УДК 614.253.52:616.831-005-036.11

Г.О. Оразбақова, М.Қ. Түгел
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті
«Мейіргер ісі» кафедрасы

ЖІТІ МИ ҚАН АУРУЫНЫҢ БҰЗЫЛЫСЫМЕН АУЫРҒАН НАУҚАСТАРҒА МЕЙІРБИКЕЛІК КҮТІМДІ ЖОСПАРЛАУДЫҢ НЕГІЗГІ ҚАҒИДАЛАРЫ

Бұл шолу мақаласында қазіргі уақыттағы жіті ми қан айналымының бұзылысымен ауырған науқастарға көрсетілетін күтім, яғни мейірбикелік көмектің негізгі бес процессі қамтылған. Сонымен қатар мейірбикелік күтімнің өзектілігі, ерекшелігі және де науқастың қажеттіліктері талданған. Мейірбикелік диагноздын дәрігерлік диагноздан айырмашылығы көрсетілген.
***Түйінді сөздер**: медбикелер ісі, жіті ми қан бұзылысы, мейірбикелік процесс, медбикелер ісінің дамуы, нейроинсульттік қызмет, дәрігерлік диагноз.*

Кіріспе.
Мейірбикелік процестің анықтамасы классикалық болып саналады, себебі науқасқа немесе сау адамға, егер ол қажетті күштерге, білімге және ерік-жігерге ие болса, оның денсаулығына, сауығуына немесе тыныш өліміне байланысты көптеген әрекеттерді орындауға, оның тәуелсіздігін мүмкіндігінше тез қалпына келтіруне көмектеседі. Мейірбике ісі туралы түсінік АҚШ-та XX ғасырдың 50-жылдарында пайда болды [1]. Соңғы онжылдықтар ішінде оның тұжырымдамасы клиникалық жағдайларда өзінің пайдасын бірнеше рет дәлелдеді [2,3,4]. Қазіргі уақытта мейірбикелік процесс мейірбикелік білімнің өзегі болып табылады және Қазақстанда мейірбике ісінің теориялық ғылыми негізін құрайды [5, 6, 7]. Ол денсаулыққа байланысты адамның жалпы қажеттіліктерін қанағаттандыруға бағытталған науқастарға жүйелік күтімді ұйымдастырудың және жүргізудің ғылыми әдісі ретінде түсіндіріледі [8, 9]. Мейірбикелік процестің негізінде пациент тұлға ретінде, интегралды (біртұтас) көзқарасты қажет етеді. Бұл бірнеше кезеңнен тұратын динамикалық және циклдік процесс болып табылады. АҚШ пен Ресейде, Қазақстанда бес сатылық мейірбикелік процесс ерекшеленсе, ал Еуропада - 4 мейірбикелік процеспен ерекшеленеді, оған ақпарат жинау, науқастың мәселелерін тұжырымдау және мейірбикелік диагнозды қалыптастыру мейірбикелік процестің бірінші кезеңдері біріктірілген [10, 11, 12].

Жіті ми қан ауруы бар науқастарда мейірбикелік күтімнің бес кезеңінің өткізілу ерекшелігі.
1 кезең - мейірбикелік тексеру немесе пациенттің қажеттіліктерін анықтау үшін жағдайды бағалау болып табылады. Қажеттілік - бұл адамның денсаулығы мен әл-ауқаты үшін қажет нәрсенің физиологиялық және психологиялық тапшылығы [13].
Мейірбике ісі тәжірибесінде В.Хендерсон қажеттіліктердің жіктемесі қолданылады, бұл олардың әртүрлілігін ең маңызды 14-ке деңгейге бөледі [14]. Қазақстанда практикалық денсаулық сақтау жағдайларын ескере отырып, Ресейлік зерттеушілер С.А. Мухина және И.И. Тарновская [15] А. Маслоу [16] сәйкес қажеттіліктердің иерархиясы теориясына негізделген 10 іргелі қажеттілік аясында мейірбике ісін көрсетуді ұсынады. Нәтижесінде медбике науқасқа әсер еткен қажеттіліктерін анықтайды. [17].
Негізі мейірбике қарап тексеру барысында, пациентте болып жатқан симптомдарды сұрайды. Инсульт симптомдары екіге бөлінеді: жалпы ми және ошақты симптомдар. Негізгі симптомдарға жүрек айну немесе құсумен көрінетін қатты бас ауруы, ұйқышылдық, кейбірулер үшін кері әсер тән - қатты қозу, есін жоғалту және бұзылу, бас айналу, кеңістікте немесе уақытқа бағдарын жоғалту, жүрек қағысы, тершеңдік және ыстықты сезіну жатады. Инсульттің белгілері әдетте өте тез дамиды. Сценарий, шамамен бірдей, тек олардың пайда болу ретін өзгерте алады. Әдетте, адам өткір, шыдамсыз бас ауруына шағымданады, ол басының ауыруы «бөлініп кететіндей» деп шағымданады. Жүріс өзгеруі мүмкін, ол тұрақсыз болады, адам құлап кетеді немесе аяқ-қол бұлшық еттерінің парезі (ессіздігі) басталады. Инсульт бұлшықет әлсіздігі дененің сол жағында немесе оң жағында көрінетін кезде бір жақты парезбен сипатталады. Осыған байланысты науқастың аузы «бұрмаланып», тіпті бет әлпеті өзгереді. Сөйлеу аз болады - немесе баяулайды, немесе, керісінше, адам өте тез сөйлей бастайды, бірақ ол түсініксіз. Көз алдында тұман, көру қаблеті төмендеуі мүмкін, науқасқа өз ойларын тұжырымдап, сөздерді таңдау қиынға соғады. Осы алынған мәліметтерді талдай бастағанда, мейірбикелік процестің келесі кезеңі басталады. 2 кезең - науқастың нақты және мүмкін проблемаларын анықтау. Бұл кезеңнің тағы бір атауы - науқастың жағдайына қарап мейірбикелік диагноз қою. [18, 19]
Мейірбикелік диагноз - бұл науқастың ауруға және оның жағдайына бар немесе ықтимал реакциясының сипатын сипаттайтын медбикенің клиникалық тұжырымы, бұл реакцияның ықтимал себебін көрсетеді [20 21]. Мейірбикелік диагноз дәрігерлік диагноздан бірқатар өлшемдермен ерекшеленеді.
Мейірбике диагнозының тұжырымдамасы - пациенттің проблемалары алғаш рет Америка Құрама Штаттарында 1950 жылдардың ортасында пайда болды, 1973 жылы ресми түрде қабылданды және заңмен бекітілді. Медбике өзінің диагнозын ойлап таппайды, олардың тізімі арнайы анықтамалық әдебиетте келтірілген, бірақ мейірбике әр диагнозды белгілі бір ауруға қатысты негіздеуі керек. [21, 22].
Дәрігерлік диагноз - бұл физикалық белгілерді, медициналық тарихты және диагностикалық сынақтарды арнайы бағалауға негізделген аурудың анықтамасы. Дәрігерлік диагностиканың міндеті емдеудің мақсаты болып табылады, ал медбике диагностикасының мақсаты пациентпен оның денсаулығын жақсарту үшін науқастың күтімінің жеке жоспарын жасау болып табылады.[23]. Медбике науқасты қарап тексеріп, мейірбикелік диагнозды (пациент проблемаларын) белгілеп, олардың басымдықтарын анықтағаннан кейін, мейірбике өз ісін жоспарлауды жалғастырады [24].
Жіті ми қан айналымының бұзылысы бар науқастарға медициналық көмектің үшінші сатысында медбике науқастарға олардың іс-әрекеттерін ынталандыратын мейірбикелік жоспар жасайды. Біріншіден, ол мейірбикелік араласудың мақсаттары мен тәртібін анықтайды. Мақсаттар қойылған міндеттерге сәйкес және оған қол жеткізудің

нақты мерзімдеріне сәйкес мейірбике ісінің құзыреті шегінде тұжырымдалады. Осыдан кейін мейірбикенің жеке араласуының жазбаша жоспары жасалады, ол мақсатқа жету үшін мейірбикенің арнайы іс-әрекеттерінің егжей-тегжейлі тізімін жасайды. Нәтижесінде мейірбикелік іс-қимыл картасы мейірбикелік практика стандарттарына сәйкес және оны ескере отырып толтырылады. Мысалға алатын болсақ, инсульт кезінде науқасқа қозғалыстың бұзылуына байланысты емдік гимнастика, дәрілік терапия, қажет болған жағдайда операция және физиотерапия тағайындалады.Сонымен қатар науқасқа дұрыс тамақтану үшін диета тағайындалады.Үшінші кезеңнің соңында медбике өзінің әрекетін пациентпен немесе оның туыстарымен келіседі. Содан кейін ол төртінші кезеңге - мейірбикелік іс-әрекеттерді жүзеге асыруға көшеді. Бұл кезеңнің мақсаты - мейірбикенің жоспарланған жоспарға сәйкес іс-әрекеттерін, сондай-ақ олардың құжаттарын орындау. Медбике жоспарланған іс-әрекеттерді дербес немесе әр түрлі деңгейлерді ескере отырып (дәрігерлермен, мейірбикелермен, медбикелермен, пациенттің өзімен және оның туыстарымен) жүзеге асырады, бірақ ол қабылданған шаралардың келісілуі мен сапасы үшін жауапкершілік алады. Мысалға, мейірбике науқасқа емдеудің басында аяқ-қолдарға массажы бар пассивті қозғалыстар қолданылады. Пассивті қозғалыстарға нұсқаушы-әдіскер көмектеседі. Негізгі мақсаты - дененің зардап шеккен бөлігінің бұлшықеттерін босаңсытуға қол жеткізу. Массаж жасау зардап шеккен бұлшықетке негізделуі керек. Пассивтен белсенді қимылдарға көшу тегіс болуы керек. Алдымен белсенді жаттығулар дененің сау бөлігімен сыртқы көмексіз жүзеге асырылады, содан кейін нұсқаушы- әдіскер параличке шалдыққан бұлшықеттерді біртіндеп тартуға көмектеседі. Жаттығулар баяу жүреді, себебі олар өткір ауырсынуды тудырмауы керек. Жаттығулар бірнеше рет қайталануы керек, гимнастика барысында науқас дұрыс және ырғақты тыныс алуы керек. Сонымен қатар, мейірбике дәрігер тағайындаған дәрі-дәрмектерді уақытымен науқасқа беріп отыруы шарт. Әрбір дәрі-дәрмек өз уақытында, белгіленген мөлшерде ғана берілуі тиіс. Сонымен қатар, мейірбике науқасқа тағайындалған диетаны қатаң түрде бақылауы керек.

Науқастың азық-түлігінде, шырындарда, жемістер мен көкөністерде жеткілікті дәрумендер мен минералдар болуы керек. Тамақтану кезінде тамақтың ауа жолдарына енуіне жол бермеу үшін мейірбике науқастың басын көтеру керек. Ол үшін науқасты жартылай отырғызуы шарт. Төсек жағдайындағы науқастарды тамақтандыру үшін науқастардың төсегіне әртүрлі деңгейлерде орнатуға болатын төсек үстелдері қолданылады. Науқастың мойны мен кеудесі алжапқыш немесе майлықпен жабылуы тиіс. Ал өздігінен тамақтана алмайтын немесе жұтудан бас тартатын пациенттерді асқазан түтігі арқылы және тамыр ішіне ішілік қоректік ерітіндімен тамақтандыру керек. Сонымен қатар, зонд арқылы тамақтану кезінде кез-келген тағамды мейірбике сұйық немесе жартылай сұйық түрінде енгізуі тиіс. Осылайша, мейірбикелік іс-әрекеттің төртінші кезеңі шешуші болып табылады және оны іске асыру нәтижесінде науқаста кез-келген деңгейде жойылатын проблемалар бар, оған кәсіби қызмет стандарттарына сәйкес түрлі техникалық әрекеттер мен манипуляцияларды медбикенің білікті түрде жүзеге асыруы арқылы қол жеткізіледі.

Жіті ми қан айналымының бұзылуы бар науқастардағы мейірбикелік процестің соңғы кезеңі бесінші кезең болады - мейірбикелік араласудың тиімділігін анықтау және қажет болған жағдайда оны түзету. Олардың әрекетін медбике үнемі және пациенттің жағдайына, проблеманың сипатына байланысты бағалайды. Мейірбике науқасты үй жағдайындағы емге ауыстыруы барысында, өзі жасаған жоспарымен науқасты жағдайын салыстыруы керек. Яғни, науқастың қимыл-қозғалысы, сөйлеуі, жүріп-тұруы орнына келді ме, симптомдар шабуылы азайды ма, науқас өзін жақсы сезіне ме деген сұрақтар қойды тиіс. Егер жауаптар оң болса, мейірбике жақсы жұмыс жасады, жіті ми қан айналымы бар науқастың өмірге белсенділігін арттырды деген сөз.

Бесінші кезең, менің ойымша, ең қиын, өйткені ол мейірбикеден объективті зерттеулер, цифрлық масштаб, пациенттің мінез-құлқы және қоршаған ортаның ақпаратына негізделген бағалау критерийлерін қолдана отырып, аналитикалық ойлауды қажет етеді.

Мейірбикелік процестің әр кезеңі құжатталуы керек. Бұл мейірбике күтімін көрсетудегі жүйелілік пен дәйектілікті, барлық медбикелердің жұмысын үздіксіз және үйлестіруді қамтамасыз етеді. Жіті ми қан айналымының бұзылысы бар науқастарда мейірбикелік күтімнің сапасын бақылау ішкі және сыртқы тексерулер көмегімен жүзеге асырылды. Менің ойымша, мұндай тексеру міндетті болып табылады, өйткені ол ретроспективті және берілген көмек қабылданған стандарттарға қаншалықты сәйкес келетінін бағалайды.

Егер пациент сол бөлімнің немесе басқа медициналық мекеменің (бөлімнің) оңалту бөлмесіне ауыстырылса, егер пациент үйден шығарылса немесе ол қайтыс болса бұл жағдайдағы бүкіл мейірбикелік процесстерді бағалап жүргізілуі керек. Сондықтан, жіті ми қан айналымының бұзылысы бар пациенттер үшін аурухана кезеңінің негізгі нәтижелерін анықтау үшін көп деңгейлі бағалау жүйесін қолдану керек. Ол аурудың нәтижесін қалдық проблемалардың, яғни физиологиялық, функционалды, танымдық, психоәлеуметтік проблемалардың болуы арқылы бағалауды қамтыды.

Қорытындылай келе, мейірбике ісі - бұл күтімге қатысты қателіктерді үнемі іздеуді және мейірбике ісі жоспарына түзетулерді жүйелі енгізуді қамтамасыз ететін ерекше икемді және динамикалық процесс [26, 8, 27]. Мейірбикелік процестің орталығы - пациент, медициналық персоналмен белсенді жұмыс жасайтын ерекше тұлға. Бұл мейірбике ісінің ғылым ретінде өсуі мен дамуын қамтамасыз етеді және тәуелсіз кәсіп ретінде қалыптасуға мүмкіндік береді [28, 29, 30, 31]

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1 Allen C. Comprehending the nursing process. - San Mateo: Appleton Lange, 1991. – 56 p.
2 Абдулаева Ц.М. Развитие медсестринской профессии и повышение качества сестринских услуг в Республике Дагестан // Материалы 1 Всероссийского съезда средних медицинских работников. – СПб.,1998. - С. 170-172.
3 Рябчикова Т.В., Назарова Н.А. Сестринский процесс. - М.: ГОУ ВУНМЦ, 2000. – 97 с.
4 Цыремпилов Ю.Б., Маланов К.Ж., Козьменко Л. А. Организация подготовки медицинских сестер, в; колледже и внедрение сестринского процесса в практическое здравоохранение г. Улан-Уде // Организация сестринского дела на рубеже веков. - 2000. - С. 121-122.
5 Агарков Н.М., Греков И.Г. Анализ изучения мнения больных о сестринском процессе в многопрофильной больнице // Человек и окружающая среда. - Рязань, 1998. - С. 269-270.
6 Голубева С.В., Колчина Е.И. Медицинская сестра и сестринский процесс. Его практическое применение. – М.: 2000. - С. 18-19.
7 Шукелева А.К. Опыт внедрения сестринского процесса в г. Таганроге// Организация сестринского дела на рубеже веков. – Алматы, 2000. - С. 59-60.
8 Каширцева И.В. Теоретические основы сестринского дела: Методическое пособие. – Омск: 1998. - С. 11-12.
9 Сквирская Г.П. Вопросы организации сестринского дела в учреждениях здравоохранения // Материалы 1 Всероссийского съезда средних медицинских работников. – СПб., 1998. - С. 185-189.
10 Ефремова С.В., Сечкова Г.И., Греков И.Г. и др. Философия сестринского дела. Сестринский процесс. – Курск: 1996. - С. 2-14.
11 Лапотников В.А., Гирфанова Л. С., Самойленко В. В. и др. Сестринский процесс: Учебно-методическое пособие. - СПб.: СПбГМА, 2000. – 189 с.
12 Посупонько Е.С., Тульчинская В.Д., Серегина М.Г. Опыт организации НИРС, внедрения основных этапов сестринского процесса (г. Ростов-на- Дону)// Организация сестринского дела на рубеже веков. - Ростов-на- Дону, 2007. - С. 98-99.
13 Басихина Т.С., Коноплева Е.Л., Кулакова Т.С. и др. Учебно-методическое пособие по основам сестринского дела для студентов. – М.: ВУНМЦ.-М, 2000. - Т.1. - С. 95-104.
14 Басихина Т.С., Коноплева Е.Л., Кулакова Т.С. и др. Учебно-методическое пособие по основам сестринского дела для студентов медицинских училищ и колледжей. - М.: 2003. – 270 с.
15 Мухина С.А., Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела:Учебное пособие, часть 2. - М.:1998. – 11 с.
16 Kozier B., Erb L. Documenting and reporting // Fundamentals of nursing. - 1995. - №288. – P. 45-53.
17 Лапотников В.А., Самойленко В.В., Поляков. И.В. Сестринская оценка проблем больного как методологический компонент повышения качества сестринской помощи// Ж. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2000. - № 5. - С. 32-36.
18 Салагина Т.Л., Тихонова Т.Н., Скрипин И.Б. и др. Применение сестринского процесса в отделении интенсивной терапии в республиканском госпитале ветеранов войн (г. Ижевск)// Организация сестринского дела на рубеже веков: Материалы Всероссийской научно-практической конференции. - Арзамас, 2000. - С. 43-44.
19 Современные направления в развитии сестринского дела в России: Методические рекомендации для учащихся факультетов высшего сестринского образования и медицинских сестер. – Воронеж: 1998. - 28с.
20 Павлов В.В., Двойников С.И., Осипов В.В. Сестринское дело в терапии. Руководство для студентов факультетов высшего сестринского образования мед. вузов, студентов мед. колледжей и училищ. - Самара: Издательство ГП «Перспектива», 2000. – 208 с.
21 Соколова Т.Р. Концепция сестринского диагноза // Ж. Медицинская помощь.- 2000. - №5. - С. 21-28.
22 Бортникова С.М., Зубахина Т.В. Сестринское дело в неврологии и психиатрии с курсом наркологии. - Ростов-на-Дону: 2002. – 75 с.
23 Мухина С.А., Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела: Учебное пособие, часть 2. - М.: 1998. – 11 с.
24 Козлова О.Н., Малинина Н.К., Мамаева А.Н. Сестринский процесс и УПРС в г. Йошкар-Ола// Организация сестринского дела на рубеже веков: Материалы Всероссийской научно-практической конференции. -Арзамас, 2000. - С. 76-77.
25 Верещагин Н.В., Пирадов М.А. Инсульт: состояние проблемы // Неотложные состояния в неврологии: Труды Всероссийского рабочего совещания неврологов России. - М.: «Фаворъ», 2002. - С. 5-12.
26 Глотова И.Г., Кривецкий В.В. О необходимости оценки качества медицинской сестринской помощи // Материалы IV научно-практической конференции НПО «МедСоцЭкономИнформ». - М., 1997. - С. 95-97.
27 Г. М. Перфильева Сестринский процесс: Учебное пособие: перевод с английского. - М.: ГЭОТАРМЕД, 2001. – 367 с,
28 Линденбратен А.Л. Оценка качества и эффективности работы среднего медицинского персонала// Медицинская помощь. – 1995. - №5. - С. 6-8.
29 Мишенев Ю.И., Зимин В.П., Циприс Н.В. Экономические методы повышения качества и эффективности медицинской помощи в многопрофильном стационаре // УБюллетень НИИ СГЭ и УЗ им. Н.А.Семашко. - 1998. - Вып.4. - С. 36-40.
30 Поляков И.В., Лихтмаа Р. Актуальные проблемы и перспективы развития сестринского дела на современном этапе // Бюллетень НИИ СГЭ и УЗ им. Н.А.Семашко. - 2001. - Вып.3. - С. 107-111.
31 Поляков И.В., Лапотников В.А., Павлов В.В. и др. Актуальные проблемы сестринского дела в системе первичной медико-социальной помощи, построенной на принципах общеврачебной (семейной) практики // Семейная медицина. -1998. - №2. - С. 34-36.

Г.О. Оразбақова, М.Қ. Түгел

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПЛАНИРОВАНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ С НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Резюме: Эта обзорная статья охватывает пять основных этапов сестринского процесса при оказании сестринской помощи и ухода за пациентами с острым цереброваскулярным заболеванием. Актуальность, специфика сестринского ухода и потребности пациента были также проанализированы. А также показано различие сестринского диагноза от врачебного диагноза.
Ключевые слова: сестринское дело, острое нарушение мозгового кровообращения, сестринский процесс, развитие сестринского дела, нейроинсультная деятельность, врачебный диагноз.

G.O. Orazbakova, M.K. Tugel

ORGANIZATION OF ASSISTANCE TO PATIENTS WITH ACUTE CEREBROVASCULAR DISEASE IN KAZAKHSTAN

Resume: This review article covers five key processes for helping patients with acute cerebrovascular disease, that is, patient care. The relevance, specificity of nursing care and the needs of the patient were also analyzed. A nursing diagnosis is different from a medical diagnosis.
Keywords: nursing care in, acute cerebrovascular accident, nursing process, development of nursing, neurostroke activity, medical diagnosis.