

МОДЕЛИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА СОВРЕМЕННОСТИ

Т.В. Матвейчик¹, Е.М. Тищенко², Г.Е. Пецевич-Щенсна³

¹*Белорусская медицинская академия последипломного образования;*

²*Гродненский государственный медицинский университет;*

³*Люблинский государственный медицинский университет*

Общество осознало, что существующее состояние развития медицины, требующее использования новой аппаратуры и технологий потребовало иного качества знаний медицинских сестер, определяемое уровнем профессионального образования. Появление терминов «сестринский процесс», «сестринский диагноз», «сестринский уход» заставляют искать необходимую информацию в профессионально состоятельных источниках. Связанный с 1859 г. с именем Ф. Найтингейл, сестринский уход в мире содержит две области деятельности — уход за больными и здоровыми людьми, как «поддержание человека в таком состоянии, при котором болезнь не наступает», в то время как поддержка пациенту — «помощь страдающему от болезни жить наиболее полноценной жизнью, приносящей удовлетворение». В связи с ростом престарелых лиц в нашей стране и в мире выявилась проблема обеспечения им достойного качества жизни [3, 4].

Материал и методы. Развитие сестринского дела в мире сопровождалось комплексом мероприятий, среди которых было издание первого научного журнала. В Республике Беларусь в настоящее время издается 2 научно-практические журнала. Благоприятные условия для развития науки в США позволили защитить первые программы докторантуры по сестринскому делу (1960), к концу 70-х гг. насчитывалось около 2 тыс. сестер с ученой степенью доктора наук. Создана Национальная Академия сестринских наук и Национальный центр сестринских исследований (1985). Зарубежный опыт способствовал тому, что в Российской Федерации (1999) была защищена первая диссертация Г.М. Перфильевой, эксперта ВОЗ в настоящее время, которая за развитие концепции сестринской службы получила ученую степень доктора медицинских наук по специальности «общественное здоровье и здравоохранение», минуя кандидатскую степень. В нашей стране выпускница Гродненского госмедуниверситета защитила диссертацию по сестринскому делу в Республике Польша (2002), следующая диссертация защищена в г. Витебске (2005). У медицинских сестер всего мира пробуждается чувство профессионального самосознания, они постепенно становятся равноправными участниками преобразований национальной системы здравоохранения и членами международного сестринского сообщества [1].

Модель сестринского дела (ухода) — систематический, логический, научно-обоснованный набор понятий, составляющий элементы сестринской практики. Деятельность сестер милосердия Крестовоздвиженской общины сестер милосердия относится к 1854 г. и связана с именем императрицы Марии Федоровны. Созданный ей институт сердобольных вдов был предшественником российских общин сестер милосердия. В 1804 г. мечта императрицы об «организованном» привлечении вдов к служению немощным и обездоленным была воплощена в Москве, а в 1813 г. — в Санкт-Петербурге. Это стало началом «организованной» практики по сестринскому уходу в России и примером милосердного служения для мира.

В западной Европе в конце XIX в. Фл. Найтингейл предложила модель, характеризующую сестринское дело, как «действие по использованию окружающей пациента среды в целях содействия его выздоровлению». О модели сестринского ухода как образце построения чего-либо, споры ученых о том, какой из имеющихся 30 вариантов предпочтительнее, продолжаются [3].

Врачебная (медицинская) модель сестринского ухода знакома большинству, поскольку на нее ориентирована подготовка в колледже. В современном врачебном (лечебном) вмешательстве внимание концентрируется на установлении анатомических, физиологических и биохимических причин и проявлений заболевания, что преуменьшает или игнорирует политические, социальные и экономические факторы причины болезни. Согласно такой модели пациент представляет собой набор анатомических органов (сердце, легкие, желудок и пр.) и физиологических систем (дыхания, кровообращения, пищеварения и т. д.). При этом социальные и психологические особенности поведения человека являются следствием изменений в физиологических и биохимических системах организма, следовательно, пациент рассматривается как «пассивный носитель болезни», что принижает значение его личности.

Модель сестринского ухода В. Хендерсон (потребностей) (1966) основана на учете нужд пациента, акцентирует внимание сестры на биологических, психо-социальных факторах, которые удовлетворяют благодаря ее уходу. Непременным условием является участие в планировании и осуществлении ухода пациента, имеющего фундаментальные потребности, являющиеся одинаковыми для всех людей: «...Вне зависимости от того, болен человек или здоров, сестра всегда должна иметь в виду жизненно важные потребности человека в пище, крове, одежде; в любви и доброжелательности, в чувстве необходимости и взаимозависимости в условиях общественных отношений...». Автор приводит 14 фундаментальных потребностей, в удовлетворении которых здоровый человек, как правило, не испытывает трудностей. В период болезни, беременности, детства, старости, при приближении смерти человек может быть не в состоянии удовлетворить эти потребности самостоятельно. Именно тогда сестра помогает «...человеку, больному или здоровому, в выполнении тех функций, которые

поддерживают его здоровье, или способствуют его выздоровлению (или в момент его ухода из жизни) и которые этот человек выполнил бы без посторонней помощи, будь у него силы, желания или знания...». Во все времена сестринский уход должен быть направлен на скорейшее восстановление независимости человека. Недостатком модели является игнорирование отдельных социальных потребностей пациента.

Модель сестринского ухода Н. Роупер, В. Логан, А. Тайэрни (проявлений повседневной жизнедеятельности) (1976) базировалась на достижениях в области физиологии, психологии и сестринского дела. Авторы использовали перечень универсальных потребностей людей, считали, что сестра должна сосредоточить внимание на наблюдаемых сторонах поведения человека, а оценка успешности ее деятельности основывается на видимых, измеряемых и поддающихся оценке результатах. Рассматривая человека как объект сестринской деятельности, Н. Роупер впервые установила 16 видов повседневной жизнедеятельности (фундаментальных потребностей), впоследствии сократив список до 12 потребностей человека. Часть из них имеет биологическую основу, другая — культурную и социальную базу, степень удовлетворения тех или иных потребностей зависит от возраста пациента, социального статуса и культурного уровня.

В модели сестринского ухода Д. Джонсон (поведенческой) (1968) предлагается радикально уйти от врачебных представлений о человеке и сосредоточить помощь на поведении людей, а не на их потребностях, что отличает ее от моделей других авторов (В. Хендерсон и Н. Роупер). Пациент, согласно этой модели, «индивид, имеющий набор взаимосвязанных систем поведения, каждая из которых стремится к балансу и равновесию внутри себя». Человек имеет 7 главных подсистем, изменяющих его поведение, базирующееся на стремлении достичь определенных целей на основе прошлого опыта. Результат ухода зависит от восприятия поведения и оценки возможности его изменения. Поведение, выбираемое человеком, определяется предрасположенностью к определенному типу установки. Различают два основных типа поведения пациента: установки, создаваемые действиями и объектами вокруг человека и создаваемые прошлыми привычками.

Адаптационная модель сестринского ухода К. Рой (1976) тоже использует достижения в области физиологии и социологии. Пациент — это индивид, имеющий набор взаимно связанных биологических, психологических и социальных систем, влияющих на поведение. К. Рой полагает, что для физиологических и психологических систем существует состояние относительного равновесия, которого человек стремится достичь и адекватно справляться с переживаниями. Для каждого пациента этот диапазон уникален. Согласно модели — есть уровень адаптации, а все раздражители, попадающие в него, встречают более благоприятную реакцию, чем оказавшиеся за ее пределом. Автором названы факторы, влияющие на уровень приспособляемости раздражителя, которые бывают 3 типов: очаговые — находящиеся в окружении человека; ситуационные — возникающие при оказании помощи рядом с очаговым влиянием; остаточные — как результат прошлых переживаний, верований, взаимоотношений. При сочетании с очаговыми и ситуационными факторами раздражители влияют на уровень адаптации.

Модель сестринского ухода Д. Орэм (дефицита самостоятельного ухода) (1971) в отличие от моделей Д. Джонсон и К. Рой рассматривает человека как единое целое. Она основана на принципах самостоятельного ухода, который Д. Орэм определяет как «...деятельность по сохранению жизни, здоровья и благополучия, которую люди начинают и осуществляют самостоятельно...». В предлагаемой модели ухода уделяется внимание личной ответственности человека за состояние собственного здоровья, придается большое значение вмешательству для профилактики заболеваний, травм и обучения. Взрослые люди должны рассчитывать на себя и нести определенную ответственность за своих иждивенцев. Эта модель поведения сестер находит все больше последователей в настоящее время, поскольку делает акцент на профилактической работе с пациентом [5, 6]. Согласно модели, пациент — единая функциональная система, имеющая мотивацию к самостоятельному уходу, который осуществляется человеком независимо от того, здоров он или болен. Уровень удовлетворения каждой из 8 универсальных потребностей для каждого человека индивидуален, зависит от факторов, влияющих на эти потребности: возраста, пола, стадии развития, состояния здоровья, уровня культуры, социальной среды, финансовых возможностей. В поправках к Закону «О здравоохранении» появился термин «медицинская профилактика», позволяющий в большей степени ориентировать и мотивировать население на сохранение здоровья и стремление отказаться от вредных привычек. Предложенные модели сестринского ухода объединяют: центральное место пациента как главного объекта деятельности; источник проблем пациента; цель сестринского ухода; направленность и способы сестринского вмешательства, роль медицинской сестры, оценка качества и результатов ухода. Из существующих моделей каждая имеет свои преимущества и не лишена недостатков, которые оставляют простор думающим медицинским сестрам в применении той или иной модели по ситуации оперативной ситуации течения болезни у пациента.

В рамках Европейского регионального бюро ВОЗ сестрам, планирующего применение сестринского процесса, рекомендуется использовать модель, учитывающую физиологические, психологические и социальные потребности» (пациента и его семьи — прим. авт.). Преимуществом использования модели ВОЗ является перенос акцента сестринской помощи с аспектов болезни на аспекты здоровья, что отражено в Направлениях стратегического развития здравоохранения Республики Беларусь на 2011–2015 гг. В целях

оказания помощи отдельным людям, группам лиц и населению с различным состоянием здоровья сестры производят оценку физиологических, психологических и социальных аспектов здоровья человека в отношении его потребностей. В самопомощи — что может сделать человек для удовлетворения собственных медико-санитарных потребностей; в помощи на дому — что может сделать семья или другие люди для удовлетворения комплекса медико-санитарных потребностей человека; в профессиональной помощи — какой вклад может внести сестра в оказание помощи человеку». Существуют несколько видов помощи пациентам в самообслуживании. Самостоятельная помощь (самообслуживание) необходима человеку для выполнения им ежедневной деятельности, оказывающей влияние на здоровье и благополучие. Как правило, человек заботится о себе «добровольно» и не нуждается в профессиональной помощи. Сестра должна уметь определить, когда пациент сможет возобновить самообслуживание, и поощрять его к этому [1, 2]. Помощь на дому (патронажное, попечительское обслуживание) — «вид помощи, которая оказывается человеку на дому его родственниками, друзьями или знакомыми». Страдающие хроническими заболеваниями, инвалиды могут находиться дома, помощь им способствует проявлению заботливого отношения людей друг к другу. Роль сестры сводится к консультации, опекунству (частично) и обучению [3, 5]. Профессиональный уход — помощь, требующая специальных знаний и оказываемая в лечебно-профилактических организациях и на дому [2, 3].

Заключение. Исследования (1970) определили три идеологии сестринского дела: ремесленническую, профессиональную и опекунскую. В нашей стране действует профессиональная идеология по отношению к роли медицинской сестры в оказании помощи пациенту, что подтверждает шкала профессионального статуса по Ф. Барру, отводящая этой профессии 10.86–16.28 балла. В рамках реформы сестринского дела, начатой в России в 1993 г. и поддержанной в Беларуси с 2001 г., предстоит совершенствовать идеологию сестринского дела в рамках профессиональной модели, что возможно при освоении нового вида деятельности — сестринского процесса. Организациям здравоохранения ВОЗ рекомендует использовать модель сестринского ухода В. Хендерсон, что не исключает применения других моделей. Значение моделей сестринского ухода многообразно: для обучения сестер, проведения научных исследований, в практической деятельности, обеспечения сестринского процесса, помогают сестре расставить акценты ухода, спланировать вмешательство, улучшающее качество жизни пациента и позволяющее дать оценку ее вмешательству. В зависимости от состояния пациента и его анамнеза сестре следует применять адекватную модель ухода, что обеспечит лучшее качество жизни больного человека и происходит в русле гуманистических традиций медицины.

MODELS OF NURSING CARE IN MODERN WORLD

T.V. Matveichik, E.M. Tischenko, G.E. Petsevich-Schensna

Comparative characteristics of nursing care models in modern world have been proposed. This is necessitated by a growing need of the aging population for care, as well as the need for improving and popularizing the work of a medical nurse.

Field of application: nursing business, pedagogics.

Литература

1. Матвейчик, Т.В. Организация сестринского дела: учеб. пособие / Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова. — Минск: Выш. шк., 2006. — 301 с.
2. http://www.belmapo.by/downloads/oziz/2012/nursing_management_in_a_hospital.pdf.
3. Организация медико-социального ухода за пациентами на дому: учеб. пособие / Т.В. Матвейчик [и др.]. — Минск: Адукацыя і выхаванне, 2011. — 368 с.
4. Медико-социальная помощь пожилым / И.Н. Мороз [и др.]. — Минск: Попурри, 2013. — 232 с.
5. <http://med.by/content/ellibsci/belmapo/matvosp.pdf>.
6. Содействие здоровому образу жизни: учеб.-метод. пособие / Т.В. Матвейчик [и др.]; науч. ред. Т.В. Матвейчик. — Минск: РИПО, 2011. — 276 с.