

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Башкирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения российской федерации
Медицинский колледж

**ИЕРАРХИЯ ПОТРЕБНОСТЕЙ ЧЕЛОВЕКА ПО А.
МАСЛОУ.
МОДЕЛИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА**

ПРЕПОДАВАТЕЛЬ: ЯШИНА Е.В.

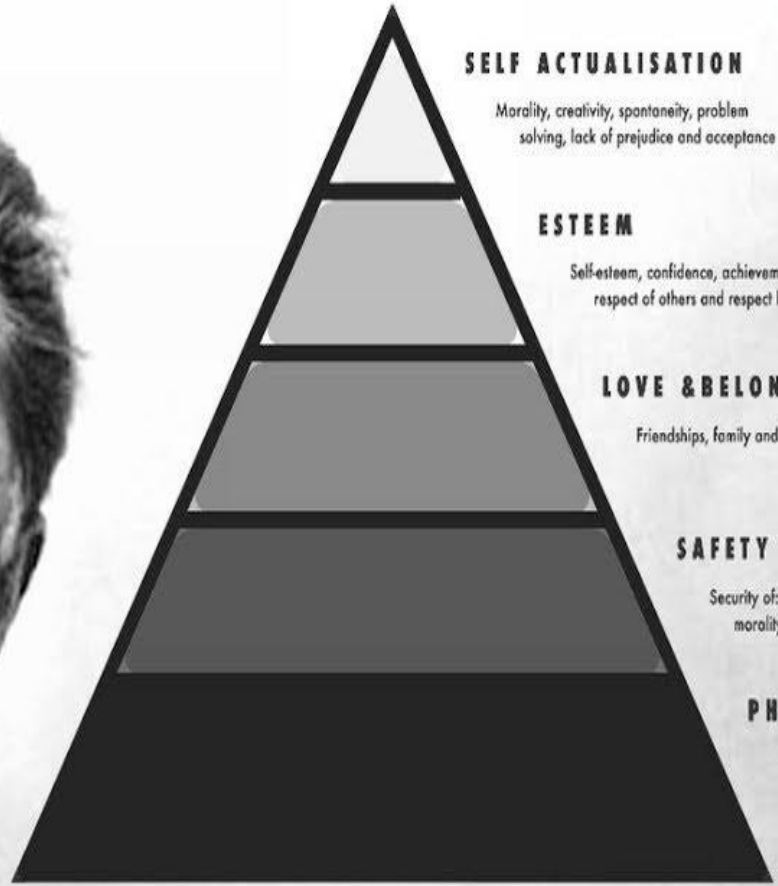
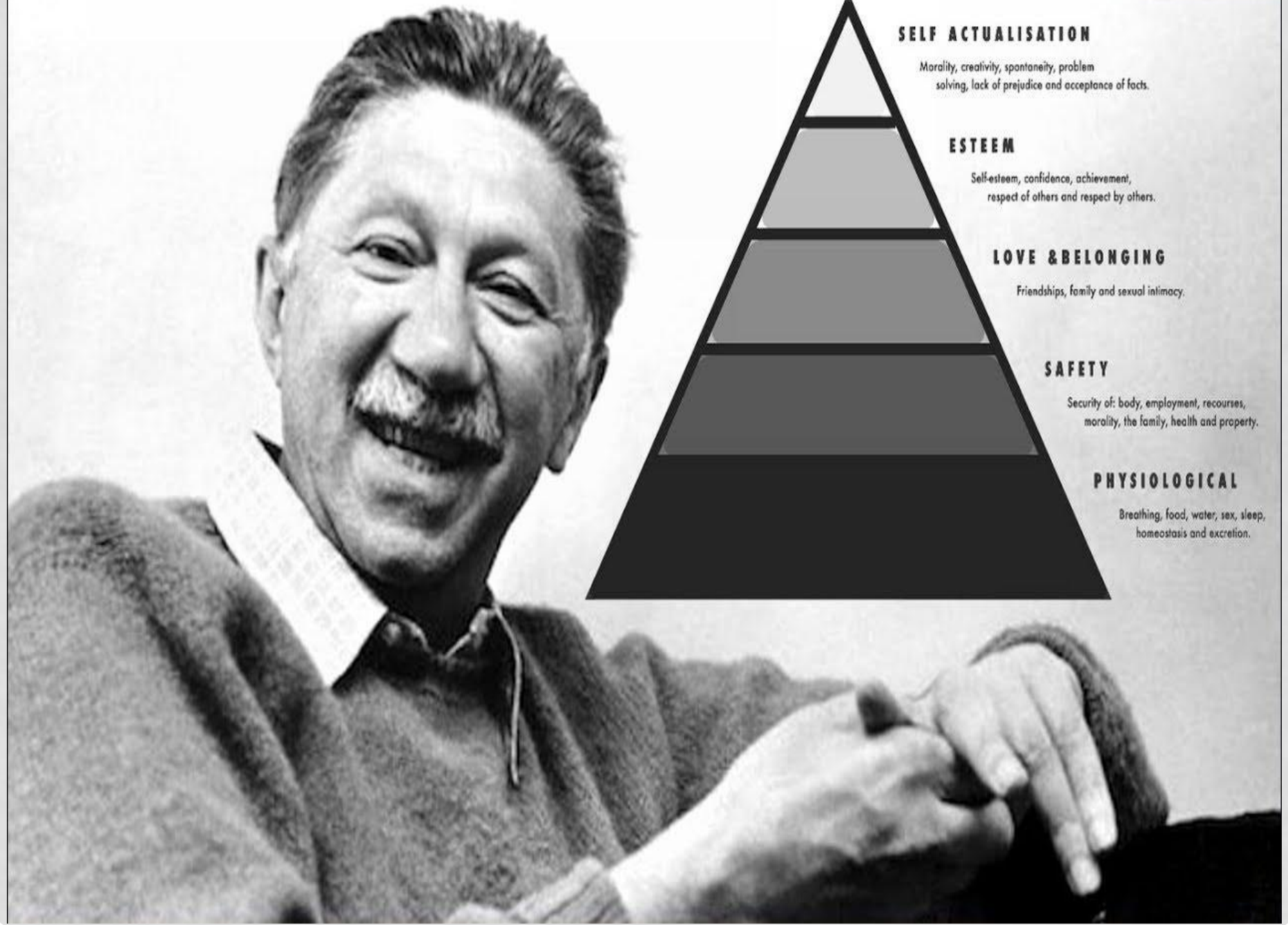
УФА, 2020

Основные концепции теории А. Маслоу

Маслоу Абрахам Харольд (1908-1970) - американский психолог, один из основоположников гуманистической психологии.

Выдвинул концепцию целостного подхода к человеку и анализа его высших сущностных проявлений - любви, творчества, духовных ценностей и др.

Маслоу создал иерархическую модель мотивации (Пирамида потребностей Маслоу), в соответствии с которой утверждал, что высшие потребности могут направлять поведение человека лишь в той мере, в какой удовлетворены его более низшие потребности.



SELF ACTUALISATION

Morality, creativity, spontaneity, problem solving, lack of prejudice and acceptance of facts.

ESTEEM

Self-esteem, confidence, achievement, respect of others and respect by others.

LOVE & BELONGING

Friendships, family and sexual intimacy.

SAFETY

Security of: body, employment, resources, morality, the family, health and property.

PHYSIOLOGICAL

Breathing, food, water, sex, sleep, homeostasis and excretion.

Потребность

переживаемые, осознаваемые и неосознаваемые человеком нужды, которые необходимы для жизнедеятельности организма и развития личности.

Различают потребности:

- 1 группа** - витальные (потребность жить и обеспечивать свою жизнь).
- 2 группа** - социальные (потребность занять определенное место в обществе)
- 3 группа** - познавательные (потребность познавать внешний и внутренний мир).

Американский психофизиолог А. Маслоу

русского происхождения в 1943 году проводил исследования побудительных мотивов поведения человека и разработал одну из теорий потребностей поведения человека, классифицировал потребности по иерархической системе – от физиологических (низший уровень) до потребностей самовыражения (высший уровень), изобразил уровни потребностей в виде пирамиды, выделил 14 основных потребностей человека и расположил их согласно пяти уровням.

Удовлетворение потребностей человека зависит от внешних и внутренних факторов

К внешним факторам, от которых зависит степень удовлетворения потребностей, относятся условия окружающей человека среды.

К генетическим факторам которые изменить нельзя, относятся возраст, пол человека, наследственность.

Факторы риска, влияющие на образ жизни человека могут привести к нарушению удовлетворения потребностей. К ним относятся: экология, гиподинамия, избыточный вес, вредные привычки, стрессовые ситуации и другие, которые можно сгруппировать следующим образом:

Иерархия потребностей человека по А. Маслоу



Концепция А. Маслоу иерархии потребностей в мотивации человека

Основные потребности человека в здоровье и болезни

Потребность – это физиологический и (или) психологический дефицит того, что существенно для здоровья и благополучия человека.

Существует множество самых разнообразных классификаций потребностей, например, Доротеи Орэм, Роупер, Джонсон, Обуховского, Симонова и Ершова, сестринская теория потребностей и так далее. Но наиболее популярной, доступной и полной является классификация американского психолога А. Маслоу.

Первая ступень пирамиды Маслоу описывает потребности в выживании, без удовлетворения которых невозможна жизнь в биологическом смысле: потребности в адекватном дыхании, приёме пищи и жидкости, физиологических отправлениях, движении, сне и отдыхе.

Если потребности в выживании удовлетворяются, человек начинает думать о своей безопасности в окружающем мире, возникает потребность защитить себя от природных стихий, болезней, социальных явлений, жизненных неудач. Для большинства людей безопасность означает надежность и удобства. Каждый из нас нуждается в крове, одежде и в том, кто может оказать помощь. Мы чувствуем себя в безопасности, если покрытие пола сухое и на нём нет посторонних предметов, помещение в тёмное время суток достаточно освещено; при плохом зрении есть очки; человек одет соответственно погоде и есть уверенность, что при необходимости ему будет оказана помощь.

Социальные потребности

Отношение людей в обществе- семья, друзья, их общение, одобрение, привязанность, любовь и.т.д. Большинство хочет, чтобы нас любили, понимали. Никто не желает быть покинутым, нелюбимым и одиноким. Если это случилось, значит, социальные потребности человека не удовлетворены.

При тяжелой болезни, не трудоспособности или в приклонном возрасте часто возникает « вакуум» , и социальные контакты нарушаются. Помогая человеку решить социальную проблему , можно значительно улучшить качество его жизни.

Потребность в самоуважении и уважении окружающих

Общаясь с людьми, мы не можем быть равнодушным к оценке своего успеха в каких то делах со стороны окружающих. Чем выше уровень социально-экономического развития общества, тем более полно удовлетворяются потребности в самоуважении.

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 свою потребность в уважении.

Потребность в самовыражении

Маслоу 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 и т.д.

Классификация Маслоу демонстрирует целостные подход к человеку. Иерархия потребностей служит чёткой и простой схемой для определения и анализа имеющихся и потенциальных проблем со здоровьем у пациента.

Вирджиния Хендерсон и ее теория сестринского дела

Вирджиния Хендерсон (Virginia Henderson) родилась в 1897г в Канзасе, штат Миссури, США (Kansas City, Missouri, USA).

В 1921г Вирджиния окончила армейскую школу медсестер в Вашингтоне. Затем она окончила Педагогический Колледж при Колумбийском университете со степенью магистра в области сестринского образования и занялась педагогической деятельностью вплоть до 1948г.

Хендерсон известна своим определением сестринского ухода: "Уникальная функция медсестры заключается в оказании помощи индивиду, больному или здоровому, в выполнении таких мероприятий, содействующих сохранению или восстановлению здоровья, которые он мог бы обеспечить себе сам, если бы имел необходимые для этого силы, волю и знания"



Mujeres con Corazón
1897-1996



ESPAÑA
Sello Postal

0,99

Virginia Henderson

Sellos Ficción

Jose Cortes

Теория ухода Вирджинии Хендерсон, 14 основных потребностей были опубликованы в учебнике «О принципах и практике ухода" - одном из первых учебников по сестринскому делу.

1. Дыхание
2. Питание и употребление жидкости
3. Физиологические отправления
4. Двигательная активность
5. Сон и отдых
6. Способность самостоятельно одеваться и раздеваться
7. Поддержание температуры тела и возможность ее регулирования
8. Соблюдение личной гигиены
9. Обеспечение собственной безопасности
10. Общение с другими людьми, возможность выражать свои эмоции и мнение
11. Возможность соблюдать обычаи и обряды согласно вероисповеданиям
12. Возможность заниматься любимой работой
13. Отдых и развлечения
14. Потребность в получении информации

Виды повседневной деятельности по В. Хендерсон

Первый уровень: физиологические потребности -

Нормально дышать. Употреблять достаточное количество пищи и жидкости. Выделять продукты жизнедеятельности. Двигаться и поддерживать нужное положение. Спать и отдыхать.

Второй уровень: потребность в безопасности -

Одеваться и раздеваться, выбирать одежду. Поддерживать температуру тела в нормальных пределах, подбирая соответствующую одежду и изменяя окружающую среду. Соблюдать личную гигиену, заботиться о внешнем виде. Обеспечивать свою безопасность и не вредить другим людям.

Виды повседневной деятельности по В. Хендерсон

Третий уровень: социальные потребности - Поддерживать общение с другими людьми, выражая свои эмоции, мнение. Отправлять религиозные обряды в соответствии со своей верой.

Четвертый уровень: потребность в уважении и самоуважении - Выполнять работу, результаты которой приносят удовлетворение. Отдыхать, принимать участие в разнообразных развлечениях и играх. Удовлетворять свою любознательность, помогающую нормально развиваться.

Уровни основных человеческих потребностей по А. Маслоу	Потребности повседневной жизни по В. Хендерсон
Первый уровень (физиологические потребности)	Нормально дышать; потреблять достаточное количество пищи и жидкости; выделять из организма продукты жизнедеятельности; двигаться и поддерживать нужное положение; спать и отдыхать
Второй уровень (потребность в безопасности)	Самостоятельно одеваться и раздеваться, выбирать одежду; поддерживать температуру тела в нормальных пределах, подбирая соответствующую одежду и изменяя окружающую среду; соблюдать личную гигиену, заботиться о внешнем виде; обеспечивать свою безопасность и не опасность для других людей
Третий уровень (социальные потребности)	Поддерживать общение с другими людьми, выражая свои эмоции, мнение; отправлять религиозные обряды в соответствии со своей верой
Четвёртый уровень (потребность в уважении и самоуважении)	Заниматься любимой работой; отдыхать, принимать участие в разнообразных развлечениях, играх; удовлетворять свою любознательность, помогающую нормально развиваться

Модель Хендерсон

Модель В. Хендерсон , предложенная в США в 1960 г., а затем дополненная в 1968 г., в большей степени акцентирует внимание сестринского персонала на физиологических, в меньшей - на психологических и социальных потребностях, которые могут быть удовлетворены благодаря сестринскому уходу. Одно из неперемных условий этой модели - участие самого пациента в планировании и осуществлении ухода.

Пациент, согласно утверждению В. Хендерсон, имеет фундаментальные человеческие потребности, одинаковые для всех людей: «Вне зависимости от того, болен человек или здоров, сестра всегда должна иметь в виду жизненно важные потребности человека в пище, крове, одежде; в любви и доброжелательности, в чувстве необходимости и взаимозависимости в условиях общественных отношений... »

Цель ухода. В. Хендерсон считает, что сестре следует ставить только долгосрочные цели в восстановлении независимости пациента при удовлетворении им 14 повседневных потребностей.

Правда, краткосрочные и промежуточные цели тоже имеют право на существование, но только при острых состояниях: шоке, лихорадке, инфекции или дегидратации (обезвоживании). Автор рекомендует составлять план сестринского ухода, письменно изменяя его после оценки результата сестринских вмешательств.

Сестринское вмешательство. В. Хендерсон считает, что сестринский уход должен быть связан и с лекарственной терапией, и с процедурами, назначаемыми врачами, при этом для осуществления сестринских вмешательств может потребоваться участие членов семьи 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.

Планирование ухода. В. Хендерсон считает, что человек должен полностью и самостоятельно удовлетворять свои повседневные потребности, поэтому долгосрочная цель ухода заключается в том, чтобы добиться у пациента максимальной независимости. Для решения этой проблемы сестра ставит совместно с пациентом несколько промежуточных и краткосрочных целей. Так, в случае с пациентом, отказывающимся от пищи, нужно запланировать беседу с родственниками, с самим пациентом, возможно, с сотрудниками пищеблока. В случае с пациентом, имеющим проблемы со сном, следует запланировать упражнения по релаксации (расслаблению), проветривание помещения или перевод в другую палату. Поставленные цели должны быть реалистичны и измеряемы, чтобы можно было оценить успешность или безуспешность сестринского вмешательства.

Оценка результатов ухода. Сестры, работающие по модели В. Хендерсон, приступая к итоговой оценке выполнения плана по уходу, начинают с оценки каждой повседневной потребности, при удовлетворении которой были выявлены проблемы. Сестра устанавливает, насколько достигнута цель при удовлетворении потребности. При недостигнутой цели планируются новые сестринские вмешательства или изменение формулировки цели.

Модель Д. Орем

Доротeya Элизабет Орем (15 июля 1914 - 22 июня 2007), родившийся в Балтиморе, Мэриленд, была теоретиком и создателем теории дефицита самоухода, также известная как модель Орем.

Модель, предложенная Д. Орем (1971), рассматривает человека как единую функциональную систему, имеющую мотивацию к самоуходу. Возможности и потребности в самоуходе должны быть в равновесии, независимо от того, здоров он или болен.

Д. Орем выделяет три группы потребностей в самоходе:

1) Универсальные:

- 1) достаточное потребление воздуха;
- 2) достаточное потребление жидкости;
- 3) достаточное потребление пищи;
- 4) достаточная возможность выделения и потребления, связанные с этим процессом;
- 5) сохранение баланса между активностью и отдыхом;
- 6) время одиночества сбалансировано со временем в обществе других людей;
- 7) предупреждение опасностей для жизни, нормальной жизнедеятельности и хорошего самочувствия;
- 8) стимулирование желания соответствовать определенной социальной группе в соответствии с индивидуальными способностями и ограничениями.

2) Потребности, связанные со стадией развития

(от младенчества до старости и в период беременности) Эти потребности, удовлетворяются, как правило, всеми взрослыми людьми, поддающимися воспитанию.

3) Потребности, связанные с нарушением здоровья

Они обусловлены наследственными, приобретенными заболеваниями и травмами. В этой группе определяются три вида нарушений: анатомические изменения (ожоги), функциональные физиологические изменения (одышка, отеки и пр.), изменение поведения или повседневных жизненных привычек (чувство безразличия, бессонница, внезапное изменение настроения). Если человек справляется с этими проблемами, то общее равновесие сохраняется и уход за ним не требуется.

Источник проблем пациента. Если пациент (его родственники или близкие) не может сохранить равновесие между своими возможностями и потребностями в самоуходе, а потребности самоухода превышают возможности самого человека, возникает необходимость в сестринской помощи. При этом Д. Орем считает, что помощь осуществляется при активном участии пациента, его родственников и близких.

Направленность сестринского вмешательства. Сестринское вмешательство должно быть направлено на выявленный дефицит самоухода и его причины. Причинами дефицита могут быть отсутствие знаний, неумение выполнять отдельные действия по самоуходу, непонимание важности самоухода.

Автор этой модели связывает непонимание необходимости самоухода с уровнем и стадией развития, а также с прошлым жизненным опытом пациента. Д. Орем считает, что для решения вопроса о необходимости сестринского вмешательства сестра должна:

- определить уровень требований самого пациента к самоуходу;
- оценить возможности человека удовлетворить эти требования и безопасно осуществлять самоход;
- оценить возможности восстановления самоухода в будущем.

Автор считает, что только определив требования и возможности пациента к самоуходу, можно принимать решение о планировании ухода.

Цель ухода. Краткосрочные, промежуточные и долгосрочные цели (или их комбинации) должны быть сосредоточены на пациенте (его возможностях по самоуходу). При этом с пациентом следует обсудить не только цели ухода, но и планируемые сестринские вмешательства.

Сестринское вмешательство может быть направлено как на расширение возможностей самоухода, так и на изменение уровня потребностей в нём.

Д. Орем называет эти изменения выздоровлением.

Д. Орем выделяет 6 способов сестринских вмешательств:

- делать что-либо за пациента;
- руководить пациентом, направлять его действия;
- оказывать физическую поддержку;
- оказывать психологическую поддержку;
- создавать среду для обеспечения самоухода;
- обучать пациента (или его родственников).

Применение модели Д. Орем в сестринском процессе. Каждый человек, здоровый или больной, должен сохранять равновесие между потребностями в самоуходе и возможностями его осуществлять. Определив терапевтически необходимое поведение при самоуходе во время травмы или заболевания, сестра совместно с пациентом находит способ и вид сестринского вмешательства.

При проведении первичной оценки потребностей и возможностей пациента в самоуходе сестра определяет терапевтически необходимое поведение при самоуходе - равновесие между потребностями и возможностями осуществлять самоуход. Проводя первичное обследование состояния пациента, находящегося в лечебном учреждении, сестра определяет, нужна ли её помощь.

Планирование сестринского ухода. Сестринский уход планируется в зависимости от возможностей самоухода как самого пациента, так и его близких. В первом из приведённых примеров планируемое вмешательство будет в рамках частично компенсирующей и обучающей систем.

Сестринское вмешательство. В каждом случае цель сестринского вмешательства - восстановление равновесия между возможностями и потребностями в самоуходе.

Оценка качества и результатов ухода. Оценивая эффективность сестринского ухода, сестра прежде всего учитывает то, что достигнуто самим пациентом к назначенному ими совместно времени.