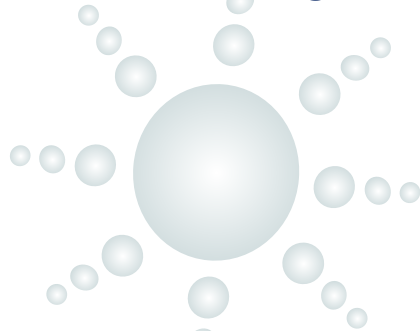


ГАПОУ ТО «Тюменский медицинский колледж»

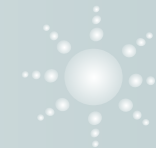


***Профессиональный модуль
«Выполнение работ по
одной или нескольким
профессиям рабочих,
должностям служащих»***



ФИЛОСОФИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА. МОДЕЛИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА



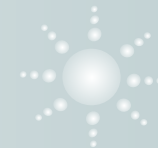


-  Определение сестринского дела, его миссия, цели и задачи
-  Основные понятия философии СД
-  Этические элементы философии сестринского дела
-  Самостоятельная работа по моделям сестринского дела

Сестринское дело (СД)



Это составная часть организационной технологии системы ЗО, направленная на решение проблем индивидуального и общественного здоровья населения в меняющихся условиях окружающей среды.



СД включает в себя деятельность по укреплению здоровья, профилактике заболеваний, предоставлению психо-социальной помощи и ухода за лицами, имеющими физические и (или) психические заболевания, а также нетрудоспособным всех возрастных групп.



Сестринская помощь предоставляется сестринским персоналом в учреждениях ЗО всех типов (стационарах, поликлиниках, хосписах, диспансерах, амбулаториях, санаториях, медсанчастях, станциях СМП, родильных домах и женских консультациях), а также на дому.



Сестринский персонал – это работники, имеющие медицинское образование по специальностям Сестринское дело, Акушерское дело, Лечебное дело и допущенные к профессиональной деятельности в установленном порядке.



Понятие «Миссия»

- От английского *mission* — основная цель чего-либо, смысл существования чего-либо.

Миссия СД

- Миссия СД заключается в оказании помощи конкретным людям, семьям и группам людей в достижении ими физического, психического и социального здоровья в условиях окружающей их среды.

Цели сестринского дела



**повышение качества и
продолжительности
жизни населения**

**формирование
здорового образа
жизни населения**

Цели

**повышение качества и
доступности
сестринской помощи**

**создание правовых,
организационных и
экономических
условий развития СД
в РФ**

Понятие «Философия»



Философия (от греч. phil - любовь, sophia - мудрость; в более точном понимании – стремление к истине) — система обобщенных и целостных представлений о мире.

Является самой древней наукой (философские знания начали формироваться в VII — VI вв. до н.э. в Индии, Китае, Греции, Риме).

Философия – это форма духовной деятельности, направленная на постановку, анализ и решение мировоззренческих вопросов, связанных с формированием целостного взгляда на мир и на место в нем человека. Это специфический тип мышления, эмоциональный настрой, система мировоззрения.



Современная философия медицины руководствуется критерием духовной ценности человеческой жизни, она является основой выполнения лечебных манипуляций и веры пациента в свое выздоровление, становится духовным элементом терапевтического воздействия.



Философия СД – выраженный в понятиях дух сестринского дела, определение его миссии в обществе, а также лежащей в его основе системы ценностей.

Программный документ «Философия сестринского дела в России» был принят на I-ой совместной российско-американской научно-практической конференции по теории сестринского дела (Голицыно, 1993 г.)



Философия описывает сестринское дело таким, каким оно должно быть. Это описание не всегда совпадает с тем, что мы встречаем в реальной жизни, но дает ощущение профессиональной перспективы.

Другими словами, философия выполняет функции ориентира в сестринском деле, позволяющего наметить приоритетные направления в осуществлении изменений.



СД как искусство и как наука

Пациент как личность

Окружающая среда

Здоровье

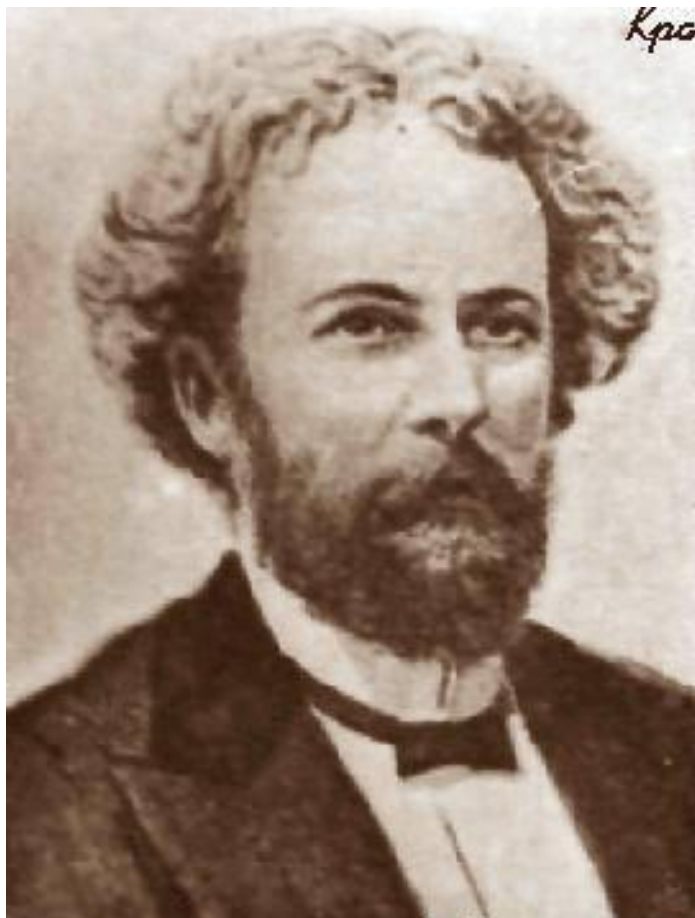
Почему СД и искусство, и наука?



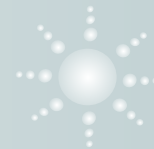
СД как искусство есть искусство заботы, требующее доброты, интуиции, терпения, внимания, милосердия.

СД как наука есть организованная, систематизированная структура профессиональных компетенций, которые складываются из комплекса знаний, умений и практического опыта.

Как наука сестринское дело опирается не только на медицинские знания, но и на психологию, социологию, культурологию, историю, этику и эстетику.



Известный польский врач Владислав Беганьский писал следующее: «Кого не трогает человеческая нужда, кто не обладает мягкостью в обращении, у кого недостаточно силы воли, чтобы везде и всегда господствовать над собой, тот пусть лучше избирает другую профессию, ибо он никогда не будет хорошим медицинским работником».



*Понятие «**личность**» занимает в философии сестринского дела особое место.*

Проблема личности в философии – это прежде всего вопрос о том, какое место занимает человек в мире.

Человек – это целостная, динамическая, саморегулирующаяся биологическая система, совокупность физиологических, психосоциальных и духовных нужд, удовлетворение которых определяет рост, развитие, адаптацию в окружающей среде.



Биологические, психологические, социальные и духовные компоненты составляют единое целое человека, пациента. Они характерны для всех людей, но индивидуальны для каждого и образуют уникальную личность. Медицинский работник должен быть готов иметь дело с любым пациентом, уважительно относиться к его прошлому и настоящему, жизненным ценностям, обычаям и убеждениям.

Окружающая среда



Окружающая среда – это совокупность природных, социальных, психологических и духовных факторов и условий, в которых происходит жизнедеятельность человека. Она подразделяется на:

физическую, включающую географическое положение, климат, качество воздуха, воды и т.п. В дополнение к природной окружающей среде необходимо учитывать и техногенную.

социальную, оказывающую огромное влияние на личность пациента (семья, школа, знакомые, рабочий коллектив и т.д.)

культурную, которая включает поведение человека, его взаимоотношение с другими людьми (язык, традиции, обычаи, вера, манеры общения и т.п.)

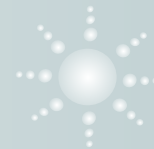


Окружающая среда всегда оказывала влияние на жизнедеятельность людей. Еще Гиппократ исходил из определяющего влияния факторов окружающей среды на формирование телесных (конструкция) и душевных (темперамент) свойств человека.



Медицинская сестра строит свои взаимоотношения с пациентом в зависимости от окружающей среды, в которой он рос, живет и работает. Следует помнить, что среда обитания накладывает отпечаток на конституцию и характер людей, а значит, на их болезни и здоровье.





Таким образом, **философия сестринского дела** отражает отношение медицинского работника к своей деятельности, формирует целостный взгляд на сестринское дело, роль и место в нем сестринского персонала.

Этические элементы философии СД



Проводником философии СД в повседневной сестринской практике служит этика.

«Ethos» – обычай, нрав. Этика изучает нравственность, т.е. нормы поведения людей, их моральные отношения.

Биоэтика/биомедицинская этика (от др.-греч. «биос» – жизнь, этика – наука о нравственности) – учение о нравственной стороне деятельности человека в медицине и биологии.

Термин был введён в 1969 году американским онкологом и биохимиком В.Р. Поттером для обозначения этических проблем, связанных с потенциальной опасностью для выживания человечества в современном мире.



Этические элементы философии СД

Обязанности
(обязательства):
уважать пациента
не причинять
вреда
делать добро
держат слово
сотрудничать

Ценности
(идеалы):
профессионализм
здоровье
независимость
достоинство
уход

Личные качества:
знания
умения
ответственность
милосердие
забота



Медицинская профессия – тяжелая профессия. Действительно, работа трудна не только физически, но и несет с собой тяжелые эмоциональные и психические нагрузки.

Вследствие этого может возникнуть профессиональная деформация личности, основными проявлениями которой могут быть холодность, равнодушие, грубость, раздражительность, подавленность от бессилия, т.к. не всегда можно предотвратить тяжелые последствия болезни или смерть пациента.

Поэтому необходимо соблюдать этические нормы как фактор саморегуляции медсестры.



- ❖ Принимая во внимание важнейшую роль в современном обществе самой массовой из медицинских профессий – профессии медицинской сестры; учитывая традиционно большое значение этического начала в медицине и ЗО; руководствуясь документами по медицинской этике Международного совета медицинских сестер и Всемирной организации здравоохранения, Ассоциация медицинских сестер России принимает
Этический кодекс (2010 г.).

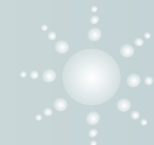
Модели сестринского дела



Развитие медицины, изменение взглядов на место и роль медицинской сестры в системе здравоохранения, формирование сестринского дела как самостоятельной профессии послужили причиной создания **моделей сестринского дела**, применение которых позволило развивать не только теорию и практику сестринского дела.



Исторически сложилось так, что четкого описания моделей сестринского дела даже в зарубежной литературе не было до начала 1970-х гг. В настоящее время единый подход к определению природы и структуры сестринского дела отсутствует. Различные модели отражают существующие концепции сестринского дела в разных странах. Это позволяет оценить их преимущества и недостатки и выбрать из каждой модели то, что применимо в условиях конкретной страны. Содержание каждой модели зависит как от уровня экономического развития той или иной страны, ее политики, общепризнанных ценностей, системы здравоохранения, религии, так и от философии и убеждений конкретного человека, или группы людей, разрабатывающих ту или иную модель. Каждая модель отражает различия в понимании авторами не только термина «сестринское дело», но и понятий «пациент», «здоровье», «окружающая среда».



Модель сестринского дела должна прежде всего учитывать конкретные условия страны, для которой она разрабатывается:

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



Модель сестринского дела должна быть ориентирована:

- на человека, а не на болезнь
- сохранение здоровья человека, улучшение качества жизни и независимость от болезни
- нарушенные потребности и возникающие проблемы
- определение ответной реакции человека, его родственников, семьи на болезнь
- решение проблем, связанных со здоровьем человека, семьи, групп людей и общества.



Компонентами модели сестринского дела являются:

- 1) пациент как объект деятельности сестринского персонала
- 2) источник проблем пациента
- 3) цели и задачи ухода (сестринской помощи)
- 4) роль медицинской сестры
- 5) направленность сестринской помощи
- 6) способы оказания сестринской помощи
- 7) оценка качества и результатов ухода.

Понятие «потребность»



Основополагающим моментом в любой модели сестринского дела являются нарушенные потребности, которые и позволяют медсестре определить тактику помощи пациенту.

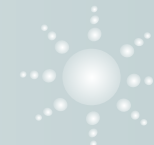
Потребность – это чувство нехватки чего-либо, что формирует чувство дискомфорта, делает человека несчастным.

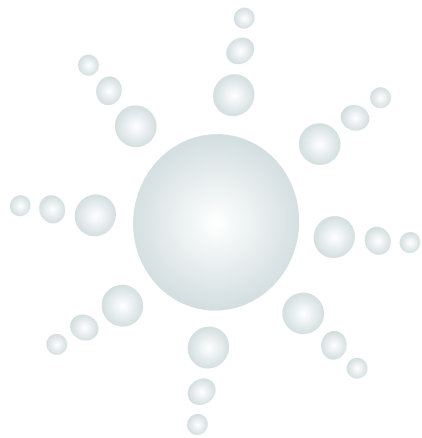
Существует достаточное количество классификаций потребностей.

Самой известной является «иерархия потребностей» по А. Маслоу (американский психолог и основатель теории потребностей).

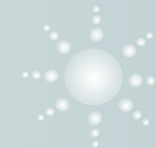
Ее часто изображают в виде пирамиды.

Пирамида потребностей





Сравнительная характеристика различных моделей сестринского дела



Наименование модели	Общая характеристика модели	Пациент	Источник проблемы пациента	Цели и задачи ухода	Роль медицинской сестры	Направленность сестринской помощи	Способы оказания сестринской помощи	Оценка качества и результатов ухода
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.

Добавочно-дополняющая модель

В. Хендерсон (1966 г.)



1. Модель, предложенная В. Хендерсон, акцентирует внимание сестринского персонала на физиологических, психологических, социальных потребностях пациента, которые могут быть удовлетворены благодаря сестринскому уходу. Одним из неперемennых условий этой модели является участие самого пациента в планировании и осуществлении ухода. Сестринский уход должен быть направлен на скорейшее восстановление независимости человека.



Пациент. Согласно этой модели пациент имеет 14 жизненно важных потребностей, одинаковых для всех людей:

- ❖ нормально дышать
- ❖ употреблять достаточное количество пищи и жидкости
- ❖ выделять из организма продукты жизнедеятельности
- ❖ двигаться и поддерживать нужное положение
- ❖ спать
- ❖ самостоятельно одеваться и раздеваться, выбирать одежду
- ❖ поддерживать температуру тела в пределах нормы
- ❖ соблюдать личную гигиену, заботиться о внешнем виде
- ❖ обеспечивать свою безопасность
- ❖ поддерживать общение с другими людьми
- ❖ отправлять религиозные обряды
- ❖ заниматься любимой работой
- ❖ отдыхать
- ❖ удовлетворять любознательность, помогая нормально развиваться.



- ❖ Источником проблем пациента являются обстоятельства, условия, перемены в жизни, когда человек не может осуществлять уход за собой.



- ❖ Приоритетной задачей медицинской сестры является восстановление независимости пациента при удовлетворении им 14 жизненно важных потребностей. При восстановлении независимости пациента медсестре следует ставить только долгосрочные цели. Краткосрочные и промежуточные цели можно формулировать, но только при острых состояниях. В. Хендсрсон также рекомендует составлять план сестринской помощи письменно, изменяя его по мере оценки достижения результатов.



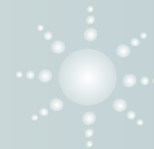
- ❖ В модели В. Хендерсон роль медицинской сестры представлена двояко. С одной стороны, это самостоятельный и независимый специалист, решающий вопросы по удовлетворению нарушенных жизненно важных потребностей человека; с другой – помощник врача, так как медицинская сестра выполняет врачебные назначения.



- ❖ Модель В.Хендерсон предполагает удовлетворение биологических, психологических, социальных потребностей пациента и его привлечение к планированию и осуществлению ухода.



- ❖ Сестринская помощь включает контроль за приемом лекарственных средств, выполнение процедур, назначенных врачом, а также привлечение пациента и его семьи к процессу ухода.



- ❖ По данной модели можно окончательно оценить результат и качество ухода только тогда, когда удовлетворены все жизненно важные потребности, в отношении которых были предприняты действия медицинской сестры.

Модель сестринского ухода

Н. Роупер



1. Роупер предложила свою модель сестринского ухода в 1976 г.

Так же, как и В.Хендерсон, она использовала определенный перечень потребностей, присущих всем людям.



Рассматривая человека как объект сестринской деятельности, Роупер выделила 12 видов повседневной жизнедеятельности (часть из них имеет физиологическую основу, другая – культурную и социальную):

- ❖ безопасность
- ❖ общение
- ❖ дыхание
- ❖ потребление пищи и жидкости
- ❖ выведение ненужных организму продуктов
- ❖ личная гигиена
- ❖ комфортная температура тела
- ❖ двигательная активность
- ❖ работа и досуг
- ❖ сексуальность
- ❖ сон
- ❖ умирание.

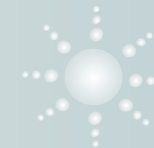
Степень удовлетворения тех или иных видов жизнедеятельности зависит от возраста человека, его социального статуса и культурного уровня.



Роупер выделяет 5 факторов, которые могут вызвать потребность в сестринском уходе:

- ❖ инвалидность и связанное с этим нарушение физиологических функций
- ❖ патологические и дегенеративные изменения в тканях
- ❖ несчастный случай
- ❖ инфекционные заболевания
- ❖ последствие влияния физических, психологических и социальных факторов окружающей среды.

Эти факторы могут сделать человека частично или полностью зависимым.

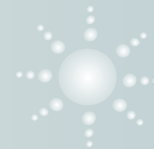


- ❖ Планирование сестринского ухода фактически начинается с первичной оценки состояния пациента, когда совместно с ним медицинская сестра формирует цели ухода. В дальнейшем она определяет средства для осуществления конкретных вмешательств.



Роупер выделяет независимую, зависимую и взаимозависимую роли медицинской сестры.

- ❖ **Независимая роль** заключается в оценке совместно с пациентом его состояния, планировании и осуществлении сестринской помощи и оценке результатов ухода.
- ❖ **Зависимая роль** подразумевает помощь врачам при тех или иных процедурах, а также выполнение назначений лечащего врача.
- ❖ **Взаимозависимая роль** возникает при работе в составе бригады других специалистов.



- ❖ По данной модели медицинская сестра совместно с пациентом последовательно оценивает его возможности в удовлетворении потребностей, устанавливая фактические и потенциальные проблемы пациента. Эта модель предусматривает непрерывную оценку удовлетворения потребностей пациента.



- ❖ После того как медицинская сестра обсудила с пациентом цель ухода, она выбирает способы помощи, направленные на удовлетворение потребностей.
- ❖ Это может быть расширение степени подвижности, уменьшение тревоги, обучение навыкам самоухода, общение и т. д.



- ❖ Критериями оценки должна быть степень удовлетворения каждой потребности в соответствии с поставленными целями. Если желаемый результат не достигнут, медицинская сестра совместно с пациентом пересматривает и цели, и предполагаемые вмешательства.



1. Модель основана на принципах самоухода (самопомощи), которые Орэм определяет как деятельность по сохранению жизни, здоровья и благополучия, которую люди осуществляют самостоятельно.

Орэм придаёт большое значение личной ответственности человека за сохранение собственного здоровья.



- ❖ Пациента рассматривают как единую функциональную систему, имеющую мотивацию к самоуходу.
- ❖ Независимо от того, здоров человек или болен, его возможности и потребности в самоуходе должны быть в равновесии.

Универсальные потребности:
достаточное потребление воздуха; жидкости, пищи; достаточная возможность выделения; сохранение баланса между активностью и отдыхом; предупреждение опасностей для нормальной жизнедеятельности желание соответствовать определенной социальной группе

Потребности, связанные со стадией развития (от рождения до старости)

Потребности, связанные с нарушениями здоровья, приводящие к изменениям: анатомическим, физиологическим, а также поведения и образа жизни

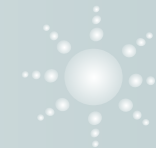


3. К потребности в сестринской помощи приводит дефицит в самопомощи и самообслуживании (неспособность осуществлять заботу о себе).
4. Следует создать условия для того, чтобы пациент смог осуществлять самоуход, направленный на достижение и поддержание оптимального уровня здоровья.
5. Орэм видит медицинскую сестру как учителя и контролера, которая дополняет возможность пациента осуществлять самоуход.



Сестринская помощь направлена на выявление потребностей пациента, причин дефицита самоухода. При определении направления помощи медицинская сестра должна:

- ❖ установить уровень требований пациента к самоуходу
- ❖ оценить его возможности для осуществления этих требований
- ❖ оценить степень безопасности пациента при осуществлении им самоухода
- ❖ оценить перспективы осуществления самоухода в будущем.



Медицинская сестра выполняет следующие функции:

- ❖ делает что-либо за пациента
- ❖ руководит и направляет его действия
- ❖ оказывает физическую и психологическую поддержку
- ❖ создаёт условия для обеспечения возможностей самоухода (самопомощи)
- ❖ обучает пациента и его родственников.

Три системы сестринской помощи

Полностью компенсирующая – применяется в тех случаях, когда пациент находится в бессознательном состоянии, либо он не способен к обучению

Частично компенсирующая – применяется по отношению к пациентам, временно утратившим способность осуществлять отдельные аспекты самоухода

Консультативная (обучающая) – применяется при необходимости обучения пациента (родственников) навыкам самоухода



- ❖ Результатом ухода должно стать достижение пациентом оптимального уровня самопомощи. Даже в том случае, если медицинская сестра с полностью компенсирующей системы помощи перешла на частично компенсирующую, поддерживающую пациента при самоуходе, можно считать сестринское вмешательство эффективным. Т.о., сестринская помощь может быть направлена как на расширение возможностей самоухода, так и на изменение потребностей в ней (выздоровление).

Модель Д. Джонсон, направленная на изменение поведения человека



1. Модель Джонсон (1968 г.) предлагает радикально уйти от врачебных представлений о человеке и сосредоточить сестринскую помощь на поведении людей, а не на их потребностях. В соответствии с данной моделью сестринская помощь должна быть направлена на коррекцию поведения человека, его адекватность в периоды нарушения здоровья и выздоровления.



Согласно модели пациент имеет набор взаимосвязанных систем поведения, каждая из которых стремится к равновесию. Результат действия зависит от того, как человек воспринимает свое поведение, насколько может изменить его. Человек предрасположен к двум основным типам поведения:

- ❖ создаваемому действиями и объектами непосредственно вокруг человека
- ❖ создаваемому прошлыми привычками.



- ❖ Источниками проблем являются болезнь, стресс, изменения образа жизни и поведения пациента, которые обусловлены установками, основанными на его прошлом и настоящем опыте, связанном с окружающей средой. Все это может разбалансировать системы поведения человека.



Целью сестринского ухода является изменение:

- ❖ мотивов поведения
- ❖ действия системы поведения, создаваемого прошлым опытом
- ❖ установки, создаваемой окружающей средой.



- ❖ Роль медсестры является дополняющей по отношению к роли врача, но не зависит от нее. Медицинской сестре отведена роль специалиста, восстанавливающего равновесие систем, регулирующих поведение человека во время психологического и физического кризиса или стресса.



- ❖ Медицинская сестра определяет нарушения равновесия в системах поведения, их причины, пробуждает в пациенте мотивы определенного поведения.



Сестринская помощь включает действия:

- ❖ по ограничению неадекватного поведения (*например, курения, избыточного питания*)
- ❖ защищающие от неблагоприятных факторов окружающей среды, вызывающих стресс
- ❖ подавляющие неэффективные реакции (*например, страх, гнев и др.*);
- ❖ поощряющие к изменению поведения (*например, выполнение утренней оздоровительной гимнастики и др.*).



- ❖ Результаты ухода можно оценить по тем или иным структурным изменениям в пределах какой-то системы поведения 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.



- ❖ Объектом модели является семья, а не отдельный человек, поскольку именно в ней формируется поведение, ориентированное на здоровье. Модель Аллен предлагает рассматривать человека через призму семьи, признавая как влияние семьи на личность, так и влияние отдельной личности на семью.



- ❖ Аллен считает источником проблем пациента неправильное поведение его семьи, наличие факторов риска возникновения заболеваний в семье, отрицательное отношение семьи к здоровью, ведение нездорового образа жизни и т.д. Пациент усваивает эту неправильную модель социального поведения.



4. Задачей медицинской сестры является выработка в семье поведения, ориентированного на здоровый образ жизни, и обучение совокупности навыков по преодолению проблемных ситуаций.

5. Медицинская сестра организует обучение. Она создает благоприятную обстановку, которая стимулирует, привлекает и заинтересовывает семью в укреплении здоровья ее членов. При этом семья является активным участником процесса оздоровления.



6. Медицинская сестра рассматривает пациента как активного участника процесса обучения, способного решать проблемы и принимать решения, необходимые для улучшения его здоровья. Она стремится обеспечить здоровье пациенту и его семье повсюду – в больнице, поликлинике и дома.

7. Медицинская сестра совместно с пациентом выбирает способы вмешательства, направленные на укрепление его собственного здоровья и здоровья членов его семьи.



- ❖ Критериями оценки качества и результатов ухода должно быть улучшение здоровья семьи в соответствии с поставленными целями.
- ❖ Медицинская сестра достигает цели, последовательно выполняя семь этапов ситуационно обусловленной сестринской помощи: выявляет проблему, изучает контекст ситуации, определяет временные границы, анализирует проблему, составляет план, выполняет план, оценивает результаты.