

**Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Башкирский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения российской федерации  
Медицинский колледж**

# **Сестринский процесс. Документация к сестринскому процессу.**

**Преподаватель: Яшина Е.В.**

**Уфа, 2020**

- Термин «Сестринский процесс» впервые введен в США Лилией Холл в 1955 году.
- Сестринский процесс несет новое понимание роли медицинской сестры в практическом здравоохранении, требуя от нее не только наличия технической подготовки, но и умения творчески относиться к уходу за пациентом, умения индивидуализировать и систематизировать уход. СП использует научные методы определения медико-санитарных потребностей пациента, семьи и общества, и на этой основе производит отбор тех из них, которые могут наиболее эффективно удовлетворены посредством сестринского ухода. СП – динамичный и циклический. Информация, полученная при оценке результатов ухода, должна лечь в основу необходимых изменений, последующих вмешательств, действий медицинской сестры.

- Сестринский процесс - это метод научно обоснованных и осуществляемых на практике действий медицинской сестры по оказанию помощи пациентам.
- Цель этого метода - обеспечение приемлемого качества жизни в болезни путем обеспечения максимально доступного для пациента физического, психосоциального и духовного комфорта с учетом его культуры и духовных ценностей.
- В настоящее время сестринский процесс является одним из основных понятий современных моделей сестринского дела и включает в себя пять этапов:
  - 1 этап - Сестринское обследование
  - 2 этап – Выявление проблем
  - 3 этап - Планирование
  - 4 этап - Реализация плана ухода
  - 5 этап – Оценка

# ***СЕСТРИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ***

## ***– первый этап сестринского процесса***

На этом этапе медицинская сестра производит сбор данных о состоянии здоровья пациента и заполняет сестринскую карту стационарного пациента

*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.

Данные обследования могут носить субъективный и объективный характер.

***Источниками субъективной информации являются:***

- 1) сам пациент, который излагает собственные предположения о своем состоянии здоровья;
- 2) близкие и родственники пациента.

## *Источники объективной информации:*

- 1) физическое исследование пациента по органам и системам;
- 2) знакомство с медицинской историей болезни.

В процессе общения медсестры с пациентом очень важно попытаться установить теплые, доверительные отношения, необходимые для сотрудничества в борьбе с заболеванием. Соблюдение некоторых правил общения с пациентом позволит медсестре достичь конструктивного стиля беседы и добиться расположения к себе со стороны пациента.

**Субъективный метод обследования – расспрос.** Это данные, которые помогают медсестре составить представление о личности пациента.

*Анамнез* – совокупность сведений о больном и развитии заболевания, полученных при расспросе самого пациента и знающих его лиц.

Расспрос складывается из пяти частей:

- паспортная часть;
- жалобы пациента;
- *anamnesis morbe*;
- *anamnesis vitae*;
- аллергические реакции.

Жалобы пациента дают возможность выяснить причину заставившую обратиться к врачу.

Из жалоб пациента выделяют:

- актуальные (приоритетные);
- главные;
- дополнительные.
- Главные жалобы - это те проявления заболевания, которые больше всего беспокоят пациента, более резко выражены. Обычно главные жалобы и определяют проблемы пациента и особенности ухода за ним.

*Anamnesis morbe (история заболевания)* – первоначальные проявления болезни, отличающиеся от тех, которые пациент предъявляет, обратившись за медицинской помощью, поэтому:

- уточняют начало заболевания (острое или постепенное);
- далее уточняют признаки заболевания и те условия в которых они возникли;
- затем выясняют, какое было течение заболевания, как изменились болезненные ощущения с момента их возникновения;
- уточняют, были ли проведены исследования до встречи с медсестрой и каковы их результаты;
- следует расспросить: проводилось ли ранее лечение, с уточнением лекарственных препаратов, которые могут изменить клиническую картину болезни; все это позволит судить об эффективности терапии;
- уточняют время наступления ухудшения.



*Anamnesis vitae (история жизни)* – позволяет выяснить, как наследственные факторы, так и состояние внешней среды, что может иметь прямое отношение к возникновению заболевания у данного пациента.

Anamnesis vitae собирается по схеме:

1. биография пациента;
2. перенесенные заболевания;
3. условия труда и быта;
4. интоксикация;
5. вредные привычки;
6. семейная и половая жизнь;
7. наследственность.

## *Объективное обследование:*

- физическое обследование;
- знакомство с медицинской картой;
- беседа с лечащим врачом;
- изучение медицинской литературы по уходу.

*Объективный метод* – это осмотр, который определяет статус пациента в настоящее время.

Осмотр проводится по определенному плану:

- общий осмотр;
- осмотр определенных систем.

## *Методы обследования:*

- ОСНОВНЫЕ;
- ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ.

*К основным методам обследования относятся:*

- общий осмотр;
- пальпация;
- перкуссия;
- аускультация.

**Аускультация** – выслушивание звуковых феноменов, связанных с деятельностью внутренних органов; является методом объективного обследования.

**Пальпация** – один из основных клинических методов объективного обследования пациента с помощью осязания.

**Перкуссия** – постукивание по поверхности тела и оценка характера возникающих при этом звуков; один из основных методов объективного обследования пациента.

После этого медсестра готовит пациента к другим назначенным обследованиям.

**Дополнительные исследования** – исследования, проводимые другими специалистами (пример: эндоскопические методы обследования).

*При общем осмотре определяют:*

**1. общее состояние пациента:**

- крайне тяжелое;
- средней тяжести;
- удовлетворительное;

**2. положение пациента в постели:**

- активное;
- пассивное;
- вынужденное;

### **3. состояние сознания (различают пять видов):**

- 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;
- 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 – затруднение выдоха;
- инспираторная – затруднение вдоха;
- смешанная;

## 7. частоту дыхательных движений (ЧДД)

## 8. артериальное давление (АД);

## 9. пульс (Ps);

## 10. данные термометрии и т. д.

**Артериальное давление** - давление, оказываемое скоростью тока крови в артерии на ее стенку.

**Антропометрия** – совокупность методов и приемов измерений морфологических особенностей человеческого тела.

**Пульс** – периодические толчкообразные колебания (удары) стенки артерии при выбросе крови из сердца при его сокращении, связанные с динамикой кровенаполнения и давления в сосудах в течение одного сердечного цикла.

**Термометрия** – измерение температуры тела термометром.

**Одышка (диспноэ)** – нарушение частоты, ритма и глубины дыхания с ощущениями недостатка воздуха или затруднения дыхания.



## ***ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА – второй этап сестринского процесса***

***Цели второго этапа сестринского процесса:***

1. анализ проведенных обследований;
2. определить с какой проблемой здоровья сталкивается пациент и его семья;
3. определить направление сестринского ухода.

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

Основными методами, используемые для выявления проблем пациента, являются наблюдение и беседа. Сестринская проблема определяет объем и характер ухода за пациентом и его окружением. Медсестра рассматривает не заболевание, а внешнюю реакцию пациента на заболевание.

Классифицировать сестринские проблемы можно как физиологические, психологические, духовные и социальные.

Помимо этой классификации, все сестринские проблемы делятся на:

\* **существующие** - проблемы, которые беспокоят пациента в настоящий момент (например, боль, одышка, отеки);

\* **потенциальные** - это проблемы, которые пока не существуют, но могут появиться с течением времени (например, риск возникновения пролежней у неподвижного пациента, риск развития обезвоживания при рвоте и частом жидком стуле).

Установив оба вида проблем, сестра определяет факторы, способствующие или вызывающие развитие этих проблем, выявляет также сильные стороны пациента, которые он может противопоставить проблемам.

Поскольку у пациента всегда бывает несколько проблем, сестра должна определить систему приоритетов, классифицировав их как первичные, вторичные и промежуточные. Приоритеты - это последовательность первоочередных самых важных проблем пациента, выделяемых для установления очередности сестринских вмешательств, их не должно быть много - не более

К **первичным проблемам** относят такие проблемы пациента, которые в условиях отсутствия лечения могут оказать пагубное влияние на больного.

**Промежуточные проблемы** - неэкстремальные и неопасные для жизни потребности больного.

**Вторичные проблемы** – это потребности пациента, которые не имеют прямого отношения к болезни или прогнозу (например, у больного с травмой позвоночника первичная проблема – боль, промежуточная – ограничение подвижности, вторичная – чувство беспокойства).

Критерии выбора приоритетов:

1) Все неотложные состояния, например, острая боль в сердце, риск развития легочного кровотечения.

2) Наиболее тягостные проблемы для пациента в настоящий момент, то, что больше всего беспокоит, является для него самым мучительным и главным сейчас. Например, пациент с заболеванием сердца, страдающий приступами загрудинных болей, головными болями, отеками, одышкой, может указать именно на одышку как на свое главное страдание. В этом случае "одышка" будет являться приоритетной сестринской проблемой.

3) Проблемы, способные привести к различным осложнениям и ухудшению состоянию пациента. Например, риск развития пролежней у неподвижного пациента.

4) Проблемы, решение которых приводит к разрешению ряда других проблем. Например, снижение страха перед предстоящей операцией улучшает сон, аппетит и настроение пациента.

## ***Цели делят на:***

- **долгосрочные (стратегические);**
- **краткосрочные (тактические).**

## ***Структура цели:***

- действие – исполнение цели;
- критерий – дата, время и т.д.;
- условие – с помощью кого или чего можно достигнуть результата.

## ***Для составления плана медсестре необходимо знать:***

- жалобы пациента;
- проблемы и потребности пациента;
- общее состояние пациента;
- состояние сознания;
- положение пациента в постели;
- дефицит самообслуживания.

## *Из жалоб пациента медсестра узнает:*

- что беспокоит пациента;
- составляет представление о личности пациента;
- составляет представление об отношении пациента к болезни;
- локализацию патологического процесса;
- характер заболевания;
- выделяет актуальные и потенциальные проблемы пациента и определяет его потребности в профессиональном уходе;
- составляет план по уходу за пациентом.

# ***ПЛАНИРОВАНИЕ УХОДА***

## ***– третий этап сестринского процесса***

### ***Цели третьего этапа сестринского процесса:***

1. исходя из потребностей пациента, выделить приоритетные задачи;
2. разработать стратегию достижения поставленных целей;
3. обозначить срок достижения данных целей.

После обследования, выявления проблем и определения первичных проблем пациента сестра формулирует цели ухода, ожидаемые результаты и сроки, а также методы, способы, приёмы, т.е. сестринские действия, которые необходимы для достижения поставленных целей. Необходимо путём правильного ухода устранить все осложняющие болезнь условия, чтобы она приняла своё естественное течение.

Во время планирования для каждой приоритетной проблемы формулируются цели и план ухода.

**Различают два вида целей: краткосрочные и долгосрочные.**

**Краткосрочные цели** должны быть выполнены за короткое время (обычно за 1-2 недели).

**Долгосрочные цели** достигаются за более длительный период времени, направлены на предотвращение рецидивов заболеваний, осложнений, их профилактику, реабилитацию и социальную адаптацию, приобретение медицинских знаний.

После формулирования целей и составления плана ухода медсестра обязана согласовать действия с пациентом, заручиться его поддержкой, одобрением и согласием. Действуя таким образом, медсестра ориентирует пациента на успех, доказывая достижимость целей и совместно определяя пути их достижения.



# ***РЕАЛИЗАЦИЯ ПЛАНА УХОДА***

## ***– четвертый этап сестринского процесса***

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

### **Существуют три системы помощи пациенту:**

#### ***1. Полностью компенсирующая:***

в ней нуждаются три типа пациентов :

- пациенты, которые не могут выполнить ни каких действий, находясь в бессознательном состоянии;
- пациенты, находящиеся в сознании, которые не могут или которым не разрешено двигаться;
- пациенты, которые не в состоянии принимать решения самостоятельно;

## ***2. Частично-компенсирующая:***

распределение задач зависит от степени ограничения двигательных способностей, а также от готовности пациента усваивать и выполнять определенные действия;

## ***3. Консультативная (поддерживающая):***

пациент может осуществлять само уход и обучаться соответствующим действиям, но при наличии помощи медсестры (амбулаторное обслуживание).

## **Виды сестринских вмешательств:**

- **Зависимые сестринские вмешательства** – действия медсестры, выполняемые по назначению врача, но требующие знания и умения среднего медперсонала (забор биологических жидкостей);
- **Независимое сестринское вмешательство** – действия медсестры, осуществляемые в меру ее компетентности; медсестра руководствуется собственными соображениями (подача утки в постель);
- **Взаимозависимые сестринские вмешательства** – совместные действия медсестры с другими специалистами.

Этот этап включает меры, которые принимает медицинская сестра для профилактики заболеваний, обследования, лечения, реабилитации пациентов.

Существует три категории сестринского вмешательства: независимое, зависимое, взаимозависимое. Выбор категории определяется нуждами пациентов.

**Независимое** – предусматривает действия, осуществляемые медицинской сестрой по собственной инициативе, руководствуясь собственными соображениями, без прямого требования со стороны врача или указаний от др. специалистов (например, измерение температуры тела, артериального давления, частоты пульса и т.д.).

**Зависимое** – выполняется на основании письменных предписаний врача и под его наблюдением (например, проведение инъекций, инструментальных и лабораторных исследований и т.д.).

**Взаимозависимое** – совместная деятельность медицинской сестры с врачом и др. специалистами (например, действия операционной медицинской сестры во время оперативных вмешательств).

**Потребность пациента в помощи** может быть временной, постоянной и реабилитирующей.

*Временная помощь* рассчитана на короткий период времени, когда существует дефицит самоухода — при вывихах, мелких хирургических вмешательствах и т.д.

*Постоянная помощь* требуется больному на протяжении всей жизни — при ампутации конечностей, при осложнённых травмах позвоночника и костей таза и т.д.

*Реабилитирующая помощь* — длительный процесс, примером может служить ЛФК, массаж, дыхательная гимнастика, беседа с пациентом.

Проводя четвертый этап сестринского процесса медицинская сестра решает две стратегические задачи:

наблюдение и контроль за реакцией пациента на назначения врача с фиксацией полученных результатов в сестринской истории (карте) болезни;

наблюдение и контроль за реакцией пациента на выполнение сестринских действий по уходу, связанных с выявлением проблем и регистрация полученных данных в сестринской истории (карте) болезни.

# ***ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ***

## ***– пятый этап сестринского процесса***

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

Источниками и критериями оценки сестринского ухода служат следующие факторы:

оценка степени достижения поставленных целей сестринского ухода;

оценка ответной реакции пациента на сестринские вмешательства, на медперсонал, лечение, удовлетворенности фактом пребывания в стационаре, пожеланий;

оценка эффективности влияния сестринской помощи на состояние пациента; активный поиск и оценка новых проблем пациента.

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 в неудаче, то сестринский процесс повторяется последовательно для нахождения ошибки и изменения плана сестринских вмешательств.

Систематический процесс оценки требует от медсестры навыка мыслить аналитически при сравнении ожидаемых результатов с достигнутыми. Если поставленные цели достигнуты, проблема решена, то медицинская сестра удостоверяет это, сделав соответствующую запись в сестринской истории болезни, расписывается и проставляет дату.

**Цель пятого этапа сестринского процесса - определить, в какой степени достигнуты поставленные цели.**

***На этом этапе медсестра:***

- определяет достижение цели;
- сравнивает с ожидаемым результатом;
- формулирует выводы;
- делает соответствующую отметку в документах (сестринской истории болезни) об эффективности плана ухода.

***Новое состояние пациента может быть:***

- лучше прежнего состояния;
- без изменений;
- хуже прежнего состояния.



*Если цели не достигнуты медсестре необходимо:*

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

## Медицинская документация

Правильное ведение соответствующей медицинской документации вменяется в обязанности медицинской сестры и обеспечивает адекватное осуществление лечения больных, контроль за динамикой лечебно-диагностического процесса (в том числе за состоянием пациента) и использованием материально-технических средств, учёт выполняемой медицинским персоналом работы.

### **Основные виды сестринской медицинской документации:**

1. Журнал движения больных: регистрация поступления и выписки больных.
2. Процедурный лист: лист врачебных назначений.
3. Температурный лист: в нём отмечают основные данные, характеризующие состояние больного – температуру тела, пульс, АД, ЧДД, диурез, массу тела (по мере необходимости), физиологические отправления.

4. Журнал назначений: в нём фиксируют назначения врача – лабораторные и инструментальные исследования, консультации «узких» специалистов и пр.
5. Журнал учёта наркотических, сильнодействующих и ядовитых средств.
6. Журнал передачи ключей от сейфа.
7. Требование на питание больных (порционник) должен содержать сведения о количестве больных на назначенные диеты, фамилии пациентов, при необходимости –дополнительно выдаваемые продукты или, наоборот, характер разгрузочных диет.
8. Журнал приёма и сдачи дежурств. В нём регистрируют общее число больных, их«движение» за сутки, отмечают лихорадящих и тяжелобольных, срочные назначения, нарушения режима в отделении и пр.