

Содержание

1. Основные представления о моделях и системах ценностей сестринского дела.
2. Основные концепции теории А. Маслоу. Уровни основных человеческих потребностей по А.Маслоу и потребности повседневной жизни пациента по В.Хендерсон.
3. Сестринский процесс - метод оказания сестринской помощи.
4. Этапы сестринского процесса.
5. Документация к сестринскому процессу.

1. Основные представления о моделях и системах ценностей сестринского дела.

Основные модели сестринского дела

На сегодняшний день в мире не существует единой модели сестринского дела, а принципы, на которых они основаны, различны. **Модель (франц. — образец, стандарт) — абстрактное понятие эталона, образца.** Но в основе многих предложенных моделей — потребности человека. Во многих странах сестры используют одновременно несколько моделей, и зависит это исключительно от невозможности пациента удовлетворить свои те или иные потребности.

Значит, ядро каждой модели — различия в понимании потребностей пациента, роли сестры на различных этапах сестринского процесса.

Модель Вирджинии Хендерсон (1966 г.)

Основные положения

Одной из первых медицинских сестер после Ф. Найтингейл, сумевшей четко сформулировать собственную теорию сестринского дела, была американская медсестра В. Хендерсон. В 1958 году она изложила ее в виде основных принципов ухода за больными.

Основу теории В. Хендерсон составляет понятие жизненных потребностей человека. Осознание этих потребностей и помощь в их удовлетворении являются предпосылками для действий медсестры, обеспечивающих пациенту здоровье, выздоровление или достойную смерть.

Согласно концепции В. Хендерсон, человек — это независимый, активно действующий индивид с определенными потребностями, которые связаны с его социальной и культурной принадлежностью. Согласно утверждению В. Хендерсон каждый человек создает такой образ жизни для себя, чтобы удовлетворить свои жизненные потребности и сохранить здоровье. В. Хендерсон приводит 14 фундаментальных потребностей. Здоровый человек не испытывает трудностей при удовлетворении этих потребностей. Но в период болезни, детства, старости, при приближении смерти человек зачастую не может удовлетворить их самостоятельно. В таком случае он прибегает к сестринскому уходу. И задача сестры — оказание помощи пациенту в осуществлении тех действий, которые он мог бы осуществить сам, будучи здоровым. Для этого сестра должна постараться встать на место пациента и приложить все усилия, чтобы понять, в чем именно нуждается человек, вникая в проблемы пациента.

В. Хендерсон, разрабатывая свою модель, основывалась на теории американского психолога А. Маслоу об иерархии основных человеческих потребностей. Эта модель — одна из самых известных в настоящее время среди практикующих сестер. Она предусматривает неременное участие пациента на всех этапах СП. На этапе обследования сестра вместе с пациентом устанавливает, какие из 14 фундаментальных потребностей следует удовлетворить в первую очередь. Сестра принимает решение за пациента только в том случае, когда он не в состоянии это сделать.

В соответствии с теорией В. Хендерсон высшая цель сестринского дела — удовлетворение жизненных потребностей пациента для достижения его

выздоровления, улучшения состояния здоровья и обретения самостоятельности. Для неизлечимо больных — создание условий достойного ухода из жизни.

Цель сестринского дела состоит в том, чтобы помочь пациенту вести образ жизни, способствующий восстановлению или сохранению здоровья.

По данной модели роль сестры представлена двояко: с одной стороны, сестра — самостоятельный, независимый специалист, поскольку она выполняет те функции, которые не может выполнить пациент, чтобы чувствовать себя достаточно независимым, а с другой — это помощник врача, выполняющий его назначения.

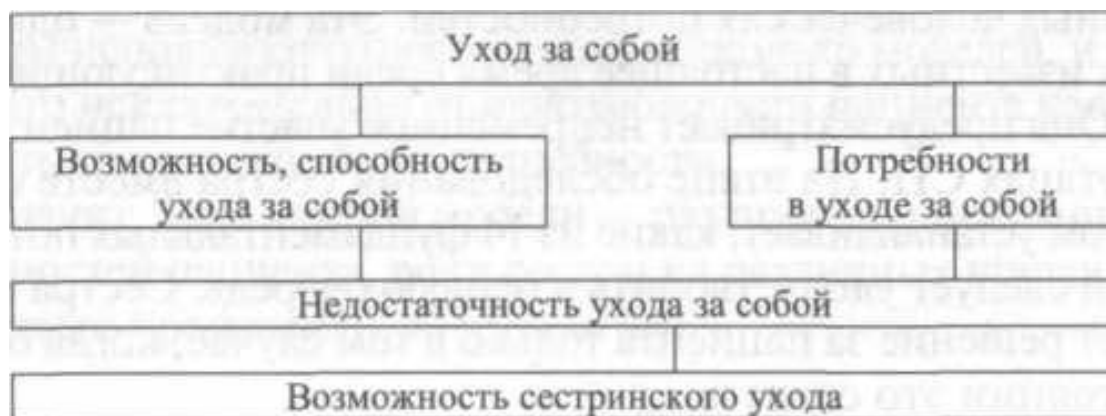
Вслед за теорией Хендерсон последовали десятки других моделей СД. Модели определяют потребности пациента, роль сестры, понимание и значимость СП в различных условиях здравоохранения конкретной страны.

Модель Доротеи Орем (1971 г.)

Основные положения

Медицинские сестры Голландии в своей деятельности используют теорию сестринского дела Д. Орем. Теория основана на принципе недостаточности ухода, поэтому она больше известна как «Сестринская теория недостаточности ухода». Согласно этой модели пациент — единая функциональная система, имеющая мотивации к самоуходу. Человек осуществляет самоход независимо от состояния здоровья: здоров или болен — возможности и потребности в самообслуживании должны быть в равновесии.

Теория СД состоит из различных взаимосвязанных систем:



Д. Орем говорит, что уход за собой — это определенная, целенаправленная деятельность индивида либо на себя, либо на свое

окружение во имя жизни, здоровья и благополучия.

Каждый человек имеет потребности в уходе за собой для поддержания своей жизнедеятельности. Д. Орем выделяет три группы потребностей в уходе за собой:

1— универсальные, присущие всем людям в течение всего жизненного цикла;

2— потребности, связанные с фазой развития;

3— потребности, связанные с нарушением здоровья.

Каждый человек обладает индивидуальными способностями и возможностями по удовлетворению своих потребностей. Люди сами должны удовлетворять основные потребности, и в этом случае человек ощущает себя самодостаточным. Болезнь вызывает нарушение взаимосвязи двух систем — «Возможности, способности ухода за собой» и «Потребности в уходе за собой». Таким образом, болезнь вызывает недостаточность в самоуходе, или дефицит самоухода. В этом случае человек ощущает себя «самонедостаточным». Дефицит самообслуживания определяет сестринскую помощь или, иначе, возможность сестринского ухода. В случае обращения человека за медицинской помощью можно говорить о легитимности сестринского дела.

Если пациент и его родственники и близкие не могут сохранить равновесие между его потребностями и возможностями в самоуходе, и потребности самоухода превышают возможности самого человека, возникает необходимость в сестринском вмешательстве.

Сестринское вмешательство должно быть направлено на выявление дефицита самоухода и его причины. Причинами дефицита самоухода могут быть недостаток знаний, умений, мотиваций, непонимание важности самоухода. Чтобы выявить способности и возможности своего пациента в самоуходе, медицинская сестра должна:

- наблюдать за тем, что пациент может сделать самостоятельно;
- наблюдать за тем, как пациент это делает;
- рекомендовать, как лучше;
- создать условия;
- оказать помощь;
- сделать это за пациента.

Цель сестринского вмешательства — восстановление равновесия между возможностями и потребностями в самоуходе. Д. Орем выделяет шесть способов сестринского вмешательства:

- делать что-либо за пациента;
- руководить пациентом, направлять его действия;
- оказывать физическую поддержку;
- оказывать психологическую поддержку;
- создавать среду для обеспечения самоухода;
- обучать пациентов (или его родственников).

Д. Орем определяет системы помощи:

1) консультативная (обучающая) — применяют при необходимости обучения пациента (родственников) навыкам самоухода;

2) частично компенсирующая — применяют по отношению к пациентам, ограниченным в возможности самоухода;

3) полностью компенсирующая — применяют в случаях бессознательного состояния пациента, при невозможности передвигаться, неспособности к обучению.

Д. Орем считает, что оценка качества ухода должна определять возможность пациента и его семьи в последующем осуществлять самоуход.

В модели Д. Орем медицинской сестре отведена роль специалиста, обеспечивающего независимость пациента. Сестринский уход считают эффективным при сохранении или восстановлении равновесия между возможностями и потребностями в самоуходе.

2. Основные концепции теории А. Маслоу. Уровни основных человеческих потребностей по А.Маслоу и потребности повседневной жизни пациента по В.Хендерсон.

Жизненные потребности человека

Потребность — это состояние, вызванное необходимостью в определенных условиях жизни и развития человека.

Потребности — источник активности и деятельности людей. Формирование происходит в процессе воспитания и самовоспитания — приобщения к миру человеческой культуры.

Потребности могут быть самыми различными, неосознанными, в форме влечений. Человек только чувствует, что ему чего-то недостает, или испытывает состояние напряженности и беспокойства. Осознание потребности проявляется в форме мотивов поведения.

Потребности определяют личность и направляют ее поведение.

Потребность — это осознаваемый психологический или физиологический дефицит чего-либо, отражаемый в восприятии человека.

Основные потребности человека: иметь, быть, делать, любить, расти. Мотивом деятельности людей служит желание удовлетворить эти потребности.

Иметь — проявление потребности на двух уровнях:

1-й — люди хотят иметь вещи, необходимые для выживания (жилье, еду, одежду) для себя и своих семей и поддержания уровня жизни, приемлемого для себя. Основной источник мотивации в этом случае — возможность зарабатывать деньги. 2-й — люди делают престижные приобретения (произведения искусства, антиквариат, большие автомобили).

Быть — большинство людей вырабатывает, часто подсознательно, желаемый образ человека, каким они хотят быть и выглядеть в глазах других (знаменитым, могущественным).

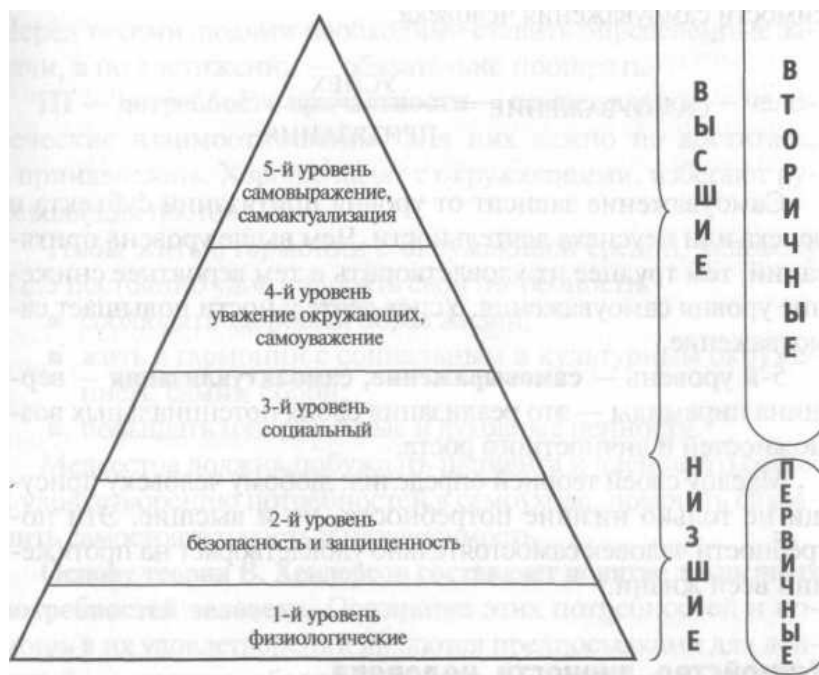
Делать — каждый человек хочет, чтобы его ценили, жить наполненной жизнью (профессиональные успехи, воспитание детей).

Любить — каждый человек хочет любить и быть любимым, желанным.

Растить — реализация возможностей наступает за счет роста. Маленький ребенок говорит: «Вот вырасту и...», более старший говорит: «Я сам». Эта потребность достигает своего пика во взрослой жизни и определяет диапазон возможностей человека.

Этот перечень потребностей основан на взглядах Абрахама Маслоу. В

1943 году американский психофизиолог русского происхождения А. Маслоу



проводил исследования побудительных мотивов поведения человека и разработал одну из теорий потребностей поведения человека. Он классифицировал потребности по иерархической системе — от физиологических (низший уровень) до потребностей самовыражения (высший уровень). Маслоу изобразил уровни потребностей в виде пирамиды. Основание пирамиды (а это фундамент) — физиологические потребности — основа жизнедеятельности.

Возможность удовлетворять свои потребности у людей различна и зависит от следующих общих факторов: возраст, окружающая среда, знания, умения, желания и способности самого человека.

Иерархия потребностей человека по А. Маслоу

1-й уровень — физиологические потребности — обеспечивают выживание человека (потребность дышать, есть, пить, выделять, спать, двигаться). Этот

уровень абсолютно примитивен.

2-й уровень — безопасность и защищенность — забота о поддержании жизненного уровня, стремление к материальной надежности (одежда, дом, помощь).

Многие люди тратят практически все свое время на удовлетворение потребностей первых двух уровней.

3-й уровень — социальный — поиск своего места в жизни семья, друзья, любовь, одобрение, общение. Это нормальная потребность большинства людей, человек не может «жить в пустыне».

4-й уровень — потребность в уважении окружающих — уважение, признание, престиж, социальный успех. А. Маслоу имел в виду неуклонное самосовершенствование людей.

Американский психолог Джемс предложил формулу зависимости самоуважения человека:

УСПЕХ

САМОУВАЖЕНИЕ =-----

ПРИТЯЗАНИЯ

Самоуважение зависит от уровня притязаний субъекта и успеха или неуспеха деятельности. Чем выше уровень притязаний, тем труднее их удовлетворить и тем вероятнее снижение уровня самоуважения. Успех деятельности повышает самоуважение.

5-й уровень — самовыражение, самоактуализация — вершина пирамиды — это реализация своих потенциальных возможностей и личностного роста.

Маслоу своей теорией определил: любому человеку присущи не только низшие потребности, но и высшие. Эти потребности человек самостоятельно удовлетворяет на протяжении всей жизни.

Потребности повседневной жизни пациента по В.Хендерсон.

Основу теории В. Хендерсон составляет понятие жизненных потребностей человека. Осознание этих потребностей и помощь в их удовлетворении являются предпосылками для действий медсестры, обеспечивающих пациенту здоровье, выздоровление или достойную смерть.

В. Хендерсон приводит 14 фундаментальных потребностей:

- 1— нормально дышать;
- 2— употреблять достаточное количество жидкости и пищи;
- 3— выделять из организма продукты жизнедеятельности;
- 4— двигаться и поддерживать нужное положение;
- 5— спать и отдыхать;
- 6— самостоятельно одеваться и раздеваться, выбирать одежду;
- 7— поддерживать температуру тела в нормальных пределах;
- 8— соблюдать личную гигиену, заботиться о внешнем
- 9—обеспечивать свою безопасность и не создавать опасно
- 10— поддерживать общение с другими людьми;

- 11—отправлять религиозные обряды в соответствии со своей верой;
- 12— заниматься любимой работой;
- 13— отдыхать, принимать участие в развлечениях, играх;
- 14— удовлетворять свою любознательность, помогающую нормально развиваться.

Здоровый человек, как правило, не испытывает трудностей при удовлетворении своих потребностей.

В своей модели сестринского дела, в отличие от Маслоу, В. Хендерсон отвергает иерархию потребностей и считает, что сам пациент (или вместе с медсестрой) определяет приоритетность нарушенных потребностей, например, достаточное питание или полноценный сон, дефицит общения или соблюдение личной гигиены, учиться/работать или отдыхать.

Теория потребностей, предложенная американским психофизиологом А. Маслоу, — иерархия потребностей — представлена пирамидой нужд человека в порядке приоритетности для выживания от низшего уровня к высшему. Чем выше уровень развития общества, тем выше уровень потребностей. Приоритетны уважение окружающих, самоактуализация и достижение успеха.

Теория Маслоу определяет сестринское дело с точки зрения потребностей пациента. Медсестринские процедуры направлены на удовлетворение потребностей пациента.

В своей модели сестринского дела В. Хендерсон отвергает иерархию потребностей и считает, что сам пациент (или вместе с сестрой) определяет приоритетность нарушенных потребностей. Эта модель получила наибольшее признание и рекомендована ВОЗ для применения в практической деятельности сестер.

4. Сестринский процесс - метод оказания сестринской помощи.

Термин «Сестринский процесс» впервые введен в США Лидией Холл в 1955 году.

Сестринский процесс (СП) — это метод научно обоснованных и осуществляемых на практике медсестрой своих обязанностей по оказанию помощи пациентам.

Сестринский процесс — это метод организации и оказания сестринской помощи, который включает в себя пациента и медсестру как взаимодействующих лиц. В основе СП находится пациент как личность, требующая комплексного (холистического) подхода.

Слово «процесс» означает ход событий, в данном случае — последовательные действия, предпринятые сестрой при оказании помощи.

Цель сестринского процесса — поддержание и восстановление независимости пациента в удовлетворении основных потребностей человека.

Медсестра на основе собранной информации определяет нарушенные потребности пациента или его семьи и в связи с этим должна выявить проблемы для проведения должного ухода. Таким образом, медсестра в

пределах своей компетенции помогает пациенту в удовлетворении «нарушенных потребностей» и решает, как помочь пациенту в коррекции и восстановлении нарушенных потребностей.

Сестринский процесс — процесс циклический, и его организационная структура предусматривает пять последовательных этапов, каждый из которых тесно взаимосвязан с остальными четырьмя.

Участие пациента или членов семьи — это обязательное условие сестринского процесса. Степень участия пациента зависит от нескольких факторов:

- взаимоотношения сестры и пациента;
- отношения пациента к своему здоровью;
- уровня знаний, культуры;
- осознания потребности в уходе.

1 - сестринское обследование пациента

2 - определение потребностей и выявление проблем

3 - планирование

4 - выполнение плана сестринских вмешательств

5 - оценка результата

Современная технология ухода определяет партнерскую модель взаимоотношений медицинского работника (сестры, акушерки, фельдшера) с пациентами. При активном участии пациента в процессе профилактики, лечения, ухода и реабилитации возможно сокращение сроков лечения, адаптации к новому качеству жизни в социальной среде.

Сестринский процесс динамичен, так как любой его этап может быть



пересмотрен и изменен после проведения текущей оценки. Документирование всех этапов сестринского процесса — это обязательное условие.

5. Этапы сестринского процесса.

Первый этап: обследование пациента, или оценка ситуации, — процесс сбора информации о состоянии здоровья пациента, подтверждение ее достоверности.

Цель обследования — собрать, обосновать и связать полученные данные о пациенте для создания информационной базы о нем.



1. Субъективные данные медсестра выявляет на вербальном (адекватность ответов на вопросы) и невербальном (зрительный контакт) уровнях

Главная роль в обследовании принадлежит расспросу. Полноценность информации будет зависеть от умения сестры расположить пациента к необходимой беседе.

Субъективная информация — это представления пациента о состоянии его здоровья.

Субъективное обследование медсестра начинает с паспортных данных о пациенте, затем выявляет его:

- 1— жалобы — то, что заставило человека обратиться к медпомощи;
- 2— анамнез жизни, болезни — историю возникновения той или иной проблемы в здоровье; медсестра подробно расспрашивает пациента об удовлетворении основных жизненных потребностей человека;
- 3— социологические данные (взаимоотношения в семье, коллективе, финансовый статус, окружающая среда, в которой пациент живет и работает);
- 4— интеллектуальные данные (речь, память, оценка коммуникативных способностей);
- 5— данные о культуре (этнические, культурные ценности);
- 6— данные о духовном развитии (духовные ценности, отношение к религии, привычки, убеждения и обычаи).

Источники информации:

- сам пациент (наиболее достоверный источник);
- члены семьи, родственники;
- медперсонал;
- коллеги, друзья;
- медицинская документация.

2. Объективная информация — это данные, которые получает медицинская сестра в результате осмотра, наблюдения, измерения (физикального обследования).

К ним относят:

- психологические данные (индивидуальные особенности характера, поведение, настроение, самооценка, способность принимать решения);
- физические данные — осмотр пациента, оценка морфологических и функциональных особенностей с использованием методики пальпации, перкуссии, аускультации.

3. Дополнительные исследования: лабораторные и инструментальные (рентген, эндоскопия, УЗИ) методы.

Объективное обследование пациента



На основе субъективных и объективных данных сестра сопоставляет каждую из 10 потребностей (по адаптированной модели сестринского ухода В. Хендерсон) с реальной возможностью пациента удовлетворять ее самостоятельно или же он испытывает дефицит самоухода.

Итак, 1 -й этап определяет направление сестринской помощи.

Второй этап сестринского процесса

Второй этап СП — анализ и интерпретация полученных данных о пациенте — это выявление реальных и потенциальных проблем пациента, которые должна разрешить или устранить медсестра в силу своей профессиональной компетенции. В других странах этот этап называют

«сестринский диагноз», что не может быть оправдано в нашей стране, поскольку диагностикой и лечением заболеваний занимается врач.



Проблема пациента — это ответная реакция пациента на болезнь или состояние здоровья (т. е. сестра делает выводы, которые и становятся проблемами — предметами сестринского ухода).

Сестринская проблема — это продуманный вывод, основанный на анализе информации, полученной при обследовании. То есть врач ставит свой диагноз по патологическому процессу, а сестра определяет проблему по реакции пациента на болезнь или состояние здоровья.

Таким образом, медицинская сестра, проводя обследование, анализирует данные, выявляет нарушенные потребности и определяет проблемы пациента.

Цель этапа

- 1 - определение проблем, возникающих у пациента;
- 2 - установление факторов, способствующих или вызывающих развитие этих проблем;

3 - выявление сильных сторон пациента, которые способствовали бы предупреждению или разрешению его проблем.

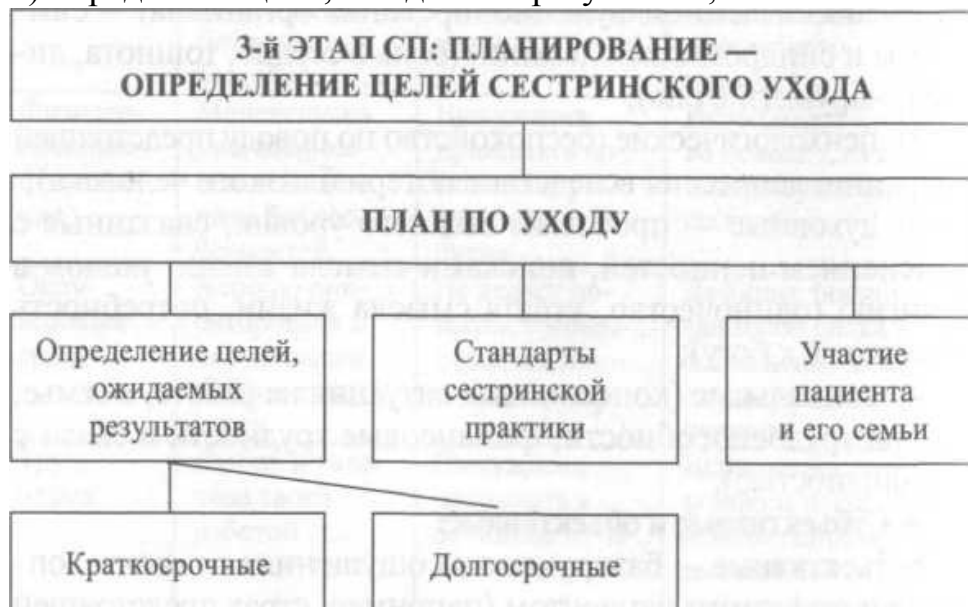
Пациент сам часто осознает наличие проблем и потребность в помощи, но существуют проблемы, о которых он не догадывается и которые могут быть выявлены только медсестрой.

Третий этап сестринского процесса

План должен быть понятен всем специалистам, практичен, удобен в пользовании, легко корректируем.

Во время планирования:

1) определяют цели, ожидаемые результаты;



2) выбирают меры по уходу за больными;

3) составляют план ухода.

Существует два вида целей по времени определения:

■ краткосрочные — цели, которые достижимы за 1—2 недели. Цели определяют, как правило, в острой фазе заболевания в стационаре (например,

уменьшение боли в области послеоперационной раны, снижение аппетита у пациента при остром гастрите);

■ долгосрочные — цели, которые достижимы за более длительный период времени — более 2 недель. Они обычно направлены на предотвращение рецидивов заболевания, осложнений, их профилактику, реабилитацию и социальную адаптацию. Если они не определены, то, по сути, пациент лишен планомерного сестринского ухода при выписке.

При написании целей должны быть указаны следующие обязательные моменты:

- 1) мероприятия — действия;
- 2) критерий — дата, время, расстояние;
- 3) условия — помощник, ассистент.

Например, медсестра должна обучить пациента в течение 2 дней ставить себе согревающий компресс:

действия — ставить компресс;
временной критерий — в течение 2 дней;
условие — с помощью медсестры.

Цель — это ожидаемый результат, то, чего хотят достичь медсестра и пациент по определенной проблеме. Формирование целей предполагает активное участие пациента. Цель и ожидаемый результат не должны создавать препятствий лечению, проводимому другими специалистами. В нашем случае пациент должен научиться ставить себе компресс.

Требования к постановке целей:

- 1) должны быть сосредоточены на пациенте;
- 2) должны быть реальными, достижимыми;
- 3) должны быть поставлены так, чтобы их можно было оценить.

Проблема пациента — это база для планирования сестринской помощи.

Выбор мер по уходу за больным — сестринские вмешательства (перечень действий, которые предпринимает сестра для решения проблемы) — сестра проводит манипуляции, используя стандарты клинической деятельности.

Стандарт (от англ. *standard* — норма) — это образец, эталон, модель, принимаемые за исходные для сопоставления с ними других подобных объектов.

Стандарт включает:

- оснащение, которым должен и может пользоваться медперсонал;
- алгоритм (последовательность действий) выполнения сестринской технологии;
- осложнения, которые могут возникнуть при выполнении процедуры;
- особенности выполнения данной манипуляции различным категориям пациентов.

Стандарты необходимы для:

- Пациента - уверенность в получении качественной помощи;
- Сестры - улучшение качества помощи пациентам;
- обоснованность профессиональных действий;
- уверенность в защищенности своих прав;
- ответственность за свои действия;

ЛПУ

- повышение профессионального уровня;
- адаптация новых сотрудников на рабочем месте;
- улучшение организационного и материально-технического обеспечения каждого рабочего места;
- создание условий для экспертной оценки всех видов сестринской деятельности;
- проведение аттестаций специалистов на рабочем месте;
- формирование единых взглядов персонала к сестринской деятельности;

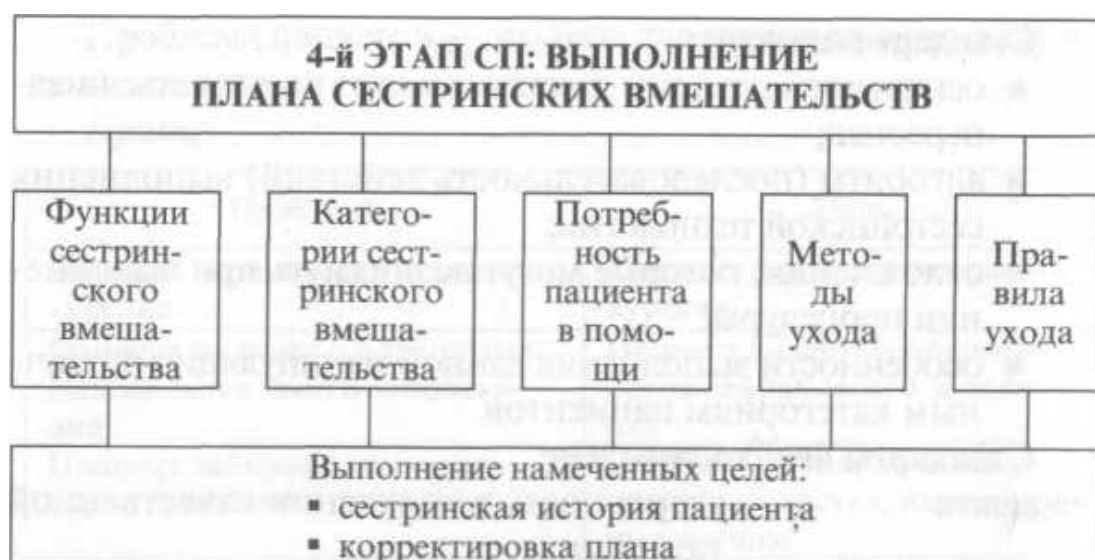
Здравоохранения - гарантия высокого качества оказываемой пациентам помощи;

- система единых требований к оказанию сестринской помощи;

- повышение профессионального и социального статуса сестринского персонала;

Персонала - развитие научных исследований в сестринском деле.

Четвертый этап сестринского процесса



Цель этапа — обеспечение соответствующего ухода за пострадавшим, обучение и консультирование.

Медсестра должна помнить, что все сестринские вмешательства основаны на:

- знании цели;
- индивидуальном подходе, безопасности;
- обеспечении конфиденциальности, уважении личности;
- поощрении пациента к самостоятельности.

Потребность пациента в помощи может быть:

временной — рассчитана на короткий период времени, когда существует дефицит самоухода;

постоянной — требует помощи на протяжении всей жизни (ампутация конечности, травма позвоночника);

реабилитирующей — процесс длительный, иногда всю жизнь (ЛФК, массаж, гимнастика);

образовательной — процесс обучения родственников и самого пациента.

4-й этап — это выполнение действий, направленных на достижение цели. Включает то, что сестра делает для человека вместе с ним и в интересах его здоровья.

Категории сестринских вмешательств:

1) **независимое** — сестра выполняет по собственной инициативе на основе своих знаний и умений (мероприятия по личной гигиене, обучает пациента навыкам самоухода, проводит беседы о здоровом образе жизни);

2) **зависимое** — сестра выполняет письменные предписания врача, здесь она выступает в роли сестры-исполнителя (выполнение инъекций, раздача лекарств соответственно листу назначения);

3) **взаимозависимое** — предусматривает совместную деятельность



сестры с другими специалистами (с врачом, в операционном блоке, с инструктором ЛФК, диетсестрой).

Пятый этап сестринского процесса

5-й этап включает:

- 1) оценку реакции пациента на уход:
 - улучшение (желание общаться, улучшение настроения, аппетита, облегчение дыхания);
 - ухудшение (бессонница, депрессия, диарея);
 - прежнее состояние (слабость, трудности при ходьбе, агрессия);
- 2) оценку действий самой сестрой (результат достигнут, частично достигнут, не достигнут);
- 3) мнение пациента или его семьи (улучшение состояния, ухудшение, без изменений);
- 4) оценку действий сестрой-руководителем (достижение цели, коррекция плана ухода).

6. Документация к сестринскому процессу.

Медицинская документация

Правильное ведение соответствующей медицинской документации вменяется в обязанности медицинской сестры и обеспечивает адекватное осуществление лечения больных, контроль за динамикой лечебно-диагностического процесса (в том числе за состоянием пациента) и использованием материально-технических средств, учёт выполняемой медицинским персоналом работы.

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.

Основные виды сестринской медицинской документации:

1. Журнал движения больных: регистрация поступления и выписки больных.
2. Процедурный лист: лист врачебных назначений.
3. Температурный лист: в нём отмечают основные данные, характеризующие состояние больного – температуру тела, пульс, АД, ЧДД, диурез, массу тела (по мере необходимости), физиологические отправления.
4. Журнал назначений: в нём фиксируют назначения врача – лабораторные и инструментальные исследования, консультации «узких» специалистов и пр.
5. Журнал учёта наркотических, сильнодействующих и ядовитых средств.
6. Журнал передачи ключей от сейфа.
7. Требование на питание больных (порционник) должен содержать сведения о количестве больных на назначенные диеты, фамилии пациентов, при необходимости –дополнительно выдаваемые продукты или, наоборот, характер разгрузочных диет.
8. Журнал приёма и сдачи дежурств. В нём регистрируют общее число больных, их «движение» за сутки, отмечают лихорадящих и тяжелобольных, срочные назначения, нарушения режима в отделении и пр.

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 соответствии 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.