Содержание

Введение

Глава 1. Современное представление о сестринском процессе

1.1 История хирургии в России

1.2 Организация хирургической помощи в России

1.3 Определение сестринского процесса как основы деятельности медицинской сестры

1.4 Понятие об общем уходе за больными в хирургии

Глава 2. Хирургия: особенности сестринского процесса в послеоперационном периоде

2.1 Сестринский процесс в хирургической практике

2.2 Организация сестринского процесса у больных с хирургическими заболеваниями

2.3 Сестринский процесс при проведении местной анестезии

2.4 Уход за больными в послеоперационный период

Глава 3. Статистика

3.1 Опыт применения сестринского процесса

Заключение

Список использованной литературы

Введение

Постановление правительства Российской Федерации от 05.11.97, №1387 "О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации" предусмотрено осуществление реформы, направленной на повышение качества, доступности и экономической эффективности медицинской помощи населению в условиях формирования рыночных отношений.

Медицинским сестрам отводится одна из ведущих ролей в решении задач медико-социальной помощи населению и повышении качества и эффективности медицинских услуг сестринского персонала в ЛПУ. Функции медицинской сестры разнообразны и ее деятельность касается не только диагностического и лечебного процесса, но и ухода за пациентами с целью полной реабилитации больного.

Первое определение сестринского дела дала всемирно известная медицинская сестра Флоренс Найтингейл. В своих известных "Записках об уходе" в 1859 г. она писала, что сестринское дело – это "действие по использованию окружающей пациента среды в целях содействия его выздоровлению".

В настоящее время сестринское дело – неотъемлемая составная часть системы здравоохранения. Оно является многогранной медико-санитарной дисциплиной и имеет медико-социальное значение, поскольку призвано поддерживать и охранять здоровье населения.

В 1983 г. в Голицино прошла I Всероссийская научно-практическая конференция, посвященная теории сестринского дела. В ходе конференции сестринское дело рассматривалось как часть системы здравоохранения, наука и искусство, которые направлены на решение существующих и потенциальных проблем, касающихся здоровья население в условиях постоянно меняющейся окружающей среды.

Согласно международной договоренности, концептуальной моделью сестринского дела является структура, основанная на философии сестринского дела, включающей четыре парадигмы: сестринское дело, личность, окружающая среда, здоровье.

Понятие личности занимает особое место в философии сестринского дела. Объектом деятельности медицинской сестры является пациент, человек как совокупность физиологических, психосоциальных и духовных потребностей, удовлетворение которых определяет рост, развитие и слияние его с окружающей средой.

Сестре приходится работать с разными категориями пациентов. И для каждого пациента сестра создает атмосферу уважительного отношения к его настоящему и прошлому, к его жизненным ценностям, обычаям и убеждениям. Она принимает необходимые меры безопасности пациента, если его здоровью угрожает опасность со стороны сотрудников или других людей.

Окружающая среда рассматривается как важнейший фактор, оказывающий влияние на жизнедеятельность и здоровье человека. Она включает в себя совокупность социальных, психологических и духовных условий, в которых протекает жизнедеятельность человека.

Здоровье рассматривается не отсутствие болезней, а как динамическая гармония личности с окружающей средой, достигаемая посредством адаптации.

Сестринское дело является наукой и искусством, направленным на решение существующих проблем, связанных со здоровьем человека в изменяющихся условиях окружающей среды.

Философия сестринского дела устанавливает основные этические обязанности специалистов по обслуживанию человека и общества; цели, к которым стремится профессионал; моральные качества, добродетели и навыки, ожидаемые от практикующих специалистов.

Основной принцип философии сестринского дела – уважение прав и достоинств человека. Он реализуется не только в работе сестры с пациентом, но и в ее сотрудничестве с другими специалистами.

Международным советом медицинских сестер был разработан кодекс поведения медицинских сестер. Согласно этому кодексу, фундаментальная ответственность медсестер имеет четыре главных аспекта:

1) содействие укреплению здоровья;

2) профилактика заболеваний;

3) восстановление здоровья;

4) облегчение страданий.

Этот кодекс определяет также ответственность медицинских сестер перед обществом и коллегами.

В 1997 г. Российской ассоциацией медицинских сестер принят Этический кодекс медицинских сестер России. Составляющие его содержание принципы и нормы конкретизируют нравственные ориентиры в профессиональной сестринской деятельности.

Цель исследования:

Изучить эффективность технологий сестринского дела в хирургическом отделении.

Глава 1. Современное представление о сестринском процессе

***1.1 История хирургии в России***

Хирургия в России начинает свое развитие значительно позже, чем в западных странах. До XVII в. в России почти полностью отсутствовала профессиональная хирургическая помощь. Городскую знать обслуживали врачи-иностранцы, а большинству населения приходилось довольствоваться помощью знахарей и цирюльников, производивших простейшие хирургические вмешательства, такие как прижигание, вскрытие нарывов, пускание крови и др.

Начало организованной подготовки первых хирургов положил царь Алексей Михайлович, издавший в 1654 г. указ об открытии костоправных школ.

В 1704 г. в строящемся С. -Петербурге было положено начало аптекарскому делу, и был также сооружен первый в мире завод хирургического инструментария, последствии завод "Красногвардеец".

В 1706 г. Петр I издает указ о строительстве первого госпиталя в Москве (Лефортово) и открытии первой медико-хирургической школы.

В развитие отечественной хирургии огромный вклад внесли блестящие педагоги и хирурги П.Д. Погорецкий, К.И. Щепин, П.А. Загорский, И.Ф. Буш, И.В. Буяльский. С именами последних двух ученых связаны первые оригинальные отечественные руководства по хирургии.

Но основоположником русской хирургии как самостоятельной науки, не зависимой от влияния Запада, стал гениальный ученый и организатор Н.И. Пирогов. После окончания Московского университета он в возрасте 26 лет был избран профессором Дерптского университета, а в 1841 г. – возглавил впервые организованную кафедру госпитальной хирургии в Медико-хирургической академии.

Заслуги Пирогова в анатомии, хирургии, военной медицины огромны. Им создана новая наука – топографическая анатомия, без которой теперь немыслима подготовка квалифицированного хирурга. Большое внимание ученый уделял обезболиванию. Н.И. Пирогов разработал и обосновал основные принципы военно-полевой хирургии: сортировка раненных, создание пунктов первой помощи, резервных госпиталей, эвакуация раненных в тыловые условия[[1]](#footnote-1). Н.И. Пирогов впервые во время осады Севастополя привлек к помощи раненным сестер милосердия. Он высоко оценил труд первых сестер, которые не только помогали при перевязках и во время операций, но также готовили лекарства и взяли на себя многие административные функции. Н.И. Пирогов разработал технику ряда операций, не потерявших значение и сегодня.

***1.2 Организация хирургической помощи в России***

Лечебные учреждения, в которых оказывается хирургическая помощь пациентам, делятся на два вида: амбулаторные и стационарные. К амбулаторным относятся поликлиники, в которых существуют хирургические кабинеты или отделения, а также станции скорой и неотложной помощи. Среди стационаров выделяют многопрофильные и специализированные.

На первом этапе больной сталкивается с врачами амбулаторных учреждений. В поликлинике проводятся консервативное лечение ряда заболеваний, перевязки и даже небольшие операции (удаление доброкачественных опухолей мягких тканей, вскрытие панариция и пр.) В последнее время при поликлиниках организуются центры амбулаторной хирургии, где выполняются несколько более сложные операции (при грыже, варикозном расширении вен нижних конечностей и других заболеваниях). В более сложных случаях для проведения специального обследования и операций больные направляются в стационары.

Стационары могут быть предназначены для оказания экстренной помощи (в них круглосуточно дежурят бригады специалистов) и для оказания помощи в плановом порядке.

***1.3 Определение сестринского процесса как основы деятельности медицинской сестры***

В настоящее время в российском сестринском деле сестринская помощь осуществляется как вспомогательная для обеспечения работы врача-лечебника. Принятой модели оказания сестринской помощи по аналогии с зарубежными странами, где медицинская сестра осуществляет самостоятельно сестринский процесс, в Российской Федерации нет. В зависимости от состояния здравоохранения отдельных регионов страны, специфики лечебно-профилактических учреждений, их кадрового потенциала и уровня подготовки сестринского персонала, наличия медицинских учебных заведений делаются отдельные шаги по внедрению сестринского процесса в клиническую практику. Однако, сегодня в лечебно-профилактических учреждениях практически отсутствует целостная система профессионального сестринского ухода за пациентом в форме сестринского процесса.

Сестринский процесс – это метод научно обоснованных и осуществляемых на практике медицинской сестрой своих обязанностей по оказанию помощи пациентам, который[[2]](#footnote-2):

– определяет конкретные потребности пациента в уходе;

– выделяет из ряда существующих потребностей приоритеты по уходу и ожидаемые результаты ухода, кроме этого прогнозирует его последствия;

– определяет план действий, стратегию, направленную на удовлетворение нужд пациента;

– оценивает эффективность сестринского вмешательства;

– гарантирует качество оказание помощи, которое можно проконтролировать.

В большинстве стран сестринский процесс принято разделять на пять этапов[[3]](#footnote-3).

Первый этап – обследование пациента, подразумевает текущий процесс сбора и оформления данных о состоянии здоровья пациента.

В «Записках об уходе» Флоренс Найтингейл в 1859 году написала: «Важнейший практический урок, который может быть дан медицинским сестрам – это научить их тому, за чем наблюдать, как наблюдать…»

В процессе обследования медицинская сестра собирает базу данных о пациенте, определяет нарушение человеческих потребностей.

Второй этап – формирование сестринского диагноза. На этом этапе очень важно выделить проблемы пациента по их приоритету. В первую очередь необходимо уделить внимание выявлению первичных проблем пациента и их решению. В результате анализа полученных в ходе обследования данных формируется сестринское диагностирование.

Следует отметить, что в мире нет единой классификации сестринских диагнозов. В Российской Федерации так же нет принятой международной и отечественной классификации сестринского диагноза. В связи с этим большинство стран и регионов России пользуются классификацией Североамериканской сестринской диагностической ассоциацией (NANDA). Некоторые из этих диагнозов громоздки и не слишком понятны для медицинских сестер России и других стран, поэтому имеются предложения адаптировать и упростить их практическое применение.

Третий этап – планирование сестринской помощи – предполагает определение целей ухода и конкретное планирование сестринских вмешательств для достижения этих целей, с возможно более полным включением пациента в этот процесс.

Четвертый этап – реализация принятого плана сестринских вмешательств. На этом этапе важно разграничить вмешательства на независимые, зависимые и взаимозависимые. В первую очередь медицинская сестра должна акцентировать внимание на независимых сестринских вмешательствах, которые она осуществляет по своей инициативе в пределах сестринской автономии. При этом зависимые вмешательства осуществляются на основе распоряжений врача. Взаимозависимые сестринские вмешательства предусматривают совместную работу с другими членами медицинской бригады.

Пятый этап – оценка эффективности сестринского процесса. Этот этап проводится прежде всего, самой медицинской сестрой, пациентом и сестрой – руководителем. В случае отсутствия достижения цели медицинская сестра должна критически проанализировать свой план сестринских вмешательств и пересмотреть его.

***1.4 Понятие об общем уходе за больными в хирургии***

Уход за больным, или гипургия (hypurgia) от греческого слова помогать, оказывать услугу. Действия врача и медицинской сестры невозможно разделить на манипуляции по уходу за больным и лечебные процедуры, поскольку многие мероприятия по уходу за больными имеют лечебное значение, а лечебные процедуры служат неотъемлемым компонентом ухода за больными.

Таким образом, уход за хирургическими больными является неотъемлемой частью лечебного процесса и включает[[4]](#footnote-4):

1. Доброе, чуткое, внимательное, заботливое и бескорыстное отноше ние к больному.

2. Помощь больному при удовлетворении им основных, жизненных потребностей (еда, питьё, движение, опорожнение кишечника и мочевого пузыря и пр.).

3. Помощь во время болезненного состояния (рвота, кашель, крово течение, нарушение дыхания и т.д.).

4. Гигиеническое содержание больного и помещения, где он находит ся (палата, перевязочная), содержание в чистоте постели.

5. Выполнение врачебных назначений.

6. Подготовку больного к выполнению лечебных и диагностических процедур.

7.Подготовку больного к оперативному вмешательству.

8. Уход за больным в операционной.

9.Выхаживание больного в послеоперационном периоде.

10.Организацию досуга больного.

11.Регулирование посещений больного родственниками, сослуживцами и знакомыми.

Особенности ухода за больными хирургического профиля определяются, прежде всего, тем, что больной подвергается хирургической агрессии (общее обезболивание, операция, наличие раны).

Глава 2. Хирургия: особенности сестринского процесса в послеоперационном периоде

***2.1 Сестринский процесс в хирургической практике***

Сестринский процесс является одним из основных понятий современных моделей сестринского дела. В соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта по сестринскому делу, сестринский процесс – это метод организации и исполнения сестринского ухода за пациентом, нацеленный на удовлетворение физических, психологических, социальных потребностей человека, семьи, общества.

Целью сестринского процесса является поддержание и восстановление независимости пациента, удовлетворение основных потребностей организма.

Сестринский процесс требует от сестры не только хорошей технической подготовки, но и творческого отношения к уходу за пациентами, умения работать с пациентом как с личностью, а не как с объектом манипуляций. Постоянное присутствие сестры и ее контакт с пациентом делают сестру основным звеном между пациентом и внешним миром.

Сестринский процесс состоит из пяти основных этапов.

Сестринское обследование. Сбор информации о состоянии здоровья пациента, который может носить субъективный и объективный характер.

Субъективный метод – это физиологические, психологические, социальные данные о пациенте; релевантные данные об окружающей среде. Источником информации является опрос пациента, его физикальное обследование, изучение данных медицинской документации, беседа с врачом, родственниками пациента.

Объективный метод – это физическое обследование пациента, включающее оценку и описание различных параметров (внешний вид, состояние сознания, положение в постели, степень зависимости от внешних факторов, окраска и влажность кожных покровов и слизистых оболочек, наличие отека). В обследование также входит измерение роста пациента, определение массы его тела, измерение температуры, подсчет и оценка числа дыхательных движений, пульса, измерение и оценка артериального давления.

Конечным результатом этого этапа сестринского процесса является документирование полученной информации создание сестринской истории болезни, которая является юридическим протоколом – документом самостоятельной профессиональной деятельности медсестры.

Установление проблем пациента и формулировка сестринского диагноза. Проблемы пациента подразделяются на существующие и потенциальные. Существующие проблемы – это те проблемы, которые беспокоят пациента в настоящее время. Потенциальные – те, которые еще не существуют, но могут возникнуть с течением времени. Установив оба вида проблем, сестра определяет факторы, способствующие или вызывающие развитие этих проблем, выявляет также сильные стороны пациента, которые он может противопоставить проблемам.

Поскольку у пациента всегда бывает несколько проблем, сестра должна определить систему приоритетов. Приоритеты классифицируются как первичные и вторичные. Первичным приоритетом обладают проблемы, которые в первую очередь могут оказать пагубное влияние на больного.

Второй этап завершается установлением сестринского диагноза. Между врачебным и сестринским диагнозом существует различие. Врачебный диагноз концентрируется на распознавании патологических состояний, а сестринский – основывается на описании реакций пациентов на проблемы, связанные со здоровьем. Американская ассоциация медицинских сестер, например, в качестве основных проблем, связанных со здоровьем выделяет следующие: ограниченность самообслуживания, нарушение нормальной жизнедеятельности организма, психологические и коммуникативные нарушения, проблемы, связанные с жизненными циклами. В качестве сестринских диагнозов они используют такие, например, словосочетания, как "дефицит гигиенических навыков и санитарных условий", "снижение индивидуальной способности к преодолению стрессовых ситуаций", "беспокойство" и т. п.

Определение целей сестринского ухода и планирование сестринской деятельности. План сестринского ухода должен включать оперативные и тактические цели, направленные на достижение определенных результатов долгосрочного или краткосрочного характера.

Формируя цели, необходимо учитывать действие (исполнение), критерий (дата, время, расстояние, ожидаемый результат) и условия (с помощью чего и кого). Например, "цель – пациент к 5 января с помощью медсестры должен вставать с кровати". Действие – вставать с кровати, критерий 5 января, условие – помощь медсестры.

Определив цели и задачи по уходу, сестра составляет письменное руководство по уходу, в котором должны быть подробно перечислены специальные действия медсестры по уходу, записываемые в сестринскую историю болезни.

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

Существует три категории сестринского вмешательства. Выбор категории определяется нуждами пациентов.

Зависимое сестринское вмешательство осуществляется на основании предписаний врача и под его наблюдением.

Независимое сестринское вмешательство предусматривает действия, осуществляемые медсестрой по собственной инициативе, руководствуясь собственными соображениями, без прямого требования со стороны врача. Например, обучение пациента гигиеническим навыкам, организация досуга пациента и др.

Взаимозависимое сестринское вмешательство предусматривает совместную деятельность сестры с врачом, а также с другими специалистами.

При всех типах взаимодействия ответственность сестры исключительно велика.

Оценка эффективности сестринского ухода. Этот этап основан на исследовании динамических реакций пациентов на вмешательства сестры. Источниками и критериями оценки сестринского ухода служат следующие факторы оценки ответной реакции пациента на сестринские вмешательства; оценка степени достижения поставленных целей сестринского ухода служат следующие факторы: оценка ответной реакции пациента на сестринские вмешательства; оценка степени достижения поставленных целей сестринского ухода; оценка эффективности влияния сестринской помощи на состояние пациента; активный поиск и оценка новых проблем пациента.

Важную роль в достоверности оценки результатов сестринского ухода играет сопоставление и анализ полученных результатов.

***2.2 Организация сестринского процесса у больных с хирургическими заболеваниями***

В хирургическое отделение больные часто поступают на каталке в тяжелом состоянии. Сестринский персонал, оказывая помощь тяжелобольным, подвергается физическим нагрузкам.

Перемещение пациента в постели, подкладывание судна, передвижение носилок, каталок, а иногда и тяжелой аппаратуры может привести в конечном итоге и к повреждению позвоночника.

Наибольшей физической нагрузке подвергается сестра при перемещении пациента с носилок на кровать. В связи с этим никогда не следует выполнять эту манипуляцию одному. Прежде чем куда-либо перемещать пациента, задайте несколько вопросов, чтобы убедиться, насколько он сможет вам помогать.

Пациент должен знать весь ход предстоящей манипуляции.

Одной из важнейших задач ухода за пациентами является создание и обеспечение в отделении лечебно-охранительного режима. В основе этого режима лежит устранение или ограничение воздействия на организм пациента различных неблагоприятных факторов внешней среды. Создание и обеспечение такого режима входит в обязанности всего медицинского персонала отделения. хирургия философия сестринский процесс

Во всей хирургической работе требуется соблюдение золотого правила асептики, которое формулируется так: все, что происходит в соприкосновение с раной, должно быть свободным от бактерий, т.е. стерильно.

Проблема внутрибольничной инфекции в стационаре.Сестринский персонал должен знать о проблеме внутрибольничных инфекций, их влияния на течение заболевания, смертность.

Наиболее восприимчивыми к внутрибольничной инфекции являются пациенты хирургических отделений. Наибольший риск развития внутрибольничной инфекции наблюдается у пациента, страдающего тяжелым хроническим заболеванием, длительно находящегося в стационаре и имеющего самый прямой контакт с разными сотрудниками лечебного учреждения.

Не редко встречаются постинъекционные осложнения – инфильтрат и абсцесс. Причем причиной абсцессов являются:

1. Загрязненные (инфицированные) руками сестринского персонала шприцы и иглы.

2. Загрязненные (инфицированные) лекарственные растворы (инфицирование происходит при введении иглы через загрязненную пробку флакона).

3. Нарушение правил обработки рук персонала и кожи пациента в области места инъекции.

4. Недостаточная длина иглы для внутримышечной инъекции.

В связи с тем, что руки персонала очень часто являются переносчиком инфекции, очень важно уметь мыть руки и относиться к этому с должной ответственностью.

Пациентов с хирургическими заболеваниями беспокоят боль, стресс, диспептические нарушения, расстройства функций кишечника, суженные способности к самообслуживанию и недостаток общения. Постоянное присутствие рядом с больным медсестры приводит к тому, что медсестра становится основным связующим звеном между пациентом и внешним миром. Медсестра видит, что приходится испытывать пациентам и их семьям, и вносит в уход за больными сочувственное понимание.

Главная задача медсестры заключается в том, чтобы облегчить боль и страдания пациента, помочь в выздоровлении, в восстановлении нормальной жизнедеятельности.

Способность к выполнению основных элементов самообслуживания у пациента с хирургической патологией сильно ограничена. Своевременное внимание медсестры к выполнению пациентом необходимых элементов лечения и самообслуживания становится первым шагом к реабилитации.

В процессе ухода важно помнить не только об основных потребностях человека в питье, еде, сне и т.п., но и о потребностях конкретного пациента – его привычках, интересах, ритме его жизни до начала болезни. Сестринский процесс позволяет грамотно, квалифицированно и профессионально решить как настоящие, так и потенциальные проблемы пациента, связанные с его здоровьем[[5]](#footnote-5).

Компонентами сестринского процесса является сестринское обследование, постановка сестринского диагноза (определение потребностей и выявление проблем), планирование помощи, направленной на удовлетворение выявленных потребностей и решение проблем), выполнение плана сестринских вмешательств и оценка полученных результатов.

Цель обследования пациента заключается в том, чтобы собрать, оценить и обобщить полученную информацию. Главная роль в обследовании принадлежит расспросу. Источником информации становится в первую очередь сам пациент, который излагает собственные предположения о состоянии своего здоровья. Источниками информации могут быть также члены семьи больного, его коллеги, друзья.

Как только медсестра приступила к анализу полученных в ходе обследования данных, начинается следующий этап сестринского процесса – постановка сестринского диагноза и выявление проблем пациента).

В отличие от врачебного сестринский диагноз нацелен на выявление реакций организма на заболевание (боль, гипертермия, слабость, беспокойство и т.п.). Сестринский диагноз может изменяться ежедневно и даже в течение дня по мере того, как изменяются реакции организма на болезнь. Сестринский диагноз предполагает сестринское лечение в пределах компетенции медсестры.

Например, под наблюдением находится 36 летний пациент с язвенной болезнью желудка. В данное время его беспокоят боль, стрессовое состояние, тошнота, слабость, плохой аппетит и сон, дефицит общения. Потенциальные проблемы – те, которые еще не существуют, но могут появиться с течением времени. У нашего пациента, который находится на строгом постельном режиме, потенциальными проблемами являются раздражительность, похудание, снижение тонуса мышц, нерегулярное опорожнение кишечника (запоры).

Для успешного разрешения проблем пациента медсестре необходимо их разделить на существующие и потенциальные.

Из существующих проблем первое, на что должна обратить внимание медсестра, это болевой синдром и стресс – первичные проблемы. Тошнота, снижение аппетита, плохой сон, дефицит общения – вторичные проблемы.

Из потенциальных проблем первичными, т.е. теми, на которые надо обратить внимание в первую очередь, является вероятность похудания и нерегулярное опорожнение кишечника. Вторичные проблемы – раздражительность, снижение тонуса мышц.

По каждой проблеме медсестра помечает себе план действий.

Решение существующих проблем: ввести обезболивающее средство, дать антацидные препараты, снять стрессовое состояние с помощью беседы, седативных средств, научить пациента максимально себя обслуживать, т.е. помочь ему адаптироваться к состоянию, чаще разговаривать с пациентом.

Решение потенциальных проблем: установить щадящую диету, проводить регулярное опорожнение кишечника, заниматься с пациентом лечебной физкультурой, проводить массаж мышц спины и конечностей, обучить членов семьи уходу за больными.

Потребность пациента в помощи может быть временной или постоянной. Возможно возникновение потребности в реабилитации. Временная помощь рассчитана на короткое время, когда существует ограничение самообслуживания при обострениях заболеваний, после хирургических вмешательств и т.д. Постоянная помощь требуется пациенту на протяжении всей жизни – после реконструктивных оперативных вмешательств на пищеводе, желудке и кишечнике и т.д[[6]](#footnote-6).

Важную роль в уходе за пациентами с хирургическими заболеваниями играют беседа и совет, который может дать медсестра в определенной ситуации. Эмоциональная, интеллектуальная и психологическая поддержка помогает больному подготовиться к настоящим или к предстоящим изменениям, возникающим из-за стресса, который всегда присутствует при обострении заболевания. Итак, сестринский уход нужен для того, чтобы помогать пациенту решать возникающие проблемы со здоровьем, не допускать ухудшения состояния и возникновения новых проблем со здоровьем.

***2.3 Сестринский процесс при проведении местной анестезии***

При подготовке к местной анестезии следует уделить внимание пациенту, объяснить ему о преимуществе местной анестезии. В беседе с пациентом необходимо убедить его, что операция будет проведена безболезненно, если пациент вовремя сообщит о появлении боли, которую можно прекратить, добавляя анестетик. Пациента надо тщательно осмотреть, особенно кожные покровы, где будет проводиться местная анестезия, так как при гнойничковых заболеваниях и раздражениях кожи проводить этот вид обезболивания нельзя. У пациента необходимо выяснить аллергические заболевания, особенно аллергию на анестетики. Перед анестезией измерить артериальное давление, температуру тела, подсчитать пульс. Перед премедикацией пациенту предложить опорожнить мочевой пузырь. За20—30 минут до операции провести премедикацию: ввести 0,1% раствор атропина, 1% раствор промедола и 1% раствор димедрола по 1 мл внутримышечно в одном шприце. Цель премедикации — снижение эмоционального возбуждения пациента, нейровегетативная стабилизация, профилактика аллергических реакций, уменьшение секреции желез, снижение реакции на внешние раздражители[[7]](#footnote-7). После проведенной премедикации нужно строго соблюдать постельный режим до окончания местной анестезии.

После местной анестезии необходимо уложить пациента в том положении, которого требует характер операции. Если есть на рушения общего состояния (тошнота, рвота, бледность кожных покровов, снижение артериального давления, головная боль, головокружение), то уложить пациента без подушки.

После любого вида обезболивания за пациентом надо наблюдать в течение двух часов: измерить артериальное давление и температуру тела, подсчитать пульс, осмотреть послеоперационную повязку. При осложнениях необходимо оказать медицинскую помощь и срочно вызвать врача.

При падении артериального давления необходимо пациента уложить горизонтально, ввести внутримышечно 1— мл кордиамина, подготовить до прихода врача 1% раствор мезатона, 0,2% раствор норадреналина, 5% раствор глюкозы, 0,05% ра створ строфантина или 0,06% раствор коргликона, преднизолон или гидрокортизон.

Медицинская сестра должна четко и правильно осуществлять сестринский процесс по этапам:

1.Сестринское обследование и оценка ситуации пациента.

Так как местная анестезия все-таки имеет небольшой процент осложнений, медицинской сестре необходимо выяснить, нет ли противопоказаний к проведению этого вида обезболивания.

В беседе с пациентом она объясняет цель и преимущества местной анестезии, получая согласие на ее проведение. Собрав необходимую субъективную и объективную информацию о состоянии здоровья пациента, сестра должна провести анализ, заполнить документацию с целью ее использования в качестве основы для сравнения в дальнейшем.

2.Диагностирование или определение проблем пациента.

При проведении местной анестезии могут быть поставлены следующие сестринские диагнозы:

I снижение двигательной активности, связанное с введением местноанестезирующих растворов;

I тошнота, рвота связанные с появившимся осложнением.

I боль, связанная с восстановлением чувствительности после операции;

I страх возможных осложнений.

После формирования всех сестринских диагнозов медсестра устанавливает их приоритетность[[8]](#footnote-8).

3. Планирование необходимой помощи пациенту и реализация плана сестринских вмешательств.

2.4. Уход за больными в послеоперационный период

Время с момента окончания операции до выписки больного из стационара называется послеоперационным периодом.

Состояние больных во время и после небольших по объему операций существенно не меняется, поэтому их лечение осуществляется в палатах хирургических отделений, где проходил предоперационный период. Особенность ухода за такими больными состоит в создании условий для заживления раны (беречь область операционной раны, повязку на ране).

После операций, сопровождающихся нарушением функций основных систем организма, больные переводятся из операционного зала в палату интенсивной терапии отделения реанимации. Перевод больного в хирургическое отделение осуществляется по достижении нормализации основных функциональных систем больного.

В настоящее время нет ни одного хирургического стационара, который бы не имел палаты или отделения интенсивной терапии, куда направляются больные для лечения в первые дни после операции.

Неотъемлемой функциональной частью специализированного отделения является отделение интенсивной терапии. Очень важно помнить о необходимости обеспечить максимально быстрое поступление больных, находящихся в критическом состоянии.

В отделении должна быть налажена быстрая и удобная связь с вспомогательными диагностическими службами и лабораториями. В связи с тем, что в данном отделении имеется многочисленная аппаратура для оказания неотложной помощи, медицинская сестра должна уделять максимум внимания правильному расположению оборудования, наиболее удобной организации рабочего места. Важно, чтобы доступ к койке больного был свободным со всех сторон, и вся аппаратура находилась в состоянии полной готовности к работе. Поэтому медицинская сестра при вступлении на дежурство обязана проверить работу всей аппаратуры, наличие необходимых лекарств, стерильного материала, кислорода в системе централизованной подачи и в баллонах.

Медицинская сестра в палатах интенсивной терапии должна обслуживать не более двух больных, поэтому в отделении работают одновременно 2 – 3 сестры. Каждая из них должна четко знать свои обязанности. Одна следит за показателями на мониторе, фиксирует изменения в состоянии больных на специальных бланках, другая производит инъекции и различные манипуляции. Контроль за состоянием больного является одной из наиболее важных и ответственных функций медицинской сестры специализированного отделения.

Своевременное информирование врача о всех малейших изменениях в состоянии больного или показателях поступивших анализов, данных аппаратов слежения, объема выделяемых и вводимых жидкостей и регистрация их в листе наблюдения является первейшей задачей медицинской сестры подобного подразделения[[9]](#footnote-9).

Палата хирургического отделения, где находятся больные, готовящиеся к операции, и больные, уже оперированные, требует безупречного санитарно-гигиенического состояния. Это достигается уборкой палат.

Выделяют ежедневную двукратную плановую уборку, текущую и генеральную уборку.

Ежедневная двукратная плановая уборка. Допустима только влажная уборка. Пол моют с мылом и раствором карбоната натрия, а после мытья дважды протирают выжатой тряпкой. Стены, окна, подоконники, батареи, двери протирают влажной тряпкой (водой с мылом, каустической содой, 0,5 % раствором нашатырного спирта, стиральными порошками с водой) дочиста с последующими протираниями их сухой тряпкой. Так же обрабатывают кровати, тумбочки, стулья, столы, шкафы и т. д. стойки для крепления инфузионных систем и их металлические детали должны быть обработаны после мытья 0,5 % раствором нашатырного спирта, после чего вытерты насухо.

Текущая уборка производится возле кровати больного в пределах площади, которая была загрязнена. Она требуется после перевязок, смены дренажей, постельного белья и др.

Генеральная уборка производится еженедельно. Она включает уборку палат с обработкой пола, потолка и стен дезинфицирующими растворами (например, 3 % раствором лизола или 2% раствором хлорамина). Особенно тщательно обрабатываются операционные, предоперационные и перевязочные залы. В нерабочее время в помещениях производится стерилизация УФО.

Хирургическим больным, длительно не способным самостоятельно совершать гигиенические процедуры, необходим уход за кожей в постели. Ежедневно утром следует мыть лицо и руки больного с помощью губки водой комнатной температуры с мылом, а также обтирать все его тело теплой водой (либо смесью 1/3 шампуня и 2/3 водки), просушивая после этого кожу полотенцем. Ноги моют два раза в неделю в тазу, поставленном на кровать. Во время проведения гигиенических процедур следует избегать сквозняков, проветривания палат и т. д[[10]](#footnote-10).

У пожилых, ослабленных и истощенных больных необходимо обеспечить профилактику пролежней (некроз мягких тканей кожи и подкожной клетчатки в результате расстройства кровообращения). С этой целью следует часто поворачивать больного, под места наибольшего давления подкладывать слабо надутые резиновые круги.

Выполняя сестринское вмешательство, надо быть твердо уверенным в правильной подготовке пациента к проведению специальных действий и в алгоритме действий, указанных в планировании[[11]](#footnote-11).

Глава 3. Статистика

***3.1 Опыт применения сестринского процесса***

В сентябре 2014 года на заседании правления Межрегиональной ассоциации медицинских сестер (МАМС) были определены регионы для проведения эксперимента по внедрению сестринского процесса.

При внедрении сестринского процесса в различных клиниках преследовались следующие цели[[12]](#footnote-12):

– улучшение качества сестринской помощи;

– создание системы профессионального ухода за пациентами в отделениях;

– улучшение условий пребывания пациента в стационаре;

– повышение профессионализма медицинской сестры;

– повышение престижа профессии медицинской сестры;

– улучшение условий труда медицинской сестры на основе внедрения новых медицинских технологий;

– внедрение научной организации труда;

– снижение числа осложнений.

Результаты внедрения сестринского процесса в Московской областной клинике хирургического диспансера отразились на многих показателях работы отделений: увеличилось число пациентов, которым было проведено необходимое лечение; увеличился оборот койки; по отзывам пациентов улучшился уход и возросло качество лечения. За время внедрения сестринского процесса со стороны пациентов не поступило ни одного нарекания.

В отделениях клиники была введена должность медицинской сестры – координатора, основной задачей которой являлось управление и координация деятельности сестринского персонала по осуществлению сестринского процесса, организация взаимодействия с другими службами диспансера. Сами медицинские сестры стали получать больше удовлетворения от своей работы, повысилась их самооценка, возросло ощущение собственной значимости.

По отзывам врачей, значительно улучшилось уход за пациентами, которые с введением сестринского процесса находились под постоянным медицинским наблюдением, врач получает более полную информацию о самочувствии пациента.

В рамках этой программы был разработан пакет необходимой сестринской документации, который включал[[13]](#footnote-13):

1. Положение об организации сестринского процесса в лечебно – профилактическом учреждении;

2. Должностную инструкцию палатной медицинской сестры;

3. Карту действий медицинской сестры по уходу за пациентом;

4. Карту проблем пациента,

5. Стандартные листы сестринского ухода при основных заболеваниях;

6. Анкету для пациентов.

Для осуществления сестринского процесса в хирургическом отделении были организованы 2 сестринские бригады, каждая из которых обслуживала по 20 пациентов. Введена должность медицинской сестры – координатора и определены её должностные инструкции. В отделении большое внимание уделялось обеспечению высокой культуры общения и соблюдению должного внешнего вида.

Помня о том, что медицинская сестра не просто исполнитель назначений врача, а творчески мыслящий, активный член лечебной бригады, они изменили стиль общения сестры с пациентами. В обязанность медицинских сестер входило объяснение пациентам целей назначения препаратов и схем лечения, смысла соблюдения предписанного режима. В рамках своей компетенции медицинская сестра могла давать советы по режиму дня и диете. Для этого было проведено обучение медицинского персонала психологии общения.

Стремление к высокой культуре ухода, доброжелательность, незамедлительное оказание медицинской помощи и качественное выполнение назначений врача прививались молодым медицинским сестрами непосредственно в процессе работы.

Были разработаны формы сестринской медицинской документации для осуществления сестринского процесса, которые включали[[14]](#footnote-14):

1. Сестринскую историю болезни;

2. Стандарты ухода за пациентками;

3. Карту сестринского ухода и наблюдения за пациенткой;

4. Лист динамического наблюдения за пациентками после операции;

5. Анкету, заполняемую пациентками при выписке;

6. Карту оценки работы палатной медсестры[[15]](#footnote-15).

Результаты нововведения показали, что увеличилась пропускная способность отделения, сократилась средняя продолжительность лечения, возросла хирургическая активность и сократился процент послеоперационных осложнений. Эти показатели напрямую были связаны с внедрением сестринского процесса, что позволило повысить качество сестринского ухода и культуру работы отделения в целом.

Анализ работы медицинских сестер, участвующих в эксперименте, проводился на основании изучения 100 сестринских историй болезни, а также 200 анкет, заполненных пациентками при выписке. Процентное соотношение проблем пациентов в хирургическом отделении было следующим: 78% составили физиологические проблемы; 22% – психологические. Естественно, физиологические проблемы были преобладающими, однако, количество выявленных психологических проблем у пациенок хирургического отделения указывает на необходимость проведения медицинской сестрой большой работы и в этом направлении.

При определении физиологических проблем на первом месте стояли проблемы, связанные с операцией, которые распределились следующим образом:

1. ограничение движения – 32%,

2. боли – 21%,

3. слабость – 18%,

4. нарушение функции мочеиспускания – 12%,

5. запоры и метеоризм – 8, 8%,

6. другие проблемы – 8,2%.

В указанных проблемах четко было отражено состояние организма на конкретный период времени. Естественно, что медицинская сестра должна решать эти проблемы совместно с врачом, но определённую часть из них, как своевременное обезболивание, адекватное восполнение организма пациентки жидкостью она может решать самостоятельно.

Выявленные психологические проблемы, распределились следующим образом[[16]](#footnote-16):

1. страх перед операцией – 38%,

2. тоска по дому – 29%,

3. плохой сон – 16,5%,

4. снижение настроения – 14,8%,

5. чувство одиночества – 1,7%.

Результаты эксперимента были признаны положительными. Благодаря внедрению сестринского процесса улучшились показатели работы отделения, сократился средний срок пребывания пациентов в отделении на 4 койко-дня.

Заключение

Во многих случаях результат хирургического лечения зависит от своевременно и правильно оказанной первой помощи, которую чаще осуществляет средний медицинский персонал.

Участие медицинской сестры в лечении хирургического пациента не менее важно, чем участие хирурга, так как конечный результат операции зависит от тщательной подготовки пациента к операции, пунктуального выполнения назначений врача и грамотного ухода за пациентом в послеоперационный период и в период реабилитации.

Характер деятельности медицинской сестры зависит от того, в каком медицинском подразделении она работает.

Современная медицинская сестра — это не просто помощник врача. Ее профессионализм, организация и практическое осуществление своих обязанностей по обслуживанию пациентов согласно требованиям сестринского процесса проявляются в квалифицированной помощи пациенту хирургического отделения.

Уровень развития хирургии в настоящее время требует подготовки медицинской сестры, обладающей профессиональными сестринскими знаниями о реакции организма на травму, в том числе операционную, о жизненно важных потребностях пациента и способах их удовлетворения, о возникающих при этом проблемах, профилактике инфекций, в полной мере владеющей навыками по уходу за пациентом, по общению с ним и его родственниками.

Внедрение сестринского процесса хирургическом отделении:

- способствует выделению из ряда существующих потребностей

приоритетов по уходу и ожидаемых результатов. Приоритетными проблемами являются проблемы безопасности (операционной, инфекционной, психологической); проблемы связанные с болью, временным или стойким нарушением функций органов и систем; проблемы связанные с сохранением достоинства, так как ни в полной другой области медицины пациент не оказывается столь беззащитным, как в хирургическом отделении во время операции.

- определяет план действий медсестры, стратегию, направленную на

удовлетворение нужд пациента с учетом особенностей хирургической патологии.

- с его помощью оценивается эффективность проведенной хирургической

работы, профессионализм хирургического вмешательства.

- гарантирует качество оказания помощи, которое можно контролировать.

Именно в хирургии наиболее значимо применение стандартов хирургического вмешательства.

Список использованной литературы

Барыкина Н.В., Зарянская В.Г. Сестринское дело в хирургии. – Ростов–на–Дону “Феникс” , 2013 г.-С.345.

Грицук И.Р., Ванькович И.К. Сестринское дело в хирургии/ - Минск, Вышейшая школа, 2011 г.-С.125.

Колотилова И.А., Рыбочкина Т.В. Опорные конспекты по “СД в хирургии”.- СПб, 2014 г.-С.523.

Мухина С.А., Тарновский И.И. Атлас по манипуляционной технике сестринского ухода, - М, АНМИ, 2012 г.- С. 822.

Медицинский справочник “Спасение 03 или первая помощь при несчастных случаях”, С.- Петербург, “Герион”, 2014 г.- С.722.

Стецюк В.Г. Сестринское дело в хирургии (учебное пособие для медицинских училищ и колледжей) - Москва, Издательский дом ГЭОТАР-МЕД, 2011 г.- С.228.

Стецюк В.Г. Пособие по хирургическим манипуляциям.— М.: Медицина, 2012 г.-С. 692.

Справочник медицинской сестры по уходу / под ред. Н.Р. Палеева,- М., Альянс - В, 2013 г.- С.84.

Хирургия: пер. с англ. Главный редактор. Лопухин Ю.М., Савельев В.С.— М.: ГЭОТАР Медицина, 2011 г.- С. 482.

Шершень Т.А. “Неотложные состояния”, Минск, “Беларусь”, 2014 г.- С.322.

Размещено на Allbest.ru

1. Стецюк В.Г. Пособие по хирургическим манипуляциям.— М.: Медицина, 2012 г.-С. 202. [↑](#footnote-ref-1)
2. Барыкина Н.В., Зарянская В.Г. Сестринское дело в хирургии. – Ростов–на–Дону “Феникс” , 2013 г.-С.14-16. [↑](#footnote-ref-2)
3. Шершень Т.А. “Неотложные состояния”, Минск, “Беларусь”, 2014 г.- С.148. [↑](#footnote-ref-3)
4. Грицук И.Р., Ванькович И.К. Сестринское дело в хирургии/ - Минск, Вышейшая школа, 2011 г.-С.81-82. [↑](#footnote-ref-4)
5. Хирургия: пер. с англ. Главный редактор. Лопухин Ю.М., Савельев В.С.— М.: ГЭОТАР Медицина, 2011 г.- С. 48-49. [↑](#footnote-ref-5)
6. Хирургия: пер. с англ. Главный редактор. Лопухин Ю.М., Савельев В.С.— М.: ГЭОТАР Медицина, 2011 г.- С. 138. [↑](#footnote-ref-6)
7. Барыкина Н.В., Зарянская В.Г. Сестринское дело в хирургии. – Ростов–на–Дону “Феникс” , 2013 г.-С.98. [↑](#footnote-ref-7)
8. Барыкина Н.В., Зарянская В.Г. Сестринское дело в хирургии. – Ростов–на–Дону “Феникс” , 2013 г.-С.100. [↑](#footnote-ref-8)
9. Стецюк В.Г. Пособие по хирургическим манипуляциям.— М.: Медицина, 2012 г.-С. 259. [↑](#footnote-ref-9)
10. Стецюк В.Г. Сестринское дело в хирургии (учебное пособие для медицинских училищ и колледжей) - Москва, Издательский дом ГЭОТАР-МЕД, 2011 г.- С.107. [↑](#footnote-ref-10)
11. Медицинский справочник “Спасение 03 или первая помощь при несчастных случаях”, С.- Петербург, “Герион”, 2014 г.- С.344. [↑](#footnote-ref-11)
12. Мухина С.А., Тарновский И.И. Атлас по манипуляционной технике сестринского ухода, - М, АНМИ, 2012 г.- С.343. [↑](#footnote-ref-12)
13. Колотилова И.А., Рыбочкина Т.В. Опорные конспекты по “СД в хирургии”.- СПб, 2014 г.-С.324. [↑](#footnote-ref-13)
14. Грицук И.Р., Ванькович И.К. Сестринское дело в хирургии/ - Минск, Вышейшая школа, 2011 г.-С.74. [↑](#footnote-ref-14)
15. Грицук И.Р., Ванькович И.К. Сестринское дело в хирургии/ - Минск, Вышейшая школа, 2011 г.-С.64. [↑](#footnote-ref-15)
16. Барыкина Н.В., Зарянская В.Г. Сестринское дело в хирургии. – Ростов–на–Дону “Феникс” , 2013 г.-С.196. [↑](#footnote-ref-16)