

ПРОЦЕСС УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ В ДЕЙСТВИИ. КРИТИЧЕСКИЙ ПОДХОД (ОТДЕЛЬНЫЕ ГЛАВЫ)

Уилкинсон. Д. (2000) 3-е изд. Prentice Hall.

Сбор данных

Сбор данных является важной частью этапа оценки. Медицинские сестры собирают различного рода данные из ряда источников и в разное время во время заболевания больного. Этот раздел поможет выработать умение и навыки сбора данных.

Виды данных

Данные классифицируют как субъективные и объективные. Субъективные данные иногда называют скрытыми данными или симптомами; объективные данные иногда называют открытыми данными или объективными признаками. Оба вида данных необходимы для проведения тщательной оценки. Субъективные данные можно проверять только на основе личного опыта. Такие данные нельзя измерить или наблюдать; их можно получить только из той информации, которую сообщает пациент. К субъективным данным относятся мысли пациента, его убеждения, чувства, ощущения и восприятие себя и своего здоровья (например, боль, головокружение, тошнота, печаль и ощущение счастья).

Медсестра не всегда может получить субъективные данные. Некоторые пациенты, например, новорожденные, люди, находящиеся без сознания или с нарушенной познавательной способностью, могут быть не в состоянии дать о себе субъективные данные или их данные о себе могут быть ненадежными. Хотя обычно медсестра получает субъективные данные от пациента, данные от близких ему людей и других профессиональных медицинских работников могут быть также субъективными, если они основываются на мнениях и ощущениях, а не на фактах.

Пример:

Субъективные данные: Жена пациента заявляет: «Сегодня он не выглядит таким грустным». Объективные данные: медсестра по уходу сообщает, что частота пульса у больного составляет 98.

Объективные данные могут быть установлены кем-либо, а не пациентом. Обычно медсестра получает их, наблюдая или изучая пациента. Ниже приведены некоторые примеры объективных данных:

частота пульса,

диурез

результаты диагностических исследований или рентгеновского обследования

цвет кожи / тургор кожи

положение тела.

Источники данных

Медицинская сестра может собирать данные из различных источников, которые можно разбить на две широкие категории: основные и второстепенные. Медсестра должна пользоваться наиболее надежным источником данных, независимо от того, является ли он пациентом или близким ему человеком, и указывать источник информации в медицинской карте пациента.

Основные источники (первичные)

Пациент является основным источником данных; все другие источники данных являются не основными (вторичными). Основным источником данных может быть субъективным или объективным, т. е. данные можно получить из той информации, что сообщает вам пациент или посредством наблюдения и обследования.

Примеры:

Данные лабораторных анализов (число лейкоцитов — 15000).

Температура: 37,7°

Пациент утверждает, что у него — головная боль

Кожа пациента бледная и влажная.

Второстепенные источники (вторичные)

Вторичные данные получают не от пациента, а из других источников (например, медицинская документация пациента). Они могут быть субъективными и объективными. Близкие люди, например, семья или друзья пациента, могут дополнять или подкреплять данные, полученные от пациента. Они могут представлять ценность, когда пациентом является ребенок, или когда пациенту трудно вести общение. Когда возможно, вам нужно получить согласие пациента, прежде чем собирать данные от близких ему лиц.

Другие лица, участвующие в уходе за пациентом, например, врач, работник социальной службы, специалист в области диетотерапии и другие медработники, могут обеспечивать информацию о пациенте в той области, с которой связана их работа. Совместное использование информации медицинскими работниками различных специализаций особенно важно, когда пациента переводят из одного лечебного учреждения в другое или когда его выписывают из лечебного учреждения для последующего ухода на дому.

Медицинская документация, имеющая отношение к нынешней и предшествующим госпитализациям, может использоваться, чтобы помочь запланировать проведение первоначальной оценки ухода и подтвердить другие данные. Ознакомление с медицинской документацией или картой больного до встречи с пациентом может помочь сформулировать цели собеседования и исключить те вопросы и проблемы, оценка которых уже проводилась ранее. Учтите, однако, что это также может вызвать предвзятое представление о пациенте. Неспособность найти непредубежденный подход к пациенту может привести вас к потере некоторых данных. В независимости от своего выбора, нужно снова проанализировать медицинскую карту пациента в начале процесса сбора данных.

Информация из литературы по уходу за больными и прочих материалов может быть важна в процессе ухода, особенно для студентов и начинающих практикующих специалистов. Например, если вы никогда не вели уход за пациентом с невралгией тройничного нерва, было бы необходимо ознакомиться с этим заболеванием по учебнику, чтобы знать, какие нужно искать признаки и симптомы при оценке состояния пациента. Литература также дает полезную информацию о нормах развития, культурных различиях и отправлении религиозных обрядов, которой следует руководствоваться во время сбора данных.

Первоначальная оценка в сравнении с последующей оценкой

Проведение оценки начинается с первого контакта медицинской сестры с пациентом и продолжается на протяжении всех последующих встреч медицинской сестры с пациентом. Хотя, как первоначальная, так и последующая оценки связаны со сбором данных, они отличаются по назначению и обычно по сфере применения.

Первоначальная оценка

Первоначальная оценка проводится во время первой встречи медицинской сестры с пациентом. За исключением критических ситуаций, проводимая первоначальная оценка является полной, включающей в себя как субъективные и объективные данные, имеющие отношение к состоянию здоровья пациента в настоящее время. Когда оценка состояния пациента проводится при его приеме в лечебное учреждение, она называется оценкой состояния при госпитализации.

База данных по уходу за больным

Конечным продуктом первоначальной полной оценки является база данных по уходу за больным; в сущности, первоначальная оценка также называется оценкой базы данных. Полная база данных включает в себя историю ухода за больным и результаты

объективного обследования больного, а также данные из медицинской документации больного, результаты проводимых консультаций и обзор литературы.

Анамнез ухода за больным получают при проведении собеседования с пациентом. Он включает в себя субъективные данные о влиянии заболевания на ежедневное выполнение функций больным и его способность приспосабливаться к стрессовым нагрузкам. В нем рассматривается весь человек, включая данные о всех основных потребностях больного, а не только биологические данные. Конкретное содержание анамнеза (истории) ухода за больным меняется в зависимости от профиля лечебного учреждения (например, лечебному учреждению для хронических больных потребуются другая информация по сравнению с поликлиникой) и при использовании разных моделей ухода за больными.

В независимости от лечебного учреждения или модели, теория ухода за больными обычно включает в себя следующие общие области: анкетные сведения, состояние здоровья в прошлом (например, предыдущие госпитализации, болезни в детском возрасте), семейный анамнез, психосоциальный анамнез и анамнез окружающих условий (например, число людей, проживающих дома, место работы, воздействие токсичных веществ); обычные привычки и повседневный образ жизни (например, время отправления ко сну), восприятие пациентом состояния здоровья и заболевания (например, имеет ли он представление о потенциальных осложнениях своего заболевания), анамнез настоящего заболевания и информация о состоянии здоровья в настоящее время; анамнез симптомов и их влияние на функции пациента; способность приспосабливаться к стрессовым нагрузкам; физические возможности и поддержка; основные опасения пациента (например, вместо того, чтобы беспокоиться об анестезирующем веществе и осложнениях после хирургической операции, пациента может беспокоить больше всего рубец после операции); состояние духа (например, источник силы или надежды пациента).

Объективное изучение ухода за больным является систематически проводящейся оценкой всех систем организма с использованием навыков наблюдения и изучения. Это относится к идентификации физических возможностей и дефицита функциональных возможностей, а не к идентификации патологии. Проведение объективного изучения дает объективные данные.

Последующая оценка

Последующая оценка включает в себя данные, собранные после того, как база данных уже сформирована, в идеальном случае, во время каждого взаимодействия между медицинской сестрой и больным. Эти данные используются для идентификации новых проблем и оценки состояния тех проблем, которые уже были идентифицированы.

Пример «Оценка существующей проблемы»:

План ухода за пациентом А. включал в себя проблему «Дефицит объема жидкости». Во время личной гигиены при проведении последующей оценки медсестра обратила внимание, что слизистые оболочки ротовой полости пациента были влажными и что у него был хороший тургор кожных покровов (объективные признаки), что означало, что проблема дефицита объема жидкости решалась.

Пример «Идентификация новой проблемы»:

После личной гигиены пациент А. сказал, что у него заболела голова. Ранее он не говорил о том, что страдает головными болями. Медсестра измерила кровяное давление и спросила его о происхождении и времени появления головной боли. У пациента А. оказалось повышенным давление и он отмечал «пелену перед глазами». Медсестра подняла изголовье кровати (ослабив в какой-то степени головную боль) и известила врача о появлении новой проблемы.