

**МОДЕЛИ  
СЕСТРИНСКОГО  
УХОДА**

# Модель В. Хендерсон

Модель, предложенная с США В. Хендерсон в 1960 г., акцентирует внимание сестринского персонала на физиологических потребностях, которые могут быть удовлетворены благодаря сестринскому уходу.

Эта модель является одной из самых известных в настоящее время.

Одно из условий этой модели – участие самого пациента в планировании и осуществлении

# Основные положения модели

Пациент имеет фундаментальные  
человеческие

потребности, одинаковые для всех людей: «Вне  
зависимости от того, болен человек или здоров,  
м/с

всегда должна иметь в виду жизненно важные  
потребности человека в пище, одежде; в любви и  
доброжелательности...»

# Основные положения модели

В. Хендерсон приводит 14 потребностей для повседневной жизни. Здоровый человек, как правило не испытывает трудностей при удовлетворении этих потребностей. А

В

Период беременности, старости, болезни человек бывает

не в состоянии удовлетворить эти потребности самостоятельно. И тогда м/с помогает «человеку, больному

или здоровому, в выполнении тех функций, которые поддерживают его здоровье и которые человек выполнил бы

# Потребности повседневной жизни по В.Хендерсон

1. Нормально дышать.
2. Употреблять достаточное количество пищи и жидкости.
3. Выделять продукты жизнедеятельности.
4. Двигаться и поддерживать нужное положение.
5. Спать и отдыхать.
6. Самостоятельно одеваться и раздеваться,  
выбирать  
одежду
7. Самостоятельно поддерживать Т тела в  
нормальных  
пределах, подбирая соответствующую одежду и  
изменяя окружающую среду.

# Потребности повседневной жизни по В.Хендерсон

8. Соблюдать ЛГ, заботиться о внешнем виде.
9. Обеспечивать свою безопасность и не создавать опасность для других людей.
10. Поддерживать общение с другими людьми, выражая свои эмоции, мнение.
11. Отправлять религиозные обряды в соответствии со своей верой.
12. Заниматься любимой работой.
13. Отдыхать, принимать участие в развлечениях и играх.
14. Удовлетворять свою любознательность, помогающую нормально развиваться.

# Источники проблем пациента

Способность человека удовлетворять свои ежедневные потребности меняется в зависимости от его темперамента и эмоционального состояния.

Например испытывая чувство страха беспокойство, человек может плохо спать и есть.

# Направленность сестринского вмешательства

В. Хендерсон считает, что при обследовании пациента медсестра должна обсуждать с ним условия оказания сестринской помощи: «Только в состоянии очень высокой зависимости пациента такого, как кома у медсестры имеются оправдательные мотивы для принятия решения (не обсуждая этого с пациентом), что для него в данном случае является благом».

По мнению В. Хендерсон, м/с должна встать на место пациента, понять его собственную оценку своего состояния и выбрать необходимое вмешательство.



# Цель ухода

Медсестра должна ставить только долгосрочные цели в восстановлении независимости пациента при удовлетворении им 14 повседневных потребностей.

А краткосрочные и промежуточные цели могут быть только при острых состояниях (шоке).

# Сестринское вмешательство

Сестринский уход должен быть связан и с лекарственной терапией, и с процедурами, назначаемыми врачами, при этом для осуществления сестринских вмешательств может потребоваться участие родственников пациента.

# Оценка качества и результатов ухода

По данной модели можно окончательно  
оценить  
результат и качество ухода только тогда,  
когда  
удовлетворены все повседневные потребности,  
в  
отношении которых было предпринято  
сестринское  
вмешательство.

# Роль медсестры

С одной стороны, медсестра – это самостоятельный и независимый специалист в системе здравоохранения, поскольку она выполняет те функции, которые не может выполнить пациент, а с другой – это помощник врача, выполняющий его назначения.

# Модель Н. Роупер, В. Логан, и А. Тайэрни

Модель предложенная Н. Роупер в 1976 г., была построена на достижениях в области физиологии, психологии сестринского дела. Они считают, что медсестра должна сосредоточить своё внимание на наблюдаемых сторонах поведения человека, а успешность сестринской деятельности основывается на видимых измеряемых и

# Основные положения модели

Н. Роупер установила 16 видов повседневной жизнедеятельности (фундаментальных потребностей). Затем авторы сократили до 12.

Часть

из них имеет биологическую основу, другие – культурную и социальную. Степень удовлетворения зависит от возраста человека, его

социального статуса и культурного уровня.

# Проявления повседневной жизни деятельности

1. Поддержание безопасности окружающей среды.
2. Общение.
3. Дыхание.
4. Питание и питьё.
5. Выведение продуктов жизнедеятельности.
6. Соблюдение правил ЛГ.
7. Регулирование Т тела.
8. Двигательная активность.
9. Работа и досуг.
10. Секс.
11. Сон.
12. Умирание .

# Источники проблем пациента

Авторы называют 5 факторов, которые могут вызывать потребность в сестринском уходе:

- Инвалидность и связанное с этим нарушение физиологических функций;
- Патологические и дегенеративные изменения в тканях;
- Несчастный случай;
- Инфекционное заболевание;
- последствия влияния физических, психологических и социальных факторов окружающей среды.



# Направленность сестринского вмешательства

Медсестра вместе с пациентом оценивают его возможности в удовлетворении 12 потребностей, устанавливая действительные и потенциальные проблемы пациента.

# Цель ухода

Планирование сестринского  
ухода

начинается с первичной оценки  
состояния пациента, когда вместе с

НИМ

медсестра определяет цели ухода.

# Сестринское вмешательство

Затем медсестра выбирает способы вмешательства, направленные на удовлетворения потребностей. Это может быть уменьшение тревоги, обучения навыкам общения, умывания, одевания.

# Оценка качества и результатов ухода

Критериями оценки качества и результатов  
ухода

должна быть степень удовлетворения каждой  
потребности в соответствии с поставленными  
целями.

Если результат не достигнут, то медсестра  
совместно с пациентом пересматривает цели.

# Роль медсестры

Роль медсестры видят авторы, как независимую, зависимую и взаимозависимую.

# Модель Д. Джонсон

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

Человек имеет 7 главных подсистем, которые так или иначе

Подсистема человека	Суть поведения в рамках подсистемы
Достижение (выполнение)	Контроль над самим собой и своим окружением
Присоединяющая подсистема	Близкие взаимоотношения с другими людьми
Агрессивная подсистема	Самозащита от угрозы
Зависимая подсистема	Зависимость от других
Выделительная подсистема	Выделение продуктов жизнедеятельности
Пищеварение	Поддержание целостности организма
Сексуальная подсистема	Сексуальное удовлетворение

# Источники проблем пациента

Автор полагает, что болезнь , изменение образа жизни могут разбалансировать подсистемы поведения человека. Сестринский уход должен быть направлен на восстановление равновесия.

# Направленность сестринского вмешательства

Чтобы определить направленность вмешательства, надо оценить состояние пациента относительно каждой подсистемы. Оценку осуществляют в два этапа:

1. определяют, позволяет ли поведение пациента предположить нарушение равновесия в какой-либо подсистеме;
2. определяют причины этого нарушения.



# Цель ухода

Нарушения равновесия внутри подсистем поведения - повод для сестринского ухода.

Целью ухода м.б. восстановление равновесия в каждой подсистеме и между ними.

# Сестринское вмешательство

Автор предлагает 4 направления сестринских

вмешательств:

- ❖ Контроль или ограничения поведения какими – то рамками;
- ❖ Защита от угроз и других факторов, вызывающих стресс;
- ❖ Торможение неэффективных реакций;
- ❖ Стимулирование к изменению поведения, партнёрство, помощь в виде опеки.

# Оценка качества и результатов ухода

Нужно оценить результаты ухода в пределах подсистемы по поведению пациента.

Если сестринское вмешательство не привело к ожидаемому результату, снова формулируются новые цели и новые вмешательства.

# Роль медсестры

Является дополняющей по отношению к роли врача, но не зависит от неё.

# Адаптационная модель К. Рой

Пациент – индивид, имеющий набор взаимосвязанных и влияющих на поведение систем: биологической, психологической и социальной.

Факторы, влияющие на уровень адаптации, называют раздражителями. Они бывают 3 типов:

- Очаговые (в окружении человека);
- Ситуационные (возникают при оказании сестринской помощи);
- Остаточные (результат прошлых переживаний)

# Способы адаптации и проблемы, возникшие у пациента в процессе адаптации

Способ адаптации	Проявления адаптации
Физиологический способ	Шок, усталость, сонливость, снижения умственной деятельности, гипертермия
Я – концепция	Чувство вины, тревоги, агрессии
Роль – функция	Чувство неудачи, конфликтности
Взаимозависимость	Чувство отчуждения, отторжения, одиночества

# Источники проблем пациента

Потребность в сестринском уходе возникает в том случае, когда окружению человека имеет место недостаток средств и возможностей для использования того или иного способа адаптации.

# Направленность сестринского вмешательства

При обследовании пациента следует установить эффективные способы адаптации в тех случаях, когда его поведение даёт повод для беспокойства.

Медсестра изучает их в пределах 4 способов адаптации, а затем определяет раздражители, а также потребность в сестринском уходе.



# Цель ухода

Медсестра совместно с пациентом намечает цели, позволяющие ему адаптироваться к изменяющейся окружающей среде, и конкретные цели, позволяющие расширить уровень адаптации конкретным способом.

# Сестринское вмешательство

Направлено на раздражители, находящиеся за пределами уровня адаптации пациента, чтобы изменить их.

# Оценка качества и результатов ухода

При оценке качества ухода медсестра и  
пациент  
обращают внимание на положительные  
сдвиги.

# Роль медсестры

Способствовать адаптации человека в период  
здоровья и болезни за счёт воздействия на  
очаговые раздражители, которые попадают в  
зону  
того или иного способа адаптации.

# Модель Д. Орем

Рассматривают человека, как единое целое.

Большое внимание уделяется личной ответственности человека за состоянием здоровья. Однако придаёт большое значение и

сестринским вмешательствам для профилактики заболеваний, травм, обучению.

# Основные положения модели

Пациент – это единая функциональная система,

имеющая мотивацию к самоуходу. Автор выделяет

3 группы потребностей в самоуходе:

1. Универсальные (достаточное потребление воздуха, жидкости, пищи и т.д).
2. Потребности, связанные со стадией развития.
3. Потребности, связанные с нарушением здоровья.

# Источники проблем пациента

Если потребности самоухода превышают возможности человека, возникает необходимость в сестринской помощи

Помощь осуществляется при активном участии пациента, его родственников.

# Направленность сестринского вмешательства

Сестринское вмешательство должно быть направлено на выявленный дефицит самоухода и его причины. Причинами могут быть отсутствие знаний, непонимание важности самоухода.



# Цель ухода

Краткосрочные, промежуточные  
и  
долгосрочные цели должны быть  
сосредоточены на пациенте.

# Сестринское вмешательство

Выделяет 6 способов сестринских вмешательств:

- ❖ Делать что-либо за пациента;
- ❖ Руководить пациентом;
- ❖ Оказывать физическую поддержку;
- ❖ Оказывать психологическую поддержку;
- ❖ Создавать среду для самоухода;
- ❖ Обучать пациента (родственников).

# Оценка качества и результатов ухода

Оценка качества ухода должна проводиться прежде всего с точки зрения возможности пациента и его родственниками в последующем осуществлять самоуход.

# Роль медсестры

Дополняющая к возможности  
пациента осуществлять  
самоуход.

# Какую же модель использовать сейчас в нашей стране?

«В рамках Европейского регионального бюро

ВОЗ сёстрам, планирующим применение сестринского процесса, рекомендуется использовать модель, учитывающую физиологические, психологические и социальные потребности».