

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Ставропольский государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного
профессионального образования

ЛЕКЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

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

ТЕМА 4	Этапы сестринского процесса
---------------	-----------------------------

Лекционный материал 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
Декан факультета гуманитарного и
медико-биологического
образования



Шишалова Т.Н.



Федько Н.А.

Лекционный материал по дисциплине «Теория сестринского дела»
размещен в ЭИОС университета в авторской редакции

Цель	Ознакомить обучающихся с этапами сестринского дела
Учебные вопросы	1. Цель и условия осуществления сестринского процесса. 2. Содержание, цели и взаимосвязь этапов.

Понятие об этапах сестринского процесса

Выделяют 5 основных этапов сестринского процесса.

I этап - сестринское обследование или оценка ситуации с целью оценки конкретных потребностей пациента и необходимых для сестринского ухода ресурсов.

I этап сестринского процесса включает в себя процесс оценки ситуации методом сестринского обследования. При обследовании медицинская сестра собирает необходимую информацию методом опроса (структурированное интервьюирование) пациента, родственников, медицинских работников, пользуется сведениями из истории его болезни и других источников информации.

Методами обследования являются: субъективный, объективный и дополнительные методы обследования пациента для определения потребностей пациента в уходе.

1. Сбор необходимой информации:

а) субъективных данных: общих сведений о пациенте; жалоб в настоящее время - физиологических, психологических, социальных, духовных; ощущениях пациента; реакциях, связанных с адаптационными (приспособительными) возможностями; сведений о неудовлетворенных потребностях, связанных с изменением состояния здоровья или изменением течения заболевания;

б) объективных данных. К ним относятся: рост, масса тела, выражение лица, состояние сознания, положение пациента в постели, состояние кожных покровов, температура тела пациента, дыхание, пульс, АД, естественные отправления и другие данные;

в) оценка психосоциальной ситуации, в которой находится пациент:

- оцениваются социально-экономические данные, определяются факторы риска, данные об окружающей среде, влияющие на состояние здоровья пациента, его образ жизни (культура, увлечения, хобби, религия, вредные привычки, национальные особенности), семейное положение, условия работы, материальное положение и т. д.;
- описывается наблюдаемое поведение, динамика эмоциональной сферы.

Сбор необходимой информации начинается с момента поступления пациента в ЛПУ и продолжается до выписки его из него.

2. Анализ собранной информации. Целью анализа является определение приоритетных (по степени угрозы для жизни) нарушенных потребностей или проблем пациента, степень независимости пациента в уходе.

При соблюдении умений и навыков межличностного общения, этических и деонтологических принципов, навыков опроса, наблюдения, оценки состояния, умения документировать данные обследования пациента, обследование, как правило, является успешным.

II этап - сестринская диагностика или выявление проблем пациента. Анализ полученной информации является основанием для формулирования проблем пациента существующих (настоящих, явных) или потенциальных (скрытых, которые могут появиться в будущем). При определении приоритетности медицинская сестра должна опираться на врачебный диагноз, знать образ жизни пациента, факторы риска, ухудшающие его состояние, помнить о его эмоциональном и психологическом состоянии и других аспектах, помогающих ей принимать ответственное решение - определение проблем пациента или постановка сестринских диагнозов. Процесс составления сестринского диагноза очень важен, требует профессиональных знаний, умений находить связь между признаками отклонений в состоянии пациента и причинами, их вызывающими.

Сестринский диагноз - это состояние здоровья пациента (нынешнее и потенциальное), установленное в результате проведенного сестринского обследования и

требующее вмешательства со стороны сестры.

Североамериканская ассоциация сестринских диагнозов NANDA (1987 г.) издала перечень диагнозов, который обусловлен проблемой пациента, причиной ее возникновения и направленностью дальнейших действий медсестры. Например:

1. Тревога, связанная с беспокойством пациента по поводу предстоящей операции.
2. Риск развития пролежней, обусловленный длительной иммобилизацией.
3. Нарушение функции опорожнения кишечника: запор, обусловленный недостаточным употреблением грубой пищи.

Международный совет медсестер (МСМ) разработал (1999г.) Международный классификатор сестринской практики (МКСП) - это профессиональный информационный инструмент необходимый для стандартизации профессионального языка медсестер, для создания единого информационного поля, для документирования сестринской практики, учета и оценки ее результатов, подготовки кадров и т. д.

В контексте МКСП под сестринским диагнозом понимают профессиональное суждение медсестры о явлении, связанном со здоровьем или социальным процессом, представляющим объект сестринских вмешательств.

Недостатками этих документов является сложность языка, особенности культуры, неоднозначность понятий и др.

Сегодня в России нет утвержденных сестринских диагнозов.

III этап - определение целей сестринского вмешательства, т. е. определение вместе с пациентом желаемых результатов ухода.

В некоторых моделях сестринского дела этот этап носит название планирование.

Под планирование надо понимать процесс формирования целей (т.е. желаемых результатов ухода) и планирования сестринских вмешательств, необходимых для достижения этих целей. Планирование работы медсестры по удовлетворению потребностей необходимо осуществлять в порядке приоритетности (первоочередности) проблем пациента.

IV этап - планирование объема сестринских вмешательств и реализация (выполнение) плана сестринских вмешательств (ухода).

В моделях, где планирование относится к третьему этапу, четвертым этапом является реализация плана.

Планирование включает в себя:

- 1.Определение типов сестринских вмешательств.
- 2.Обсуждение с пациентом плана ухода.
- 3.Знакомство других с планом ухода.

Реализация - это:

1. Выполнение плана ухода в установленные сроки.
2. Координация сестринских услуг в соответствии с согласованным планом.
3. Координирование ухода с учетом любого предоставляемого, но не запланированного ухода или запланированного, но не предоставляемого ухода.

V этап - оценка результатов (итоговая оценка сестринского ухода). Оценка эффективности предоставленного ухода и его коррекция в случае необходимости. V этап - включает в себя:

1. Сравнение достигнутого результата с запланированным.
2. Оценку эффективности запланированного вмешательства.
3. Дальнейшую оценку и планирование, если желаемые результаты не достигнуты.
4. Критический анализ всех этапов сестринского процесса и внесение необходимых поправок.

Информация, полученная при оценке результатов ухода, должна лечь в основу необходимых изменений, последующих вмешательств (действий) медицинской сестры.

Документация всех этапов сестринского процесса осуществляется в сестринской карте наблюдения за состоянием здоровья пациента и известна как сестринская история

состояния здоровья или болезни пациента, составной частью которой является карта сестринского ухода. В настоящее время только разрабатывается сестринская документация.

Первый этап сестринского процесса: субъективное сестринское обследование. Сбор информации.

Информацию о состоянии здоровья пациента можно собирать различными способами и из различных источников: от пациентов, членов их семей, членов дежурной смены, из медицинской документации, физических осмотров, диагностических тестов. Организация информационной базы начинается со сбора субъективной информации путем опроса пациента, в процессе которого медсестра получает представление о состоянии физического, психологического, социального, эмоционального, интеллектуального и духовного состояния пациента, его особенностях. Наблюдая поведение и оценивая внешний вид пациента и его взаимоотношения с окружающей средой, медицинская сестра может определить, соответствует ли рассказ пациента о себе данным, полученным в результате наблюдения.

Содержание субъективной информации:

- общие сведения о пациенте;
- расспрос пациента, информация о пациенте;
- жалобы пациента в настоящее время;
- история здоровья или болезни пациента: социальные сведения и условия жизни, сведения о привычках, аллергоанамнез, гинекологический (урологический) и эпидемиологический анамнез;
- боль: локализация, характер, интенсивность, длительность, реакция на боль.

Медицинская сестра получает информацию с помощью органов чувств (зрения, слуха, обоняния, восприятия касанием), инструментальных и лабораторных методов исследования.

Содержание объективной информации:

- осмотр пациента: общий - грудной клетки, туловища, живота, затем - детальный осмотр (участков тела по областям): голова, лицо, шея, туловище, конечности, кожа, кости, суставы, слизистые оболочки, волосистой покров;
- физические данные: рост, масса тела, отеки (локализация);
- выражение лица: болезненное, одутловатое, тревожное, без особенностей, страдальческое, настороженное, тревожное, спокойное, безразличное и др.;
- состояние сознания: в сознании, без сознания, ясное, нарушенное: спутанное, ступор, сопор, кома, другие расстройства сознания - галлюцинации, бред, подавленность, апатия, депрессия;
- положение пациента: активное, пассивное, вынужденное (см. стр. 248-249);
- состояние кожных покровов и видимых слизистых: цвет, тургор, влажность, дефекты (сыпь, рубцы, расчесы, кровоподтеки (локализация)), отечность или пастозность, атрофия, бледность, гиперемия (покраснение), цианоз (синюшность), периферический цианоз (акроцианоз), желтушность (иктеричность), сухость, шелушение, пигментация, и др.
- костно-мышечная система: деформация скелета, суставов, атрофия мышц, мышечный тонус (сохранен, повышен, понижен)
- температура тела: в пределах нормы, субфебрильная, субнормальная, фебрильная (лихорадка);
- дыхательная система: ЧДД (характеристика дыхания (ритм, глубина, тип)), тип (грудной, брюшной, смешанный), ритм (ритмичное, аритмичное), глубина (поверхностное, глубокое, менее глубокое), тахипноэ (учащенное, ритмичное, поверхностное), брадипноэ (уреженное, ритмичное, углубленное), в норме (16-18 дых. движений в 1 мин., поверхностное, ритмичное);
- АД: на двух руках, гипотония, нормотония, гипертония;
- Пульс: количество ударов в минуту, ритм, наполнение, напряжение и др.

характеристики, брадикардия, тахикардия, аритмия, в норме;

- естественные отправления: мочевыделение (частота, количество, недержание мочи, катетер, самостоятельно, мочеприемник), стул (самостоятельный, регулярный, характер стула, недержание кала, калоприемник, колостомы);
- органы чувств (слух, зрение, обоняние, осязание, речь),
- память: сохранена, нарушена;
- использование резервов: очки, линзы, слуховой аппарат, съемные зубные протезы;
- сон: потребность спать днем;
- способность к передвижению: самостоятельно, при помощи посторонних и др.;
- способность есть, пить: аппетит, нарушение жевания, тошнота, рвота, резервы.

Оценка психосоциального состояния пациента:

- описать манеру говорить, наблюдаемое поведение, эмоциональное состояние, психомоторные изменения, чувства;
- собираются социально-экономические данные;
- факторы риска;
- проводится оценка потребностей пациента, определяются нарушенные потребности. При проведении психологической беседы следует придерживаться принципа уважения личности пациента, избегать каких-либо оценочных суждений, принимать пациента и его проблему такими, какие они есть, гарантировать конфиденциальность полученной информации, терпеливо его выслушать.

Наблюдение за состоянием пациента

Деятельность медсестры предусматривает наблюдение за всеми изменениями в состоянии пациента, своевременное выделение их, оценка, сообщение врачу.

Наблюдая за пациентом, медсестра должна обращать внимание на:

- состояние сознания;
- положение пациента в постели;
- выражение лица;
- цвет кожных покровов и видимых слизистых;
- состояние органов кровообращения и дыхания; в функцию органов выделения, стул.

Состояние сознания

1. Ясное сознание - пациент отвечает на вопросы быстро и конкретно.
2. Спутанное сознание - пациент отвечает на вопросы правильно, но с опозданием.
3. Ступор - состояние оглушения, оцепенения, на вопросы пациент отвечает с опозданием и неосмысленно.

4. Сопор - патологический глубокий сон, пациент без сознания, не сохранены рефлексы, громким голосом его можно вывести из этого состояния, но он вскоре вновь падает в сон.

5. Кома - полное угнетение функций ЦНС: сознание отсутствует, мышцы расслаблены, утрата чувствительности и рефлексов. Бывает при кровоизлиянии в мозг, сахарном диабете, почечной и печеночной недостаточности.

6. Бред и галлюцинации - могут наблюдаться при выраженной интоксикации (инфекционные заболевания, тяжелое течение туберкулеза легких, воспаления легких).

Выражение лица

Соответствует характеру течения заболевания, на него влияют пол и возраст пациента. Различают:

- лицо Гиппократово - при перитоните («острый живот»). Для него характерно следующее выражение лица: запавшие глаза, заостренный нос, бледность с цианозом, капли холодного пота;
- одутловатое лицо при заболеваниях почек и др. болезнях - лицо отечное, бледное.
- лихорадочное лицо при высокой температуре - блеск глаз, гиперемия лица.
- митральный «румянец» - цианотичные щеки на бледном лице.
- пучеглазие, дрожание век - при гипертиреозе и др.

- безучастность, страдание, тревога, страх, болезненное выражение лица и др.

Выражение лица должно быть оценено медсестрой, об изменениях которого она обязана доложить врачу.

Кожные покровы и видимые слизистые оболочки

Могут быть бледные, гиперемизированные, желтушные, синюшные (цианоз), акроцианоз, обращать внимание на сыпь, сухость кожи, участки пигментации, наличие отеков.

После оценки результатов наблюдения за пациентом врач делает заключение о его состоянии, а медсестра - о компенсаторных возможностях пациента, его способности к осуществлению самоухода.

Оценка состояния пациента с целью оценки самоухода

1. Удовлетворительное - пациент активен, выражение лица без особенностей, сознание ясное, наличие патологических симптомов не мешает оставаться активным.

2. Состояние средней тяжести - выражает жалобы, может быть вынужденное положение в постели, активность может усиливать боль, выражение лица болезненное, выражены патологические симптомы со стороны систем и органов, изменен цвет кожных покровов.

3. Тяжелое состояние - пассивное положение в постели, активные действия совершает с трудом, сознание может быть измененным, изменено выражение лица. Выражены нарушения функций дыхательной, сердечно-сосудистой и ЦНС.

Нарушенные потребности (подчеркнуть):

- 1) дышать;
- 2) есть;
- 3) пить;
- 4) выделять;
- 5) спать, отдыхать;
- 6) быть чистым;
- 7) одеваться, раздеваться;
- 8) поддерживать температуру тела;
- 9) быть здоровым;
- 10) избегать опасности;
- 11) двигаться;
- 12) общаться; поклоняться;
- 13) иметь жизненные ценности материальные и духовные;
- 14) играть, учиться, работать;

Оценка самоухода

Определяется степень независимости пациента в уходе (независим, частично зависим, полностью зависим, с помощью кого).

1. Собрав необходимую субъективную и объективную информацию о состоянии здоровья пациента, сестра должна получить четкое представление о пациенте до начала планирования ухода.

2. Попытаться определить, что нормально для человека, как он видит свое нормальное состояние здоровья и какую помощь может себе оказать сам.

3. Определить нарушенные потребности человека и потребности в уходе.

4. Установить эффективное общение с пациентом и привлечь его к сотрудничеству.

5. Обсудить с пациентом потребности в уходе и ожидаемые результаты.

6. Обеспечить условия, при котором сестринский уход учитывает потребности пациента, проявляются забота и внимание к пациенту.

7. Заполнить документацию с целью ее использования в качестве основы для сравнения в дальнейшем.

8. Не допускать возникновения новых проблем у пациента.

Второй этап сестринского процесса - сестринская диагностика

Диагностирование признано установить проблемы, возникающие у пациента, факторы, способствующие или вызывающие эти проблемы и сильные стороны пациента, которые способствовали бы предупреждению или разрешению проблем.

Настоящие или потенциальные проблемы человека заносятся в план сестринского ухода в виде четких и кратких выкладок-суждений.

Часто пациент сам осознает свои актуальные проблемы, например, боль, затрудненное дыхание, плохой аппетит. Кроме того, у пациента могут быть проблемы, о которых медсестра не догадывается. Сестра тоже может выявить проблемы, о которых сам обследуемый не догадывается, например, учащенный пульс или признаки инфекции.

Медицинская сестра должна знать источники возможных проблем пациента: ими являются:

1. Окружающая среда и вредные факторы, воздействующие на человека.
2. Медицинский диагноз пациента или врачебный диагноз.
3. Лечение человека, которое может иметь нежелательное побочное действие, само по себе может стать проблемой, например, тошнота, рвота, при некоторых видах лечения.
4. Больничная обстановка может таить в себе опасность, например, заражение внутрибольничной инфекцией человека.
5. Личные обстоятельства человека, например низкий материальный достаток пациента, не позволяющий ему полноценно питаться, что в свою очередь может угрожать его здоровью.

После проведенной оценки состояния здоровья пациента медсестра должна сформулировать диагноз, решить, кто из профессиональных работников здравоохранения может помочь пациенту.

Проблемы, которые медсестра может самостоятельно предупредить или разрешить, называются сестринскими диагнозами.

Сестре необходимо очень четко сформулировать диагнозы и установить их приоритетность и значимость для пациента.

Сестринский диагноз

Сестринский диагноз - это состояние здоровья пациента (нынешнее и потенциальное), установленное в результате проведенного сестринского обследования и требующее вмешательства со стороны сестры.

В 1991 году предложена классификация сестринских диагнозов, включающая 114 основных наименований, в числе которых гипертермия, боль, стресс, социальная самоизоляция, недостаточная самогигиена, дефицит гигиенических навыков и санитарных условий, беспокойство, пониженная физическая активность и др.

Этап постановки сестринских диагнозов будет завершением сестринского диагностического процесса.

Сестринский диагноз следует отличать от врачебного:

- врачебный диагноз определяет болезнь, а сестринский - нацелен на выявление реакций организма на свое состояние;

- врачебный диагноз может оставаться неизменным в течение всей болезни.

Сестринский диагноз может меняться каждый день или даже в течение дня по мере того, как изменяются реакции организма;

- врачебный диагноз предполагает лечение в рамках врачебной практики, а сестринский - сестринские вмешательства в пределах ее компетенции и практики.

- врачебный диагноз, как правило, связан с возникшими патофизиологическими изменениями в организме. Сестринский - часто связан с представлениями пациента о состоянии своего здоровья.

Сестринские диагнозы охватывают все сферы жизни пациента. Различают физиологические, психологические, социальные и духовные диагнозы.

Сестринских диагнозов может быть несколько, 5-6, а врачебный, чаще всего, только

один.

Различают явные (настоящие), потенциальные и приоритетные сестринские диагнозы. Сестринские диагнозы, вторгаясь в единый лечебно-диагностический процесс, не должны расчленять его. Необходимо осознавать, что одним из основных принципов медицины является принцип целостности, т.е. понимание болезни как процесса, охватывающего все системы и уровни организма (клеточный, тканевой, органнй и организменный). Анализ патологических явлений с учетом принципа целостности позволяет понять противоречивый характер локализации болезненных процессов, который нельзя представить себе без учета общих реакций организма.

При постановке сестринских диагнозов медсестра использует знания об организме человека, полученные различными науками. Поэтому в основу классификации сестринских диагнозов положены нарушения основных процессов жизнедеятельности организма, охватывающие все сферы жизни пациента, как настоящие, так и потенциальные. Это позволило уже сегодня распределить разнообразные сестринские диагнозы в 14 групп. Это диагнозы, связанные с нарушением процессов:

- движения (снижение двигательной активности, нарушение координации движений и др.);
- дыхания (затрудненное дыхание, кашель продуктивный и непродуктивный, удушье и др.);
- кровообращения (отеки, аритмия и др.);
- питания (питание, значительно превышающее потребности организма, ухудшение питания и др.);
- пищеварения (нарушение глотания, тошнота, рвота, запор и др.);
- мочевыделения (задержка мочи острая и хроническая, недержание мочи и др.);
- всех видов гомеостаза (гипертермия, гипотермия, обезвоживание, снижение иммунитета и др.);
- поведения (отказ от приема лекарств, социальная самоизоляция, суицид и др.);
- восприятия и ощущения (нарушение слуха, нарушение зрения, нарушение вкуса, боль и др.);
- внимания (произвольного, непроизвольного и др.);
- памяти (гипомнезия, амнезия, гипермнезия);
- мышления (снижение интеллекта, нарушение пространственной ориентации);
- изменения в эмоциональной и чувствительной сферах (страх, беспокойство, апатия, эйфория, отрицательное отношение к личности медицинского работника, оказывающего помощь, к качеству проводимых манипуляций, одиночество и др.);
- изменения гигиенических потребностей (недостаток гигиенических знаний, навыков, проблемы с медицинским обслуживанием и др.).

Признаками нарушения основных процессов жизнедеятельности организма являются анатомо-физиологические, психосоциальные и духовные изменения в жизни человека.

Особое значение в сестринской диагностике уделяется установлению психологического контакта, определению первичного психологического диагноза.

Наблюдая и беседуя с пациентом медсестра отмечает наличие или отсутствие психологической напряженности (неудовлетворенность собой, чувство стыда и т.п.) в семье, на работе:

- движения человека, его мимика, тембр голоса и темп речи, словарный запас дают много разнообразной информации о пациенте;
- изменения (динамику) эмоциональной сферы, влияние эмоций на поведение, настроение, а также на состояние организма, в частности на иммунитет;
- нарушения поведения, которые не сразу диагностируются и часто связаны с психосоциальным недоразвитием, в частности, отклонение от общепринятых норм физиологических отпавлений, аномальные привычки в еде (извращенный аппетит), непонятность речи встречаются нередко.

Пациент утрачивает психологическое равновесие, появляются тревога, болезнь, страх, стыд, нетерпение, депрессия и другие отрицательные эмоции, являющиеся тонкими индикаторами поведения пациента.

Медицинская сестра знает, что первичные, эмоциональные реакции возбуждают деятельность подкорковых сосудисто-вегетативных и эндокринных центров.

Поэтому при выраженных эмоциональных состояниях человек бледнеет или краснеет, возникают изменения ритма сердечных сокращений, снижается или повышается температура тела, мышц, меняется деятельность потовых, слезных, сальных и др. желез. У испуганного человека расширяются глазные щели и зрачки, повышается артериальное давление. Больные в состоянии депрессии малоподвижны, уединяются, различные разговоры для них тягостны.

Неправильное воспитание делает человека менее способным к волевой деятельности. Медсестра, которой приходится принимать участие в обучении пациента, должна учитывать этот фактор, так как он влияет на процесс усвоения.

Таким образом, психологический диагноз отражает психологическую дисгармонию пациента, попавшего в необычную ситуацию.

Информация о пациенте интерпретируется медсестрой и отражается в сестринском психологическом диагнозе с точки зрения потребностей пациента в психологической помощи.

Например: сестринский диагноз;

- пациент испытывает чувство стыда перед постановкой очистительной клизмы;
- пациент испытывает тревогу, связанную с невозможностью обслуживать себя.

Примерный банк проблем пациента или сестринских диагнозов

1. Чувство тревоги, связанное с... (с указанием вероятной причины болезненной реакции).
2. Чувство отчаяния и безнадежности, связанное с... (например, длительным заболеванием).
3. Недостаточное питание, не соответствующее потребностям организма.
4. Избыточное питание, превышающее потребности организма.
5. Снижение защитных функций организма, в связи с...
6. Беспокойство, связанное с... (состоянием здоровья)
7. Отсутствие санитарных условий (быта, работы, стационара).
8. Дефицит (отсутствие) знаний и навыков для осуществления... (например, гигиенических мероприятий).
9. Усталость (общая слабость).
10. Снижение эмоционального тонуса (фона) в связи со страхом (стрессом и т.п.).
11. Снижение (отсутствие) физической активности (подвижности).
12. Необоснованный отказ от приема лекарств.
13. Недостаточная самогигиена.
14. Необходимость психологической поддержки.
15. Необходимость участия в уходе... (кого, решает пациент).
16. Одиночество.
17. Недостаток знаний о здоровом образе жизни.
18. Страх и безнадежность, связанные с известием о неизлечимом заболевании (СПИД).
19. Состояние психологического нарушения (негативное отношение к своей проблеме):
 - пациент недооценивает тяжесть состояния;
 - пациент отрицает факт заболевания;
 - у пациента имеются преувеличенные опасения за свое здоровье, но преодолеть своих опасений он не может;
 - пациент погружается, «уходит» в болезнь;
 - на фоне болезни у пациента значительно возрастает тревога;
 - пациент ставит свои страдания выше всего остального, требует особого внимания родственников, особой заботы;

- пациент считает, что болезнь является результатом злого умысла, становится подозрительным при всяких назначениях лекарств, процедур;
 - пациент становится всем недовольным, злобным, порой агрессивным.
20. Состояние эмоциональной неустойчивости (вытекающее из позиций и ценностей пациента).
 21. Снижение познавательных функций (ограничение интеллекта, умственного статуса, восприятия).
 22. Нарушение поведения (нарушение общения, соблюдения традиций и т.д.).
 23. Страх за свое будущее (перед операцией).
 24. Беспокойство по поводу... (отношений в семье).
 25. Недостаток знаний... (о болезни).
 26. Пациент не справляется с проблемой своей болезни.
 27. Нарушение комфортного состояния (недержание мочи, кала, тошнота, рвота).
 28. Дефицит самоухода, связанный с пониженной физической активностью.
 29. Конфликтная ситуация в семье.
 30. Возникновение семейных проблем, связанных с ... (например, с длительным пребыванием в стационаре).
 31. Неумение ухаживать за инвалидом в семье.
 32. Страх потери... (семьи, работы и т.д.).
 33. Невозможность осуществления самоухода, связанная со ... (слабостью, пониженной физической активностью и т.д.).
 34. Бессонница.
 35. Нарушения сна.
 36. Нарушение комфортного состояния:... (боль, связанная с...).
 37. Нарушения опорожнения кишечника (запор, понос).
 38. Зуд кожи волосистой части головы, связанный с педикулезом.
 39. Нарушение целостности кожных покровов (пролежни).
 40. Риск появления... (пролежней, опрелостей) у тяжелобольных.
 41. Чувство страха у пациента перед... (постановкой пиявок).
 42. Риск переохлаждения пациента при водных процедурах.

Третий этап сестринского процесса – определение целей сестринского вмешательства

Виды и элементы целей сестринского ухода (вмешательств)

Постановка целей ухода необходима по двум причинам:

1. Определяется направление индивидуального сестринского вмешательства.
2. Используются для определения степени эффективности вмешательства.

Пациент активно вовлекается в процесс планирования целей. Одновременно медсестра мотивирует пациента на успех, убеждая его в достижении цели и вместе с пациентом определяет пути их достижения.

Для каждой доминантной потребности или сестринского диагноза записываются в плане сестринского ухода отдельные цели, которые рассматриваются как желаемый результат ухода.

По срокам существуют 2 вида целей: краткосрочные, которые должны быть достигнуты в течение недели и долгосрочные, которые достигаются после выписки из стационара.

Каждая цель в обязательном порядке включает 3 компонента:

1. Исполнение (глагол, действие).
2. Критерий (дата, время, расстояние).
3. Условие (с помощью кого- или чего-либо).

Например: пациент будет сидеть в постели с помощью подушек на 7-ой день.

Требования к постановке целей

1. Цели должны быть реальными, достижимыми.

2. Необходимо установить конкретные сроки достижения каждой цели.

3. Пациент должен участвовать в обсуждении каждой цели.

По срокам существуют 2 вида целей:

1. Краткосрочные, достижение которых осуществляется в течение одной недели и более.

2. Долгосрочные, которые достигаются в течение длительного периода, более недели, часто после выписки пациента из стационара.

Примеры целей

Краткосрочных:

1. У пациента К. не будет удушья через 20-25 минут.

2. Сознание пациента восстановится в течение 5 минут.

3. У пациента А. будет купирован болевой приступ в течение 30 минут.

4. У пациента Л. исчезнут отеки на нижних конечностях к концу недели.

Долгосрочных:

1. У пациента К. исчезнет одышка в покое к моменту выписки.

2. У пациента И. стабилизируются показатели АД к 10-му дню.

3. Пациент будет психологически подготовлен к жизни в семье к моменту выписки.

Четвертый этап сестринского процесса - планирование объема сестринских вмешательств

После формулировки цели по приоритетному диагнозу в сестринском плане ухода проводится планирование объема сестринских вмешательств. План сестринских вмешательств представляет собой письменное руководство, подробное перечисление специальных действий медсестры, необходимых для достижения целей ухода.

Различают 3 типа сестринских вмешательств: зависимые, независимые и взаимозависимые действия.

Зависимыми называются действия медсестры, выполняемые по назначению врача и под его наблюдением.

Независимые действия медицинская сестра осуществляет сама, в меру своей компетенции. К независимым относятся действия по наблюдению за реакцией на лечение, адаптацией пациента к болезни, оказанию доврачебной помощи, осуществлению мероприятий по личной гигиене, профилактике внутрибольничной инфекции, организации досуга, советы пациенту, обучение.

Взаимозависимыми называются действия медсестры по сотрудничеству с другими работниками с целью оказания помощи, ухода. К ним относятся действия по подготовке к участию инструментальных, лабораторных исследованиях, участие в консультировании: ЛФК, диетолога, физиотерапевта и др.

Требования к определению объема сестринских вмешательств:

1. Необходимо определить типы сестринских вмешательств: зависимые, независимые, взаимозависимые.

2. Планирование сестринских вмешательств осуществляется на основе нарушенных потребностей пациента.

3. При планировании объема сестринских вмешательств учитываются методы сестринских вмешательств.

Примеры сестринских вмешательств

Зависимые:

1. Выполнять назначения врача, докладывать об изменениях состояния здоровья пациента.

Независимые:

1. Наблюдать за реакцией на лечение, оказать доврачебную помощь, осуществить мероприятия по личной гигиене, проводить мероприятия по профилактике внутрибольничной инфекции, организовать досуг, дать советы пациенту, обучить пациента...

Взаимозависимые:

1. Сотрудничество с другими работниками с целью ухода, оказания помощи, поддержки.
2. Консультирование.

Методы сестринских вмешательств

Сестринская помощь планируется на основе нарушенных потребностей пациента с целью их удовлетворения, а не на основе медицинского диагноза, т.е. заболевания.

Методы сестринских вмешательств могут являться и способами удовлетворения нарушенных потребностей.

К методам относятся:

1. Оказание доврачебной помощи.
2. Выполнение врачебных назначений.
3. Создание комфортных условий для жизнедеятельности с целью удовлетворения основных потребностей пациента.
4. Оказание психологической поддержки и помощи.
4. Выполнение технических манипуляций.
5. Мероприятия по профилактике осложнений и укреплению здоровья.
6. Организация обучения и консультирования пациента и членов его семьи.

Реализация плана сестринских вмешательств

Требования к реализации плана

Согласно определению ВОЗ этап реализации определяется как выполнение действий, направленных на достижение специфических целей.

1. Систематически выполнять план.
2. Осуществлять координацию намеченных действий.
3. Вовлекать пациента в процесс оказания помощи, а также членов его семьи.
4. Планируемый уход может быть и не оказан, если изменились обстоятельства.
5. Доврачебная помощь оказывается по стандартам сестринской практики с учетом индивидуальности пациента.
6. Сестринские манипуляции осуществляются по алгоритмам (протоколам сестринских манипуляций).
7. Реализация плана ухода отмечается в карте сестринского ухода с учетом периодичности выполнения, кратности с отметкой о времени выполнения и оценки реакции пациента на оказанный уход.

Пятый этап сестринского процесса – оценка результатов и коррекция ухода

Целью итоговой оценки является определение результата сестринской помощи. Оценка осуществляется непрерывно, начиная с оценки доминирующей потребности до выписки или смерти пациента.

Медицинская сестра постоянно собирает, критически анализирует информацию, делает выводы о реакции пациента на уход, о реальной возможности осуществления плана ухода и наличии новых проблем, на которые необходимо обратить внимание. Таким образом, можно выделить основные аспекты оценки:

- достижение цели;
- реакция пациента на сестринское вмешательство;
- активный поиск и оценка новых проблем, нарушенных потребностей.

Если поставленные цели достигнуты и проблема решена, медсестра отмечает в плане, что цель достигнута по данной проблеме, ставит дату, час, минуты и подпись.

Если цель сестринского процесса по данной проблеме не достигнута и у пациента сохранилась потребность в сестринском уходе, необходимо провести переоценку, чтобы установить причины ухудшения состояния или момент, когда никаких улучшений в состоянии пациента не наступило. Важно привлечь самого пациента, а также полезно посоветоваться с коллегами относительно дальнейшего планирования. Главное,

установить причины, помешавшие достижению поставленной цели.

В результате может измениться сама цель, внесены изменения в план сестринского вмешательства, т.е. производится коррекция ухода.

Оценка результатов и коррекция позволяют:

- определить качество ухода;
- обследовать ответную реакцию пациента на сестринское вмешательство;
- найти новые проблемы пациента. Систематический процесс оценки требует от медсестры умения мыслить аналитически при сравнении ожидаемых результатов с достигнутыми и своевременно проводить коррекцию плана вмешательства с целью достижения более эффективной помощи пациенту.

Оценка плана проводится на основе анализа результатов достижения поставленной цели. Состояние пациента в результате сестринского вмешательства служит основой для принятия решения о необходимости коррекции плана.

Пример оценки результатов:

Пациент подготовлен к УЗИ органов брюшной полости. Дата, час, мин., роспись.

Коррекция ухода проводится, если цель не достигнута по данной проблеме, проводится переоценка всех этапов сестринского процесса, устанавливается причина ухудшения состояния или момент, когда никаких улучшений не наступило. Вносятся изменения в план сестринского процесса.

Документация сестринского процесса

Документация проводится в сестринской истории состояния здоровья или болезни пациента. Заполнение документации требует времени и не должно быть сложным. Формы не должны мешать работе, превращаясь в отдельный вид деятельности, еще один производственный ритуал.

Необходимость документации сестринского процесса состоит в том, чтобы от интуитивного подхода по оказанию помощи пациенту медсестра перешла на продуманный, сформированный, рассчитанный на удовлетворение нарушенных потребностей уход. Конечно, не все медицинские сестры смогут документировать сестринский процесс четко, ясно, профессионально, надо все продумать: формат, точность, краткость изложений и др. Важен и сам процесс мышления медсестры, условия работы, ее компетентность. Возможно потребуется время для формирования навыков ведения записей. Необходима разработка оптимально удобной документации.

Надо помнить, что следует избегать повторов и понимать систему фиксации информации, но последнее слово за всеми участниками сестринского процесса.

Принципы ведения документации:

1. Четкость в выборе слов и в самих записях.
2. Краткое и недвусмысленное изложение информации.
3. Охват всей основной информации.
4. Использование только общепринятых сокращений.
5. Каждой записи должна предшествовать дата и время, а в конце записи стоять подпись сестры, составляющей отчет.

Период внедрения сестринского процесса достаточно долгий, поэтому могут возникнуть следующие проблемы, связанные с документацией:

1. Невозможность отказа от старых методов ведения документации.
2. Дублирование документации.
3. План ухода не должен отвлекать от главного - «оказания помощи». Чтобы этого не было, важно рассматривать документацию как естественное развитие непрерывности помощи.
4. Документация отражает идеологию своих разработчиков и зависит от модели сестринского дела, поэтому может изменяться.

Рекомендации по ведению документации

1. Описывайте проблемы пациента его собственными словами. Это поможет Вам

обсуждать с ним вопросы ухода, а ему лучше понять план ухода.

2. Называйте целями то, чего хотите добиться вместе с пациентом. Умейте сформулировать цели, например: у пациента будут отсутствовать (или уменьшаться) неприятные симптомы (укажите, какие), далее, укажите срок, за который, по Вашему мнению, произойдет изменение в состоянии здоровья.

3. Составляйте индивидуальные планы ухода за пациентом, опираясь на стандартные планы ухода. Это сократит время написания плана и определит научный подход к сестринскому планированию.

4. Храните план ухода в тумбочке пациента (или в другом месте, удобном для Вас, пациента и всех, кто участвует в сестринском процессе), и тогда любой член бригады (смены) сможет им воспользоваться.

5. Отмечайте срок (дату, срок, минуты) реализации плана, укажите, что помощь была оказана в соответствие с планом (не дублируйте записи, экономьте время). Поставьте подпись в конкретном разделе плана и внесите туда дополнительную информацию, которая не была запланирована, но потребовалась. Проведите коррекцию плана.

6. Привлекайте пациента к ведению записей, связанных с самопомощью или, например, с учетом водного баланса суточного диуреза.

7. Обучите всех участвующих в уходе (родственников, вспомогательный персонал) выполнять определенные элементы ухода и регистрировать их.