

Сызранский медицинский колледж

Теоретические основы сестринского дела

Учебное пособие для студентов
по дисциплине

«Основы сестринского дела»

Составители: **Емелина А. Я.,
Оглоблина О. А.**

1997 год

Рецензия

на учебное пособие для студентов "Сестринский процесс".

Сестринский процесс является основой сестринского дела. Сестринский процесс это мировоззрение медицинской сестры, образ ее мышления и действия. Поэтому очень своевременно и актуально преподаватели колледжа подготовили данное учебное пособие.

Прорецензировано 3 вида материала по данному направлению: собственно пособие "Сестринский процесс", курс лекций и альбом "Сестринское дело - самое древнее искусство...". Все 3 материала посвящены отражению теоретических основ сестринского дела: философии сестринского дела и сестринского процесса. Однако основным материалом является учебное пособие "Сестринский процесс", которое и рецензируется.

Данное пособие состоит из 3 разделов: история сестринского дела, философия сестринского дела и сестринский процесс. Пособие написано хорошим языком, содержит приложения в виде сестринской карты, дневника сестринского наблюдения, плана сестринского обследования.

Подготовка данного пособия своевременно, оно необходимо всем учащимся колледжей и училищ области. Пособие рекомендуется к печати под названием: "Теоретические основы сестринского дела" или "Сестринское дело – искусство и наука".

Зав. кафедрой сестринского
дела Самарского медицинского
университета

_____ Двойников С. И.

5.11.97 г.

Содержание.

	Стр.
1. История сестринского дела	1 – 5
2. Философия сестринского дела	6 – 9
3. Сестринский процесс	10 – 31

Составили преподаватели сестринского дела:
Емелина А.Я., Оглоблина О.А.

Пояснительная записка.

В настоящее время Россия переживает процессы глубокой политической и социальной трансформации во всех сферах и слоях общества. Не является исключением и здравоохранение.

Преодоление кризисного состояния здравоохранения становится все более неотложной.

В комплексе государственных мер исключительную роль может сыграть сестринское дело. Это важнейшая составная часть системы здравоохранения включает в себя деятельность по укреплению здоровья, профилактике заболеваний и предоставлению помощи и ухода лицам, имеющим физические или психические заболевания.

Еще в 60-е годы предлагалось рассмотреть сестринское дело, как процесс, а не конечный результат. В основу процесса был положен системный подход к оказанию сестринской помощи, ориентированной на потребности пациента.

Сам термин " Сестринский процесс " введен в нашей стране недавно. Он раскрывает сестринскую деятельность на совершенно новом уровне. Медицинская сестра должна быть компетентной, способной мыслить и анализировать, поэтому сестринский процесс - это образ мышления и действия медсестры. Ей необходимо постоянно совершенствоваться и углублять свои знания.

Студенты училищ и медицинских колледжей, обучаемые по новым государственным стандартам, должны освоить сестринский процесс, включая пять его этапов, научиться оформлять медицинскую документацию.

В связи с отсутствием учебного материала, студентам предлагается данное пособие, в котором изложены следующие разделы:

1. История сестринского дела.
2. Философия сестринского дела.
3. Сестринский процесс.

История сестринского дела.

Впервые в России женский труд для ухода за больными в госпиталях и лазаретах был использован при Петре 1. По его указу в 1715 году были созданы воспитательные дома, в которых должны были служить женщины. Сестринское дело в России начало развиваться в 1803 году когда появилась служба "сердобольных вдов".

В 1814 году по распоряжению императрицы Марии Федоровны, после годичного испытания, были направлены в больницу женщины, которые должны были ходить и смотреть за больными. Вдовы, осуществляющие надзор в больницах, наблюдали за порядком раздачи и приема пищи и лекарственных препаратов, за чистотой и опрятностью больных, их постели и белья. 12 марта 1815 года 16 из 24 вдов были приведены к присяге, и императрица на каждую посвященную возложила особый знак - Золотой крест, на одной из сторон которого было написано "Сердоболие". С 1818 года в России начинается специальная подготовка женского медицинского персонала. Преподавание велось врачами по учебнику Х. Оппея. Это было первое руководство на русском языке для специальной подготовки персонала по уходу за больными, которое вошло в свет в 1822 году. В 1844 году по инициативе великой княгини Александры Николаевны и принцессы Терезии Ольденбургской в Петербурге было открыто светское сердобольное заведение - первая в России община сестер милосердия, получившая название "Свято-Троицкая". В общину принимали вдов и девиц в возрасте от 20 до 40 лет. В 1847 году звание сестер милосердия было присвоено первым 10 женщинам. Крымская война 1853-1856 г.г. предъявила свои требования к женскому уходу за больными. Яркой личностью является Даша Севастопольская, которая в 15 лет, чтобы попасть в войска, обороняющие Севастополь, подстриглась под мальчишку, надела матросский костюм и стала похожа на юнгу. В окопе Даша устроила пункт первой помощи. На протяжении всей осады Севастополя она проводила дни и ночи на перевязочном пункте, на коромысле переносила воду солдатам, стирала им белье, бинты, перевязывала раненых, за что была награждена медалью "За усердие".

В октябре 1854 года великая княгиня Елена Павловна на свои средства учредила и организовала Крестовоздвижинскую общину сестер милосердия для попечения о раненых и больных воинах. Она предложила знаменитому хирургу Н.И. Пирогову организовать женский уход на поле битвы. Пирогов во главе отряда из 28 человек при-

был в Крым. Он разделил сестер на группы: 1-я - занималась сортировкой раненых по роду и степени болезни, принимала от них деньги и вещи.

2-я - принимала раненых для немедленной операции. 3-я - занималась уходом за ранеными, которых должны были оперировать на следующий день.

4-я - состояла из сестер и 1 священника, ухаживала за безнадежно больными и умирающими.

Среди начальниц отрядов особое место занимает Е. М. Бакунина. Н. И. Пирогов вспоминает: "Ежедневно, днем и ночью, можно было застать ее в операционной комнате, ассистирующей при операциях; в то время, когда бомбы и ракеты то перелетали, то не долетали и ложились кругом ... она обнаруживала со своими сообщницами присутствие духа, едва совместимое с женской натурой". Дочь генерала-губернатора Петербурга, Екатерина Михайловна, была постоянной помощницей Н. И. Пирогова при операциях.

Стремление Е.М Бакуниной превратить Крестовоздвижинскую общину в религиозный орден не поддержала княгиня Елена Павловна, и летом 1960 года Бакунина покинула общину.

На собственные средства у себя в имении, она организовала лечебницу для крестьян. В 1877 году в 65 летнем возрасте Бакунина вновь оказалась на войне на Кавказе, где она по просьбе Российского общества Красного Креста возглавила работу отрядов сестер милосердия. Таким образом, на театре Крымской войны в расположении российских войск в первые в истории была создана стройная система женской сестринской службы милосердия и в полевых условиях применен женский труд по уходу за ранеными и больными воинами. Всего работало 160 сестер, 17 из них погибли при выполнении своего долга. В этой самоотверженной деятельности приняли участие "Сердобольные вдовы", сестры Крестовоздвижинской общины и местные Севастопольские женщины. Пример сестер милосердия в Крыму побудило к созданию "Российского общества попечения о раненых и больных воинах" в 1867 году, а через 12 лет преобразовали в Российское общество Красного Креста.

История так же помнит имя Юлии Вревской. Во время освобождения болгар от Турецкого ига Юлия - генеральская жена, поменяла роскошные бальные залы на душные лазареты. Тургенев вспоминал об этой женщине: "На грязи, на вонючей соломе, под навесом ветхого сарая, в разоренной болгарской девушке, две недели она боролась за жизнь, заразившись от солдат тифом, за которыми ухаживала". На

наш взгляд, будет правильным на этом прервать рассказ о развитии сестринского дела в России и рассказать о том, как в то самое время, когда создавалось и действовала Крестовоздвижинская община, по другую линию фронта, в расположении английских войск начала свою благородную деятельность английская сестра милосердия

Ф. Найтингейл (1820-1910г.г.), которая во всем мире считается основоположницей сестринского дела. Ее семья принадлежала к высшему кругу, поэтому Флоренс не могла думать о профессии медсестры. И только в 33 года она становится надзирательницей в заведении для больных женщин благородного происхождения в Лондоне. Ее обязанностями были наблюдение за работой сестер, состоянием медицинского оборудования и контроль приготовления лекарств. Но во время Крымской войны, она во главе 38 сестер отправилась ухаживать за ранеными солдатами в английских госпиталях.

Флоренс сама ухаживала ночью (ангелом-хранителем Крыма называли ее солдаты). "Она одна с небольшой лампой в руках исходила многие мили среди беспомощных страдальцев". Вернувшись в Англию, прикованной к постели, она написала знаменитые "Записки об уходе" (1859 г.), где дала определение с/д, как профессии, показала его отличие от врачебного. По ее модели с/д были созданы первые сестринские школы в Европе, затем в Америке. В Англии такая школа была открыта в 1860 году на средства, собранные общественностью в честь народной героини. Международным комитетом Красного Креста в 1912 году учреждена медаль Ф. Найтингейл, которой награждают сестер, проявивших героизм на театре военных действий. В годы ВОВ 46 сестер в нашей стране были награждены этой медалью. Сестры милосердия сыграли большую роль в уходе за ранеными и больными в Красной Армии и в борьбе с эпидемиями в годы гражданской войны. В 1917 году в Москве состоялся 1 Всероссийский съезд сестер милосердия, на котором было учреждено Всероссийское общество сестер милосердия. В 1920 году общины сестер милосердия были упразднены и подготовка их поручалась органам здравоохранения.

В 1933 году сестре определилась роль "помощника врача". В годы ВОВ 17 медсестёр получили звание Героя Советского Союза".

В 50-е годы медицинские школы были реорганизованы в медицинские училища, создана система среднего специального образования. С 1991 года открываются факультеты высшего сестринского образования. В 1994 году создана Ассоциация медицинских сестёр России, принимающая участие в работе Международного Совета сестер.

Лидеры сестринского дела сегодня принимают участие во всех

международных встречах, посвященных дальнейшему развитию этого направления. Инициатор создания факультета высшего образования Г.М. Перфильева в 1955 году защитила докторскую диссертацию на тему "сестринское дело в России". До недавнего времени наша страна считалась единственной в мире, где традиционно считалось, что медицинская сестра помощница врача и выполнение ее функций не требует особенно высокого уровня образования, и понятие "диагноз" относилось только к профессии врача.

Но по мере того, как медицинские сёстры стали предпринимать активные попытки определить свою профессию как самостоятельную, возникла необходимость определить, в чем сущность сестринской работы, и в чем отличие от деятельности специалистов других профессий, связанных с медициной.

Философия сестринского дела

Что такое философия сестринского дела? Какая связь между ними? Зачем сестринскому делу философия? Эти вопросы обсуждались на I Всероссийской научно-практической конференции (Голицино 1993 г). Впервые в нашей стране были даны определения таких терминов, как "сестра", "пациент", "окружающая среда". С первого взгляда трудно совместить понятие сестринское дело и философия, но в самом деле они неотделимы друг от друга. Философия сестринского дела является частью общей философии и представляет собой систему взглядов на взаимоотношения с сестрой, пациентом, обществом и окружающей средой. Она основана на древнейшей потребности человека в здоровье, на общечеловеческие принципы этики и морали. В центре этой философии стоит человек, уважение к его правам, достоинству и жизни. Сестринское дело не может обойтись без этого нового отношения к пациенту, человеку, личности.

Сестринская философия - это определение сестринских обязанностей, оценок и личных качеств.

Сестринская философия устанавливает:

1. Этические обязанности медсестры по обслуживанию пациентов (не причинять вреда, соблюдать конфиденциальность, говорить правду и т.д)
2. Цели, к которым стремится медсестра (человеческое достоинство, здоровье, независимость, забота и т.д.)
3. Моральные качества или добродетели медсестры (мудрость, благотворительность, знания и т.д.)

Философия выражает мировоззрение определенной группы людей, у нас это медицинская сестра.

Философия - это окно в сердце, разум и душу. В центре этой философии человек, обладающий биологическими, психологическими, социальными и духовными потребностями. Человек, имеющий право на активную гармоничную жизнь и развитие, на получение сестринских услуг независимо от вероисповедания и социального положения. Основными принципами философии сестринского дела является уважение к жизни, достоинству и правом человека. Реализация этих принципов зависит от взаимодействия сестры и общества. Они предусматривают ответственность сестры перед обществом и, в свою очередь, ответственность общества перед сестрой. Между обществом и сестринским делом существует взаимозависимая связь. Сестринское

дело берет на себя подготовку надежных, компетентных и знающих медсестёр, которые заботятся о здоровье общества. Общество же в свою очередь, должно поддерживать медсестёр, а для этого нужно чтобы общество признавало важную роль с\д в системе здравоохранения, поддерживало и поощряло его. Согласно международной договоренности, философия сестринского дела базируется на следующих понятиях.

Концептуальные определения данных терминов:

1. **Пациент** - человек, нуждающийся и получающий сестринский уход.
2. **Сестринское** дело - часть медицинского ухода за здоровьем, наука и искусство, направленное на решение существующих и потенциальных проблем со здоровьем в изменяющихся условиях окружающей среды.
3. **Окружающая среда** - совокупность природных, социальных, психологических и духовных факторов и показателей, в которых протекает жизнедеятельность человека.
4. **Здоровье** - динамическая гармония личности с окружающей средой, достигнутая посредством адаптации.
5. **Человек** - целостная, динамическая саморегулирующая биологическая система, совокупность физиологических, психосоциальных и духовных нужд, удовлетворение которых определяет рост, развитие, слияние с окружающей средой.
6. **Сестра** - специалист с профессиональным образованием, разделяющий философию сестринского дела, и имеющий право на сестринскую работу.

Сестра, разделяющая принятую философию с\д, принимает на себя следующие этические обязанности:

- говорить правду
- 1. не причинять вреда
- уважать право пациента
- уважать автономию
- делать добро
- быть преданной

Этическими ценностями, определяющими цели, к которым стремится сестра, являются:

- человеческое достоинство
- здоровье
- независимость
- здоровая окружающая среда

- профессионализм
 - забота (уход)

Добродетели (совершенства) определяют личные качества, которыми должна обладать хорошая сестра. Добродетели - это черты характера, которые располагают человека к хорошим поступкам.

- знание
- умение
- мудрость
- терпение
- милосердие
- сострадание

Таким образом, если человек выбирает профессию сестры, он принимает на себя моральное обязательство придерживаться тех обязанностей, ценностей добродетелей, на которых основана философия с\д. Этические принципы представлены в кодексе Международного совета сестер.

Понятие «сестринское дело» сравнительно недавно вошло в наш профессиональный язык. Мы привыкли к понятиям «уход за больными» или «деятельность медсестры». Впервые у нас в стране было введено в 1988 году.

Существует множество определений этого понятия, на каждое из которых влияли различные факторы, включая особенности исторической эпохи, уровень социально-экономического развития общества, особенности национальной культуры, потребности населения в медицинской помощи, состояние системы здравоохранения.

Первое научное определение сестринского дела английская сестра милосердия Флоренс Найтингейл в знаменитых "Записках об уходе" (1859г). Она считала, что сестринское дело - это "действие по использованию окружающей пациента среды, в целях содействия его выздоровлению " При этом цель сестринского ухода была сформулирована так: " создать для пациента наилучшие условия активации- его собственных сил."

Называя сестринское дело искусством, она считала, что по сути своей .сестринское дело как профессия отличается от врачебной деятельности и требует специальных, отличительных от врачебных знаний. Флоренс Найтингейл придавала особое значение чистоте, свежести воздуха, тишине, правильному питанию, необходимым для больного, поэтому факторы окружающей среды были основными компонентами в ее определении сестринского дела.

Впервые выделив в сестринском деле две области - уход за больными и уход за здоровыми людьми, Флоренс Найтингейл определила уход за здоровыми как "поддержание у человека такого состояния, при котором болезнь не наступает", а уход за больными - как "помощь страдающему от болезни, жить наиболее полноценной жизнью, приносящей удовлетворение".

Одно из определений с/д принадлежит американской медсестры, преподавателю и исследователю Вирджинии Хендерсон которая утверждает: "Уникальной задачей сестры является оказание помощи человеку, больному или здоровому, в осуществлении тех действий, имеющих отношение к его здоровью, выздоровлению или спокойной смерти, какие он предпринял бы сам, обладая необходимыми силами, знаниями и волей. И делается это таким образом, чтобы он снова как можно быстрее обрел независимость. Мед. сестра - это ноги безногого, глаза слепого, опора ребенку, источник знаний и уверенности для молодой матери, уста тех, кто слишком слаб, или погружен в себя".

Содержание сестринского дела на протяжении многих лет менялось в соответствии с запросами и условиями каждой новой эпохи.

Страшно и в тоже время захватывающе интересно представить, что ожидает медицинских сестер в XXI веке. Так в чем же сущность сестринского дела и что притягивает нас к профессии медсестры?

Разнообразие

Профессия медсестры очень разнообразна. Она может работать с детьми, травмированными пациентами, душевнобольными, беременными женщинами. Диплом или ученая степень позволяет сочетать сестринское дело с интересом в области юстиции, политики, исследовательской работы. После соответствующей подготовки медсестра или группа медсестер может открыть свое дело, организовать частную мед. сестринскую практику.

Требования к профессии медицинской сестры.

Профессия медсестры очень трудна, и кто ее избрал должен соответствовать 4 видам требований:

- а) Профессиональная компетентность: - это успешная благополучная работа в условиях промышленной катастрофы, на борту медицинского корабля, в медицинском центре.
- б) Достижения в учебе - обеспечивают развитие практических навыков медсестер.
- в) Физическая крепость - необходима для работы в отделении травмы

тологии (перекладывании пациентов), неврологическом отделении, в экстремальных условиях.

г) Порядочность - умение сохранить медицинскую тайну, имеет дело с множеством наркотических и дорогостоящих лекарств (воровство, хищение)

Удовлетворение от выбранной профессии.

Всегда и везде сестринское дело будет приносить удовлетворение, щедро вознаграждать большинство медсестер.

Волнение от первого крика младенца и чувство покоя от того, что удалось помочь пациенту не проходят со временем, ведь медсестра всегда рядом и при рождении и при болезни.

В современных условиях целью "сестринского дела" является осуществление "сестринского процесса". Он заключается в том, чтобы предупредить, облегчить, уменьшить проблемы или трудности, возникающие у отдельного пациента.

На 1 Всероссийской научно-практической конференции по теории сестринского дела, которая проходила в 1993 г. в Голицино (под Москвой) было дано следующее определение сестринского дела: "Как часть системы здравоохранения сестринское дело является наукой и искусством, направленным на решение существующих и потенциальных проблем со здоровьем в меняющихся условиях окружающей среды", Определение терминов по материалам 1 Всероссийской научно-практической конференции.

Термины	Определения
Личность	Общественная сущность человека.
Благодеяние	Этический принцип приносить добро другому.
Этический кодекс сестер	Этические принципы, сформулированные представителями сестринской профессии для сестер в каждой из стран. Этот кодекс периодически пересматривается и дополняется новыми концепциями и достижениями в системе здравоохранения.. Чаще всего он пропагандируется профессиональными сестринскими ассоциациями, а так же представлен в этическом кодексе Международного Совета сестер.
Моральный долг	Специфическое обязательство в отношении определенной ситуации.
Моральные обязательства	Нечто, выраженное в общих терминах и подразумевающее непременное исполнение.
Совершенство	Одна из составных частей добродетелей. Привычки или характер, предрасполагающие и позволяющие хорошо справиться с какой либо работой или задачей.
Моральный дистресс	Происходит в том случае, когда человек осознает свой моральный долг и хочет его выполнить, но не в состоянии это сделать в связи с тем, что организация или учреждение не имеет для этого необходимых структур, служб или механизмов.
Моральные сомнения	Ситуация, в которой человек не в состоянии определить характер своего морального долга.
« Не навреди »	Этический принцип не причинения вреда.

Сестринский процесс.

Целью сестринского дела является осуществление сестринского процесса. Овладев искусством ведения сестринского процесса, сестринские кадры в России приблизятся к дйгтельности специалистов сестринского дела в цивилизованных странах. Всего существует около 30 моделей сестринского процесса. Наиболее приемлемыми, учитывая современные условия в России, являются следующие 5 моделей:

1. эволюционно-адаптационная (канадская)
2. добавочно дополнительная (модель Хендерсона)
3. модель поведенческой системы (Джонсона)
4. модель дефицита самоухода (Доротел Орем)
5. адаптационная (модель Рои)

Каждая модель должна содержать следующие основные компоненты:

1. определение "пациент"
2. источники проблем пациента, как....
3. задачи медсестры, ее роль
4. способы вмешательства медсестры
5. ожидаемый результат

Основные положения некоторых сестринских моделей (приложение таблица). Примечание к таблице (пункт № 4)

Модель дефицита самоухода, предложенная Доротел Орем в 1971 году, наиболее приемлемая для ведения сестринского процесса в современных условиях. Доротел Орем описывала: "В сестринском деле основное внимание нужно уделять потребности пациента в уходе, предоставляемом для поддержания жизнедеятельности и здоровья, выздоровления после болезни или травмы и ликвидации их последствий". Уход Нужен каждому человеку - мужчине, женщине, старику, ребенку. При осуществлении должного наступают недомогание, болезнь, смерть. Медицинская сестра иногда обеспечивает непрерывный уход за полностью нетрудоспособными пациентами. В других случаях они лишь помогают пациенту обеспечить необходимый самоуход. Целью деятельности медсестры является поддержка умений пациента заботиться о себе в удовлетворении 6 универсальных потребностей: дыхания, питании, выделении, активности-отдыхе, общении, комфорте. При этом медсестра оказывает пациенту 5 способов помощи:

- | | | |
|------------------|--------------|----------------------|
| 1. действие | 3. поддержка | 5. изменение условий |
| 2. сопровождение | 4. обучение | |

Сестринский процесс

По мере того, как сестринское дело стало выделяться в автономную профессию; возникла необходимость сформулировать, в чем сущность сестринской практики и ее отличие от деятельности специалистов других профессий здравоохранения. В профессиональный лексикон вошло понятие "**сестринский процесс**" под которым понимают системный или прагматичный подход к оказанию сестринской помощи, ориентированный на потребности пациента. Цель его - предупредить, обеспечить, уменьшить или свести к минимуму проблемы, возникающие у пациента. Сам термин "сестринский процесс" введен в нашей стране недавно. Он раскрывает сестринскую деятельность на совершенно новом уровне. Сестры должны быть компетентными, способными мыслить и анализировать, поэтому сестринский процесс - это все-таки образ мышления и действия медсестры.

Существуют три характеристики сестринского процесса, которые должны отражать:

1. цель
2. организацию
3. уровень образования \ творчество \

Цели процесса включают:

- а) выявление методов и способов ухода за здоровьем пациента в которых он нуждается прежде всего
- б) определение приоритетов по уходу и ожидаемым целям или результатам ухода
- в) восстановление плена ухода за больными
- г) обеспечение мероприятий по уходу за больными
- д) оценка эффективности сестринского ухода Составные части процесса, а именно: обследование, постановка сестринского диагноза, планирование, осуществление плана и оценка полученных результатов составляют организационную структуру сестринского процесса.

Уровень образования медицинской сестры дает возможность применять знания и навыки в разрешении проблем различной трудности.

Этапы сестринского процесса.

1-этап - обследование

2-этап - сестринская диагностика (выявление проблем пациента)

3-этап - планирование действий (определение целей и формирование плана сестринского ухода)

4-этап - сестринское вмешательство (реализация действий медсестры, которое осуществляет план сестринского ухода или любую задачу этого плана)

5-этап - оценка результатов деятельности медсестры и коррекция ухода в случае необходимости

1-этап - обследование.

Субъективный метод обследования Сбор информации

Источники информации: пациент, семья, мед. работник, мед. документация, спец. литература.

Цели проведения интервью (библиографические данные причины обращения за помощью, текущие болезни, предшествующая история болезни. Данные об окружающей среде больного, психологический климат, уровень культуры). В большинстве случаев пациент является лучшим источником информации и если он настроен соответственно отвечать на вопросы, может дать наиболее точную информацию о необходимости оказания медико-санитарной помощи, особенностях стиля жизни, настоящих и прошлых заболеваниях, ощущаемых симптомах и изменениях в повседневной активности. Члены семьи пациента могут быть опрошены в качестве первичного источника информации о младенцах или детях, а так же о критических больных, умственно отсталых, дезориентированных пациентах, находящихся без сознания.

В случае очень сильной болезни или чрезвычайных ситуациях семья может оказаться единственным доступным источником из которых можно получить информацию об особенностях нормального состояния пациента и его состояние в период болезни, принимаемых медикаментах, аллергических явлениях, приступах заболевания и другую информацию, необходимую медсестрам и врачам. Интервью дает возможность медсестре наблюдать пациента, а это дает дополнительную информацию для истории болезни. Интервью является механизмом, посредством которого пациент так же может получить информацию о медико-санитарных аспектах окружения, методах лечения, диагностическом тестировании и доступных ресурсах. Пациент нуждается-

ся в подобной информации, чтобы участвовать в установлении целей и планировании ухода за ним.

На первом этапе установления взаимоотношений между медсестрой и пациентом, медсестра должна представиться и сообщить цель беседы. Это способствует прояснению ситуации для пациента и помогает ему чувствовать себя комфортно. Нужно внушить пациенту чувство доверия и конфиденциальности.

Прежде чем просить пациента поделиться сведениями о его прошлом и настоящем самочувствии и о его семье, медсестра убеждает пациента в том, что их беседа носит глубоко конфиденциальный характер. Исходящее от медсестры чувства профессионализма и компетентности способствует улучшению взаимоотношений между медсестрой и пациентом, усиливает терапевтический эффект, способствует непринужденному общению между медсестрой и пациентом и позволяет м/с определить потребности пациента и стоящие перед ней задачи.

Стратегия общения.

Молчание позволяет вести наблюдение за пациентом и дает ему время собраться с мыслями. Внимательное выслушивание облегчает визуальный контакт с пациентом и дает ему возможность почувствовать интерес м/с к его проблемам, потребностям и ко всему что его беспокоит. Одобрительное отношение способствует формированию непредвзятого отношения к образу жизни пациента, его жизненным ценностям и этике. Подготовка вопросов создает организационный подход к специфической теме, перефразирование позволяет м/с оценить полученную информацию, уточнение облегчает точную передачу информации, для чего пациента просят еще раз повторить сказанное или проиллюстрировать его примером. Фокусирование устраняет неясность в общении, сужает область обсуждения с пациентом, помогает м/с сконцентрировать внимание на наиболее существенных аспектах сообщения пациента.

Констатация наблюдений способствует установлению обратной связи с пациентом и дает ему возможность узнать, как воспринята полученная информация. Суммирование полученных данных позволяет оценить полученную информацию и завершить интервью.

Рекомендации при интервьюировании пациента.

- Беседа должна проходить в тихой непринужденной обстановке без отвлечения и без прерывания.
- Используйте наиболее надежный источник информации - если не самого пациента, то его ближайших родственников.
- Заранее спланируйте, если вам известен диагноз пациента, на какой информации сосредоточить внимание и получить необходимые вам факты.
- Прежде чем начать, объясните, что чем больше вы будете знать о пациенте и его семье, тем лучший уход вы сможете ему обеспечить, вот почему вы зададите ему именно эти вопросы.
- Во время интервью делайте короткие записки. Аккуратно записывайте даты, число и длительность госпитализации и начала заболевания. Не рассчитывайте на свою память. Не пытайтесь вестей записи в форме законченных предложений. Проявляйте искренний интерес и участие,
- Не проявляйте досады и раздражения, если у пациента возникает провал памяти. Используйте визуальный контакт, внимательно наблюдайте за выражением лица и "языком тела" пациента. Не оставляйте подолгу свой взгляд на пациенте или на своих записях.
- Используйте нейтральные вопросы, способствующие формированию пациентом своих ощущений и сообщению дополнительной информации. В меру и обоснованно пользуйтесь наводящими вопросами, с тем чтобы сосредоточиться на неясных моментах.
- Используйте понятную пациенту терминологию.
- При интервьюировании, прежде всего спросите пациента о его жалобах. Не начинайте с личных, деликатных вопросов. Позвольте пациенту закончить фразу, даже если он чересчур многословен. Только потом задавайте прямые вопросы. Не перескакивайте с темы на тему. Не повторяйте вопрос без необходимости. Если необходимо повторить вопрос, то перефразируйте его для лучшего понимания.
- Относитесь с пониманием к тому, что говорит пациент. Простой кивок, поддакивание и одобрительный взгляд помогут ему продолжать рассказ.
- Называйте пациента по имени и отчеству. Проявляйте дружеское участие и заботу. Не утрачивайте профессионализма. Говорите ясно, медленно и отчетливо. Слушайте.

Объективный метод исследования:

осмотр, измерение температуры тела, пульса, АД, частоты дыхания, изучение лабораторных и инструментальных данных.

Приложение № 2.

Общий осмотр пациента.

1. **Состояние пациента.** удовлетворительное, средней тяжести, крайне тяжелое
2. **Сознание пациента.** •, ясное, без сознания, спутанное, возбуждение (бред, галлюцинации)
3. **Положение пациента.** »кпвное, пассивное, вынужденное
4. **Окраска кожных покровов.** обычная, бледная, гиперемированная, желтушная, пигментированная
5. **Подкожно-жировой слой (развитие).** нормальное, избыточное (ожирение), недостаточное (резкое уменьшение)
6. **Выражение лица.** обычное, безразличное, страдальческое, лихорадочное
7. **Глаза пациента.** обычные, пучеглазие, сужение глазных щелей
8. **Эрачки пациента.** сужены, расширены, реагируют на свет
9. **Костно-мышечная система.** не изменена, деформация суставов, отсутствие конечностей, деформация позвоночника
10. **Ногти пациента.** обычные, ломкости, цианоз ногтей
11. **Походка пациента.** обычная, спастическая, хромота, перемежающаяся хромота
12. **Волосы пациента.** сохранены, облысение, повышенная ломкость;
13. **Изменения на коже.** рубцы, высыпание опрелости, шелушение, влажность, пролежни, отеки

2-этап - сестринская диагностика.

После завершения обследования пациента м/с приступает к установлению диагноза. Цели сестринского диагноза: проанализировать результаты обследования и определить, с какой проблемой здоровья сталкиваются пациент и его семья. Факторы, способствующие или вызывающие развитие этих проблем, сильные стороны пациента, которые способствовали бы предупреждению или разрешению проблем. Те из . проблем, которые могут быть предупреждены или разрешены сестрой самостоятельно, без участия других мед. работников, называются сестринским диагнозом. .-

Отличия сестринского диагноза от врачебного диагноза.

Сестринский диагноз:

1. Сестринский диагноз нацелен на выявление ответных реакций организма в связи с болезнью. ' -
2. Меняется каждый день или да же по мере того, как изменяется реакция организма на болезнь.
3. Предполагает сестринские вмешательства в пределах ее практики и компетенции.
4. Связан с представлениями самого пациента о состоянии, его здоровья.

Врачебный диагноз:

1. Определяет болезнь.
2. Может оставаться неизменным в течении всего времени болезни.
3. Предполагает лечение в рамках врачебной практики.
4. Связан с возникшими патофизиологическими изменениями в организме.

История развития сестринских диагнозов весьма сложна и противоречива. Спец. литература включила статьи "за" -и "против" использования сестринского диагноза. В конце концов сошлись на мнении, что это не что иное, как выявление сестринской проблемы пациентов, которые она может лечить. : Многие сестры - практики, начавшие применять сестринские диагнозы в своей работе, предложили скорректировать это определение с учетом их деятельности, направленности не только на болезнь, но и на здоровье, благополучие паци-

ентов. В этой связи в 1982 году появилось новое определение:

"Сестринский диагноз" -это состояние здоровья пациента (нынешнее или потенциальное), установленное в результате проведенного сестринского обследования и требующее вмешательства со стороны сестры. •В 1986 году была предложена классификация сестринских диагнозов, в 1991 году она дополнена. Перечень сестринских диагнозов включает 114 основных наименований, в Том числе: гиперемия, боль, стресс, социальная самоизоляция, недостаточная самогигиена, дефицит гигиенических навыков и санитарных условий, беспокойство, пониженная физическая активность, излишнее питание и т.д. Сестре необходимо очень четко сформулировать диагнозы и установить их приоритетность (значимость для пациента). Этот этап и будет являться завершающим в диагностическом процессе.

Примерный перечень сестринских диагнозов.

- Неустойчивость жизнедеятельности.
- Измененные семейные процессы.
- Измененный рост и развитие (патология роста и развития)
- Измененное медицинское обслуживание.
- Ухудшенное питание, не соответствующее потребностям организма.
- Излишнее питание, превышающее потребности организма.
- Чрезмерное питание высокой степени риска, значительно превышающее потребности организма.
- Измененная щечно-глоточная слизистая перепонка.
- Наследственные изменения.
- Изменения в анализе мочи.
- Изменения защитных функций.
- Измененная ролевая функция.
- Измененная модель сексуального поведения.
- Измененные процессы мыслительной деятельности.
- Измененная (указать тип) тканевая перфузия -(церебральная, кардио-легочная, почечная, желудочно-кишечная, периферическая).
- Преждевременное беспокойство.
- Беспокойство.
- Дефицит гигиенических навыков и санитарных условий.
- Нарушение (расстройство) схемы тела.

- Недержание кишечника.
- Напряжение от исполнения роли оказывающего помощь.
- Хронически приниженное чувство собственного достоинства.
- Хроническая боль.
- Хронический запор.
- Нерешительность, противоречивость при принятии решения (указать конкретно).
- Сердечная недостаточность.
- Защитная функция (психологическая \ психофизиологическая) адаптация к стрессовым нагрузкам.
- Понос.
- Дефицит желания следить за собой, манера одеваться.
- Дисфункциональное расстройство (беспокойство).
- Дисфункциональная реакция дыхательного аппарата в связи с отниманием от груди.
- Дисрефлексия.
- Эффективное кормление грудью.
- Семейный потенциал для роста.
- Усталость.
- Чувство страха.
- Дефицит заботы о своем питании.
- Нехватка объема жидкости.
- Дефицит объема жидкости.
- Излишний объем жидкости.
- Функциональное недержание.
- Поведение, направленное на восстановление здоровья или желание поддержать состояние здоровья на высоком уровне (уточнить).
- Высокая степень риска от неустойчивости жизнедеятельности.
- Высокая степень риска в случае изменения температуры тела.
- Высокая степень риска для сердечно сосудистой системы от напряжения.
- Высокий риск напряжения от исполнения роли оказывающего помощь
- Высокая степень риска от дефицита объема жидкости.
- Высокий риск удушья.
- Высокий риск от синдрома неправильного применения лекарства.
- Высокий риск при нарушении целостности кожного покрова.
- Высокий риск инфекции.

- Высокий риск от ран (травм, повреждений).
- Высокий риск нарушения нервно-сердечной функции.
- Высокий риск от отравления.
- Высокий риск от самоповреждения.
- Высокий риск от удушья (асфиксии).
- Высокий риск от травмы.
- Высокий риск от насилия по отношению к самому себе или другим лицам.
- Чувство отчаяния, безнадежности.
- Гипертермия (перегревание организма).
- Пониженный газообмен.
- Ослабленная способность обслуживать самому дома.
- Пониженная физическая подвижность.
- Нарушенная целостность кожного покрова.
- Сниженная реакция на социальное взаимодействие.
- Нарушение глотательной функции.
- Нарушение целостности ткани.
- Нарушение речи.
- Неспособность поддерживать самопроизвольную вентиляцию легких.
- Неэффективное (недостаточное) очищение дыхательных путей.
- Неэффективное (недостаточное) кормление грудью.
- Дыхательная недостаточность.
- Бессмысленный отказ от приема лекарств.
- Сниженная способность адаптации и преодоления семейных стрессов, рисков и опасностей
- Неэффективная адаптация к уходу за инвалидом в семье.
- Сниженная индивидуальная способность адаптации и преодоления стрессовых ситуаций.
- Неэффективный характер кормления грудного ребенка.
- Неэффективное исполнение лечебной схемы (программы лечения) (индивидуального).
- Неэффективная терморегуляция. Прерывание кормления грудью.
- Недостаток знаний (уточнить).
- Несоблюдение режима приема лекарственного средства.
- Боль.
- Стресс от конфликтов в семье между родителями и детьми.
- Стойкий запор.

- Расстройство (нарушение) памяти в отношении своей личности.
- Реакция после травмы.
- Обессиживание (общая слабость).
- Синдром травмы изнасилования.
- Сложная реакция синдрома травмы изнасилования.
- Синдром травмы изнасилования, реакция молчания.
- Рефлекторное недержание.
- Синдром стресса перемещения.
- Нарушение чувства собственного достоинства.
- Сенсорные перцептуальные изменения (уточнить) (слуховые, вкусовые, мышечно-суставные, обонятельные, осязательные, зрительные).
- Сексуальная дисфункция.
- Ситуативная потеря чувства собственного достоинства.
- Социальная самоизоляция.
- Душевное расстройство (расстройство человеческого духа).
- Недержание мочи при напряжении (во время кашля или другого усилия).
- Недостаточная самогигиена.
- Общее недержание мочи и кала.
- Одностороннее пренебрежение (небрежность) к самому себе.
- Недержание при позывах на мочеиспускание.
- Задержка мочи.

3-й этап - планирование действий.

Планирование - категория, определяющая сестринское поведение при определении целей, сосредоточенных на пациенте и установлении стратегий 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 другими коллегами, изучает соответствующую литературу, устанавливает меры по уходу и записывает информацию о нуждах пациента в клиническом контроле.

Установление приоритетов.

После установления специфических медсестринских диагнозов сестра определяет приоритеты в соответствии с серьезностью диагноза. Приоритеты по уходу устанавливаются для определения порядка, по которому осуществляется сестринское вмешательство, когда у пациента несколько проблем или деформация. Установление приоритетов, это скорее метод, по которому пациент и м/с вместе устанавливают диагнозы, основываясь на желаниях, нуждах и безопасности пациента. Поскольку у пациентов несколько диагнозов, сестра выбирает в зависимости от срочности первичные приоритеты.

Приоритеты классифицируются: первичные, промежуточные, вторичные.

Сестринские диагнозы, которые если не лечатся, могут оказать пагубное влияние на пациента, обладают первичными приоритетами. Сестринские диагнозы с промежуточными приоритетами включают не экстремальные и неопасные для жизни потребности пациентов.

Сестринские диагнозы вторичного приоритета - потребности пациента, которые не имеют прямого отношения к заболеванию или прогнозу. Индивидуальные сестринские диагнозы и установленные приоритеты помогают определить цели ухода.

Определение целей - деятельность, которая подразумевает участие пациента и семьи. Цели должны не только отвечать на насущные нужды пациента, но также включать в себя меры по предотвращению заболевания и реабилитацию.

Существуют два вида целей, выделенных для пациентов: краткосрочные и долгосрочные.

Краткосрочные цели - это цели, которые должны быть выполнены за короткий период времени, обычно меньше чем за неделю. Краткосрочные цели являются направлением для срочного сестринского ухода.

Долгосрочные цели - это цели, которые могут быть достигнуты за более длительный период времени, обычно в течении недель, месяцев. Эти цели обычно направлены на предотвращение, реабилитацию, приобретение знаний о здоровье. Если долгосрочные цели не выделены, это лишит пациента возможности планировать продолжения сестринского ухода при выписке.

Существуют семь основных направлений определения целей и ожидаемых результатов. Это такие направления, как факторы сосредоточения на пациента, единичные, наблюдаемые, измерительные, лимитирование во времени, совместные, реально осуществимые.

- **факторы сосредоточенные на пациенте.** Поскольку сестринский уход вытекает из сестринских диагнозов, цели и ожидаемые результаты сосредоточены на пациенте. В данном случае отражается поведение и реакция пациента на сестринское вмешательство.
- **Единичные факторы.** Каждая цель или каждый ожидаемый результат должны выводиться для каждой ответственной реакции пациента. Единичности позволяет вывести более точный метод оценки реакции пациента на действие сестры, помогает сестре при разработке плана по уходу за больным.
- **Наблюдаемые факторы.** Через наблюдение сестра замечает имеющие место изменения в физиологическом состоянии, в уровне знаний пациента, спокойствии и заботах. О значительных изменениях можно узнать задавая вопросы пациенту о его самочувствии или используя навыки обследования.
- **Измерительные факторы.** Цели и ожидаемые результаты содержат критерии результатов и определяются для того, чтобы дать сестре стандарт, по которому будет измеряться ответная реакция пациента, на сестринский уход. Термины, точно описывающие колво, качество и размер позволяют сестре оценить, был ли достигнут ожидаемый результат.
- **факторы, лимитированные во времени.** Временные рамки, установленные для каждой цели и ожидаемого результата указывают, когда должна появиться ожидаемая реакция на лечение.

Временные рамки помогают сестре и пациенту при определении степени достигнутого процесса, когда приходит время оценки, сестра обследует пациента с целью определения, был ли достигнут определенный ожидаемый результат. Если ожидаемый результат все еще является конечной степенью ухода за пациентом, еще одно будущее время оценки должно быть установлено.

- **Совместные факторы.** Совместное определение целей и ожидаемых результатов гарантирует, что пациент и сестра договариваются о направлении и ограничении во времени и уходе.
- **Сестра** не называет пациенту своих личных понятий о ценностях, но должна осознать важность безопасности пациента и человеческие нужды, направлять цели и результаты, поддерживая эмоциональную и физическую стабильность пациента и защищенность в окружающей среде. ^.
- **Реально осуществимые факторы.** Краткие реально) осуществимые цели и ожидаемые результаты могут дать пациенту и сестре чувство скорого завершения лечения. Это чувство может повысить мотивацию и сотрудничество пациента. Для определения целей и результатов сестра при обследовании пациента должна знать ресурсы здравоохранительного учреждения, семьи и пациента, физический, эмоциональный, познавательный и социокультурный потенциал пациента, экономическую цену и ресурсы для достижения ожидаемых результатов в определенное время.

4-этап - сестринского процесса - сестринское вмешательство (выполнение)

Выполнение является категорией сестринского поведения, в котором действия, необходимые для достижения ожидаемого результата сестринского ухода производятся до завершения. Данная категория включает: выполнение, оказание помощи, управление деятельностью и повседневной жизни, обучение и консультирование пациента его семьи, оказание непосредственной помощи в интересах клиента, оценка и обзор работы персонала, а также запись и обмен информацией.

Сестринское вмешательство - это любое действие м/с, которое осуществляет план сестринского ухода или любую задачу этого плана. Пациенту возможно потребуются вмешательства в форме действий, поддержки, сопровождений, лечения, заботы о текущих условиях, обучении семьи и пациента или забота по предотвращению возможных проблем со здоровьем.

Выполнение - это непрерывный и взаимосвязанный с другими компонентами сестринского дела процесс. После того, как был разработан план ухода в соответствии с нуждами пациента и приоритетов, сестра производит специальное **сестринское вмешательство**, которое может быть **зависимым, взаимозависимым и независимым**. Выбор категории основывается на нуждах пациента. Один пациент может иметь все три категории в плане по уходу, в то время как другой клиент может иметь только независимую или взаимозависимую категорию в плане по уходу.

Независимые вмешательства. Они могут разрешить проблемы клиента без консультаций или сотрудничества с врачами или другими медиками, например, вмешательства с целью повышения знаний пациента о правильном питании или ежедневной деятельности, относящейся к гигиене, является самостоятельным действием сестры. Независимые сестринские вмешательства не требуют указаний врача или указаний от других специалистов.

Взаимосвязанные факторы. Взаимозависимые вмешательства производятся сестрой с другими работниками здравоохранительной системы.

Зависимые вмешательства. Основаны на инструкции или письменном указании. Управление лечением, использование процедур, смена повязок и подготовка пациента к диагностическим тестам является зависимым сестринским вмешательством. Предписание различных лечений не входит в область сестринской практики, сестра отвечает за выполнение предписанного лечения. Каждое зависимое вмешательство требует ответственности и точного знания. Сестра должна знать классификацию лекарств, их физиологическое действие, дозировку, побочные эффекты. Сестринские вмешательства, связанные с проведением лечения, зависят от письменного предписания врача. Когда врач выписывает назначение на процедуру пациенту, сестра должна спланировать ее проведение, подготовить пациента, проявить сестринское вмешательство. Все вмешательства требуют от сестры оценки и принятия решения.

Деятельность (вмешательство) среднего мед. персонала.

М/с выбирает методы ухода за больным для достижения целей ухода из следующих методов:

1. Помощь в удовлетворении жизненных потребностей пациента.
 2. Советы и инструкции больному и его семье.
 3. Уход за больным для достижения терапевтических целей.
 4. Уход для облегчения достижения целей.
 5. Наблюдение и оценка работы других штатных сотрудников.
- Практика ухода за больным состоит из познавательного, межличностных и психомоторных (технических) навыков. Каждый вид навыков нужен для определенного вида вмешательства.

Познавательные навыки.

Включают знания об уходе за пациентом. М/с должна знать основную причину каждого терапевтического вмешательства, она должна понимать нормальные и ненормальные физические и физиологические реакции, она должна уметь различить потребность в профилактических и компенсирующих действиях связанных с уходом за пациентом.

Межличностные навыки.

Межличностные навыки - это навыки весьма существенные для эффективного ухода за пациентом. М/с должна уметь обращаться с больным, его семьей и другими членами мед. персонала. Обучения и советы должны производиться на уровне понимания пациента.

Психомоторные навыки (технические).

Психомоторные навыки включают непосредственные потребности в уходе за пациентом, такие как смена одежды, инъекции и др. М/с несет профессиональную ответственность за правильное и полное применение этих навыков. После вмешательств, после их выполнения информация отражающая их, записывается в мед. карте пациента. Эта информация обычно содержит описание влияния ухода за пациентом, особые процедуры, а также реакция пациента на уход за ним. Вмешательства, связанные с уходом могут передаваться устно от одной м/с к другой или к другим мед. работникам. Для каждого диагноза по уходу за пациентом м/с должна выделить какой-то особый метод выполнения - один из многих. Каждый этот метод включает теоретические и клинические навыки. Потребность пациента в помощи может быть временной, постоянной или реабилитирующей.

Советы.

Совет - это эмоциональная, интеллектуальная и психологическая помощь. Он облегчает межличностный контакт между больными, семьей и мед. персоналом. Для оказания помощи советом м/с должна уметь распознать потребность пациента в том ее совете и она должна обладать коммуникационными навыками для развития терапевтических отношений.

В число клиентов и больных, нуждающихся в совете, включают лица, которым нужно приспособиться к новому стилю жизни. Скажем, бросить курить, похудеть и т.д. Пациенту, имеющему хронические заболевания или заболевания, связанные с потерей трудоспособности, нужен совет для того, чтобы ему принять изменения стиля жизни или примириться с состоянием его тела по мере прогрессирования болезни. Во время заболеваний, угрожающих жизни, пациенты и их семьи нуждаются в совете, чтобы примириться с возможными летальными исходами.

Обучение.

Обучение используется для проведения процедур и техники мед. ухода за больными и для информирования пациента о состоянии их здоровья. Процесс обучения - усвоения - это взаимодействие между учителем и учеником, во время которого ставятся особые познавательные цели.

5-этап сестринского процесса: оценка р-ов и коррекция ухода.
Компоненты пятого ухода:

- оценка достигнутых целей
- источники оценки
- ожидаемая отдача
- цели
- проверка плана ухода
- прерывание и изменение плана ухода

Цели пятого этапа:

Определить степень, до которой намеченные мероприятия по уходу за больными были достигнуты. Ухаживая за пациентом м\с сравнивает достигнутые результаты с ожидаемой отдачей. При анализе оценки необходимо критическое мышление.

Положительные оценки или нежелательные результаты показывают, что проблема не была решена. В результате сестра должна изменить план по уходу и непосредственный сестринский процесс согласовывается вновь. Оценка изменяется в зависимости от сестринского диагноза пациента и его состояния. Для объективной оценки системы успеха в достижении цели м\с должна проделать следующее:

1. Проверить поставленную цель для определения точных желаний пациента и его поведения или реакций.
2. Оценить наличие у пациента этого поведения.
3. Сравнить целевые критерии с поведением или реакцией.
4. Определить степень согласованности между целевыми критериями и поведением или реакцией.

Источники и критерии оценки.

Критерии - это просто навыки, используемые для сбора данных для оценки. Документация и отчетность оценок достижений очень важна. Распространенные между сестрами письменные заметки об улучшении состояния, должны чувствовать прогресс пациента. Каждая сестра постоянно сообщает для обеспечения уверенности в том, что происходит улучшение уровня здоровья пациента.

Пример.

Цели	Реакции пациента	Оценка
Пациент сам сможет вводить себе инсулин к 10 октября.	Пациент приготовил точную дозу инсулина в шприце 9 октября. Пациент приготовил утреннюю дозу инсулина, самоинъекция была правильно выполнена 10 октября.	Критерий результата и реакция пациента совпадают. Цель достигнута.

Ожидаемые результаты.

Это изложение улучшающихся, последовательных реакций или состояний, которые должны быть у пациента для снятия или изменения сестринского диагноза. Ожидаемые результаты определяются во время планирования сестринского процесса. Например, при сестринском диагнозе "тревоги", основанной на боязни госпитализации, пациент должен понимать причину госпитализации и процедур и испытывать чувство облегчения после полученной информации. Если после оценки обнаруживается, что ожидаемый результат не был достигнут или достигнут частично, то сестра проводит повторное обследование и наблюдение.

Прерывание плана по уходу.

Удостоверившись, что ожидаемые результаты и цели были достигнуты, м/с обращается с этими оценками к пациенту. Если он соглашается, что ожидаемые результаты были достигнуты, сестра прерывает план по уходу. Она должна задокументировать и отчитываться о достигнутых целях.

Изменение плана по уходу.

Когда цели не достигаются, оценка включает в себя факторы, мешающие достижения цели. Например, при обучении самовведения инсулина, м/с обнаруживает, что пациент не умеет читать или не видит, значит результат не может быть достигнут. Таким образом, сестра производит изменения в плане, пересматривает результат для достижения цели ухода.

Оценка ухода за здоровьем - это процесс, используемый для определения качества предоставляемых пациенту услуг.

Систематический процесс оценки требует от сестры критического мышления при сравнении ожидаемых результатов с достигнутыми.

**Краткая характеристика
этапов
сестринского процесса.**

Компонент	Цель	Мероприятия
Обследование (оценка состояния).	Создать информационную основу о пациенте: а) Собрать данные о самочувствии клиента, о мерах принимаемых для улучшения здоровья, о прошлых болезнях и других возможных случаях, а также о целях медицинского обслуживания.	1. Субъективный метод обследования: 1. Сбор информации, опрос пациента и т.д. II. Объективный метод обследования: 1. Осмотр, измерение температуры тела, пульса, А.Д., частоты дыхания, лабораторные и инструментальные исследования. 2. Определение ценности сведений. 3. Сортировка информации. 4. Документирование информации.
II. Сестринская диагностика.	Определить с какой проблемой сталкивается пациент и его семья, а также определить направление сестринского ухода.	1. Анализ и обработка информации. 2. Идентификация (отожествление) проблем пациента. 3. Формулирование диагноза за ухода. 4. Документирование диагноза за пациентом.
III. Планирование	Определение целей. Установление приоритетов (первых действий) медицинского обслуживания. Определить ожидаемые результаты, возможные последствия. Составить план сестринского ухода.	1. Определение целей. 2. Установление возможных последствий, 3. Выбор мер по уходу за пациентом. 4. Осуществление выбранных мер. 5. Написание плана ухода за пациентом. 6. Консультация.
IV. Осуще-	Провести действия	1. Повторная оценка состо-

<p>ствление сестринского. вмешатель-ства.</p>	<p>по уходу за пациен-том для выполне-ния намеченного плана.</p>	<p>яния пациента. 2. Просмотр и корректи-ровка составленного плана медицинского обслужива-ния. 3. Осуществление мер по уходу за пациентом: (по-мощь в выполнении дей-ствий, обучение пациента и его семьи, подготовка к процедурам, меры по спа-сению жизни и т.д.).</p>
<p>V. Оценка сестринского вмешательства обслуживания.</p>	<p>Определить сте-пень, до которой намеченные меро-приятия по уходу за пациентами были достигнуты.</p>	<p>1. Сопоставление отчетной реакции самочувствия па-циента с установленными критериями. 2. Подведение итогов. 3. Пересмотр плана по ух-оду за пациентом: (прерыва-ние плана ухода, измене-ние, повторное обслужива-ние).</p>

Сестринская карта стационарного больного.

(Наименование лечебного учреждения)

Дата и время поступления _____

Дата и время выписки _____

Отделение _____ Палата _____

Переведен в отделение _____

Проведено койко-дней _____

Виды транспортировки: на каталке, на кресле, может идти (подчеркнуть)

Группа крови _____ Резус-принадлежность _____

Индивидуальная непереносимость лекарственных препаратов _____

Ф.И.О. _____

Пол _____

Возраст _____

(полных лет, для детей: до года - полных месяцев, до месяца - дней)

Постоянное место жительства: _____

(город, село, написать адрес, № телефона родственников)

Место работы, профессия, должность _____

(для учащихся - место учебы, для детей - детское учреждение, для инвалидов род и группа инвалидности, И.О.В. (да, нет, подчеркнуть)

Кем направлен больной _____

Направлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет, через _____ часов после начала заболевания, получения травмы, госпитализирован в плановом порядке (подчеркнуть)

Врачебный диагноз: основное заболевание _____

Осложнения _____

Сестринский диагноз: _____

Субъективное обследование: _____

Причина обращения _____

Источник информации _____

(пациент, семья, мед. документы, мед. персонал)

С какого времени считает себя больным _____

(в этом разделе уточнить состояние больного непосредственно перед заболеванием: имелись ли психологические травмы, переутомление, переохлаждение, погрешности в еде и т.д.)

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

Объективное исследование:

1. Оценка тяжести состояния (удовлетворенное, средней тяжести, тяжелое) (подчеркнуть)
2. Сознание _____
3. Положение в постели: активное, пассивное, вынужденное (подчеркнуть)
4. Телосложение _____
5. Рост _____ Вес _____
6. Тип конституции _____
7. Состояние кожи и слизистых оболочек _____
(рубцы, сыпи, пролежни, сосудистый рисунок, волосистой покров)
8. Костно-мышечная система _____
(деформация скелета, суставов, атрофия мышц)
9. Дыхательная система: изменение голоса _____ ЧДД _____
Характер одышки: экспираторная, инспираторная, смешанная _____
Характер дыхания: глубокое, поверхностное, ритмичное и. д. _____
Наличие и характер мокроты _____
Сравнительная перкуссия легких _____
10. Сердечно-сосудистая система: пульс, частота, ритм, наполнение, напряжение, симметричность _____
- Артериальное давление на обеих руках: левая _____ правая _____
11. Система органов пищеварения и брюшной полости:
Осмотр полости и зева _____
(язык, зубы, десны, небо акт глотания)
- Живот _____
(участие в акте дыхания, форма, симметричность, особенности кожи живота, увеличение в объеме)
- Пальпация живота _____
- Пальпация печени и определение степени ее увеличения
12. Мочевыделительная система _____

Иерархия человеческих потребностей (по Маслоу А.)

- стремление к саморегуляции, к развитию собственной личности
- эстетические потребности: стремление к гармонии, порядку и красоте
- познавательные потребности: стремление много знать, уметь, понимать, исследовать
- потребности уважения (почитание): стремление к компетентности, достижению успехов, одобрение, признание
- потребность в принадлежности и любви: стремление принадлежать к общности, находиться рядом с людьми, быть признанным и принятым ими
- потребность в безопасности: стремление чувствовать себя защищенным, избавиться от страха и жизненных неудач
- физиологические потребности: голод, жажда, половое влечение и др.

Дневник сестринского наблюдения.

	Дни наблюдения		
	1 день	2 день	3 день
Режим			
Диета			
Гигиена (самостоятельно, необходима помощь)			
Сон			
Аппетит			
Стул			
Мочеиспускание			
Жалобы			
Сознание			
Настроение			
Объем движений			
Кожа (цвет, чистая, сухая, сыпь, пролежни)			
Пульс			
АД			
ЧДД			
Пальпация живота			
Температура тела: утро, вечер			
Осложнения при введении лекарств			
Приобретенная медицинская проблема			
Реализация			
Оценка			

План сестринского обслуживания.

№ п/п	Проблема	Цель ухода	Действия м/с в связи с уходом	Оценка
1.	"Стресс"	а) облегчить состояние пациента б) снять стресс	<p>Меры по уходу за данным пациентом: краткосрочные т.к. долго пациент в стрессовом состоянии не должен находиться</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) утром спрашивать о проведенной ночи, настроении, увиденных снов, желаний 2) помочь пациенту в проведении гигиенических процедур в хорошем настроении 3) проветривание палаты 4) предложить художественную литературу 5) предложить прогулки 6) предложить послушать спокойную музыку 7) предложить принять теплую ванну 8) обучить и консультировать пациента и членов его семьи 	Появилась надежда на улучшение состояния, улучшился сон, аппетит, пациент желает совершать прогулки на свежем воздухе.
2.	"Непостоянные головные"	Устранить или уменьшить голов-	1 Обеспечить физический и психический покой	Головная боль значительно умень-

	боли "	ную боль.	2) измерить АД 3) обеспечить приток свежего воздуха 4) провести точечный массаж 5) выполнить назначение врача <i>Действия:</i> а) уложила пациента, постаралась успокоить, закрыла шторы, двери, попросила не шуметь б) измерила АД	шилась. Больной успокоился, головные боли в дальнейшем возникали реже.
--	--------	-----------	---	--

Основные положения некоторых концептуальных сестринских моделей.

1 Модель дефицита самоухода Орем.

Определение пациента как: биологическое и функциональное функционирование, обеспечивающее деятельность по самообслуживанию (удовлетворению 6-ти универсальных потребностей)

Источник проблем пациента: дефицит в самообслуживании (не-способность осуществлять заботу о себе)

Приоритетная задача сестры: создание условий для осуществления пациентом самоухода (самосохранении для достижения и поддержания оптимального уровня здоровья)

Роль сестры: обеспечение помощи в достижении пациентом оптимального уровня самообслуживания (самосохранения) в зависимости от состояния здоровья, фазы роста и развития.

Фокус вмешательства: любое нарушение самоухода (заботы о себе) или их комплекс в отношении к человеку, объекту, условиям, событиям, обстоятельствам.

Способы вмешательства: осуществление 5-ти способов помощи и соучастия (ассистирования).

Ожидаемый результат: достижение пациентом оптимального уровня самообслуживания (заботы о себе).

II Эволюционно-адаптационная модель /Канадская ассоциация сестер/

Определение пациента как: уникальное оиопсихосуществование, функционирующее как адаптация всеми способами (врожденными и приобретенными).

Источник проблем пациента: настоящие или предстоящие изменения в стимуляции (особенно в критические периоды жизни), которые способны негативно повлиять на оптимальный уровень функционирования.

Приоритетная задача сестры: оказание помощи пациентам в достижении и поддержании оптимального уровня функционирования и защита их в критические периоды жизни.

Роль сестры: помощь пациентам на всем протяжении жизни для развития и использования всех способов адаптации для достижения оптимального уровня функционирования.

Фокус вмешательства: способы адаптации, требующие усиления

(соответствующий способ) или изменения (несоответствующий способ) для поддержания или восстановления оптимального уровня функционирования.

Способы вмешательства: Применение различных способов стимулирования пациента (использование новых стимулов, отказ от существующих или их изменение)

Ожидаемый результат: достижение и поддержание оптимального уровня функционирования пациента.

Ш. Добавочно-дополняющая модель Хендерсон.

Определение пациента как: полное и независимое существование, заключающееся в удовлетворении 14-ти основных (фундаментальных) человеческих потребностей.

Источник проблем пациента: дефицит силы воли или (и) знаний.

Приоритетная задача сестры: обеспечение свободы и независимости в удовлетворении основных потребностей человека.

Роль сестры: Добавление (дополнение) действий по восстановлению и поддержанию независимости пациента в удовлетворении 14-ти основных потребностей.

Фокус вмешательства: дефицит любого характера, являющийся источником трудностей (проблем) пациента.

Способы вмешательства: действия, направленные на замещение, восполнение усиление силы воли или знаний.

Ожидаемый результат:

а) возрастание независимости (самостоятельности) в удовлетворении основных 14-ти потребностей;

б) спокойная смерть.

IV. Модель поведенческой системы Джонсон.

Определение пациента как: поведенческая система, представленная 8-ю подсистемами.

Источник проблем пациента: функциональный или структурный стресс.

Приоритетная задача сестры: обеспечение равновесия поведенческой системы и функциональной стабильности.

Роль сестры: регуляция и контроль стабильности и равновесия поведенческой системы.

Фокус вмешательства: а) механизмы контроля и регуляций, б) функциональные требования (императивы).

Способы вмешательства: действия предупреждающие, защищаю-

щие, расслабляющие, сдерживающие пациента в ситуациях функционального или структурного стресса.

Ожидаемый результат: полезное и эффективное (адекватное) поведение пациента.

V. Адаптационная модель Рои.

Определение пациента как: биопсихологическое существование человека, которое в постоянном взаимодействии с окружающей средой приспосабливается к ней с использованием 4-х психологических адаптивных способов.

Источник проблем пациента: дефицит активности (пассивность) для поддержания целостности в решении проблем недостаточности и избыточности.

Приоритетная задача сестры: адаптация пациента в период болезни и здоровья сочетанием психологических адаптивных способов.

Роль сестры: способствование адаптивному поведению пациента с помощью связующего (соединяющего) стимулирования (использования центральных и остаточных стимулов)

Фокус вмешательства: использование центральных (фокусных) структурных остаточных стимулов

Способы вмешательства: использование стимулов путем их увеличения, уменьшения, изменения или сохранения.

Ожидаемый результат: адаптация в результате адекватного восприятия пациентов применяемых стимулов.