

# Модели сестринского дела

## Основные положения и эволюция сестринского дела

Развитие медицины, изменение взглядов на место и роль медицинской сестры в системе здравоохранения, формирование сестринского дела как самостоятельной профессии послужили причиной создания **моделей сестринского дела**, применение которых позволило развивать не только теорию, но и практику сестринского дела.

В настоящее время разработано множество концептуальных моделей сестринского дела. В литературе понятия «модель» и «теория» часто используются как синонимы. Однако большинство авторов сходятся во мнении, что особенностью концептуальной модели является то, что она позволяет выявить относящиеся к проблеме элементы и исключить те из них, которые к делу не относятся.

Исторически сложилось так, что четкого описания моделей сестринского дела даже в зарубежной литературе не было до начала 1970-х гг. В настоящее время единый подход к определению природы и структуры сестринского дела отсутствует. Различные модели отражают существующие концепции сестринского дела в разных странах. Это позволяет оценить их преимущества и недостатки и выбрать из каждой модели то, что применимо в условиях конкретной страны. 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. Каждая модель отражает различия в понимании авторами не только термина «сестринское дело», но и понятий «пациент», «здоровье», «окружающая среда».

Автор одной из моделей считает, что медицинская сестра должна помогать пациенту удовлетворять потребности, связанные с самоуходом, и оказывает ему помощь, пока это будет необходимо. По другой модели медицинская сестра помогает адаптироваться к жизненным стрессам, чтобы пациенту легче было переносить заболевания, ими вызванные (гипертоническая, язвенная болезнь, один из типов сахарного диабета, некоторые заболевания щитовидной железы, ишемическая болезнь сердца и др.).

**Модель сестринского дела** должна прежде всего учитывать конкретные условия страны, для которой она разрабатывается:

- принципы, задачи и состояние системы здравоохранения;
- демографические показатели;
- социально-экономическое состояние общества;
- доминирующие морально-этические принципы, культуру.

**Модель сестринского дела** должна быть ориентирована:

- на человека, а не на болезнь;
- сохранение здоровья человека, улучшение качества жизни и независимость от болезни;
- нарушенные потребности и возникающие проблемы;
- определение ответной реакции человека, его родственников, семьи на болезнь;
- решение проблем, связанных со здоровьем человека, семьи, групп людей и общества.

Компонентами модели сестринского дела являются:

- 1) пациент как объект деятельности сестринского персонала;
- 2) источник проблем пациента;
- 3) цели и задачи ухода (сестринской помощи);
- 4) роль медицинской сестры;
- 5) направленность сестринской помощи;
- 6) способы оказания сестринской помощи;
- 7) оценка качества и результатов ухода.

**Пациент.** Модели по-разному определяют потребности пациента. Одна из них рассматривает человека как «набор» анатомических органов и физиологических систем, другая - как более совершенную систему. Модель Д.Джонсон акцентирует внимание сестринского персонала на различных типах поведения человека.

Источник проблем пациента. В различных моделях выделяют разные проблемы со здоровьем, требующие сестринского ухода. Так, в одних моделях проблемы представлены как нарушение функций анатомических органов или физиологических систем. Авторы других моделей видят источник проблем и в том, что человек не может изменять свое поведение в зависимости от обстоятельств, предполагая, что это происходит из-за функциональных и структурных стрессов (модель Д. Джонсон). В. Хендерсон считает, что проблемы пациента связаны с недостатком его силы воли или знаний. В некоторых моделях рассматривают сестринский процесс достаточно просто: проблема — определение характера сестринского вмешательства. В других он более

сложный: определение проблем — их исследование (изучение природы) — определение характера сестринского вмешательства. В моделях также поразному обозначены приоритеты при проведении оценки состояния пациента.

Цели и задачи ухода. В 19 веке Ф. Найтингейл полагала, что цель ухода за больными состоит в том, чтобы создать условия для комфортного самочувствия пациента, наилучшие санитарно-гигиенические условия для поддержания нарушенных функций. В некоторых моделях и сейчас цель ухода заключается в восстановлении функции отдельных органов или систем. Согласно другой модели в результате ухода должно быть восстановлено равновесие и поведение человека. Многие считают, что необходимо улучшить психологическое или социальное состояние пациента. Большинство авторов считают, что цели сестринского ухода должны быть согласованы с пациентом. Авторы практически всех моделей полагают, что целями должны быть видимые стороны поведения человека и другие измеряемые параметры. Успешность достижения поставленных целей определяется тем, как пациент оценивает прогресс в достижении цели и что ему удастся сделать самостоятельно. Авторы некоторых моделей считают, что следует устанавливать поэтапные цели (краткосрочные, промежуточные и долгосрочные).

Роль медицинской сестры. Авторы одних моделей отводят сестре исключительно роль помощника врача, другие рассматривают ее как защитника прав пациента, третьи — как постоянную сиделку, четвертые — как человека, который изменяет поведение пациента. Авторы каждой модели приводят множество аргументов в пользу той или иной роли медицинской сестры.

Направленность сестринской помощи. Этот пункт предполагает определение проблем пациента, на которые направлена деятельность медицинской сестры.

Способы оказания сестринской помощи. При реализации плана ухода, внимание медицинской сестры должно быть сосредоточено на различных аспектах состояния больного. Ф. Найтингейл полагала, что сестра наблюдает за изменением окружающей среды (чистота, свет, тепло, свежий воздух, пища, вода). Авторы некоторых моделей считают, что сестринская помощь направлена исключительно на конкретные анатомические или физиологические системы. Авторы моделей, предполагающих холистический подход к пациенту, отдают предпочтение восстановлению полного равновесия между человеком и окружающей средой. Некоторые модели предусматривают сестринскую помощь, обеспечивающую пациенту возможность самоухода.

Оценка качества и результатов ухода. Авторы большинства моделей считают, что для того чтобы оценить качество и результат ухода за пациентом, необходимо определить, достигнута ли поставленная цель. Причем медицинская сестра определяет, насколько целесообразным было то или иное вмешательство. В одних моделях оценивают функцию анатомических и физиологических систем организма, в других — психологические и поведенческие системы, в третьих — степень достижения пациентом возможности самоухода. Если одновременно используются несколько моделей, то определяют целесообразность использования той или иной модели для конкретного пациента.

## Добавочно-дополняющая модель В. Хендерсон

Модель, предложенная **В.Хендерсон** (1966), акцентирует внимание сестринского персонала на физиологических, психологических, социальных потребностях, которые могут быть удовлетворены благодаря сестринскому уходу. Одним из неперенных условий этой модели является участие самого пациента в планировании и осуществлении ухода.

**Пациент.** Модель Хендерсон в настоящее время наиболее известна среди медицинских сестер. Согласно этой модели пациент имеет 14 жизненно важных потребностей, одинаковых для всех людей, которые выделены на основе теории А.Маслоу. Здоровый человек, как правило, не испытывает трудностей в удовлетворении этих потребностей. В то же время в период болезни, беременности, детства, старости, при приближении смерти он может быть не в состоянии удовлетворить эти потребности самостоятельно. Именно в это время медицинская сестра помогает ему. В.Хендерсон утверждает, что сестринский уход должен быть направлен на скорейшее восстановление независимости человека.

**Источник проблем пациента.** Согласно модели источником проблем пациента являются обстоятельства, условия, перемены в жизни, когда человек не может осуществлять уход за собой. Проблемы могут появиться во время выздоровления или длительного умирания. Физиологические и интеллектуальные возможности человека также могут влиять на способности человека удовлетворять свои фундаментальные потребности.

**Цели и задачи ухода.** В. Хендсрсон считает, что при восстановлении независимости пациента медицинской сестре следует ставить только долгосрочные цели. Краткосрочные и промежуточные цели можно формулировать, но только при острых состояниях. В. Хендсрсон также рекомендует составлять план сестринской помощи письменно, изменяя его по мере оценки результатов.

Приоритетной задачей медицинской сестры является восстановление независимости пациента при удовлетворении им 14 жизненно важных потребностей.

**Роль медицинской сестры.** В модели В.Хендерсон роль медицинской сестры представлена двояко. С одной стороны, это самостоятельный и независимый специалист, решающий вопросы по удовлетворению нарушенных жизненно важных потребностей человека; с другой — помощник врача, так как медицинская сестра выполняет его назначения.

**Направленность сестринской помощи.** Модель В.Хендерсон предполагает удовлетворение биологических, психологических, социальных потребностей пациента и его привлечение к планированию и осуществлению ухода.

**Способы оказания сестринской помощи.** Сестринская помощь включает контроль за приемом лекарственных средств и выполнение процедур, назначенных врачом, а также привлечение больного и его семьи к процессу ухода.

**Оценка качества и результатов ухода.** Поданной модели можно окончательно оценить результат и качество ухода только тогда, когда удовлетворены все жизненно важные потребности, в отношении которых были предприняты действия медицинской сестры.

## Модель сестринского ухода Н. Роупер

Н. Роупер в 1976 г. предложила модель сестринского ухода. Так же, как и В.Хендерсон, она использовала определенный перечень потребностей, присущих всем людям.

**Пациент.** Рассматривая человека как объект сестринской деятельности, Н.Роупер выделила 16 видов повседневной жизнедеятельности (фундаментальных потребностей), одни из них необходимы для поддержания жизни, другие же являясь необходимыми для жизнедеятельности, влияют на её качество. Часть из них имеет физиологическую основу, другая — культурную и социальную. Степень удовлетворения тех или иных видов жизнедеятельности зависит от возраста человека, его социальной статуса и культурного уровня.

**Источник проблем пациента.** Н.Роупер выделяет 5 факторов, которые могут вызвать потребность в сестринском уходе:

- инвалидность и связанное с этим нарушение физиологических функций;
  - патологические и дегенеративные изменения в тканях;
  - несчастный случай;
  - инфекционные заболевания;
- последствие влияния физических, психологических и социальных факторов окружающей среды. Эти факторы могут сделать человека частично или полностью зависимым.

**Цели и задачи ухода.** Планирование сестринского ухода фактически начинается с первичной оценки состояния пациента, когда совместно с ним медицинская сестра формирует цели ухода. В дальнейшем она определяет средства для осуществления конкретных сестринских вмешательств.

**Роль медицинской сестры.** Н.Роупер выделяет независимую, зависимую и взаимозависимую роли медицинской сестры. Независимая роль заключается в оценке совместно с пациентом его состояния, планировании и осуществлении сестринской помощи и оценке результатов ухода. Зависимая роль подразумевает помощь врачам при тех или иных процедурах, а также выполнение назначений лечащего врача. Взаимозависимая роль возникает при работе в составе бригады других специалистов.

**Направленность сестринской помощи.** По данной модели медицинская сестра совместно с пациентом последовательно оценивает его возможности в удовлетворении потребностей, устанавливая фактические и потенциальные проблемы больного. Эта модель предусматривает непрерывную оценку удовлетворения потребностей пациента.

**Способы оказания сестринской помощи.** После того как медицинская сестра обсудила с пациентом цель ухода, она выбирает способы помощи, направленные на удовлетворение потребностей. Это может быть расширение степени подвижности, уменьшение тревоги, обучение навыкам общения, самоухода и т.д.

**Оценка качества и результатов ухода.** Критериями оценки должна быть степень удовлетворения каждой потребности в соответствии с поставленными целями. Если желаемый результат не достигнут, медицинская сестра совместно с пациентом пересматривает и цели, и предполагаемые вмешательства.

# Модель дефицита самоухода Д.Орэм

**Модель дефицита самоухода Д.Орэм** основана на принципах самоухода (самопомощи), которые Д.Орэм определяет как деятельность по сохранению жизни, здоровья и благополучия, которую люди начинают и осуществляют самостоятельно. В то же время она уделяет большое внимание и сестринской помощи в профилактике заболеваний, при травмах и в обучении. Д.Орэм придаёт большое значение личной ответственности человека за сохранение собственного здоровья.

**Пациент.** Больного рассматривают как единую функциональную систему, имеющую мотивацию к самоуходу. Человек осуществляет самоуход независимо от того, здоров он или болен, т.е. его возможности и потребности в самоуходе должны быть в равновесии. Потребности в самоуходе Д.Орэм подразделяет на три группы:

1. Универсальные: достаточное потребление воздуха; достаточное потребление жидкости; достаточное потребление пищи; достаточная возможность выделения; сохранение баланса между активностью и отдыхом; время пребывания в одиночестве, сбалансированное с 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. Связанные со стадией развития (от рождения до старости).
3. Связанные с нарушениями здоровья, приводящие к изменениям: анатомическим, физиологическим, а также поведения и образа жизни.

**Источники проблем пациента.** К потребности в сестринской помощи приводит дефицит в самопомощи и самообслуживании — неспособность осуществлять заботу о себе.

**Цели и задачи ухода.** Следует создать условия для того, чтобы больной смог осуществлять самоуход, направленный на достижение и поддержание оптимального уровня здоровья.

**Роль медицинской сестры.** Д.Орэм видит медицинскую сестру как учителя и контролера. Она дополняет возможность пациента осуществлять самоуход.

**Направленность сестринской помощи.** Сестринская помощь направлена на выявление потребностей пациента, причин дефицита самоухода. При определении направления помощи медицинская сестра должна:

- установить уровень требований пациента к самоуходу;
- оценить его возможности для осуществления этих требований;
- оценить степень безопасности больного при осуществлении им самоухода;
- оценить перспективы осуществления самоухода в будущем.

**Способы оказания сестринской помощи.** Медицинская сестра выполняет следующие функции:

- делает что-либо за больного;
- руководит и направляет его действия;
- оказывает физическую и психологическую поддержку;
- создаёт условия для обеспечения возможностей самоухода (самопомощи);
- обучает больного и его родственников.

Необходимым условием осуществления сестринской помощи является желание и возможность пациента принять эту помощь.

Выделяют три системы помощи:

1. Полностью компенсирующую — применяется в тех случаях, когда пациент находится в бессознательном состоянии, либо он не способен к обучению;
2. Частично компенсирующую — применяется по отношению к пациентам, временно утратившим способность осуществлять отдельные аспекты самоухода;
3. Консультативную (обучающую) — применяется при необходимости обучения пациента (родственников) навыкам самоухода.

**Оценка качества и результатов ухода.** Результатом ухода должно стать достижение больным оптимального уровня самопомощи. Даже в том случае, если медицинская сестра с полностью компенсирующей системы помощи перешла на частично компенсирующую, поддерживающую пациента при самоуходе, можно считать сестринское вмешательство эффективным. Таким образом, сестринская помощь может быть направлена как на расширение возможностей самоухода, так и на изменение потребностей в ней (выздоровление).

# Модель Д. Джонсон, направленная на изменение поведения человека

В отличие от В.Хендерсон и Н.Роупер Д.Джонсон (1968) предлагает радикально уйти от врачебных представлений о человеке и сосредоточить сестринскую помощь на поведении людей, а не на их потребностях. В соответствии с моделью Д.Джонсон сестринская помощь должна быть направлена на коррекцию поведения человека, его адекватность в периоды нарушения здоровья и выздоровления.

**Пациент.** Согласно модели Д.Джонсон пациент имеет набор взаимосвязанных подсистем поведения, каждая из которых стремится к равновесию. Д.Джонсон определяет, что действие каждой подсистемы заключается в стремлении человека на основе прошлого опыта достичь определенных целей. Результат действия зависит от того, как человек воспринимает свое поведение, насколько может изменить его. Человек предрасположен к двум основным типам поведения:

- 1) создаваемому действиями и объектами непосредственно вокруг человека;
- 2) создаваемому прошлыми привычками.

**Источники проблем пациента.** Источниками проблем являются болезнь, стресс, изменения образа жизни и поведения пациента, которые обусловлены установками, основанными на его прошлом и настоящем опыте, связанном с окружающей средой. Все это может разбалансировать подсистемы поведения человека. Сестринский уход должен быть направлен на восстановление их равновесия.

**Цель и задачи ухода.** Целью сестринского ухода является обеспечение равновесия поведенческой системы и функциональной стабильности пациента. Он может быть направлен на изменение:

- мотивов поведения;
- действия подсистемы поведения, создаваемого прошлым опытом; поведения, определяемого прошлой предрасположенностью к тому или иному типу действия;
- установки, создаваемой окружающей средой (тип 1) или прошлым опытом (тип 2).

Если причиной нарушения равновесия в поведенческой подсистеме являются функциональные изменения, целью сестринского ухода должно быть обеспечение защиты, опеки, стимулирования к изменению поведения. Для достижения цели медицинская сестра с помощью конкретных вмешательств стремится восстановить равновесие в каждой подсистеме, изменяя те или иные факторы окружающей среды.

**Роль медицинской сестры.** Роль сестры является дополняющей по отношению к роли врача, но не зависит от нее. Медицинской сестре отведена роль специалиста, восстанавливающего равновесие подсистем, регулирующих поведение человека во время психологического и физического кризиса или стресса,

**Направленность сестринской помощи.** Медицинская сестра определяет нарушения равновесия в подсистемах поведения, их причины, побуждает пациента на мотивы поведения, связанные с прошлым и настоящим жизненным опытом.

Согласно модели Д.Джонсон сестринская помощь направлена:

- на контроль и ограничение неадекватного поведения;
- защиту от угроз и факторов, вызывающих стресс;
- подавление ненужных реакций;
- поощрение к изменению поведения, поддержку и партнерство.

**Способы оказания сестринской помощи.** Сестринская помощь включают действия: по ограничению поведения (например, курения, избыточного питания); защищающие от неблагоприятных факторов окружающей среды; подавляющие неэффективные реакции (страх, гнев и др.); поощряющие к изменению поведения (например, выполнение утренней оздоровительной гимнастики, прекращение курения и др.).

**Оценка качества и результатов ухода.** Д.Джонсон полагает, что можно оценить результаты ухода в пределах какой-то подсистемы по поведению пациента, вызванному теми или иными структурными изменениями. В том случае, если ожидаемые результаты связаны с окружающей средой, изменение поведения может быть обусловлено сестринским вмешательством в связи с

функциональными изменениями. Если сестринское вмешательство не привело к ожидаемому результату: адекватному поведению и реакции пациента при возникновении стресса, формируются новые цели и вмешательства.

## Адаптационная модель К. Рой

**Пациент. Адаптационная модель К. Рой** рассматривает пациента как личность с учетом его индивидуальных и социальных особенностей. Согласно этой концепции как для физиологических, так и для психологических систем существует состояние относительного равновесия, которого стремится достичь человек - диапазона состояний, в котором люди могут адекватно справляться со своими переживаниями. Для каждого человека этот диапазон уникален. К. Рой выделяет три фактора, влияющих на уровень адаптации, которые называются раздражителями:

- 1) очаговый — находится в окружении человека;
  - 2) ситуационный — возникает при оказании сестринской помощи рядом с очаговым и оказывает на него влияние;
  - 3) остаточный — является результатом прошлых переживаний, верований, взаимоотношений.
- При сочетании с очаговым и ситуационным остаточный раздражитель влияет на уровень адаптации.

При этом существуют четыре способа адаптации, влияющие на поведение: физиологическая система; Я-концепция; роль-функция; взаимозависимость.

*Физиологическая система* — это реакции человека на температуру, влажность, атмосферное давление, пищу, жидкость, кислород, углекислый газ и другие сенсорные раздражители. Способность справляться с новыми, непривычными физиологическими раздражителями обусловлена не только ими, но зависит от возможностей физиологической системы адаптации конкретного человека.

*Я-концепция* — это желание человека понять самого себя: как духовно, так и телесно. Эта система адаптации тоже имеет границы, в пределах которых человек может справляться с изменениями своих психологических и телесных «Я». Эта система особенно важна при подготовке человека к операциям, изменяющим его тело: ампутации конечности, мастэктомии, наложению стомы и т.п. *Роль-функция* — эта система предполагает изменение роли человека в силу тех или иных обстоятельств (например, деятельный человек оказывается в лечебном учреждении и вынужден адаптироваться к пассивной роли пациента). Человек может выйти за рамки своих возможностей адаптации.

*Взаимозависимость* — система подразумевает стремление людей достичь состояния относительного баланса во взаимоотношениях, например мать — сын, муж — жена, продавец — покупатель, учитель — ученик, врач — пациент, сестра — пациент. Сестринскому персоналу следует учитывать ограниченность возможностей адаптации в ситуациях, когда пациент испытывает чувство давления, презрения, одиночества, отторжения, фамильярности и др.

**Источники проблем пациента.** Источниками проблем являются настоящие и предстоящие изменения в жизни человека, особенно в критические периоды, которые оказывают негативное влияние на здоровье вследствие недостатка возможностей адаптации.

**Цель и задачи ухода.** Главной (приоритетной) задачей медицинской сестры является оказание помощи пациенту в достижении и поддержании оптимального уровня здоровья в критические периоды жизни.

**Роль медицинской сестры.** Медицинская сестра способствует адаптации человека в период здоровья и болезни.

**Направленность сестринской помощи.** Помощь направлена на адаптацию пациента к окружающей обстановке во время происходящих в его жизни изменений, требующих действий для поддержания оптимального уровня здоровья.

**Способы оказания сестринской помощи.** Применяют разные способы стимулирования и поддержки пациента. Сестринское вмешательство направлено на раздражители, находящиеся за пределами уровня адаптации пациента, с целью их изменения или возвращения в пределы уровня адаптации.

**Оценка качества и результатов ухода.** Результатом помощи является достижение оптимального уровня здоровья пациента в критические периоды его жизни. При оценке качества ухода сестра и пациент обращают внимание на положительные сдвиги в той или иной системе адаптации.

# Модель М. Аллен, направленная на укрепление здоровья

**М. Аллен** предложила свою модель в начале 1970-х гг., когда получила признание концепция первичной медико-санитарной помощи. Принципы первичной медико-санитарной помощи ориентированы больше на здоровье, чем на болезнь, на привлечение к сохранению здоровья самого человека, его семьи, общества.

**Пациент.** Объектом модели является семья, а не отдельный человек, поскольку именно в ней формируется поведение, ориентированное на здоровье.

**Модель М. Аллен** предлагает рассматривать человека через призму семьи, признавая как влияние семьи на личность, так и влияние отдельной личности на семью. В процессе такого взаимодействия люди и семьи в повседневных житейских ситуациях получают возможности социального, психологического и профессионального роста и развития. Пациент играет активную роль в укреплении своего здоровья.

**Источники проблем пациента.** М. Аллен считает источником проблем пациента неправильное поведение его семьи, наличие факторов риска возникновения заболеваний в семье, отрицательное отношение семьи к здоровью, ведение нездорового образа жизни и т.д. Пациент усваивает ту модель социального поведения, которая соответствует его образу жизни и ценностям.

**Цель и задачи ухода.** Здоровье - это основная цель сестринской помощи. Задачей медицинской сестры является выработка в семье поведения, ориентированного на здоровый образ жизни, и обучение совокупности навыков по преодолению проблемных ситуаций. **Модель М. Аллен** делает акцент на потенциале людей, который можно задействовать при обучении здоровому образу жизни.

**Роль медицинской сестры.** Медицинская сестра организует обучение. Она создает благоприятную обстановку, которая стимулирует, привлекает и заинтересовывает семью в **укреплении здоровья** ее членов. При этом семья является активным участником процесса оздоровления.

**Направленность сестринской помощи.** По М. Аллен медицинская сестра делает акцент на получении пациентом и его семьей знаний о принципах ведения здорового образа жизни. Личность в семье выступает в качестве объекта медицинского и социального обучения медицинской сестры. Пациент обучается в процессе наблюдения за поведением других людей, которое трансформируется в его сознании в определенную модель.

Медицинская сестра рассматривает пациента как активного участника процесса обучения, способного решать проблемы и принимать решения, необходимые для улучшения его здоровья. Она стремится обеспечить здоровье пациенту и его семье повсюду - в больнице, поликлинике и дома.

**Способ оказания сестринской помощи.** Медицинская сестра совместно с пациентом выбирает способы вмешательства, направленные на укрепление его собственного здоровья и здоровья членов его семьи. Это может быть формирование и развитие здоровой семьи, занятие физкультурой и спортом, обеспечение необходимой поддержки и развития активного и ответственного участия членов семьи в сохранении и укреплении здоровья и т.д.

**Оценка качества и результатов ухода.** Критериями оценки качества и результатов ухода должно быть улучшение здоровья семьи в соответствии с поставленными целями. Медицинская сестра достигает цели, последовательно выполняя семь этапов ситуационно обусловленной сестринской помощи: выявляет проблему, изучает контекст ситуации, определяет временные границы, анализирует проблему, составляет план, выполняет план, оценивает результаты.