

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 4**

Понятие о моделях 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 понятиями о моделях сестринского дела
<b>2. Учебные вопросы</b>	1. Понятие о теориях сестринского дела. 2. Понятие о моделях сестринского дела.

### **3. Теоретическая часть**

**Модель** - это образец, по которому что-то должно быть сделано. Модель сестринского дела - это направление на достижение цели.

Значение моделей сестринского дела для развития сестринской специальности очень велико, если раньше сестра только ухаживала за тяжелобольными пациентами, то 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.

Действуя подобным образом, новая концепция заменит давно установившуюся иерархическую и бюрократическую систему организации сестринского дела профессиональной моделью. 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 делается особый акцент на уникальность вклада сестринского ухода в выздоровлении, восстановлении здоровья.

Разработано несколько различных моделей. 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 предложенная Н. Роупер в 1976 г., дополненная в 80 годы В.Логан и А.Тайэрни**

Авторы считают, что медсестра должна сосредоточить свое внимание на наблюдаемых сторонах поведения человека, оценка сестринской деятельности основывается на видимых, измеряемых и поддающихся оценке результатах.

Авторы модели установили 12 видов повседневной жизнедеятельности. Часть из них имеет биологическую основу, другие -- культурную и социальную.

**Применение модели Роупер, Логан, Тайэрни**

**Оценка состояния пациента.**

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

1) что пациент может делать в настоящее время; и что пациент в обычной ситуации выполняет без затруднения;

2) какие проблемы существуют в настоящее время;

3) какие 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 нарушений потребности и помочь решить действительные проблемы.

**Оценка качества и результатов ухода.**

Медсестра 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.

Этот результат зависит от того, как пациент воспринимает свое поведение, как он понимает свои возможности в изменении поведения.

Д.Джонсон различает два основных типа поведения человека.

- установка, создаваемая действиями и объектами непосредственно вокруг человека;
- установка, создаваемая прошлыми привычками.

### **Применение модели Джонсон**

Проводится оценка состояния пациента. Медицинская сестра определяет, существуют ли проблемы, связанные с поведением пациента. Затем изучаются подсистемы, вышедшие из равновесия. 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.

Автор данной модели утверждает, что нарушение равновесия в одной подсистеме оказывает влияние на взаимосвязанные подсистемы.

Установив нарушение равновесия в конкретных подсистемах, медсестра вместе с пациентом определяет цель ухода. Если проблема пациента связана с функциональными нарушениями, медсестра определяет вмешательства, 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, предвидя возможное поведение пациента, так как оно определяет, что вмешательство было успешным и цель достигнута.

### **Оценка качества и результатов ухода.**

Медицинская сестра описывает результаты сестринских вмешательств, указывая один из двух типов поведения, предвидя 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 из подсистем. Для этого ей необходимо получить дополнительную информацию от родственников.

Медицинская сестра должна определить, оказывался ли пациент в подобной ситуации прежде (чрезмерный страх за свою безопасность). Если оказывался, то у пациента структурные (органические) изменения. Если поведение нетипично для пациента, можно сделать вывод, что эти изменения функциональной природы.

### **Адаптационная модель К. Рой**

Создана в 1976 году, использует достижения в области физиологии и социологии. Рой полагает, что как для физиологических, так и для психологических систем существует состояние относительного равновесия, которого стремится достичь человек, то есть какой-то диапазон состояний, в котором люди могут адекватно справляться со своими переживаниями. Для каждого человека этот диапазон уникален.

Согласно этой модели, есть определенный уровень адаптации, и все раздражители, попадающие в этот диапазон, встречают более благоприятную реакцию, чем те, которые окажутся за его пределами.

Рой называет факторы, влияющие на уровень адаптации, раздражителями, они бывают трех типов:

-- очаговые -- находятся в окружении человека  
-- ситуационные -- возникают при оказании сестринской помощи рядом с очаговыми и оказывают на них влияние.  
-- остаточные -- результат прошлых переживаний, верований, взаимоотношений. При сочетании с очаговыми и ситуационными они влияют на уровень адаптации.

Предлагается четыре способа адаптации, изменяющих поведение:

- физиологический;
- Я-концепция;
- роль-функция;
- взаимозависимость.

Физиологический способ адаптации - это реакция человека на температуру, влажность, атмосферное давление, пищу, жидкость, кислород.

Я-концепция -- это желание человека понять самого себя: как собственное поведение, так и телесный образ. Этот способ адаптации помогает человеку справиться с изменениями его психологических и телесных "Я". Этот способ адаптации эффективен при подготовке пациента к операции, особенно при операциях, изменяющих его тело; ампутация конечностей, мастэктомия, наложение стомы.

Роль-функция предполагает изменение роли пациента в семье, на работе, в зависимости от тех или иных обстоятельств.

Активный, деятельный человек, занимающий определенное положение в обществе, оказывается в лечебном учреждении и вынужден адаптироваться к пассивной роли пациента.

Взаимозависимость -- это стремление человека достичь состояния относительного баланса в различных взаимоотношениях. Медсестре следует учитывать ограниченность возможностей адаптации в ситуациях, когда пациент, оказавшись полностью зависимым от персонала, испытывает отрицательные эмоции.

### **Применение модели Рой**

#### **Оценка состояния пациента**

Медицинская сестра должна определить, дает ли поведение пациента в любом из четырех способов адаптации повод для беспокойства. Если повод для беспокойства есть, медицинская сестра должна выяснить, чем обусловлены проблемы адаптации пациента: очаговыми, ситуационными или остаточными раздражителями.

Медицинская сестра, использующая эту модель, определяет пределы адаптации для каждого человека. То, что является раздражителем и создает проблемы для одного, для другого благодаря его уровню адаптации не создает никаких проблем.

#### **Планирование сестринского ухода**

Медсестра, выявив раздражители, вызывающие у пациента неадекватные реакции, совместно с пациентом определяет цели:

-- краткосрочная цель ухода, позволяет расширить уровень адаптации или устранить раздражитель;

-- долгосрочная цель ухода поможет пациенту адаптироваться к постоянно изменяющейся окружающей среде.

#### **Сестринское вмешательство**

Предполагает, что каждый человек стремится к состоянию психологического и физиологического равновесия. Сестринское вмешательство должно изменить раздражитель так, чтобы он действовал в пределах уровня адаптации и был направлен на очаговые раздражители.

#### **Оценка эффективности сестринского ухода**

Сестринское вмешательство эффективно только в том случае, если достигнута цель в конкретных адаптивных способах.

#### **Модель Д.Орем**

Каждый человек, здоровый или больной, должен иметь равновесие в потребностях в самоуходе и возможностях его осуществлять.

### **Первичная оценка потребностей и возможностей пациента в самоуходе.**

Медсестра определяет необходимое поведение пациента при самоуходе - равновесие между потребностями и возможностями осуществлять самоход. Проводя первичное обследование пациента, медсестра 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 поведения, продиктованное общественными и культурными нормами.

**Сестринский уход планируется** в зависимости от возможностей самоухода самого пациента и его родственников.

### **Оценка эффективности 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.

1. Некоторые виды моделей сестринского дела:
2. **Добавочно-дополняющая модель Вирджинии Хендерсон.** Акцентирует внимание сестры на физиологических, психологических и социальных потребностях, которые могут быть удовлетворены благодаря сестринскому уходу. В основе модели — теория американского психолога А. Маслоу об иерархии основных человеческих потребностей
3. **Модель дефицита самоухода Дороти Орем.** Пациент — единая функциональная система с мотивами к самоуходу, человек осуществляет самоход независимо от состояния здоровья. Приоритетная задача сестры — создание условий для осуществления пациентом самоухода.
4. **Адаптационная модель Каллисты Рой.** Определение пациента — человек, находящийся в постоянном взаимодействии с окружающей средой и приспособляющийся к ней с помощью различных адаптационных способов. Источник проблем — дефицит активности (пассивность) в результате заболевания. Приоритетная задача сестры — обучение пациента адаптироваться к окружающей обстановке в период болезни
5. **Врачебная (медицинская) модель.** Внимание концентрируется на физиологических особенностях человека, пациент рассматривается как пассивный носитель болезни. Цель ухода — определение врачом и направлена на быстрое и эффективное устранение нарушений деятельности того или иного органа или системы
6. **Компоненты модели:**
7. пациент как объект деятельности сестринского персонала;
8. источник проблем пациента;
9. цели и задачи ухода (сестринской помощи);
10. роль медицинской сестры;
11. направленность сестринской помощи;
12. способы оказания сестринской помощи;
13. оценка качества и результатов ухода.

## **4. Практическая часть - нет.**

### **5. Вопросы для собеседования**

1. **Добавочно-дополняющая модель Вирджинии Хендерсон.**
2. **Модель дефицита самоухода Дороти Орем.**
3. **Адаптационная модель Каллисты Рой.**
4. **Врачебная (медицинская) модель.**

## 5. Компоненты модели:

### 6. Тестовые задания

**1. Всесторонний (холистический) подход к проблемам пациента – суть сестринского дела в теории:**

- а) традиционной
- б) Д.Орэм
- в) Ф.Найтингейл
- г) В.Хендерсон
- д) Европейского регионального бюро (ВОЗ)

**2.. Учет личных физиологических потребностей в виде показателей повседневной жизнедеятельности – основа сестринского дела в теории:**

- а) В.Хендерсон
- б) Ф.Найтингейл
- в) Д.Орэм
- г) традиционной
- д) К.Рой

**3. Недостаточность самоухода пациента лежит в основе сестринского дела в теории:**

- а) традиционной
- б) Д.Орэм
- в) Ф.Найтингейл
- г) В.Хендерсон
- д) К.Рой

**4. «Лучше знать человека в определенном состоянии, чем само то состояние, которое приносит ему страдание» – суть сестринского ухода в теории:**

- а) Ф. Найтингейл
- б) В. Хендерсон
- в) Д. Орэм
- г) Ю. Вревской
- д) М.Ален

**5.. Концептуальная теория Хильдегарда Пеплау в 1952 г. впоследствии ставшая моделью сестринской практики в:**

- а) педиатрии
- б) терапии
- в) психиатрии
- г) хирургии
- д) гериатрии