

Сестринский процесс

Преподаватель: Лобода М.А.

Сестринский процесс -

это системный подход к оказанию профессиональной медицинской помощи, направленный на восстановление здоровья пациента, исходя из его потребностей.

Термин «сестринский процесс» - английский- означает ухаживать, обслуживать, осуществлять уход за пациентом.

Цель сестринского процесса:

- создание базы информационных данных о пациенте**
- выявление потребностей пациента в медицинском обслуживании**
- обозначение приоритетов в медицинском обслуживании**
- составление плана ухода и обеспечение ухода за пациентом в соответствии с его потребностями**
- определение эффективности процесса ухода за пациентом и достижение цели медицинского обслуживания данного пациента**

Этапы сестринского процесса

СП предусматривает пять последовательных этапов, каждый из которых взаимосвязан с остальными четырьмя.

1-й этап – сестринское обследование пациента

2-й этап – определение потребностей и выявление проблем

3-й этап – планирование

4-й этап – выполнение плана сестринских вмешательств

5-й этап – оценка результата

Документирование всех этапов СП – обязательное условие.

Сестринское обследование пациента

1

этап

Первый этап: сестринское обследование

пациента или оценка ситуации – процесс сбора информации о состоянии здоровья пациента, подтверждение её достоверности.

Цель обследования: собрать, обосновать и связать полученные данные о пациенте для создания о нём информационной базы.

Субъективное обследование:

основано на ощущениях пациента и его эмоциях, это реакция пациента на состояние своего здоровья.

Субъективные данные м/с выявляет на **вербальном** (манера говорить, адекватность ответов, логичность построения фраз) и **невербальном** (зрительный контакт, мимика, жесты, положение тела) уровнях.

Главная роль в обследовании принадлежит расспросу. Полноценность информации будет зависеть от умения м/с расположить пациента к необходимой беседе.

Субъективное обследование м/с начинается с паспортных данных о пациенте, затем выявляет его:

- жалобы — то, что заставило человека обратиться за медпомощью;
- анамнез жизни, болезни — историю возникновения той или иной проблемы в здоровье; м/с подробно расспрашивает пациента об удовлетворении основных жизненных потребностей человека;
- социологические данные (взаимоотношения в семье, коллективе, финансовый статус, окружающая среда, в которой пациент живёт и работает);
- интеллектуальные данные (речь, память, оценка коммуникативных способностей);
- данные о культуре (этнические, культурные ценности);
- данные о духовном развитии (духовные ценности, отношение к религии, привычки, убеждения и обычаи).

Объективное обследование

– это данные, которые получает м/с в результате осмотра, наблюдения, измерения (физикального обследования).

К ним относятся:

- **психологические данные (индивидуальные особенности характера, поведение, настроение, самооценка, способность принимать решения);**
- **физические данные – осмотр пациента, оценка морфологических и функциональных особенностей, используя методики пальпации, перкуссии, аускультации, измерение АД, определение пульса, ЧДД, термометрия.**

Источником информации является:

- **сам пациент (наиболее достоверный источник)**
- **члены семьи, родственники**
- **медицинский персонал**
- **коллеги, друзья**
- **медицинская документация**

Осмотр проводится по определенному плану:

- ✓ **общий осмотр**
- ✓ **осмотр определенных систем**

Методы обследования:

- ✓ **основные**
- ✓ **дополнительные**

К основным методам обследования относятся:

- **общий осмотр**
- **пальпация**
- **перкуссия**
- **аускультация**

При общем осмотре определяют:

1. Общее состояние пациента:

крайне тяжелое – сознание резко угнетено (до комы), редко – ясное; положение в постели пассивное; в ряде случаев – двигательное возбуждение, общие судороги.

тяжелое - сознание ясное, иногда оглушённое, пациент стонет, просит о помощи, возможен бред; положение в постели пассивное или вынужденное; пациент нуждается в постоянном уходе.

средней тяжести - сознание ясное, иногда оглушённое, положение в постели вынужденное или активное; способность к самообслуживанию сохранена.

удовлетворительное – сознание ясное, положение пациента в постели активное.

2. Положение пациента в постели:

активное - самостоятельно встает, садится, меняет положение тела в постели исходя из своих потребностей;

пассивное - неподвижен, из-за резкой слабости не может самостоятельно изменить своё положение в кровати (чаще при бессознательном состоянии больного);

вынужденное - принимает позу, облегчающую его состояние

3. Состояние сознания:

ясное — пациент конкретно и быстро отвечает на вопросы;

помраченное — пациент отвечает на вопросы правильно, но с опозданием;

ступор — оцепенение, пациент на вопросы не отвечает или отвечает не осмысленно;

сопор — патологический сон, сознание отсутствует, рефлексы сохранены;

кома — полное подавление сознания, с отсутствием рефлексов.

4. данные антропометрии:

- ✓ Рост
- ✓ Вес

5. дыхание:

- ✓ Самостоятельное
- ✓ Затрудненное
- ✓ Свободное
- ✓ Кашель

6. наличие или отсутствие одышки:

различают следующие виды одышки:

- ✓ Экспираторная
- ✓ Инспираторная
- ✓ Смешанная

7. частоту дыхательных движений (ЧДД)

8. артериальное давление (АД);

9. пульс (Ps);

10. данные термометрии и т. д.

Сестринская диагностика *(определение потребностей и выявление проблем)*

2

этап

Второй этап сестринского процесса:

анализ и интерпретация полученных данных о пациенте
— это выявление реальных и потенциальных проблем пациента, которые *должна разрешить или устранить м/с в силу своей профессиональной компетенции.*

Классификация проблем пациента

В зависимости от времени появления:

- ***Настоящие*** – беспокоят пациента в момент обследования (головная боль в связи с повышением АД, дефицит самоухода у неподвижного пациента);
- ***Потенциальные*** – не существующие на сегодняшний день, но могут возникнуть с течением времени (появление пролежней, запоры у неподвижного пациента).

По характеру реакции пациента на болезнь и свое состояние:

Физиологические – симптомы и синдромы заболевания (боль в сердце, тошнота, диарея, нарушение сна и т. д.);

Психологические – беспокойство по поводу предстоящей операции и т. д.;

Духовные – проблемы, связанные с поиском смысла жизни, уходом в религию;

Социальные – конфликтная ситуация на работе, в семье, потеря трудоспособности, финансовые трудности и т.д.

Приоритетность проблем:

Первичные – опасны для жизни, требуют срочных мероприятий (одышка, удушье, расстройство сознания);

Промежуточные – не требуют экстренных мер, не опасны для жизни (потеря аппетита, дефицит знаний о своем состоянии и др.);

Вторичные – не имеют прямого отношения к заболеванию и прогнозу (дисфункция кишечника у пациента с бронхитом)

Проблема пациента (сестринский диагноз)

- это состояние здоровья пациента, установленное в результате проведенного сестринского обследования и требующее вмешательства со стороны медицинской сестры.

Планирование – определение целей сестринского ухода

3

этап

Цели третьего этапа:

1. исходя из потребностей пациента,

выделить приоритетные задачи

2. ***разработать стратегию*** достижения поставленных целей

3. ***обозначить срок*** достижения данных целей

Цели :

краткосрочные (тактические) – предполагают решение остро возникших проблем со здоровьем, профилактику осложнений, обучение пациента и его родственников и могут быть достигнуты в течение 5 – 10, до 14 дней;

долгосрочные (стратегические) – связаны с реабилитацией.

Структура цели:

мероприятия -действие

критерий – дата, время и т.д.

условие – с помощью кого или чего можно достигнуть результата

Цель – это ожидаемый результат, то, чего хотят достичь м/с и пациент по определённой проблеме.

Требования к постановке целей:

- должны быть сосредоточены на пациенте;
- должны быть реальными и достижимыми;
- должны быть поставлены так, чтобы их можно было оценить.

План сестринского вмешательства — это
письменное руководство к действиям медсестер.
Составляющие плана: цели и задачи.

*Проблема пациента — это база для планирования
сестринской помощи.*

Выполнение (реализация) сестринского вмешательства

4

этап

Цель сестринского вмешательства -
сделать все необходимое для выполнения
намеченного плана ухода за пациентом
идентично общей цели сестринского
процесса.

Сестринское вмешательство:

Независимое – действия медсестры, осуществляемые в меру ее компетентности; медсестра руководствуется собственными соображениями (мероприятия по личной гигиене, беседа о ЗОЖ);

Зависимое – выполнение назначений врача (забор биологических жидкостей, медикаментозное лечение, подготовка к переливанию крови);

Взаимозависимое – совместные действия медсестры с другими специалистами.

Оценка результата (эффективность сестринского ухода)

5

этап

На этом этапе медсестра:

- ✓ определяет, в какой степени достигнуты поставленные цели
- ✓ сравнивает с ожидаемым результатом
- ✓ формулирует выводы
- ✓ делает соответствующую отметку в документах (сестринской истории болезни) об эффективности плана ухода.

Эффективность сестринского ухода включает:

1. Оценка реакции пациента на уход:

- *улучшение* (желание общаться, улучшение настроения, аппетита, облегчение дыхания);
- *ухудшение* (бессонница, депрессия, диарея);
- *прежнее состояние* (слабость, трудности при ходьбе, агрессия)

2. Оценка действий самой м/с (результат достигнут, частично достигнут, не достигнут);

3. Мнение пациента или его семьи (улучшение состояния, ухудшение, без изменений);

4. Оценка действий сестрой – руководителем (достижение цели, коррекция плана ухода).

Если цели не достигнуты медсестре необходимо:

- ✓ выявить причину – поиск допущенных ошибок**
- ✓ изменить саму цель – сделать ее более реалистичной**
- ✓ пересмотреть сроки достижения цели**
- ✓ внести необходимые коррективы в план сестринской помощи**

Спасибо за внимание!