляет два стратегических направления:

- наблюдение и контроль за реакцией пациента на назначения врача с фиксацией полученных результатов в сестринской истории болезни,
- наблюдение и контроль за реакцией пациента на выполнение сестринских действий по уходу связанных с постановкой сестринского диагноза и регистрация полученных результатов в сестринской истории болезни.

На этом этапе проводится и корректировка плана, если изменяется состояние пациента и

*поставленные цели не реализуются. Выполнение намеченного плана действий дисциплинирует и

медицинскую сестру, и пациента. Нередко медицинская сестра работает в условиях дефицита

времени, что связано с неуккомплектованностью сестринского персонала, большим количеством

пациентов в отделении и т. п. В этих условиях медицинская сестра должна определить: что должно

быть выполнено немедленно; что должно выполняться по намеченному плану; что может быть

сделано, если останется время; что можно и что нельзя передать по смене.

Пятый заключительный этап процесса - оценка эффективности сестринского процесса. Его целью является оценка реакции пациента на сестринский уход, анализ качества оказанной помощи, оценка полученных результатов и подведение итогов. Оценка эффективности и качества ухода должна проводиться старшей и главной медицинскими сестрами постоянно и самой сестрой в порядке самоконтроля в конце и в начале каждой смены. Если работает бригада медицинских сестер, то оценка проводится сестрой, которая выполняет функции сестры-координатора. Систематический процесс оценки требует от медицинской сестры, знаний, умения мыслить аналитически при сравнении достигнутых результатов с ожидаемыми. Если поставленные задачи выполнены и проблема решена, медицинская сестра должна удостоверить это, сделав соответствующую запись в сестринской истории болезни, поставив дату и подпись.

Важное значение на данном этапе имеет мнение пациента о проведенных сестринских мероприятиях. Оценка всего сестринского процесса производится в том случае, если пациент выписывается, если его перевели в другое лечебное учреждение, если он скончался или в случае длительного наблюдения.

При необходимости план сестринских мероприятий пересматривается, прерывается или изменяется. Когда намеченные цели не достигаются, то оценка дает возможность увидеть факторы, мешающие их достижению. Если конечный результат сестринского процесса приводит к неудаче то сестринский процесс повторяется последовательно для нахождения ошибки и изменения плана сестринских вмешательств.

Таким образом, оценка результатов сестринского вмешательства дает возможность медицинской сестре установить сильные и слабые стороны в своей профессиональной деятельности.

Настоящие проблемы неподвижного пациента

- Нарушение показателей различных функций органов и систем (нарушение ритма сердца, одышка, отёки, головная боль из-за

повышенного АД, боль в грудной клетке, рвота, боль и отёчность в суставах и т.д.)

- Ограничение подвижности
- Дефицит самоухода
- Дефицит общения
- Нарушение естественного питания
- Психологический дискомфорт

Приоритетные проблемы пациентов в бессознательном состоянии

- Отсутствие сознания
- Неспособность самоухода
- Невозможность адекватного питания
- Недержание мочи
- Недержание кала
- Нарушение дыхания
- Нарушение сердечной деятельности

Потенциальные проблемы пациента с ограниченной подвижностью

- Риск развития пролежней
- Риск развития опрелостей
- Риск асфиксии
- Риск развития контрактуры и гипотрофии мышц
- Риск перелома вследствие остеопороза
- Риск тромбообразования в периферических венах
- Риск развития гипостатической пневмонии
- Риск развития запоров
- Риск развития метеоризма
- Риск развития уроинфекции
- Риск развития сердечно-сосудистых осложнений (ортостатический коллапс, эффект Вальсальвы)