

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом
дополнительного профессионального образования

Методические рекомендации к практическим занятиям

| | |
|-------------------------|-----------------------------|
| Наименование дисциплины | Теория сестринского дела |
| Специальность | 34.03.01 – сестринское дело |
| Форма обучения | очная |
| Год начала подготовки | 2025 |

ТЕМА 9

Теория и методология сестринского процесса.

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Теория сестринского дела»:

Разработаны:

зав. кафедры пропедевтики детских болезней
с курсом дополнительного
профессионального образования, д.м.н.,
профессор

Безроднова С.М.

Обсуждены

на заседании кафедры пропедевтики детских
болезней с курсом дополнительного
профессионального образования, зав.
кафедрой, д.м.н., профессор

Безроднова С.М.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе для обучающихся по специальности 34.03.01 - Сестринское дело 2025 года набора очной формы обучения

Руководитель ОПОП ВО

Шিশалова Т.Н.

Декан факультета гуманитарного и медико-биологического образования

Федько Н.А.

Методические указания по дисциплине «Теория сестринского дела» размещены в ЭИОС университета в авторской редакции

| | |
|---------------------------|---|
| 1. Цель | Ознакомить обучающихся с теорией и методологией сестринского процесса |
| 2. Учебные вопросы | 1. Документирование сестринской практики. 2. Сестринская история болезни, карта ухода и наблюдения за больным. |

3. Теоретическая часть

Второй этап сестринского процесса – сестринская диагностика

Как только медицинская сестра приступила к анализу полученных в ходе обследования данных, начинается **второй этап сестринского процесса – установление проблем пациента и формулировка сестринского диагноза**

С точки зрения медицинской сестры, проблемы появляются тогда, когда у пациента, в силу определенных причин (болезнь, травма, возраст, неблагоприятная обстановка), возникают следующие затруднения:

1. Не может самостоятельно удовлетворить какие-либо из потребностей или у него возникают трудности в их удовлетворении (например, не может принимать пищу из-за болей при глотании, не может передвигаться без дополнительной опоры).
2. Пациент удовлетворяет свои потребности самостоятельно, но то, как он их удовлетворяет, не способствует сохранению его здоровья на оптимальном уровне (например, пристрастие к жирной и пряной пище чревато заболеванием пищеварительной системы).

Как правильно сформулировать сестринский диагноз? Для этого необходимо проанализировать данные, собранные сестрой на первом этапе сестринского процесса.

Схема анализа данных, полученных при проведении сестринского обследования:

1. Выявить **потребности, удовлетворение которых нарушено**. Для этого необходимо сопоставить по каждой из 10-ти потребностей обычную способность самоухода и способность самоухода в данный момент, выявляя имеющийся или потенциальный дефицит самоухода, т.е. определить наличие проблем.

В зависимости от времени появления проблемы пациента делят на настоящие и потенциальные.

- Настоящие - проблемы, имеющие место в данный момент, здесь и сейчас, например, сегодня у пациента отсутствует аппетит.
- Потенциальные - вероятные, возможные в будущем проблемы со здоровьем, возникновение которых может быть предотвращено усилиями медицинских работников. Например, риск падений у пациента с нарушением координации движений, риск обезвоживания как следствия упорной диареи.

Например: под наблюдением находится пациент 50-ти лет, получивший травму позвоночника. Пострадавший находится на строгом постельном режиме. Проблемы пациента, беспокоящие его в настоящее время - боль, стрессовое состояние, ограничение подвижности, дефицит самоухода и общения; потенциальные проблемы - риск развития пролежней, пневмонии, снижения тонуса мышц, нерегулярного опорожнения кишечника (запоры, трещины, геморрой).

Следует сказать, что с одной стороны, наличие проблемы является основанием для осуществления сестринского ухода, но с другой — не все проблемы требуют сестринской помощи. Также не все пациенты, страдающие одним и тем же заболеванием или нарушением, сталкиваются с одинаковыми проблемами. Часто пациент так приспособляется к своему заболеванию или беспомощности (зависимости), что они не ведут к возникновению проблем, а значит, и не требуется сестринского ухода. Так, например, у человека в результате заболевания не действует правая рука, но он научился выполнять все ежедневные функции и может удовлетворять свои некоторые потребности

(личную гигиену, одевание и т. п.) левой рукой, поэтому нет проблемы и нет необходимости в сестринском уходе.

В таблице 3 приводится фрагмент листа оценки состояния пациента согласно модели В. Хендерсон и примеры формулировок проблем (действительных и потенциальных).

Действительные и потенциальные проблемы пациента (таблица 3)

| Фундаментальные потребности | Проблемы пациента (действительные и (п) потенциальные) |
|--|--|
| Дыхание: ЧДЦ - 28 в 1 мин, одышка, кашель, боль при дыхании | Боится глубоко дышать из-за боли в грудной клетке |
| Питание и питье: пониженное питание: рост 175 см, масса тела 50 кг, пьет ≈ 1,5 л в день, аппетит снижен | Не понимает необходимости пить больше жидкости (п): Слабость в связи с пониженным питанием, потеря массы тела |
| Физиологические отправления: мочевыделение нормальное, стул 1 раз в 3 дня | (п): Вероятность урежения стула |
| Двигательная активность: врачом назначен постельный режим, может с помощью сестры дойти до туалета | Не понимает необходимости постельного режима |
| Сон и отдых: спит хорошо, но на 3 подушках, нуждается в дневном отдыхе | (п): Возможно нарушение сна из-за одышки и кашля |
| Способность одеться, раздеться: одежду надевает и снимает самостоятельно, обувь - с трудом | (п): Риск падения из-за незашнурованной обуви |
| Температура тела и возможность ее регулирования: 38,2 °С | Потливость: самостоятельно не может переодеться (снять мокрую одежду) в ночное время |
| Способность поддерживать личную гигиену и заботиться о своей внешности: может ежедневно выполнять гигиенические процедуры (умываться, чистить зубы), общие гигиенические процедуры может выполнять с помощью сестры, небрит | Нет желания выполнять ежедневные гигиенические процедуры, не заботится о своей внешности, не имеет прибора для бритья и зубной щетки, (п): Инфекция в полости рта (зубы не чистит из-за отсутствия щетки) |
| Способность обеспечить свою безопасность: спокоен, апатичен, не думает о своей безопасности при ходьбе | Не понимает необходимости поддерживать свою безопасность |
| Общение: <i>вопросы понимает:</i> отвечает на них неохотно, слух снижен | (п): Непонимание вопроса из-за снижения слуха (п): Неполная информация из-за нежелания общения |
| Возможность соблюдать обычаи и обряды согласно вероисповеданию: православный, никаких обрядов не соблюдает | — |

| | |
|--|--|
| Трудоспособность, удовлетворение трудом: трудоспособен, пенсионер, работает летом на даче | Беспокоится, что на даче погибнет урожай |
| Увлечения, отдых: увлечений нет | — |
| Знания о здоровом образе жизни и потребность в получении информации: конкретных знаний нет, интереса к информации нет | Непонимание необходимости ведения здорового образа жизни |

2. Следующий шаг - необходимо выяснить **причины трудностей** в удовлетворении той или иной потребности, например, заболевание или травма, лечение, окружающая среда, в том числе обстановка стационара, личные обстоятельства (семейные или профессиональные).

3. Следует выявить настоящие и потенциальные **возможности пациента** в удовлетворении тех или иных потребностей, что для него является посильным, а что непосильным сейчас, в ближайшем и отдаленном будущем. Это даёт направление для сестринского вмешательства. Сестра должна четко представлять себе, будут ли с течением времени возможности самоухода для ее пациента расширяться (к примеру, после несложной операции) или, наоборот, сужаться, становиться все более ограниченными (у стариков, инкурабельных пациентов).

Следует помнить, для того чтобы привлечь пациента к осознанному участию в реализации плана ухода, важно предоставить ему наиболее полную информацию как о действительных, так и о потенциальных проблемах и о вмешательствах, запланированных для их профилактики.

Поскольку у пациента в большинстве случаев несколько проблем, связанных со здоровьем, сестра не может приступить к их решению одновременно. Поэтому для успешного разрешения проблем пациента медицинская сестра должна их рассматривать с учетом приоритетов, т.е. в порядке их значимости, начиная с самых важных и далее по порядку.

Приоритеты классифицируются как **первичные, промежуточные и вторичные**. Проблемы пациента, которые если не лечатся, то могут оказать пагубное влияние на больного, обладают первичным приоритетом. Проблемы пациента с промежуточным приоритетом включают не экстремальные и неопасные для жизни потребности больного. Проблемы вторичного приоритета - потребности пациента, которые не имеют прямого отношения к заболеванию или прогнозу (Гордон, 1987).

Возвратимся к нашему примеру с пациентом, получившим травму позвоночника, и рассмотрим его с учетом приоритетов. Из существующих проблем первое, на что должна обратить внимание медицинская сестра, это болевой синдром, стресс - первичные проблемы, расположенные в порядке значимости. Вынужденное положение, ограничение движений, дефицит самоухода и общения - промежуточные проблемы.

Из потенциальных проблем первичными являются вероятность появления пролежней и нерегулярное опорожнение кишечника. Промежуточными — пневмония, снижение тонуса мышц. При каждой выявленной проблеме медицинская сестра намечает себе план действий, не оставляя без внимания и потенциальные проблемы, так как они могут превратиться в явные.

Первоочередными иногда могут быть и потенциальные проблемы. Например, пожилой пациент истощен, страдает недержанием мочи и/или кала, неподвижен, сознание неясное — потенциальная проблема «высокого риска развития пролежней» становится главной.

Разрабатывая план ухода, сестре следует обсудить с пациентом (его семьей) первоочередность проблем.

Советы для партнерства:

1. При поступлении пациента, или при первом контакте с ним объясните, почему вы добиваетесь его участия в собственном уходе. Узнайте его мнение по этому вопросу.
2. Используйте документацию как средство привлечения пациента к этой работе. Позвольте ему записать подробности личного характера, если на то есть желание пациента.
3. Используя свои навыки общения, стимулируйте желание пациента выразить его взгляды и опасения. Например, проводите сестринскую оценку в форме беседы или диалога, а не просто заполняйте лист с ответами.
4. При работе с сестринской документацией постарайтесь создать атмосферу открытости. Тогда пациент почувствует, что имеет право определить и проверить, что решено и записано в отношении его ухода и оценки.
5. Ознакомьте человека с вашей оценкой его состояния и потребности в уходе. Узнайте, не хочет ли он высказать свое мнение, возразить или предложить какие-либо изменения.
6. По мере возможности открыто заполняйте письменную документацию, например, записывая некоторые личные подробности, комментируйте эффективность помощи.
7. Объясните пациенту, что его документация носит конфиденциальный характер до тех пор, пока сам человек не пожелает ознакомить с ней, скажем, членов семьи.
8. Тщательно проверяйте ваши совместные планы, чтобы они не вызвали нежелательного возбуждения, страха или сомнения, что может навредить, чем помочь пациенту, и осложнить ваше сотрудничество.
9. Когда человек не имеет возможности или не желает участвовать в этом процессе (например, маленькие дети или пациенты в бессознательном состоянии, или в сильном замешательстве), план ухода составляет сестра, по мере возможности она фиксирует все возражения пациента, мнение его родственников.

Эти правила были выработаны в Великобритании одним из сестринских подразделений.

Критерии выбора порядка значимости проблем пациента:

- главное, по мнению самого пациента, самое тягостное и пагубное для него либо препятствующее осуществлению самоухода;
- проблемы, способствующие ухудшению течения заболевания и высокому риску развития осложнений. Совершенно очевидно, что в случаях угрозы жизни сестра сама должна определить, какую проблему она будет решать в первую очередь.

Например, пациенту при постельном режиме трудно дышать из-за сильного насморка, в связи с чем он плохо спит и ест, у него сушит во рту, болит голова, он раздражён. Одновременно сестра выяснила, что пациент иногда «пропускает» инъекции инсулина. Оказание сестринской помощи следует начинать с разрешения проблемы режима введения инсулина как наиболее важной, а затем последовательно перейти к решению других проблем.

После установления проблем пациента необходимо решить следующую задачу второго этапа - **сформулировать сестринский диагноз**. В настоящее время можно встретить множество определений сестринского диагноза. Эти определения возникли в результате признания сестринского диагноза частью профессиональной деятельности медицинской сестры.

Согласно модели В. Хендерсон сестринский диагноз отражает дефицит самоухода, имеющийся у пациента, направлен на его замещение и преодоление и, следовательно, **сестринский диагноз** можно рассматривать как описание настоящего или потенциального дефицита самоухода, вызванного нарушением удовлетворения универсальных потребностей человека в связи с состоянием его здоровья.

1. **Документирование сестринской практики** включает в себя создание базы данных о пациенте и фиксацию каждого действия медицинской сестры, каждого этапа сестринского процесса
2. Некоторые виды сестринской документации:
3. **Сестринская история болезни**. Это юридический протокол, документ самостоятельной профессиональной деятельности медицинской сестры в рамках её компетенции. Цель

истории болезни — контроль над деятельностью медсестры, выполнением ею плана ухода и рекомендаций врача, анализ качества оказания сестринской помощи и оценка профессионализма медсестры.

4. **Журнал движения больных.** В нём регистрируют поступление и выписку больных.
5. **Процедурный лист.** Это лист врачебных назначений.
6. **Температурный лист.** В нём отмечают основные данные, характеризующие состояние больного: температуру тела, пульс, АД, ЧДД, диурез, массу тела (по мере необходимости), физиологические отправления.
7. **Журнал назначений.** В нём фиксируют назначения врача: лабораторные и инструментальные исследования, консультации «узких» специалистов и пр..
8. **Журнал учёта наркотических, сильнодействующих и ядовитых средств.**
9. **Журнал передачи ключей от сейфа.**
10. **Требование на питание больных (порционник).** Содержит сведения о количестве больных на назначенные диеты, фамилии пациентов, при необходимости — дополнительно выдаваемые продукты или, наоборот, характер разгрузочных диет.
11. **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..

4. Практическая часть - нет.

4. Вопросы для собеседования

1. Документирование сестринской практики
2. Сестринская история болезни.
3. Журнал движения больных.
4. Процедурный лист.
5. Температурный лист
6. Требование на питание

6. Тестовые задания

1. Документ, используемый в деятельности медицинской сестры:

- а) история болезни
- б) сестринская история болезни
- в) лист назначения
- г) карта диспансерного наблюдения
- д) правильный ответ отсутствует

2. Заключительный этап сестринского процесса включает:

- а) сестринские вмешательства
- б) план ухода
- в) обследование пациента
- г) эффективность сестринского процесса
- д) проблемы пациента

3. Требования к постановке целей:

- а) должны быть реальными
- б) иметь конкретные сроки
- в) должны быть достижимыми
- г) участие пациента, реальность, достижимость, сроки
- д) участие пациента в достижении цели, сроки

4. Пятый этап сестринского процесса

- а) определение результата сестринской помощи
- б) оказание помощи
- в) профилактика осложнений
- г) регистрация и координация намеченных действий медицинской сестры
- д) постановка целей

5. Физиологическая потребность человека по Маслоу:

- а) избегать опасности
- б) работать
- в) есть
- г) общаться
- д) отдыхать