

МОДЕЛИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА

Модель В. Хендерсон

Модель, предложенная в США В. Хендерсон
в

1960 г., акцентирует внимание сестринского персонала на физиологических потребностях, которые могут быть удовлетворены благодаря сестринскому уходу.

Эта модель является одной из самых известных
в

настоящее время.

Одно из условий этой модели – участие
самого

пациента в планировании и осуществлении

Основные положения модели

Пациент имеет фундаментальные
человеческие

потребности, одинаковые для всех людей: «Вне
зависимости от того, болен человек или здоров,
м/с

всегда должна иметь в виду жизненно важные
потребности человека в пище, одежде; в любви и
доброжелательности...»

Основные положения модели

В. Хендерсон приводит 14 потребностей для повседневной жизни. Здоровый человек, как правило не испытывает трудностей при удовлетворении этих потребностей. А в

Период беременности, старости, болезни человек бывает не в состоянии удовлетворить эти потребности самостоятельно. И тогда м/с помогает «человеку, больному или здоровому, в выполнении тех функций, которые поддерживают его здоровье и которые человек выполнил бы

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. Самостоятельно поддерживать Т тела в
нормальных
пределах, подбирая соответствующую одежду и
изменяя окружающую среду.

Потребности повседневной жизни по В.Хендерсон

8. Соблюдать ЛГ, 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.

Источники проблем пациента

Способность человека удовлетворять свои ежедневные потребности меняется в зависимости от его темперамента и эмоционального состояния.

Например испытывая чувство страха беспокойство, человек может плохо спать и есть.

Направленность сестринского вмешательства

В. Хендерсон считает, что при обследовании пациента медсестра должна обсуждать с ним условия оказания сестринской помощи: «Только в состоянии очень высокой зависимости пациента такого, как кома у медсестры имеются оправдательные мотивы для принятия решения (не обсуждая этого с пациентом), что для него в данном случае является благом».

По мнению В. Хендерсон, м/с должна встать на место пациента, понять его собственную оценку своего состояния и выбрать необходимое вмешательство.

Цель ухода

Медсестра должна ставить только долгосрочные цели в восстановлении независимости пациента при удовлетворении им 14 повседневных потребностей.

А краткосрочные и промежуточные цели могут быть только при острых состояниях (шоке).

Сестринское вмешательство

Сестринский уход должен быть связан и с лекарственной терапией, и с процедурами, назначаемыми врачами, при этом для осуществления сестринских вмешательств может потребоваться участие родственников 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 медсестры

С одной стороны, медсестра – это самостоятельный и независимый специалист в системе здравоохранения, поскольку она выполняет те функции, которые не может выполнить пациент, а с другой – это помощник врача, выполняющий его назначения.

Модель Н. Роупер, В. Логан, и А. Тайэрни

Модель предложенная Н. Роупер в 1976 г.,
была

построена на достижениях в области
физиологии,

психологии сестринского дела. Они считают,
что

медсестра должна сосредоточить своё
внимание на

наблюдаемых сторонах поведения человека, а
успешность сестринской деятельности
основывается на видимых измеряемых и

Основные положения модели

Н. Роупер установила 16 видов повседневной жизнедеятельности (фундаментальных потребностей). Затем авторы сократили до 12.

Часть

из них имеет биологическую основу, другие – культурную и социальную. Степень удовлетворения зависит от возраста человека, его

социального статуса и культурного уровня.

Проявления повседневной жизни деятельности

1. Поддержание безопасности окружающей среды.
2. Общение.
3. Дыхание.
4. Питание и питьё.
5. Выведение продуктов жизнедеятельности.
6. Соблюдение правил ЛГ.
7. Регулирование Т тела.
8. Двигательная активность.
9. Работа и досуг.
10. Секс.
11. Сон.
12. Умирание .

Источники проблем пациента

Авторы называют 5 факторов, которые могут вызывать потребность в сестринском уходе:

- Инвалидность и связанное с этим нарушение физиологических функций;
- Патологические и дегенеративные изменения в тканях;
- Несчастный случай;
- Инфекционное заболевание;
- последствия влияния физических, психологических и социальных факторов окружающей среды.

Направленность сестринского вмешательства

Медсестра вместе с пациентом оценивают его возможности в удовлетворении 12 потребностей, устанавливая действительные и потенциальные проблемы пациента.

Цель ухода

Планирование сестринского
ухода

начинается с первичной оценки
состояния пациента, когда вместе с
НИМ

медсестра определяет цели ухода.

Сестринское вмешательство

Затем медсестра выбирает способы вмешательства, направленные на удовлетворения потребностей. Это может быть уменьшение тревоги, обучения навыкам общения, умывания, одевания.

Оценка качества и результатов ухода

Критериями оценки качества и результатов
ухода

должна быть степень удовлетворения каждой
потребности в соответствии с поставленными
целями.

Если результат не достигнут, то медсестра
совместно с пациентом пересматривает цели.

Роль медсестры

Роль медсестры видят авторы,
как независимую, зависимую и
взаимозависимую.

Модель Д. Джонсон

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

Человек имеет 7 главных подсистем, которые так или иначе

Подсистема человека	Суть поведения в рамках подсистемы
Достижение (выполнение)	Контроль над самим собой и своим окружением
Присоединяющая подсистема	Близкие взаимоотношения с другими людьми
Агрессивная подсистема	Самозащита от угрозы
Зависимая подсистема	Зависимость от других
Выделительная подсистема	Выделение продуктов жизнедеятельности
Пищеварение	Поддержание целостности организма
Сексуальная подсистема	Сексуальное удовлетворение

Источники проблем пациента

Автор полагает, что болезнь , изменение образа

жизни могут разбалансировать подсистемы поведения человека. Сестринский уход должен

быть направлен на восстановление равновесия.

Направленность сестринского вмешательства

Чтобы определить направленность вмешательства, надо оценить состояние пациента относительно каждой подсистемы. Оценку осуществляют в два этапа:

1. определяют, позволяет ли поведение пациента предположить нарушение равновесия в какой-либо подсистеме;
2. определяют причины этого нарушения.

Цель ухода

Нарушения равновесия внутри подсистем поведения - повод для сестринского ухода.

Целью ухода м.б. восстановление равновесия в каждой подсистеме и между ними.

Сестринское вмешательство

Автор предлагает 4 направления
сестринских

вмешательств:

- ❖ Контроль или ограничения поведения какими –
то рамками;
- ❖ Защита от угроз и других факторов, вызывающих стресс;
- ❖ Торможение неэффективных реакций;
- ❖ Стимулирование к изменению поведения, партнёрство, помощь в виде опеки.

Оценка качества и результатов ухода

Нужно оценить результаты ухода в пределах
подсистемы

по поведению пациента.

Если сестринское вмешательство не привело к
ожидаемому результату, снова формулируются
новые

цели и новые вмешательства.

Роль медсестры

Является дополняющей по отношению к роли врача, но не зависит от неё.

Адаптационная модель К. Рой

Пациент – индивид, имеющий набор взаимосвязанных и влияющих на поведение систем: биологической, психологической и социальной.

Факторы, влияющие на уровень адаптации, называют раздражителями. Они бывают 3 типов:

- Очаговые (в окружении человека);
- Ситуационные (возникают при оказании сестринской помощи;
- Остаточные (результат прошлых переживаний)

Способы адаптации и проблемы, возникшие у пациента в процессе адаптации

Способ адаптации	Проявления адаптации
Физиологический способ	Шок, усталость, сонливость, снижения умственной деятельности, гипертермия
Я – концепция	Чувство вины, тревоги, агрессии
Роль –функция	Чувство неудачи, конфликтности
Взаимозависимость	Чувство отчуждения, отторжения, одиночества

Источники проблем пациента

Потребность в сестринском уходе возникает
в
том случае, когда окружению человека имеет
место
недостаток средств и возможностей для
использования того или иного способа
адаптации.

Направленность сестринского вмешательства

При обследовании пациента следует установить эффективные способы адаптации в тех случаях, когда его поведение даёт повод для беспокойства.

Медсестра изучает их в пределах 4 способов адаптации, а затем определяет раздражители, а также потребность в сестринском уходе.

Цель ухода

Медсестра совместно с пациентом намечает цели, позволяющие ему адаптироваться к изменяющейся окружающей среде, и конкретные цели, позволяющие расширить уровень адаптации конкретным способом.

Сестринское вмешательство

Направлено на раздражители, находящиеся
за
пределами уровня адаптации пациента, чтобы
изменить их.

Оценка качества и результатов ухода

При оценке качества ухода медсестра и
пациент
обращают внимание на положительные
сдвиги.

Роль медсестры

Способствовать адаптации человека в период
здоровья и болезни за счёт воздействия на
очаговые раздражители, которые попадают в
зону
того или иного способа адаптации.

Модель Д. Орем

Рассматривают человека, как единое целое.

Большое внимание уделяется личной ответственности человека за состоянием здоровья. Однако придаёт большое значение и

сестринским вмешательствам для профилактики заболеваний, травм, обучению.

Основные положения модели

Пациент – это единая функциональная система,

имеющая мотивацию к самоуходу. Автор выделяет

3 группы потребностей в самоуходе:

1. Универсальные (достаточное потребление воздуха, жидкости, пищи и т.д).
2. Потребности, связанные со стадией развития.
3. Потребности, связанные с нарушением здоровья.

Источники проблем пациента

Если потребности самоухода превышают возможности человека, возникает необходимость в сестринской помощи

Помощь осуществляется при активном участии пациента, его родственников.

Направленность сестринского вмешательства

Сестринское вмешательство должно быть направлено на выявленный дефицит самоухода и его причины. Причинами могут быть отсутствие знаний, непонимание важности самоухода.

Цель ухода

Краткосрочные, промежуточные
и
долгосрочные цели должны быть
сосредоточены на пациенте.

Сестринское вмешательство

Выделяет 6 способов сестринских вмешательств:

- ❖ Делать что-либо за пациента;
- ❖ Руководить пациентом;
- ❖ Оказывать физическую поддержку;
- ❖ Оказывать психологическую поддержку;
- ❖ Создавать среду для самоухода;
- ❖ Обучать пациента (родственников).

Оценка качества и результатов ухода

Оценка качества ухода должна проводиться прежде всего с точки зрения возможности пациента и его родственниками в последующем осуществлять самоуход.

Роль медсестры

Дополняющая к возможности
пациента осуществлять
самоуход.

Какую же модель использовать сейчас в нашей стране?

«В рамках Европейского регионального
бюро

ВОЗ сёстрам, планирующим применение
сестринского процесса, рекомендуется
использовать модель, учитывающую
физиологические, психологические и
социальные
потребности».