# **НАУЧНЫЕ ТЕОРИИ В СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Virginia Henderson (1897-1996)

В сестринской деятельности используются различные теории и знания. Эти знания сестра использует в информировании пациента, обучая его и руководя им или направляя его.

Научная теория анализирует развитие науки и то, как она связана с практикой. Среди сестер идут постоянные дебаты по трем различным взглядам на развитие сестринской деятельности.

# Эмпирическое (наука – опыт) направление, позитивизм.

Греческий философ Аристотель был первым ученым теоретиком, кто составил правило, путем логических выводов на основании опыта (эмпиризм – опыт, учение о опыте).

 Позитивизм –(положительный (лат.) – направление в философии, исходящее из того, что все подлинные знания совокупный результат специальных наук. Главные черты позитивизма феноменализм (сведение задачи науки лишь к описанию явлений) и элементы субъективного идеализма. Естественные науки представляют позитивистское видение мира, которое утверждает, что «истина» должна быть измерима и конкретна. Это означает, что истину можно разъяснить только через то, что понятно чувствами: что мы видим, слышим, обоняем, короче то, что мы можем регистрировать и где мы можем быть уверенными, что эта истина, без всякого сомнения, и подлога. Истина, напр. то, что 2х2=4 и то, что плечо у человека там, где оно находится. Это неоспоримо, это не может быть иначе.

 Но если рассматривать человека в целом: душу, тело, то восприятие истины недостаточное, т.к. эмоции и чувства невозможно регистрировать, как содержание гемоглобина в крови или месторасположения плеча. Гуманитарные науки отражают герменевтическую точку зрения, которая утверждает, что человек это индивид, способный знать и чувствовать себя и то, что его окружает. Это значит, что истину человек должен знать сам. (герменевтика – разъясняющий, истолковывающий – греч.- учение о понимании, учение о принципах построения, формах и способах научного познания. Методологическая основа гуманитарных наук.)

 В общественных науках истину можно установить, если принять в расчет, что человек – это индивид, живущий и действующий в обществе, созданным человеком. Кто-то из великих сказал: ”ни один человек не является островом”- это значит, что истины в отношении человека невозможно найти. Нельзя человека рассматривать отдельно от общества, т.к. между человеком и средой происходит постоянное взаимодействие. Эту точку зрения называют критической теорией. И как показывает название в ней содержится критический аспект. Критико-теоретическая сестра не удовлетворится только позитивистской точкой зрения. Также она не признает только герменевтический подход. Она понимает, что надо знать факт заболевания, физиологию человека. Также необходимы эмпатия и знание о физиологических реакциях человека, если мы хотим качественно ухаживать за человеком. Необходимо помнить, что среда влияет на человека и человек влияет на среду, что дает возможность к изменениям (изменить среду). Таким образом имеются разные возможности отношения к болезни. Если у вас очень позитивистское отношение к человеку, он представляется вам как машина, которая может сломаться. Ее необходимо отремонтировать. Но нельзя быть уверенным, что такой ремонт действительно поможет. Например; если пациент в больнице с язвой желудка, то его либо оперируют, либо лечат консервативно (диета, лекарства, физиотерапия). Разумеется, он поправится, и его выпишут домой. Но если причиной язвы является большое горе в жизни человека (потеря ребенка или алкоголизм супруга), то он поступит очень скоро снова с теми же симптомами и все ваши прошлые усилия прошли даром. Это не значит, что вы можете или должны стараться разрешить все личные и социальные проблемы пациента, но осознание их часто помогает что-то исправить.

## ВЫВОДЫ

* Естественные науки опираются на измеряемые факты – это позитивистский подход.
* Гуманитарные науки опираются на качественные свойства – это герменевтический подход.
* Общественные науки убеждают, что между человеком и обществом происходит постоянное взаимное влияние, что дает возможность к развитию и изменениям – это критико-теоретический подход.
* Позитивистская сестра – очень хороший помощник врачу.
* Герменевтическая сестра – много помогает пациенту, хотя она малоактивна (она выслушивает и понимает).
* Критико-теоретическая сестра комбинирует оба подхода. Она знает, понимает, разъясняет и действует. Она также пытается изменить неблагоприятные обстоятельства.

**Модель ухода Ропер, Логан, Тирней.**

Здоровье и болезнь человека связана с его стилем жизни (см. схему – линия жизни). Если мы хотим двигаться в направлении индивидуализации ухода, мы должны учитывать стиль жизни человека. Уход предполагает минимальное нарушение стиля жизни человека. В центре модели 12 форм жизнедеятельности. На базе этой модели рассматривается уход, как помощь человеку при проблемах выполнения форм жизнедеятельности. данная модель основывается на модели жизни.

**Модель жизни**  **Модель ухода**

1. 12 форм жизнедеятельности 1. 12 форм жизнедеятельности

2. Линия жизни 2. Линия жизни

3. Факторы, влияющие на формы 3. Факторы, влияющие на формы

 жизнедеятельности

4. Зависимость/независимость 4. Зависимость/независимость

5. Индивидуальность жизни 5. Индивидуальность ухода

### Формы жизнедеятельности

 В этой модели используется название – формы жизнедеятельности, а не потребности. Разница в том, что жизнедеятельность можно описать или измерить.

 Эти формы между собой связаны и каждая по-своему сложна. Например: видна связь еды и питья с выделениями. Нарушение одного ведет к нарушению другого. Проблемы движения ведут к проблемам самогигиены, одевания, работы или игры. Среди них обязательно есть приоритеты. Например: после операции (аппендицит) у пациентов низкий приоритет сексуального выражения, а при выписке домой возникают вопросы о начале сексуальных отношений, об их безопасности для здоровья.

### Линия жизни

 У каждого человека своя продолжительность жизни. Рождение – это событие, когда человек начинает жизнь отдельно от матери и смерть – событие, когда кончается линия жизни человека. На всех возрастных стадиях жизненного пути человека приобретаются физические, эмоциональные и социальные особенности человека, влияющие на его жизнедеятельность. В сестринской деятельности очень важно принимать во внимание возраст человека и стадию его линии жизни.

### Индивидуализация ухода

 Мы должны представлять:

* Как человек претворяет в жизнь 12 форм жизнедеятельности
* Как часто претворяет их
* Где обычно осуществляет их
* Почему он осуществляет их именно таким путем
* Что он вообще знает о формах жизнедеятельности и в какие из них верит
* Как относится к формам жизнедеятельности

То, что мы признаем индивидуальность в жизни человека, является предпосылкой индивидуализации ухода. Индивидуализация ухода претворяется в процессе ухода. Она содержит 4 фазы:

1. Оценка состояния пациента
2. Планирование
3. Претворение плана ухода в жизнь
4. Оценивание результатов

Это просто метод, который используется в модели ухода. Модель является руководством к использованию сестринского процесса. При применении этой модели в практике используется специальная система документирования.

Форма оценивания пациента:

* Сюда относятся биографические данные
* Данные состояния здоровья
* Данные оценивания удовлетворения потребностей (слух, зрение, особенности выделения, питания – гастростома, колостома).

План ухода: - состоит из двух частей:

1. Содержит вмешательство сестры в ту часть жизнедеятельности пациента, которая связана с проблемами (например, при задержке мочи – сестра ставит катетер, запор-клизма).
2. Содержит вмешательство, исходящее из медицинских или каких-либо других предписаний.

В обоих случаях есть место для постановки целей и оценивания.

#### Virginia Henderson (1897-1996)

 Теория В. Хендерсон стремится изложить только действия сестры в роли помощника больного. Она показывает это в своем общепризнанном взгляде (положении) на уход за больными.

 Особой функцией сестры является помощь больному или здоровому человеку во всех его поддерживающих здоровье действиях, восстанавливающих здоровье (дающих возможность спокойной смерти) и действиях которые человек мог бы осуществить сам, если бы у него были необходимый запас сил, желания и знаний. Отсюда выходят 3 основных понятия о том, что:

1. определенные действия являются необходимыми предпосылками для здоровья, лечения или возможности спокойной смерти;
2. люди обычно активны и независимы в своей жизнедеятельности от других людей;
3. целью ухода является восстановление независимости или возможности спокойной смерти, если она неизбежна.

В этом положении не отражается другая важная идея теории В. Хендерсон о потребностях человека. Удовлетворение потребностей пациента является предпосылкой к поддержанию его здоровья или возможности спокойной смерти.

##### Наиболее важные элементы теории

 Хендерсон утверждает, что у каждого человека есть основные потребности: в пище, жилье, одежде, любви, признании, чувстве необходимости кому-то, человеческом общении и взаимной зависимости. Хендерсон отмечает потребности и удовлетворение их истолковываются разными людьми по разному в зависимости от индивидуальности, культурного уровня человека, а также от индивидуальных факторов. Главным в уходе является отношение пациента к своим потребностям и к их удовлетворению, чтобы достичь хорошего уровня здоровья, выздоровления или возможности спокойной смерти. Хендерсон приводит факторы, влияющие на удовлетворение потребностей пациента: социально-культурный уровень, запас физических и душевных сил, мотивация, возраст и т.д.

 По Хендерсон целью ухода является содействие здоровью и лечению. Она подчеркивает важность того, чтобы пациент сам выражал эти мысли. Задача сестры – помочь пациенту достичь здоровья, благополучия или спокойной смерти в его понимании. Хендерсон рассматривает здоровье как что-то большее, чем отсутствие болезни. Сестра отвечает за то, чтобы жизнь пациента изменилась бы к лучшему (здоровый образ жизни, профилактика болезней и т.д.). В жизнь человека должны входить отдых, развлечения, сосуществование с другими людьми и полезный труд. Хендерсон утверждает, что в тех случаях, когда смерть неизбежна, целью ухода является возможность спокойной целью.

 Хендерсон представляет 14 элементов и рассматривает их как часть основного ухода:

1. помочь пациенту нормально дышать
2. помочь в приеме пище
3. помочь в процессе выделений
4. помочь в сознании удобного положения или в его смене (лежа, сидя, стоя и при ходьбе)
5. помочь в удовлетворении потребности сна и отдыха
6. помочь в выборе удобной одежды
7. помочь поддерживать нормальную температуру тела
8. помочь содержать тело в чистоте и защищать кожу и слизистые от повреждений
9. помочь избегать опасностей окружающей среды и причинения вреда другим
10. помочь общаться с другими, чтобы он мог выражать свои запросы и мысли
11. помочь удовлетворять религиозные потребности и действовать так, как он считает правильным для себя
12. помочь обрести для себя полезную деятельность, работу
13. помочь в удовлетворении потребности отдыха и развлечений
14. помочь в овладении знаниями

Сестра должна владеть достаточной инициативой в своей деятельности и обязательно учитывать мнение пациента.

##### Связь элементов

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Физический и душевный запас сил, желания и знания |  | Независимость в решениях и действиях |  | Внимание к основным действиям |  | Здоровье |

**Потребности в уходе можно представить так:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Потеря сил, желания или недостаточные знания |  | Уменьшение возможности действий и принятия самостоятельных решений |  | Уменьшение способности удовлетворения основных потребно-стей |  | Возможное или действитель-ное ухудшение здоровья |

#### СХЕМАТИЧЕСКИ: ЭЛЕМЕНТЫ ТЕОРИИ

#### В. ХЕНДЕРСОН

Основные запросы ---------------- стиль жизни -----------------здоровье

**ОПИСАНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ТЕОРИИ.**

Описание Хендерсон объекта ухода.

###### А. «пациент»

 По Хендерсон человек создает себе такой стиль жизни, чтобы удовлетворять основные потребности. Стиль жизни содействует здоровью человека. Если человек сам своим стилем жизни не способен удовлетворять свои потребности и содействовать здоровью, тогда сестра должна вступить в игру с замещающей деятельностью.

Б. Области сестринских проблем

 Хендерсон считает, что в уходе мы ответственны за все действия пациента, связанные с удовлетворением потребностей. Сестра должна замещать те действия пациента, которые он должен бы делать сам, если бы был способен. Сестра помогает пациенту в тех действиях, которые помогают в удовлетворении потребностей (кормит, чтобы достаточно есть; кислород, чтобы дышать; клизма, чтобы выделять).

С. Общая цель в сестринской деятельности

По Хендерсон, целью в уходе является удовлетворение потребностей пациента, выздоровление и восстановление независимости. Целью ухода за умирающим является возможность спокойной смерти. Целью сестринской деятельности также является содействие сохранению или развитию оздоровительного стиля жизни пациента.

D. Методы ухода.

1. Всегда старайся понять и истолковать физические и эмоциональные потребности пациента, используя эмпатию. Выслушивай внимательно пациента, чтобы понять его запросы и нужды.
2. Сделай отношения с пациентом естественными и последовательными.
3. Планируй свою деятельность в виде письменного плана.
4. Действия сестры, замещающей действия пациента, должны приносить удовлетворение его потребностей.
5. Деятельность сестры должна исходить из состояния пациента, а также из влияющих факторов в данном случае.
6. Распредели уход в течении суток в соответствии с потребностями и привычками пациента.
7. Создай удобную и доброжелательную обстановку.
8. Научи пациента и его родственников действиям, которые помогут в удовлетворении его потребностей.
9. Обеспечь безопасность пациента в уходе и лечении.
10. Выполняй назначения врача в лечении пациента.
11. Данная теория описывает уход таким какой он есть, или таким какой он должен быть?

Хендерсон описывает уход таким, какой он по ее мнению есть или должен бы быть. Это не должно непременно соответствовать тому, как он осуществляется на самом деле.

1. Основной тезис теории.

Сестринская деятельность исходит из основных потребностей человека. Сестра является помощником пациента в удовлетворении им потребностей, когда он сам себе не может помочь.

1. Трактовка основных ценностей автором.

По мнению Хендерсон: человек – это независимый, активный, мыслящий индивид, имеющий свои основные потребности, которые он выражает в своем индивидуальном стиле жизни, опирающийся на социально-культурный фонд.

Обычно человек сам удовлетворяет свои потребности. В случае болезни он не справляется сам и поэтому нуждается в уходе. Родственники привлечены также в помощь по уходу за близким. Хендерсон не рассматривает пациента в связи со средой или обществом. Уход осуществляется в основном в учереждениях, и сестра в какой-то мере является помощницей врача.

**Выводы:**

Теория Вирджинии Хендерсон – одна из первых попыток описать уход как самостоятельную профессию. Даже если ей это не удалось, она предлагает каркас работы с пациентом.

Ее теория сильно повлияла на представление о сестринской деятельности во всем мире. Поздние модели ухода во многом опирались на теорию Вирджинии Хендерсон.

Это относится и к теории самоухода Дороти Орем.

ТЕОРИЯ САМОУХОДА

**ДОРОТИ ОРЕМ – 1985 Г.**

Человек – био-психосоциальный индивид, который способен и желает ухаживать за собой и нуждающийся в уходе. Призван сохранять свою жизнь, здоровье и благополучие. Удовлетворение потребностей является целью поведения, что заложено в сознании человека.

**Модель самоухода.**

Самоуход, это выполнение индивидом своих потребностей, чтобы сохранить жизнь, здоровье и благополучие.

Теория делится на 3 части:

1. дефицит самоухода
2. самоуход
3. сестринские системы
4. Исходя из понятия здорового состояния человека, может быть ограничен его самоуход, тогда сестра может помочь в самоуходе или проводить необходимый уход.
5. Включает 3 понятия: самоуход, потребности в самоуходе, терапевтические потребности самоухода.
6. Представляет функциональное видение проблемы и направленное вмешательство сестры, чтобы определить, как проводить уход и планировать деятельность сестры исходя из дефицита самоухода.

**САМОУХОД.**

1. универсальный
2. развивающийся
3. связанный с проблемами здоровья
4. основные потребности человека в самоуходе
* нормально дышать
* достаточно пить
* достаточно есть
* уход при выделениях и шлаках
* поддержание равновесия между деятельностью и отдыхом
* сохранение равновесия между уединением и общением с людьми
* избежание опасностей, угрожающих жизни человека и ее благополучию
* стимулирование деятельности и развития индивида с соответствующими возможностями, в различных социальных группах, в известных границах и собственным желанием человека быть нормальным человеком.
1. Развивающиеся потребности самоухода опираются на предположение – человек развивается от зачатия до смерти. В процессе развития на человека влияют определенные факторы в течение всей жизни. Человек проходит через испытания: беременность или роды, смерть близких людей.
2. К проблемам здоровья относятся больные люди, имеющие патологию (сюда также относятся люди с дефектами и инвалидностью) и у кого поставлен диагноз и проводится лечение.

Назначение терапевтических потребностей меняется. Орем использует это понятие, чтобы показать, что люди должны выполнять сами или это должны делать другие, чтобы удовлетворить универсальные или развивающиеся потребности человека в самоуходе.

**Назначение терапевтических потребностей:**

1. Осуществление и удовлетворение потребностей самоухода
2. Соотношение разных потребностей
3. Факторы, влияющие на удовлетворение потребностей (возраст, пол, уровень развития, условия жизни)
4. Методы/действия удовлетворения необходимых требований

СХЕМА ТЕОРИИ САМОУХОДА

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Жизнь, здоровье, благополучие |  | Потребности самоуходаУниверсальные, развивающиеся,свяэанные с ухудшением здоровья |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Дефицит самоухода – в теории Орем выступают 3 новых определения:

* Объем самоухода
* Ограничение самоухода
* Дефицит самоухода

Объем самоухода зависит от самого человека, от его умения удовлетворять свои потребности, регулировать жизненные процессы, сохранять здоровье. Объем самоухода зависит от возраста человека, уровня его здоровья, обученности и образованности, опыта жизни, культуры.

 Ограничение самоухода – влияет на выполнение самоухода. Имеется 3 вида ограничений:

1. Недостаточные знания
2. Неспособность оценивать и принимать решения
3. Неспособность к действиям, дающим результат

Дефицит самоухода. Орем отмечает как зависимость пациента от других в удовлетворении своих потребностей. В этой ситуации родственники (близкие) должны взять на себя самоуход этого человека. Если пациент или его родственники не могут удовлетворить потребности в самоуходе, этим уходом должна заниматься медицина. Сестринские системы в уходе – это объем вспомогательных методов и средств в удовлетворении потребностей пациента.

 **Основные черты помощи, включая медицинский уход:**

1. Два партнера: один нуждающийся, другой помогающий.
2. У нуждающегося адекватные потребности, но возможности удовлетворения их ограничены.
3. Помогающий регистрирует как потребности, так и способы их удовлетворения.
4. Помогающий поддерживает нуждающегося и помогает ему в развитии его возможностей удовлетворения потребностей.

Орем считает, что ухаживать за пациентом должны профессионалы.

**5 методов помощи в уходе:**

1. Выполнение действий для кого-то.
2. Руководство кем-то.
3. Поддержка кого-то (душевная или физическая).
4. Организация улучшения окружения (условий).
5. Обучение кого-то.

Эти методы увеличивают способности нуждающегося в самоуходе.

Орем рассматривает 3 разных систем ухода.

1. Полностью замещающие системы
2. Частично замещающие системы
3. Поддерживающие/обучающие системы

Полностью замещающие системы включают 3 группы пациентов:

1. Пациенты в коме
2. Пациенты в сознании и компетентны и могут принимать решения в самоуходе, но кто не в состоянии или ему нельзя делать механических движений
3. Душевные больные, которые не способны принимать решения по самоуходу, но могли бы за собой ухаживать, нуждаются в руководстве

Важность данных методов:

* Деятельность для кого-то
* Руководство
* Поддержка и защита

Частично замещающие системы – можно использовать все 5 методов помощи.

Поддерживающие/обучающие системы – пациент должен научится действиям, которые удовлетворяли бы терапевтические потребности в самоуходе. Сюда относятся 3, 4, 5 методы помощи в уходе.

### ОПИСАНИЕ ТЕОРИИ УХОДА

###### А. «пациент»

Пациент рассматривается как личность, у которой отсутствует способность к самоуходу и кто способен частично удовлетворять потребности в самоуходе.

###### Б. «сфера применения ухода»

Сфера ухода, где отсутствует применение разных методов самоухода.

###### В. «конкретные аспекты в окружении пациента»

Факторы, влияющие на универсальные, развивающиеся и связанные с нарушением здоровья потребности и на его объем самоухода. Также важны личности (ресурсы), которые могут поддержать/заменить пациента при отсутствии у него способности осуществлять самоуход.

###### Г. «общая цель ухода»

Сохранить целостность человека, его благополучие и поддерживать его нормальное развитие. Конкретной целью ухода является научить пациента (близких или других личностей) удовлетворению необходимых потребностей самоухода, а также сохранению здоровья и благополучия. В некоторых ситуациях целью является избежание страданий или стабилизация состояния пациента.

###### Д. «методы ухода»

Включают: диагноз ухода, задачи процесса ухода.

###### Е.»контекст ухода»

Связывает уход со здоровьем, болезнью и лечением для личностей, у которых ухудшилось здоровье и отсутствует способность самоухода. Назначается соответствующее медицинское лечение.

ТЕЗИС ТЕОРИИ

 Это ситуации, когда личности не способны выполнять действия, сохраняющие или способствующие жизни, здоровью и благополучию, и уход ответственнен за возможность компенсировать нуждающемуся или его родственникам достижения больших возможностей в самоуходе