

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЛЕКЦИЯ № 6

МОДЕЛИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Подготовила преподаватель Черемисина А.А.

План:

1. Основные представления о моделях и системах ценностей сестринского дела.
2. Теории и модели, направленные на преодоление дефицита самоухода у пациента (например, В. Хендерсон, Д. Орем, Н. Роупер).
3. Основные положения модели В. Хендерсон.
4. Взаимосвязь основных потребностей человека по А. Маслоу и видов повседневной деятельности по Вирджинии Хендерсон.
5. Теории и модели, направленные на адаптацию пациента и членов его семьи к ситуации, связанной со здоровьем (например, К. Рой).
6. Теории и модели, направленные на укрепление здоровья пациента и его близких (например, М. Аллен, Пендер).

Современная методология сестринского ухода - это научный метод организации и оказания сестринской помощи.



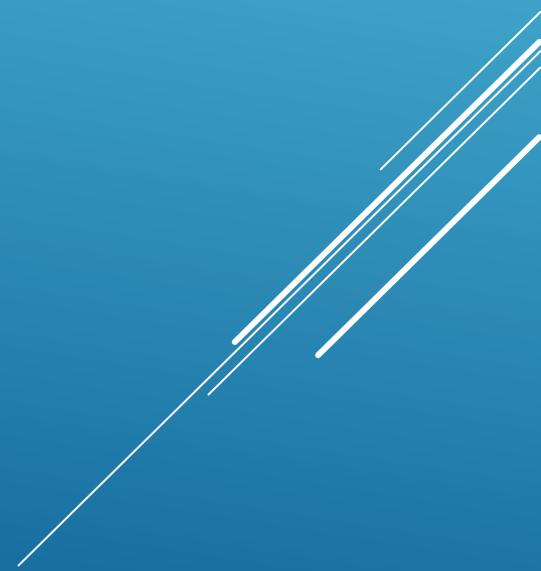
Основные приоритеты Программы развития сестринского дела в России до 2020 года

- развитие государственной и общественной системы управления сестринской деятельностью,
- создание правовых, организационных и экономических условий развития сестринского дела в России,
- повышение качества и доступности сестринской помощи,
- мотивация населения к сохранению и укреплению здоровья, формирование культуры здорового образа жизни.

В англоязычных странах существует термин «сестринский процесс», аналогичный нашему понятию «современная методология сестринского ухода». Эта реформаторская концепция родилась в США в середине 50-х годов и за 6 десятилетий апробации в клинических условиях полностью доказала свою эффективность.



"Суть сестринского дела состоит в уходе за человеком и в том, каким образом сестра осуществляет этот уход. В основе этой работы должна лежать не интуиция, а продуманный и сформированный подход, рассчитанный на удовлетворение потребностей и решение проблем« (ВОЗ).



Понятие «сестринский уход» означает цепь последовательных действий, предпринимаемых медсестрой при оказании помощи. Современная методология сестринского ухода требует от медсестры не только наличия технической подготовки, но и умения творчески относиться к уходу за пациентом, умения индивидуализировать, систематизировать и организовывать уход.

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

УХОД ЗА ТЯЖЕЛЫМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ БОЛЬНЫМ



Задача медицинского работника в послеоперационном периоде окружить больного вниманием и заботой, обеспечить его тщательным уходом и в то же время заставить больного, в тех случаях, когда это нужно, активно участвовать в профилактике осложнений и борьбе с ними.

Уход за полостью рта

• После операции больного мучает сухость во рту, жажда. Сразу после операции пить больного не рекомендуется, поэтому для снятия ощущения сухости больным дают полоскать рот водой, более тяжелым больным протирают зубы, десны, язык ватным тампоном на палочке, смоченным водой.

Уход за кожей

• Кожа больного должна содержаться в чистоте, случайно загрязненные участки кожи следует обмывать и протирать. Обязательно умывание лица и неоднократное мытье рук. Особенно тщательно надо следить за состоянием кожи тех поверхностей тела, на которых лежит больной, с целью профилактики пролежней.

Уход за областью промежности

• Загрязнение кожи промежности может явиться причиной развития ряда осложнений. Под больному подкладывают судно и, поливая промежность кипяченой водой или слабым раствором марганца, с помощью ватного туффера обрабатывают промежность и затем вытирают ее насухо

МОДЕЛЬ – **(франц. – образец, прообраз)**

Значение моделей сестринского дела для развития сестринской специальности очень велико, оно помогает по-другому взглянуть на функции медицинской сестры.

Модель сестринского дела прежде всего учитывает условия страны, для которой она разрабатывалась:

- принципы и задачи системы здравоохранения, ее состояние;
- демографические показатели;
- социально-экономическое состояние общества;
- доминирующие морально-этические принципы, культуру.

Разработано более 30 концептуальных моделей сестринского дела.

Актуальные модели сестринского дела

- ❑ Модель самообслуживания Доротей Орэм
 - ❑ Модель Н.Роупер, В.Логан, А.Тайэрни
 - ❑ Адаптационная модель Калисты Рой
 - ❑ Модель поведенческой системы Дороти Джонсон
 - ❑ Эволюционная модель здоровья Мойры Аллен
-

Модель - это образец, по которому что-то должно быть сделано. Модель сестринского дела - это направление на достижение цели.

Модели сестринского дела

	Канадская Ассоциация сестер	Хендерсон	Джонсон	Рой	Орэм
пациент	как личность, индивидуум	пациент имеет проблемы	пациента как поведенческая система	человек, находящейся во взаимодействии с окружающей средой	Существо способное к самоуходу
Приоритетная задача сестры	оказание помощи пациенту	помощь пациенту в решении проблем	обеспечение равновесия поведения и функциональной стабильности пациента	адаптировать пациента к своему состоянию	создание условий для осуществления самоухода
Фокус вмешательства	адаптации пациента	Удовлетворение основных потребностей	механизмы контроля и регуляции	обучение адаптации	Выполнение нарушенных элементов самоухода

МОДЕЛЬ

Н. РОУПЕР, В. ЛОГАН, А. ТАЙРЕНИ

Предложена Н. Роупер в 1976 г., дополнена в 80-е годы В. Логан и А. Тайрени.

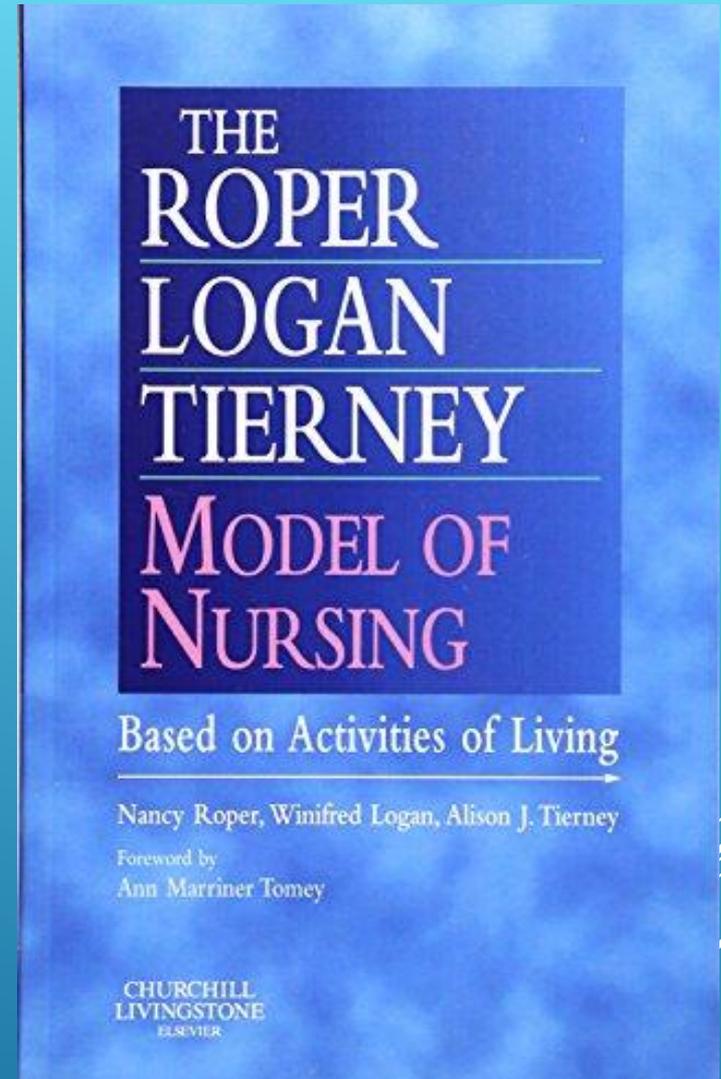
В модели использован определенный *перечень потребностей, присущих всем людям.*

Медсестра должна сосредоточить свое внимание на *наблюдаемых сторонах поведения человека.*

Модель предложенная Н. Роупер в 1976 г., дополнен-ная в 80 годы В. Логан и А.Тайэрни

Авторы считают, что медсестра должна сосредото-чить свое внимание на наблюдаемых сторонах поведения человека, оценка сестринской деятельности основывается на видимых, измеряемых и поддающихся оценке резуль-татах.

Авторы модели установили 12 видов повседневной жиз-недеятельности. Часть из них имеет биологическую основу, другие - культурную и социальную.



МОДЕЛЬ Д. ДЖОНСОН

Предложена в 1968 г.. Сестринская помощь сосредоточена на поведении людей, а не на потребностях.

Основные положения модели

Пациент – это «индивид, имеющий набор взаимосвязанных систем поведения, причем каждая из них стремится к балансу и равновесию внутри себя».

Модель Д. Джонсон

Д. Джонсон определяет действие каждой подсистемы в стремлении человека на основе прошлого опыта достичь определенных целей.

Этот результат зависит от того, как пациент воспринимает свое поведение, как он понимает свои возможности в изменении поведения.

Д. Джонсон различает два основных типа поведения человека.

установка, создаваемая действиями и объектами не-посредственно вокруг человека;

установка, создаваемая прошлыми привычками.



АДАПТАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ К. РОЙ

Предложена в 1976 г. и использует достижения в области физиологии и социологии.

Основные положения модели

Пациент – это индивид, имеющий набор взаимосвязанных и влияющих на поведение систем: биологической, психологической и социальной. Для физиологических и психологических систем существует диапазон состояний, в котором люди могут адекватно справляться со своими переживаниями (состояние относительного равновесия) все раздражители (стрессоры), попадающие в этот диапазон, встречают благоприятную реакцию, чем те, которые окажутся за его пределом.

Адаптационная модель К. Рой

Создана в 1976 году. Рой полагает, что как для физиологических, так и для психологических систем существует состояние относительного равновесия, которого стремится достичь человек, то есть какой-то диапазон состояний, в котором люди могут адекватно справляться со своими переживаниями. Для каждого человека этот диапазон уникален.

Согласно этой модели, есть определенный уровень адаптации, и все раздражители, попадающие в этот диапазон, встречают более благоприятную реакцию, чем те, которые окажутся за его пределами.



Адаптация -

- (от латинского – «приспосаблию») – приспособление организмов к условиям среды
- это комплекс приспособительных реакции человека к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды.

Рой называет факторы, влияющие на уровень адаптации, раздражителями, они бывают трех типов:

- очаговые - находятся в окружении человека
- ситуационные - возникают при оказании сестринской помощи рядом с очаговыми и оказывают на них влияние.
- остаточные - результат прошлых переживаний, верований, взаимоотношений. При сочетании с очаговыми и ситуационными они влияют на уровень адаптации.

Предлагается четыре способа адаптации, изменяющих поведение:

- физиологический;
- Я-концепция;
- роль-функция;
- взаимозависимость.

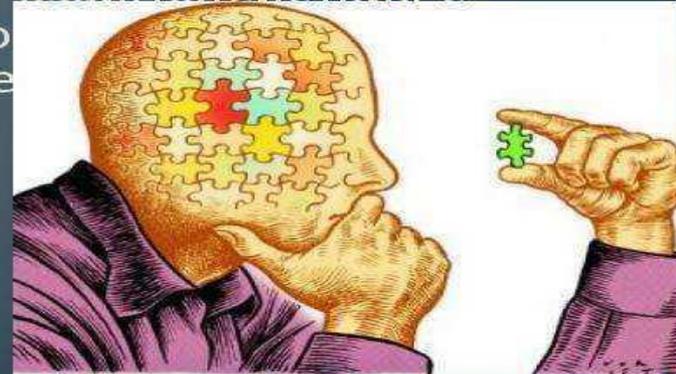


Физиологический способ адаптации - это реакция человека на температуру, влажность, атмосферное давление, пищу, жидкость, кислород.



Я-концепция - это желание человека понять самого себя: как собственное поведение, так и телесный образ. Этот способ адаптации помогает человеку справиться с изменениями его психологических и телесных "Я". Этот способ адаптации эффективен при подготовке пациента к операции, особенно при операциях, изменяющих его тело; ампутация конечностей, мастэктомия, наложение стомы.

- **«Я»-концепция понимается в психологии как устойчивая система обобщенного представления индивида о себе, как образ собственного «Я», который определяет отношение индивида к самому себе и другим людям.**
- Кто я? Каков я? Чего я хочу? Что я могу? Каким я стану? От того, каким видит себя индивид, зависят его стратегии взаимодействия с



Роль-функция предполагает изменение роли пациента в семье, на работе, в зависимости от тех или иных обстоятельств.

Активный, деятельный человек, занимающий определенное положение в обществе, оказывается в лечебном учреждении и вынужден адаптироваться к пассивной роли пациента.



Взаимозависимость - это стремление человека достичь состояния относительного баланса в различных взаимоотношениях. Медсестре следует учитывать ограниченность возможностей адаптации в ситуациях, когда пациент, оказавшись полностью зависимым от персонала, испытывает отрицательные эмоции.



МОДЕЛЬ Д. ОРЕМ

Предложена в 1971 г.. Рассматривает человека как единое целое и основана на принципах самоухода – «деятельность по сохранению жизни, здоровья и благополучия, которую люди начинают и осуществляют самостоятельно».

В данной модели большое внимание уделяется личной ответственности человека за состояние собственного здоровья, а также сестринским вмешательствам для профилактики заболеваний, травм и обучению.

Модель Д. Орем

Каждый человек,
здоровый или
больной, должен
иметь равновесие в
потребностях в
самоуходе и
возможностях его
осуществлять.



МОДЕЛЬ В. ХЕНДЕРСОН

Предложена в США в 1960 г. и дополненная в 1968 г..

Модель больше акцентирует внимание сестринского персонала на физиологических, в меньшей – на психологических и социальных потребностях.

Непрерывное условие модели – участие пациента в планировании и осуществлении ухода.

Модель В. Хендерсон

Предложена в 1960 году в США, а затем дополненная в 1968 году. Данная модель акцентирует внимание сестринского персонала на физио-логические, а затем на психологические и со-циальные потребности, которые могут быть удовле-творены благодаря сестринскому уходу.

Главное в этой модели - участие самого пациента в планировании и осуществле-нии ухода.



Сестринская теория Вирджинии Хендерсон



- Она временно сознание бессознательного, любовь к жизни у самоубийцы, ноги у человека с ампутированными конечностями, глаза незрячего, средства передвижения для младенца, знания и уверенность для молодой матери, рупор для тех кто слишком слаб или не может говорить, и так далее "

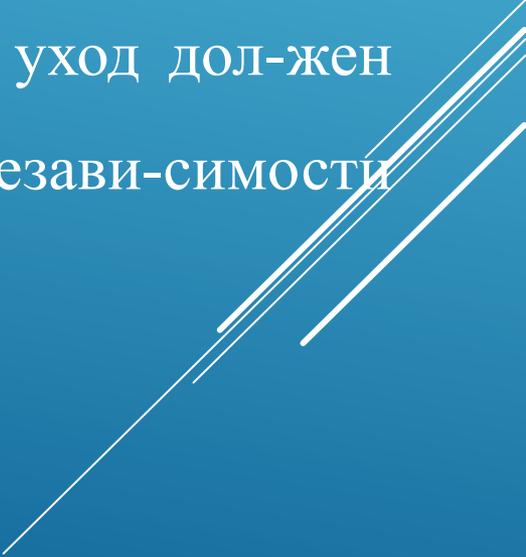
Сестринская теория Вирджинии Хендерсон



- **Уникальными функциями медсестры является оказание помощи лицам, больным или здоровым.**
- **Она будет выполнять все действия, способствующие здоровью или его восстановлению (или мирной смерти), обладая необходимой силой, волей, или знаниями**

В. Хендерсон предлагает 14 потребностей для повседневной жизни. Здоровый человек не испытывает трудностей при удовлетворении этих потребностей, в то же время, больной человек не в состоянии удовлетворить эти потребности самостоятельно.

В. Хендерсон утверждает, что сестринский уход должен быть направлен на скорейшее восстановление независимости человека.



14 Components of Virginia Henderson's Need Theory



Breathe normally



Eat and drink adequately



Eliminate body wastes



Move and maintain desirable postures



Sleep and rest



Select suitable clothes - dress and undress



Maintain body temperature within normal range by adjusting clothing and modifying environment



Keep the body clean and well groomed and protect the integument



Avoid dangers in the environment and avoid injuring others.



Communicate with others in expressing emotions, needs, fears, or opinions.



Worship according to one's faith.



Work in such a way that there is a sense of accomplishment.



Play or participate in various forms of recreation.



Learn, discover, or satisfy the curiosity that leads to normal development and health and use the available health facilities.

Модель Вирджинии Хендерсон –

14 жизненно важных потребностей человека:

- Дышать.
- Есть.
- Пить.
- Выделять.
- Двигаться .
- Спать, отдыхать.
- Самостоятельно одеваться и раздеваться.
- Поддерживать температуру тела.
- Соблюдать личную гигиену.
- Обеспечивать свою безопасность.
- Быть здоровым.
- Отправлять религиозные обряды.
- Общаться.
- Играть, учиться, работать.

Модель М. Аллен

Эта модель встречается в литературе под несколькими названиями - модель Макгила, которую впер-вые внедрили в университете Макгила в Монреале, также эту модель называют моделью М. Аллен - по имени автора.

Модель предполагает активное взаимодействие с родственниками пациента.



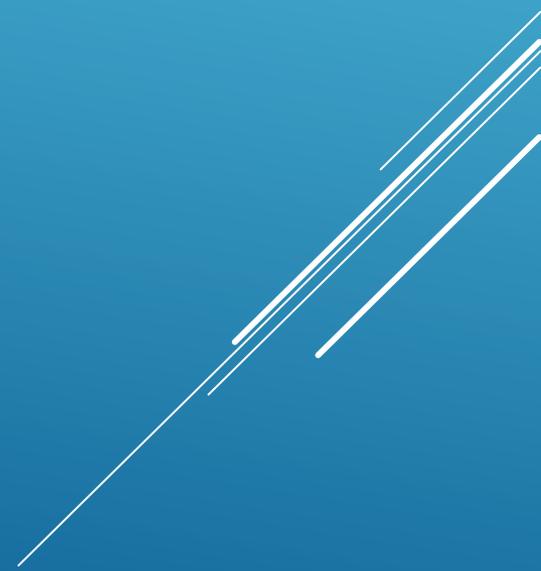
Модель М. Аллен, направленная на укрепление здоровья

1. Аллен предложила свою модель в начале 1970-х гг., когда получила признание концепция первичной медико-санитарной помощи. Принципы первичной медико-санитарной помощи ориентированы больше на здоровье, чем на болезнь, на привлечение к сохранению здоровья самого человека, его семьи, общества.

Основные положения модели М.Аллен

- Здоровье нации является ценнейшим богатством источником.
- Отдельные лица, семьи и общины стремятся улучшить свое здоровье, их нацеливают на достижение цели, в них живет желание и есть возможности достичь этого.

Современная методология сестринского ухода ориентирована на пациента как личность, требующую целостного (холистического) подхода с учетом различных сторон его жизнедеятельности.





СПАСИБО

ЗА ВНИМАНИЕ