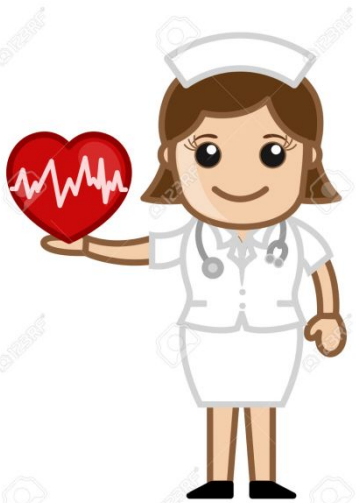




*Севастопольский медицинский
колледж имени Жени Дерюгиной*

Лекционное занятие
Преподаватель Ганина Т.А.

МЕДСЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС



План

- 1. Медсестринский процесс
- 2. Первый этап. Проблемы пациента
- 3. Второй этап. Сестринский диагноз
- 4. Третий этап. Планирование
- 5 Четвертый этап. Уход.
- 6 Пятый этап. Оценка результатов



Сестринский процесс- это:

- Метод организации и оказания сестринской помощи, который включает пациента и сестру как взаимодействующих лиц.
- Метод научно обоснованных и осуществляемых на практике медсестрой своих обязанностей по оказанию помощи пациентам.
- Метод организации и оказания сестринской помощи.



Участие пациента и членов семьи- это обязательное условие сестринского процесса.

Степень участия пациента зависит от:

- * взаимоотношения сестры и пациента;
- * отношение пациента к своему здоровью;
- * уровня знаний, культуры;
- * осознания потребностей в уходе.



Сестринский процесс состоит из 5 последовательных этапов

- 1. Оценка состояния (обследование) пациента
- 2. Постановка сестринского диагноза
- 3. Планирование предстоящей работы
- 4. Реализация (выполнение) составленного плана сестринских вмешательств
- 5. Оценка полученных результатов



Этапы медсестринского процесса



Условия действий медицинской сестры:

- 1. Профессиональная компетентность
- 2. Навыки наблюдения, общения, анализа и интерпретации данных
- 3. Достаточное время и доверительная обстановка
- 4. Конфиденциальность
- 5. Согласие и участие пациента
- 6. При необходимости участие других медицинских и/или социальных работников

Первый этап медсестринского процесса – *медсестринское обследование.*

Цель обследования пациента - собрать, обосновать и взаимосвязать полученную информацию о пациенте для создания информационной базы данных о нем и о его состоянии в момент обращения за помощью.



Методы обследования пациента

субъективные

дополнительные

Объективные

Источниками *субъективной* информации являются:

- сам пациент, который излагает собственные предположения о своем состоянии здоровья;
- близкие и родственники пациента.
- Медперсонал, медицинская документация
- Коллеги, друзья

Паспортные данные

Фамилия, имя, отчество.
Возраст. Место жительства.
Профессия. Дата поступления в стационар. Врачебный диагноз.

Жалобы больного

Основные. Дополнительные.

Субъективное обследование



История заболевания

Начало заболевания.
Возможные причины.
Развитие болезни. Причины
госпитализации.

История жизни.

Общебиографические данные. Жилищно-бытовые условия. Социальный статус.
Перенесенные заболевания. Репродукция.
Профессиональный анамнез. Факторы риска.
Наследственность. Аллергологический анализ.
Увлечения, хобби. Предпочтительный вид отдыха.

Субъективное обследование



**Возможность
самостоятельно**

Принимать пищу, пользоваться туалетом, умыться (душ, ванна), двигаться, одеваться, раздеваться, готовить еду, делать себе инъекции, читать, писать, общаться (вербально, не вербально).

**Поддерживать
свою
безопасность и
окружающей
среды.**

Нарушения зрения, слуха, памяти, внимания, ориентации во времени и пространстве, использование приспособлений при ходьбе.



*В процессе общения
медсестры с пациентом очень
важно попытаться
установить теплые,
доверительные отношения,
необходимые для
сотрудничества.*

Объективная информация

▣ **Данные, которые получает медицинская сестра в результате осмотра, наблюдения, измерения (физикального обследования)**

1. Психологические данные (индивидуальные особенности характера, поведения, настроение, самооценка, способность принимать решение)

2. Физические данные – осмотр пациента, оценка морфологических и функциональных особенностей



Объективное обследование

Общее состояние

Удовлетворительное. Средней тяжести. Тяжелое.

Коммуникативные способности

Общение (вербальное, не вербальное, активное, без желания, закрытое (отказ от общения)).

Нервно-психическое состояние

Сознание (ясное, ступор, сопор, кома, бред). Головокружение. Память. Речь. Слух. Зрачки. Гнев. Волнение. Депрессия. Страх. Безразличие. Зрение. Обоняние. Познание развития.

Объективное обследование

Конституция телосложение

Рост. Масса. Температура. Отеки.
Состояние кожи, подкожно-жировой
клетчатки. Видимые слизистые.
Мышечный тонус. Кости. Суставы.
Отдельные части тела.

Дыхание

Число дыхательных движений. Тип
дыхания. Одышка (экспираторная,
инспираторная, смешанная). Кашель.
Характер мокроты. Кровохарканье.
Трахеостомия. Носовые катетеры.

Объективное обследование

Элиминация (выделения)

Стул. Цвет. Регулярность. Запор. Понос. Мочеиспускание (болезненное, затрудненное, недержание, энурез; частота, цвет, количество). Диурез. Водный баланс.

Активность (способность к передвижению)

Положение (активное, пассивное, вынужденное). Передвигается (самостоятельно, при помощи посторонних, резерв). Ходит по палате. Ходит только до туалета. Гуляет.

Положение пациента в постели.

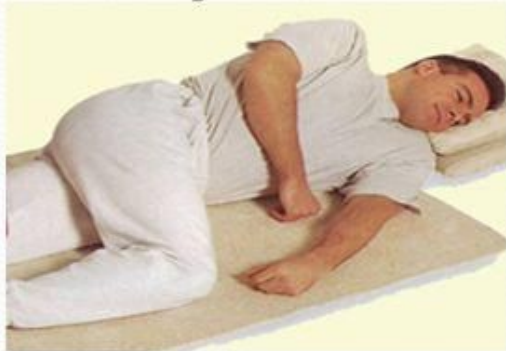
Активное – больной произвольно, самостоятельно меняет положение в постели исходя из своих потребностей;

Пассивное – больной неподвижен, из-за резкой слабости не может самостоятельно изменить своё положение в кровати, также при бессознательном состоянии больного;

Вынужденное – больной принимает позу, обусловленную состоянием

Примеры вынужденных положений

При боли в животе, связанной с воспалением брюшины, пациент лежит или сидит, согнув ноги, избегая любого прикосновения к животу.



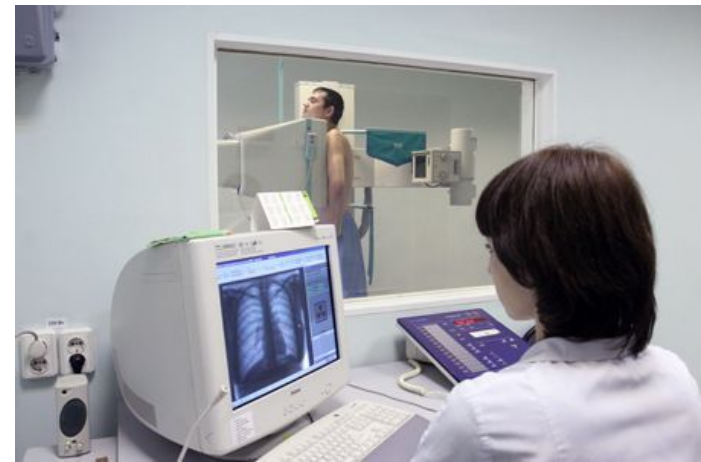
При плеврите пациент лежит на больном боку для уменьшения боли и облегчения экскурсии здорового легкого.

При удушье – сидя, упираясь руками в кровать для облегчения дыхания, включения вспомогательной мускулатуры (положение *ортопноэ*).



Дополнительные методы исследования

▣ Лабораторные и инструментальные методы



Проводя обследование пациента, надо выяснить:

- какие потенциальные трудности или проблемы можно предвидеть в связи с изменением его здоровья;
- способность пациента к самоуходу, какую помощь пациенту могут оказать его друзья или родственники;
- врачебный диагноз, принципы лечения и прогноз;
- предыдущие заболевания и социальные проблемы.



После первичной оценки состояния пациента и записи полученной информации в **лист медсестринской оценки состояния пациента (медсестринская история пациента)** медсестра обобщает её, анализирует и делает определенные выводы.



Второй этап медсестринского процесса

- Анализ и интерпретация полученных данных о пациенте
- Выявление проблем пациента и постановка сестринского диагноза



ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ
СОЦИАЛЬНЫЕ

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
ДУХОВНЫЕ

ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА

СУЩЕСТВУЮЩИЕ

ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ

ПРИОРИТЕТНЫЕ

ВТОРОСТЕПЕННЫЕ



Физиологические проблемы пациента:

боль, высокий риск удушья, сердечная недостаточность, пониженный газообмен, гипертермия, неэффективная терморегуляция, нарушение (расстройство) схемы тела, запор, понос, нарушение целостности ткани, недостаточное очищение дыхательных путей, пониженная физическая подвижность и др.





Психологические проблемы пациента:

Дефицит знаний (о заболевании, здоровом образе жизни и т.д.), страх, тревога, беспокойство, апатия, депрессия, дефицит семейной поддержки, дефицит общения, недоверие к медицинскому персоналу, страх смерти, чувство ложного стыда, ложная вина перед близкими из-за своего заболевания, беспомощность, безысходность и др.



Социальные проблемы пациента:

Социальная изоляция, беспокойство о финансовом положении в связи с выходом на инвалидность, дефицит досуга, беспокойство за свое будущее (трудоустройство, размещение) и др.

Поскольку у пациента всегда бывает несколько проблем, медсестра должна определить систему приоритетов, классифицировав их как

- первичные,
- вторичные,
- промежуточные.

Приоритеты - это последовательность первоочередных самых важных проблем пациента, выделяемых для установления очередности медсестринских вмешательств, их не должно быть много - не более 2-3-х.

К *первичным приоритетам* относят такие проблемы пациента, связанные с повышенным риском и требующие экстренной помощи, а также которые в условиях отсутствия лечения могут оказать пагубное влияние на больного.



Приоритетными являются:

- все неотложные состояния,
- проблемы, наиболее тягостные для пациента,
- проблемы, способные привести к ухудшению состояния пациента или развитию осложнений;
- проблемы, решение которых приводит к одновременному решению других имеющихся проблем,
- проблемы, ограничивающие способность пациента к самоуходу.
(одышка, удушье, расстройство сознания.



Промежуточные проблемы

- Не требуют экстренных мер, не опасны для жизни (в основном ими будет заниматься медицинская сестра)
- Пример: потеря аппетита вследствие болезни, недержание мочи у пожилого пациента..



Вторичные проблемы

- Не имеют прямого отношения к заболеванию и прогнозу
- (дисфункция кишечника у пациента с бронхитом, дефицит знаний о здоровом образе питания у пациента с переломом ноги)



Второй этап медсестринского процесса

- медсестринский диагноз

Понятие медсестринского диагноза (медсестринской проблемы) впервые было официально признано и законодательно закреплено в 1973 г в США.

Перечень медсестринских проблем, утвержденных Американской Ассоциацией медсестер, насчитывает в настоящее время 114 основных наименований, в числе которых гипертермия, боль, стресс, социальная самоизоляция, недостаточная самогигиена, беспокойство, пониженная физическая активность и др.

Медсестринский диагноз - это состояние здоровья пациента, установленное в результате проведенного медсестринского обследования и требующее вмешательств со стороны медсестры.



Медсестринский диагноз - это клиническое суждение медсестры, в котором дается описание реакций пациента на фактически существующие и возможные (потенциальные) проблемы, связанные с состоянием его здоровья, с указанием вероятных причин этих реакций и характерных признаков.



Отличия сестринского и врачебного диагноза

▣ **ВРАЧЕБНЫЙ**

Определяет болезнь

Может оставаться
неизменным в течение
всей болезни

Компетенция врача

Связан с
патофизиологическими
изменениями

▣ **СЕСТРИНСКИЙ**

Выявляет реакции
организма на болезнь

Может меняться каждый
день или в течение дня

Компетенция медсестры

Связан с представлениями
пациента о собственном
здоровье

Третий этап с сестринского процесса

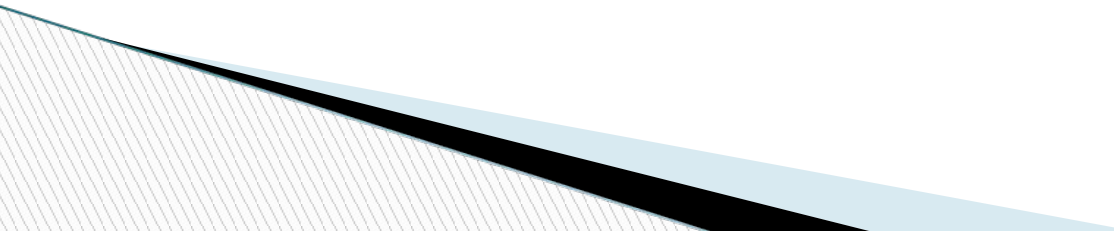


Для каждой приоритетной проблемы формулируются цели и план ухода.

Цель – это ожидаемый конкретный положительный результат медсестринского вмешательства по каждой из выявленных проблем пациента.

Цель – то, чего хотят добиться пациент и медсестра в реализации плана по уходу.

Требования к постановке целей

- 1. Цели должны быть реальными ,
достижимыми
 - 2. Необходимо установить сроки достижений
 - 3. Пациент должен участвовать в достижении
целей
 - 4. Предусматривают положительный результат
- 

Цели сестринского ухода

```
graph TD; A[Цели сестринского ухода] --> B[Краткосрочные (в течение одной недели)]; A --> C[Долгосрочные (длительный период)];
```

Краткосрочные
(в течение одной
недели)

Долгосрочные
(длительный
период)

Пример постановки цели ухода

- ▣ У пациента не будет удушья через 20-25 минут
- ▣ У пациента уменьшится пролежень через 2 дня
- ▣ Пациент будет спать сегодня ночью
- ▣ У пациента исчезнет одышка в покое к моменту выписки
- ▣ У пациента не будет пролежней на момент выписки из отделения
- ▣ У пациента нормализуется сон

краткосрочные

долгосрочные

Требование к формулировке цели

- 1. Конкретное действие
 - 2. Критерий времени-дата
 - 3. Условие –с помощью кого или чего будет достигнут результат
-
- Цели должны отражать не только насущные проблемы пациента, но и меры по реабилитации и предотвращению развития заболевания



- После формулирования целей и составления плана ухода медсестра обязана согласовать действия с пациентом, заручиться его поддержкой, одобрением и согласием.





План сестринского ухода.

*Письменное руководство по уходу за пациентом –
подробное перечисление действий медсестры,
необходимых для достижения целей ухода по
проблеме пациента.*

Уменьшает
риск
неверного
ухода.

Дает
возможность
другой сестре
продолжить
работу.

Дает
возможность
обмена
информацией.

Дает
возможность
реабилитации
пациента после
выписки.

*Работа с планом сестринского ухода развивает
клиническое мышление медсестры.*

Четвертый этап сестринского процесса

□ Реализация плана сестринских вмешательств

Несколько возможных вариантов решения проблемы позволяют медсестре и пациенту чувствовать уверенность, что проблема будет решена...



4 этап.

Реализация плана ухода

(выполнение плана по уходу).

Этот этап включает меры, которые принимает сестра для профилактики заболевания, обследования, лечения, реабилитации пациентов, которые могут быть:

- зависимыми сестринскими вмешательствами;
- независимыми сестринскими вмешательствами;
- взаимозависимыми сестринскими вмешательствами.

Оказание помощи – временной или постоянной.

Управление деятельностью повседневной жизни пациента.

Обучение, консультирование - советы, инструкции пациентам и его семье.

Оценка работы медсестры – наблюдение за работой другой сестры.

Обмен информацией - продолжение выполнения плана по уходу в течение лечения и после выписки пациента из стационара.

Документирование – оформление протоколов ухода.

Пересмотр плана по уходу.

Типы сестринских вмешательств

ЗАВИСИМЫЕ



ВЗАИМОЗАВИСИМЫЕ



НЕЗАВИСИМЫЕ



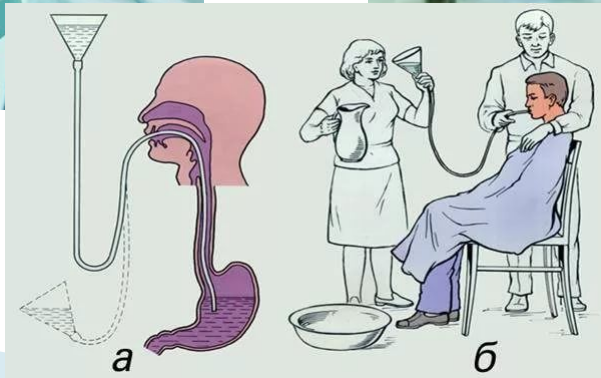
Методы сестринских вмешательств

- 1. Оказание доврачебной помощи
- 2. Выполнение врачебных назначений
- 3. Создание комфортных условий жизнедеятельности
- 4. Оказание психологической поддержки
- 5. Выполнение технических манипуляций
- 6. Мероприятия по профилактике и укреплению здоровья
- 7. Организация обучения и консультирования пациентов



Зависимые сестринские вмешательства

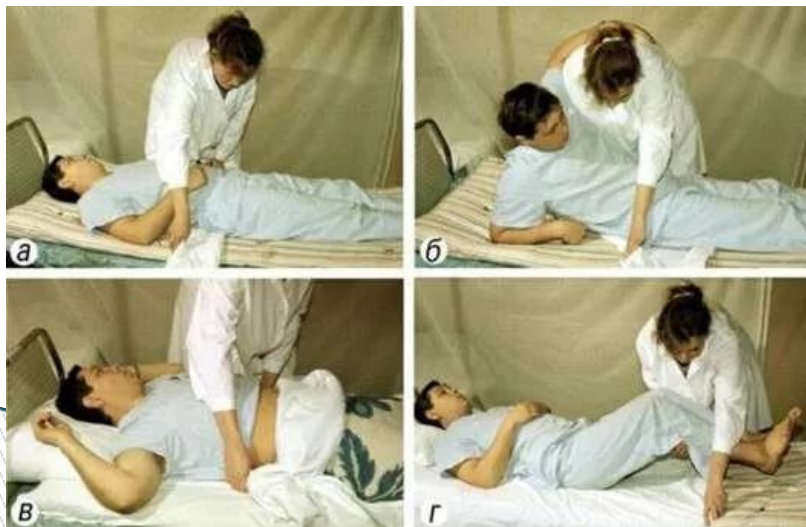
- Выполняются по назначению врача и под его контролем



Независимые сестринские вмешательства

- Медицинская сестра осуществляет сама в меру своей компетенции

Обучение, организация досуга, смена постельного белья, проветривание палаты, профилактика ВБИ (ИСМП), мероприятия личной гигиены, подача судна, доврачебная помощь



Взаимозависимые сестринские вмешательства

- ▣ Сотрудничество с другими работниками с целью оказания помощи и ухода
- ▣ Подготовка к участию в инструментальных и лабораторных методах исследования, участие в консультировании: ЛФК, диетолога, физиотерапевта

- При реализации сестринских вмешательств необходимо координировать действия сестры с действиями других медработников, пациента и родственников, учитывая их планы и ВОЗМОЖНОСТИ



Пятый этап сестринского процесса

Определение результата сестринской помощи

- 1. Достижение цели
- 2. Реакция пациента на сестринское вмешательство
- 3. Активный поиск и оценка новых проблем, нарушенных потребностей



Оценка результатов и коррекция Позволяют:

- 1. Определить качество ухода
- 2. Обследовать ответную реакцию пациента на сестринское вмешательство
- 3. Найти новые проблемы



- План по уходу целесообразен, дает положительный результат, если подвергается необходимой коррекции

Основания для изменения плана

- 1 Цель достигнута и проблема снята
- 2. Цель не достигнута
- 3. Цель достигнута не полностью
- 4. Возникла новая проблема, прежняя проблема перестала быть актуальной в связи с новой проблемой



При новом планировании сестра задает вопросы:

- 1. Имеется ли у нее полная информация?
- 2. Правильно ли определена приоритетность проблемы?
- 3. Может ли быть достигнут результат?
- 4. Правильно ли выбраны вмешательства?
- 5. Обеспечивает ли уход положительные изменения в состоянии пациента?



Документация сестринского процесса требует:

- 1. Документирование вмешательств после выполнения в самые короткие сроки
- 2. Жизненно- важные вмешательства- незамедлительно
- 3. Соблюдать правила ведения документации , принятые в МО
- 4. Документировать факты , а не мнения
- 5. Сосредоточиться на 1-2 проблемах, чтобы проследить динамику ситуации..



- Все сестринские вмешательства, выполняемые на этапе реализации, записываются в протоколе к плану ухода с указанием времени, самого действия и, если, необходимо реакций пациента на сестринское вмешательство



Ш. Лист регистрации противопрележных мероприятий

Начало реализации плана ухода: дата _____ час. __ мин. ____

Окончание реализации плана ухода: дата _____ час. __ мин. ____

1. Утром по шкале Ватерлоу баллов			
2. Изменение положения состояние постели (вписать)			
8-10 ч положение -	10-12 ч положение -		
12-14 ч положение -	14-16 ч положение -		
16-18 ч положение -	18-20 ч положение -		
20-22 ч положение -	22-24 ч положение -		
0-2 ч положение -	2-4 ч положение -		
4-6 ч положение -	6-8 ч положение -		
3. Клинические процедуры: душ ванна обмывание			
4. Обучение пациента самоуходу (указать результат)			
5. Обучение родственников самоуходу (указать результат)			
6. Количество съеденной пищи в процентах:			
завтрак	обед	полдник	ужин

□ Критическая оценка
письменного плана по уходу
гарантирует повышения
качества стандартов по уходу и
более четкое их выполнение



ЧТО ДАСТ ВНЕДРЕНИЕ МЕДСЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА В ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

- ❑ Системный подход к осуществлению сестринского вмешательства;
- ❑ Учет индивидуальных особенностей каждого пациента;
- ❑ Развитие клинического мышления;
- ❑ Возможность широкого использования стандартов профессиональной деятельности;
- ❑ Повышение компетентности, независимости, медицинской сестры;
- ❑ Повышение творческой активности медицинских сестер;
- ❑ Повышение престижа профессии.





Примерные планы ухода

Потребность пациента в нормальном дыхании

Проблема	Цели с/в	Сестринские вмешательства	Текущая оценка	Итоговая оценка
Пациент не знает, как пользоваться карманным ингалятором.	Пациент знает, как пользоваться карманным ингалятором.	<ol style="list-style-type: none">1. Обучить пациента пользоваться ингалятором.2. Обеспечить пациента памяткой по использованию ингалятора.	Через 30 минут	Через 24 часа. Пациент пользуется ингалятором
Пациент не знает о влиянии курения на легкие при дыхательной недостаточности.	<ol style="list-style-type: none">1. Пациент знает о влиянии курения на свое здоровье при заболевании легких2. Пациент выкуривает до 10 сигарет в день.	<ol style="list-style-type: none">1. Провести беседу с пациентом о влиянии курения при дыхательной недостаточности.2. Обеспечить специальной литературой о влиянии курения на здоровье человека.3. Обучить пациента методам по уменьшению количества выкуриваемых сигарет.4. Пригласить к пациенту врача- нарколога.	<ol style="list-style-type: none">1. Через 30 минут.2. 1 раз вечером – ведение дневника самоконтроля	Через 3-4 недели. Пациент знает о вреде курения. Через 3 недели пациент уменьшил количество выкуриваемых сигарет до 10 шт.

Вывод:

- Метод медсестринского процесса применим к любой области сестринской деятельности и может быть использован в стационарах, поликлиниках, Хосписах, Домах ребенка, отделениях интенсивной терапии и так далее, а также не только по отношению к каждому отдельному пациенту, но и к группам пациентов, их семьям, обществу в целом.