**Лекция**

**Тема: «Оказание медицинской помощи в ситуации «остро заболевший ребёнок»**

Лечебная работа в ДП имеет свои особенности и подразделяется на:

* оказание медицинской помощи остро заболевшим детям на дому;
* долечивание детей-реконвалесцентов в ДП;
* лечение диспансерных больных.

Оказание медицинской неотложной помощи на дому — важная часть работы ; она составляет до 40% нагрузки.

Вызовы, поступающие в ДП по телефону, лично от родителей, активно из ССП, стационаров, родильного дома, регистрируются в журнале вызовов участка, и на каждого ребенка сразу же оформляется статистический талон.

На дому осматриваются все температурящие дети, либо бывшие в контакте с инфекционными больными, дети-инвалиды. Участковый педиатр посещает боль­ных на дому в день поступления вызова. В первую очередь обслуживаются дети раннего возраста, затем высоколихорадящие и далее — менее срочные.

Во время первого визита необходимо:

* раздеть ребенка, измерить температуру;
* подробно выяснить жалобы с их детализацией, анамнез заболевания, эпиде­миологический анамнез;
* оценить тяжесть состояния, провести осмотр по всем органам и системам;
* поставить предварительный (окончательный) диагноз;
* решить вопрос о месте лечения (дома, в стационаре).

Больным, оставленным дома, назначаются лечение, необходимое обследование, консультации (по показаниям). Пациенты наблюдаются участковым педиатром и медицинской сестрой до выздоровления; причем дети раннего возраста осматриваются ежедневно. Бо­лее старшие дети осматриваются в зависимости от тяжести состояния и в период реконвалесценции приглашаются на прием в ДП с учетом эпидемиологи­ческого анамнеза.

**При необходимости оказания экстренной помощи следует:**

* определить эти показания, их объем и последовательность;
* осуществить экстренную помощь (ИВЛ, дыхание «изо рта в рот», через маску, массаж сердца, иммобилизацию при переломе, остановку кровотечения, промы­вание желудка и др.).

Для оказания экстренной помощи у педиатра имеется аптечка (приказ М3 РФ от 16.04.2012 № 366н), в которой должны быть жаропонижающие препараты, сердечные, гормоны (преднизолон, дексаметазон или гидрокортизон), бронхолитики в аэрозолях, таблетках, антигистаминные, противосудорожные, анальгетики, левомицетин для инъекций, шприцы, вата, спирт, бинт.

При решении вопроса о госпитализацииучитываются тяжесть и характер заболевания, возраст ребенка, особенности его реакции на лечение, социальные и бытовые условия.

При экстренной госпитализации врач вызывает «перевозку» ССП и передает больного «с рук на руки».

**Обязательной госпитализацииподлежат:**

новорожденные, недоношенные, дети до 1 года с неблагоприятным преморбидным фоном, с острой хирургической патологией, все дети с выраженной тяжестью состояния независимо от возраста, по социальным причинам. В настоящее время госпитализируются все дети с крупом и с ангинами (фолликулярные, лакунарные).

Алгоритм госпитализации:

1. Определить показания (экстренная, плановая).
2. Определить профиль стационара в соответствии с характером и тяжестью заболевания, его осложнениями (отделение соматическое, инфекционное, реани­мационное, специализированное).
3. Определить вид транспортировки, ее риск, необходимость сопровождения больного медицинским персоналом.
4. Оформить направление, указав место госпитализации (больница), Ф.И.О., дату рождения ребенка, адрес, диагноз, эпидокружение.
5. Обязательно указываются длительность заболевания, его динамика, прово­дившееся обследование и лечение (если они были). Эти данные облегчат работу врача приемного отделения стационара.
6. Кроме того, необходимо проставить номер страхового полиса, дату направ­ления и подпись врача.
7. На детей раннего возраста, выписанных из стационара или ушедших само­вольно, в ДП передаются «активы», и участковый педиатр наблюдает их до выздо­ровления.

Больше всего вопросов и сомнений вызывает у родителей экстренная госпитализация. В этом случае нет времени выбирать врачей и больницы, ведь состояние ребёнка не терпит отлагательств. По закону, один из родителей имеет право находиться с ребёнком до 15-летнего возраста всё время его лечения в стационаре. По правилам многих больниц, пребывание с ребёнком разрешается , если ребёнок младше 3-х лет. Подобные правила противоречат федеральному закону «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 22.07.1993г № 5487-1. Согласно санитарно-гигиеническим требованиям, родителей могут не пустить в реанимацию или операционную, но во всех остальных случаях они могут круглосуточно находиться рядом со своим ребёнком. Нередко психологическая подготовка к госпитализации ребёнка , особенно для оперативного вмешательства, должна проводиться на догоспитальном этапе не ребёнку, а родителям. Очень важно, чтобы естественное волнение родителей за исход лечения не передавалось ребёнку.

**Сестринский процесс как метод практического осуществления**

**медсестрой своих обязанностей на научной основе, состоит из пяти**

**этапов.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Этап | Цель | Последовательность | Практика |
| 1-й | Сбор информации | Сестринское обследование | Первичная оценка состояния пациента |
| 2-й | Определение проблем пациента и его семьи | Сестринская диагностика, или определение проблем пациента | Интерпритация данных |
| 3-й | Определение целей и планирование сестринской помощи | Постановка целей | Планирование сестринского вмешательства (уход за ребёнком) |
| 4-й | Реализация | Реализация | Реализация плана ухода |
| 5-й | Оценка, коррекция результата (ухода) | Оценка эффективности ухода | Итоговая оценка состояния пациента |

Потребность – это психологический и физиологический дефицит того, что существенно для здоровья и благополучия человека. Задача медсестры – обеспечить пациенту максимальный комфорт, в пределах своей компетенции постараться облегчить его состояние.

В процессе работы медсестра выполняет:

Зависимые ддействия – выполнение назначений врача;

Взаимозависимые – ассестирование;

Независимые – действия, которые выполняются по собственной инициативе, руководствуясь собственными соображениями без прямого назначения врача. Т.е. – осуществление профессионального ухода, связанного с проблемами пациента, больного ребёнка.

Для медицинской сестры важны не столько важны причины нарушения функций различных органов и систем, сколько внешние проявления заболевания как результат глубокого нарушения функций организма и основная причина дискомфорта.

В педиатрии наиболее важен уход за ребёнком, и он является квалифицированным в случае, если отвечает трём необходимым требованиям: научности, системности, индивидуальности.

**Первый этап сестринского процесса в педиатрии**

***1.Особенности сбора информации о ребёнке***

Поскольку речь идёт о ребёнке, то сбор информации будет отличаться от такового у взрослых. Основной его особенностью является невозможность получить необходимую информацию от пациента. Следовательно, чтобы выполнить субъективное исследование ( получить сведения о ребёнке), необходимо провести беседу с родителями, посмотреть предшествующую документацию (амбулаторная карта развития ребёнка из детской поликлиники) и только потом приступить к квалифицированному объективному обследованию.

**Карта сестринской истории болезни должна включать разделы:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Раздел | Характеристика |
| 1 | Паспортная часть | Сведения о ребёнке и родителях |
| 2 | Информация о прививках | Согласно национальному календарю прививок |
| 3 | Врачебный диагноз | Выписывается из истории болезни ребёнка |
| 4 | Реакция ребёнка | Наличие проблем и трудностей, возникающих у ребёнка при госпитализации |
| 5 | Субъективное обследование | Жалобы ( со слов ребёнка и родителей), а также активно выявленные; анамнез заболевания (с описанием динамики состояния, полученного лечения и его эффективности)); анамнез жизни; аллергический анамнез; гинекологический анамнез (у девочек-подростков); эпидемиологический анамнез |
| 6 | Объективное обследование | Оценка ФР; сознание и положение в постели; кожный покров и слизистые оболочки; ПЖС; лимфатические узлы; костно-мышечная система; органы дыхания; органы кровообращения; органы пищеварения; органы мочевыделения; железы внутренней секреции; нервная система (для детей – указание на степень НПР); на 1-м году – подробное описание умений и навыков; вскармливание (питание) – общие сведения и индивидуальные особенности |
| 7 | Заключение | Перечисление выявленных нарушенных потребностей и в соответствии с ними сестринских диагнозов по приоритету |

Объективное обследование сестрой, или оценка состояния пациента при поступлении, включает оценку ЧДД ; ЧСС ; А\Д; естественных отправлений, способности к передвижению, еде, питью.

**Без знания анатомо-физиологических особенностей детей в различные возрастные периоды получение информации о ребёнке крайне затруднительно!**

**Второй этап сестринского процесса в педиатрии**

Сестринская диагностика проблем пациента.

На втором этапе сестринского процесса медицинская сестра :

1. Анализирует результаты проведенных обследований
2. Определяет, с какой проблемой здоровья сталкивается пациент и его семья
3. Формулирует сестринский диагноз

**Третий этап сестринского процесса в педиатрии**

На третьем этапе сестринского процесса медицинская сестра, учитывая выявленные нарушенные потребности и возникшие в связи с этим проблемы пациента:

1.Выделяет приоритетные проблемы

2. Составляет план сестринских вмешательств на приоритетные проблемы (планирует сестринскую помощь)

3. Определяет цели и сроки реализации сестринской помощи пациенту.

**Проблема** пациента в сестринском диагнозе – это состояние здоровья пациента, установленное в результате проведенного сестринского обследования и требующее вмешательства со стороны медицинской сестры. Проблемы могут быть потенциальными и актуальными; требующие оказания неотложной помощи (первичные) и не имеющие отношения к данному заболеванию (вторичные).

**Приоритеты** - это последовательность первоочередных, самых важных проблем пациента, выделяемых для установления очерёдности сестринских вмешательств, их не должно быть много – не больше 2-3х.

|  |  |
| --- | --- |
| Проблемы | Характеристика |
| Психоэмоциональные | Психологический стресс; нарушение речевого общения; чувство заброшенности; высокий уровень тревожности; бессилие; неэффективные механизмы совладения со стрессом (страх, апатия, депрессия); чувство беспомощности; дефицит общения; недоверие к медицинскому персоналу; страх смерти; зависимость от родственников, медработников и т.д.; отрицание болезни; несоблюдение требований режима; реакция на смену обстановки и т.д. |
| Социально-бытовые | Социальная изоляция (к примеру, у подростка при постоянной работе с компьютерами) ; ограничение прав (настоящее и потенциальное); нарушение семейных коммуникаций, в том числе отказ семьи от ребёнка; высокий риск заражения окружающих и окружающими и т.д. |
| Приоритетные | Все сложные состояния; наиболее тягостные для пациента проблемы в настоящий момент, приводящие к различным осложнениям и ухудшению состояния пациента, к разрешению ряда других проблем и ограничивающие способность пациента к самоуходу |

После обследования, установления диагноза и определения приоритетных (первичных) проблем пациента сестра формулирует цели ухода, ожидаемые результаты и сроки, а также методы, способы, приёмы т.е. сестринские действия, которые необходимы для достижения поставленных целей.

Необходимо путём квалифицированного ухода устранить все осложняющие болезнь условия, чтобы она приняла своё естественное течение.

**Четвёртый этап сестринского процесса**

Четвёртым этапом сестринского процесса является сестринское вмешательство, в педиатрии – реализация плана ухода. Его целью является сделать всё необходимое для выполнения намеченного плана ухода за ребёнком.

Методы возможных сестринских вмешательств:

* Оказание ежедневной помощи в активности повседневной жизни
* Выполнение технических манипуляций
* Оказание психологической помощи и поддержки
* Обучение и консультирование больного ребёнка и членов его семьи
* Профилактика осложнений и укрепление здоровья
* Меры по спасению жизни
* Создание оздоровительной атмосферы, благоприятной для удовлетворения основных потребностей ребёнка, в частности в свободе и независимости, безопасности, общении и др.

Пятый этап сестринского процесса

Определение степени достижения цели и оценка результата в педиатрии – это оценка эффективности ухода. Целью является оценка реакции пациента на сестринский уход, анализ качества оказанной помощи, оценка полученных результатов и подведение итогов.

План сестринских вмешательств при необходимости пересматривается, прерывается или изменяется. Если цели не достигнуты, то оценка позволяет увидеть мешающие факторы. Медсестра должна выяснить причину допущенной ошибки.

Задачи, стоящие перед медсестрой при оценке эффективности ухода:

* Оценка успехов в достижении целей. Позволяющих измерить качество ухода
* Изучение ответной реакции пациента на медперсонал, лечение, удовлетворённости фактом пребывания в стационаре, пожеланий
* Профессиональный поиск и оценка возникающих проблем

Систематический процесс оценки требует от медсестры навыка мыслить аналитически при сравнении ожидаемых результатов с достигнутыми. Если поставленные цели достигнуты, проблема решена, то медсестра расписывается и проставляет дату в документации (сестринской истории болезни) по проведению сестринского процесса.

Новое состояние пациента может быть лучше прежнего состояния, без изменений и хуже прежнего состояния.

Если цели не достигнуты, медсестре необходимо:

- выяснить причину – провести поиск допущенных ошибок;

- изменить саму цель – сделать её более реалистичной;

- пересмотреть сроки достижения цели;

- внести необходимые коррективы в план сестринской помощи.

**Учётная документация**

Вся информация о пациенте обязательно сообщается врачу, который оказывает больному ребёнку помощь, в том числе психологическую. Медсестра осуществляет вмешательства, которые фиксирует в карте сестринского ухода. Карта сестринского процесса может храниться в тумбочке больного, в ней сам больной или ухаживающие за ним лица могут записывать свои (его) проблемы, которые он обговаривает с медсестрой. Проблемы больного медицинская сестра должна записывать на его языке, чтобы в дальнейшем легче было их с ним обсуждать. Кроме того, в сестринской карте отделения раннего возраста должны быть следующие ежедневные отметки:

- массы ребёнка и контрольного взвешивания ребёнка при вскармливании грудью;

- контроля съеденного прикорма и молочной смеси;

- стула и его характера;

- диуреза с определением количества мочи.

По указанию врача у тяжелобольных детей требуется ежедневное определение ЧДД, пульса, детям старшего возраста – А/Д.

Эти параметры помимо карты переносятся в температурный лист истории болезни ребёнка. Карта сестринского процесса передаётся по кругу от одной дежурной сестры к другой медсестре (палатной, дежурной), и каждая медсестра вновь приступившая к работе, подключается к сестринскому процессу и обсуждает с ребёнком или его родителями динамику проблем. Которые уже были записаны предыдущей сестрой, а также выполняет обязательные измерения по указанию врача. И каждая медсестра, устанавливая очерёдность сестринских вмешательств и рационально распределяя своё рабочее время, кроме всех настоящих проблем пациента, запмсывает его приоритетные проблемы.