

УДК 614.253.52:37

## Модель постановки сестринского диагноза

Канушина М.А.<sup>1</sup>, Маншарипова А.Т.<sup>2</sup>, Сыздыкова А.Б.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>«АС institute of international education»

<sup>2</sup>НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»

(отдел научной работы, отдел магистратуры)

*В статье представлена модель постановки сестринского диагноза, который является частью сестринского процесса с характеристикой симптомов для медицинских сестёр в медицинских организациях.*

*Ключевые слова:* жалобы, сестринский диагноз.

В нашей работе мы предлагаем одну из моделей постановки сестринского диагноза при обучении и подготовке медицинских кадров среднего звена.

Субъективное обследование.

Данные должны излагаться кратко, но вместе с тем содержать достаточно полную информацию [1].

При описании жалоб необходимо указывать полную характеристику симптомов, например, при боли - ее локализацию, характер, интенсивность, после чего она возникает; при рвоте - после чего возникает, характер рвотных масс и т.п.

При описании истории настоящего заболевания необходимо указать, как оно началось, с чем пациент связывает его начало, каким образом обследовался и лечился, кратко - о результатах обследования и лечения, каким образом попал в стационар (обратился самостоятельно, был направлен врачом поликлиники, был доставлен «скорой помощью»).

При описании истории жизни кратко указываются факты, возможно оказывающие влияние на здоровье: перенесенные заболевания, вредные привычки, условия жизни. При отсутствии данных возможны формулировки: «перенесенные заболевания отрицает», «перенесенных заболеваний не помнит», «аллергический анамнез не отягощен», «контакты с инфекционными больными отрицает» и т.п. [2]

### Объективное обследование.

При указании данных объективного обследования не принято писать «норма», «в норме»; в случае отсутствия патологии можно указать «без особенностей», «обычный» («лимфатические узлы без особенностей», «кожа обычной окраски»).

### Нарушенные потребности

Нарушение потребностей выявляются при проведении сестринского обследования. Однако нужно помнить, что нарушение потребностей напрямую соответствует проблемам, имеющимся у пациента. Так, наличие боли и связанной с этим бессонницы вызывает нарушение потребности «спать». Наличие ран и повязок влекут за собой проблему, формулируемую как «дефицит самоухода» и, соответственно, нарушенную потребность «быть чистым». У работающих взрослых людей при болезни, как правило, нарушена потребность «работать», а у детей (в зависимости от возраста) - потребность учиться, играть.

В зависимости от проблем (сестринских диагнозов) определяется закономерность: рвота - нарушение потребности «есть и пить», нарушение дефекации и мочеиспускания - нарушение потребности «выделять». [3].

### Проблемы пациента (сестринские диагнозы)

Настоящие проблемы чаще всего формулируются так же, как и жалобы. Например: «боль в области операционной раны», «затруднение дыхания», «слабость». Некоторые проблемы принято формулировать стандартными словарными оборотами: если есть повреждение кожных покровов (раны и т.п.) - проблема формулируется как «нарушение целостности кожных покровов». Если у пациента есть раны, повязки, ограничение (нарушение) движений (это, кстати, тоже отдельная проблема), то все это влечет за собой сестринский диагноз, который принято формулировать как «дефицит самоухода». Не будет большой ошибкой, если подобные формулировки будут заменены близкими по смыслу и при этом соответствовать нормам русской лексики («нарушение целостности кожных покровов» = «рана», «дефицит самоухода» = «затруднения в уходе за собой»). Проблемы не всегда являются жалобами: пациент может неадекватно оценивать свое состояние, не может правильно формулировать свои жалобы из-за недостаточного интеллектуального развития, пребывать в коме, наконец, просто не умеет разговаривать (маленькие дети).

Из всех проблем очень важно вычленив приоритетную проблему. Во-первых, решение ее хронологически должно стоять на первом месте. Во-вторых, при решении приоритетных проблем в некоторых случаях решаются и обусловленные ей проблемы, носящие второстепенный характер (например, нарушение сна при боли: купируется боль - нормализуется сон).

У хирургических и травматологических больных приоритетной проблемой чаще всего является боль (не забываем указывать ее характеристику: боль в животе, операционной ране и т.п.). Но есть и исключения - при кровотечении, дыхательных расстройствах именно данные проблемы будут носить приоритетный характер даже при наличии боли. Кроме этого, у части пациентов приоритетными будут проблемы психологического характера, тогда при болях небольшой интенсивности проблема боли уже не будет приоритетной. Самые частые психологические проблемы - это страх и депрессия. Например, подавляющее большинство пациентов испытывает страх перед предстоящей операцией (или другими медицинскими манипуляциями) - и именно этот страх у многих больных является приоритетной проблемой. Причины депрессии могут быть различными, очень часто это непонимание своего места в жизни при возникших обстоятельствах - утрате конечности, наложении кишечного

свища, невозможности (даже временно!) осуществлять обычные гигиенические процедуры (умываться, чистить зубы и прочее). Нередко это связано со значительной группой проблем, связанных с недостатком знаний («дефицитом знаний») – о своей болезни, о методах лечения, о приемах ухода и т.п.

Потенциальные проблемы – это, как правило, возможные осложнения заболевания. Поэтому медицинской сестре важно иметь представление о сущности врачебного диагноза у конкретного больного и наиболее часто встречающихся осложнениях этого заболевания. Наиболее часто встречающиеся потенциальные проблемы:

- риск возникновения инфекции (при наличии ран);
- риск распространения инфекции (при наличии воспалительного процесса);
- риск вторичного смещения и замедленного сращения (при переломах);
- риск возникновения шока (при травмах);
- риск тяжелой кровопотери и смерти (при кровотечении).

Достаточно редко потенциальные проблемы являются приоритетными (как правило, приоритетные проблемы – это проблемы настоящие). Например, при переломах позвоночника с повреждением спинного мозга, параличом и нарушением функций тазовых органов у пациентов возникает чрезвычайно много проблем, но такие пациенты обычно до конца своих дней остаются глубокими инвалидами, а большинство их проблем не могут быть решены в принципе; остается только направить усилия на решение проблем потенциальных (проводить профилактику осложнений – пролежней, пневмонии и, в первую очередь, мочевой инфекции), которые в данной ситуации и принимают характер приоритетных.

## Определение целей сестринского ухода

Как уже писалось выше, последовательность этапов сестринского процесса предполагает логически опосредованную последовательность действий медицинской сестры. Поэтому и формулировки на каждом этапе этого процесса должны соответствовать друг другу. Поэтому формулирование цели должно соответствовать ранее сформулированной проблеме.

Первоочередной целью является, безусловно, решение приоритетной проблемы.

Вот несколько примеров формулирования цели в соответствии с проблемой

Проблема: боли в операционной ране, цель: боль уменьшится до терпимой в течение 30-40 минут.

Проблема: повышение температуры до 38,5°C, цель: температура снизится до субфебрильных цифр или до нормальной в течение 1-1,5 часов.

По времени достижения цели, как известно, могут быть краткосрочными и долгосрочными. Решение первых необходимо ожидать в течение ближайших часов и минут, решение последних – обычно к моменту выписки (для стационарных больных) или к моменту окончания [курса] лечения.

Цели сестринского ухода у пациентов до операции и после операции, конечно же, значительно отличаются, что связано с различиями в проблемах пациента в предоперационном и послеоперационном периоде.

Обычной приоритетной проблемой предоперационного периода является страх перед предстоящей операцией. Это значит, что цель ухода должна быть

сформулирована следующим образом: «Страх перед предстоящей операцией уменьшится в течение ... (времени)» (время предоперационного периода может быть различным при экстренных, срочных и плановых оперативных вмешательствах).

Следующей целью ухода в предоперационном периоде будет подготовка пациента к операции, причем в данном случае не принято упоминать предстоящую операцию в качестве самостоятельной проблемы. Цель ухода в данном случае может быть сформулирована так: «Пациент будет подготовлен к операции в течении (время будет зависеть от срочности данной операции).

Определенную сложность представляет собой формулирование целей в случае, когда больной может быть подвергнут как консервативному, так и оперативному лечению, например, при заболеваниях, которые относят к категории хирургической инфекции. Известно, в стадии инфильтрата (серозно-инфильтративной) пациентов лечат консервативно, а в стадии абсцедирования – хирургически. Конечно, выбор тактики лечения – это прерогатива лечащего врача, поэтому медицинская сестра должна уточнить, какой вид лечения предполагается применять у данного пациента (студент это согласовывает с преподавателем).

В послеоперационном периоде проблемы и, соответственно, цели, могут быть различным, но, как правило, это:

- боль в операционной ране;
- риск инфицирования (нагноения) операционной раны.

В раннем послеоперационном периоде (в первые дни после операции) приоритетной проблемой будет боль в ране; соответственно, целью ухода будет уменьшение боли [до терпимой]. Позже боли обычно уменьшаются и приоритетной проблемой становится риск инфицирования (нагноения) раны, а целью – то, что рана заживет первичным натяжением к моменту выписки.

## Оценка результатов

Результаты сестринского ухода должны оцениваться в соответствии с поставленными целями и соответствующим образом формулироваться, например:

- цель: «Боль в операционной ране уменьшится до терпимой в течение часа»;

- оценка результата: «Боль в операционной ране уменьшилась до терпимой в течение часа – цель достигнута».

В случае, если цель не была достигнута или была достигнута не полностью, то производится корректировка плана, изменения в плане реализуются и вновь производится оценка результата лечения. Например, при боли в послеоперационной ране сестра по назначению врача ввела пациенту кетарол; боль уменьшилась незначительно (цель уменьшения боли до терпимой не была достигнута); тогда медсестра обратилась к дежурному врачу и по его назначению ввела более сильный анальгетик – промедол; боль у пациента уменьшилась до терпимой и цель была достигнута после корректировки плана и его реализации.

Выводы. В заключении необходимо подчеркнуть, что действия медсестры должны быть четко опосредованными, а последующий этап сестринского процесса вытекать из предыдущего:

- сбор информации → формулирование проблем на основании собранной информации → формулирование целей для решения проблем → планирование мер для

достижения целей → реализация пунктов плана для достижения целей → оценка достижения целей.

### Список литературы.

1. Аканов А.А. Первичная медико-санитарная помощь. Анализ ПМСП Казахстана. Алматы, Институт общественного здравоохранения. - 2014.
2. - Часть 2. – 112 с.
3. Матвейчик Т.В., Тищенко Е.М., Мезина Э.В., Сестринское дело в XXI веке. Минск. БелМАПО 2014.- 334 с.
4. Непрерывное профессиональное развитие медицинских работников. Методические рекомендации. МЗРК «АО Национальный медицинский холдинг». - Астана, 2012. – 11 с.

*Канушина М.А., Маншарипова А.Т., Сыздықова Ә.Б.*  
*«Қазақстан-Ресей медициналық университеті»*  
*Мақалада медициналық ұйымдарда мейірбикелер үшін мейірбикелік диагноз қою мүмкіндігі берілген.*  
*Түйінді сөздер: шағымдар, мейірбике диагнозы.*

*Kanushina M.A., Mansharipova A.T., Syzdykova A.B.*  
*“Kazakh-Russian medical University»*  
*The article presents the possibility of making a nursing diagnosis for nurses in medical organizations.*  
*Key words: complaints, nursing diagnosis.*