

Сестринский процесс



«Сестринский процесс: понятия и термины»

Сестринский процесс (СП) – основа современных моделей сестринского дела



Сестринский процесс – научный метод *организации и исполнения системного ухода* за пациентом, ориентированный на удовлетворение *универсальных потребностей* человека, связанных со здоровьем.

Сестринский процесс

- ▼ структура, организующая сестринскую практику;
- ▼ научный метод профессионального решения сестринских проблем;
- ▼ систематический метод определения ситуации и проблем пациента с целью выполнения плана ухода, приемлемого для обеих сторон;
- ▼ процесс формирования клинического мышления медсестры;
- ▼ искусство ухода, основанное на творчестве, профессионализме и интуиции медсестры.

Концептуальные понятия сестринского дела

• Проблема пациента	Проблемы, которые существуют у пациента и препятствуют в достижении оптимального здоровья в любой ситуации.
• Потребность	Осознанный психологический или физиологический дефицит чего-либо, отраженный в восприятии человека, который он испытывает на протяжении всей жизни.
• Симптом	Признак болезни.
• Процесс	Ход событий, его этапы.

Сестринский процесс – это системный, динамичный, циклический ПРОЦЕСС

Цели и задачи сестринского процесса

Цель СП – поддержание и восстановление независимости пациента в удовлетворение основных потребностей организма, требующего холистического (комплексного) подхода

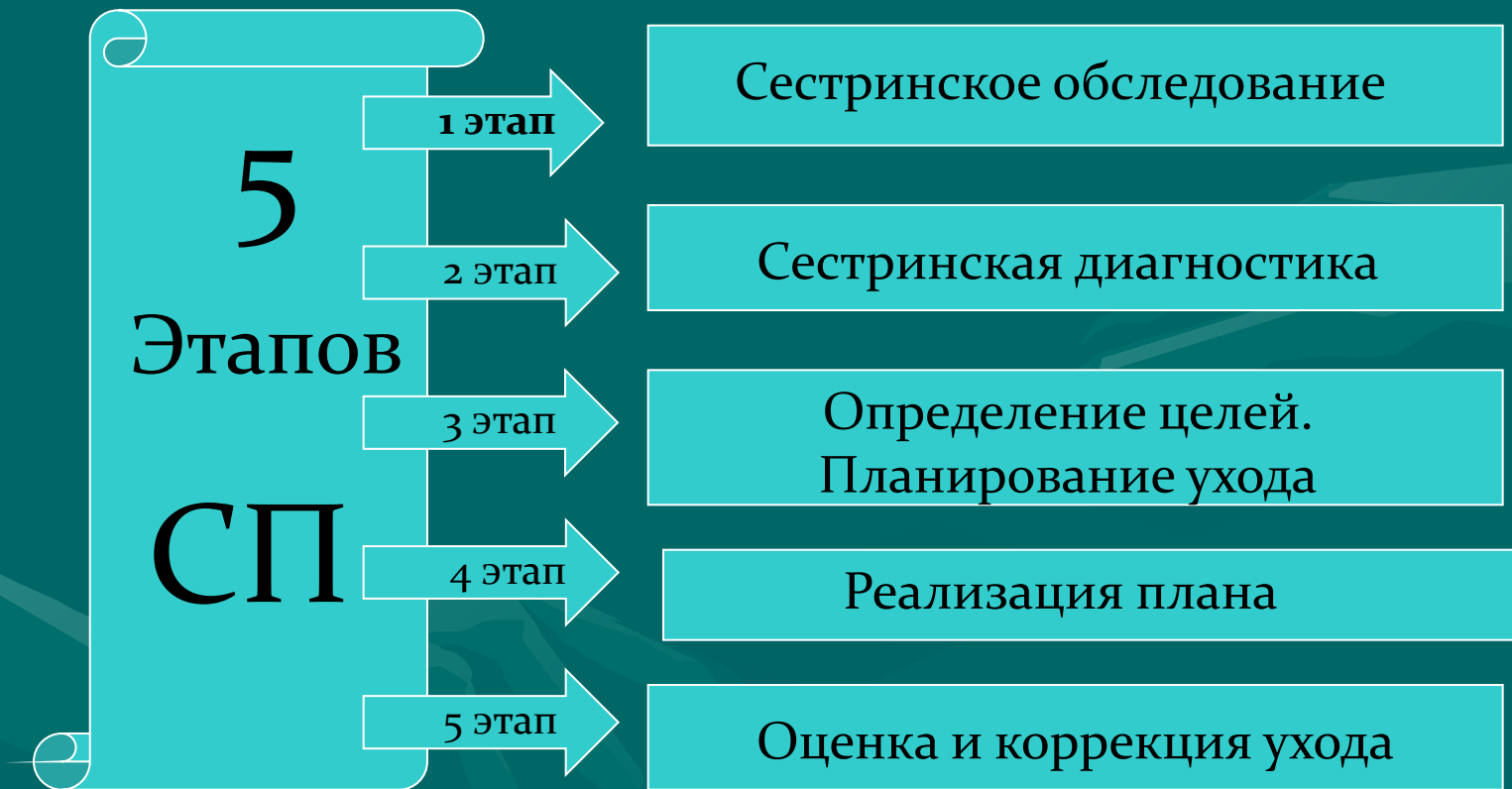


Задачи СП

- Создание информационной базы о пациенте.
- Определение потребностей пациента в сестринском уходе.
- Обозначение приоритетов ухода, их первоочередности.
- Определение целей и составление плана ухода, мобилизации необходимых ресурсов.
- Реализация плана ухода, т.е. осуществление сестринских вмешательств.
- Оценка эффективности процесса ухода в деле достижения целей ухода.

Этапы сестринского процесса

Сестринский процесс состоит из 5 последовательных этапов



Преимущества внедрения СП в сестринскую практику:

1. системный подход к осуществлению сестринского вмешательства;
2. универсальность метода;
3. учет индивидуальных особенностей каждого пациента;
4. развитие клинического мышления медсестры;
5. возможность широкого использования стандартов профессиональной деятельности;
6. повышение компетентности, независимости медицинской сестры;
7. повышение творческой активности медсестры;
8. повышение престижа профессии в целом.

Лекция «Первый этап СП: сестринское обследование. Содержание субъективного обследования»

I этап СП:

сестринское обследование – сбор информации (данных) о пациенте.

ФУНДАМЕНТ

Теория А.Маслоу

**об основных
жизненно важных
потребностях
человека**

**ПОТРЕБНОСТЬ – физиологический и (или) психологический дефицит
того, что существенно для здоровья и благополучия человека**

Классификация потребностей

А. МАСЛОУ

В. ХЕНДЕРСОН

**МУХИНА С.,
ТАРНОВСКАЯ И.**

**14 групп
универсальных
жизненноважных
потребностей**

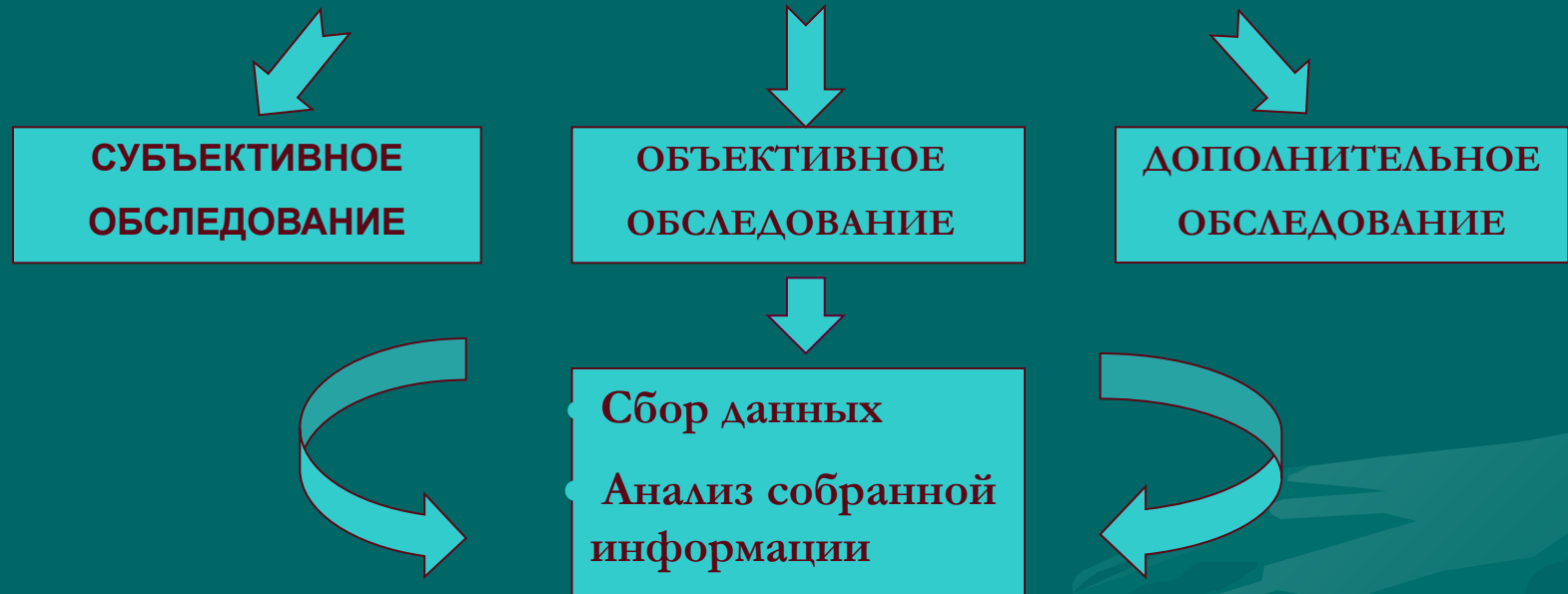
**10 групп
универсальных
жизненноважных
потребностей**

Последовательное исследование каждой потребности

**ведет
к**

СИСТЕМНОСТИ СЕСТРИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Методы обследования пациента




Информационные данные, собранные при обследовании, должны быть:

- полными,
- точными,
- описательными,
- не должны содержать спорных утверждений.

СЕСТРИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ



СУБЪЕКТИВНОЕ СЕСТРИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

 Субъективное сестринское обследование — это информация, отражающая чувства, ощущения и эмоции пациента и/или его немедицинского окружения, выраженные словами, мимикой, жестами

Методы сбора информации

Расспрос пациента

Расспрос немедицинского
окружения

Содержание субъективного обследования:

- ❑ Общие сведения о пациенте (анкетные данные).
- ❑ Расспрос пациента, информация о пациенте.

Общие сведения о пациенте.

1. Анкетные данные - паспортная часть:

содержат анкетные данные, необходимые для регистрации пациента, например, для заполнения титульного листа карты стационарного больного:

- ФИО, год рождения, место жительства, где работает, профессия и т.д.
- Дата поступления в стационар, кем направлен, путь госпитализации.
- Наличие страхового полиса.
- Источник информации (пациент, семья, другие источники).
- Другие данные.

Расспрос пациента, информация о пациенте.

2. *Жалобы пациента* на момент осмотра – это субъективные ощущения и эмоции пациента на болезнь и свое состояние. Они могут быть:

- Физиологические (бессонница, диспепсия, боль и т.д.).
- Психологические (беспокойство по поводу своего состояния, страх перед предстоящей операцией и т.д.).
- Социальные (социальная изоляция, одиночество, конфликтная ситуация на работе и т.д.).
- Духовные (невозможность осуществлять религиозные ритуалы, отсутствие духовной близости с детьми и т.д.).

Следует выделить основные (ведущие) и второстепенные жалобы.

История настоящего заболевания.

3. Анамнез болезни

- С какого времени считает себя больным.
- Как проявлялись первые симптомы, их характер (жалобы на момент поступления).
- Как протекает заболевание: последовательность и развитие отдельных симптомов.
- Если заболевание хроническое, установить частоту обострений, длительность ремиссий, провоцирующие факторы.
- Стоит ли на диспансерном учете.
- Регулярность стационарного лечения, его эффективность
- Лечение до настоящего времени, его результаты.
- Ожидание пациента и/или его родственников от лечения, ЛПУ, медработников.

История жизни

4. Анамнез жизни, связанный со здоровьем.

I. Развитие по возрасту, наличие хронических заболеваний, травмы, перенесенные заболевания и т. д.

II. Эпидемиологический анамнез:

- Перенесенные инфекционные заболевания.
- Контакт с инфекционными больными за последние 6 месяцев.

Особое внимание следует обратить на такие заболевания, как

- сифилис (др. венерические болезни);
- туберкулез;
- вирусные гепатиты.

Анамнез жизни.

III. Аллергический анамнез

- Непереносимость пищи.
- Непереносимость лекарств.
- Непереносимость бытовой химии.
- Непереносимость других факторов.

IV. Факторы риска:

- гиподинамия;
- переедание;
- особенности питания (что предпочитает);
- курение;
- злоупотребление алкоголем и т.д.

V. Социальный статус:

- роль в семье, на работе, в учебном заведении;
- финансовое положение (как сам пациент его оценивает);
- бытовые условия;
- источники информации;
- условия работы (профессиональные вредности) и т.д.

Анамнез жизни.

УІ. Духовный статус (моральные ценности):

- уровень культуры;
- вероисповедание;
- идеологические предпочтения или принадлежность к политической партии;
- занятия творчеством, наличие хобби;
- проведение отдыха и т. д.

УІІ. Семейный анамнез или наследственность.

- сахарный диабет;
- гипертоническая болезнь;
- инфаркт, инсульт;
- заболевания крови;
- заболевания щитовидной железы;
- заболевания желудка;
- болезни почек;
- онкологические заболевания;
- нервно-психические болезни.

Лекция «I этап СП. Содержание объективного обследования»

Объективное обследование - это информация, полученная путем объективных методов наблюдения, осмотра, расспроса, применения специальных техник обследования, которыми владеет медсестра, опираясь на свои профессиональные знания.

Методы сбора информации:

наблюдение медсестры за тем, как пациент удовлетворяет свои 14 ОЖВП;

информация, полученная от медицинского окружения;
изучение медицинской документации;

изучение специальной медицинской литературы в отношении методов обследования.

I. Оценка физических показателей здоровья – физикальное (физическое) обследование

▲ Внешний осмотр пациента (визуальный метод):

- *общий* – внешний вид, грудная клетка, туловище, живот;
- *детальный* (осмотр участков тела по областям): голова, лицо, шея, конечности, состояние кожи, костно-мышечная система, слизистые оболочки, волосяной покров и т.д.

Общее состояние пациента



Положение в постели



Физические данные

▲ Антропометрия:

- измерение роста, массы тела (веса), частей тела (использование специальных технических устройств - ростомер, медицинские весы, тазометр, лента сантиметровая);

▲ Телосложение:

- определения типа конституции;
- определение степени питания;

▲ Наличие отеков:

- явные/ скрытые;
- локализация видимых отеков.

Состояние сознания

Ясное

Расстроенное

Отсутствует

- помраченное;
- сомноленция;
- ступор;
- галлюцинации;
- бред и др.

- сопор;
- кома.

Выражение лица:

- без особенности;
- одутловатое;
- болезненное;
- страдальческое и т.д.

Состояние кожных покровов и видимых слизистых:

- цвет (бледность, гиперемия, цианоз и т.п.);
- эластичность – тургор;
- влажность/сухость;
- чистота (сыпь, участки пигментации, родимые пятна);
- целостность (раны, шрамы, порезы);
- наличие видимых отеков.

Осмотр по системам

▲ Костно-мышечная система:

- деформация скелета, костей, суставов;
- мышечный тонус;
- степень гипотрофии/атрофии мышц.

▲ Дыхательная система:

- характеристика дыхания
- тип дыхания;
- одышка;
- кашель.

ЧДД - частота

ритм

глубина

▲ Мочевыделительная система

- Мочевыделение: частота, количество, недержание мочи, самостоятельно, мочеприемник, через катетер; другое.

▲ Пищеварительная система

- Стул: самостоятельный, регулярность, характер стула, недержание кала, калоприемник;
- Способность есть/пить: аппетит, нарушение процесса жевания, тошнота, рвота.
- Полость рта: осмотр языка, зева, зубов и т.д.



Сердечно – сосудистая система

▲ Исследование пульса (пальпация):

- частота – количество ударов в минуту;
- ритм;
- величина пульса – наполнение и напряжение;
- симметричность;

▲ Исследование артериального давления (аускультативный метод):

- Измерение АД на левой/правой руке.

▲ Измерение температуры тела (термометрия)

▲ Использование резервов:

- очки, линзы,
- слуховой аппарат,
- съемные зубные протезы,
- другое.

▲ Способность к передвижению:

- самостоятельно,
- при помощи специальных приспособлений
и т.д.;

Лекция «II этап сестринского процесса»

Постановка сестринских проблем – сестринская диагностика.

«Сестринский диагноз – это клиническое суждение медсестры, в котором дается описание характера существующей или потенциальной реакции пациента на болезнь и свое состояние, с желательным указанием вероятной причины такой реакции»



Формулировка сестринского диагноза

Формулировка вопросов
сестринского диагноза

Анализ данных I этапа

Направление сестринского вмешательства

Выявление проблем пациента

По характеру реакции
пациента на болезнь

физиологические

психологические

социальные

духовные

Источники проблем
пациента

Время появления
проблем

Настоящие
имеющие место в
данный момент

Потенциальные
вероятные, возможные в
будущем

Источниками проблем пациента:

- Окружающая среда и вредные факторы, воздействующие на человека.
- Медицинский (врачебный диагноз).
- Собственно лечение, которое может иметь нежелательные побочные действия
- Больничная обстановка.
- Личные обстоятельства человека.

Приоритетные проблемы

Выявление проблем пациента по критериям значимости

Тягостные,
пагубные,
препятствующие
самоуходу

Способствующие
ухудшению течения
заболевания и
высокому риску
осложнений

1. Все неотложные (экстренные) состояния.
2. Проблемы, наиболее тягостные для пациента в данный момент, что его сильно беспокоит, являясь самым мучительным.
3. Проблемы, способные привести к различным осложнениям и ухудшению состояния пациента.
4. Проблемы, решение которых приводит к разрешению ряда других проблем.

Различие врачебного (медицинского) и сестринского диагноза

Врачебный диагноз	Сестринский диагноз
Определяет конкретное заболевание или сущность патологического процесса (БА, АГ, ИБС, пневмония и т.д.)	Нацелен на выявление ответной реакции пациента на болезнь и свое состояние. Пример: одышка может быть проявлением разных заболеваний – БА, ИБС, пневмония.
В основе – нарушение функций различных органов и систем, их причины, т. е. патофизиологические и патологоанатомические изменения.	В основе – нарушение удовлетворения ОЖВП как результат нарушения функций, т.е. представление самого пациента о его здоровье и состоянии (ощущения, жалобы).
Не изменяется в течение всей болезни (если не было врачебной ошибки).	Подвижен, может меняться каждый день или в течение дня по мере того, как изменяются реакции организма.
Предполагает лечение в рамках врачебной практики.	Предполагает сестринские вмешательства в пределах ее компетенции и практики.
Формулируется в терминах врачебной компетенции.	Формулируется в терминах сестринской компетенции.
Основной врачебный диагноз чаще всего один.	Ставится на все проблемы пациента.

III этап СП: определение целей и планирование сестринских вмешательств.

- ▼ На каждую приоритетную проблему медсестра ставит цель, которую необходимо достичь путем сестринских вмешательств.
- ▼ Цель – это ожидаемый положительный результат по решаемой проблеме.

Требования к постановке цели

- Должна соответствовать поставленной проблеме.
- Должна быть достижимой.
- Должна быть конкретной.
- Должна быть сформулирована в пределах сестринской, а не врачебной компетенции.
- Должна быть сосредоточена на пациенте.
- Должна иметь конкретные сроки достижения.
- Должна быть понятна пациенту, его семье, другим медицинским работникам.

Компоненты цели



Пациент опорожнит кишечник через 20 минут после постановки очистительной клизмы.

действие

критерий

условие

Пациент будет получать питание через назогастральный зонд в течение трех дней после операции.

III этап сестринского процесса



План сестринских вмешательств



письменное руководство по уходу, подробное перечисление специальных действий медсестры, необходимых для достижения целей ухода



**Профессиональные
сестринские стандарты**



**Согласование
сестринских действий с
пациентом и его семьей**

Пример

Сестринский диагноз «стул со склонностью к запорам в связи с хроническим заболеванием ЖКТ»

Цели:

- у пациента будет стул не реже одного раза в два дня;
- пациент продемонстрирует знания о способах борьбы с запорами к моменту выписки.

План сестринских вмешательств:

1. обеспечить прием пищи согласно диете № 3;
2. обеспечить достаточный прием жидкости до 2-х литров в день;
3. попытаться выработать у пациента условный рефлекс на дефекацию в определенное время суток (утром через 15-20 минут после приема стакана холодной воды натощак);
4. провести консультацию с родственниками по характеру продуктовых передач;
5. обеспечить достаточную двигательную активность пациенту;
6. обеспечить прием слабительных средств и постановку опорожнительных клизм по назначению врача;
7. обучить приемам самомассажа;
8. регистрировать ежедневно кратность стула в температурном листе;
9. обучить пациента особенностям питания при запорах.

Лекция «IY и Y этапы сестринского процесса»

IY этап СП – реализация сестринских вмешательств согласно плану ухода.



Реализация сестринских вмешательств – категория сестринского поведения, когда действия, необходимые для осуществления плана ухода, производятся вплоть до их завершения.

Y Этап СП – оценка эффективности вмешательств и коррекция в случае необходимости.



Целью этого этапа является оценка реакции пациента на сестринский уход, анализ качества оказанной помощи, оценка полученных результатов и подведение итогов.

Реализация плана ухода



Категории сестринских вмешательств

- ★ Зависимый тип вмешательств: выполняется на основании письменных предписаний врача и под его наблюдением. Медицинская сестра несет ответственность за выполняемую работу.

- ★ Независимый тип вмешательств: действия, осуществляемые медицинской сестрой по собственной инициативе, руководствуясь собственными соображениями, без прямого требования со стороны врача или указаний от других специалистов.

- ★ Взаимозависимый тип вмешательств: совместная деятельность медицинской сестры с другими работниками здравоохранения и/или другими специалистами, которые принимают участие в решении проблем пациента.



У этап СП – оценка эффективности ухода

Основные аспекты оценки:

- ❑ оценка прогресса в деле достижения целей, что позволяет измерить качество ухода;
- ❑ обследование ответной реакции пациента на сестринское вмешательство;
- ❑ активный поиск и оценка новых проблем.

Сравнение результата с поставленной целью

- ✓ Результат положительный → цель достигнута.
- ✓ Результат отрицательный →
 - цель не достигнута
 - цель достигнута частично

Эффективность сестринского процесса

Мнение пациента,
его семьи

Оценка своих
действий медсестрой

Оценка СП сестрами -
руководителями

Субъективная
оценка

Объективная
оценка

- Регулярная оценка при выполнении плана.
- Ежедневная оценка в конце смены.
- Заключительная оценка в конце СП.

Варианты достижения поставленных целей

Цели	Функции пациента	Оценка
Пациент будет сам себе вводить инсулин к 20 января.	Пациент набрал нужное количество единиц инсулина, используя метод информационного контроля, и сам ввел себе инсулин 20 января.	Функция совпала со всеми критериями целевой установки. Цель достигнута.
У пациента будет регулярный стул каждый день после 11 апреля.	У пациента не было стула 3 дня.	У пациента не наблюдалось прогресса в достижении целей. Результат отрицательный. Цель не достигнута.
Пациент опознает 4 признака инфекции к 10 февраля (повышение уровня знаний о заболевании).	Пациент получил и ознакомился с информацией о признаках инфекции. Пациент опознал 2 признака инфекции 10 февраля.	У пациента наблюдается прогресс в достижении цели. Цель достигнута частично.

Оценка позволяет:

- | | |
|------------------------------------|---|
| * Пересмотреть | * методы вмешательств |
| * Прервать | * действия |
| * Внести коррективы | * в цели, план ухода |
| * Выявить сильные и слабые стороны | * в профессиональной деятельности медсестры |

Если цель не достигнута либо достигнута частично, медсестра должна проанализировать весь сестринский процесс по данной проблеме в поиске ошибки:

- ✓ Неполная или недостоверная информация при сестринском обследовании.
- ✓ Не верно определены приоритеты.
- ✓ Поставлены недостижимые цели.
- ✓ Не совпали сроки достижения результата.
- ✓ Не корректно составлен план.
- ✓ Низкое качество ухода и т.д.



Документация сестринского процесса



Сестринская
история болезни



Карта сестринского
процесса



Карта наблюдения
за пациентом



Другие документы,
принятые в ЛПУ

Схема сестринской истории болезни

I. Сестринское обследование

1.1. Субъективное обследование. 1.1.1.

Анкетные данные. 1.1.2.

Жалобы. 1.1.3.

История заболевания. 1.1.4.

История жизни

1.2. Объективное обследование. 1.2.1.

Общий осмотр.

1.2.2. Осмотр по системам

II. Сестринская диагностика 2.1.

Выявление проблем пациента.

2.2. Определение приоритетов.

2.3. Постановка сестринских проблем (диагнозов).

III. Определение целей ухода. Планирование сестринских вмешательств

IV. Реализация сестринских вмешательств

4.1. Категории сестринских вмешательств.

4.1.1. Зависимые.

4.1.2. Независимые.

4.1.3. Взаимозависимые.

V. Оценка эффективности и коррекция ухода

5.1.

Дневник (карта) наблюдения за пациентом.

5.2.

Итоговая оценка ответной реакции пациента на сестринское вмешательство.

5.3. Рекомендации при выписке (при необходимости)

Дата _____ Подпись м/с _____

«Суть сестринского дела состоит в уходе за человеком, и то, каким образом сестра осуществляет этот уход, представляет собой суть сестринского процесса. В основе этой работы должна лежать не интуиция, а продуманный и сформированный подход, рассчитанный на удовлетворение потребностей и решение проблем...»

ВОЗ, Европейское Региональное Бюро

*СПАСИБО
ЗА
ВНИМАНИЕ*

