

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ КОЛЛЕДЖ

Лекция № 9

Тема: «Сестринский процесс.

Документация к сестринскому процессу».

Подготовила преподаватель Черемисина А.А.

План лекции:

1. Третий этап сестринского процесса - планирование ухода.
2. Четвертый этап - реализация плана ухода.
3. Пятый этап сестринского процесса - оценка.
4. Примеры ведения сестринского процесса.

Третий этап сестринского процесса - планирование ухода.

После обследования, установления диагноза 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,
- 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 (30 дней).

Каждая цель включает 3 компонента:

- действие;
- критерии: дата, время, расстояние;
- условие: с помощью кого/чего-либо.

После формулировки целей медсестра составляет собственно *план ухода* за пациентом, представляющий собой подробное перечисление специальных действий медсестры, необходимых для достижения целей ухода.

<i>План сестринских вмешательств:</i>		
№	Сестринские вмешательства	Обоснование
1	Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
2	Усадить пациента на стул, прикрыть ему грудь полотенцем или клеенкой	Предотвращение загрязнения одежды
3	Поместить между ступней пациента таз	Для сбора рвотных масс
4	Попросить пациента наклонить туловище вперед, во время рвоты придерживать его голову и плечи	Профилактика аспирации рвотными массами
5	После рвоты дать пациенту стакан с кипячёной водой прополоскать рот	Предупреждение раздражения слизистой полости рта

Требования к постановке целей:

- Цель должна соответствовать поставленной проблеме.
- Цель должна быть достижимой.
- Цель должна быть сформулирована в пределах сестринской, а не врачебной компетенции.
- Цель должна быть сосредоточена на пациенте, то есть должна формулироваться «от пациента», отражать то существенное, что получит пациент в результате сестринского вмешательства.
- Цели должны быть конкретными, следует избегать расплывчатых общих формулировок («пациент будет чувствовать себя лучше», «у пациента не будет дискомфорта», «пациент будет адаптирован»).
- Цели должны иметь конкретные сроки их достижения.
- Цель должна быть понятна пациенту, его семье, а также другим медицинским работникам.

После формулировки целей медработник составляет письменный план индивидуального ухода за пациентом.

План - письменное руководство по уходу, представляющее со-бой подробное перечисление специальных действий сестры, необходимых для достижения целей ухода по определённой проблеме пациента, с учётом конкретной клинической ситуации.

При составлении плана ухода сестра может руководствоваться стандартами сестринской практики.

Стандартный план ухода по типичной проблеме пациента представляет собой утверждённый базовый перечень научно обоснованных мероприятий по уходу, обеспечивающих достижение целей сестринской помощи по этой проблеме, вне зависимости от конкретной клинической ситуации; формальное описание ожидаемого сестринского вмешательства.

Стандарты могут быть приняты как на федеральном, так и на местном уровне (департаменты здравоохранения, конкретное лечебно-профилактическое учреждение). Примером стандарта сестринской практики может служить ОСТ «Протокол ведения больных. Профилактика пролежней».

Формальные стандарты могут облегчить работу сестры, но никогда не заменят её самостоятельного суждения. Стандарты обобщают сестринские знания и рассчитаны на работу в типичной ситуации - со среднестатистическим, а не конкретным пациентом. От сестры при составлении индивидуального плана ухода требуется умение гибко применять стандарт в реальной клинической ситуации.

В конце третьего этапа сестра в обязательном порядке согласовывает свои действия с пациентом и его семьёй.

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.

Четвертый этап - реализация плана ухода

На этом этапе сестра осуществляет запланированные действия. Сестра, разрабатывающая план ухода, не выполняет все вмешательства сама, часть их поручая другим лицам (дежурной сестре, младшему медперсоналу, родственникам, самому пациенту). Но ответственность за координацию и качество выполняемых мероприятий она принимает на себя.

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

**4 этап. Реализация
плана сестринских
вмешательств**



Категории сестринского вмешательства:

➤ **независимое,**



➤ **зависимое,**



➤ **взаимозависимое.**

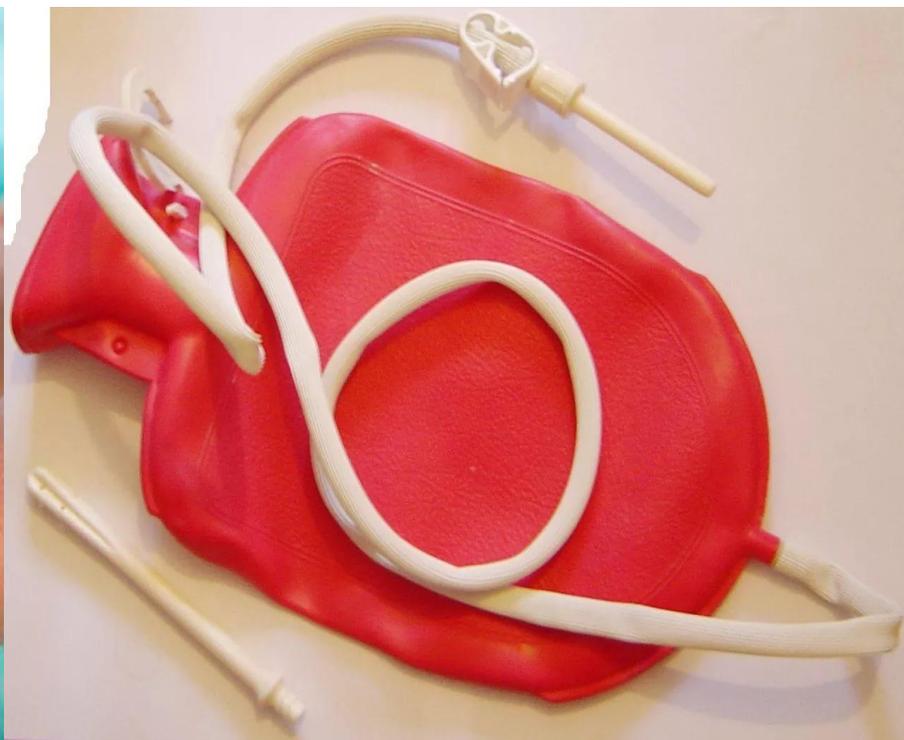


Выбор категории определяется нуждами пациентов.

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 постановкой сестринского диагноза и *регистрация полученных данных в сестринской истории (карте) болезни.*

СХЕМА СЕСТРИНСКОЙ КАРТЫ СТАЦИОНАРНОГО ПАЦИЕНТА

(Заполняется сестрой - консультантом)

Общие сведения о пациенте

Дата и время начала курации: _____

Дата и время выписки: _____

Фамилия, имя, отчество больного: _____

Возраст _____ пол _____

Домашний адрес _____

Место работы (учебы) _____

Дата и время поступления в клинику _____

Вид транспортировки: на каталке, на кресле, может идти.

Группа крови _____ Резус-фактор _____

Род и группа инвалидности, УВОВ, ИВОВ (да, нет)

Диагноз клинический (врачебный): _____

СХЕМА СЕСТРИНСКОЙ КАРТЫ СТАЦИОНАРНОГО ПАЦИЕНТА

(продолжение)

Обследование:

Мнение пациента о своем состоянии _____

Ожидаемый результат _____

Источник информации: пациент, семья, медицинская документация, медицинский персонал, другие источники (подчеркнуть).

Возможность пациента общаться: да, нет.

Речь: нормальная, отсутствует.

Слух снижен _____ отсутствует _____

Жалобы пациента в настоящее время.

История болезни:

Когда началась: _____

Как началась: _____

Как протекала: _____

Проводимые исследования: _____

Лечение и его эффективность: _____

СХЕМА СЕСТРИНСКОЙ КАРТЫ СТАЦИОНАРНОГО ПАЦИЕНТА

(продолжение)

Объективное исследование:

1. Состояние: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайней тяжести.
2. Сознание: ясное, спутанное, отсутствует.
3. Положение в постели: активное, пассивное, вынужденное.
4. Рост _____ вес _____ температура _____
5. Состояние кожи и слизистых:
Цвет (гиперемия, бледные, цианотичные, желтушные)
Влажность: _____
Отеки: _____
Дефекты: _____
Тургор: _____
6. Лимфоузлы (увеличены) да, нет.
7. Костно-мышечная система: Деформация скелета: да, нет.
Деформация суставов: да, нет. Атрофия мышц: да, нет.
8. Дыхательная система: Характер дыхания _____ ЧДД _____
Одышка _____ Кашель _____
Характер мокроты _____ Запах (специфический) _____
9. Сердечно- сосудистая система: Пульс _____ ЧСС _____
Дефицит пульса _____ АД на правой руке _____ АД на левой руке _____
Аускультация сердца: _____

Пятый этап сестринского процесса - оценка

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.

Оценка осуществляется сестрой непрерывно, с определённой периодичностью, которая зависит от состояния пациента и характера проблемы.

Например, оценка в отношении одного пациента будет производиться вначале и в конце смены, а в отношении другого - каждый час.

Задача

Пациент 63 лет госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение с диагнозом рак желудка. Пациент отмечает чувство тяжести, иногда тупые боли в эпигастрии, снижение массы тела, быструю утомляемость. Аппетит резко снижен, часто отказывается от еды. Потребляет менее литра жидкости в сутки. Любит горячий чай с лимоном, кофе. Из-за слабости трудно самому принимать пищу – не удерживает и проливает, устаёт уже после нескольких ложек.

Объективно: пациент пониженного питания (при росте 180 см вес 69 кг). Кожные покровы бледные. Слизистые полости рта обычной окраски, сухие. Язык обложен коричневым налётом с неприятным запахом. Глотание не нарушено. Зубы сохранены. Физиологические отправления без особенностей. Температура тела 36,8 С. Пульс 76 в мин., удовлетворительных качеств, АД 130/80 мм рт. ст., ЧДД 16 в мин.

Жена пациента обратилась к медицинской сестре за советом в связи с его отказом от еды (последние два дня пьёт только воду).

Задания:

1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено.
2. Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Эталон ответа к задаче

Проблемы пациента:

настоящие: отказывается от приёма пищи; риск развития обезвоживания.

приоритетная проблема: пациент отказывается от приёма пищи.

потенциальная: ухудшение состояния пациента, снижение массы тела.

Цель:

краткосрочная: пациент будет получать с пищей не менее 1500 ккал и жидкости не менее литра (по согласованию с врачом).

долгосрочная: отсутствие ухудшения со стороны здоровья пациента, отсутствие снижения массы тела к десятому дню.

План	Мотивация
Проводить с пациентом беседы о необходимости полноценного питания для улучшения здоровья.	Убедить пациента в необходимости принимать пищу.
С помощью родственников разнообразить меню, учитывая вкусы пациента и назначенную врачом диету.	Возбудить аппетит.
Обеспечить прием пищи пациенту: часто, небольшими порциями (6-7 раз в сутки по 100 граммов), мягкой полужидкой калорийной пищей. привлекать близких к кормлению пациента.	Возбудить аппетит.
Предлагать пациенту жидкость каждый час (тёплая кипячёная вода, некрепкий чай, щелочная минеральная вода).	Профилактика обезвоживания.
Включить в рацион, по назначению врача, продукты, возбуждающие аппетит.	Возбудить аппетит. Усилить слюноотделение.
Эстетически оформить прием пищи.	Возбудить аппетит.
Регулярно проветривать палату перед кормлением пациента.	Возбудить аппетит.
Тщательно следить за состоянием полости рта пациента (дважды в день чистить зубы, очищать язык от налёта, полоскать рот после приёма пищи растворами слабых антисептиков).	Обеспечить возможность принимать пищу через рот.
Учитывать количество съеденной пищи и выпитой жидкости, водный баланс ежедневно. По возможности один раз в 3 дня взвешивать пациента.	Контроль эффективности проводимых мероприятий.

Оценка эффективности: пациент регулярно принимает пищу и жидкость. Цель достигнута.



СПАСИБО

ЗА ВНИМАНИЕ