Вечернее отделение

Теория

ПМ 04. МДК 03.

Лекция № 2. Сестринский процесс. (2 часа)

План:

1. Методы обследования пациента.
2. Сбор информации.
3. Анализ собранной информации.
4. Субъективное обследование пациента, содержание субъективной информации.

Учебник Т.П. Обуховец, стр. 151 – 152; 146 - 148.

# Первый этап сестринского процесса-обследование пациента

Каждый этап сестринского процесса тесно взаимосвязан с остальными и служит его основной задаче - помощи пациенту в решении его проблем со здоровьем.
Для организации и осуществления качественного ухода за пациентом сестринскому персоналу необходимо собрать информацию о нём из всех возможных источников. Она может быть получена от самого пациента, членов его семьи, свидетелей случившегося, самой медицинской сестры, её коллег. На основе собранной информации выявляют и идентифицируют проблемы, составляют план, и реализуют намеченные действия. Успех лечения во многом зависит от качества полученной информации.
**Сестринское обследование отличается от врачебного**. Цель деятельности врача - поставить диагноз, выявить причины, механизм развития заболевания и т.д., а цель деятельности сестринского персонала - обеспечить качество жизни больного человека. Для этого в первую очередь необходимо определить проблемы пациента, связанные с актуальным или потенциальным состоянием его здоровья.
Информация о пациенте должна быть полной и однозначной. Сбор неполной, неоднозначной информации ведёт к некорректной оценке потребностей пациента в сестринском обслуживании, и, как следствие, к неэффективному уходу и лечению. Причинами сбора неполной и неоднозначной информации о пациенте могут быть:
• неопытность и неорганизованность сестринского персонала;
• неспособность сестринского персонала к сбору конкретной информации относительно определённой области;
• склонность медицинской сестры к поспешным выводам и т.п.

## Источники информации при обследовании пациента

Сестринский персонал получает информацию о пациенте из пяти основных источников.
1) от самого пациента;
2) родственников, знакомых, соседей по палате, случайных людей, свидетелей случившегося;
3) врачей, медицинских сестёр, членов бригады скорой помощи, санитарок;
4) из медицинской документации: карты стационарного больного, амбулаторной карты, выписки из историй болезни предшествующих госпитализаций, данных обследования и т.п.;
5) из специальной медицинской литературы: справочников по уходу, стандартов сестринских манипуляций, профессиональных журналов, учебников и т.п.
На основании полученных данных можно судить о состоянии здоровья пациента, факторах риска, особенностях заболевания, необходимости оказания пациенту сестринской помощи.
**Пациент** - основной источник субъективной и объективной информации о себе. В тех случаях, когда он недееспособен, находится в коматозном состоянии, либо это младенец или ребёнок, основным источником данных могут быть его родственники. Иногда они одни знают об особенностях состояния пациента до болезни и в период заболевания, о принимаемых им медикаментах, аллергических реакциях, приступах и т.п. Однако не стоит думать, что эта информация будет исчерпывающей. Из других источников могут быть получены иные данные, возможно, даже противоречащие данным основных. Например, супруг (супруга) может сообщить о напряжённой обстановке в семье, депрессии или пристрастии к спиртным напиткам, которые сам пациент отрицает. Информация, полученная от членов семьи, может повлиять на скорость и качество оказания медицинской помощи. В случае расхождения данных необходимо постараться получить дополнительные сведения от других лиц.
Медицинское окружение пациента - источник объективной информации, основанной на поведении пациента, его реакции на лечение, полученной при проведении диагностических процедур, общении с посетителями. Каждый член медицинской бригады - потенциальный источник информации, он может сообщать и проверять данные, полученные из других источников.
Основная медицинская документация, необходимая сестринскому персоналу, - карта стационарного или амбулаторного больного. Прежде чем приступить к опросу пациента, сестринский персонал подробно знакомится с такой картой. В случае повторной госпитализации интерес представляют предыдущие истории болезни, запрашиваемые в случае надобности в архиве. Это источник ценных данных относительно особенностей течения заболевания, объёма и качества оказанного сестринского ухода, психологической адаптации, реакций пациента на госпитализацию, негативных последствий, связанных с предыдущим пребыванием пациента в стационаре или обращением за медицинской помощью. В процессе знакомства сестринского персонала с историей заболевания пациента могут появиться гипотезы о возможных причинах его проблем (работа на вредном производстве, отягощённая наследственность, семейные неурядицы).
Нужную информацию также можно почерпнуть из документации с места учёбы, работы, службы, из медицинских учреждений, где наблюдается или наблюдался пациент.
Прежде чем запрашивать документацию или опросить третье лицо, необходимо разрешение на это пациента или его опекуна. Любая полученная информация конфиденциальна и рассматривается как часть официальной медицинской документации пациента.
На завершающем этапе сбора информации сестринский персонал может воспользоваться специальной медицинской литературой по уходу за пациентом.
**Существует два вида информации о пациенте**: субъективная и объективная.
**Субъективная информация** - это сведения об ощущениях самого пациента относительно проблем со здоровьем. Например, жалобы на боли - субъективная информация. Пациент может сообщить о частоте боли, её характеристике, продолжительности, локализации, интенсивности. К субъективным данным относят сообщения пациента о чувстве беспокойства, физического дискомфорта, страхе, жалобы на бессонницу, плохой аппетит, недостаток общения и др.
**Объективная информация** - результаты проведённых измерений или наблюдений. Примерами объективной информации могут служить показатели измерения температуры тела, пульса, АД, идентификация высыпаний (сыпи) на теле и пр. Сбор объективной информации проводят в соответствии с существующими нормами и стандартами (например, по шкале Цельсия при измерении температуры тела).



**Содержание первого этапа сестринского процесса**

Субъективные данные, полученные от пациента и его немедицинского окружения, подтверждают физиологические изменения, выраженные объективными показателями. Например, подтверждение описания боли пациентом (субъективная информация) - физиологические изменения, выраженные в повышенном кровяном давлении, тахикардии, сильном потоотделении, вынужденном положении (объективная информация).
Для полного сбора информации о прошлом и настоящем состоянии здоровья (анамнез жизни и анамнез заболевания) сестринский персонал проводит беседу с пациентом, изучает историю болезни, знакомится с данными лабораторных и инструментальных исследований.

## Опрос как основной метод сбора субъективной информации о пациенте

Сестринское обследование следует, как правило, за врачебным. Первый шаг в сестринском обследовании пациента - сбор субъективной информации с помощью сестринского опроса (сбора первичной информации об объективных и/или субъективных фактах со слов опрашиваемого).
При проведении опроса необходимо применять специфические навыки общения, чтобы сфокусировать внимание пациента на состоянии его здоровья, помочь осознать те изменения, которые происходят или будут происходить в его образе жизни. Доброжелательное отношение к пациенту позволит ему справиться с такими проблемами, как недоверие к медицинскому персоналу, агрессия и возбуждение, снижение слуха, нарушение речи.
**Цели проведения опроса**:
• установление доверительных отношений с пациентом;
• ознакомление пациента с курсом лечения;
• выработка адекватного отношения пациента к состояниям беспокойства и тревоги;
• выяснение ожиданий пациента от системы оказания медицинской помощи;
• получение ключевой информации, требующей углубленного изучения.
В начале опроса необходимо представиться пациенту, назвать своё имя, положение, сообщить цель беседы. Затем выяснить у пациента, как к нему обращаться. Это поможет ему чувствовать себя комфортно.
Большинство пациентов, обратившись за медицинской помощью и особенно оказавшись в стационаре, испытывают тревогу и беспокойство. Они чувствуют себя беззащитными, страшатся того, что им предстоит, боятся того, что у них могут обнаружить, и поэтому надеются на участие и заботу, испытывают радость от оказанного внимания. Пациента необходимо успокоить, ободрить, дать нужные разъяснения и советы.
При опросе не только сестринский персонал, но и пациент получает нужную ему информацию. Если контакт установлен, пациент сможет задать интересующие его вопросы. Чтобы правильно ответить на них, необходимо попытаться понять чувства пациента. Особую осторожность необходимо проявлять, когда больные просят дать совет по личному вопросу. Возможность поговорить об этом с медицинским персоналом обычно важнее, чем сам ответ.
Если опрос проходит успешно, появляется возможность установить доверительные отношения с пациентом, вовлечь его в формулирование целей и составление плана сестринского ухода, решить вопросы относительно необходимости консультаций и обучения пациента.
Во время проведения опроса следует наблюдать за пациентом. Его поведение с членами семьи, медико-санитарным окружением поможет понять, согласуются ли данные, полученные посредством наблюдения, с выявленными при опросе. Например, в том случае, когда пациент утверждает, что не волнуется, но выглядит озабоченным и раздражительным, наблюдение даст возможность получить необходимую дополнительную информацию.
Слушая пациента и умело ведя с ним беседу, можно выяснить, что его беспокоит и какие у него проблемы, что стало, по его мнению, причиной его состояния, как это состояние развивалось, и что он думает о возможном исходе заболевания.
Все, что удаётся узнать, собирая анамнез, помогает оформить историю сестринского наблюдения за пациентом и выделить те проблемы, которым следует уделить особое внимание.