

ВВЕДЕНИЕ В СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС

ПОНЯТИЕ О СЕСТРИНСКОМ ПРОЦЕССЕ

Профессия медицинской сестры самостоятельна, уникальна и принципиально отличается от деятельности других работников в сфере здравоохранения. Недавно в профессиональный лексикон вошло понятие *сестринский процесс* как системный подход к оказанию сестринской помощи, ориентированный на потребности пациента.

Цель сестринского процесса состоит в том, чтобы предупредить, облегчить, уменьшить или свести к минимуму проблемы и трудности, возникающие у пациента.

Выделяют следующие этапы сестринского процесса:

1. обследование пациента;
2. диагностирование его состояния (выявление проблем и постановка сестринского диагноза);
3. планирование помощи, направленной на удовлетворение нарушенных потребностей;
4. осуществление плана сестринских вмешательств;
5. оценка полученных результатов.

ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА

Первый этап – сестринское обследование – касается не только физических, но и психологических, социальных, духовных потребностей пациента. Его цель – получение информации о пациенте, которую фиксируют в сестринской истории болезни (СИБ).

Источником информации может служить сам пациент, его друзья и родственники, сестринский персонал, медицинская документация, медицинская литература.

Для того чтобы собрать необходимую информацию о пациенте и выстроить дальнейшее взаимодействие с ним, медицинской сестре важно обладать навыками общения.

Прежде всего необходимо доверие пациента к сестринскому персоналу. Именно основываясь на доверии, пациент решает, сколько информации личного характера он может предоставить медицинской сестре.

Основной метод сестринского обследования пациента – опрос.

При *субъективном обследовании* узнают:

1. общие данные о пациенте (сведения для титульного листа);
2. причины обращения в ЛПУ и другие данные из анамнеза болезни (начало заболевания, его течение, с чем оно связано и т.д.);
3. факторы риска (аллергоанамнез, эпидемиологический анамнез, курение, употребление алкоголя, ожирение, стрессовые ситуации и др.);
4. какие основные потребности пациент может удовлетворять сам, и для удовлетворения каких потребностей он нуждается в помощи;
5. нарушения зрения, слуха, памяти, сна;
6. кто или что является поддержкой для пациента;
7. как оценивает пациент собственное состояние; его отношение к процедурам;

При *объективном обследовании* сестринский персонал проводит осмотр пациента по определенному плану, с соблюдением ряда необходимых правил. Пациента обследуют при

рассеянном дневном или ярком искусственном освещении. Источник света при этом должен находиться сбоку - так более рельефно выделяются контуры различных частей тела, сыпь, рубцы, следы ранений и т.д.

При общем осмотре оценивают:

1. общее состояние;
2. состояние сознания;
3. положение в постели;
4. телосложение, рост, масса тела;
5. температуру тела;
6. состояние кожи и слизистых.

Затем переходят к обследованию различных систем организма (костно-мышечной, дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной и др.).

Необходимо:

- проводить осмотр осторожно и внимательно;
- употреблять медицинскую терминологию адекватно ситуации;
- улыбаться пациенту, убеждать его в скором выздоровлении, в решаемости его проблем.

После этого определяют, для удовлетворения каких потребностей пациенту требуется помощь, и какие в связи с этим у пациента есть или могут появиться проблемы.

Пример. Пациентка С., 48 лет, постоянно жалуется на боли в области сердца. Мнительна, часто говорит о смерти, боится её. По просьбе пациентки студент медицинского училища измерил её артериальное давление и сообщил её результаты: 220/140 мм.рт.ст. После этого пациентка почувствовала себя плохо, отметила резкую слабость, её стала беспокоить давящая боль в области сердца, не проходящая после приема нитроглицерина.

Из беседы с пациенткой. АД никогда не повышалось, её лечат по поводу остеохондроза шейно-грудного отдела позвоночника. Боль в сердце беспокоит часто, особенно при обострениях остеохондроза, усиливается при поворотах тела, резких движениях.

Со слов лечащего врача. ЭКГ всегда в пределах нормы. При болях в сердце пациентка принимает нитроглицерин, боль купируется через 10-20 минут.

Из беседы с соседями по палате. До измерения АД пациентка чувствовала себя удовлетворительно, была в хорошем настроении, ни на что не жаловалась. После сообщения результата измерения у неё упало настроение, появились жалобы на боли в области сердца.

Результаты осмотра. Кожные покровы обычной окраски, подкожно-жировая клетчатка развита чрезмерно, пульс 84 уд/мин, хорошего наполнения и напряжения, АД = 130/80 мм.рт.ст. Пациентка напугана, постоянно держится за грудную клетку в области сердца.

Из истории болезни. Ds: остеохондроз шейно-грудного отдела позвоночника с выраженным болевым синдромом. АД ежедневно в пределах 120/70-130/80 мм.рт.ст. ЭКГ без патологии.

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ, ЕГО ОТЛИЧИЕ ОТ ВРАЧЕБНОГО

На *втором этапе* сестринского процесса анализируют полученные в ходе обследования данные и формулируют *сестринский диагноз* – профессиональное суждение сестринского персонала о нынешнем или потенциальном состоянии здоровья пациента. При диагностике определяют:

- существующие и потенциальные проблемы, возникающие у пациента в виде реакций организма на его состояние;

- факторы, способствующие развитию этих проблем или вызывающие их;
- личностные особенности пациента, способствующие предупреждению или разрешению этих проблем.

Выявив проблемы пациента, сестринский персонал должен решить, кто из профессиональных работников здравоохранения способен помочь пациенту. Следовательно, **сестринский диагноз** – формулирование проблем пациента, которые сестринский персонал может самостоятельно предупредить или разрешить. Этот диагноз отличается от врачебного.

Приведем примеры врачебного диагноза.

- A00.9 Холера неуточненная.
- B15.0 Гепатит А с печеночной комой.
- C06.2 Злокачественное образование ретромолярной области.
- D55.3 Анемия вследствие нарушений метаболизма нуклеотидов.
- F20.3 Недифференцированная шизофрения.
- F70 Умственная отсталость легкой степени.

Перечислим основные отличия врачебного диагноза от сестринского.

1. Врачебный диагноз определяет болезнь, сестринский диагноз нацелен на выявление реакций организма в связи с болезнью.
2. Врачебный диагноз может оставаться неизменным в течение всей болезни; сестринский диагноз может меняться каждый день или даже в течение дня по мере изменений реакций организма на болезнь.
3. Врачебный диагноз предполагает лечение в рамках врачебной практики, сестринский диагноз – вмешательство сестринского персонала в пределах его компетенции.
4. Врачебный диагноз, как правило, связан с возникшими патофизиологическими изменениями в организме; сестринский – с представлениями пациента о состоянии собственного здоровья.

ИЗ ИСТОИИ СЕСТРИНСКОГО ДИАГНОСТИРОВАНИЯ

История развития сестринского диагностирования сложна и противоречива. По утверждениям некоторых исследователей, впервые термин «сестринский диагноз» появился в профессиональной литературе в 1953 г. Однако в то время Американская национальная организация медсестер не поддержала право на существование этого термина.

В 60-е годы XX века в публикуемой литературе для медицинских сестер встречались высказывания и за, и против права существования сестринского диагноза. В обсуждении этого вопроса участвовали не только медсестры, но и врачи.

В 70-е годы прошлого столетия в профессиональной медицинской среде стали преобладать мнения в пользу необходимости использования сестринского диагноза. После многочисленных дебатов большинство исследователей этого вопроса пришли к выводу, что **«сестринский диагноз** - клинический диагноз, устанавливаемый профессиональной медсестрой и характеризующий существующие или потенциальные проблемы здоровья пациента, которые медсестра вследствие полученного ею образования и приобретенного опыта может и имеет право лечить». Иными словами, это выявленные медицинской сестрой проблемы пациента, которые она может решить. Например, боль, лихорадка, риск возникновения пролежней, страх, отказ от госпитализации и др.

В США в практику сестринского дела сестринский диагноз начали вводить в 1973 году, когда состоялась первая Национальная конференция по классификации сестринских диагнозов. На конференции идентифицировали и расположили в алфавитном порядке 86 сестринских диагнозов.

Сестринское дело было впервые определено как «диагностика и лечение реакций организма человека на существующие или потенциальные проблемы здоровья».

В 1982 г. на V Национальной конференции по классификации сестринских диагнозов было предложено создать North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) – Североамериканскую ассоциацию сестринских диагнозов. В 1998 г. на XVIII конференции этой организации был утвержден список, включающий уже 160 сестринских диагнозов.

Среди них: риск инфицирования; стрессовое недержание мочи; неэффективное дыхание; расстройство дыхания в ответ на отключение аппарата искусственной вентиляции легких (ИВЛ); аллергия на латекс; нарушение целостности кожи; социальная изоляция; риск изменений отношений между родителем/младенцем/ребенком; измененные семейные процессы; алкоголизм; духовные страдания; неэффективные индивидуальные копинг-стратегии; нарушение походки; нарушение сна; дефицит самообеспечения, связанный с одеванием или другими видами ухода за собой; заниженный уровень самоуважения; хроническое горе; посттравматический синдром на фоне изнасилования; страх смерти и пр.

Многие медицинские сестры-практики, начавшие применять сестринские диагнозы, предложили скорректировать определение этого понятия с учетом того факта, что сестринская деятельность не обязательно связана с болезнью (патологией), она может касаться здоровья пациента. В связи с этим появилось новое определение: «*Сестринский диагноз* – состояние здоровья пациента (существующее или потенциальное), установленное в результате проведенного сестринского обследования и требующее вмешательства со стороны медсестры».

В 1989 г. Международный совет медсестер (МСМ) принял решение о проведении исследований по подготовке Международной классификации сестринской практики с привлечением ведущих ученых, научных центров университетов и сестринских ассоциаций различных стран. В 1996 г. коллектив исследователей представил на широкое обсуждение первую версию Международного классификатора сестринской практики (МКСП), или International Classification for Nursing Practice (ICNP), а в 1999 г., на юбилейной конференции, посвященной столетию МСМ, была представлена вторая редакция документа.

В соответствии с принятыми МСМ положениями основные составляющие сестринской практики – *сестринский феномен, сестринское действие (вмешательство), результат действия медицинской сестры*.

В МКСП включены классификации по трем основным составляющим сестринской практики, определена и стандартизирована структура каждой из них, установлена система их кодирования, введены дефиниции для всех терминов и понятий.

Согласно МКСП *сестринский феномен* – явление, связанное со здоровьем или социальным процессом, на которое направлены профессиональные действия медицинской сестры. Он состоит из восьми элементов, каждый из которых классифицирован и стандартизирован.

1. А – фокус (область (объект), привлекающая внимание медицинской сестры и предполагающая определенные сестринские действия).
2. В – суждение (клиническая оценка, мнение, заключение относительно состояния сестринского феномена, степени и уровня интенсивности его проявления).
3. С – частота (величина, выражающая число случаев или повторений сестринского феномена в интервале времени).
4. D – продолжительность (продолжительность времени, в течение которого феномен существует).
5. Е – локализация (анатомическое расположение феномена).
6. F – топография (расположение феномена относительно других анатомических образований или центральной оси).
7. G – вероятность (возможность возникновения феномена).
8. H – распространенность (распространенность феномена среди населения).

Под *сестринским диагнозом* в МКСП понимают профессиональное суждение медицинской сестры о феномене, представляющем объект сестринских вмешательств.

В МКСП сестринский диагноз состоит из комбинации терминов, входящих в классификацию элементов сестринского феномена. Сначала выбирают ключевой термин элемента А (фокус), затем его дополняют терминами других элементов (В,С и т.д.). В комбинации терминов можно использовать не более одного термина из каждого элемента.

Приведем пример комбинации терминов, составляющих сестринский диагноз.

Элементы феномена	Выбранные термины
А. Фокус	Боль раневая
Б. Суждение	Достигшая некоторого уровня
С. Частота	Часто
Д. Продолжительность	Хроническая
Е. Локализация	Выше справа
Ф.Топография	Лодыжка
Г. Вероятность	Высокий риск возникновения
Н. Распространенность	Индивид

Согласно выбранным терминам сестринский диагноз будет звучать следующим образом: высокий риск возникновения частой хронической раневой боли, достигшей некоторого уровня, выше правой лодыжки, у индивида. Естественно, в МКСП стандартизированы такие значения характеристик, как «высокий риск», «некоторый уровень», «часто» и т.п.

В нашей стране продолжают обсуждать целесообразность использования сестринского диагноза в практической деятельности сестринского персонала.

ПЛАНИРОВАНИЕ СЕСТРИНСКОГО УХОДА

На *третьем этапе* сестринского процесса для каждой приоритетной проблемы необходимо сформулировать цели и план сестринского ухода и согласовать их с пациентом.

При этом надо помнить следующее.

1. **Цели** должны быть **реальными**, т.е. достижимыми. Нельзя ставить, например, такую цель: пациент худеет за 3 дня на 10 кг; это невозможно.
2. **Сроки** достижения каждой цели должны быть **конкретными** краткосрочными, долгосрочными).
3. При **формулировании цели** надо учитывать пределы **компетенции** сестринского персонала. Недопустима, например, такая формулировка: «У пациента не будет загрудинных болей к моменту выписки», так как достижение такой цели – в компетенции врача. Медицинская сестра может записать: «Пациент продемонстрирует знания о профилактике болей и борьбе с ними к моменту выписки».
4. Если пациент дееспособный, находится в ясном сознании, то цель должна быть сфокусирована на пациенте, а не на сестринском персонале. Неправильной будет такая формулировка: «Медицинская сестра обучит пациента правилам пользования ингалятором (тонометром, введения инсулина). Нужно сделать такую запись: «Пациент продемонстрирует умение пользоваться ингалятором к 17 мая».

Для достижения цели необходимы три составляющие: само **действие**; его **признаки** (дата, время, расстояние); **условия** (с помощью кого или чего).

После формулирования целей составляют план их реализации – перечень специальных действий медицинской сестры по уходу за пациентом. План сестринского ухода должен быть конкретным, без общих фраз и рассуждений. Например:

Диагноз: артритическая боль в правом колене.

Цель: к концу дня пациент отметит снижение боли до минимального уровня.

План.

1. Медицинская сестра поможет пациенту найти и занять вынужденное положение.
2. Медицинская сестра обеспечит прием пациентом лекарственных препаратов в соответствии с назначением врача.
3. Медицинская сестра обучит пациента технике релаксации.
4. Медицинская сестра обеспечит выполнение физиопроцедур пациенту по назначению врача.

Планирование нужно осуществлять на основе стандартов сестринского вмешательства. Следует помнить, что все разнообразие клинических ситуаций невозможно учесть в стандартах, поэтому их нельзя применять необдуманно.

План сестринского ухода обязательно записывают в сестринскую историю болезни, что гарантирует последовательность его выполнения и преемственность, а также возможность контроля. Следует согласовать план с пациентом, заручиться его поддержкой, привлекать его к реализации этого плана.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПЛАНА СЕСТРИНСКОГО УХОДА

На четвертом этапе сестринского процесса осуществляют намеченные планы.

Сестринские действия, или вмешательства, бывают трех типов: зависимые, независимые, взаимозависимые.

При *зависимом вмешательстве* сестринский персонал действует по требованию или под наблюдением врача. Однако и в этом случае не следует автоматически выполнять указания врача. Уточнение назначений входит в компетенцию сестринского персонала. Медицинская сестра, выполняющая неверное или ненужное предписание, профессионально некомпетентна, и в той же степени, что и врач, ответственная за последствия ошибки.

При *независимом* вмешательстве сестринский персонал действует по собственной инициативе, руководствуясь собственными соображениями, в рамках своей компетенции. Примером независимого вмешательства может служить оказание помощи пациенту в самообслуживании, обучение его различным приемам лечения и ухода за собой, организация досуга, советы относительно здоровья, наблюдение за реакциями пациента на болезнь, лечение.

При *взаимозависимом* вмешательстве сестринский персонал сотрудничает с другими специалистами на равных (например, при осуществлении реанимационных мероприятий).

В МКСП под сестринскими действиями, или вмешательствами, (вторая основная составляющая сестринской практики) подразумевает поведение медицинской сестры в процессе профессиональной практики. Сестринское вмешательство осуществляется медицинской сестрой в соответствии с установленным сестринским диагнозом для достижения определенного результата.

Сестринское действие, как и сестринский феномен, состоит из восьми элементов.

1. А – характер действия, выполняемого медицинской сестрой.
2. В – объект сестринского вмешательства.
3. С – средства, с помощью которых осуществляют сестринские вмешательства.
4. D – время (временные ориентиры сестринских действий).
5. E – топология (расположение области сестринского вмешательства).
6. F – локализация (анатомическая область или место выполнения сестринских действий).
7. G – путь (указывает, каким образом конкретно осуществляется сестринское вмешательство).
8. H – субъект, пользующийся услугами медицинской сестры.

Согласно МКСП формулировка сестринского вмешательства состоит из комбинации терминов, входящих в классификацию сестринских действий. Описание сестринского вмешательства начинают с выбора ключевого термина элемента А (тип действия) и затем дополняют терминами из других элементов (В,С и др.).

Элементы феномена	Выбранные термины
А. Характер действия	Катетеризация
Б. Объект	Мочевой пузырь
С. Средства	Катетер
Д. Время	Перед операцией
Е. Топология	
Ф. Локализация	Больничная палата
Г. Путь	Уретрально
Н. Субъект	Индивид

Таким образом, формулировка сестринского вмешательства в рамках МКСП будет звучать следующим образом: «Катетеризация мочевого пузыря уретральным катетером в больничной палате перед операцией».

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА

На *пятом этапе* сестринского процесса оценивают достижение поставленной цели, результат *предварительной* деятельности (определение критериев и кратности оценки результата), а также деятельности сестринского ухода. Оценка эффективности сестринского ухода складывается:

- из определения состояния пациента на текущий момент;
- оценки достижения целей;
- определения аспектов, влияющих на достижение целей;
- изменения в случае необходимости сестринского диагноза, цели и/или плана сестринского ухода.

Оценивать сестринскую помощь на этом уровне должны обе стороны: и медицинская сестра, и пациент.

В контексте МКСП *результат сестринского вмешательства* означает состояние сестринского диагноза после проведения сестринского вмешательства. При формулировке определения результатов сестринского вмешательства рекомендуется использовать следующие принципы.

1. В формулировку результатов обязательно должен входить термин элемента А (фокуса сестринской практики), термин элемента В (суждения) или Г (вероятности).
2. Определение может быть дополнено терминами других элементов с целью уточнения диагноза.
3. В формулировку должно входить не более одного термина каждого элемента сестринского диагноза.
4. Результат может быть определен только после выполнения сестринского вмешательства.

Источник:

Михайлова И.В., Владимирова О.В., Ишкова Т.М., Хвалова В.В. Траектория практического обучения по дисциплине Основы сестринского дела. Уч.пособие для студентов Барыбинского медицинского колледжа. Барыбинск, 2010, 429 с.