

**Введение в теорию
сестринского дела.
Понятие о теориях и
моделях сестринского
дела.**

К.п.н. Насретдинова Л.М.

Сестринское дело – это комплекс организованных мероприятий по уходу, осуществляемый специально подготовленными профессиональными медицинскими сёстрами, направленный на укрепление здоровья, профилактику заболеваний, предоставление психосоциальной помощи и ухода нуждающимся лицам всех возрастных групп, с учётом существующих и потенциальных проблем со здоровьем в изменяющихся условиях окружающей среды.

Это определение позволяет чётко выделить ряд существенных позиций, типичных для сестринского дела:

- Мероприятия по уходу носят организованный характер, т.е. являются составляющей частью системы здравоохранения и благодаря этой системе получают организацию.
- Проводятся профессиональными медсёстрами – эта позиция показывает важность получения образования сёстрами для достижения своего положения и подчёркивает их социальный статус.
- Мероприятия имеют определённую цель – эти цели составляют ведущие компоненты деятельности медицинской сестры и всех сестёр в целом: укрепление здоровья, профилактика заболеваний, предоставление помощи и ухода нуждающимся.
- Обязательный учёт конкретной ситуации – в данном контексте, учёт состояния больного и состояния окружающей его среды.

Метапарадигма сестринского дела

(философия сестринского дела) (J. Fawcett, 1989) – это суперструктура, позволяющая описать любой элемент сестринского дела, она состоит из 4-х компонентов:

- *Человек (личность больной, клиент, индивидуум, семья, коллектив).*
- *Окружающая среда (окружение).*
- *Здоровье.*
- *Уход.*

Основные функции сестринского дела (ЛЕМОН, 1996)

1. Предоставление сестринского ухода и управление им, будь то меры профилактики, лечения, реабилитации или психологической поддержки пациента, семьи.
2. Обучение пациентов, их семей и представителей здравоохранения, что включает:
 - оценку знаний и навыков человека, относящихся к сохранению и восстановлению здоровья;
 - подготовку и предоставление необходимой информации на соответствующем уровне;
 - оценку результатов подобных просветительных программ;
 - применение принятых и соответствующих культурных, этических и профессиональных стандартов.
3. Исполнение роли эффективного члена медико-санитарной бригады, что предусматривает:
 - сотрудничество с пациентами, семьями, другими работниками здравоохранения в целях планирования, организации, управления и оценки сестринского ухода;
 - выполнение роли лидера сестринской бригады, в которую входят другие медицинские сестры и вспомогательный персонал;
 - делегирование работы и функций медицинской сестры другому сестринскому персоналу и координация их деятельности; сотрудничество с другими профессионалами в целях создания нормальных условий труда, способствующих эффективной сестринской деятельности;
 - участие в подготовке и предоставлении необходимой информации населению, руководству, политикам в виде докладов, семинаров, конференций, средств массовой информации и т.п.
4. Развитие сестринской практики через критическое мышление и исследование:
 - внедрение новаторских методов работы для достижения лучших результатов в сестринской практике;
 - определение областей сестринских исследований;
 - использование культурных, этических и профессиональных стандартов для осуществления руководства сестринскими исследованиями.

Основные цели сестринского дела (С.И. Двойников и соавт., 2002)

1. объяснение населению и администрации лечебно-профилактических учреждений важности и приоритетности сестринского дела в настоящее время;
2. привлечение, развитие и эффективное использование сестринского потенциала путем расширения профессиональных обязанностей и предоставления сестринских услуг, максимально удовлетворяющих потребностям населения;
3. обеспечение и проведение учебного процесса для подготовки высококвалифицированных медицинских сестер и менеджеров сестринского дела, а также проведение последипломной подготовки специалистов среднего и высшего сестринского звена;
4. выработка у медицинских сестер определенного стиля мышления.

Основные задачи сестринского дела (С.И. Двойников и соавт., 2002)

1. развитие и расширение организационных и управленческих резервов по работе с кадрами;
2. консолидирование профессиональных и ведомственных усилий по медицинскому обслуживанию населения;
3. ведение работы по обеспечению повышения квалификации и профессиональных навыков персонала;
4. разработка и внедрение новых технологий в сфере сестринской помощи;
5. осуществление консультативной сестринской помощи;
6. обеспечение высокого уровня медицинской информации;
7. ведение санитарно-просветительской и профилактической работы;
8. проведение научно-исследовательских работ в области сестринского дела;
9. создание стандартов улучшения качества, которые бы направляли сестринский уход в нужное русло и помогали бы оценить результаты деятельности.

В соответствии с современным пониманием, представленным в Глоссарии МАНГО (1994), **медицинская сестра** – это лицо, завершившее программу базового медсестринского образования общего характера и получившее у соответствующего регламентирующего органа полномочия на занятия сестринским делом в своей стране.

Предполагается, что медицинская сестра имеет подготовку и необходимые полномочия для того, чтобы:

- Заниматься общей сестринской практикой, включая укрепление здоровья, профилактику болезней и оказание помощи лицам с физическими недостатками, психическим больным и инвалидам всех возрастов, преимущественно в условиях учреждений здравоохранения и иных учреждениях коммунально-общинного характера.
- Осуществлять обучение по вопросам охраны здоровья.
- Принимать всемерное участие в деятельности в качестве члена группы (бригады) здравоохранения.
- Осуществлять контроль работы медицинских сестёр по уходу (сиделок) и вспомогательного персонала.
- Принимать участие в научных исследованиях.

Ключевые функции медицинских сестёр

Первая: обеспечение и руководство сестринской помощью, будь то содействие, профилактика, лечение, реабилитация или поддержка отдельных лиц, семей или группы. Эти функции наиболее эффективны, если они осуществляются, как серия логических шагов, известных в качестве сестринского процесса.

Вторая: обучение больных, клиентов и персонала медико-санитарной помощи.

Третья: сотрудничество - работа в качестве эффективного члена бригады медико-санитарной помощи.

Четвертая: развитие практики сестринского дела, что предполагает: научные исследования, использование новых методов работы, расширение знаний, развитие практики сестринского дела и образования, определение наиболее актуальных направлений научных исследований, использование при проведении научных исследований принятых культурных, этических и профессиональных стандартов.

Периодизация и хронология основных этапов развития теории сестринского дела (Г.М. Перфильева, 2002)

I период (до 1955 г.). Истоки развития теоретического подхода к сестринскому делу. От принципов ухода Ф. Найтингейл до фундаментальных исследований в сестринском деле.

II период (1955 - 1970 гг.). Бурное развитие гуманистических теорий. Влияние психологии и других наук на развитие теории сестринского дела. Теории потребностей. Теории стресса и адаптации.

III период (1971 - 1975 гг.). Формирование структур теории, терминологии. Развитие теорий - цель научных исследований.

IV период (1976 - 1980 гг.). Период осмысления, возрастание роли практики. Формирование процессного подхода к сестринской практике. Метопарадигма сестринского дела и ее основные обобщающие понятия: личность, окружающая среда, здоровье и сестринское дело (Фосетт Д. /Fawcett J., 1978).

V период (1981 -1990 гг.). Стремление к систематизации, обновление теорий, развитие профессиональной терминологии. Формализация профессионального языка. Классификация сестринских диагнозов NANDA (Северо-Американская ассоциация сестринских диагнозов, 1982).

VI период (с 1991 г.). Совершенствование подходов. Дальнейшая систематизация и унификация профессионального языка и практики. Развитие ICNP (Международной классификации сестринской практики). Доказательная сестринская практика.

Понятие о теориях и моделях сестринского дела

Модели сестринского дела согласуются с моделями других областей знаний, например общественными.

Теориями, оказавшими наибольшее влияние на сестринское дело, являются: теория потребностей, теория общения и теория систем.

Теория сестринского дела посредством проведения исследований приобрела стройную систему, используя которую можно объяснить и понять, а также предполагать и влиять на аспекты, связанные с уходом. Целью эмпирически апробируемых моделей, обслуживающих практическую работу, обучение и руководство сестринским делом, является представление широкого видения теоретических основ и целей сестринского дела.

При помощи моделей определяются основные понятия сестринского дела: *человек, окружение, здоровье, сестринский уход*, причём каждая из моделей и теорий смотрит на одни и те же понятия с разных точек зрения. Сестринское дело руководствуется такими моделями и теориями, как *теории потребностей, адаптационными теориями, теориями самохода, теориями общения*. Использование той или иной теории определяется конкретной ситуацией, складывающейся в процессе ухода.

Основные требования к модели сестринского дела (С.И. Двойников и соавт., 2002)

1. Понимание специфики страны:

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

2. Понимание общих ориентиров:

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

Основой для разработки нового видения роли медицинской сестры стали концепции психологов. В частности гуманистическая концепция **Абрахама Маслоу** представляющая собой поиски синтеза, своеобразная холистская антропология, общефилософская концепция, в центре которой - живой, развивающийся человек с его внутренним миром, полным переживаний, размышлений, чувств и стремлений.

Маслоу полагал, что его концепция - "философия природы человека", новый взгляд на человека, "новая общая понимающая философия жизни", приложимая к любой области человеческого знания, к любой профессии, к любым социальным институтам: семье, образованию, религии и т. д.

Иерархия основных потребностей человека, предложенная Маслоу, была впервые опубликована в журнале "Психологическое обозрение" в 1943 г. Американский психолог выделял пять иерархизированных уровней потребностей:

- физиологические;
- безопасности и самосохранения;
- общения и любви;
- самоутверждения и признания;
- самоактуализации.

Добавочно-дополняющая модель Вирджинии Хендерсон

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.

Иерархия потребностей (В. Хендерсон)

1. Физиологические потребности:
 - нормально дышать,
 - достаточно есть и пить,
 - нормально жить,
 - передвигаться,
 - спать и отдыхать,
 - сохранения тепла тела,
 - сексуальность.
2. Потребность в защищенности:
 - находиться в безопасном окружении,
 - чувствовать безопасное обращение.
3. Социальные потребности:
 - поддерживать отношения,
 - выказывать чувства, потребности,
 - чувствовать уважительное индивидуальное отношение.
4. Интеллектуальные потребности:
 - узнавать новое,
 - использовать интеллектуальные потенциал.
5. Потребности в самореализации:
 - делать что-то для получения удовлетворения,
 - заниматься самоусовершенствованием.

14 существенных обязанностей медицинских сестёр (В. Хендерсон)

1. Помогать дышать;
2. Помогать есть и пить;
3. Помогать удалять продукты выделения организма;
4. Помогать поддерживать правильное положение тела во время лежания, сидения, хождения, а также менять его;
5. Обеспечивать отдых и сон;
6. Подбирать необходимую одежду и помогать надевать ее;
7. Помогать сохранять нормальную температуру тела;
8. Помогать содержать тело в чистоте и порядке, обеспечивать защиту его кожи;
9. Предотвращать всевозможные опасности извне и следить тем, чтобы пациент не смог нанести вред другим;
10. Помогать поддерживать контакт с другими, выражать свои желания и чувства;
11. Содействовать пациенту в соблюдении религиозных обрядов и следовании принципам;
12. Помогать заниматься каким-либо делом;
13. Содействовать отдыху и развлечениям;
14. Содействовать обучению.

Методы ухода

- I. Всегда старайся понять и истолковать физические и эмоциональные потребности пациента, используя эмпатию. Выслушивай внимательно пациента, чтобы понять его запросы и нужды.
- II. Сделай отношения с пациентом естественными и последовательными.
- III. Планируй свою деятельность в виде письменного плана.
- IV. Действия сестры, замещающей действия пациента, должны приносить удовлетворение его потребностей.
- V. Деятельность сестры должна исходить из состояния пациента, а также из влияющих факторов в данном случае.
- VI. Распредели уход в течении суток в соответствии с потребностями и привычками пациента.
- VII. Создай удобную и доброжелательную обстановку.
- VIII. Научи пациента и его родственников действиям, которые помогут в удовлетворении его потребностей.
- IX. Обеспечь безопасность пациента в уходе и лечении.
- X. Выполняй назначения врача в лечении пациента.

На сегодня все **холистические модели подразделяются** на:

- **Теории потребностей** – отталкиваются от потребностей человека и им соответствуют: добавочно-дополняющая (В. Хендерсон, рекомендована ВОЗ); модель Ропера-Терни-Логана; модель Юра-Валш.
- **Адаптационные теории** – отталкиваются от способности человека приспособливаться к меняющимся условиям жизни: эволюционно-адаптационная (Канадской ассоциации медицинских сестер); адаптационная модель К. Рой.
- **Теории самоухода** – отталкиваются от способности человека к самоуходу: модель дефицита самоухода Д. Орэм.
- **Теории общения (влияния)** – отталкиваются от способности людей влиять друг на друга: модель поведенческой системы Д. Джонсон; модель межличностных отношений Д. Травелби; теория планирования сестринского ухода Д. Карневали; теория заботы К. Мартинсен; теория ухода как заботы К. Эрикссон; модели Кинга; Орландо; Мансфелда и др.

Наиболее важными считаются 5 из них:

- добавочно-дополняющая (В. Хендерсон);
- эволюционно-адаптационная (Канадской ассоциации медицинских сестер);
- модель поведенческой системы (Д. Джонсон);
- адаптационная модель (К. Рой);
- модель дефицита самоухода (Д. Орэм).

Благодарю за внимание!