**Вечернее отделение**

**Теория**

**ПМ 04. МДК 03.**

**Лекция № 1. Сестринский процесс. (2 часа)**

План:

1. Методика сестринского обследования по модели В.Хендерсон.
2. Источники информации.
3. Субъективное и объективное обследование.
4. Документация данных обследования.
5. Этапы сестринского процесса, цель каждого этапа

Учебник Т.П. Обуховец, стр. 143 - 151.

Самостоятельная аудиторная работа:

Составление схемы по модели В.Хендерсон

Внеаудиторная работа: Сестринский процесс по модели В.Хендерсон.

**Сестринский процесс**– это образ мышления и действий медицинской сестры по отношению к пациенту, его здоровью, окружающей среде и людям. Сестринский процесс – это метод организации и оказания сестринской помощи.

На протяжении многих лет медицинские сёстры стремились добиться признания своей профессии. Необходимо было установить границы деятельности и определить научный метод оказания сестринской помощи больным. Одним из существенных шагов, предпринятых медсёстрами для решения поставленных задач, стала попытка применения сестринского процесса на практике.

Понятие о сестринском процессе родилось в США в середине 50-х годов и в настоящее время получило широкое развитие в современной американской, а с 80-х годов – и в западноевропейской моделях сестринского дела. В рамках Европейского региона ВОЗ медсёстрам, которые планируют применять сестринский процесс, рекомендуется использовать модель, предложенную американской медицинской сестрой Вирджинией Хендерсон, основанную с учётом физиологических, психологических и социальных потребностей, оцениваемых медицинскими сёстрами.

Существует несколько определений сестринского процесса. Классическим считается определение, получившее международное признание, которое дала в 1961г. В. Хендерсон. По этому определению ***сестринский процесс –****это оказание помощи человеку, больному или здоровому, в осуществлении тех действий, имеющих отношение к его здоровью, выздоровлению или спокойной смерти, какие бы он предпринял сам, соблюдая необходимыми силами, знаниями и волей. И делает это таким образом, чтобы он снова как можно быстрее обрёл независимость.*

Однако на современном этапе наиболее приемлемым следует считать следующее определение: ***сестринский процесс****–*это научно обоснованная технология сестринского ухода, направленная на повышение качества жизни пациента путём планомерного решения возникающих у него проблем.

**Сестринский процесс** – это системный подход к оказанию профессиональной медицинской помощи, направленный на восстановление здоровья пациента, исходя из его потребностей.

### Цель сестринского процесса

Целью сестринского процесса является поддержание и восстановление независимости пациента в удовлетворении основных потребностей его организма.

**Задачи** сестринского процесса:

1) обеспечение приемлемого качества жизни пациента в зависимости от его состояния;

2) предупреждение, облегчение, сведение до минимума проблем пациента;

3) помощь пациенту и его семье в преодолении дезадаптации, связанной с заболеванием или травмой;

4) поддержка или восстановление независимости пациента в удовлетворении основных потребностей организма либо обеспечение спокойной смерти.

Необходимо помнить, что для выполнения сестринского процесса нужно учитывать индивидуальные особенности каждого пациента, так как взаимоотношения и взаимодействие между медицинской сестрой и пациентом во многом определяют результаты ухода. Главное для медицинской сестры – помочь человеку сохранить в болезни чувство собственного достоинства, помогая ему сохранять активность в повседневной жизни.

### Этапы сестринского процесса

В соответствии с решаемыми задачами сестринский процесс подразделяется на пять этапов:

**Первый этап - сестринское обследование.**

Сестринское обследование проводится двумя методами:• субъективным.Субъективный метод обследования – расспрос. Это данные, которые помогают медсестре составить представление о личности пациента.• объективным.Объективный метод – это осмотр, который определяет статус пациента в настоящее время.**Второй этап - сестринская диагностика.**

Цели второго этапа сестринского процесса:• анализ проведенных обследований;• определить с какой проблемой здоровья сталкивается пациент и его семья;• определить направление сестринского ухода.

**Третий этап - планирование сестринского вмешательства.**

Цели третьего этапа сестринского процесса:• исходя из потребностей пациента, выделить приоритетные задачи;• разработать стратегию достижения поставленных целей;• обозначить срок достижения данных целей.

**Четвертый этап - сестринское вмешательство.**

Цель четвертого этапа сестринского процесса:• сделать все необходимое для выполнения намеченного плана ухода за пациентом идентично общей цели сестринского процесса.

Существуют три системы помощи пациенту:• полностью-компенсирующая;• частично-компенсирующая;• консультативная (поддерживающая).

**Пятый этап - определение степени достижения цели и оценка результата.**

Цель пятого этапа сестринского процесса:• определить, в какой степени достигнуты поставленные цели.

На этом этапе медсестра:• определяет достижение цели;• сравнивает с ожидаемым результатом;• формулирует выводы;• делает соответствующую отметку в документах (сестринской истории болезни) об эффективности плана ухода.

Круг обязанностей медсестры, куда входит и выполнение назначенных врачом вмешательств и ее самостоятельные действия, четко определен законом. Все выполненные манипуляции отражаются в сестринской документации.

Суть сестринского процесса заключается в:

* конкретизации проблем пациента,
* определении и дальнейшем осуществлении плана действий медсестры в связи с выявленными проблемами и оценке результатов сестринского вмешательства.

Сестринский процесс является одним из основных понятий современной теории сестринского дела. Эта реформаторская концепция родилась в США в середине 50-х годов и за пять десятилетий убедительно доказала свою эффективность.

Сестра должна ясно представлять своеобразие каждого своего пациента для того, чтобы реализовать такое требование к профессиональному уходу, как индивидуальность предоставляемой сестринской помощи.

Фундамент сестринского обследования составляет учение об основных жизненно важных потребностях человека.

Потребность есть физиологический и (или) психологический дефицит того, что существенно для здоровья и благополучия человека.

# **Модель Хендерсон**

Модель В. Хендерсон , предложенная им в США  в 1960 г., а затем дополненная в 1968 г., в большей степени акцентирует внимание сестринского персонала на физиологических, в меньшей - на психологических и социальных потребностях, которые могут быть удовлетворены благодаря сестринскому уходу. Одно из непременных условий этой модели - участие самого пациента в планировании и осуществлении ухода.

## Основные положения модели Хендерсон

**Пациент**, согласно утверждению В. Хендерсон, имеет фундаментальные человеческие потребности, одинаковые для всех людей: «Вне зависимости от того, болен человек или здоров, сестра всегда должна иметь в виду жизненно важные потребности человека в пище, крове, одежде; в любви и доброжелательности, в чувстве необходимости и взаимозависимости в условиях общественных отношений... »
В. Хендерсон приводит 14 потребностей для повседневной жизни. Здоровый человек, как правило, не испытывает трудностей при удовлетворении этих потребностей. В то же время в период болезни, беременности, детства, старости, при приближении смерти человек бывает не в состоянии удовлетворить эти потребности самостоятельно. Именно в это время сестра помогает «человеку, больному или здоровому, в выполнении тех функций, которые поддерживают его здоровье или же способствуют его выздоровлению (или же в момент его ухода из жизни) и которые этот человек выполнил бы без посторонней помощи, будь у него силы, желания или знания... ». Автор утверждает, что во все времена сестринский уход должен быть направлен на скорейшее восстановление независимости человека.

### **Потребности повседневной жизни по В. Хендерсон**

1. Нормально дышать.
2. Употреблять достаточное количество пищи и жидкости.
3. Выделять продукты жизнедеятельности.
4. Двигаться и поддерживать нужное положение.
5. Спать и отдыхать.
6. Самостоятельно одеваться и раздеваться, выбирать одежду.
7. Поддерживать температуру тела в нормальных пределах, подбирая соответствующую одежду и изменяя окружающую среду.
8. Соблюдать личную гигиену, заботиться о внешнем виде.
9. Обеспечивать свою безопасность и не создавать опасность для других людей.
10. Поддерживать общение с другими людьми, выражая свои эмоции, мнение.
11. Отправлять религиозные обряды в соответствии со своей верой.
12. Заниматься любимой работой.
13. Отдыхать, принимать участие в развлечениях и играх.
14. Удовлетворять свою любознательность, помогающую нормально развиваться.
**Источник проблем пациента.** В. Хендерсон, разрабатывая свою модель, основывалась на теории американского психолога А. Маслоу об иерархии основных человеческих потребностей.
По табл. ниже видим, на чём основана приоритетность потребностей, предложенных В. Хендерсон. При этом потребностей по В. Хендерсон значительно меньше в каждом уровне, чем по А. Маслоу. Это объясняется тем, что в середине 60-х годов ХХ в., когда была создана эта модель сестринского ухода, реальные возможности сестры в США были ограничены деятельностью по удовлетворению именно этого ограниченного перечня потребностей. (Модель NANDA, по которой работает сестринский персонал в Северной Америке с конца 80-х годов, включает в себя потребности всех уровней.)
Проблемы, требующие сестринского вмешательства, возникают в том случае, когда человек в силу определённых обстоятельств (болезнь, младенческий и/или старческий возраст) не в состоянии осуществить уход за собой. Проблемы могут появиться во время выздоровления или длительного умирания.

Таблица. Взаимосвязь основных потребностей по А. Маслоу с потребностями повседневной жизни по В. Хендерсон

В. Хендерсон утверждает, что способность человека удовлетворять свои ежедневные потребности меняется в зависимости от его темперамента и эмоционального состояния. Например, испытывая чувство страха и беспокойство, человек может плохо спать и есть. Пожилой человек, недавно перенёсший тяжёлую утрату, может испытывать трудности в общении, передвижении, одевании и раздевании, если ранее ему в этом оказывал помощь его умерший родственник. Физиологические и интеллектуальные возможности человека также могут влиять на способности человека удовлетворять свои фундаментальные потребности.
**Направленность сестринского вмешательства**. Несмотря на то что В. Хендерсон явно не рекомендует использование сестринского процесса (в 60-е годы такой вид сестринской практики, как сестринский процесс, ещё не сложился окончательно в сегодняшнем понимании этого термина), она считает, что при обследовании пациента сестра обсуждает с ним условия оказания сестринской помощи: «Только в состоянии очень высокой зависимости пациента, такого, как кома или состояние полной прострации, у сестры имеются оправдательные мотивы для принятия решения (не обсуждая этого с пациентом), что для него в данном случае является благом». По мнению В. Хендерсон, сестра должна постараться встать на место пациента, понять его собственную оценку своего состояния и выбрать необходимое вмешательство.
**Цель ухода**. В. Хендерсон считает, что сестре следует ставить только долгосрочные цели в восстановлении независимости пациента при удовлетворении им 14 повседневных потребностей. Правда, краткосрочные и промежуточные цели тоже имеют право на существование, но только при острых состояниях: шоке, лихорадке, инфекции или дегидратации (обезвоживании). Автор рекомендует составлять план сестринского ухода, письменно изменяя его после оценки результата сестринских вмешательств.
**Сестринское вмешательство**. В. Хендерсон считает, что сестринский уход должен быть связан и с лекарственной терапией, и с процедурами, назначаемыми врачами, при этом для осуществления сестринских вмешательств может потребоваться участие членов семьи пациента.
**Оценка качества и результатов ухода**. По данной модели можно окончательно оценить результат и качество ухода только тогда, когда удовлетворены все повседневные потребности, в отношении которых было предпринято сестринское вмешательство.
Роль сестры представлена В. Хендерсон двояко. С одной стороны, сестра - это самостоятельный и независимый специалист в системе здравоохранения, поскольку она выполняет те функции, которые не может выполнить пациент, чтобы чувствовать себя достаточно независимо, с другой - это помощник врача, выполняющий его назначения.

## Применение модели В. Хендерсон в сестринском процессе

Эта модель является одной из самых известных в настоящее время среди практикующих сестер. При этом следует помнить, что она предусматривает непременное участие пациента во всех этапах сестринского процесса.
На этапе первичной оценки состояния пациента сестре совместно с пациентом следует установить, какие из 14 повседневных потребностей следует удовлетворить в первую очередь. Причем сестра принимает решение за пациента только в том случае, когда он не в состоянии этого сделать. Например, если пациент отказывается
есть больничную пищу, значит, его потребность в пище не удовлетворяется. Совместно с пациентом сестра определяет возможные причины этой проблемы (плохой аппетит, брезгливость и т.п.) и ставит реалистичные цели для её решения. Если у пациента нарушен сон, сестра должна установить причины этой проблемы (неудобная постель, духота, храп соседа по палате и т.д.), а затем уже определить [цели сестринского ухода и вмешательства](http://sestrinskoe-delo.ru/etapi-sestrinskogo-protsessa/tretiy-etap-sestrinskogo-protsessa).
**Планирование ухода**. В. Хендерсон считает, что человек должен полностью и самостоятельно удовлетворять свои повседневные потребности, поэтому долгосрочная цель ухода заключается в том, чтобы добиться у пациента максимальной независимости. Для решения этой проблемы сестра ставит совместно с пациентом несколько промежуточных и краткосрочных целей. Так, в случае с пациентом, отказывающимся от пищи, нужно запланировать беседу с родственниками, с самим пациентом, возможно, с сотрудниками пищеблока. В случае с пациентом, имеющим проблемы со сном, следует запланировать упражнения по релаксации (расслаблению), проветривание помещения или перевод в другую палату.
Поставленные цели должны быть реалистичны и измеряемы, чтобы можно было оценить успешность или безуспешность сестринского вмешательства.
Сестринское вмешательство направлено на укрепление здоровья пациента, полное решение поставленных перед ним задач. В конечном счёте вмешательство предполагает помощь пациенту в достижении им независимости, насколько это возможно.
**Оценка результатов ухода**. Сестры, работающие по модели В. Хендерсон, приступая к итоговой оценке выполнения плана по уходу, начинают с оценки каждой повседневной потребности, при удовлетворении которой были выявлены проблемы. Сестра устанавливает, насколько достигнута цель при удовлетворении потребности. При недостигнутой цели планируются новые сестринские вмешательства или изменение формулировки цели.

Почему именно учение о потребностях легло в основу сестринского обследования? Поскольку конечная цель работы сестры комфорт её пациента, она обязана выяснить, пользуясь специальной методикой сестринского обследования, нарушение удовлетворения каких потребностей в связи с заболеванием или травмой имеет место и служит причиной дискомфорта.

Кроме того, использование 10 последовательных ступеней иерархии потребностей позволяет добиться системности сестринского обследования, делает его всесторонним и полным, составляя как бы организационную рамку сестринского обследования.

Собирая информацию о пациенте необходимо сопоставить обычный, ежедневный стереотип удовлетворения каждой из 10-ти потребностей с тем, как эта потребность удовлетворяется пациентом в настоящий момент. За сбором информации следует ее тщательный анализ, в результате которого формулируются сестринские диагнозы.

**Первый этап сестринского процесса - сестринское обследование.**

Цель обследования пациента - собрать, обосновать и взаимосвязать полученную информацию о пациенте для создания информационной базы данных о нем и о его состоянии в момент обращения за помощью.

Данные обследования могут носить субъективный и объективный характер.

Источниками субъективной информации являются:

* сам пациент, который излагает собственные предположения о своем состоянии здоровья;
* близкие и родственники пациента.

Источники объективной информации:

* физическое исследование пациента по органам и системам;
* знакомство с медицинской историей болезни.

Для общей оценки состояния больного медицинская сестра должна определить следующие показатели:

* общее состояние больного;
* положение больного в постели;
* состояние сознания больного;
* антропометрические данные.