Государственное бюджетное профессиональное

образовательное учреждение Ставропольского края

«Кисловодский медицинский колледж»

Утверждено

на заседании методического совета

протокол №\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 г.

Зам. директора по ОМ и У(И)Н Р

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ягьяева М.А.

**Методическая разработка для студентов**

**по теме: «Иерархия потребностей по А. Маслоу. Модели сестринского дела»**

МДК 07.01 «Теория и практика сестринского дела»

ПМ 07 Выполнение работ по одной или нескольким специальностям рабочих и должностям служащих «Младшая медицинская сестра по уходу за больными»

для специальности: 31.02.01. Лечебное дело

Согласовано Рассмотрено

Методист Григорьян М.Б. на заседании ЦМК № 3

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ протокол \_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_2020г.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020г. Председатель ЦМК № 3

 Дьяченко О.В

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выполнила

Преподаватель Дьяченко О.В

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020г.

г. Кисловодск 2020 г.

**Содержание**

Пояснительная записка 3

Стандарт 4 – 5

Теоретический блок 6 – 21

* Три группы потребностей 7 – 8
* Иерархия потребностей по А. Маслоу 8
* Первый уровень. Физиологические потребности 8 - 14
* Второй уровень. Потребность в безопасности 14
* Третий уровень. Социальные потребности 14 – 15
* Четвертый уровень. Потребность в уважении и самоуважении 15
* Пятый уровень. Потребность в самовыражении 15 - 16
* Модели сестринского дела 16
* Структура модели сестринского дела 16 – 17
* Модель В. Хендерсон 18
* Модель В. Хендерсон. Применение в сестринском процессе 18 – 19
* Модель Д. Орем 19
* Модель Д. Орем. Применение в сестринском процессе 20 – 21

Контрольные вопросы 22

Критерии оценок 23 – 24

Список использованной литературы 25

**Пояснительная записка**

МДК «Теория и практика сестринского дела», изучаемый в медицинском колледже, является одним из МДК профессионального модуля «Выполнение работ по одной или нескольким специальностям и должностным служащих» Младшая медицинская сестра по уходу за больными».

Методическая разработка предназначена для подготовки к занятию по теме «Иерархия потребностей по А. Маслоу. Модели сестринского дела» Она содержит контролирующий материал в виде вопросов с различным уровнем сложности. Методическая разработка соответствует Федеральному государственному стандарту среднего профессионального образования по специальностям 31.02.01. Лечебное дело.

Актуальность темы «Иерархия потребностей человека по А. Маслоу. Модели сестринского дела» обусловлена тем, что знания, полученные обучающими на данном занятии, являются основой для дальнейшего изучения потребностей человека и выработки модели поведения на практике, в профессиональной деятельности, формировании общих и профессиональных компетенций, включающих в себя способность:

-осуществлять поиск информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач;

-организовывать собственную деятельность, исходя из цели и способов её достижения;

-оформлять медицинскую документацию.

**Стандарт**

В соответствии с ФГОС по специальности СПО 31.02.01. Лечебное дело в результате освоения МДК 07.01 Теория и практика сестринского дела. С целью овладения указанным видом профессиональной деятельности и соответствующими профессиональными компетенциями обучающийся в ходе освоения профессионального модуля должен:

**Студент должен иметь практический опыт:**

* Получение информации от пациентов (их родственников/законных представителей);
* Оказания пособия пациенту с недостаточностью самостоятельного ухода при физиологических отправлениях;
* Наблюдение за функциональным состоянием пациента;

**Студент должен уметь:**

* собирать информацию о состоянии здоровья пациента;

**Студент должен знать:**

* способы реализации сестринского ухода;
* технологии выполнения медицинских услуг;

**Освоение программы профессионального модуля способствует формированию общих и профессиональных компетенций:**

ПК 7.1 Эффективно общаться с пациентом и его окружением в процессе профессиональной деятельности.

ПК 7.2. Соблюдать принципы профессиональной этики.

ПК 7.4. Консультировать пациента и его окружение по вопросам ухода и самоухода.

ПК 7.5. Оформлять медицинскую документацию.

ПК 7.6. Оказывать медицинские услуги в пределах своих полномочий.

ПК 7.8. Обеспечивать безопасную среду пациента и персонала.

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, исходя из цели и способов ее достижения, определенных руководителем.

ОК 3. Анализировать рабочую ситуацию, осуществлять текущий и итоговый контроль, оценку и коррекцию собственной деятельности, нести ответственность за результаты своей работы.

ОК 4. Осуществлять поиск информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

**Теоретический блог**

Нормальная жизнедеятельность человека как существа общественного, представляющего целостную, динамическую, саморегулирующую биологическую систему, обеспечивается совокупностью биологических, психосоциальных и духовных нужд. Удовлетворение этих нужд определяет рост, развитие, гармонию человека с окружающей средой.

Жизнедеятельность зависит от многих факторов, которые упорядочены во времени и пространстве и поддерживаются системами жизнеобеспечения организма человека в условиях окружающей среды.

Потребность - это осознанный психологический или физиологический дефицит чего-либо, отраженный в восприятии человека, который он испытывает на протяжении всей своей жизни.

Основные теории в понимании потребностей человека заложены еще философами Древней Греции и Древнего Рима. Античные мыслители, а также философы и писатели признавали потребности основными побудительными силами человеческой деятельности. Как самостоятельная научная проблема вопрос о потребностях стал рассматриваться не только в философии, но и в социологии, экономике, психологии в первой четверти XX века.

В практике сестринского ухода понимание потребностей пациента играет важную роль в восстановлении его здоровья. Существует множество самых разнообразных классификаций потребностей человека, которые в литературе принято называть «моделями». Во всех предложенных моделях жизненными потребностями человека считаются физиологические, психологические и социальные потребности. Наиболее популярны теории потребностей А.Маслоу, В.Хендерсон, Д.Орэм, С.А.Мухиной, И.И.Тарновской, П.В.Симонова.

Согласно теории А.Маслоу, каждый человек имеет ряд основных жизненно-важных потребностей, располагающихся в виде пирамиды, от фундаментальных физиологических к высшим психосоциальным

В.Хендерсон (1966), разрабатывая свою модель, основывалась на теории американского психолога А.Маслоу об иерархии основных человеческих потребностей. Она приводит 14 потребностей.

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.Поддерживать температуру тела в нормальных пределах, подбирая соответствующую одежду и изменяя окружающую среду.

8. Соблюдать личную гигиену, заботиться о внешнем виде.

9. Обеспечивать свою безопасность и не вредить другим людям.

10. Поддерживать общение с другими людьми, выражая свои эмоции, мнение.

11. Отправлять религиозные обряды в соответствии со своей верой.

12. Выполнять работу, результаты которой приносят удовлетворение.

13. Отдыхать, принимать участие в разнообразных развлечениях, играх.

14. Удовлетворять свою любознательность, помогающую нормально развиваться.

Здоровый человек не испытывает трудностей при удовлетворении этих потребностей. В то же время в период болезни, беременности, детства, старости, при приближении смерти человек бывает не в состоянии удовлетворить эти потребности самостоятельно. Именно в это время медицинская сестра должна помочь пациенту, в выполнении тех функций, которые поддерживают его здоровье, способствуют его выздоровлению, т.к. сестринский уход должен быть направлен на скорейшее восстановление независимости человека.

Модель, предложенная Д.Орэм, рассматривает человека как единое целое. Модель Д.Орэм основана на принципах самоухода.

**Три группы потребностей:**

1. Универсальные потребности (достаточное потребление воздуха; достаточное потребление жидкости; достаточное потребление пищи; достаточная возможность выделения; сохранение баланса между активностью и отдыхом; время пребывания в одиночестве, сбалансированное со временем, проведенным в обществе других людей; предупреждение опасностей для жизни, нормальной жизнедеятельности и хорошего самочувствия; желание соответствовать определенной социальной группе (социальному статусу) в соответствии с индивидуальными способностями и возможностями).

2. Потребности, связанные со стадией развития (от рождения до старости).

3.Потребности, связанные с нарушением здоровья, приводящие к изменениям: анатомическим, физиологическим, а также поведения и образа жизни.

Учитывая особенности Российского здравоохранения, отечественные исследователи С.А.Мухина и И.И.Тарновская предлагают медицинской сестре в своей работе руководствоваться десятью фундаментальными потребностями человека. Это позволяет добиться системности в сестринском уходе.

Согласно классификации, предложенной П.В. Симоновым, потребности делят на три группы – потребности биологические, социальные и идеальные. В каждой группе выделяют так называемые базисные. Социальные и биологические потребности делятся на две ветви – потребности «для себя» и потребности «для других». Биологические, социальные и идеальные потребности можно разделить на две группы: потребности сохранения (нужды) и потребности развития (роста).

**Иерархия потребностей человека по А. Маслоу**

В 1943 г американский психолог А. Маслоу разработал одну из теорий иерархии потребностей, определяющих (направляющих) поведение человека. Возможность удовлетворять свои потребности у людей различна и зависит от нескольких общих факторов:

а) возраст,

б) окружающая среда,

в) знания, умения, желания и способности самого человека.

Прежде, чем думать об удовлетворении потребностей высшего уровня, необходимо удовлетворить потребности низшего порядка, то есть физиологические.

**1 Уровень. Физиологические потребности.**

Чтобы жить, человеку необходимо удовлетворять физиологические потребности в воздухе, пище, воде. Кроме того, каждый из нас нуждается в возможности двигаться, спать, выделять продукты жизнедеятельности и общаться с людьми, ощущать прикосновение и удовлетворять свои сексуальные интересы.

Следует помнить, что физиологические потребности одинаковы у всех людей, но они испытывают их в разной степени.

**Потребность в кислороде (нормальном дыхании)**

Основная физиологическая потребность человека. Дыхание и жизнь - неразделимые понятия. Поддержание этой потребности должно стать для сестры приоритетной задачей. Кора головного мозга очень чувствитель­на к недостатку кислорода. При недостатке кислорода дыхание становится частым, поверхностным, появляется одышка. Продолжительное уменьшение концентрации кислорода в тканях приводит к цианозу: кожа и видимые слизистые приобретают синюшный оттенок. Человек, удовлетворяя эту потребность, поддерживает необходимый для жизни газовый состав крови.

**Потребность в пище**

Питание также имеет важное значение для сохранения здоровья и хорошего самочувствия. Родители, удовлетворяя потребность младенцев в рациональном питании, проявляют не только родительскую заботу, но и обеспечивают ребенку возможность нормального роста и развития. Рациональное и адекватное питание взрослого помо­гает исключить факторы риска многих заболеваний. Следует отметить, что неудовлетворенная потребность человека в питании, как правило, приводит к ухудшению самочувствия и снижению уровня здоровья.

**Потребность в жидкости**

Для нормального функционирования здоровый человек должен выпивать 2,5 - 3 литра жидкости ежедневно - вода, чай, кофе, молоко, суп или фрукты, овощи, мороженное. Такое количество восполняет потери в виде мочи, пота, кала и испарений при дыхании. Чтобы сохранить водный баланс, человек должен употреблять жидкости больше, чем он выделяет, в противном случае появляются признаки обезвоживания. Это может привести к очень серьезным нарушениям функции многих органов и систем. От умения сестры предвидеть опасность обезвоживания зависит возможность пациента избежать многих осложнений.

**Выделение продуктов жизнедеятельности**

Непереваренная часть пищи выводится из организма в виде кала. Режимы выделения мочи и кала у каждого индивидуальны. Удовлетворение других потребностей может быть отложено на день или больше, но нельзя отложить выделение отходов жизнедеятельности на долгое время. Большинство людей считают процесс выделения отходов глубоко личным, интимным и предпочитают не обсуждать эти вопросы. В связи с этим, сестра, оказывая помощь пациенту, имеющему проблемы с выделением продуктов жизнедеятельности, должна быть особенно деликатна и, уважая право человека на конфиденциальность, обеспечить ему возможность уединения.

**Потребность в сне и отдыхе**

А. Маслоу также относит к физиологическим потребностям. Чередование периодов «сон-бодрствование» является основным фоном для протекания повседневной деятельности. Человек, у которого нарушен сон, практически не сможет активно бодрствовать.

Последние исследования показали, что женщины больше всего страдают от усталости, вызванной недосыпанием. Недосыпание стоит на втором месте после работы по дому среди обычных причин усталости. В тех случаях, когда человек «выкраивает» время, отведенное на сон, для занятий какими-то делами, он увеличивает «долг недосыпания», поскольку продолжительность сна современного человека, как правило, не менее 7-7,5 часов, необхо­димых для полноценного отдыха. При недосыпании человек может стать неповоротливым, плохо соображать, чувствовать себя несчастным. Уменьшается также уровень глюкозы в крови, ухудшая питание мозга и, замедляя таким образом мыслительные процессы (рассеивается внимание, ухудшается кратковременная память, замедляется скорость и точность вычислений). Недосыпание снижает способность к обучению: ночные «зубрежки» приносят больше вреда, чем пользы, у человека, который не спал полночи, вдвое уменьшается количество клеток крови, отвечающих за фагоцитоз. Известно, что мы тратим на сон треть своей жизни. Больному человеку сон более необходим, поскольку способствует улучшению его самочувствия.

**Сон** - «измененное состояние сознания, периодически возникающее у человека на более или менее длительное время и способствующее восстановлению его сил и самочувствия». Существует циркадный биоритм - ежесуточный цикл сна и бодрствования. Состояние сонливости наступает дважды в течение суток: с 0 до 4 часов, затем между 12 и 16 часами. Несмотря на то, что восприимчивость человека к внешним раздражителям во время сна снижена, это достаточно активное состояние. В результате исследований выделено несколько стадий сна.

**Стадия 1** - медленный сон (фаза медленных движений глаз).

Легкий сон и длится всего несколько минут. В эту стадию происходят спад физиологической активности организма и постепенное снижение деятельности жизненно важных органов, обмена веществ. Человека можно легко разбудить, но если сон не прерывается, то вторая стадия наступает через 15 минут.

**Стадия 2** - медленный сон(фаза медленных движений глаз).

Неглубокий сон, продолжается 10-20 минут. Жизненные функции продолжают ослабевать, наступает полное расслабление. Разбудить человека трудно.

**Стадия 3** - медленный сон (фаза медленных движений глаз).

Стадия самого глубокого сна, продолжающаяся 15-30 минут. Разбудить спящего очень трудно (привычный шум не может разбудить человека). Продолжается ослабление жизненно важных функций: это полная релакса­ция, включая замедление сердечного ритма спящего.

**Стадия 4** - медленный сон (фаза медленных движений глаз).

Глубокий сон, продолжающийся 15-30 минут. Разбудить спящего очень трудно. При этой фазе происходит восстановление физических сил. Жизненно важные функции выражены гораздо слабее, чем во время бодрствования. У некоторых людей отмечается «хождение во сне» и непроизвольное мочеиспускание. Вслед за 4-й стадией вновь наступают 3-я и 2-я, после чего спящий переходит в 5-ю стадию сна. Во время фазы медленного сна дыхание и пульс становятся реже, расслабляются мышцы, уменьшается «подвижность» всех органов.

**Стадия 5** - стадия быстрого сна (фаза быстрых движений глаз).

Возможны яркие, цветные сновидения через 50-90 минут после 1-й стадии. Наблюдаются быстрые движения глаз (в этот момент спящий видит сновидения), учащение сердцебиения и дыхания, а также увеличение или колебание артериального давления. Снижается тонус скелетных мышц. При этой фазе восстанавливаются психические функции человека, разбудить спящего, несмотря на признаки более поверхностного сна (учащение дыхания и пульса), чрезвычайно трудно. Продолжительность этой стадии около 20 минут.

После 5-й стадии сна на короткое время наступают 4, 3,2-я, затем вновь 3, 4, 5-я стадии, т.е. следующий цикл сна.

Быстрый сон никогда не наступает сразу - ему предшествуют несколько стадий медленного сна. Сон любого человека состоит из последовательного чередования 4-6 завершенных циклов, продолжительность каждого из них 60-90 минут. Продолжительность быстрого сна в начале ночи - несколько минут, к утру - около 30 минут.

На сон могут оказывать влияние несколько факторов: неудобная (непривычная) поза, физическое и (или) психическое недомогание, лекарственные средства и наркотики, образ жизни, эмоциональный стресс, окружающая среда и физическая нагрузка. Любое заболевание, сопровождающееся болью, физическим недомоганием, тревогой и депрессией, неизбежно приводит к ухудшению сна. Снотворное чаще вызывает у пациента новые проблемы, нежели приносит пользу. Многим людям неизвестны все аспекты действия кофеина и алкоголя. В частности, кофеин - психостимулятор продолжительного действия - способен в значительной степени уменьшить глубину сна. Он содержится в кофе, чае, шоколаде и многих безалкогольных напитках. Медсестра должна ознакомить пациента с назначенными лекарственными препаратами и их влиянием на сон.

**Отдых** - состояние пониженной физической и психической активности.

Отдыхать можно не только лежа на диване, но и во время длительной прогулки, чтения книг или выполнения специальных релаксирующих упражнений. В лечебном учреждении отдыху может помешать громкий шум, яркий свет, присутствие других людей, а также частые лечебные процедуры. Необходимость отдыха и сна для повседневной жизнедеятельности человека, знание его стадий и возможных причин, вызывающих нарушение при­вычных функций человеческого организма, дадут возможность сестре оказать пациенту помощь и удовлетворить доступными ей средствами его потребность в сне.

**Потребность в движении**

Ограничение подвижности или неподвижность создает множество проблем для человека. Неподвижностью называется «состояние, при котором человек не может двигаться или испытывает затрудне­ния при движениях, необходимых для нормального функционирования». Это состояние бывает продолжительным или непродолжительным, временным или постоянным. Оно может быть обусловлено применением шины, вытяжением, корсетом или каким-либо специальным средством для удерживания тела; болью хроническим заболеванием, нарушением.

Неподвижность - один из факторов риска развития пролежней, нарушения состояния опорно-двигательного аппарата, работы сердца и легких. При длительной полной неподвижности наблюдаются изменения в системе пищеварения (диспепсия, метеоризм, анорексия, понос или запор). Интенсивное натуживание, к которому пациент вынужден прибегать во время акта дефекации, может привести к геморрою, инфаркту миокарда, остановке сердца. Неподвижность, особенно в лежачем положении, нарушает мочевыделение, что, в свою очередь, может привести к инфекции мочевыводящих путей и (или) образованию в почках камней.

И главное - человек не общается с окружающей средой, которая оказывает значительное влияние на формирование собственного «Я». От степени и продолжительности состояния неподвижности у человека могут появиться те или иные проблемы в психосоциальной сфере: изменяются способность к обучению, мотивация, чувства и эмоции. Сестринская помощь, направленная на максимально возможное восстановление подвижности, имеет огромное значение для улучшения качества жизни пациента.

**Сексуальная потребность**

Она не прекращается даже при заболевании или достижении преклонного возраста. Под сексом обычно подразумевается только его биологический компонент. В то же время сексуальность включает в себя потребность в близости, любви, прикосновении, половой принадлежности и ощущении собственной женственности или мужественности. На сексуальное здоровье человека прямо или косвенно могут влиять его болезнь, дефекты развития, а у женщин - и рождение ребенка. Но тем не менее многие люди говорят на эту тему неохотно даже при наличии серьезных сексуальных проблем.

Как правило, людям не требуется удовлетворять свои сексуальные потребности ежедневно, но, как и потребность в дыхании, пище, воде, сексуальная потребность присутствует всегда.

Решение действительных или потенциальных сексуальных проблем может помочь пациенту добиться гармонии во всех аспектах здоровья. Относиться с пониманием к пациенту и не нарушать (по возможности) интимной атмосферы или уединения - это самое малое, что может сделать сестра для удовлетворения его потребности в сексе.

Рассмотренные физиологические потребности, согласно теории А. Маслоу, являются потребностями низшего уровня и существуют у любого человека независимо от возраста и социокультурного окружения. Роль сестринского персонала в удовлетворении физиологических потребностей пациентов велика.

**2 Уровень. Потребность в безопасности**

Физическая и психологическая безопасность - это потребности второго уровня. Для большинства людей безопасность означает надежность и удобства. Каждый из нас нуждается в крове, в одежде и в том человеке, который может оказать помощь. Человек должен быть уверен, что он в состоянии не только обеспечить свою безопасность, но и не причинять вреда всем окружающим. Каждый чувствует себя в безопасности, когда выполнены его индивиду­альные требования к защищенности. Сестра должна не только уметь обеспечить пациенту безопасность, но и знать его требования к безопасности

**3 Уровень. Социальные потребности**

Важнейшее значение для человека приобретают потребности третьего уровня - социальные (отношение людей в обществе) - семья, друзья, общение с ними, одобрение, привязанность, любовь. Большинство хочет, чтобы их любили, понимали. Никто не желает быть покинутым и одиноким. Если это случилось, значит, социальные потребности человека не удовлетворены. При тяжелой болезни, нетрудоспособности или в преклонном возрасте часто возникает «вакуум», и социальные контакты нарушаются.

К сожалению, в таких случаях потребность в общении не удовлетворена, особенно у пожилых и одиноких людей

Следует всегда помнить о социальных потребностях человека даже в тех случаях, когда он предпочитает не говорить об этом. Помогая человеку решить социальные проблемы, можно значительно улучшить качество его жизни.

**4 Уровень. Потребности в самоуважении и уважении.**

Общаясь с людьми, мы не можем быть равнодушными к оценке своего успеха в каких-то делах со стороны окружающих. У человека появляется потребность в уважении и самоуважении. Но для этого необходимо, чтобы его труд приносил ему удовлетворение, а отдых был насыщенным и интересным. Чем выше уровень социально-экономического развития общества, тем более полно удовлетворяются потребности в самоуважении и уважении.

Очень часто больные, нетрудоспособные и пожилые люди теряют это чувство, так как больше ни для кого не представляют интереса, некому порадоваться их успеху, а поэтому у них нет возможности удовлетворить потребность в самоуважении и уважении окружающих. Тем более важно помочь человеку в удовлетворении этой потребности. Роль сестры в этом огромна.

**5 Уровень. Потребности в самовыражении.**

А. Маслоу называл самовыражение наивысшим уровнем потребностей человека. Он считал: удовлетворяя свою потребность в самовыражении, каждый верит, что делает что-то лучше, чем другие. Для одного самовыражение - это написание книги, для другого - выращивание сада, для третьего - воспитание ребенка.

В 1977 г. А. Маслоу увеличил количество «уровней» в пирамиде до 7 инесколько изменил перечень потребностей. Он ввел столь важные для развитого общества потребности, как познавательные и эстетические (чистота, красота и симметрия, окружающие человека, улучшающие настроение, повышающие качество жизни).

Безусловно, не каждый человек имеет потребности всех семи уровней: образование, культура, социальный статус влияют на широту потребностей. Так, один пациент стремится узнать все, чтобы остаться здоровым, другой - все о своем заболевании, третьего не интересует ничего. Для многих людей и в нашем обществе важно удовлетворить свои эстетические потребности даже в условиях медицинского учреждения: опрятность персонала, целость пастельных принадлежностей, чистота в палате, столовой, хорошая мебель, стены и полы могут серьезно влиять на самочувствие пациента и его близких.

На каждом уровне иерархии у пациента могут быть одна или несколько неудовлетворенных потребностей.

Сестра, составляя план ухода за пациентом, должна помочь ему реализовать хотя бы некоторые из них.

**Модели сестринского дела**

Само слово «модель» буквально означает «образец, прообраз, аналог» (французское *modèle* от латинского *modulus*). Модель - это система, изучение и подражание которой позволяет делать что-либо по определенному образцу. Модель сестринского дела - это система практической деятельности медицинской сестры, конкретное руководство для сестринской практики. Суть заключается в построении взаимодействия медицинской сестры с пациентом.

Существует несколько концептуальных моделей сестринского дела. «Концептуальные» они потому, что их содержание зависит от различных концепций и понятий: от экономических и политических условий страны, уровня здравоохранения, религиозной направленности, моральных ценностей, а также от мировоззрения и принципов людей, разрабатывающих ту или иную модель.

Развитию моделей сестринского дела способствовали достижения в области физиологии, психологии, философии, социологии. Всего существует более 30 моделей сестринского дела. Их авторы со своей точки зрения рассматривают определяющие понятия любой модели сестринского дела.

**Структура модели сестринского дела**

* Пациент как объект практической деятельности медицинской сестры.
* Источник (источники) проблем пациента.
* Направленность сестринской помощи (фокус вмешательства медсестры).
* Цель сестринского ухода, ожидаемый результат.
* Способы сестринского вмешательства (сестринской помощи)Роль медицинской сестры.
* Оценка результатов ухода и качества сестринской помощи

Каждая из моделей рассматривает аспекты сестринской деятельности:

1. Пациент
2. Сестринское дело
3. Окружающая среда
4. Здоровье

**Модель В. Хендерсон**

**Добавочно-дополняющая** модель сестринского дела была предложена В. Хендерсон в 1960 году, а затем дополнена в 1968 году. В. Хендерсон призывает направить фокус внимания медицинской сестры на удовлетворение пациентом прежде всего - физиологических потребностей, и далее - психологических и социальных.

Согласно данной модели основное в сестринском уходе - активное участие пациента как в самом уходе, так и в его планировании. По модели В. Хендерсон у человека имеются 14 основных потребностей повседневной жизни (на основании «пирамиды потребностей» А.Маслоу):

1. Нормальное дыхание
2. Употребление достаточного количества жидкости и пищи
3. Выделение продуктов жизнедеятельности из организма
4. Поддержание необходимого положения тела и движение
5. Сон и отдых
6. Способность самостоятельно выбирать, надевать и снимать одежду
7. Поддержание температуры тела в пределах нормы, способность выбирать соответствующую сезону одежду, возможность изменить окружающую среду
8. Соблюдение личной гигиены, забота о внешнем виде
9. Безопасность (собственная и окружающих)
10. Активное общение, способность к выражению своих эмоций и собственного мнения
11. Возможность совершать религиозные обряды в соответствии со своей верой
12. Занятие любимой работой
13. Развлечения и активный отдых
14. Саморазвитие, удовлетворение любознательности

У здорового человека не возникает трудностей при удовлетворении данных потребностей. Во время беременности, болезни, травмы, выздоровления, длительного умирания, в период детства или старости проблемы могут появиться с большой вероятностью. Весь сестринский процесс (уход) в модели В.Хендерсон направлен на скорейшее восстановление независимости пациента.

**Модель В. Хендерсон. Применение в сестринском процессе**

|  |  |
| --- | --- |
| **Основные положения модели** | У пациента имеются основные потребности, свойственные любому человеку вне зависимости от того, здоров он или болен |
| **Источник проблем пациента** | У пациента отсутствует возможность осуществления ухода за собой по причине младенческого либо старческого возраста, болезни, длительного умирания, выздоровления, бессознательного состояния |
| **Направленность помощи** | Во время и после сестринского обследования медицинская сестра и пациент обсуждают оказание помощи и спектр сестринских вмешательств |
| **Цель ухода** | Постановка и достижение долгосрочных целей сестринского ухода — самостоятельности и независимости пациента в процессе удовлетворения 14 основных потребностей |
| **Способы помощи** | Выполнение медицинской сестрой врачебных назначений: выдача лекарственных препаратов, контроль их приема, исполнение и контроль всех назначенных пациенту процедур и исследований. Медицинская сестра привлекает близких пациента к помощи в исполнении сестринских вмешательств |
| **Роль медицинской сестры** | Независимый специалист сестринского дела (медицинская сестра, фельдшер), помогающий пациенту в выполнении функций, которые пациент не может выполнить самостоятельно.Помощник врача, выполняющий его лечебные назначения |
| **Оценка результатов** | Результат может быть достигнут и оценен в случае удовлетворения всех необходимых потребностей пациента, по отношению к которым проводились сестринские вмешательства |

**Модель Д. Орем**

Модель сестринского дела, основанная на теории **дефицита самоухода** пациента была предложена Доротеей Орем в 1971 году. Автор модели рассматривает пациента как личность, ответственную за состояние своего здоровья. Сестринские вмешательства по данной модели направлены на профилактику заболеваний и травматизации пациента. Большое внимание уделяется обучению пациента и его близких приемам ухода.

Д.Орем выделяет 3 группы потребностей пациента в самоуходе:.

**1. Универсальные:**

* потребление воздуха, жидкости, пищи в достаточном количестве
* возможность выделения и потребностей, связанных с этим процессом — в полном объеме
* достаточный баланс активных процессов и отдыха, а также общения и пребывания в одиночестве
* предотвращение опасных ситуаций для жизни, состояния здоровья, нормальной жизнедеятельности, самочувствия
* желание гармоничного существования в социальной группе в соответствии с собственными возможностями

**2. Связанные с этапами развития:**

* в соответствии с возрастом у пациентов, поддающихся обучению

**3. Связанные с нарушенным здоровьем (изменения):**

* в анатомии (травмы, отечность, ампутации и т.п.)
* физиологии и функции органов и систем (контрактуры, гипергидроз, одышка и т.п.)
* в поведении и привычном образе жизни (апатия, перемены настроения, нарушения сна и т.п.)

Основная цель медицинской сестры — прийти к развитию у пациента возможных для него навыков самоухода. Если на начальном этапе медицинская сестра выполняет компенсирующую роль в уходе, то в процессе сестринских вмешательств следует достичь, по крайней мере, частично компенсирующей роли медсестры. Такой результат считается положительным.

**Модель Д. Орем. Применение в сестринском процессе**

|  |  |
| --- | --- |
| **Основные положения модели** | Пациент рассматривается как гармонично развитая личность с нарушенным здоровьем и стремлением к самостоятельному уходу |
| **Источник проблем пациента** | Потребность пациента в посторонней помощи в связи с невозможностью к самостоятельному уходу |
| **Направленность помощи** | Выявление причин дефицита самоухода (отсутствие знаний, навыков, понимания важности самоухода).Медсестра определяет уровень требований пациента к самоуходу, оценивает возможности пациента к удовлетворению этих требований и возможность безопасного осуществления самоухода пациентом, а также оценивает вероятность восстановления способностей пациента к самоуходу в будущем |
| **Цель ухода** | Выявление возможностей пациента к самоуходу, обсуждение с ним безопасных условий для развития необходимых навыков самоухода |
| **Способы помощи** | * Выполнение действий за пациента
* Руководство и направление действий пациента
* Оказание пациенту физической поддержки
* Оказание пациенту психологической поддержки
* Создание благоприятной среды для самостоятельного ухода пациента за собой
* Обучение приемам ухода близких пациента
 |
| **Роль медицинской сестры** | Помощник в осуществлении ухода за пациентомОбучающий наставник пациента в обретении навыков самоуходаПомощник пациента в сохранении здоровья, поддерживающий в стремлении справиться с последствиями болезни или травмы |
| **Оценка результатов** | Прогресс в осуществлении самоухода, обретение навыков самоухода, привычка пациента к самоуходу |

**Контрольные вопросы**

1. Понятие потребность
2. Три основные группы потребностей по А. Маслоу
3. На чем основывалась В. Хендерсон, разрабатывая свою модель сестринского дела
4. Перечислите все потребности по А. Маслоу
5. Первый уровень потребностей по А. Маслоу
6. Второй уровень потребностей по А. Маслоу
7. Третий уровень потребностей пациента по А. Маслоу
8. Четвертый уровень потребностей по А. Маслоу
9. Пятый уровень потребностей пациента по А. Маслоу
10. Основные понятия потребности пациента в кислороде
11. Основные понятия потребности пациента в адекватном питании и питье
12. Основные понятия потребности пациента в физиологических отправлениях
13. Основные понятия потребности пациента в сне и отдыхе
14. Основные понятия потребности пациента в движении
15. Модели сестринского дела
16. Структура модели сестринского дела
17. Модель В. Хендерсон
18. Применение модели В. Хендерсон в сестринском процессе
19. Модель Д. Орем
20. Применение модели Д. Орем в сестринском процессе

**Критерии оценивания**

|  |  |
| --- | --- |
| **5****«отлично»** | * демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять;
* умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.
* практические действия выполняются последовательно, правильно в соответствии с алгоритмом действий
 |
| **4****«хорошо»** | * демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять;
* последовательное, правильное выполнение всех заданий в соответствии с алгоритмом
* возможны незначительные ошибки, исправляемые самим студентом после замечания преподавателя;
* умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.
 |
| **3****«удовлетворительно»** | * затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации;
* неполное теоретическое обоснование, требующее наводящих вопросов преподавателя;
* нарушена последовательность выполнения заданий;
* для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы преподавателя
* затруднения в формулировке выводов.
 |
| **2****«неудовлетворительно»** | * неправильная оценка предложенной ситуации;
* отсутствие теоретического обоснования выполнения заданий.
* невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции.
 |

**Список использованной литературы**

1. Мухина С.А., Тарновская И.И. Атлас по манипуляционной технике. М.,2011.
2. Обуховец Т.П. Основы сестринского ухода за больными. – Таганрог, 2012.
3. Обуховец Т.П. Основы сестринского дела. Практикум Ростов-на-Дону «Феникс», 2020.
4. Широкова Н.В и др. – Основы сестринского дела – Алгоритмы манипуляций. Учебное пособие, 2010.