

Приветствую всех собравшихся!



**Собираемся, утепляемся и
успокаиваемся!**

Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
«Центр непрерывного профессионального медицинского развития Ленинградской
области».



Основы реаниматологии

Модели сестринского ухода.

Сляднева Н. С.

Санкт-Петербург
2020

Прежде, чем начать...



Ваш лектор



**Сляднева Наталия
Сергеевна**

м.тел.: 8-981-942-44-78

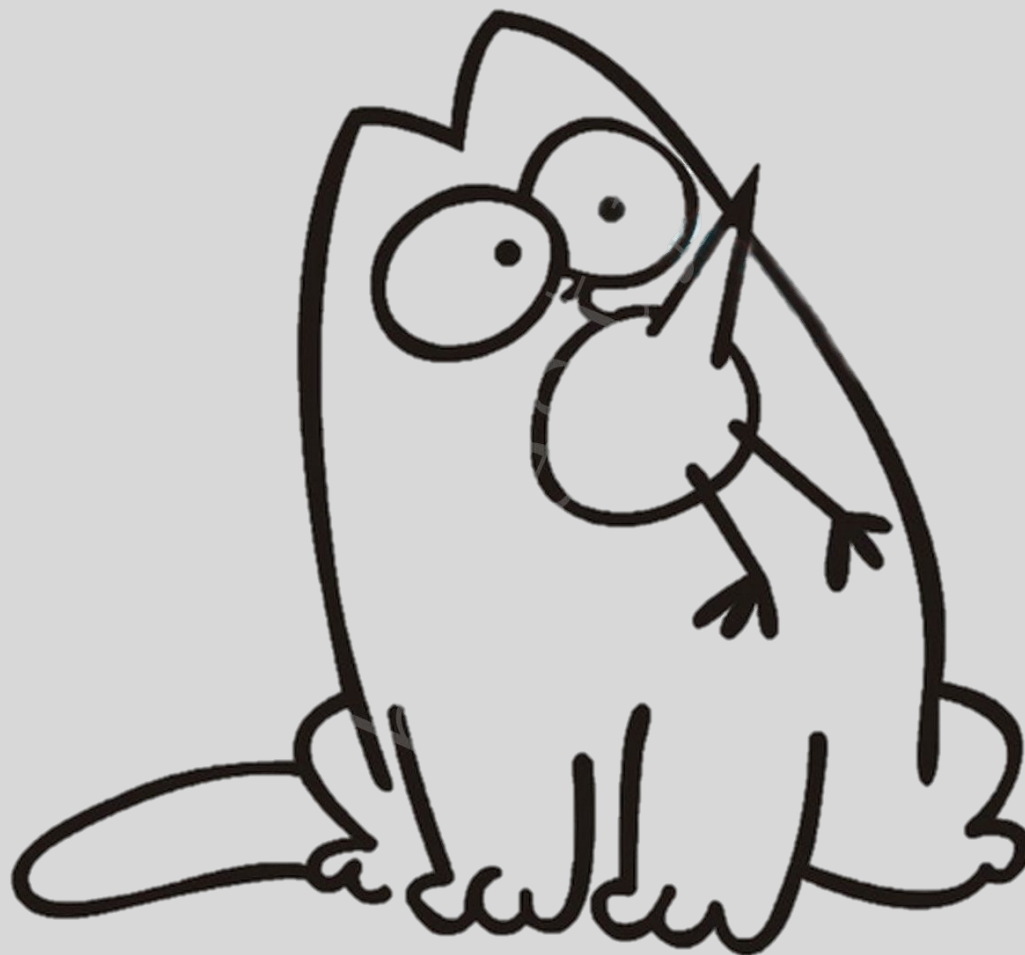
e-mail: slyadneva@med-lo.ru

Помните!

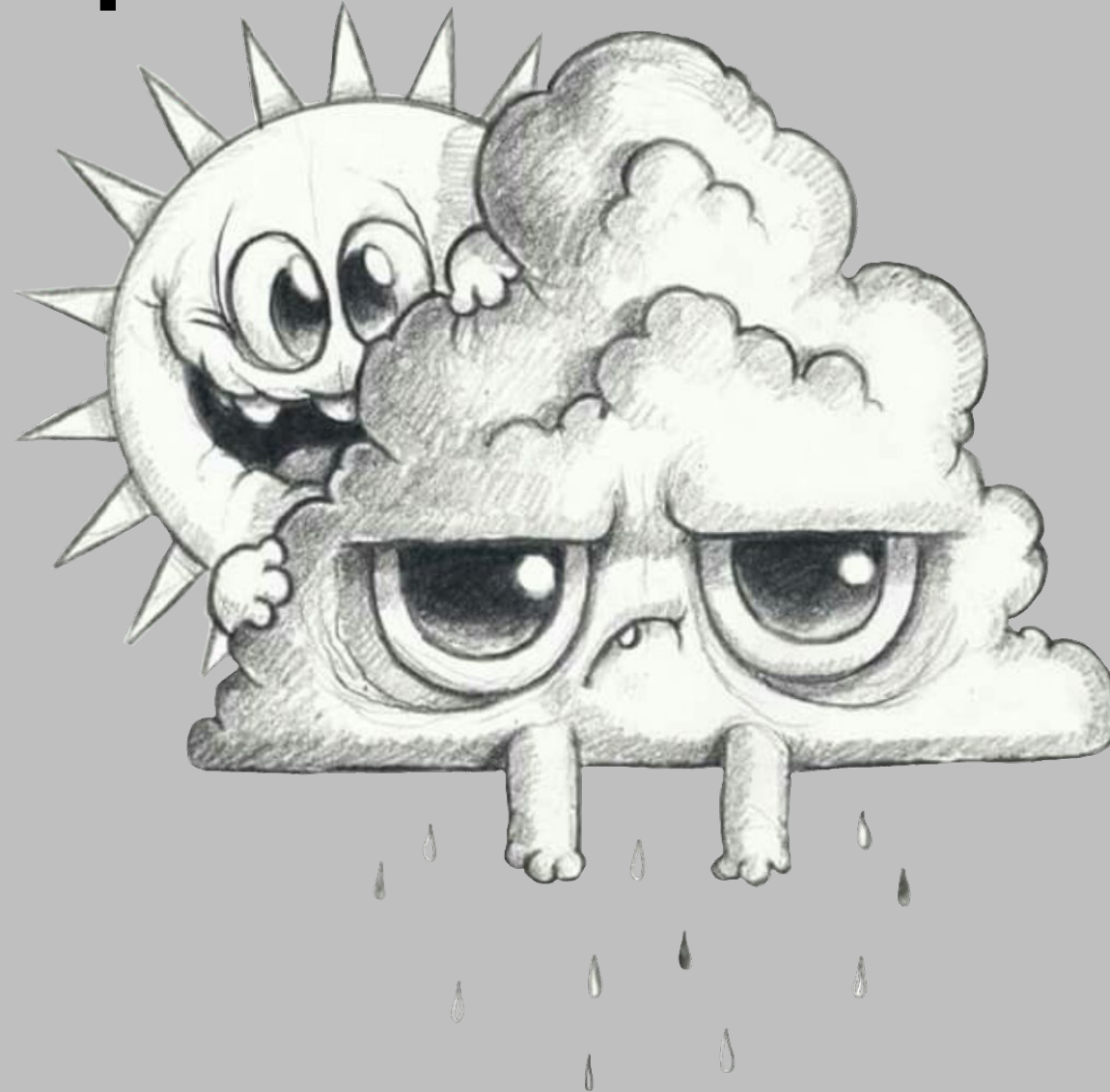
- Никаких телефонов и гаджетов – жизнь не даст вам время их достать!
- Никаких подсказок и наводок – в экстренной ситуации их не будет!
- Преподаватель видит все – у него самое удобное место!



Давайте вспомним, что было раньше



Проверка остаточных знаний



**Вы справились!
Молодцы!**

**Перейдем к
теме!**



Вернемся к основам...



Теория сестринского дела

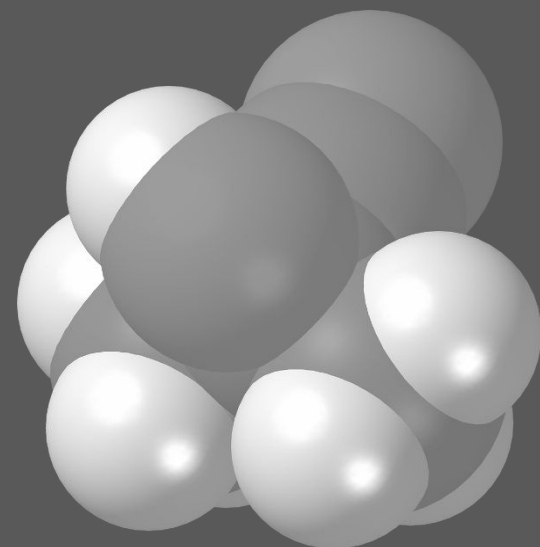
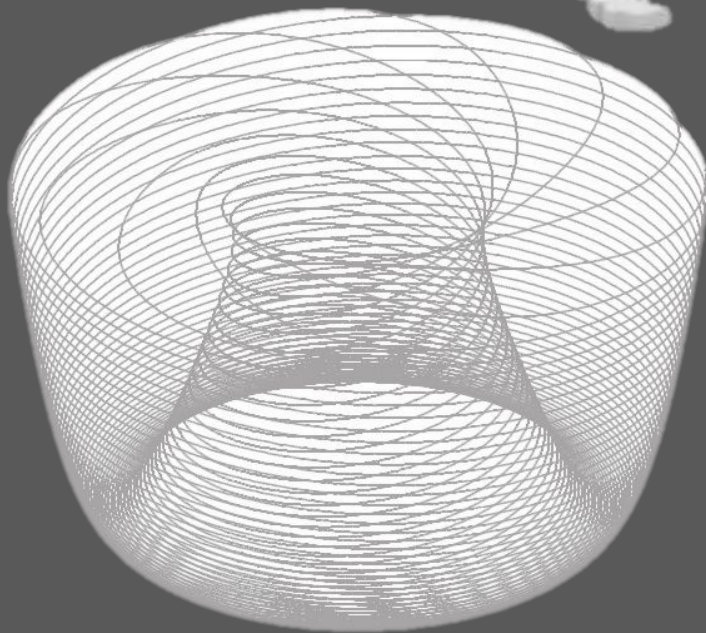


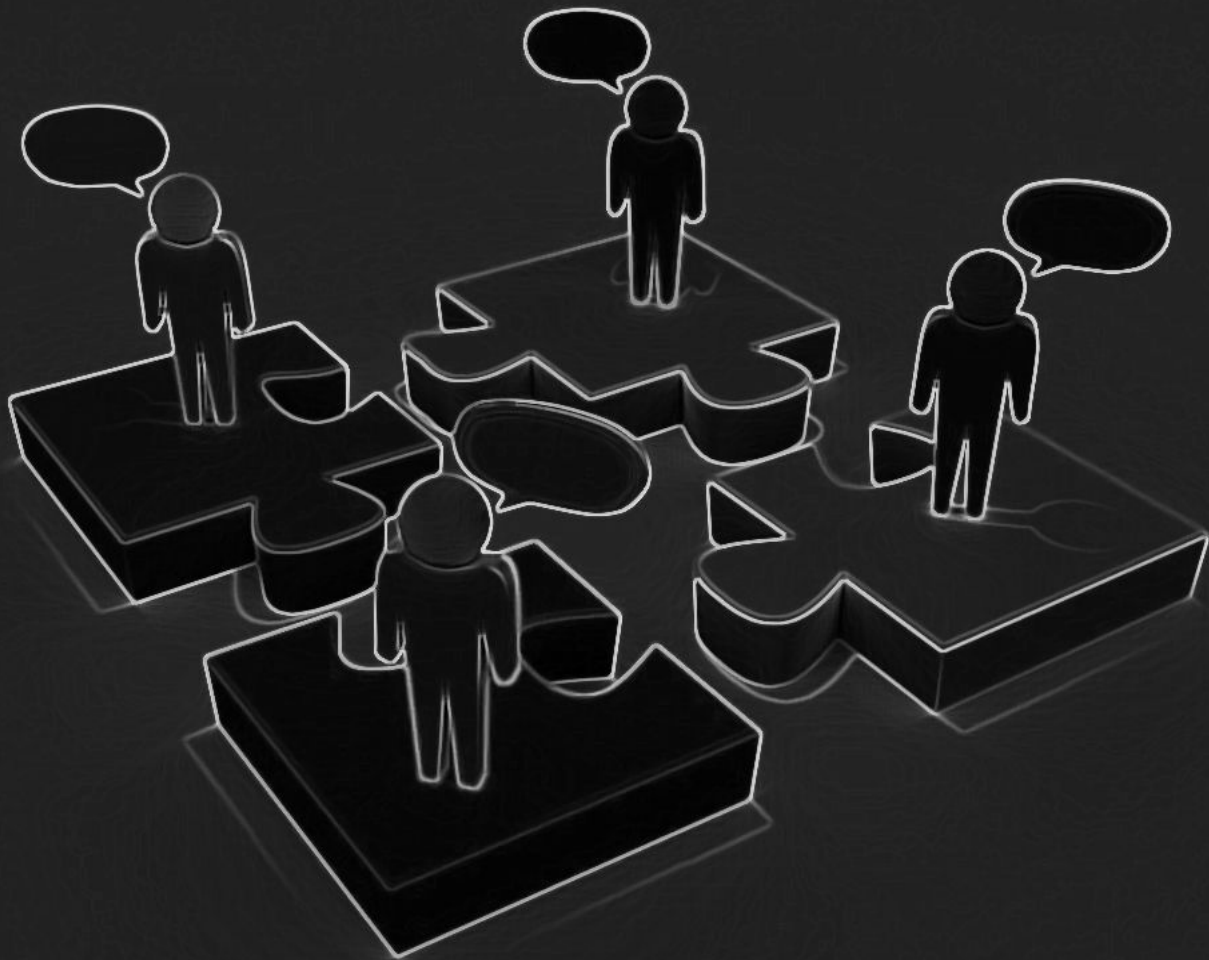
Комплексная дисциплина, призванная дать ответ на наиболее общие вопросы сестринской науки и практики.

Разделы теории сестринского дела:

1. История сестринского дела.
2. Философия сестринского дела.
3. Деонтология сестринского дела.
4. Модели сестринского ухода.
5. Сестринский процесс.
6. Обучение в сестринском деле.

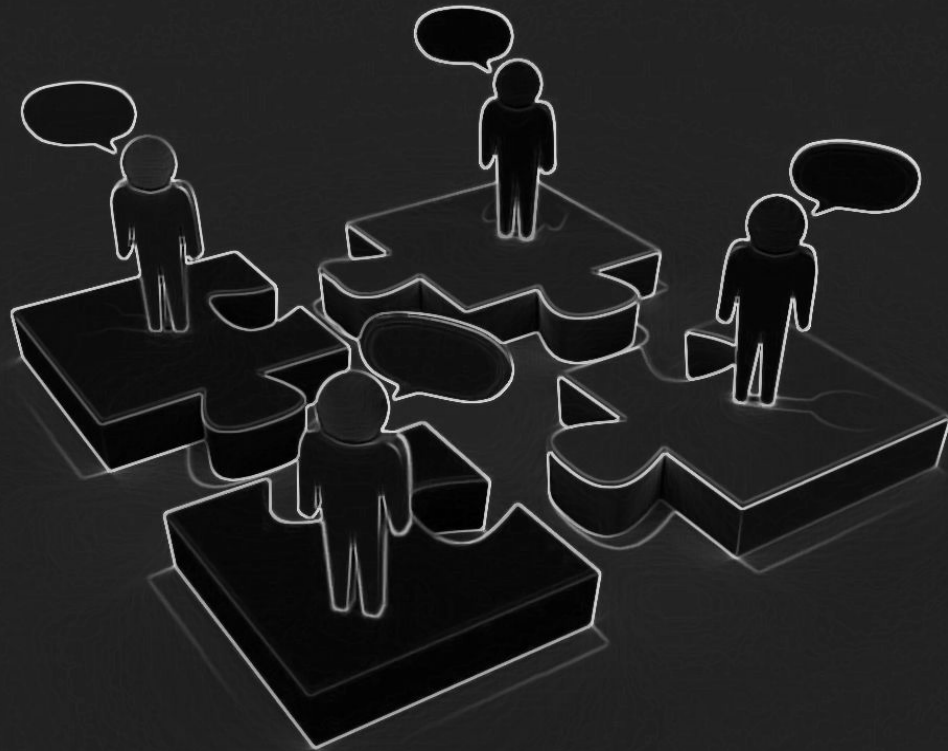






Модели сестринско го ухода

Модель сестринского ухода



Это систематически
построенный,
научно
обоснованный и
логически
связанный набор
понятий, которые
составляют
элементы
сестринской
практики.

History



of medicine

Развитие истории сестринского дела:

Древнейшая история.
Древняя история.
Новая история.
Новейшая история.

Развитие философии сестринского дела:

Монахиня.
«Служитель»
пациента.
Помощник врача.
Самостоятельное
звено.

**Параллельное
движение**

А следовательно...



**Формирование
моделей
сестринского
ухода изменялось
параллельно
истории!**



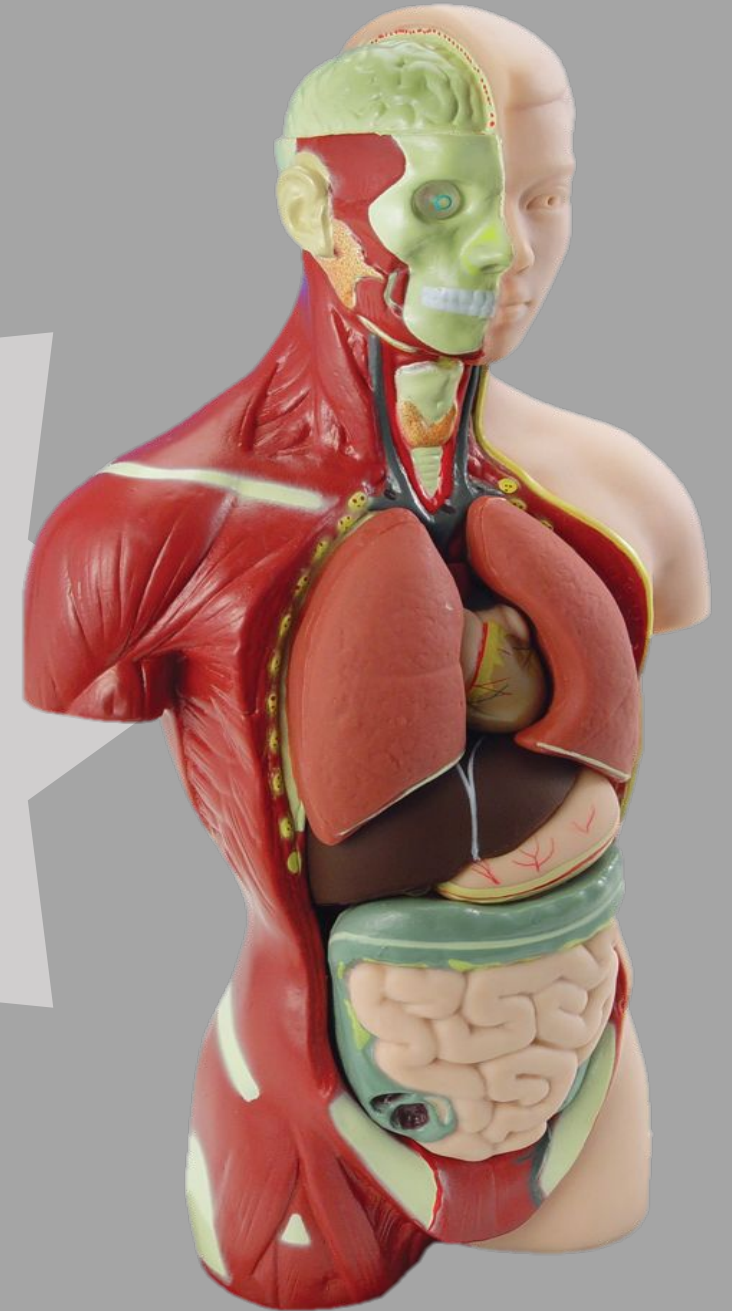


**Человек –
это сосуд с
жидкостью**





**Человек –
это живое
существо и
состоит из
частей!**





**Болезни – это
угроза жизни
человека, у
которой есть
свои законы!**



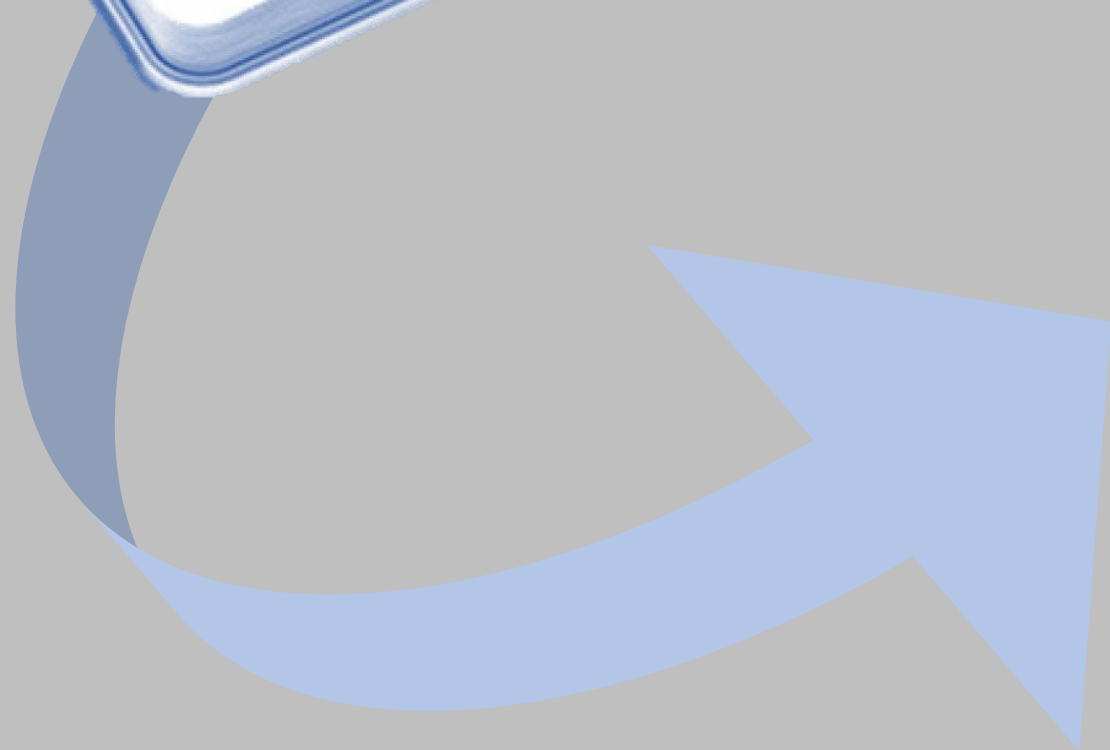
**Болезни – это
наказание
Божье за
ваши грехи!!!**



**У человека есть
душа и тело.
Тело может
болеть
независимо от
души.**



**Что-то
изменяется, но
что-то остается
прежним...**



Что остается неизменным?

1. Пациент как объект деятельности сестринского персонала.
2. Источник проблем пациента.
3. Направленность сестринского вмешательства.
4. Цель медицинского ухода.
5. Способы сестринского вмешательства.
6. Роль медицинского персонала.
7. Оценка качества и результатов ухода.





**Не стоит
бояться
огромного,
просто сделай
из него много
малого!**

Пациент



Пациент всегда
прежде всего
человек, а значит
ему присущи все
качества человека.

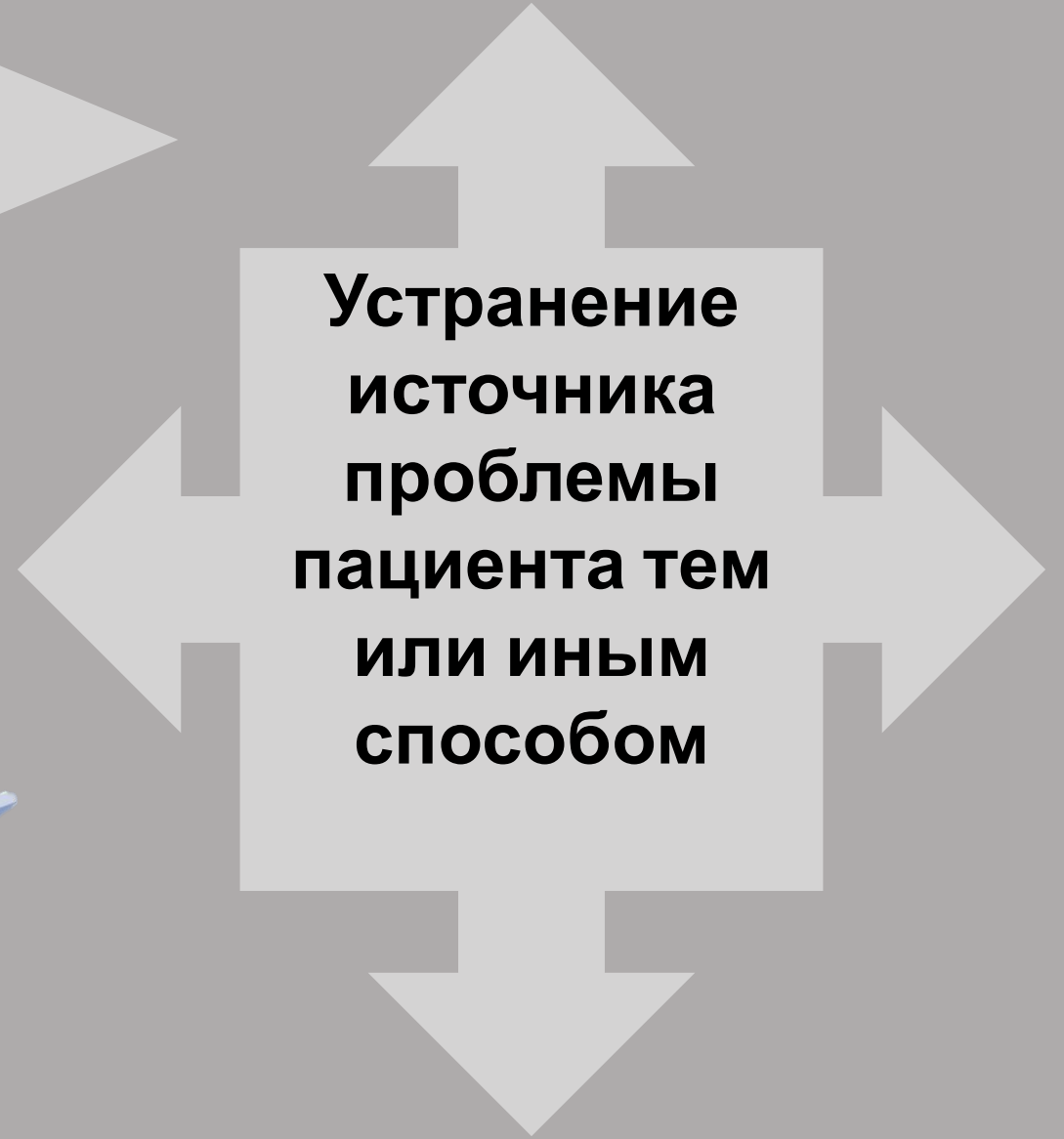
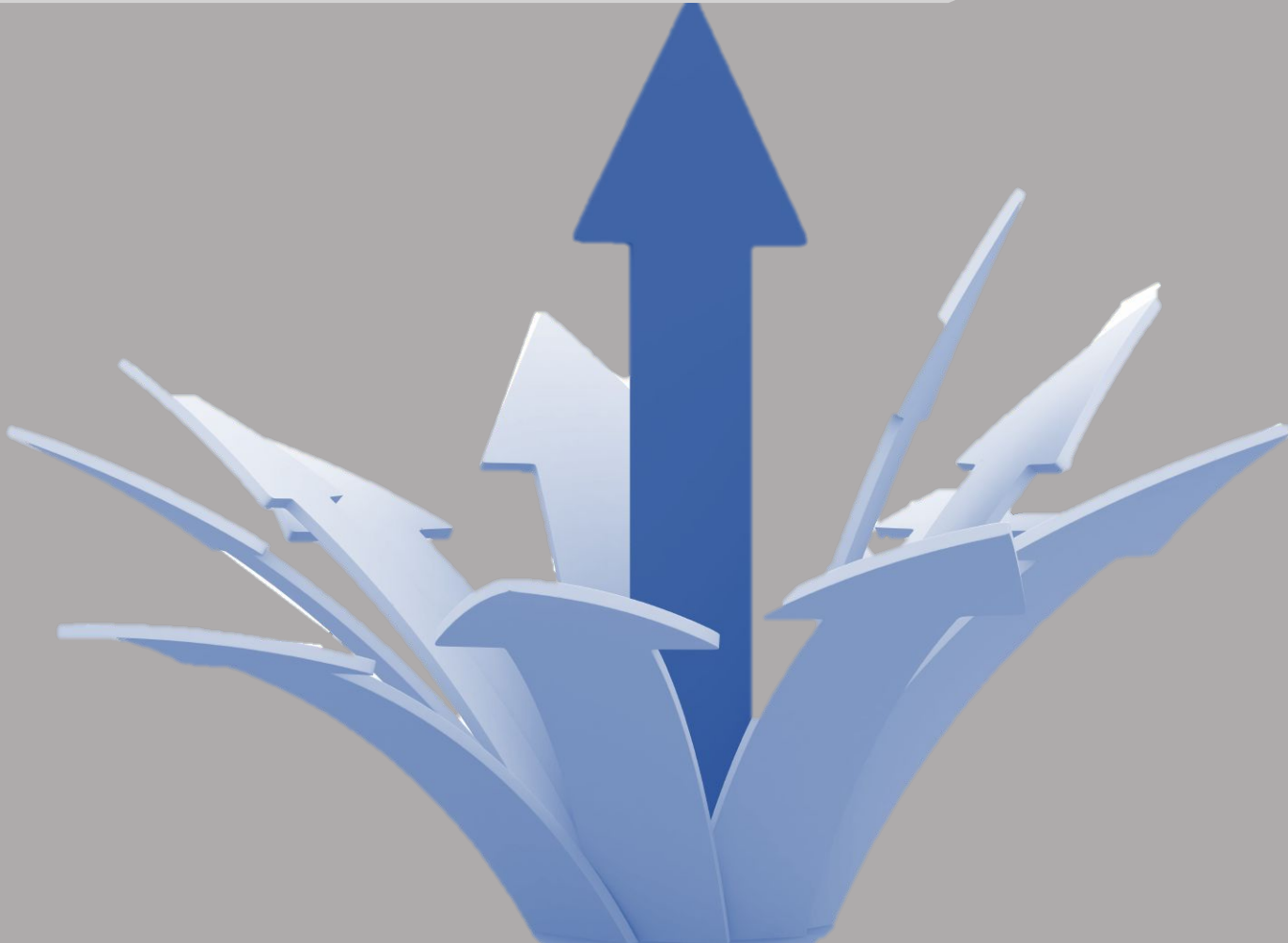
Источник проблем пациента



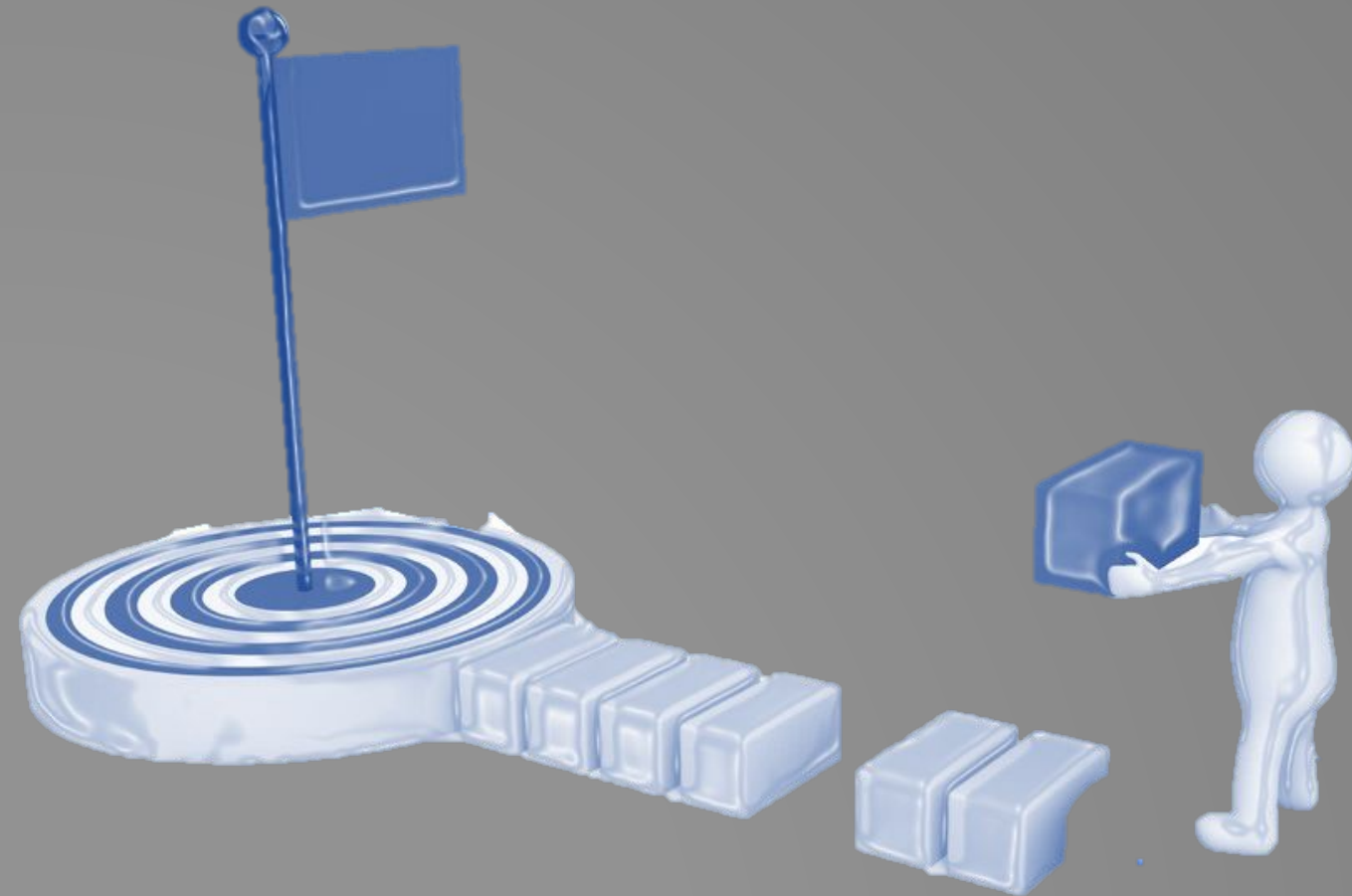
1. Нарушение процессов адаптации.
2. Нарушение психологического равновесия.
3. Нарушение функций органов и систем.

Направление сестринского вмешательства

Устранение
источника
проблемы
пациента тем
или иным
способом



Цель сестринского ухода



- Краткосрочные, промежуточные, долгосрочные.
- Всегда осуществление сестринского вмешательства.

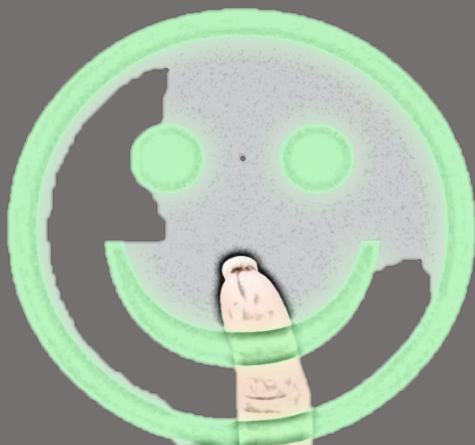
Способы сестринского вмешательства

Поиск способа
осуществлени
я
сестринского
вмешательств



а

Оценка качества и результатов исхода



1. Достигнута ли цель?
2. Все ли функционирует?
3. Все ли вернулось к исходному состоянию?
4. Все ли было целесообразным?

Роль медицинской сестры



Абрахам Харольд Маслоу



Вспомним,
что у каждого
человека
есть...

Потребности!!
!



ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОТРЕБНОСТИ

(голод, жажда половое влечение и другие)

1. Нормальное дыхание
2. Питание и питьё
3. Физиологические отправления
4. Сон
5. Движение
6. Поддержание нормальной температуры тела

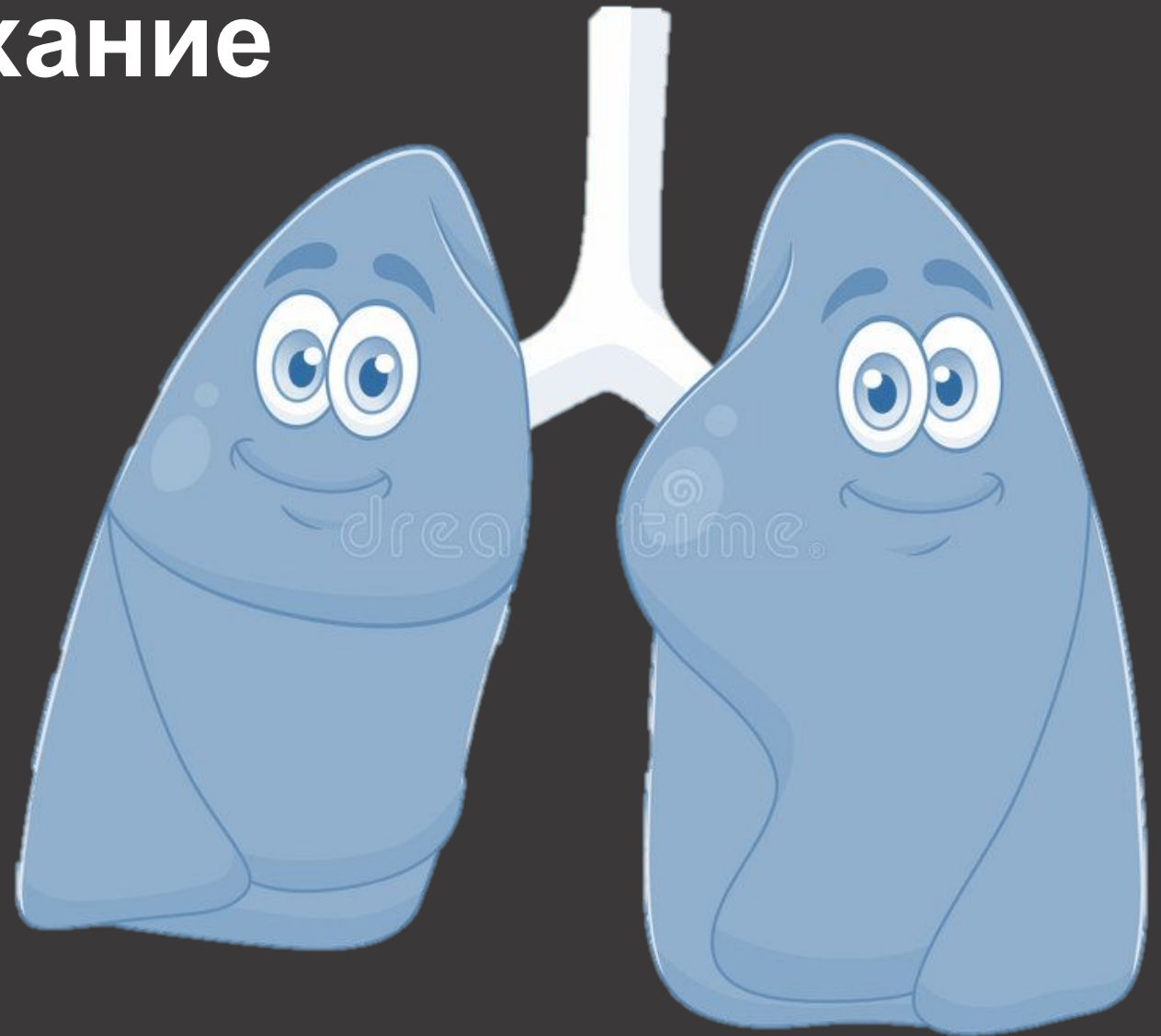
Как мы будем оценивать потребности?

1. Содержание потребности.
2. Признаки нарушения потребности.
3. Проблемы пациента.
4. Цели сестринского ухода.
5. Сестринский уход.
6. Оценка результатов сестринского ухода.



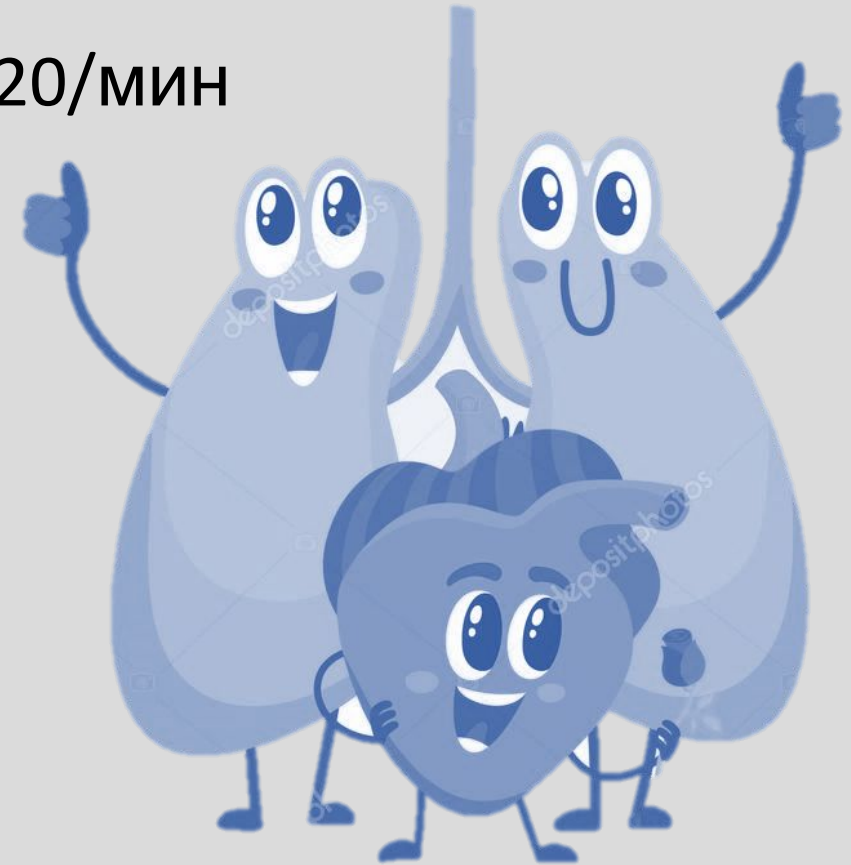
Дыхание

Это совокупность процессов, которые обеспечивают доставку кислорода из внешней среды к тканям и выведение накопленной двуокиси углерода из организма, согласно метаболическим потребностям организма.



Характеристики дыхания

- Частота дыхательных движений (ЧДД) – 16-20/мин
- Глубина дыхания.
- Ритмичность дыхания.
- Субъективная оценка пациента.

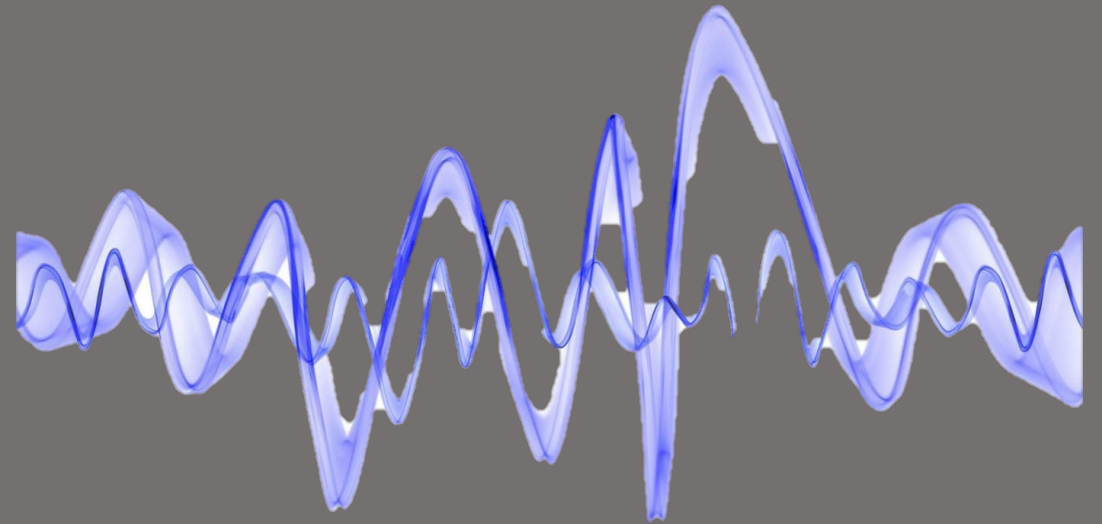


Нарушение частоты дыхания

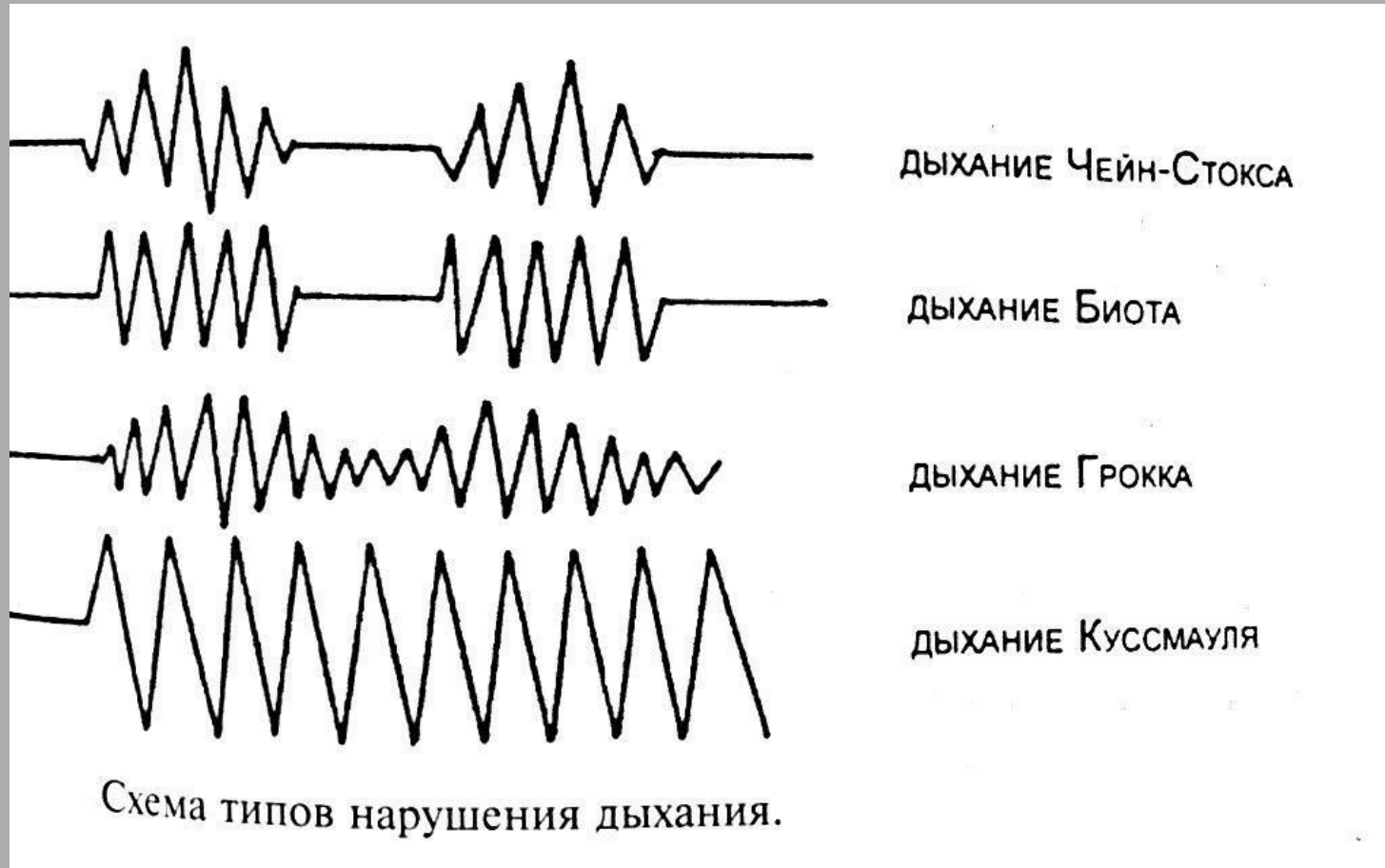
Учащение – тахипноэ (>20/мин)

Урежение – брадипноэ (<16/мин)

Отсутствие – апноэ (0/мин)



Нарушение ритма дыхания



Нарушения качества дыхания

- Кашель
- Кровохарканье
- Боль



Субъективная оценка пациента

Одышка – субъективное ощущение нарушение дыхания.

- Экспираторная
- Инспираторная
- Смешанная





**А если
пациент не
признается**



Признаками любой (по локализации) боли могут быть:

- Голосовые реакции.
- Выражение лица.
 - Телодвижения.
- Снижение социальных взаимодействий.



Проблемы пациента:

НЕ-

- знание
- умение
- возможность
- желание




1. Положение, облегчающее боль.
2. Использование ингалятора, спейсера, плевательницы.
3. Уход за полостью рта.
4. Уход за девайсами.
5. Снижение физической активности.
6. Прием лекарств.
7. Ограничения в привычной жизни.
8. Страх смерти.

Цели сестринского ухода



Разрешение проблем пациента

Сестринский уход

- 
- Положение пациента
 - Дренирующее положение
 - Постуральный массаж
 - Дыхательная гимнастика
 - Обучение уходу
 - Использование девайсов

Положение тела при постуральном дренировании лёгких

Доли и сегменты лёгкого

Положение тела

Верхние доли лёгких

Лёжа на спине без подушки, валик под коленными суставами

Задний сегмент

Сидя, наклонившись вперёд, валик у живота

Средние доли лёгких

Лёжа на здоровом боку, голова опущена (30°), поражённая сторона слегка отклонена назад (20°), колени согнуты

Нижние доли лёгких

Лёжа на животе, подушка под тазом

Верхний сегмент

Лёжа на спине, голова опущена (30°), колени согнуты

Положение тела при постуральном дренировании лёгких

Доли и сегменты лёгкого

Положение тела

Переднебазальный сегмент

Лёжа на спине, голова опущена (30°), колени согнуты

Наружнобоковой базальный сегмент

Лёжа на животе, голова опущена, поражённая сторона слегка приподнята, бедра на валике

Заднебазальный сегмент

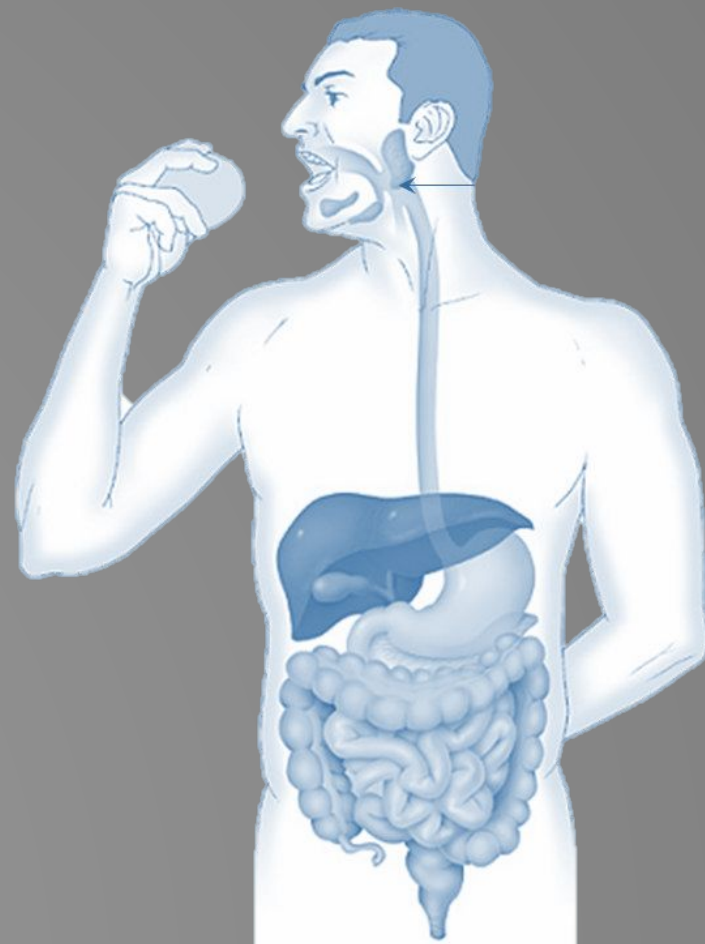
Лёжа на животе, голова опущена, под бёдрами валик

Оценка результатов сестринского ухода



Решилась ли проблема пациента?

Потребность в адекватном питании и питье



Как оценить питание человека?

Что нужно оценить

Рост пациента

Вес пациента

Возраст пациента

Индекс массы тела человека

Способность пережевывать пищу

Сколько человек пьет

Эластичность и упругость кожи

Толщину кожной складки



Индекс массы тела человека (индекс Кетле)

Классификация состояний здоровья в зависимости от ИМТ	ИМТ		Риск для здоровья	Что делать
	18-25 лет	более 25 лет		
Анорексия нервная. Анорексия атароксическая.	Вес менее 15% от ожидаемого, ИМТ менее 17,5		Высокий	Рекомендуется повышение массы тела, лечение анорексии.
Дефицит массы тела	Менее 18,5		Отсутствует	
Норма	19,5-22,9	20,0-25,9		
Избыток массы тела	23,0-27,4	26,0-27,9	Повышенный	Рекомендуется снижение массы тела
Ожирение I степени	27,5-29,9	28,0-30,9	Повышенный	Рекомендуется снижение массы тела
Ожирение II степени	30,0-34,9	31,0-35,9	Высокий	Настоятельно рекомендуется снижение массы тела
Ожирение III степени	35,0-39,9	36,0-40,9	Очень высокий	Настоятельно рекомендуется снижение массы тела
Ожирение IV степени	40,0 и выше	41,0 и выше	Чрезвычайно высокий	Необходимо немедленное снижение массы тела

$$\text{ИМТ} = \frac{\text{вес, кг}}{(\text{рост, см})^2}$$

Проблемы пациента:

НЕ-

- знание
- умение
- возможность
- желание




1. Принципов рационального питания.
2. Соблюдение режима питания.
3. Самостоятельный прием пищи и воды.
4. Непроизвольные физ. отправления.
5. Вкусовые предпочтения.
6. Злоупотребление лекарствами.
7. Злоупотребление манипуляциями.

Цели сестринского ухода



Разрешение проблем пациента

Сестринский уход

- 
- Обучение принципам рационального питания.
 - Нормализация аппетита.
 - Создание комфортных условий для приема пищи и воды.
 - Помощь в приеме пищи и воды.
 - Создание условий для приема пищи и воды.
 - Соблюдение назначений врача.

Оценка результатов сестринского ухода



Решилась ли проблема пациента?

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОТРЕБНОСТИ

(голод, жажда половое влечение и другие)

1. Нормальное дыхание
2. Питание и питьё
3. Физиологические отправления
4. Сон
5. Движение
6. Поддержание нормальной температуры тела

ПОТРЕБНОСТЬ В БЕЗОПАСНОСТИ

(безопасность существования, комфорт, постоянство условий жизни)

**ПОТРЕБНОСТЬ
В УВАЖЕНИИ И ПРИЗНАНИИ**

(социальные связи, общение,
привязанность, любовь, сотрудничество)

СОЦИАЛЬНЫЕ ПОТРЕБНОСТИ

(социальные связи, общение,
привязанность, любовь, сотрудничество)

1. **Способность одеваться, раздеваться, выбирать одежду.**
2. **Личная гигиена.**
3. **Поддержание безопасной окружающей среды.**
4. **Общение.**
5. **Труд.**
6. **Отдых.**

Как мы будем оценивать потребности?

1. Содержание потребности.
2. Признаки нарушения потребности.
3. Проблемы пациента.
4. Цели сестринского ухода.
5. Сестринский уход.
6. Оценка результатов сестринского ухода.



Врачебная (медицинская) модель



Основные положения:

1. Человек – это набор органов.
2. Болезни единообразны.
3. Медицинская сестра = исполнитель.

Врачебная (медицинская) модель



Источник проблем
пациента:

Изменение
физиологических и
биохимических процессов
в организме, вследствие
чего нарушается функция
организма.

Врачебная (медицинская) модель



Направленность
сестринского
вмешательства:

Сестра исключительно исполнитель врачевных назначений. Она не принимает решений, лишь помогает вернуть функции организма.

Врачебная (медицинская) модель



Цель ухода:

Устранение изменений в
конкретных органах и
системах до исходного
уровня.

Врачебная (медицинская) модель



Способы сестринского
вмешательства:

Определяются врачом.
Только зависимые
манипуляции.

Врачебная (медицинская) модель



Оценка качества и
результатов ухода:

Лабораторные и
инструментальное
подтверждение излечения.

Врачебная (медицинская) модель



Роль сестринского
персонала:

Помощник врача и
исполнитель его
назначений.

Добавочно – дополняющая модель (Вирджиния Хендерсон, 1955 г.)



Основные положения:

Для успеха лечения и ухода необходимо участие самого пациента в планировании и осуществлении ухода.

Потребности человека прежде всего.

Добавочно – дополняющая модель (Вирджиния Хендерсон, 1955 г.)



Источник проблем пациента:

Неспособность пациента
удовлетворить свои
потребности ввиду
заболевания или
измененных условий
окружающей среды

Добавочно – дополняющая модель (Вирджиния Хендерсон, 1955 г.)



Направленность
сестринского
вмешательства:

Медицинская сестра
разрабатывает план
разрешения проблем
совместно с пациентом.

Добавочно – дополняющая модель (Вирджиния Хендерсон, 1955 г.)



Цель ухода:

Восстановление
функционирования
организма параллельно с
удовлетворением
потребностей пациента до
исходного уровня.

Добавочно – дополняющая модель (Вирджиния Хендерсон, 1955 г.)



Сестринское вмешательство:

Осуществление назначений
врача

и

психологическая помощь
пациенту и его
родственникам,
удовлетворение
потребностей пациента.

Добавочно – дополняющая модель (Вирджиния Хендерсон, 1955 г.)



Оценка качества и
результатов ухода:

Результат достигнут только
тогда, когда все потребности
пациента удовлетворены
вместе с ним.

Добавочно – дополняющая модель (Вирджиния Хендерсон, 1955 г.)



Роль медицинской сестры:

Не только зависимые
вмешательства, но и
самостоятельные решения в
интересах пациента.

Кумулятивная модель (Н. Роупер, В. Логан, А. Тайэрни)



Основные положения модели:

У каждого человека есть потребности, а при их удовлетворении или неспособности их удовлетворить, пациент всегда меняет свое поведение.

Кумулятивная модель (Н. Роупер, В. Логан, А. Тайэрни)

Источник проблем пациента:

1. Инвалидность.
2. Патологические и дегенеративные изменения в тканях.
3. Несчастный случай.
4. Инфекционное заболевание.
5. Влияние окружающей среды.



Кумулятивная модель (Н. Роупер, В. Логан, А. Тайэрни)

Направленность сестринского вмешательства:

1. Оценка потребностей вместе с пациентом.
2. Поиск реальных и потенциальных проблем.
3. Непрерывное проведение оценки потребностей.



Кумулятивная модель (Н. Роупер, В. Логан, А. Тайэрни)

Цель ухода:

1. Первичная оценка состояния пациента.
2. Планирование удовлетворения потребностей.
3. Определение средств реализации плана.
4. Непрерывная оценка потребностей.



Кумулятивная модель (Н. Роупер, В. Логан, А. Тайэрни)



Сестринское вмешательство:

Реализация плана ухода и
удовлетворения потребностей,
параллельно оценке
поведения пациента.

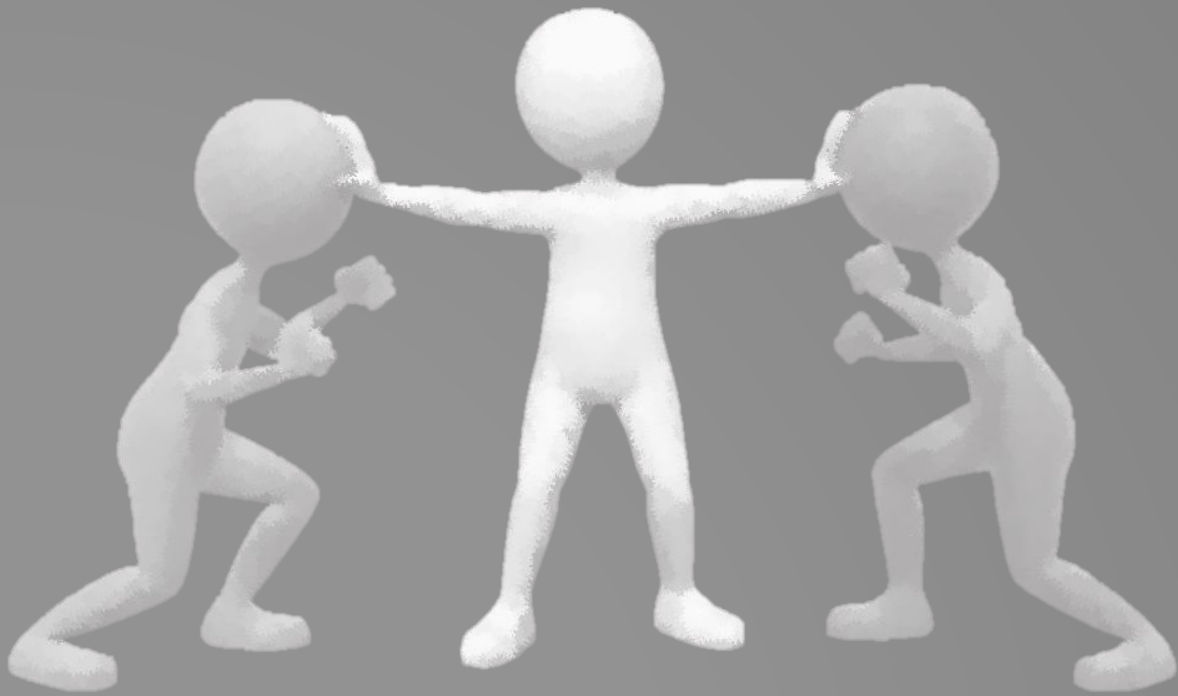
Кумулятивная модель (Н. Роупер, В. Логан, А. Тайэрни)

Оценка качества и результатов
ухода:

Удовлетворение всех
потребностей в полном
объеме, нормализация
поведения пациента.



Первично-поведенческая модель (Д. Джонсон)



Основные положения модели:

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

Первично-поведенческая модель (Д. Джонсон)

Подсистемы поведения:

Достижение
(выполнение)



Контроль над самим собой и своим окружением

Присоединяющая
(устанавливающая)
подсистема



Близкие взаимоотношения с другими людьми

Агрессивная подсистема

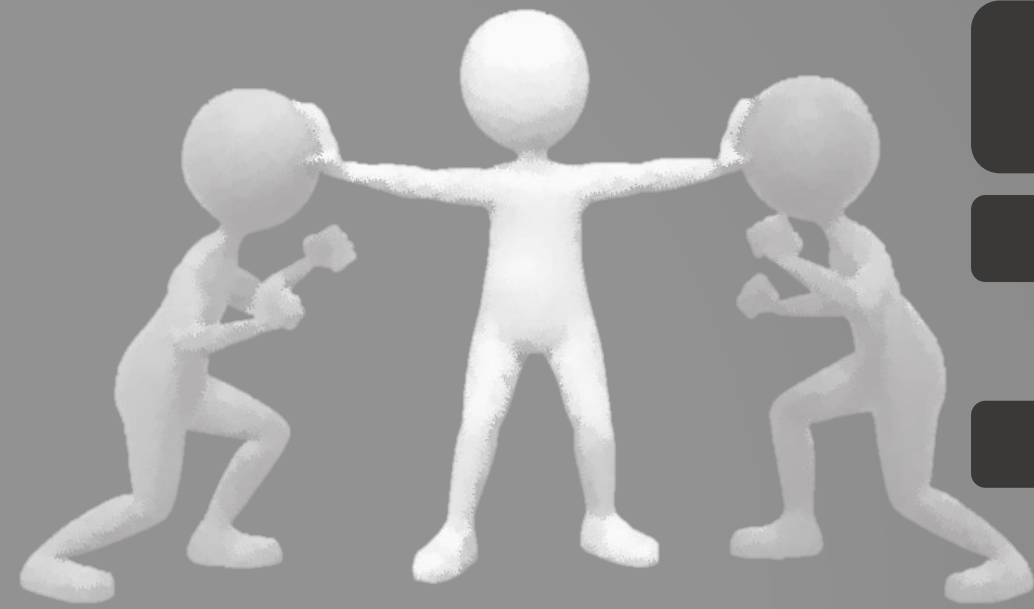


Самозащита от угрозы, самоутверждение

Зависимая подсистема



Зависимость от других



Первично-поведенческая модель (Д. Джонсон)

Подсистемы поведения:

Выделительная подсистема



Выделение продуктов жизнедеятельности

Пищеварение

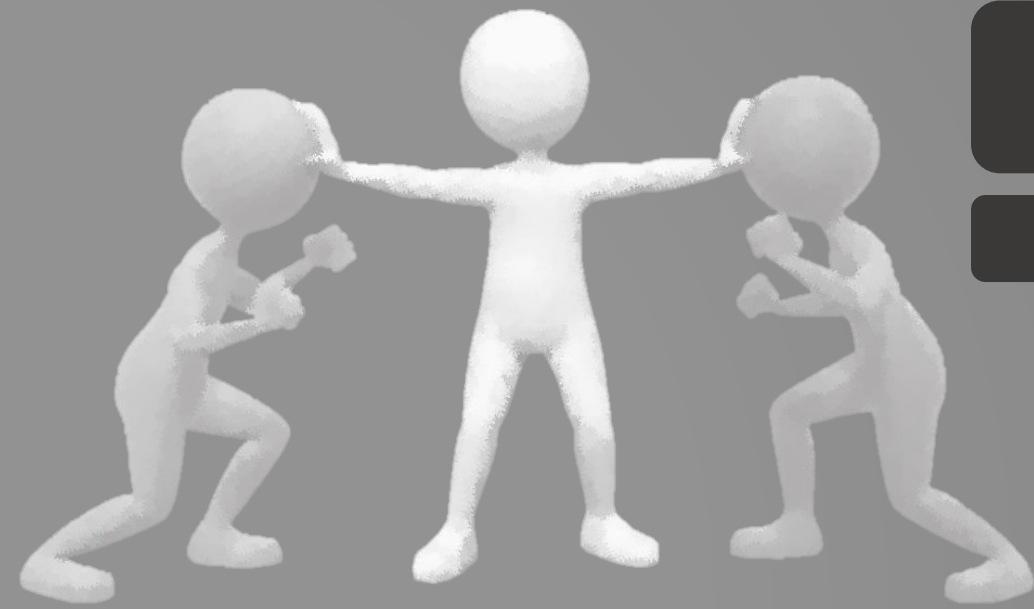


Поддержание целостности организма, состояние телесного удовольствия

Сексуальная подсистема



Сексуальное удовлетворение



Первично-поведенческая модель (Д. Джонсон)



Источник проблем пациента:

Разбалансирование подсистем пациента.

Первично-поведенческая модель (Д. Джонсон)

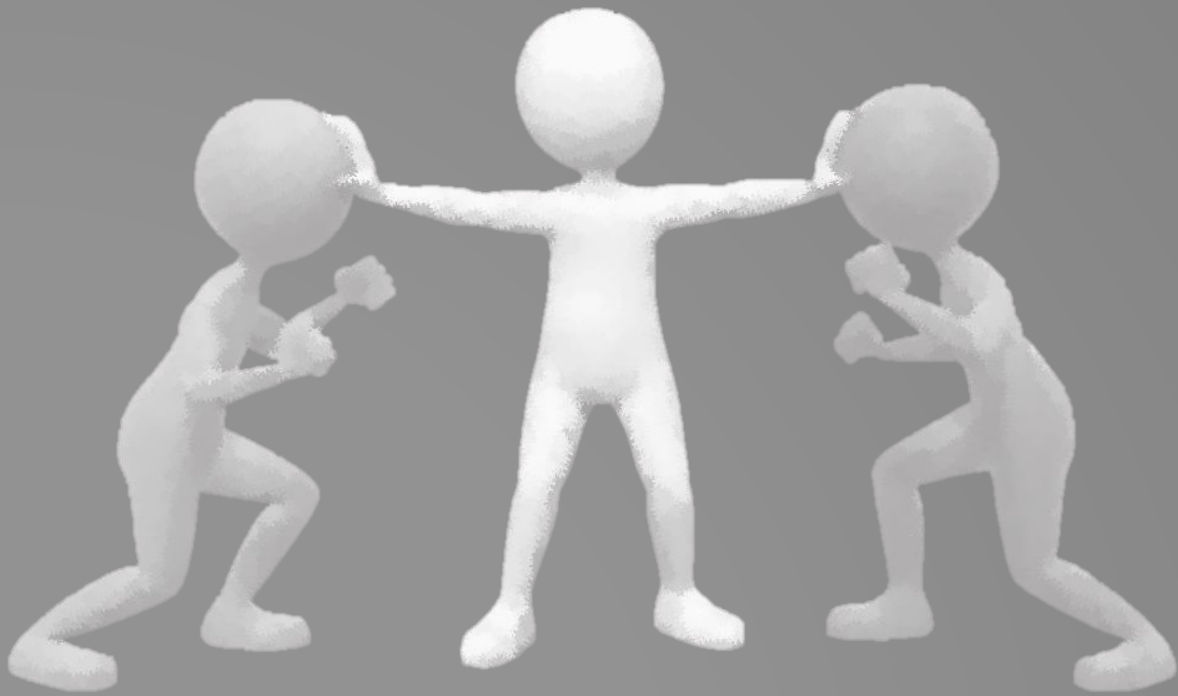


Направленность сестринского вмешательства:

Оценка подсистем:

- Соответствует ли поведение нарушению?
- Определение причины нарушения.

Первично-поведенческая модель (Д. Джонсон)



Цель ухода:

Изменение мотивов поведения, действия подсистемы, основанного на опыте подсистемы поведения, установка связи подсистемы с окружающей средой.

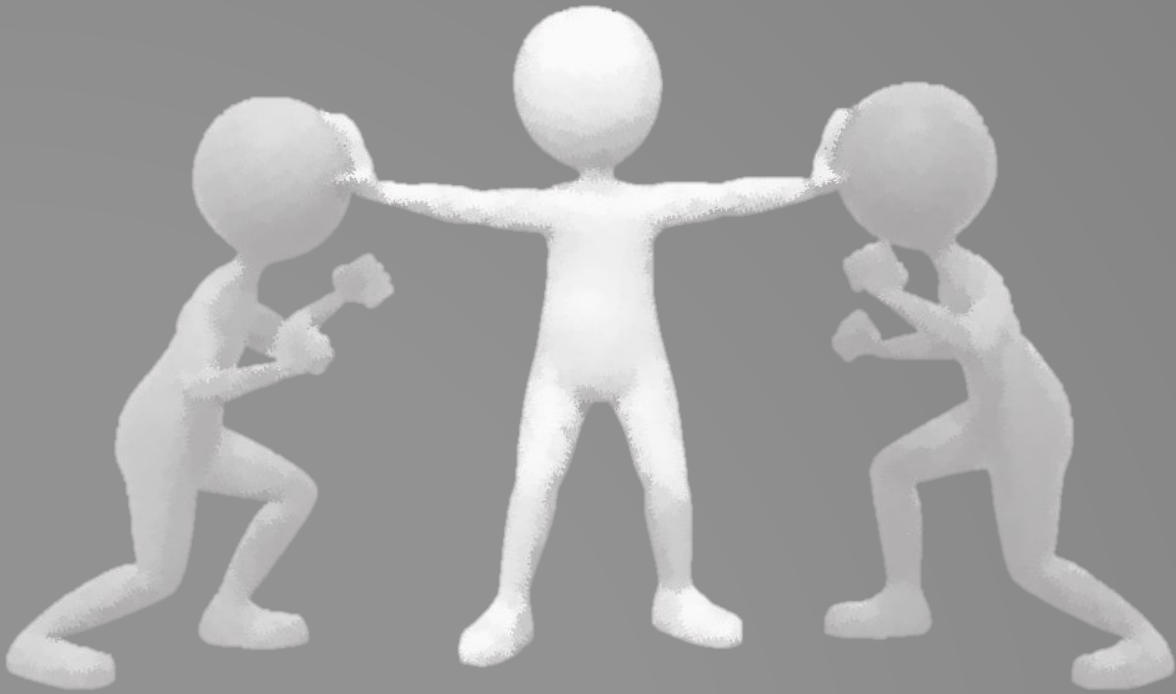
Первично-поведенческая модель (Д. Джонсон)



Сестринское вмешательство:

- Контроль или ограничение поведения.
 - Устранение стрессоров.
 - Торможение или подавление неэффективных реакций.
 - Стимулирование к изменению поведения, партнерство.

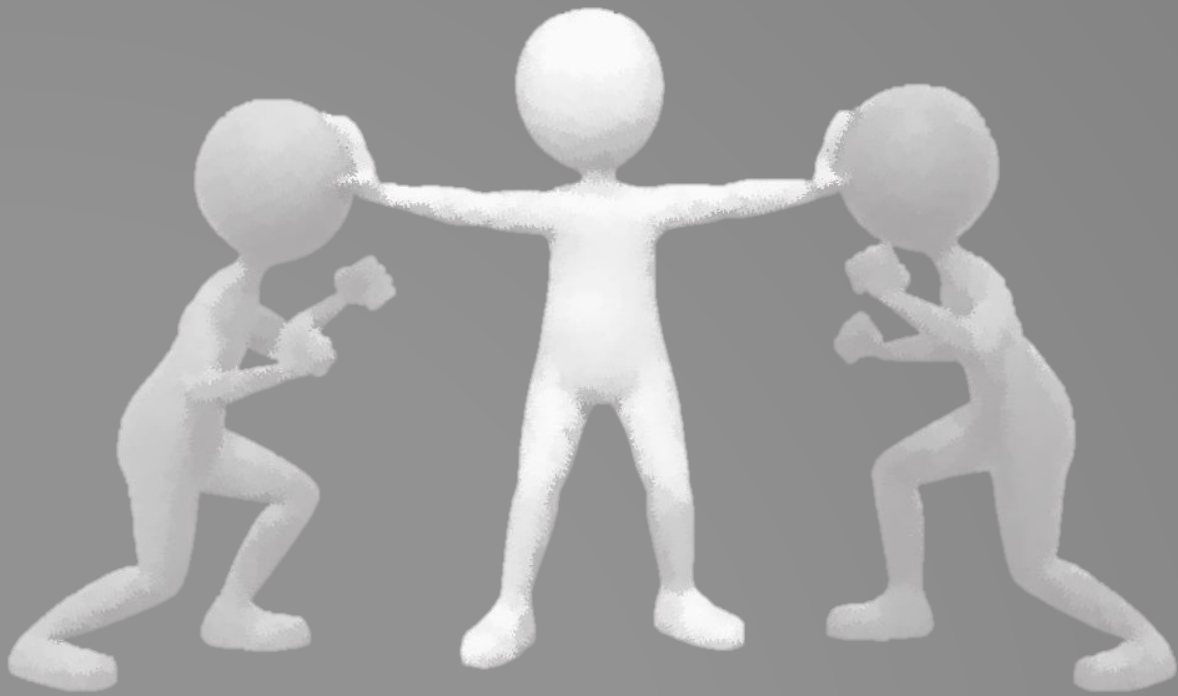
Первично-поведенческая модель (Д. Джонсон)



Оценка качества и результатов ухода:

Восстановление баланса подсистем.

Первично-поведенческая модель (Д. Джонсон)



Роль медицинской сестры:

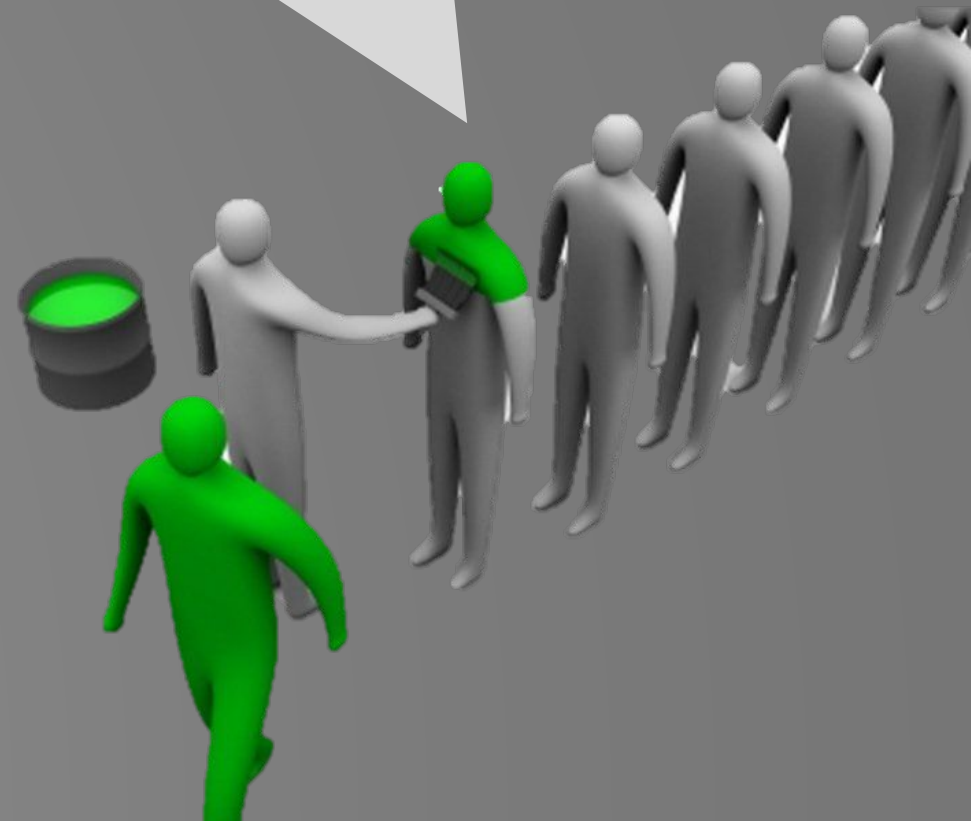
Дополняющая роль к роли врача, но не зависящая от врача.

Адаптационная модель (К. Рой)

Основные положения модели:

Пациент имеет три взаимосвязанные системы:

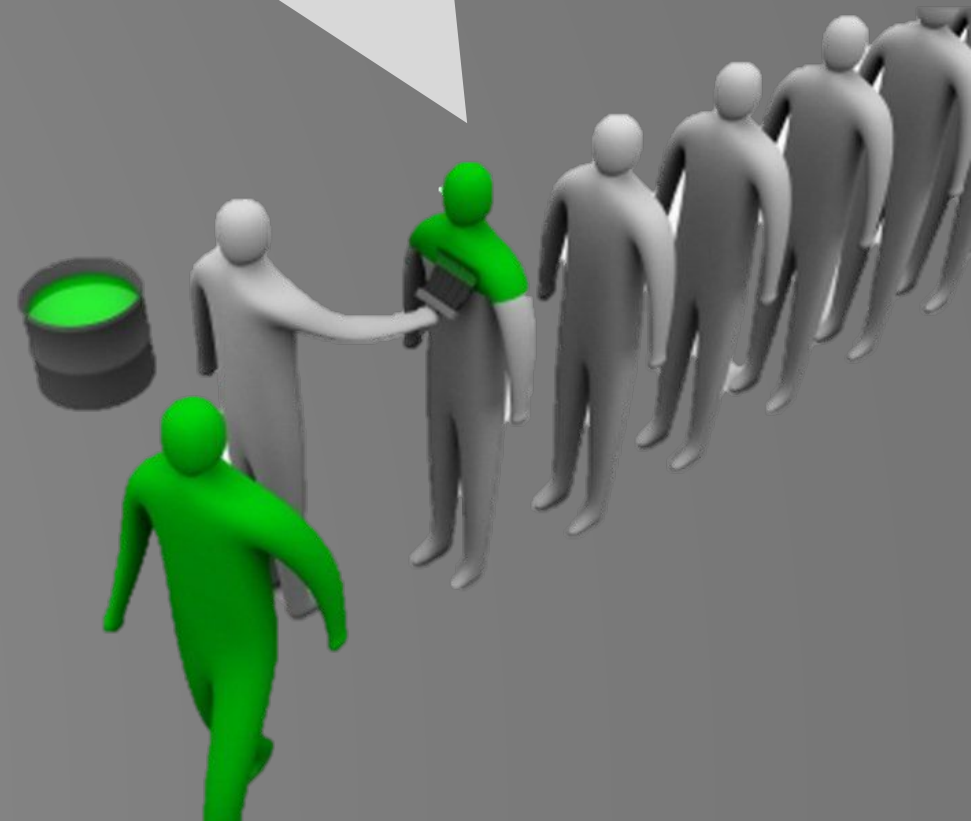
- Биологическая
- Психологическая
- Социальная



Адаптационная модель (К. Рой)

Основные раздражители:

- Очаговые
- Ситуационные
- Остаточные



Адаптационная модель (К. Рой)

Основные способы адаптации:

Физиологически
й



Гиперактивность

Гипотермия

Я-концепция

Диспепсии

Гипертермия

Роль-функция

Обезвоживание

Когнитивные
нарушения

Взаимозависимость

Отёки

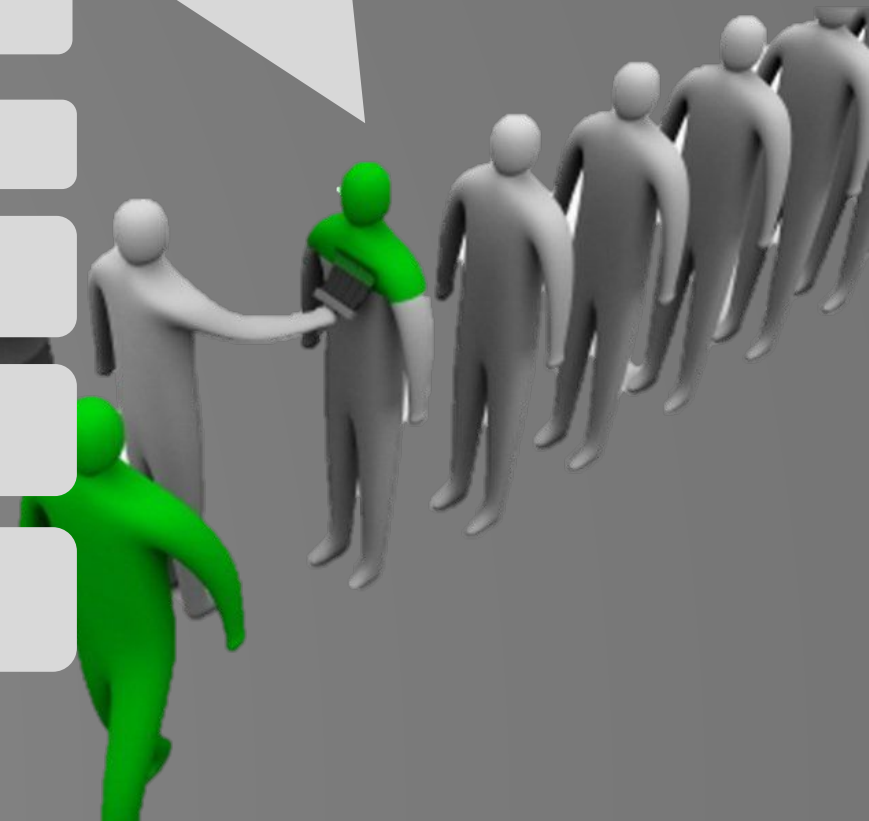
Нарушения
гормонального
баланса

Гипоксия

Шок

Физическая
усталость

Нарушения сна



Адаптационная модель (К. Рой)

Основные способы адаптации:

Физиологически
й

Я-концепция

Роль-функция

Взаимозависимость



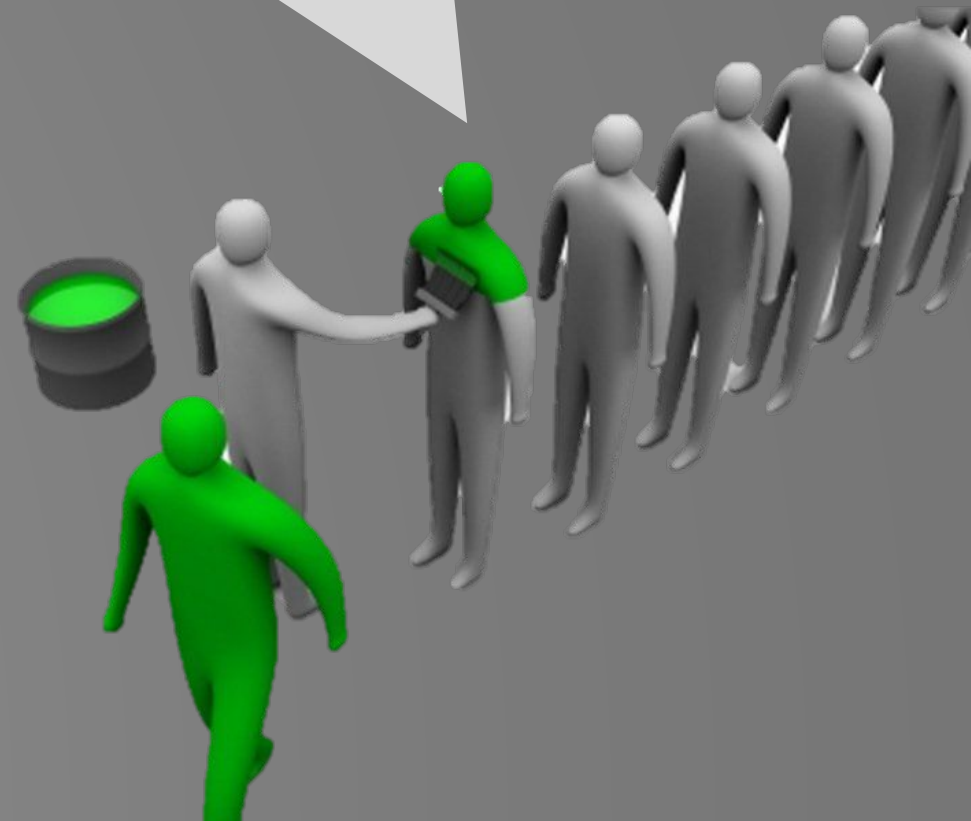
Чувство вины

Чувство тревоги

Чувство
беспомощности

Чувство
агрессии

Чувство
социального
освобождения



Адаптационная модель (К. Рой)

Основные способы адаптации:

Физиологически
й

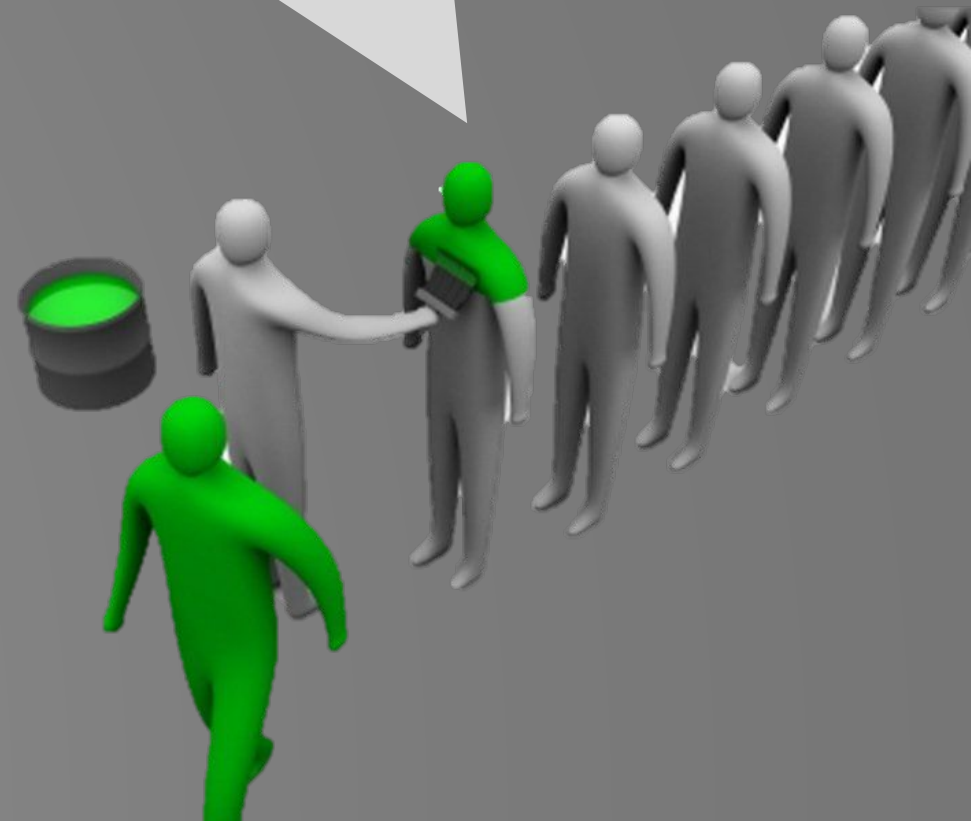
Я-концепция

Роль-функция

Взаимозависимость

Чувство неудачи

Конфликтность



Адаптационная модель (К. Рой)

Основные способы адаптации:

Физиологически
й

Я-концепция

Роль-функция

Взаимозависимость



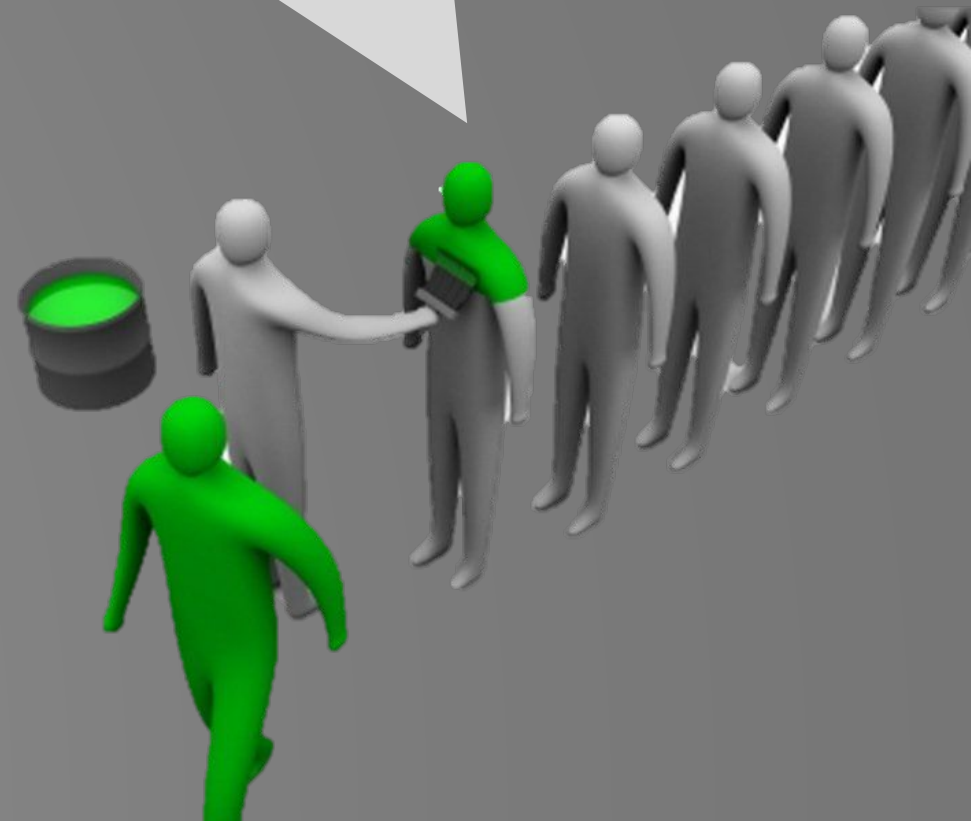
Чувство
отчуждения

Чувство отторжения

Чувство
соперничества

Чувство
одинокости

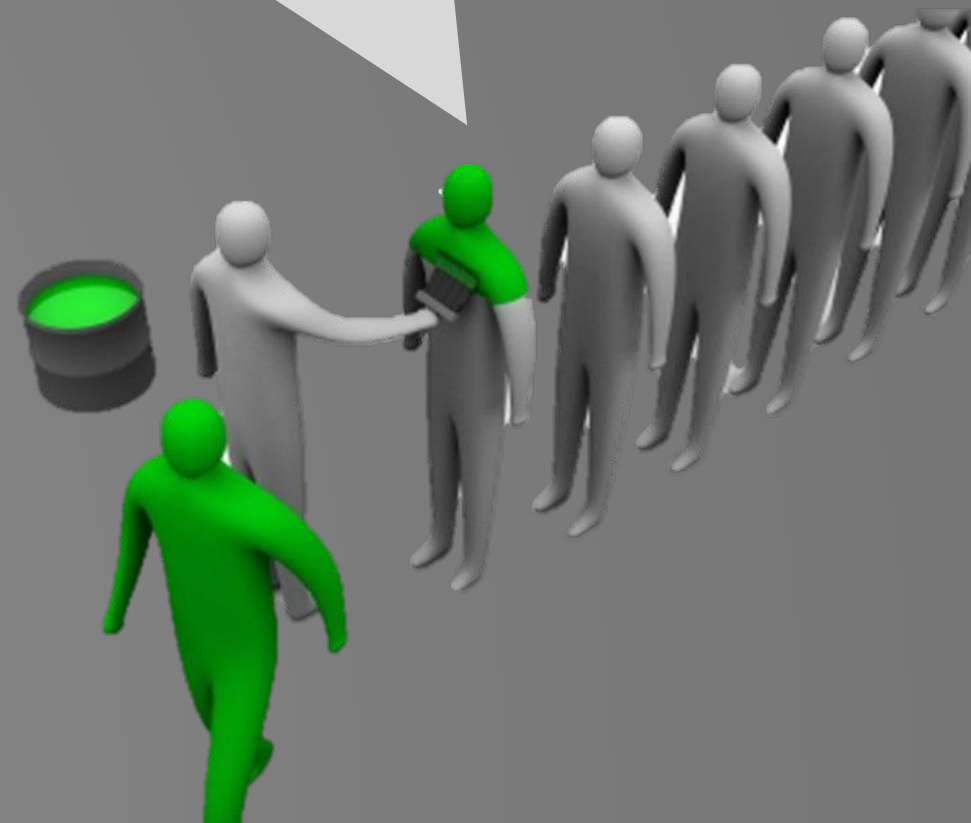
Чувство
доминирования
самовыражения



Адаптационная модель (К. Рой)

Источник проблем пациента:

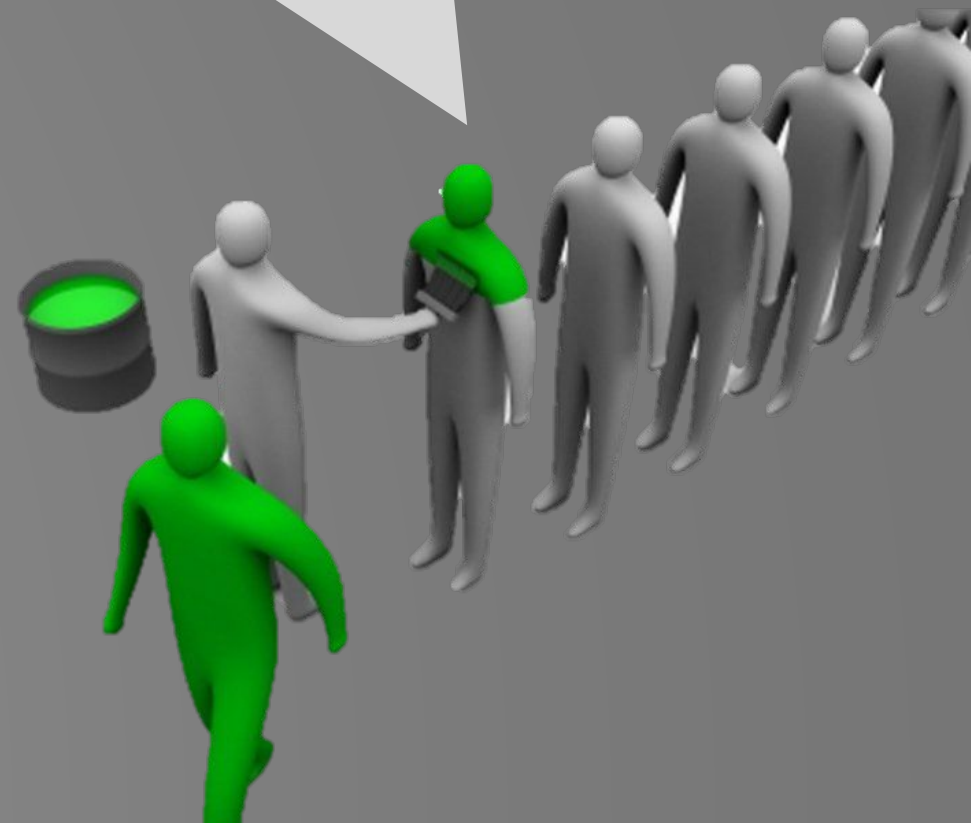
Недостаток или избыток средств и возможностей для использования того или иного способа адаптации



Адаптационная модель (К. Рой)

Направленность сестринского вмешательства:

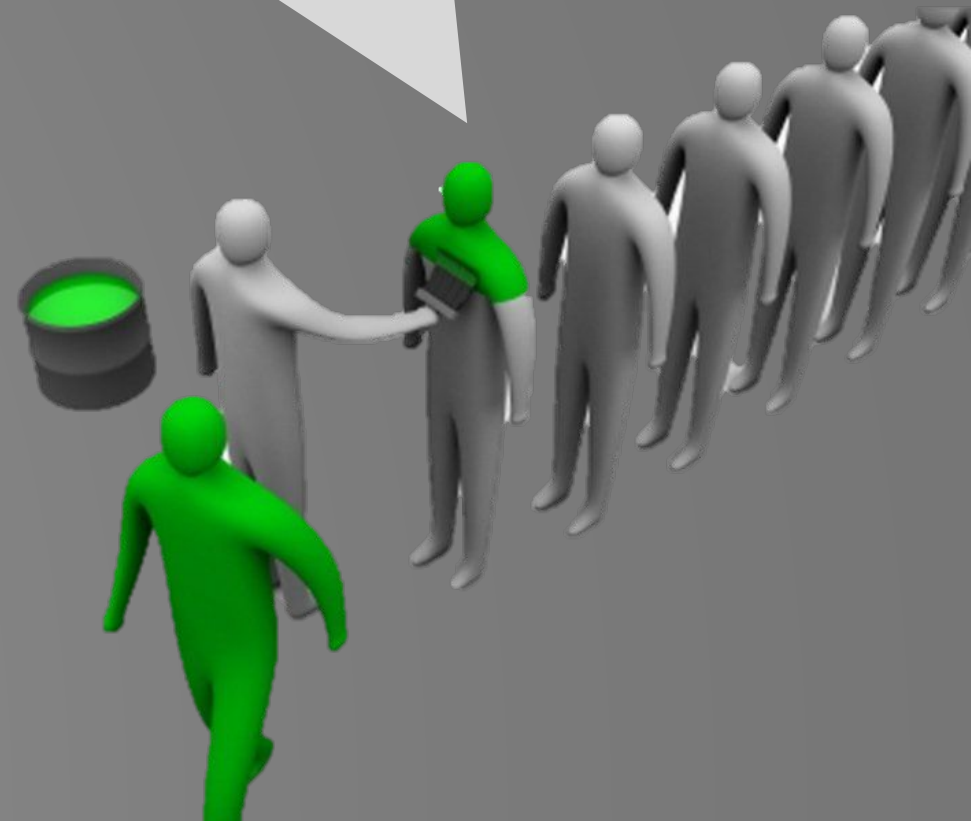
Исследование способов адаптации и их нарушений.



Адаптационная модель (К. Рой)

Цель ухода:

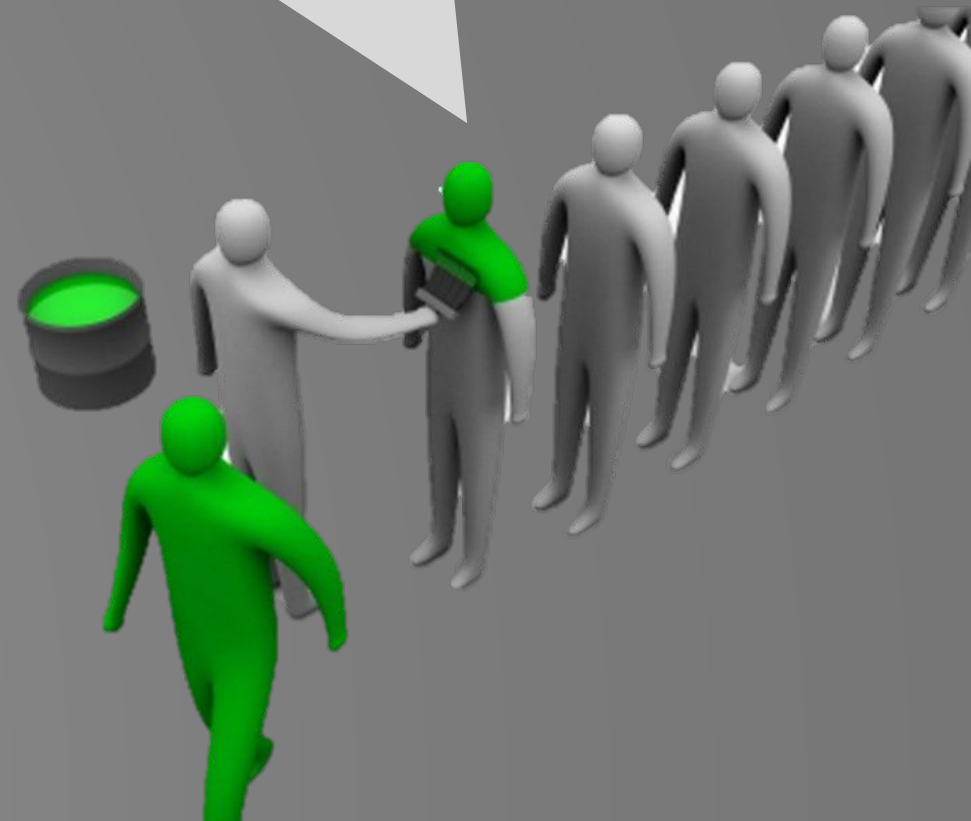
Устранение раздражителя
и/или увеличение диапазона
адаптации



Адаптационная модель (К. Рой)

Цель ухода:

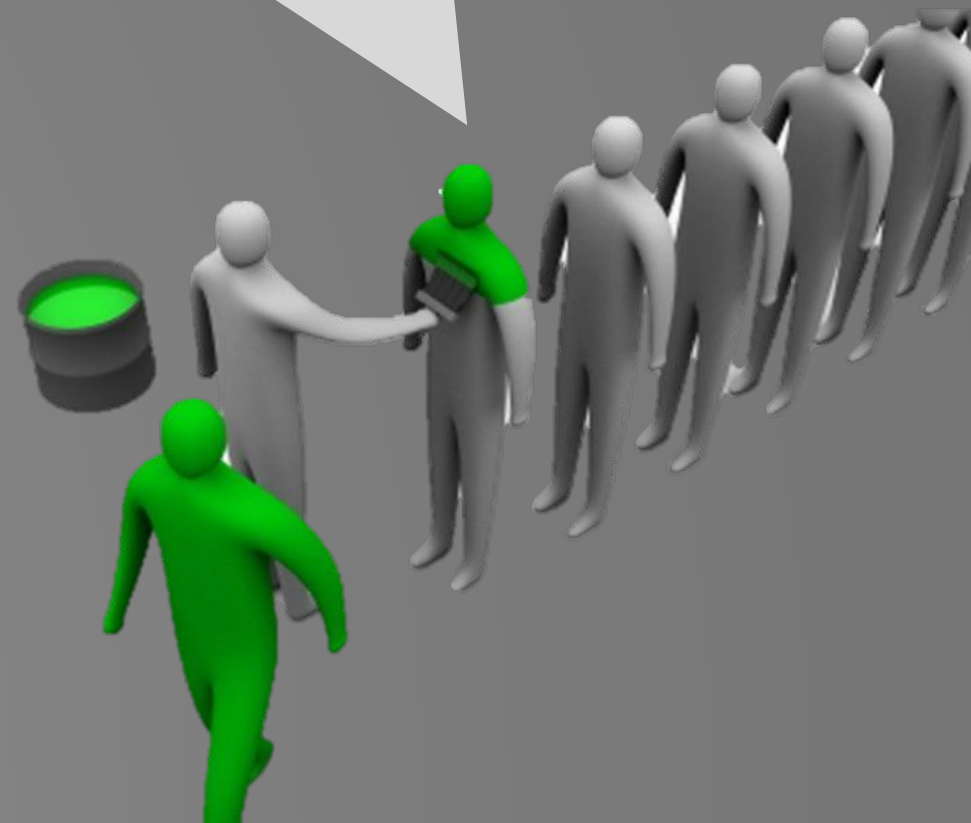
Реализация плана
сестринского вмешательства



Адаптационная модель (К. Рой)

Оценка качества и результат
ухода:

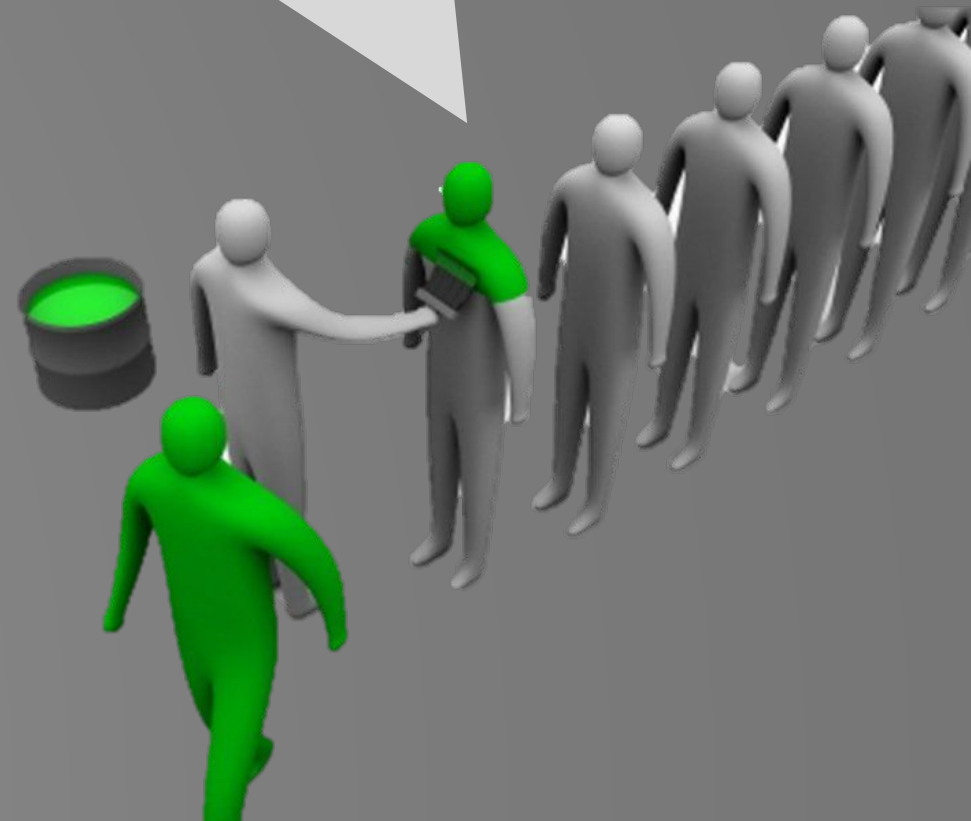
Оценка сдвигов процессов
даптации



Адаптационная модель (К. Рой)

Роль медицинской сестры:

Концентрация внимания на социальной и психологической системах, а также расширение диапазона адаптации, особенно на очаговые раздражители.



Какую модель выбрать?

Выбор модели зависит от конкретного пациента, его заболевания, от уровня его потребностей и возможностей их удовлетворять, возможностей конкретного медицинского учреждения.



Выводы

- Пациент – человек.
- У человека есть потребности.
- Задача м/с не только соблюдать назначения врача.
- Выбор тактики поведения и ухода зависит от конкретной ситуации и знаний сестры.



Вопросы аудитории?

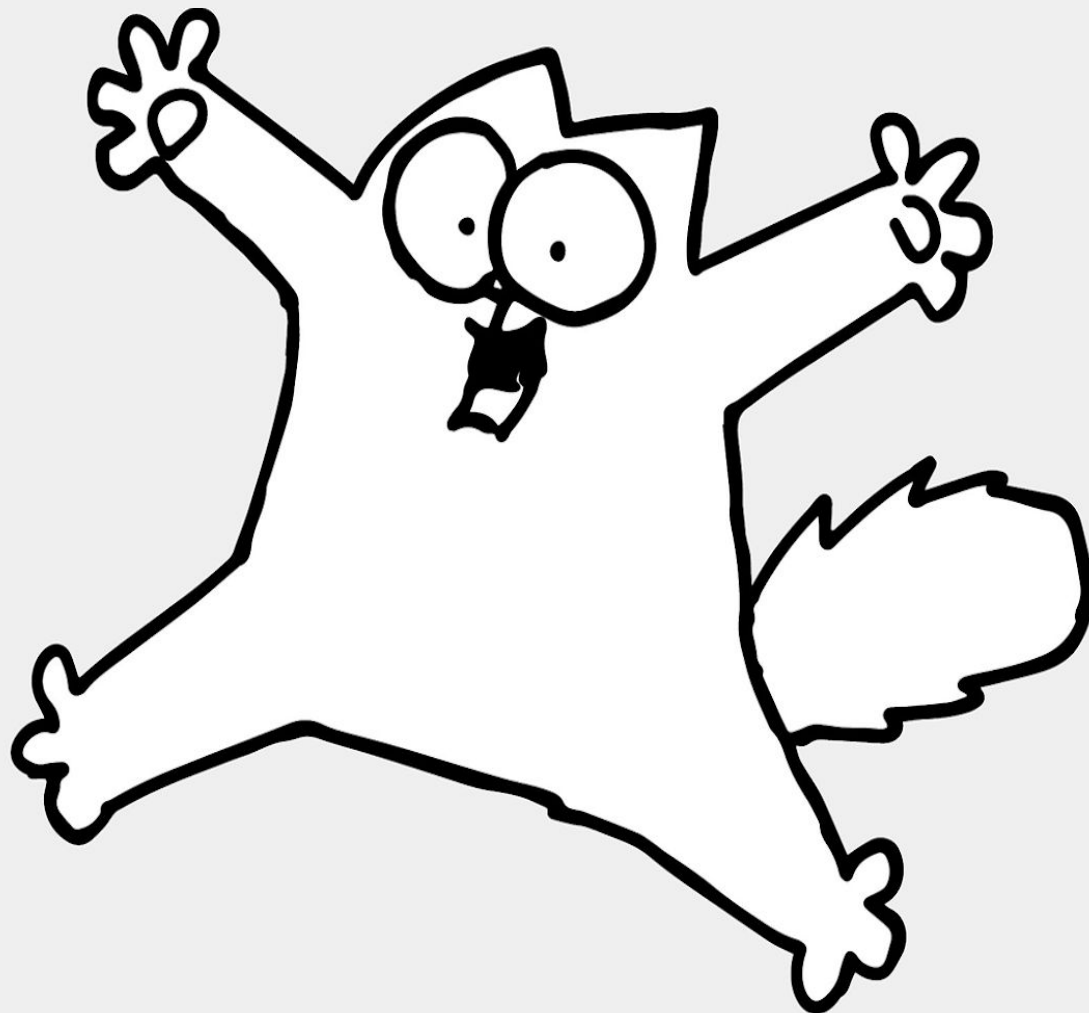


Домашнее задание

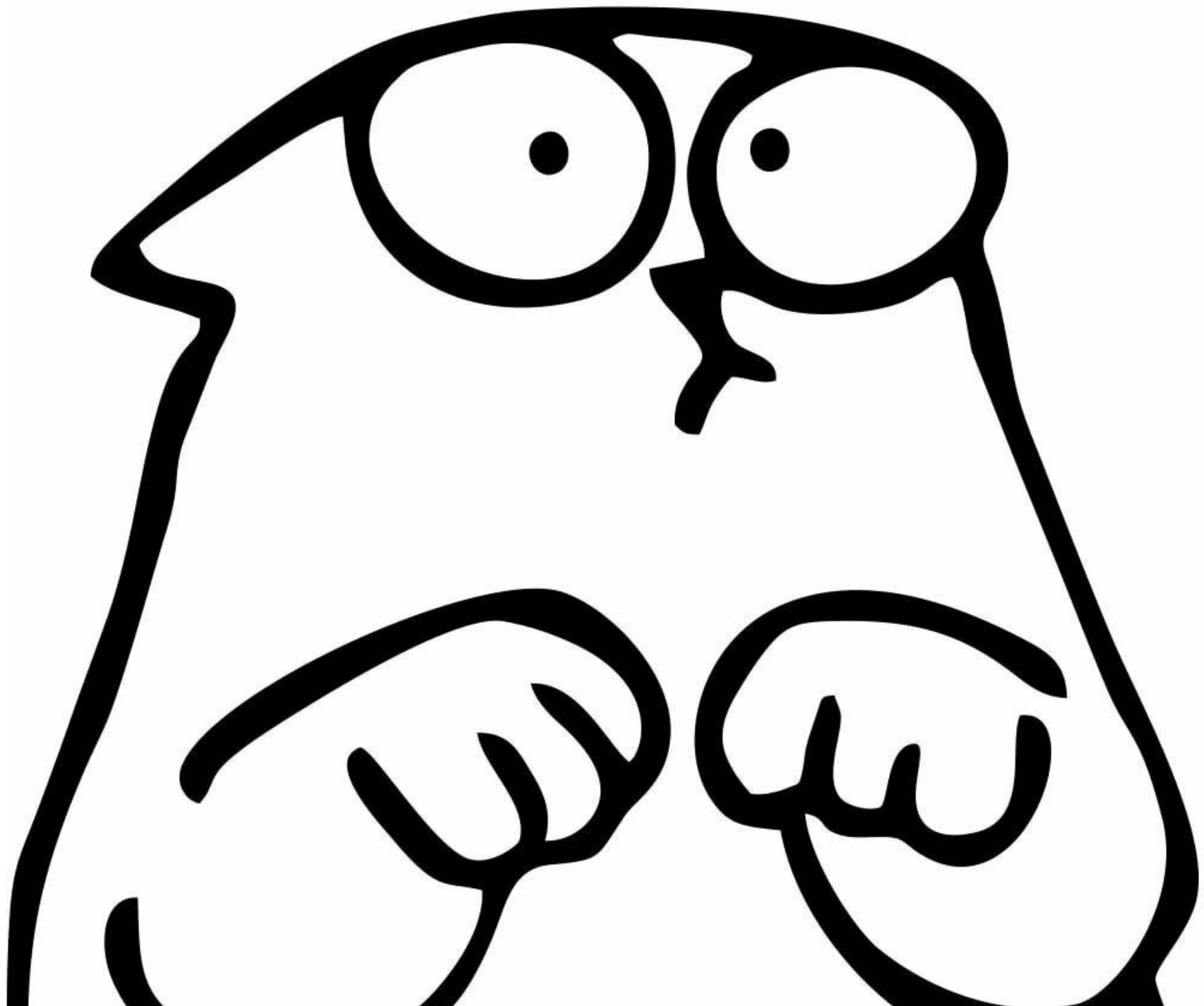
1. Подготовка теоретического материала по теме.
2. Создание печатного реферата-проекта по теме «Модели сестринского дела» в виде проработки всех перечисленных моделей по отношению к женщине 45 лет, страдающей от гиперальгоменорреи.



На сегодня все!!!



**Если
вопросы
возникнут
позже...**





Вы знаете, где меня искать!

•Сляднева Наталия Сергеевна

•М.тел.: 8-981-942-44-78

•(WhatsApp, Viber)

•e-mail: slyadneva@med-lo.ru

11/12/2020



**Спасибо за
внимание!!!
Удачи!!!**