

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.**

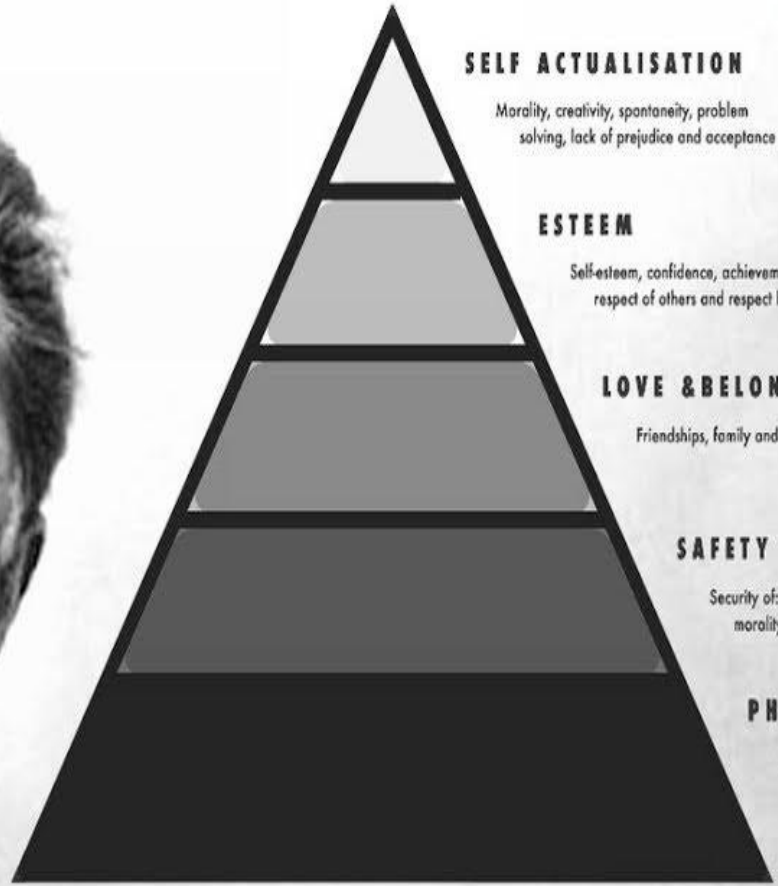
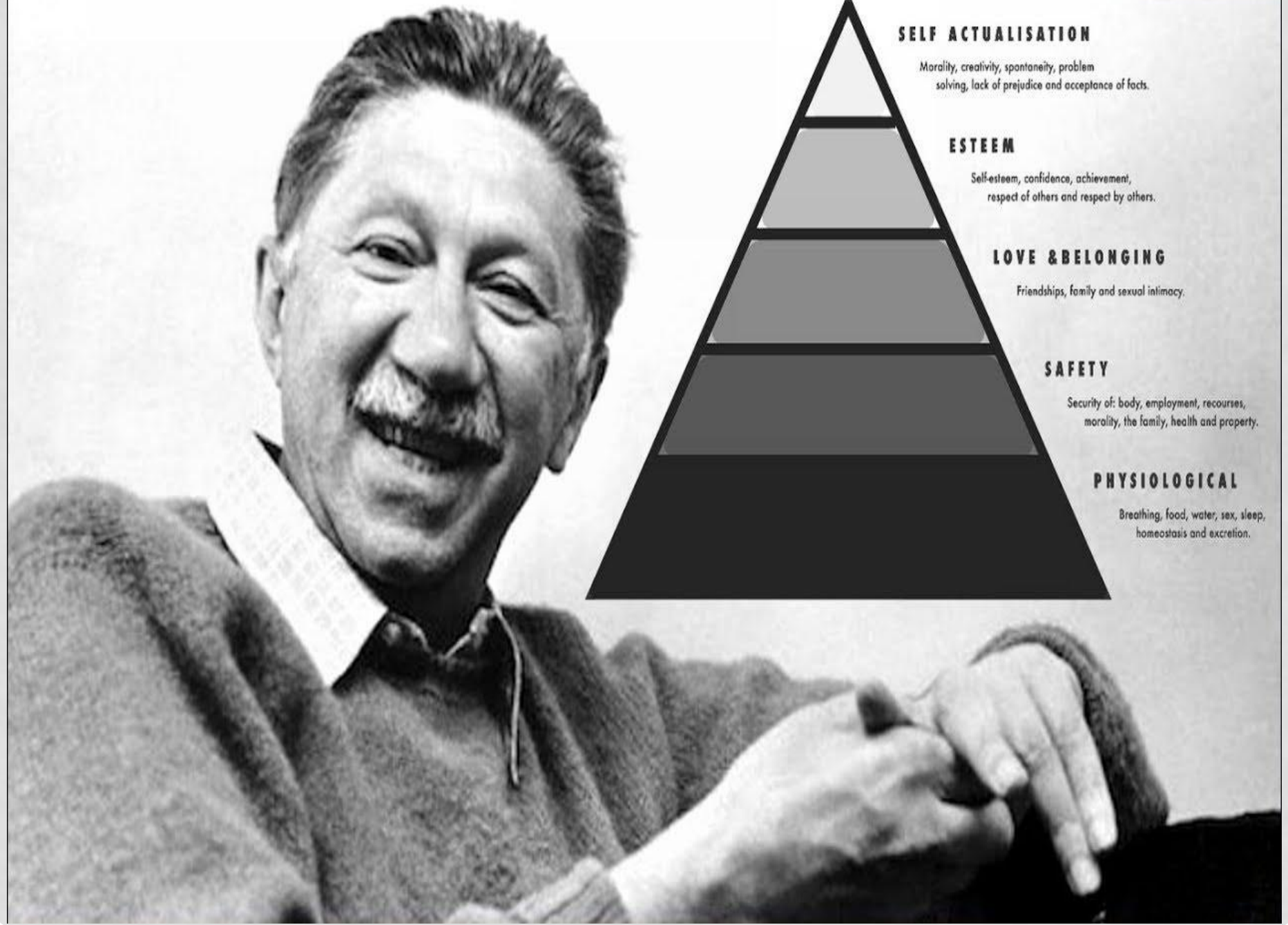
УФА, 2020

# 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
<b>Первый уровень</b> (физиологические потребности)	Нормально дышать; потреблять достаточное количество пищи и жидкости; выделять из организма продукты жизнедеятельности; двигаться и поддерживать нужное положение; спать и отдыхать
<b>Второй уровень</b> (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
<b>Третий уровень</b> (социальные потребности)	Поддерживать общение с другими людьми, выражая свои эмоции, мнение; отправлять религиозные обряды в соответствии со своей верой
<b>Четвёртый уровень</b> (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 неизменных 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.