



Oxford Policy Management

Е.В.Клочкова

# Как формулировать проблемы и ставить цели вмешательства

методический материал

2011

## Оглавление

Предисловие	1
Введение	2
Клиническое мышление – основа деятельности любого специалиста	4
Основные разделы проблемно-ориентированных записей	11
I. База данных	11
II. Список проблем	13
III. Первичный план	14
IV. Текущие записи об изменениях, происходящих с клиентом	16
Использование проблемно-ориентированных записей	18
Литература для дополнительного чтения	19

## Предисловие

Данное методическое пособие создано в рамках Проекта «Техническая помощь Программе поддержки секторальной политики в области социальной защиты – компонент по предоставлению услуг Таджикистану», финансируемого Европейским Союзом, как часть методических материалов для разделов «Введение в эрготерапию и социальную реабилитацию» и «Введение в физическую терапию и социальную реабилитацию». Кроме этого, материалы пособия могут использоваться при обучении любых специалистов, вовлеченных в оказание помощи людям с инвалидностью, и в качестве дополнения к основным методическим материалам раздела «Введение в развитие тренерского мастерства».

В процессе пилотирования внедрения новых социальных услуг эксперты проекта столкнулись с тем, что социальные работники и координаторы по внедрению новых социальных услуг в области физической терапии, эрготерапии и социальной работы испытывают значительные трудности с регистрацией результатов оценки клиентов, а также с формулированием проблем клиента и постановкой целей вмешательства. Эти трудности достаточно легко объяснить тем, что в процессе внедрения новых подходов к социальной работе и таких новых направлений работы, как физическая и эрготерапия, работники учреждений социальной защиты впервые в своей профессиональной жизни столкнулись с необходимостью оценивать потребности клиента, анализировать полученные данные, планировать свою работу, действовать по плану и оценивать результат. Первоначально от персонала подобных учреждений требовалось только выполнять простые действия, связанные с уходом за пожилыми людьми или людьми с инвалидностью. Изменение фокуса помощи клиенту потребовало изменения мышления работников, а это в свою очередь требует развития у них навыков решения проблем и клинического мышления.

Данное пособие призвано помочь работникам учреждений социальной защиты, специалистам по физической терапии и эрготерапии, а также тренерам, занимающимся подготовкой персонала для учреждений социальной защиты населения, научиться вести записи о клиенте, анализировать его потребности и формулировать список проблем и цели вмешательства, а также выбирать методы и инструменты для оценки эффективности работы. Поскольку автор является экспертом по физической терапии, то клинические случаи и примеры инструментов оценки, приведенные в пособии, касаются, прежде всего, физической и эрготерапии.

## Введение

В настоящее время физические терапевты, эрготерапевты и многие другие профессионалы используют так называемую проблемно-ориентированную систему ведения записей. Основные принципы и философия такой системы были предложены Лоуренсом Уидом (Lawrence Weed) в 1969 году<sup>1</sup> для врачебной оценки динамических изменений, происходящих с пациентами. В 70-е годы идеи Уида были использованы во многих госпиталях в Соединенных Штатах Америки, в том числе в психиатрических клиниках, а чуть позднее система была адаптирована для использования различными группами профессионалов: врачами и медицинскими сестрами, физическими и эрготерапевтами, а также социальными работниками.

Почему же Лоуренс Уид решил что-то менять в привычном ведении историй болезни? Во-первых, потому что он увидел, что специалисты, работающие в системе здравоохранения не умеют эффективно осмысливать весь поток информации о клиенте, который они получают в процессе оценки и в результате лабораторных исследований. Во-вторых, он заметил, насколько мало используется информация из привычных историй болезни, и насколько редко специалисты прочитывают все, что написали до них. Кроме этого, в классической истории болезни отсутствовала структура, которая позволяла бы быстро ориентироваться в записях, выделять главное и понять, что в настоящий момент является проблемой, с которой работают специалисты. И, наконец, в истории болезни не отражался процесс принятия решения, то есть процесс, который позволил профессионалу из записанной информации о клиенте прийти к определенному диагнозу, а затем и тактике ведения клиента, оставался «за кадром», то есть никак не регистрировался в истории болезни. Те читатели, для которых неочевидны «находки» Уида, могут вспомнить собственные тщетные попытки понять хоть что-нибудь в своей медицинской карточке или истории болезни. Вспомните, как в огромном количестве последовательных записей, часть из которых содержит массу повторяющейся информации, вы пытались найти важные сведения о своем состоянии.

Теперь посмотрим на проблему с другой стороны. Традиционно работу врача и других работников здравоохранения сравнивали с искусством, когда из множества симптомов нужно волшебным образом сформулировать диагноз, а потом столь же волшебным образом найти единственно правильное решение проблем клиента. Способа научить этому искусству, по сути дела, никогда не было, маститые профессора говорили о необходимости набирать клинический опыт и учиться у постели каждого больного. Такой подход называется эмпиризм, в этом случае эффективность работы специалиста зависит от того, насколько обширен его личный профессиональный опыт и насколько быстро он сможет «перебрать» в памяти все, встреченные им в профессиональной жизни случаи. Любой специалист, встретившись с клиентом, сталкивается с огромным количеством проблем и ему абсолютно необходимо понять, какие из этих проблем важные, какие нужно решать незамедлительно, а какие не имеют отношения к делу. В 2009 году Лоуренс Уид дал интервью своему бывшему студенту, а ныне коллеге Ли Джекобсу<sup>2</sup> в котором вспоминал свои слова 35-летней давности: «Начинающий медик, например интерн, да и опытный врач постоянно сталкиваются с серьезнейшим противоречием. Ты видишь одновременно огромное количество проблем клиента, и, если ты будешь придумывать последовательное решение для каждой из этих проблем, то у тебя никогда не хватит ни энтузиазма, ни времени. Ты должен разработать систему, которая позволит тебе рационально решать проблемы в

---

<sup>1</sup>Weed LL Medical records, medical education and patient care. Press of the CaseWestern ReserveUniversity, 1969.

<sup>2</sup> The Permanente Journal (Spring 2009;13[2]:85-7

зависимости от их важности». Далее отец проблемно-ориентированных записей говорит: «Это [понимание этого<sup>3</sup>] позволило мне разработать формат проблемно-ориентированных записей таким образом, чтобы студенты и специалисты могли работать в структуре, по четко проложенному пути больше похожему на работу исследователя в лаборатории [чем на диагностический поиск врача, исповедующего отношение к медицине, как к искусству]. Проблемно-ориентированные записи не изменяют количества проблем, с которыми сталкивается специалист, но проблемно-ориентированный подход дает структурированный путь, чтобы разобраться с этим множеством проблем». Уид предложил врачам и другим специалистам систему записей, которая помогала бы им анализировать и решать проблемы клиентов, и отражала бы процесс принятия решений.

В общем виде, проблемно-ориентированные записи о клиенте это структурированная запись данных, касающихся его состояния, которые получены в ходе расспроса, профессиональной оценки, анализа проблем, а также записи прогресса и изменений, произошедших с течением времени по каждой проблеме.

В целом проблемно-ориентированные записи нацелены на ведение стандартизированных записей, повышение воспроизводимости и надежности информации о клиенте, кроме этого, возможно использование компьютерных проблемно-ориентированных баз данных.

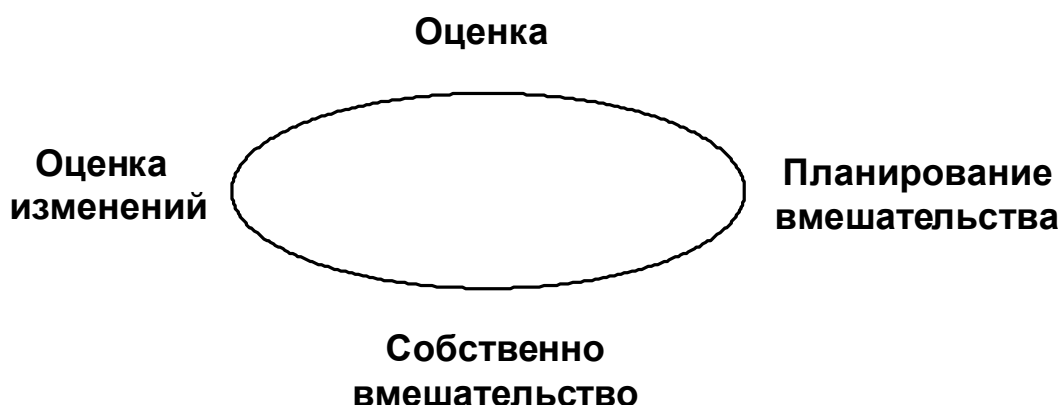
---

<sup>3</sup>Прим. автора

## Клиническое мышление – основа деятельности любого специалиста

Если подробнее присмотреться к тому, что делает специалист, работая с клиентом, то мы увидим, что процесс состоит из следующих шагов (см. Рисунок 1): оценки, планирования вмешательства, собственно вмешательства и оценки эффективности вмешательства.

Рисунок 1. Процесс работы с клиентом.



Ниже мы более подробно разберем основные стадии процесса работы с клиентом. Но сначала остановимся на ключевой способности любого специалиста, без которой невозможна никакая эффективная работа, - способности принимать решения и решать проблемы. В целом навык специалиста, позволяющий ему совершать "мудрые" (разумные) действия, принимать здравые и взвешенные решения в специфическом контексте (Cervero, 1988; Harris, 1993, цит. по HiggsJ., JonesM., 2000<sup>4</sup>) называется клиническим мышлением. Клиническое мышление и способность принимать решения – это критический навык профессионала, который является ключевым для того, чтобы такой человек мог работать независимо (автономно).

Безусловно, для того, что быть способным к клиническому мышлению, специалист должен обладать определенными профессиональными знаниями, но также нужны когнитивные навыки (критика, креативность, способность к анализу, синтезу, способность к рефлексии и т.д.), кроме этого, совершенно необходима способность анализировать контекст, то есть учитывать личностные и средовые факторы, важные для данного клинического случая. Приведем пример.

---

<sup>4</sup>Clinical Reasoning in the Health Professions / edited by Higgs J., Jones M. Butterworth-Heinemann – 2nd ed., 2000, 322 p.

На прием к физическому терапевту обратилась семья маленькой Назиры, 4-х летней девочки с церебральным параличом. У родителей нет никакого четко сформулированного запроса, с их точки зрения девочка больна и нужно за ней получше ухаживать. С первого взгляда на ребенка физический терапевт отмечает, что поза ребенка на коленях родителей свидетельствует о том, что у ребенка спастическая форма церебрального паралича, кроме этого, заметно, что мама держит ребенка таким образом, что девочка полулежит на коленях мамы, ее голова запрокинута назад, спина согнута, она совершенно пассивна. Давайте разберем процессы, которые происходят в голове специалиста в данном случае.

Как только физический терапевт видит ребенка он «узнает в лицо» церебральный паралич. В этом ему помогают экспресс-анализ позы девочки и, возможно, первые слова родителей о том, что с ребенком.

Следующий шаг это формирование первичной гипотезы. В данном случае физический терапевт «складывает вместе» спастический церебральный паралич, отсутствие запроса родителей на абилитацию/реабилитацию ребенка и то, каким образом мама держит ребенка на руках. Первичная гипотеза может выглядеть следующим образом: 4-х летний ребенок с церебральным параличом, родители не знают о потребностях ребенка и не умеют правильно ухаживать за ним.

В этом случае физический терапевт понимает, что очень большое внимание на начальном этапе взаимодействия с семьей, необходимо будет уделить обучению семьи. Даже после нескольких минут общения становятся приблизительно понятны «темы» для такого обучения:

- Что такое церебральный паралич
- Потребности ребенка
- Как правильно держать ребенка на руках

Если бы физический терапевт не проанализировал одновременно важные факторы контекста (особенности семьи ребенка), то первичная гипотеза не включала бы особенностей родителей. В этом случае специалист мог бы начать свою работу с семьей с рекомендаций о тренировке равновесия сидя или подборе специального стульчика. К таким рекомендациям семья просто не готова и, скорее всего, не будет им следовать.

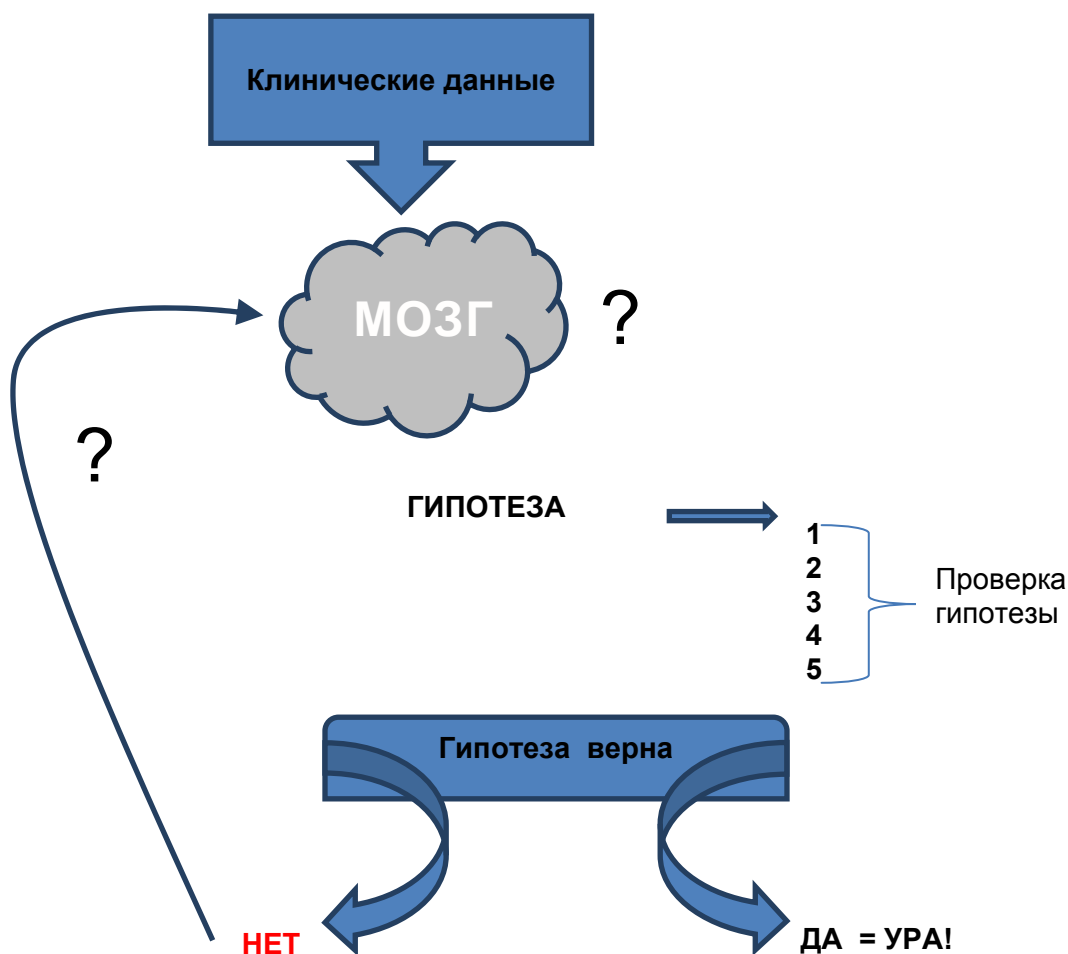
Важным пунктом процесса клинического мышления, который демонстрирует этот случай, является выдвижение первичной гипотезы. Каким образом это происходит? Чаще всего срабатывает, так называемый, паттерн узнавания. В голове у каждого специалиста хранится хорошо структурированная информация об определенных случаях, которые он встречал в своей клинической практике. Например, «человек с болью в спине», «ребенок с синдромом Дауна», «человек, перенесший инсульт». Узнать эти виды нарушений позволяет типичная поза клиента, видимые нарушения или другие яркие симптомы. При первом взгляде на клиента происходит узнавание, и специалист немедленно относит клиента в ту или иную группу. В случае девочки Назиры физический терапевт таким образом «узнал» спастическую форму церебрального паралича. На Рис. 2 показано то, как происходит паттерн узнавания.

Рисунок 2. Паттерн узнавания.



Было выявлено, что размышления эксперта в несложной ситуации, которая не вызывает проблем, похожи на паттерн узнавания или прямое автоматическое восстановление информации из хорошо структурированных базовых знаний. С другой стороны, сталкиваясь с проблемной ситуацией, эксперт начинает учитывать и обдумывать все альтернативные возможности. Выдвигать альтернативные гипотезы и перепроверяя их. Такая модель клинического мышления носит название гипотезо-дедуктивной. Этот подход к мышлению состоит из выдвижения гипотезы, которая основана на клинических данных и знаниях, и проверке этой гипотезы в ходе дальнейшего "расследования". В данном случае работа специалиста напоминает работу Шерлока Холмса при расследовании запутанного дела. Выдвижение гипотезы и ее проверка включает как индуктивное мышление, то есть движение от специфических наблюдений к генерализации, так и дедуктивное мышление, то есть движение от генерализации к выводам, связанным с конкретным случаем. Говорят, что индукция используется для генерализации гипотезы, а дедукция для ее проверки. Процесс рассуждений в данном случае использует принцип "если... то", где "если" относится к предполагаемым или точным посылкам, а "то" к выводам, которые вытекают из этих посылок и соотносятся с ситуацией и доказательствами. Основные этапы гипотезо-дедуктивного клинического мышления отражены на Рис. 3. Для иллюстрации данного вида клинического мышления приведем еще один пример.

Рисунок 3. Гипотезо-дедуктивный процесс клинического мышления





Ферузе 72 года, она живет одна, но каждый день посещает центр дневного пребывания. Пожилая женщина всегда справлялась сама со всеми домашними делами, лишь изредка соседи помогали ей принести тяжелые продукты с базара или выполнить особо тяжелую работу по дому. Однако в последнее время Феруза начала жаловаться, что боится много ходить, так как чувствует, что может упасть. В центре дневного пребывания женщина отказывается выходить на прогулку, говорит, что двор очень неровный и легко можно споткнуться. Также она отмечает, что ей стало трудно убирать дом, она боится вставать на табуретку, чтобы достать вещи с верхних полок, или наклоняться, чтобы подмести под столом.

Очевидно, что в данном случае речь идет о страхе падения у пожилого человека. Это можно считать первичной гипотезой. Однако для того, чтобы разработать план ведения клиента, необходимо разобраться, с чем конкретно связан страх падения. Физический терапевт знает, что падения у пожилых людей могут быть связаны со следующими причинами:

Низкий уровень физической активности, следовательно, снижение силы мышц и выносливости, которое приводит пожилых людей к «порогу» выполнения ежедневной бытовой нагрузки.

Снижение равновесия, обусловленное как процессами естественного старения (возрастные изменения в системах, отвечающих за поддержание равновесия, снижение растяжимости тканей, снижение скорости ответа на внешние раздражители и т.д.), так и сопутствующей патологией (например, ухудшением зрения из-за катаракты или макулярной дистрофии).

Использование медикаментов, которые могут провоцировать снижение артериального давления или ортостатическое падение артериального давления (например, гипотензивные препараты, антидепрессанты), а также употребление алкоголя.

Хронические заболевания (артрит, заболевания сердца, недержание мочи, сахарный диабет с эпизодами гипогликемии и др.).

Психическое состояние (старческое слабоумие или депрессия).

Неадекватной внешней средой (скользкий пол, множество ковриков, пороги, тесные и загроможденные вещами комнаты, низкий уровень освещенности и др.).

Значит, для выявления причины страха падений необходимо определить, какие из перечисленных факторов риска имеют значение в случае Ферузы. Часть информации физический терапевт может получить с помощью направленного опроса (сбор субъективной информации), так можно узнать о препаратах, которые принимает пожилая женщина, ее настроении, переживаниях, заболеваниях. Допустим, что путем опроса были отвергнуты причины падений, связанные с приемом лекарств и заболеваниями.

Наиболее вероятными с точки зрения физического терапевта являются первая и вторая группы факторов риска, так как еще недавно пожилая женщина вполне справлялась в привычной для себя обстановке, и никаких значительных изменений в окружающей среде не происходило.

Для того, чтобы определить уровень физической активности Ферузы, можно использовать модель «Пирог физической активности». Хотя мы и знаем, что модель применима для людей от 18 до 64 лет, но основные виды физической нагрузки остаются актуальными для людей любого возраста, а графическая форма «пирога» хорошо подходит для построения обсуждения с клиентом. Во время обсуждения выяснено, что Феруза имеет неплохой уровень умеренной аэробной физической активности (основном, это несложная работа по дому), совсем не занимается активностями с интенсивной аэробной нагрузкой и совсем не тренирует силу мышц, равновесие и не занимается растяжками. Таким образом, в данном случае мы имеем дело с увеличением риска падений и субъективного страха падения вследствие снижения уровня физической активности и тренированности.

Однако у человека с низким уровнем физической активности могут наблюдаться еще и специфические нарушения равновесия из-за процессов старения или сопутствующих заболеваний, снижающих способность поддерживать равновесие (прежде всего, из-за нарушений зрения). Значит, физическому терапевту необходимо провести специфические тесты, которые помогут оценить равновесие Ферузы. Начать можно с наблюдения за тем, как двигается Феруза, поскольку мы знаем, что признаками риска падения являются<sup>5</sup>:

- прекращение разговоров во время ходьбы;
- придерживание за предметы и стены во время ходьбы;
- промахивание мимо сидения при попытке сесть слишком рано.

В ходе наблюдения было зарегистрировано, что Феруза почти не разговаривает во время ходьбы, особенно при ходьбе на улице, во время переступания через пороги, подъеме по лестнице и проходе сквозь узкие двери придерживается рукой. Из возможного набора тестов можно использовать Тест поворота на 360°, Тест функционального дотягивания, страх падения, который можно оценить по цифровой 10-бальной шкале. При повороте на 360° Феруза сделала 8 шагов (выше нормы), результат теста дотягивания 13 см. (значительно ниже нормы) свидетельствуют о снижении способности поддерживать равновесие стоя. Страх падения Феруза оценила на 7 баллов. У пожилой женщины нет симптомов снижения зрения. По результатам оценки физический терапевт предполагает наличие у Ферузы нарушения равновесия, которое, скорее всего, связано со снижением проприоцепции и, возможно, возрастным снижением скорости ответа на внешние раздражители, нарушающие равновесие тела.

Таким образом, подтвержденная гипотеза в данном случае выглядит следующим образом: «Пожилая женщина со сниженной способностью к поддержанию равновесия, вследствие возрастного снижения проприоцепции и скорости ответа на внешние раздражители (?), и низким уровнем физической активности». Из такой гипотезы вытекает вполне обоснованная тактика ведения случая. Ферузе необходимо повышение уровня физической активности за счет увеличения интенсивной аэробной нагрузки, включения тренировки силы мышц, необходимых для поддержания вертикального положения тела и ходьбы, а также растяжки мышц, склонных к укорочению в пожилом возрасте (прежде всего, задней поверхности нижних конечностей!). Кроме этого, пожилая женщина должна тренировать равновесие с акцентом на тренировку проприоцепции и мультисенсорную тренировку.

Недавние исследования показали<sup>6</sup>, что клиническое мышление это не изолированный навык, который можно развить независимо от профессиональных знаний и других клинических навыков, таких как навыки оценки клиента и исследовательские навыки. Многие авторы указывают на доказанность того, что специфические знания, относящиеся к конкретной проблеме, и хорошо организованные базовые знания играют чрезвычайно важную роль в процессе решения клинических задач (в этом случае происходит осмысление проблемы, основанное на взаимодействии знаний). Такая интеграция знаний, имеющих отношение к проблеме, и навыков рассуждения лежат в основе профессиональной компетентности в области клинического мышления.

В ряде профессий, имеющих отношение к здравоохранению, был выдвинут целый ряд других моделей<sup>7</sup>, которые основывались на интерпретации процесса клинического мышления. Так Benner (1984) подчеркивал важность интерпретации для понимания поведения клиента с теми или иными проблемами и контекста конкретной ситуации, связанной с его текущим состоянием. Sgerea (1991) и Fleming (1991) использовали интерпретацию для структурирования потребностей клиента и для анализа ситуации с точки зрения самого клиента. В этом случае процессы клинического мышления концентрированы на поиске глубокого понимания перспектив клиента и влияния действия факторов контекста на конкретную ситуацию. Для понимания такого подхода приведем еще один пример.

---

<sup>5</sup>Skelton D. Effects of physical activity on postural stability. Age and ageing, 2001. 30-S4: 33-39

<sup>6</sup>Clinical Reasoning in the Health Professions / edited by Higgs J., Jones M. Butterworth-Heinemann – 2nd ed., 2000, 322 p.

<sup>7</sup>Приводится по *Clinical Reasoning in the Health Professions / edited by Higgs J., Jones M. Butterworth-Heinemann – 2nd ed., 2000, 322 p.*

**Анвару 76 лет**, он постоянно проживает в интернате для пожилых и инвалидов. Поскольку он не очень хорошо передвигается и ему нужна помощь для того, чтобы вымыться в бане, его поместили в изолятор, то есть в отделение для людей, которые неспособны себя обслужить. Вместе с Анваром в комнате находятся еще 4 человека, все они имеют более тяжелые нарушения движений, чем он. В комнате у каждого есть кровать и тумбочка, на пятерых есть 3 стула и один прикроватный туалет. Несмотря на то, что Анвар может ходить и даже дойти, например, до столовой, еду ему приносят в комнату, ставят на тумбочку, и он ест, присев на кровать. Особых болезней у Анвара нет, немного болят суставы, есть небольшая катаракта, мучает застарелый гастрит, иногда повышается давление. В интернат он попал после смерти жены, когда некому стало вести хозяйство, а он был уверен, что не справится. Обычно Анвар очень мало двигается, в основном, он лежит в постели, вечером ходит смотреть телевизор, в туалет ходит сам, но старается делать это пореже, чтобы лишний раз не вставать.

В последние 6 месяцев в интернате начал работу координатор по физической терапии, который старается повысить уровень физической активности клиентов, ввести такие полезные начинания, как ежедневная зарядка и программа профилактики падений. Однако, Анвар, как и многие другие проживающие, отказывается участвовать во всех предлагаемых видах активности. Для того, чтобы понять почему это происходит, нужно проанализировать ситуацию с позиции клиента.

Во-первых, несмотря на довольно неплохие двигательные возможности, Анвар находится в изоляторе среди людей с куда более тяжелыми нарушениями. Для пожилого человека это не лучший стимул повысить уровень активности. Сам Анвар говорит об этом примерно так: «У нас тут у всех дорога одна, недолго всем осталось, зачем что-то делать. Оставьте меня в покое».

Во-вторых, вся активность координатора по физической терапии занимает максимум 1 час в день, все остальное время Анвар и его товарищи проводят в обстановке, более всего напоминающей больницу. В этой среде им абсолютно нечем заняться: в комнате не хватает стульев, нет возможности сесть за стол, нет книг или журналов, кровати стоят так, что даже разговаривать между собой пожилые люди могут с трудом.

Поскольку мы знаем, что низкий уровень базовой активности пожилых людей ведет к снижению мотивации к действию, что в свою очередь еще больше снижает активности клиента, налицо замкнутый круг, разорвать который простым введением утренней зарядки не получится.

Даже такие поверхностные рассуждения приводят нас к необходимости значительных изменений всего уклада жизни пожилых людей в интернате. Для этого необходимы усилия и администрации, и координаторов по всем трем направлениям работы (физическая терапия, эрготерапия, социальная работа). Каждый из нас может поставить себя на место Анвара и подумать о том, чего бы ему хотелось в данной ситуации. Прежде всего, необходимо внести изменения в окружающую среду и режим дня, создать условия для активности клиентов, помочь им структурировать режим дня, введя в него важные для них виды самих деятельности.

Поговорив с Анваром наедине, координатор по физической терапии выяснил, что пожилой человек очень бы хотел ухаживать за домашней живностью, но здесь в интернате это, по его мнению, невозможно. Когда Анвар жил дома, у него всегда были куры, он с удовольствием ухаживал за ними и, по его словам, это совсем несложно, и он справился бы с этим даже сейчас. Координатор обсудила эту ситуацию с координатором по эрготерапии и руководством интерната, они выяснили, что для разведения кур никаких особых препятствий нет, однако, директор выразил сомнение в том, что проживающие не потеряют интерес к этому через пару недель и вся затея не провалится.

На этом этапе координаторы решили, что начинать с покупки кур и петуха было бы неразумно, сначала нужно, чтобы в интернате образовалась активная группа пожилых людей, желающих заниматься этим, и все подготовительные мероприятия (обустройство курятника, распределение обязанностей и т.д.) должны быть организованы самими проживающими, при поддержке координаторов. Этой работой занялась координатор по эрготерапии. Параллельно в интернате шли небольшие изменения среды в отделениях: в комнаты, где жили 4-5 человек, внесли столы, нянечки стали пересаживать пожилых людей на стулья, количество которых было увеличено, пожилые люди стали есть за столом. Координатор по физической терапии разработал программу упражнений для

каждого человека, проживающего в изоляторе, она приходила в каждую комнату ежедневно и или сама занималась с кем-то из стариков, или наблюдала за тем, как они сами выполняют упражнения. С течением времени координаторы заметили, что пожилые люди стали чуть более активными и уже не отвечают отказом на любые предложения.

HiggsJ., JonesM. определили клинического мышления, как процесс взаимодействия специалиста, клиента и других заинтересованных сторон (например, членов семьи клиента или других специалистов, вовлеченных в оказание помощи), который помогает структурировать свое мнение и выбрать стратегии улучшения состояния клиента, основываясь на данных оценки, мнении клиента, а также профессиональных знаниях и суждениях<sup>8</sup>. В заключении перечислим основные принципы, лежащие в основе клинического мышления:

**Эффективное ведение клиента должно основываться на плане;**

**Эффективное ведение клиента не использует эмпиризм как первичное руководство к действию;**

**Обучение специалиста навыкам клинического мышления должно продолжаться всю жизнь;**

**Повторная оценка эффективности проводимого вмешательства – постоянный процесс;**

**Клинический опыт растет, если специалист осознает, что не может знать все, и анализирует, чего он не знает;**

**Чем более хроническое состояние у клиента, тем больше требуется времени для эффективного принятия решения и вмешательства.**

---

<sup>8</sup>Цит. по *Clinical Reasoning Strategies in Physical Therapy. Edwards I et al. Physical Therapy. Vol 84, 4, April 2004. 312-330.*

## Основные разделы проблемно-ориентированных записей

Как мы уже говорили, проблемно-ориентированные записи используются для регистрации процесса клинического мышления и принятия клинических решений на всех этапах работы с клиентом. Однако, в большинстве случаев в официальной документации рассуждения специалистов о выдвижении гипотез и их обосновании не отражаются. Этот мыслительный процесс происходит в голове профессионала, и лишь его результаты заносятся в карту клиента.

Существует четыре основных раздела проблемно-ориентированных записей в документации о клиенте:

- База данных
- Список проблем
- Первичный план
- Текущие записи об изменениях, происходящих с клиентом.

### I. База данных

База данных содержит всю информацию, касающуюся настоящего состояния клиента, полученную от самого клиента, членов его семьи и при его обследовании (оценке)<sup>9</sup>. Информация записывается под следующими заголовками:

#### Личные данные

это имя клиента, его адрес, телефон и другая необходимая информация, которая зависит от конкретного случая и места оказания помощи клиенту, например, координаты родственников или телефон школы, детского сада или учреждения, в котором клиент проживает.

#### Субъективные данные

это информация, которую специалист получает во время расспроса клиента или его родственников.

#### Анамнез

это история настоящего состояния клиента, то есть история тех проблем, нарушений или ограничений, по поводу которых клиент обратился за помощью.

#### Медицинский анамнез или анамнез жизни

это важные данные, которые касаются состояния клиента в прошлом, и данные об имеющихся или имевшихся у него проблемах со здоровьем.

#### Социальный анамнез

---

<sup>9</sup> Содержание сведений, фиксируемых в базе данных социальным работником будет отличаться от информации, которую запишет физический терапевт, однако, основные разделы базы данных должны присутствовать в записях любого специалиста, вовлеченного в оказание социальных услуг. Естественно, при оказании помощи проживающему в интернате или клиенту центра дневного пребывания каждый специалист не должен переписывать общие сведения о клиенте, они могут быть зафиксированы в один раз.

это важные сведения о том, как и где живет клиент, его физическом, социальном окружении, профессии, занятиях, хобби и другие сведения, которые могут иметь значение для программы помощи поскольку конкретные условия жизни и окружающая клиента обстановка будут значительно влиять на его активность и участие в жизни общества.

### **Прием лекарств**

это сведения о лекарственных препаратах, которые принимает клиент.

### **Объективные данные**

это запись всех результатов оценки, которую проводил специалист, например, физический терапевт или эрготерапевт, полученных с помощью наблюдения, осмотра, пальпации, оценки амплитуды движений, силы мышц, оценки походки и других видов необходимой функциональной оценки.

Варианты записи данных зависят от тех требований, которые предъявляются на конкретном рабочем месте. Так некоторые отделения и центры имеют специальные формы и бланки для регистрации, а в других специалисты делают записи в произвольной форме.

Как правило, хорошо собранная субъективная информация и ее анализ позволяют специалисту отнести клиента к той или иной категории и сформулировать первичную гипотезу относительно состояния клиента и его функциональных проблем. Во многом именно на этом этапе специалист начинает обдумывать план объективной оценки и определяет методы, которые он выберет для оценки.

Характеризуя оценку, которую проводят физические терапевты и эрготерапевты, необходимо отметить несколько ее принципиальных особенностей. Во-первых, оценка ориентирована на первоначальную гипотезу о конкретных проблемах, которые вызывают ограничения активности клиента, и о том, каким образом можно улучшить его состояние с помощью физической или эрготерапии. Например, ребенок со спинномозговой грыжей не может поддерживать позу сидя, следовательно, не может сидеть независимо. Это та функциональная проблема, с которой мама обратилась к физическому терапевту. Первоначальная гипотеза, которую выдвигает физический терапевт такова: «Ребенок не может поддерживать позу сидя из-за спинальных нарушений и, возможно, из-за того, что не умеет использовать сохранные двигательные возможности». В этом случае оценка, с одной стороны, будет направлена на определение характера нарушений ребенка, то есть оценку мышечного тонуса, силы мышц, контрактур и деформаций. С другой стороны, физический терапевт будет стремиться оценить возможности функционирования ребенка в повседневной жизни и возможности компенсаторного использования сохранных движений, потому что вмешательство будет опираться именно на доступные ребенку движения. Во-вторых, те конкретные методы оценки, которые использует специалист, зависят как от первичных проблем клиента, так и от предполагаемой программы вмешательства. Например, выбранный способ оценки мышечного тонуса будет зависеть от характера проблем клиента и первичной гипотезы о его состоянии. В нашем примере для ребенка со спинномозговой грыжей потребуется подробная посегментарная оценка мышц, так как от результатов этой оценки во многом будет зависеть план вмешательства. С другой стороны, для ребенка с синдромом Дауна достаточно будет описать сниженный тонус как легкую, среднюю или тяжелую гипотонию – подробная оценка не потребуется, так как снижение тонуса носит неизменный характер и незначительно влияет на выбор тактики вмешательства. И, наконец, физический или эрготерапевт выбирает такие методы, которые можно будет использовать при повторной оценке для описания изменений, произошедших в ходе вмешательства. Например, если нам необходимо оценить проблемы, имеющиеся у клиента в повседневных видах деятельности, то целесообразно использовать Канадскую оценку выполнения деятельности (COPM), так как она дает возможность объективно измерить произошедшие с точки зрения клиента изменения в выполнении важных для него активностей. Следует заметить, что в процессе проведения оценки и анализа ее результатов первичная гипотеза, которая была сформулирована в самом начале, может не подтвердиться. В этом случае, специалист формулирует новую гипотезу и вновь по результатам оценки подтверждает ее или признает ошибочной.

В каждой специальности существуют подходы к проведению оценки клиента. Например, оценка физического терапевта должна отвечать следующим требованиям:

В целом база данных должна включать все необходимые сведения для составления списка проблем.

Оценка:

- всегда проводится с учетом физических, психологических и культуральных потребностей индивидуумов и сообщества;
- всегда проводится с активным участием клиента (с учетом его способностей), его родителей и/или ухаживающих;
- направлено на оценку нарушений структуры и функции организма и активности индивида, связанных с его способностью к функциональным движениям и функциональными видами активности, а также на оценку важных с точки зрения способности к движению и функциональным возможностям факторам окружающей среды и личностным факторам;
- включает оценку риска развития и/или прогрессирования вторичных осложнений, связанных с недостатками ухода, низким уровнем активности клиента и неоптимальными положениями тела в течение дня;
- включает оценку факторов риска окружающей среды, физических и социальных факторов риска.

Неполн

ые или неаккуратно собранные данные приведут к формированию неадекватного списка проблем.

## II. Список проблем

Составление списка проблем – это ключевой пункт проблемно-ориентированных записей, так как он непосредственно вытекает из базы данных о клиенте, а все последующие разделы записей напрямую вытекают именно из списка проблем.

В список проблем включается то, на что будет направлено вмешательство специалиста. Этот список может включать не все проблемы, нарушения или ограничения активности, выявленные в ходе оценки. Почему это происходит? Во-первых, если у клиента выявлено очень много нарушений, и нам необходимо сузить объем вмешательства, так как попытки одновременно решить слишком большое количество проблем обычно бывают неэффективными. С другой стороны, часть нарушений, как, например, гипотония у ребенка с синдромом Дауна, могут носить статический характер и бессмысленно включать это нарушение в список, ведь эту проблему все равно не удастся решить в ходе вмешательства. Кроме этого, планируя программу помощи, мы записываем проблемы в список в порядке их важности для клиента и для эффективности всего вмешательства. Искусство специалиста состоит в том, чтобы выбрать и сформулировать такие проблемы, решение которых может значительно улучшить жизнь клиента.

Для формулировки проблемы удобно использовать следующие форматы:

КТО	НЕ МОЖЕТ	ЧТО
-----	----------	-----

У КОГО	СУЩЕСТВУЕТ РИСК	ЧЕГО
--------	-----------------	------

Например,

«Джомшед не может переносить вес на ноги в положении сидя»  
«У Нозы высокий риск падений»  
«Зебо не может самостоятельно дойти до туалета»  
«У Алишера высокий риск развития паралитического вывиха бедра».

Составляя список проблем необходимо решить, какие проблемы необходимо внести в список, в каком порядке их следует указать и насколько подробно их нужно описать. Список проблем должен:

Основываться на базеданных;

Не быть очень длинным (для начинающего специалиста рекомендуется не вносить в список более 2-3 проблем!);

Включать проблемы в порядке их приоритетности;

Формулироваться с учетом вовлеченности клиента и/или его родственников.

Проблемы в списке должны быть пронумерованы. Это необходимо для последующей записей целей вмешательства и регистрации результатов динамического наблюдения. Кроме этого, по ходу проведения терапии список проблем необходимо корректировать, если какие-то проблемы были решены в ходе вмешательства или появились новые проблемы.

### III. Первичный план

Следующий этап – это составление плана вмешательства. В план входят описание способов, которые будет использовать специалист для решения каждой проблемы, вошедшей в список. Такой план должен быть очень конкретным; он включает вид и частоту занятий, виды и способы вмешательства, которые будут использованы, необходимое обучение клиента и/или членов его семьи.

Вспомним клиентку центра дневного пребывания Ферузу со сниженной способностью к поддержанию равновесия, вследствие возрастного снижения проприоцепции и скорости ответа на внешние раздражители (?), и низким уровнем физической активности. План вмешательства для нее может выглядеть следующим образом:

«30-минутные занятия ходьбой с палками (5 ИОН<sup>10</sup>) через день, тренировка силы мышц (сгибатели бедра, большие и средне-ягодичные мышцы и икроножные мышцы) 2 раза в неделю.

+

Групповая тренировка равновесия в положение сидя, стоя и мультисенсорная тренировка равновесия во время ходьбы».

Обязательной частью плана вмешательства является постановка целей. Цели соотносятся со списком проблем таким образом, что каждой проблеме из списка должны соответствовать определенные цели вмешательства, которых стремиться достичь специалист в результате проведения программы помощи клиенту.

При этом каждая цель должна быть:

Специфичной, то есть направленной на решение конкретной проблемы клиента;

---

<sup>10</sup> Индивидуальная оценка нагрузки (ИОН) позволяет самостоятельно дозировать физическую нагрузку от очень легкой (1-2 ИОН) до пиковой (9-10 ИОН). 5 ИОН соответствует такой интенсивности нагрузки, при которой человеку чуть трудно произносить длинные фразы во время тренировки.



Измеримой, то есть для каждой цели вмешательства должны быть подобраны специфический способ измерения, который позволит оценить эффективность вмешательства;

Достижимой и Реалистичной, то есть такую цель можно достигнуть за период времени, на протяжении которого планируется проводить вмешательство;

Ориентированной во Времени, то есть каждая цель ставится на определенный промежуток времени, в течение которого планируется достичь этой цели.

Если мы сложим первые буквы слов «Специфичная», «Измеримая», «Достижимая», «Реалистичная» и «Ориентированная во Времени», то получится известная фамилия «СИДОРОВ». Так легче запомнить характеристики правильно поставленной цели вмешательства.

Для формулировки цели удобно использовать следующий формат:

КТО	БУДЕТ ДЕЛАТЬ	ЧТО	КОГДА
-----	--------------	-----	-------

Например,

«Через 2 недели Нигина будет самостоятельно сидеть на стуле без посторонней помощи и играть в игрушки на уровне своих коленей»

«Через 1 месяц страх падения у Ферузы снизится не менее, чем до 5 баллов по 10-бальной шкале».

Цели, которые ставятся на весь период вмешательства или на достаточно продолжительный отрезок времени, называются долгосрочными, а цели, достигнуть которых планируется за более короткий срок, – краткосрочными. Кроме этого, все цели обсуждаются и формулируются совместно с клиентом или его родственниками.

Формулируя цели, мы должны четко представлять:

КТО?	Кто будет предпринимать усилия для достижения цели?  Например, если была поставлена цель снизить вес клиентки, то соблюдение диеты и увеличение уровня ежедневной физической нагрузки это ответственность самой клиентки. А если физический терапевт ставит целью научить клиента безопасно переходить из положения сидя в положение стоя, то проведение соответствующих занятий является ответственностью физического терапевта
ЧТО?	Чего планируется достичь?  Это всегда должно быть что-то конкретное: какая-то функциональная активность, увеличение выносливости до такого-то уровня, лучшая информированность клиента или его родственников относительно тех или иных вещей. Например, если целью работы эрготерапевта является достижение клиентом независимости в таком навыке, как одевание, то цель будет достигнута, когда клиент будет самостоятельно одеваться всякий раз, когда это ему необходимо.

КАК?	<p>Как планируется измерить достижение цели? и Что будет характеризовать достижение цели?</p> <p>Существует не так много способов, которые позволяют точно что-то измерить. Мы можем измерить расстояние (например, максимальное расстояние которое клиент может самостоятельно пройти), массу (например, вес отягощения, которое используется для тренировки силы), время (например, за какое время клиент проходит расстояние в 100 метров) количество раз (например, сколько приседаний может сделать клиент за единицу времени) и какое-то качественно новое умение или навык, который выявляется при наблюдении за клиентом (например, клиент научился самостоятельно вставать со стула).</p>
КОГДА?	<p>Когда планируется достичь цели?</p> <p>Необходимо планировать к какой дате или через какой промежуток времени должна быть достигнута каждая цель.</p>

#### IV. Текущие записи об изменениях, происходящих с клиентом

Изменения, которые происходят в процессе проведения программы помощи клиенту, записываются после каждого занятия и кроме этого, фиксируется дата достижения каждой цели вмешательства. Каждая такая запись должна соотноситься с конкретной проблемой из списка проблем. Кроме этого, записываются даты возникновения новых проблем и, соответственно, даты постановки новых целей вмешательства. Эффективность вмешательства оценивается с учетом субъективного мнения клиента о тех изменениях, которые произошли в его состоянии за время вмешательства, с помощью данных повторной объективной оценки. Полученные результаты сравниваются с результатами предыдущих оценок. Любые зарегистрированные изменения анализируются, на их основе планируется новый этап вмешательства с новыми целями и новым планом лечения.

Записи, касающиеся изменений, обычно пишутся в формате SOAP. Это название произошло от первых букв английских слов, характеризующих эти записи:

S	subjective	субъективно	что говорит сам клиент, его родственники или члены междисциплинарной команды о проблеме
O	objective	объективно	<p>что объективно изменилось:</p> <p>что видно или может быть объективно измерено;</p> <p>что нашел специалист в ходе повторной оценки;</p> <p>что при объективной оценке отметили или обнаружили другие члены команды</p>
A	analysis	анализ	<p>клинические суждения специалиста, касающиеся</p> <p>причины каждой проблемы или суждение об</p>

			изменениях в состоянии клиента в отношении этой проблемы.
<b>P</b>	plan	план	план дальнейшего ведения клиента, включающий в себя любые изменения первоначального плана лечения, исходя из произошедших изменений.

Последняя запись в формате SOAP по любой проблеме наиболее полно отражает прогресс, произошедший со дня записи этой проблемы в список проблем. Это не зависит от того, когда была произведена эта запись, при формулировании первого списка проблем или проблема была добавлена позже. До тех пор, пока в документации не появится запись об изменении лечения, предполагается, что вмешательство идет по предложенному и записанному ранее плану.

Текущие записи заканчиваются выписным эпикризом, то есть общим обзором состояния клиента от момента начала проведения программы помощи клиенту до окончания программы или этапа программы помощи.

Как мы видим, в целом при таком подходе сбор информации о клиенте, планирование, проведение вмешательства и оценка его эффективности ориентированы на конкретные проблемы клиента. При этом анализируется каждая проблема клиента, намечается и планируется конкретные пути ее разрешения, а также регистрирует любые изменения, происходящие в процессе вмешательства. Такой подход носит название проблемно-ориентированного.

## Использование проблемно-ориентированных записей

В исследовании Стратфилда с коллегами<sup>11</sup> была показана высокая корреляция между регистрацией важной информации в формате проблемно-ориентированных записей и высокой согласованностью программы помощи клиенту. Кроме этого, подобный формат записей делает записи каждого профессионала более понятными другим членам команды, так как они четко соотносятся с базой данных и согласуются с четко сформулированными проблемами.

В настоящее время проблемно-ориентированные записи используются:

### при оценке клинической практики

- в оценке клиента
- в оценке эффективности проведенного вмешательства или действенности данных рекомендаций и советов
- в оценке достигнутых результатов.

### в образовании

- при обучении решению проблем и процессу принятия решения
- для активизации внутрiproфессионального обучения
- для активизация междисциплинарного обучения.

### в управлении

- создания служб эффективных с экономической точки зрения
- для привлечения и ранжирования персонала
- для приобретения оборудования.

### в научных исследованиях

- в ретроспективных исследованиях для изучения, например, тенденций в лечении/ведении больных

### в юридической практике

- для описания юридических требований
- для анализа письменных записей в случаях расследования небрежности или в вопросах достижения согласия.

Кроме этого, именно проблемно-ориентированные записи лежат в основе современных компьютерных баз данных, которые все чаще и чаще используются в медицине, социальной работе и других областях.

---

<sup>11</sup>Starfield B, Steinwachs D, Morris I, Bause G, Siebert S, Westin C (1979). Patient-doctor agreement about problems needing follow-up visit. JAMA 242:344-346.

## Литература для дополнительного чтения

Barnett, D. (1985). Making your plans work. Nursing Times, Jan 9.

Core standards of physiotherapy practice (2000). The Chartered Society of Physiotherapy.

De Weerd, W.J.G. and Harrison, M.A. (1985). Problem list of stroke patients as identified in the problem orientated medical record. The Australian Journal of Physiotherapy, 31,4.

O'Neill, D.L. and Harris, S.R. (1982). Developing goals and objectives for handicapped children. Physical Therapy, 62,3.

Petrie, J. and McIntyre, N. (1979). The Problem Orientated Medical Record. Churchill Livingstone.

Scholey, M.E. (1985). A means of professional development. Physiotherapy, 71,6.

The Consumer Protection Act 1987. Implications for physiotherapists. Physiotherapy, 74,4.

Early Diagnosis and Interventional Therapy in Cerebral palsy. An Interdisciplinary Age-Focused Approach / edited by L. Scherzer A.L., - 2001

Decision making in pediatric physical therapy / edited by Cambell S.K., - 1999.

Белова А.Н., Шепетова О.Н. Шкалы, тесты, опросники в медицинской реабилитации. – М.: Антидорб 2002.