

Концептуални модели за сестрински грижи – исторически обзор.

Николина Ангелова-Барболова

Abstract: The report examined conceptual models for nursing and related theories. They provide theoretical training of the nurse, and build competencies and skills for professional communication and relationships with patients

Keywords: nurses, patients, professional communication.

ВЪВЕДЕНИЕ

Върху развитието на моделите за сестрински грижи са оказали влияние изследванията и откритията в областта на физиологията, социологията, и психологията. Ядрото на всеки модел за сестрински грижи са различията в разбирането за пациента като обект на сестринската дейност, целта на грижите, набора от сестрински интервенции и особеностите в оценката на резултатите от сестринските грижи [3]. Разработени са около 20 различни модела за сестрински грижи, като в настоящия доклад ще се спра само на основните концептуални модели на сестрински грижи.

Следва да се отбележи, че сестринските грижи се полагат за задоволяване на основните жизнено важни нужди на човека, когато той не е в състояние сам да извърши това. Тези грижи се полагат във всеки период от живота на човека и са свързани не само с даденото заболяване, но и с неговата профилактика.

Разглежданите моделите на сестрински грижи са **концептуални**, тъй като те се изграждат на основата на различни понятия и концепции. Разбира се, моделите за сестрински грижи имат общи положения, но във всеки модел авторите виждат по различен начин:

- пациента като обект на дейността на сестринския персонал;
- източника на проблемите на пациента;
- насоката на сестринската намеса;
- целта на грижите;
- начините на осъществяване на сестринската намеса;
- ролята на медицинската сестра;
- оценката на качеството и резултатите от грижите.

ИЗЛОЖЕНИЕ

1. Модел на Ф. Найтингейл - първа обосновава сестринството и определя границите на сестринската професия. Моделът на Найтингейл се базира върху идеята, че медицинската сестра е необходимо да променя околната среда за да осигури на пациента по-добро съществуване. Медицинските сестри основно осъществяват дейности насочени към болестта на пациента и много по-малко се занимават с холистична оценка.

Найтингейл е преди всичко известна с това, че поставя основите на теоретичното сестринство, но също така има съществен принос в развитието на акушерството като професия и професионалната кариера на жените. Найтингейл определя здравните грижи като систематични и холистични, като счита, че тяхна основна цел е промоцията на здравето и превенцията на болестта [7].

2. Модел на Д.Орем за самообслужването - В модела на Д.Орем се отделя голямо внимание на личната отговорност на човека за състоянието на собственото си здраве. Съгласно този модел пациентът е една функционална система, която има мотивация за грижи за себе си. Човек осъществява грижи за себе си, независимо от

това, дали е здрав или болен, т.е. неговите възможности и потребности от грижи за себе си трябва да бъдат в равновесие [4]

Теорията за самообслужването на Орем има най-голямо приложение при амбулаторно обслужване на пациентите. Медицинската сестра има за задача да асистира на пациента до достигане на компетентност относно самообслужването. Целта е да се дадат възможности на пациента или на цялото семейство за активно участие в процеса за съхраняване на здравето.

Този модел за сестрински грижи позволява да се използват най-ефективно потенциалните възможности на всеки пациент, както и мобилизиране на индивидуалните способности на пациента за постигане на целите. [4].

3. Модел на И.Дж. Орландо Теорията на Орландо е публикувана през 1961 година в книгата: “Динамичните взаимоотношения между медицинската сестра и пациента. Според Орландо е необходимо медицинската сестра да използва максимума на своя усет и наблюдателност за да открие най-добрия подход за общуване и комуникация с пациента. Орландо интегрира подходи от психиатричното сестринство в практиката на медицинските сестри. На основата на направените от нея проучвания тя формулира и въвежда сестринския процес, който до голяма степен играе ролята на професионална рамка на сестринството. Моделът на Орландо се счита за достатъчно ефективен, защото позволява на медицинската сестра да фокусира практиката единствено и само към пациента и към неговите потребности [6].

4. Модел на Хилдегард Пеплоу – акцентира се върху взаимоотношенията между медицинската сестра и пациента, като взаимоотношения между партньори и пациентът не е пасивен участник в лечебните процедури. Най-същественото в теорията на Пеплоу е активното участие на пациента, а задача на медицинската сестра е да го подпомага и улеснява чрез наблюдение, описание, формулиране, интерпретация и намеса. Теорията намира приложение преди всичко при терапевтични сестрински интервенции.

Според тази теория взаимоотношенията между медицинската сестра и пациента преминават през следните фази:

- фаза на ориентиране
- фаза на идентифициране
- фаза на сработване
- фаза на вземане на решения

При всяка фаза медицинската сестра и пациента имат своите задачи и изпълняват специфични роли [7].

5. Модел на К. Рой Според т.нар. “адаптационен модел” човек се адаптира към променящата се среда. Конфликтът между променящите се условия на средата и необходимостта от промяна водят до стреса, като всеки човек реагира на стреса чрез физиологични, интелектуални или поведенчески реакции. К. Рой разглежда въпросите свързани с преодоляването на стреса, намаляване и отстраняване на проявите, както и отражението му върху здравето на индивида. Здравето според Рой, може да се представи като непрекъсната линия, която преминава от болестно състояние в добро здравословно състояние. Успешното преодоляване на стреса води до по-добро здравословно състояние. Цел на медицинската сестра е да подпомага пациента при преодоляване на стреса и съхраняване на здравето. Тя може да осъществи това, че първоначална оценка на потребностите на пациента и последващо планиране на сестринските интервенции до удовлетворяване на потребностите. Пациентът е активен участник в целия процес. [5].

6. Модел на Н. Рупър, В. Логън и А. Тайерни - Моделът, предложен от Рупър през 1976г. и допълнен през 80-те години от В. Логън и А. Тайерни, се опира на постиженията в областта на физиологията, психологията и сестринството. Разглеждайки човека като обект на сестринската дейност, Н. Рупър за пръв път установява 16 вида ежедневни дейности (фундаментални потребности), при това част от тях са необходими за поддържането на самия живот, а други са необходими за ежедневната жизнена дейност и влияят върху качеството на живота [2].

Необходими за поддържането на живота и дейността

1. Дишане
2. Хранене и пиене
3. Отделяне на продуктите на жизнената дейност
4. Регулиране на телесната температура
5. Двигателна активност
6. Сън
7. Способност да поддържа собствената си Безопасност

Спомагачи за подобряване качеството на живот

8. Поддържане на лична хигиена и чистота на дрехите и жилището
9. Облекло
10. Общуване
11. Учене
12. Работа
13. Наличие на любимо занимание, свободно време, развлечения
14. Секс
15. Семейство

Напускане на живота

16. Умиране

Авторите на този модел посочват 5 фактора, които могат да предизвикат необходимост от сестрински грижи и да превърнат човека в частично или напълно зависим:

- инвалидност и свързано с това нарушение на физиологични функции;
- патологични и дегенеративни изменения в тъканите;
- нещастен случай;
- инфекциозно заболяване;
- последствия от влияние на физически, психологически и социални фактори на околната среда;

При този модел сестрата заедно с пациента последователно оценява неговата възможност за удовлетворяване на 12-те потребности като установява действителните и потенциалните проблеми на пациента. Моделът предвижда непрекъснато извършване на оценка на удовлетворяването на потребностите на пациента.

7. Модел на Вирджиния Хендерсън описва своята теория в книгата "Същност на сестринството: определение, въведение, практика, изследване и обучение", която е публикувана за първи път през 1955 година и за втори през 1966 година. Тя описва

14 компонента на основните сестрински грижи за постигане на независимостта и комфорта на пациента.

Потребностите на пациента, описани от В. Хендерсън може да се каже, че произлизат от петте категории на теорията на Маслоу – физиологични, психологични, социални и културални. Тези 14 потребности за всеки човек са изключително индивидуални и задача на медицинската сестра е да подпомага пациента при задоволяване на тези потребности за постигане на пълна независимост [3]. В. Хендерсън акцентира на грижите както за болните, така и за здравите индивиди и за пръв път включва духовните аспекти на сестринските грижи. Според нея сестрата подпомага пациента с основни дейности за поддържане на здравето, възстановяване след заболяване и постигането на независимост и спокойна смърт [7].

8. Модел на М. Роджърс за уникалните човешки същества. През 1970г. Роджърс представя за пръв път своя модел в книгата си „Въведение в теоретичните основи на сестринството”. През 1980г. развива теорията за уникалните човешки същества, която се опира на схващанията ѝ за човека и взаимодействието с околната среда. Човешките същества и околната среда са устойчиви цялостности, които съдържат безкрайни енергетични полета. Роджърс разглежда сестринството като изкуство и наука. Сестринските грижи са уникални, защото те са насочени към човека като цяло. Тяхната цел е да се развива здравето и благополучието на всеки човек [3].

9. Теоретичен модел на Уотсън за грижите за човека. Джейн Уотсън подчертава, че полагането на грижи е най-ценното, което сестринството предлага на пациентите. Полагането на грижи включва десет фактора: изграждане на хуманистично-алтруистична ценностна система, внушаване на вяра и надежда, култивиране на чувствителност към себе си и към другите, изграждане на доверие, насърчаване на изразяването на позитивни и негативни чувства, насърчаване на междуличностното обучение, обезпечаване на подкрепяща и защитна психическа, физическа, социокултурна и духовна среда и др. Уотсън разглежда сестринския процес като комбинация от изследователска дейност и решаване на проблеми, при това информацията, с която се облъскват сестрите не попада в категорията на точните науки и изисква от тях да работят интензивно и да прилагат критично мислене [1].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Така разгледаните сестринските теории подпомагат медицинската сестра да осмисли и разбере от философска гледна точка своята роля в семейството и да предложи на пациентите своите професионални услуги, които са изключително разнообразни и ще зависят до голяма степен от оценката на потребностите, която ще направи. Следователно предлагането на здравни грижи, които да отговарят на съвременните изисквания на здравно обслужване на населението е невъзможно без добра теоретична подготовка на медицинската сестра, както и изграждане на компетенции и умения за професионално общуване и взаимоотношения с пациентите.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грънчарова, Г., Управление на здравните грижи, ИЦ на МУ – Плевен, 2005, с.17-29
2. Мухина, И. Тарновская – Теоретични основи на сестринските грижи 2006 – с.10-12
3. Мухина, С., И. Тарновская – Теоретични основи на сестринските грижи, 2006 , с.62-65
4. Мухина, С., И. Тарновская – Теоретични основи на сестринските грижи, 2006, с.83
5. Стамболова, И., Семейна медицинска сестра, учебно помагало, БЧК, 2009, с. 13
6. Чанева, Г., И. Стамболова, Концепции за сестрински грижи, Управление на здравните грижи под ред. на доц. д-р С. Попова, Филвест, С., 2003, с.7-15
7. Чанева, Г., Сестрински грижи в дома на пациента при хирургични заболявания, В: Семейна медицинска сестра, учебно помагало, Български Червен Кръст, С., 2009, с.15-20

За контакти:

Доц. д-р Николина Ангелова-Барболова д.м., Катедра “Здравни грижи”, Русенски университет “Ангел Кънчев”, e-mail: nangelova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.