

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Ставропольский государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного
профессионального образования

ЛЕКЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Наименование дисциплины	Теория сестринского дела
Специальность	34.03.01 – Сестринское дело
Форма обучения	очная
Год начала подготовки	2025

ТЕМА 2	Разнообразие теорий сестринского дела
---------------	---------------------------------------

Лекционный материал по дисциплине «Теория сестринского дела»:

Разработаны:

зав. кафедры пропедевтики детских
болезней с курсом дополнительного
профессионального образования,
д.м.н., профессор



Безроднова С.М.

Обсуждены

на заседании кафедры пропедевтики
детских болезней с курсом
дополнительного профессионального
образования, зав. кафедрой, д.м.н.,
профессор



Безроднова С.М.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном
процессе для обучающихся по специальности 34.03.01 - Сестринское дело
2025 года набора очной формы обучения

Руководитель ОПОП ВО
Декан факультета гуманитарного и
медико-биологического
образования



Шишалова Т.Н.



Федько Н.А.

Лекционный материал по дисциплине «Теория сестринского дела»
размещен в ЭИОС университета в авторской редакции

Цель Ознакомить обучающихся с теорией сестринского дела

Учебные вопросы 1.Общая цель создания теорий.
2.Черты сходства и различия теорий.
3.Понятие о моделях сестринского дела.

Содержание лекции

Потребность в сестринском уходе универсальна, она необходима человеку от рождения до смерти. Медицинская сестра должна активно привлекать пациента, членов его семьи в удовлетворении потребностей в самоуходе, помогая ему сохранить свою самостоятельность, независимость.

Термин «самоуход» употребляется, когда речь идет о деятельности служб здравоохранения, участии членов семьи пациента, его друзей, групп самопомощи и взаимопомощи. Самоуход предполагает участие самого пациента направленную на удовлетворение его жизненно важных потребностей, в результате чего обеспечивается достаточный для него уровень здоровья.

1.Роль медицинской сестры в оздоровлении образа жизни пациента и его семьи

В программных документах ВОЗ сестринский персонал рассматривается как реальная сила, способная удовлетворить растущие потребности в доступной медицинской помощи. Появляются новые виды помощи, связанные не только с болезнями или патологическими состояниями, но и с проблемами сохранения и поддержания индивидуального и общественного здоровья. Многие проблемы здоровья связаны с образом жизни и привычками семьи, люди нуждаются в советах по вопросам профилактики заболеваний, здорового образа жизни.

В продолжении проводимой ВОЗ глобальной политике в области здравоохранения мировым сообществом принята новая программа «Здоровье для всех в 21 столетии», которая направлена на укрепление и охрану здоровья людей на протяжении всей их жизни, а не только в определенные ее периоды. При этом здоровье определяется как право всех людей и необходимое условие для благополучия, высокого качества жизни, и устойчивого экономического развития.

Роль медицинской сестры в профилактических мероприятиях определяет наличие вредных стрессовых факторов или иных пагубных для здоровья воздействий и принимает активные меры для того, чтобы предотвратить их влияние на здоровье семьи. Она помогает семье усилить резистентность к болезням, предоставляя необходимую поддержку и проводя соответствующую санитарно-просветительную работу, а также помогая членам семьи мобилизовать свои собственные ресурсы. Благодаря знаниям о семье и доверительным отношениям с членами семьи, медицинская сестра сможет выявлять проблемы пациента со здоровьем на самом раннем этапе их формирования и будет содействовать принятию неотложных мер для того, чтобы свести к минимуму воздействие этих проблем на пациента или на семью.

Роль медицинской сестры определяется целями сестринского дела, которые в различной степени должны разделять и другие работники системы здравоохранения. К таким целям относятся следующие:

- Помощь пациенту, его семье в определении и достижении физического, умственного и социального здоровья в связи с их социальным и экологическим окружением.
- Укрепление и сохранение хорошего здоровья, а также профилактике его отклонений.

- Вовлечение пациента в заботу о своем здоровье.
- Удовлетворение потребностей в физической, эмоциональной или социальной заботе в случае нездоровья, немощности или смерти.

Понятие модели сестринского дела

Модель - это образец, по которому что-то должно быть сделано. Модель сестринского дела - это направление на достижение цели. Сейчас сестринский персонал совместно с другими специалистами видит главную задачу в поддержании здоровья, предупреждении заболеваний, обеспечении максимальной независимости человека в соответствии с его индивидуальными возможностями.

Высококвалифицированная практикующая сестра должна иметь достаточно знаний и навыков, а также уверенности, чтобы планировать, осуществлять и оценивать результаты ухода, отвечающего потребностям конкретного пациента. При этом делает особый акцент на уникальность вклада сестринского ухода в выздоровлении, восстановлении здоровья.

В каждой модели по-разному отражено понимание сущности пациента как объекта сестринской деятельности, цели ухода, набора сестринских вмешательств и оценки результатов сестринского ухода.

В основе теории сестринского дела лежат основополагающие понятия, которые определяют сущность сестринской практики. К ним относятся:

- пациент как один из объектов деятельности сестринского персонала;
- источник проблем пациента;
- направленность сестринского вмешательства;
- цель ухода;
- способы сестринского вмешательства;
- роль сестры;
- оценка качества и результатов ухода.

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.

Модель Н.Роупер, В.Логан, А.Тайэрки

Авторы данной модели считают, что медицинская сестра должна сосредоточить свое внимание на наблюдаемых сторонах поведения человека, оценка сестринской деятельности основывается на видимых, измеряемых и поддающихся оценке результатов.

Авторы модели установили 12 видов повседневной жизнедеятельности, которые являются потребностями человека. Часть из них имеет биологическую основу, другие - культурную и социальную. Степень удовлетворения потребностей человека зависит от возраста, его социального статуса и культурного уровня.

Проявление повседневной жизнедеятельности.

1. Поддержание безопасной окружающей среды
2. Общение
3. Дыхание
4. Потребление пищи и жидкости
5. Выведение продуктов жизнедеятельности
6. Поддержание личной гигиены и опрятности в одежде
7. Регулирование температуры тела

8. Двигательная активность
9. Работа, досуг и развлечение
10. Сексуальность
11. Сон
12. Умирание

Применение модели Роупер, Логан, Тайэрни в сестринском процессе
Оценка состояния пациента.

Первичная сестринская оценка проводится для сбора данных о каждой потребности, затем медицинская сестра устанавливает:

- что пациент может делать в настоящее время;
- что пациент в обычной ситуации выполняет без затруднения;
- какие действительные проблемы существуют в настоящее время;
- какие потенциальные проблемы могут развиваться.

При планировании ухода медицинская сестра записывает действительные и потенциальные проблемы, цели ухода и сестринские вмешательства.
Сестринские вмешательства.

Должны:

- предупредить развитие потенциальных проблем;
 - уменьшить тревогу пациента;
 - предоставить возможность обращаться за помощью и принимать ее для удовлетворения нарушенной потребности
- помочь решить действительные проблемы.

Оценка качества и результатов ухода.

При проведении итоговой оценки медицинская сестра устанавливает, достигнуты ли поставленные цели и насколько полезной и эффективной оказалась данная модель сестринского дела в решении действительных проблем.

Модель Д. Джонсон

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

Применение модели Д.Джонсон в сестринском процессе

Оценка состояния пациента

На первом этапе сестринского процесса проводится первичная оценка состояния пациента. Медицинская сестра определяет, существуют ли проблемы, связанные с поведением пациента. На втором этапе сестринского процесса изучаются подсистемы, вышедшие из равновесия. Д.Джонсон предлагает выделить отдельно структурные (органические) и функциональные изменения, вызывающие проблему. Медицинская сестра решает, на что должно быть направлено сестринское вмешательство, для этого необходимо получить дополнительную информацию от родственников и лечащего врача.

Планирование ухода.

Установив нарушение равновесия в конкретных подсистемах, медицинская сестра вместе с пациентом определяет цель ухода.

Если проблема пациента связана с функциональными нарушениями, медицинская сестра определяет вмешательство, направленные на изменение окружающей среды, изменение мотивации пациента.

Для осуществления плана ухода устанавливаются краткосрочные, промежуточные и долгосрочные цели восстановления равновесия в подсистемах.

Сестринские вмешательства:

- ограничение поведения;
- защита пациента от неблагоприятных факторов окружающей среды;
- подавление неадекватных реакций пациента
- сотрудничество медицинской сестры с пациентом. Пациент должен представлять свою роль, свои действия в восстановлении здоровья.

Оценка качества и результатов ухода. Медицинская сестра описывает результаты сестринских вмешательств, указывая один из двух типов поведения, заранее предвидеть возможное поведение пациента, так как оно определяет, что вмешательство было успешным и цель достигнута.

Если ожидаемые результаты не достигнуты, медицинская сестра проводит переоценку поведения пациента в пределах каждой подсистем.

Сестринское вмешательство:

- защита пациента от неблагоприятных факторов окружающей среды (порекомендовать родственникам не участвовать и не настаивать на оказании помощи пациенту при ходьбе).
- подавление неадекватных реакций пациента (медицинская сестра может тормозить его неадекватное поведение, убеждая пациента, что его страх преувеличен).

Модель Д. Орем

В модели выделены три группы потребностей в самоуходе:

1. Универсальные:

- достаточное потребление воздуха;
 - достаточное потребление жидкости; в достаточное потребление пищи;
 - достаточная возможность выделения и потребности, связанные с этим процессом;
 - сохранение баланса между активностью и отдыхом;
 - предупреждение опасности для жизни, нормальной жизнедеятельности, хорошего самочувствия;
 - стимулирование желания соответствовать определенной социальной группе в соответствии с индивидуальными способностями и ограничениями.
 - время одиночества сбалансировано со временем в обществе других людей.
- Уровень удовлетворения каждой из восьми потребностей для каждого человека индивидуален.

Факторы влияющие на эти потребности: возраст, пол, стадии развития, состояние здоровья, уровень культуры, социальная среда, финансовые возможности.

2. Потребности связанные со стадией развития.

- Эти потребности удовлетворяются всеми взрослыми людьми (пациентом, его родственниками) поддающимися обучению и воспитанию.

3. Потребности связанные с нарушением здоровья:

- анатомические изменения (отеки, ожоги, раны и т.д.)
- функциональные физиологические изменения (одышка, тугоподвижность состава)
- изменение поведения или повседневных жизненных привычек (чувство безразличия, бессонница, внезапные изменения настроения).

Применение модели Д.Орем в сестринском процессе

Первичная оценка потребностей и возможностей пациента в самоуходе. Проводя первичное обследование состояния пациента, медицинская сестра определяет, нужна ли ее помощь. Для этого она должна собрать дополнительную информацию и

выяснить, почему возник дефицит самоухода. Осмотр и наблюдение, беседа помогут ей понять проблему пациента:

- недостаток знаний и умений;
- мотивация;
- ограничение (рамок) поведения, продиктованного общественными и культурными нормами.

Планирование сестринского ухода. Сестринский уход планируется в зависимости от возможностей самоухода самого пациента и его родственников.

Оценка эффективности сестринского ухода.

Оценивая эффективность сестринского ухода, прежде всего учитывается, что достигнуто самим пациентом к назначенному ими совместно времени. Сестринский уход считается эффективным, если удастся сохранить или восстановить равновесие между возможностями и потребностями в самоуходе.

Пример:

Пациент находится на лечении в травматологическом отделении с диагнозом перелом костей левой голени, пациенту наложен гипс.

При первичном обследовании пациента медицинская сестра может предположить, что пациент не в состоянии сразу передвигаться на костылях без посторонней помощи.

В данном случае, имеется нарушение равновесия между некоторыми универсальными потребностями пациента и его возможностями осуществлять самоуход (активно двигаться, посещать туалет, принимать душ), то есть пациент нуждается в посторонней помощи.

Планирование сестринского ухода будет в рамках частично компенсирующей и обучающей систем. Пациент сможет самостоятельно удовлетворить универсальные потребности в воздухе, пище, жидкости, но он нуждается в помощи при передвижении для удовлетворения других универсальных потребностей. Медицинская сестра планирует обучение пациента безопасным навыкам передвижения, чтобы предупредить риск повторной травмы.

Сестринское вмешательство направлено на восстановление равновесия между возможностями и потребностями в самоуходе. Медицинская сестра частично помогает одеваться и раздеваться пациенту, одновременно она обучает его безопасному перемещению на костылях, а также новым умениям и навыкам, позволяющим со временем одеваться и перемещаться самостоятельно.

Модель В. Хендерсон

Данная модель акцентирует внимание сестринского персонала на физиологические потребности, а затем на психологические и социальные потребности, которые могут быть удовлетворены благодаря сестринскому уходу. Главное в этой модели - участие самого пациента в планировании и осуществлении ухода.

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 из организма продукты жизнедеятельности.
4. Двигаться и поддерживать нужное положение.
5. Спать, 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 опасности 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.

Модель В.Хендерсон предусматривает непременно участие пациента во всех этапах сестринского процесса.

На первом этапе сестринского процесса медицинская сестра совместно с пациентом устанавливает, какие из 14 повседневных потребностей следует удовлетворить в первую очередь. Принимать решения за пациента, медицинская сестра может только в том случае если пациент не в состоянии этого сделать.

Планирование ухода.

Пациент должен полностью и самостоятельно удовлетворять свои повседневные потребности, поэтому долгосрочная цель ухода заключается в том, чтобы добиться у пациента максимальной независимости.

Поставленная цель должны быть реалистичной и измеримой, чтобы можно было оценить успешность или неуспешность сестринского вмешательства.

Сестринское вмешательство.

Оно направлено на укрепления здоровья пациента, полное решение задач, поставленных перед ним. В конечном итоге вмешательство предполагает помощь пациенту в достижении им независимости насколько это возможно.

Оценка результатов ухода.

Итоговую оценку выполнения плана по уходу, начинают с оценки каждой повседневной потребности, при удовлетворении которой были выявлены проблемы. При недостижении цели, изменяют формулировки цели и планируют новые сестринские вмешательства.

Например:

Пациент находится на лечении в терапевтическом отделении, в течении трех дней у него нарушен сон.

При первичной оценке состояния пациента, медицинская сестра должна выяснить причину нарушения сна (неудобная постель, непроветриваемое помещение, храп соседа по палате, беспокойство перед обследованием или операцией).

Планирование ухода за пациентом предусматривает; обучение упражнениям по расслаблению, проветривание помещения перед сном, прогулки перед сном, перевод пациента в другую палату.

Сестринское вмешательство предполагает помощь пациенту в достижении им независимости насколько это возможно.