

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом  
дополнительного профессионального образования

### **Методические рекомендации к практическим занятиям**

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

#### **ТЕМА 5**

Модели сестринского дела.

Методические указания к практическим занятиям 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

Шिशалова Т.Н.

Декан факультета гуманитарного и медико-биологического образования

Федько Н.А.

*Методические указания по дисциплине «Теория сестринского дела» размещены в ЭИОС университета в авторской редакции*

<b>1. Цель</b>	Ознакомить обучающихся с моделями сестринского дела
<b>2. Учебные вопросы</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Понятие о теориях сестринского дела.</li> <li>2. Понятие о моделях сестринского дела.</li> <li>3. Зарубежные модели сестринского дела</li> </ol>

### **3. Теоретическая часть**

#### **Модель В. Хендерсон**

Предложена Вирджинией Хендерсон в 1960 году в США, а затем дополненная в 1968 году. Данная модель акцентирует внимание сестринского персонала на физиологические, 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.

В. Хендерсон предлагает 14 потребностей для повседневной жизни. Здоровый человек не испытывает трудностей при удовлетворении этих потребностей, в то же время, больной человек не в состоянии удовлетворить эти потребности самостоятельно.

В. Хендерсон утверждает, что сестринский уход должен быть направлен на скорейшее восстановление независимости человека.

#### **Применение модели В. Хендерсон**

Предусматривает неперемное участие пациента во всех этапах сестринского процесса.

Медсестра совместно с пациентом устанавливает, какие из 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**

Автор данной модели считает, что 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 безуспешность сестринского вмешательства.

#### **Сестринское вмешательство**

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.

#### **Модель М. Аллен**

Эта модель встречается в литературе под несколькими названиями -- модель Макгила, которую впервые внедрили в университете Макгила в Монреале, также эту модель называют моделью М. Аллен - по имени автора.

#### **Оценка состояния пациента**

Медсестра наблюдает за поведением пациента, а также использует полученную информацию от членов семьи, выявляет сильные стороны семьи и существующие проблемы, связанные со здоровьем пациента. Определяет приоритеты и отношение членов семьи пациента к определенным сферам деятельности, ее духовные ценности и убеждения.

#### **Планирование сестринского ухода**

Медсестра выясняет, что думает, чувствует, в чем нуждается пациент и его семья в связи с предстоящим лечением. Она должна определить время проведения тех или иных мероприятий плана, руководствуясь при этом результатами непрерывной оценки пациента и его семьи. Пациент должен осознать и использовать потенциальные возможности свои и своей семьи для того, чтобы разработать план действий. Планы должны быть нацелены на

решение всех задач, выявленных медсестрой в процессе работы с семьей. Данная проблема долговременная, и предстоит длительный период, в течении которого придется направить все усилия на преодоление причин, вызвавших проблему.

Пациент и его семья должны это понять и осознать.

### **Сестринское вмешательство**

Медсестра должна определять, какие подходы к преодолению проблем предпочтительны для пациента и его семьи, и оценить их эффективность. Она должна постоянно работать над планами действий, исходя из ситуации в семье.

Сестринское вмешательство предусматривает следующее:

- образ жизни пациента (как заболевание может отразиться на профессиональной деятельности);
- стресс (если сменить место работы не представляется возможным);
- диета и контроль за массой тела;
- физические упражнения;
- вредные привычки -- курение.

### **Оценка эффективности сестринского ухода**

Медсестра фиксирует оценки пациента и его семьи в отношении плана мероприятий и вносит в него необходимые изменения, основываясь на мнении семьи о возможности достижения ожидаемых результатов. Она обобщает работу, проделанную членами семьи.

Ознакомившись с несколькими моделями из множества существующих мы видим, что единой модели на сегодняшний день не существует.

Практикующие сестры во многих странах одновременно используют несколько моделей, причем выбор модели зависит от невозможности пациента удовлетворить те или иные потребности.

Осмысление уже разработанных моделей помогает выбрать те, которые пригодны для конкретного пациента.

Модель сестринского ухода помогает акцентировать внимание медицинской сестры при обследовании пациента, постановки диагноза и планировании сестринского вмешательства.

1. **Существует несколько зарубежных моделей сестринского дела**, которые отражают концепции, разработанные в разных странах. Некоторые из них: модели В. Хендерсон, Д. Орем, К. Рой и Д. Джонсон
2. **Единой модели** не существует — практикующие сестры во многих странах одновременно используют несколько моделей, причём выбор зависит от невозможности пациента удовлетворить те или иные потребности
3. **Модель В. Хендерсон**
4. Предложена Вирджинией Хендерсон в 1960 году в США, дополнена в 1968 году. **Акцентирует внимание** сестринского персонала на физиологические, а затем — на психологические и социальные потребности, которые могут быть удовлетворены благодаря сестринскому уходу.
5. **Некоторые положения модели:**
6. Пациент имеет 14 фундаментальных потребностей для повседневной жизни. Здоровый человек, как правило, не испытывает трудностей при удовлетворении этих потребностей, но в период болезни, беременности, детства, старости, при приближении смерти человек может быть не в состоянии удовлетворить их самостоятельно.
7. Сестринский уход должен быть направлен на скорейшее восстановление независимости человека.

#### **4. Практическая часть - нет.**

#### **5. Вопросы для собеседования**

##### **1. Модель В. Хендерсон**

2. Модель Д. Орем.

3. Модель К. Рой

4. Модель Д. Джонсон

#### 6. Тестовые задания

**37. Модель сестринского дела в России не должна ориентироваться на:**

- а) человека, а не на болезнь
- б) болезнь, а не на человека
- в) сохранение жизни
- г) улучшение качества жизни человека, семьи и их независимости от болезни
- д) определение ответной реакции человека, его родственников, семьи на болезнь

**97. Каждая теория сестринского дела включает все, кроме:**

- а) имеет свои особенности
- б) отличается от других
- в) определяет подходы к сестринской практике
- г) отличается от врачебных теорий
- д) обязательна для всех стран