

**С.А. Мухина
И.И. Тарновская**

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

УЧЕБНИК ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧИЛИЩ И КОЛЛЕДЖЕЙ



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Глава 1. Сущность сестринского дела	5
1.1. Сестринское дело как профессия	6
1.2. Новое содержание сестринского дела	8
1.3. Что такое здоровье?	21
1.4. Сестринская деонтология	26
Глава 2. История сестринского дела	28
Глава 3. Потребности человека	46
3.1. Уровни потребностей человека по А. Маслоу	47
Глава 4. Общение	61
4.1. Общение в сестринском деле	62
4.2. Техника общения	63
4.3. Способы коммуникации	64
4.4. Уверенная манера общения	73
4.5. Общение — неотъемлемый компонент сестринского дела	74
Глава 5. Обучение в сестринском деле	75
5.1. Обучение — одна из функций сестринского дела	76
5.2. Сферы обучения	77
5.3. Условия эффективности обучения	77
5.4. Процесс обучения	79
Глава 6. Модели сестринского ухода	84
6.1. Основные положения моделей	85
6.2. Врачебная (медицинская) модель	89
6.3. Модель В. Хендерсон	91
6.4. Модель Н. Роупер, В. Логан и А. Тайэрни	95
6.5. Модель Д. Джонсон	99
6.6. Адаптационная модель сестринского дела К. Рой	103
6.7. Модель Д. Орем	108
6.8. Модели сестринского дела: одна или несколько?	113
Глава 7. Сестринский процесс	116
7.1. Общие положения	118
7.2. Оценка состояния (обследование) пациента	120

7.3. Интерпретация полученных данных	133
7.4. Планирование ухода.	137
7.5. Выполнение (реализация) плана сестринского ухода.	142
7.6. Оценка эффективности ухода.	144
Глава 8. Возможности применения адаптированной авторами модели ухода В. Хендерсон	149
8.1. Потребность в нормальном дыхании.	152
8.2. Потребность в адекватном питании и питье	161
8.3. Потребность в физиологических отправлениях	165
8.4. Потребность в движении	170
8.5. Потребность в сне и отдыхе	191
8.6. Потребность в одежде и личной гигиене.	196
8.7. Потребность в поддержании нормальной температуры тела.	202
8.8. Потребность в поддержании безопасной окружающей среды	207
8.9. Потребность в общении	215
8.10. Потребность в труде и отдыхе.	226
Глава 9. Стресс и адаптация	236
9.1. Сущность стресса.	237
9.2. Реакции на стрессоры	241
9.3. Сестринская помощь при адаптации к стрессу	247
Глава 10. Питание и физические упражнения	258
10.1. Питание.	260
10.2. Физические упражнения.	271
Глава 11. Боль и сестринский процесс	274
11.1. Ощущение боли	275
11.2. Физическая сторона боли	276
11.3. Реакция на боль	278
11.4. Виды боли	279
11.5. Сестринский процесс при боли.	280
Глава 12. Качество медицинской помощи — одна из составляющих качества жизни.	292
12.1. Понятие качества жизни (основные аспекты)	294
12.2. Качество медицинской помощи (основные аспекты и методология его обеспечения).	300
12.3. Система качества ЛПУ (основные положения)	304
12.4. Школы пациента — путь к качеству медицинской помощи	319
Приложения	333
Список литературы	363

**С.А. Мухина
И.И. Тарновская**

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

**УЧЕБНИК ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ
УЧИЛИЩ И КОЛЛЕДЖЕЙ**

**2-е издание,
исправленное и дополненное**

Рекомендовано Российской академией медицинских наук в качестве учебника для студентов учреждений среднего профессионального образования, обучающихся по специальностям 060109.51 «Сестринское дело», 060101.52 «Лечебное дело», 060102.51 «Акушерское дело»



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2009



УДК 614.253.52

ББК 51.1(2)

М92

Рецензенты:

Соловьева Н.А. — зам. начальника отдела государственной службы и кадров Департамента здравоохранения города Москвы;

Коваленко Т.В. — директор ГОУ СПО Медицинского колледжа №2 Департамента здравоохранения города Москвы, заслуженный учитель РФ.

Мухина С.А., Тарновская И.И.

М92 Теоретические основы сестринского дела: учебник. — 2-е изд., исправл. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 368 с.: ил.

ISBN 978-5-9704-1066-0

Учебник «Теоретические основы сестринского дела» написан в соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования и адресован студентам медицинских училищ и колледжей, обучающимся по специальностям «Сестринское дело», «Акушерское дело», «Лечебное дело» (квалификация фельдшер).

Предлагаемое читателю новое переработанное издание «Теоретические основы сестринского дела» предназначено для изучения предмета «Основы сестринского дела».

В книгу введена новая глава «Качество медицинской помощи — одна из составляющих качества жизни», которая позволит студентам оценивать качество сестринской помощи пациентам, даст возможность научного исследования в сестринском деле.

Хочется верить, что учебник поможет преподавателям, студентам медицинских колледжей и училищ базового и повышенного уровней подготовки, слушателям дополнительного последилового образования, студентам факультетов высшего сестринского образования (ВСО) и практикующему сестринскому персоналу по-новому взглянуть на функции специалистов сестринского дела, поднять качество сестринской помощи на должный уровень.

УДК 614.253.52

ББК 51.1(2)

Права на данное издание принадлежат издательской группе «ГЭОТАР-Медиа». Воспроизведение и распространение в каком бы то ни было виде части или целого издания не могут быть осуществлены без письменного разрешения издательской группы.

ISBN 978-5-9704-1066-0

© С.А. Мухина, И.И. Тарновская, 2007

© Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2009

Учебное издание

Мухина С.А., Тарновская И.И.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Подписано в печать 28.10.2008. Формат 60х90^{1/16}

Бумага офсетная. Печать офсетная. Объем 23 п.л.

Тираж 2000 экз. Заказ № 1931.

Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».
119828, Москва, ул. Малая Пироговская, 1а,
тел.: (495) 921-39-07, факс: 246-39-47,
e-mail: info@geotar.ru, http://www.geotar.ru

Отпечатано в ППП «Типография «Наука»».
121099, г. Москва, Шубинский пер., 6.

ISBN 978-5-9704-1066-0



ВВЕДЕНИЕ

Новый переработанный и дополненный учебник «Теоретические основы сестринского дела» предназначен для изучения предмета «Основы сестринского дела» в соответствии с современными требованиями государственных образовательных стандартов нового поколения по специальностям «Сестринское дело» 060109.51, «Лечебное дело» 060101.52, «Акушерское дело» 060102.51.

В главе 1 изложены сущность сестринского дела, его философия, содержащая элементы медицинской этики, этические ценности, добродетель, основные обязанности.

Об истории развития сестринского дела в России и за рубежом, о современной системе подготовки сестринского персонала в России, истории создания и задачах ассоциаций медицинских сестёр подробно написано в главе 2.

В главе 3 освещены основные потребности человека с использованием пирамиды американского психолога А. Маслоу.

Особое внимание уделяется технике коммуникации и обучения пациентов (главы 4, 5).

В главе 6 приводятся лишь несколько моделей сестринского дела, так как время, отведенное на данную дисциплину, ограничено.

Глава 7, посвящённая сестринскому процессу, позволит понять сущность каждого этапа и всего процесса в целом, его документирования и поможет внедрить сестринский процесс в лечебно-профилактические учреждения, используя модель В. Хендерсон с учётом рекомендаций Европейского регионального бюро ВОЗ, изложенных в рамках проекта «Лемон». Не исключается применение других известных или вновь созданных моделей, если они будут признаны сестринским персоналом наиболее оптимальными.

В главе 8 излагаются возможности модели В. Хендерсон, адаптированной к российским условиям, рассматривается первичная (сестринская) оценка состояния пациента, формулируются проблемы, определяются цели, объём сестринских вмешательств и оценка результатов ухода по 10 повседневным потребностям человека.

В Приложении к главе 8 даётся вариант заполнения сестринской документации, которая, на наш взгляд, поможет студентам при изучении сестринского процесса.

Глава 9 «Стресс и адаптация» расширена за счёт подробной информации о сестринской помощи при различных видах поведения, вызванных стрессом.

Глава 10 «Питание и движение» позволит студентам квалифицированно консультировать пациентов и их родственников по вопросам, связанным с питанием и физической нагрузкой.

Фрагмент ОСТА «Протокол ведения больных. Пролежни» ознакомит с новой формой нормативного документа и позволит использовать современные подходы к профилактике пролежней.

В главе 11 освещается проблема боли и предлагается несколько шкал оценки интенсивности боли, позволяющих сестре оказывать адекватную помощь пациенту.

В книгу введена новая 12 глава «Качество медицинской помощи — одна из составляющих качества жизни», которая раскрывает понятия качества жизни и медицинской помощи, их основные аспекты, задачи медицинского персонала в её обеспечении.

Мы надеемся, что учебник поможет преподавателям и студентам медицинских колледжей и училищ, а также студентам факультетов высшего сестринского образования и практикующему сестринскому персоналу по-новому взглянуть на сестринское дело и повысить качество сестринской помощи.

Огромная признательность всем, кто прямо или косвенно помог переиздать учебник, а также руководителям сестринских служб, персоналу лечебных учреждений, преподавателям и студентам сестринских факультетов медицинских училищ, колледжей, вузов за отзывы и замечания по содержанию и форме данного учебника.

СУЩНОСТЬ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Прочитав эту главу, Вы узнаете:

- о содержании специальности «Сестринское дело»;
- о сущности сестринского дела;
- о содержании, основных понятиях и этических элементах философии сестринского дела;
- о необходимости холистического подхода к здоровью;
- о некоторых моделях, объясняющих понятие «здоровье»;
- о сестринской деонтологии и содержании клятвы Флоренс Найтингейл.

Понятия и термины:

- **болезнь** — изменение физиологического, психосоциального и духовного состояния человека, которое приводит к снижению его возможностей в самоуходе и уменьшению продолжительности жизни [40];
- **личность** — общественная сущность человека [40];
- **«не навреди»** — этический принцип непричинения вреда;
- **основные потребности человека** — условия для роста и развития: физиологические, психологические и социальные потребности, необходимые для поддержания физиологического равновесия, психического и социального здоровья [40];

- *сестринское вмешательство (действие)* — содействие пациенту в продвижении к состоянию оптимального уровня здоровья в любой сложившейся ситуации путем запланированного ухода (используя сестринский процесс) и обеспечения соответствующих вмешательств [40];
- *холистический* — целостный [40];
- *этический кодекс медицинской сестры* — принципы, сформулированные представителями сестринской профессии для медицинских сестёр в каждой стране. Этот кодекс периодически пересматривается и дополняется новыми концепциями и достижениями в системе здравоохранения. Чаще всего он пропагандируется профессиональными ассоциациями медицинских сестёр, а также представлен в этическом кодексе Международного совета медицинских сестёр [40].

1.1. СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО КАК ПРОФЕССИЯ

Содержание сестринского дела менялось на протяжении веков так же, как менялись запросы общества и условия жизни. Сегодня однозначно ответить на вопрос, что такое сестринское дело, очень трудно. В настоящее время существует множество определений этого понятия. Каждое из них выводилось под влиянием целого ряда факторов: конкретного исторического периода, социально-экономического уровня и географического положения страны, потребностей в сестринской помощи, количества медицинских сестёр и выполняемых ими обязанности, взглядов и опыта человека, которые объясняют значение этого термина. Если попросить людей разного возраста, любых профессий и слоёв общества определить, что такое сестринское дело, то получим различные толкования.

Первое научное определение специальности «Сестринское дело» дала Ф. Найтингейл в «Записках об уходе» (1859). Она считала, что сестринское дело — это «действие по использованию окружающей пациента среды в целях содействия его выздоровлению». При этом цель сестринского ухода была сформулирована так: «Создать для пациента наилучшие условия для активации его собственных сил». Под «наилучшими условиями» Ф. Найтингейл подразумевала чистоту, свежий воздух, правильное питание. Называя сестринское дело искусством, она считала, что это искусство требует «организации, практической и научной подготовки». Ф. Найтингейл была твёрдо убеждена, что «по сути своей сестринское дело

как профессия отличается от врачебной деятельности и требует специальных, отличных от врачебных, знаний». Одно из определенных сестринского дела принадлежит американской медицинской сестре, преподавателю и исследователю Вирджинии Хендерсон. Международный совет медицинских сестёр в 1958 г. обратился к ней с просьбой сформулировать значение данного термина и написать книгу об основополагающих принципах ухода за пациентами. Она была названа «Основные принципы деятельности по уходу за пациентами» и переведена на 25 языков. Определение сестринского дела, данное В. Хендерсон в 1961 г., актуально до сих пор.

В. Хендерсон утверждает, что уникальной задачей медицинской сестры является оказание помощи человеку, больному или здоровому, в осуществлении действий, имеющих отношение к его здоровью, выздоровлению или спокойной смерти, какие бы предпринял он сам, обладая необходимыми силами, знаниями и волей. Медицинская сестра осуществляет эту работу, помогая пациенту выполнять все назначения, предписанные врачом, и быстрее обрести независимость. Она является членом бригады медицинской помощи, содействует другим (так же, как и последние ей), совместно с коллегами участвует в планировании и выполнении полной программы действий — будь то профилактика болезней, выздоровление или поддержка умирающего. Никто из участников бригады не может возлагать на другого такие тяжёлые обязанности, которые будут препятствовать выполнению непосредственных функций. Никто из медицинского персонала не должен отвлекаться от выполнения своей главной задачи, несмотря на необходимость производить уборку, вести записи, регистрацию и совершать другие действия. Все медицинские работники должны понимать, что центральной фигурой является пациент, а они все призваны служить ему. Усилия бригады медицинской помощи будут напрасны, если пациент не примет помощи и не участвует в ней. Чем скорее пациент сможет о себе заботиться, наблюдать за состоянием своего здоровья и выполнять назначения врача, тем лучше. Такой взгляд на медицинскую сестру, как на замену того, что недостаёт пациенту для «целости», «невредимости» или «независимости», может показаться несколько ограниченным. Однако это не так. Достигнуть названной цели трудно, поэтому задачи и функции медицинской сестры очень сложны.

Как редко встречаются люди умственно и физически «целые и невредимые»? В какой степени хорошее здоровье является наслед-

ственным, а в какой степени — приобретённым? Считается, что уровень умственного развития и образования связан с состоянием здоровья. И если крепкого здоровья трудно добиться большинству людей, то медицинской сестре помочь человеку в достижении этой цели намного сложнее. Она должна просто «встать на место» каждого пациента, чтобы понять его нужды. «Сестра то находится в сознании, то впадает в беспамятство, то любит жизнь, то склоняется к самоубийству. Медицинская сестра — это ноги безногого, глаза ослепшего, опора ребёнку, источник знаний и уверенности для молодой матери, уста тех, кто слишком слаб или погружён в себя, чтобы говорить» [11].

На совещании национальных представителей Международного совета медицинских сестёр (Новая Зеландия, 1987) единогласно была принята такая формулировка: «Сестринское дело является составной частью системы здравоохранения и включает в себя деятельность по укреплению здоровья, профилактике заболеваний, предоставлению психосоциальной помощи и ухода лицам, имеющим физические и психические заболевания, а также нетрудоспособным всех возрастных групп. Такая помощь оказывается медицинскими сёстрами как в лечебных, так и в любых других учреждениях, а также на дому, везде, где есть в ней потребность».

На I Всероссийской научно-практической конференции по теории сестринского дела (Голицыно, 1993) было дано следующее определение сестринского дела: «Сестринское дело как часть системы здравоохранения является наукой и искусством, направленным на решение существующих проблем со здоровьем в меняющихся условиях окружающей среды» [40].

1.2. НОВОЕ СОДЕРЖАНИЕ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

«Много создано и написано о том, что каждая женщина хорошо себя проявляет в качестве сестры милосердия. Я же, напротив, полагаю, что эти основы ухода почти неизвестны», — писала Ф. Найтингейл в «Записках об уходе». Эти слова сказаны более 100 лет назад, однако и сегодня представление о сестринском деле как о профессии постоянно изменяется. Эта специальность возникла и существует, чтобы служить обществу. От социальных условий и потребностей здравоохранения зависит роль медицинского персонала.

О роли Ф. Найтингейл в развитии сестринского дела написано много. После Крымской войны она сделала попытку изменить мне-

ние о месте и роли сестры милосердия в медицинской практике. Благодаря её активной жизненной позиции и подвижничеству произошли огромные изменения во взглядах на профессию медицинской сестры. Она предложила изменить систему профессионального образования, новую теорию ухода за пациентами, технику гигиены. Её деятельность была направлена на профилактику болезней.

Долго медицинские сёстры выполняли только назначения врача. Им категорически запрещалось принимать самостоятельные решения по уходу за пациентами. Однако развитие сестринского дела, борьба за права человека в мире, в том числе и в нашей стране, стали стимулом к переменам в одной из основных медицинских профессий. Медицинская сестра в своей деятельности становится более самостоятельной.

До недавнего времени уход за пациентами в значительной степени носил интуитивный или эмпирический характер (когда сёстры полагались больше на практический, часто рутинный опыт или наблюдения, чем на научные исследования). Путём проб и ошибок медицинская сестра находила средства, которые должны были помочь пациенту, и многие медицинские сёстры становились профессионалами благодаря накапливаемому опыту ухода за пациентами.

Ранее сестринское дело получало научную основу либо из области медицины (лечебное дело), либо из области физиологии, биологии, психологии, социологии. Сейчас сестринское дело стремится создать собственную, уникальную базу знаний. Некоторые аспекты практики по уходу за пациентами окончательно не разработаны и решаются на интуитивном уровне, но основа научного подхода в этой области уже создана и будет развиваться. При этом следует учитывать, что «темпы развития сестринского дела зависят от практики, поэтому можно наблюдать значительные вариации между его различными областями, а также его особенности в разных странах... В различные времена сёстры выполняли (и выполняют до сих пор) работу врачей, диетологов, уборщиц и клерков... Всё это вносит неразбериху в понимание уникальной роли сестры», — писала Ф. Найтингейл. По её словам, можно прийти к выводу, что сестринское дело означает уход за человеком, а не просто решение его медицинских проблем — «лучше знать человека в определённом состоянии, чем само то состояние, которое приносит ему страдание» [42].

Время, когда работа медицинской сестры в основном сводилась к тому, чтобы помочь больному вытирать пот с лица, уходит. Сегодня она по-прежнему выполняет назначения врача, но становится всё более самостоятельной в принятии независимого решения.

Доктор Т. Бильрот писал: «Суметь помочь страдающему — несомненно, одна из самых прекрасных способностей, которыми только располагает человек. Но тем не менее “пособие” должно быть возведено в “искусство”, должно соединять знание и умение, если желают достигнуть его полного благотворного действия на себя и других» [2].

И действительно, сегодня сестринское дело — это и искусство, и наука. Оно требует и понимания, и применения специальных знаний и умений. Сестринское дело основывается на теории и практике, созданных на базе гуманитарных и естественных наук: биологии, медицины, психологии, социологии и др. Медицинская сестра принимает на себя ответственность и действует с надлежащими полномочиями, непосредственно исполняя профессиональные обязанности, и отвечает за те медицинские услуги, которые предоставляет. Она имеет право самостоятельно решать, необходимо ли ей продолжить образование по управлению, обучению, работе в клинике и научным исследованиям, и предпринять шаги, чтобы удовлетворить эти потребности. Миссия сестринского дела в обществе состоит в том, чтобы помочь отдельным людям, семьям и группам развить свой физический, умственный и социальный потенциал и поддерживать его на соответствующем уровне независимо от меняющихся условий проживания и работы. Это требует от медицинских сестёр работы по укреплению и сохранению здоровья, а также по профилактике заболеваний.

Новое сестринское дело — это потребность в изменении основы текущей практики. Организация сестринской деятельности основана на выполнении назначений врача, на уходе, при котором уделяется внимание индивидуальным потребностям пациента.

Новая концепция заменит давно установившуюся иерархическую и бюрократическую систему организации сестринского дела профессиональной моделью. Высококвалифицированная практикующая медицинская сестра должна иметь достаточно знаний и навыков, чтобы планировать, осуществлять и оценивать результаты ухода, отвечающего потребностям конкретного пациента. При этом делается особый акцент на уникальность вклада сестринского ухода в выздоровление и восстановление здоровья пациента.

1.2.1. Миссия и функции медицинской сестры

Из истории медицины известно, что пациенты нуждались и получали помощь и лечение задолго до того, как сестринское дело официально стало специальностью. До конца XIX в. на Западе и до 30-х годов XX в. в России члены семьи обычно самостоятельно выхаживали больных родственников, а больницы предназначались только для бедняков или людей со значительными умственными отклонениями. И сегодня семья — это по-прежнему наиболее доступная в мире «служба здравоохранения».

В последнее время изменилось понятие о функциях медицинской сестры. Если раньше оно было ориентировано на уход за пациентами, то сейчас медицинская сестра совместно с другими специалистами считают главной задачей поддержание здоровья, предупреждение заболеваний, обеспечение максимальной независимости человека в соответствии с его индивидуальными возможностями. Однако до сих пор в большинстве стран, в том числе в России, считаются предпочтительными уход и лечение в стационарных условиях.

Фактически Ф. Найтингейл в «Частных заметках» писала о необходимости изменения подобной функции медицинской сестры: «Мой взгляд на этот вопрос... заключается в том, что конечная цель всего сестринского дела состоит в уходе за больными в их собственном доме... Я рассчитываю на упразднение всех больниц и... лазаретов... Однако об этом бесполезно говорить до 2000 года». И действительно, более чем через 100 лет после выхода книги Всемирная организация здравоохранения выступила в 1988 г. с глобальной программой «Здоровье для всех к 2000 году».

Какова же миссия медицинской сестры? Она заключается в оказании помощи конкретным людям, семьям и группам людей в определении и достижении ими физического, умственного и социального здоровья в изменяющихся условиях окружающей среды, в которой они живут и работают. «Это потребует от сестёр выполнения ими определённых функций, способствующих укреплению и сохранению здоровья, а также профилактике заболеваний. Сестринское дело включает в себя планирование и осуществление ухода и в период болезни, и в период реабилитации, воздействуя не только на физические, но также и на психологические и социальные аспекты жизни человека, составляющие его единое целое. Все эти аспекты в какой-то степени воздействуют

на здоровье человека, на его болезнь, инвалидность или смерть» [40].

Функции медицинской сестры следуют из миссии сестринского дела в обществе. Они имеют огромное значение независимо от места (дом, работа, школа, университет, тюрьма, лагерь беженцев, больница, клиника и другие места) и времени оказания помощи, тяжести состояния пациента, его финансового положения [44].

Медицинская сестра должна активно привлекать пациента к самообслуживанию, а членов его семьи, друзей к уходу за ним. Она должна помочь ему сохранить самостоятельность и независимость.

Функции сестринского персонала определяются целями сестринского дела, которые в различной степени должны разделять и другие работники системы здравоохранения. К таким целям относятся:

- помощь человеку, семье, группе в определении и достижении физического, умственного и социального здоровья и благополучия в связи с их социальным и экологическим окружением;
- укрепление и сохранение здоровья;
- максимальное вовлечение человека в заботу о своём здоровье;
- облегчение или снижение до минимума отрицательного воздействия болезни на личность;
- удовлетворение потребностей людей в физической, эмоциональной или социальной заботе в случае нездоровья, немощности или смерти [42].

Функции медицинской сестры (а они могут быть разными в зависимости от потребностей общества) определяются для СНГ Европейским региональным бюро (ЕРБ) ВОЗ по сестринскому делу в рамках проекта «Лемон» [42].

Первая функция — осуществление сестринского ухода. Это могут быть профилактические меры, сестринские вмешательства, связанные с реабилитацией, психологической поддержкой человека или его семьи. Она наиболее эффективна, если осуществляется в рамках сестринского процесса, и заключается в выявлении и оценке потребностей человека или его семьи; определении первоочередных проблем со здоровьем; планировании и осуществлении необходимого сестринского ухода; вовлечении в самоуход пациента, а при необходимости членов его семьи, друзей к уходу.

Вторая функция — обучение пациентов и их близких навыкам, связанным с сохранением и поддержанием здоровья на определённом уровне.

Третья функция — исполнение медицинской сестрой как зависимой, так и независимой роли в составе бригады медицинских работников, обслуживающих пациента.

Без этих функций сестринское дело не сможет занять должного места в системе здравоохранения. Некоторые компоненты этих важных функций — сотрудничество с пациентом, семьёй и другими сотрудниками здравоохранения в планировании, организации, управлении, обсуждении плана и результата ухода за пациентом — успешно реализуются уже сегодня в лечебно-профилактических учреждениях многих регионов РФ.

Четвёртая функция — исследовательская деятельность в области сестринской практики и последующее её изменение в соответствии с новыми научными фактами — также начинает реализовываться в нашей стране. Примером тому служат стандарты некоторых простых и сложных медицинских услуг, протоколы ведения пациентов, в создании которых активное участие принимают медицинские сёстры.

Итак, эти функции, определяемые ЕРБ ВОЗ, позволяют по-новому осмыслить профессию медицинской сестры.

1.2.2. Философия сестринского дела

Одно из наиболее широко распространённых в настоящее время определений понятия «философия»: философия — это наука о взаимодействии субъекта и объекта и об изменениях отношений между ними, возникающих в результате этого взаимодействия [40].

С началом реформы сестринского дела в России активно используется понятие «философия сестринского дела» — «выраженный в понятиях дух этой профессии, определение её миссии в обществе, а также лежащей в её основе системе ценностей» [11].

Философия и сестринское дело. Какая связь между ними? Зачем сестринскому делу философия? И что такое философия сестринского дела? Эти вопросы обсуждались на I Всероссийской научно-практической конференции по теории сестринского дела.

Впервые в нашей стране были даны определения таких ключевых в сестринском деле терминов, как «медицинская сестра», «пациент», «сестринское дело», «окружающая среда». Были установлены отношения и взаимодействия, возникающие между указанными

субъектами и объектами. Наконец, сформулированы этические ценности, которыми должна обладать профессиональная медицинская сестра.

На основе принятых определений были изложены принципы философии сестринского дела в России. Ниже приведён полный текст этого документа [40].

«Философия сестринского дела является частью общей философии и представляет собой систему взглядов на взаимоотношения между сестрой, пациентом, обществом и окружающей средой. Она основана на общечеловеческих принципах этики и морали. В центре этой философии находится человек. Сестринское дело опирается на древнюю традицию, целью которой является удовлетворение человеческих потребностей в защите здоровья и окружающей среды.

Основным принципом философии сестринского дела является уважение к жизни, достоинству и правам человека. Мы верим в священный дар жизни и в связи с этим рассматриваем каждую отдельную личность как единое целое с её внутренними возможностями к росту и развитию физическому, философскому, социальному, культурному, интеллектуальному и духовному.

Реализация принципов философии сестринского дела зависит от взаимодействия сестры и общества. Эти принципы предусматривают ответственность сестры перед обществом (в том числе и перед пациентом) и ответственность общества перед сестрой. Общество признаёт важную роль сестринского дела в системе здравоохранения, регламентирует и поощряет его посредством издания законодательных актов.

Целью сестринского дела является осуществление сестринского процесса.

Сестра стремится выполнять свою работу профессионально, уважая и охраняя достоинство пациента, его автономию и гармонию с обществом и социальными потребностями.

Современное сестринское дело является наукой и искусством. Успешное применение философии сестринского дела в России, развитие творческого потенциала сестёр возможны только в том случае, если общество выполнит все свои обязательства по отношению к ним.

Сестра является специалистом, который обладает знаниями и умениями, несёт ответственность за процесс ухода и проявляет милосердие. Сестра — уникальная, общественно активная личность, которая совершенствует свои профессиональные, психологические

и душевные качества для того, чтобы обеспечить пациенту оптимальный уход. Сестра действует как независимо, так и в сотрудничестве с другими профессиональными работниками сферы здравоохранения, с тем чтобы удовлетворить потребности общества и отдельных пациентов в защите здоровья.

Обязательства сестёр включают в себя уважение к пациентам и право их на самостоятельность. В соответствии с этим она действует исходя из принципов: не причинить вреда, делать добро, уметь сотрудничать и быть преданной как профессии, так и пациенту. Сестринское дело не имеет ограничений по национальным, расовым признакам, полу, политическим или религиозным убеждениям, социальному положению.

Потребность в сестринском уходе универсальна. Человек нуждается в ней от рождения до смерти. Оказывая помощь пациенту, сестра старается создать атмосферу уважительного отношения к его этическим ценностям, обычаям и духовным убеждениям. Сестра сохраняет конфиденциальность в интересах пациента, оберегает информацию, если она не противоречит его здоровью и здоровью общества.

Сестра принимает участие в решении экологических проблем.

Современные сёстры обращаются к опыту основоположников сестринского движения, подвижничеству таких легендарных личностей, как Флоренс Найтингейл, Екатерина Бакунина, Дарья Севастопольская и другие.

Сёстры оптимистично смотрят в будущее и развивают сестринское дело как науку и искусство.

С новым сестринским делом для новой России в новое столетие!»

1.2.3. Составляющие сестринского дела

Согласно международной договорённости, философия сестринского дела основывается на 4 основных понятиях: пациент как личность, сестринский уход как наука и искусство, окружающая среда, здоровье.

Ниже приведены определения терминов [40].

Пациент — человек (индивид), который нуждается в сестринском уходе и получает его.

Сестринское дело — часть медицинского ухода за здоровьем, специфическая профессиональная деятельность, наука и искусство

во, направленные на решение существующих и потенциальных проблем со здоровьем в условиях изменяющейся окружающей среды.

Сестринское дело должно быть сконцентрировано на заботе о пациентах. Свои знания и навыки медицинская сестра использует для того, чтобы укреплять их здоровье.

Эта работа должна быть целенаправленной и систематической. Искусство сестринского дела заключается в том, чтобы воображение и творчество по уходу за пациентами сочетались с научным обоснованием. Искусство ухода жизненно важно для сохранения контакта с пациентом. Медицинская сестра должна уметь не только распознавать важные проблемы со здоровьем, но и понимать мысли, чувства человека.

Искусство ухода подразумевает также защиту пациента, если он не в состоянии самостоятельно принимать решения, что особенно важно для детей и людей пожилого и старческого возраста.

Осуществляя свои уникальные функции, медицинская сестра действует независимо (в рамках сестринского процесса), взаимозависимо (в составе бригады) и в зависимости от врача (выполняя его назначения). В разных странах параметры этих функций различны.

Одна из основных проблем сестринского дела — изменение подхода к пациенту. Это не просто человек, нуждающийся в сестринском уходе и получающий его, это личность. Медицинская сестра, разрабатывающая совместно с пациентом план ухода, может рассчитывать на успешную его реализацию только в том случае, если она понимает и учитывает, что общается с личностью с определёнными биологическими, психологическими, социальными и духовными проблемами.

Медицинская сестра должна быть готова к целостному (холистическому) подходу к человеку (рис. 1-1).

Окружающая среда — совокупность природных, социальных, психологических, духовных факторов жизнедеятельности человека.

Окружающая среда, по мнению американских специалистов, — «это все события, факторы и влияния, которым подвергается человек (или система), проходя через стадии развития. Всё то, что не является человеком, рассматривается как окружающая среда...» [40].

Ещё Ф. Найтингейл считала окружающую среду важным фактором в предупреждении заболеваний. Некоторые теоретики сестрин-



Рис. 1-1. Холистический подход к здоровью на основе 5 основных аспектов

ского дела подразделяют её на физическую, социальную и культурную.

Физическая среда — это прежде всего материальный мир: воздух, вода, свет, звуки, климат. Загрязнённый воздух приводит к заболеваниям дыхательных путей, аллергии. Некачественная вода и продукты питания — спутники инфекционных заболеваний, отравлений химическими веществами (и воздух, и вода часто содержат канцерогенные вещества, т.е. вызывающие рак). Шум и свет способствуют развитию стресса, в некоторых случаях могут даже дез-

ориентировать человека. А непосредственно сам шум при длительном воздействии приводит к снижению слуха. К физической окружающей среде относится и созданная человеком инфраструктура (здания, мосты, парки и т.п.). Среда обитания должна быть безопасной. В жилых и общественных помещениях уровни температуры окружающего воздуха, влажности, освещённости, яркости, звука, вибрации следует поддерживать в пределах допустимых значений.

Социальная среда — это семья, соседи, друзья, коллеги. Семья, как правило, играет главную роль в удовлетворении физиологических и социальных потребностей. Школа, коллеги, соседи, друзья заставляют каждого из нас выполнять определённые обязанности.

Культурная среда определяет поведение человека, его взаимоотношения, веру, а также язык, традиции, обычаи и манеру общения. Она может как изменяться, так и быть стабильной.

Последней основной составляющей сестринского дела является **здоровье**. Существует несколько его определений. Ниже приведено одно из них.

Здоровье — динамическая гармония личности с окружающей средой, достигнутая посредством адаптации.

Помимо определений 4 основных понятий, необходимо знать и значения других терминов, существенных для сестринского дела [40].

Человек — целостная, динамическая саморегулирующаяся биологическая система, совокупность физиологических, психосоциальных и духовных нужд, удовлетворение которых определяет рост, развитие, слияние с окружающей средой.

Медицинская сестра — специалист с профессиональным образованием, разделяющий философию сестринского дела и имеющий право на сестринскую работу.

Убеждения и ценности, на которых основывается сестринское дело, должны становиться важными также и для других работников системы здравоохранения. Они включают:

- уважение личности каждого человека; убеждение, что люди являются сложной целостностью (холизм);
- признание факторов, которые влияют на опыт человека в отношении здоровья и болезни;
- потребность укреплять и сохранять здоровье на протяжении жизни;

- убеждение, что люди имеют право на участие в принятии решений относительно получаемого ухода [42].

Именно эти убеждения и ценности сестринского дела заложены в его философии.

Этическими элементами философии сестринского дела являются этические обязанности, ценности и добродетель (совершенство).

Медицинская сестра, разделяющая принятую философию сестринского дела, принимает на себя следующие **этические обязанности**: говорить правду, делать добро, не причинять вреда, уважать права пациента, уважать обязательства других (членов бригады), держать слово, быть преданной своему делу, уважать право (пациента) на самостоятельность.

Этическими ценностями (на которых также основана философия), определяющими цели, к которым стремится медицинская сестра, являются профессионализм, здоровье, здоровая окружающая среда, независимость, человеческое достоинство, забота (уход).

Добродетель (совершенство) определяет личные качества, которыми должна обладать хорошая медицинская сестра. Добродетель — это черты характера, которые располагают человека к хорошим поступкам: сострадание, милосердие, терпение, целеустремленность.

Конечная цель сестринского дела — это помощь пациенту и/или его семье, но важнейшими средствами достижения этой цели являются забота, уход и выхаживание.

Если кто-то выбирает профессию медицинской сестры, он принимает на себя обязанность придерживаться тех ценностей, на которых основана философия сестринского дела. Этический кодекс медицинской сестры России, принятый в 1996 г. Ассоциацией медицинских сестёр России, отражает современные этические принципы, нормы и стандарты, обязательные в профессиональной деятельности медицинских сестёр [47].

Основными принципами ухода являются:

- обеспечение безопасности пациента;
- конфиденциальность;
- уважение к пациенту и поддержание его чувства собственного достоинства;
- общение;
- поддержание независимости пациента;
- обеспечение инфекционной безопасности [27].

Принимая философию ухода, медицинская сестра должна осуществлять уход в рамках этих принципов.

Философия сестринского дела предполагает очень конкретные обязательства перед пациентом. Так, в одном из отделений госпиталя в г. Лидс (Великобритания) философия ухода была сформулирована так:

«Наша цель:

Восстанавливать здоровье в тех случаях, когда это возможно.

Обеспечивать пациенту комфорт и поддерживать в нём чувство достоинства.

Поощрять независимость там, где это возможно.

Давать возможность пациенту раскрыть весь его потенциал.

Выявлять все физиологические, социальные и духовные потребности пациента.

Планировать уход и обсуждать план ухода с пациентом и/или всей его семьёй.

Помните! Мы здесь для вас, говорите с нами в любое время, помогайте нам помогать вам».

В другом (онкологическом) отделении этого же госпиталя философия ухода была несколько иной:

«Наше отделение способно обеспечить высочайшие стандарты сестринского ухода, используя холистический подход.

Мы уверены, что вам будут предоставлены необходимые уход и внимание. Мы стремимся обеспечить вашу независимость.

Мы прибегаем к такому решению проблем, где мы совместно оцениваем и планируем уход для удовлетворения ваших потребностей.

Наша цель — дать вам и вашим родственникам возможность выбора сестринского ухода и содействовать решению спорных вопросов.

Мы надеемся на взаимную поддержку персонала и пациентов».

Во многих госпиталях текст философии ухода вывешен так, чтобы все его видели и могли с ним ознакомиться. В некоторых госпиталях пациенты и (или) их близкие обязательно получают на руки текст философии ухода данного лечебного отделения.

1.3. ЧТО ТАКОЕ ЗДОРОВЬЕ?

В древнем мире люди были озабочены поддержанием своего здоровья гораздо больше, чем сегодня. Так, в Древней Греции достижение совершенства, основанное на идеале Платона, требовало здорового разума в здоровом теле. В работе «Республика» Платон утверждает, что «...в хорошо устроенном и развивающемся обществе у каждого человека... нет времени, чтобы тратить свою жизнь на болезни и лечение... Нет ничего более изнурительного, чем болезнь дома, а также в армии и в любом гражданском заведении» [53].

Известный врач Гален (201–131 до н.э.) считал, что здоровье в абстрактном понимании — это идеальное состояние, которого никто не достигает. Он рассматривал здоровье как состояние разумного (приемлемого) выполнения всех функций и отсутствие боли, даже небольшого недомогания.

Конечно, это достаточно старое определение здоровья, но профессионалы-специалисты ВОЗ и широкая общественность во многих странах мира и сегодня считают, что здоровье не является абсолютным качеством. Это понятие постоянно изменяется в процессе приобретения знаний и культурного развития. В 1946 г. ВОЗ определила термин «здоровье», как «состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не просто отсутствие заболевания или немощности». Исчерпывающего определения здоровья не существует, но следует помнить, что здоровье — это динамический процесс, который определяется субъективно и объективно; это умение заботиться о себе; это целостность личности с оптимальным функционированием организма в целом; это адаптация к стрессам, вызванным болезнью, смертью, разводом; процессы непрерывного роста и становления личности. Это цель, к которой нужно стремиться.

Под здоровьем А. Перри и П. Поттер понимают состояние, при котором человек использует во внешних условиях свои адаптационные возможности. Здоровье — это не только отсутствие болезни. Здоровый человек имеет хорошее самочувствие в рамках физического, психического, психосоциального и духовного аспектов [40].

В результате успехов в области медицинских технологий, а также информации и знаний, которые население получает через средства массовой информации, ожидания частью населения «лучшего здоровья» постоянно растут. Однако даже при таком положении некото-

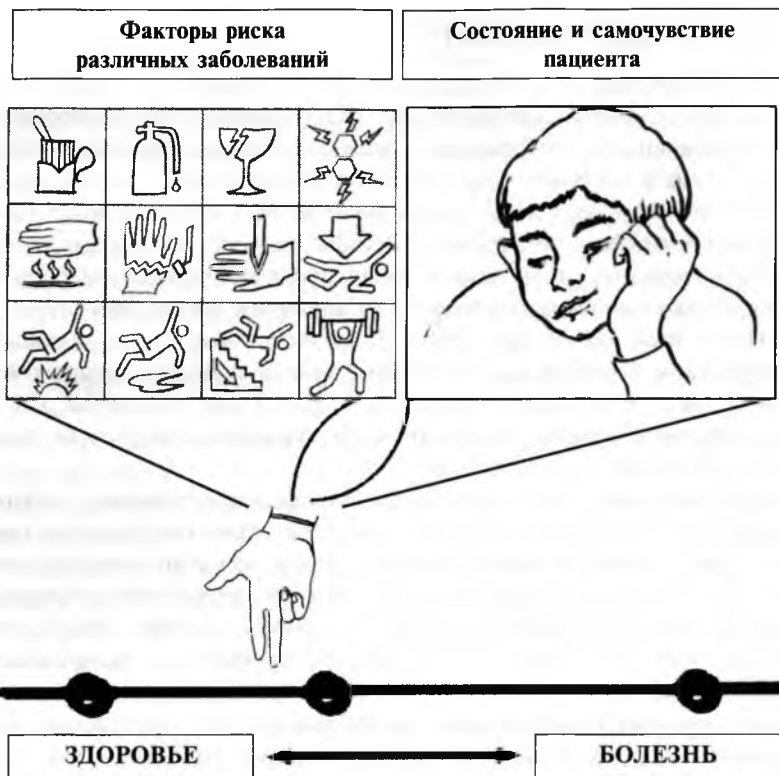


Рис. 1-2. Модель непрерывности здоровье—болезнь

рые люди настаивают на том, что они «абсолютно здоровы», несмотря на достаточно серьёзное заболевание или нетрудоспособность. С другой стороны, человек с невыявленным заболеванием может доказывать, что он «нездоров», поскольку чувствует себя плохо.

Медицинская сестра должна уметь оценить состояние человека, его самочувствие и помочь ему укрепить здоровье или предупредить заболевание в рамках своей компетенции.

Существует много различных моделей, связанных с понятием «здоровье—болезнь». Одна из них рассматривает эту цепь как непрерывность (рис. 1-2).

Пациент (на рисунке — это точка) располагается вдоль непрерывной линии, с одной стороны которой — здоровье, с другой —

болезнь. Местонахождение точки (пациента) может меняться в зависимости от изменения его состояния в любой момент. На состояние здоровья человека могут оказывать влияние факторы риска различных заболеваний, настоящее и предшествующее состояние, его самочувствие в конкретный момент. Согласно этой модели здоровым считается человек, у которого нет болезни.

Самочувствие человека всегда субъективно. Так, например, болезненный от природы великий философ Иммануил Кант в своей работе «О власти души» писал, что воспринимает слабости и недуги своего тела так, как будто они его не касаются, он их просто игнорирует и ведёт себя как совершенно здоровый человек. Понятия «здоровье» и «болезнь» относительны. Вспомним, что ранняя потеря слуха, зрения, зубов прежде считалась естественным процессом старения. В настоящее время благодаря современным методам профилактики и лечения удаётся сохранить или восстановить их.

Многие люди через средства массовой информации узнают о новых медицинских технологиях и предъявляют более высокие требования к уровню своего здоровья. Некоторые, несмотря на достаточно серьёзное заболевание или даже нетрудоспособность, настаивают на том, что они «здоровы». Существуют и те, кто настаивает на том, что «нездоровы», хотя и не имеют никакого заболевания.

Другая модель здоровья — это модель «высокого уровня хороше-го самочувствия», при котором используется наиболее полно потенциал всей жизни. Это возможно с учётом единства разума, тела и духа. Автор этого подхода (Данн Г.Л., 1959) полагает, что сестринский уход должен быть направлен на улучшение качества жизни независимо от тяжести заболевания пациента.

Многие утверждают, что того, кто чувствует себя хорошо и живёт так, как считает наиболее целесообразным, можно считать «здоровым» даже при значительных физических и умственных отклонениях. Поведение человека обусловлено в значительной степени его отношением к своему здоровью или болезни, представлением ценности здоровья.

На рис. 1-3 представлена эта концептуальная модель здоровья, используемая в некоторых колледжах США (в частности, в штате Вирджиния). В основе этой концепции — человек, уникальное творение природы. Он изображён в центре диаграммы.

В следующем круге показаны жизненно важные (основные) потребности человека, которые необходимы для его роста и развития.

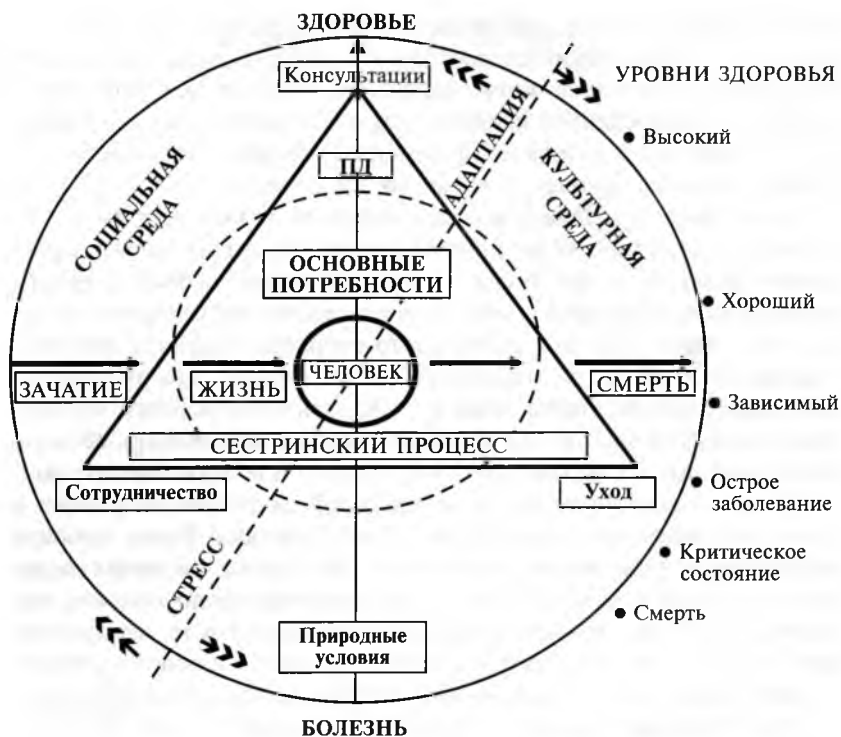


Рис. 1-3. Модель «высокого уровня хорошего самочувствия». ПД — повседневная деятельность.

Далее — повседневная деятельность, удовлетворяющая эти потребности, необходимые для поддержания физического, психического, социального и творческого благополучия (она расположена на линии здоровье—болезнь).

Внешний разорванный круг иллюстрирует социокультурную среду и природные условия (окружающая среда), которые влияют на человека и на которую сам он оказывает влияние и адаптируется к ней.

Линия, пересекающая по вертикали окружности, отражает непрерывность состояния здоровье—болезнь. На протяжении своей жизни человек постоянно изменяется и приспосабливается к различным стрессовым ситуациям. При этом он использует и физиологические, и психологические механизмы, позволяющие сохра-

нить определённый уровень здоровья. Они обозначены линией стресс—адаптация. Уровни здоровья (от высокого до критического состояния и смерти) представлены за окружностью. Сестринский процесс, обозначенный треугольником, — деятельность, дающая возможность сестре осуществлять уход, поддерживая здоровье пациента на максимально возможном для него уровне, обеспечивающем достойное качество его жизни. Сестринский процесс осуществляется сестринскими технологиями ухода, при этом могут потребоваться консультации пациенту и членам его семьи по вопросам, связанным с поддержанием или восстановлением здоровья.

Уход и консультации будут успешными при условии сотрудничества всех людей, самого пациента и оказывающих ему помощь. Эти три элемента сестринского дела (уход, консультации и сотрудничество) расположены по углам равностороннего треугольника, поскольку их значимость для поддержания здоровья человека равноценна (см. рис. 1-3).

Профилактические мероприятия, как пассивные, так и активные, помогают людям оставаться здоровыми, предупреждать заболевания и травмы, способствовать сохранению и поддержанию здоровья. Они должны начинаться уже в перинатальном периоде (а в некоторых случаях до зачатия, когда проводится генетическое консультирование) и продолжаться в течение всей жизни, чтобы избежать или снизить воздействие факторов риска на здоровье человека.

В настоящее время во всем мире возрождается личная ответственность каждого человека за своё здоровье.

Термин «самоуход» употребляется всё чаще, когда речь идет о деятельности служб здравоохранения, членов семьи, друзей, групп само- и взаимопомощи. Самоуход предполагает деятельность самого человека, направленную на удовлетворение его жизненно важных потребностей, в результате чего обеспечивается достаточный для него уровень здоровья.

Ещё Ф. Найтингейл в своих «Записках об уходе» (1859) писала, что уход за здоровым человеком — это «поддержание человека в состоянии, при котором болезнь не может наступить», а уход за больным — это «помощь страдающему от болезни человеку в его стремлении жить наиболее полноценной жизнью, приносящей удовлетворение».

На одной из конференций в 1988 г. в Великобритании, где рассматривалась программа ВОЗ «Здоровье для всех к 2000 году», уча-

стники напомнили, что задачи, стоящие перед здравоохранением, основаны на «...предпосылке, что здоровье — это не просто отсутствие заболевания, но и благоприятная возможность создать обстановку благополучия и реализовать возможности человеческого потенциала».

1.4. СЕСТРИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ

Этические элементы принятой философии и раньше считались незаменимыми для сестринской работы. Моральные и нравственные качества медицинской сестры всегда имели не меньшее значение в её профессиональной деятельности, чем практические навыки.

Специфика медицины, существенно отличающая её от других видов человеческой деятельности, заключается прежде всего в необходимости постоянного, каждодневного, ежечасного общения медицинской сестры с пациентом. При этом следует помнить, что человек, имеющий проблемы со здоровьем, по характеру мышления, глубине переживаний, силе психоэмоционального напряжения по отношению к самому себе и окружающим, как правило, существенно отличается от человека, у которого таких проблем нет. Болезнь, особенно хроническая, для многих людей представляет тяжёлую психическую травму, которая приводит не только к ухудшению физического состояния и самочувствия, но и к серьёзным сдвигам в психоэмоциональной сфере. Пациент, доверяющий медицинской сестре своё здоровье, а нередко и свою жизнь, хочет как можно скорее получить эффективную сестринскую помощь. Он должен быть уверен не только в высоком профессионализме медицинской сестры, но и в её порядочности, честности, доброте, милосердии, чуткости и отзывчивости. Поэтому уже с древних времен общество предъявляло высокие требования именно к моральным, нравственным качествам сестринского персонала. И медицинская сестра берёт на себя определённые моральные обязательства по отношению к пациенту, обществу, коллегам.

Частью сестринской этики является **деонтология** (от греч. *deon*, родительный падеж *deontos* — нужное, должное и *logos* — учение) — раздел этики, в котором рассматриваются проблемы долга и должного. Этот термин был впервые введен И. Бентамом, который употребил его для обозначения теории нравственности в целом. Деонтология учит, как с точки зрения сестринской этики должна по-

ступать медицинская сестра в конкретных ситуациях, возникающих в процессе её профессиональной деятельности.

Впервые основной деонтологический принцип сформулировал Гиппократ (460–377 до н.э.): «Должно обращать внимание, чтобы всё, что принимается, приносило пользу». Он писал: «Лицо, посвятившее себя медицине, должно обладать следующими качествами: бескорыстием, скромностью, целомудрием, здравым смыслом, хладнокровием...»

Какие же качества необходимы медицинской сестре для её профессиональной деятельности?

«Любовь и забота — лучшее лекарство», — писал Парацельс. Эти же качества, обязательные для сестринского персонала, отмечает и И. Харди в книге «Врач, сестра, больной» (1981): «Нежность, ласковость, терпение и вежливость — вот составные элементы хорошего стиля работы, в них выражаются заботливость, внимание и любовь сестры к больным».

На наш взгляд, точнее всего принципы сестринской этики и деонтологии отражены в клятве, которую дают выпускники сестринских школ во многих странах. Это клятва **Флоренс Найтингейл**:

«Перед Богом и перед лицом собравшихся я торжественно обещаю вести жизнь, исполненную чистоты, и честно выполнять свои профессиональные обязанности.

Я буду воздерживаться от всего ядовитого и вредного и никогда сознательно не использую и не назначаю лекарства, могущего принести вред.

Я сделаю все, что в моих силах, чтобы поддерживать и повышать уровень моей профессии. Я буду держать в секрете всю личную информацию, которая окажется в моём распоряжении во время работы с пациентами и их родными.

Я буду преданно помогать врачу в его работе и посвящу себя неустанной заботе о благополучии всех вверенных моей заботе» [40].

Медицинская сестра должна понимать, что все люди заслуживают, чтобы к ним относились так, как гласит золотое правило:

Относитесь к людям так, как вы хотели бы, чтобы относились к вам.

Своим поведением на рабочем месте медицинская сестра должна создавать атмосферу уважения и заботы. Отношение к работе в моральном и этическом плане оказывает непосредственное воздействие и на качество сестринской помощи, и на коллег.

а/з. мистико

ИСТОРИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Прочитав эту главу, Вы узнаете:

- о зарождении сестринского дела в России;
- об общинах сестёр милосердия;
- об основоположниках сестринского дела в России;
- о деятельности Ф. Найтингейл;
- о деятельности сестёр милосердия на войне;
- об истории создания Международного комитета Красного Креста;
- об истории создания Российского комитета Красного Креста;
- о современной системе подготовки сестринского персонала в России;
- об истории создания и задачах Ассоциации медицинских сестёр;
- о периодических печатных изданиях для сестринского персонала в РФ.

Реформа здравоохранения и, в частности, сестринского дела предполагает расширение функций персонала. Это связано с изменениями системы подготовки медицинских сестёр.

Систематическое обучение уходу за больными в России началось в школе при Московском госпитале, открытом в 1707 г. усилиями Петра I и голландского врача Н. Бидлоо.

Впервые в России женщин стали привлекать для ухода за больными в госпиталях и лазаретах при Петре I. По его указу в 1715 г.

были созданы воспитательные дома, в которых служили женщины. Вскоре привлечение женщин для работы в больницах было отменено. Роль сиделок была отведена отставным солдатам.

В Воинском уставе 1716 г. написано: «Потребно всегда при десяти больных быть для усмирения одному здоровому солдату, которые оным больным жить имеют и платье на них мыть».

В 1728 г. вновь делали попытки привлечения женщин к работе с больными в госпиталях и лазаретах. Для этого медицинская канцелярия ввела в штаты госпиталей должности для женщин. Однако в период царствования Екатерины I женский труд в госпиталях был отменён. В середине XVIII в. вновь начали использовать женский труд в больницах. Привлекали «баб-сидельниц» — жён или вдов больничных солдат.

В 1763 г. в связи с созданием в Москве новой больницы на 25 коек, которую назвали Павловской, появилась потребность в женском труде. «Прислугу за больными мужского пола... исполняли солдаты, которых присылали из Военной коллегии. В женском же отделении для хождения за больными были нанимаемы женщины из солдатских жён. Все они жили с больными, каждая в своей палате». В 1775 г. при открытии в Москве Екатерининской больницы на 150 коек в её штате предполагалось «сидельников мужеска и женска пола — 24» [30].

В то же время специальных сестёр для ухода за больными в светских больницах, видимо, не было. Сестринское дело в России началось в 1803 г., когда появилась служба «сердобольных вдов». В этом же году в Москве и Петербурге при воспитательных домах были созданы вдовьи дома для призрения неимущих, увечных и престарелых жён и вдов, состоящих на государственной службе солдат, оставшихся без средств к существованию.

В 1814 г. по распоряжению императрицы Марии Фёдоровны (вдовы императора Павла I) из Петербургского вдовьего дома на добровольных началах были приглашены и направлены в больницу женщины, для того чтобы ходить и смотреть за больными. Вдовы осуществляли надзор в больницах, наблюдали за порядком раздачи и приёма пищи, приёмом лекарственных средств, опрятностью больных, чистотой их постели и белья. Сердобольные вдовы должны были владеть и некоторыми медицинскими приёмами для оказания помощи больным. После годичного испытания 12 марта 1815 г. 16 из 24 сердобольных вдов были приведены к присяге и императрица на каждую посвящённую возложила особый знак — зо-

лотой крест на зелёной ленте, на одной из сторон которого было написано: «Всех скорбящих радость», а на другой — «Сердоболие». Сердобольные вдовы — предшественницы сестёр милосердия. В последующем почти ежегодно (вплоть до 1886 г.) других вдов после испытательного срока, который включал дежурства в больнице под руководством опытных коллег и главного врача в течение 1 года, в церкви вдовьего дома приводили к присяге. Вместе со свидетельством им вручали золотой крест.

В 1818 г. императрица Мария Фёдоровна распорядилась отобрать из Московского вдовьего дома 12 женщин, отличающихся благонаравием, кротостью и примерным поведением, добровольно пожелавших посвятить себя «человеколюбивому занятию» — уходу за больными.

В 1818 г. в Москве был создан Институт сердобольных вдов, а при больницах стали организовывать специальные курсы сиделок. С этого времени в России начинается специальная подготовка женского медицинского (сестринского, акушерского) персонала. Преподавание велось врачами по учебнику Х. Оппеля. Это было первое руководство на русском языке для специальной подготовки персонала по уходу за больными, которое вышло в свет в 1822 г.

Опытный врач и первый организатор службы сестринской помощи в России Х. Оппель писал: «Без надлежащего хождения и смотрения за больными и самый искусный врач мало или никакого даже в восстановлении здоровья или отвращения от смерти сделать не может, и поэтому предмет сей особенно заслуживающий внимания благодетельного правительства о жизни граждан пекущегося».

Х. Оппель описал принципы отбора ухаживающего персонала, требования к их физическим и нравственным качествам, т.е. впервые давались основы деонтологии. Отдельные главы пособия были посвящены особенностям ухода за тяжелобольными, выздоравливающими, травмированными, умирающими, ранеными, младенцами и в особенности за больными «с прилипчивыми болезнями».

Х. Оппель уделял большое внимание гигиеническим условиям содержания больных. Описаны методики выполнения основных медицинских процедур и приёма лекарственных средств.

В течение последующих 32 лет, начиная с 1829 г., благотворительную организацию, созданную императрицей Марией Фёдоровной и включающую воспитательные дома, женские приюты и госпитали, возглавляла императрица Александра Павловна. В 1844 г.

(задолго до создания Международного Красного Креста) в России появились первые общины сестёр милосердия, которые управлялись Комитетом и Попечительным советом.

В российских сестринских школах медицинские сёстры не были связаны брачными узами, что позволяло им полностью отдаваться своему служению.

В 1844 г. по инициативе великой княгини Александры Николаевны и принцессы Терезии Ольденбургской в Петербурге было открыто светское сердобольное заведение — первая в России община сестёр милосердия, получившая название Свято-Троицкая. В эту общину принимали вдов и девиц в возрасте от 20 до 40 лет. Подготовку вначале проводили в 1-м Сухопутном госпитале. Сестёр милосердия обучали уходу за больными, принципам наложения повязок, основам фармации, рецептуре. Работали они как в больницах, так и в частных домах. Н.И. Пирогов в 1845–1856 гг. проводил в больнице общины хирургические операции и патологоанатомические вскрытия.

В 1847 г. звание сестёр милосердия было присвоено первым 10 женщинам. Община сестёр милосердия существовала на средства благотворительных организаций.

Для удовлетворения потребностей общества в сёстрах милосердия новые подобные общины были созданы в Петербурге и Одессе. В Москве в конце 1850-х годов в лечебнице для чернорабочих дежурства несли монахини из Вознесенского монастыря. Прототипом общин сестёр милосердия, которые начали создаваться в России в 1854 г., был Институт сердобольных вдов, упразднённый в 1892 г.

В Севастополе в музее Черноморского флота вместе с другими реликвиями войны хранится фотография 1901 г. На ней среди 13 участников обороны Севастополя можно увидеть немолодую женщину в белом платке и тёмном платье с тремя медалями. Её зовут Даша Севастопольская.

Ей было 15 лет, когда она подстриглась под мальчишку, надела старенький матросский костюм, бескозырку и стала похожа на юнгу. Это она сделала для того, чтобы попасть в войска, обороняющие Севастополь. Недалеко от окопов Даша устроила пункт первой помощи, который оказался в центре потока раненых. Н.И. Пирогов в письме к жене сообщает: «Когда наши войска, потеряв сражение 8 сентября, возвращались обратно после продолжительной и упорной битвы к Севастополю изнурёнными, обессиленными физиче-

ски и морально, со множеством раненых и изувеченных, истекающих кровью, Дарья “обратилась” в сестру милосердия и принялась безвозмездно помогать страдальцам. К счастью, нашёлся в её повозке и уксус, и кое-какое тряпье, которое употребила она для перевязки ран... Проходившие мимо неё команды с ранеными являлись к ней, как на перевязочный пункт за помощью, и только тогда прекратилось пособие, когда израсходовались у неё все заготовленные запасы».

Таким образом, повозка Даши была первым перевязочным пунктом, а сама она — первой сестрой милосердия. На протяжении всей осады Севастополя она проводила дни и ночи на перевязочном пункте, на коромысле приносила воду солдатам, стирала им бельё, бинты, перевязывала раненых.

В документах 1854 г. упоминается, что «...в ухаживании за больными и ранеными в Севастополе оказывает примерное старание девица по имени Дарья, которой была вручена медаль “За усердие” на Владимирской ленте для ношения на груди и 500 рублей серебром».

После первой бомбардировки Севастополя в октябре 1854 г. началась почти годичная осада города англо-франко-турецкими войсками. В этом же месяце в Петербурге для ухода за ранеными и больными не только на перевязочных пунктах, но и в военных госпиталях великая княгиня Елена Павловна (сестра императора Николая I) на свои средства учредила и организовала Крестовоздвиженскую общину сестёр милосердия для попечения о раненых и больных воинах.

Она предложила знаменитому хирургу Н.И. Пирогову организовать женский уход за ранеными и больными на поле битвы. Н.И. Пирогов принял предложение великой княгини.

В конце ноября 1854 г. первый отряд из 28 человек прибыл в Крым. Главной начальницей этого отряда была А.П. Стахович. В январе 1855 г. в Севастополь прибыл 2-й отряд сестёр милосердия во главе с М. Меркуловой. Начальницей 3-го отряда была Е.М. Бакунина. Н.И. Пирогов разделил сестёр милосердия на три группы: сёстры перевязывающие, которые помогали врачам во время операций и на перевязках; сёстры-аптекариши, которые готовили, хранили и раздавали лекарства; сёстры-хозяйки, следившие за чистотой и сменой белья, содержанием больных и хозяйственными службами. Тогда же появился 4-й отряд сестёр милосердия во главе с Е.М. Бакуниной, который сопровождал раненых при дальних перевозках.

Многие сёстры милосердия умирали от тифа, некоторые были ранены или контужены. Однако они, перенося безропотно трудности и опасности, жертвуя собой бескорыстно, служили раненым и больным.

Н.И. Пирогов (1853) писал: «Первым крестовоздвиженским сёстрам пришлось идти прямо в огонь Крымской кампании... Если они так будут заниматься, как теперь, то принесут, нет сомнения, много пользы. Они день и ночь попеременно бывают в госпиталях, помогают при перевязке, бывают и при операциях, раздают больным чай и вино, наблюдают за служителями и зрителями, и даже за врачами. Присутствие женщины, опрятно одетой и с участием помогающей, оживляет плачевную боль страданий и бедствий».

Впервые в мировой истории сёстры милосердия стали оказывать помощь раненым и больным на поле битвы. Великая княжна Елена Павловна, учредив общину, оказала услугу истинно страдающим, сделала переворот в госпиталях, введя в них службу сестёр милосердия, призвание которых — проявлять чуткость и заботливость при уходе за больными.

В октябре 1855 г. в Севастополе Н.И. Пирогов для каждой категории сестёр милосердия Крестовоздвиженской общины разработал подробную инструкцию деятельности. Однако и от врачей, особенно молодых, он требовал «исполнения опыта сестёр», считая, что сёстры «не слепые исполнительницы приказов лица, только что вступившего на врачебное поприще». «Разве знание личности больного, — писал он, — приобретённое постоянным уходом за ним, ничего не значит для врача, видевшего его только раз или два в день?»

Членами общины были женщины разных сословий и уровня образования. Это о них писал Л.Н. Толстой (1855). «Сёстры со спокойными лицами и с выражением не того пустого женского болезненно-слёзного страдания, а деятельного практического участия, то там, то сям, шагая через раненых с лекарством, с водой, бинтами, корпией, мелькали между окровавленными шинелями и рубахами».

Среди начальниц отрядов особое место занимает Е.М. Бакунина. Н.И. Пирогов в «Севастопольских письмах» (1853) вспоминает: «Ежедневно, днём и ночью, можно было застать её в операционной комнате, ассистирующей при операциях; в то время, когда бомбы и ракеты то перелетали, то не долетали и ложились кругом... она об-

наруживала со своими сообщницами присутствие духа, едва совместимое с женской натурой...»

Отец Е.М. Бакуниной — генерал-губернатор Петербурга, мать — племянница М.И. Кутузова. Е.М. Бакунина получила прекрасное всестороннее образование. С начала Крымской войны, узнав об организации Крестовоздвиженской общины и преодолев громадное сопротивление родных и знакомых, добилась зачисления в отряд и отправки в Севастополь. Е.М. Бакунина стала постоянной помощницей Н.И. Пирогова при хирургических операциях, ухаживала за ранеными и больными при их транспортировке из Севастополя.

После Крымской войны Е.М. Бакунина принялась за создание новой общины сестёр милосердия. К сожалению, её борьба против превращения общины в религиозный орден, предложения по совершенствованию подготовки сестёр милосердия не принесли успеха.

После поездки в Германию и Францию, куда Е.М. Бакунина отправилась для ознакомления с деятельностью сестринских общин, у неё появилось твёрдое убеждение в том, что в основу таких общин следует положить не религиозные, а моральные принципы. Независимо, к какому вероисповеданию принадлежит медицинская сестра, а важны её общественные взгляды и моральные принципы. Однако с её убеждениями не согласилась великая княгиня Елена Павловна, и летом 1860 г. Е.М. Бакунина навсегда простилась с общиной, где она была сестрой-настоятельницей. На склоне лет Е.М. Бакунина написала «Воспоминания сестры милосердия Крестовоздвиженской общины 1854—1860 гг.». Е.М. Бакунина считается родоначальницей сестринской службы и сельской медицины в России.

Простившись с общиной, Е.М. Бакунина в своём имении в Тверской губернии организовала на собственные средства небольшую лечебницу для крестьян. Е.М. Бакунина обращалась за советом к врачам, приглашая их на собственные средства из города. Вскоре (также на собственные средства) у себя в лечебнице она поставила несколько кроватей и в собственном доме устроила аптеку, где сама готовила лекарства. Её самостоятельная деятельность в течение 7 лет принесла свои плоды: местное губернское земство приступило к организации общественной медицинской помощи сельскому населению. Лечебница Е.М. Бакуниной вошла в общеземскую сеть, ей в помощь был назначен фельдшер, и три раза в месяц регулярно приезжал врач.

По предложению земского собрания Е.М. Бакунина приняла на себя обязанности попечительницы медицинских учреждений Новоторжокского уезда Тверской губернии.

В 1877 г. в 65-летнем возрасте Е.М. Бакунина вновь оказалась на войне на Кавказе, где она по просьбе Российского общества Красного Креста¹ возглавила работу отрядов сестёр милосердия.

Подводя итог деятельности этой общины, отметим, что всего на театре военных действий работали 160 сестёр милосердия, 17 из них погибли при исполнении обязанностей.

На наш взгляд, будет правильным прервать рассказ о развитии сестринского дела в России и рассказать о том, как параллельно Крестовоздвиженской общине по другую линию фронта в расположении английских войск начала свою благородную деятельность английская сестра милосердия Ф. Найтингейл (1820–1910), которая во всём мире считается основоположницей сестринского дела.

Своё предназначение уже в юности Ф. Найтингейл видела в избавлении людей от болезней, которые можно предупредить. Она решила стать медицинской сестрой в 20 лет. Однако её мечте не суждено было сбыться, поскольку общество имело якобы неопровержимые доказательства распутного поведения медицинских сестёр. В связи с этим женщины её круга (семья принадлежала к высшему обществу) не могли думать о профессии медицинской сестры. Ф. Найтингейл обратилась к религии. Чтение книг по медицине и уходу за больными, посещение больниц, уход за детьми, живущими в трущобах, приближали её мечту, которая осуществилась только в 33 года после её стажировки в больнице, принадлежавшей католической организации «Сёстры милосердия». В 1853 г. Ф. Найтингейл становится надзирательницей в заведении для больных женщин благородного происхождения в Лондоне. Её обязанности: наблюдение за работой медицинских сестёр, состоянием медицинского оборудования, контроль за приготовлением лекарств. Заведение было образцовым, но Ф. Найтингейл обосновывала необходимость создания специальной школы для медицинских сестёр.

В 1854 г. английские войска высадились в Крыму, чтобы помочь Турции в войне с Россией. После битвы под Севастополем в англ-

¹ Российское общество Красного Креста создано в Петербурге в 1867 г. Первоначально его называли «Российское общество попечения о раненых и больных воинах». Начало берёт от сестёр милосердия Крестовоздвиженской общины.

лийской газете «Тайм» появилась заметка о том, что больных и раненых английских солдат оставляют умирать без всякой помощи в английском военном госпитале в Скутари недалеко от Константинополя.

21 октября 1854 г. в Турцию прибыл отряд из 38 медицинских сестёр во главе с Ф. Найтингейл. Работая старшей медицинской сестрой в госпитале, она на собственном опыте убедилась, что, улучшая санитарные условия в госпитале и казармах, можно резко снизить смертность и спасти тысячи жизней.

Несмотря на многочисленные административные обязанности, Ф. Найтингейл ухаживала за больными ночью. Солдаты называли её ангелом-хранителем. Г. Лонгфелло (1857) писал: «Она одна с небольшой лампой в руках исходила многие мили среди беспомощных страдалцев».

Ф. Найтингейл вернулась в Англию в июле 1856 г. в возрасте 36 лет всемирно известной, поскольку её работы по статистике, показавшие, как дорого обходятся Англии болезни солдат и какова эффективность улучшения санитарных условий, сделали борьбу за реформу системы медицинского обслуживания в английской армии успешной. В 1857 г. её «Заметки по вопросам, касающимся охраны здоровья, эффективных мер и управления госпиталями в Английской армии» привели к созданию Королевской военно-медицинской комиссии, результатом работы которой явились реформы, улучшившие санитарное состояние казарм и военных госпиталей. Кроме того, в результате реформ было создано военно-медицинское училище, разработаны программы специальной подготовки, предъявляющие высокие требования к деятельности медицинской сестры.

Ф. Найтингейл всё время стремилась ухаживать за больными, но после возвращения из Крыма она большую часть времени тяжело болела и фактически была прикована к постели. Превозмогая немощь, она написала свои знаменитые «Записки об уходе» (1859), где дала определение сестринскому делу как профессии, показала его отличие от врачебного дела. По её модели сестринского дела были созданы первые сестринские школы сначала в Европе, затем и в Америке. В Англии в честь Ф. Найтингейл такая школа была открыта в 1860 г. на средства, собранные общественностью. Профессиональные ценности, описанные Ф. Найтингейл как обязательные в деятельности медицинской сестры, не изменились до нашего времени.

Международный совет медицинских сестёр (МСМС), созданный в 1899 г. по инициативе Британской национальной ассоциации медицинских сестёр, в 1910 г. после смерти Ф. Найтингейл принял решение об увековечивании памяти великой основоположницы сестринского дела и создании в её честь мемориала — Фонда последипломного образования. Этот фонд предоставлял условия и средства, позволяющие медицинским сёстрам из разных стран совершенствовать свои профессиональные знания и заниматься научными исследованиями в области сестринского дела.

«Флоренс Найтингейл принадлежит не только Англии и английскому народу. Она одна из тех, чей дом — Вселенная. Её труд — это бесценное наследие всего Человечества. Поэтому лучшим мемориалом ей будет не мёртвый музей в её честь, а живой и развивающийся международный центр профессионального сестринского совершенствования», — говорилось в послании А. Нуттинг, американской медицинской сестры, первого профессора сестринских наук правлению директоров МСМС.

С 1971 г. день рождения Ф. Найтингейл — 12 мая — объявлен МСМС как Международный день медицинских сестёр. Международным комитетом Красного Креста в 1912 г. учреждена медаль имени Ф. Найтингейл, которой награждают медицинских сестёр, проявивших героизм на войне. В годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. 46 медицинских сестёр в нашей стране были награждены этой медалью. Возвращаясь вновь к периоду Крымской войны, следует сказать, что милосердие к воину как общественное движение родилось именно в тот период, когда две выдающиеся женщины противоборствующих стран — англичанка Ф. Найтингейл и великая княгиня Елена Павловна — одновременно протянули руки к проливавшим кровь на поле брани.

В историческом споре о первенстве в становлении сестринского дела «главное не признание первенства той или иной стороны, а добродетель и милосердие, одновременно родившиеся в сердцах людей, принёсших облегчение и возвращение к жизни больным и раненым воинам, большинство из которых были обречены на смерть».

Старейшая Московская община была создана в 1866 г. княгиней Н.Б. Шаховской — община сестёр милосердия «Утоли мои печали». Сёстры милосердия этой общины принимали участие в сербско-турецкой (1876) и русско-турецкой (1877–1878) войнах. Первый от-

ряд возглавляла сама княгиня Н.Б. Шаховская. Император Александр II, лично участвовавший в боевых действиях против турок на Балканах, высоко оценил деятельность сестёр общины и взял её под своё высокое покровительство. После этого община сестёр милосердия «Утоли мои печали» стала называться Александровской. В 1906 г. после смерти княгини общине было присвоено имя её основательницы.

В период русско-турецкой войны создавались новые общины для помощи раненым и больным на поле боя. Георгиевская община, созданная Е.П. Карцевой, дочерью помещика Новгородской губернии, по рекомендации знаменитого русского терапевта С.П. Боткина прошла с войсками путь через Балканские горы к Андрианополю, затем от Плевны до Сан-Стефано.

В конце 1860-х годов появились общины сестёр милосердия в Одессе, Харькове, Тбилиси.

Мысли об организации международной частной и добровольной помощи пострадавшим на войне независимо от звания и национальности возникли у швейцарца А. Дюнана под влиянием пораженной его деятельности сестёр милосердия в период Крымской войны: с одной стороны — Ф. Найтингейл, с другой — Крестовоздвиженской общины. Кроме того, 25 июля 1859 г. в разгар франко-итало-австрийской войны, случайно оказавшись в местечке Сольферино (Северная Италия), А. Дюнан был потрясён картиной, которую он увидел на поле боя: раненые умирали из-за отсутствия своевременной медицинской помощи. В 1862 г. он издаёт «Воспоминания о Сольферино» и принимает окончательное решение о создании международной организации помощи жертвам войны. В 1863 г. в Швейцарии был организован постоянный Международный комитет помощи раненым, переименованный в 1876 г. в Международный комитет Красного Креста. В 1864 г. в Женеве состоялась дипломатическая конференция, на которой представители 12 стран подписали международное соглашение — «Женевскую конвенцию об улучшении участи раненых и больных воинов в действующих армиях». Эта конвенция положила начало международному гуманитарному праву, действующему и сейчас. На этой конференции был учреждён особый международный отличительный знак, обеспечивающий правовую защиту на поле боя, — красный крест на белом фоне.

Россия присоединилась к Женевской конвенции в 1867 г., и тогда же было создано Общество попечения о раненых и больных вои-

нах на базе Крестовоздвиженской общины. В 1876 г. оно было переименовано в Российское общество Красного Креста.

С 1871 г. женщинам разрешили работать в госпиталях и в мирное время.

В 1875 г. было издано положение о медицинских сёстрах Красного Креста для ухода за больными и ранеными во время войны. Отряды медицинских сестёр Красного Креста оказывали помощь раненым на полях русско-турецкой и русско-японской войн.

В 1897 г. Российское общество Красного Креста учредило в Петербурге институт, целью которого была подготовка мужчин для ухода за ранеными и больными. Срок обучения в институте составлял 2 года.

К этому времени двухгодичной подготовкой медицинских сестёр занимались в 109 общинах. Курсы сестёр милосердия были открыты при больницах. К 1913 г. в России насчитывалось 10 000 сестёр милосердия.

В феврале 1909 г. в Москве по инициативе великой княгини Елизаветы Федоровны, супруги великого князя Сергея Александровича, начала свою деятельность Марфо-Мариинская обитель милосердия, а в сентябре 1909 г. был освящён первый больничный храм во имя Марфы и Марии. В апреле 1909 г. 18 сестёр милосердия во главе с великой княгиней были посвящены в крестовые сёстры любви и милосердия.

С самого начала первой мировой войны в ноябре 1914 г. императрица Александра Федоровна, супруга императора Николая II, посвятила себя служению раненым. В самое короткое время был организован эвакуационный пункт, который объединял 85 лазаретов и 10 санитарных поездов. Вместе со своими старшими дочерьми, великими княгинями Ольгой и Татьяной, императрица закончила двухмесячные курсы сестёр милосердия при Царскосельской общине и в Российском обществе Красного Креста. Им было присвоено звание «Сестра милосердия военного времени».

Великие княгини Ольга и Татьяна работали в Царскосельском госпитале, оказывая помощь раненым и больным. Императрица Александра Федоровна, так же как и её дочери, делала перевязки раненым, ассистировала при операциях. В марте 1915 г. Александра Федоровна писала мужу: «Сколько горя вокруг!.. Слава Богу за то, что мы, по крайней мере, имеем возможность принести некоторое облегчение страждущим и можем им дать чувство уюта в их одиночестве!»

В 1914 г. во время первой мировой войны, для того чтобы ускорить подготовку сестёр милосердия, в которых очень нуждались госпитали, срок обучения сократили до 6 недель.

26 августа 1917 г. в Москве состоялся I Всероссийский съезд сестёр милосердия, учредивший Всероссийское общество сестёр милосердия.

В январе 1918 г. начал выходить созданный обществом еженедельник «Первый вестник сестры милосердия». В передовой статье первого номера говорилось, что требования общества и государства поставили новые, более сложные и трудные задачи. Для выполнения их нужна правильная сплочённая организация, могущая дать единое общее руководящее начало в работе, соединив всех отдельных членов в одну сознательную дружескую силу, отдающую себя на служение родине и человечеству [30]. Общество было вынуждено прекратить своё существование вскоре после Октябрьской революции 1917 г., поэтому увидели свет только 9 номеров вестника.

Сёстры милосердия сыграли большую роль в уходе за ранеными и больными в Красной Армии и в борьбе с эпидемиями в годы гражданской войны. Наркомат здравоохранения, созданный в 1918 г., утвердил план и программы обучения для школ, подготавливающих сестёр милосердия. В 1920 г. общины сестёр милосердия были упразднены и подготовка сестёр поручалась органам здравоохранения. При этом из названия школ исчезло и слово «милосердие».

В 1922 г. состоялся I Всероссийский съезд по медицинскому образованию. Были определены типы средних медицинских учебных заведений, для медицинских сестёр установлен двухгодичный срок обучения. В 1926 г. на II Всероссийской конференции была проведена следующая реформа: в угоду всеобщей технизации медицинские школы стали называться техникумами, а медицинские сёстры — техниками по уходу. В 1933 г. медицинской сестре была отведена роль помощника врача.

К 1940 г. обеспеченность средними медицинскими кадрами по сравнению с 1913 г. возросла в 8 раз. В 1942 г. начинает выходить журнал «Медицинская сестра». В годы Великой Отечественной войны 17 медицинских сестёр получили звание Героя Советского Союза, 46 вручена медаль имени Ф. Найтингейл.

В 50-е годы медицинские школы были реорганизованы в медицинские училища, создана система среднего специального образования.

В 1988 г. был введён новый учебный план по специальности «Сестринское дело». С 1991 г. началась подготовка сестринского персонала не только в медицинских училищах по 2–3-годичной программе, но и в колледжах по 4-годичной программе обучения. В этом же году открылись факультеты высшего сестринского образования при высших образовательных медицинских учреждениях для подготовки преподавателей и организаторов сестринского дела.

В 1993 г. был сделан ещё один важный для реформы сестринского дела шаг: на международной конференции «Новые сёстры для новой России», организованной РФ, в которой принимали участие преподаватели сестринского дела из Тихоокеанского университета (США), различных образовательных сестринских учреждений России, а также практикующие сёстры, была создана и принята философия сестринского дела.

В 1992 г. создана Ассоциация медицинских сестёр России, принимающая участие в работе МСМС. Впервые в России (после Октябрьской революции 1917 г.) по инициативе медицинских сестёр была организована неправительственная профессиональная организация. Направления работы ассоциации определены в «Проекте развития Ассоциации медицинских сестёр России»:

- повышение роли медицинской сестры в системе здравоохранения, повышение престижа профессии;
- повышение качества медицинской помощи;
- распространение передового опыта и научных достижений в области сестринского дела;
- возрождение традиций сестринского милосердия;
- защита интересов медицинских сестёр в законодательных, административных и других органах государственной власти;
- организация сбора информации по сестринскому делу, её анализ и распространение;
- сотрудничество с международными организациями и правительственными учреждениями.

Ассоциация медицинских сестёр России была инициатором разработки, принимала активное участие в создании и обсуждении стандартов практической деятельности медицинских сестёр. Создание этих стандартов положило начало серьёзному научному подходу к стандартизации сестринского процесса. Президент Ассоциации медицинских сестёр России В.А. Саркисова является членом экспертной комиссии МЗ РФ по стандартизации.

В 1996 г. на I Всероссийской конференции по сестринскому делу был принят проект «Этического кодекса медицинской сестры России», разработанный при участии ассоциации. Окончательно кодекс был принят в 1997 г.

В 1997 г. состоялась очередная конференция по сестринскому делу, на которой обсуждались первоочередные мероприятия по совершенствованию сестринской помощи в РФ. Среди этих мероприятий названы пересмотр норм нагрузки и нормативов деятельности медицинских сестёр разных специальностей, пересмотр уровня оплаты труда, улучшение социальных условий, строгая регламентация и контроль безопасности условий труда медицинских сестёр, создание профессиональных ассоциаций в регионах и утверждение статуса ассоциаций на законодательном уровне.

Многие региональные ассоциации являются членами Ассоциации медицинских сестёр России, которая, таким образом, стала межрегиональной.

I Европейская конференция по сестринскому делу (1988) рекомендовала странам этого региона определить цель, роль в обществе и стратегию развития сестринского дела. Европейский регион ВОЗ объединяет 50 стран, большинство из которых уже определили свою стратегию. ВОЗ неоднократно призывала к этому и наше государство. Инициативу ВОЗ поддержали Ассоциацию медицинских сестёр России и российские межрегиональные ассоциации. В МЗ РФ была создана рабочая группа по подготовке государственной программы развития сестринского дела. Проект этой программы был составлен на основе концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ. Цель государственной программы развития сестринского дела в РФ — конкретизация основных направлений и положений этой концепции, связанных со всеми аспектами сестринского дела [34].

Заметным событием в отечественном здравоохранении стал I Всероссийский съезд средних медицинских работников, проходивший 3–5 ноября 1998 г. в Санкт-Петербурге. В приветствии съезду президент МСМС К. Сталкнехт (1998) сказала: «Объединённые медицинские сёстры России могут стать силой, определяющей перемены».

На съезде был представлен проект государственной программы развития сестринского дела в России, обсуждались вопросы организации сестринского дела в учреждениях здравоохранения, подготовки и переподготовки специалистов со средним медицинским

образованием, а также проблемы высшего сестринского образования.

После I Всероссийского съезда средних медицинских работников во многих регионах РФ прошли региональные конференции по сестринскому делу.

К 2000 г. в РФ созданы 44 региональные сестринские ассоциации. Межрегиональная ассоциация насчитывает 41,5 тыс. членов. В её состав входят представители 69 регионов РФ и 31 региональная ассоциация.

Региональные и межрегиональные ассоциации медицинских сестёр проводят активную работу по повышению престижа профессии медицинской сестры, совершенствованию организации их работы, внедрению современных взглядов на сестринский процесс как на самостоятельный процесс работы с пациентами, тесно связанный с врачебным процессом [16, 36].

В июне 2000 г. прошла II Европейская конференция ВОЗ по сестринскому делу. В Мюнхене были подведены итоги реформирования здравоохранения после I Европейской конференции в Вене (1988). Обсуждались как общие, так и частные проблемы стран Европейского региона, факторы, препятствующие более эффективной работе медицинских сестёр и акушерок, разработаны основы общеевропейской стратегии и план развития сестринского и акушерского дела на ближайшее десятилетие.

В 1998 г. в рамках глобальной политики «Здоровье-21», осуществляемой ВОЗ, для стран Европейского региона была поставлена 21 задача по достижению здоровья для всех. Каждой медицинской сестре и акушерке, участнице Мюнхенской конференции, было предложено подписать клятву приверженца политики «Здоровье-21», а затем передать её другим медицинским сёстрам и акушеркам в своей стране.

**Клятва медицинских сестёр и акушерок —
приверженцев политики «Здоровье-21»**

В качестве медицинской сестры-акушерки, придерживающейся принципов политики «Здоровье-21», я обязуюсь использовать мои знания, навыки и гуманизм для охраны здоровья всех членов общества. Моя миссия заключается в том, чтобы, работая совместно с общественностью, улучшить здоровье населения и обеспечить права каждого человека на надлежащую лечебно-профилактическую помощь и уход. Совместно с коллегами-медсёстрами и акушерками

и в сотрудничестве с другими медицинскими работниками и общественностью я буду постоянно прилагать все усилия для пропаганды здорового образа жизни и создания здоровых условий на местах работы и по месту жительства. Критерием эффективности моей деятельности будет более высокий уровень здоровья отдельных лиц, семей и общин. Оказывая медицинскую помощь и ухаживая за больными, я всегда буду руководствоваться высокими идеалами сострадания и нравственности.

В Российской Федерации создана и успешно функционирует структура образовательных учреждений, способная полностью обеспечить качественную подготовку специалистов сестринского дела по программам трёх уровней: училище—колледж—вуз:

- **1-й уровень (базовый)** — медицинская сестра широкого профиля, обеспечивающая общий уход и наблюдение за пациентом, способная оказать неотложную помощь;
- **2-й уровень (повышенный)** — по завершении обучения такой специалист может работать медицинской сестрой в специализированных и крупных лечебно-профилактических учреждениях, учреждениях социального обеспечения, преподавателем сестринского дела в средних профессиональных учреждениях;
- **3-й уровень** — медицинская сестра с высшим образованием. Дипломированные специалисты могут работать менеджерами, главными медицинскими сёстрами многопрофильных крупных больниц и медицинских учреждений, заниматься научной деятельностью.

Проведена реорганизация сети средних учебных заведений, созданы колледжи, в 43 медицинских вузах открыты факультеты высшего сестринского образования. Осуществлено несколько выпусков медицинских сестёр с высшим образованием.

В 1995 г. впервые в России Г.М. Перфильева — лидер сестринского дела, инициатор создания факультета высшего сестринского образования в Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова — защитила докторскую диссертацию на тему: «Сестринское дело в России». К настоящему времени защищено несколько медицинских диссертаций.

В 1995 г. вышел новый, адресованный медицинским сёстрам журнал «Сестринское дело», внутри которого есть ещё один жур-

нал — «Вестник сестринских ассоциаций». С 1998 г. вновь выходит журнал «Медицинская сестра», с 2001 г. — журнал «Сестра милосердия».

Лидеры сестринского дела сегодня принимают участие во всех международных встречах, посвящённых дальнейшему развитию сестринского дела и способствующих его дальнейшему реформированию в нашей стране.

Приказом МЗ РФ в 2001 г. утверждена отраслевая программа развития сестринского дела в Российской Федерации, разработанная в соответствии с концепцией развития здравоохранения в России. Целью и основными задачами данной программы являются формирование оптимальных условий для повышения эффективности и усиления роли сестринского персонала в оказании медицинской и медико-социальной помощи населению, совершенствование системы управления сестринским персоналом, повышение профессионального и социального статуса профессии, обеспечение социальной защищённости медицинских сестёр и др.

Прочитав эту главу, Вы узнаете:

- о теории Абрахама Маслоу об иерархии потребностей человека;
- о физиологических потребностях;
- о потребности в безопасности;
- о потребности в преданности и любви;
- о социальных потребностях;
- о потребности в самовыражении;
- о потребности в самоуважении и уважении окружающих;
- о познавательных потребностях;
- об эстетических потребностях.

Понятия и термины:

- *апатия* — состояние полного безразличия, равнодушия; болезненное состояние;
- *артрит* — воспаление сустава;
- *атрофия* — прижизненное уменьшение размеров органа или ткани организма, сопровождающееся нарушением или прекращением их функций;
- *депрессия* — подавленное, угнетённое психическое состояние;
- *контрактура* (от лат. *contractura*) — сужение, сокращение;
- *неподвижность* — состояние, при котором человек не может двигаться или испытывает затруднения при движениях, необходимых для нормального функционирования;

- **окружающая среда** — окружающий человека природный и созданный им материальный мир;
- **остеопороз** — разрежение губчатого и кортикального слоев кости вследствие частичного рассасывания костного вещества;
- **потребность** — нужда или недостаток в чём-либо необходимом для поддержания жизнедеятельности организма, человеческой личности, социальной группы, общества в целом;
- **самовыражение** — желание человека реализовать свои таланты и возможности;
- **самоуважение** — уважение к самому себе.

3.1. УРОВНИ ПОТРЕБНОСТЕЙ ЧЕЛОВЕКА ПО А. МАСЛОУ

Чтобы жить, быть здоровыми и счастливыми, люди нуждаются в пище, воздухе, сне и т.д. Эти потребности человек самостоятельно удовлетворяет на протяжении всей своей жизни. Они во многом зависят от поведения человека. Так, каждый пациент нуждается в пище, однако не все одинаково реагируют на поднос с едой: один, улыбаясь, скажет «спасибо» и с удовольствием начнёт есть, другой, посмотрев на блюда, мимикой и словами даст понять, что «это» он есть не будет, третий предпочтёт вначале поспать, а затем уже принимать пищу. Таким образом, у всех пациентов разная потребность в еде. Оказывается, болезнь тоже мешает удовлетворению потребностей, приводит к дискомфорту.

В 1943 г. американский психолог А. Маслоу разработал теорию иерархии потребностей, определяющих (направляющих) поведение человека. По его теории, одни потребности для человека важнее, чем другие. Это положение позволило классифицировать их по иерархической системе: от физиологических (низший уровень) до потребностей в самовыражении (высший уровень). А. Маслоу изобразил уровни потребностей человека в виде пирамиды (рис. 3-1). Эта фигура имеет широкое основание (основу, фундамент). В пирамиде физиологические потребности человека составляют фундамент (основу) его жизнедеятельности. Возможность удовлетворять свои потребности у людей различна и зависит от нескольких факторов: возраста, окружающей среды, знаний, умений, желаний и способностей самого человека. Прежде всего удовлетворяют потребности низшего порядка, т.е. физиологические.



Рис. 3-1. Иерархия потребностей человека по А. Маслоу (1943)

3.1.1. Физиологические потребности

Чтобы жить, человеку необходимо удовлетворять физиологические потребности в воздухе, пище, воде. Кроме того, каждый из нас нуждается в движении, сне, отпавлении физиологических потребностей, а также в общении с людьми, удовлетворении своих сексуальных интересов.

Следует помнить, что физиологические потребности одинаковы у всех людей, но удовлетворяются в разной степени.

Потребность в кислороде (нормальном дыхании) — основная физиологическая потребность человека. Дыхание и жизнь — неразделимые понятия. Человек усвоил давно: *dum spiro spero* (лат.) — пока

дышу, надеюсь. Многие слова в русском языке имеют «дыхательный» смысл: отдых, вдохновение, дух и т.д. Поддержание этой потребности должно стать для медицинской сестры приоритетной задачей. Кора головного мозга очень чувствительна к недостатку кислорода. При недостатке кислорода дыхание становится частым и поверхностным (тахипноэ), появляется одышка. Например, длительное уменьшение концентрации кислорода в тканях приводит к цианозу: кожа и видимые слизистые оболочки приобретают синюшный оттенок.

Человек, удовлетворяя потребность в кислороде, поддерживает необходимый для жизни газовый состав крови.

Потребность в пище. Питание имеет значение для поддержания здоровья и хорошего самочувствия. Родители, удовлетворяя потребность младенца в рациональном питании, проявляют не только родительскую заботу, но и обеспечивают ребёнку возможность нормального роста и развития. Рациональное питание взрослого помогает исключить факторы риска многих заболеваний. Например, ишемическая болезнь сердца обусловлена употреблением пищи, богатой насыщенными животными жирами и холестерином.

Рацион, содержащий большое количество круп и растительных волокон, снижает риск развития рака толстой кишки. Адекватное питание при болезнях способствует выздоровлению. Так, высокое содержание белка в пище содействует заживлению ран, в том числе и пролежней.

Отметим, что неудовлетворённая потребность человека в питании часто приводит к ухудшению самочувствия и здоровья.

Потребность в жидкости. Здоровый человек должен выпивать 2,5–3 л жидкости ежедневно. Такое количество жидкости восполняет физиологические потери в виде мочи, пота, кала и испарений при дыхании. Для сохранения водного баланса человек должен употреблять жидкости больше, чем выделять, в противном случае появляются признаки обезвоживания. От знаний и умений медицинской сестры предвидеть обезвоживание зависит возможность пациента избежать многих осложнений.

Потребность в физиологических отправлениях. Непереваренная часть пищи выводится из организма в виде кала. Акт дефекации и мочеиспускания у каждого индивидуальны, и их удовлетворение нельзя отложить на долгое время. Большинство людей считают эти процессы личными, интимными и предпочитают не обсуждать их. В связи с этим медицинская сестра, оказывая помощь пациенту,

имеющему проблемы с отправлением физиологических потребностей, должна быть особенно деликатна и, уважая право человека на конфиденциальность, обеспечить ему возможность уединения.

Потребность во сне и отдыхе А. Маслоу также относит к физиологическим потребностям. Чередование периодов сон — бодрствование является основным фоном для повседневной деятельности человека.

Исследования Т. Гауэра (1997) показали, что женщины чаще страдают от усталости, вызванной недосыпанием. Недосыпание стоит на втором месте после работы по дому среди причин усталости. В случаях, когда человек выкраивает время для занятий делами за счёт сна, он увеличивает долг недосыпания, поскольку продолжительность сна современного человека, необходимая для нормального существования, не менее 7–7,5 ч.

При недосыпании у человека ухудшается здоровье. Уменьшается уровень глюкозы в плазме крови, изменяется питание мозга, замедляются мыслительные процессы (рассеивается внимание, ухудшается кратковременная память, замедляются скорость и точность вычислений), снижается способность к обучению. Исследования, проведённые американскими специалистами (Гауэр Т., 1997), свидетельствуют об уменьшении количества фагоцитирующих клеток в организме недосыпающего человека. Известно, что мы тратим на сон треть своей жизни. Больному человеку сон необходим ещё больше, поскольку способствует улучшению самочувствия.

Сон — «изменённое состояние сознания, периодически возникающее у человека на более или менее длительное время и способствующее восстановлению его сил и самочувствия» (Вендерова М.И., 2000). Существует циркадный биоритм — ежесуточный цикл сна и бодрствования. Состояние сонливости наступает дважды в течение суток: с 00:00 до 04:00, затем между 12:00 и 16:00. Несмотря на снижение восприимчивости человека к внешним раздражителям во время сна, это очень активное состояние. В результате исследований, проведённых М.И. Вендеровой (2000), выделено несколько стадий сна.

Стадия I — медленный сон (фаза медленных движений глаз). Лёгкий сон длится несколько минут. В этот период происходят спад физиологической активности организма, постепенное снижение деятельности органов и замедление обмена веществ. В это время спящего человека можно легко разбудить; если сон не прерывается, то вторая стадия наступает через 15 мин.

Стадия II — медленный сон (фаза медленных движений глаз).

Неглубокий сон, продолжительностью 10–20 мин. Жизненные функции организма продолжают ослабевать, наступает полное расслабление. Разбудить человека трудно.

Стадия III — медленный сон (фаза медленных движений глаз).

Стадия самого глубокого сна, продолжающаяся 15–30 мин. Разбудить спящего человека очень трудно. Продолжается ослабление жизненно важных функций: это полная релаксация, включая замедление сердечного ритма.

Стадия IV — медленный сон (фаза медленных движений глаз).

Глубокий сон длительностью 15–30 мин. Разбудить спящего всё так же трудно. В эту фазу происходит восстановление физических сил. Жизненно важные функции выражены гораздо слабее, чем во время бодрствования. У некоторых людей во время этой стадии сна отмечаются «хождение во сне» и непроизвольное мочеиспускание. Вслед за IV вновь наступают III, II, затем V стадия сна.

Во время фазы медленного сна дыхание и пульс урежаются, расслабляются мышцы.

Стадия V — быстрый сон (фаза быстрых движений глаз).

Возможны яркие, цветные сновидения через 50–90 мин после I стадии. Наблюдаются быстрые движения глаз (в этот момент спящий видит сновидения), учащение сердечных сокращений и дыхательных движений, изменение артериального давления, снижение тонуса скелетных мышц. В эту фазу восстанавливаются психические функции спящего человека, разбудить его, несмотря на признаки более поверхностного сна (учащение дыхательных движений и пульса), чрезвычайно трудно. Продолжительность этой стадии около 20 мин.

После V стадии сна на короткое время наступают IV, III, II, затем вновь III, IV, V стадии, т.е. следующий цикл сна.

Быстрый сон никогда не наступает сразу — ему предшествуют несколько стадий медленного сна. Сон любого человека состоит из последовательного чередования 4–6 завершённых циклов, продолжительность каждого из них 60–90 мин. Длительность быстрого сна в начале ночи несколько минут, а к утру около 30 мин.

На сон оказывают влияние такие факторы, как неудобная (непривычная) поза, физическое и/или психическое недомогание, лекарственные средства и наркотики, образ жизни, эмоциональный стресс, окружающая среда и физическая нагрузка. Любое заболевание, сопровождающееся болью, физическим недомоганием, трево-

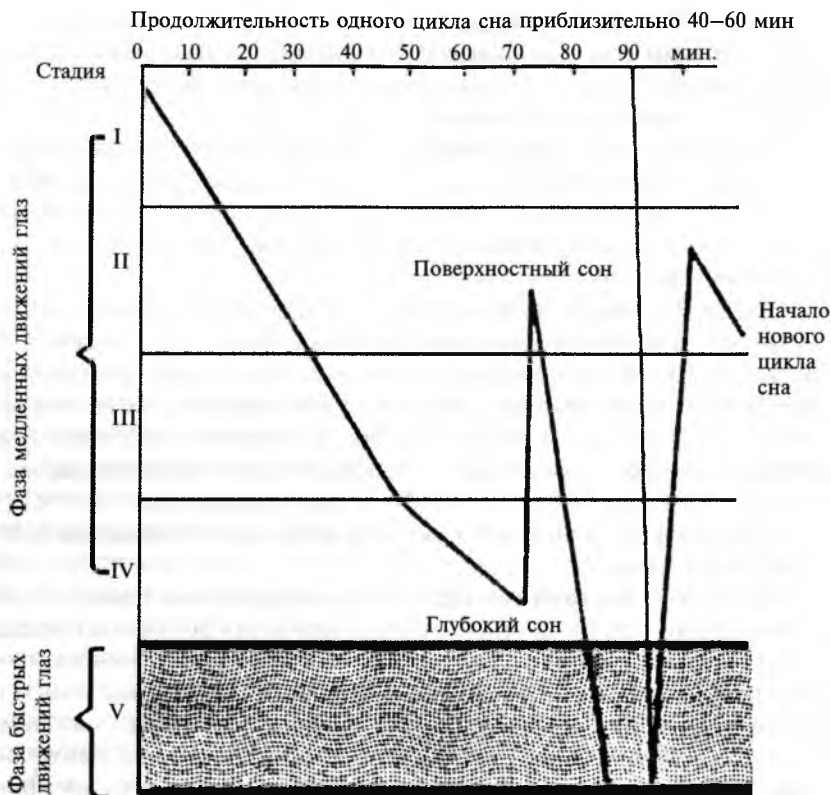


Рис. 3-2. Цикл сна

гой и депрессией, приводит к ухудшению сна. Например, при патологии органов дыхания пациенту на ночь приходится подкладывать 2–3 подушки, что, безусловно, сказывается на качестве сна. При ишемической болезни сердца больной боится спать из-за страха перед сердечным приступом.

В табл. 3-1 представлено влияние лекарственных препаратов на качество сна.

Снотворное скорее создаёт у пациента новые проблемы, нежели приносит пользу. Многим людям неизвестны все аспекты действия кофеина и алкоголя. В частности, кофеин — психостимулятор продолжительного действия (от 12–20 ч), способный уменьшить глубину сна. Он содержится в кофе, чае, шоколаде и многих безалкоголь-

Таблица 3-1. Влияние фармакологических препаратов на качество сна

Фармакологические препараты	Влияние на качество сна
Снотворные	Мешают развитию стадии глубокого сна. Обеспечивают лишь временное (на 1 нед) увеличение его продолжительности. Приводят к состоянию похмелья: пациент испытывает сонливость днем, рассеянности и упадок сил. У пожилых пациентов могут инициировать приступ удушья во время сна
Диуретики	Вызывают ночную полиурию
Антидепрессанты, психостимуляторы	Подавляют стадию быстрого сна
Алкоголь	Ускоряет засыпание. Прерывает фазу быстрого сна. Способствует частому пробуждению и ухудшает возобновление сна
Кофеин	Затрудняет засыпание. Иногда способствует прерыванию сна
Дигоксин	Вызывает ночные кошмары
β -Адреноблокаторы	Вызывают ночные кошмары, бессонницу и быстрое пробуждение
Транквилизаторы	Уменьшают продолжительность II и IV стадий сна
Наркотические средства	Подавляют стадию быстрого сна. При резком прекращении приёма могут увеличить риск аритмии. Способствуют частому пробуждению, вызывают сонливость днём

ных напитках. Медицинская сестра должна ознакомить пациента с назначенными лекарственными препаратами и их влиянием на сон.

У пожилых и старых людей часто наступает изменение сна:

- требуется больше времени, чтобы заснуть, достичь стадии быстрого глубокого сна;
- общая продолжительность сна не меняется, даже если человек часто просыпается ночью, поэтому человек часто чувствует себя невыспавшимся;
- сон чаще поверхностный, труднее засыпать, частые пробуждения ночью и раннее пробуждение;
- с возрастом увеличивается продолжительность поверхностного сна, поэтому часто человек говорит, что он «не сомкнул глаз»;

- в течение дня пожилой человек жалуется, что ему трудно выполнить обычную элементарную работу, он быстро устаёт, наблюдается апатия.

Отдых — состояние пониженной физической и психической активности. Отдыхать можно не только лёжа на диване, но и во время длительной прогулки, чтения книг или выполнения специальных релаксирующих упражнений. В лечебном учреждении отдыху могут помешать громкий шум, яркий свет, присутствие других людей, а также частые лечебные процедуры. Отдых и сон необходимы для повседневной жизнедеятельности человека. Знание стадий сна и возможных причин, вызывающих его нарушение, даст возможность медицинской сестре оказать пациенту помощь и удовлетворить доступными ей средствами его потребности.

Потребность в движении. Ограничение подвижности или неподвижность создают множество проблем для человека. Неподвижностью называется «состояние, при котором человек не может двигаться или испытывает затруднения при движениях, необходимых для нормального функционирования» (Дженг М., 1995). Это состояние бывает длительным или кратковременным, преходящим или постоянным. Оно может быть обусловлено вынужденным применением ортопедических систем (шина, вытяжение, корсет или какое-либо специальное средство для удерживания тела), болью (в суставах, спине и т.п.); хроническим заболеванием (артрит, остаточные явления нарушения мозгового кровообращения и т.п.), нарушением психики (делирий, депрессия и т.п.).

Неподвижность — один из факторов риска развития трофических нарушений (возникновение пролежней), патологическое изменение опорно-двигательного аппарата (остеопороз, мышечная атрофия, контрактура суставов), нарушений в работе сердечно-сосудистой и дыхательной систем (особенно в положении лёжа на спине). При длительной полной неподвижности наблюдаются изменения в системе пищеварения (диспепсия, метеоризм, анорексия, диарея или запор). Регулярное и интенсивное натуживание, к которому пациент вынужден прибегать во время акта дефекации в лежачем положении, приводит к геморрою, инфаркту миокарда, остановке сердца. Неподвижность вызывает нарушение мочевыделения, что в свою очередь приводит к развитию инфекций мочевыводящих путей и/или возникновению мочекаменной болезни.

И главное, неподвижный человек лишён общения с окружающей средой, которая оказывает влияние на формирование собственного «Я». Выраженность и продолжительность неподвижности оказывают влияние на психосоциальную сферу человека: изменяются способность к обучению, мотивация, чувства и эмоции.

Помощь медицинской сестры, направленная на восстановление подвижности, имеет важное значение для улучшения качества жизни пациента.

Сексуальная потребность. Она не прекращается даже во время заболевания или при достижении преклонного возраста. Под сексом обычно подразумевается только его биологический компонент (половые отношения). В то же время сексуальность включает в себя потребность в близости, любви, прикосновении и ощущении собственной женственности или мужественности.

По данным ВОЗ, сексуальное здоровье человека влияет на его социальное здоровье и включает три главные составляющие:

- способность получать удовольствие и контролировать половое, репродуктивное поведение в соответствии с социальными и нравственными нормами;
- отсутствие страха, стыда, вины, неправильных представлений и прочих психологических факторов, подавляющих реакции и ухудшающих сексуальные отношения;
- отсутствие органических расстройств, ухудшающих сексуальную и репродуктивную активность.

На сексуальное здоровье человека влияют его болезнь, дефекты развития, у женщин — также рождение ребёнка. Тем не менее многие пациенты говорят на эту тему неохотно даже при наличии серьёзных сексуальных проблем. Как правило, людям не требуется удовлетворять свои сексуальные потребности ежедневно, но, как и потребность в дыхании, пище, воде, сексуальная потребность присутствует всегда. Решение сексуальных проблем может помочь пациенту обрести гармонию в состоянии здоровья. Относиться с пониманием к пациенту и не нарушать (по возможности) интимную атмосферу или уединение — это самое малое, что может сделать медицинская сестра для удовлетворения его потребности в сексе (Голубев В.Л., 1991). «Разговаривая со своими пациентами о сексуальных проблемах, многие медицинские сёстры испытывают неудобства. Для того чтобы избавиться от этого чувства, необходимо:

- выработать точную научную основу для понимания здоровой сексуальности и наиболее распространённых её нарушений и дисфункций;
- понимать, как влияют на сексуальность сексуальная ориентация, культура и религиозные убеждения человека;
- определить для себя границы, в которых обсуждение с пациентами вопросов и проблем сексуальности не вызывает неудобства;
- научиться определять проблемы, выходящие за рамки медсестринской компетенции, и рекомендовать пациенту помощь специалиста».

Рассмотренные физиологические потребности, согласно теории А. Маслоу, являются потребностями низшего уровня и существуют у любого человека независимо от возраста и социокультурного окружения. Значение медсестринского персонала в удовлетворении физиологических потребностей пациентов не должно недооцениваться (табл. 3-2).

Таблица 3-2. Помощь медицинской сестры в удовлетворении физиологических потребностей пациента

Физиологические потребности	Помощь медицинской сестры
Потребность в воздухе	Поднять изголовье кровати; обучить технике кашля
Потребность в пище	Оказать помощь в приёме пищи; обучить правильному питанию
Потребность в жидкости	Помочь с приёмом жидкости и обеспечить её достаточное количество
Отправление физиологических потребностей	Помочь пациенту дойти до туалета; обучить пользоваться мочеприёмником
Потребность во сне	Обеспечить комфортные условия для сна; выяснить причины его нарушения
Потребность в движении	Помочь пациенту в перемещении; обучить пациента и его близких активным и пассивным упражнениям в суставе
Потребность в прикосновении	Беседуя с пациентом, взять его за руку; посоветовать близким чаще обнимать его
Потребность в сексе	Не нарушать уединение пациента

3.1.2. Потребности в безопасности

Физическая и психологическая безопасность — это потребности второго уровня. Для большинства людей безопасность означает надёжность и удобства. Каждый из нас нуждается в крове, в одежде и в человеке, который может оказать помощь.

Например, пациент чувствует себя в безопасности, если кровать или кресло-каталка зафиксированы, покрытие пола сухое и на нём нет посторонних предметов, помещение в тёмное время суток освещено; у человека с плохим зрением есть очки; он одет соответственно погоде, в его жилище комфортная температура и есть уверенность, что при необходимости ему будет оказана помощь. Человек должен быть уверен, что он в состоянии не только обеспечить свою безопасность, но и не причинить вреда окружающим. Каждый чувствует себя в безопасности, когда выполнены его индивидуальные требования к защищённости. Медицинская сестра должна не только уметь обеспечить пациенту безопасность, но и знать его требования к ней (табл. 3-3).

Таблица 3-3. Помощь медицинской сестры пациенту в удовлетворении потребности в безопасности

Вид потребности	Помощь медицинской сестры
Потребность в надёжности	Опустить кровать на максимально низкий уровень; обучить пациента пользоваться тростью при ходьбе
Потребность в защите	Чаше проверять, не нуждается ли лежачий пациент в помощи
Потребность в крове	Убедиться, что у выписывающегося из стационара пациента есть кров
Потребность в одежде	Убедиться, что пациент одет соответственно погоде
Потребность в помощи	Обеспечить пациента средством связи (мобильным телефоном) при первой необходимости

3.1.3. Социальные потребности

Важнейшее значение для человека приобретают потребности третьего уровня — социальные (отношение людей в обществе): семья, друзья, общение, одобрение, привязанность, любовь и т.д.

Большинство людей хотят любви и понимания. Никто не желает быть покинутым и одиноким, и если это произошло, значит, социальные потребности человека не удовлетворены.

Элизабет Кублер-Росс в своей книге «Колесо жизни» пишет: «Мне никогда не доводилось встречать человека, который в чём-либо испытывал бы более сильную потребность, чем в настоящей, безграничной любви. Вы найдёте её в простом проявлении доброты по отношению к тому, кто нуждается в помощи... Это то, что соединяет нас с Богом и друг с другом» [53].

При тяжёлой болезни, нетрудоспособности или в преклонном возрасте часто возникает вакуум, нарушающий социальные контакты, в таких случаях потребность в общении не удовлетворена, особенно у пожилых и одиноких людей.

Необходимо помнить о социальных потребностях человека даже в тех случаях, когда он предпочитает не говорить об этом. Помогая человеку решить его социальные проблемы, можно значительно улучшить качество жизни (табл. 3-4).

Таблица 3-4. Помощь медицинской сестры пациенту в удовлетворении социальных потребностей

Вид потребности	Помощь медицинской сестры
Потребность в одобрении	Похвалить пациента, если ему удалось расширить свои возможности в самоуходе
Потребность в понимании	Выслушать пациента, проявля искренний интерес
Потребность в привязанности	Разъяснить родственникам пациента пользу регулярного посещения; дать почувствовать пациенту его важность
Потребность в любви	Объяснить родственникам пациента важность проявления знаков любви по отношению к нему
Потребность в семье и друзьях	Помочь позвонить домой или друзьям

3.1.4. Потребности в самоуважении и уважении

Общаясь с людьми, мы не можем быть равнодушными к оценке своего успеха с их стороны.

У человека появляется потребность в уважении и самоуважении. Чем выше уровень социально-экономического развития общества, тем более полно удовлетворяются эти потребности.

Часто больные, нетрудоспособные и пожилые люди ни для кого не представляют интереса и некому порадоваться их успеху, у них

нет возможности удовлетворить потребность в самоуважении и уважении окружающих, поэтому важно помочь им в удовлетворении этих потребностей, а в этом роль медицинской сестры огромна (табл. 3-5).

Таблица 3-5. Помощь медицинской сестры пациенту в удовлетворении потребности в самоуважении и уважении

Вид потребности	Помощь медицинской сестры
Потребность в поощрении	Искренне похвалить и поздравить пациента за достигнутые успехи
Потребность в уважении	Обращаться к пациенту по имени и отчеству; дать понять пациенту значимость его слов
Потребность в самоуважении	Помочь пациенту в достижении чувства собственного достоинства
Потребность в успехе	Помочь пациенту поделиться своим успехом с другими
Потребность в обладании преимуществом	Научить пациента использовать своё преимущество

3.1.5. Потребности в самовыражении

А. Маслоу называл самовыражение наивысшим уровнем потребностей человека. Он считал: удовлетворяя свою потребность в самовыражении, каждый верит, что делает что-то лучше, чем другие. Для одного самовыражение — это написание книги, для другого — выращивание сада, для третьего — воспитание ребёнка и т.д.

В 1977 г. А. Маслоу увеличил количество уровней в пирамиде до 7 и изменил перечень потребностей (рис. 3-3) [49]. Он ввёл такие важные для развитого общества потребности, как познавательные (в том числе познание самого себя, знание факторов риска своему здоровью и т.п.) и эстетические (чистота, красота и симметрия, окружающие человека, улучшающие настроение, повышающие качество жизни) и т.п.

Безусловно, не каждый человек испытывает необходимость в реализации потребностей всех 7 уровней, на это влияют образование, культура, социальный статус. Так, один пациент стремится узнать всё, чтобы остаться здоровым, другой — всё о своём заболевании, третьего ничего не интересует. Для многих людей в нашем обществе важно удовлетворить свои эстетические потребности даже в



Рис. 3-3. Иерархия потребностей человека по А. Маслоу (1977)

условиях медицинского учреждения: опрятность медицинского персонала, нерваные постельные принадлежности, чистота в палате, столовой, хорошая мебель, стены и полы могут серьёзно влиять на самочувствие пациента и его близких.

На каждом уровне иерархии у пациента может быть одна или несколько неудовлетворённых потребностей.

Медицинская сестра, составляя план ухода за пациентом, должна помочь ему реализовать хотя бы некоторые из них.

Прочитав эту главу, Вы узнаете:

- о классификации уровней общения;
- об элементах эффективного общения;
- о характеристике каналов общения;
- об особенностях формулировки открытых и закрытых вопросов;
- о приёмах эффективного вербального общения;
- о способах эффективного невербального общения;
- определение понятия «зоны комфорта»;
- о характеристике уверенной манеры общения.

Понятия и термины:

- **общение** — 1) серия динамических событий, заключающихся в передаче информации от отправителя к получателю; 2) сложный, многоплановый процесс установления и развития контактов между людьми с целью осуществления совместной деятельности;
- **вербальное общение** — процесс передачи информации при общении от одной личности к другой с помощью речи (устной или письменной);
- **невербальное (бессловесное) общение** — передача информации при помощи мимики, жестов, осанки и позы без использования речи;
- **визуальный** — зрительный;

- **коммуникация** — обмен информацией между двумя или более людьми в устной или письменной форме либо при помощи невербальных приемов;
- **отправитель** — человек, передающий информацию;
- **сообщение** — информация, посылаемая отправителем;
- **канал** — способ отправки сообщения: устная речь, неречевые компоненты (выражение лица, глаз, мимика, жест, поза) или в письменном виде;
- **получатель** — человек, принимающий сообщение;
- **подтверждение** — сигнал, которым получатель дает знать отправителю, что сообщение получено.

4.1. ОБЩЕНИЕ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ

Общение между людьми — важная составляющая повседневной жизни. «Сестринское дело, наряду с доброжелательным, технически грамотным выполнением лечебных процедур и манипуляций, подразумевает общение медицинской сестры с пациентом, испытывающим порой физические и психологические трудности, подавленным, испуганным или агрессивным. У пациентов могут быть самые различные потребности в общении, им могут понадобиться совет, утешение, поддержка, консультация или просто возможность поделиться своими переживаниями» [32].

Значение психотерапевтического воздействия, возможного при эффективном общении, хорошо известно, его результат иногда превосходит все другие методы лечения. В связи с этим общение — одно из важных умений, необходимых для качественной деятельности медицинской сестры. Навыки общения необходимы ей для завоевания доверия пациента, его семьи, взаимодействия с врачами и другими специалистами, участвующими в лечебном процессе. На собственном опыте многие знают, как часто люди недопонимают друг друга. Навыки эффективного общения помогут устранить эту проблему.

Основными принципами философии сестринского дела является уважение к жизни, достоинству и правам человека [21, 40]. Для того чтобы понимать человека и общаться с ним, требуются уважение, вера в его значимость, ценность, уникальность, доброту, силу, способность руководить своими действиями и право на это. Сестринское дело — это ответственные заботливые взаимоотношения [23].

4.2. ТЕХНИКА ОБЩЕНИЯ

Многие имеют опыт неэффективного общения с другими людьми. Если вас не понимают, это вызывает удивление: «Я же вполне четко выразился! Почему меня не понимают?»

Одним из условий эффективного общения является использование всех его компонентов (рис. 4-1).

Почему же люди иногда плохо понимают друг друга, даже если используются все 5 элементов эффективного общения?

Во-первых, нечётким может быть само сообщение. Например, произнесено слишком тихим голосом, написано плохим почерком, содержит непонятные термины и т.п.

Во-вторых, отправитель может использовать для передачи информации неправильный канал. Например, человеку, имеющему проблемы со слухом, передают большой объём информации с помощью устной речи, а человеку, имеющему проблемы со зрением, дают письменную инструкцию, написанную слишком мелким почерком, и т.д.

В-третьих, получатель сообщения не подтверждает, что информация им получена и понята именно так, как запланировано отправителем. Например, если на вопрос медсестры: «Вы поняли, как принимать назначенное вам лекарство?» — пациент отвечает: «Да, я понял», это не означает, что он действительно понял всё правильно. В данном случае, для того чтобы получить подтверждение, что



Рис. 4-1. Элементы эффективного общения

сообщение получено и понято пациентом правильно, медицинская сестра должна задать несколько конкретных открытых вопросов, например: «Через какое время после еды Вы будете принимать лекарство?»; «Чем Вы будете запивать это лекарство?» и т.п. В этом случае пациент пересказал бы сообщение медицинской сестры так, как он его понял.

Эффективное общение требует тщательной подготовки, внимательного отношения к собеседнику, взаимной готовности к общению. Часто люди, имеющие схожие нарушения зрения, слуха, физической активности и др., имеют различные проблемы. Уникальность каждого человека выявляется через общение.

4.3. СПОСОБЫ КОММУНИКАЦИИ

Существуют два способа передачи информации: вербальный (устная или письменная речь) и невербальный (поза, жест, мимика и т.д.). На рис. 4-2 представлены виды вербальной и невербальной коммуникации. Выбор способа передачи информации зависит от содержания сообщения и индивидуальных качеств получателя сообщения. Например, для слепого человека можно использовать устную речь, для глухого — как устную (многие глухие могут читать по губам), так и письменную (памятка) речь. Часто для передачи сообщения одновременно используют несколько каналов, например устная речь сопровождается мимикой и жестами.

Вербальная коммуникация предполагает два важных элемента: смысл и форму высказывания. Сообщение должно быть ясным и чётким.

Правильно задавая вопросы, можно сделать общение более эффективным. Вопросы могут быть закрытые, на которые можно ответить односложно «Да» или «Нет», и открытые (специальные), на которые можно получить более или менее подробный ответ. Закрытые вопросы начинаются со слов: «Вы можете..?», «Вы хотите..?», «Вам нужно..?», «У Вас есть..?» и т.п.

Открытые вопросы начинаются со слов: «Скажите мне..?», «Что..?», «Где..?», «Когда..?», «Почему..?» и т.п.

Неправильно заданный вопрос может сделать сообщение неэффективным. Так, обучая пациента каким-то необходимым навыкам, на вопрос: «Вы поняли меня?», можно получить ответ: «Да», в то время как человек просто не хочет признаться в том, что он не всё понял. Если сказать: «Я бы хотела убедиться, что вы меня пра-

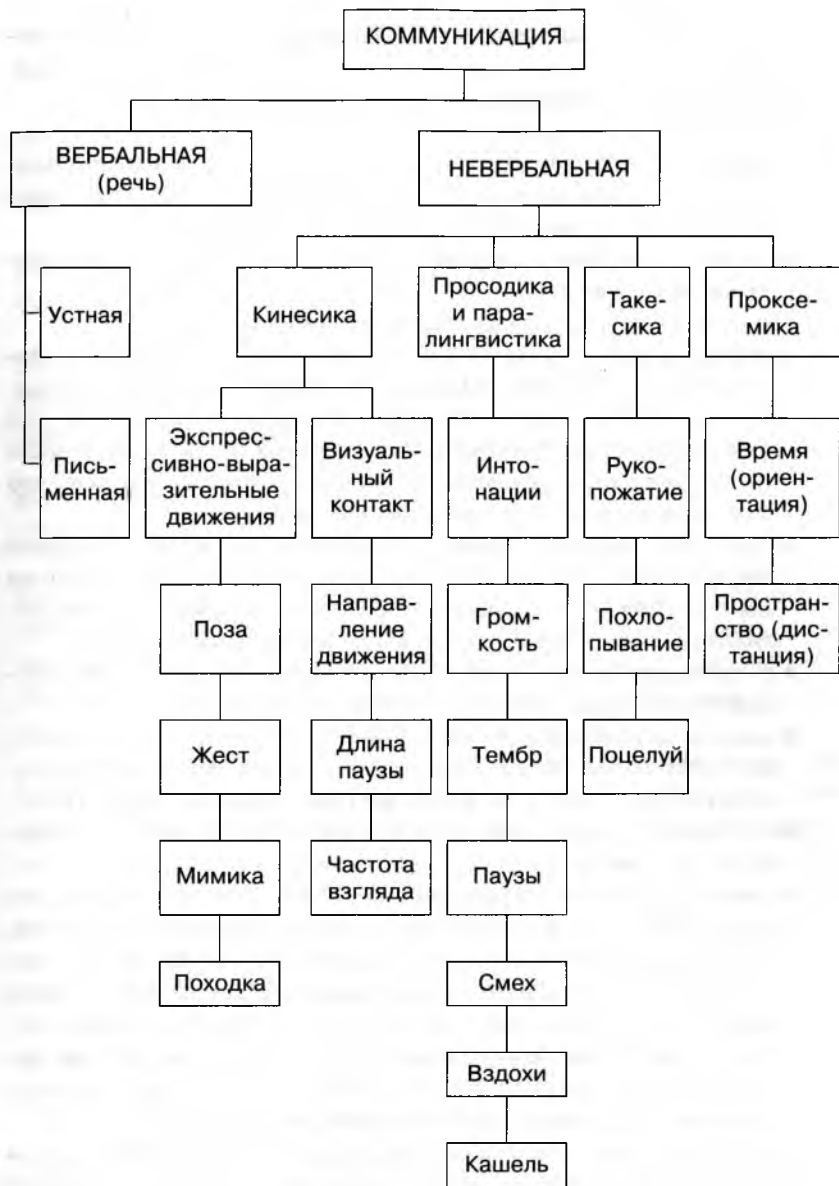


Рис. 4-2. Виды коммуникации

вильно поняли», можно получить подтверждение полученного сообщения.

Эффективность сообщения можно повысить, если:

- привлечь внимание получателя сообщения (если человек чем-то занят, а ваше сообщение не является срочным, лучше всего на некоторое время отложить разговор с ним);
- говорить медленно, с хорошим произношением, простыми короткими фразами;
- не злоупотреблять специальной терминологией;
- менять скорость и темп речи при общении с конкретным пациентом: если медицинская сестра говорит слишком медленно, то пациент может подумать, что она недооценивает его возможности воспринимать информацию. Если медицинская сестра говорит слишком быстро, пациент может подумать, что она торопится, и не захочет дальше слушать;
- правильно выбирать время для общения: тот, кому адресована информация, должен иметь интерес к беседе. Лучшее время для общения — когда пациент сам задаёт вопросы о своем состоянии, плане ухода, сестринских вмешательствах и т.д.;
- не начинать беседу сразу после информации врача о неблагоприятном исходе или неизлечимом заболевании;
- следить за интонацией своего голоса, убедиться, что она соответствует тому, что вы собираетесь сказать. Тон может выражать интерес, заботу, безразличие и раздражение, страх, гнев;
- выбирать нужную громкость: говорить так, чтобы вас слышали, но не кричать;
- юмор способствует эффективному вербальному общению, но он должен быть осторожным, особенно при манипуляциях, связанных с личной гигиеной пациента. При уходе за ним медсёстры могут рассказывать смешные случаи и использовать игру слов, чтобы вызвать улыбку у пациента. Некоторые зарубежные исследователи отмечают, что юмор помогает успокоить пациента, снять напряжение и боль, обеспечивает эмоциональную поддержку и смягчает восприятие болезни;
- убедиться в том, что вас поняли, задавая человеку открытые, а не закрытые вопросы. Следует задать вопрос: «Как Вы будете готовиться к обследованию?», но не «Вы поняли, как готовиться к обследованию?» Пациент может на второй (закрытый) вопрос сказать «Да», даже если не понял сообщения [27].

Чтобы убедиться, что вас правильно поняли, и оценить ответ собеседника, нужно уметь слушать.

Для любого человека важно, чтобы его слушали, когда он что-то говорит. И он получает этому подтверждение как через вербальные, так и через невербальные каналы общения, а также через вербальное молчание.

Существует 3 элемента активного выслушивания: поощряющие невербальные компоненты, поощряющие вербальные компоненты, молчание.

К *поощряющим невербальным компонентам* активного выслушивания относятся зрительный контакт, поза, свидетельствующая о внимании и готовности слушать, расстояние между собеседниками, кивки головой и выражение лица.

К *поощряющим вербальным компонентам* активного слушания относятся короткие восклицания, которые показывают говорящему, что его слова вызывают интерес.

Молчание может служить очень важной паузой в разговоре: оно позволяет говорящему собраться с мыслями в трудной ситуации, найти слова, которые соответствуют чувствам, и обдумать свою точку зрения. Молчание может быть неловким, если говорящий затрагивает трудную тему, которую он не готов обсуждать; можно пойти навстречу собеседнику и сменить тему [23].

«Умение слушать означает открытость миру, мыслям и чувствам других людей, открыто выраженным или подразумеваемым. Умение слушать — это не пассивное восприятие информации, а активные, сознательные усилия по формированию участия к собеседнику. Для этого помимо простого понимания смысла произносимых слов требуются сосредоточенность, отсутствие предубежденности и заинтересованное отношение к тому, о чём рассказывается. Чтобы быть хорошим слушателем, нужно полностью сосредоточить своё внимание на другом человеке, а значит, подавить собственные предрассудки, чувство озабоченности и другие отвлекающие внутренние и внешние факторы» [23].

Письменная (вербальная) коммуникация является исключительно важной для медицинской сестры. Она может быть эффективной, если учесть следующие рекомендации:

- пишите аккуратно (если у вас плохой почерк, пишите печатными буквами);

- выбирайте правильный размер и цвет букв (человеку со слабым зрением пишите синей или чёрной ручкой печатными буквами на белой бумаге);
- убедитесь, включена ли в записку вся необходимая информация;
- пишите грамотно. Ошибки подрывают авторитет медсестры;
- выбирайте понятные и простые слова;
- обязательно подписывайте ваше сообщение.

Эффективность письменной коммуникации зависит от многих факторов:

- умеет ли человек читать;
- видит ли написанное;
- знает ли язык, на котором написано сообщение;
- понимает ли написанное.

В связи с этим сестринскому персоналу для эффективной письменной коммуникации следует придерживаться следующих правил:

- человеку, не умеющему читать, рисуйте картинки;
- будьте точны, называя время (утро, вечер);
- будьте внимательны (проверяйте, включили ли вы всю необходимую информацию).

Невербальная коммуникация осуществляется с помощью символов, жестов, мимики, поз, прикосновения. Исследователями установлено, что 55% информации во время беседы воспринимается её участниками через выражение лица, позы и жесты, 38% — через интонации и модуляции голоса. Следовательно, всего 7% информации передаётся устной речью. Причём считается, что с помощью слов (вербальный канал) транслируется только информация, а по невербальному каналу передаётся отношение к собеседнику.

Как правило, люди в меньшей степени способны сознательно контролировать канал невербального общения. Изучением его занимается новая наука — кинесика. Исследователи кинесики доказали, что устную речь контролировать легче, чем язык мимики и жестов, поскольку невербальная информация тесно связана с психическим состоянием человека. Именно невербально люди выражают своё психическое состояние.

Иногда всё тело человека участвует в передаче сообщения. Походка человека — тоже способ передачи сообщения и самовыражения. Например, человек, смело и уверенно входящий в комнату, де-

монстрирует либо своё благополучие, либо гнев. Медленно входящий демонстрирует сдержанность, страх или тревогу. В данных примерах, для того чтобы правильно понять сообщение, необходима дополнительная информация. Следует учесть, что медицинской сестре часто приходится ухаживать за пациентами, неспособными использовать устную речь как канал общения, поэтому навык невербального общения медицинской сестре необходим.

Когда вы смотрите на человека, то получаете много информации по выражению его лица, по мимике, жестам. Например, при разговоре медицинская сестра видит, что пациентка сложила руки и тесно прижала их к груди. Это может означать, что она очень волнуется или расстроена. Получая сообщение невербальным способом, медицинский работник должен быть уверен, что больной понял его правильно. В обсуждаемой ситуации медицинская сестра может задать вопрос: «Вы чем-то расстроены?»

Мимика человека является очень богатым источником информации о его эмоциональном состоянии. Все люди независимо от национальности и культуры, в которой они выросли, почти одинаково понимают эмоциональное состояние, выраженное мимикой на лице собеседника. Например, когда человек страдает, его рот закрыт, уголки рта опущены, глаза сужены, тусклые, брови сдвинуты к переносице, внешние уголки бровей подняты вверх, на лбу и переносице вертикальные складки, лицо застывшее.

Психологи считают, что лицо человека — своеобразный центр приёма и передачи социальных сигналов. Общеизвестно, что мимика придаёт человеку индивидуальный облик. Как отмечают многие, самое выразительное в лице — глаза. Об этом свидетельствуют и многие поговорки и фразы: «читать душу по глазам», «сверкать глазами», «пожирать взглядом», «прятать глаза» и т.д. Взгляд человека дополняет то, что недосказано словами и жестами, и часто именно взгляд придает подлинное значение произнесённой фразе. Выразительный взгляд способен передать смысл не только сказанного, но и недосказанного или невысказанного. В некоторых случаях взглядом можно сказать больше, чем словами. Следовательно, взгляд «глаза в глаза» — важнейший канал невербального общения. Взгляд запускает и поддерживает общение на всех его этапах; значимость его особенно возрастает при доверительном общении «глаза в глаза» [4].

Визуальный контакт свидетельствует о расположении к общению. С помощью глаз передаются самые точные сигналы о со-

стоянии человека, поскольку расширение или сужение зрачков не поддаётся сознательному контролю. Например, если человек возбуждён, его зрачки вчетверо больше, чем обычно, а если он сердит, зрачки суживаются.

Лицо достаточно долго сохраняет устойчивое выражение (печальное, безразличное, злое, доброе и т.п.). Причём центром, позволяющим собеседнику определить выражение лица, являются именно глаза. По данным исследований, более 50% времени общения собеседники смотрят в глаза друг другу.

В языке жестов большую роль играют руки, причём не только когда говорящий показывает руками форму обсуждаемого предмета, указывает направление или комментирует какое-либо событие. Руки передают и эмоциональное состояние. Так, беспокойство может проявляться непрерывным движением рук, дрожью пальцев и т.д.

Одним из важных аспектов невербальной коммуникации является внешний вид медицинской сестры. Если она одета профессионально, пациент будет больше доверять ей. Естественно, в разных странах в зависимости от уровня экономического развития, культуры и религии у общества складываются определённые ожидания и требования как к сестринскому делу в целом, так и к внешнему виду медицинской сестры. Даже в одной стране каждый пациент имеет собственное, заранее составленное представление о медицинской сестре.

Выражение лица медицинской сестры значительно влияет на эффективность общения с пациентом. Пациенты смотрят, как правило, на выражение лица медсестры, когда она делает перевязку, отвечает на вопросы о тяжести и прогнозе заболевания. В связи с этим следует научиться контролировать выражение своего лица, особенно в случаях, вызывающих неприятные эмоции, чтобы смягчить чувство страха у пациента.

Положение тела пациента, его движения свидетельствуют как о физическом, так и об эмоциональном его состоянии.

Вербальная и невербальная коммуникации могут существовать одновременно. Например, беседа (вербальное общение) может сопровождаться улыбкой, жестами, плачем и т.д. (невербальная информация). При этом следует отметить, что восприятие сообщения во многом зависит от невербальной информации. Умение «читать» невербальное сообщение поможет медицинской сестре понять истинные чувства, настроение и проблемы пациента. Например, если

пациент говорит медсестре, что у него всё в порядке и его ничего не беспокоит, но при этом он не смотрит в глаза, сидит, крепко сжав руки в кулаки, медицинская сестра должна увидеть позу недоверия, испуга, растерянности и, конечно, не оставить такого пациента без помощи.

На процесс общения во многом влияют предыдущий опыт человека и его память. Каждый участвующий в общении привносит в разговор свою позицию и убеждения.

Хотя оба способа коммуникации (вербальная и невербальная) и являются взаимодополняющими, многие исследователи полагают, что невербальные сигналы используются более эффективно, особенно когда нужно передать эмоциональное состояние человека. С другой стороны, вербальное общение — обычное средство передачи фактической информации. Эффективность вербального общения во многом зависит от умения думать, говорить, слушать, читать и писать.

Невербальные способы — прикосновение рукой к плечу, похлопывание по спине или объятия — позволяют медицинской сестре сообщить человеку о привязанности к нему, эмоциональной поддержке, одобрении, сопереживании.

Специалисты сестринского дела свидетельствуют, что мастерство проведения оценки состояния пациента базируется на многих навыках бессловесного (невербального) общения, в частности на прикосновении. Прикосновение часто действительно успокаивает людей при сильных душевных страданиях. Однако нужно быть очень внимательным в отношении физических контактов, поскольку в некоторых культурах прикосновения и близкие контакты с посторонними людьми могут быть неприемлемы. Медсестре следует учитывать, что общение будет более успешным, если оно происходит в зоне комфорта (рис. 4-3).

У каждого человека размер зон комфорта свой. Как правило, человек не думает о зоне комфорта или размере личного пространства вокруг него, пока кто-нибудь не вторгнется в эту зону. Человек сразу же чувствует себя некомфортно и, если есть возможность, делает шаг назад, чтобы восстановить комфортное личное пространство вокруг себя. Дискомфорт, который появляется у человека, если кто-то попал в его личное пространство, может быть связан с понятиями интимности, угрозы, превосходства. Человек допускает в своё личное пространство только близких ему людей и друзей. Так, у большей части людей размер личной зоны 0,45–1,2 м. Как прави-

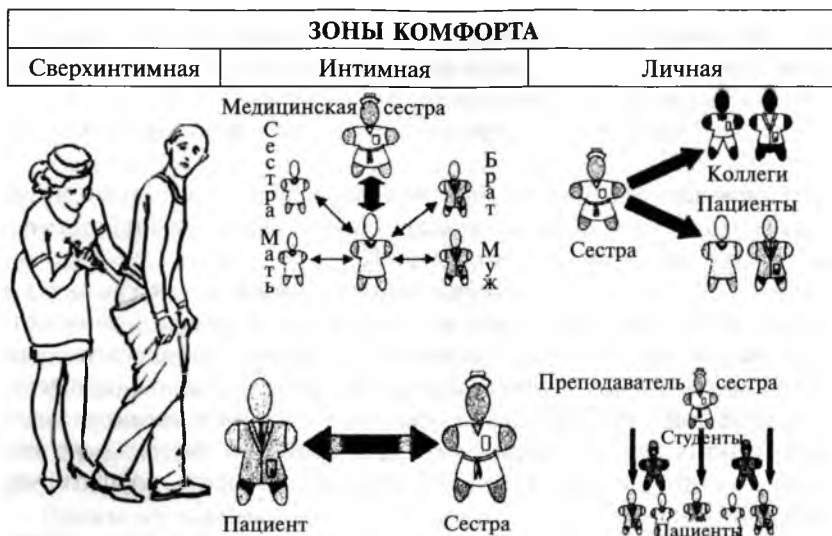


Рис. 4-3. Зоны комфорта

ло, комфортное общение возможно на расстоянии 1 м. Обычно это расстояние регулируется нормами культуры. В то же время при выполнении тех или иных процедур медицинская сестра вторгается не только в личную, но и в интимную (16–45 см) и сверхинтимную (0–15 см) зону. Медицинская сестра, зная и понимая трудности, которые при этом может испытывать пациент, должна быть особенно внимательной и деликатной. Например, размер комфортной зоны медицинской сестры позволяет ей стоять близко к другим людям, но они испытывают при этом неудобство и отодвигаются, поскольку размер их комфортной зоны может быть меньше. И наоборот, медицинская сестра может чувствовать себя комфортно только в том случае, если вокруг неё большое пространство, а человек думает при этом, что он ей неприятен и поэтому она стоит (сидит) так далеко от него.

Нужно помнить о том, что часто медицинские работники настолько привыкают к общению с людьми в различных ситуациях, в том числе когда пациенты раздеты, что их восприятие дискомфорта людей и их замешательства в таких ситуациях притупляется. В связи с этим нужно внимательно относиться к зоне комфорта каждого и находить взаимоприемлемое для сестры и пациента расстояние.

Нужно быть очень внимательным к проявлению пациентом и/или его близкими чувства дискомфорта, связанного с вторжением в зону комфорта.

4.4. УВЕРЕННАЯ МАНЕРА ОБЩЕНИЯ

Независимо от того, какой канал общения использует человек, он должен стремиться к тому, чтобы задуманное им сообщение передавалось наиболее точно. Этому способствует уверенная манера общения. Если сообщение передано твёрдо и уверенно, вероятность того, что получатель сообщения согласится с ним, возрастает. Некоторые люди путают уверенную манеру общения с агрессивностью и грубостью, поэтому следует использовать её избирательно и всегда думать о том, как это воспримут.

В тех случаях, когда человек ведёт себя агрессивно (не путать с уверенным поведением!) по отношению к медсестре, воспользуйтесь следующими рекомендациями:

- не следует воспринимать чьё-то агрессивное поведение как личное оскорбление; чаще всего люди выплёскивают свои отрицательные эмоции на тех, кого чаще видят, даже если их расстроил кто-то другой;
- нужно глубоко подышать: сделать глубокий вдох и посчитать вслух, пока не наступит успокоение;
- можно выйти из комнаты, если есть опасение сказать или сделать что-то неприятное (конечно, это можно сделать только в том случае, если пациент находится в безопасности);
- можно сделать перерыв, совершив небольшую прогулку, выпив глоток воды;
- можно рассказать о случившемся тому, кто пользуется вашим уважением;
- следует вновь поговорить с человеком, проявившим неуважение к сестре: дать понять, что сестра всё равно будет продолжать выполнять свои обязанности [27].

Медицинскому персоналу очень важно оставлять каналы общения открытыми (смотреть, слушать) даже в тех случаях, когда полученное сообщение вызывает ощущение неловкости.

Ниже приведены несколько рекомендаций, позволяющих продолжать общение, несмотря на неловкость. Для этого следует:

- сделать паузу на несколько секунд, чтобы успокоиться, перестать думать о своих чувствах и сконцентрироваться на сообщении собеседника;
- проявить интерес к собеседнику, используя мимику, жест, прикосновение; если человек почувствует заинтересованность медсестры, то эта молчаливая поддержка может быть эффективнее, чем любые слова;
- вновь пригласить человека к разговору, задав вопрос: «Как Вы себя чувствуете?», «Вы уверены, что Вам сейчас лучше побыть одному?». Иногда можно повторить сообщение собеседника своими словами: «Вы действительно скучаете по семье?»;
- просто слушать собеседника, поскольку иногда это единственное, что нужно человеку. Если медицинская сестра считает, что пациент нуждается в ответах на вопросы, а она не может этого сделать, следует найти того, кто ответит на вопросы;
- говорить о своих переживаниях, о возникших недоразумениях с другим человеком, пользуясь доверием медицинской сестры.

4.5. ОБЩЕНИЕ — НЕОТЪЕМЛЕМЫЙ КОМПОНЕНТ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Сложившаяся в России в течение многих десятилетий практика сестринского дела была преимущественно связана с выполнением тех или иных процедур, не требующих от медицинской сестры умения общаться. Реформа сестринского дела, в рамках которой предполагается расширение функций сестринского персонала, делает необходимым условием успешной профессиональной деятельности умение эффективно общаться, поскольку информация об имеющихся у пациента проблемах, а также оценка её результатов предполагают активное обсуждение всех вопросов с пациентом. В частности, это касается консультирования пациентов (в том числе родителей маленьких детей и родственников пожилых больных) по вопросам, связанным с сохранением (поддержанием) здоровья.

Человек должен захотеть рассказать о своих проблемах со здоровьем медсестре, которая должна уметь его выслушать и понять.

ОБУЧЕНИЕ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ

Прочитав эту главу, Вы узнаете:

- о сфере обучения пациентов;
- об условиях эффективности обучения;
- о способах оценки исходного уровня знаний;
- о методах планирования и реализации плана обучения;
- о методах оценки результатов обучения.

Понятия и термины:

- **обучаемость** — индивидуальные показатели скорости и качества усвоения человеком знаний, умений и навыков в процессе обучения;
- **повседневная деятельность** — деятельность, выполняемая пациентом в течение обычного дня: прием пищи, одевание, купание, чистка зубов, приведение себя в порядок и т.д.;
- **сферы обучения** — области, в которых происходит процесс обучения: познавательная, эмоциональная и психомоторная;
- **цель обучения** — заявление о том, что человек намерен сделать, чтобы достичь определенного результата. Цель должна соответствовать возможностям человека и не противоречить его внутренним ценностям.

5.1. ОБУЧЕНИЕ — ОДНА ИЗ ФУНКЦИЙ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Обучение в сестринском деле пациентов и/или их близких — процесс непрерывный, который часто происходит неформально, во время бесед или при наблюдении за теми или иными действиями другого человека. Каждый пациент имеет право получать информацию о своём заболевании или травме, состоянии здоровья, прогнозе заболевания. Медицинские сёстры, обучая людей разного возраста, зная факторы риска заболеваний для каждого возрастного периода, помогают людям узнавать, как им изменить своё поведение, чтобы сохранить собственное здоровье, здоровье своих детей и близких или поддержать его на максимально возможном уровне.

Важной функцией сестринского персонала является обучение пациентов, членов их семей по вопросам, касающимся их здоровья. В одних случаях это обучение конкретным навыкам самоухода или ухода за ребёнком или взрослым, в других — подготовка к тому или иному исследованию, обучение приёму лекарственных средств (например, технике введения инсулина), в третьих — рациональному (диетическому) питанию, адекватной физической нагрузке и т.п. Обучая пациентов, медицинская сестра помогает им адаптироваться к своему состоянию, чтобы сохранить максимально возможный для них комфортный уровень жизни, или объясняет, как им изменить образ жизни, чтобы уменьшить или исключить влияние факторов риска заболеваний.

Обучение может протекать в формальной обстановке (в лечебном учреждении или дома у пациента), когда медицинская сестра обучает пациента новым приёмам выполнения повседневных действий (умывание, ходьба и т.д.), или в неформальной, когда медицинская сестра при выполнении своих повседневных обязанностей беседует с человеком о волнующих его проблемах (например, как уберечь себя от ВИЧ-инфекции, как уберечь ребёнка от травмы), предоставляя информацию, необходимую для соблюдения здорового образа жизни.

В некоторых случаях медицинская сестра помогает пациенту закрепить навыки, полученные им у другого специалиста (например, комплекс упражнений лечебной физкультуры для конечностей или дыхательная гимнастика).

5.2. СФЕРЫ ОБУЧЕНИЯ

Обучение происходит в трёх сферах.

Познавательная сфера — человек узнаёт и понимает новые факты, анализирует информацию, отличая важную информацию от не имеющей значения. Например, человек узнаёт о факторах риска заболеваний людей его возраста, или о компонентах пищи, в которых содержатся необходимые для рационального питания элементы, или об опасности, которой он подвергает себя из-за неправильного поведения.

Эмоциональная (чувственная) сфера — человек, получив информацию, изменяет своё поведение, выражая это чувствами, мыслями, мнением и оценкой каких-то факторов; человек активно слушает и реагирует на новую информацию, как вербально, так и невербально. Например, человек уменьшает количество выкуриваемых сигарет, потребление алкоголя, или употребляет в пищу необходимое для его возраста количество злаковых продуктов, белка и т.п., или прекращает носить обувь, представляющую для него опасность при ходьбе, пристёгивается в автомобиле ремнем безопасности, перевозит ребенка в машине только на заднем сиденье и т.д.

Психомоторная сфера — человек овладевает умениями благодаря умственной и мышечной деятельности; обучается новым типам передвижения (например, ходьба с тростью); уверенно выполняет необходимые действия; психологически, физически и эмоционально готов выполнить действия, связанные с повседневной деятельностью.

5.3. УСЛОВИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧЕНИЯ

Эффективность обучения пациента и/или его близких, т.е. то, чему они учатся и как они это делают, определяется множеством факторов.

Один из факторов — **исходные знания**, уже имеющиеся у пациента. Например, если человек, которому в связи с его заболеванием предстоит изменить обычную для него диету и физическую активность, уже имеет представление о новой диете и режиме активности, его обучение будет более успешным. В то же время если имеющаяся у него информация не совпадёт с новой, которую ему сообщает медсестра, обучение может быть менее эффективным.

Следующим фактором, от которого также зависит эффективность обучения, является **мнение** или **отношение человека** к тому, что ему необходимо знать и в последующем изменить. Например, если мужчина считает, что приготовление пищи — это исключительно женское дело, ему трудно будет изучать и воспринимать информацию, связанную с планированием диеты.

Прошлый опыт человека также влияет на усвоение новой информации. Например, если женщина, имеющая избыточную массу тела, несколько раз уже предпринимала попытки похудеть, ей трудно будет вновь изменить своё поведение, чтобы попытаться добиться успеха. Однако если эти попытки были успешными и она чувствовала себя при этом бодрее, значительно легче научить её правильно питаться и выполнять адекватную физическую нагрузку.

Обучение пациентов и членов их семей эффективно при следующих условиях:

- наличие чёткой цели и мотивации к получению знаний;
- доброжелательное отношение сестры к обучающимся (пациентам и членам их семей);
- создание ассоциативной связи между новой информацией и их прошлым опытом и знаниями;
- обязательная практическая отработка полученных знаний.

Обучающиеся лучше понимают и запоминают информацию, если сестра:

- использует технику эффективного общения;
- выслушивает всё, что ей говорят или о чем её спрашивают;
- относится к ним терпеливо;
- хвалит за успехи в обучении;
- делает перерыв, если они плохо себя чувствуют или чем-то расстроены.

Чтобы обучение было эффективным, следует учитывать три фактора: желание и готовность к обучению; способность к обучению; окружающую обстановку.

Желание и готовность к обучению зависят, во-первых, от познавательных способностей обучающегося, позволяющих ему сосредоточиться и понять новый материал, во-вторых, от внимания. Если человек не способен сосредоточиться, то обучение должно быть отложено или отменено. Беспокойство, боль, усталость, голод, жажда, сонливость — всё это мешает процессу обучения и требует от се-

стры особых навыков. Планируя обучение, медицинская сестра должна оценить желание и готовность пациента к обучению.

Способность к обучению зависит от стадии и уровня развития человека (ребёнок, взрослый, престарелый и т.д.). Прежде чем начинать обучение, медицинская сестра должна оценить уровень развития познавательных способностей человека и выбрать соответствующий ему способ обучения. Важными критериями оценки способности к обучению являются возраст человека, его физическое состояние (слабость, истощение и т.п.), при котором обучение может оказаться невозможным или неэффективным, расположенность к общению, объём движений, степень подвижности и т.д.

Окружающая обстановка также является одним из важных условий успешного обучения. Начиная обучение, медицинская сестра должна определить оптимальное количество обучающихся (групповое обучение не всегда эффективно), оценить необходимость их в уединении, температуру воздуха, освещение, шум, вентиляцию, наличие мебели.

5.4. ПРОЦЕСС ОБУЧЕНИЯ

Обучение пациента и/или его близких эффективно, если медицинская сестра знает и понимает значимость каждого этапа обучения (учебного процесса) (рис. 5-1). Эти этапы следующие:

- оценка исходного уровня знаний и умений пациента и/или его родственников;
- определение целей, планирование содержания, методов и сферы обучения;
- реализация плана обучения;
- оценка результатов обучения.

5.4.1. Оценка исходного уровня знаний и умений пациента

Оценка исходного уровня предусматривает определение имеющихся у человека знаний и умений, а также его отношение к информации, которую ему предстоит узнать. При проведении оценки следует учитывать такие факторы, как возраст, образование и уровень знаний, нынешнее состояние здоровья, самочувствие и врачебный диагноз.

Проводя эту предварительную оценку, надо понимать, что пациенты, страдающие некоторыми заболеваниями (например, инсульт,



Рис. 5-1. Схема учебного процесса

травма конечностей, позвоночника), будут нуждаться в обучении весьма специфическим навыкам при ходьбе, застёгивании пуговиц, надевании обуви, приёме пищи и т.д.

5.4.2. Определение целей, планирование содержания, методов и сферы обучения

Тема может преподаваться в любой (или во всех) сфере обучения. Формулировка целей в рамках осуществления сестринского процесса должна быть ориентирована на три сферы обучения. При этом цели, связанные с обучением, называются **поведенческими**. В формулировке цели отражается то, что пациенту необходимо сделать, чтобы достичь результата. Цели должны быть измеряемыми.

Хорошо поставленная цель содержит три компонента:

- что предстоит сделать пациенту (например, «должен пройти», «должен знать», «должен уметь» и т.д.), т.е. результат обучения;
- временные рамки: дата или интервал времени, в течение которого будет достигнута цель обучения (например, «20 мин после завтрака», «через неделю» и т.п.);
- кто, с помощью каких приспособлений оказывает помощь, т.е. условие, при котором цель будет достигнута (например, «с помощью инструктора», «на костылях», «самостоятельно» и т.п.).

При формулировке целей обучения в психомоторной сфере применяют глаголы, определяющие умения и навыки: «Иван Петрович должен продемонстрировать умение пользоваться калоприёмником». Примером формулировки цели в психомоторной сфере обучения может быть: «Иван Петрович должен проходить 50 м ежедневно утром самостоятельно».

При формулировке целей обучения в познавательной сфере следует использовать глаголы, отражающие мыслительную деятельность: «Иван Петрович понимает, почему ему следует ограничить жидкость и соль в его рационе» или «Анна Петровна понимает, почему в квартире не должно быть ковров».

При определении целей в эмоциональной сфере обучения используют глаголы, отражающие ощущения, реакции и оценку пациентом тех или иных явлений: «Иван Петрович адекватно реагирует на наличие колостомы» или «Светлана правильно реагирует на необходимость изменения образа жизни в связи с беременностью».

Определив цели обучения, следует запланировать **содержание и методы обучения**. В план включают время (утро, день, вечер) и продолжительность обучения. Если в результате обучения пациент должен освоить несколько навыков, нужно учесть оптимальную последовательность обучения, не утомляющую пациента и не вызывающую у него отрицательных эмоций. В первую очередь человека обучают более простым навыкам, а затем — более сложным.

Сестре необходимо разработать индивидуальный план обучения для каждого пациента. Например, медицинская сестра совместно с пациентом, перенёсшим острое нарушение мозгового кровообращения, после которого его правая нога неустойчива, а правая рука не функционирует, планирует обучение так: «Иван Петрович должен одеваться через неделю самостоятельно». При этом они планируют, что вначале он научится надевать брюки, затем — обувь и

только в последнюю очередь — рубашку, поскольку пациент считает, что это для него самое трудное.

После составления плана обучения очень важно, чтобы и сестра, и обучаемый пациент или его близкие ясно осознали свою взаимную ответственность за успешное осуществление данного плана.

5.4.3. Реализация плана обучения

Выполняя составленный план, медицинская сестра должна выбрать правильное время для обучения, когда пациент наиболее способен воспринимать информацию. Обучение проводится только в том случае, если медицинская сестра располагает достаточным временем, а пациент чувствует себя хорошо, спокоен и находится в комфортной обстановке. В противном случае следует отложить обучение. Если пациент расстроен тем, что он не может выполнить какое-либо действие, которому его обучают, нужно предложить ему переждать, проявляя при этом спокойствие и терпение.

Обучая пациентов, можно использовать специальную литературу, изданную для них. Подчёркивая важную информацию, медицинская сестра помогает человеку сосредоточиться на значимой для него информации. Необходимо задавать обучающимся много конкретных (открытых) вопросов, поддерживать у них интерес к материалу, тогда пациенты будут демонстрировать те знания и умения, которые они освоили.

Обучая, нужно быть уверенным в том, что пациенты и/или их близкие правильно поняли передаваемую информацию. В связи с этим медицинская сестра в процессе обучения периодически проверяет, насколько эффективно идет обучение, задавая пациенту конкретные вопросы, получая открытые ответы и наблюдая, как он выполняет новые навыки или планирует изменения в поведении. В тех случаях, когда сестре приходится передавать большой объём информации, нужно разделить сообщение на несколько частей, периодически спрашивая пациента, понял ли он сестру. В заключение вкратце можно повторить всю информацию.

Возможно, для успешного обучения потребуются различные нестандартные методы, которые нужно использовать умело и осторожно. Одним из таких методов является **демонстрация**. Для большей наглядности навыки самопомощи могут быть продемонстрированы сестрой. Например, пациент, перенёсший инсульт, испытывает трудности в приобретении навыков личной гигиены, но в то же время эти навыки необходимы пациенту для восстановления

самостоятельности. В связи с этим чёткая, повторяющаяся демонстрация сестрой каждого этапа этих навыков является очень наглядным и важным средством достижения целей обучения. Полезным дополнением метода демонстрации служат «домашние задания» по выработке конкретных навыков определённое количество раз за конкретный период времени.

Практическая помощь в виде **консультирования** также может потребоваться пациенту при выработке новых практических навыков. В данном случае медицинская сестра может наблюдать со стороны, как пациент выполняет тот или иной навык. На сложных этапах выработки навыка медицинская сестра оказывает необходимую помощь.

Очень эффективным методом обучения некоторым социальным навыкам может быть **разыгрывание ролей**. Этот метод обучения позволяет:

- лучше осознать собственные возможности и трудности при самоходе в бытовой обстановке;
- выработать новые навыки, например как завести разговор или уверенно вести себя в относительно безопасном и доброжелательном окружении;
- повысить уровень самосознания, найти новые решения.

5.4.4. Оценка результатов обучения

Оценивая результаты обучения, надо дать понять пациенту, что и у других пациентов также возникают вопросы, при этом сказать ему: «У многих людей возникают по этому поводу вопросы». Для поощрения интереса нужно похвалить пациента, когда он задает вопрос, обращаясь к нему со словами: «Это хороший вопрос. Я рада, что вы его задали!»

Если человек обращается с вопросом, на который медицинская сестра не знает ответа, нужно сказать ему, что ей нужно посоветоваться. Очень важно не использовать специальные термины, которые пациент не в состоянии понять. Можно задать основной оценочный вопрос, хочет ли пациент, в состоянии ли он выполнить поставленную перед ним задачу и использовать новую информацию. Получив согласие пациента, попросить его продемонстрировать приобретённые знания и умения. Следует обязательно сообщить пациенту результат сестринской оценки: он должен знать, насколько успешно справился с поставленной задачей и можно ли считать обучение данным конкретным навыкам завершённым.

МОДЕЛИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА

Прочитав эту главу, Вы узнаете:

- об основных положениях моделей сестринского ухода;
- о различиях моделей;
- об особенностях врачебной модели: модели В. Хендерсон, Н. Роупер, В. Логан и А. Тайэрни, Д. Джонсон, К. Рой, Д. Орем;
- об особенностях применения различных моделей в сестринском процессе.

Понятия и термины:

- *мастэктомия* — удаление молочной железы;
- *модель* — образец, по которому что-то должно быть сделано;
- *поведение* — 1) способ функционирования человека (физиологический, психологический, социальный, духовный) в конкретных обстоятельствах; 2) любое наблюдаемое действие;
- *патологический* — болезненный;
- *стома* — отверстие;
- *схема (образ) своего тела* — мысленная картина собственного тела. Сюда включены эмоции и индивидуальное отношение человека к своему телу как к объекту, четко ограниченному от других объектов окружающей среды;
- **NANDA** — Североамериканская диагностическая ассоциация медицинских сестер.

6.1. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ МОДЕЛЕЙ

Понятия «сестринский процесс» и «модель сестринского ухода» существенно отличаются друг от друга. Модели сестринского ухода иногда называют концептуальными, поскольку они выстраиваются на основе различных понятий и концепций. В. Райхл и К. Рой их определяют так: «Систематически построенный, научно обоснованный и логически связанный набор понятий, которые составляют элементы сестринской практики» [40].

Попробуем разобраться, что означает модель сестринского ухода. Посмотрите на рис. 6-1. Что общего между моделью сестринского ухода и моделями... автомобилей? На рисунке слева схематично изображена «символическая» модель автомобиля, имеющая некоторые общие для всех автомобилей характеристики, а справа — определённые модели, имеющие различные названия и отличающиеся друг от друга и внешним видом, и объёмом двигателя, и количеством дверей, и грузоподъёмностью и т.д.

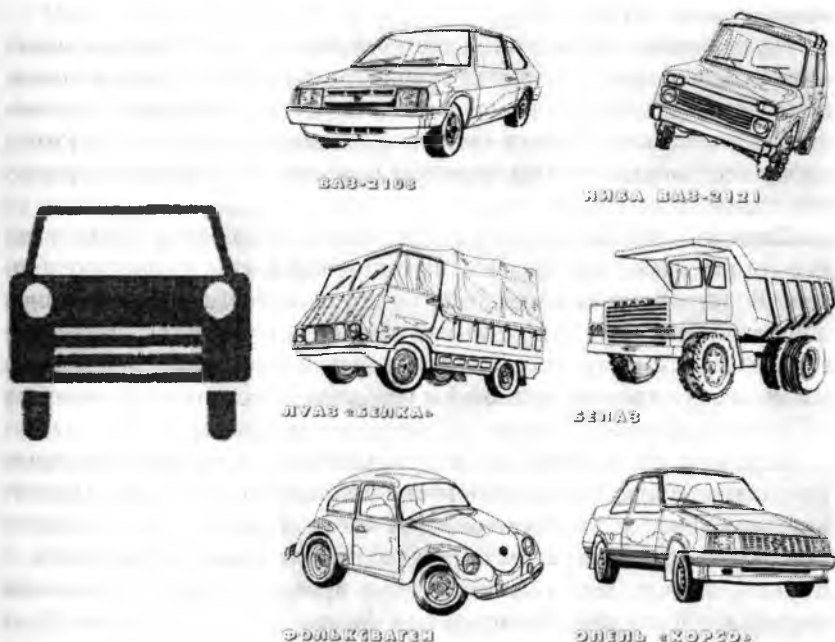


Рис. 6-1. Аналогия между моделями автомобилей и моделями ухода

Как все автомобили имеют общие признаки, так и модели сестринского ухода имеют общие положения. В каждой модели авторы по-разному видят:

- пациента как объект деятельности сестринского персонала;
- источник проблем пациента;
- направленность сестринского вмешательства;
- цель ухода;
- способы сестринского вмешательства;
- роль сестры;
- оценку качества и результатов ухода.

Исторически сложилось так, что чёткого описания моделей сестринского ухода даже в зарубежной литературе не было до начала 70-х годов XX в. И в настоящее время нет единого подхода к определению природы и структуры сестринского дела. Разработано около 20 разных моделей. Содержание каждой из них зависит от уровня экономического развития страны, её политики, общепризнанных ценностей, системы здравоохранения, религии, а также от убеждений конкретного человека или группы людей, разрабатывающих ту или иную модель.

На развитие действующих сестринских моделей оказали влияние исследования и открытия в области физиологии, социологии, психологии. Ядро каждой модели — различия в понимании сущности пациента как объекта сестринской деятельности, цель ухода, набор сестринских вмешательств и особенности оценки результатов сестринского ухода.

Пациент. Одна из моделей сестринского ухода рассматривает пациента как набор анатомических органов и физиологических систем. В другой модели пациент — это независимая совершенная личность, имеющая 14 фундаментальных повседневных потребностей. В зависимости от описания пациента в той или иной модели изменяются содержание и объём первичной сестринской оценки в рамках сестринского процесса и содержание ухода.

Источник проблем пациента. В некоторых сестринских моделях по-разному обозначены приоритеты при проведении оценки состояния пациента и определения источника проблем. Проблемы со здоровьем, требующие сестринского ухода, также различаются в разных моделях. Так, в одних моделях проблемы представлены как нарушение функций органов и/или физиологических систем. Другие видят источник проблем в том, что человек не может менять свое поведение в зависимости от обстоятельств, предполагая, что

это происходит из-за функциональных и структурных процессов (модель Д. Джонсон).

В некоторых моделях сестринский процесс рассматривают довольно просто: проблема определяет характер сестринского вмешательства. В других он более сложный: определение проблем — выявление причин появления проблемы — определение характера сестринского вмешательства.

Направление сестринского вмешательства в одной из моделей определяется исключительно теми или иными симптомами (одышка, кашель, понос и т.п.). Направление сестринского вмешательства в большинстве других моделей зависит от имеющихся у пациента проблем, выявленных в процессе сестринской оценки. Общепринятым направлением сестринского вмешательства по врачебной модели являются патологические изменения в тех или иных органах или физиологических системах. По модели Д. Орем, вмешательство определяется дефицитом самоухода, по модели Д. Джонсон — измененным (неадекватным) поведением, по модели К. Рой — стрессорами, вызывающими нарушение адаптации.

Цель ухода. В XIX в. Ф. Найтингейл полагала, что цель ухода за больными состоит в том, чтобы создать условия для комфортного самочувствия пациента, наилучшие санитарно-гигиенические условия для поддержания нарушенных функций. В некоторых моделях цель ухода заключается исключительно в восстановлении функции отдельных органов или систем. Согласно другой модели, в результате ухода должно быть восстановлено равновесие в поведении человека. Многие считают, что необходимо улучшить психологическое или социальное состояние пациента. Большинство авторов моделей считают, что цели сестринского ухода должны быть согласованы с пациентом. Авторы практически всех моделей считают, что целями должны быть видимые стороны поведения человека и другие измеряемые параметры. Успешность достижения поставленных целей прежде всего определяется тем, как сам пациент оценивает прогресс в достижении цели и что ему удастся сделать самостоятельно. Авторы некоторых моделей считают, что следует устанавливать поэтапные цели (краткосрочные, промежуточные и долгосрочные).

Способы сестринского вмешательства. При реализации плана сестринского ухода внимание сестры должно быть сосредоточено на различных аспектах состояния пациента. Ф. Найтингейл полагала, что сестра наблюдает и изменяет окружающую больного среду (чистота, свет, тепло, свежий воздух, пища, вода). Авторы некото-

рых моделей предполагают, что сестринские вмешательства направлены исключительно на конкретные анатомические или физиологические системы и зависят от опыта врача. Авторы других моделей, предлагающих холистический подход к пациенту, отдают предпочтение восстановлению полного равновесия между человеком и окружающей средой посредством адаптации. Некоторые модели предусматривают сестринские вмешательства, обеспечивающие пациенту возможность самоухода.

Оценка качества и результатов ухода. Авторы большинства моделей считают: чтобы оценить качество и результат ухода за пациентом, необходимо определить, достигнута ли поставленная цель. Причём и сестра, и пациент определяют, насколько целесообразным было то или иное вмешательство. В одних моделях оценивают функцию анатомических и физиологических систем организма (причём эту оценку проводит исключительно врач в рамках лечебного процесса), в других — психологические и поведенческие системы, в третьих — степень достижения пациентом возможностей самоухода.

Если одновременно используется несколько моделей, то при оценке результатов ухода определяют, во-первых, целесообразность использования той или иной модели для конкретного пациента, а во-вторых, достижение конкретных целей ухода.

Роль сестры — это последнее положение, по которому те или иные модели отличаются друг от друга. Авторы одной модели отводят сестре исключительно роль помощника врача, другие — защитника прав пациента, третьи — постоянной сиделки, четвертые — человека, который изменяет поведение пациента. Авторы каждой модели приводят множество аргументов в пользу той или иной роли сестры. В модели Д. Орем сестре отводится роль специалиста, обеспечивающего пациенту возможность стать максимально независимым. В адаптационной модели К. Рой сестре определена роль специалиста, помогающего пациенту адаптироваться к воздействию стрессоров. Роль сестры должна рассматриваться обществом столь же необходимой, как и роль врача.

Таким образом, каждая модель отражает различия в понимании авторами не только термина «сестринское дело», понятий «пациент», «источник проблем пациента», «направление сестринского вмешательства», «цель ухода», «способы сестринского вмешательства», «оценка качества и результатов ухода», «роль сестры», но и в понимании понятий «здоровье», «окружающая среда».

Автор одной из сестринских моделей считает, что сестринское дело должно помочь пациенту удовлетворить потребности, связанные с самоуходом, и сестра будет оказывать ему помощь, пока это будет необходимо. По другой модели, сестра помогает адаптироваться к жизненным ситуациям, связанным со стрессом, чтобы пациенту легче было справиться с возникающими из-за них проблемами со здоровьем.

В отличие от врачебной модели, не меняющейся на протяжении столетий и ориентированной на тот или иной симптом (нарушение функций тех или иных систем организма), большинство современных моделей сестринского ухода ориентированы не только на больных, но и на здоровых людей, помогая им не только восстанавливать здоровье, но и сохранять его.

В настоящее время не существует не только единой модели сестринского дела, но и единого мнения о необходимости использования одной или нескольких моделей. В связи с вышеизложенным предлагаем обзор некоторых моделей сестринского дела.

6.2. ВРАЧЕБНАЯ (МЕДИЦИНСКАЯ) МОДЕЛЬ

Врачебная модель хорошо знакома большинству отечественных сестер, так как именно на неё ранее была ориентирована подготовка сестринского персонала в нашей стране.

Исследователи в области сестринского дела обратили внимание, что представления о хорошей врачебной подготовке в разные эпохи были неодинаковы. До XVIII в. врачебная практика носила в основном целостный характер: при постановке диагноза и назначении лечения принимали во внимание связь между пациентом и окружающей средой. Однако современное врачебное внимание концентрируется на установлении анатомических, физиологических и биохимических причин заболевания и его проявления. Такой подход часто преуменьшает или даже полностью игнорирует политические, социальные, психологические и экономические факторы при установлении причины заболевания и в ряде случаев не позволяет назначать адекватную терапию.

6.2.1. Основные положения модели

Согласно врачебной модели, человек (пациент) представляет собой набор органов (сердце, лёгкие, желудок и т.д.) и физиологических систем (система дыхания, кровообращения, пищеварения и т.д.).

Источник проблем пациента. При этой модели считается, что социальное поведение и многие особенности психологического поведения человека являются следствием изменений, происходящих в физиологических и биохимических системах организма. При таком подходе человек рассматривается как пассивный носитель болезни.

Сестринское дело при этой модели связано исключительно с физиологическими потребностями человека, т.е. уход направлен на поддержание функции того или иного органа или системы, а не на восстановление (сохранение) здоровья человека в целом.

Направленность сестринского вмешательства определяется врачом, а не сестрой и зависит исключительно от нарушения деятельности определённых органов и систем, например одышка, кашель, запор и т.д.

Цель ухода состоит в том, чтобы устранить (уменьшить) патологические изменения в конкретных физиологических или анатомических системах организма, восстановив их деятельность до прежнего устойчивого уровня. В данной модели интересы пациента редко находятся в центре внимания. Цель ухода, как правило, определяется врачом и направлена на быстрое и эффективное устранение (уменьшение) нарушений деятельности того или иного органа или системы.

Способы сестринского вмешательства также направлены на «приведение того, что остро нуждается, в хорошее состояние» (Бертон, 1985) [40]. Выбор способа, как правило, зависит от опыта врача, и набор сестринских вмешательств практически одинаков для различных пациентов, имеющих одно и то же заболевание (одинаковые симптомы).

Итоговая оценка качества и результатов ухода во врачебной модели не обязательна. Но если она все-таки проводится, определяется степень ухода при устранении (уменьшении) патологических нарушений функций той или иной физиологической системы или анатомического органа.

Роль сестринского персонала сводится к роли помощника врача (при враче). Холл (1983) [40] утверждала, что сестрам ни в коем случае «не следует пытаться разрушать крайне необходимую работу врачей», но в то же время им не следует рассматривать себя в качестве «ассистентов врачей». Усилия сестёр, утверждает Холл, направленные на улучшение стандартов ухода, должны рассматриваться как положительные.

В работах Фолкнер (1985) [40] говорится, что врачебную модель нужно заменить сестринским процессом. Однако сам по себе сестринский процесс не даёт сёстрам необходимых знаний о человеке, его потребностях и проблемах, связанных со здоровьем, хотя и предусматривает обследование пациента (оценка его состояния), определение целей и вмешательств (планирование), оценку результатов ухода.

6.3. МОДЕЛЬ В. ХЕНДЕРСОН

Модель, предложенная в США В. Хендерсон в 1960 г., а затем дополненная в 1968 г., в большей степени акцентирует внимание сестринского персонала на физиологических, в меньшей — на психологических и социальных потребностях, которые могут быть удовлетворены благодаря сестринскому уходу. Одно из неперемных условий этой модели — участие самого пациента в планировании и осуществлении ухода.

6.3.1. Основные положения модели

Пациент, согласно утверждению В. Хендерсон, имеет фундаментальные человеческие потребности, одинаковые для всех людей: «Вне зависимости от того, болен человек или здоров, сестра всегда должна иметь в виду жизненно важные потребности человека в пище, крове, одежде; в любви и доброжелательности, в чувстве необходимости и взаимозависимости в условиях общественных отношений...»

В. Хендерсон приводит 14 потребностей для повседневной жизни. Здоровый человек, как правило, не испытывает трудностей при удовлетворении этих потребностей. В то же время в период болезни, беременности, детства, старости, при приближении смерти человек бывает не в состоянии удовлетворить эти потребности самостоятельно. Именно в это время сестра помогает «человеку, больному или здоровому, в выполнении тех функций, которые поддерживают его здоровье или же способствуют его выздоровлению (или же в момент его ухода из жизни) и которые этот человек выполнил бы без посторонней помощи, будь у него силы, желания или знания...» [48]. Автор утверждает, что во все времена сестринский уход должен быть направлен на скорейшее восстановление независимости человека.

Потребности повседневной жизни по В. Хендерсон

1. Нормально дышать.
2. Употреблять достаточное количество пищи и жидкости.
3. Выделять 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, подбирая соответствующую одежду и изменяя окружающую среду.
8. Соблюдать личную гигиену, заботиться о внешнем виде.
9. Обеспечивать свою безопасность и не создавать опасность для других людей.
10. Поддерживать общение с другими людьми, выражая свои эмоции, мнение.
11. Отправлять религиозные обряды в соответствии со своей верой.
12. Заниматься любимой работой.
13. Отдыхать, принимать участие в развлечениях и играх.
14. Удовлетворять свою любознательность, помогающую нормально развиваться.

Источник проблем пациента. В. Хендерсон, разрабатывая свою модель, основывалась на теории американского психолога А. Маслоу об иерархии основных человеческих потребностей (см. рис. 3-3).

По табл. 6-1 видим, на чём основана приоритетность потребностей, предложенных В. Хендерсон. При этом потребностей по В. Хендерсон значительно меньше в каждом уровне, чем по А. Маслоу. Это объясняется тем, что в середине 60-х годов XX в., когда была создана эта модель сестринского ухода, реальные возможности сестры в США были ограничены деятельностью по удовлетворению именно этого ограниченного перечня потребностей. (Модель NANDA, по которой работает сестринский персонал в Северной Америке с конца 80-х годов, включает в себя потребности всех уровней.)

Проблемы, требующие сестринского вмешательства, возникают в том случае, когда человек в силу определённых обстоятельств (болезнь, младенческий и/или старческий возраст) не в состоянии осуществить уход за собой. Проблемы могут появиться во время выздоровления или длительного умирания.

Таблица 6-1. Взаимосвязь основных потребностей по А. Маслоу с потребностями повседневной жизни по В. Хендерсон

Уровни основных человеческих потребностей по А. Маслоу	Потребности повседневной жизни по В. Хендерсон
Первый уровень (физиологические потребности)	Нормально дышать; потреблять достаточное количество пищи и жидкости; выделять из организма продукты жизнедеятельности; двигаться и поддерживать нужное положение; спать и отдыхать
Второй уровень (потребность в безопасности)	Самостоятельно одеваться и раздеваться, выбирать одежду; поддерживать температуру тела в нормальных пределах, подбирая соответствующую одежду и изменяя окружающую среду; соблюдать личную гигиену, заботиться о внешнем виде; обеспечивать свою безопасность и не опасность для других людей
Третий уровень (социальные потребности)	Поддерживать общение с другими людьми, выражая свои эмоции, мнение; отправлять религиозные обряды в соответствии со своей верой
Четвёртый уровень (потребность в уважении и самоуважении)	Заниматься любимой работой; отдыхать, принимать участие в разнообразных развлечениях, играх; удовлетворять свою любознательность, помогающую нормально развиваться

В. Хендерсон утверждает, что способность человека удовлетворять свои ежедневные потребности меняется в зависимости от его темперамента и эмоционального состояния. Например, испытывая чувство страха и беспокойство, человек может плохо спать и есть. Пожилой человек, недавно перенёсший тяжёлую утрату, может испытывать трудности в общении, передвижении, одевании и раздевании, если ранее ему в этом оказывал помощь его умерший родственник. Физиологические и интеллектуальные возможности человека также могут влиять на способности человека удовлетворять свои фундаментальные потребности.

Направленность сестринского вмешательства. Несмотря на то что В. Хендерсон явно не рекомендует использование сестринского процесса (в 60-е годы такой вид сестринской практики, как сестринский процесс, ещё не сложился окончательно в сегодняшнем понимании этого термина), она считает, что при обследовании пациента сестра обсуждает с ним условия оказания сестринской помощи: «Только в состоянии очень высокой зависимости пациента, такого, как кома или состояние полной протрации, у сестры име-

ются оправдательные мотивы для принятия решения (не обсуждая этого с пациентом), что для него в данном случае является благом» [42]. По мнению В. Хендерсон, сестра должна постараться встать на место пациента, понять его собственную оценку своего состояния и выбрать необходимое вмешательство.

Цель ухода. В. Хендерсон считает, что сестре следует ставить только долгосрочные цели в восстановлении независимости пациента при удовлетворении им 14 повседневных потребностей. Правда, краткосрочные и промежуточные цели тоже имеют право на существование, но только при острых состояниях: шоке, лихорадке, инфекции или дегидратации (обезвоживании). Автор рекомендует составлять план сестринского ухода, письменно изменяя его после оценки результата сестринских вмешательств.

Сестринское вмешательство. В. Хендерсон считает, что сестринский уход должен быть связан и с лекарственной терапией, и с процедурами, назначаемыми врачами, при этом для осуществления сестринских вмешательств может потребоваться участие членов семьи пациента.

Оценка качества и результатов ухода. По данной модели можно окончательно оценить результат и качество ухода только тогда, когда удовлетворены все повседневные потребности, в отношении которых было предпринято сестринское вмешательство.

Роль сестры представлена В. Хендерсон двояко. С одной стороны, сестра — это самостоятельный и независимый специалист в системе здравоохранения, поскольку она выполняет те функции, которые не может выполнить пациент, чтобы чувствовать себя достаточно независимо, с другой — это помощник врача, выполняющий его назначения.

6.3.2. Применение модели В. Хендерсон в сестринском процессе

Эта модель является одной из самых известных в настоящее время среди практикующих сестер. При этом следует помнить, что она предусматривает неперемное участие пациента во всех этапах сестринского процесса.

На этапе **первичной оценки состояния** пациента сестре совместно с пациентом следует установить, какие из 14 повседневных потребностей следует удовлетворить в первую очередь. Причем сестра принимает решение за пациента только в том случае, когда он не в состоянии этого сделать. Например, если пациент отказывается

есть больничную пищу, значит, его потребность в пище не удовлетворяется. Совместно с пациентом сестра определяет возможные причины этой проблемы (плохой аппетит, брезгливость и т.п.) и ставит реалистичные цели для её решения. Если у пациента нарушен сон, сестра должна установить причины этой проблемы (неудобная постель, духота, храп соседа по палате и т.д.), а затем уже определить цели сестринского ухода и вмешательства.

Планирование ухода. В. Хендерсон считает, что человек должен полностью и самостоятельно удовлетворять свои повседневные потребности, поэтому долгосрочная цель ухода заключается в том, чтобы добиться у пациента максимальной независимости. Для решения этой проблемы сестра ставит совместно с пациентом несколько промежуточных и краткосрочных целей. Так, в случае с пациентом, отказывающимся от пищи, нужно запланировать беседу с родственниками, с самим пациентом, возможно, с сотрудниками пищеблока. В случае с пациентом, имеющим проблемы со сном, следует запланировать упражнения по релаксации (расслаблению), проветривание помещения или перевод в другую палату.

Поставленные цели должны быть реалистичны и измеряемы, чтобы можно было оценить успешность или безуспешность сестринского вмешательства.

Сестринское вмешательство направлено на укрепление здоровья пациента, полное решение поставленных перед ним задач. В конечном счёте вмешательство предполагает помощь пациенту в достижении им независимости, насколько это возможно.

Оценка результатов ухода. Сестры, работающие по модели В. Хендерсон, приступая к итоговой оценке выполнения плана по уходу, начинают с оценки каждой повседневной потребности, при удовлетворении которой были выявлены проблемы. Сестра устанавливает, насколько достигнута цель при удовлетворении потребности. При недостигнутой цели планируются новые сестринские вмешательства или изменение формулировки цели.

6.4. МОДЕЛЬ Н. РОУПЕР, В. ЛОГАН И А. ТАЙЭРНИ

Модель, предложенная Н. Роупер в 1976 г., дополненная в 80-е годы В. Логан и А. Тайэрни, была построена на достижениях в области физиологии, психологии сестринского дела [48]. В ней так же, как и в модели В. Хендерсон, использован определённый перечень потребностей, присущих всем людям. Они считают, что сестра

должна сосредоточить своё внимание на наблюдаемых сторонах поведения человека, а оценка успешности сестринской деятельности основывается на видимых измеряемых и поддающихся оценке результатах.

6.4.1. Основные положения модели

Рассматривая человека как объект сестринской деятельности, Н. Роупер впервые установила 16 видов повседневной жизнедеятельности (фундаментальных потребностей), причём часть из них необходима для поддержания самой жизни, другие же, являясь необходимыми для повседневной жизнедеятельности, влияют на её качество (табл. 6-2). Впоследствии авторы модели сократили этот список до 12 проявлений жизнедеятельности, которые являются потребностями человека. Часть из них имеет биологическую основу, другие — культурную и социальную. Степень удовлетворения тех или иных проявлений жизнедеятельности зависит от возраста человека, его социального статуса и культурного уровня.

Таблица 6-2. Проявления повседневной жизнедеятельности по Н. Роупер

Необходимые для поддержания жизни	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дыхание 2. Питание и питьё 3. Выведение продуктов жизнедеятельности 4. Регулирование температуры тела 5. Двигательная активность 6. Сон 7. Поддержание собственной безопасности
Способствующие улучшению качества жизни	<ol style="list-style-type: none"> 8. Соблюдение правил личной гигиены 9. Одежда (наряды, украшения и т.д.) 10. Общение 11. Учеба 12. Работа 13. Работа и досуг 14. Секс 15. Семья
Уход из жизни	<ol style="list-style-type: none"> 16. Умирание

Проявления повседневной жизнедеятельности [48]

1. Поддержание безопасности окружающей среды (функции самосохранения).
2. Общение.
3. Дыхание.
4. Питание и питьё.
5. Выведение продуктов жизнедеятельности.
6. Соблюдение правил личной гигиены.
7. Регулирование температуры тела.
8. Двигательная активность.
9. Работа и досуг.
10. Секс.
11. Сон.
12. Умирание.

Источник проблем пациента. Авторы данной модели указывают 5 факторов, которые могут вызвать потребность в сестринском уходе:

- инвалидность и связанное с этим нарушение физиологических функций;
- патологические и дегенеративные изменения в тканях;
- несчастный случай;
- инфекционное заболевание;
- последствие влияния физических, психологических и социальных факторов окружающей среды.

Эти факторы могут сделать человека частично или полностью зависимым.

Направленность сестринского вмешательства. По данной модели сестра совместно с пациентом последовательно оценивает его возможности в удовлетворении 12 потребностей, устанавливая действительные и потенциальные проблемы пациента. Эта модель предусматривает непрерывное проведение оценки удовлетворения потребностей.

Цель ухода. Планирование сестринского ухода фактически начинается с первичной оценки состояния пациента, когда совместно с ним сестра определяет цели ухода. В дальнейшем сестра определяет средства для осуществления конкретных вмешательств.

Сестринское вмешательство. После того как сестра обсудила с пациентом цель ухода, она выбирает способы вмешательства, на-

правленные на удовлетворение потребностей. Это может быть расширение степени подвижности, уменьшение тревоги, обучение навыкам общения, умывания, одевания и т.п.

Оценка качества и результатов ухода. Критериями оценки качества и результатов ухода должна быть степень удовлетворения каждой потребности (а они все поддаются наблюдению) в соответствии с поставленными целями. Если желаемый результат не достигнут, сестра совместно с пациентом пересматривает и цели, и предпринятые ранее вмешательства.

Роль сестры. Роль сестры в системе здравоохранения авторы видят как независимую, зависимую и взаимозависимую. Независимая роль заключается в оценке (совместно с пациентом) его состояния, планировании, осуществлении сестринских вмешательств и оценке результатов предоставленного ухода. Зависимая роль — помощь врачам при выполнении тех или иных процедур, а также назначений лечащего врача. Взаимозависимая роль — работа в составе бригады с другими специалистами.

6.4.2. Применение модели Н. Роупер, В. Логан и А. Тайэрни в сестринском процессе

Модели Н. Роупер, В. Логан, А. Тайэрни применяют в сестринском процессе. При **первичной оценке** медицинская сестра должна собрать данные о жизнедеятельности (потребности) пациента. Затем для каждого из них она устанавливает:

- что в обычной ситуации пациент выполняет нормально, без затруднений;
- что пациент может делать в настоящее время;
- какие действительные проблемы существуют в настоящее время;
- какие потенциальные проблемы могут появиться.

При планировании ухода сестра записывает как действительные, так и потенциальные проблемы, цели ухода и сестринские вмешательства, которые будут предприняты.

Сестринские вмешательства должны:

- предупредить развитие потенциальных проблем;
- снять (уменьшить) тревогу пациента;
- предоставить пациенту возможность обращаться за помощью и принимать её для повседневной жизнедеятельности;
- помочь решить действительные проблемы.

При проведении итоговой оценки сестра устанавливает, насколько достигнуты первоначально поставленные цели, а также насколько полезной и эффективной оказалась данная модель сестринского дела.

6.5. МОДЕЛЬ Д. ДЖОНСОН

В своей модели Д. Джонсон (1968), в отличие от В. Хендерсон и Н. Роупер, предлагает радикально уйти от врачебных представлений о человеке и сосредоточить сестринскую помощь на поведении людей, а не на их потребностях [48].

6.5.1. Основные положения модели

Пациент, согласно модели Д. Джонсон, — это «индивид, имеющий набор взаимосвязанных систем поведения, причём каждая из них стремится к балансу и равновесию внутри себя».

Человек имеет 7 главных подсистем, которые так или иначе изменяют его поведение (табл. 6-3).

Таблица 6-3. Подсистемы поведения, согласно модели Д. Джонсон

Подсистема поведения	Суть поведения в рамках подсистемы
Достижение (выполнение)	Контроль над самим собой и своим окружением
Присоединяющая (устанавливающая) подсистема	Близкие взаимоотношения с другими людьми
Агрессивная подсистема	Самозащита от угрозы, самоутверждение
Зависимая подсистема	Зависимость от других
Выделительная подсистема	Выделение продуктов жизнедеятельности
Пищеварение	Поддержание целостности организма, состояние телесного удовольствия
Сексуальная подсистема	Сексуальное удовлетворение

Д. Джонсон определяет действие каждой подсистемы в стремлении человека на основе прошлого опыта достичь определенных целей. Этот результат зависит от того, как он воспринимает своё поведение, как он понимает свои возможности в изменении поведения (что может и не может изменить). Поведение, выбираемое

человеком, определяется его предрасположенностью к тому или иному типу поведения (установке). Д. Джонсон различает два основных типа: 1) установка, создаваемая действиями и объектами непосредственно вокруг человека; 2) установка, создаваемая прошлыми привычками.

Источник проблем пациента. Д. Джонсон полагает, что болезнь, изменение образа жизни могут разбалансировать подсистемы поведения человека. Сестринский уход должен быть направлен на восстановление равновесия.

Направленность сестринского вмешательства. Чтобы определить направленность вмешательства, надо оценить состояние пациента относительно каждой подсистемы. Эту оценку осуществляют в два этапа: 1) определяют, позволяет ли поведение пациента предположить нарушение равновесия в какой-либо подсистеме; 2) определяют причины этого нарушения (органические или функциональные).

Цель ухода. Нарушение равновесия внутри подсистем поведения — повод для сестринского ухода. Целью ухода может быть восстановление (максимально, насколько возможно) равновесия в каждой подсистеме и между ними. Он может быть направлен на изменение:

- мотивов поведения;
- действия подсистемы, ограниченного прошлым опытом человека;
- поведения человека, определяемого прошлой предрасположенностью к тому или иному типу действия;
- установки, создаваемой окружающей средой (1-й тип) или прошлым опытом (2-й тип).

Если причиной нарушения равновесия в поведенческой подсистеме являются функциональные изменения, целью сестринского ухода должны быть изменение окружения пациента и обеспечение защиты, опеки, стимулирование пациента к изменению поведения. Для достижения цели сестра с помощью конкретных вмешательств стремится восстановить равновесие в каждой подсистеме, изменяя те или иные факторы окружающей среды.

Сестринское вмешательство. Д. Джонсон предлагает 4 направления сестринских вмешательств:

- контроль или ограничение поведения какими-то рамками;
- защита от угроз и других факторов, вызывающих стресс;

- торможение (подавление) неэффективных реакций;
- стимулирование к изменению поведения, партнерство, помощь в виде опеки.

Оценка качества и результатов ухода. Д. Джонсон полагает, что, во-первых, можно оценить результаты ухода в пределах той или иной подсистемы по поведению пациента, т.е. по изменениям, вызванным теми или иными структурными нарушениями в организме человека. В том случае, если ожидаемые результаты связаны с запланированными изменениями окружающей среды, оценивается изменение поведения, обусловленное сестринским вмешательством, направленным на окружение в связи с функциональными изменениями. Если сестринское вмешательство не привело к ожидаемому результату (цели), вновь формулируются новые цели и новые вмешательства.

Роль сестры. По определению автора, роль медицинской сестры является дополняющей по отношению к роли врача, но не зависит от неё. Сестре отведена роль специалиста, восстанавливающего равновесие поведенческих подсистем пациента во время психологического или физического кризиса.

6.5.2. Применение модели Д. Джонсон в сестринском процессе

На первом этапе сестринского процесса — **первичная оценка состояния пациента**: сестра определяет, существуют ли проблемы, связанные с поведением. Например, молодой человек, находящийся в лечебном учреждении по поводу перелома костей голени, не желает ходить с помощью костылей, несмотря на назначение врача. При этом он отказывается от помощи жены, считая её виноватой в этой травме. В данном случае наблюдаются нарушения в агрессивной и зависимой подсистемах. Другой пример: 30-летняя женщина страдает постоянным запором и избыточной массой тела — можно предположить нарушения равновесия как в выделительной, так и в подсистеме пищеварения.

На втором этапе сестринского процесса следует подробно изучить подсистемы, вышедшие из равновесия. Д. Джонсон предлагает выделять отдельно структурные (органические) и функциональные изменения, вызывающие проблемы. Сестре предстоит решить, на что должно быть направлено вмешательство. Для этого ей необходимо получить дополнительную информацию из различных источников (родственники, лечащий врач и т.д.).

В частности, в приведённом примере сестра должна определить, оказывался ли молодой человек в подобной ситуации прежде (чрезмерный страх за свою безопасность, недоверие к жене и т.п.). Если оказывался, то у пациента структурные (органические) изменения. В противном случае (если поведение нетипично для этого молодого человека) можно сделать вывод, что эти изменения функциональной природы.

В случае с женщиной также надо определить, какого характера изменения в подсистемах пищеварения и выделительной. Сестринское вмешательство будет направлено на восстановление равновесия в этих подсистемах, чтобы, с одной стороны, ограничить количество пищи, изменить физическую нагрузку, с другой — сделать питание рациональным и побудить пациентку к восстановлению контроля над собой.

Как утверждает Д. Джонсон, нарушение равновесия в одной подсистеме оказывает влияние на взаимосвязанные подсистемы.

Планирование ухода. Установив нарушение равновесия в конкретных подсистемах, сестра совместно с пациентом определяет цель ухода. Если проблема пациента связана с функциональными нарушениями, сестра определяет вмешательства, направленные на изменение окружающей среды, изменение мотивации (убеждения) пациента. Так, пациенту с переломом сестра могла бы запланировать психологическую поддержку и консультирование, позволяющие уменьшить неоправданный страх перед ходьбой на костылях. При планировании медицинской помощи 30-летней женщине лучше сосредоточиться в первую очередь на мотивации (убеждении) в необходимости контроля над собой, над подсистемой пищеварения. В подробном плане должны быть установлены краткосрочные и промежуточные, а также долгосрочные цели восстановления равновесия в подсистемах.

Сестринское вмешательство. Д. Джонсон выделяет 4 направления.

1. Ограничение поведения (в примере с 30-летней женщиной можно рекомендовать ей ограничить в рационе определенные продукты, уменьшить массу суточного рациона, увеличить физическую активность).
2. Защита пациента от неблагоприятных факторов окружающей среды (в примере с пациентом, отказывающимся от помощи жены, можно порекомендовать жене пациента какое-то время

не участвовать в активной помощи мужу при ходьбе, по крайней мере не следует на этом настаивать).

3. Подавление неэффективных (неадекватных) реакций пациента (в примере с молодым человеком сестра может тормозить его неадекватное поведение, убеждая в том, что его страх преувеличен, а недоверие к жене ничем не подтверждено).
4. Партнёрство (сотрудничество с пациентом). Пациент должен точно представлять свою роль, свои действия в восстановлении (поддержании) здоровья.

Оценка качества и результатов ухода. Оценивая эффективность применения модели Д. Джонсон, медицинская сестра должна описывать результаты сестринских вмешательств, указывая один из двух типов поведения, заранее предвидеть возможное поведение пациента, так как именно оно определяет, что вмешательство было успешным и цель достигнута. Если ожидаемые результаты не достигнуты, медицинская сестра проводит переоценку поведения пациента в пределах каждой подсистемы.

6.6. АДАПТАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА К. РОЙ

Модель К. Рой (1976) тоже использует достижения в области физиологии и социологии [48].

6.6.1. Основные положения модели

Положения этой модели широко используются NANDA.

Пациент, как считает К. Рой, — это индивид, имеющий набор взаимосвязанных и влияющих на поведение систем: биологической (анатомической и физиологической), психологической и социальной. Автор полагает, что как для физиологических, так и для психологических систем существует состояние относительного равновесия, к которому стремится человек, т.е. это какой-то диапазон состояний, в котором люди могут адекватно справляться со своими переживаниями. Для каждого человека этот диапазон уникален. Согласно этой модели, есть определённый уровень адаптации и все раздражители (стрессоры), попадающие в этот диапазон, встречают более благоприятную реакцию, чем те, которые окажутся за его пределом.

Факторы, влияющие на уровень адаптации, называются раздражителями. Они в свою очередь бывают трёх типов: *очаговые* — на-

ходятся в окружении человека; *ситуационные* — возникают при оказании сестринской помощи рядом с очаговыми и влияют на них; *остаточные* — результат прошлых переживаний, верований, взаимоотношений. При сочетании с очаговыми и ситуационными они влияют на уровень адаптации.

Способы адаптации, изменяющие поведение (табл. 6-4): физиологический; Я-концепция; роль-функция; взаимозависимость.

Таблица 6-4. Способы адаптации и проблемы, возникшие у пациента в процессе адаптации

Способ адаптации	Проявления адаптации
Физиологический способ	Гиперактивность, усталость Нарушение аппетита, рвота, запор, понос Обезвоживание, отёки Дефицит кислорода (гипоксия) Шок Сонливость, бессонница Гипертермия, гипотермия Снижение умственной деятельности, чрезмерная умственная деятельность Нарушение гормонального равновесия Физическая усталость
Я-концепция	Чувство вины, тревоги, беспомощности, социального освобождения, агрессии
Роль-функция	Чувство неудачи, конфликтность
Взаимозависимость	Чувство отчуждения, отторжения, соперничества, одиночества, доминирования самовыражения

Физиологический способ адаптации — это реакция человека на температуру, влажность, атмосферное давление, пищу, жидкость, кислород, углекислый газ и другие сенсорные раздражители. Способность справляться с новыми, непривычными физиологическими раздражителями не только обусловлена ими, но и зависит от возможностей физиологической системы адаптации конкретного человека.

Я-концепция — это желание человека понять самого себя, как собственное поведение, так и телесный образ. Как и предыдущий, этот способ адаптации имеет границы, в пределах которых человек может справляться с изменениями его психологических и телесных

«Я». Особенно эффективно этот способ адаптации должен включиться при подготовке человека к операциям, значительно изменяющим схему тела: ампутации конечностей, мастэктомии, наложению стомы и т.п.

Роль-функция предполагает изменение роли человека в жизни (в семье, на работе) в силу тех или иных обстоятельств. Например, человек, занимающийся только физическим трудом, в течение длительного времени оказывается на руководящей работе или активный, деятельный человек, руководящий большим коллективом, оказывается в лечебном учреждении и вынужден адаптироваться к пассивной роли пациента. В обоих примерах человек может выйти за рамки его возможностей адаптации в способе «роль-функция».

Взаимозависимость — стремление людей достичь состояния относительного баланса в различных взаимоотношениях. Например, мать—сын, муж—жена, продавец—покупатель, учитель—ученик, начальник—подчинённый, врач—пациент, сестра—пациент и т.д. Сестринскому персоналу следует учитывать ограниченность возможностей адаптации в ситуациях, когда пациент, оказавшись полностью зависимым от персонала, испытывает чувство давления, пренебрежения, одиночества, отторжения, фамильярности и др.

Источник проблем пациента. Потребность в сестринском уходе возникает в том случае, когда в окружении человека имеет место недостаток или избыток средств и возможностей для использования того или иного способа адаптации.

Направленность сестринского вмешательства. При обследовании пациента прежде всего следует установить эффективные способы адаптации в тех случаях, когда его поведение даёт повод для беспокойства. Сестра поочерёдно изучает их в пределах 4 названных способов, затем определяет очаговые, ситуационные и остаточные раздражители, а также потребность в сестринском уходе. Сестра определяет степень влияния этого раздражителя на поведение пациента (то, что является раздражителем для одного, на другого может не оказывать влияния).

Цель ухода. Определив возможные очаговые (ситуационные, остаточные) раздражители, вызывающие неадекватное поведение, сестра совместно с пациентом намечает цели, позволяющие ему адаптироваться к изменяющейся окружающей среде (долгосрочные цели), и конкретные цели, позволяющие расширить уровень адаптации конкретным способом. Планируются вмешательства, которые могут изменить либо раздражители, либо уровень адаптации.

Сестринское вмешательство направлено на раздражители, находящиеся за пределами уровня адаптации пациента, чтобы изменить их или чтобы они оказались в пределах уровня адаптации. Возможны вмешательства, направленные на расширение уровня адаптации, дающего пациенту возможность справиться с имеющимися раздражителями. В своей модели К. Рой предлагает использовать сестринские вмешательства в основном при очаговых раздражителях.

Оценка качества и результата ухода. При оценке качества ухода сестра и пациент обращают внимание на положительные сдвиги в том или ином способе адаптации.

Роль сестры. К. Рой полагает, что, в отличие от врачей, в основном сосредоточивающих свое внимание на биологических (анатомической и физиологической) системах, роль сестры — способствовать адаптации человека в период здоровья и болезни за счет воздействия на очаговые раздражители, которые попадают в зону того или иного способа адаптации.

6.6.2. Применение модели К. Рой в сестринском процессе

Оценка состояния пациента проводится в два этапа. Во-первых, сестра должна определить, даёт ли поведение пациента в любом из 4 способов адаптации повод для беспокойства. В том случае, если повод для беспокойства есть, сестра должна выяснить, чем обусловлены проблемы адаптации пациента: очаговыми, ситуационными или остаточными раздражителями.

Например, молодая женщина, у которой удалена грудь, не хочет видеть посетителей, кроме близких родственников. Таким образом, уже на первом этапе сестринского процесса сестра должна предположить проблему адаптации в системе «Я-концепция». Другой пример: ребёнок часто и длительно болеет, всякий раз при приближении сестры со шприцем проявляет признаки агрессии (плачет, кричит и т.п.). В данном случае нарушение адаптации наблюдается в пределах способа «Взаимозависимость».

Сестра, использующая эту модель, определяет пределы уровня адаптации для каждого человека. То, что является раздражителем и создаёт проблемы для одного, для другого благодаря его уровню адаптации не является проблемой. Например, пациентка отказывается видеть посетителей из-за множества причин — наличие послеоперационного дренажа, отсутствие грудной железы действуют как очаговые раздражители и существенно меняют её собственное представление о себе вследствие сложившихся у неё (и в обществе)

убеждений и ценностей. В связи с этим женщина не может по-прежнему поддерживать отношения с окружающими. Каков именно этот раздражитель в данном случае, медицинская сестра может выявить, осмыслив информацию, полученную из разных источников. Во втором случае ребёнок может неадекватно реагировать даже на такой очаговый раздражитель, как белый халат, который означает для ребёнка болезненную процедуру.

Планирование сестринского ухода. Выявив раздражители, вызывающие у пациента неадекватные реакции, сестра совместно с пациентом определяет краткосрочные цели ухода, позволяющие расширить уровень адаптации или устранить раздражитель. В то же время необходимы и долгосрочные цели, при достижении которых пациент сможет адаптироваться к постоянно изменяющейся окружающей среде. Возвращаясь к первому примеру, краткосрочной целью для женщины могло бы быть ощущение себя в состоянии провести какое-то время в обществе друзей. Во втором случае целью ухода могло бы быть исключение влияния белого халата.

Сестринское вмешательство. Модель К. Рой предполагает, что каждый человек стремится к состоянию психологического и физиологического равновесия. В связи с этим сестринское вмешательство должно изменить раздражитель так, чтобы он действовал в пределах уровня адаптации. К. Рой предлагала, чтобы сестринские вмешательства в основном были направлены на очаговые раздражители.

В первом примере сестра не сможет устранить очаговый раздражитель — отсутствие грудной железы у женщины, но она может расширить уровень её адаптации, например познакомив с пациенткой, которая уже адаптировалась в подобной ситуации. Во втором примере сестра не может снять белый халат (хотелось, чтобы в детских учреждениях халаты для медсестёр были цветными, но неяркими), но она может расширить уровень адаптации ребёнка, например поиграв с ним несколько раз, наряжаясь в белый халат.

Оценка качества и результата ухода. Сестринское вмешательство эффективно только в том случае, если достигнута цель в конкретных адаптивных способах. Так, эффективность сестринского вмешательства в первом примере можно оценить положительно, если молодая женщина принимает посетителей. Во втором — если ребёнок станет дружелюбнее к людям в белых халатах и не будет бояться сестры.

(Подробнее проблемы стресса и сестринская помощь при адаптации изложены в главе 9.)

6.7. МОДЕЛЬ Д. ОРЕМ

Модель, предложенная Д. Орем (1971), в отличие от моделей Д. Джонсон и К. Рой, рассматривает человека как единое целое. Она основана на принципах самоухода, который Д. Орем определяет как «деятельность по сохранению жизни, здоровья и благополучия, которую люди начинают и осуществляют самостоятельно» [51].

В данной модели большое внимание уделяется личной ответственности человека за состояние собственного здоровья. Однако придаётся большое значение и сестринским вмешательствам для профилактики заболеваний, травм, и обучению. Взрослые люди должны рассчитывать прежде всего на себя и нести определённую ответственность за своих иждивенцев при сохранении (поддержании) здоровья.

6.7.1. Основные положения модели

Согласно модели Д. Орем, **пациент** — единая функциональная система, имеющая мотивацию к самоуходу. Человек осуществляет самоход независимо от того, здоров он или болен, т.е. его возможности и потребности в самоуходу должны находиться в равновесии.

Д. Орем выделяет три группы потребностей в самоуходу:

I. Универсальные:

- достаточное потребление воздуха;
- достаточное потребление жидкости;
- достаточное потребление пищи;
- достаточная возможность выделения и потребности, связанные с этим процессом;
- сохранение баланса между активностью и отдыхом;
- время одиночества сбалансировано со временем в обществе других людей;
- предупреждение опасностей для жизни, нормальной жизнедеятельности, хорошего самочувствия;
- стимулирование желания соответствовать определённой социальной группе в зависимости от индивидуальных способностей и ограничений [51].

Уровень удовлетворения каждой из 8 универсальных потребностей для каждого человека индивидуален. Факторы, влияющие на эти потребности: возраст, пол, стадия развития, состояние здоровья, уровень культуры, социальная среда, финансовые возможности. Здоровый человек обладает достаточными возможностями

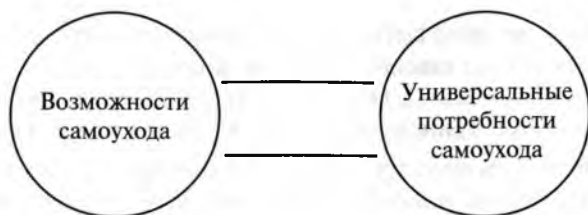


Рис. 6-2. Концепция самоухода по модели Д. Орем

самоухода, чтобы удовлетворить эти универсальные потребности (рис. 6-2).

II. Потребности, связанные со стадией развития (от младенчества до старости и в период беременности). Эти потребности удовлетворяются, как правило, всеми взрослыми людьми, которые поддаются обучению и воспитанию.

III. Потребности, связанные с нарушением здоровья, обусловлены наследственными, врождёнными и приобретёнными заболеваниями и травмами. В этой группе выделяются три вида нарушений:

- анатомические изменения (например, сильные отёки, ожоги);
- функциональные физиологические изменения (например, одышка, тугоподвижность суставов);
- изменение поведения или повседневных жизненных привычек (например, чувство безразличия, бессонница, внезапные изменения настроения).

Если человек справляется с этими проблемами, сохраняется общее равновесие, значит, он не нуждается в уходе.

Источник проблем пациента. Если пациент (его родственники или близкие) не может сохранить равновесие между своими возможностями и потребностями в самоуходе, а потребности самоухода превышают возможности самого человека, возникает необходимость в сестринской помощи. При этом Д. Орем считает, что помощь осуществляется при активном участии пациента, его родственников и близких.

Направленность сестринского вмешательства. Сестринское вмешательство должно быть направлено на выявленный дефицит самоухода и его причины. Причинами дефицита могут быть отсутствие знаний, неумение выполнять отдельные действия по самоуходу, непонимание важности самоухода.

Автор этой модели связывает непонимание необходимости самоухода с уровнем и стадией развития, а также с прошлым жизненным опытом пациента. Д. Орем считает, что для решения вопроса о необходимости сестринского вмешательства сестра должна:

- определить уровень требований самого пациента к самоуходу;
- оценить возможности человека удовлетворить эти требования и безопасно осуществлять самоуход;
- оценить возможности восстановления самоухода в будущем.

Автор считает, что только определив требования и возможности пациента к самоуходу, можно принимать решение о планировании ухода.

Цель ухода. Краткосрочные, промежуточные и долгосрочные цели (или их комбинации) должны быть сосредоточены на пациенте (его возможностях по самоуходу). При этом с пациентом следует обсудить не только цели ухода, но и планируемые сестринские вмешательства.

Сестринское вмешательство. Сестринское вмешательство может быть направлено как на расширение возможностей самоухода, так и на изменение уровня потребностей в нём. Д. Орем называет эти изменения выздоровлением.

Д. Орем выделяет 6 способов сестринских вмешательств:

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

Предлагая эти 6 способов помощи, Д. Орем предполагает, что пациент хочет и может играть ту или иную роль, стремясь обеспечить самоуход, т.е. пациент готов и желает получить сестринскую помощь.

Кроме способов, автор определяет три системы сестринской помощи: *полностью компенсирующая* — применяется в тех случаях, когда пациент находится либо в бессознательном состоянии, либо ему нельзя двигаться, либо он не способен к обучению; *частично компенсирующая* — применяется по отношению к пациенту, временно или частично утратившему способность осуществлять самоуход; *консультативная* (обучающая) — применяется при необходимости обучения пациента (родственников) навыкам самоухода.

Оценка качества и результатов ухода. Д. Орем считает, что оценка качества ухода должна проводиться прежде всего с точки зрения возможности пациента и его семьи в последующем осуществлять самоуход. Даже в том случае, если сестринское вмешательство из полностью компенсирующей системы перешло в частично компенсирующую, поддерживающую пациента при самоуходе, можно считать сестринское вмешательство эффективным.

Роль сестры. Автор модели определяет её как дополняющую к возможности пациента осуществлять самоуход. Сестринское вмешательство позволяет человеку сохранить здоровье, справиться с последствиями травмы или болезни.

6.7.2. Применение модели Д. Орем в сестринском процессе

Каждый человек, здоровый или больной, должен сохранять равновесие между потребностями в самоуходе и возможностями его осуществлять. Определив терапевтически необходимое поведение при самоуходе во время травмы или заболевания, сестра совместно с пациентом находит способ и вид сестринского вмешательства.

При проведении **первичной оценки** потребностей и возможностей пациента в самоуходе сестра определяет терапевтически необходимое поведение при самоуходе — равновесие между потребностями и возможностями осуществлять самоуход (рис. 6-3).

Проводя первичное обследование состояния пациента, находящегося в лечебном учреждении, сестра определяет, нужна ли её помощь. Например, если в связи с переломом костей голени пациенту наложен гипс, сестра может предположить, что он не в состоянии сразу после этого передвигаться на костылях без посторонней помощи. В данном случае имеется нарушение равновесия между некоторыми универсальными потребностями пациента и его возможностями осуществлять самоуход (активно двигаться, пользоваться туалетом, принимать душ и т.п.), т.е. пациент нуждается в помощи.

В другом случае, оценивая состояние 8-летней девочки с обычной детской инфекцией, сестра обнаруживает, что её мать не может удовлетворить потребности дочери в самоуходе (мать не понимает, почему не следует тепло одевать девочку, почему ей нужно соблюдать постельный режим, больше пить жидкости и т.п.). В данном случае имеется нарушение равновесия между возможностями матери в помощи дочери при самоуходе и требованиями, предъявляемыми к матери в данный момент.



Рис. 6-3. Взаимодействие пациента и сестры согласно модели Д. Орем

В связи с этим сестра должна собрать дополнительную информацию и выяснить, почему возник дефицит самоухода. Осмотр, наблюдение, беседа помогут ей понять его причину: недостаток знаний и умений, мотивации, ограничение поведения рамками, продиктованными общественными и культурными нормами, и т.д.

В примере с молодым человеком дефицит самоухода связан с недостатком некоторых умений ходьбы на костылях, которые помогли бы ему справиться с его нынешним положением, чтобы восстановить способность самоухода. Во втором примере мать больной девочки либо не уверена, что сможет сделать все правильно, либо ей не хватает знаний, чтобы помочь дочери в самоуходе.

Планирование сестринского ухода. Сестринский уход планируется в зависимости от возможностей самоухода как самого пациента, так и его близких. В первом из приведённых примеров планируемое вмешательство будет в рамках частично компенсирующей и обучающей систем. Молодой человек сможет самостоятельно удов-

летворить такие универсальные потребности, как потребление воздуха, пищи, жидкости. Однако он нуждается в помощи при передвижении, в частности, даже для того, чтобы удовлетворить свои другие универсальные потребности. Сестра планирует его обучение безопасным навыкам передвижения, чтобы предупредить риск повторной травмы. Во втором случае сестра планирует обучающее, консультативное вмешательство, чтобы научить мать ухаживать за дочерью.

Сестринское вмешательство. В каждом случае цель сестринского вмешательства — восстановление равновесия между возможностями и потребностями в самоуходе. В первом случае пациент нуждается в том, чтобы сестра помогала ему надевать или снимать брюки, используя полностью компенсирующее вмешательство, так как действует за пациента. Одновременно она обучает его безопасному перемещению на костылях, а также новым умениям и навыкам, позволяющим со временем одеваться, перемещаться самостоятельно. Во втором случае сестра может рассказать матери, как протекает заболевание у девочки и что нужно делать, чтобы облегчить состояние ребёнка. Психологическая поддержка матери, похвала её действий могут значительно помочь в уходе за ребёнком.

Оценка качества и результатов ухода. Оценивая эффективность сестринского ухода, сестра прежде всего учитывает то, что достигнуто самим пациентом к назначенному ими совместно времени. Так, в первом примере оценка будет положительной в том случае, если молодой человек научится ходить на костылях и обходиться большую часть времени без посторонней помощи. Во втором случае сестринское вмешательство можно считать эффективным, если мать больной девочки уверенно осуществляет уход за дочерью.

Таким образом, сестринский уход считается эффективным, если удастся сохранить или восстановить равновесие между возможностями и потребностями в самоуходе.

6.8. МОДЕЛИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА: ОДНА ИЛИ НЕСКОЛЬКО?

Итак, вы ознакомились с несколькими моделями из множества существующих. Единой модели на сегодняшний день нет, хотя, конечно, она способствовала бы лучшему взаимопониманию как в обучении сестёр, так и в практической деятельности, особенно в нашей стране, где только начинается реформа сестринского дела.

Практикующие сёстры во многих странах одновременно используют несколько моделей, причём выбор зависит исключительно от невозможности пациента удовлетворить те или иные потребности.

Осмысление уже разработанных моделей помогает выбрать пригодные для конкретного пациента. Модель сестринского ухода — это средство, помогающее представить, на чём акцентировать внимание сестры при обследовании пациента, какими должны быть цели и сестринские вмешательства. Для планирования ухода выбирают какие-либо элементы из различных моделей. В связи с изменяющимися потребностями общества в сестринском деле, видимо, будут созданы новые модели.

6.8.1. От моделей — к сестринскому процессу

Какую модель выбрать для практического применения? Как выбрать: интуитивно, полагаясь на личное восприятие или опираясь на элементы моделей?

Многие исследователи теории сестринского дела указывают, что модели, которые рассмотрены в этой главе (и все другие модели), нельзя оценивать как хорошие или плохие, правильные или неправильные. Скорее, их следует использовать как руководство к действию в той или иной ситуации.

Следует учитывать, что все модели создавались в конкретной социальной и культурной среде с учетом потребностей общества. Поэтому разные модели по-разному определяют природу человека (пациента), его потребности, роль сестры, цели и объём сестринских вмешательств.

Надо понимать, что модель, созданная в одной стране, может оказаться неприемлемой для другой. Какую же модель использовать сейчас в нашей стране? «В рамках Европейского регионального бюро ВОЗ сестрам, планирующим применение сестринского процесса, рекомендуется использовать модель, учитывающую физиологические, психологические и социальные потребности» (пациента и его семьи. — *Прим. автора.*). Преимуществом использования модели ВОЗ является перенос акцента сестринской помощи с аспектов болезни на аспекты здоровья. В «целях оказания помощи отдельным людям, группам лиц и населению с различным состоянием здоровья сёстры производят оценку физиологических, психологических и социальных аспектов здоровья человека в отношении его потребностей:

- в самопомощи — что может сделать человек для удовлетворения собственных медико-санитарных потребностей;
- в помощи на дому — что могут сделать семья или другие люди для удовлетворения медико-санитарных потребностей человека;
- в профессиональной помощи — какой вклад может внести сестра в оказание помощи человеку» [42].

Самопомощь, или самообслуживание, необходима человеку для выполнения им ежедневной деятельности, оказывающей влияние на его здоровье и благополучие. Как правило, человек заботится о себе добровольно и не нуждается в профессиональной помощи. Сестра должна уметь определить, когда пациент сможет возобновить самообслуживание, и поощрять его к этому.

Помощь на дому (патронажное, попечительское обслуживание) — «вид помощи, которая оказывается человеку на дому его родственниками, друзьями или знакомыми» [42]. Страдающие хроническими заболеваниями, инвалиды могут находиться дома, помощь им — это проявление заботливого отношения людей друг к другу. Роль сестры здесь сводится к консультации и обучению.

Профессиональный уход — вид помощи, требующий профессиональных знаний (сестры, акушерки и т.д.), оказываемый как в лечебно-профилактических учреждениях, так и на дому.

Исследования, проведённые в 1970 г., определили три типа идеологии сестринского дела: *ремесленническая, профессиональная и опекунская*. В нашей стране до сих пор действует ремесленническая идеология. В рамках реформы сестринского дела, начатой в России в 1993 г., её предстоит изменить на профессиональную. Это возможно при освоении сестринским персоналом нового вида деятельности — осуществления сестринского процесса.

В рамках структуры ВОЗ для этого рекомендуется использовать модель В. Хендерсон (что не исключает использования других моделей). Следует всегда помнить, что любая модель непостоянна, она может изменяться, отражая взгляды, практическую деятельность и задачи сестринского дела на определённом отрезке времени.

Прочитав эту главу, Вы узнаете:

- о сути сестринского процесса;
- об этапах сестринского процесса;
- о документации, необходимой сестре;
- об особенностях общения при оценке состояния пациента;
- о методике наблюдения при оценке состояния пациента;
- определение и формулировку проблем пациента;
- об этапах планирования ухода;
- об особенностях преемственности сестёр при выполнении плана ухода;
- о методике оценки эффективности сестринского ухода.

Понятия и термины:

- *зависимое сестринское вмешательство* — действие согласно врачебному назначению или записанное по предложению специалистов сестринского профиля, которое может обеспечить решение проблемы пациента;
- *независимое сестринское вмешательство* — действие сестры, способное разрешить проблему пациента без консультации или сотрудничества с врачом или другими специалистами несестринского профиля;
- *ожидаемый результат* — ожидаемое состояние пациента по окончании лечения или

болезни, характеризующее степень благополучия пациента и необходимость в продолжении ухода, приёме медикаментов, поддержке, рекомендациях или обучении;

- **основные человеческие потребности** — потребности в нормальном дыхании, пище, воде, выделении, движении, прикосновении, сексе, существующие у человека в повседневной жизнедеятельности;
- **повседневная деятельность** — деятельность, осуществляемая в течение обычного дня жизни пациента, такая, как принятие пищи, жидкости, одевание, купание, чистка зубов, приведение себя в порядок и другие процедуры, необходимые для поддержания физического, психического и социального благополучия и личностной целостности. Деятельность необходима для обеспечения физиологических, психосоциальных функций и взаимодействия с окружающей средой;
- **потребность в уходе** — состояние, при которой в повседневной жизни пациент не может удовлетворить свои физиологические, социокультурные, духовные или связанные с развитием потребности;
- **проблема** — осознание субъектом невозможности разрешить трудности и противоречия, возникшие в данной ситуации, средствами из личного знания и опыта (от греч. *problema* — задача);
- **процесс** — любое поведение или действие сестры, направленное на выполнение сестринского плана по уходу в целом или достижение отдельных его целей и необходимое для достижения ожидаемых результатов (от лат. *processus* — продвижение).

В настоящее время как никогда пациенты нуждаются в качественно новом виде сестринской помощи. Профессия медицинской сестры развивается вместе с обществом, накладывающим отпечаток на человеческие отношения. Ф. Найтингейл часто задавала вопрос: «Может ли быть работа более значительная, чем эта?» Если бы она была нашей современницей, она могла бы добавить: «Можно ли представить себе время, более подходящее для этого рода деятельности?»

7.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Сестринский процесс — это метод организации и оказания сестринской помощи. Результаты исследования, проведенного ЕРБ ВОЗ, свидетельствуют: «Суть сестринского дела состоит в уходе за человеком и в том, каким образом сестра осуществляет этот уход. В основе этой работы должна лежать не интуиция, а продуманный и сформированный подход, рассчитанный на удовлетворение потребностей и решение проблем...» [42].

В основе сестринского процесса находится пациент как личность, требующая комплексного (холистического) подхода. Одним из неперенных условий осуществления сестринского процесса является участие пациента и членов его семьи в определении целей ухода, плана и способов сестринского вмешательства. В оценке результатов ухода также участвуют пациент и его семья. То, насколько пациент влияет на осуществление сестринского процесса, зависит от нескольких факторов: взаимоотношений сестры и пациента; степени доверия между ними; отношения пациента к здоровью; уровня его знаний, культуры; осознания потребности в уходе.

Участие пациента в этом процессе позволяет ему осознать необходимость помощи самому себе, обучиться ей и оценить качество сестринского процесса.

Слово «процесс» означает продвижение, ход событий, в данном случае имеются в виду последовательные действия, этапы, принятые сестрой, для достижения определённого результата.

В программе ВОЗ по сестринскому делу и акушерству в Европе сестринский процесс описывается следующим образом.

- «Сестринский процесс» — это термин, применяемый в системе характерных видов сестринского вмешательства. Сюда входят планирование мер по удовлетворению должных потребностей пациента, организация ухода и оценка результатов. Информация, полученная при оценке результатов, должна лечь в основу необходимых изменений последующих вмешательств в аналогичных ситуациях сестринского ухода. Таким образом, сестринское дело превращается в динамичный процесс собственной адаптации и совершенствования.

Таким образом, основанный на научных принципах, сестринский процесс предусматривает чёткую схему при уходе за больным

для достижения профессиональных целей. Иными словами, сестринский процесс состоит из последовательности действий, выполняемых медицинской сестрой по отношению к пациенту с целью предупреждения, облегчения, уменьшения и сведения к минимуму возникающих у него проблем и трудностей.

В научной сестринской литературе часто встречается и такое определение: «Сестринский процесс — научно обоснованная методология профессиональной сестринской помощи, ориентированной на потребности пациента».

Сестринский процесс состоит из 5 последовательных этапов (рис. 7-1):

- оценка состояния (обследование) пациента;
- интерпретация полученных данных (определение проблем);
- планирование предстоящей работы;
- реализация (выполнение) составленного плана;
- оценка результатов перечисленных этапов.

До середины 70-х годов XX в. сестринский процесс, впервые предложенный в Соединённых Штатах Америки, включал 4 этапа: обследование, планирование, выполнение, оценку. В 1973 г. Американская ассоциация медицинских сестёр опубликовала стандарты сестринской практики, где значительная роль отводилась значению сестринского диагноза. В связи с этим был выделен ещё один этап, и их число увеличилось до 5: обследование, диагностирование, планирование, выполнение, анализ [32].

Для принятия профессиональных решений и удовлетворения потребностей пациента сестра руководствуется схемой, соответствующей последовательности 5 этапов сестринского процесса.

Обязательными условиями для действий медицинской сестры должны быть:

- профессиональная компетентность;
- навыки наблюдения, общения, анализа и интерпретации данных;
- достаточное время и доверительная обстановка;
- конфиденциальность;
- согласие и участие пациента;
- при необходимости участие других медицинских и/или социальных работников.



Рис. 7-1. Этапы сестринского процесса

Сестринский процесс динамичен, так как любой его этап может быть пересмотрен и скорректирован после проведения текущей оценки. Это позволяет сестре своевременно реагировать на изменение потребностей пациента.

Документирование всех этапов сестринского процесса — обязательное условие

7.2. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ (ОБСЛЕДОВАНИЕ) ПАЦИЕНТА

Оценка — это непрерывный систематический процесс, требующий навыков наблюдения и общения.

Цель оценки — получение информации о состоянии пациента. Для грамотной оценки необходим сбор объективных и субъективных

ных данных о состоянии здоровья пациента с последующим их анализом, определение конкретных потребностей в сестринском уходе и возможностей человека или семьи в оказании помощи собственными силами.

В основе сестринского обследования лежат принципы холизма — целостного подхода к личности пациента с учётом не только его физических, но и психологических, эмоциональных, интеллектуальных, социальных и духовных потребностей. Качество проведённого обследования и полученной информации определяет успех последующих этапов сестринского процесса. Данные для оценки могут быть собраны из беседы с пациентом, истории его болезни, записанной врачом [карта стационарного (амбулаторного) больного], при объективном обследовании, а также от членов семьи и других медицинских работников.

Методы обследования, необходимые для сбора информации, могут быть субъективными, объективными и дополнительными.

Субъективный метод обследования — это беседа, во время которой сестра узнаёт биографические данные, необходимые ей для оценки пациента, а также сведения о его самочувствии и о тех или иных потребностях, реакциях, ощущениях, особенностях адаптации, которые человек описывает своими словами. Таким образом, во время этого разговора пациент даёт субъективную информацию и оценку проблем, связанных с его здоровьем. Полученные в ходе беседы данные зависят от эмоций и чувств человека, с которым беседует сестра (пациент, его близкие).

Источником информации при субъективном обследовании может быть как сам пациент, так и члены его семьи или медицинские работники. Семья может быть первичным источником информации, особенно если пациент — ребёнок или человек, не способный к коммуникации (в тяжёлом состоянии, с нарушением познавательных способностей, без сознания, дезориентирован). В этих ситуациях только от членов семьи можно получить информацию об особенностях нормального состояния пациента и его состояния в период болезни, принимаемых лекарственных средствах, аллергических реакциях. Семья может сообщить дополнительную информацию о том, как пациент обычно реагирует на изменения в состоянии здоровья и нарушения активности.

Для сестры очень важно получить как можно больше информации о пациенте, чтобы составить адекватный план сестринского ухода.

Цели беседы при проведении оценки:

- установление отношений сестра—пациент, в центре которых стоит здоровье пациента;
- выработка адекватной оценки пациентом его беспокойства и тревоги;
- определение уровня ожиданий пациента от системы оказания медицинской помощи;
- получение информации, необходимой для составления адекватного плана ухода.

7.2.1. Общение как способ объективной оценки

Поскольку субъективное обследование проводится в форме беседы, его результаты во многом будут зависеть от коммуникативных навыков сестры, т.е. от её умения слушать, задавать вопросы и т.д. Первое впечатление, которое складывается у пациента и/или его близких при встрече с сестрой, остается надолго. Именно по этой причине очень важно, чтобы пациент сразу ясно почувствовал доброе и искреннее расположение.

Улыбка, тёплое приветствие — хорошее начало беседы. Сестра должна представиться, уточнить фамилию, имя, а у взрослых и отчество, затем рассказать о плане ухода.

- Пример: из приёмного в лечебное отделение доставлен пациент. Медицинская сестра: «Добрый день, я дежурная медсестра Светлана Петровна, а вы Сидоров Иван Петрович?» Пациент: «Да, это я». Сестра: «Сейчас я провожу вас в палату, а потом через 20 минут я зайду к вам, чтобы побеседовать о вашем здоровье».

Даже в момент знакомства могут возникнуть доверие к сестре и желание поделиться подробностями из жизни.

Вопросы могут быть нескольких типов: общими, конкретными, наводящими, пробными, множественными (табл. 7-1).

Таблица 7-1. Типы вопросов медицинской сестры [23]

Тип вопроса	Примеры вопроса
Общий вопрос	Как поживаете? Как дела?
Конкретный вопрос	Как Ваша фамилия? Ваш адрес? Назовите своих близких родственников. Любите ли Вы картофельное пюре?

Тип вопроса	Примеры вопроса
Наводящий вопрос	Вы бросите курить, не так ли? Вы будете больше заниматься физическими упражнениями после выписки из больницы?
Пробные вопросы	Вы говорите, Ваш муж много работает? В последнее время боли в желудке у Вас усилились?
Множественные вопросы	Вы говорите, Ваш муж много работает? Как Вы управляетесь по дому с двумя детьми?

Итак, во время беседы уместны любые вопросы, но разные типы вопросов задают с разной целью. Общие вопросы — одно из основных средств общения в рамках методики психологически безопасной беседы, а конкретные вопросы полезны для быстрого получения стандартной информации. Конкретные вопросы используются в чрезвычайных ситуациях, когда точная регистрация сведений может быть очень важна для планирования ухода. Они не позволяют пациенту давать обстоятельный ответ, поэтому медицинской сестре, возможно, придётся задать больше вопросов, чтобы получить нужную информацию. Например:

Медицинская сестра: «Вы любите творог?»

Пациент: «Да, я часто его ем на завтрак, но...»

Медицинская сестра: «Вы хотите сказать, что Вы любите какой-то конкретный творог?»

Преимущества и недостатки каждого из перечисленных типов вопросов обсуждаются ниже (табл. 7-2).

Таблица 7-2. Преимущества и недостатки разных типов вопросов [23]

Тип вопроса	Преимущества	Недостатки
Общий вопрос	Полезен, так как способствует самовыражению. Человек может описать собственными словами то, что для него важно	Трудно контролировать отклонения от содержания вопроса, достигать определённой цели или ограничивать словоохотливых собеседников
Конкретный вопрос	Позволяет быстро собирать конкретную информацию, точную и однозначную	Ограничен постановкой вопроса. Ориентирован только на конкретный ответ

Тип вопроса	Преимущества	Недостатки
Наводящий вопрос	Наводит отвечающего на ответ, соответствующий общепринятому мнению	Ограничивает самовыражение отвечающего. Может вызывать гневную реакцию, если воспринимается как угрожающий
Пробный вопрос	Исследуют тему, которую спрашивающий считает важной. Ответы могут давать конкретную информацию. Могут заставить отвечающего врасплох	Могут пугать отвечающего. Могут вызывать гневную реакцию
Множественный вопрос	Может демонстрировать интерес и энтузиазм	Приводит к замешательству, так как отвечающий не знает, на какой вопрос отвечать сначала. Ответ не может быть рациональным

Наводящие и множественные вопросы часто выглядят как подсазки, но одновременно являются и наводящими, и конкретными.

Например:

«Вы ведь будете ежедневно утром и вечером самостоятельно определять уровень глюкозы в плазме крови?», «Теперь, когда я объяснила Вам, почему эндокринолог настаивает на ежедневном самостоятельном определении уровня глюкозы плазмы крови, думаете ли Вы, что у Вас будут какие-либо трудности?»

Пробные вопросы могут показаться пациенту назойливыми, поэтому их следует задавать осторожно и очень редко.

Например:

Пациент: «В последнее время у меня появилась слабость, приходится часто отдыхать».

Медицинская сестра: «Замечали ли Вы какие-нибудь другие симптомы?»

Пациент: «Да, я похудел».

Медицинская сестра: «На сколько килограммов Вы похудели?»

Пациент: «Я похудел больше чем на 10 кг».

Медицинская сестра (пробный вопрос): «Раньше с Вами бывало что-то подобное?»

Пробные вопросы могут быть как общими, так и тесно связанными с обсуждаемой темой.

Кроме перечисленных выше 5 типов вопросов, существует множество других. Одни вопросы задавать легче, другие труднее, одни

открывают дорогу к общению с пациентами, а другие пугают и вызывают защитную реакцию.

Общие вопросы, задаваемые медицинской сестрой пациенту, дают ему возможность выражать свою мысль описательно, собственными словами. Отвечающий на вопрос сам выбирает темп ответа и важные для него детали. Во время беседы со стороны медицинской сестры не должно исходить никакого давления, беседа должна проводиться как доверительное общение. Пациент должен знать, что его разговор с медицинской сестрой останется конфиденциальным и будет способствовать улучшению сестринского ухода. В то же время, если задавать только общие вопросы, могут возникнуть трудности в сборе материала, необходимого для адекватной оценки состояния пациента. В такой ситуации помогают целенаправленные общие вопросы. В этом случае отвечающий может свободно выражать свои мысли в соответствии с поставленным вопросом.

Например:

Медицинская сестра: «Расскажите мне, как Вы питаетесь обычно в течение дня».

Пациент: «Я не бываю голодным».

Медицинская сестра: «Сколько раз в день Вы едите?»

Пациент: «Два раза основательно (утром и вечером) и три раза “на ходу”: чипсы, орешки, булки, “Фанту” и иногда мороженое».

Медицинская сестра: «Какую пищу Вы предпочитаете есть дома?»

Пациент: «Ну, пельмени, яичницу с колбасой, пиццу. Люблю квашеную капусту, но...»

В данном примере целенаправленные вопросы позволили медицинской сестре направить беседу в нужном направлении и дали возможность отвечающему добавить то, что он мог бы не сказать. Сестра контролировала ход беседы и, завершая оценку питания пациента, могла бы задать ему такой вопрос: «Что ещё Вы хотели бы рассказать мне о своём питании и привычках?»

Целенаправленные вопросы позволяют легче установить контакт с замкнутыми людьми. Сестра должна владеть навыками общения и способностью квалифицированно задавать вопросы в беседе с пациентом и членами его семьи.

Вопросы следует задавать последовательно, по одному. Например, лучше спросить: «У Вас есть дети?», а затем: «Есть ли у Вас кто-нибудь на иждивении?» Не стоит объединять эти вопросы: «Есть ли у Вас дети или кто-то другой на иждивении?» Если сестра беседует с человеком, медицинским работником по профессии, в

вопросах могут присутствовать специальные термины: «Нет ли у Вас никтурии?»

Другому же пациенту этот вопрос надо сформулировать: «Вы встаёте ночью, чтобы помочиться?»

Вопросы могут быть закрытые (законченные) или открытые (незаконченные). На закрытые вопросы сестра получает краткие ответы: «Да» или «Нет». Открытые требуют более подробного ответа. На вопрос: «Как Вы себя чувствуете сегодня?» можно получить необходимую информацию о состоянии здоровья пациента. На вопрос: «Вы чувствуете себя сегодня лучше?» пациент скорее всего ответит односложно. Вопрос надо построить так, чтобы он не влиял на ответ пациента.

Для максимально эффективного получения информации во время беседы с пациентами важны следующие факторы: молчание, внимательное выслушивание, доброжелательное отношение, предварительная подготовка вопросов и ведение записей во время беседы.

- **Молчание** позволяет вести наблюдение за пациентом и даёт ему время собраться с мыслями.
- **Внимательное выслушивание** облегчает зрительный контакт с пациентом и даёт ему возможность почувствовать интерес сестры к своим проблемам и ко всему, что его беспокоит.
- **Доброжелательное отношение** способствует непредвзятому взгляду на образ жизни пациента, его жизненные ценности.
- **Подготовка вопросов** позволяет сделать беседу понятной и для сестры, и для пациента.
- **Короткие записи** во время беседы помогут в дальнейшей работе.

Умение установить контакт очень важно для сестры, особенно при проведении оценки состояния пациента, так как это обеспечит взаимопонимание и доверие. Нужно помнить, что человек может быть взволнованным, нервным и даже злым, плохо чувствовать себя. Во время беседы сестра должна сориентироваться, какие и сколько вопросов сможет «выдержать» человек. Не следует проявлять досаду и раздражение, если пациент что-то не может вспомнить.

Беседуя с лежащим пациентом, нужно поставить стул у его кровати и сесть таким образом, чтобы глаза пациента и сестры были на одном уровне. Это позволит пациенту считать, что сестра распола-

гает временем и у неё есть желание его слушать. Нужно уметь поддерживать неторопливую беседу, а не превращать её в краткие вопросы и ответы. Запомнить всю полученную информацию сложно, поэтому следует вести записи.

Сестра должна быть уверена, что правильно поняла ответы, для чего иногда необходимо уточнять во время беседы информацию: «Мне кажется, что Вы говорите...» или: «Если я Вас правильно поняла, вы...»

Во время беседы следует помнить, что другие люди не должны слышать ответ пациента. Это не всегда легко осуществить, если кровати пациентов стоят близко друг к другу, но тем не менее надо сделать всё возможное для обеспечения конфиденциальности полученной информации (как устной, так и письменной). Если пациент может ходить и есть свободное помещение, целесообразно проводить беседу там. Общаться нужно в тихой, спокойной обстановке и, если возможно, не прерываясь. Сестре не следует показывать пациенту, что она торопится, так как он, видя это, начнёт отвечать на вопросы поспешно и неточно.

Мы уже говорили, что перед началом беседы, в том числе и при первичной оценке, сестра обязана объяснить, почему она задаёт вопросы и для чего нужна эта информация. Желательно улыбнуться пациенту, назвать свое имя, отчество и должность. Следует дать понять человеку, что чем больше сестра будет знать о нём и его семье, тем лучше сможет организовать уход. Проявление заботы можно выразить и без слов. Если сестра наклонится к пациенту во время беседы (например, если он плохо слышит), то даст ему знать, что заинтересована в точности и конфиденциальности информации.

Пациент также может сообщать о своём состоянии и без слов, поэтому сестра должна внимательно наблюдать за выражением его лица, смотреть «глаза в глаза», так как отсутствие контакта глазами может вызвать замешательство, беспокойство или страх у пациента. Однако не нужно подолгу останавливать взгляд на пациенте или своих записях. Нельзя упускать из виду суетливость, заламывание рук и другие подобные действия. Скажите пациенту фразу: «Я вижу. Вы теребите свою пуговицу...», помогая ему выразить своё беспокойство словами и убедиться самой, что ваше предположение о том, что человек нервничает, правильное.

Позвольте говорящему закончить фразу, даже если он чересчур многословен. Не нужно перескакивать на другую тему и повторять вопрос без необходимости.

«Информация, записываемая в лист сестринской оценки, по возможности не должна содержать такие утверждающие фразы, как “хороший” или “плохой”, поскольку то, что покажется одной сестре “хорошим”, другой может показаться “не очень хорошим”.

Сестре следует уметь завершить беседу с пациентом фразой: «Осталось всего два вопроса...» В конце беседы обязательно надо «договориться с пациентом о дальнейших путях взаимодействия» [42].

7.2.2. Объективное обследование

Объективное обследование включает осмотр пациента, наблюдение за выражением его лица, дыханием, положением, измерение артериального давления, температуры, пульса, частоты дыхательных движений, определении сухости или вялости кожи и т.д. Для объективного обследования сестра использует своё зрение, слух, осязание, обоняние.

Ф. Найтингейл в «Заметках по уходу», опубликованных в 1859 г., писала: «Важнейший практический урок, который может быть дан сёстрам, — это научить их тому, за чем наблюдать, как наблюдать, какие симптомы указывают на ухудшение состояния, какие признаки указывают на недостаточный уход, в чём выражается недостаточность ухода».

Важность наблюдения за состоянием здоровья пациента не уменьшилась и в настоящее время. Только одного наблюдения сегодня недостаточно для полной оценки. Термин «наблюдение» давно используется сестринским персоналом в нашей стране. Однако многие сводят его к измерению температуры тела, пульса, артериального давления, частоты дыхания, что недостаточно для оценки состояния пациента.

Например, наблюдение за физическим и психическим состоянием за тем, как видит и слышит человек, а также за активностью, подвижностью и наличием недержания мочи или кала позволит сестре оценить степень риска развития пролежней. Наблюдая за кожей, легко определить её сухость, наличие отёков, сыпи, желтушное окрашивание, нарушение целостности.

Оценка состояния и наблюдение за полостью рта особенно важны у тяжелобольных и пожилых пациентов, поскольку это может предупредить внутрибольничные инфекции полости рта.

Мастерство наблюдения позволит правильно оценить невербальные сообщения, сделать выводы об эмоциональном состоянии

человека. Для этого стоит внимательно понаблюдать, как человек общается с другими пациентами, как он ест, ходит, спит. Анализ поведения, внешнего вида, взаимоотношений с окружающими поможет сестре определить, насколько данные, полученные при наблюдении, согласуются с фактами, выявленными в беседе.

Наблюдение — бесценный источник информации при оценке психологического и душевного состояния: сестра должна обращать внимание на то, что она видит и слышит.

Вербальная форма поведения — это только то, о чем пациент говорит (например: «Я очень боюсь операции»). Невербальная форма — это то, как пациент лежит, сидит или ходит во время беседы, каковы его движения, смотрит ли он сестре в глаза, как говорит с ней (заикается, запинаясь). Наблюдая за невербальным поведением, сестра делает записи, например: «Н.В. часто меняет положение тела» или «Н.В. во время беседы смотрит в потолок».

Таким образом, при оценке психологического и душевного состояния следует оценивать следующие вербальные формы поведения пациента:

- манеру говорить (быстро, медленно, с трудом, отрывками);
- голос (громкий, тихий);
- логику построения ответа;
- адекватность реакции на вопрос (что и как он отвечает).

Невербальные формы поведения можно оценить, наблюдая:

- зрительный контакт (смотрит в лицо или отводит глаза);
- мимику;
- позу (сидит, стоит или ходит во время беседы, принимает участие в происходящем или безучастен);
- движения (скованы, активны, замедлены, спокойны, импульсивны).

При оценке поведения нужно анализировать настроение человека:

- печальное (плачет: много, мало, по какому поводу, когда, как долго);
- мрачное (неадекватно относится к своей болезни);
- энергичное (с пониманием относится к проблеме);
- весёлое (рад сложившейся ситуации).

Человек по-разному оценивает окружающую обстановку. В некоторых случаях пациент настроен недоброжелательно, в других он раним, отрицательно реагирует на происходящее. В некоторых

ситуациях больной может быть растерянным, озабоченным или беспокойным (со страхом или нетерпением реагирует на какую-либо ситуацию, боится что-либо предпринять или делает это с трудом).

По поведению можно оценить, насколько ориентирован (или дезориентирован) человек. Следует выяснить, знает ли пациент, кто он, текущее время (час, число, месяц и год), место (где и почему находится в лечебном учреждении).

Успешность оценки состояния пациента во многом зависит от мастерства общения и наблюдения за пациентом.

Дополнительным источником информации могут служить данные лабораторных и инструментальных исследований.

Собранные данные должны быть чёткими и давать полное представление о состоянии пациента. Необходимо корректно интерпретировать полученную информацию.

При сборе данных следует учитывать модель сестринского дела, принятую в конкретной больнице (регионе, стране). Учитывая рекомендации ЕРБ ВОЗ по сестринскому делу, лучше ориентироваться на модель В. Хендерсон, в которой она сформулировала цель сестринского дела как помощь человеку в удовлетворении его личных (основных) потребностей [42].

Проводя обследование пациента, надо выяснить:

- состояние его здоровья с учётом каждой из 14 основных потребностей;
- норму, выбранную для себя пациентом, в связи с каждой указанной потребностью;
- род деятельности человека и необходимый объём помощи для удовлетворения каждой потребности;
- степень дезадаптации, связанной с невозможностью самообслуживания, по состоянию здоровья человека или в связи с особенными социальными потребностями;
- потенциальные трудности или проблемы в связи с изменением здоровья пациента;
- способность человека к самообслуживанию и объём помощи, который он может получить от друзей или родственников;
- врачебный диагноз, принципы лечения и прогноз;
- предыдущие заболевания и социальные проблемы.

Информация о физическом состоянии включает нормальные характеристики, возрастные изменения (например, младенец,

взрослый, престарелый человек) и патологию, вызванную заболеванием.

Информация о душевном состоянии позволяет дать оценку возможности пациента осуществлять самообслуживание в домашних условиях.

Данные обследования фиксируются в «Листе сестринской оценки», имеющем несколько форм. Делая записи, следует излагать информацию кратко, чётко и однозначно, используя только общепринятые сокращения (Приложение 7-1).

Далее приводится еще один из возможных вариантов оформления результатов сестринского обследования [39], не ориентированный на конкретную модель сестринского ухода.

Лист сестринской оценки состояния здоровья

(является вкладываемым в амбулаторную карту или историю болезни пациента и заполняется при первом обращении)

ФИО, возраст, адрес пациента
 Дата приема
 Медицинский (врачебный) диагноз
 Жалобы в настоящее время
 Основные проблемы пациента

Показатели повседневной жизнедеятельности	Данные, полученные при обращении
<p>Физиологические потребности</p> <p>Аллергия</p> <p>Медикаментозное лечение</p> <p>Дыхание</p> <p>Боли/комфорт</p> <p>Двигательная активность</p> <p>Безопасность (способность избегать опасности, не навредить другим)</p> <p>Отдых/сон</p> <p>Питание, адекватная еда и питьё</p> <p>Отправления организма:</p> <p> испражнения</p> <p> мочеиспускание</p>	

Показатели повседневной жизнедеятельности	Данные, полученные при обращении
<p>Выбор соответствующей одежды: одевание раздевание</p> <p>Кожа, содержание тела в чистоте, забота о внешности</p> <p>Пульс, давление</p> <p>Постоянная температура тела</p> <p>Общение: слух зрение речь</p> <p>Психологическое и душевное состояние</p> <p>Эмоциональное состояние</p> <p>Общение, выражение эмоций, нужд, страха и мнения</p> <p>Реакция на заболевание, на необходимость пребывания в больнице</p> <p>Средства преодоления боли</p> <p>Эмоциональные потребности</p> <p>Чувство самоуважения и собственного достоинства</p> <p>Чувство внутреннего благополучия</p> <p>Ценностные ориентации, вера в добро и зло, отношение к болезни, религиозные верования</p> <p>Социальное здоровье</p> <p>Жилищные условия</p> <p>Семья, друзья</p> <p>Материальное благополучие, доход</p> <p>Работа</p> <p>Досуг (отдых), интересы</p> <p>Вредные привычки</p> <p>Наличие социальной поддержки</p> <p>Потребность в информации в целях развития и познания</p>	

7.3. ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ПОЛУЧЕННЫХ ДАННЫХ

После первичной оценки состояния пациента и записи полученной информации сестра обобщает её, анализирует и делает определённые выводы, влияющие на план сестринского ухода.

Однако не следует торопиться с выводами, поскольку это может привести к неверной формулировке проблем. Полезно (особенно при отсутствии опыта) обсудить выводы, сделанные сестрой, с коллегами и лечащим врачом.

Таким образом, цель этого этапа сестринского процесса — формулировка существующих (действительных) и потенциальных (вероятных) проблем, возникающих у пациента в связи с его состоянием, в том числе как реакция на болезнь.

7.3.1. Проблемы пациента

Независимо от того, каким автором создана модель сестринского ухода (В. Хендерсон, Д. Орем и др.), проблемы пациента возникают в случае невозможности удовлетворить свои потребности. Другими словами, если потребность удовлетворена — проблемы нет, если не удовлетворена — проблема есть.

Проблемы бывают действительными и потенциальными. Если человек не может справиться с самообслуживанием (например, трудности при одевании, умывании, поддержании безопасности и т.д.), ему необходима помощь — это действительная проблема. В некоторых случаях медицинская сестра может выявить эти проблемы, даже если человек о них не догадывается (например, в беседе с больным с плохим зрением или слухом). Однако иногда пациент не считает возможным сообщать всю информацию о себе, поэтому сестра не догадывается о существующих проблемах.

Потенциальные проблемы может предвидеть как сестра, так и пациент. Например, человек, страдающий ишемической болезнью сердца, предвидит ухудшение, если не изменит диету и физическую нагрузку, но иногда он не знает особенностей этой диеты и адекватной физической нагрузки. Сестра может также предвидеть осложнение заболевания (пролежни, инфицирование) и предпринять определённые меры, обсудив их предварительно с пациентом и/или родственниками, если сам пациент в силу определённых обстоятельств (болезнь, возраст) не может самостоятельно принимать решения.

Источниками возможных проблем пациента могут быть его заболевание, окружающая среда, лекарственная терапия, медицинское учреждение, личные обстоятельства.

Таким образом, с одной стороны, наличие проблемы служит основанием для сестринской помощи, с другой — не все проблемы требуют вмешательства медицинского персонала. Так же как и не все пациенты, страдающие одним и тем же заболеванием или нарушением, сталкиваются с одинаковыми проблемами. Человек часто так адаптируется к своему заболеванию или беспомощности (зависимости), что подобные обстоятельства не ведут к возникновению проблем, а значит, и не требуется сестринская помощь.

Так, например, у человека в результате заболевания не действует правая рука, но он научился выполнять все ежедневные функции и может удовлетворять часть своих потребностей (личную гигиену, одевание и другие функции) левой рукой. В такой ситуации проблем не возникает и нет необходимости в сестринском уходе.

Записывая проблемы пациента в план ухода, их формулируют словами самого пациента, так как это даст возможность больному лучше понять весь план ухода, а сестре — обсудить с ним цель ухода.

Следует понять, что для того чтобы привлечь пациента к осознанному участию в реализации плана ухода, важно предоставить ему наиболее полную информацию как о действительных, так и о потенциальных проблемах и вмешательствах, запланированных для их профилактики.

7.3.2. Определение приоритетности проблем

При обследовании у пациента могут быть выявлены две, три и более проблемы одновременно. В таких случаях медицинская сестра должна установить приоритетность в последовательности их разрешения с учётом степени риска для жизни и здоровья пациента. По приоритетности проблемы классифицируют на первичные, промежуточные и вторичные. К первичным относят проблемы, связанные с повышенным риском и требующие экстренной помощи (например, риск развития пролежней). Промежуточные проблемы не представляют серьёзной опасности и допускают отсрочку сестринского вмешательства (например, в ситуации, связанной с невозможностью осуществлять личную гигиену). Вторичные проблемы не имеют прямого отношения к заболеванию и его прогно-

зу (например, курение пациента, поступившего в стационар для аппендэктомии). Безусловно, в первую очередь должны решаться первичные проблемы пациента. В то же время очередность решения проблем должна быть определена самим пациентом (например, пациент, у которого парализована правая рука, решает, что вначале он будет учиться надевать брюки левой рукой, затем — рубашку, так как застёгивать пуговицы на рубашке значительно труднее, и только после этого учиться самостоятельно бриться). Очевидно, что в случаях угрозы жизни сестра сама должна определить, какую проблему она будет решать в первую очередь.

Первоочередными иногда могут быть и потенциальные проблемы. Например, пожилой пациент истощён, страдает недержанием мочи и/или кала, неподвижен, без сознания. В этом случае потенциальные проблемы (высокий риск развития пролежней, риск инфекции мочевыводящих путей) становятся первичными.

При наличии у пациента нескольких проблем удовлетворить их одновременно часто невозможно. В такой ситуации, разрабатывая план ухода, сестре следует обсудить с пациентом (его семьёй) первоочередность решения проблем.

В стратегии Всемирной организации здравоохранения «Здоровье для всех к 2000 году» и Алма-Атинской декларации 1978 г. настоятельно рекомендуется всем медицинским работникам и сестринскому персоналу «помогать людям свободно выражать свои потребности в целях укрепления здоровья, предоставлять им возможность критически изучить и удовлетворить эти потребности наиболее приемлемым с их точки зрения способом».

В нашей стране, несмотря на перечисленные в «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (статья 30) права пациента, ему отводится лишь пассивная роль в определении того, кто и как за ним будет ухаживать и лечить. Поэтому следует помнить, что сестринский процесс предусматривает «привлечение людей в качестве партнёров при обслуживании самого себя» [42]. Видимо, для нас неизбежны трудности в установлении такого партнёрства, поскольку ни сестринский персонал, ни пациенты не привыкли к такому подходу.

Советы для партнёрства:

- при поступлении пациента или при первом контакте с ним объясните, почему вы добиваетесь его участия в собственном уходе. Узнайте его мнение по этому вопросу;

- используйте документацию сестринского процесса как средство привлечения пациента к этой работе. Позвольте ему записать потребности личного характера, если на то есть желание пациента;
- используя свои навыки общения, стимулируйте желание пациента выразить его взгляды и опасения. Например, проводите сестринскую оценку в форме беседы или диалога, а не просто заполняйте лист с ответами;
- при работе с сестринской документацией постарайтесь создать атмосферу открытости. Тогда пациент почувствует, что имеет право определить и проверить, что решено и записано в отношении его оценки и планируемого ухода;
- ознакомьте пациента с вашей оценкой его состояния и потребностей в уходе. Узнайте, не хочет ли он высказать своё мнение, возразить или предложить какие-либо изменения;
- по мере возможности открыто заполняйте письменную документацию. Например, записывая некоторые личные потребности, прокомментируйте возможную эффективную помощь;
- объясните пациенту, что его документация носит конфиденциальный характер до тех пор, пока сам человек не пожелает ознакомить с ней, скажем, членов семьи;
- тщательно проверяйте ваши совместные планы помощи пациенту, чтобы они не вызвали нежелательного возбуждения, страха или сомнения, что может навредить и осложнить ваше сотрудничество;
- когда человек не имеет возможности или не желает участвовать в этом процессе (например, маленькие дети, или пациенты в бессознательном состоянии, или в сильном замешательстве), план ухода составляет сестра, по мере возможности она фиксирует все возражения пациента, мнение его родственников.

Эти советы были выработаны сестринским персоналом в одном из госпиталей Великобритании, но, на наш взгляд, они подходят и для наших сестёр.

Проблемы, выявленные на этом этапе сестринского процесса, записываются в план ухода.

План сестринского ухода (схема)

ФИО пациента:

Отделение:

№ палаты:

- Дата:
- Проблема пациента:
- Цели (ожидаемый результат):
- Вмешательства (действия сестры):

- Периодичность, кратность, частота оценки;
- Конечная дата достижения цели;
- Итоговая оценка эффективности ухода:

Сестра (подпись):

Врач (подпись):

7.4. ПЛАНИРОВАНИЕ УХОДА

Планирование, как и оценка состояния пациента, напрямую связано с выбранной моделью сестринского дела.

Суть планирования заключается в определении (совместно с пациентом):

- целей (ожидаемый результат) для каждой проблемы;
- характера и объёма сестринского вмешательства, необходимых для достижения поставленных целей;
- продолжительности сестринского вмешательства.

Итак, определяя цели для каждой проблемы, следует учитывать:

- пожелания пациента и/или его семьи;
- возможности и ресурсы сестры (и лечебно-профилактического учреждения);
- профессиональный опыт.

Планирование в рамках сестринского процесса Всемирная организация здравоохранения определяет как «описание желательного физического, психологического и/или социального состояния, его предполагаемый необходимый уровень и тот, к кому это относится» [42].

ЕРБ ВОЗ в работе «Потребности людей в сестринском уходе: европейское исследование» (1989) даёт более конкретное определение планирования: это «документирование конкретных ожидаемых результатов сестринского вмешательства в соответствии с планом сестринского ухода» [42].

7.4.1. Определение целей ухода

Определив цели ухода, сестра совместно с пациентом может определить эффективность их совместных усилий в решении проблем. Для оценки результата сестринского ухода цели должны быть указаны в измеряемых показателях, т.е. записаны как изменение

поведения пациента, его словесная реакция, конкретные наблюдения в динамике состояния, измерение определенных физиологических показателей. Например.

- Проблема: у Н. снижен аппетит из-за высокой температуры тела.
- Ожидаемый результат/цели:
 - ▲ Н. говорит через два дня, что у него хороший аппетит;
 - ▲ через два дня Н. самостоятельно съедает весь суточный рацион;
 - ▲ у Н. не будет снижена масса тела к выписке.

Следует отметить, что сестра не может ставить перед собой цели, находящиеся за пределами её компетенции («у пациента не будет кровохарканья» или «у пациента снизится температура тела»).

Таким образом, цель — то, чего хотят добиться больной и сестра в результате реализации плана по уходу. Цели должны быть ориентированы на пациента и записаны простыми словами, чтобы каждая сестра понимала их однозначно. Цели предусматривают только положительный результат:

- уменьшение или полное исчезновение симптомов, вызывающих страх у пациента или тревогу у сестры;
- улучшение самочувствия;
- расширение возможностей самообслуживания в рамках фундаментальных потребностей;
- изменение отношения к своему здоровью.

Требования к постановке целей:

- реальность и достижимость;
- возможность проверки достижения;
- временные пределы (указание сроков достижения целей).

Различают: *краткосрочные* (рассчитанные на 1–2 нед) и *долгосрочные* (более 2 нед) цели.

В формулировке целей должны быть отражены:

- конкретное действие;
- критерий — дата, время и т.д.;
- условие — с помощью кого или чего будет достигнут результат.

Запомните! Планируя уход за пациентом, выясните, какого результата он хочет добиться.

По мере изменения состояния пациента уровень неудовлетворения его потребностей будет изменяться, а значит, будут изменяться и цели. В такой ситуации необходимо постоянно оценивать достижение ожидаемого результата.

Прежде чем обсуждать цели ухода с пациентом, сестра должна:

- понять, какие требования можно предъявить пациенту;
- оценить его возможности отвечать этим требованиям;
- оценить, может ли пациент выполнять какие-то действия по самообслуживанию;
- оценить, может ли пациент обучаться самообслуживанию и в какой степени.

Например, в отделение поступила Н. 62 лет, с диагнозом остеоартроз правого коленного сустава в стадии обострения. При оценке состояния пациентки сестра выяснила, что Н. не может быстро дойти до туалета (из-за болей), поэтому у неё часто бывает недержание мочи (это и есть проблема). Перед обсуждением с пациенткой ожидаемого результата при решении проблемы сестра делает вывод: во-первых, попытаться убедить Н. ходить до туалета с помощью сестры, во-вторых, она решает, что Н. способна дойти до туалета. После обсуждения этой проблемы с пациенткой сестра запишет следующее:

- Проблема: у Н. недержание мочи, так как она не может быстро дойти до туалета из-за болей в суставе.
- Ожидаемый результат: недержания не будет. Н. сможет ходить в туалет с помощью сестры в любое время.

7.4.2. Определение сестринских вмешательств

Сестринские вмешательства, записанные в план ухода, — перечень действий сестры, направленных на решение проблем конкретного пациента. Если проблема потенциальная, то вмешательство должно быть направлено на предупреждение её перехода в действительную.

В плане по уходу может быть записано несколько возможных вмешательств; это позволяет и сестре, и пациенту чувствовать уверенность, что для решения одной проблемы могут быть предприняты разные действия.

Сестринские вмешательства должны быть:

- основанными на научных принципах;
- конкретными и ясными, чтобы любая сестра могла выполнить то или иное действие;

- реальными в пределах отведённого времени и квалификации сестры;
- направлены на решение конкретной проблемы и достижение поставленной цели.

Способы сестринского вмешательства, так же как и весь этап планирования, зависят от избранной модели. Вмешательство бывает зависимым и независимым. В нашей стране наиболее привычными являются только зависимые вмешательства, т.е. сестра выполняет назначения врача, хотя сестринская деятельность должна быть значительно шире.

«Независимая сестринская деятельность определяется рамками избранной сестринской модели.

Независимые сестринские вмешательства — действия, осуществляемые сестрой по собственной инициативе исходя из собственных соображений без прямого назначения врача. Они осуществляются при:

- оказании помощи пациенту в осуществлении естественных (универсальных, фундаментальных) потребностей;
- наблюдении за реакцией пациента на болезнь, адаптацией его к болезни;
- наблюдении за реакцией пациента на лечение, адаптацией к лечению;
- обучении пациента (его родственников) самоуходу (уходу);
- консультировании пациента относительно его здоровья» [42].

Д. Орем в предлагаемой ею модели чётко сформулировала три системы сестринской помощи.

- Полностью компенсирующая система для:
 - ▲ пациентов, которые не в состоянии осуществлять никаких действий по самообслуживанию и находящихся в бессознательном состоянии;
 - ▲ пациентов, находящихся в сознании, которым не разрешено двигаться или они не могут передвигаться самостоятельно;
 - ▲ пациентов, которые не в состоянии самостоятельно принимать решения и ухаживать за собой, но могут передвигаться и выполнять некоторые действия по самообслуживанию под руководством и наблюдением специалистов.
- Частично компенсирующая система предназначена для пациентов, имеющих различную степень ограничения двигательной активности. От пациента требуются определённые знания и умения, а также готовность выполнять определённые действия.

- Консультативно-поддерживающая система используется пациентами, осуществляющими самообслуживание или обучаемые ему при наличии помощи. Сестра поддерживает, руководит, обучает, создаёт подходящий климат для самообслуживания.

Выбирая те или иные сестринские вмешательства, следует не только перечислить их пациенту, но и объяснить, зачем их надо выполнять. Исследователи сестринского дела показали, что если вмешательство сформулировано общими терминами, оно может быть понято разными сёстрами по-разному. Нельзя записать: «Увеличить приём жидкости». Возникает множество вопросов: «Сколько, когда, какую, как часто, каким образом давать жидкость?» При такой формулировке пациент каждый день будет получать разное количество жидкости и в разное время.

Если же вмешательство определить конкретными терминами, оно будет выполняться чётко. Приведём пример.

В отделение поступила больная А.Н. 78 лет. Полгода назад она перенесла острое нарушение мозгового кровообращения, после которого у неё сохраняется слабость в левой ноге и руке. Общение с А.Н. затруднено, так как она плохо слышит. А.Н. живет в квартире на пятом этаже в доме без лифта. На улицу она не выходит. Продукты приносит социальный работник, иногда соседи. А.Н. плохо помнит ближайшие события, забывает есть и пить.

При оценке состояния А.Н. сестра отмечает, что у пациентки пониженное питание (индекс Кетле 18,1). Кожа, язык, губы сухие. Во рту съёмные протезы сверху и снизу. Одеться и раздеться может самостоятельно. Личную гигиену может осуществлять самостоятельно, но делает это неохотно.

Ходит с трудом из-за общей слабости и неустойчивости левой ноги, поэтому предпочитает больше лежать.

Из выписки, данной участковым врачом поликлиники, известно, что у А.Н. суточный диурез 700 мл, стул нерегулярный — 1 раз в 4–5 дней.

Одной из множества проблем для А.Н. является обезвоживание, о чем свидетельствуют нарушения выделения мочи (всего 700 мл) и кала (стул 1 раз в 4–5 дней).

Сухость кожи, языка и губ также свидетельствуют об обезвоживании.

Представлен фрагмент плана сестринского ухода с примерными формулировками проблем, ожидаемых результатов и сестринских вмешательств (табл. 7-3).

Таблица 7-3. Фрагмент плана сестринского ухода

Дата	Проблема пациента	Ожидаемый результат (цель)	Сестринские вмешательства	Периодичность оценки	Дата достижения цели
16.03.01	Уменьшение количества мочи; редкий стул; сухость губ, языка, слизистой оболочки рта из-за обезвоживания	А.Н. получает необходимое количество жидкости — 3000 мл в день	Предлагать ежедневно: чай, чай с лимоном, воду (не любит кофе) — 1500 мл с 8.00 до 16.00; 1000 мл с 16.00 до 22.00; 500 мл с 22.00 до 8.00	14.00 20.00 7.00	17.03.01
		Губы и язык не будут сухими	Смазывать губы вазелином	Ежедневно после еды	16.03.01
		Количество мочи будет не менее 2000 мл	Записывать количество мочи	Ежедневно при каждом мочеиспускании	16.03.01
		Опорожнение кишечника будет не реже 1 раза в 3 дня	Наблюдать за стулом, давать слабительные (по назначению врача)	Ежедневно	20.03.01
	Риск инфекции полости рта	Инфекции не будет	1% раствор йода за протезы (помощь сестринского персонала)	Ежедневно на ночь	
			Полоскание полости рта (самостоятельно)	Ежедневно после еды	
			Осмотр полости рта	Ежедневно утром	

7.5. ВЫПОЛНЕНИЕ (РЕАЛИЗАЦИЯ) ПЛАНА СЕСТРИНСКОГО УХОДА

Выполнение (реализация) плана сестринского ухода — четвёртый этап сестринского процесса, хотя все этапы, дополняя друг друга, не могут существовать отдельно. Например, этап планирования невозможен без этапа реализации: но в первом случае вмешательства только записаны в план по уходу, во втором они выполняются, затем записываются.

Этап реализации определяется Всемирной организацией здравоохранения как «...выполнение действий, направленных на достижение специфических целей. Они (действия) включают в себя то, что сестры делают для человека, вместе с ним и в интересах его здоровья для достижения целей оказания помощи... включая... документальное изложение информации о выполнении специфических сестринских действий в плане сестринской помощи» [42].

При выполнении плана нужно обратить внимание на следующие моменты:

- как передаётся информация о необходимых сестринских вмешательствах;
- как их выполняют;
- как координируются все вопросы ухода;
- как распределена ответственность и отчётность в сестринском уходе.

При реализации сестринских вмешательств необходимо координировать действия сестры с действиями других медицинских работников, пациента и его родственников, учитывая их планы и возможности.

Сестра чаще других работает с пациентом, выполняя как зависимые, так и независимые вмешательства, поэтому именно ей следует предоставить роль координатора действий с другими сотрудниками.

Пример:

- Врач разрешил пациенту садиться только три раза в день на непродолжительное время. Лучше, если сестра и пациент совместно решат, что это время надо совместить с завтраком, обедом и ужином. Это будет правильное решение — пациент сможет самостоятельно принимать пищу, находясь в положении сидя.

Этот пример наглядно демонстрирует партнёрство (сестра—пациент) в принятии решений. И, как правило, человек адекватно реагирует на активное вовлечение его в процесс ухода.

Запомните! Все сестринские вмешательства, выполняемые на этапе реализации, записываются в протоколе к плану ухода с указанием времени, самого действия и, если это необходимо, реакции пациента на сестринское вмешательство.

Запомните! Возможность пациента (или его семьи) принимать участие в процессе ухода — главный компонент модели сестринского ухода, предложенной В. Хендерсон.

7.6. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УХОДА

Цель этапа — оценка реакции пациента на сестринские вмешательства, анализ качества предоставленной помощи и оценка полученных результатов.

Текущая оценка эффективности и качества сестринского ухода (пятый этап сестринского процесса) производится сестрой постоянно. Для осуществления итоговой оценки сестре потребуются те же навыки, что и при первичной оценке состояния пациента.

По определению Всемирной организации здравоохранения, итоговая оценка заключается в «...исследовании и принятии решений с точки зрения определённых критериев, имеющих отношение к поставленной цели».

С помощью итоговой оценки осуществляется обратная связь, которая может использоваться для определения других потребностей человека. Цель итоговой оценки — определить результат, т.е. состояние пациента, достигнутое в результате сестринского вмешательства» [42].

При оценке медицинская сестра выполняет несколько функций:

- определяет прогресс в достижении цели;
- анализирует, достигнуты ли поставленные цели и соответствует ли полученный результат ожидаемому;
- оценивает эффективность сестринского вмешательства при решении конкретной проблемы пациента;
- дает информацию для переоценки потребностей пациента и нового планирования ухода (в том случае, если цель не была достигнута).

7.6.1. Определение достижения поставленных целей

Определить эффективность сестринского ухода можно, прежде всего установив, достигнуты ли поставленные совместно с пациентом цели. Это будет возможно, если они измеряемы и реальны. Цели должны быть записаны в виде поведенческих и словесных реакций пациента, оценки сестрой тех или иных физиологических параметров.

Время или дата проведения оценки должны быть указаны для каждой выявленной проблемы. Например, при оценке действия снотворного препарата оценка может проводиться через короткий промежуток времени, при обучении ребенка с нарушением познавательных способностей навыкам самообслуживания (одеваться,

раздеваться, умываться, есть, пить и т.д.) — через продолжительное время, при риске образования пролежней — ежедневно.

При этом очень важно, что сестра совместно с пациентом прогнозирует, когда они смогут достигнуть ожидаемого результата и провести его оценку (табл. 7-4).

Таблица 7-4. Фрагмент листа оценки состояния больного

Дата	Проблема пациента	Ожидаемый результат (цель)	Сестринские вмешательства	Периодичность, оценки	Дата достижения цели	Итоговая оценка
30.03.01	Пролежень II степени 3х2 см в области крестца в связи с неподвижностью	Пролежень уменьшается за 2 дня с последующим уменьшением в течение 4 дней	Профилактика в соответствии с Общесоюзным стандартом «Протокол ведения больных. Пролежни»	Ежедневно в течение 20 дней при смене повязок	02.04.01	На крестце зажил, однако поверхность кожи остаётся очень нежной
		Исчезновение пролежня через 14 дней	Лечение в соответствии с Общесоюзным стандартом «Протокол ведения больных. Пролежни»		20.04.01	

«Сама по себе оценка — это написанное сестрой заключение о реакции пациента на сестринский уход (объективная оценка) и мнение пациента о достижении цели (субъективная оценка). Эти оценки могут не совпадать, тогда предпочтение должно быть отдано оценке самого пациента»[42].

В результатах оценки можно отметить достижение цели, отсутствие ожидаемого результата или ухудшение состояния пациента, несмотря на проводимые сестринские вмешательства. Если поставленная цель достигнута, делается чёткая запись в плане ухода: «Цель достигнута». В том случае, если цель не достигнута или достигнута не полностью, в графу «Итоговая оценка» следует записать как словесную, так и поведенческую реакцию пациента (например, «По-прежнему съедает только 50% суточного рациона»).

В некоторых случаях сёстры делают запись «Прекращено» рядом с записью соответствующего вмешательства или перечёркивают решённую проблему. В любом случае записи уже решённых проблем пациента не исключаются из плана.

На наш взгляд, наиболее удобный для работы вариант регистрации — располагать записи о целях и вмешательствах на одной стороне листа, а о реализации — на обороте этого листа. Такая запись может выглядеть следующим образом.

- Потребность:
- Отделение:
- Палата:
- ФИО пациента:
- Дата:
- Проблема:
- Цели:
- Вмешательства:
- Периодичность оценки:

Это позволит передать из плана в «архив» листы с проблемами, решёнными в процессе ухода. «Архивом» может служить «карман» (разделитель файлов) в конце пакета документов. Если в процессе ухода вновь появляется ранее решённая проблема, листы из «архива» возвращаются в план.

7.6.2. Определение эффективности сестринского вмешательства

При оценке ухода важно учитывать мнение пациента об оказываемой ему помощи, о выполнении плана и об эффективности сестринских вмешательств.

В идеальном случае итоговую оценку должна осуществлять сестра, проводившая первичную оценку состояния пациента. Сестра должна отметить любые побочные действия и неожиданные результаты при выполнении плановых сестринских вмешательств.

В том случае, если цель достигнута, следует уточнить, произошло это в результате планового сестринского вмешательства или здесь оказал влияние какой-либо другой фактор.

На оборотной стороне листа плана ухода для решения конкретной проблемы записывается текущая и итоговая оценка результатов сестринского вмешательства.

- Дата/время:
- Оценка (текущая и итоговая) и комментарии:
- Подпись:

Определяя эффективность сестринского вмешательства, следует обсудить с пациентом его собственный вклад, а также вклад членов его семьи в достижение поставленной цели.

7.6.3. Переоценка проблем пациента и новое планирование ухода

План по уходу целесообразен и даёт положительный результат только в том случае, если он подвергается коррекции и пересматривается каждый раз, когда в этом есть необходимость.

Это особенно актуально при уходе за тяжелобольными, так как их состояние быстро изменяется.

Основания для изменения плана:

- цель достигнута и проблема снята;
- цель не достигнута;
- цель достигнута не полностью;
- возникла новая проблема и/или прежняя проблема перестала быть столь актуальной в связи с возникновением новой проблемы.

Сестра, проводя текущую оценку эффективности сестринских вмешательств, должна постоянно задавать себе следующие вопросы:

- имеется ли у меня вся необходимая информация;
- правильно ли я определила приоритетность действующих и потенциальных проблем;
- может ли быть достигнут ожидаемый результат;
- правильно ли выбраны вмешательства для достижения поставленной цели;
- обеспечивает ли уход положительные изменения в состоянии пациента.

Таким образом, итоговая оценка — последний этап сестринского процесса. Она так же важна, как и все предыдущие этапы. Критическая оценка письменного плана по уходу гарантирует повышение качества стандартов по уходу и более чёткое их выполнение.

Запомните! При ведении документации сестринского процесса необходимо:

- документировать все сестринские вмешательства в самые короткие сроки после их выполнения;
- записывать жизненно важные вмешательства незамедлительно;
- соблюдать правила ведения документации, принятые данным лечебно-профилактическим учреждением;

- всегда записывать любые отклонения от нормы состояния пациента;
- расписываться чётко в каждой указанной для подписи графе;
- документировать факты, а не собственное мнение;
- не использовать «туманные» термины;
- быть точным, описывать кратко;
- ежедневно сосредоточиваться на 1–2 проблемах или важных событиях дня, чтобы описать, чем отличается ситуация на данный день;
- записывать фактически неточное соблюдение пациентом предписаний врача или отказ от них;
- при заполнении документации записать оценку, проблему, цель, вмешательства, оценку результатов ухода;
- не оставлять свободные графы в документации;
- записывать только выполненные сестрой вмешательства.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АДАПТИРОВАННОЙ АВТОРАМИ МОДЕЛИ УХОДА В. ХЕНДЕРСОН

Прочитав эту главу, Вы узнаете:

- о проведении первичной сестринской оценки состояния пациента по каждой из 10 фундаментальных потребностей;
- о проблемах жизнеобеспечения в терминологии фундаментальных потребностей;
- о планировании сестринского ухода (цели, вмешательства и периодичность оценки);
- о текущей и итоговой оценке результатов сестринского ухода.

Понятия и термины:

- *Альцгеймера болезнь* — слабоумие в результате возрастных изменений головного мозга;
- *аналгезия* — потеря болевого чувства;
- *аутизм* (от греч. *autos* — сам) — психическое состояние рефлексии, отчуждённости от коллектива;
- *аутизм (ранний детский)* — синдром, характеризующийся нарушением социальных взаимоотношений, расстройством речи и понимания, неравномерностью интеллектуального развития;
- *афазия* — расстройство (полное или частичное) речи вследствие поражения головного мозга;
- *гемиплегия* — односторонний паралич мышц;
- *дефекация* — опорожнение кишечника;

- **инсульт** — внезапное нарушение мозговой деятельности из-за недостаточности мозгового кровообращения;
- **кахексия** — истощение;
- **контрактура** (от лат. *contractura* — стягивание, сокращение) — нарушение подвижности;
- **метаболизм** — обмен веществ;
- **ОСТ** — отраслевой стандарт;
- **паралегия** — паралич обеих (нижних или верхних) конечностей;
- **парез** — неполный паралич;
- **пикфлоуметрия** — определение пиковой скорости выдоха;
- **постуральный дренаж** — положение тела, способствующее улучшению отхождения мокроты;
- **синдром ночного апноэ** — кратковременная остановка дыхания во сне;
- **тетраплегия** — паралич верхних и нижних конечностей;
- **тремор** — непроизвольно возникающее дрожание;
- **эйфория** — повышенное, радостное настроение;
- **электроэнцефалография (ЭЭГ)** — запись электрических импульсов коры головного мозга.

Сестринский процесс, разработанный Сестринской школой Йельского университета в 1960-е годы, базируется на системном подходе к оказанию медсестринской помощи, направленной на обеспечение потребностей пациента.

В. Хендерсон, наиболее известная исследовательница сестринского дела того времени, указывала, что люди, как здоровые, так и больные, имеют определённые жизненные потребности. В список жизненно важных потребностей она включила пищу, жильё, любовь и признание окружающих, востребованность, чувство принадлежности к сообществу людей и независимость от них. Она детально разработала положение об основных действиях медицинской сестры по удовлетворению потребностей пациента и предложила список мероприятий, которые, по её мнению, охватывают наиболее важные направления деятельности медицинской сестры по отношению к пациенту:

- обеспечение нормального дыхания;
- обеспечение нормального питания и питья;
- обеспечение удаления из организма продуктов жизнедеятельности;

- помощь в поддержании правильного положения тела, перемене положения;
- обеспечение сна и отдыха;
- помощь в подборе необходимой одежды и её надевании;
- помощь в поддержании нормальной температуры тела;
- помощь в поддержании чистоты тела и защите кожи;
- помощь в предупреждении всевозможных опасностей извне и наблюдение за тем, чтобы пациент не нанёс вреда другим;
- помощь в поддержании контактов с другими людьми, выражении своих желаний и чувств;
- содействие отправлению религиозных обрядов пациентом;
- помощь в поиске возможности заниматься каким-либо делом;
- содействие развлечениям пациента;
- содействие обучению пациента.

Каждый из перечисленных пунктов В. Хендерсон иллюстрировала различными примерами. В одних случаях медицинская сестра действует по собственной инициативе, в других выполняет предписания врача [33].

В модели В. Хендерсон в большей степени учитываются физиологические нужды человека, в меньшей — психологические, духовные и социальные потребности.

Адаптируя к современным российским условиям модель, предложенную В. Хендерсон в книге «Основные принципы деятельности по уходу за пациентами», авторы данного учебного пособия несколько изменили перечень фундаментальных потребностей человека, сократив и объединив некоторые из них. Это обусловлено уровнем развития сегодняшнего сестринского дела и сестринского образования в РФ, реформа которого началась недавно, а также современным запросом населения в той или иной (новой по содержанию) сестринской помощи.

Так, например, в обязанности медицинской сестры входит помощь пациентам и их родственникам в отправлении религиозных обрядов в соответствии с их вероисповеданием. Для этого медицинской сестре нужны знания в области обычаев и обрядов различных конфессий. Понимание и уважение чувств человека, исповедующего ту или иную религию, помогут медицинской сестре завоевать доверие пациента и членов его семьи, а значит, сделать сестринскую помощь более эффективной.

Человек должен быть уверен, что и при его жизни, и в случае его смерти медицинская сестра будет осуществлять уход, учитывая существующие религиозные обряды и обычаи.

Потребность человека в «удовлетворении своей любознательности» (14-я потребность по В. Хендерсон) не выделена авторами в качестве самостоятельной потребности, однако вопросы, связанные с мотивацией и обучением пациента здоровому образу жизни, рассматриваются в рамках 10 потребностей (а также в главе 10):

- нормальное дыхание;
- адекватное питание и питьё;
- физиологические отправления;
- движение;
- сон;
- одежда: способность одеваться, раздеваться, выбирать одежду;
- личная гигиена;
- поддержание нормальной температуры тела;
- поддержание безопасной окружающей среды;
- общение;
- труд и отдых.

8.1. ПОТРЕБНОСТЬ В НОРМАЛЬНОМ ДЫХАНИИ

8.1.1. Первичная оценка

Факторами риска нарушения функции дыхания являются хроническая обструктивная болезнь лёгких, трахеостомия, назогастральный зонд, рвота, травмы или операции на шее, лице, в полости рта и т.п.

Для оценки удовлетворения потребности в нормальном дыхании (обеспечение достаточным количеством кислорода) медицинская сестра должна уметь провести как субъективное (расспрос), так и объективное (осмотр) обследование пациента.

Наиболее часто встречающимися признаками, свидетельствующими о недостаточном обеспечении организма человека кислородом, являются одышка, кашель, кровохарканье, боль в груди, тахикардия.

Одышка — субъективное ощущение затруднения дыхания. Пациент, как правило, говорит, что ему не хватает воздуха, нечем дышать. Признаками одышки являются учащение дыхания, изменение его глубины (поверхностное или, наоборот, более глубокое) и

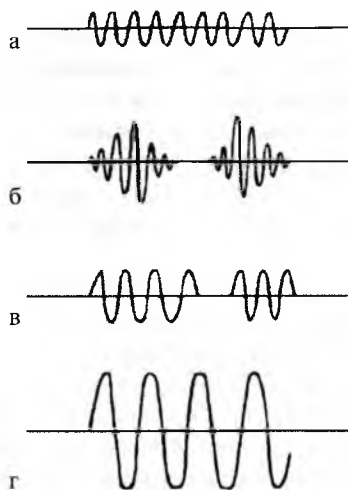


Рис. 8-1. Патологические типы дыхания.

а — нормальное дыхание; б — дыхание Чейна—Стокса; в — дыхание Биота; г — дыхание Куссмауля

ритма. Следует обязательно уточнить, при каких обстоятельствах появляется одышка. Одышка может быть физиологической, если она появляется после физической нагрузки или в стрессовой ситуации, и патологической (при заболеваниях органов дыхания, кровообращения, головного мозга, крови и др.).

В некоторых случаях медицинская сестра может выявить патологическое нарушение ритма и глубины дыхания, которое наблюдается при заболеваниях головного мозга и его оболочек (кровоизлияние в мозг, опухоль и травма мозга, менингит и др.), а также при тяжёлых интоксикациях (уремическая, диабетическая кома и др.).

В зависимости от изменения глубины дыхания может увеличиваться или уменьшаться дыхательный объём лёгких, дыхание может быть поверхностным или глубоким. Поверхностное дыхание часто сочетается с патологическим учащением дыхания, при котором вдох и выдох становятся короче. Глубокое дыхание, наоборот, в большинстве случаев связано с патологическим урежением дыхания. Иногда глубокое дыхание с большими дыхательными движениями сопровождается громким шумом — большое дыхание Куссмауля (рис. 8-1), характерное для глубокой комы (длительной потери сознания).

При отдельных видах одышки может нарушаться ритм дыхательных движений. Нарушение функции дыхательного центра вызывает такой вид одышки, при которой через определённое число дыхательных движений наступает заметное на глаз (от нескольких секунд до минуты) удлинение дыхательной паузы или кратковременная задержка дыхания (апноэ). Такое дыхание называется периодическим. Известно два вида одышки с периодическим дыханием.

Дыхание Биота характеризуется ритмичными движениями, которые чередуются через равные отрезки времени с продолжительными (до 30 с) дыхательными паузами.

Дыхание Чейна—Стокса отличается тем, что после продолжительной дыхательной паузы (апноэ) сначала появляется бесшумное поверхностное дыхание, которое быстро нарастает по глубине, становится шумным и достигает максимума на 5–7-м вдохе, а затем в той же последовательности убывает до очередной кратковременной паузы. Пациенты во время паузы иногда плохо ориентируются в окружающей обстановке или полностью теряют сознание, которое восстанавливается при возобновлении дыхательных движений.

Кашель — защитно-рефлекторный акт, направленный на выведение из бронхов и верхних дыхательных путей мокроты и инородных тел. Кашлевой толчок — фиксированный звучный выдох.

Кашель может быть сухим (без выделения мокроты) и влажным (с выделением мокроты). Мокрота может различаться по *консистенции* (густая, жидкая, пенистая), *цвету* (прозрачная, жёлто-зелёная, с кровью) и *запаху* (без запаха, зловонная, гнилостная).

Следует знать, что эффективность кашля зависит от нескольких факторов: вязкости мокроты, смыкания голосовой щели, способности пациента сделать глубокий вдох и напрячь вспомогательные дыхательные мышцы для получения в дыхательных путях высокого давления.

При повреждении нервных центров, мышечной слабости, парезе кишечника, болевом синдроме, наличии интубационной трубки или трахеостомы, а также несмыкании голосовых связок очистка лёгких с помощью кашля невозможна.

Кровохарканье — выделение крови или мокроты с кровью во время кашля.

Боли в грудной клетке возникают обычно при вовлечении в патологический процесс листков плевры.

Следует уточнить у пациента:

- локализацию боли;
- интенсивность и характер боли;
- причину усиления или уменьшения (например, он лежит на больном боку или прижимает больной бок рукой) боли.

Признаками любой (по локализации) боли могут быть:

- голосовые реакции (тихие или громкие стоны, плач, крик, изменение дыхания);
- выражение лица (grimаса боли, стиснутые зубы, наморщенный лоб, крепко зажмуренные или широко раскрытые глаза, стиснутые зубы или широко раскрытый рот, прикусывание губ и т.д.);
- телодвижения (беспокойство, неподвижность, напряжение мышц, непрерывное покачивание вперёд-назад, почёсывание, движения с целью защитить болезненную часть тела и т.д.);
- снижение социальных взаимодействий (избегание разговоров и социальных контактов, осуществление только тех форм активности, которые облегчают боль, сужение круга интересов).

Курение, особенно в течение продолжительного времени и большого количества сигарет, вызывает хроническую обструктивную болезнь лёгких и рак лёгких. Эти заболевания приводят к нарушению обеспечения организма кислородом, т.е. нарушают удовлетворение потребности в нормальном дыхании. Подобное действие может оказывать неблагоприятная окружающая среда (загазованность, запылённость, табачный дым и т.д.).

Оценивая состояние пациента, необходимо обратить внимание на его положение (например, вынужденное положение сидя — ортопноэ, вынужденное положение на больном боку, высокое положение Фаулера), цвет кожных покровов и слизистых оболочек (цианоз, бледность).

Оценивая потребность в нормальном дыхании, необходимо определить частоту, глубину и ритм дыхательных движений, а также исследовать пульс. В норме дыхательные движения ритмичны. Частота дыхательных движений у взрослого человека в покое составляет 16–20 в 1 минуту, причём у женщин на 2–4 больше, чем у мужчин. В положении лёжа число дыхательных движений обычно уменьшается (до 14–16 в 1 минуту), а в вертикальном положении увеличивается (18–20 в 1 минуту). Поверхностное дыхание обычно наблюдается в покое, а при физическом или эмоциональном напряжении оно более глубокое.

Следует помнить, что в тех случаях, когда потребность в дыхании не удовлетворена вследствие какого-либо острого заболевания и острой дыхательной недостаточности (ОДН), при оценке состояния пациента можно выявить ряд характерных признаков. Одним из них является *тахипноэ* (учащение дыхания) до 24 в 1 минуту и более. Изменяется поведение человека: появляется беспокойство, иногда эйфория, многословие, возбуждение. Многословие вызвано страхом смерти.

Говорить на фоне учащения дыхания всегда очень трудно. При высокой степени ОДН человек постепенно утрачивает сознание и впадает в кому.

Изменяется и цвет кожных покровов. Чаще всего развивается *цианоз*, но ещё более опасной является серая бледность, так называемый землистый цвет холодной, покрытой липким потом кожи. ОДН сопровождается учащением пульса (*тахикардия*), иногда пульс становится частым и неаритмичным (*тахиааритмия*) или редким (*брадикардия*). Артериальное давление вначале повышается (*гипертензия*), затем понижается (*гипотензия*).

**Пациент с ОДН нуждается в экстренной помощи
всех членов медицинской бригады**

8.1.2. Проблемы пациента

На основании данных, полученных при оценке состояния пациента, формулируются те или иные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребности в нормальном дыхании.

Проблемы пациента могут быть связаны с такими причинами, как:

- 1 ● незнание, неумение, нежелание или невозможность занять положение, уменьшающее одышку и боль;
- 2 ● нежелание регулярно выполнять дыхательные упражнения;
- 3 ● неумение использовать плевательницу;
- 4 ● неумение использовать ингалятор;
- 5 ● риск инфекции дыхательных путей из-за неадекватных мер ухода за полостью рта, дыхательной аппаратурой и т.п.;
- 6 ● снижение физической активности (из-за одышки или боли);
- 7 ● страх смерти от удушья;
- 8 ● необходимость отказа от курения;
- 9 ● снижение аппетита из-за мокроты с неприятным запахом;
- 10 ● непонимание важности регулярного приёма назначенных врачом лекарственных средств и др.

8.1.3. Цели сестринского ухода

Обсуждая совместно с пациентом план предстоящего ухода (при выявлении неудовлетворения потребности в нормальном дыхании), следует предусмотреть достижение пациентом одной или нескольких целей:

- 1 ● пациент будет знать и сможет занять положение, облегчающее дыхание;
- 2 ● у пациента восстановится (сохранится) физическая активность, необходимая для самообслуживания;
- 3 ● пациент сможет самостоятельно пользоваться ингалятором (плевательницей);
- 4 ● пациент будет принимать лекарственные средства в соответствии с назначениями врача;
- 5 ● пациент бросит курить (уменьшит количество выкуриваемых в день сигарет);
- 6 ● пациент будет знать приёмы самопомощи при приступе удушья;
- 7 ● пациент сумеет принять меры, уменьшающие дискомфорт, связанный с откашливанием мокроты;
- 8 ● пациент будет выполнять всю программу лечения;
- 9 ● пациент будет осуществлять профилактику инфекции дыхательных путей и др.

8.1.4. Сестринской уход

Положение пациента в постели с приподнятым изголовьем кровати или использование двух-трёх подушек позволит значительно улучшить дыхание.

Различные виды дренирующего положения улучшают выделение мокроты, а значит, способствуют выздоровлению. Постуральный дренаж будет эффективным (стимулирующим естественное отхождение мокроты) только в случае долгого пребывания пациента в заданном положении. Такой дренаж назначается врачом, а выполняется под наблюдением и при помощи медицинской сестры.

Есть несколько поз для опорожнения различных сегментов лёгких.

На рис. 8-2 изображены различные положения тела при постуральном дренировании лёгких в зависимости от локализации патологического процесса. Следует сказать, что постуральный дренаж наиболее эффективен в сочетании с другими методами стимуляции

Таблица 8-1. Положение тела при постуральном дренировании лёгких

Доли и сегменты лёгкого	Положение тела
Верхние доли лёгких Верхушечный, передний сегмент	Лёжа на спине без подушки, валик под коленными суставами
Задний сегмент	Сидя, наклонившись вперёд, валик у живота
Средние доли лёгких (справа — латеральный и медиальный, слева — верхне- и нижнеязычковый сегменты)	Лёжа на здоровом боку, голова опущена (30°), поражённая сторона слегка отклонена назад (20°), колени согнуты
Нижние доли лёгких Верхний сегмент	Лёжа на животе, подушка под тазом
Переднебазальный сегмент	Лёжа на спине, голова опущена (30°), колени согнуты
Наружнобоковой базальный сегмент	Лёжа на животе, голова опущена, поражённая сторона слегка приподнята, бедра на валике
Заднебазальный сегмент	Лёжа на животе, голова опущена, под бёдрами валик

естественного отхождения и искусственного удаления мокроты. При этом необходимо учитывать, что некоторые из них, например вибрационный массаж, в период пребывания пациента в дренирующем положении значительно улучшают отхождение мокроты.

Обучение пациента технике кашля даст ему возможность наиболее эффективно выводить мокроту. Один из способов:

- сделать медленный глубокий вдох;
- задержать дыхание на 2 с;
- открыть рот и откашляться во время выдоха.

Обучение определённым дыхательным приёмам также направлено на улучшение удовлетворения потребности пациента в нормальном дыхании.

Один из этих приёмов заключается в том, что пациент выдыхает через сложенные трубочкой губы, при этом выдох удлиняется. При такой технике дыхания пациенты легче откашливают мокроту, т.е. кашель становится более продуктивным.

По назначению врача медицинская сестра проводит оксигенотерапию (лечение кислородом). Кислород необходим для жизни,

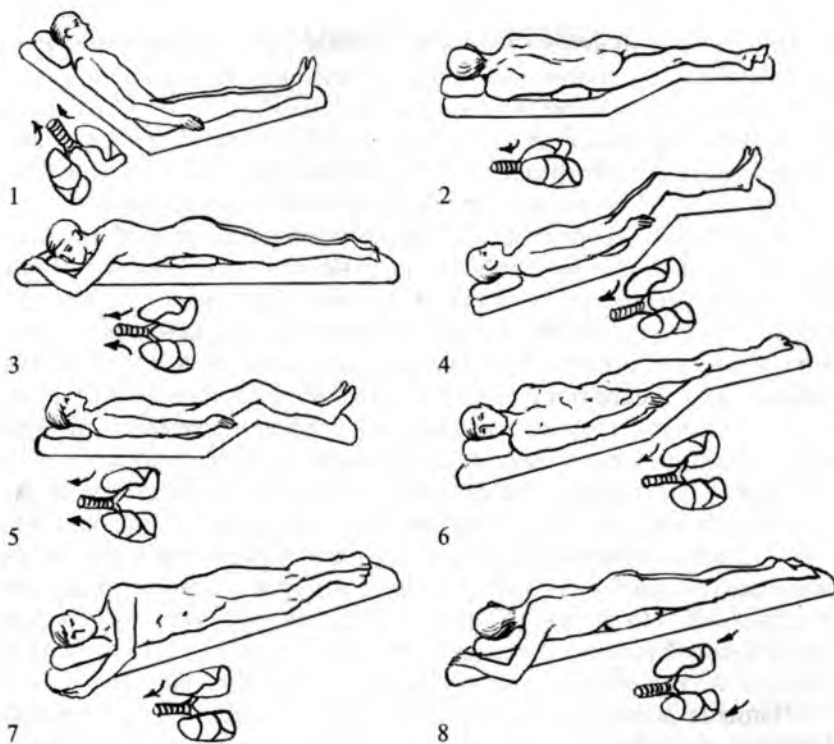


Рис. 8-2. Дренирующие положения тела в зависимости от локализации патологического процесса.

1 — верхушечные сегменты верхних долей; 2 — верхние сегменты нижних долей; 3 — передние сегменты верхних долей; 4 — боковые базальные сегменты нижних долей; 5 — задние сегменты верхних долей; 6 — передне-базальные сегменты нижних долей; 7 — язычковые сегменты; 8 — заднебазальные сегменты нижних долей

поэтому при дыхательной недостаточности он используется как лекарство с целью заместительной терапии.

Как любое лекарство, принятое в избыточной дозе, кислород может стать ядом. Концентрацию, скорость и продолжительность оксигенотерапии определяет врач.

Одним из наиболее распространённых методов оксигенотерапии является ингаляция кислорода. Независимо от вида используемого ингалятора и метода ингаляции необходимо обязательно увлажнять вдыхаемые кислородные смеси, а в некоторых случаях желательнее ещё и согреть их (при осуществлении оксигенотерапии через интубационную или трахеостомическую трубку).

Наиболее комфортным для пациента является способ ингаляции через носовую вилкообразную канюлю, поскольку в данном случае пациент имеет возможность говорить, кашлять, пить и есть. Следует помнить, что без специальных методов увлажнения у пациента может возникнуть выраженная сухость носовой полости. Лицевая маска обеспечивает лучшее увлажнение дыхательной смеси, но создаёт значительный дискомфорт и требует перерыва оксигенотерапии для удаления мокроты, приёма пищи и разговора.

Дискомфорт, создаваемый лицевой маской, проявляется выраженной отрыжкой, поскольку пациент заглатывает дыхательную смесь. Рвота, возникающая во время оксигенотерапии через лицевую маску, является грозным осложнением, так как может привести к асфиксии. По-прежнему используется способ оксигенотерапии через носовой катетер, имеющий те же преимущества, что и носовая канюля, но создающий определённый дискомфорт пациенту.

Пациент должен чётко представлять себе цели лекарственной терапии, которую медицинская сестра осуществляет по назначению врача. Часть сестринских вмешательств направлена на обучение пациента с нарушениями дыхания особенностям поведения при конкретных заболеваниях. Так, например, при бронхиальной астме медицинская сестра обучает пациента пикфлоуметрии, ведению дневника самоконтроля, мерам, с помощью которых можно уменьшить количество факторов риска в окружении пациента.

Риск инфекции нижних дыхательных путей можно снизить с помощью адекватного ухода за полостью рта, назогастрального зонда, трахеостомической трубки, дыхательной аппаратуры.

8.1.5. Оценка результатов сестринского ухода

Во время реализации плана ухода медсестра осуществляет текущую и итоговую оценку эффективности сестринского вмешательства.

Если вмешательства, направленные на расширение возможностей пациента удовлетворить потребность в нормальном дыхании, оказались недостаточны и неэффективны, следует изменить характер вмешательств, согласовав их с лечащим врачом.

8.2. ПОТРЕБНОСТЬ В АДЕКВАТНОМ ПИТАНИИ И ПИТЬЕ

8.2.1. Первичная оценка

Для оценки адекватности питания пациента и потребления им жидкости следует знать такие показатели, как возраст, рост и массу тела (обычную и в момент обследования).

Необходимо помнить, что пониженной считается масса тела, на 10–20% меньше идеальной для человека данного возраста, роста и конституции. В некоторых случаях масса тела может быть снижена на 20% и более, вплоть до кахексии. Избыточной считается масса тела, превышающая на 10% идеальную для человека данного телосложения. Если масса тела превышает идеальную на 20% и более, человек считается тучным.

Идеальную массу тела определяют по специальным таблицам, учитывающим пол, возраст и рост человека. Наиболее точно и просто можно определить идеальную массу тела по индексу Кетле (см. главу 10). Если пациент не может точно назвать массу своего тела, следует определить её.

Нужно выяснить у пациента, пользуется ли он зубными протезами. Большое значение для удовлетворения потребности в питании и питье является возможность пациента самостоятельно принимать пищу и пить жидкость, а также возможность обеспечивать себя разнообразной пищей в достаточном количестве. Часто в результате обследования выясняется, что, несмотря на возможность самостоятельно принимать пищу и жидкость, и обеспечивать себя ими, человек питается плохо, нерационально и однообразно в силу привычек, жизненных обстоятельств, дефицита знаний.

Для оказания адекватной помощи пациенту необходимо также получить информацию о его аппетите (хороший, повышен, понижен, отсутствует), любимых и нелюбимых блюдах, особой диете, которую человек соблюдает по причине того или иного заболевания.

В некоторых случаях потребность в питании не удовлетворяется из-за боли, появляющейся вследствие приёма пищи, тошноты, рвоты, а также стойкого неприятного запаха изо рта. Неудовлетворённость потребности в питании может быть обусловлена и неадекватной физической нагрузкой, как чрезмерной, так и ограниченной.

Потребность в приёме достаточного количества жидкости может нарушаться из-за невозможности самостоятельного посещения туалета и вынужденной зависимости от других людей, в том числе от

сестринского персонала. Неудовлетворённость потребности пациента в жидкости проявляется признаками обезвоживания (сухость кожи, слизистых оболочек, запор и др.).

8.2.2. Проблемы пациента

На основании данных обследования пациента при его непосредственном участии формулируются проблемы, которые могут быть связаны со следующими причинами:

- незнанием принципов рационального адекватного диетического питания;
- отсутствием мотивации для соблюдения принципов питания;
- неадекватным питанием либо приёмом жидкости вследствие того или иного заболевания;
- невозможностью самостоятельного приёма пищи, жидкости;
- страхом перед возможным недержанием кала, мочи;
- неудобствами, связанными с использованием судна, мочеприёмника;
- предложением невкусных, нелюбимых блюд;
- злоупотреблением диетой, слабительными или клизмами;
- невозможностью употреблять достаточное количество жидкости;
- пролежнями (или риском их развития) и др.

8.2.3. Цели сестринского ухода

Обсуждая совместно с пациентом цели предстоящего ухода, предусматривают достижение одной или нескольких целей:

- пациент знает принципы рационального адекватного питания;
- пациент понимает необходимость рационального адекватного диетического питания;
- пациент получает адекватное количество пищи и жидкости (самостоятельно либо с помощью сестринского персонала и родственников);
- пациент выпивает в день не менее 2 л жидкости;
- пациент получает адекватную помощь и не испытывает страха в связи с возможным недержанием кала или мочи;
- продолжительность диеты (приёма слабительных, частоты использования клизм) определяется врачом;

- водный баланс у пациента не нарушен;
- признаков обезвоживания не наблюдается;
- пациент получает 120 г белка и 1000 мг аскорбиновой кислоты в сутки (цель ставится при реализации плана профилактики и лечения пролежней);
- масса тела пациента не отличается от идеальной более чем на 10%;
- физическая нагрузка пациента адекватна потребляемой пище;
- пациент съедает весь суточный рацион;
- пациент считает, что у него хороший аппетит, и др.

8.2.4. Сестринский уход

Сестринские вмешательства, направленные на удовлетворение потребностей пациента в адекватном питании и приёме жидкости, должны заключаться в следующем.

Во-первых, важно обучить пациента и его родственников принципам рационального адекватного диетического питания. В некоторых случаях к этому процессу необходимо привлекать врача-диетолога.

Во-вторых, сестринские вмешательства должны быть направлены на повышение аппетита пациента в тех случаях, когда его масса тела ниже идеальной. Важным моментом для повышения аппетита является создание благоприятной обстановки во время еды. Общеизвестно, что, получая удовольствие во время еды, можно съесть больше. Для этого:

- в помещении должно быть чисто, светло;
- человек должен принимать пищу в определённое время;
- нужно дать возможность пациенту вымыть руки и удобно сесть (если пациент принимает пищу в постели, следует помочь ему занять высокое положение Фаулера);
- горячая пища должна быть горячей, холодная — холодной;
- компоненты протёртой пищи не перемешивать (например, протёртое мясо и картофельное пюре должны быть на тарелке разделены), в некоторых случаях протёртой пище можно придавать полужидкую консистенцию (следует посоветоваться с врачом-диетологом или диетсестрой, чем можно разбавить блюдо).

Оказывая помощь во время приёма пищи или питья, необходимо предугадать, в чём нуждается пациент. Иногда достаточно от-

крыть пакет молока, поддержать за локоть человека с трясущимися или слабыми руками, нарезать кусок мяса и т.д.

Если тяжелобольной не может самостоятельно употреблять достаточное количество жидкости, в обязанности медицинской сестры входит:

- предлагать напитки той температуры, которую он предпочитает;
- предлагать пить жидкость во время еды в большем количестве, чем ранее, даже если это для пациента непривычно;
- обеспечивать пациента индивидуальной ёмкостью с чистой водой и чистой чашкой;
- наливать воду в том случае, если пациент боится сделать это самостоятельно;
- предлагать трубочку (соломинку) для питья в том случае, если человек боится пролить воду из чашки.

8.2.5. Оценка результатов сестринского ухода

Для достижения цели необходима систематическая ежедневная оценка результатов ухода. Это могут быть определение ежедневного количества съеданной пищи и выпитой жидкости, еженедельное измерение массы тела. При наличии признаков обезвоживания оценивается сухость кожи, стул, диурез.

Для определения количества съеденной пищи надо указать, сколько съел человек из предложенной порции в процентах. Например, суп — 50%, картофельное пюре — 100%, рыба — 0%, компот — 100%. Если пациент не съедает весь суточный рацион, необходимо организовать дополнительное питание между основными приёмами пищи.

Определяя количество выпитой жидкости, следует учитывать не только напитки, воду, бульоны, но массу съеденных фруктов и овощей, при этом масса приблизительно равна объёму жидкости (например, 200 г яблок — 200 г сока).

Данные, полученные при определении количества съеденной пищи и выпитой жидкости, следует записывать в дневнике наблюдений в произвольной форме.

Итоговую оценку удовлетворения потребности пациента в питании производят, определив его массу тела и сравнив её с идеальной.

8.3. ПОТРЕБНОСТЬ В ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ОТПРАВЛЕНИЯХ

8.3.1. Первичная оценка

При субъективной оценке удовлетворения потребности пациента в физиологических отправлениях следует:

- выяснить его возможность самостоятельно справляться и регулировать выделение отходов;
- уточнить частоту выделения отходов;
- характер отходов.

Проводя субъективное обследование, нужно учитывать, что люди, как правило, испытывают неловкость при разговоре на эту тему, поэтому медицинская сестра должна быть особенно деликатной.

Расстройство мочеиспускания (дизурия) может быть двух видов: учащение мочеиспускания (поллакиурия) и затруднение мочеиспускания (странгурия). При выраженной задержке мочеиспускания может наступить ишурия (скопление мочи вследствие невозможности самостоятельного мочеиспускания). Недержание мочи также можно отнести к расстройствам мочеиспускания. Никтурия (ночное мочеиспускание) может привести к возникновению опрелостей.

У здорового человека в течение дня мочеиспускание происходит 4–7 раз, а ночью необходимость в мочеиспускании возникает не более 1 раза. В каждой порции от 200 до 300 мл мочи (1000–2000 мл в сутки). Учащение мочеиспускания может быть физиологическим явлением (при приёме большого количества жидкости, охлаждении, эмоциональном напряжении) или следствием патологических состояний (инфекции мочевыводящих путей, сахарный или несахарный диабет).

Затруднение мочеиспускания, наблюдающееся преимущественно у мужчин с аденомой или раком предстательной железы, а также в послеоперационном периоде, может быть как хроническим, так и острым. При хронической частичной задержке мочи для осуществления акта мочеиспускания человек вынужден в течение нескольких минут тужиться. Моча отделяется тонкой вялой струёй, иногда по каплям. Пациент испытывает частые, нередко бесплодные позывы на мочеиспускание. В таких случаях опорожнение мочевого пузыря невозможно, хотя он и переполнен. У больного появляются мучительные тенезмы (ложные позывы) и сильные боли в проекции мочевого пузыря.

Острая задержка мочеиспускания после операции или родов чаще всего обусловлена отсутствием привычки к мочеиспусканию в горизонтальном положении, а иногда при посторонних.

Опорожнение кишечника у каждого человека осуществляется в индивидуальном режиме: для одних нормальным считается ежедневное опорожнение кишечника, для других — каждые 2–3 дня. Изменение нормального режима опорожнения кишечника может проявиться поносом, запором или недержанием кала.

Понос является частым признаком заболевания желудка, поджелудочной железы, кишечника. Он возникает при энтерите, энтероколите, а также нарушении секреторной функции желудка и поджелудочной железы. Особенно важное диагностическое значение имеет данный симптом при некоторых инфекционных заболеваниях: дизентерии, холере, токсикоинфекциях и т.д.

Запор — задержка кала в кишечнике более 48 ч. Большое значение в происхождении запоров, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста, имеют различные функциональные факторы: употребление в пищу легкоусвояемых продуктов, бедных растительной клетчаткой, снижение моторной деятельности кишечника (атонический запор) или наоборот, спастическое состояние толстой кишки (спастический запор). Кроме того, поскольку кал на $\frac{3}{4}$ состоит из воды и на $\frac{1}{4}$ — из твердых отходов, запор может появиться у человека, употребляющего недостаточное количество жидкости.

Для того чтобы получить представление о режиме выделения человека, следует выяснить у него:

- как часто он опорожняет мочевой пузырь;
- существуют ли при мочеиспускании какие-либо особенности, о которых должна знать медсестра;
- как часто бывают позывы на дефекацию;
- в какое время дня обычно бывает дефекация;
- существуют ли какие-либо особенности, связанные с дефекацией.

Например, если пациент, который обычно мочился через каждые 2–3 ч, вдруг начал мочиться каждые 30 мин, медицинская сестра должна сообщить о своём наблюдении врачу, так как подобные учащения мочеиспускания могут свидетельствовать об инфекции мочевыводящих путей. Уменьшение количества потребляемой жидкости приводит к уменьшению количества мочи, изменению её

цвета и запаха, что повышает риск возникновения инфекции мочевыводящих путей.

Проблемы с мочеиспусканием могут возникнуть из-за изменения привычного для этой процедуры вертикального положения тела. Кроме того, проблемы могут быть связаны с применением диеты (сухоядением) или невозможностью (неумением) правильно осуществлять гигиенические процедуры в области промежности. В пожилом и старческом возрасте в связи с изменениями в системе мочеиспускания часто возникают недержание мочи и инфекция мочевыводящих путей (ИМП).

Недержание мочи — потеря контроля над выделением мочи из мочевого пузыря. Такое состояние может быть вызвано следующими факторами:

- повреждением спинного мозга и определённых отделов коры головного мозга, ведущим к потере ощущения позыва на мочеиспускание;
- ослаблением мышц, окружающих выход из мочевого пузыря;
- употреблением некоторых лекарственных средств;
- трудностями, связанными с поиском туалета;
- трудностями, связанными с передвижением и затрудняющими посещение туалета;
- запоздалой реакцией медицинской сестры на вызов пациента;
- ИМП.

В некоторых случаях причинами ИМП являются катетеризация мочевого пузыря, неадекватный уход за мочевым катетером, недостаточная гигиена промежности (у женщин). Признаками ИМП могут быть:

- боль и жжение при мочеиспускании;
- частые позывы на мочеиспускание с выделением небольшого количества мочи;
- мутная, концентрированная (тёмно-жёлтая), резко пахнущая моча;
- хлопья слизи и кровь в моче;
- повышение температуры тела.

При появлении признаков ИМП следует немедленно сообщить об этом врачу.

В некоторых случаях физиологические отправления осуществляются через специальные отверстия: мочевыделение — через цис-

тостому (отверстие в мочевом пузыре), выделение кала — через колостому (отверстие в толстой кишке) или илеостому (отверстие в подвздошной кишке). В цистостому врачом вводится постоянный катетер, через который происходит не контролируемое пациентом выделение мочи. При наличии колостомы неконтролируемое выделение кала происходит в специальную ёмкость — калоприёмник. Часть пациентов, имеющих коло-, илео- или цистостому, испытывают те или иные трудности, чаще всего психологического характера, связанные с физиологическими отправлениями.

8.3.2. Проблемы пациента

Проблемы пациента могут быть связаны со следующими факторами:

- невозможностью самостоятельно посещать туалет;
- необходимостью посещать туалет в ночное время;
- трудностями, связанными с необходимостью осуществлять физиологические отправления в непривычном положении;
- недержанием мочи или кала;
- нарушением привычного режима физиологических отправлений;
- риском развития ИМП;
- невозможностью самостоятельно осуществлять личную гигиену промежности;
- нежеланием открыто обсуждать вопросы, связанные с физиологическими отправлениями;
- наличием постоянного внешнего катетера;
- наличием постоянного катетера Фолея;
- наличием у пациента илео-, коло- или цистостомы;
- страхом перед возможным недержанием кала, мочи и др.

8.3.3. Цели сестринского ухода

Обсуждая совместно с пациентом цели предстоящего ухода при нарушении удовлетворения потребности в физиологических отправлениях, следует обеспечить следующие пункты:

- 1 ● пациент имеет возможность своевременно посещать туалет;
- у пациента сохранён привычный режим физиологических отправлений;
- у пациента нет недержания кала или мочи;
- пациент не испытывает дискомфорта в связи с необходимостью осуществлять физиологические отправления в постели;

- у пациента не возникает ИМП;
- пациент знает, как пользоваться внешним катетером;
- пациент не испытывает дискомфорта в связи с илео-, коло-, цистостомой и т.п.

8.3.4. Содержание сестринского ухода

Сестринские вмешательства, направленные на удовлетворение потребностей пациента в физиологических отправлениях, должны быть ориентированы на достижение поставленных целей.

Для того чтобы предупредить развитие ИМП, следует:

- своевременно и правильно проводить туалет промежности;
- обучить пациента или ухаживающих за ним членов семьи правильной технике подмывания и применения туалетной бумаги (спереди назад);
- напоминать пациенту о необходимости пить достаточное количество жидкости;
- обеспечить пациенту достаточно времени для мочеиспускания;
- осуществлять полноценный уход за катетером и промежностью у пациента с постоянным мочевым катетером (катетером Фолея);
- наблюдать за правильным расположением дренажного мешка и трубки, соединяющей мешок с катетером;
- своевременно опорожнять (менять) дренажный мешок.

При недержании мочи рекомендуется использовать катетер с мочеприёмником, а пациента и членов его семьи обучить правильному уходу за катетером.

Женщинам, страдающим недержанием мочи, рекомендуется использовать подгузники. Но лучше в этом случае называть их иначе, например «гигиеническое бельё», поскольку у многих людей применение подгузников ассоциируется с детским возрастом, они часто испытывают чувство неловкости от такой рекомендации.

Как женщинам, так и мужчинам может быть назначена программа тренировки мочевого пузыря, предусматривающая регулярное, через каждые 2 ч его опорожнение.

Многие психологические проблемы, связанные с физиологическими отправлениями, могут быть решены, если уважать чувство собственного достоинства пациента, обеспечивать ему безопасность и уединение во время дефекации и мочеиспускания.

При наличии у пациента колостомы правильные режим и характер питания помогут избежать проблем, связанных с нарушением режима дефекации.

Для лежачих больных, подавая судно, следует переместить их в высокое положение Фаулера или помочь сесть на судно, поставленное на стул.

Подавая мужчине мочеприёмник, надо также придать ему высокое положение Фаулера, помочь либо сесть на кровати с опущенными вниз ногами либо встать, чтобы помочиться.

Рациональное питание при запоре может помочь решить проблему.

8.3.5. Оценка результатов сестринского ухода

Для достижения цели при обеспечении потребности в физиологических отправлениях необходима ежедневная систематическая оценка результатов ухода.

Ежедневная оценка будет заключаться в определении количества выделившейся мочи, её цвета, прозрачности и частоты мочеиспускания. Кроме того, ежедневно следует вести учёт режима дефекации, а в некоторых случаях — характера стула.

Сестринская помощь будет эффективнее, если пациент сможет открыто обсуждать с медицинской сестрой свои проблемы.

8.4. ПОТРЕБНОСТЬ В ДВИЖЕНИИ

Немало сложностей возникает при ограничении подвижности, связанном с тем или иным заболеванием. Здоровье — это не только физиологические показатели жизнедеятельности организма, но и жизнестойкость личности, мера адаптации к окружающей среде, а значит, и степень свободы человека.

Для медицинской сестры из этих философских посылок следует, что всемерное поощрение, стимулирование пациента к самостоятельности, независимости чрезвычайно важны с морально-этической точки зрения и с позиций современного сестринского дела как науки.

Даже прикованный к постели пациент в меру его психических и физических возможностей должен пользоваться максимальной свободой в пределах собственной кровати. Скорее всего, если бы Г. Гейне, страдавший в конце жизни мучительной неизлечимой болезнью, был обеспечен современным сестринским уходом, он не сказал бы, что его жизнь в тот момент — «матрасная могила».

8.4.1. Первичная оценка

Оценивая совместно с пациентом удовлетворение потребности в движении, следует прежде всего определить, насколько ограниченные подвижности влияют на независимость человека.

Ограничение подвижности или полная неподвижность может быть в одном или нескольких суставах, одной половине тела, обеих нижних конечностях, одной конечности (или её части). В то же время может быть и полная неподвижность, когда отсутствуют движения всех конечностей.

Ограничения подвижности даже в течение непродолжительного времени (особенно у пожилых людей) может привести к тугоподвижности суставов, что в свою очередь усугубляет степень неподвижности.

Зависимость, возникающая при ограничении подвижности, влечёт за собой нарушение удовлетворения таких необходимых для человека видов повседневной деятельности, как употребление пищи и жидкости, физиологические отправления, общение (коммуникативная деятельность) и поддержание безопасности окружающей среды.

Об ограничении подвижности пациента могут свидетельствовать средства передвижения: ходунки, костыли, инвалидная коляска, протезы конечности, находящиеся рядом с пациентом.

В связи с изложенным выше напомним о факторах, приводящих к образованию пролежней.

Давление — фактор, о котором известно больше всего. Под давлением тела человека происходит сжатие тканей между поверхностью, на которой он лежит, и выступами костей. Это сдавливание уязвимых тканей усугубляется под действием тяжёлого постельного белья, плотных повязок или одежды человека, в том числе обуви. В обычных условиях ни один из этих факторов не приводит к образованию пролежней, однако в сочетании с другими факторами (неподвижность, потеря чувствительности) они представляют риск повреждения тканей.

Срезывающая сила — менее изученная причина образования пролежней. Разрушение и механическое повреждение тканей могут происходить также под действием непрямого давления. Оно вызывается сдвигом тканей относительно поверхности, или срезыванием.

Сдвиг тканей может происходить, если человек съезжает с подушек на постели вниз или подтягивается к её изголовью. Это может вызвать такие же глубокие повреждения тканей, как и прямое дав-

ление. В более серьёзных случаях может происходить разрыв мышечных волокон и лимфатических сосудов, что приводит к образованию глубоких пролежней. Глубокие повреждения могут стать заметны лишь спустя некоторое время, так как расположенная выше кожа может в течение 2 нед оставаться неповреждённой поверх разорвавшейся мышцы.

Трение — компонент срезающей силы, вызывающий отслаивание рогового слоя кожи и приводящий к нарушению её целостности. Трение возрастает при увлажнении. Наиболее подвержены воздействию этого фактора больные с недержанием мочи, повышенным потоотделением, носящие влажную и не впитывающую влагу нательную одежду или лежащие (сидящие) на невпитывающих влагу поверхностях (пластмассовые стулья, подкладные клеенчатые или полиэтиленовые пелёнки, нерегулярно меняемые подгузники). Вынужденная неподвижность не позволяет человеку самостоятельно изменить положение, в связи с чем появляется риск развития пролежней.

Шкала оценки риска развития пролежней, предложенная Д. Нортоном, позволяет эффективно выявлять пациентов, наиболее предрасположенных к образованию пролежней. В настоящее время медсёстры во многих странах при оценке риска развития пролежней у пожилых, в том числе в домах престарелых, пользуются этой шкалой. Свои исследования Д. Нортон проводила более 30 лет назад среди пациентов престарелого возраста. За последнее время благодаря исследованиям в этой области сведения о факторах, вызывающих развитие пролежней, стали более полными. На сегодняшний день существует множество аналогичных средств оценки, опробованных на отдельных группах пациентов, начиная с прикованных к инвалидному креслу в результате травмы позвоночника (но здоровых в другом отношении) и заканчивая тяжелобольными пациентами в отделении интенсивной терапии.

Шкала, предложенная в 1985 г. Д. Ватерлоу, сегодня используется чаще, поскольку отвечает требованиям холистического подхода к человеку, что повышает эффективность оценки риска в разных группах больных. Использовать эти данные необходимо для первичной оценки, анализа, планирования ухода, осуществления и анализа результатов сестринской помощи. В связи с актуальностью проблемы пролежней в РФ разработан и утверждён ОСТ «Протокол ведения больных. Пролежни» (нормативный документ в рамках системы стандартизации здравоохранения в РФ, стандарт федераль-

ного уровня, являющийся обязательным для исполнения ЛПУ любой ведомственной подчинённости). Факторы риска развития пролежней представлены в табл. 8-2.

Таблица 8-2. Факторы риска развития пролежней

Обратимые	Необратимые
Внутренние факторы риска	
Истощение	Старческий возраст
Ограничение подвижности	Неврологические расстройства (чувствительные, двигательные)
Анемия	Нарушение периферического кровообращения
Недостаточное потребление белка, витамина С	
Обезвоживание	
Гипотензия	
Недержание мочи, кала	
Истончение кожи	
Беспокойство	
Спутанность сознания	
Кома	
Внешние факторы риска	
Недостаточный гигиенический уход	Обширное хирургическое вмешательство (длительностью более 2 ч)
Складки на постельном или нательном белье	Повреждение спинного мозга
Поручни кровати, средства фиксации пациента	Применение цитостатических лекарственных средств
Травмы позвоночника, костей таза, органов брюшной полости	
Неправильная техника перемещения пациента в кровати	

Оценка риска проводится сестринским персоналом по шкале Ватерлоу. Для получения информации о факторах риска проводятся опрос пациента либо его родственников, осмотр пациента, учёт данных из карты стационарного (амбулаторного) больного.

Шкала Ватерлоу для оценки стадии и риска развития пролежней

1. Телосложение: среднее — 0, выше среднего — 1, ожирение — 2, ниже среднего — 3.
2. Тип кожи, зоны визуального риска: здоровая — 0, «папиросная бумага», сухая — 1, отёчная — 2, липкая (повышена температура), изменён цвет, трещины, пятна — 3.
3. Пол: мужской — 1, женский — 2.
4. Возраст: 14–49 лет — 1, 50–64 года — 2, 65–74 года — 3, 75–81 год — 4, старше 81 года — 5.
5. Особые факторы: курение — 1, анемия — 2, сердечная недостаточность, болезни периферических сосудов — 5, терминальная кахексия — 8.
6. Недержание: полный контроль — 0, периодическое — 1, мочеотделение через катетер и недержание кала — 2, недержание мочи и кала — 3.
7. Подвижность: полная — 0, беспокойство, суетливость — 1, апатичность — 2, ограниченная подвижность — 3, инертность, инвалидное кресло — 4, прикованность к креслу — 5.
8. Аппетит: средний — 0, плохой — 1, питание зондовое либо только жидкое — 2, парентеральное — 3, анорексия — 4.
9. Неврологические расстройства: диабет, множественный склероз — 4, инсульт, моторные и сенсорные нарушения, параплегия — 6.
10. Оперативные вмешательства (ортопедические, травматологические, т.е. продолжительностью более 2 ч) — 5.
11. Лекарственная терапия: цитостатические препараты — 4, глюкокортикоиды, нестероидные противовоспалительные средства — 5.

Баллы по шкале Ватерлоу суммируются, степень риска определяется по следующим итоговым значениям:

- 1–9 баллов — риска возникновения пролежней нет.
- 10 баллов — риск есть.
- 15 баллов — высокая степень риска.
- 20 баллов — очень высокая степень риска.

У неподвижных пациентов оценку степени риска развития пролежней следует проводить ежедневно, даже если при первичном осмотре степень риска оценивалась в 1–9 баллов. Результаты оценки регистрируются в карте стационарного (амбулаторного) больного. Противолежневые мероприятия начинаются немедленно в соответствии с рекомендуемым планом.

8.4.2. Проблемы пациента

Возможные проблемы (как существующие, так и потенциальные):

- риск развития или усугубление имеющихся пролежней;
- зависимость при осуществлении тех или иных видов повседневной жизнедеятельности (приём пищи, физиологические отправления, способность самостоятельно одеваться и раздеваться, поддерживать безопасной окружающую среду, общаться и т.д.);
- развитие тугоподвижности (анкилозов) суставов;
- состояние депрессии, обусловленное потерей независимости при осуществлении повседневной жизнедеятельности;
- неумение определить величину адекватной физической нагрузки;
- отсутствие мотивации к изменению физической нагрузки;
- несоблюдение режима двигательной активности и др.

8.4.3. Цели сестринского ухода

Обсуждая совместно с пациентом (если это возможно) план сестринского ухода в связи с нарушением двигательной активности, следует предусмотреть достижение одной или нескольких целей:

- пациент может передвигаться (с помощью специальных приспособлений, сестринского персонала и родственников либо самостоятельно);
- пациент может держать в руке предметы (ложку, зубную щётку и т.д.), осуществлять простые действия с их помощью;
- риск развития пролежней сведён к минимуму;
- пролежни исчезают (уменьшаются);
- пациент полностью независим в повседневной деятельности;
- пациент соблюдает режим двигательной активности;
- пациент готов обсуждать вопросы, связанные с изменением двигательной активности;
- пациент определяет адекватную физическую нагрузку и др.

8.4.4. Сестринский уход

Вмешательства, выполняемые сестрой самостоятельно, могут значительно изменить состояние пациента.

Меры по профилактике пролежней определены ОСТом «Протокол ведения больных. Пролежни», утверждённым Экспертным со-

ветом по стандартизации МЗ РФ. Этим ОСТом регламентируются также планы ухода при риске развития пролежней у лежачего и сидячего пациента.

План ухода при риске развития пролежней (у лежачего пациента)

Сестринские вмешательства.

1. Проводить текущую оценку риска развития пролежней не менее 1 раза в день (утром) по шкале Ватерлоу.

2. Изменять положение пациента не менее 12 раз в течение суток каждые 2 ч:

- 8–10 ч — положение Фаулера;
- 10–12 ч — положение на левом боку;
- 12–14 ч — положение на правом боку;
- 14–16 ч — положение Фаулера;
- 16–18 ч — положение Симса;
- 18–20 ч — положение Фаулера;
- 20–22 ч — положение на правом боку;
- 22–24 ч — положение на левом боку;
- 0–2 ч — положение Симса;
- 2–4 ч — положение на правом боку;
- 4–6 ч — положение на левом боку;
- 6–8 ч — положение Симса.

Выбор положения и их чередование могут изменяться в зависимости от заболевания и состояния пациента.

3. Обмывать загрязнённые участки кожи ежедневно 1 раз.

4. Проверять состояние постели при перемене положения не менее 12 раз в сутки (каждые 2 ч).

5. Обучить родственников технике правильного перемещения больного (приподнимая его над постелью).

6. Определять количество съеденной пищи (количество белка не менее 120 г, аскорбиновой кислоты 500–1000 мг в сутки) ежедневно не менее 4 раз.

7. В течение дня обеспечить употребление жидкости не менее 1,5 л в сутки: 9–13 ч — 700 мл; 13–18 ч — 500 мл; 18–22 ч — 300 мл.

8. По мере необходимости использовать поролоновые прокладки под участки тела, исключая давление на кожу.

9. При недержании мочи менять памперсы каждые 4 ч. При недержании кала менять памперсы немедленно после дефекации с последующей бережной гигиенической процедурой.

10. При усилении болей проконсультироваться у врача.
11. Поощрять пациента изменять положение в постели, обучить пользоваться перекладинами, поручнями и другими приспособлениями.
12. Массировать кожу около участков риска ежедневно 4 раза.
13. Обучить пациента дыхательным упражнениям и поощрять его выполнять их в течение дня.
14. Наблюдать за влажностью кожи и поддерживать умеренную влажность.
15. Согласовать план ухода с лечащим врачом (ежедневно), получить его подпись.

Результаты деятельности сестринского персонала в соответствии с планом ухода записываются в лист регистрации противоположных мероприятий (приложение № 2 к ОСТу) [28]. ОСТом «Протокол ведения больных. Пролежни» предусмотрено активное участие как пациента, так и его родственников в профилактике пролежней.

Сестринский персонал обучает пациента приёмам перемещения, дыхательным упражнениям, принципам питания. Важным компонентом планируемого ухода является обучение пациентов методам самостоятельного контроля состояния уязвимых участков тела и снятия давления через определённые промежутки времени. Для повышения самостоятельности пациента можно предпринять следующее:

- довести до сведения пациента и лиц, осуществляющих за ним уход, риск развития пролежней и указать пути предупреждения дальнейших поражений;
- максимально повысить возможности пациента двигаться самостоятельно, используя вспомогательные средства: перекладины над кроватью, поручни, чтобы пациент имел возможность приподнимать себя на кровати, стуле или перемещаться для снятия давления с участков риска через определённые промежутки времени;
- предоставить приспособления и устройства для снятия давления;
- проанализировать факторы окружающей среды, которые ограничивают способность пациента двигаться;
- проводить более эффективное лечение любых сопутствующих заболеваний, усугубляющих повреждение тканей, таких, как недержание мочи и кала.

Для того чтобы пациент осознанно участвовал в профилактике пролежней, он должен получить от врача и медицинской сестры полную информацию об объёме самопомощи и дать информированное согласие на участие.

Объём материала для получения информированного согласия и дополнительная информация для пациента и членов его семьи приведены в ОСТе «Протокол ведения больных. Пролежни».

Пациент должен знать:

- факторы риска развития пролежней;
- цели всех профилактических мероприятий;
- о необходимости выполнения всей программы профилактики, в том числе манипуляций, осуществляемых пациентом или его близкими;
- о последствиях несоблюдения всей программы профилактики, в том числе о снижении качества жизни.

Дополнительная информация для родственников:

- места возможного образования пролежней;
- техника перемещения;
- особенности размещения в различных положениях;
- диетический и питьевой режим;
- техника гигиенических процедур.

Близкие пациента также должны быть проинформированы о предполагаемом плане ухода.

Обучение будет эффективнее, если на руки пациенту после обсуждения с ним плана ухода выдается памятка, приведённая ниже.

ПАМЯТКА ДЛЯ ПАЦИЕНТА

Профилактика — лучшее лечение. Для того чтобы помочь нам предупредить образование у Вас пролежней, Вам необходимо соблюдать следующие правила:

- употребляйте в пищу достаточное (не менее 1,5 л) количество жидкости (объём жидкости следует уточнить у врача) и не менее 120 г белка; такое количество белка нужно «набрать» из разных любимых вами продуктов как животного, так и растительного происхождения. Так, например, 10 г белка содержат:
 - ▲ 72,5 г жирного творога;
 - ▲ 50,0 г нежирного творога;
 - ▲ 143,0 г молока сгущённого без сахара стерилизованного;
 - ▲ 42,5 г сыра голландского;

- ▲ 37,5 г сыра костромского, пошехонского, ярославского;
- ▲ 68,5 г брынзы из овечьего молока;
- ▲ 56,0 г брынзы из коровьего молока;
- ▲ 78,5 г куриных яиц;
- ▲ 48,0 г баранины нежирной;
- ▲ 49,5 говядины нежирной;
- ▲ 48,5 г мяса кролика;
- ▲ 68,5 г свинины;
- ▲ 51,0 г телятины;
- ▲ 55,0 г курятины;
- ▲ 51,0 г индейки;
- ▲ 57,5 г печени говяжьей;
- ▲ 64,0 г камбалы;
- ▲ 54,0 г окуня речного;
- ▲ 53,0 г палтуса;
- ▲ 59,0 г салаки;
- ▲ 56,5 г сельди;
- ▲ 55,5 г скумбрии;
- ▲ 52,5 г судака;
- ▲ 57,5 г трески;
- ▲ 60,0 г хека;
- ▲ 53,0 г шуки.

Белок содержится и в продуктах растительного происхождения. Так, в 100 г продукта содержится различное количество белка:

- ▲ хлеб пшеничный — 6,9 г;
- ▲ макароны, лапша — 9,3 г;
- ▲ крупа гречневая — 8,0 г;
- ▲ крупа манная — 8,0 г;
- ▲ рис — 6,5 г;
- ▲ горох зелёный — 5,0 г.
- употребляйте не менее 500–1000 мг аскорбиновой кислоты (витамина С) в сутки;
- перемещайтесь в постели, в том числе из кровати в кресло, исключая трение; используйте вспомогательные средства;
- используйте противопролежневый матрас или подушку для кресла;
- попытайтесь находить в постели удобное положение, но не увеличивайте давление на уязвимые участки (костные выступы);
- изменяйте положение в постели каждые 1–2 ч или чаще, если Вы можете сидеть;

- ходите, если можете; делайте упражнения, сгибая и разгибая руки, ноги;
- делайте 10 дыхательных упражнений каждый час: глубокий медленный вдох через рот, выдох через нос;
- принимайте активное участие в уходе за Вами;
- если у Вас появились какие-то вопросы, задавайте их медсестре [28].

Родственников пациента обучают технике его перемещения, гигиенических процедур, уходу за кожей. Им выдают памятку.

ПАМЯТКА ДЛЯ РОДСТВЕННИКОВ

Что Вам следует делать?	Зачем Вам это делать?
При каждом перемещении, любом ухудшении или изменении состояния осматривайте кожу в области крестца, пяток, лодыжек, лопаток, локтей, затылка, большого вертела бедренной кости, внутренней поверхности коленных суставов.	Получение нужной информации для ухода. При обнаружении побледневших или покрасневших участков кожи немедленно сообщите об этом медицинской сестре и начинайте профилактические и лечебные (по назначению врача) мероприятия.
Не подвергайте уязвимые участки тела трению. Обмывайте уязвимые участки не менее 1 раза в день, если необходимо соблюдать обычные правила личной гигиены, а также при недержании мочи, сильным потоотделении. Пользуйтесь мягким кремом или жидким мылом. Убедитесь, что моющее средство смыто, высушите этот участок кожи. Если кожа слишком сухая, пользуйтесь увлажняющим кремом.	Трение вызывает мацерацию и дегенерацию кожи, особенно в пожилом возрасте. Частое использование мыла может нанести вред коже. Твёрдое мыло травмирует кожу. Тщательное осторожное просушивание даёт ощущение комфорта и препятствует росту микроорганизмов. Трещины на коже способствуют проникновению микроорганизмов в глубь тканей.
Пользуйтесь защитными кремами, если это показано. (Обрабатывают пролежни I степени и участки риска.)	Специальные кремы создают водоотталкивающий эффект, препятствуют повреждению эпидермиса и полезны для предупреждения пролежней. В то же время они препятствуют чрезмерной влажности кожи.
Не делайте массаж в области костных выступов.	Массаж может нарушить целостность кожи.
Изменяйте положение пациента каждые 2 ч (даже ночью). Виды положений зависят от заболевания и состояния конкретного пациента. Обсудите это с медицинской сестрой и врачом.	Снижается продолжительность давления. График перемещения пациента обеспечит правильное чередование положений. Положение Фаулера планировать для приёма пищи.

Изменяйте положение пациента, приподнимая его над постелью.	Исключаются трение кожи при перемещении и фактор срезающей силы.
Проверяйте состояние постели (складки, крошки и т.п.).	Упрутая, без складок постель снижает риск развития пролежней.
Исключите контакт кожи с жёсткой частью кровати.	Снижается риск развития пролежней за счёт давления.
Используйте поролон в чехле (вместо ватно-марлевых и резиновых кругов) для уменьшения давления на кожу.	Ватно-марлевые круги жёсткие, быстро загрязняются и становятся потенциальными резервуарами инфекции. Резиновые круги сдавливают кожу вокруг участка риска, ухудшая кровообращение в этой зоне. Поролон эффективнее защищает кожу от давления.
Опустите изголовье кровати на самый низкий уровень (угол не более 30°). Приподнимайте изголовье на короткое время для выполнения манипуляций или кормления.	Уменьшается давление на кожу в области копчика и крестца, исключается сползание с подушек (срезающая сила).
Не допускайте непрерывного сидения в кресле или инвалидной коляске. Напоминайте пациенту о необходимости изменять положение через каждый час, осматривать уязвимые участки кожи. Посоветуйте ослаблять давление на ягодицы каждые 15 мин: наклоняться вперёд, в сторону, приподниматься, опираясь на ручки кресла.	Снижается риск развития пролежней. Смещаются точки, находящиеся под давлением. Планируются и развиваются умения и навыки самопомощи.
Контролируйте качество и количество потребляемой пищи и жидкости.	Уменьшенное количество жидкости ведёт к выделению концентрированной мочи, что способствует раздражению кожи промежности. Неадекватное питание (низкое содержание белка, витаминов, жидкости) способствует развитию пролежней.
Максимально расширяйте активность своего родственника. Если он может ходить, побуждайте его прогуливаться через каждый час.	Уменьшается повреждение тканей, улучшается кровообращение, расширяется область независимости пациента.
Используйте непромокающие пелёнки, подгузники (для мужчин — наружные мочеприёмники) при недержании.	Снижается риск развития опрелостей и инфицирования пролежней. Влажная загрязнённая кожа вызывает зуд, расчёсы и инфицирование [28].

Для того чтобы сохранить подвижность в суставах, уменьшить опасность развития контрактур и гипотрофии мышц при ограничениях подвижности или при полной неподвижности, сестринские вмешательства должны быть направлены на опорно-двигательный аппарат. Эффективный элемент сестринской помощи — упражнения в пределах подвижности суставов, которые могут быть как активными (пациент самостоятельно осуществляет движения), так и пассивными (движения в суставах осуществляются медицинской сестрой или обученными родственниками).

На рис. 8-3 представлена амплитуда упражнений в пределах подвижности суставов. Пассивные упражнения чрезвычайно важны для людей с той или иной степенью неподвижности. Чтобы не утомлять пациента, необходимо выполнять хотя бы минимальное количество разных видов упражнений для отдельных групп суставов: плечевых — 4; локтевых, лучезапястных — 3; пальцев рук и суставов кисти — 4; тазобедренных и коленных — 3; голеностопных, суставов стопы — 2.

Если пациент нуждается в упражнениях для всех (или большей части) суставов, всегда начинайте с верхних суставов на одной стороне, опускаясь вниз, затем (при необходимости) переходите на другую сторону и вновь начинайте с верхней группы суставов.

- Выполняйте упражнения медленно и плавно.
- Поддерживайте каждый сустав во время движения.
- Выполняя пассивные упражнения, не переходите предел терпимости боли, наблюдайте за выражением лица пациента.
- Соблюдайте правильную биомеханику тела.

Комплексы упражнений выполняются регулярно несколько раз в день не только в лечебном учреждении, но и дома. Следует обучить родственников технике проведения упражнений в пределах подвижности суставов. Перед началом упражнений врач объясняет пациенту смысл предстоящих упражнений и получает согласие на их проведение. Прежде чем начать упражнения, медицинская сестра должна убедиться в наличии информированного согласия.

Упражнения в пределах подвижности суставов

- Шейный отдел позвоночника, цилиндрический сустав:
 - ▲ Сгибание: опускание подбородка к груди, угол 40° , воздействие на грудино-ключично-сосцевидную мышцу.
 - ▲ Разгибание: возвращение головы в обычное положение, угол 40° , воздействие на трапецевидную мышцу.

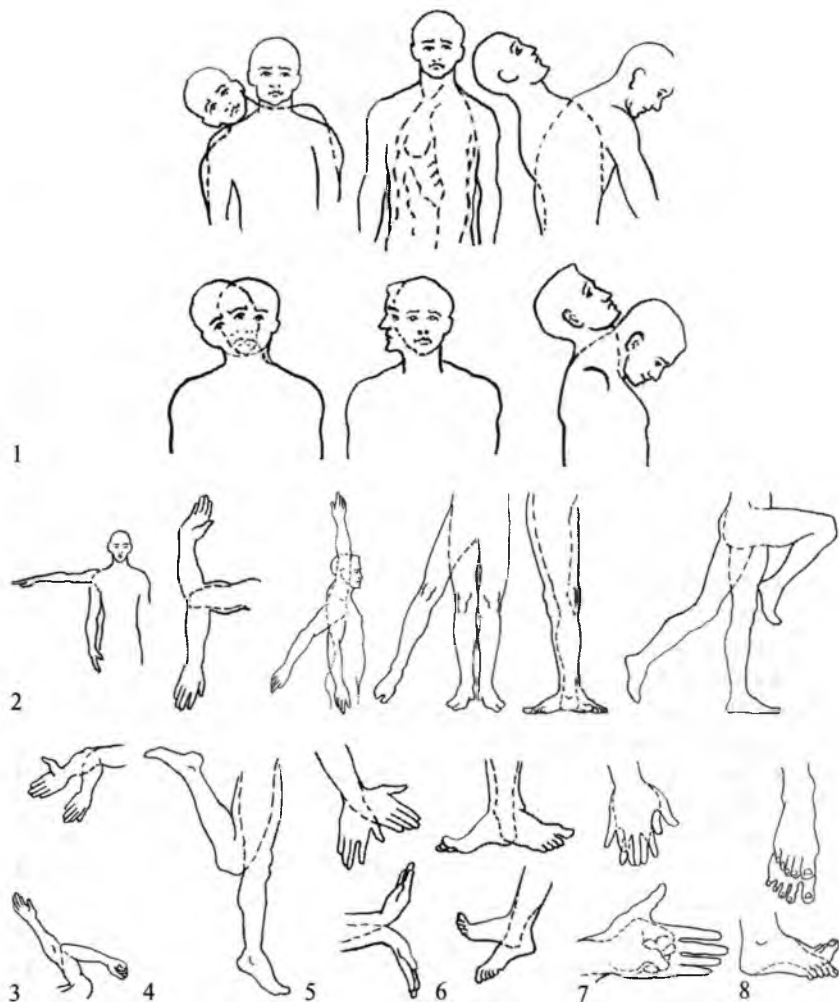


Рис. 8-3. Амплитуда упражнений в пределах подвижности суставов.

1 — шейный отдел позвоночника и туловище (боковое сгибание, поворот, сгибание и переразгибание); 2 — плечо и бедро (отведение и приведение, сгибание и разгибание, поворот наружи и кнутри); 3 — предплечье и кисть (супинация и пронация, сгибание и разгибание); 4 — колено (разгибание, сгибание); 5 — запястье (отведение и приведение, тыльное и ладонное сгибание, разведение и сведение вместе пальцев); 6 — стопа (отведение и приведение, тыльное и подошвенное сгибание); 7 — пальцы кисти (разведение, сжатие в кулак); 8 — пальцы стопы (сгибание и переразгибание, разведение)

- ▲ Переразгибание: отклонение головы назад, угол 40° , воздействие на трапециевидную мышцу.
- ▲ Боковое сгибание: наклоны головы по направлению к плечу, угол $40\text{--}45^\circ$, воздействие на грудино-ключично-сосцевидную мышцу.
- ▲ Вращение: повороты головы, угол 180° , воздействие на грудино-ключично-сосцевидную и трапециевидную мышцы.
- Плечо, шаровидный сустав:
 - ▲ Сгибание: подъём висящей вдоль тела руки вперед и вверх, угол 180° , воздействие на двуглавую мышцу плеча, клювоплечевую, дельтовидную, большую грудную мышцы.
 - ▲ Разгибание: опускание руки к бедру, угол 180° , вовлечены большая круглая мышца, широчайшая мышца спины, трёхглавая мышца плеча.
 - ▲ Переразгибание: отведение руки назад, не сгибая локтя, угол $45\text{--}60^\circ$, вовлечены большая круглая, дельтовидная мышцы, широчайшая мышца спины.
 - ▲ Отведение: подъём руки через сторону над головой ладонью внутрь, угол 180° , вовлечены дельтовидная, надостная мышцы.
 - ▲ Приведение: опускание руки через сторону и заведение её как можно дальше за спину, угол 320° , вовлечена большая грудная мышца.
 - ▲ Внутреннее вращение: сгибание руки в локте с вращением плеча, опускание ее до тех пор, пока большой палец не окажется позади туловища, угол 90° , вовлечены большая грудная, большая круглая, подлопаточная мышца, широчайшая мышца спины.
 - ▲ Внешнее вращение: сгибание руки в локте и подъём до тех пор, пока большой палец не будет направлен вверх и наружи, угол 90° , вовлечены подостная, большая круглая, дельтовидная мышцы.
 - ▲ Циркумдукция: описывание рукой полной окружности, угол 360° , участвуют дельтовидная, клювоплечевая, большая круглая мышцы, широчайшая мышца спины.
- Локоть, шарнирный и цилиндрический суставы:
 - ▲ Сгибание: подъём кисти к плечевому суставу таким образом, чтобы она находилась на уровне плеча, угол 150° , задействованы плечевая, плечелучевая мышцы, двуглавая мышца плеча.

- ▲ Разгибание: опускание и выпрямление руки, угол 150° , вовлечена трёхглавая мышца плеча.
- ▲ Супинация: поворачивание предплечья и кисти таким образом, чтобы ладонь была обращена кверху, угол $70-90^\circ$, вовлечены супинатор, двуглавая мышца плеча.
- ▲ Пронация: поворачивание предплечья таким образом, чтобы ладонь была обращена вниз, угол $70-90^\circ$, участвуют круглый и квадратный пронаторы.
- Запястье, мышцелковый сустав:
 - ▲ Сгибание: опускание ладони к внутренней поверхности предплечья, угол $80-90^\circ$, локтевой и лучевой сгибатели запястья.
 - ▲ Разгибание: приведение пальцев, ладони и предплечья к одной плоскости, угол $80-90^\circ$, вовлечены локтевой разгибатель запястья, короткий разгибатель запястья, длинный лучевой разгибатель запястья.
 - ▲ Переразгибание: отведение кисти к тылу предплечья как можно дальше, угол $80-90^\circ$, вовлечены короткий лучевой разгибатель запястья, длинный лучевой разгибатель запястья, локтевой разгибатель запястья.
 - ▲ Отведение (лучевое сгибание): отведение запястья в направлении большого пальца, угол до 30° , вовлечены лучевой сгибатель запястья, короткий лучевой разгибатель запястья, локтевой разгибатель запястья.
 - ▲ Приведение (локтевое сгибание): отведение запястья в направлении мизинца, угол $30-50^\circ$, участвуют локтевой сгибатель запястья, локтевой разгибатель запястья.
- Пальцы, шаровидные и мышцелковые суставы:
 - ▲ Сгибание: сгибание кисти в кулак, угол 90° , вовлечены червеобразные мышцы кисти, тыльные, ладонные и межкостные мышцы кисти.
 - ▲ Разгибание: распрямление пальцев, угол 90° , участвуют разгибатели пальцев.
 - ▲ Переразгибание: отгибание пальцев как можно дальше назад, угол $30-60^\circ$, участвуют разгибатели пальцев.
 - ▲ Отведение: разведение пальцев, угол 30° , вовлечены тыльные межкостные мышцы.
 - ▲ Приведение: сведение пальцев вместе, угол 30° , вовлечены ладонные межкостные мышцы.

- Большой палец кисти, седловидный сустав:
 - ▲ Сгибание: приближение большого пальца к ладонной поверхности кисти, угол 90° , участвует короткий сгибатель большого пальца.
 - ▲ Разгибание: отведение большого пальца от ладони, угол 90° , вовлечены длинный и короткий разгибатели большого пальца.
 - ▲ Отведение: оттягивание большого пальца от ладони в сторону, угол 30° , задействована мышца, отводящая большой палец.
 - ▲ Приведение: приближение большого пальца к ладони, угол 30° , вовлечены мышцы, приводящие большой палец.
 - ▲ Противопоставление: прикосновение большим пальцем к кончику каждого пальца той же руки, вовлечены мышцы, противопоставляющие большой палец и мизинец.
- Бедро, шаровидный сустав:
 - ▲ Сгибание: подъём ноги вперед, угол $90-120^\circ$, вовлечены большая поясничная, подвздошная, подвздошно-поясничная, портняжная мышцы.
 - ▲ Разгибание: опускание ноги, угол $90-120^\circ$, участвуют большая ягодичная, полусухожильная, полуперепончатая мышцы.
 - ▲ Форсированное сгибание: отведение ноги назад, угол $30-50^\circ$, вовлечены большая ягодичная, полусухожильная, полуперепончатая мышцы.
 - ▲ Отведение: подъём ноги в сторону, угол $30-50^\circ$, задействованы средняя и малая ягодичные мышцы.
 - ▲ Приведение: опускание ноги, угол $30-50^\circ$, вовлечены длинная, короткая и большая приводящие мышцы.
 - ▲ Внутреннее вращение: поворачивание стопы внутрь по направлению к другой ноге, угол 90° , вовлечены средняя и малая ягодичные мышцы, напрягатель широкой фасции, бедра.
 - ▲ Наружное вращение: поворачивание стопы наружу в направлении от другой ноги, угол 90° , вовлечены внутренняя и наружная запирательные мышцы.
 - ▲ Циркумдукция: движение ногой по кругу, вовлечены большая поясничная, большая и средняя ягодичные, большая отводящая мышцы бедра.
- Колено, мышелковый сустав:
 - ▲ Сгибание: поднимание пятки к задней поверхности бедра, угол $120-130^\circ$, вовлечены двуглавая мышца бедра, полусухожильная, полуперепончатая, портняжная мышцы.

- ▲ Разгибание: опускание ноги на пол, угол 120–130°, вовлечены прямая мышца бедра, латеральная, медиальная, промежуточная и широкая мышца бедра.
- Лодыжка:
 - ▲ Тильное сгибание: движение стопой, при котором пальцы поднимаются вверх, угол 20–30°, участвует передняя большеберцовая мышца.
 - ▲ Подошвенное сгибание: движение стопой, при котором пальцы опускаются вниз, угол 45–50°, вовлечены икроножная, камбаловидная мышцы.
- Стопа, плоский сустав:
 - ▲ Инверсия: поворачивание подошвы кнутри, угол менее 10°, вовлечены передняя и задняя большеберцовые мышцы.
 - ▲ «Выворот»; поворачивание подошвы кнаружи, угол менее 10°, вовлечены длинная и короткая малоберцовые мышцы.
- Пальцы стопы:
 - ▲ Сгибание: опускание пальцев вниз, угол 30–60°, вовлечены сгибатели пальцев, червеобразные мышцы стопы, короткий сгибатель большого пальца.
 - ▲ Разгибание: разгибание пальцев, угол 30–60°, вовлечены длинные и короткие разгибатели пальцев.
 - ▲ Отведение: разведение пальцев, угол менее 15°, вовлечены отводящая мышца большого пальца, тыльные межкостные мышцы.
 - ▲ Приведение: сведение пальцев вместе, угол менее 15°, участвуют мышца, приводящая большой палец, подошвенные межкостные мышцы.

Классификация составлена по материалам, предоставленным Тихоокеанским университетом Азуза (США).

Памятка для обучения родственников выполнению упражнений в пределах подвижности суставов

- Комплекс упражнений для плечевых суставов:
 - ▲ одной рукой возьмите запястье пациента (его рука должна лежать ладонью вниз), а другой поддерживайте его под локоть;
 - ▲ поднимите руку пациента вверх и вытяните её (сгибание в суставе);
 - ▲ вытяните руку пациента в сторону ладонью вниз (отведение), верните её в исходное положение (приведение);

- ▲ положите ладонь пациента на противоположное плечо (горизонтальное приведение);
- ▲ поднимите локоть пациента так, чтобы он был на одном уровне с плечом, поднимайте и опускайте его предплечье до горизонтальной плоскости;
- ▲ все упражнения повторяйте 5 раз.
- Комплекс упражнений для локтевых суставов:
 - ▲ одной рукой возьмите запястье пациента, вторую положите под локоть;
 - ▲ согните руку пациента в локте так, чтобы кисть легла на одноимённое плечо (сгибание), распрямите руку, чтобы она касалась бедра (разгибание);
 - ▲ поверните кисть разогнутой руки внутрь (пронация), затем поверните её наружу (супинация);
 - ▲ все упражнения повторяйте 5 раз.
- Комплекс упражнений для лучезапястных суставов:
 - ▲ одной рукой возьмите запястье пациента, а другой — его пальцы;
 - ▲ приподнимите руку пациента над кроватью;
 - ▲ согните кисть вниз (сгибание), распрямите его запястье (разгибание), затем отведите кисть назад (переразгибание);
 - ▲ распрямите запястье пациента, подвигайте его из стороны в сторону (отведение и приведение);
 - ▲ держите запястье пациента так, чтобы кисть свободно свисала вниз, а большой палец был направлен вперёд. Отведите кисть вперёд так, чтобы большой палец пациента был направлен вверх (лучевое сгибание), затем отведите кисть назад так, чтобы большой палец был направлен вниз (локтевое сгибание);
 - ▲ все упражнения повторяйте 5 раз.
- Комплекс упражнений для пальцев рук:
 - ▲ одной рукой возьмите запястье пациента, а другой — его пальцы;
 - ▲ согните пальцы пациента в кулак так, чтобы большой палец находился над остальными пальцами (сгибание). Распрямите кисть пациента, один за другим разжимая его пальцы (разгибание);
 - ▲ одной рукой возьмите большой палец пациента, а другой захватите остальные пальцы. По одному переключайте пальцы из одной руки в другую, разводя и вновь сводя их;

- ▲ прижмите большой палец пациента к его ладони и верните в исходное положение (отведение и приведение);
- ▲ прижмите большой палец к кончику каждого из остальных пальцев (противопоставление большого пальца);
- ▲ все упражнения повторяйте 5 раз.
- Комплекс упражнений для тазобедренных и коленных суставов:
 - ▲ положите одну руку под колено пациента, а другую — под его голеностопный сустав;
 - ▲ согните колено пациента и прижмите его к животу (сгибание суставов);
 - ▲ распрямите колено пациента, чтобы разогнуть коленный сустав. Опустите его ногу на кровать (разгибание суставов);
 - ▲ отведите ногу пациента в сторону (отведение), верните ногу пациента в исходное положение (приведение);
 - ▲ поверните ногу пациента внутрь, а затем наружу (вращение в тазобедренном суставе);
 - ▲ все упражнения повторяйте 5 раз.
- Комплекс упражнений для голеностопных суставов:
 - ▲ положите одну руку под голеностопный сустав пациента, а другой возьмите его стопу;
 - ▲ притяните стопу пациента к голени (тыльное сгибание), а затем от голени (подошвенное сгибание);
 - ▲ поверните стопу пациента внутрь (приведение внутрь), а затем наружу (отведение наружу);
 - ▲ все упражнения повторяйте 5 раз.
- Комплекс упражнений для пальцев ног:
 - ▲ положите одну руку под стопу пациента, а другой накройте пальцы;
 - ▲ согните пальцы ног пациента вниз (сгибание), а затем распрямите их вверх (разгибание);
 - ▲ держа вместе два пальца пациента, отделяйте каждый палец так, как Вы это делали с пальцами рук;
 - ▲ все упражнения повторяйте 5 раз.

Неподвижность может быть причиной развития осложнений в различных системах организма. Чтобы уменьшить риск сердечно-сосудистых осложнений, следует:

- максимально поощрять пациента заниматься самообслуживанием;

- рекомендовать пациенту использовать эластичные чулки;
- регулярно менять положение пациента (горизонтальное — сидя с опущенными ногами);
- обучить пациента перемещаться в постели на выдохе и не задерживать дыхание;
- предупреждать запор;
- стараться избегать переутомления пациента.

Риск осложнений в системе дыхания можно уменьшить следующими вмешательствами:

- предлагать пациенту периодически занимать положение на боку (если нет противопоказаний);
- предупреждать метеоризм;
- обеспечить регулярное опорожнение кишечника и мочевого пузыря;
- напоминать пациенту о необходимости менять положение тела и глубоко дышать каждый час;
- предлагать достаточное количество жидкости (избегать обезвоживания);
- применять вибрационный массаж (при отсутствии противопоказаний и после консультации с врачом);
- применять (по возможности) постуральный дренаж (при отсутствии противопоказаний и после консультации с врачом).

При развитии у пациента проблем в психосоциальной сфере рекомендуются следующие вмешательства:

- активизировать пациента насколько это возможно;
- отмечать любой прогресс в выздоровлении, восстановлении функций самообслуживания и т.д.;
- обеспечить пациента (при необходимости) очками, слуховым аппаратом и т.п.;
- поставить в палате часы и повесить календарь; помогать пациенту ориентироваться во времени;
- обеспечить максимально комфортную окружающую обстановку;
- вовлекать пациента в процесс лечения, ухода и реабилитации;
- поощрять общение с семьей, коллегами, друзьями и т.д.

У пациентов, полностью зависимых в перемещениях от других людей, имеется высокий риск развития ИМП, особенно при небрежных гигиенических процедурах промежности.

Часто у пациентов возникают проблемы в связи с недостаточной или чрезмерной физической активностью. Неадекватная физическая нагрузка может быть одним из серьёзных факторов риска многих заболеваний и их обострений (см. главу 10).

8.4.5. Оценка результатов сестринского ухода

Текущая и итоговая оценка результатов ухода считается положительной, если:

- пролежни отсутствуют;
- кожные покровы не повреждены;
- имеющиеся пролежни быстро заживают;
- мышечный тонус сохранён;
- контрактура суставов отсутствует;
- тугоподвижность суставов адекватно восстанавливается;
- тромбы в периферических венах отсутствуют, признаков эмболии сосудов лёгких нет;
- пациент знает о возможном влиянии постельного режима на сердечно-сосудистую систему;
- инфекция дыхательных путей отсутствует;
- значительной потери массы тела нет;
- стул ежедневный (или регулярный);
- количество мочи не менее 30 мл/ч (при наличии постоянного катетера);
- ориентация сохранена;
- психологическая адаптация и физическая активность адекватные.

Текущая ежедневная оценка эффективности противопролежневых мероприятий в условиях стационара регистрируется на специально разработанном бланке «Лист регистрации противопролежневых мероприятий».

8.5. ПОТРЕБНОСТЬ В СНЕ И ОТДЫХЕ

В течение длительного времени исследователи во многих странах изучают феномен сна. Хотя полного ответа на вопрос «что такое сон?» нет и сегодня, благодаря ЭЭГ получены данные, позволяющие выявить несколько стадий сна. Считается, что функции сна заключаются в обработке полученной информации и восстановлении затраченной энергии.

Достаточная продолжительность сна для взрослого человека 3–12 ч (в среднем 7,25 ч), хотя она индивидуальна. Если человек не высыпается, задолженность по сну накапливается, но может быть компенсирована более длительным сном. Сонливость, ощущаемая в результате недосыпания, чрезвычайно опасна, поскольку повышается риск травмы как самого человека, так и окружающих его людей.

Отрицательное влияние бессонницы может сказаться даже при недосыпании в течение 2–3 ч.

По статистике, ежегодно недосыпание является причиной более 100 тыс. аварий на дорогах, в которых 71 тыс. получают травмы, и 1,5 тыс. погибают. Чаще всего пострадавшие моложе 20 лет.

Парадоксально, но слишком продолжительный сон также не способствует хорошему самочувствию. Можно отметить и такой факт: некоторые люди не спят в течение длительного времени либо спят по 2–3 ч в сутки, но при этом чувствуют себя хорошо.

Даже если человек не спит, работоспособность и сонливость могут появляться и исчезать через каждые 100 мин. Как правило, большая часть людей не замечают этого, хотя некоторые ощущают беспокойство каждые 100 мин.

Для поддержания работоспособности, как физической, так и умственной, человек должен правильно отдыхать. Отдых — искусство расслабления. В современных условиях, когда темп жизни значительно возрос, многие люди разучились отдыхать. Не следует понимать буквально, что отдых — это лежание на диване (хотя и такой отдых тоже возможен). Спорт, чтение, искусство, смена занятий — тоже отдых, но активный. Искусство йоги и медитации также позволяют человеку быстро почувствовать, прилив сил, ясность мысли.

8.5.1. Первичная оценка

У людей разного возраста продолжительность и качество сна различны. Хронология сна изменяется в течение всей жизни. Так, подросткам и молодым людям требуется больше времени для сна, чем взрослым, так как продолжительность III и IV стадий сна (глубокий сон) у них больше. Кстати, именно в течение этих стадий у детей вырабатывается максимальное количество гормона роста («во сне растут»). К 15-летнему возрасту продолжительность сна в среднем 7–8 ч. В молодом возрасте люди обычно спят крепко, однако и

они могут жаловаться на нарушение сна. Продолжительность сна у пожилых людей меньше, и они чаще просыпаются.

Исследования, проведенные в США, свидетельствуют о том, что в возрасте 75 лет люди проводят в постели больше времени (не обязательно спят), им хочется прилечь в течение дня. К 85 годам они чаще применяют снотворное, жалуются на нарушения сна, поэтому следует серьезно подходить к их проблемам.

На качество сна оказывает влияние множество факторов. Так, в зависимости от биологического ритма часть людей — «жаворонки» (предпочитают рано ложиться спать и рано вставать), а часть — «совы» (могут заснуть не раньше 1–2 ч ночи, просыпаются поздно). При нарушении привычного ритма сна у них появляются серьезные проблемы.

Пища или напитки также могут оказывать влияние на качество сна. Некоторые люди не могут уснуть голодными, другие предпочитают последний приём пищи за 3–4 ч до сна. Чай, кофе также могут нарушать засыпание (причём у некоторых людей наблюдается обратная реакция: крепкий кофе вызывает сонливость).

На качество сна влияет храп, от которого страдают как сам храпящий, часто просыпаясь, так и те, кто находится рядом. Следует знать, что храп опасен для жизни храпящего человека, поскольку при храпе может наступить так называемый *синдром ночного апноэ* — временная остановка дыхания во сне. При храпе увеличивается риск развития инсульта и инфаркта миокарда. Учитывая, что храпят чаще в положении на спине и животе, следует аккуратно перемещать храпящего в положение на боку.

На качество сна влияют настроение, переживания, заботы. Сновидения, возникающие в стадии быстрого сна, также отрицательно могут сказаться на сне: человек просыпается на фоне тревожных снов. Если разбудить человека, находящегося в стадии быстрого сна, у него в течение длительного времени сохраняется чувство разбитости и усталости.

Сновидения бывают практически у всех, но не все их помнят. Сразу после пробуждения их помнят 80% людей, через 5 мин бодрствования большинство помнят отдельные фрагменты сна, через 10 мин сон, как правило, забывают.

Комфортность постели, одежда для сна, присутствие другого человека (людей) в помещении — факторы, определяющие качество и продолжительность сна. Свежий воздух, комфортная температура (около 18 °С) могут улучшить качество сна. Температура тела чело-

века значительно снижается во время сна и становится минимальной с 2–6 ч утра. Поэтому при температуре воздуха в помещении ниже 18 °С человек просыпается от холода и не может заснуть, пока не согреется.

Высокая кровать, с которой человек (особенно пожилой) боится упасть, шум, яркий свет, чтение захватывающих детективов перед сном или просмотр волнующих передач могут значительно ухудшить качество сна. Многие люди спят хорошо, несмотря на шум и свет, в привычном для них месте, но плохо засыпают даже в комфортных условиях в непривычном.

Продолжительность сна, как правило, не зависит от продолжительности светового дня: и в белые, и в полярные ночи продолжительность сна одинакова.

Проводя первичную оценку удовлетворения потребности пациента в отдыхе, следует учитывать, что эта оценка всегда субъективна. Но всё же необходимо выяснить:

- в какое время обычно спит человек;
- какие факторы влияют на качество сна;
- хорошо ли спит;
- существуют ли трудности со сном в течение длительного времени или в данный момент;
- нужны ли дополнительные подушки, одеяла и т.п.;
- принимает ли пациент снотворные средства.

8.5.2. Проблемы пациента

Проблемы пациента при неудовлетворении потребности в сне бывают как действительными, так и потенциальными.

Многие люди, попадая в стационар, не могут уснуть в связи с изменившейся для них окружающей средой. Для сестринского персонала важно понять причину таких нарушений:

- необходимость спать на больничной кровати;
- непривычный микроклимат в палате (жарко, душно, холодно);
- шум, яркий свет, темнота (некоторые люди боятся темноты);
- изменение обычной деятельности человека, предшествующей сну в домашних условиях (прогулки, душ, секс и т.д.);
- необходимость вынужденного положения во время сна (в зависимости от конкретного заболевания или травмы);
- незнакомая обстановка (особенно в первую ночь пребывания в стационаре);

- храп;
- изменение привычного биологического ритма (необходимость соблюдать больничный режим);
- боль (при наличии боли около 96% пациентов страдают нарушением сна вследствие неадекватной анальгезии в ночное время);
- те или иные заболевания, сопровождающиеся нарушением сна.

Проблемы с отдыхом, как правило, связаны с нарушением привычного для человека стереотипа жизни.

8.5.3. Определение целей сестринского ухода

Обсуждая с пациентом действительные или потенциальные проблемы, связанные со сном и отдыхом, следует сформулировать реалистические цели как для пациента, так и для медсестры. Например: «продолжительность сна ночью не менее 7 ч», «пациент осознаёт необходимость отказа от просмотра вечерних новостей» и т.д.

8.5.4. Сестринский уход

В зависимости от причин, вызвавших проблемы со сном и отдыхом, вмешательство медсестры заключается в следующем:

- создание пациенту комфортных условий в постели: оптимальная высота кровати, качественный матрас, достаточное количество подушек и одеял;
- обеспечение комфортного микроклимата в палате и отделении;
- обеспечение комфортных условий пациенту, который из-за заболевания принимает вынужденное положение;
- ознакомление пациента с расположением туалета, медсестринского поста, существующими средствами вызова медсестры;
- обеспечение необходимого для конкретного пациента освещения в палате в ночное время;
- перемещение пациента в другое положение при сильном храпе;
- уменьшение тревожности пациента, связанной с незнакомой обстановкой, предстоящими обследованиями или операцией;
- обсуждение с врачом вопросов анальгезии в ночное время;
- создание условий для адекватного отдыха.

Независимо от причины, вызвавшей нарушение сна, лучше дать человеку спать до тех пор, пока он не проснётся сам, ведь даже незначительное недосыпание отразится на его самочувствии в течение дня. Естественно, следовать этой рекомендации можно, если на утро не запланированы неотложные процедуры или обследования.

Улучшить качество сна могут и лекарственные препараты, назначенные врачом. Очень важно дать их вовремя. При назначении и анальгезирующих, и снотворных лекарственных средств, анальгезирующие надо принимать на 15–20 мин раньше снотворных.

8.5.5. Оценка результатов сестринского ухода

Оценка сна всегда субъективна. Иногда человек говорит, что не спал всю ночь, в действительности же он всё-таки спал (доказано с помощью ЭЭГ).

Однако, проводя текущую или итоговую оценку результатов ухода, не следует игнорировать жалобу пациента на бессонницу и усталость, необходимо вновь пересмотреть возможные причины нарушения сна и проконсультироваться с врачом.

8.6. ПОТРЕБНОСТЬ В ОДЕЖДЕ И ЛИЧНОЙ ГИГИЕНЕ

В течение многих веков человек уделяет особое внимание личной гигиене. В каждый исторический период предметы и средства, используемые для ухода за кожей, волосами, ногтями, зубами постоянно совершенствуются.

В настоящее время у большинства людей высок интерес к одежде, своему внешнему виду. Возможность выбора одежды доставляет людям удовольствие. Уже в детстве ребёнка обучают навыкам гигиены: чистить зубы, умываться, мыть руки, голову, причёсываться и т.д. Как правило, ребенок знает, что личную гигиену осуществляют в ванной (душевой) комнате (если она есть), а смена одежды, особенно нижнего белья, не должна происходить на виду у других людей (за исключением близких).

Оптимально, когда правила гигиены соблюдаются всеми людьми. Опрятность и подтянутость, тщательность в одежде и аккуратность во внешнем виде импонируют окружающим. Неопрятность, неприятный запах, педикулёз компрометируют человека.

Большинство людей моются регулярно, правда, периодичность гигиенических процедур разная: от 1–2 раз в день до 1 раза в неделю и более.

- *Мытьё* в ванной или душе, помимо ощущения свежести и бодрости, позволяет предупредить размножение микроорганизмов на коже, в том числе возбудителей таких заболеваний, как гепатит В и ВИЧ-инфекция. С целью профилактики этих заболеваний при попадании на тело биологических жидкостей другого человека следует рекомендовать немедленную полную гигиеническую обработку кожи.
- *Мытьё рук* — необходимый компонент повседневной личной гигиены человека. Как правило, руки моют горячей, тёплой или холодной водой, используя кусковое либо жидкое мыло.

Следует стремиться к использованию бумажных одноразовых полотенец, особенно вне дома. Электросушилки для рук в общественных местах нельзя считать полностью безопасными, поскольку с горячим воздухом на чистые руки могут попасть патогенные микроорганизмы. Сухая кожа на руках требует специального ухода, так как микротрещины кожи являются входными воротами инфекции.

- *Уход за промежностью* (особенно у женщин) важен как для поддержания здоровья, так и для поддержания комфорта, предупреждения неприятного запаха. Женщинам следует выполнять эту процедуру спереди назад, особенно после дефекации. Микробиологические исследования свидетельствуют, что чаще всего возбудителями цистита (воспаление мочевого пузыря) у женщин являются микроорганизмы, постоянно присутствующие в толстой кишке. При неправильном уходе за промежностью они могут попасть в мочевыводящие пути через уретру.
- *Уход за волосами* (мытьё и расчёсывание) необходим для поддержания здоровья. Расчёсывание производят ежедневно и многократно, а частота мытья зависит от загрязнённости и типа волос.
- *Уход за ногтями* заключается в поддержании чистоты (особенно под свободным краем ногтевой пластинки) и здоровья кожи вокруг ногтевого ложа, так как заусенцы и трещины могут служить входными воротами инфекции. Длина ногтей, маникюр, покрытие ногтей лаком — дело вкуса.

- *Уход за зубами и полостью рта* начинают с двухлетнего возраста, когда ребёнка приучают чистить зубы вначале с помощью взрослых. Чтобы избежать воспаления дёсен и кариеса, человек должен регулярно и правильно чистить зубы и поддерживать здоровье полости рта. Зубные пасты, содержащие флюористат, защищают зубы от кариеса, а дёсны от воспаления. Обязательно применять правильную технику чистки зубов, использовать специальные нити для очистки межзубных промежутков от остатков пищи. Идеально, если человек удаляет остатки пищи между зубами после каждого её приёма. Рекомендуется полоскание рта водой или специальными растворами.
- *Одежда* — средство невербального общения. Одеваясь тем или иным образом, человек самовыражается. При хорошем самочувствии он содержит одежду в идеальном состоянии, при ухудшении состояния больной бывает небрежен в одежде. Полная зависимость в выборе и надевании одежды, личной гигиене неизбежна в младенческом и раннем детском возрасте. Полная независимость наступает в юношеском возрасте и сохраняется на протяжении всей взрослой жизни (кроме ситуаций снижения физических и умственных способностей в престарелом возрасте). Зависимость при удовлетворении этих потребностей у взрослых людей наблюдается лишь при заболеваниях и травмах.

Помимо простых навыков надевания и снятия одежды, человек должен подобрать её по сезону. Одежда, непосредственно прилегающая к коже, пропитывается потом, отделяемым солевых желез, слущивающимся эпителием и микроорганизмами, присутствующими на коже. В связи с этим человек должен своевременно менять одежду.

8.6.1. Первичная оценка

Знание индивидуальных привычек человека — необходимое условие при составлении плана по уходу. Оказавшись в непривычных условиях лечебного учреждения, человек чувствует себя дискомфортно из-за нарушения обычного распорядка жизни, некоторые пациенты настойчиво стремятся к тому, чтобы привычный образ жизни был сохранён и гарантирован.

При проведении первичной оценки состояния пациента следует выяснить:

- какие привычки у человека в осуществлении личной гигиены и выборе одежды;
- какие факторы оказывают влияние на эти привычки;
- когда и как часто человек привык принимать ванну (душ), мыть голову;
- что известно человеку о влиянии личной гигиены и одежды на здоровье, как он относится к этим сведениям;
- имеются ли у человека какие-либо долговременные трудности, как обычно он с ними справляется;
- какие проблемы у человека в отношении личной гигиены и выборе одежды есть в настоящее время, какие могут появиться.

Не всегда следует формулировать вопросы именно так, как они поставлены выше. Часто информацию можно получить косвенно при проведении оценки удовлетворения пациентом других потребностей. В некоторых случаях степень удовлетворения этой потребности очевидна даже без опроса, однако это не означает, что с пациентом не обязательно обсуждать эти вопросы и не нужно оказывать ему медсестринскую помощь.

Для первичной оценки потребностей человека в личной гигиене и одежде принимается во внимание возраст, и вот по каким причинам:

- в юношеском возрасте отмечается повышенное потоотделение, особенно в подмышечных областях; на коже лица часто имеется угревая сыпь (акне); волосы жирного типа; одежда, причёска, косметика — способ выражения индивидуальности, независимости, сексуальности;
- в зрелом возрасте устанавливается определённый распорядок работы и отдыха, возникают связанные с этим привычки; с помощью одежды, причёски и косметики человек зачастую выражает свой имидж;
- в престарелом возрасте часто наблюдается сухость кожи, возникают трудности с купанием, уходом за ногтями на руках и ногах, надеванием одежды в связи с прогрессированием физической немощи.

При проведении первичной оценки следует обращать внимание на следующее:

- нарушения физического состояния, связанные с возрастом;
- индивидуальные особенности физического состояния;

- цвет и повреждения кожи, участки шелушения и мокнутия;
- чистоту рук и ногтей;
- состояние полости рта (сухость, запах), зубов или зубных протезов, режим и технику чистки зубов;
- состояние волос: тип (сухие, жирные), причёска, наличие перхоти, педикулёза;
- состояние одежды: стиль, фасон, целесообразность одежды, её опрятность, духи, косметика, удобство обуви;
- осведомлённость женщины о правилах личной гигиены, в том числе во время менструации;
- осведомлённость мужчины об особенностях гигиены крайней плоти.

8.6.2. Проблемы пациента

Неудовлетворение потребности в выборе и надевании одежды, личной гигиене вызывает разнообразные проблемы и требует от медицинской сестры чуткости, сопереживания, изобретательности. Если не удаётся решить все существующие проблемы, то надо стремиться хотя бы к уменьшению их влияния на больного.

Проблемы чаще всего возникают при ограничении подвижности пациента, отсутствии конечности, произвольных движениях рук, снижении функции органов чувств, бессознательном состоянии, психических расстройствах. Сестринскому персоналу следует уделить особое внимание пациентам, страдающим вышеперечисленными заболеваниями.

Трудности при гигиене полости рта возникают:

- при нарушении потребления жидкости и пищи;
- при истощении;
- при необходимости дышать через рот (невозможность носового дыхания);
- при воспалительных процессах в полости рта;
- при употреблении лекарств, вызывающих сухость во рту.

К потенциальным проблемам, связанным с неудовлетворением потребности в гигиене, относятся риск инфицирования пролежней и других ран (в том числе послеоперационных), кишечных инфекций, возникновение педикулёза, ИМП. Люди, не имеющие психических нарушений, как правило, очень остро переживают свою зависимость в решении проблем личной гигиены и выбора одежды. Даже частичная зависимость (невозможность наклониться, чтобы

надеть носки или обувь, затруднения с застёгиванием молнии или пуговиц и т.п.) заставляет некоторых людей нервничать и страдать.

Зависимость при надевании и снятии одежды может привести к появлению потенциальной проблемы переохлаждения или перегревания.

Проблемы могут быть сформулированы следующим образом:

- пациент отказывается принимать помощь при подмывании;
- пациент не знает, как правильно чистить зубы;
- пациент не умеет застёгивать пуговицы на рубашке одной рукой;
- пациент не умеет (боится) правильно стричь ногти на ногах.

8.6.3. Цели сестринского ухода

Задачи сестринского ухода при неудовлетворении потребности человека в осуществлении личной гигиены и выборе одежды заключаются в следующем:

- не допустить перехода потенциальных проблем в действительные;
- уменьшить зависимость пациента;
- создать условия для удовлетворения потребностей в личной гигиене.

Цели можно сформулировать так:

- пациент соглашается принять помощь при подмывании;
- пациент сможет самостоятельно умываться через 2 дня;
- пациент сможет самостоятельно надевать и застегивать брюки через 7 дней;
- пациентка понимает необходимость ношения обуви без каблучков;
- пациент научится (не будет бояться) стричь ногти на ногах;
- у пациента не возникнет инфекции полости рта;
- у пациента не возникнет ИМП.

8.6.4. Сестринский уход

Учитывая индивидуальные привычки, следует всячески поощрять желание человека самостоятельно осуществлять личную гигиену, даже если на это уйдет больше времени, чем если бы все мероприятия осуществила медсестра. Это позволит человеку сохранить чувство собственного достоинства и самоуважение. Оценив физические способности человека, следует убедить его выполнять те или иные гигиенические процедуры и одеваться самостоятельно.

8.6.5. Оценка результатов сестринского ухода

Оценивая результаты сестринского ухода, следует убедиться, что цели, записанные в плане ухода, достигнуты, потенциальные проблемы не переросли в действительные, а пациент стал менее зависим (или полностью независим) в осуществлении гигиенических процедур, выборе и надевании одежды.

8.7. ПОТРЕБНОСТЬ В ПОДДЕРЖАНИИ НОРМАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА

Общеизвестно, что человек поддерживает определённую температуру тела, отличную от температуры окружающей среды. В обычных условиях люди не ощущают температуры своего тела благодаря центру терморегуляции, обеспечивающему баланс между теплопродукцией и теплоотдачей.

Когда температура окружающего воздуха повышается или понижается, становится жарко или холодно, что побуждает человека к выполнению каких-либо действий (открыть или закрыть окно, задернуть занавески, раздеться или одеться, включить или выключить обогреватель и т.п.).

Чтобы согреться, человек делает энергичные физические упражнения (бег на месте, прыжки, потирание ладоней и т.п.). Таким образом, своим поведением он обеспечивает постоянство нормальной температуры своего тела.

Организм человека также регулирует теплопродукцию и теплоотдачу с помощью физиологических механизмов, ведь большинство биохимических реакций протекает только при определённой температуре тела. При значительных колебаниях температуры тела нарушается работа нервной, эндокринной и других систем организма.

Температура тела зависит от возраста: у новорождённых составляет 36,8–37,2 °С, у пожилых людей может быть ниже нормы и подвержена быстрым изменениям при заболевании, сильной жаре или холоде. У женщин после овуляции и за 2 дня до начала менструации отмечается повышение температуры тела, которое, как правило, не замечают.

При том или ином заболевании может повышаться температура тела, в этом случае человек любого возраста может становиться зависимым, однако чаще всего человек зависит от других при поддержании постоянства температуры тела в детстве и в старости.

Факторы, влияющие на поддержание нормальной температуры тела:

- интенсивная физическая нагрузка сопровождается образованием тепла. Температура тела максимальна в период наибольшей физической активности, минимальна во время сна;
- гормональный фон также влияет на температуру тела. Помимо женских половых гормонов, на температуру тела влияет гормон щитовидной железы тироксин. При гиперфункции щитовидной железы, сопровождающейся повышением уровня тироксина и ускорением метаболизма, наблюдается повышение температуры тела, гипофункция щитовидной железы сопровождается снижением температуры тела;
- большие дозы кофеина, курение (никотин) могут вызвать повышение температуры тела. Алкоголь, напротив, снижает температуру тела за счет увеличения теплоотдачи;
- приём пищи, особенно белковой, усиливает метаболизм и повышает температуру тела (голодный человек замерзает быстрее);
- в разное время суток температура тела различна: в 17.00–20.00 ч она максимальна, в 2.00–6.00 (8.00) ч минимальна. При этом у людей, привыкших работать ночью, а спать днём, время максимальной и минимальной температуры тела соответственно изменяется;
- стресс, возбуждение, беспокойство, гнев способствуют повышению температуры тела, а апатия и депрессия сопровождаются её понижением;
- религия, национальные обычаи диктуют особенности одежды и головных уборов, влияющие на температуру тела;
- значительное изменение температуры окружающей среды может влиять на температуру тела человека;
- переезд человека из одной климатической зоны в другую вызывает его акклиматизацию, которая может сопровождаться колебаниями температуры.

8.7.1. Первичная оценка

При проведении первичной оценки медицинская сестра должна выяснить:

- как воспринимает пациент свою температуру тела в настоящий момент (комфортная, высокая, низкая и т.п.);

- какие факторы влияют на изменение температуры тела пациента;
- что знает пациент о поведении и физиологических механизмах, влияющих на температуру тела;
- существуют ли потенциальные проблемы гипертермии, гипотермии или обморожения;
- какое значение придаёт человек адекватному (рациональному) питанию, комфортной одежде для поддержания нормальной температуры тела;
- имеются ли финансовые трудности, нарушающие возможность поддерживать нормальную температуру тела;
- как долго имеются проблемы в данной области, как пациент с ними справляется;
- есть ли проблемы в данный момент.

Объективным критерием соответствия температуры тела человека в норме является её измерение.

8.7.2. Проблемы пациента

Информация, полученная после измерения температуры тела, при наблюдении, из беседы с пациентом или его родственниками, позволяет выявить действительные или потенциальные проблемы терморегуляции. Проблемы появляются, если есть риск повышения или понижения температуры. Их возникновение может быть вызвано зависимостью в поддержании нормальной температуры тела либо изменением окружающей среды и привычного образа жизни. Пациент в этих ситуациях зависит от медицинской сестры (в лечебном учреждении) или от близких (в домашних условиях).

Повышение температуры тела (лихорадка) имеет три периода.

I период лихорадки. Температура повышается до 37,5 °С, сопровождается ощущением озноба, больной «сворачивается калачиком», что уменьшает потерю тепла. Несмотря на то что начало у лихорадки внезапное, иногда человек ощущает её предвестники: головную боль, снижение аппетита, сонливость, усталость.

Проблемами пациента в I периоде лихорадки могут стать, например, невозможность самостоятельно укрыться, обеспечить себя тёплыми напитками и т.д.

II период лихорадки. Температура стабилизируется на высоком уровне. Больной ощущает дискомфорт, ему жарко, начинается потоотделение. Человек снимает одежду, сбрасывает одеяло и лежит, почти не двигаясь. Вследствие потоотделения возникает жажда, мо-

жет быстро развиться обезвоживание. Длительное снижение аппетита в этом периоде приводит к потере массы тела, сонливости, слабости (потенциальные проблемы). Человек становится раздражительным, беспокойным, мечется в кровати, жалуется на головную боль, светобоязнь. Сонливость может привести к дезориентации во времени: больному кажется, что время идёт слишком медленно. В этом периоде лихорадки могут быть галлюцинации и бред.

Проблемами пациента во II периоде лихорадки могут стать нежелание использовать более лёгкое одеяло или одежду, отсутствие аппетита, незнание принципов адекватного питания при лихорадке, невозможность самостоятельно сменить бельё (нательное, постельное), риск травмы в связи с бредом (галлюцинациями), риск обезвоживания и т.д.

III период лихорадки. Температура снижается (по критическому или литическому варианту).

Проблемами пациента в III периоде (при литическом снижении температуры тела) могут стать неадекватное питание, неадекватная физическая нагрузка и др. При критическом падении температуры тела проблемами пациента могут быть высокий риск травмы, невозможность самостоятельно сменить нательное (постельное) бельё, обеспечить себя достаточным количеством жидкости и др.

8.7.3. Цели сестринского ухода

Сестринский уход направлен на осуществление следующих задач:

- предупреждение дальнейшего повышения температуры тела;
- снижение температуры тела до нормальной (в рамках сестринской компетенции);
- предупреждение обезвоживания;
- предотвращение травматизма;
- облегчение состояния дискомфорта;
- восстановление независимости в самообслуживании;
- предупреждение снижения массы тела и др.

8.7.4. Сестринский уход

Сестринские вмешательства должны быть основаны на знании механизмов теплоотдачи и теплообразования.

В I периоде, сопровождающемся спазмом сосудов кожи и ощущением холода, сестринские вмешательства направлены на согревание пациента (одежда, одеяло, горячие напитки).

Помимо решения действительных и потенциальных проблем конкретного пациента, медицинская сестра выполняет общепринятые процедуры, облегчающие самочувствие пациента при лихорадке.

Во II периоде, сопровождающемся увеличением теплопродукции, сестринские вмешательства способствуют увеличению возможностей теплоотдачи. Это достигается увеличением пути излучения (раздевание человека, замена одеяла лёгкой простыней), созданием возможностей конвекции (применение вентилятора, увеличивающего скорость движения воздуха в непосредственной близости от тела человека), увеличением путей проведения (обтирание кожи губкой, обёртывание во влажную простыню, прикладывание пузыря со льдом к голове и т.п.). Приём тёплой ванны также способствует снижению температуры тела (холодная вода может вызвать сильную дрожь и повышение температуры тела). Учитывая, что теплопродукция возрастает при физической активности, при гипертермии пациенту рекомендуется расслабиться и больше спать.

Сестринская помощь необходима также при выполнении процедур личной гигиены, одевании и раздевании. Особое внимание надо уделять уходу за складками кожи и наружными половыми органами.

Для предупреждения обезвоживания и дискомфорта, связанного с сухостью рта, рекомендуются частое питьё, полоскание рта и обязательная чистка зубов (не менее 2 раз в сутки).

Если II период лихорадки длится более 2 дней, нужно убедить пациента принимать пищу, несмотря на отсутствие (снижение) аппетита. В связи с тем что при высокой температуре тела скорость метаболизма значительно повышена, голодание приведёт к потере массы тела. Питание должно быть сбалансированным.

Во II периоде (при температуре тела выше 38 °С) пациенту нельзя ходить, поэтому он зависим от медицинской сестры при мочеиспускании и дефекации.

Учитывая состояние лихорадящего больного, следует к его просьбам относиться с пониманием, учитывая возможные сдвиги во времени. Медицинской сестре не следует ждать просьб, необходимо быть пунктуальной, особенно в отношении времени приёма пищи пациентом и его физиологических отправлений.

Температура воздуха в палате вряд ли будет одинаково комфортной для всех пациентов: одним она покажется нормальной, другим — высокой, третьим — низкой. Планируя и осуществляя уход

за пожилыми и неподвижными пациентами, надо помнить, что они часто мёрзнут, поэтому при необходимости их нужно укрыть дополнительно, особенно ночью.

Медицинская сестра, находящаяся на работе и выполняющая активные действия, должна помнить, что когда ей жарко, пациентам может быть холодно.

8.7.5. Оценка результатов сестринского ухода

Уход считают успешным, если выполнены следующие условия:

- потенциальные проблемы не превратились в действительные;
- восстановилась независимость в самообслуживании;
- температура тела снизилась до нормальной;
- родственники пациента знают, как обеспечить ему комфортную среду;
- родственники пациента знают, как осуществить за ним уход;
- человек знает, как себя вести для поддержания нормальной температуры тела.

8.8. ПОТРЕБНОСТЬ В ПОДДЕРЖАНИИ БЕЗОПАСНОЙ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

Даже в обычных условиях люди могут подвергаться опасностям, связанным с воздействием радиации, химических отходов, употреблением некачественных продуктов питания, бесконтрольным использованием лекарственных препаратов и т.п. Важно помнить, что на любом отрезке жизни, от рождения до смерти, безопасность человека — основное условие выживания, развития, сохранения здоровья. Наиболее часто подвергают себя опасности дети и престарелые. Вопросы безопасности окружающей среды для ребёнка рассматриваются в составе других дисциплин. Помогать поддерживать безопасную окружающую среду особенно необходимо в период старения, когда наблюдаются постепенное ухудшение физических и интеллектуальных способностей, утрата остроты ощущений.

Престарелые люди более склонны к падениям из-за болезней опорно-двигательного аппарата, головокружения, они чаще становятся жертвами дорожно-транспортных происшествий по причине нарушений зрения, слуха, тяжелее страдают при стихийных бедствиях из-за замедленной реакции. В преклонном возрасте человек более зависим от окружающих людей, приспособлений, обеспечивающих безопасность.

8.8.1. Первичная оценка

Следуя холистическому подходу, можно сказать, что на фундаментальную потребность, связанную с поддержанием безопасной окружающей среды, оказывают влияние биологические, психологические, социокультурные и политико-экономические факторы.

Факторы, влияющие на способность поддерживать безопасную окружающую среду:

1. Независимость и возраст. Состояние зависимости (независимости) тесно связано с возрастом: зависимость в детстве, независимость в зрелом возрасте и вероятность зависимости в преклонном возрасте.

В зрелом возрасте люди, как правило, хорошо осознают риск и личную ответственность за поддержание безопасности. У пожилых, даже если восприятие окружающего мира достаточно остро, снижена способность быстро реагировать (при падении или ожогах).

2. Биологические механизмы (анатомические и физиологические) активно функционируют в повседневной жизни для поддержания безопасности, особенно если она связана с приёмом пищи и жидкости. Внешнюю угрозу для безопасности человек определяет с помощью зрения, слуха, прикосновения, обоняния и ощущения вкуса. Любое ослабление восприятия с помощью этих органов чувств делает человека более беззащитным в окружающем мире. Немощный человек (преклонного возраста, страдающий тяжёлым заболеванием либо с физическими недостатками) при определённых обстоятельствах физически не способен избежать несчастный случай. В то же время у человека существуют внутренние (резервные) возможности, зачастую помогающие поддерживать безопасную окружающую среду.

Так, у человека два глаза, два уха, две почки, функционирующие независимо друг от друга. Кости черепа защищают головной мозг, позвоночник — спинной, а грудная клетка — сердце и лёгкие. Неповреждённая кожа оберегает внутреннюю среду человека от опасных внешних факторов, а миндалины не пропускают инфекцию в желудочно-кишечный тракт. Благодаря рефлекторной дуге рука мгновенно отдёргивается от горячего предмета; глаз закрывается, как только в него попадает инородное тело, а слёзы помогают смыть его с роговицы. Одним из важнейших защитных механизмов является иммунитет.

3. Психологические факторы. Люди с ослаблением познавательных способностей не в состоянии приобрести достаточные знания и быстро среагировать на угрозу своей безопасности. Испытывая серьёзные затруднения в обучении, они становятся зависимыми от других при внешних неблагоприятных условиях и нуждаются в наблюдении и своевременной помощи.

Отношение самого человека к безопасности и предупреждению опасных ситуаций является важным фактором при проведении первичной оценки состояния человека. К сожалению, многие считают, что несчастные случаи, пожары и инфекционные заболевания происходят только с другими, надеясь, что с ними ничего подобного не произойдет.

Особенности характера и темперамента человека также важны в определении его роли в безопасности окружающей среды. Особое значение имеет учёт настроения человека, поскольку рассерженные люди часто агрессивны и даже склонны к насилию, а потому могут нанести увечье себе или окружающим.

Люди, находящиеся в состоянии депрессии, — потенциальный источник опасности для себя и для других, так как апатия, утрата смысла жизни приводят к снижению внимания. Обеспокоенные и озабоченные люди могут стать жертвами несчастного случая даже в обычных условиях. Неуверенность или самонадеянность также отражаются на безопасности.

4. Физиологические факторы часто связаны с жизненными обстоятельствами (кризисами). Например, для ребёнка стрессом может быть отнятие от груди, для подростка — период полового созревания, для взрослого в случае внезапного заболевания — обучение умению ходить в туалет. Определённые периоды жизни сопровождаются обстоятельствами, приводящими к неизбежной напряжённости и беспокойству (перемена места работы или учёбы, замужество, смерть близкого человека).

5. Социокультурные факторы. Серьёзной проблемой в мире становится преднамеренное насилие по отношению к детям, членам семьи, престарелым людям.

Разрушительны последствия обид, оскорблений и насилия, особенно по отношению к детям. Так, Н. Роупер приводит следующие данные: «В своём ежегодном отчёте за 1993–1994 гг. Национальное общество по предотвращению жестокости в отношении детей сообщает, что в Великобритании каждую неделю из четырёх случаев смерти детей трое погибают по причине плохого обращения и от-

сутствия заботы со стороны родителей. В эту организацию за 1992–1993 гг. с просьбой о помощи обратилось 14 624 человека: сексуальные злоупотребления (насилие) — 28%; физическое насилие — 27%; отсутствие заботы о детях — 19%; другие виды оскорблений и насилия — 20%».

Дети, подвергающиеся физическому, эмоциональному или сексуальному насилию, вырастают с комплексом неполноценности. Научные исследования, проведённые в Великобритании, свидетельствуют о том, что «дети, испытавшие насилие, с большей вероятностью могут пристраститься к алкоголю, наркотикам или стать на путь преступлений, велика вероятность того, что они будут плохо обращаться и со своими собственными детьми» [53].

Женщины тоже подвергаются насилию. Правами жертв насилия занимаются многие организации во всем мире, но радикального решения данной проблемы нет до сих пор.

Часты случаи насилия над престарелыми людьми (насилие физическое, сексуальное, психологическое или финансовое). Оно может быть преднамеренным или непреднамеренным. На фоне экономического, финансового, политического кризиса, безработицы, общей тенденции к ужесточению взаимоотношений между людьми медицинские работники сталкиваются с тем, что некоторые семьи, выполняя свои обязательства по уходу за престарелыми родственниками, вначале проявляют искреннюю заботу и сострадание, однако затем ожесточаются, наносят старому человеку, не только физический, но и душевный вред. Иногда наблюдается полное пренебрежение к живому человеку (отказ в пище, питье, купании и т.п.). Финансовое насилие проявляется в незаконном присвоении пенсии, сбережений, имущества. Психологическое насилие над престарелыми выражается в виде насмешек, унижений и т.п.

Исследователи сестринского дела призывают медицинский персонал уделять должное внимание проблеме насилия над престарелыми, чтобы уметь оценить их способность поддержать свою безопасность.

В настоящее время доказано, что жертвы насилия страдают устойчивыми нарушениями психики, получившими название «посттравматическое стрессовое расстройство». Американская ассоциация психиатров даёт следующее определение этого понятия: «Клинический синдром, проявляющийся характерными признаками, возникшими после психологически травмирующих событий,

находящихся за пределами нормальных человеческих переживаний» [53].

Человек, страдающий посттравматическим стрессовым расстройством, не в состоянии обеспечить себе безопасную окружающую среду. В некоторых случаях он представляет потенциальную опасность и для окружающих (например, за рулем автомобиля). Стрессовое расстройство может развиваться не только у пострадавшего (жертвы), но и у спасателей и медицинского персонала, оказывавших ему помощь. Сведения о том, в каких случаях развивается посттравматическое стрессовое расстройство и как оно проявляется, необходимы для полноценной подготовки медицинской сестры.

В журнале «Nursing Times» (1994) Ральф и Александер опубликовали диагностические критерии посттравматических - стрессовых расстройств:

- ▲ человек прошёл через испытание, которое находится за пределами человеческих переживаний, например серьёзная угроза жизни или здоровью ребёнка;
- ▲ происшествие, ранее травмировавшее человека, вновь постоянно (устойчиво) им переживается в виде периодически повторяющихся, навязчивых, вызывающих беспокойство воспоминаний, сновидений об этом событии;
- ▲ в состоянии бодрствования или опьянения человек переживает ощущения или совершает действия, как будто это событие случилось вновь;
- ▲ человек упорно избегает влияния стрессоров, ассоциирующихся с прошлым событием, или неадекватно (замедленно) реагирует на воздействие этих стрессоров (чего не наблюдалось ранее);
- ▲ человек пытается избавиться от мыслей или ощущений, связанных с травмой, избегает видов деятельности, которые напоминают о прошлом событии;
- ▲ человек не может вспомнить важный аспект того трагического события;
- ▲ заметно снижается интерес к любимым увлечениям, появляются отрешённость и отчуждённость, ограничивается диапазон чувств (волнение, переживание, любовь), теряется надежда на будущее (карьера, рождение детей, долгая жизнь);
- ▲ устойчивые признаки чрезмерного возбуждения (отсутствовавшие до трагического события): бессонница, раздражитель-

ность или вспышки гнева, невозможность быстро сосредоточиться, чрезмерная бдительность, преувеличенный страх, неадекватная физиологическая реакция на события, напоминающие трагический случай (сильная потливость, тахикардия).

Оценивая возможность удовлетворения потребности в поддержании безопасности, следует обратить внимание на следующее: каково состояние окружающей среды (качество питьевой воды, чистота воздуха, интенсивность шума), способен ли человек предупредить несчастный случай (дома, на работе, на отдыхе), избежать заражения, пожара.

Осуществляя совместно с пациентом первичную оценку безопасности окружающей среды, необходимо учитывать:

- какие меры, позволяющие обеспечивать безопасность, он знает;
- какие меры он принимает для обеспечения своей безопасности;
- какие факторы влияют на безопасность пациента;
- как он относится к этой потребности;
- трудности, испытываемые человеком в прошлом в связи с обеспечением безопасности, способы их преодоления;
- действительные или потенциальные проблемы, связанные с поддержанием безопасной окружающей среды.

8.8.2. Проблемы пациента

Получив сведения о привычном образе жизни человека, о том, что он может и чего не может сделать для своей безопасности, необходимо сформулировать проблемы ухода. Действительные проблемы возникают, если человек частично или полностью утрачивает независимость, изменяются окружающая среда и привычный распорядок жизни.

Состояние вынужденной зависимости (кратковременной или долговременной) наступает в результате:

- заболевания или травмы (приём снотворных, гемиплегия, паралич, тетраплегия, гипсовые повязки, костыли, инвалидная коляска и т.п.);
- психической (врождённой или приобретённой) патологии — дезориентации в пространстве, бреда, галлюцинации и т.п.;
- нарушения восприятия (ухудшение зрения, слуха, снижение чувствительности к боли, температуре, прикосновению, запаху и вкусу).

В результате перечисленных проблем у пациента появляется (возрастает) риск неконтролируемого приёма лекарств, падения, ожогов, переохлаждений или обморожений, создания пожароопасной ситуации.

Вследствие изменений привычной среды и распорядка жизни, часто связанных с госпитализацией, человек чувствует себя неуверенно, иногда тревожно, что увеличивает риск несчастного случая. В обеспокоенном состоянии он может удариться или упасть, если у него трясутся руки (тремор), может пролить на себя жидкость или горячую пищу. Пожилые люди часто теряют ориентацию в незнакомой обстановке.

Как правило, проблемы, связанные с поддержанием безопасной окружающей среды, потенциальные. От действий сестринского персонала во многом зависит, станут ли они действительными, будет ли удовлетворена потребность пациента в безопасности.

Зарубежные исследования по изменению состояния пациента в стационаре свидетельствуют о том, что серьёзные расстройства здоровья вызывает шум. Его источниками бывают сами пациенты, сотрудники, оборудование, хлопанье дверью и окнами. Под воздействием шума у некоторых пациентов начинались расстройства сна, галлюцинации, что заставляло врачей увеличивать им дозы седативных лекарственных средств [53].

У определённой категории пациентов возрастает риск инфекционных заболеваний (затруднительно регулярно мыть руки, нет приточно-вытяжной вентиляции и т.п.), что также свидетельствует о нарушении удовлетворения потребности в безопасности.

Передозировка лекарственных средств, их несвоевременный приём (в стационаре возможно нарушение техники раздачи и введения лекарственных средств) серьёзно сказывается на безопасности пациента.

Проблемы могут быть сформулированы следующим образом:

- высокий риск падения;
- высокий риск инфицирования;
- высокий риск ожога;
- высокий риск электротравмы и др.

8.8.3. Цели сестринского ухода

Цели и сестринские вмешательства, связанные с потребностью в безопасности, скорее всего будут носить предупредительный характер, например:

- не допускать падения с кровати;

- не допускать ожога;
- не допускать инфицирования раны и т.п.

8.8.4. Сестринский уход

Сестра должна обезопасить пребывание пациента в стационаре:

- не допускать превращения потенциальных проблем в действительные, находить решения действительных проблем;
- не допускать, чтобы уже решённые проблемы возникали повторно;
- вырабатывать адекватное отношение пациента к проблемам, которые невозможно полностью решить.

Определяя объём вмешательств, сестра учитывает возраст пациента, степень его независимости, факторы, вызывающие проблемы с поддержанием безопасности окружающей среды. Сестринский персонал, посещающий пациентов на дому, должен оценить степень существующей опасности в домашних условиях и обучить пациента или его родственников мерам поддержания безопасной окружающей среды. Так, для поддержания пожарной безопасности следует убедиться, что пациент не курит в постели, поблизости от пожароопасных предметов. Электроприборы надо использовать только исправные, с изолированными шнурами.

Для химической безопасности нужно рекомендовать хранить отдельно лекарственные средства, красители, отбеливатели, ацетон, репелленты и спреи. Чтобы исключить ожоги, надо научить пациента осторожно обращаться с горячими жидкостями и поверхностями.

Уменьшить восприимчивость к инфекционным заболеваниям можно, если есть условия для мытья рук и купания, возможность употреблять безопасные продукты питания и воду, правильно питаться, спать и отдыхать, вести активный образ жизни.

Сестринские вмешательства в условиях лечебных стационаров, помимо обучения, направлены на уменьшение (если возможно, то исключение) риска падения, ожога, внутрибольничной инфекции, насилия.

8.8.5. Оценка результатов сестринского ухода

Учитывая, что большинство проблем в рамках потребности в безопасности по своей природе чаще потенциальные, оценка результата сестринского ухода определяется по эффективности профилактических мероприятий и предупреждению превращения потенциальных проблем в действительные.

8.9. ПОТРЕБНОСТЬ В ОБЩЕНИИ

Общение является неотъемлемой потребностью большей части людей. Много случаев, когда не обязательно детально изучать или документировать способность пациента осуществлять общение. Очень часто эта информация объединяется со сведениями о других видах жизнедеятельности человека. Только во время учебного процесса имеет смысл каждую потребность рассматривать отдельно; в реальной жизни все виды жизнедеятельности человека связаны и переплетаются между собой [53].

8.9.1. Первичная оценка

Каждый человек проявляет индивидуальные особенности общения, которые следует учитывать при сестринском уходе. Проводя оценку потребности в общении, следует учитывать некоторые факторы, влияющие на этот процесс.

- **Возраст человека:**
 - ▲ внутриутробный период — движения плода, крик ребенка при рождении;
 - ▲ младенчество и детство — развитие навыков общения и формирование взаимоотношений;
 - ▲ юность — расширение навыков общения и взаимоотношений;
 - ▲ зрелый возраст — разнообразные формы общения;
 - ▲ пожилой возраст и старость — утрата активности, угасание навыков общения, распад взаимоотношений.
- Зависимое или независимое состояние при физической активности и физиологических отправлениях.
- Биологические (анатомио-физиологические) особенности:
 - ▲ неповреждённые органы и сохранённые функции;
 - ▲ особенности (тембр) речи;
 - ▲ особенности слуха (способность слышать и слушать);
 - ▲ особенности зрения (сужение полей зрения, помутнение хрусталика);
 - ▲ умение и возможность читать и писать;
 - ▲ умение и возможность жестикулировать.
- Психологические факторы:
 - ▲ интеллект (диапазон словарного запаса);
 - ▲ уверенность в себе;
 - ▲ чувство собственного достоинства;

- ▲ преобладающее настроение;
- ▲ настойчивость;
- ▲ взаимоотношения с другими.
- Социокультурные факторы:
 - ▲ родной язык;
 - ▲ диалект и акцент;
 - ▲ этническое происхождение и расовая дискриминация;
 - ▲ внешний вид человека (одежда);
 - ▲ привычные жесты;
 - ▲ убеждения.
- Окружающая среда:
 - ▲ температура, чистота воздуха в помещении;
 - ▲ свет;
 - ▲ шум;
 - ▲ площадь помещения;
 - ▲ обстановка (мебель).
- Политико-экономические факторы:
 - ▲ доход;
 - ▲ профессия;
 - ▲ используемые средства массовой информации;
 - ▲ использование компьютера.

Учитывая перечисленные факторы, медицинской сестре следует обратить внимание на следующее:

- какой способ общения обычно использует человек;
- каким образом факторы, влияющие на общение, изменяют всю повседневную жизнедеятельность человека;
- как человек относится к общению;
- имеются ли у него постоянные трудности с общением и как он с ними справляется;
- какие проблемы с общением имеются в настоящий момент либо могут появиться.

Ответы на эти вопросы медицинская сестра получает из разговора с пациентом и его семьёй, а также наблюдая за его поведением.

8.9.2. Проблемы пациента

Обсуждая совместно с пациентом результаты первичной оценки, можно выяснить, каким образом проблемы с общением влияют на удовлетворение остальных фундаментальных потребностей.

Процесс общения важен независимо от того, где находится пациент (дома, в лечебном учреждении). Особое значение общение имеет для детей, людей, имеющих трудности с обучением, проблемы в сфере психического здоровья.

В стационаре общение — единственное средство получения информации о своём состоянии, коммуникации с родственниками и другими пациентами.

Среди факторов, способствующих возникновению проблем в общении, особое место занимает проблема зависимости, которая может возникать в любом возрасте (в том числе вследствие врождённого заболевания) внезапно (травма спинного мозга, инсульт) или постепенно (потеря друзей, близких). Затруднения, вызываемые заболеванием, могут быть частичными или полными, обратимыми и необратимыми. Медицинская сестра, работая в сотрудничестве с другими медицинскими и социальными работниками, должна помочь пациенту максимально реализовать его потенциальные возможности общения.

Дети, не способные к обучению из-за врождённых заболеваний, часто не имеют достаточных познавательных способностей для вербальной (речевой) формы общения, поэтому значительно отстают в развитии. Однако часть детей в результате кропотливого обучения могут научиться реагировать на такие простые словесные послания, как приветствие, запрет или наставление. Невербальное общение для них имеет большее значение, чем это принято считать. Игры, прикосновение, жесты, мимика помогают им достичь оптимального уровня общения.

Ребенок, страдающий аутизмом, повторяет только ограниченные, несложные стереотипы поведения, а потому человеческий мир и общение с другими людьми часто для него непредсказуемы, непонятны и пугающи. Обучение таких детей требует специальной подготовки.

Нарушение познавательной способности часто возникает вследствие заболевания или несчастного случая. В связи с тем что до трагического события общение не являлось для человека проблемой, такая неожиданная утрата познавательной способности может повлечь значительные изменения в образе жизни (потеря работы, привычного дохода, утрата чувства собственного достоинства). Оценивая состояние пациента, медицинская сестра должна выяснить, насколько полно он осознаёт происходящее, как он переносит случившееся. Такие пациенты нуждаются в беседах о том, что

означают эти изменения, будут ли они способны общаться на таком уровне, чтобы продолжить прежнюю работу или вернуться к привычному досугу. Если пациент не осознаёт свою несостоятельность, не следует в этом убеждать его, напротив, надо высказать положительные замечания, которые помогут ему сохранить чувство собственного достоинства.

Ухудшение познавательных способностей и памяти — основные признаки болезни Альцгеймера. Это заболевание может начинаться у людей в возрасте старше 50 лет и является одной из главных причин слабоумия. Болезнь Альцгеймера создаёт проблемы, связанные с общением, и практически по всем фундаментальным потребностям как для самого пациента, так и для персонала, осуществляющего уход. В преклонном возрасте в связи с атеросклеротическими изменениями сосудов головного мозга также наблюдаются потеря памяти и снижение познавательной способности.

Нарушения речи также могут создать проблемы в общении. Например, произношение страдает из-за сухости во рту (следствие обезвоживания, недостаточного потребления жидкости, возбуждения и тревоги, приёма некоторых лекарственных средств). Иногда (для уменьшения секреции слюны) сухость во рту вызывают преднамеренно. Нарушение выделения слюны наблюдается также при парентеральном питании. Стакан жидкости (если нет противопоказаний), полоскание рта, леденец могут уменьшить сухость во рту и сделать возможным общение. Ларингит, фарингит, ангина могут вызвать нарушения речи (временные и обратимые).

Более тяжёлые и продолжительные нарушения речи наблюдаются у детей, рождённых с заячьей губой или волчьей пастью. Эти дефекты исправляют хирургическим путём, затем назначают курс лечения у логопеда.

Заикание также может удерживать человека от общения.

Большинство людей с трудом представляют себе, что было бы, если бы они не могли говорить. Не стоит забывать, что в этом случае сохраняется возможность видеть и слышать, читать и писать, т.е. общаться, используя другие способы. Поэтому при неожиданной потере человеком речи сестринскому персоналу следует обучить его альтернативному общению, в том числе письменному.

Временная утрата пациентом способности общаться наблюдается при истерии, трахеостомии — операции, при которой пациент обычно находится в сознании. Постоянная (долговременная) утрата голоса может произойти при операциях на голосовых связках,

гортани. В этих случаях нужно помочь пациенту осознать необратимость потери голоса. Специалисты могут научить человека говорить методом «чревовещания».

Потеря речевой функции (афазия) может развиваться при инсульте, опухоли мозга. Различают два вида афазии:

- *моторная (словесная) апраксия* — утрата способности членораздельно говорить. Больной не может произнести слова, хотя шевелит губами. Такая ситуация возникает при поражении левого полушария коры головного мозга. При этой локализации инсульта нарушается функция правой руки. Интеллект и слух не затронуты (у пожилых людей могут быть проблемы со слухом до инсульта);
- *сенсорная (словесная) агнозия* — утрата способности понимать устную и письменную речь, хотя больной может громко произносить отдельные слова, не связанные с беседой.

Проблемы, связанные со слухом, часто возникают в детском возрасте. Ребёнок, родившийся глухим или слабослышащим, сможет общаться вслух только после занятий со специалистом, поскольку никогда не слышал (или плохо слышал) слова, произносимые другим человеком. Если ребёнок в раннем возрасте заболевает средним отитом, есть риск снижения у него слуха в дальнейшем. В некоторых случаях причиной снижения слуха может быть скопление серы в слуховом проходе, решение этой проблемы входит в компетенцию врача.

При некоторых заболеваниях человек теряет слух внезапно. Оказавшись в мире безмолвия, человек ощущает нестерпимое одиночество. В этом состоянии особенно обостряются другие органы чувств, в том числе зрение. Человеку может казаться, что на него не так посмотрели, о нём что-то сказали, могут появиться признаки паранойи, раздражительность и озлобленность. Человек, у которого снижен слух, остро ощущает свой недостаток в обществе других людей.

Звон в ушах больные переносят гораздо хуже, чем полную глухоту. Человек ощущает звон в ушах как идущий изнутри, а не из внешнего мира. Монотонно жужжащие и звенящие звуки могут вызвать у человека бессонницу, депрессию, а также полностью изменить его образ жизни.

Проблемы со зрением могут быть вызваны как слепотой, так и снижением остроты зрения. Сестринскому персоналу следует учи-

тывать, что зрение играет решающую роль в ощущении независимости. Заметить сложности, имеющиеся у человека в связи с потерей (снижением) зрения, нетрудно.

Слепота может быть как врождённой, так и приобретённой. Люди, теряющие зрение внезапно, сталкиваются с серьёзными проблемами, в том числе при общении. Они не видят окружающих предметов и человека, с которым разговаривают, не могут поддерживать столь необходимый для общения контакт взглядов, написать и прочесть письмо, таким образом теряя конфиденциальность при переписке. Человек, внезапно теряющий зрение, проходит все стадии переживания потери.

Люди, которым сделана операция на глазах и наложена повязка, в течение нескольких дней также могут испытывать чувство тревоги и страха. Особенно тяжело переживают это состояние люди преклонного возраста, испытывая ещё и дезориентацию.

Люди, страдающие долговременным нарушением зрения, пытаются приспособиться к повседневной жизни в условиях слепоты без всякой надежды на улучшение. Часто они переживают, считая, что становятся обузой для близких.

Прикосновение — самая примитивная форма общения, используемая с первых дней на протяжении всей жизни. Прикосновение передаёт как положительные, так и отрицательные сообщения, закодированные культурными традициями, возрастом и зрелостью человека.

Результаты зарубежных научных исследований показывают, что «терапевтическое прикосновение» (термин впервые применил Кригер в 1960 г.) имеет благотворный эффект, смягчающий острую и хроническую боль, способствующий сокращению времени родов и уменьшающий количество осложнений. В то же время использование сознательных (терапевтических) прикосновений может создать проблемы, связанные с вторжением в зону комфорта человека.

Прикосновение бывает: инструментальным (при выполнении определённых процедур, купании или перевязке), экспрессивным (выразительным, многозначительным) и успокаивающим (например, когда медицинская сестра держит пациента за руку или плечо, чтобы выразить ему свое внимание, участие, поддержку).

В некоторых случаях пациенты, особенно престарелые, могут неправильно истолковывать цель прикосновения и отреагировать отрицательно, иногда даже агрессивно. Нужно быть особенно внимательным, прикасаясь к человеку, утратившему независимость.

При нарушении мозгового кровообращения (инсульте) и некоторых других заболеваниях ЦНС нарушается кожная чувствительность, в том числе и ощущение прикосновения. Как правило, это происходит на фоне потери способности двигаться, т.е. зависимости полной или частичной.

При потере способности двигаться у пациента может нарушаться возможность невербального общения. Если у пациента гемиплегия, особенно правосторонняя, он утрачивает возможность полноценного невербального общения. Причём в некоторых случаях гемиплегия сопровождается парезом мышц лица. Угол рта оказывается опущенным (и это не является признаком печали или депрессии), иногда опускается веко, что может нарушать общение, ухудшая зрительный контакт.

У пациента с параплегией также практически наполовину нарушена способность общаться. Поскольку параплегия, как правило, — результат травмы (спортивной, автомобильной) или несчастного случая), в этой ситуации чаще всего оказываются молодые люди. Учитывая, что такие пациенты не могут ходить, а функция тазовых органов у них нарушена, многие проблемы общения связаны также с сексуальной сферой. Тетраплегия лишает человека многих каналов невербального общения, сохраняется только возможность зрительного контакта и общения с помощью мимики.

Проблемы общения могут быть также вызваны попаданием пациента в непривычные условия. Человек, впервые оказавшийся в лечебном учреждении, оказывается в непривычной для него среде, поскольку рядом с ним нет членов семьи, друзей, знакомых. Неудивительно, что даже самоуверенные люди испытывают определённые трудности в подобных условиях. Проблема в общении возникает и в том случае, если пациент не владеет языком страны. Но даже носители одного языка могут недопонимать друг друга из-за акцента.

8.9.3. Цели сестринского ухода

Всё происходящее в стенах лечебного учреждения, принимается персоналом как само собой разумеющееся, а пациенту может показаться непонятным. Нет ничего удивительного в том, что он ощущает беспокойство и тревогу, которые исследователи рассматривают как реакцию на стресс. В настоящее время считается доказанным, что чаще всего мрачное предчувствие и тревога посещают больного из-за отсутствия привычного общения и неизвест-

ности (отсутствие информации о своём заболевании, прогнозе и т.п.).

Главная цель общения — предоставление пациенту фактической информации, что уменьшает состояние беспокойства, снижает количество необходимых обезболивающих средств, уменьшает риск послеоперационных осложнений и ускоряет выздоровление. Недостаточность (или отсутствие) навыков общения у сестринского персонала приводит к негативным последствиям.

Следующая цель сестринского ухода — уменьшение тревоги и обеспокоенности родственников пациента. Обучение и советы пациентам и их родственникам предполагают корректировку их поведения как во время стрессовых ситуаций, так и при повседневном общении. Выявляя проблемы, медицинская сестра совместно с пациентом должна поставить реалистические цели:

- не допускать превращения потенциальных проблем в действительные;
- смягчить воздействие или найти решение действительных проблем;
- помочь смириться с проблемами, решить которые невозможно.

Так, для человека, плохо запоминающего события, цель может быть сформулирована следующим образом: сохранение на оптимальном уровне независимости пациента в домашних условиях. Для её достижения надо научить членов его семьи эффективно общаться с ним, рассказать, как использовать его память и знакомые ориентиры в той или иной ситуации. Для пациента с серьёзными нарушениями речи, полученными в результате травмы, одна из целей — добиться эффективного общения. Для этого медицинской сестре также необходимо установить тесный контакт с семьёй пациента, определить его потенциальные возможности в общении.

8.9.4. Сестринский уход

Бернард рекомендует всем медсёстрам научиться пользоваться минимальными навыками общения и приводит рекомендации для выработки этих навыков [53].

Рекомендации для обучения навыкам общения:

- Слушание и проявление внимания: оказывайте человеку внимание, избегайте привычки судить о правильности и неправильности того, что говорится, — слушайте без вынесения

окончательного приговора (не будьте истиной в последней инстанции).

- Использование открытых вопросов: начинайте разговор со слов «что», «как», «когда», «где», которые облегчают подробное изложение всех проблем и исключают малоинформативный однозначный ответ «да», «нет».
- Выражение мыслей и чувств: с пониманием относитесь к высказыванию пациента по поводу тех или иных событий или эмоций.
- Подведение итогов: проанализируйте различные (нестыкующиеся) факты беседы и помогите пациенту организовать свои мысли; закончить беседу так, чтобы он видел вашу заинтересованность.
- Проверка понимания: для понимания смысла сказанного задавайте, например, такие вопросы: «Если я правильно поняла, Вы говорите...», или «Вы, кажется, говорите, что...»

В другой статье он приводит сравнение понятий сопереживания и сочувствия. «Сопереживание означает отказ от собственного восприятия вещей и попытку думать так, как думает другой человек, или чувствовать так, как он чувствует. Сочувствие подразумевает чувство сожаления и огорчения по поводу другого человека или же наше представление о том, как мы могли бы себя чувствовать, находясь на его месте» [53].

Любой совет пациенту или его родственникам — только рекомендация. Пациент (родственник) принимает решение самостоятельно, рассматривая предложенные варианты.

Основная функция медсестры — непрерывное оказание пациенту моральной поддержки и других форм помощи. Семья, друзья и знакомые совместными усилиями также могут оказать эффективную помощь пациенту, особенно если восстановление идет очень медленно.

Осуществляя уход за пациентом с моторной афазией, важно обратить внимание на то, удаётся ли пациенту произносить слова. В данном случае логопед занимается восстановлением речи, а медицинская сестра стимулирует пациента к занятиям: учит произносить вначале слоги, отдельные слова, потом короткие предложения и т.д. Когда человек не может говорить, он испытывает раздражение, разочарование, а иногда и крушение всех надежд, особенно если ни медсестра, ни родственники не представляют себе сущности расстройства речи и говорят с человеком, как с ребёнком.

При уходе за пациентом с сенсорной афазией его учат связывать слова с конкретными предметами (зубная щётка, зубная паста, чашка, тарелка и т.п.). Их полезно держать поблизости, чтобы медицинская сестра могла повторять «уроки» при любом удобном случае.

Долговременное нарушение слуха не лишает пациента возможности оставаться полноправной и полноценной личностью. В данном случае следует чаще использовать невербальные способы общения. У таких пациентов обычно не утрачены познавательная способность и речь, поэтому он постепенно начинает «читать» по губам. Для этого ему необходимо видеть лицо медсестры. На практике использовать язык жестов и мимики удобнее, чем писать фразы. Тем более что страдающий человек по-прежнему может нормально отвечать собеседнику. При известном терпении, доброте и юморе проблемы общения могут быть сведены к минимуму или преодолены полностью.

Если у пациента есть минимальная возможность слышать, то улучшить его состояние можно с помощью слухового аппарата. Однако следует знать, что такое устройство усиливает любые звуки, в том числе и те, которые могут раздражать пациента, пока он не научится «отфильтровывать» их. Требуется приложить много усилий и терпения, чтобы научить его пользоваться слуховым аппаратом.

Уход за людьми с внезапным ухудшением зрения требует от медицинской сестры знаний о том, через какие психологические проблемы (стадии) проходит человек. У таких людей по-прежнему сохраняется зрительная память на цвет, форму, размер, поэтому медсестра, родственники воссоздают в памяти человека образы окружающей обстановки, подробно описывая то, что происходит вокруг, акцентируя внимание на особенностях объектов. Описание событий особенно важно для пациента, если ему предстоит какая-либо процедура. Больной обязательно должен знать, что его ожидает. Полезно сделать то же и для обычных повседневных занятий, например приёма пищи. Рекомендуется описать содержимое блюда на тарелке (подносе), используя зрительный образ. Для человека с внезапным нарушением зрения важно, чтобы медицинская сестра подавала знак о своём приближении прежде, чем прикоснуться к нему. Медсестра должна говорить вполголоса, поскольку неожиданная громкая речь может испугать человека.

Людям со слабым зрением приходится сталкиваться с множеством неудобств. Для обучения, например, они используют специаль-

ные книги с особым шрифтом Брайля (изобретён в 1824 г.), магнитофон и компьютер.

Оказывая помощь людям, имеющим проблемы с передвижением, например при гемиплегии или параплегии, медицинская сестра должна поддержать пациента в переживании нескольких эмоциональных стадий потери. Медицинская сестра должна уметь заметить печаль и депрессию и поступить так, как она считает целесообразным. При общении с пациентом медсестре лучше не находиться на стороне опущенного века, иначе пациент не сможет в достаточной мере использовать зрительный канал для общения.

Какая бы степень ограничения подвижности ни наблюдалась у пациента, действия медицинской сестры должны быть направлены на то, чтобы убедить пациента учиться заново управлять парализованными мышцами. Таким способом можно добиться удовлетворения и других фундаментальных потребностей.

Человек с тетраплегией находится, как правило, либо в постели, либо в инвалидной коляске. Его лицо находится на уровне пояса большинства людей. Задача медицинской сестры — помочь пациенту восстановить зрительный контакт на одном уровне, чтобы пациент не испытывал ощущения, что с ним говорят, глядя на него сверху вниз. Часто такие больные, не имея возможности говорить и писать слова рукой, учатся письму, удерживая карандаш во рту. В настоящее время общение с этими людьми облегчается благодаря компьютеру.

С пациентом, находящимся в коме, поддерживать контакт невозможно. Тем не менее манера общения медицинской сестры с пациентом, её внимание и забота при гигиенических процедурах очень важны. Постоянное воздействие знакомого голоса или повторение знакомой мелодии может вызвать со временем определённую реакцию у пациента и помочь ему в восстановлении.

В реальности пациенту иногда приходится приспосабливаться одновременно к изменению нескольких способов общения. Например, пациент с правосторонней гемиплегией (при поражении у него доминирующего полушария) имеет как моторную, так и сенсорную афазию. Если пациент ещё и престарелый человек с ослабленным зрением и слухом, помощь в поддержании жизнедеятельности через общение является серьёзной проблемой. Прежде всего медицинская сестра должна предоставить пациенту возможность пользоваться привычными приспособлениями (очки, линзы, слуховой аппарат). Пациенты часто сами проявляют интерес к разго-

ворам, что является для медицинской сестры лучшим способом установить с ними доверительные отношения. Тем не менее медицинская сестра должна планировать и целенаправленное общение.

При экстренном поступлении в стационар пациента, находящегося в тяжёлом состоянии, главное для медицинской сестры — оказать ему помощь в восстановлении жизнедеятельности. В первую очередь ему сообщают только необходимую информацию: он находится в лечебном учреждении, родственники поставлены в известность, как можно вызвать медицинскую сестру и т.п. По мере улучшения состояния между медицинской сестрой и пациентом должен начаться более полный обмен информацией.

При поступлении пациента в стационар в плановом порядке медицинская сестра должна познакомить его с людьми, находящимися с ним рядом. Человек, испытывающий беспокойство, даже если он достаточно понятлив, не может сразу запомнить много сведений. В связи с этим медицинская сестра сообщает только ту информацию, которая необходима на ближайшие сутки.

При знакомстве медицинская сестра представляется пациенту по имени и отчеству даже в том случае, если носит табличку с указанием фамилии, имени, отчества и должности, так как дальнорким людям может быть трудно прочесть текст на табличке. Медицинской сестре надо обращать внимание на любые признаки, свидетельствующие о плохом зрении пациента. Чрезвычайно важно, чтобы медицинская сестра обращалась к пациенту так, как они того просят.

8.9.5. Оценка результатов сестринского ухода

Оценка успешности сестринской помощи проводится в соответствии с поставленными целями. Это может быть оценка степени независимости пациента, возможности родственников эффективно общаться с ним. Достижение цели эффективного общения означает, что сестринский персонал и члены семьи пациента понимают как вербальную, так и невербальную информацию, правильно реагируют на различные его просьбы и могут предугадать их.

8.10. ПОТРЕБНОСТЬ В ТРУДЕ И ОТДЫХЕ

Общеизвестно, что одну треть своей жизни человек проводит во сне, большую часть — в труде и остальное время — на отдыхе. Труд и отдых — взаимодополняющие понятия, являющиеся в равной степени важными аспектами жизни. Термин «работа» в общепри-

нятом смысле означает главную деятельность человека в течение дня ради заработка, позволяющего обеспечить определённый уровень жизни. Поскольку работа — жизненная необходимость, о ней часто говорят с отрицательным оттенком, хотя зачастую она определяет смысл, а иногда и цель жизни, позволяет общаться с людьми, повышает семейный и общественный статус.

Работа в домашних условиях (не путать с работой по дому) имеет как свои преимущества (экономия на транспортных расходах, меньше снашиваются одежда и обувь, нет строгого графика), так и недостатки (отсутствует общение).

Даже тогда, когда люди работают ради денег, деньги не являются единственным аргументом, ради которого человек трудится. Так, большая часть сестринского персонала, получая небольшую заработную плату, работают из-за потребности оказывать помощь людям, журналистам необходимо самореализовываться через публикации в средствах массовой информации, т.е. люди, выбирая ту или иную профессию, видят в ней не только источник заработка. Важно помнить, что женщина, воспитывающая детей и не получающая за это заработную плату, тоже работает.

Любая работа (платная или бесплатная) — это осмысленное полезное времяпрепровождение. Отдых — то, что делает человек в нерабочее время: игры, спорт, музыка, путешествия, прогулки и т.п. Цель отдыха — получение удовольствия. Часто понятия «работа» и «отдых» переплетаются. Для большинства людей спорт — отдых, а для спортсменов — работа. Можно привести много примеров, когда работа для одних является отдыхом для других и наоборот.

Как правило, человек достигает успеха в профессии в зрелые годы (40–50 лет), в то же время для спортсменов этот пик приходится на 20–30 лет, для политиков, руководителей наступает чаще после 50 лет. В эти же периоды у человека появляются максимальные возможности для отдыха. В пожилом возрасте лучше выполнять привычную работу и обеспечивать себе привычный вид отдыха.

Цели, которые ставит себе взрослый человек, выбирая тот или иной вид отдыха, различны: одни считают отдыхом пребывание на свежем воздухе, другие — поддержание физической формы, третьи — острые ощущения (альпинизм, слалом и т.п.), четвёртые — общение, пятые — эстетическое развитие и просвещение (литература, музеи, театр, музыка и т.п.). Основная цель отдыха — получение удовольствия и предупреждение скуки.

Теоретически человек, выходящий на пенсию, имеет больше времени для отдыха. Однако, учитывая небольшие размеры пенсионного обеспечения, люди очень часто работают, пока есть силы и возможность. Когда же люди прекращают работать, у многих появляются определённые проблемы:

- потеря (изменение) социального статуса и роли в обществе, семье;
- потеря возможности общения;
- потеря заработка;
- утрата смысла жизни.

Таким образом, динамика работы и отдыха изменяется на разных этапах жизни: начало учёбы в школе — окончание школы — начало работы — смена работы — продвижение по службе — пенсия.

Следует помнить, что работа в зрелые годы и отдых в детстве являются важными компонентами в жизни и нарушение их баланса вредно для здоровья. Работа приносит человеку деньги, которые часто дают ему независимость. Часто независимость людей зрелого возраста носит именно финансовый характер, что позволяет выбирать тот или иной вид отдыха, хотя не всегда этот выбор способствует укреплению здоровья.

Естественно, слабость и ухудшение здоровья в преклонном возрасте увеличивают зависимость от других людей или приспособлений (трость, очки, слуховой аппарат и т.п.) как во время работы, так и во время отдыха, хотя некоторые люди пенсионного возраста считают себя более независимыми, чем прежде.

Люди, страдающие физическими недостатками (врождённые заболевания или травмы), неспособные к обучению, с психическими заболеваниями или нарушениями функции органов чувств зависимы при выборе работы и вида отдыха на протяжении всей жизни. На выбор того или иного вида деятельности влияют многие факторы, прежде всего физические данные и здоровье. Например, профессия медицинской сестры требует от претендентки хорошей физической формы и здоровья, хотя в некоторых подразделениях ЛПУ сестринская работа достаточно монотонная и сидячая.

Заболевания, приводящие к ухудшению физического здоровья (ожирение, болезни органов дыхания, сосудов и сердца, опорно-двигательного аппарата, сахарный диабет), часто не позволяют человеку заниматься определённым видом деятельности и отдыха.

На выбор вида труда и отдыха влияют и психологические факторы. Игровые формы обучения в детском возрасте и продуктивная работа взрослых способствуют интеллектуальному, эмоциональному и общему развитию личности, которое является важным фактором, позволяющим человеку выбирать профессию. Темперамент и характер (терпение, раздражительность, общительность, стремление к одиночеству, самодисциплина) оказывают влияние на выбор работы и отдыха. Так, недисциплинированность приводит к созданию опасных ситуаций на рабочем месте, представляющих угрозу для здоровья. Медицинская сестра, не соблюдающая технику безопасности при работе с электроаппаратурой, правильную биомеханику тела при перемещении пациента или подъёме тяжёлых предметов, универсальные меры предосторожности при работе с биологическими жидкостями организма или инфицированными предметами ухода, подвергает опасности не только себя, но и пациентов, коллег и других людей, в том числе членов своей семьи.

В лозунг «Соблюдайте технику безопасности на рабочем месте» многие люди прежде всего вкладывают понятие физической безопасности, но следует задуматься и о снижении реального и потенциального риска эмоционального напряжения. В сестринском деле, как и во многих медицинских профессиях, эмоциональное напряжение — профессиональный риск, поскольку большая часть людей, работающих в системе здравоохранения, часто видят боль, смерть и сопереживают страдающим. Они находятся рядом с пациентами, пребывающими в состоянии депрессии, обречёнными, часто присутствуют при смерти пациента. Такие заболевания, как сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, пептические язвы, головная боль и депрессия, часто возникают на фоне стресса.

Отсутствие работы имеет столь же важные психологические последствия, причём как для самого человека, так и для его семьи. Люди, потерявшие работу, чаще страдают бессонницей, депрессией, переживают гнев, свою никчёмность. Безработные чаще кончают жизнь самоубийством, у них чаще наблюдаются соматические и психические заболевания. Страх увольнения создаёт для человека (особенно для мужчины) серьёзные психологические проблемы. Для некоторых увольнение с работы равносильно ранней смерти.

Сестринский персонал, проводя первичную (текущую) оценку состояния пациента, должен учитывать влияние работы на состояние здоровья. Надо уточнить условия, в которых работает человек:

- обеспечивается ли безопасность на рабочем месте (защитные очки, перчатки, одежда), курят ли окружающие;
- контролируется ли уровень шума (повышенный уровень шума приводит к стрессу, раздражительности, усталости, снижению внимания, травматизму, повышению артериального давления, инсульту. При уровне шума 90 дБ и более человек должен быть обеспечен наушниками);
- обеспечивается ли комфортная температура и др.

В литературе описывается так называемый синдром больного здания, длительное пребывание в котором в связи с воздействием шума, жары, холода, высокой влажности воздуха, электромагнитного излучения вызывает у людей головную боль, усталость, снижение внимания, слезоточивость, насморк, першение в горле.

Влияние неблагоприятных условий окружающей среды на женщин и мужчин репродуктивного возраста приводит к серьёзным последствиям. У женщин наблюдаются бесплодие, самопроизвольные аборты, мёртворождение, рождение детей с врождёнными дефектами, онкологические заболевания. У мужчин могут развиваться бесплодие, импотенция, а у их детей — онкологические заболевания.

8.10.1. Первичная оценка

Данные об удовлетворении потребности в работе и отдыхе медицинская сестра может получить при проведении сестринской оценки, используя свою эрудицию и знания. Следует выяснить:

- каким видом деятельности занимается пациент, какой вид отдыха предпочитает;
- продолжительность рабочего дня и отдыха;
- где человек работает и кем;
- какие факторы воздействуют на человека на работе и отдыхе;
- что знает человек о воздействии на здоровье условий его труда и отдыха;
- как относится человек к своей работе и отдыху;
- существуют ли проблемы на работе и во время отдыха и как он с ними справляется;
- какие проблемы с работой и отдыхом существуют в данный момент и какие проблемы могут возникнуть.

Ответы на эти вопросы можно получить одновременно при проведении первичной оценки удовлетворения потребностей пациента в движении, поддержании безопасной окружающей среды, поскольку все эти потребности тесно связаны между собой.

8.10.2. Проблемы пациента

Решение проблем, возникших в связи с неудовлетворением потребности в труде, может оказаться за рамками компетентности сестринского персонала. В этом случае медицинская сестра привлекает компетентных специалистов к решению этой проблемы либо даёт совет, куда можно обратиться за помощью.

Следует помнить, что новая работа, увольнение, уход на пенсию играют важную роль в жизни человека. Люди, имеющие такие проблемы, будут рады принять психологическую и эмоциональную поддержку от любого человека, особенно от медсестры.

Все проблемы, возникающие в рамках этой потребности, следует группировать следующим образом:

- изменения состояния независимости;
- изменения работы и отдыха, связанные с употреблением наркотиков и алкоголя, с безработицей;
- изменения окружающей среды и привычной деятельности из-за пребывания в лечебном учреждении.

Независимость в деятельности, связанной с работой и отдыхом, является крайне желательной для любого взрослого человека. Те, кто не могут её сохранить, чувствуют себя обездоленными, поскольку попадают в зависимость от семьи или государства.

Причины, вынуждающие к зависимости, связаны с физическими или психическими заболеваниями, нарушениями функции органов чувств. Физические заболевания в зависимости от характера и степени поражения органов и систем приводят к тому, что выполнение привычной работы часто оказывается нереальным, а отдых возможен только пассивный. Особенно это касается пациентов, с заболеваниями и травмами, ведущими к инвалидности вследствие нарушения подвижности.

Степень зависимости больных различна, им требуется различная адаптация к новым условиям работы и видам отдыха. Например, люди, работавшие до заболевания вне помещения, спортсмены испытывают значительные трудности в приспособлении к условиям сидячей работы и пассивному отдыху. В то же время люди, занимавшиеся ранее сидячим трудом, легче адаптируются к новым условиям работы и отдыха. Спортивные состязания для инвалидов, включающие даже Параолимпийские игры, позволяют людям, привыкшим к активному образу жизни, реализовать свою потребность в том или ином виде отдыха.

Потеря (снижение) функции органов чувств часто приводит к трудностям в общении, что также влияет на выбор работы и вида отдыха. Снижение зрения (слепота) создаёт проблемы, связанные с необходимостью смены работы. Специальные курсы дают возможность овладеть навыками чтения литературы, изданной с использованием специального шрифта Брайля. Радио, телефон, магнитофон, компьютер (печатание слепым методом) и овладение новыми профессиями позволяют этим людям в некоторой степени сохранить независимость как на работе, так и на отдыхе.

При снижении слуха, даже в самом начале, человек учится читать по губам, чтобы на какое-то время сохранить прежнюю работу и привычки на отдыхе. Если работа человека, потерявшего слух, не связана с интенсивным общением и не ставит под угрозу его безопасность, использование слухового аппарата даёт возможность сохранить определённую независимость в работе и отдыхе (театр, кино, телевизор, путешествия и т.п.). Изложенные выше нарушения речи также могут создавать проблемы в области независимого выбора работы и отдыха, особенно в тех случаях, когда устная речь является необходимым условием работы.

Утрата независимости в работе и на отдыхе из-за хронических заболеваний, приводящих к инвалидности, часто меняет привычки больного. Употребление наркотиков, например, с целью обезболивания часто вынуждает человека оставить работу и любимый ранее вид отдыха.

«Эксперименты» с наркотиками часто начинаются в свободное от учёбы и работы время. Подросткам хочется испытать чувство возбуждения, эмоциональный подъем, более яркие, чем обычно, ощущения. Иногда уже после первого приёма наркотического вещества появляется зависимость, создающая физические, психологические, социальные и юридические проблемы.

Безработица, так же как и наркотики, изменяет привычный образ жизни человека. Потеря (отсутствие) работы влечёт за собой разнообразные проблемы: избыток свободного времени, безделье, невозможность полноценного (активного) отдыха из-за финансовых затруднений. Если этот период затягивается, человек может потерять мотивацию к поиску работы, приносящей удовольствие. Апатия и депрессия вынуждают человека много спать, чтобы убежать от реальности. Всё это ведёт к ухудшению здоровья, причём психического больше, чем физического. Такой человек беспокоен и озабочен, быстро теряет веру в себя, чувство собственного досто-

инства, страдает нарушениями сна. Всё это предрасполагает к психическим нарушениям.

Семьи безработных также относятся к группе риска: в них чаще наблюдаются разводы, плохое обращение с детьми, аборт, гипотрофия новорождённых, высокая детская смертность.

Выявив эти проблемы, медсестра вряд ли сможет решить их самостоятельно. Однако понимание проблемы и её связь с расстройством здоровья должны вызвать сочувствие как к пациенту, так и к членам его семьи.

Изменение окружающей среды и повседневной деятельности также создаёт проблемы с трудом и отдыхом. Безусловно, лечебное учреждение для пациента — не то место, где работают и отдыхают. Проблемы часто связаны с тем, что обычно пациенты скучают от однообразия, монотонности, часто вынуждены (иногда для этого нет никаких причин) всё время находиться в помещении. Таким образом, если медицинская сестра планирует помочь человеку справиться с дискомфортом, вызванным изменением окружающей среды, она должна, учтя характер работы и обычный вид отдыха человека, спланировать виды деятельности, заменяющие обычные: чтение книг, журналов, теле- и радиопередачи, физические упражнения, прогулки по территории лечебного учреждения и т.п.

Изменение распорядка дня часто вызывает у человека беспокойство. Стиль жизни взрослого человека обычно определяется его работой, вернее, соотношением времени, затраченного на работу и отдых. Во многих отделениях лечебного учреждения существуют веские причины для жёсткого распорядка дня, большинству пациентов это даёт чувство успокоения. Следует помнить, что каждый человек испытывает беспокойство перед неизвестностью, поэтому медицинская сестра должна обязательно проинформировать вновь поступившего пациента о степени жёсткости распорядка дня.

У пациентов возникают серьёзные проблемы из-за невозможности самостоятельно принимать решения в отношении собственного лечения. Иногда персонал лечебного учреждения лишает человека этой возможности, забывая, что человек в этом случае теряет чувство собственного достоинства. Например, если взрослых пациентов обязывают во время дневного отдыха находиться в кровати, особенно мужчины-руководители и женщины, привыкшие быть главой семьи, сопротивляются, чтобы решения за них прини-

мали молодые сёстры и испытывают дискомфорт в подобных ситуациях. Таким образом, персонал часто причиняет человеку излишние, иногда вредные для его здоровья огорчения. Это нарушает привычную роль пациента в повседневной жизни и оказывает плохую услугу при последующем восстановлении в профессиональной деятельности. Если есть возможность (не ухудшается здоровье пациента, не нарушаются интересы других больных), человеку можно разрешить продолжать свою рабочую деятельность. Некоторым пациентам может потребоваться разъяснение, почему им не следует работать, находясь в лечебном учреждении. Обязательно будут пациенты, которые обрадуются временному безделью.

Посещение пациентов близкими людьми, знакомыми и друзьями чаще всего помогает сгладить чувство одиночества и заброшенности. Ф. Найтингейл в «Записках об уходе» писала, что для маленьких детей и больных идеально общество друг друга. Конечно, необходимо руководить таким общением, чтобы никто из участников не пострадал, что вполне возможно. Если есть опасения, что воздух в комнате, где находится больной, вреден для маленького ребенка, то он вреден также для больного. Разумеется, нужно исправить это в интересах обоих. Но сам вид малыша взбадривает больного человека, если они проводят вместе не слишком долгое время.

Посещение больных, как детей, так и взрослых, очень важно. Пребывание вне семьи (в лечебном учреждении) травмирует пациента. Однако не всегда члены семьи являются теми, кого очень хочет видеть пациент. В некоторых случаях пациента нужно оградить от большого числа (или нежелательных для него) посетителей. Приёмные дни и часы в лечебном учреждении могут превратиться в стресс как для посетителей, так и для пациентов и, наоборот, могут послужить средством, позволяющим свести к минимуму дискомфорт, вызванный отсутствием человека в семье.

Есть пациенты, которых нельзя посещать по тем или иным причинам. В этих случаях нужно организовать общение по телефону (если это возможно) или по почте.

Одинокому или престарелому пациенту, которого никто не посещает, может помочь медсестра, если просто найдёт время поговорить с ним, когда человек выразит желание пообщаться.

8.10.3. Цели и оценка результатов сестринского ухода

Цели, определяемые при планировании сестринского ухода, как обычно, должны быть согласованы с пациентом. В соответствии с проблемами, разобранными выше, цели следует формулировать приблизительно так:

- восстановление независимости при выборе работы;
- получение удовольствия от выбранной работы и доступного отдыха;
- снижение вредного воздействия психологических проблем, связанных с безработицей;
- изменение условий окружающей среды в лечебном учреждении, способствующее выбору посильных для пациента видов деятельности и отдыха, и др.

В Приложении приведены ситуационная задача и вариант выполнения сестринской документации по всем фундаментальным потребностям.

Прочитав эту главу, Вы узнаете:

- определение сущности стресса;
- о влиянии стресса на организм человека;
- о видах физиологической и психологической адаптации к стрессу;
- об особенностях сестринского процесса при наличии стресса у пациента;
- о понятии «Я-концепция», характеристике основных её аспектов (роль-функция, схема тела, идентичность, самоуважение);
- о стрессорах, угрожающие «Я-концепции»;
- о нюансах сестринской помощи при нарушении Я-концепции.

Понятия и термины:

- **адаптация** — приспособление;
- **анорексия** — отсутствие аппетита;
- **гомеостаз** — постоянство внутренней среды организма;
- **дистресс** — патологически развивающийся стресс;
- **релаксация** — расслабление;
- **стресс**: 1) неспецифическая физиологическая реакция организма на изменение условий окружающей среды; 2) термин, используемый для обозначения ряда состояний человека, возникающих в ответ на экстремальные воздействия (стрессоры);
- **стрессор** — фактор, вызывающий состояние стресса у человека;

- **фрустрация** — чувство крушения;
- **эгоцентризм** — склонность личности рассматривать действительность исключительно с точки зрения полезности для себя;
- **эустресс** — нормальный стресс.

9.1. СУЩНОСТЬ СТРЕССА

Прежде чем исследовать стресс, нужно уточнить понятие «стрессор». Стрессор может быть действительным или потенциальным, физиологическим или социокультурным. Большинство стрессоров, действующих на пациентов, являются отрицательными раздражителями, но существуют и положительные стрессоры (женитьба, физические упражнения или рождение ребёнка). Важно, что некоторые из раздражителей будут восприниматься как стрессор одним человеком, а для другого вовсе не являются таковым. Стрессоры, которые рассматриваются негативно, с высокой вероятностью переходят в дистресс. Например, женщина, считающая очень важным достижение сексуального удовольствия, будет тяжелее переживать удаление груди, чем женщина, придающая меньшее значение тому, как выглядит её тело.

Хорошее самочувствие человека часто достигается его возможностями эффективно справляться с внутренними и внешними стрессорами. Сестринский персонал может помочь пациентам адаптироваться к изменениям окружающей среды, таким образом предупреждая или уменьшая воздействие стрессоров и выраженность реакции на них. Не зная теории стресса, не понимая, что происходит с человеком, трудно оказать адекватную психологическую поддержку.

Вульф, изучая взаимодействие людей с патогенными возбудителями (1955), представлял стресс как «систему защитной реакции». Кэнон, исследуя вопросы поддержания гомеостаза при изменениях во внешней среде, обратил внимание на то, как реагирует нервная система на угрозу извне, и ввел понятие «бегство из боя» (1963). Г. Селье акцентировал внимание на биологических аспектах стресса и описал общий адаптационный синдром (1971), указав, что человек, находящийся в состоянии стресса, реагирует на него благодаря «объединённому унифицированному защитному механизму» [41].

Термин «стресс» употребляется часто, поскольку многие переживают это состояние изо дня в день на протяжении всей жизни. Как это ни парадоксально, стресс необходим для нормального раз-

вития и выживания. Термин «стресс» в течение многих лет применялся лишь для обозначения умственного (психического) напряжения и переутомления (нахождение в состоянии стресса).

В данном пособии стресс определяется как комплексная реакция организма (включающая интеллектуальные, поведенческие, эмоциональные и физиологические компоненты) на раздражители, которые воспринимаются сознанием или подсознанием как опасные или угрожающие. Эта реакция является защитным механизмом и даёт возможность человеку адаптироваться к вредным или угрожающим раздражителям. Вид стресса зависит от типа, силы и длительности действия данного раздражителя и особенностей конкретного человека (возраст, пол и т.п.). Люди реагируют на жизненные события, основываясь на личном опыте и собственной интерпретации происходящего.

Термин «неспецифическая реакция» означает, что сходный ответ организма наблюдается у всех здоровых людей. Например, когда человеку жарко, он потеет, когда холодно дрожит; при физической нагрузке мышцы нуждаются в большем количестве энергии, поэтому сердце бьётся чаще и сильнее, улучшая их кровоснабжение.

Лекарственные средства и гормоны, выделяемые железами внутренней секреции, обладают специфическим свойством. Однако независимо от того, какие изменения в организме они вызывают, все эти агенты предъявляют организму неспецифические требования перестройки, адаптации ко вновь возникшей ситуации, какой бы она ни была. Итак, кроме специфического эффекта все воздействующие на организм факторы вызывают также и неспецифическую потребность — приспособиться и восстановить обычное состояние. Эти функции независимы друг от друга.

Сущность стресса состоит в неспецифическом ответе организма на изменяющиеся условия окружающей среды.

Трудно себе представить, что холод, жара, лекарства, гормоны, печаль, радость вызывают одинаковые биохимические процессы, но исследования показывают, что физиологические реакции неспецифичны и приблизительно одинаковы у всех видов воздействия. Таким образом, совершенно неверно представление, что стресс — просто нервное напряжение. Он отрицателен и положителен, конструктивен и разрушителен. С одной стороны, стресс помогает человеку достигать максимального успеха по сравнению с другими

биологическими видами, с другой — он постоянно изнашивает организм. Например, человек испытывает боль (стрессор). Боль может вызвать анорексию, исхудание вплоть до кахексии и как следствие неподвижность. Такова будет отрицательная реакция на стрессор. С другой стороны, боль может заставить человека обратиться за медицинской помощью и устранить причину, вызывающую боль, — положительная реакция на стрессор.

Следовательно, определённый уровень нормального стресса (эустресс) является необходимым для адаптации. Например, микроорганизмы могут расстроить функцию организма на клеточном уровне, приведя к нарушению гомеостаза и смерти. Однако воздействие микроорганизмов в ограниченном количестве (или ослабленных) может помочь организму выработать иммунитет, чтобы защититься от их последующего воздействия. Аналогичным образом, их воздействие ежедневных неурядиц помогает выработать способы преодоления, которые помогут в аналогичных ситуациях. Вредоносный или неприятный стресс называют дистрессом.

**Стресс может быть приятным или неприятным.
Дистресс неприятен и вреден всегда.**

«Я-концепция» — это субъективный образ человека, включающий восприятие своих физических, эмоциональных и социальных качеств, психологическое представление о самом себе. Он зависит от сочетания следующих факторов:

- восприятия окружающими данного человека, его реакции на это восприятие;
- собственного жизненного опыта, опыта окружающих;
- личностных качеств;
- самооценки.

Один из аспектов «Я-концепции» — схема тела — представление человека о своей внешности, формирующееся в течение всей жизни и отражающее изменения, происходящие с человеком в течение жизни, а также связанные с этим переживания. На формирование представления о схеме тела влияют социокультурные установки и ценности. Стрессорами, влияющими на это представление, могут стать:

- нарушение или отсутствие каких-либо органов или физиологических функций;

- хроническое заболевание, приводящее к инвалидности (артрит, инсульт и т.п.);
- нормальные физиологические изменения в организме (половое созревание, беременность, климакс, старость);
- недержание мочи или кала;
- тучность, значительное исхудание и др.

Следующий аспект «Я-концепции» — идентичность, определяемая как процесс объединения себя с другим индивидом (группой) на основании установившейся эмоциональной связи. Идентичность формируется у человека с детства и зависит от социальной среды, в которой он растёт и воспитывается, от принятой в этой среде культуры, норм поведения и ролей. Половая идентичность (мужчина или женщина) — составная часть общей идентичности, появляется в возрасте 3—5 лет.

К числу стрессоров, угрожающих идентичности человека, относятся:

- сексуальные проблемы;
- злоупотребление алкоголем или наркотиками;
- давление со стороны окружающих, конфликты на работе;
- смерть близкого человека;
- совершение преступления;
- насилие или оскорбление.

Третий аспект «Я-концепции» — самоуважение (чувство собственного достоинства, значимости, приемлемый уровень самооценки). Оно зависит, как правило, от социальной среды (семья, школа, работа, друзья). Из числа стрессоров, влияющих на самоуважение, наиболее серьёзными являются:

- потеря работы;
- плохая успеваемость в школе или институте;
- скандалы в семье, развод;
- оскорбление, побои, насилие;
- сексуальные проблемы (бесплодие, импотенция);
- невнимание родителей.

Четвёртый аспект «Я-концепции» — социальная роль человека (роль-функция), подразумевающая его поведение в семье и обществе.

К стрессорам этой группы относятся конфликты и перегрузки. Примером может стать состояние женщины средних лет, заботящейся о своих пожилых родителях, о детях и муже и одновременно

работающей. Если она отрабатывает все эти роли с полной отдачей, то неизбежно перегружается.

Результаты различных исследований показали, что стрессоры могут быть физиологическими (биохимическими), физическими, психологическими, социальными, относящимися к окружающей или культурной среде. Те стрессоры, с которыми приходится иметь дело медсестре, различаются в зависимости от контингента пациентов. Медицинская сестра поликлиники, ухаживающая за пациентами на дому, чаще сталкивается с ежедневными рутинными заботами пациентов и проблемами оказания первой помощи. Медсестра, работающая в стационаре, может встретиться с более тяжёлыми стрессорами.

9.2. РЕАКЦИИ НА СТРЕССОРЫ

Человек реагирует на стрессор как единое целое, т.е. запускаются разноплановые компенсаторные или защитные механизмы, призванные помочь организму справиться со стрессом.

9.2.1. Комплексная психофизиологическая реакция

Важно помнить, что физиологические, психологические или поведенческие проявления реакции на стресс часто возникают одновременно. Например, тревожность может вызвать потливость ладоней, бледность кожи, стремление к одиночеству, уменьшение объёма внимания, снижение способности к обучению, неподвижность. Однако в учебных целях удобнее разграничить физиологические и поведенческие реакции.

9.2.2. Физиологическая реакция на стресс

Способность организма поддерживать гомеостаз лежит в основе физиологического способа адаптации. К физиологическим адаптационным механизмам относятся изменение частоты сердечных сокращений, артериального давления, температуры тела, секреции гормонов, водно-солевого баланса. Эти механизмы в основном регулируются нервной и эндокринной системами.

В результате исследований Г. Селье выделил два типа физиологической реакции на стресс: локальный и общий адаптационный синдром. Примерами локального адаптационного синдрома являются остановка кровотечения в результате свёртывания крови, заживление раны, призванные восстановить гомеостаз в определённом

ной части тела. Физиологическая реакция на стресс всего организма в целом, в которой принимают участие несколько физиологических систем, названа общим адаптационным синдромом (ОАС). Он состоит из нескольких фаз (реакций): тревоги, сопротивления и истощения. Первые две фазы постоянно повторяются в течение всей жизни при каждом столкновении человека со стрессорами. При наступлении фазы истощения сопротивление прекращается, и в результате нарушается функционирование органов и систем.

Во время фазы тревоги (первая фаза ОАС) начинается реакция борьбы или бегства. Человек готовится противодействовать конкретному стрессору или уклониться от его воздействия (рис. 9-1).

Если тревога слишком сильна, возникает реакция «замораживания»: реакция подавляется, человек не может ни бороться, ни убежать.

Во время фазы тревоги активируются нейроэндокринные механизмы. Эта фаза может длиться от нескольких минут до нескольких часов. Если компенсаторные механизмы достаточны для того, чтобы справиться со стрессором, индивид возвращается к дострессовому уровню. Если действие стрессора продолжается, у человека развивается фаза сопротивления (вторая фаза ОАС), финал которой может быть неоднозначен. При прекращении действия стрессора наступает фаза стабилизации, сопровождающаяся нормализацией функции нервной и эндокринной систем. Если исходный стрессор высокоагрессивен (компенсаторные механизмы неэффективны) или не устранён в течение длительного времени, наступает фаза истощения (третья фаза ОАС). Человек теряет способность сопротивляться на фоне истощения резервов организма.

Примерами экстремальных стрессоров являются артериальное кровотечение, тяжёлая инфекция, инфаркт миокарда или внезапная смерть близкого человека. Следует отметить, что под влиянием интенсивного стресса реакции тревоги, сопротивления и истощения быстро сменяют друг друга. Г. Селье отмечал, что, по всей видимости, имеется два типа адаптационной энергии: поверхностный (легкодоступный и быстро восстанавливающийся) и глубокий, пополняющий израсходованную поверхностную энергию после отдыха или переключения на другую деятельность [41].

На переживание стресса человеком влияют его познавательная способность, коммуникативные навыки, прошлый опыт, межличностные взаимоотношения, значимые реакции окружающих. Ощущение контроля над стрессором помогает уменьшить стрессовую

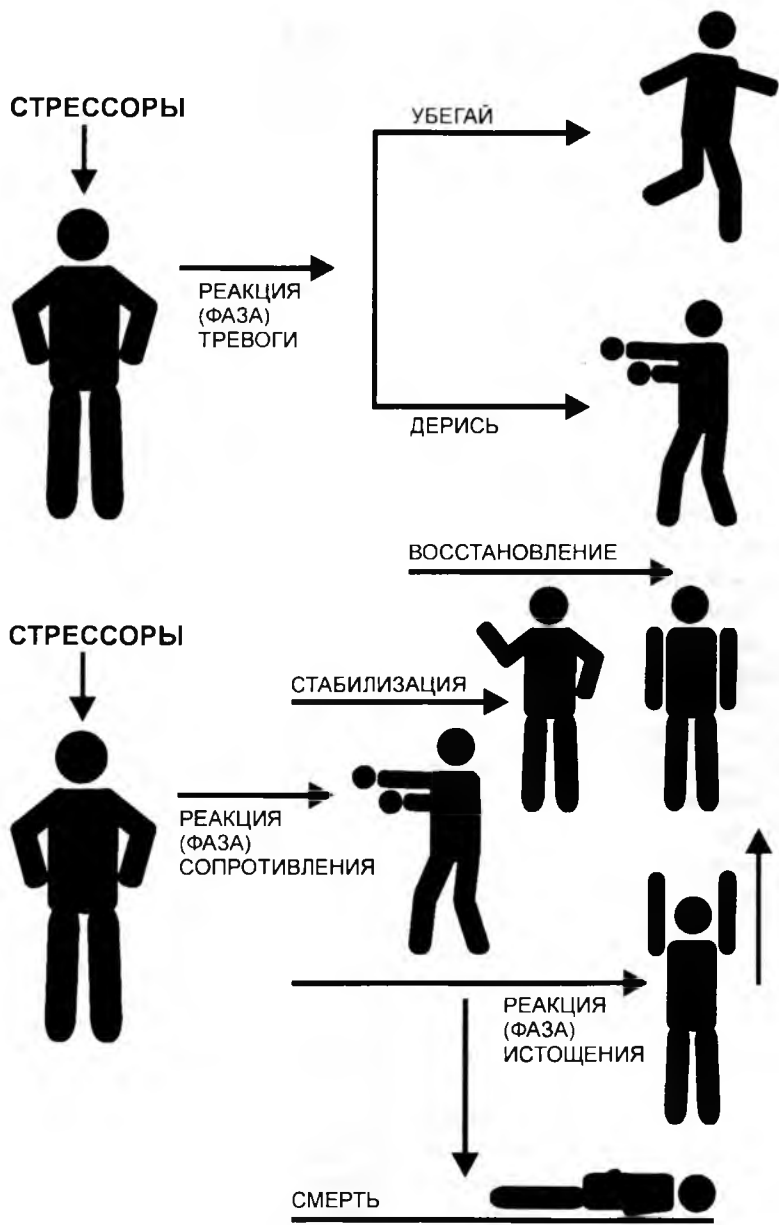


Рис. 9.1. Реакции человека на воздействие стрессоров

реакцию. Например, пациенты, предупреждённые заранее о мерах уменьшения послеоперационной боли (т.е. получившие возможность контролировать боль), обычно лучше справляются с ней в послеоперационном периоде. Таким образом, люди, которым приходилось справляться с многочисленными интенсивными стрессами в прошлом, способны быстрее и эффективнее справиться с очередным кризисом.

Ухудшение здоровья нарушает восстановление адаптационной энергии, поэтому реакции на стресс у больных могут быть неэффективными. Недостаток питания также повышает риск неадекватных адаптационных реакций.

Некоторые индивиды реагируют на большинство стрессоров одинаково, однако это ограничивает их способность к адаптации при возникновении качественно новых стрессоров. Например, люди, обычно реагирующие на стрессоры увеличением физической активности, находятся в затруднении, если новый стрессор ограничивает её. Люди, выработавшие несколько вариантов адаптации, эффективнее справляются с новыми стрессорами.

Защитный механизм — бессознательный процесс, используемый человеком для приспособления к стрессору. Защитные механизмы меняются в процессе развития личности и служат для защиты, удовлетворения потребностей, уменьшения напряжения и тревожности. Исключением является подавление (торможение) — защитный механизм, зачастую применяемый сознательно.

Отрицание — защитный механизм, часто проявляющийся у госпитализированных пациентов. Этот механизм начинает действовать в начале болезни. Отрицание болезни помогает человеку справиться с повышенным напряжением путём укрытия своего «Я» от реальности. Поведение такого человека напоминает игру, когда ребёнок закрывает глаза и полагает, что его никто не видит. «Этого не существует, потому что я этого не вижу». Например, пациенты с ишемической болезнью сердца могут отрицать, что у них бывают сердечные приступы, и винить в своём дискомфорте расстройство пищеварения. Пациенты могут даже отрицать сильную боль и вести себя как обычно. Отрицание бывает ярко выражено у независимого, сильного человека, который смотрит на свою болезнь как на признак слабости. Отрицание может быть полным или частичным и проявляется рассогласованием мыслей, чувств и поступков.

Регрессия — часто наблюдающийся у больных защитный механизм. Болезнь вынуждает пациентов отдаться в руки медицинских

работников. Такие больные становятся эгоцентричными, обеспокоены только своими собственными потребностями и интересами. Часто регрессия помогает пациентам сохранить адаптационную энергию.

9.2.3. Психологические (поведенческие) реакции на стресс

Помимо физиологических, возможны психологические адаптивные реакции, помогающие человеку противостоять стрессору. На действие стрессора человек реагирует тревожностью, напряжением и фрустрацией. Адаптивные формы поведения — тоже механизм адаптации к стрессу, причём они ориентированы либо на выполнение какой-либо задачи (атакующее поведение, избегание стресса, компромиссное поведение), либо на самозащиту. В табл. 9-1 представлены варианты поведенческих реакций на стресс.

Тревожность — психологическая реакция, выражающаяся в ощущении ужаса (страха) или беспокойства, возникшем по неясным причинам. Различные уровни тревожности и соответствующие им типы поведения представлены в табл. 9-2.

Таблица 9-1. Варианты поведенческих реакций на стресс

Адекватные поведенческие реакции	Неадекватные поведенческие реакции
Атакующее поведение	Тревожность
Избегание стресса	Агрессивность
Компромиссное поведение	Депрессия
	Скрытное поведение
	Подозрительность

Таблица 9-2. Уровни тревожности [50]

Уровень тревожности	Тип поведения
Лёгкая тревожность	Повышенная настороженность. Быстрые движения глаз, обострение слуха. Ускорение понимания (схватывание)
Умеренная тревожность	Сниженное понимание подробностей (деталей) окружающей среды. Сосредоточение внимания на собственных переживаниях, болезни
Тяжёлая тревожность (паника)	Расстройство мышления. Несоответствие мыслей, чувств и поведения. Сужение поля восприятия, искажённое восприятие окружающей среды. Непредсказуемые реакции, беспорядочная двигательная активность

Понимание, которое повышается при легкой тревожности, практически исчезает на уровне паники, при которой восприятие окружающей среды становится искажённым. Состояние человека может колебаться между несколькими уровнями тревожности. Уровень возникшей тревожности и её проявление зависят от возраста человека, понимания необходимости лечения, уровня самоуважения и зрелости механизмов борьбы со стрессорами. Люди с высокой тревожностью могут передавать чувство тревоги другим. Например, очень тревожный пациент может усилить тревожность члена семьи, и наоборот. Проявление тревожности может быть результатом выхода энергии, необходимой для восстановления психического равновесия. Эти реакции могут выражаться адаптивным или неадекватным поведением. На типы возникающих поведенческих реакций влияют психические, социальные и культурные факторы, общее развитие личности, прошлый опыт, ценности и экономическое положение. У пациентов и их близких тревожность встречается очень часто.

Агрессивность — реакция, дающая человеку возможность почувствовать себя менее беспомощным и более сильным, снять тревожность. Проявления агрессии возможны при угрозе «Я-концепции» человека. Люди часто злятся из-за потери здоровья, непонимания того, что с ними происходит, поэтому становятся раздражительными, чрезмерно требовательными.

Депрессия — обычная реакция на информацию о тяжёлой болезни. Чувство печали или горя может проявляться следующим образом:

- пропадает желание общаться с другими людьми;
- исчезает интерес к активной деятельности, окружению;
- проявляется обеспокоенность болезнью и объёмом необходимой помощи (ухода);
- выказываются желание умереть или тревожные мысли о смерти;
- поведение становится преимущественно зависимым;
- снижается активность;
- появляются жалобы на утомляемость или бессонницу;
- возникает плаксивость [50].

Любые разговоры о самоубийстве должны восприниматься серьёзно, и об этом нужно немедленно сообщить врачу.

Скрытное поведение (скрытность) часто появляется во время болезни. Оно помогает пациенту беречь психическую и физическую энергию, чтобы справляться со стрессорами и ускорять выздоровление и восстановление. Скрытные пациенты обычно не создают проблем, их часто называют хорошими пациентами. Они нетребовательны, часто обладают низкой самооценкой, поэтому их можно «упустить».

Подозрительность может появиться вследствие ощущения беспомощности, отсутствия контроля над обстоятельствами. Подозрительные пациенты недоверчивы (у некоторых это может быть особенностью характера). Они часто с осторожностью относятся к персоналу, рутинным манипуляциям и процедурам. Разговоры шёпотом в пределах слышимости такого пациента могут вызвать подозрение, что окружающие скрывают что-то важное.

Соматическое поведение — привычная реакция на стресс, которую можно иначе назвать бегством в болезнь. Люди выражают тревожность путём жалоб на множество симптомов (боль, одышка, запор, понос и др.). Расплывчатые жалобы на боль в пояснице, головную боль или усталость используются пациентом, чтобы привлечь внимание. Медработники часто сердятся на пациентов с соматическим поведением, из-за частых и нечётких жалоб. Сестринский персонал может совершить ошибку, не реагируя на жалобы таких пациентов, потому что они вполне могут оказаться непритворными.

9.3. СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АДАПТАЦИИ К СТРЕССУ

Сестринский персонал, работающий в лечебных учреждениях, постоянно сталкивается со стрессами. Окружающая обстановка часто является стрессовой и для пациента. Например, у пациента в результате травмы или операции ампутирована конечность либо вследствие ожога обезображено лицо. Чтобы справиться с подобными переживаниями, пациентам нужна профессиональная помощь: можно дать пациенту высказаться по поводу своих тревог, помочь ему сформулировать ближайшие и отдалённые цели ухода. Медицинская сестра таким способом помогает пациенту участвовать в организации лечения и ухода.

9.3.1. Первичная оценка

Некоторые люди решают проблемы, не задумываясь надолго, другие, наоборот, делают это очень продуманно. Решение проблем — способ преодоления стрессовой реакции, который будет более эффективным, если придерживаться следующих этапов:

- сбор данных;
- определение проблемы (воздействия стрессора);
- установление факторов, влияющих на проблему (стрессор);
- постановка целей;
- изучение альтернативных целей и последствий их достижения;
- вмешательство;
- оценка эффективности сестринской помощи.

Некоторые поведенческие реакции, свидетельствующие о наличии стресса у человека:

- непрерывное хождение вперед-назад;
- снижение активности, даже у увлекающихся развлечениями людей (пассивность, длительное пребывание в одной позе и т.п.);
- изменения в повседневной жизнедеятельности (снижение аппетита, запор, понос);
- изменение восприятия реальности и социальных взаимоотношений;
- изменение отношения к работе.

В условиях лечебного учреждения стрессорами могут стать изоляция и невозможность повседневного общения с близкими, большой поток информации, чрезмерный шум, изменение привычного жизненного уклада и т.п. Иногда стрессором становятся манипуляции медсестры, выполняемые без объяснения причин и целей. Поэтому медсестра, пытаясь снять беспокойство пациента, помогает ему противостоять стрессу. Оценивая состояние пациента, надо уметь выявлять физиологические, психологические, а иногда и духовные показатели стресса.

К физиологическим показателям стресса относятся:

- повышение или понижение артериального давления;
- учащение пульса и дыхания;
- расширение зрачков;
- потливость ладоней либо похолодание кистей и стоп;
- поникшая поза, усталость;

- изменение аппетита, тошнота, рвота, понос, вздутие живота;
- изменение массы тела;
- изменение частоты мочеиспускания;
- патологические изменения в результатах лабораторных, инструментальных и аппаратных исследований;
- беспокойство, бессонница.

К психологическим показателям стресса относятся:

- тревожность;
- депрессия;
- вялость;
- злоупотребление психотропными лекарственными средствами;
- изменение привычек, связанных с питанием, сном, любимыми занятиями;
- психическое истощение, раздражительность;
- отсутствие мотивации, эмоциональные вспышки и частая плаксивость;
- снижение работоспособности и качества работы, забывчивость, ухудшение внимания к деталям, рассеянность («грёзы наяву», «витание в облаках»), прогулы;
- учащение болезней, апатия, подверженность несчастным случаям.

Некоторые авторы отмечают и духовные показатели стресса: гнев на высшие силы, восприятие стрессора как наказание свыше, поиск смысла жизни.

Признаки стресса в рамках «Я-концепции»:

- отказ от встречи с друзьями и знакомыми;
- нежелание смотреться в зеркало, прикасаться к пострадавшей части тела или смотреть на неё;
- негативное восприятие упоминаний об ухудшении функции, деформации или уродстве;
- нежелание использовать протезы при отсутствии конечности;
- отказ от усилий, направленных на реабилитацию.

При проведении первичной оценки состояния пациента медицинская сестра должна выявить признаки нарушения «Я-концепции», задав пациенту следующие вопросы:

- каким образом болезнь (насилие, развод и т.п.) повлияла на Вашу жизнь?
- как Вы приспосабливаетесь к переменам, которые произошли к Вашей жизни?

- как Вы и Ваши близкие сможете справиться с произошедшими изменениями?

9.3.2. Проблемы пациента

Сестринский анализ тревожности лучше всего классифицировать по уровням тревожности. Возможные причины беспокойства:

- угроза «Я-концепции»;
- угроза смерти;
- угроза здоровью;
- изменение социально-экономического статуса, ролевого функционирования, окружающей среды или типов привычного взаимодействия.

9.3.3. Цели сестринского ухода

Цели ухода зависят от видов поведения, демонстрируемых тревожным пациентом, и должны сопровождаться уменьшением неадекватности поведения. Например:

- пациент будет чувствовать себя более расслабленным и менее тревожным;
- пациент отметит, что сон улучшился;
- патологические симптомы (учащение пульса, повышение артериального давления и др.) исчезнут;
- наладится регулярный стул;
- мышцы пациента будут расслаблены;
- пациент станет лучше выполнять рекомендации персонала и т.п.

Медицинская сестра (совместно с пациентом) составляет оптимальный план помощи. При его реализации важна социальная поддержка со стороны близких и друзей. Сестринская помощь направлена на достижение следующих целей:

- уменьшение частоты возникновения стрессовых ситуаций;
- устранение физиологических, психологических и духовных реакций на стресс (симптомов стресса);
- оптимизация поведенческих, эмоциональных и духовных реакций на стресс.

При планировании сестринской помощи в случае деформации «Я-концепции» пациент при помощи медицинской сестры должен изменить сложившуюся ситуацию: начать делиться своими мыслями и чувствами по отношению к самому себе, изменить отношение

к собственному «Я». Следует учитывать, что цель может оказаться долгосрочной, иногда многолетней. Во многом успех сестринского вмешательства будет зависеть от способности медицинской сестры наладить доверительные отношения с пациентом и его близкими.

Медицинская сестра определяет и формулирует цели сестринской помощи:

- пациент согласится обсуждать произошедшие перемены;
- пациент сможет обнаружить у себя положительные качества и т.п.

При снижении у пациента самооценки медицинская сестра должна заслужить его доверие. Её искусство общения совместно с усилиями родственников, психолога, специалиста по реабилитации позволит пациенту говорить о себе, адекватно взаимодействовать с другими людьми, заставит согласиться на проведение лечения, реабилитационных процедур, отказаться от вредных привычек, разрушающих организм (курение, алкоголь), и т.п.

При нарушении ролевого поведения медицинская сестра стремится к тому, чтобы пациент мог обсуждать пути, позволяющие справиться с новой ролью; влияет на его поведение, возвращая его к прежней роли.

Сестринские вмешательства, рассчитанные на борьбу с длительным стрессом, направлены на достижение следующих целей:

- изменение образа жизни пациента;
- обеспечение пациенту строгого распорядка дня, рационального питания, адекватной физической нагрузки;
- ограничение или полный отказ пациента от вредных привычек (алкоголь, курение);
- поддержание или развитие чувства собственного достоинства, пресечение неприятных мыслей;
- обучение приёмам психофизической саморегуляции (преодоление боли, усталости и упадка сил, страха, подавленности, робости, застенчивости), заключающимся в специальных упражнениях для концентрации психики на состоянии покоя. Это умение способствует разрыву закономерности современный образ жизни — стрессовые ситуации — перегрузки психики — болезни [12];
- обучение членов семьи, друзей и коллег приёмам социальной поддержки (умение слушать, понимать, советовать).

Подход, применяемый при работе с пациентом, проявляющим отрицание:

- исследовать причины страха и тревоги, лежащие в основе отрицания;
- избегать прямой конфронтации;
- помогать человеку в осуществлении запланированных сестринских вмешательств;
- заверить пациента в его ценности как личности, несмотря на его зависимое состояние;
- поощрять поведение, указывающее на принятие реальности;
- корректно, но твёрдо очертить допустимые пределы отрицания, нарушение которых мешает лечению.

Подход, применяемый при работе с пациентом, проявляющим регрессию:

- исследовать наблюдающееся поведение;
- обсудить цели, преследуемые пациентом;
- внести соответствующие изменения в план ухода [50].

Подход, применяемый при работе с пациентом, проявляющим агрессивность:

- обеспечить пациенту возможности выражать свои чувства и обсуждать их причины;
- оставлять враждебность пациента без ответа и не вынуждать человека чувствовать себя виновным;
- предугадывать проблемы пациента;
- поддерживать контакт взглядов при общении с пациентом;
- приближаться к пациенту спокойно, открыто, не проявляя агрессивности;
- уменьшить интенсивность раздражителей в окружающей среде;
- установить пределы (рамки) агрессивности;
- лекарственные препараты или физические средства удерживания применять только в том случае, если все другие меры неэффективны и пациент опасен [50].

Подход, применяемый при уходе за пациентом с депрессивным поведением:

- относиться к пациенту серьёзно;
- дать понять пациенту, что вы понимаете его чувства;
- помочь пациенту выразить свои чувства;

- признавать право пациента на отрицательные эмоции;
- выслушивать пациента, чтобы дать выход негативным эмоциям.

Подход, применяемый при работе со скрытным пациентом:

- проводить время с этим пациентом хотя бы молча, чтобы повысить его самооценку;
- мягко поощрять пациента разговаривать, выражать свои чувства и входить в контакт с другими людьми [50].

Подход, применяемый при работе с пациентом, проявляющим подозрительность:

- разрешить пациенту говорить о своих беспокойствах, но не настаивать на этом;
- выполнять обещания, данные пациенту, чтобы вызвать его доверие;
- избегать чрезмерного усердия, которое может вызвать обострение подозрительности;
- объяснять ход процедур и рутинных манипуляций;
- избегать шёпота или обсуждения пациента в его присутствии [50].

Подход, используемый при работе с пациентом с соматическим поведением:

- верить всем симптомам и докладывать о них врачу;
- уделять время этому пациенту;
- выслушивать жалобы пациента на здоровье [50].

9.3.4. Сестринский уход

Сестринские вмешательства по отношению к человеку, испытывающему стресс, могут быть общими, призванными уменьшить влияние стрессора, и кризисными, осуществляемыми при панике для управления стрессом. Общие вмешательства направлены на поддержание адаптационных механизмов организма, борьбу со стрессорами и обеспечение оптимальной окружающей среды, позволяющей человеку мобилизовать свои силы.

Поддержка механизмов преодоления стресса.

Отдых (покой, сон) абсолютно необходим для борьбы с воздействием сильных стрессоров. Пациент должен находиться в тепле, но не перегреваться, так как это вызывает расширение сосудов и мешает адекватному кровоснабжению жизненно важных органов.

Даже незначительная стрессовая реакция может вызвать боль в пояснице, мышечные судороги и головную боль, которые могут стать дополнительными стрессорами. Пациенту показаны успокаивающие (расслабляющие) воздействия: растирание поясницы, изменение положения, массаж напряжённых мышц. Следует максимально облегчить боль, согласовав меры с врачом, уменьшить шум и другие потенциальные раздражители. При тяжёлой стрессовой реакции имеет смысл воздержаться от приёма пищи до тех пор, пока не пройдет тошнота и не нормализуется деятельность желудочно-кишечного тракта.

Информирование пациентов уменьшает их тревожность (при лёгкой или умеренной тревожности). Оно должно сопровождаться подробными объяснениями. Пациентам следует объяснять каждое новое ощущение, при возможности связать его с уже знакомыми переживаниями. Чем выше уровень тревожности, тем проще должны быть объяснения. Любые диагностические и лечебные процедуры должны выполняться только при наличии информированного согласия пациента [26], которое обязан обеспечить врач. Однако у пациента зачастую остаётся много вопросов даже после беседы с врачом. Недостаточная осведомлённость пациента может отражать нарушение медсестрой его прав [25, 26].

Объяснения должны даваться пациенту с использованием понятных ему терминов, в подходящее время, при необходимости повторно, особенно для пожилых людей и детей. Бесполезно давать объяснения пациентам с очень сильной тревожностью, высокой температурой, сильной болью или находящимся под воздействием седативных средств.

Время, выделенное на объяснения родственникам, будет потрачено не напрасно. Подобная мера не только значительно снизит их тревожность, но и уберёжет их от последствий неполной или неверной информации. Часто семья помогает медицинской сестре интерпретировать указания пациенту в доступной для него манере.

Часть работы медицинской сестры состоит в том, чтобы помочь пациенту разобраться в новых ощущениях, поощрить его выражать свои тревоги, подтолкнуть в поисках выхода из своих страхов и отрицательных эмоций при любой возможности. Медицинская сестра может дать возможность пациенту поговорить, но не должна настаивать на получении конкретной информации, чтобы не показаться излишне любопытной. Если медицинская сестра не готова к разговору и взволнована, его стоит отложить.

Не стоит высказывать беспочвенный оптимизм, если пациент высказывает тревожащие его мысли. Уместнее попросить пациента аргументировать свои страхи. Такая реакция медицинской сестры помогает пациенту обдумать ситуацию и оставляет возможность переосмыслить причины своего беспокойства.

Медицинская сестра помогает пациентам проанализировать те проблемы, которые они способны осознать. Ей нужно распознавать реакции тревожности и сообщать о чересчур сильных проявлениях врачу. Когда тревожность пациента возрастает до высокого уровня, медицинской сестре стоит посидеть около пациента, её присутствие скорее всего успокоит больного. Медицинская сестра помогает пациенту осознать тревожность, спросив его: «Вас что-то беспокоит?» Когда пациент сможет говорить о своей тревоге, медицинская сестра должна помочь ему описать, что с ним происходит сейчас, что уже случилось и чего он страшится.

Не существует конкретного идеального способа разрешения конкретной стрессовой ситуации, ведь то, что подходит одному человеку, может быть неприемлемо для другого. Эффективнее всего помочь пациенту преодолеть стресс привычными для него способами. Важно получить от пациента информацию для выработки стратегии, например, задав вопрос: «Что Вы обычно делаете, когда приходится туго?». Вейсман предлагает 7 простых вопросов, с помощью которых можно получить основную информацию о приёмах решения проблемы, используемых данным больным:

- «Какие проблемы возникли у Вас в связи с болезнью?»
- «Как Вы предполагаете справиться с ними?»
- «Что Вы обычно делаете в таких случаях?»
- «К чему это обычно приводит?»
- «К кому Вы обращаетесь, когда Вам нужна помощь?»
- «Что случилось раньше, когда Вы просили о помощи?»
- «Какого рода проблемы сейчас огорчают или угнетают Вас?»

Ответы на эти вопросы помогают медицинской сестре уточнить восприятие текущих проблем пациентом, выяснить привычные способы решения проблем, источники проблем, способность пациента преодолевать стрессы. Управление стрессом — это усиление механизмов его преодоления и помощь человеку в поиске альтернативных механизмов, если привычные механизмы в данной конкретной ситуации неэффективны.

Если стрессор обнаружен, медицинская сестра помогает пациенту исследовать чувства и реакции, вызванные стрессором. Иногда пациенты не понимают своих чувств и могут выбрать неправильные действия. Следует помнить, что не каждый человек способен легко сформулировать свои проблемы и готов обсуждать чувства. Если пациенту навязывают беседу о его проблемах, общение с медсестрой становится поверхностным (формальным).

Обучение методикам релаксации.

Упражнения по релаксации разрабатываются на основе концепции, утверждающей, что стрессовая реакция тревожности не поддерживается, когда мышцы тела расслаблены.

Упражнения по релаксации не снимают воздействия стрессора или стрессовую реакцию, но помогают свести к минимуму негативный эффект стрессовой реакции, внушают человеку ощущение контроля над стрессом. Ежедневные релаксационные упражнения влияют на нормализацию физиологических симптомов стресса (артериальное давление, уровень глюкозы в крови) и психологических (уровень тревожности на стресс) реакций. Существует 4 основных составляющих методики релаксации:

- спокойное окружение: устранить любой возможный шум и другие раздражители;
- удобная поза: сидеть, не напрягая мышцы, расслабившись;
- пассивное отношение: «выбросить» все мысли из головы;
- мысленный образ: сосредоточиться на звуке, слове, фразе, предмете или ритме дыхания, чтобы отвлечь себя от мыслей, связанных со стрессором [50].

Каждый сеанс релаксации должен занимать примерно 20 мин. Для прогрессивной релаксации следует:

- принять удобное положение в тихой комнате;
- сосредоточиться на свободном дыхании;
- напрягать разные группы мышц в определённой последовательности в течение 5–7 с, затем быстро расслабиться;
- сконцентрироваться в течение 1–10 с на ощущениях расслабленных мышц.

Важно соблюдать последовательность, повторяя упражнение для каждой группы мышц, напрягая мышцы 2–3 раза:

- ▲ кисть и предплечье: сжать кулак, резко прижать к себе локоть;

- ▲ лицо: наморщить лоб, крепко зажмурить глаза, наморщить нос, поджать губы, улыбнуться с крепко сжатыми зубами;
- ▲ шея: подтянуть подбородок к груди;
- ▲ туловище: свести вместе лопатки, напрячь мышцы живота и ягодиц;
- ▲ голень и стопа: сделать движение голенью, как бы отталкивая мяч, поднять пальцы стопы вверх.

Повторить все движения во всех областях, где отмечается повышенное напряжение [50].

9.3.5. Оценка результатов сестринского ухода

Оценивая эффективность сестринского ухода, медицинская сестра и пациент совместно определяют изменение выраженности симптомов стресса. Важным критерием является не только уменьшение физиологических показателей стресса, но и субъективное ощущение пациентом чувства расслабленности, улучшение сна, аппетита и т.п.

ПИТАНИЕ И ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ

Прочитав эту главу, Вы узнаете:

- о значении рационального питания в профилактике некоторых онкологических заболеваний;
- о значении рационального питания в профилактике заболеваний, часто являющихся причиной инвалидности и смертности;
- об основных группах пищевых продуктов;
- о рекомендациях по рациональному питанию;
- о понятии «идеальная масса тела»;
- о значении физической активности в профилактике тяжёлых заболеваний.

Понятия и термины:

- **Абсорбция** — всасывание (проникновение веществ через слой клеток в лимфу и кровь);
- **алиментарные (заболевания)** — заболевания, обусловленные несоответствием между потребностями организма в питательных веществах и составом, а также количеством потребляемой пищи;
- **ВОЗ** — Всемирная организация здравоохранения;
- **ИБС** — ишемическая болезнь сердца;
- **инсульт** — острое нарушение кровообращения в головном или спинном мозге с развитием стойких симптомов поражения ЦНС;
- **кариес** — разрушение плотной ткани зуба;
- **крахмал** — сложный углевод (полисахарид);

- **липиды** — класс жиров и жироподобных веществ (липоидов), нерастворимых в воде;
- **липопротеины** — сложные соединения, молекулы которых построены из липидов и белков. Условно различают липопротеины: свободные, или растворимые в водной среде, нерастворимый жир обволакивается водорастворимым белком [липопротеины плазмы крови — хиломикроны, липопротеины очень низкой плотности (ЛПОНП), липопротеины низкой плотности (ЛПНП), липопротеины высокой плотности (ЛПВП)] и структурные (липопротеины мембран клеток, миелиновой оболочки нервов и др.);
- **мононенасыщенные жиры** — жирные кислоты растительного происхождения (например, оливковое масло), имеющие одну двойную связь (на один атом водорода меньше);
- **мотивации** — совокупность факторов, определяющих поведение;
- **насыщенные жиры** — жирные кислоты животного происхождения, не имеющие двойных связей в углеродных цепях: жирная кислота наполняется (насыщается) атомами водорода;
- **остеоартроз** — гетерогенная группа заболеваний, в основе которых лежит поражение всех компонентов сустава (в первую очередь гиалинового хряща и субхондрального участка кости) и периартикулярных тканей;
- **остеопороз** — синдром, характеризующийся генерализованной прогрессирующей потерей объёма костной ткани, приводящей к снижению прочности кости;
- **полиненасыщенные жиры** — жирные кислоты растительного происхождения (например, подсолнечное масло), имеющие две или более двойные связи (меньше атомов водорода);
- **триглицериды** — сложные эфиры трёхатомного спирта глицерина и высших или средних жирных кислот;
- **фитнес** — от англ. *fitness* — (при)годность, соответствие — оздоровительный (клуб);
- **холестерин** — липид (стерол) животного происхождения, присутствующий в крови и большинстве тканей организма. В основном холестерин синтезируется в печени, переносится в потоке крови, прикреплен к ЛПНП;
- **Я-концепция** — субъективный образ человека; восприятие своих физических, эмоциональных, социальных свойств и качеств, психологическое представление о самом себе.

Одна из задач сестринского дела — помочь людям поддерживать оптимальный уровень здоровья, обеспечивающий высокую работоспособность и хорошее самочувствие. Почему одни люди ведут здоровый образ жизни, а другие не делают этого? На выбор поведения, способствующего укреплению здоровья, влияют представления как о собственном здоровье, так и о самом себе.

- Представления о собственном здоровье:
 - ▲ значение, придаваемое здоровью;
 - ▲ стремление к наивысшему уровню здоровья, а не желание оставить всё как есть;
 - ▲ постоянная самооценка здоровья;
 - ▲ понимание правильности выбора поведения, направленного на укрепление здоровья.
- Представления о самом себе:
 - ▲ осознанный контроль собственного поведения (внутренний, а не внешний контроль);
 - ▲ стремление к контролю над ситуацией;
 - ▲ Я-концепция;
 - ▲ самоуважение.

Общеизвестно, что в меньшей степени укреплением своего здоровья занимаются люди, не ценящие его и не имеющие мотивации к его улучшению. Главными факторами, определяющими поведение человека в этом отношении, являются сформированные в кругу семьи и/или друзей привычки и правила. Можно ожидать, что заботиться о своем здоровье будут люди, с детства имеющие представление о здоровом образе жизни. Обучение пациентов здоровому образу жизни эффективно при активной поддержке семьи и друзей.

10.1. ПИТАНИЕ

Неумеренность в еде (переедание), нарушение соотношения некоторых компонентов пищи, равно как и дефицит питания, оказывает серьёзное влияние на здоровье.

Переедание и несбалансированное питание являются ведущими факторами риска развития тяжёлых заболеваний. К их числу относятся атеросклероз, артериальная гипертензия, болезни пищеварительного тракта, почек, эндокринной системы, опорно-двигательного аппарата и др.

Эксперты ВОЗ всё чаще обращают внимание на болезни, возникающие в результате нерационального питания. Заболевания сердечно-сосудистой системы, связанные с атеросклеротическим изменением сосудов, во многих странах мира занимают ведущее место среди причин смерти. В РФ ежегодно на их долю приходится 52,8% случаев, в том числе смертность от инфарктов составляет 36% (в США — 1,5 млн инфарктов, из них более 35% заканчиваются летально [38]). Заболевания сосудов головного мозга (инсульты) ежегодно являются причиной 80 000 смертей в РФ и 150 000 в США [38]. Артериальная гипертензия — ещё одно заболевание с этими же факторами риска — наблюдается у 19,3% женщин и 14,3% мужчин в РФ и у 56 млн американцев [38].

Ожирением страдают 32 млн американцев в возрасте от 25 до 77 лет [38]. Это один из факторов риска развития атеросклероза, артериальная гипертензия и сахарного диабета II типа, который в США наблюдается у 11 млн человек и обуславливает ежегодно 130 000 смертей или способствует им [38]. Рак молочной железы, толстой кишки, простаты эпидемиологически тесно связан с пищевыми факторами риска и наблюдаются у 11 млн человек в США [38].

Установлено влияние пищевых факторов на развитие остеопороза. Ежегодно в РФ происходит 1,4 млн переломов из-за остеопороза, в США — 1,3 млн, в странах Западной Европы — 70 000. Рациональное, т.е. разумное, питание является важнейшей составной частью здорового образа жизни, оно помогает сохранить здоровье и реализовать резерв долголетия организма. В наше время препятствием рациональному питанию является не только низкий жизненный уровень значительной части населения, но и отсутствие или недостаток знаний о том, как нужно питаться, что следует предпочесть, от чего отказаться.

10.1.1. Основные группы пищевых продуктов

Люди употребляют разную пищу и по-разному её готовят. У каждого индивидуальный вкус. Одному не нравится капуста, другому — шоколад. Вкусы и предпочтения человека в еде часто зависят от культуры и традиций, религиозных обычаев, формирующих отношение человека к пище, возможно, на всю жизнь. К сожалению, назойливая реклама всевозможных кондитерских изделий, напитков, биологически активных добавок или препаратов, выпускаемых под видом таких добавок, оказывает людям плохую услугу.



Рис. 10-1. Пищевая пирамида

Американские учёные представляют населению необходимое для здорового питания соотношение пищевых продуктов в виде пирамиды, разделённой на 4 части [13, 27] (рис. 10-1).

Нижний, самый широкий уровень пирамиды — зерновые продукты (хлеб, каши, макароны и пр.). Следующую часть пирамиды занимают в равных долях овощи и фрукты. Далее по высоте следует уровень, также разделённый пополам на молочные продукты и такие продукты, как мясо, рыба, домашняя птица, фасоль, яйца, орехи. Верхняя, самая маленькая часть пирамиды, — допустимое количество сахара и жира.

В табл. 10-1 представлено количество продуктов, необходимых для рационального питания.

Таблица 10-1. Рациональное питание

Основные продукты питания	Количество порционных единиц в день	Примеры порционных единиц
Злаки	6–11	1 ломтик хлеба, $\frac{1}{2}$ чашки варёного риса, $\frac{1}{2}$ чашки каши, $\frac{1}{2}$ чашки отварных макарон
Овощи	3–5	$\frac{1}{2}$ чашки овощей (в готовом виде), 1 чашка свежей зелени (овощей без термической обработки)
Фрукты	2–4	Небольшое яблоко (апельсин, банан, груша), $\frac{1}{2}$ чашки нарезанных фруктов, $\frac{1}{2}$ чашки мелких ягод, $\frac{1}{4}$ чашки фруктового сока
Мясо	2 (по 85 г каждая)	$\frac{1}{2}$ грудки цыплёнка, котлета (шницель) (85 г в готовом виде), 85 г трески, 85 г свинины (в готовом виде)
Молоко	2–3	1 чашка молока, 1 ломтик сыра, $\frac{1}{2}$ чашки творога, 1 чашка йогурта, ряженки или кефира

В 1990 г. ВОЗ представила свои рекомендации по рациональному питанию в виде таблицы. В ней дано необходимое человеку соотношение по энергетической ценности важнейших компонентов пищи и, что понятно каждому, количество некоторых продуктов в расчёте на день. Современный человек нередко нарушает это необходимое для здоровья соотношение пищевых продуктов: в рационе часто оказывается слишком много животного жира и сладостей, мало овощей и фруктов, недостает растительного жира.

Из-за потребления хлебобулочных изделий и другой продукции, изготовленной из муки, утратившей в ходе помола отруби, а также нехватки в рационе овощей и фруктов человек не получает необходимое ему для защиты от болезней количество пищевых волокон, витаминов, минеральных веществ. Увлечение многих людей жирными продуктами (сало, жирное мясо, жирные молочные продукты) перегружает организм животным жиром и холестерином, способствует развитию ожирения, атеросклероза и связанных с ними заболеваний сердечно-сосудистой системы. Недостаток растительного масла в питании усугубляет эту ситуацию. Некоторые люди чувствительны к излишнему поступлению в их организм соли: из-за её избытка у них повышается артериальное давление [13].

10.1.2. Рекомендации по питанию

Рекомендации по питанию, разработанные в США, представлены в табл. 10-2 [50]. Пользоваться ими могут все.

Таблица 10-2. Рекомендации по рациональному питанию

Цели	Способы достижения
Ешьте разнообразную пищу	
Поддерживайте идеальную массу тела	Уменьшите массу тела до идеальной
Избегайте потребления слишком большого количества жиров и холестерина	Уменьшите количество энергии, получаемой из жиров (с 38 до 30%)
Ешьте пищу с адекватным количеством крахмала и клетчатки	Увеличьте потребление нерафинированных углеводов (растительной клетчатки) (с 20 до 30%)
Избегайте слишком большого количества сахара	Уменьшите потребление рафинированных углеводов (сахар)
Избегайте слишком большого количества натрия	Уменьшите потребление соли
Пейте алкоголь в умеренных количествах	Алкоголь должен обеспечивать не более 4% полученной энергии

Рассмотрим подробнее все рекомендации.

1. **Разнообразная пища:** чем большее разнообразие, тем больше шансов, что человек получит необходимые компоненты пищи (белки, жиры, углеводы, минеральные соли, витамины и воду). Все эти вещества одинаково важны, хотя они требуются в разных количествах. Составляющие компоненты пищи, обеспечивающие образование энергии (белки, жиры, углеводы), и вода требуются в гораздо больших количествах, чем витамины, регулирующие различные биохимические процессы в организме. Потребность человека в различных компонентах пищи определяется его ростом, развитием и физической активностью.

2. **Идеальная масса тела** — главная забота многих людей, по крайней мере каждый 4-й взрослый придерживается в течение того или иного времени диеты, приводящей к снижению массы тела.

Большинство людей знают, что простейший способ определить свою оптимальную массу тела в килограммах — это вычесть из роста (в сантиметрах) число 100. Однако этот расчет имеет ряд недостатков. Его результат, например, ничего не говорит о том, каков же допустимый интервал массы тела, наиболее благоприятный для здоровья. Более точным показателем является *индекс массы тела* (ИМТ), его иногда называют индексом Кетле по имени учёного, предложившего его. Для вычисления индекса нужно разделить свою массу тела (в килограммах) на рост (в метрах), возведённый во вторую степень. Так, например, при росте 1,7 м и массе тела 70 кг индекс Кетле будет следующим:

$$K = 70 / (1,7 \times 1,7) = 24,22.$$

Оптимальные значения индекса Кетле для мужчин и женщин [ВОЗ, 1985]

Значение индекса	Мужчины	Женщины
Среднее значение	22	20,3
Минимальное значение	20,1	18,7
Максимальное значение	25,0	23,8

Индекс более 30 у мужчин и 28,6 у женщин свидетельствует об ожирении. Значение индекса, принимаемое за начальный показатель ожирения, несколько различается в разных странах.

Группа экспертов ВОЗ в 1990 г. рекомендовала в качестве оптимальных как для мужчин, так и для женщин установить значения индекса в пределах 20–22. Именно при этих величинах минимален риск заболеваний и смерти в каждой возрастной группе. При одном и том же индексе массы тела риск болезни и смерти выше у курящих, чем у некурящих.

Отвечая на вопрос, какая энергетическая ценность пищи нужна человеку, эксперты ВОЗ в 1990 г., не давая конкретных значений, ответили: человеку нужно столько килокалорий, чтобы его масса тела не выходила за названные пределы индекса Кетле. Превышение массы тела на 20% и более от нормы определяют как тучность [37]. Помимо заболеваний, риск развития которых возрастает у тучных людей, ухудшается их качество жизни в результате социальной дискриминации тучного человека, уменьшения его подвижности, способности переносить физические нагрузки. У многих тучных людей снижается чувство самоуважения.

Однако и стремление снизить массу тела должно иметь разумные пределы. Уменьшение массы тела на 20% и более от нормы расценивается как недостаточное питание и приводит к нарушению роста и развития, биохимических процессов, формирования защитных механизмов.

В нашей стране население по возрасту и выполняемой работе (энерготратам) разделено на ряд групп, для каждой из которых определена необходимая энергетическая ценность рациона и его состав. Суточный набор продуктов, предложенный специалистами Института питания РАМН для людей с невысокими энерготратами, представлен в табл. 10-3. Может вызвать удивление приведённая в этой таблице рекомендация потреблять в день 5 г бобовых. В данном случае речь идет о среднем ежедневном потреблении, т.е. 35 г за неделю.

Таблица 10-3. Примерный ежедневный перечень пищевых продуктов для человека, расходующего 2500 ккал в сутки

Пищевые продукты	Количество, г
Хлеб	330–360
Макароны	15
Крупы	25
Бобовые	5
Картофель	265–285
Овощи, бахчевые	385–450
Фрукты, ягоды	200–220
Сахар (включая сахар в пищевых продуктах)	50–100
Растительное масло	30–40
Мясо и мясoproductы	190–215
Рыба и рыбoproductы	50–55
Молочные продукты (в пересчёте на молоко), в том числе молоко	980–1050 350–450
Яйца	2 шт. на 3 дня

Сколько же калорий человек должен получать ежедневно для покрытия своих энерготрат? Например, для женщины 40–59 лет, занятой преимущественно умственным трудом, достаточно в сред-

нем 1800 ккал, а для мужчины в возрасте 18–29 лет при особо тяжёлом труде потребуется 4200 ккал. Учёные предлагали населению подсчитывать потребляемые калории, создавали для облегчения этой задачи разнообразные счётчики калорий, но лучшим счётчиком оказался сам организм человека: нужно следить за соотношением своей массы тела и роста.

3. Употребление слишком большого количества жиров, в том числе насыщенных и холестерина. Избыток этих веществ организм не может использовать, они откладываются в тканях, увеличивая массу тела. Кроме того, по данным различных исследований [18, 37], отмечается чёткая связь между избыточным жиром, поступающим с пищей, и заболеванием раком, особенно молочной железы, толстой и прямой кишки, предстательной железы.

В большинстве европейских стран и в США население становится всё более информированным о последствиях, связанных с употреблением в пищу большого количества жиров. Высокий уровень триглицеридов в сыворотке крови — дополнительный фактор риска ИБС.

Атеросклероз и связанные с ним заболевания сердечно-сосудистой системы наиболее часто наблюдаются у людей, потребляющих с пищей много животного жира и холестерина, но мало полиненасыщенных жирных кислот, растительных волокон и морепродуктов. Курение, а также неумеренное потребление кофе способствуют развитию атеросклероза. Эксперты ВОЗ считают, что следует потреблять не более 300 мг холестерина в день, а это значит, что потребление продуктов животного происхождения должно быть умеренным. Примеры содержания холестерина в пищевых продуктах представлены в табл. 10-4.

Таблица 10-4. Количество продуктов, содержащее 300 мг холестерина

Продукты	Количество, г
Творог:	
жирный	500
нежирный	750
Молоко	3000
Сметана:	
20% жирности	230
30% жирности	375

Продукты	Количество, г
Сыр:	
костромской	20
российский	26
голландский	60
Масло сливочное	160–170
Говядина I категории, телятина, куры I категории	380
Колбаса варёная	675
Печень:	
говяжья	110
свиная	230
Почки:	
говяжьи	100
свиные	150
Мозги свиные	15
Рыба:	
зубан	70
камбала	130
сельдь тихоокеанская	150
минтай	270
Яйцо:	
куриное крупное	1 шт.
перепелиное	1 шт.

Обследование, проведённое в 1990 г. в США [50], свидетельствует, что из 65% взрослых людей, знающих о наличии у них в сыворотке крови повышенного уровня холестерина, только 24% пытались снизить его с помощью диеты.

Жители развитых стран снимают с бульона слой жира, вытапливают и удаляют жир из мяса, удаляют вместе с кожей подкожный жир цыплят. Подсчитано, что энергетическая ценность порции курятины (около 140 г) снижается при этом на 200 ккал.

В продуктах видно только 40% жиров. Человек, знающий о вреде излишка жира, предпочтёт колбасные изделия без излишка

жира. Однако в любых колбасных изделиях, в том числе сосисках, сардельках, жир есть, но только в эмульгированном состоянии, поэтому он и незаметен. В этих продуктах до $\frac{3}{4}$ энергетической ценности может приходиться на жир.

Любители кофе утверждают, что вкус и аромат кофе обусловлены пенкой, образующейся на его поверхности. Именно в пенке и кофейном осадке сосредоточены вещества (кофестол и кавеол), повышающие содержание холестерина в крови.

Растворимые растительные волокна, содержащиеся во многих фруктах и овощах, а также зерновых продуктах, способствуют удалению из организма избытка холестерина. Наряду с полиненасыщенными жирными кислотами, присутствующими в жидких растительных маслах, противоатеросклеротическим свойством обладает мононенасыщенная олеиновая кислота, содержащаяся в оливковом масле, орехах, жире рыб. Противосклеротическое действие: соя и чеснок. С целью регуляции уровня холестерина нужно рекомендовать здоровым людям в возрасте старше 39 лет определять его уровень каждые 3 года и при необходимости принимать меры для его снижения.

4. Употребление продуктов с адекватным количеством крахмала и клетчатки — одно из обязательных условий рационального питания.

Крахмал содержится главным образом в крупах, бобовых, овощах, особенно в картофеле. Это важный источник углеводов, дающих организму большую часть энергии. Рекомендуется употреблять зерновые и бобовые 6 и более раз в день.

Растительная клетчатка содержит целлюлозу и другие пищевые волокна, которые не перевариваются в пищеварительном тракте, стимулируют перистальтику кишечника и способствуют выведению фекалий. Растительная (пищевая) клетчатка связывает холестерин, предупреждая его абсорбцию. Употребление большого количества продуктов, содержащих растительную клетчатку, уменьшает риск развития рака толстой кишки [18, 50]. К таким продуктам относятся цельное зерно (пшеница, рис, овес), применяемые в крупах и хлебе отруби, фрукты и овощи. Рекомендуется употреблять 18–32 г пищевой клетчатки в день, т.е. до 5 порций фруктов или овощей и до 6 порций зерновых (бобовых) в день (см. табл. 10-1).

5. Употребление большого количества сладостей значительно увеличивает количество калорий. Искусственные подсластители не всегда приводят к уменьшению потребляемых калорий, так как по-

сле них сохраняется желание что-нибудь съесть, в том числе сладкое или жирное, чтобы быть сытым.

В связи с этим именно сложные углеводы (крахмал, растительная клетчатка) предпочтительнее для рационального питания. Уменьшенное и более редкое потребление рафинированного сахара снижает опасность развития кариеса.

6. Употребление чрезмерного количества натрия является одним из факторов риска артериальной гипертензии. Здоровому человеку достаточно в день употреблять половину чайной ложки соли. Но при этом не следует забывать, что соль в больших количествах уже содержится в таких продуктах, как ветчина, бекон, сосиски, в том числе «хот-дог», колбасы, солёная и копчёная рыба, чипсы, крекер, солёные орехи, острые приправы и специи.

7. Чрезмерное употребление алкоголя оказывает отрицательное влияние на здоровье. В то же время это и серьёзная социальная проблема. Большое количество аварий на дорогах связано с употреблением алкоголя. Многие специалисты выступают против установления некоего защитного или безопасного количества алкоголя. Во-первых, алкоголь повышает у женщин риск развития гормонально-зависимых опухолей. Во-вторых, даже при малых количествах спиртного возможно привыкание к алкоголю [18].

Потребность в различных компонентах пищи зависит от возраста, пола, роста, массы тела, умственной и физической активности. Правильно составленный рацион должен обеспечивать поддержание оптимального функционирования организма.

Эффективность диетических рекомендаций, помогающих изменить привычки пациентов, доказана во многих исследованиях, причем в большинстве из них отмечается, что консультантом, как правило, выступает не врач, а медицинская сестра, диетолог или психолог [39]. Консультируя пациента по вопросам питания, сестра должна донести до него свои советы в понятной форме, рассказать о наборе продуктов, а не о входящих в них химических компонентах. Помимо этого, необходимо учитывать психологические особенности человека: большинству людей трудно удерживать в своём сознании одновременно более 5–7 объектов.

Следует рекомендовать пациенту наиболее приемлемые пути, способствующие изменению привычек в еде, предложить конкретную помощь в выборе пищи. Если эти советы воспринимаются как непривлекательные и неудобные, пациенты не смогут следовать им в течение длительного времени.

Для успешного решения этих проблем пациенту и его семье необходимо давать больше информации о диетах, способствующих оздоровлению (здесь не идёт речь о лечебных диетах). В некоторых случаях индивидуальный совет по питанию может быть предоставлен диетсестрой или врачом-диетологом.

В ряде случаев при консультации пациентов по вопросам питания нужны рекомендации по употреблению в пищу только безопасных продуктов. Например:

- не покупать продукты в местах, не разрешённых для торговли;
- мыть руки до и после еды;
- не пробовать пищу вне дома;
- при приготовлении домашних консервов придерживаться официальных рекомендаций;
- для разделки мяса и птицы пользоваться отдельными ножами и разделочными досками;
- мыть руки между одновременным приготовлением мяса и других блюд;
- не использовать в пищу яйца, имеющие неприятный запах или разбитые;
- молоко и молочные продукты использовать только пастеризованные;
- не употреблять сырую рыбу, креветки.

Бактерии (сальмонелла, туберкулёзная палочка и др.), паразиты (эхинококк), токсины (ботулинический токсин) могут быть причиной не только заболеваний, но и смерти.

10.2. ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ

Обязательным компонентом любой оздоровительной программы являются физические упражнения, соответствующие состоянию здоровья и образу жизни человека.

Адекватная физическая активность способствует поддержанию идеальной массы тела за счет потери жировой ткани, предупреждению многих серьёзных заболеваний, повышению качества жизни. Физические упражнения должны стать одним из основных компонентов здорового образа жизни.

10.2.1. Последствия недостаточной физической активности

Недостаточная физическая активность, так же как нерациональное питание и курение, является фактором риска развития атеросклероза, в том числе таких его проявлений, как ИБС (стенокардия, инфаркт миокарда и другие формы), а также артериальной гипертензии, которая может осложняться болезнями почек, ретинопатией сетчатки, инсультом. Атеросклероз может развиваться и при таких заболеваниях, как сахарный диабет II типа. Недостаточная физическая активность приводит к прогрессированию остеопороза и как следствие к тяжёлым переломам, в том числе шейки бедренной кости и позвоночника. Установлено, что фактическое число взрослых, выполняющих ежедневно умеренную физическую нагрузку или энергичную нагрузку 3 раза в неделю, гораздо ниже желаемого.

Несмотря на то что в последние годы наметилась некоторая положительная тенденция увеличения физической активности, особенно среди людей в возрасте 20–40 лет, многие взрослые, в том числе пожилые люди, ведут малоподвижный сидячий образ жизни. Они понимают и знают, что для здоровья необходимы физические упражнения, но ничего не предпринимают, чтобы выполнять их, находя для этого различные предлоги и отговорки.

10.2.2. Эффективность физических упражнений

Исследования показывают, что у мужчин, ведущих физически активный образ жизни, общий уровень смертности ниже, чем у тех, кто физически малоактивен [39]. Регулярные физические упражнения предупреждают развитие ожирения, уменьшают риск заболеваний, связанных с избыточной массой тела, снижают артериальное давление в среднем на 10%.

Физически активные люди имеют более высокий уровень самооценки. В связи с идеальной массой тела у них хорошее настроение, реже отмечаются депрессия и беспокойство [39].

Положительного воздействия упражнений на здоровье можно добиться даже при низких условиях их интенсивности и частоты. Более того, иногда интенсивные упражнения могут быть противопоказаны из-за риска физической травмы или осложнений сердечно-сосудистых заболеваний, поэтому даже быстрая ходьба, подъём пешком по лестнице, работа в саду могут оказывать отрицательное влияние. Люди, страдающие артериальной гипертензией, ожирением, могут получить большую пользу от упражнений, не противо-

показанных при сердечно-сосудистых заболеваниях (например, упражнения увеличивают силу и гибкость суставов и костей, улучшают настроение).

Однако польза может быть только от регулярных занятий. Известно, что для улучшения состояния сердечно-сосудистой системы недостаточно выполнять физические упражнения эпизодически, только зимой или летом. Кроме того, если человек в прошлом выполнял упражнения, но затем прекратил, недостаточная физическая активность вновь становится для него фактором риска многих заболеваний.

В последние годы люди осознают, что активность и подвижность необходимы для здоровья, но многие не прикладывают усилий для их повышения. Те, кто не ценит упражнения как средство поддержания оптимального здоровья, часто находят поводы, отговорки не участвовать в планируемой программе регулярных занятий. Если не осознавать, что упражнения необходимы, и не прикладывать усилий для их выполнения, то ценность их будет минимальной. Любая программа регулярных упражнений дает как психологическую, так и физиологическую пользу: физически крепкий человек обычно более вынослив, быстрее восстанавливается после болезни.

Упражнения важны для всех независимо от возраста. Некоторые пожилые люди полагают, что они слишком стары, чтобы начинать какую-либо активную оздоровительную программу. Однако эти программы планируются индивидуально и основываются на интересах человека, его способностях и ограничениях. Ряд программ разработан для людей с хроническими заболеваниями. Физические упражнения повышают выносливость, мышечную силу и обеспечивают контроль над массой тела. Они оказывают положительное влияние на опорно-двигательный аппарат, на систему кровообращения, дыхания, мочевыделения, нейросенсорную систему и пищеварительный тракт.

Упражнения должны стать частью образа жизни (например, подниматься по лестнице вместо лифта), человек должен придавать этому такое же важное значение, как еде или сну. Регулярные занятия физическими упражнениями обеспечивают хорошее самочувствие, что является частью ощущения себя здоровым. А ощущение себя здоровым способствует более долгой жизни.

БОЛЬ И СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС

Прочитав эту главу, Вы узнаете:

- о различных аспектах боли;
- о факторах, влияющих на ощущение боли;
- об особенностях реакции человека на острую и хроническую боль;
- о видах боли;
- о сестринском процессе при боли;
- о способах первичной оценки боли;
- об определении цели ухода при боли;
- о сестринских вмешательствах;
- об оценке результатов ухода, рекомендуемом плане ухода при боли.

Понятия и термины:

- **аналгезия** — от греч. *analgesia* — отсутствие боли;
- **антидепрессанты** — лекарственные препараты, улучшающие настроение и общее психическое состояние;
- **иррадиация** — распространение болевых ощущений;
- **локализация** — место развития патологического процесса;
- **миозит** — воспаление скелетных мышц;
- **неврит** — воспаление периферических нервов;
- **паралегия** — паралич обеих конечностей (верхних или нижних);

- **плацебо** — фармакологическое нейтральное соединение, применяемое в медицине с целью имитации лекарственной терапии;
- **транквилизаторы** — лекарственные препараты, уменьшающие состояние тревоги, страха, беспокойства.

11.1. ОЩУЩЕНИЕ БОЛИ

Из множества различных симптомов заболеваний боль, наверное, является самым распространённым. Ощущение боли зависит исключительно от индивидуальных особенностей каждого человека. Поскольку боль — ощущение субъективное, её трудно измерить, и только сам человек, испытывающий боль, может передать нам свои ощущения и описать интенсивность боли. М. Кэффери считает, что боль — это то, что человек, испытывающий её, говорит о ней, когда она есть, и боль существует там, где пациент говорит, что она действует [12]. Многие люди знают, что такое боль. Они воспринимают её как неприятное ощущение.

Более двадцати веков люди непрерывно пытаются разгадать тайну боли и найти средства, облегчающие её. Однако даже в наше время некоторые виды боли не поддаются лечению. Недаром существует мнение, что боль — это властелин человечества, который ужаснее даже смерти [29].

Боль — это не только то, что физически ощущает человек, но ещё и эмоциональное переживание. Восприятие боли может меняться в зависимости от того, какое значение ей придает человек, от его настроения и морального духа.

Существует концепция тотальной боли, в основе которой лежит холистический подход к человеку, свидетельствующий о том, что боль имеет разные аспекты: физический, психологический, социальный, духовный.

Физический аспект. Боль может быть одним из симптомов заболевания, осложнением основного заболевания, а также являться побочным эффектом проводимого лечения. Боль может приводить к развитию бессонницы и хронической усталости.

Психологический аспект. Боль может быть причиной гнева пациента, его разочарования во врачах и в результатах лечения. Боль может привести к отчаянию и изоляции, к появлению чувства беспомощности («мне уже нельзя помочь»). Постоянный страх боли приводит к ощущению тревожности. Человек чувствует себя брошен-

ным и никому не нужным, если друзья перестают навещать его, боясь потревожить.

Социальный аспект. Человек, постоянно испытывающий боль (особенно это касается пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями в терминальной стадии), уже не может выполнять привычную для него работу. Из-за зависимости от окружающих (в том числе финансовой) человек теряет уверенность в себе и чувствует собственную бесполезность. Всё это приводит к снижению самооценки и качества жизни.

Духовный аспект. Частая или постоянная боль, особенно у пациентов с онкологическими заболеваниями (или боли в сердце при ИБС), может вызывать страх смерти и страх перед самим процессом умирания. Человек может чувствовать вину перед окружающими за причиняемые им волнения. Он теряет надежду на будущее.

11.2. ФИЗИЧЕСКАЯ СТОРОНА БОЛИ

Нервная система ответственна за возникновение ощущения боли. Исследования, проведённые в последние годы, в общих чертах так описывают механизм развития боли: в том месте, где чувствуется боль, выделяются определённые химические вещества, вызывающие раздражение нервных окончаний, нервный импульс передаётся в спинной мозг, откуда он ретранслируется в головной мозг. Первые ощущения боли возникают при анализе сигнала в среднем мозге, более определённой боль становится при обработке сигнала в гипоталамусе, однако только при достижении коры головного мозга определяются тип, интенсивность и локализация боли.

Исследования, проводимые в последние годы, помогают найти ответы на такие вопросы, как:

- почему сила ощущаемой боли не обязательно связана с интенсивностью болевого раздражения;
- почему эмоциональное состояние оказывает влияние на процесс ощущения боли.

Ощущение боли является одним из самых важных аспектов теории боли. Ощущение боли зависит от следующих факторов:

- прошлого опыта. Отношение к боли детей часто зависит от примера родителей. Например, одни родители проявляют чрезмерное беспокойство даже при незначительных ушибах

своего ребёнка, другие обращают внимание только на более серьезные случаи. В результате разные дети будут по-разному реагировать на боль;

- индивидуальных особенностей человека. Исследования, проводимые в области теории боли, свидетельствуют о том, что человек, сосредоточенный на своём внутреннем мире, испытывает более интенсивную боль, однако жалуется на неё меньше, чем человек, интересующийся только внешним миром;
- тревоги, страха и депрессии, которые усиливают болевое ощущение. При их отсутствии пациент меньше говорит о боли;
- внушения, с помощью которого можно уменьшить боль. Эту же роль могут играть безвредные лекарственные средства (плацебо). Давая их пациентам (по назначению врача), сестра внушает, что они снимают боль;
- религии и религиозных убеждений, оказывающих влияние на ощущение боли. Например, боль может расцениваться человеком, как кара за грехи;
- убеждений и отношения к боли, обусловленных социокультурными особенностями человека, причём и ощущение, и реакция на боль формируются в течение жизни. Так, например, в западных культурах роды обычно рассматриваются как болезненный процесс, требующий обезболивания. В то же время в некоторых странах женщины испытывают минимальную боль при родах. (Мы не рассматриваем здесь мнение некоторых людей, что «ребёнок должен родиться в муках»).

Часто говорят, что степень ощущения боли является результатом различных болевых порогов: при низком болевом пороге человек чувствует даже сравнительно слабую боль, при высоком болевом пороге — только сильную боль. Именно порог болевого восприятия — та точка, при которой ощущается боль, — является тем, что отличает одного человека от другого. Способность ощущать боль зависит от уровня функционирования нервной системы. Поэтому любое повреждение нервных окончаний, проводящих путей или участвующих в анализе информации областей коры головного мозга будет влиять на уровень ощущения боли. Например, при нижней параплегии пациент может не чувствовать боль в нижних конечностях. В то же время при таких воспалительных процессах, как неврит и миозит, ощущение боли усиливается. При нарушениях сознания (от спутанности до бессознательного состояния) порог восприятия боли снижается.

На порог боли влияют разные факторы [29]:

- порог снижается (восприятие боли быстрее): дискомфорт, бессонница, усталость, тревожность, страх, гнев, грусть, депрессия, скука, психологическая изоляция, социальная заброшенность;
- порог повышается (восприятие боли медленнее): стойкость к боли, облегчение других симптомов, сон, сопереживание, понимание, компания (с другими людьми), творчество, релаксация, уменьшение тревожности, поднятие настроения, обезболивающие, транквилизаторы и антидепрессанты.

Естественной защитной реакцией человека, испытывающего боль, является желание избавиться от неё или по крайней мере облегчить её. Когда боль становится нестерпимой и продолжительной, человек теряет способность осуществлять повседневную деятельность.

D. Bonica [12] описывал боль как «полезную, бесполезную и опасную».

Полезной он считал острую боль, поскольку она является сигналом тревоги. Хроническую боль он считал **бесполезной**, поскольку источник боли уже известен.

Опасной или потенциально опасной он назвал боль, не несущую никакой полезной информации и ведущую к серьёзным осложнениям (шок кардиогенный, травматический и т.п.), при которых человек может умереть. Боль, испытываемая после травмы, ожога, хирургической операции, относится к разряду опасных и требует немедленного устранения.

Сестринскому персоналу следует помнить, что не всегда человек способен сообщить о боли окружающим. Он может быть глухонемым, заикаться, не знать языка страны, трудности могут возникнуть также у детей и пожилых людей и т.д. Избавить таких пациентов от боли помогут знания и навыки медицинской сестры.

11.3. РЕАКЦИЯ НА БОЛЬ

Как ощущение боли, так и реакция на неё у всех людей различные. В какой-то степени они зависят от воспитания, индивидуальных особенностей и социально-культурных факторов.

Различия в реакции на острую и хроническую боль представлены в табл. 11-1.

Таблица 11-1. Дифференциальная диагностика острой и хронической боли

Признаки	Острая боль	Хроническая боль
Продолжительность боли	Относительно короткая	Более 6 мес. Можно установить момент начала боли
Локализация	Обычно имеет чёткую локализацию	Локализована в меньшей степени
Начало	Внезапное	Начинается незаметно
Объективные	Увеличение ЧСС	Отсутствуют
	Повышение АД	
	Увеличение ЧДД	
	Бледная влажная кожа	
	Напряжение мышц в области боли	
	Выражение тревоги на лице	
Субъективные	Снижение аппетита	Тревожность
	Тошнота	Депрессия
	Тревожность	Раздражительность
	Раздражительность	Беспомощность
	Бессонница	Усталость
		Нарушение способности осуществлять повседневную деятельность
		Изменение образа жизни

Примечание. ЧСС — частота сердечных сокращений; АД — артериальное давление; ЧДД — частота дыхательных движений.

11.4. ВИДЫ БОЛИ

В зависимости от локализации, причины, интенсивности и продолжительности различают несколько видов боли.

Поверхностная боль часто появляется при воздействии высоких или низких температур, прижигающих ядов, а также при механических повреждениях.

Глубинная боль обычно локализуется в суставах и мышцах, и человек описывает её как продолжительную тупую боль или мучительную, терзающую боль.

Боль во внутренних органах часто связывается с конкретным органом: «болит сердце», «болит желудок» и т.п.

Невралгия — боль, появляющаяся при повреждении периферической нервной системы.

Иррадирующая боль — например, боль в левой руке или плече при стенокардии или инфаркте миокарда.

Фантомная боль — боль в ампутированной конечности, часто ощущается как покалывание. Эта боль может продолжаться месяцами, но затем она проходит.

Психогенная боль — боль без физических раздражителей. Для человека, испытывающего такую боль, она является реальной, а не воображаемой.

11.5. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ БОЛИ

11.5.1. Первичная оценка боли

Первичную оценку боли дать достаточно сложно, поскольку боль — это субъективное ощущение, включающее в себя неврологические, физиологические, поведенческие и эмоциональные аспекты. При первичной, текущей и итоговой оценке, проводимой с участием пациента, за отправную точку следует брать субъективные ощущения пациента. «Описание человеком боли и наблюдение за его реакцией на неё — основные методы оценки состояния человека, испытывающего боль» [12].

Н. Роупер и соавт. [53] приводят три основных метода проведения оценки:

- описание боли самим человеком;
- изучение возможной причины появления боли;
- наблюдение за реакцией человека на боль.

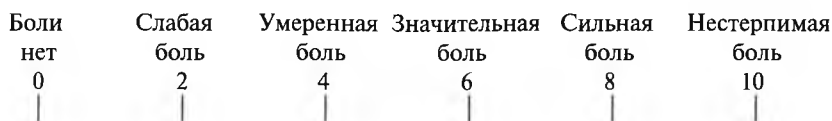
Прежде всего следует определить локализацию боли. Вначале, как правило, человек указывает на достаточно большой участок, затронутый болью. Однако при более детальном расспросе этот участок оказывается меньшего размера и более локализованным.

Далее следует выяснить возможную причину и время появления боли, условия исчезновения боли, а также её продолжительность, факторы, усиливающие или ослабляющие боль.

Интенсивность боли должна быть оценена, исходя из ощущения этой боли самим пациентом, и не обязательно определяется по его реакции на боль. Для этого может быть использована шкала оценки боли в баллах (вербальная сравнительная шкала рейтинга боли):

0 — боль отсутствует в состоянии покоя и при движении;

Шкала интенсивности боли



Использование подобных линеек даёт более объективную информацию об уровне боли, чем фразы: «Я не могу больше терпеть боль», «Ужасно болит», «Это невыносимо». (Для оценки интенсивности боли у детей может быть использована шкала, на которой изображены лица, выражающие разные эмоции рис. 11-1.)

Если внимательно наблюдать за реакцией на боль, то можно получить полезную информацию о состоянии пациента, особенно при невозможности вербального общения или в случае помутнения сознания. О сильной боли могут свидетельствовать бледность, учащение дыхания, повышение артериального давления, повышенное потоотделение, человек может скрежетать зубами, прикусывать нижнюю губу, сморщивать лоб. Реакцией на боль могут быть изменение поведения, снижение (потеря) аппетита, уменьшение объёма повседневной деятельности. Вынужденное положение пациента, беспокойство, плач, стон, иногда пронзительный крик также могут являться реакцией на боль. При этом исследователи, занимающиеся этим вопросом, утверждают, что «некоторые пациенты нуждаются в том, чтобы сёстры говорили им о том, что их поведение, связанное с болью, является нормальным и уместным и что другие люди так же реагируют на боль» [12].

Проводя первичную оценку боли, следует выяснить у пациента её характер (тупая, острая, жгучая, сжимающая, колющая и т.п.)

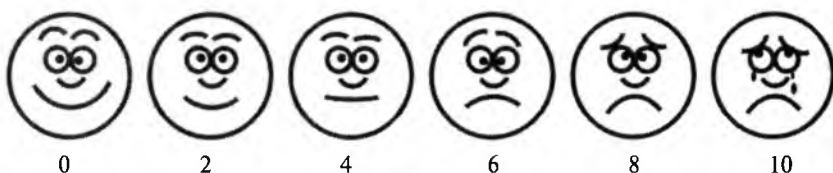


Рис. 11-1. Визуальная шкала интенсивности боли.

0 — пациента боль не беспокоит; 2 — боль беспокоит незначительно; 4 — боль немного беспокоит; 6 — боль существенно беспокоит; 8 — боль значительна, сознание пациента сконцентрировано на боли; 10 — боль настолько сильна, насколько пациент может её представить; он еле сдерживается

и причины возникновения. Так, боль в области желудка может возникать до, во время и после еды, боль в суставах может быть в покое и/или при движении и т.д. Шум, яркий свет, а также чувство страха, тревога, также могут быть причиной боли. Человек, как правило, легко указывает на факторы, вызывающие боль.

И наконец, следует выяснить у человека, как он переносил подобную боль ранее. Для самооценки боли пациенту может быть предложена одна из описательных шкал.

Сопоставьте слово (слова), которое соответствует Вашей боли, с цифрой на прямой линии, которая покажет степень тяжести Вашей боли. Проведите стрелку от этого слова к цифре или скажите медицинской сестре.

Градация боли	Выраженность боли, баллы	Характеристика боли
Мучительная, нестерпимая боль	10–9	Нестерпимая Ноющая Раздавляющая Стискивающая Сдавливающая Пронизывающая
Крайне сильная боль, затрудняющая повседневную деятельность	8	Стреляющая Острая Жгучая
Умеренная боль	7	Ощущение, как при электрошоке Пульсирующая Судорожная
	6	Спастическая Тупая Терзающая Грызущая
Лёгкая боль	5	Ощущение, как будто раздавлен большим весом Держащая в напряжении Доставляющая неудобство
Отсутствие боли	4	Причиняющая беспокойство

Очень важно, чтобы сестра делала выводы после проведения первичной оценки не только по результатам осмотра пациента и его поведения, но и на основании описания боли и её оценки самим пациентом: боль — это то, что о ней говорит пациент, а не то, что думают другие.

Ниже приведена одна из карт, рекомендуемых для самооценки хронической боли, в том числе у онкологических больных [29] (рис. 11-2).

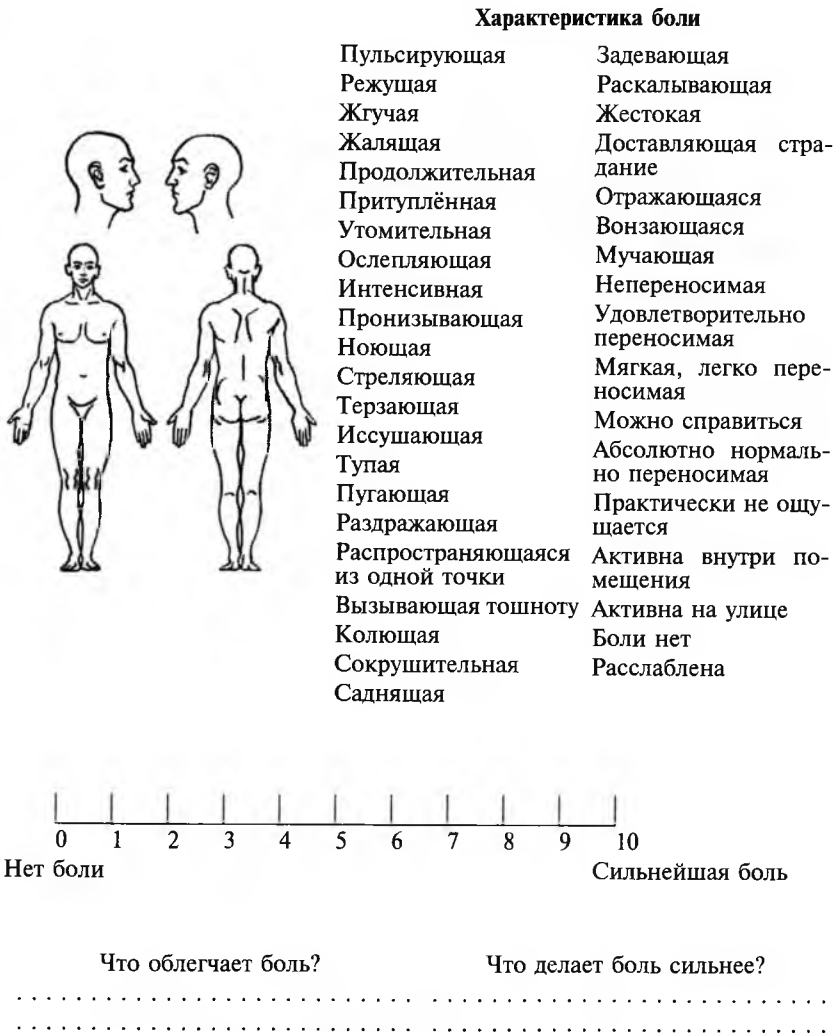


Рис. 11-2. Карта самооценки боли

Данные карты могут быть особенно полезны в случаях, когда человек способен принимать активное участие в процессе анализа, мониторинга и оценки боли вместе с медицинской сестрой, а также когда с помощью сестринского вмешательства можно добиться некоторого ослабления боли. Однако эти карты малоэффективны в случаях неустранимых болей.

Методы оценки боли должны отвечать конкретным потребностям разных групп пациентов. Важно выбрать тот метод, который будет в наибольшей степени соответствовать конкретному типу болевых ощущений. Например, неприемлемо использовать карту оценки боли, предназначенную для пациентов с хронической болью, для оценки послеоперационных болей [12].

Исследование применения карты оценки боли, используемой в Королевской больнице Марсен (Великобритания), показало, что данная карта является ценным методом оценки болей в 98% случаев [12]. «Приводимое ниже руководство по исходной оценке боли основано на карте оценки боли, разработанной в Королевской больнице Марсен. Возможно, Вам придется изменить эту карту, чтобы она отвечала потребностям той области, в которой Вы работаете» [12].

Пример.

Руководство по исходной оценке состояния пациента, испытывающего боль, с помощью карты оценки боли.

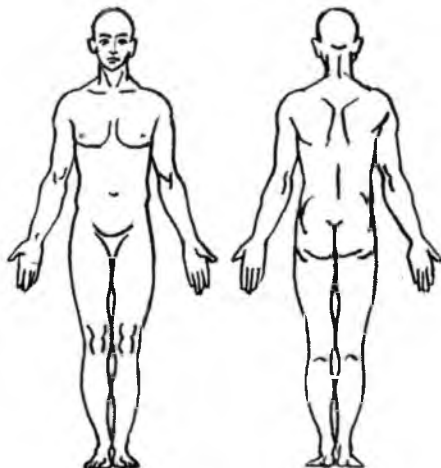
Действия	Обоснование и цель
1. Объясните назначение карты пациенту, испытывающему боль	Получение согласия пациента на сотрудничество
2. Если возможно, попросите пациента самого заполнить карту	Привлечение к участию
3. Если карту заполняет медицинская сестра, запишите, как сам человек описывает боль	Убедиться в том, что собственные ощущения пациента берутся за основу оценки, чтобы пациент видел, что его ощущениям верят. Уменьшение риска искажения результатов оценки
4. а) Запишите любые факторы, которые влияют на интенсивность боли. Например, действия или процедуры, способствующие уменьшению или усилению боли, такие, как отвлекающие факторы, использованные грелки	Установление того, как и когда человек испытывает боль, позволяет медицинской сестре планировать реальные цели Например, ослабление боли ночью, когда человек находится в состоянии покоя, обычно достичь легче, чем при движении

Действия	Обоснование и цель
б) Запишите, испытывает ли человек боль ночью, в покое или при движении в) Отметьте на рисунке, в каком месте человек испытывает боль, и следите за её интенсивностью	Рисунок тела является идеальным средством, которое может помочь человеку описать собственные болевые ощущения и отметить места, в которых он испытывает боль
5. Оцените интенсивность боли в каждом месте, где она ощущается, в соответствии со шкалой. Отметьте время, когда проведена запись	
6. Запишите, какие анальгетики принимаются, их дозу и способ введения	Для оценки эффективности лекарственной терапии и определения наиболее оптимального анальгетика, его дозы, частоты приёма и способа введения

Карта оценки боли

Фамилия	Отделение №	
Имя	Дата	
Отчество		
Исходные данные оценки		
Описание боли (болей) пациентом		
Что помогает облегчить боль?		
Что усиливает боль?		
Испытываете ли вы боль?		
1. Ночью	Да	Нет
Примечание (если необходимо)		
2. В покое	Да	Нет
Примечание (если необходимо)		
3. При движении	Да	Нет
Примечание (если необходимо)		
Места болей		

Укажите на приведённых ниже рисунках тела, где вы чувствуете боль. Обозначьте каждый участок боли буквами: А, Б, В и т.д.



11.5.2. Определение целей сестринского ухода

При наличии боли у пациента главной целью сестринского ухода являются устранение причин её возникновения и облегчение страданий пациента. Следует учитывать, что устранение хронической боли является трудноразрешимой задачей и часто цель может заключаться только в том, чтобы помочь человеку превозмочь боль.

11.5.3. Сестринские вмешательства

Для достижения поставленных целей и оценки эффективности обезболивания сестра должна точно представить себе весь цикл явлений, связанных с болью, изображенных на рис. 11-3.

Несмотря на то что медицинские сёстры не назначают медикаментозного лечения, их роль в проведении лекарственной терапии огромна.

По назначению врача медицинская сестра должна контролировать правильность применения препарата (через рот, под язык), а также вводить лекарственное средство подкожно, внутримышечно, внутривенно.

Очень важно, чтобы сестра понимала, как работает то или иное болеутоляющее средство. В этом случае она сможет совместно с пациентом проводить текущую оценку адекватности обезболивания.



Рис. 11-3. Цикл явлений, связанных с болью [12]

И. Роупер и соавт. [52] приводят данные исследований, проведённых Клосс (1990), в которых говорится о том, что «от недостаточного использования наркотических болеутоляющих средств можно ожидать неблагоприятных для пациента последствий, как физических, так и психологических». При этом Клосс отмечает, что причинами недостаточного использования наркотических анальгетиков являются:

- «преувеличение убеждения в том, что, во-первых, опиаты вызывают привыкание к ним пациента, а во-вторых, они обладают побочным действием, угнетая дыхательный центр;
- трудности при проведении первичной оценки боли, обусловленные нежеланием и страхом многих пациентов обращаться с просьбами о назначении им наркотических средств».

К сожалению, в нашей стране пока не используются специальные устройства, которые, будучи соединёнными с веной пациента, позволяют ему самостоятельно простым нажатием кнопки вводить себе через заранее установленные промежутки времени обезболивающее средство сразу после того, как он почувствует интенсивную боль. При этом предусмотрен механизм, исключающий передозировку препарата.

При наличии боли у престарелых людей следует помнить о том, что у них часто имеется более одного источника боли, а также о возможных сложностях в общении, связанных с нарушением зрения, слуха или снижением познавательных способностей.

Помимо лекарственной терапии, проводимой сестрой по назначению врача, в пределах её компетентности имеются и другие способы обезболивания. Уменьшить боль могут отвлечение внимания, изменение положения тела, применение холода или тепла, обучение пациента различным методикам расслабления, растирание или лёгкое поглаживание болезненного участка.

Мы уже говорили о том, что хроническая боль изменяет образ жизни человека. Люди, обречённые жить, испытывая хроническую боль, нуждаются в особом комплексном лечении, которое многие из них могут получить в специальных лечебных учреждениях — хосписах. В хосписе пациента обучают, как совладать с болью и жить с ней, а не как излечить эту боль. Человеку помогают максимально возможно повысить качество своей жизни. Способы обезболивания, используемые в хосписах, можно разделить на три группы:

- физические (изменение положения тела, применение тепла или холода, массаж и вибрация, акупунктура);
- психологические (общение, отвлечение внимания, музыкальная терапия, техника расслабления и снятия напряжения, гипноз);
- фармакологические (местные и общие анальгетики, транквилизаторы).

Поиск новых способов обезболивания продолжается постоянно. Однако когда лекарственные средства в тех или иных случаях оказываются недостаточно эффективными или недоступными для пациентов (как правило, если пациент находится вне лечебного учреждения), первостепенное значение должно придаваться другим, нефармакологическим способам обезболивания.

11.5.4. Оценка результатов сестринского вмешательства

Для проведения итоговой оценки успешности сестринских вмешательств необходимы объективные критерии. Во многих странах постоянно ведутся научные исследования в этой области.

Приведённые выше примеры линеек и шкал для определения интенсивности боли могут служить одним из критериев как при текущей, так и при итоговой оценке. Следует признать, что медицинская сестра не единственный человек, помогающий пациенту достичь эффекта обезболивания.

Две шкалы, приведённые ниже, тоже помогут объективной оценке уменьшения боли:

Шкала для характеристики ослабления боли:

- А — боль полностью исчезла;
- Б — боль почти исчезла;
- В — боль значительно уменьшилась;
- Г — боль уменьшилась слегка;
- Д — нет заметного уменьшения боли.

Шкала успокоения:

- 0 — успокоение отсутствует;
- 1 — слабое успокоение; дремотное состояние, быстрое (лёгкое) пробуждение;
- 2 — умеренное успокоение, обычно дремотное состояние, быстрое (лёгкое) пробуждение;
- 3 — сильное успокоение, усыпляющее действие, трудно разбудить пациента;
- 4 — пациент спит, глубокий сон.

Мы предлагаем возможный план ухода за пациентом, испытывающим боль [42].

Рекомендуемый план ухода при боли (у взрослого пациента)

Проблема пациента	Цели/ожидаемый результат	Сестринские вмешательства
1. Боль в области	1. Пациент не будет испытывать боль (боль уменьшится)	1. Провести невербальную оценку интенсивности боли, используя линейки боли или шкалу для оценки боли (при оценке указать, по какой шкале проводилась оценка интенсивности боли). Указать, кем проведена оценка боли (сестрой, пациентом)
		2. Оценить интенсивность боли, наблюдая за поведением пациента

Проблема пациента	Цели/ожидаемый результат	Сестринские вмешательства
		3. Давать (вводить) анальгетики в соответствии с назначением врача и проводить сестринскую оценку эффективности использования этих препаратов, консультируясь с врачом при неадекватной анальгезии
		4. Помочь пациенту занять положение, уменьшающее боль
		5. Объяснять пациенту все проводимые процедуры, давать ему возможность выражать свои страхи и опасения
		6. Использовать известные процедуры расслабления для облегчения боли

Боль и желание её уменьшить — основные причины обращения людей за медицинской помощью. Многие понимают, что полностью снять боль не всегда возможно. Однако каждый пациент имеет право на адекватное обезболивание, декларированное ему в «За-коне РФ об охране здоровья граждан» [25, 26].

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ — ОДНА ИЗ СОСТАВЛЯЮЩИХ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

ШКОЛА ПАЦИЕНТОВ — ПУТЬ К ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Прочитав эту главу, Вы узнаете:

- о понятиях качества жизни и качества медицинской помощи;
- об основных аспектах качества жизни и качества медицинской помощи;
- о методологии обеспечения и управления качеством медицинской помощи в соответствии с международными стандартами (МС) ИСО серии 9000:2000;
- о системе качества в ЛПУ;
- о школах для пациентов;
- о роли и задачах медицинского персонала в обеспечении качества медицинской помощи.

Понятия и термины:

- *медицинская помощь* — направленная на оздоровление и лечение пациентов деятельность, осуществляемая профессионально подготовленными работниками, имеющими на неё право в соответствии с действующим законодательством. Медицинская помощь включает в себя определённую совокупность медицинских услуг;

- **процесс оказания медицинской помощи** — деятельность, основанная на МС ИСО 9000 для разработки систем качества в медицине и подразумевающая необходимость проведения широкого комплекса мероприятий на уровне государства в целях обеспечения качества, профилактики, диагностики и лечения;
- **качество медицинской помощи** — совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента (населения), его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии;
- **система качества** — сочетание ресурсов, организационной структуры и методик, необходимых для достижения качества;
- **медицинская услуга** — результат действий лиц и учреждений, оказывающих медицинскую помощь для удовлетворения потребностей потребителя. Медицинская услуга — идентифицированный элемент медицинской помощи;
- **ориентированная на пациента медицинская помощь** — подход к оказанию медицинской помощи, полностью учитывающий позицию пациента. Это система медицинской помощи, в которой пациент является объектом воздействия всех её элементов;
- **права пациентов** — набор прав, привилегий людей, обращающихся за медицинскими услугами и пользующихся этими услугами. Каждый пациент имеет право на лучшее здоровье, качественную и своевременную доступную медицинскую помощь, информированность, безопасность, профилактику и пр.;
- **здоровье** — состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических нарушений (Устав ВОЗ, 1946);
- **состояние здоровья** — характеристика состояния уровня здоровья или нездоровья индивида, отдельных групп или населения в целом, оценённого на основе изучения специальных показателей;
- **профилактика** — комплекс целевых действий, направленных на снижение вероятности возникновения заболеваний или несчастных случаев, либо следствий, связанных с подобными ситуациями. Различают первичную, вторичную и третичную профилактику.

- **диагноз** — установление наличия заболевания или состояния по его симптомам, синдромам, признакам, результатам лабораторных исследований или другим данным в соответствии с принятой классификацией болезней;
- **диагностика** — процесс выявления симптомов, синдромов и заболевания путём проведения обследования пациента;
- **лечение** — процесс, разработанный с целью добиться желаемого состояния здоровья для пациента. При лечении используются различные медицинские технологии;
- **реабилитация** — процесс, направленный на восстановление или улучшение функционального состояния пациента.

12.1. ПОНЯТИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ (ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ)

Известный современный русский философ и экономист А.И. Субетто отмечал: «Качество — достоинство нации». Человечество на пороге третьего тысячелетия определило для себя путь эволюционного развития качества жизни. Качество жизни — понятие, важное не только для здравоохранения, но и для всех сфер жизни современного общества, так как конечной целью всех институтов общества является благополучие человека. Благополучие человека — гуманная и благородная цель, реализация которой возможна, если, с одной стороны, структуры общества действительно прикладывают некие усилия для её достижения, а с другой — есть чёткие и строгие критерии оценки и измерения эффективности этих усилий.

Качеству жизни на планете Земля была посвящена знаменитая международная конференция Организации Объединённых Наций (ООН) в Рио-де-Жанейро в 1999 г., на которой перед мировым сообществом был поставлен вопрос о необходимости международного сотрудничества для обеспечения современного качества жизни.

Показатели качества жизни в разных странах систематически отслеживает ООН.

Начиная с 1990 г. специально организованное в ООН подразделение «Программа развития ООН» ежегодно готовит доклады о развитии человеческого потенциала, отражающие положение в 174 странах мира. По этим материалам оценивают качество жизни населения отдельных стран и населения мира в целом. Всего для анализа и оценки качества жизни используют около 400 показателей. Ежегодная публикация таких докладов позволяет дать комплекс-

ную оценку качества жизни населения стран с вычислением индекса развития человеческого потенциала (ИРЧП) и определением международного рейтинга качества жизни для каждой страны.

В 1997 г. показатель ИРЧП в России составил 0,747 (в Канаде — 0,932, в США — 0,924). Наша страна по ИРЧП заняла в 1997 г. 71-е место в мире [1].

К 2005 г. значение ИРЧП в России повысилось до 0,793 благодаря возросшей продолжительности жизни, достигнутому уровню образования и более высокому реальному валовому внутреннему продукту на душу населения.

Ведущие учёные в области качества жизни считают: чтобы достичь успехов на ключевом направлении развития, России необходимо, во-первых, признать, что качество жизни — главный приоритет социальной, экономической и научно-технической политики государства; во-вторых, включить показатели качества жизни в стратегические программы и планы развития России в виде главных ориентиров социально-экономического развития страны; в-третьих, создать эффективные механизмы формирования качества жизни населения и социально-экономического развития России и её регионов.

Человечество всё больше осознаёт, что только качество жизни может в наибольшей степени выражать целевые устремления мирового сообщества, ибо человечество стоит на пороге перехода в новый век — век качества в противоположность уходящему веку производительности [2]. Пророчески звучат в этой связи слова известного русского философа И.А. Ильина, утверждавшего ещё в 1928 г., что возродится и расцветёт Россия «лишь после того, как русские люди поймут, что спасение нужно искать в качестве».

Россия в осознании необходимости перехода к новой цивилизованной парадигме продвинулась довольно далеко. Исследованием проблем качества занимаются многие учёные, видя в лозунге «Качество жизни — для всех!» самый реальный вариант всем понятной и доступной национальной идеи для России.

Достаточно заглянуть в труды таких учёных, как Б.В. Бойцов, Ю.И. Боканов, А.В. Гличёв, Ю.В. Крынев, Н.Н. Лукьянченко, Н.В. Михайлова, М.Б. Плущевский, А.И. Субетто, А.П. Федлев и многих других, чтобы осознать глубину, разносторонность и многогранность понимания категории качества жизни. Серьёзную научную и организационную работу в области качества жизни ведут в Госстандарте России и его институтах, фирме «Квалитет».

Тему качества жизни всё чаще поднимают на страницах средств массовой информации, на российских и международных форумах. Качество жизни и одна из его составляющих — качество медицинской помощи — стали темой международного форума, проходившего в Москве 8–10 ноября 2006 г. Проводимые в его рамках выставки, круглые столы вызвали широкий общественный интерес.

Это говорит о нашей самодостаточности, интеллектуальной готовности к вступлению на путь развития, провозглашенный мировым сообществом.

Россия, несмотря на ситуационно обусловленную болезнь роста, духовно подготовлена и интеллектуально открыта для перехода в «цивилизацию качества».

Понятие «качества жизни» учёные трактуют по-разному в зависимости от цели, которую ставят авторы многочисленных трудов на эту тему.

Первый президент Академии проблем качества А.В. Гличёв считает, что качество жизни зависит от:

- состояния материальной среды (качества товаров и услуг);
- состояния природной среды (сохранения, рационального использования и воспроизводства природной среды);
- состояния здоровья граждан и их активного долголетия;
- морально-психологического климата в обществе;
- образования и культуры граждан.

Очевидно, что эти 5 составляющих взаимосвязаны, но укрепляют связь между ними в первую очередь состояние природной среды, здоровья, образования и культуры граждан.

Действительно, пока философы, социологи, экономисты, учёные-естествоиспытатели и писатели-фантасты спорят о том, что такое качество жизни, и предлагают своё видение будущего, на Земле подрастают новые поколения людей, призванные жить, трудиться и обустраивать планету в третьем тысячелетии. И не надо быть пророком, чтобы утверждать: будущее станет таким, каким они его выстроят. Ясно, что судьба каждой страны зависит от того, как она подготовит свою молодежь к взрослой жизни, чему научит, какие нравственные принципы сумеет внушить, как сумеет сохранить их здоровье.

Первостепенную роль в этом играют и система образования, и система здравоохранения.

Далее мы остановимся на качестве жизни в медицине. Термин «качество жизни, связанное со здоровьем» получил широкое распространение в современной медицине [3]. Определение понятия «качества жизни» логично и структурно связано с дефиницией здоровья, данной ВОЗ: **«Здоровье — это полное физическое, социальное и психологическое благополучие человека, а не просто отсутствие заболеваний»** [4]. Понятие «качество жизни» в медицине многомерно. Это целостная характеристика физического, психического, эмоционального и социального функционирования пациента, основанная на его субъективном восприятии.

Следует выделить три основные составляющие концепции качества жизни, связанного со здоровьем.

Многомерность. О качестве жизни можно судить, основываясь на полученной информации об основных сферах жизнедеятельности человека: физической, психологической, социальной, духовной и экономической. Качество жизни, связанное со здоровьем, зависит от множества факторов, не связанных и связанных с заболеванием, что позволяет дифференцированно оценивать влияние болезни и лечения на состояние больного.

Изменяемость во времени. Качество жизни изменяется во времени в зависимости от состояния пациента, обусловленного рядом эндогенных и экзогенных факторов. Данные о качестве жизни позволяют осуществлять постоянный мониторинг состояния больного и в случае необходимости проводить коррекцию терапии.

Участие пациента в оценке своего состояния. Эта составляющая концепции качества жизни особенно важна. Сделанная самим пациентом оценка качества жизни будет ценным и надёжным показателем его общего состояния.

В настоящее время исследование качества жизни проводят практически во всех областях медицины. Оценивать качество жизни должен пациент, поскольку результаты многочисленных исследований показывают, что сделанная пациентом оценка часто не совпадает с оценкой, данной медицинским персоналом.

Итак, качество жизни — прежде всего медико-психологическое понятие, затрагивающее также аспекты социально-экономической сферы: духовные, культурные и другие жизненные ценности человека, а также уровень цивилизованности и индустриального развития общества (рис. 12-1). Качество жизни включает в себя совокупность природных и социальных условий, обеспечивающих (или не обеспечивающих) комплекс здоровья человека, т.е. соответствие



Рис. 12-1. Системообразующий фактор качества жизни и его основные составляющие

жизненных параметров потребностям и социально-психологическим установкам личности, неразрывно связанное с продолжительностью жизни и состоянием здоровья конкретной группы населения.

Как считают И.Б. Ушаков и П.С. Турзин [5], базовый фактор качества жизни — здоровье, прежде всего профессиональное, как способность организма человека сохранять компенсаторные и защитные свойства, обеспечивающие его высокую работоспособность в процессе трудовой деятельности, индивидуальное, репродуктивное, семейное, общественное здоровье. Качество жизни характеризуют следующие основные составляющие: заболеваемость (смертность), потребление (в связи с геоэкологией), эколого-гигиенические и эргономические условия на рабочем месте и в быту,

уровень риска жизни, медико-санитарное состояние, состояние потомства (семьи), информационное обеспечение и др. Потребление и здоровье — социально-экономические индикаторы; продолжительность жизни и потомство — медико-биологические; риск и информационное обеспечение — социально-биологические; условия на рабочем месте и в быту — эколого-гигиенические и эргономические показатели качества жизни. По мнению ряда исследователей, на здоровье человека наибольшее влияние оказывает образ и условия жизни и деятельности, в 2 раза меньшее влияние оказывает наследственность, ещё в меньшей степени здоровье зависит от системы здравоохранения.

На человека также оказывает влияние внутренняя (на рабочем месте или в домашних условиях) и внешняя (биосфера) среда. Иначе говоря, на организм человека непосредственно влияет комплекс физических, химических, биологических, психологических и прочих факторов на производстве, в квартире, на природе. Воздействие одних может привести к незначительным неблагоприятным последствиям для человека, других — вызвать профессиональные заболевания, аллергию, повлиять на производительность труда и социальный комфорт. Необходимо подчеркнуть, что человек ощущает воздействие далеко не всех неблагоприятных факторов, однако оно может приводить к определённым изменениям состояния здоровья и выраженным эмоциональным реакциям человека.

Ряд отечественных и зарубежных исследователей отмечают, например, что разрушительное антропогенное влияние на атмосферу всё увеличивается, а его размеры уже сопоставимы с размерами катастрофических природных явлений. Из наиболее глобальных экологических последствий деятельности человека можно назвать увеличение содержания углекислого газа и различных аэрозолей, уменьшение концентрации кислорода и озона в атмосфере, потепление климата, усиление сейсмической и вулканической деятельности, учащение засух и наводнений и как следствие таких нарушений экологического баланса — кислотные дожди, парниковый эффект и различные природные катаклизмы, приобретающие всё более массовый характер. Причина всех этих явлений — запуски ракет, полёты реактивных самолетов, ядерные взрывы, загрязнение продуктами технологического производства (хлоринами, фреонами и т.д.), последствия функционирования атомных и тепловых электростанций, тепловыделение мегаполисов, освоение Севера, загрязнение морей и океанов нефтепродуктами и многое другое. Человек

испытывает отрицательное воздействие различных антропогенных факторов (превышение концентрации вредных веществ и уровня шума, загрязнение атмосферы, водоёмов, превышение уровня электромагнитных излучений и др.). Ситуация усугубляется тем, что одно экологическое изменение может инициировать цепную реакцию, приводящую к возникновению новых изменений. К примеру, вследствие образования так называемых озонных дыр увеличивается мощность проникающего сквозь атмосферу космического излучения и магнитных бурь.

Организм человека эволюционно не подготовлен к воздействию новых ионизирующих и неионизирующих излучений, а также принципиально новых по своей структуре вредных веществ. Кроме того, возможна кумуляция воздействий антропогенных естественных (природных) факторов. Выработка адаптивных реакций организма ограничена возможностями человека, что приводит к метаморфозе в структуре заболеваемости и появлению стрессовых реакций, различных видов аллергии, а также ранее не известных так называемых экологических болезней.

В последнее время в медицине разработана методология исследования качества жизни, открывающая уникальные возможности измерения ключевых составляющих здоровья человека: физического, психологического и социального функционирования, описанная А.А. Новиком и Т.И. Ионовой в «Руководстве по исследованию качества жизни в медицине» [6].

12.2. КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ И МЕТОДОЛОГИЯ ЕГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ)

Самая главная ценность любого государства — здоровье человека. Большинство людей считают здоровье основным показателем качества жизни.

В последние годы показатели здоровья населения России продолжают ухудшаться, несмотря на интенсивное развитие мировой и отечественной медицинской науки. Выросли смертность и инвалидизация, в том числе детей и лиц трудоспособного возраста. Здравоохранение как государственный институт не акцентирует внимание на главном объекте медицины — пациенте — потребителе медицинской помощи.

Медицинская помощь — деятельность, направленная на оздоровление и лечение пациентов, осуществляемая профессионально под-

готовленными работниками, имеющими на неё право в соответствии с действующим законодательством.

Качество медицинской помощи — совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента, его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии.

К основным характеристикам (показателям) качества медицинской помощи можно отнести:

- адекватность;
- доступность;
- преемственность и непрерывность;
- действенность;
- результативность;
- эффективность;
- безопасность;
- своевременность;
- способность удовлетворять ожидания и потребности;
- стабильность процесса и результата;
- постоянное совершенствование и улучшение.

Обеспечение качества медицинской помощи — один из главных элементов совершенствования обслуживания населения и эффективности деятельности учреждений здравоохранения.

Эффективная работа учреждений здравоохранения зависит от:

- качества медицинских услуг и их организации;
- качества аппаратуры, инструментария;
- качества лекарственных препаратов;
- качества информационного обеспечения;
- оптимизации документирования медицинской помощи.

Более наглядно основные факторы, влияющие на качество медицинской помощи, представлены на рис. 12-2 (Михайлова Н.В., 2004).

В условиях затянувшегося экономического кризиса наше здравоохранение запоздало с поиском методов и средств, способных улучшить в России медико-демографическую ситуацию и здоровье населения, поднять их до соответствующего уровня в развитых зарубежных странах.

Улучшения медико-демографической ситуации и здоровья населения в нашей стране можно добиться посредством скорейшего



Рис. 12-2. Основные факторы, влияющие на качество медицинской помощи

внедрения современных методологий организации медицинской помощи, основанных на МС ИСО 9000:2000 «Системы менеджмента качества».

Цель стандарта — удовлетворение потребностей и ожиданий потребителя (пациента) и всех заинтересованных сторон. В управлении качеством стандарт декларирует принцип — подход как к процессу. Рекомендации стандарта направлены на обеспечение продуктивной работы ЛПУ путём одновременного эффективного управления многочисленными взаимосвязанными процессами. Все

процессы и виды деятельности ЛПУ подлежат оценке, анализу и улучшению, что гарантирует постоянное совершенствование системы управления качеством, всех сфер деятельности и как следствие сокращение неоправданных потерь.

В основу стандарта МС ИСО 9000:2000 положено 8 принципов менеджмента качества:

- Ориентация на потребителя (в медицине — на пациента).
- Роль руководителя как лидера.
- Вовлечение всего персонала.
- Подход к управлению качеством как к процессу.
- Системный подход к менеджменту.
- Постоянное улучшение.
- Подход к принятию решений на основе анализа фактов, информации.
- Взаимовыгодные отношения с поставщиками.

Стандарты ИСО серии 9000 редакции 2000 г. основаны на концепции TQM (Total Quality Management — всеобщее управление на основе качества) как наиболее прогрессивной и эффективной концепции управления качеством.

TQM основана на современных концепциях теории и практики в области качества. С помощью двух схем можно упрощённо объяснить смысл TQM.

На первой схеме (рис. 12-3) поясняется смысл, заложенный в буквы T, Q, M.



Рис. 12-3. TQM

Персонал:
здоровье,
окружающая среда,
командная работа,
инициатива,
образование,
взаимодействие,
социальная
защищённость,
забота об отдыхе



Потребитель:
защита прав,
партнёрские отношения,
ответственность,
гарантия выполнения
требований,
обратная связь,
качество обслуживания,
обеспечение надёжности
продукции, определение
запросов, обеспечение
удовлетворённости,
открытость,
сотрудничество

Процесс:
политика в области качества,
корпоративная культура,
новые техники обеспечения качества,
использование достижений науки,
процессный подход

Рис. 12-4. основополагающие принципы TQM

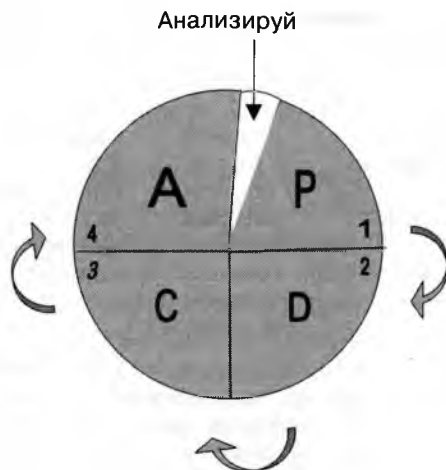
На второй схеме (рис. 12-4) представлены три основополагающих принципа TQM, на которые следует обратить внимание при внедрении системы качества.

В центре рис. 12-4 представлен так называемый PDCA — цикл Э. Деминга, состоящий из 4 фаз: P (plan) — планируй — D (do) — делай — C (Check) — проверяй — A (Act) — действуй. Прежде чем приступить к конкретному действию или процессу по этой схеме, необходим анализ существующего положения на любом производстве, в частности в ЛПУ (рис. 12-5).

12.3. СИСТЕМА КАЧЕСТВА ЛПУ (ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ)

Применение стандарта для обеспечения качества медицинской помощи включает 6 этапов.

- Обучение медицинского персонала (администрации, врачей, среднего и младшего медицинского персонала) и других специалистов ЛПУ вопросам обеспечения качества медицинской



P (plan — планируй) — планируется характер действий и вид улучшений

D (do — делай) — планируемые изменения реализуются на практике

C (check — проверяй) — проверяются результаты проведенных изменений

A (act — действуй) — улучшенное решение применяется в постоянной практике

Рис. 12-5. Цикл Э. Деминга

помощи в соответствии с требованиями МС ИСО 9000:2000 по разработанным дифференцированным программам с учётом специфики профессиональной деятельности.

- Анализ стартового состояния действующей в ЛПУ системы качества по разработанной методике.
- Разработка документации по системе качества в соответствии с требованиями МС ИСО 9000:2000 с учётом всех аспектов медицинских технологий.
- Подготовка группы внутреннего аудита для оценки и анализа системы качества ЛПУ с целью её поддержания и улучшения.
- Внедрение разработанной документации.
- Сертификация системы качества.



Рис. 12-6. Иерархия документов системы качества ЛПУ

Для обеспечения качества медицинских услуг любого ЛПУ необходимо разработать документацию на систему качества в соответствии с требованиями стандартов ИСО, соблюдая требования к иерархии документов системы качества (рис. 12-6). Процессу разработки документации должна предшествовать подготовка специалистов ЛПУ по вопросам обеспечения качества, так как разрабатываемая документация должна описывать регламент всех выполняемых процедур, исходя из имеющихся реальных возможностей ЛПУ и накопленного опыта. Иерархия документов системы качества (см. рис. 12-6) предусматривает три уровня документации.

Документация системы качества лечебно-профилактического подразделения должна строго и профессионально регламентировать все виды деятельности ЛПУ. Документы, описывающие систему качества, имеют свою иерархию и ориентированы на определённый

ный круг задействованных специалистов — от администрации до младшего медицинского персонала.

Каждый документ имеет свой регламент с целью обеспечения качества. Это всегда минимизирует риск, что особенно важно для медицины.

1-й уровень. Политика в области качества (основные направления и цели ЛПУ в области качества, официально сформулированные высшим руководством) и **руководство по качеству** (документ, описывающий систему менеджмента качества ЛПУ). Руководство по качеству разрабатывается в соответствии с руководящими указаниями по разработке руководств по качеству. Руководство по качеству может быть общим для всего ЛПУ, при этом не исключена целесообразность существования дифференцированных руководств по качеству с учётом специфики отделений, например стоматологического, отделения функциональной диагностики и т.п. К руководству по качеству прилагаются организационная структура ЛПУ и матрица ответственности администрации. Пользователи документации 1-го уровня — администрация ЛПУ, потребители медицинских услуг, третья сторона (органы по сертификации, страховые компании).

2-й уровень. Методологические инструкции и другие документы по обеспечению качества, регламентирующие функциональную деятельность подразделений. Этот вид документации предусматривает алгоритмы работ с необходимой степенью детализации, которые расшифровывают последовательность действий с отражением ответственностей и всех требований (в виде ссылок на документы и/или конкретных указаний) для выполнения требуемых действий. Пользователи документации 2-го уровня — специалисты структурных подразделений ЛПУ.

3-й уровень. Алгоритмы конкретных процедур и медицинских услуг (простых, сложных и комплексных). Предусмотрено несколько видов алгоритмов в зависимости от специфики процедур и медицинских услуг. Алгоритм расшифровывает технологический процесс процедуры и/или услуги, строго соблюдая последовательность действий, указывает ответственности и условия, необходимые для выполнения всех предусмотренных действий, в том числе разрабатывается алгоритм взаимодействия с пациентом. В нём предусмотрены обучение пациента или его родственников (в педиатрии и в тех случаях, когда пациент неадекватен), информированное согласие пациента, схема приёма препаратов и проведения процедур, пове-

дение и образ жизни пациента, дневник пациента, этика общения с пациентом и/или его родственниками, права пациента. При описании этих действий следует строго соблюдать требования медицинских технологий и ссылаться на необходимые документы, инструкции, положения, формуляры. Практика показала, что такой подход резко снижает риски при оказании медицинской помощи.

При описании конкретных процедур можно рекомендовать пользоваться следующими принципами.

- Если в процедуре участвуют несколько специалистов и /или подразделений, её можно представить в виде определённого алгоритма. Таким образом, весь процесс оказания медицинской услуги будет изображён с нужной степенью детализации, указанием ответственности задействованных лиц и подразделений, а также инструкций, обязательных для выполнения. Степень детализации определяется сложностью процедуры (процесса) и квалификацией персонала.
- Если процедуру выполняет один человек, порядок её выполнения и необходимые комментарии конкретизируют в методологических рекомендациях (табл. 12-1).

Пользователи документации 3-го уровня — врачи, средний и младший медицинский персонал, специалисты вспомогательных подразделений. Каждый уровень документации дополняют разработкой конкретных должностных инструкций для работающего персонала с указанием прав, обязанностей, ответственности.

Ниже в иерархическом порядке приведены основополагающие документы системы качества для ЛПУ:

- федеральные законы;
- постановления Правительств Российской Федерации;
- государственные стандарты (ГОСТ);
- международные стандарты (ИСО);
- отраслевые стандарты (ОСТ);
- межгосударственные стандарты (МГОСТ);
- медико-экономические стандарты (МЭС);
- протоколы ведения больных;
- руководящие документы (РД);
- отраслевые методические указания (ОМУ);
- методические указания (МУ);
- методические инструкции (МИ);

Таблица 12-1. Методологические рекомендации по сестринскому уходу при риске развития пролежней у лежачего пациента в стационаре

Проблема	Цель	Сестринские вмешательства
Риск развития пролежней	Исключение развития пролежней	Проведение текущей оценки не менее 1 раза в день (утром) по шкале Ватерлоу или Нортонa
		Изменение положения пациента каждые 2 ч*: 08–10 ч— положение Фаулера 10–12 ч— положение на левом боку 14–16 ч— положение на правом боку 16–18 ч— положение Фаулера 18–20 ч— положение Симса 20–22 ч— положение на правом боку 22–24 ч— положение на левом боку 00–02 ч— положение Симса 02–04 ч— положение на правом боку 04–06 ч— положение на левом боку 06–08 ч— положение Симса
		Ежедневно утром в ____ часов обмывание следующих участков тела
		Проверка состояния постели при перемене положения (каждые 2 ч)
		Обучение родственников технике правильного перемещения пациента (приподнимая его над кроватью)
		Определение количества съеденной пациентом пищи (потребление белка не менее 120 г/сут)
		Обеспечение употребления не менее 1,5 л жидкости в сутки: 09–13 ч — 700 мл 13–18 ч — 500 мл 18–22 ч — 300 мл
		Использование поролоновых подкладок под участки тела, исключающие давление на кожу
		При недержании мочи: смена памперсов каждые 4 ч. При недержании кала: смена памперсов немедленно после дефекации с последующей бережной гигиенической процедурой
		При усилении болей консультация врача
		Поощрение пациента к изменению положения в постели (для изменения давления) с помощью перекладин, поручней и других приспособлений

П р и м е ч а н и е. Пациент лежит на специальном матрасе и/или кровати.
*Выбор положений и последовательность их чередования могут изменяться в зависимости от заболевания и состояния пациента.

- рекомендации Министерства здравоохранения и социального развития России;
- приказы Министерства здравоохранения и социального развития России;
- прочие нормативные документы.

Предлагаемая методология имеет ряд преимуществ.

- Возрастает продуктивность работы каждого сотрудника (от младшего медицинского персонала до высшей администрации) и ЛПУ в целом.
- Минимизируется риск.
- Большинство решений и заключений (назначения, рекомендации, анализы, процедуры и т.п.) сформулированы правильно с первого раза, соответственно уменьшается количество повторных обследований и сокращаются время и средства, затрачиваемые на одного пациента.
- Улучшается контакт с пациентом и/или его родственниками, степень доверия возрастает.
- Осуществляются объективная оценка и анализ работы различных подразделений и ЛПУ в целом, взаимоотношений со страховыми компаниями, состояния здоровья отдельного пациента и динамики процесса лечения и/или реабилитации, эффективности применяемых препаратов, методов диагностики, лечения и реабилитации.
- Постоянно улучшается действующая система качества.
- Повышается эффективность медицинской помощи.

Благодаря такому подходу будут удовлетворены потребности всех заинтересованных сторон: пациента, врача, семьи, страховой компании, общества, государства.

Таким образом, система качества — это сочетание ресурсов, организационной структуры и методик, необходимых для достижения качества.

Процесс оказания медицинской помощи — деятельность, основанная на МС ИСО 9000 для разработки систем качества в медицине и подразумевающая необходимость проведения широкого комплекса мероприятий на уровне государства в целях обеспечения качества профилактики, диагностики и лечения, так как в настоящее время в ряде случаев медицинская помощь не соответствует современным требованиям.

В соответствии с принятыми постановлениями [9, 10] все ЛПУ должны оказывать своевременную адекватную медицинскую помощь. Но при этом ЛПУ поставлены в такие условия, что оказываемый объём медицинской помощи зависит от фактического финансирования.

Известно, что исключения из правил и нестандартные ситуации — очень частое явление в медицине (в отличие от других сфер деятельности), так как процесс оказания медицинской помощи предельно конкретен для каждого пациента, а индивидуальные особенности человеческого организма многообразны и непрогнозируемы. В этих условиях при отсутствии системы качества резко возрастает степень риска как для пациента, так и для медицинского персонала. И даже когда система оказания медицинской помощи на первый взгляд отлажена неплохо, она не гарантирует пациенту оказания своевременной адекватной медицинской помощи. Максимально возможная минимизация риска при оказании медицинской помощи — проблема, которую современное здравоохранение обязано решить. Для этого в каждом ЛПУ должны быть чёткие регламенты работы различных структур, гарантирующие соблюдение всех показателей качества медицинской помощи, приведённых выше.

Единственно правильный подход к решению этой проблемы — внедрение международных стандартов ИСО 9000. Сертификация по ИСО 9000 является гарантией и подтверждением, что система управления лечебно-профилактическим процессом находится на должном уровне, исключает ошибки при обычных ситуациях и предельно минимизирует риски в нестандартных случаях.

Система качества гарантирует чёткость и безошибочность реализации медицинских технологий в тех случаях, когда ЛПУ имеет ясную политику в области качества, обученный персонал, чёткие стандартные документированные процедуры и утверждённую систему персональной ответственности (матрицу ответственности по всему маршруту оказываемых медицинских услуг). Это позволяет гарантировать, что будет сделано всё необходимое для оказания своевременной адекватной медицинской помощи пациенту и обеспечения лечебно-профилактического процесса в рамках возможностей конкретного лечебного учреждения.

Современная методология управления качеством, в том числе методология международных стандартов ИСО 9000, основана на двух положениях: концепции постоянного совершенствования Э. Деминга (рис. 12-7) и цепной реакции Э. Деминга (рис. 12-8).



Рис. 12-7. Концепция постоянного совершенствования (применительно к ЛПУ)

Управление качеством при оказании медицинской помощи предельно чётко реализуется при использовании подходов, заложенных в концепции постоянного совершенствования Э. Деминга. К таким подходам относят:

- определение целей и задач;
- определение способов достижения целей;
- обучение и подготовку кадров;
- выполнение медицинских услуг;
- проверку результатов оказания медицинской помощи;



Рис. 12-8. Цепная реакция Э. Деминга при оказании медицинской помощи

- анализ выявленных несоответствий;
- проведение корректировок.

Основная цель при оказании медицинской помощи — своевременное и профессиональное выявление несоответствий (отклонений от нормы), анализ, принятие и реализация правильных решений с целью устранения несоответствий (или уменьшения их воздействия на состояние пациента).

Используя цикл PDCA медицинской помощи (см. рис. 12-7) как алгоритм для обоснования принципиальных положений системы качества ЛПУ, можно сделать следующие выводы, полностью соответствующие рекомендациям стандартов ИСО 9000.

- При оказании медицинской помощи нужно учитывать важнейший фактор — последствия лечения. Необходимо обеспечить по возможности наилучший результат качества жизни конкретного пациента с точки зрения его самого или его родственников, корректное прогнозирование этого результата (закон об информированном согласии).
- Все этапы жизненного цикла без исключения влияют на качество медицинской помощи. Необходимо обеспечить качество на каждом этапе.

- Переход из одного этапа в другой сопровождается некоторой потерей запланированного качества (как правило, конечный результат более скромный, чем ожидаемый).

На всех этапах важно обеспечить:

- высокий уровень квалификации специалистов;
- систематическое и опережающее обучение всех категорий сотрудников ЛПУ, в том числе и по вопросам обеспечения качества медицинской помощи;
- строгий учёт затрат;
- строгий учёт издержек (потерь) с целью их минимизации;
- направленность экономики здравоохранения на достаточное качество медицинской помощи, невозможность нанесения ущерба пациенту.

С целью удовлетворения запросов потребителей и обеспечения экономической состоятельности ЛПУ необходимо проведение маркетинга.

Адекватно организованное здравоохранение по принципу цепной реакции Э. Деминга (см. рис. 12-8) может и должно быть рентабельным. Речь идёт не об экономии на пациенте, а о продуманном и взвешенном использовании ресурсов, предусмотренных медико-экономическими стандартами, с максимальной пользой для пациента. Эту проблему можно решить только при наличии современной системы качества в ЛПУ.

Изложенные выше подходы объединены в рекомендациях стандартов ИСО 9000. Если следовать этим рекомендациям, адаптированным к специфике деятельности ЛПУ, можно гарантировать такую медицинскую помощь, которая будет соответствовать установленным и продекларированным показателям качества и обеспечивать поддержание качества жизни пациента на должном уровне с учётом ограничений, связанных с исходным состоянием пациента.

Главное достоинство такого подхода заключается в том, что, конкретизируя функции и делегируя ответственность, мы облегчаем работу медицинского персонала, резко снижаем риск и создаём основу для обеспечения качества медицинской помощи.

Пакет методологических инструкций по выполняемым процедурам, дополненный необходимыми рабочими и должностными инструкциями, будет основой документированного регламента систе-

мы качества ЛПУ. Такой регламент создаст предпосылки для обязательного выполнения полного комплекса требований по всей технологической цепочке предоставляемой медицинской услуги, избавит лечащих врачей от пустой и изнурительной суеты, обеспечит проверяемость действий и личную ответственность всего медицинского персонала.

Описание процедур (в виде руководств) значительно облегчает работу хирургических отделений, палат интенсивной терапии, реанимационных отделений, процедурных кабинетов, перевязочных и др. Это относится не только к условиям стационара. Подобный подход даёт положительные результаты при использовании в поликлиниках (муниципальных, ведомственных, коммерческих), например в работе врачей общей практики, узких специалистов, кабинетов ЛФК и процедурных кабинетов.

Описание процедур также обеспечивает гарантии полного соблюдения технологического регламента при оказании медицинской помощи: когда процедура чётко расписана, значительно повышается вероятность её качественного выполнения при конкретизации ответственности всего медицинского персонала. Лечащий врач может не отвлекаться от своей непосредственной работы, он спокоен за сопутствующие его работе необходимые действия среднего медицинского персонала. Этот пакет документов гарантирует добротность медицинских услуг, реализуемых при непосредственном контакте с пациентом. Именно поэтому он является основополагающим для системы качества ЛПУ.

Следует отметить, что в медицине для обеспечения продуктивной работы медицинского персонала и качественного обслуживания пациента важно соблюдение норм и требований к таким ресурсам, как персонал, инфраструктура, производственная среда. Поэтому уже сейчас следует и обучение, и разработку документации по системе качества в ЛПУ проводить в соответствии с МС ИСО 9000:2000.

12.3.1. Перспективы применения МС ИСО 9000 в медицинской отрасли

Цель любого ЛПУ — оказание своевременной и адекватной медицинской помощи, использование существующих медицинских технологий, принятие правильных решений и их реализация в экс-

тремальных условиях и в нестандартных ситуациях, что предполагает высокий профессионализм персонала и его чёткую, слаженную работу.

Попытаемся ответить на следующие вопросы: «Какова роль стандартов ИСО 9000 в медицине?», «Что могут дать стандарты ИСО медицине?», «Каковы пути интеграции медицинских технологий и международных стандартов ИСО 9000?»

Без объединяющего начала и системного подхода к процессу, заложенных в стандартах ИСО 9000, несмотря на развитие и совершенствование медицинских технологий, медицинской этики и действия других благоприятных факторов невозможно искоренить случайные сбои и ошибки в работе медицинского персонала и минимизировать риски для конкретного пациента. Анализ работы ЛПУ или историй болезни конкретных пациентов не позволяет чётко оценить уровень функционирования системы в целом.

На сегодняшний день для ЛПУ не установлены критерии оценки системы качества. По Джурану, 85% проблем качества обусловлены недостатками системы и только 15% — виной работников. Это правило подтверждает необходимость использования методологии МС ИСО 9000 в медицинской практике.

МС ИСО 9000 позволяет оценивать по объективным критериям всю картину управления качеством медицинской помощи в ЛПУ, включая имеющуюся документацию, а также создавать, контролировать, корректировать и постоянно совершенствовать систему качества и тем самым непрерывно снижать риски и повышать уровень медицинской помощи. Стандарты ИСО 9000 регламентируют методы, процессы и технологии, применяемые в медицинской отрасли, а не подменяют их.

Внедрение системы качества в ЛПУ способствует оптимизации лечебного процесса в целом. Декларируемое правило, что больной и врач — единомышленники и сотрудники, приобретает организационную основу в виде стандартов учреждения и документированных процедур, регламентирующих эти взаимоотношения. Использование системы качества, основанной на требованиях МС ИСО 9000, гарантирует конкретизацию и оптимизацию взаимоотношений с родителями (в педиатрии) и родственниками (в ЛПУ для взрослых) в соответствии с существующими законами и нормами, защищающими права пациентов и родственников, обеспечивая также возможность оптимизированной организации лечебного процесса.

Наконец, при применении системы качества в ЛПУ гарантированы эффективное использование ресурсов и возможность конкретного учреждения осуществлять свои функции, выполнять лечебные и диагностические процедуры для заявленного количества пациентов на уровне, соответствующем современным требованиям медицины. Все технологические процессы, связанные с медицинским оборудованием, работой лабораторий, различных вспомогательных подразделений ЛПУ (прачечные, транспортные службы, пищеблок и т.д.), получают законченный вид только после внедрения системы качества.

12.3.2. Достоинства использования МС ИСО 9000 в ЛПУ

Аналитики, обеспокоенные качеством медицинской помощи, считают, что один из оптимальных путей улучшения качества — внедрение МС ИСО 9000 в медицинскую практику. Практически во всех странах мира сертификации систем качества в ЛПУ уделяют особое внимание. Уже в 1994 г. на Международной конференции по качеству, состоявшейся в Иерусалиме, большинство докладов было посвящено качеству медицинской помощи.

Анализируя всё вышесказанное, можно заключить, что при использовании МС ИСО 9000 в ЛПУ вся система оказания медицинской помощи кардинально меняется в лучшую сторону.

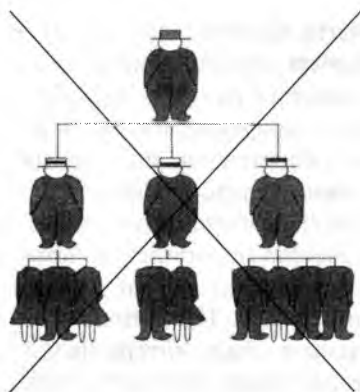
- Возрастает продуктивность работы каждого отдельного сотрудника (от младшего медицинского персонала до высшей администрации) и учреждения в целом.
- Уменьшаются повторы в обследовании и сокращается время, затрачиваемое на одного пациента, благодаря тому, что большинство решений и заключений (назначения, рекомендации, анализы, процедуры и т.д.) выполняется правильно с первого раза, так как все основные процедуры чётко регламентированы.
- Создаётся более спокойная и стабильная обстановка для пациента. Степень доверия пациента возрастает.
- Анализ системы качества открывает широкие возможности для объективной и разносторонней оценки:
 - ▲ работы различных подразделений;
 - ▲ работы учреждения в целом;
 - ▲ состояния здоровья отдельного пациента и динамики процесса лечения и/или реабилитации;

- ▲ эффективности применяемых препаратов;
- ▲ эффективности применяемых методов диагностики, лечения и реабилитации.
- Требования внутренних проверок с целью поддержания системы качества и её развития, а также внешних проверок с целью подтверждения соответствия системы качества требованиям МС ИСО 9000 гарантируют постоянное повышение качества медицинской помощи в ЛПУ.
- Резко возрастают культура и уровень работы всего коллектива: люди знают, что от них требуется, так как есть утверждённые должностные инструкции. Они чётко информированы о требованиях к выполняемым процедурам и степени личной ответственности, профессионально подготовлены для выполнения должностных функций. Документированная система качества ориентирована на профессиональное выполнение всех процедур, гарантирует преемственность процессов медицинской помощи, взаимосвязь подразделений и конкретно определяет роль каждого в работе всего ЛПУ.
- Улучшается контакт с пациентом и/или его родственниками за счёт этики общения, чётких инструкций и регламентов, направленных на защиту прав пациента и обеспечение добросовестной медицинской помощи.
- Повышается эффективность медицинской помощи, так как пациенты (или его родственники) становятся грамотными (имеют чёткие инструкции врача) и активными участниками процесса лечения и реабилитации.

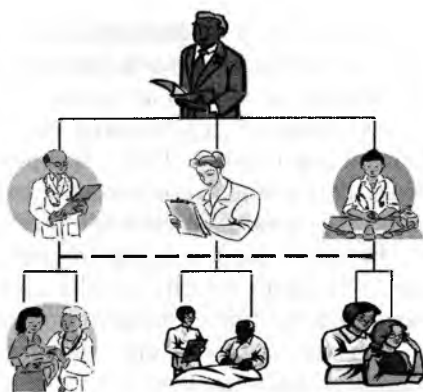
Таким образом, суть менеджмента качества состоит в том, чтобы рационально использовать интеллектуальные ресурсы всего коллектива ЛПУ (рис. 12-9), чтобы весь коллектив работал как одна команда при достижении общих целей. Система менеджмента качества должна быть спланирована, разработана, введена в действие, документирована. Вся информация о производственных процессах, процедурах, манипуляциях должна быть изложена в письменном виде в соответствии с их сложностью.

Итак, можно с уверенностью утверждать, что менеджмент качества медицинской помощи в XXI в. сфокусирован на пациенте.

Система организации здравоохранения в России благодаря исторически сложившимся позитивным традициям и опыту может



Суть менеджмента качества не в том, чтобы извлекать идеи из головы босса и передавать их в руки работников



Суть менеджмента качества в том, чтобы рационально использовать интеллектуальные ресурсы каждого члена коллектива — основу современной системы менеджмента качества

Рис. 12-9. Суть менеджмента качества, заложенного в стандарты ИСО серии 9000 (Н.В. Михайлова)

быть быстро реанимирована и доведена до высокого уровня только при внедрении стандартов ИСО 9000:2000.

12.4. ШКОЛЫ ПАЦИЕНТА — ПУТЬ К КАЧЕСТВУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Известный русский философ И.А. Ильин в начале XX в. писал: «...Лечение, целение есть совместное дело врача и самого пациента. В каждом индивидуальном случае должно быть создано некое врачебно-целebное “мы”: он и я, я и он, мы вместе и сообща должны вести его лечение...» Действительно, без тесного взаимодействия медицинского персонала и пациента невозможно добиться высокого качества медицинской помощи.

Внедрение в практику ЛПУ методологии МС ИСО 9000:2000 — прямой и, пожалуй, единственный путь для скорейшего решения проблем качества в здравоохранении, основной принцип которого

в условиях ЛПУ — ориентация на пациента. Вся деятельность ЛПУ должна осуществляться с учётом потребностей и ожиданий пациента. При этом особую актуальность приобретает создание при ЛПУ школ пациента для больных основными неинфекционными заболеваниями (диабет, ИБС, артериальная гипертензия, постинсультные состояния; хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, рассеянный склероз, онкологические заболевания и т.д.).

Важнейшим фактором повышения качества медицинской помощи и качества жизни должна стать школа пациента. Автор разработки концепции — эксперт по системам качества Н.В. Михайлова.

Школа (университет) пациента охватывает сферу интересов всех заинтересованных сторон: пациента, семьи, врача, общества, государства. Её структура представлена на рис. 12-10.

Цель школы пациента — осознание взаимной социальной ответственности медицинского персонала и пациента при лечении, уходе, реабилитации и профилактике, развитие взаимовыгодного сотрудничества обеих сторон, создание доверительных отношений, повышение культуры общения, поддержание и улучшение здоровья.

Следует отметить принципиальную особенность достижения качества медицинской помощи в школах пациента. Это обучение его самого или его родственников (если пациент — ребёнок или он неадекватен), поддержание пациентом состояния своего здоровья на должном уровне.

Пациент не может и не должен быть пассивным и безвольным «глотателем препаратов» и потребителем различных процедур. Сделать его активным участником лечебного процесса можно, используя концепцию PDCA (см. рис. 12-5). Пациенты или их родственники должны понимать, что назначенная терапия представляет собой методы и средства достижения конкретных целей. Нужно не только добросовестно соблюдать все требования врача и медицинской сестры, но и активно участвовать в процессе своей реабилитации, отслеживая все нюансы своего состояния и своевременно информируя лечащего врача и медицинскую сестру о негативных и позитивных фактах для внесения коррективов в программу ведения пациента.

Цикл PDCA должен стать обычным алгоритмом работы с пациентом. Именно концепция постоянного усовершенствования как философская категория позволяет активизировать волевые качества пациента и сделать его активным помощником врача и медицин-

ШКОЛА (УНИВЕРСИТЕТ) ПАЦИЕНТА

Что должен знать пациент и/или его родственники

Диагноз	Предварительный, окончательный; причина заболевания	
Диагностическое обследование	Неинвазивные процедуры, инвазивные процедуры, адекватность, эффективность, подготовка к диагностическим процедурам, риски, последствия диагностических процедур, доступность (стоимость)	
Лечение Реабилитация Профилактика	Схема применения медикаментозных препаратов Процедуры и манипуляции Своевременность Адекватность Риски (безопасность) Последствия Преимственность и непрерывность	Эффективность Стабильность результата Доступность (стоимость) Ориентация на пациента (полностью учитывается позиция пациента) PDCA — поддержание, улучшение состояния
Качество жизни	и	Психоэмоциональный статус пациента и его родственников

Запреты
Ограничения
Режим
Питание (доступность)
Общение с природой
Общение с окружающими
Общение с собой!

Трудные состояния
Медикаментозное вмешательство
Психотерапия

Что даст пациенту, врачу, обществу и государству введение школ пациентов

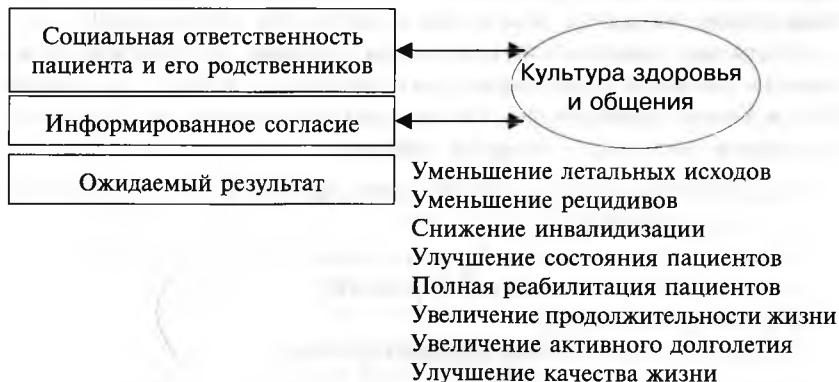


Рис. 12-10. Структура школы (университета) пациента

ской сестры в процессе лечения, ухода, реабилитации и профилактики. Нужно научить пациента бороться и нести ответственность за своё здоровье. В этом процессе нет мелочей. Именно поэтому врачи и медицинские сестры уделяют большое внимание анамнезу и беседе с пациентом (или его родственниками).

Кроме того, активное наблюдение за своим состоянием и осознание позитивных и негативных моментов подвигают пациента к необходимости изменения некоторых привычек и образа жизни. Когда он это делает по внутренним убеждениям, всегда есть эффект. Цель медицинской помощи — поддержание стабильного состояния пациента на максимально возможном уровне для каждого конкретного случая. Её качество зависит не только от качества деятельности ЛПУ, но и от качества жизни пациента вне стен медицинского учреждения.

Только такой подход позволит полностью реализовать концепцию качества медицинской помощи, повысит роль профилактических мероприятий, сделает медицину рентабельной и эффективной. Этот подход требует корректно регламентированной процедуры поддержания (улучшения) состояния, предлагаемой пациенту как метод достижения цели. Такой регламент должен быть предельно конкретен, понятен, реален с точки зрения возможности его выполнения и ориентирован на возможности пациента (и/или его родственников).

Данная установка при оказании медицинской помощи полностью соответствует требованиям МС ИСО 9000:2000, так как она направлена на удовлетворение потребностей всех заинтересованных сторон (пациента, семьи, врача, общества, государства).

Согласно современной концепции здоровья, необходимо привлекать пациента к решению своих проблем. В 1986 г. под эгидой ВОЗ в Канаде была принята Оттавская хартия улучшения здоровья, в которой выделены 5 областей действия:

- выработка государственной политики, способствующей укреплению здоровья;
- создание благоприятной для здоровья окружающей среды;
- развитие личных навыков и умений;
- участие населения;
- переориентация служб здравоохранения.

Идея Оттавской хартии улучшения здоровья [24] состоит в том, чтобы создать структуры и механизмы, которые позволили бы лю-

дям использовать все свои потенциальные возможности в отношении здоровья, брать под контроль и улучшать его.

Таким образом, здоровье — это не просто жизнь без болезней, это социально активная жизнь для наибольшего числа людей.

В глобальной стратегии ВОЗ «Здоровье для всех в XXI веке» предлагалось повысить приоритет укрепления здоровья и профилактики болезней, привлечь к участию в здравоохранительной деятельности отдельных лиц, семьи и группы населения. При этом особое внимание в этом документе было уделено вопросам повышения качества медицинской помощи. По мнению авторов идеи создания школ пациентов, такие школы — современное действенное и перспективное средство повышения качества медицинской помощи.

Речь идёт не о том, чтобы всю ответственность переложить на пациента и/или его родственников. Первичную ответственность за качество медицинской помощи с учётом стартовых возможностей ЛПУ, безусловно, несёт медицинский персонал. Тем не менее нельзя позволить пациенту безответственно относиться к своему здоровью. Практика показывает, что очень часто титанические усилия врачей и медицинских сестёр сводятся на нет по вине пациента или его родственников.

Создание школ пациентов предполагает возложение новых дополнительных обязанностей на сотрудников ЛПУ: обучение пациента, разработка дневника пациента. Это приводит к увеличению продолжительности общения с каждым конкретным пациентом. Однако более 90% населения получают медицинскую помощь в муниципальных ЛПУ, где приём пациента ограничен жёсткими временными рамками, и лишь около 10% — в коммерческих, где врач работает в более комфортных условиях и, как правило, не ограничен жёстко во времени. Это связано не только с высокими ценами на медицинские услуги в коммерческом секторе, но и с тем, что высокая стоимость медицинской услуги не всегда гарантирует высокий профессионализм и добросовестность медицинского персонала.

Коммерциализация медицины в России пока находится на таком уровне, что рассчитывать на организацию школ пациента коммерческими структурами нецелесообразно. К тому же с появлением школ пациентов последние будут меньше обращаться к врачу, так как научатся управлять состоянием своего здоровья, а это не в интересах большинства коммерческих ЛПУ. Вероятно, к идее созда-

ния таких школ примкнут те коммерческие структуры, во главе которых находятся нравственно ориентированные руководители, нацеленные на будущее.

Более реально рассчитывать на поддержку идеи создания школ пациентов муниципальным сектором здравоохранения и компаний обязательного медицинского страхования (ОМС), так как повышение качества медицинской помощи, в том числе благодаря школам пациентов, приведёт к сокращению затрат и позволит освободившиеся средства использовать на развитие здравоохранения. Цепная реакция Э. Деминга действует в здравоохранении так же эффективно, как и в других отраслях, — повышение качества медицинской помощи приводит к уменьшению затрат. Убедительным подтверждением стал опыт школ пациентов для больных диабетом, которые функционируют в Дубне на протяжении 10 лет.

Организация школ пациентов требует современного подхода к содержанию сестринского дела. При организации таких школ значительную часть работы с пациентом целесообразно возложить на сестринский персонал. Например, медицинская сестра может объяснить и распisać схему приёма назначенных врачом препаратов, предложить форму дневника пациента для самоконтроля, рассказать, как надо подготовиться к предстоящей процедуре, объяснить содержание и цель концепции постоянного усовершенствования и т.д. Медицинская сестра должна проводить работу с пациентом с учётом его состояния, менталитета, возраста, способностей, возможностей, желаний и интеллекта.

Школа пациента реализует подход к оказанию медицинской помощи, в котором полностью учтена позиция пациента. Эта позиция подразумевает уважительное отношение к ценностям, предпочтениям и высказанным потребностям пациента; координацию и интеграцию помощи; информационную поддержку, общение и просветительскую работу; обеспечение физического комфорта; эмоциональную поддержку и устранение страха или беспокойства пациента; вовлечение семьи и друзей; преемственность и непрерывность. В этой системе медицинской помощи пациент — объект, на который направлена деятельность всех элементов системы медицинской помощи.

В школе пациента медицинский персонал занимается здоровьем конкретного индивида. Лечащий врач, знающий своего пациента и его отношение к болезни, семейное положение и социальные условия, будет рассматривать его болезнь как один из аспектов более

масштабной и сложной проблемы — проблемы здоровья и профилактики заболеваний. Чисто медицинский подход к болезни необходимо дополнять знанием многомерности нездоровья, т.е. знанием скрытых сторон жизни пациента, его реакций на невзгоды и т.д. Ведь в медицине важнее всего профилактика.

Следовательно, не только конкретная болезнь, но и нездоровье в широком смысле слова должны находиться в центре внимания медицинских работников. Под нездоровьем понимают медицинский, психологический и социальный аспекты протекания болезни во всей многоликости. При этом невозможно выделить какой-либо один главный аспект. Между ними существуют различные причинно-следственные связи, и каждый по-своему влияет на состояние пациента.

Важно, чтобы медицинские работники знали все стороны жизни пациента, учитывали его представления о болезни и здоровье, его отношение к лечебному процессу (активное желание участвовать в нём, или пассивное отношение к лечению, или даже желание уклониться от него), объясняли пациенту значение саногенеза и профилактики.

Школа пациента способствует правильному пониманию обязанностей медицинского персонала, прав и обязанностей самого пациента. Права пациентов — набор привилегий людей, обращающихся за медицинскими услугами и пользующихся этими услугами. Каждый пациент имеет право на лучшее здоровье, качественную своевременную помощь, информированность и пр.

Английский философ и психолог Г. Спенсер писал: «Поддержка здоровья есть долг. Немногие, по-видимому, сознают ещё, что есть нечто такое, что можно бы назвать физической нравственностью... Всякое неповиновение законам здоровья есть физический грех». Каждый пациент должен нести ответственность (моральную, финансовую, а в ряде случаев и юридическую) за своё поведение, приводящее к ухудшению здоровья и трудоспособности [8].

Выделим несколько приоритетных задач, которые могут быть решены при организации школ пациентов.

- Обучение врачебного и сестринского персонала основным вопросам качества медицинской помощи, принципам организации школы пациента, этике общения.
- Мотивация медицинского персонала к повышению качества медицинской помощи.

- Усиление профилактической направленности в деятельности органов и учреждений здравоохранения с акцентом на реализацию скрининговых программ по вторичной профилактике основных неинфекционных заболеваний.
- Участие населения в общемедицинских программах.
- Повышение информированности и грамотности населения в вопросах здоровья.
- Мотивация населения к укреплению своего здоровья.
- Ответственность населения за своё здоровье.
- Адекватность отклика системы здравоохранения на ведущие показатели здоровья населения дифференцированно по регионам.

Безусловно, организация школ пациентов для больных с основными неинфекционными заболеваниями повлечёт повышение эффективности здравоохранения, уменьшение затрат и повышение качества жизни каждого конкретного пациента, а следовательно, благоприятно повлияет на обстановку в семье и впоследствии приведёт к осознанию пациентом ответственности за своё здоровье и здоровье членов семьи.

На результат работы школ пациентов в большой степени влияет психоэмоциональный статус пациента и его родственников (см. рис. 12-10).

12.4.1. Психоэмоциональный статус пациента и его родственников

Каждый человек испытывает радостные, яркие минуты внутренней окрылённости и восторга — минуты комфортного мажорного мироощущения. Это точки опоры в жизни любой личности. Но в современном обществе жизнь человека сопряжена с трудностями, которые приводят к стрессам, истощению нервной системы и даже более тяжёлым последствиям. Особенно тяжёлым состояние человека бывает, когда его самого или близких настигает болезнь, и чем сложнее и тяжелее болезнь, тем с большими трудностями сталкиваются он и его родные.

Когда процесс лечения, реабилитации и профилактики построен гуманно и правильно, в нем, помимо медицинского персонала, участвует сам пациент. В некоторых случаях медицинский персонал общается не только с пациентом, но и с близкими пациенту людьми (например, когда пациент — ребёнок или когда он не отвечает за свои действия). В интересах всех сторон, задействованных в

лечении (врач, пациент, родственники), построить общение и взаимодействие таким образом, чтобы все активно участвовали в лечебном процессе, и добиться максимально возможного результата. Прежде всего необходимо стабилизировать психоэмоциональное состояние как пациента, так и его близких (помочь справиться со стрессом, активизировать волевые качества, внушить веру, оптимизм, волю к победе и жажду жизни). Пациент должен потратить немало душевных, умственных и физических сил, чтобы восстановить собственное здоровье. Многие врачи отмечают, что некоторым пациентам, особенно пожилого и преклонного возраста, бывает нелегко помочь вновь обрести смысл жизни.

Состояние здоровья любого государства и семьи можно определить по отношению к детям, инвалидам и старикам. К сожалению, в России эти группы населения — самые незащищённые. Пациентам, относящимся к этим группам, помимо помощи врачей-специалистов, очень нужна поддержка психологов и психотерапевтов, помогающих справиться с трудными состояниями (рис. 12-11) или облегчить их. В школе пациента предусмотрено обязательное систематическое участие психолога и психотерапевта.

Самое опасное трудное состояние — социальная смерть, — когда человек осознаёт свою полную социальную невостребованность. Особенно остро это состояние переживают люди творческих профессий.

Жизнь человека наряду с радостными моментами полна горечи и драм. Но даже в самых сложных ситуациях необходимо её продолжать и продолжать достойно, сохраняя своё «Я». Это трудно, но возможно.

Психологи утверждают, что успешное разрешение «трудных состояний» возможно только при сознательной и продуманной корректировке человеком жизненных целей и задач в рамках новых сложившихся условий, осознании ограниченности времени, которым располагает каждый человек. Для этого ему необходимо иметь терпение, довольствоваться тем что есть (смиряться с жизненной ситуацией) и меньше думать о том, чего никогда не удастся достичь (быть адекватным). Психология активности (формальная наука) доказывает: общение с собой и понимание собственных трудностей помогут человеку найти новый смысл жизни.

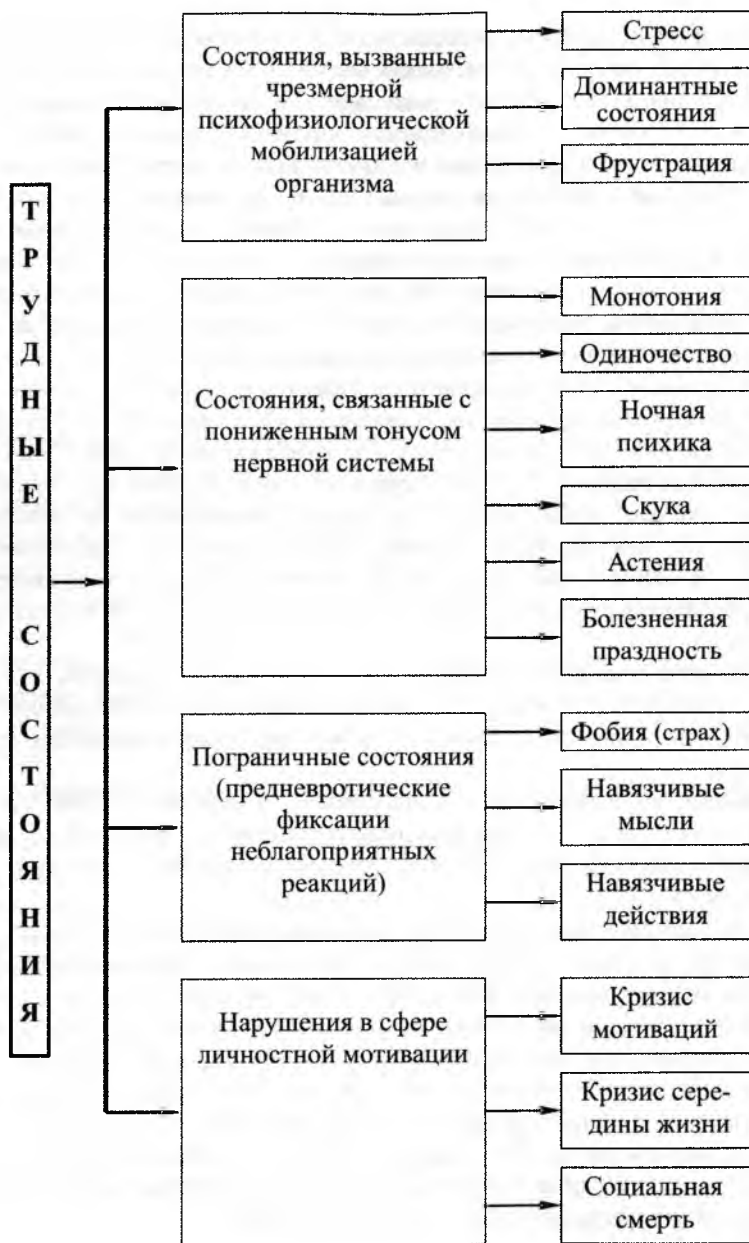


Рис. 12-11. Древоидная диаграмма «трудные состояния» (Л.П. Гримак)

12.4.2. Общение с собой

Жизнь — это путешествие в пространстве и времени, в котором меняются наше положение и наши возможности, наше здоровье и здоровье наших близких, ситуации внешние и внутренние. Мы радуемся, побеждаем, огорчаемся, тревожимся, скорбим. Палитра наших переживаний имеет массу различных тонов и оттенков. Почти каждый проходит тернистый путь, связанный с болезнью. Более мы, болеют наши близкие и друзья. Жизнь многолика. Болезнь, которая вписывается в реестр школ пациентов, как правило, достаточно проблематична и требует от пациента и его близких мобилизации душевных и жизненных сил. Врач общей практики, психолог, психотерапевт и другие медицинские работники, безусловно, будут помогать пациенту справиться с ней. Однако его активное участие, осознание своих реальных возможностей, адекватная оценка ситуации и правильная ориентация — необходимые условия для достижения цели и обретения того уровня здоровья, на которое пациент реально может рассчитывать.

Большинство несчастий, от которых человек страдает, происходит либо от отчаяния, либо от иллюзий, которые он питает относительно своего состояния, собственных способностей, сложившихся обстоятельств и целей, которые он может достичь. Люди часто совершают при оценивании самих себя серьёзные ошибки, которые вызывают неудовлетворённость, уныние, раздражение, угрюмость. Такие состояния не способствуют выздоровлению больного, в таком состоянии здоровые люди не могут ему помочь. Чтобы избежать отчаяния, нужно заставить себя поверить в собственные возможности и надеяться на лучшее.

Вместе с тем каждому человеку необходимо критически относиться к себе. Это избавит его от опасных иллюзий. Имеется в виду не заниженная самооценка, приводящая к ослаблению активной жизненной позиции, а ясное осознание человеком своих реальных возможностей и устремлений. Это касается каждого из нас, особенно в сложных и критических ситуациях. Успех выздоровления и последующей жизни во многом зависит от душевного состояния самого пациента и его родственников.

Понять своё душевное состояние человек может только посредством общения с собой. Психолог Л.П. Гримак пишет: «...Общение с собой — это, бесспорно, то, чему нас никто и нигде не учит. Нам по мере возможности прививают навыки общения с

другими людьми, манеры поведения в семье, обществе. Но мы и понятия не имеем о правилах общения с самим собой даже в самых элементарных ситуациях. Более того, многие и не подозревают, что такой вид общения существует и в том или ином виде является обязательным условием нормальной психической деятельности человека, во многом определяет нашу работоспособность, настроение, самочувствие, а нередко и состояние здоровья» [27].

Человек, по мнению медицинских специалистов, представляет собой совершеннейшее саморегулирующееся уникальное по своим возможностям творение природы. Так же уникальна и нервная система человека. Медицинские работники в один голос утверждают, что процесс лечения надо начинать с восстановления внутреннего покоя и равновесия пациента. Невротические нарушения появляются тогда, когда у человека нарушается высший уровень саморегуляции, который характеризуется как самоконтроль, самообладание, самоуправление. И часто это происходит потому, что человек не обладает элементарными знаниями и навыками общения с собой.

Именно поэтому в школе пациента должны быть предусмотрены специальные программы, направленные на психологическую реабилитацию пациента (а в ряде случаев и родственников) и обучение навыкам психологии активности — общению с собой [27]. Нужно научить пациента самоконтролю, самообладанию, самоуправлению настолько, насколько это возможно в каждом конкретном случае, с учётом стартового состояния здоровья, менталитета, интеллекта и возраста человека. Задачи медицинской психологии в институте школ пациента значительно расширятся и приобретут более глубокий терапевтический и просветительский характер [28].

П.В. Коломейцев утверждает: «...Если мы хотим выжить сами, сохранить наше общество и государство, мы обязаны ясно осознать и чётко сформулировать свои собственные ценности и цели и неизменно следовать им...» [29].

Здоровье населения представляет собой важнейший фактор национальной безопасности. Именно поэтому в большинстве цивилизованных стран ответственность за укрепление здоровья и профилактику заболеваний несут федеральные министерства здравоохранения. В последние годы наблюдаются негативные тенденции показателей здоровья населения России. Именно поэтому у населения России всё отчётливее формируется социальный заказ на здоровье, культуру и качество медицинской помощи, здоровый образ жизни, воспитание общей культуры соматического и духовного

здоровья как важнейшей составляющей существования человека в современном мире.

Самодостаточно и устойчиво только то общество, в котором есть понятная и признанная абсолютным большинством идеология, изложенная на языке естественных биологических, материальных, интеллектуальных, духовных, психологических, социальных потребностей и практических нужд человека, общества и государства. Основой такой идеологии является чётко и однозначно сформулированная система ценностей (целей) общества. П.В. Коломейцев предлагает систему ценностей человека и общества для современной России, в которой собраны накопленные народами России представления о том, что нужно человеку, какими должны быть общество и государство [29]. Он пишет: «...**Формирование системы ценностей и целей нельзя доверять политикам, находящимся у власти, потому что в силу своего положения и некоторых особенностей психики они не могут не исказить её в пользу своих личных и корпоративных интересов. Только сами граждане России в процессе широкого обсуждения и согласования могут правильно поставить задачи перед собой и перед властью, которую они содержат своим трудом...**»

Предлагаемая система ценностей основана на нашем отечественном опыте, менталитете, традициях и собственной, национальной общероссийской системе ценностей. Она содержит 72 пункта, где поставлена актуальная и важная цель, реализация которой необходима для достижения благосостояния людей, безопасности и независимости России.

Мы приведем только первые 7 пунктов данной системы ценностей:

- Повышение уровня личной безопасности человека. Защита от действия частных и должностных лиц, государственных и общественных организаций, создающих угрозу жизни, физическому и психическому здоровью людей.
- Улучшение физического, психического и духовного здоровья людей, их адаптируемости к окружающей среде.
- Увеличение продолжительности жизни и активного долголетия.
- Повышение уровня медицинского обслуживания всего населения.
- Независимость медицинского обслуживания от материальной обеспеченности людей.

- Создание экономических, социальных, экологических, моральных, духовных, психологических, эстетических, оптимальных адаптационных и прочих условий, обеспечивающих здоровый образ жизни людей.
- Ликвидация всех видов социальной патологии (пьянство, наркомания и пр.).

Хочется надеяться, что данная концепция здоровья будет реализована в России в недалёком будущем. Школы пациентов будут способствовать этому.

Сегодня главная задача медицинской и научной общественности и всех думающих людей — объединить усилия, чтобы срочно приостановить деструктивные тенденции в организации системы отечественного здравоохранения, создать реальные предпосылки реализации TQM при сохранении громадного исторически сложившегося уникального потенциала отечественной медицины. Другого пути у нас нет [30, 31].

ПРИЛОЖЕНИЯ

7-1. ЛИСТ СЕСТРИНСКОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА

Отделение:
Палата:
Врачебный диагноз:
ФИО пациента:
Домашний адрес:
Дата и время приема:
Дата и время приема:
Рост:
Возраст:
Индекс массы тела:

Состояние при поступлении (при наличии или отсутствии у пациента той или иной проблемы отметить «Да» или «Нет»)

1. Аллергия	
На лекарства <i>Замечания:</i>	Да Нет
На пищу <i>Замечания:</i>	Да Нет
Другие аллергены <i>Замечания:</i>	Да Нет
<i>Замечания</i> <i>Замечания:</i>	Да Нет
2. Дыхание	
Имеются ли проблемы с органами дыхания? <i>Замечания:</i>	Да Нет
Одышка <i>Замечания:</i>	Да Нет
Число дыханий в минуту:	

Является ли курильщиком? <i>Замечания:</i>	Да Нет
Кашель <i>Замечания:</i>	Да Нет
Требуется ли специальное положение в постели? <i>Замечания:</i>	Да Нет
Требуется ли кислород? <i>Замечания:</i>	Да Нет
3. Кровообращение	
Частота пульса в минуту	
Пульс: ритмичный, неритмичный Артериальное давление, мм рт.ст.	
4. Питание и питьё	
Хороший ли аппетит? <i>Замечания:</i>	Да Нет
Может ли есть самостоятельно? <i>Замечания:</i>	Да Нет
Требуется ли специальный совет по поводу диеты? <i>Замечания:</i>	Да Нет
Является ли диабетиком? <i>Замечания:</i>	Да Нет
Как регулируется заболевание <i>Замечания:</i>	Диета Инсулин Сахороснижающие препараты
Достаточно ли пьёт жидкости? <i>Замечания:</i>	Да Нет
Может ли пить жидкость самостоятельно? <i>Замечания:</i>	Да Нет
Водный баланс положительный <i>Замечания:</i>	Да Нет
Употребление алкоголя <i>Замечания:</i>	Да Нет
Имеются ли зубы: верхние нижние верхние и нижние <i>Замечания:</i>	Да Нет

Имеются ли съёмные зубные протезы: на верхней челюсти на нижней челюсти на обеих челюстях <i>Замечания:</i>	Да Нет
5. Физиологические отправления	
Функционирование мочевого пузыря (частота в ночное время) <i>Замечания:</i>	
Функционирование кишечника (регулярность) Используются ли лёгкие слабительные средства? <i>Замечания:</i>	
Искусственное отверстие: колостома цистостома <i>Замечания:</i>	Да Нет
Постоянный катетер <i>Замечания:</i>	Да Нет
Недержание мочи <i>Замечания:</i>	Да Нет
Недержание кала <i>Замечания:</i> (дать комментарии по любому случаю отступления от обычных условий)	Да Нет
6. Двигательная активность	
Зависимость в активности от окружающих: полностью частично независим <i>Замечания:</i>	Да Нет
Применяются ли приспособления при ходьбе? <i>Замечания:</i>	Да Нет
Существуют ли сложности при ходьбе <i>Замечания:</i>	Да Нет
Далеко ли может ходить по отделению (квартире, улице)? <i>Замечания:</i>	Да Нет
Передвижение: с помощью 2 человек с помощью 1 человека без посторонней помощи <i>Замечания:</i>	

Ходьба пешком: с помощью 2 человек с помощью 1 человека без посторонней помощи <i>Замечания:</i>	Да Нет
7. Сон, отдых	
Обычная картина сна (часы, время, снотворное, алкоголь) Спит: в кровати в кресле <i>Замечания:</i>	
Число подушек <i>Замечания:</i>	
Нуждается ли в дневном отдыхе в кровати? как часто как долго	Да Нет
Трудности со сном (плохо засыпает, часто просыпается, продолжительность сна короткая) <i>Замечания:</i>	Да Нет
8. Способность к самообслуживанию	
Способен одеваться и раздеваться самостоятельно <i>Замечания:</i>	Да Нет
Имеются ли трудности при одевании и раздевании? <i>Замечания:</i>	Да Нет
Зависимость при одевании и раздевании <i>Замечания:</i>	Да Нет
Пользуется ли помощью в обычных условиях <i>Замечания:</i>	Да Нет
Имеет ли выбор одежды? <i>Замечания:</i>	Да Нет
Заботится ли о своей внешности в обычных условиях? <i>Замечания:</i>	Да Нет
Способен ли самостоятельно: мыться в ванне принять душ подмыться <i>Замечания:</i>	

Способен ли самостоятельно (подчеркнуть) ухаживать за полостью рта, чистить зубы <i>Замечания:</i>	
Состояние кожи: пролежни язвы сухость влажность <i>Замечания:</i>	Да Нет
Произвести оценку риска развития пролежней (в баллах) <i>Замечания:</i>	
9. Способность поддерживать нормальную температуру тела	
Температура тела: повышенная пониженная в момент обследования <i>Замечания:</i>	
10. Способность поддерживать безопасную окружающую среду	
Может ли поддерживать самостоятельно свою безопасность <i>Замечания:</i>	Да Нет
Имеются ли двигательные или сенсорные отклонения? <i>Замечания:</i>	Да Нет
Имеются ли трудности в понимании? <i>Замечания:</i>	Да Нет
Ориентирован ли во времени и пространстве? <i>Замечания:</i>	Да Нет
При необходимости проведите оценку риска падения <i>Замечания:</i>	
11. Труд и отдых	
Сохранена ли трудоспособность? <i>Замечания:</i>	Да Нет
Есть ли потребность в работе? <i>Замечания:</i>	Да Нет
Приносит ли работа удовлетворение? <i>Замечания:</i>	Да Нет

Увлечения, предпочтительный вид отдыха <i>Замечания:</i>	
Есть ли возможность отдыхать? <i>Замечания:</i>	Да Нет
12. Возможность общения	
Разговорный язык <i>Замечания:</i>	
Имеются ли трудности при общении <i>Замечания:</i>	Да Нет
Имеются ли трудности со слухом <i>Замечания:</i>	Да Нет
Нужен ли слуховой аппарат На какое ухо <i>Замечания:</i>	Да Нет
Есть ли нарушения зрения Использует для коррекции: очки контактные линзы <i>Замечания:</i>	Да Нет

ПРИЛОЖЕНИЕ К ГЛАВЕ 8

Задача

Больной В.А., 70 лет, поступил 20.10.01 в 13.00 в неврологическое отделение с диагнозом: острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу, правосторонняя гемиплегия, моторная афазия; сахарный диабет II типа; аденома простаты I степени.

Со слов жены, они живут вдвоём на 2-м этаже 5-этажного дома. Аллергии на какие-нибудь препараты и продукты не было. Регулярно принимает только сахароснижающие препараты. Инсульт случился на даче, где они обычно живут с апреля по октябрь. В день госпитализации больной, проснувшись, не смог встать с постели из-за того, что правая нога и рука его «не слушались». При попытке позвать жену он обнаружил, что не может ничего сказать, язык «не слушается».

Больной не может говорить, но понимает вопросы, на которые отвечает мимикой и жестами. В глазах слёзы.

Кожа сухая. Правые рука и нога без движения. Активные движения левыми конечностями в полном объёме, мелкие предметы (чашка, ложка и др.) удерживает с трудом.

Больной может с трудом поворачиваться на правый бок, придерживаясь левой рукой за поручни. Он выглядит грузным: рост приблизительно

165 см, масса тела 84 кг. ИМТ 30,9. Жена больного понимает, что муж должен похудеть, но она не знает, как это «организовать».

У пациента съёмные зубные протезы на верхней и нижней челюсти, которые остались дома. Он не может снять пижаму, но может снять носок с левой ноги. Надеть самостоятельно не может ничего. Готов принимать помощь при надевании пижамы, носков. Стул обычно ежедневно утром. Жена больного опасается, что не сможет поднять мужа и подать судно. Она боится, что муж никогда не встанет на ноги.

Обычно у больного мочеиспускание замедленное, в том числе и ночью. Спит он на двух подушках, укрывается двумя одеялами, так как всегда мёрзнет. Привык засыпать в темноте и тишине в 22–23 ч. Снотворные средства не принимает. Больной бреется обычно 1 раз в 2 дня безопасной бритвой. Бритвы с собой нет. Привык принимать душ и мыть голову в воскресенье.

Со слов жены, он читает в очках (очки с собой).

Больной в сознании, адекватен, ориентируется во времени и пространстве, но выглядит растерянным.

ЧДД 18 в минуту, ЧСС 76 в минуту, АД 180/100 мм рт.ст., температура тела 36,7 °С.

Задания.

1. Проведите первичную сестринскую оценку состояния В.А.
2. Определите проблемы.
3. Составьте план сестринского ухода.

При заполнении листа сестринской оценки следует отметить знаком + ответ «Да» или «Нет». Соответственно если проблемы у пациента нет, то не будет и замечаний.

При заполнении графы «Замечания» листа сестринской оценки следует помнить, что замечание не является проблемой. Так, в рамках различных потребностей могут возникать различные замечания. Однако при их анализе может выясниться, что они в конечном счете характеризуют одну проблему (например, незнание пациентом факторов риска).

Лист сестринской оценки состояния пациента

Отделение	Неврологическое
Палата	306
Диагноз	Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу, правосторонняя гемиплегия, моторная афазия. Сахарный диабет II типа. Аденома простаты I степени
ФИО пациента	Волхов Валентин Александрович
Домашний адрес	Москва, бульвар Яна Райниса, д. 2, кв. 70

Масса тела	84 кг
Рост	165 см
ИМТ	30,9
Аллергия на лекарства, на пищу и др.	Да
	Нет
Замечания	Нет

Состояние при поступлении

1. Дыхание

Имеются ли проблемы с органами дыхания?	Да +	Нет
Замечания: в связи с ограничением физической активности и вынужденным положением возможна гиповентиляция. Нуждается в обучении дыхательным упражнениям		
Одышка	Да	Нет +
Замечания: нет		
Частота дыхательных движений (ЧДД) 18 в минуту		
Пульс 76 в минуту	Ритмич- ный +	Нерит- мичный
АД 180/100 мм рт.ст.		
Замечания: нуждается в наблюдении за АД и ЧДД		
Теплота/чувствительность конечностей: не ощущает прикосновения к правой руке и ноге. Правые конечности более холодные		
Замечания: нуждается в наблюдении за температурой конечностей, цветом кожи в области костных выступов		
Является ли курильщиком?	Да	Нет +
Замечания: нет		
Кашель	Да	Нет +
Замечания: нет		
Требуется ли кислород?	Да	Нет +
Замечания: нет		
Требуется ли специальное положение в постели?	Да +	Нет
Замечания: нуждается в специальном размещении правой кисти и стопы, мероприятиях, предупреждающих образование пролежней в области тазобедренного сустава, лодыжек, коленей, локтей, крестца		

2. Питание и питье

Хороший ли аппетит?	Да +	Нет
Замечания: нуждается в наблюдении за количеством съеденной пищи и консультировании по поводу изменения диеты в связи с повышением АД и превышением ИМТ. Нуждается в помощи во время еды		
Нужно ли обращение к диетологу?	Да +	Нет
Дата обращения: 21.10.01		
Замечания: консультация диетолога		
Требуется ли специальный совет по поводу диеты?	Да +	Нет
Замечания: в консультировании нуждается жена пациента		
Является ли диабетиком?	Да +	Нет
Если да, то как регулируется заболевание (диета, инсулин, сахароснижающие препараты)		
Замечания: нуждается в наблюдении за количеством и качественным составом пищи, в соответствии с назначенной диетой		
Пьёт ли достаточно жидкости?	Да +	Нет
Замечания: нуждается в помощи при приёме жидкости		
Ограничение жидкости	Да	Нет +
Замечания: необходимо наблюдение за количеством выпитой жидкости		
Пьёт много жидкости?	Да	Нет +
Замечания: нет		
Водный баланс:		
положительный	Да	Нет
отрицательный	Да	Нет
не определялся	Да +	Нет
Замечания: нет		
Употребление алкоголя	Да	Нет +
Замечания: нет		
Имеются ли зубы (верхние, нижние)?	Да	Нет +
Замечания: нет		
Имеются ли съёмные зубные протезы (на верхней, на нижней, на обеих челюстях)?	Да +	Нет

Замечания: принести протезы из дома. Нуждается в уходе за зубными протезами		
-----------------------------------------------------------------------------	--	--

3. Физиологические отправления

Функционирование мочевого пузыря (частота, в ночное время): обычно мочится подолгу, с усилием, испытывает позывы ночью		
Замечания: нуждается в помощи при мочевыделении днём и ночью и наблюдении за количеством и цветом мочи		
Функционирование кишечника (регулярность): стул ежедневно, утром		
Замечания: необходимо наблюдение за стулом и помощь при физиологических отправлениях		
Используются ли слабительные средства?	Да +	Нет
Указать, какие:		
Замечания: при нарушении регулярности стула необходима консультация врача		
Наличие колостомы, цистостомы	Да +	Нет
Указать, какие используются устройства		
Замечания: нет		
Постоянный катетер	Да +	Нет
Замечания: нет		
Недержание мочи	Да +	Нет
Замечания: нет		
Недержание кала	Да +	Нет
Просим Вас дать комментарии по любому случаю отступления от обычных условий		
Замечания: нет		

4. Двигательная активность

Зависимость	Полностью	Частично	Независим
Замечания: риск развития пролежней по шкале Ватерлоу 17 баллов. Нуждается в консультировании по поводу самостоятельных действий для профилактики пролежней. Нуждается в мероприятиях по профилактике пролежней			
Применяются ли приспособления при ходьбе?	Да	Нет +	
Замечания: пока нет			
Существуют ли сложности при ходьбе?	Да +	Нет	

Замечания: при ходьбе будет нуждаться в обучении и помощи			
Как далеко может ходить по отделению? Пока не ходит			
Замечания: возможны трудности при ходьбе (в зависимости от исхода заболевания)			
Передвижение	С помощью 2 человек +	С помощью 1 человека	Без посторонней помощи
Замечания: после разрешения встать с постели и ходить будет нуждаться в помощи 2 человек			
Ходьба пешком	С помощью 2 человек +	С помощью 1 человека	
Замечания: нет			

5. Сон и отдых

Обычная картина сна (часы, время, сновидное, алкоголь).	В кровати	В кресле
Привык засыпать в темноте и полной тишине в 22–23 ч. Обычно укрывается двумя одеялами		
Замечания: нуждается в обеспечении обычных условий сна		
Возможно нарушение сна из-за необходимости изменять положение каждые 2 ч и непривычной обстановки		
Замечания: нуждается в предварительной беседе о необходимости изменения положения тела в ночное время		

6. Способность одеться, раздеться, выбрать одежду, осуществлять личную гигиену

Способен одеваться и раздеваться самостоятельно?	Да	Нет +
Замечания: нуждается в обучении самообслуживанию		
Зависимость при одевании и раздевании	Да +	Нет
Замечания: нуждается в помощи при смене одежды		
Пользуется ли помощью в обычных условиях? (какая помощь необходима)	Да	Нет +
Замечания: необходимо обучение жены технике помощи при одевании и раздевании		
Заботится ли о своей внешности в обычных условиях?	Да +	Нет
Замечания: потребуются помощь при бритье, умывании, чистке зубных протезов, гигиенических процедурах		

Способен ли самостоятельно мыться (ванна, душ)?	Да	Нет +
Уход за полостью рта	Да +	Нет
Замечания: нуждается в помощи при осуществлении личной гигиены и организации ежедневного мытья; нуждается в обеспечении предметами ухода за протезами		
Состояние кожи (язвы, сухость): кожа сухая, особенно на голенях и стопах, трофических расстройств нет		
Замечания: нуждается в наблюдении за состоянием кожи, особенно участков, уязвимых для пролежней		
Произвести оценку риска образования пролежней		
Имеется риск развития пролежней по шкале Ватерлоу 21 балл (высокая степень риска)		
Замечания: нуждается в мероприятиях по профилактике образования пролежней по ОСТу		
Имеется ли давление на костные выступы: крестец, правую пятку, правый локоть, лопатку, правые лодыжки, тазобедренный сустав?	Да +	Нет
Замечания: нуждается в мероприятиях по профилактике образования пролежней по ОСТу		

7. Способность поддерживать нормальную температуру тела

Температура тела в момент обследования 36,7 °С	По-вы-шена	По-ни-жена	Нор-мальная
Замечания: нуждается в помощи для поддержания нормальной температуры тела			

8. Способность поддерживать безопасную окружающую среду

Может поддерживать самостоятельно свою безопасность?	Да	Нет +
Замечания: нуждается в поручнях на кровати		
Имеются ли двигательные или сенсорные отклонения (недостатки)? Правосторонняя гемиплегия	Да +	Нет
Замечания: доминирующая рука правая, нуждается в обучении самоуходу левой рукой		
Имеются ли трудности в понимании?	Да	Нет +
Замечания: подтверждает мимикой или жестами то, что он понимает жену и медперсонал		
Ориентирован ли во времени и пространстве?	Да +	Нет
Замечания: ежедневно нуждается в информации о времени		

При необходимости проведите оценку риска падения		
Риск падения с кровати, а при расширении режима возможно падение во время хождения		
Замечания: нуждается в помощи при перемещении в кровати и при ходьбе в случае расширения режима		

9. Труд и отдых

Трудоспособность сохранена	Да	Нет +
Замечания: нуждается в психологической адаптации к потенциальному изменению объёма физической нагрузки и возможному ограничению привычного вида отдыха		
Есть ли потребность в работе? На пенсии	Да (со слов жены) +	Нет
Приносит ли работа удовлетворение?	Да (со слов жены) +	Нет
Замечания: по мере выздоровления нуждается в консультировании по поводу оптимальной физической нагрузки		
Увлечения: любит читать. Летом работает на даче	Да (со слов жены)	Нет
Замечания: нуждается в обеспечении привычной для него литературой (при появлении потребности читать)		
Замечания: будет нуждаться в обсуждении объёма безопасной физической нагрузки		
Есть ли возможность реализовать свои увлечения?	Да	Нет +
Замечания: нуждается в психологической адаптации к изменившимся условиям привычного для него отдыха		

10. Возможность общения

Разговорный язык: русский		
Замечания: нет		
Имеются ли трудности при общении: произносит отдельные звуки, очень нервничает, что не может говорить	Да +	Нет
Замечания: необходимо выработать технику эффективного общения. Нуждается в консультации логопеда		

Имеются ли трудности со слухом?	Да	Нет +
Замечания: нет		
Нужен ли слуховой аппарат?	Да	Нет +
На какое ухо		
Замечания: нет		
Есть ли нарушения зрения?	Да +	Нет
Очки +1,5	Да +	Нет
Контактные линзы	Да	Нет +
Замечания: обеспечить возможность пользоваться очками по мере необходимости		

Подпись медсестры

Дата проведения первичной оценки

План ухода и протокол (текущая и итоговая оценка)

1. Дыхание

Дата	Проблема пациента	Цели/ожидаемый результат	Сестринские вмешательства	Периодичность оценки	Дата достижения цели
20.10.2001	1. Риск развития пневмонии из-за снижения физической активности и риска инфицирования слизистой оболочки полости рта	1. Пневмонии не будет	1. Обучение дыхательным упражнениям	Ежедневно 2 раза в день	30.10.2001
		2. Инфицирования полости рта не будет	2. Осуществлять уход за зубными протезами вечером после их снятия	Ежедневно 1 раз в день	30.10.2001
			3. Убедиться, что у В.А. есть всё необходимое для ухода за зубными протезами	Ежедневно 1 раз в день	
			4. Убедиться, что жена В.А. умеет ухаживать за зубными протезами	Ежедневно 1 раз в день	

			5. Предлагать полоскать рот после каждого приёма пищи	Ежедневно 5 раз в день	
			6. Просить жену принести съёмные протезы В.А.		

Протокол (оборотная сторона листа)

Дата	Оценка (текущая и итоговая) и комментарии	Подпись
21.10.2001	1. Осуществила уход за зубными протезами вечером в 21 ч	И. Петрова
	2. Валентин Александрович обучался дыхательным упражнениям. Умеет выполнять их самостоятельно. Нуждается в напоминании	И. Петрова
	3. У В.А. есть всё необходимое для осуществления ухода за зубными протезами	Н. Гришина
	4. После каждого приема пищи предлагала прополоскать водой полость рта	Н. Гришина
	5. Попросила жену принести съёмные протезы Валентина Александровича	Н. Гришина
22.10.2001	1. В.А. выполняет дыхательные упражнения под присмотром медсестры	И. Петрова
	2. Проверила и убедилась, что жена В.А. умеет ухаживать за зубными протезами	И. Петрова
	3. После каждого приёма пищи предлагала полоскать водой полость рта	И. Петрова
	4. Осуществляла уход за зубными протезами вечером в 21 ч	Н. Гришина

2. Питание и питьё

Дата	Проблема пациента	Цели/ожидаемый результат	Сестринские вмешательства	Периодичность оценки	Дата достижения цели
20.10.2001	1. Не может самостоятельно принимать пищу и жидкость, так как у В.А. правосторонняя гемиплегия, а левой рукой не умеет	1. Принимает пищу и жидкость с помощью медсестры/жены	1. Обучение В.А. есть и питьевой левой рукой	Ежедневно 5 раз в день	25.10.2001
			2. Помощь при приёме пищи и жидкости	Ежедневно 5 раз в день	25.10.2001

		2. Принимает пищу и жидкость самостоятельно в соответствии с рекомендуемой диетой	3. Кормить в высоком положении Фаулера (опасность поперхнуться и асфиксии)	Ежедневно 5 раз в день	30.10.2001
			4. Консультация диетолога	При необходимости	
20.10.2001	2. Риск осложнений сахарного диабета II типа в связи с неадекватным питанием (кетацидоз, гипогликемия)	3. Осложнений не будет	1. Определять количество съеданной пищи и выпиваемой жидкости	Постоянно в течение пребывания в стационаре	
			2. Обеспечить В.А. трубочкой для питья	Ежедневно 5 раз в день	
			3. Предлагать пить жидкость (воду, чай): с 8 до 12 ч — 1000 мл, с 12 до 20 ч — 700 мл, с 20 до 8 ч — 300 мл	Ежедневно 5 раз в день	

Протокол (оборотная сторона листа)

Дата	Оценка (текущая и итоговая) и комментарии	Подпись
20.10.2001	1. Валентин Александрович пил и ел с помощью медсестры в высоком положении Фаулера	Н. Гришина
21.10.2001	1. В.А. обучался пить и есть левой рукой с помощью медсестры в высоком положении Фаулера	Л. Исакова
	2. Желудок В.А. проконсультировал диетолог	Л. Исакова
	3. Количество съеденной пищи в сутки — 80% суточного рациона	И. Петрова
	4. В.А. ест и пьет левой рукой с помощью медсестры в высоком положении Фаулера	Н. Гришина
22.10.2001	1. В.А. ест и пьет левой рукой самостоятельно в высоком положении Фаулера под присмотром медсестры	Н. Гришина

2. В.А. пьёт через соломинку для питья с помощью медсестры: с 8 до 12 ч — 1000 мл, с 12 до 20 ч — 700 мл, с 20 до 8 ч — 300 мл, всего 2 л	Л. Исакова
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------

3. Физиологические отправления

Дата	Проблема пациента	Цели/ожидаемый результат	Сестринские вмешательства	Периодичность оценки	Дата достижения цели
20.10.2001	1. Запор, связанный с неподвижностью	1. Стул будет ежедневно	1. Предлагать пить жидкость (воду, соки, чай): с 8 до 14 ч — 1000 мл, с 14 до 20 ч — 700 мл, с 20 до 8 ч — 300 мл	Ежедневно, 5 раз в день	22.10.2001
			2. Дать рекомендации жене о характере передач	Однократно	
			3. Обучить В.А. самостоятельно-му массажу живота левой рукой	Ежедневно, 5 раз в день	
			4. При отсутствии эффекта консультация врача		22.10.2001
	2. В.А. испытывает дискомфорт, связанный с никтурией и необходимостью мочиться лёжа	2. Дискомфорта не будет	Каждые 2 ч (при перемещении предлагать помочиться)	Ежедневно утром	20.10.2001

Протокол (оборотная сторона листа)

Дата	Оценка (текущая и итоговая) и комментарии	Подпись
20.10.2001	1. Провела с женой беседу о характере передач	И. Петрова
	2. Мочился ночью при перемещении 2 раза. Принимает помощь медсестры	
21.10.2001	1. В.А. выпил 1,5 л жидкости. На тумбочке постоянно стоит стакан с жидкостью (водой, чаем) и трубочкой для питья	И. Гришина
	2. Обучала В.А. самостоятельно-му массажу живота левой рукой	Н. Гришина
2.11.2000	1. Утром был оформленный стул	И. Петрова

4. Двигательная активность

Дата	Проблема пациента	Цели/ожидаемый результат	Сестринские вмешательства	Периодичность оценки	Дата достижения цели
20.10.2001	1. Риск развития пролежней	1. Пролежней не будет	1. Профилактика пролежней по ОСТу «Протокол ведения больных. Пролежни. Изменения положения»	Ежедневно каждые 2 ч	К моменту расширения режима
			8–10 ч — на левом боку; 12–14 ч — положение Симса справа; 14–16 ч — положение Фаулера; 16–18 ч — на левом боку; 18–20 ч — положение Фаулера; 20–22 ч — на левом боку; 22–24 ч — положение Симса справа; 24–2 ч — положение Симса слева; 2–4 ч — на левом боку; 4–6 ч — положение Симса справа; 6–8 ч — положение Симса слева	Ежедневно каждые 2 ч	К моменту расширения режима
			2. Проводить текущую оценку утром по шкале Ватерлоу	Ежедневно 1 раз в день	
			3. Ежедневно в 8 ч обмывать: область лопаток, позвоночник, крестец, локти, пятки, колени	Ежедневно, 1 раз в день	30.10.2000
			4. Проверить состояние постели при перемене положения	Ежедневно каждые 2 ч	
			5. Количество белка при приеме пищи должно быть не менее 120 г в сутки	Ежедневно 5 раз в день	
			6. Обеспечить питье не менее 1,5 л в сутки	Ежедневно 5 раз в день	
			7. Использовать поролоновые прокладки под костные выступы правой руки и ноги и крестец	Ежедневно каждые 2 ч	

20.10.2001	2. Не понимает необходимости выполнения пассивных и активных упражнений в суставах	2. Понимает необходимость выполнения пассивных и активных упражнений	1. Беседа с В.А. о возможных осложнениях, связанных с неподвижностью	Ежедневно 1 раз в день	21.10.2001
			2. Обучить В.А. и его жену комплексу упражнений для рук и ног	Ежедневно 1 раз в день	30.10.2001
			3. Помогать выполнять пассивные упражнения правой рукой и ногой в пределах подвижности суставов	Ежедневно 3 раза в день	
20.10.2001	3. Риск развития «конской стопы» (подвешенное сгибание)	«Конской стопы» не будет	1. Наблюдать за правильным размещением правой стопы (с упором под 90°)	Ежедневно каждые 2 ч	К моменту выписки
	4. Возможны трудности при ходьбе после расширения режима активности	Будет ходить в пределах разрешённого режима	1. Обучить жену технике правильного размещения правой стопы	Ежедневно 1 раз в день	
			2. Обучить безопасному перемещению	Ежедневно 3 раза в день	10.11.2001
			3. Поддерживать при ходьбе		

Протокол (оборотная сторона листа)

Дата	Оценка (текущая и итоговая) и комментарии	Подпись
20.10.2001	1. В.А. лежит на функциональной кровати на поролоновом матрасе	И. Гришина
	2. Каждые 2 ч перемещала В.А., осматривала участки риска на коже, проверяла постель	И. Гришина
	3. Выписано дополнительное белковое питание	И. Гришина

21.10.2001	1. Утром в 8 ч риск развития пролежней по шкале Ватерлоу 21 балл (высокая степень риска). Постель комфортна	И. Петрова
	2. В 8 ч утра обмыла область лопаток, позвоночника, локти, крестец, пятки, колени, тазобедренные суставы	Л. Исакова
	3. Изменяла положение тела каждые 2 ч, использовала специальный матрац и поролоновые прокладки (в области крестца, лопаток, локтей, пяток, правого тазобедренного сустава и лодыжек; в положении Симса — колени, в правую кисть помещён валик; в положении Фаулера — под поясницу и колени положен валик), стопа — под углом 90°	Л. Исакова
	4. Каждые 2 ч при перемещении В.А. проверяла состояние постели. Постель комфортна	Л. Исакова
	5. В.А. пьет через соломинку с помощью медсестры и самостоятельно: 8–12 ч — 1000 мл, 13–20 ч — 700 мл, 20–8 ч — 300 мл.	Л. Исакова
	6. В.А. съел весь суточный рацион	И. Петрова
21.10.2001	1. Провела беседу с В.А. о возможных осложнениях, связанных с неподвижностью	И. Петрова
	2. Проведена консультация с врачом по поводу объёма активно-пассивных упражнений	И. Петрова
	3. Провела комплекс упражнений (пассивных) для правой ноги и руки в пределах подвижности суставов	И. Петрова
	4. Наблюдала за правильным размещением правой стопы и руки (кисти)	Н. Гришина
22.10.2001	1. Обучала В.А. комплексу упражнений для левой руки и ноги. Похвалила В.А. за старание и терпение	Н. Гришина
	2. Провела беседу и обучила жену комплексу пассивных упражнений для правой руки и ноги	Н. Гришина
	3. Обучала жену технике размещения правой кисти и стопы	И. Петрова
23.10.2001	1. Обучала В.А. комплексу упражнений для левой руки и ноги. Похвалила В.А. за старание и терпение	Л. Исакова
	2. Жена провела комплекс пассивных упражнений для правой руки и ноги под присмотром медсестры	И. Петрова
	3. Проследила за правильным размещением правой стопы и руки (кисти)	Н. Гришина

5. Сон и отдых

Дата	Проблема пациента	Цели/ожидаемый результат	Сестринские вмешательства	Периодичность оценки	Дата достижения цели
20.10.2000	1. Нарушение засыпания в связи с невозможностью самостоятельно занять привычное положение на правом боку	1. Валентин Александрович засыпает в привычном положении	1. Придать В.А. положение Симса справа в 22 ч	Ежедневно 1 раз в день	30.10.2000
			2. Укрыть В.А. двумя одеялами	Ежедневно 1 раз в день	
	2. Нарушение сна, связанное с непривычной обстановкой, шумом, невозможностью изменить положение тела	Ночной сон будет 7 ч	1. Помогать В.А. перемещаться	Ежедневно каждые 2 ч	30.10.2000
			2. Решить вопрос о переводе в отдельную палату	Однократно	
			3. Предупредить о необходимости перемещаться ночью		

Протокол (оборотная сторона листа)

Дата	Оценка (текущая и итоговая) и комментарии	Подпись
20–21.10.2000	1. В 22 ч придала положение Симса на правом боку	И. Гришина
	2. Укрыла Валентина Александровича двумя одеялами	И. Гришина
	3. Не будила, но помогла переместиться в 24 ч	И. Гришина
	4. Не будила, но помогла переместиться в 2 ч	И. Гришина
	5. Не будила, но помогла переместиться в 4 ч	И. Гришина

	6. Не будила, но помогла переместиться в 6 ч	И. Гришина
	7. Не будила, но помогла переместиться в 8 ч	И. Гришина
21–22.10.2000	1. Валентин Александрович переведен в отдельную палату	Н. Петрова
	2. В 22 ч придала положение Симса на правом боку	Н. Петрова
	3. Укрыла Валентина Александровича двумя одеялами	Н. Петрова
	4. Не будила, но помогла переместиться в 24 ч	Н. Петрова
	5. Не будила, но помогла переместиться в 2 ч	Н. Петрова
	6. Не будила, но помогла переместиться в 4 ч	Н. Петрова
	7. Не будила, но помогла переместиться в 6 ч	Н. Петрова
	8. Не будила, но помогла переместиться в 8 ч	Н. Петрова
22–23.10.2000	1. В 22 ч придала положение Симса на правом боку	Л. Михалева
	2. Укрыла Валентина Александровича двумя одеялами	Л. Михалева
	3. Не будила, но помогла переместиться в 24 ч	Л. Михалева
	4. Не будила, но помогла переместиться в 2 ч	Л. Михалева
	5. Не будила, но помогла переместиться в 4 ч	Л. Михалева
	6. Не будила, но помогла переместиться в 6 ч	Л. Михалева
	7. Не будила, но помогла переместиться в 8 ч	Л. Михалева

6. Способность одеться, раздеться, выбрать одежду и осуществлять личную гигиену

Дата	Проблема пациента	Цели/ожидаемый результат	Сестринские вмешательства	Периодичность оценки	Дата достижения цели
20.10.2000	1. В.А. не может самостоятельно мыть руки, умываться, бриться, причёсываться, мыть тело и голову	1. Умывается, бреется, причёсывается самостоятельно левой рукой и с помощью жены или медсестры	1. Помогать и обучать В.А. умываться, бриться и причёсываться левой рукой	Ежедневно 2 раза в день	10.11.2000

		2. Моет руки, тело и голову с помощью медсестры	2. Мыть руки перед едой	5 раз в день	
			3. Обтирать В.А.	1 раз в день	
			4. Обучить жену помощи при бритье и умывании	1 раз в день	10.11.2000
			5. Мыть голову	1 раз в неделю	
	2. Риск образования опрелостей в области промежности и/или инфекции мочевого пузыря	Опрелостей и/или инфекции мочевыводящих путей не будет	1. Ухаживать за промежностью 2 раза в день (утром и вечером) и после подачи судна	3 раза в день	10.11.2000
			2. Наблюдать за цветом мочи	После каждого мочеиспускания	
	3. Риск появления трещин на голених и стопах	Трещин не будет	1. Осуществлять гигиену кожи ног	1 раз в день	10.11.2000
			2. Стричь ногти на ногах	1 раз в неделю	
	4. Риск инфицирования слизистой оболочки полости рта	Инфицирования не будет	1. Осуществлять уход за зубными протезами вечером после их снятия	1 раз в день	10.11.2000
			2. Убедить В.А. есть всё необходимое для ухода за зубными протезами	Однократно	

			3. Убедить-ся, что жена В.А. умеет ухаживать за зубными протезами	5 раз в день	26.10.2000
			4. Предлагать поло-скать рот после каж-дого приема пищи	2 раза в день	
	5. В.А. не мо-жет самостоя-тельно сме-нить рубашку и надеть носки	Сможет само-стоятельно снять рубашку и с помощью жены или медсестры на-деть рубашку и носки	1. Помощь при смене рубашки и носков	2 раза в день	
			2. Обучить В.А. смене рубашки с помощью левой руки	Одно-кратно	10.11.2000
			3. Обучить жену смене рубашки	Ежеднев-но	
	6. Риск обра-зования про-лежней	Пролежней не-будет	1. Профи-лактика пролежней по рекомен-дуемому плану	Ежеднев-но утром	В течение всего пе-риода, пока со-храняется риск
			2. Обмывать следующие участки кожи: крес-тец, правую пятку, ло-коть, лопат-ки, лодыж-ки на пра-вой ноге, область та-зобедрен-ного сустава справа		

Протокол (оборотная сторона листа)

Дата	Оценка (текущая и итоговая) и комментарии	Подпись
20.10.2000	1. Попросила жену В.А. принести электробритву	И. Гришина
	2. Вымыла промежность в 21 ч 30 мин	И. Гришина
	3. Вымыла ноги и намазала кремом для ног в 21 ч 45 мин	И. Гришина
	4. Помогала и обучала В.А. умываться, бриться и причёсываться левой рукой. Обучение прошло успешно	И. Гришина
	5. Провела профилактику пролежней по рекомендуемому плану	И. Гришина
	6. Провела общее обтирание тела	И. Гришина
	7. Мыла руки В.А. перед едой	И. Гришина
21.10.2000	1. Помогала и обучала В.А. умываться, бриться и причёсываться левой рукой. Делает это пока недостаточно хорошо	Н. Петрова
	2. В 8 ч провела обтирание В.А.	Н. Петрова
	3. Вымыла промежность в 8 ч	Н. Петрова
	4. Помогала сменить рубашку и носки в 8 ч 15 мин	Н. Петрова
	5. Обучала жену помогать при бритье	Н. Петрова
	6. Вымыла ноги и намазала кремом для ног	Н. Петрова
	7. Провела профилактику пролежней по рекомендуемому плану	Н. Петрова
	8. Вымыла промежность после подачи судна	Н. Петрова
	9. Осуществила уход за зубными протезами в 21 ч	Н. Петрова
	10. У В.А. есть всё необходимое для ухода за зубными протезами	Н. Петрова
	11. После каждого приема пищи предлагала прополоскать водой полость рта	Н. Петрова
	12. Мыла руки В.А. перед едой	Н. Петрова
	13. Вымыла промежность в 21 ч 30 мин	Н. Петрова
	14. Помогала сменить рубашку и носки в 21 ч 30 мин	Н. Петрова
22.10.2000	1. Помогала и обучала В.А. умываться, бриться и причёсываться левой рукой. В.А. научился делать это самостоятельно	Л. Михалева
	2. В 8 ч провела обтирание кожи В.А.	Л. Михалева
	3. Вымыла промежность в 8 ч	Л. Михалева
	4. Вымыла голову В.А. и провела обтирание тела	Л. Михалева

5. Вымыла ноги и намазала кремом для ног	Л. Михалева
6. Провела профилактику пролежней по рекомендуемому плану	Л. Михалева
7. Вымыла промежность после подачи судна	Л. Михалева
8. Убедилась в том, что жена В.А. умеет ухаживать за зубными протезами	Л. Михалева
9. После каждого приёма пищи предлагала полоскать полость рта водой	Л. Михалева
10. Обучала В.А. самостоятельно снимать и надевать рубашку с помощью левой руки. Сменила носки	Л. Михалева
11. Обучала жену В.А. технике смены рубашки и носков	Л. Михалева
12. Вымыла промежность в 21 ч 30 мин	Л. Михалева
13. Мыла руки В.А. перед едой	Л. Михалева

7. Способность поддерживать нормальную температуру тела

Дата	Проблема пациента	Цели/ожидаемый результат	Сестринские вмешательства	Периодичность оценки	Дата достижения цели
20.10.2000	Риск переохлаждения из-за невозможности самостоятельно укрыться одеялом	Переохлаждения не будет	1. Поддерживать в помещении комфортную температуру воздуха	Ежедневно	30.10.2000
			2. Каждые 2 ч проверять, укрыты ли В.А. одеялом	Ежедневно каждые 2 ч	

Протокол сестринской деятельности (оборотная сторона листа)

Дата	Оценка (текущая и итоговая) и комментарии	Подпись
20–21.10.2000	1. Температура в помещении комфортная — 20 °С	И. Гришина
	2. Проследила за тем, чтобы у В.А. не падало одеяло в 8 ч. Чувствует себя комфортно	И. Гришина
	3. Проследила за тем, чтобы у В.А. не падало одеяло в 10 ч	И. Гришина
	4. Проследила за тем, чтобы у В.А. не падало одеяло в 12 ч	И. Гришина

	5–12. Аналогично заполняется с интервалом 2 ч	И. Гришина
	13. Проследила за тем, чтобы у В.А. не падало одеяло в 6 ч	И. Гришина
21–22.10.2000	1. Температура в помещении комфортная — 20 °С	Н. Петрова
	2. Проследила за тем, чтобы у В.А. не падало одеяло в 8 ч. Чувствует себя комфортно	Н. Петрова
	3. Проследила за тем, чтобы у В.А. не падало одеяло в 10 ч	Н. Петрова
	4. Проследила за тем, чтобы у В.А. не падало одеяло в 12 ч	Н. Петрова
	5–12. Аналогично заполняется с интервалом 2 ч	Н. Петрова
	13. Проследила за тем, чтобы у В.А. не падало одеяло в 6 ч. Чувствует себя комфортно	Н. Петрова
22–23.10.2000	1. Температура в помещении комфортная — 20 °С	Л. Михалева
	2. Проследила за тем, чтобы у В.А. не падало одеяло в 8 ч. Чувствует себя комфортно	Л. Михалева
	3. Проследила за тем, чтобы у В.А. не падало одеяло в 10 ч	Л. Михалева
	4. Проследила за тем, чтобы у В.А. не падало одеяло в 12 ч	Л. Михалева
	5–12. Аналогично заполняется с интервалом 2 ч	Л. Михалева
	13. Проследила за тем, чтобы у В.А. не падало одеяло в 6 ч. Чувствует себя комфортно	Л. Михалева

8. Способность в поддержании безопасности

Дата	Проблема пациента	Цели/ожидаемый результат	Сестринские вмешательства	Периодичность оценки	Дата достижения цели
20.10.2000	1. Риск порезаться бритвой	Травмы не будет	1. Попросить жену В.А. принести электробритву	Однократно	24.10.2000
			2. Брить В.А. безопасной бритвой	Ежедневно 1 раз в день	
			3. Научить жену В.А. брить его безопасной бритвой		

	2. Риск ожога	Ожога не будет	1. Не оставлять рядом с В.А. посуду с горячим содержимым	Ежедневно 5 раз в день	10.11.2000
			2. Пища и питьё должны быть тёплыми (35–40 °С)	Ежедневно 2 раз в день	
	3. Риск дезориентации во времени	Дезориентации во времени не будет	1. Убедить жену рассказывать В.А. происходящих событиях	Ежедневно	30.10.2000
			2. Повесить настенный календарь и поставить часы	Однократно	
	4. Риск падения при перемещении в период реабилитации	Падения не будет	1. Использовать ограждения на кровати	Ежедневно каждые 2 ч	30.10.2000
			2. Помогать при перемещении в кровати, во время вставания со стула и с кровати	Ежедневно 3 раза в день	
			3. В период реабилитации будет ходить с помощью двух человек		

Протокол (оборотная сторона листа)

Дата	Оценка (текущая и итоговая) и комментарии	Подпись
20.10.2000	Попросила жену В.А. принести электробритву, настенный календарь и часы	И. Гришина
21.10.2000	Побрила В.А. безопасной бритвой и одновременно обучала жену	Н. Петрова
22.10.2000	Жена В.А. принесла электробритву. Теперь у В.А. риска порезаться нет. Осмотрела электробритву на предмет безопасности при использовании	Л. Михалева

9. Труд и отдых

Дата	Проблема пациента	Цели/ожидаемый результат	Сестринские вмешательства	Периодичность оценки	Дата достижения цели
20.10.2000	Риск развития осложнений из-за неадекватной физической нагрузки после выписки	Отсутствие осложнений	Провести консультацию В.А. и его жены по поводу соотношения физической нагрузки и отдыха	Однократно перед выпиской	9.11.2000

Протокол (оборотная сторона листа)

Дата	Оценка (текущая и итоговая) и комментарии	Подпись
1.11.2000	Проведена консультация В.А. и его жены по поводу соотношения физической нагрузки и отдыха после выздоровления	И. Гришина
2.11.2000	В.А. консультирован психологом по поводу адаптации к изменившимся условиям отдыха	Л. Михалева

10. Возможность общения

Дата	Проблема пациента	Цели/ожидаемый результат	Сестринские вмешательства	Периодичность оценки	Дата достижения цели
20.10.2000	1. Затруднено вербальное общение в связи с моторной афазией	Персонал, родственники и пациент понимают друг друга	1. Прикрепить около кровати В.А. плакат с картинками (пища, питье, телефон, бумага, ручка, судно, мочеиспускательный прибор)	Однократно	21.10.2000
			2. Обеспечить В.А. бумагой и ручкой	Ежедневно 1 раз в день	
			3. Обсудить с В.А. способы невербального общения, обозначающие «да», «нет», и другие ситуации	Однократно	

			4. Задавать закрытые вопросы (требующие ответ «да» или «нет»)	Ежедневно	
	2. В.А. при необходимости не может достать очки	Очки лежат в доступном для В.А. месте	Обеспечить постоянное, удобное и доступное место для очков	Ежедневно 1 раз в день	21.11.2000

Протокол (оборотная сторона листа)

Дата	Оценка (текущая и итоговая) и комментарии	Подпись
21.10.2000	1. Обучила жену способам общения с В.А. в связи с его моторной афазией	И. Гришина
	2. В.А. может достать из тумбочки ручку и бумагу	И. Гришина
	3. Обсудила с В.А. способы невербального общения, обозначающие «да», «нет», «пить», «судно» и т.д.	И. Гришина
	4. Прикрепила плакат около кровати В.А. с картинками (пища, питье, телефон, бумага, ручка, судно, мочеприемник и т.д.)	И. Гришина
	5. Вопросы задаю закрытые, чтобы В.А. мог ответить невербально «да» или «нет». В.А. понимает вопросы и отвечает на них кивком головы адекватно	И. Гришина
	6. Очки находятся на тумбочке в доступном для В.А. месте	И. Гришина
21.10.2000	1. На тумбочку положила ручку и бумагу	Н. Петрова
	2. Вопросы задаю закрытые, чтобы В.А. мог ответить невербально «да» или «нет». В.А. понимает вопросы и отвечает на них кивком головы адекватно	Н. Петрова
	3. Очки находятся на тумбочке в доступном для В.А. месте	Н. Петрова
	4. Обсудили с В.А. прогноз его заболевания; слушал заинтересованно	Н. Петрова

ЛИТЕРАТУРА

1. Качество жизни. Сущность. Оценка//Монография/Под ред. Л.А. Кузьмичёва, М.В. Фёдорова.— М., 2000.
2. *Бойцов Б.В., Кронеv Ю.В., Кузнецов М.А.* Системная целостность качества жизни//Стандарты и качество.— 1990.— № 5.
3. Quality of life assessment in clinical trials I *Sd. MJ. Staguet* — Oxford University Press: Oxford, New York, Tokio, 1988.
4. World Health Organization Cancer pain relief. — Geneva: WHO, 1986, p. 5–26.
5. *Ушаков И.Б., Турзин П.С.* ГНИИ военной медицины Морф. — М.
6. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. — М.: Олма-Пресс.
7. *Фёдорова Л, Михайлова Н., Комаров Ю.* ИСО 9000:2000 — золотой стандарт качества медицинской помощи//Медицинская газета. — 2001.— № 91 (6219).
8. Качество медицинской помощи. Глоссарий Россия — США. Российско-американская межправительственная комиссия по экономическому и технологическому сотрудничеству. Комитет по здравоохранению. — 1999.
9. Постановление Правительства РФ от 22.08.98 г. № 1002.
10. Приказ Министерства России и Федерального Фонда медицинского страхования от 19.01.98 г. № 12/2 «Об организации работ по стандартизации в здравоохранении».
11. ИСО 9004:2000. Системы менеджмента качества. Руководящие указания по улучшению деятельности. Проект. 3-я редакция. Приоритеты реформы//Медицинский вестник.— 2000.— № 15.
12. *Михайлова Н.В., Гилязетдинов Д.Ф.* Обеспечение качества медицинского обследования//Стандарты и качество.— 1999.— № 3.
13. *Мартынова Н.М.* Органическая система как новая парадигма здравоохранения.— М.: Инфэрсэн, 1999.
14. Обеспечение качества медицинской помощи. Руководство//Под ред. проф. Ю.М. Комарова.— М.: Издательско-полиграфический центр ФГУП ВНИИ ЖГ РЕИНФОР, 2004.
15. М. С. ИСО 9001:2000 (ГОСТ Р ИСО 9000:2000). Система менеджмента качества. Требования.
16. М. С. ИСО 9001:2000 (ГОСТ Р ИСО 9000:2000). Система менеджмента качества. Рекомендации по улучшению деятельности.

17. Соглашение международного семинара IWA 1:2001 «Система менеджмента качества. Рекомендации по улучшению процессов в организации здравоохранения», (регистрационный номер IWA 162001 (R).
18. М. С. ИСО 13485 Медицинское оборудование. Системы менеджмента качества. Нормативные требования. Вторая редакция 2003-07-15.
19. *Фишман Б.Б.* Научное обоснование комплексной программы профилактики инфекционных заболеваний на региональном уровне//Материалы конференции «Практические аспекты укрепления здоровья и профилактики заболеваний». 18–20 апреля 2000 года.— М., 2000.
20. *Тарновская И.И.* Объект стандартизации-технологии выполнения услуг сестринским персоналом//Проблемы стандартизации в здравоохранении.— № 1.— 1999.
21. *Галумко А.М.* Определение понятия «Здоровье» и проблема профилактики: Сб. статей и рефератов: Здоровье человека, общества и природы.— М.: ТОО «Поматур», 1999.
22. *Грилюк Л.П.* Общение с собой: начала психологии активности.— М.: Политиздат, 1991.
23. *Конечный Р., Боухал М.* Психология в медицине.— 2-е изд.— Прага: Авиценум, 1983.
24. *Коломийцев П.В.* Система ценностей человека и общества: Сб. статей и рефератов: Здоровье человека, общества и природы.— М: ТОО «Поматур», 1999.
25. *Михайлова Н.В.* Стандарт SA 8000. Инновационная ответственность. Некоторые комментарии к стандарту//Стандарты и качество.— 1999.— № 5.
26. *Михайлова Н.В., Фёдорова Л.* Основной фактор улучшения качества жизни//Стандарты и качество.— 2004.— № 10.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Глава 1. Сущность сестринского дела	5
1.1. Сестринское дело как профессия	6
1.2. Новое содержание сестринского дела	8
1.3. Что такое здоровье?	21
1.4. Сестринская деонтология	26
Глава 2. История сестринского дела	28
Глава 3. Потребности человека	46
3.1. Уровни потребностей человека по А. Маслоу	47
Глава 4. Общение	61
4.1. Общение в сестринском деле	62
4.2. Техника общения	63
4.3. Способы коммуникации	64
4.4. Уверенная манера общения	73
4.5. Общение — неотъемлемый компонент сестринского дела	74
Глава 5. Обучение в сестринском деле	75
5.1. Обучение — одна из функций сестринского дела	76
5.2. Сферы обучения	77
5.3. Условия эффективности обучения	77
5.4. Процесс обучения	79
Глава 6. Модели сестринского ухода	84
6.1. Основные положения моделей	85
6.2. Врачебная (медицинская) модель	89
6.3. Модель В. Хендерсон	91
6.4. Модель Н. Роупер, В. Логан и А. Тайэрни	95
6.5. Модель Д. Джонсон	99
6.6. Адаптационная модель сестринского дела К. Рой	103
6.7. Модель Д. Орем	108
6.8. Модели сестринского дела: одна или несколько?	113
Глава 7. Сестринский процесс	116
7.1. Общие положения	118
7.2. Оценка состояния (обследование) пациента	120

7.3. Интерпретация полученных данных	133
7.4. Планирование ухода	137
7.5. Выполнение (реализация) плана сестринского ухода	142
7.6. Оценка эффективности ухода	144
Глава 8. Возможности применения адаптированной авторами модели ухода В. Хендерсон	149
8.1. Потребность в нормальном дыхании	152
8.2. Потребность в адекватном питании и питье	161
8.3. Потребность в физиологических отправлениях	165
8.4. Потребность в движении	170
8.5. Потребность в сне и отдыхе	191
8.6. Потребность в одежде и личной гигиене	196
8.7. Потребность в поддержании нормальной температуры тела	202
8.8. Потребность в поддержании безопасной окружающей среды	207
8.9. Потребность в общении	215
8.10. Потребность в труде и отдыхе	226
Глава 9. Стресс и адаптация	236
9.1. Сущность стресса	237
9.2. Реакции на стрессоры	241
9.3. Сестринская помощь при адаптации к стрессу	247
Глава 10. Питание и физические упражнения	258
10.1. Питание	260
10.2. Физические упражнения	271
Глава 11. Боль и сестринский процесс	274
11.1. Ощущение боли	275
11.2. Физическая сторона боли	276
11.3. Реакция на боль	278
11.4. Виды боли	279
11.5. Сестринский процесс при боли	280
Глава 12. Качество медицинской помощи — одна из составляющих качества жизни	292
12.1. Понятие качества жизни (основные аспекты)	294
12.2. Качество медицинской помощи (основные аспекты и методология его обеспечения)	300
12.3. Система качества ЛПУ (основные положения)	304
12.4. Школы пациента — путь к качеству медицинской помощи	319
Приложения	333
Список литературы	363



**Книги издательской группы «ГЭОТАР-Медиа»
для медицинских училищ и колледжей**

№	Наименование	Цена, руб.*	Цена с учетом доставки, (пред- оплата)*, руб.	Цена с учетом доставки, (наложен. платеж)*, руб.
1	Анатомия и физиология. Смольяникова Н.В., Фалина Е.Ф., Сагун В.А., 2008 г., 576 с., переплет	518	580	638
2	Анатомия человека. Сапин М.Р., Билич Г.Л., 2008 г., 560 с., переплет	633	692	760
3	Клиническая лабораторная диагностика. Учебное пособие для медицинских сестер. Кишкун А.А., 2008 г., 720 с., переплет	437	502	552
4	Лечебная физическая культура и массаж. 2-е издание. Епифанов В.А., 2008 г., 528 с., обложка	449	513	564
5	Медицинская генетика / Под ред. Н.П. Бочкова, 2008 г., 224 с., переплет	288	324	356
6	Методика преподавания специальных дисциплин в медицинских училищах и колледжах. Мещерякова М.А., 2006 г., 176 с., обложка	230	268	294
7	Основы права + CD. Учебно-методическое пособие для средних медицинских работников. Козлова Т.В., 2008 г., 192 с., обложка	265	303	329
8	Основы сестринского дела. Островская И.В., Широкова Н.В., 2008 г., 320 с., обложка	345	380	417
9	Основы философии. Хрусталёв Ю.М., 2008 г., 304 с., переплет	288	324	356
10	Правовое обеспечение профессиональной деятельности + CD. Учебно-методическое пособие для средних медицинских работников. Козлова Т.В., 2008 г., 192 с., обложка	265	303	329
11	Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела». 2-е изд., испр. и доп. Учебник для медицинских училищ и колледжей. Мухина С.А., Тарновская И.И., 2008 г., 512 с., переплет	575	636	699
12	Психология. Островская И.В., 2008 г., 400 с., переплет	403	436	479
13	Руководство для средних медицинских работников + CD. Никитин Ю.П., Чернышев В.М., 2007 г., 992 с., переплет	629	722	791
14	Руководство по акушерству и гинекологии для фельдшеров и акушеров / Под ред. В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского, 2007 г., 688 с., переплет	569	630	693

* Цена указана по состоянию на 20.10.2008 г. В дальнейшем возможно изменение цен с учётом инфляции.



№	Наименование	Цена, руб.*	Цена с учетом доставки, (пред- оплата)*, руб.	Цена с учетом доставки, (наложен. платеж)*, руб.
15	Сестринское дело в неврологии / Под ред. С.В. Котова, 2008 г., 248 с., обложка	288	324	356
16	Скорая медицинская помощь. Руководство для фельдшеров. Верткин А.Л., 2007 г., 400 с., обложка	506	536	589
17	Современная организация сестринского дела + СД. Тарасова Ю.А., Костюкова Э.О. и др. 2008 г., 576 с., переплет	461	526	574
18	Эпидемиология и инфекционные болезни. Покровский В.И. и др. 2003 г., 256 с., переплет	220	290	319

Для приобретения книг необходимо:

— заполнить бланк заказа разборчивым почерком и отправить его:

- по факсу: (495) 228-09-74, (499) 246-39-47 или
- по электронной почте: bookpost@geotar.ru.
- по почте: 119021, г. Москва, ул. Россолимо, д. 4 ТД «Медкнигасервис»

Заказ можно сделать также по телефонам: (495) 228-09-74, 921-39-07 или в интернет-магазине: www.medkniigaservis.ru.

Полный ассортимент книг ИГ «ГЭОТАР-Медиа» и Издательства «Литтерра» на сайте: www.medkniigaservis.ru

БЛАНК ЗАКАЗА

Плательщик: юридическое лицо физическое лицо

Выберите способ оплаты: наложенный платёж предоплата наличными (по Москве)

Ф.И.О./полное название организации: _____

Ф.И.О. и должность руководителя для оформления договора (заполняется юридическими лицами): _____

ИНН/КПП (заполняется юридическими лицами): _____

Почтовый адрес для доставки с индексом: _____

Телефон с кодом города: _____ факс: _____

Адрес электронной почты (e-mail): _____

Заказ: _____

Handwritten signature or name in cursive script.