

# КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ОСНОВНЫХ ЭТАПОВ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

## **I этап сестринского процесса - сбор информации**

(СУБЪЕКТИВНОЕ И ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ)

Сестринский процесс - это метод организации и оказания сестринской помощи. Суть сестринского дела состоит в уходе за больным человеком и в том, каким образом сестра осуществляет этот уход. Независимо от формы план сестринского ухода должен предусматривать непрерывность сестринского процесса. Помимо плана сестринская документация содержит биографические данные пациента и результаты сестринской оценки его состояния.

Делая записи, следует излагать информацию кратко, четко и недвусмысленно, используя только общепринятые сокращения.

При первом же контакте с пациентом сестра начинает собирать информацию. В кратчайшие сроки после поступления человека в систему медико-санитарной помощи проводится начальная оценка ситуации и ее документирование. В идеале эта начальная оценка включает в себя подробную историю болезни. Где это возможно, пациента просят выразить свое собственное суждение и рассказать об имеющихся потребностях. Затем полученная информация анализируется и кладется в основу определения потребностей человека в уходе. Сбор информации очень важен. Неправильная информация влечет за собой ошибочные действия. Недостаточная информация сопровождается неадекватными действиями.

## **Стратегия общения с пациентом**

Субъективное обследование:

- Вы должны быть уверены, что ваша беседа будет проходить в тихой неофициальной обстановке без отвлечения и не будет прерываться.
- Для установления доверительных отношений с пациентом медицинская сестра должна представиться, назвав свое имя, положение и сообщить цель беседы.
- Называйте пациента по имени и отчеству, и на «Вы». Проявляйте дружелюбие, участие и заботу.
- Пользуйтесь исключительно положительной интонацией Вашего голоса. Будьте спокойны и неторопливы. Не проявляйте досады, раздражения.
- Говорите ясно, медленно, отчетливо. Используйте понятную пациенту терминологию. Если Вы сомневаетесь в том, что он Вас понимает, спросите, что он вкладывает в то или иное понятие. Поощряйте вопросы Вашего пациента.
- Позвольте пациенту закончить фразу, даже если он излишне многословен. Если необходимо повторить вопрос, перефразируйте его для лучшего понимания.
- Не начинайте разговор с личных, деликатных вопросов.

Чтобы составить заключение о проблемах пациента и заполнить сестринскую историю болезни с картой сестринского процесса, по которой Вы будете работать. Спросите: «Что привело Вас в наше лечебное заведение?». Внимательно выслушайте его мнение о своем состоянии, как он его оценивает. Считает ли себя тяжело больным, легкобольным, насколько сосредоточен на своих проблемах, какого ожидает результата от пребывания в данном лечебном заведении (надеется, выздороветь, не ждет улучшения состояния и решения своих проблем, думает, что его состояние будет без изменений). Затем спросите: «Что Вас беспокоит?»

Жалобы пациента определяются в настоящий момент, ему предоставляется возможность самостоятельно изложить свои ощущения. Затем студент задает вопросы, позволяющие систематизировать и детализировать жалобы. Если у пациента есть боли, Вы должны выяснить:

- Локализацию;
- Иррадиацию;
- Время появления;
- Характер (ноющая, колющая, давящая);
- Длительность (постоянная, приступообразная);
- Причины вызывающие или усиливающие боль (движение, прием пищи);
- Сопутствующие явления (слабость, тошнота).

Особое внимание следует обратить на раздел «История болезни». Необходимо уточнить с какого времени он считает себя больным (первые признаки заболевания). Следует обратить внимание на состояние больного непосредственно перед заболеванием, имелись ли психические травмы, переутомление, переохлаждение, погрешности в еде.

Начало заболевания: когда и как появились первые проявления, их характер.

При хроническом течении заболевания необходимо выяснить, как оно протекало в течение этого времени, чем проявлялось, были ли обострения, их периодичность, продолжительность ремиссий.

Проводимые исследования (перечислить какие).

Лечение и его эффективность (группы лекарственных средств, эффект от их применения).

Ответы на вопросы раздела «История болезни» должны быть записаны в сестринской истории болезни кратко, ясно, по существу.

Вопросы о сексуальной жизни, гинекологическом анамнезе следует задавать в тактичной форме, не привлекая внимания окружения больного.

При выяснении аллергоанамнеза следует отметить, какие конкретно лекарственные средства, пищевые продукты, бытовые вещества не переносят больной.

При выявлении духовного статуса не следует выражать свое мнение по поводу моральных ценностей больного.

В социальном статусе больного внимание уделяют здоровью его близких родственников (родителей, братьев, сестер), акцентируя внимание на патологии, имеющей значение для заболевания, данного пациента.

## **Объективное обследование**

Затем оцените физиологические данные пациента (состояние сознания, положение в постели и т.д.).

Измерьте артериальное давление, температуру тела, исследуйте пульс, частоту дыхательных движений, определите состояние кожных покровов. Для объективного обследования сестра использует свое зрение, слух, осязание, обоняние.

Дополнительным источником информации могут служить данные лабораторных и инструментальных исследований. При сборе данных следует учитывать модель сестринского дела принятую в данной больнице. Учитывая рекомендации ЕРБ ВОЗ. Проводя обследование пациента, надо выяснить:

- состояние его здоровья с учетом каждой из 14 фундаментальных потребностей,
- что этот человек считает нормальным для себя в связи с каждой указанной потребностью;
- что этот человек делает или какая помощь ему нужна для удовлетворения каждой потребности;

- как и в какой степени, нынешнее состояние здоровья человека или его социальные потребности мешают ему осуществлять самоуход или помощь на дому;
- какие потенциальные трудности или проблемы можно предвидеть в связи с изменением его здоровья;
- способность человека к самоуходу, какую помощь человеку могут оказать его друзья и родственники;
- врачебный диагноз, принципы лечения и прогноз;
- предыдущие заболевания и социальные проблемы.

Результаты, полученные в процессе сестринского обследования, фиксируют в сестринской истории болезни.

Информация о физическом состоянии может отражать как нормальные проявления жизнедеятельности, так и изменения, связанные с определенной стадией развития (например, младенец, взрослый, престарелый человек) и изменения, вызванные заболеванием.

Информация о душевном состоянии позволяет дать оценку эмоционального здоровья и изменения поведения в связи с заболеванием.

Информация о социальном здоровье позволяет дать оценку возможности пациента осуществлять самоуход в домашних условиях.

## **II этап сестринского процесса - сестринская диагностика**

После первичной оценки состояния пациента и записи полученной информации сестра обобщает, анализирует полученные результаты и делает определенные выводы. Они становятся теми проблемами, т.е. сестринскими диагнозами, которые являются предметом сестринского ухода.

Вы должны выделить сестринские диагнозы:

1. **Настоящие** - те, которые имеют место у пациента сегодня, будут завтра и в продолжение всего времени осуществления сестринского ухода в стационаре.
2. **Потенциальные** - проблемы, которые могут возникнуть у больного в процессе ухода за ним или быть обусловлены основным заболеванием.

Сестринские диагнозы записываются в сестринской истории болезни после раздела «Сестринский анализ лабораторных и инструментальных данных». Затем Вы приступаете к работе по карте сестринского процесса. Заполняете выделенные в ней графы. Особое внимание уделяете планированию ухода за больным и его реализации.

## **III этап сестринского процесса - планирование сестринских вмешательств**

Планирование - категория, определяющая сестринское поведение при определении целей, сосредоточенных на пациенте и установлении стратегии для достижения целей. Во время планирования устанавливаются приоритеты, определяются цели, ожидаемые результаты и формируется план сестринского ухода. Помимо общения с пациентом и его семьей сестра консультируется с коллегами, изучает соответствующую литературу. После установления специфических медицинских диагнозов сестра определяет приоритеты в соответствии с серьезностью диагноза. Установление приоритетов - это метод, по которому пациент и сестра вместе устанавливают диагнозы, основываясь на желаниях, нуждах и безопасности пациента. Поскольку у пациента несколько диагнозов, сестра не может приступить к осуществлению ухода по всем им одновременно после их установления.

Сестра выбирает приоритетные диагнозы в зависимости от срочности, природы предписанного лечения, взаимодействия между диагнозами. Приоритеты классифицируются как первичные,

промежуточные и вторичные. Сестринские диагнозы, которые могут повлечь гибель пациента, если не оказать срочную помощь, обладают первичным приоритетом.

Сестринские диагнозы с промежуточным приоритетом включают не экстремальные и неопасные для жизни нужды пациента. Сестринские диагнозы вторичного приоритета: нужды пациента, которые не имеют прямого отношения к заболеванию или его прогнозу.

Существует два вида целей, выделенных для пациентов: краткосрочные (меньше одной недели); долгосрочные (недели, месяцы, часто после выписки).

- Краткосрочными являются цели, которые должны быть выполнены за короткий период времени, обычно меньше, чем за неделю.
- Долгосрочными являются цели, которые могут быть достигнуты за более длительный период времени, в течение недель и месяцев.

Эти цели могут быть определены при выписке пациента, при его возвращении домой. Они направлены на предотвращение, реабилитацию, приобретение знаний о здоровье. Если долгосрочные цели не выделены, это лишает пациента и медсестру возможности планировать продолжение сестринского ухода при выписке. Ожидаемый результат является особым ступенчатым понятием, который ведет к достижению целей и определению причины заболевания для проведения диагностики. Результатом является изменение поведения пациента, как реакции на сестринский уход. Под результатом подразумевают изменения состояния пациента с точки зрения физиологии, социального, эмоционального и духовного состояния. Ожидаемые результаты вытекают из кратко и долгосрочных целей, сосредоточенных на пациенте, и основываются на сестринских диагнозах.

#### **IV этап сестринского процесса - реализация плана ухода**

После формулировки целей медсестра составляет план ухода за больным, т. е. письменное руководство по уходу, представляющее собой подробное перечисление специальных действий медсестры, необходимых для достижения целей ухода. План ухода координирует сестринский уход, обеспечивает продолжение ухода и перечисляет критерии результатов, по которым оценивается уход.

#### **V этап сестринского процесса - оценка эффективности ухода**

Систематический процесс оценки требует от медсестры мыслить аналитически при сравнении ожидаемых результатов с достигнутыми. Хода стремление к цели постигает неудача, медсестра должна выявить причину, для чего весь сестринский процесс повторяется с начала в поисках допущенной ошибки.

Например:

| Дата            | Цель   | Функции пациента   | Оценка  |
|-----------------|--|--|---|
| <b>05.05.99</b> | Пациент будет сам себе вводить инсулин к 7.05.99 | 7.05.99<br>Пациент приготовил дозу правильно и сам себе ввел инсулин | Функция совпала со всеми критериями целевой установки, цель достигнута.<br>Подпись медсестры. |

План ухода за больным должен отражать принципы ухода, т. е. основные мероприятия по уходу за больным, направленные на решение данной проблемы больного. Фиксируйте их в графе «Характер сестринского вмешательства».

В графе «Реализация плана сестринского ухода» Вы пишете, что конкретно сделали, реализуя план ухода за больным, перечисляя все свои действия.

Оценку результатов Вы должны производить в соответствии с поставленными целями. Краткосрочные цели - ежедневно или ежечасно (в экстренных ситуациях), долгосрочные - в сроки, указанные в соответствующей графе.

Так как Вы во время учебной практики будете курировать больного 3-5 дней, в графе «Оценка» у Вас должно быть 3-5 записей, указывающих есть ли прогресс в уходе за больным или нет. Если цели ухода достигнуты, Вы фиксируете в данной графе, ставите дату, свою подпись. Если, несмотря на весь Ваш уход, цели не достигнуты, то необходимо выяснить причины неудачи, повторить сестринский процесс с 1 этапа.

После работы по карте сестринского процесса приступаете к работе с «Листом динамической оценки пациента», делая соответствующие отметки в его графах. Вес, суточный диурез, пульс, артериальное давление, число дыхательных движений отмечаются цифрами. Остальные графы «+» и «-»

Затем приступаете к работе с листом лекарственных препаратов. В него выписываете из листа врачебных назначений все получаемые больным лекарственные препараты, указываете их фармакологическое действие, показания, побочные действия, дозу, для чего используете справочную и дополнительную литературу.

**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.