

РАЗРАБОТКА И АПРОБАЦИЯ СИСТЕМЫ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ ПОТРЕБНОСТЕЙ БОЛЬНОГО

Фаршатов Р.С., Клявлин С.В.

«Потребность – ядро понятия уход!»

Актуальность работы. Согласно предложенной в 1954 году концепции иерархии потребностей, разработанной Абрахамом Маслоу, потребности, если они не удовлетворены, побуждают человека к действиям. Удовлетворенные же потребности, согласно предложенной концепции, не мотивируют людей. А. Маслоу расположил потребности в виде иерархической пирамиды, считая, что любая вышестоящая потребность не будет реализована в том случае, если нарушено удовлетворение потребностей более низкого уровня. Известный теоретик сестринского дела Вирджиния Хендерсон в 1955 году, дополнив пирамиду Маслоу, создает свою собственную шкалу потребностей из 14 пунктов, которая называется «Сестринская модель Вирджинии Хендерсон». В практической деятельности обе модели используются в качестве ориентиров для действий медицинского персонала в направлении помощи в реализации нарушенной потребности.

Цель нашей работы: разработать и апробировать количественную оценку нарушений потребностей в модели В. Хендерсон на примере пролежней.

Нами были поставлены следующие задачи:

- 1) Разработать систему количественную систему оценки потребностей пациента.
- 2) Апробировать систему оценки нарушенных потребностей на группе пациентов гематологического, неврологического и реанимационного отделений.

Материалы и методы: Исследования проводились на базе ГКБ№21 и ГКБ№13 г. Уфа. Объектами исследования были пациенты трех отделений: реанимационного (n=15), неврологического (n=15) и гематологического (n=15), у которых мы применили разработанную нами систему

количественной оценки нарушенных потребностей. Предметами исследования были факторы, влияющие на реализацию потребностей пациента. Пациенты были сопоставимы по возрасту (рис.1).

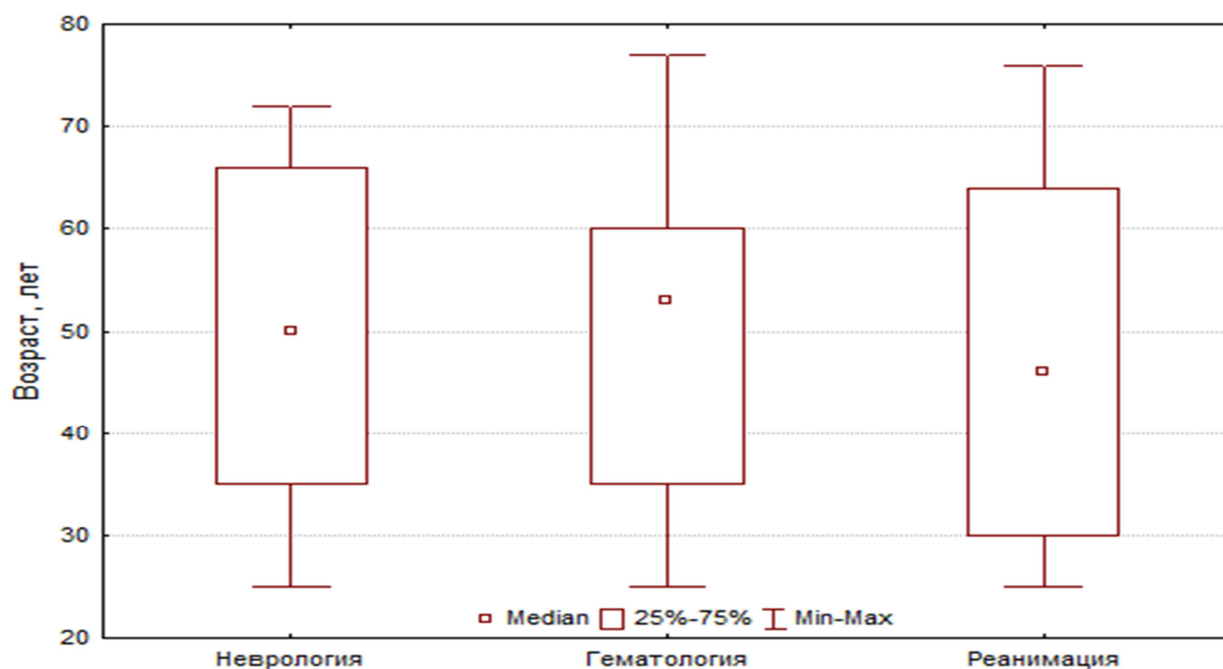


Рис. 1. Распределение больных по возрасту

Нами была разработана шкала оценки потребностей (по модели В. Хендерсон) в которой каждая из 14 потребностей кодировалась следующим образом: 1 – реализация потребности не нарушена, 0 – реализация потребности нарушена. В конечном счете каждому пациенту присваивалась сумма бала, равная оценке каждой потребности, кодируемой вышеупомянутым способом. Для графического и статистического анализа мы применяли компьютерную программу OriginPro 8.0 версии. Для оценки статистической значимости различий применяли непараметрический U-критерий Манна-Уитни.

Результаты и обсуждения: Разработанная нами шкала «Хендерсон: 1-0» дает понять, что больные гематологического профиля и неврологии почти не ущемлены болезнью ни в каких потребностях (реализация 12 и более потребностей сохранена у 75% больных). Напротив, что касается больных в

реанимации – у 75% больных была сохранена реализация только 2 потребностей.

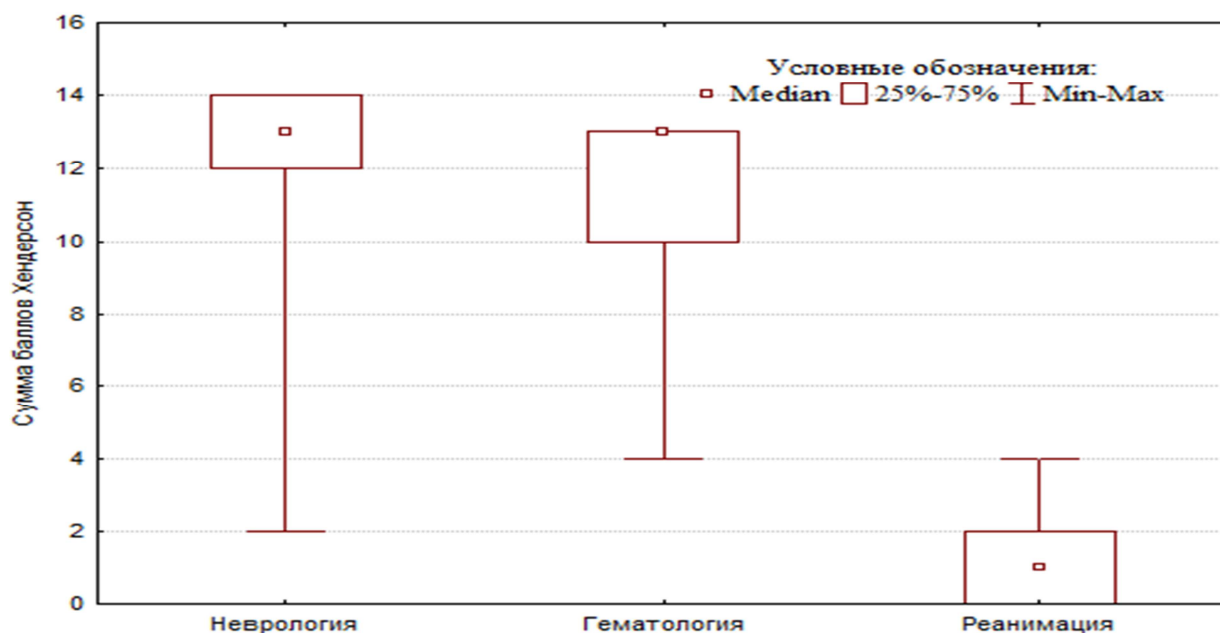


Рис. 2. Результаты применения шкалы потребностей "Хендерсон: 1-0"

Графический и статистический анализ показывает, что данные по разработанной нами шкале у больных неврологического и гематологического отделений не различаются (статистическая значимость различия $p=0,21$). В тоже время отмечается статистически значимая разница в оценках по шкале у реанимационных больных в сравнении с неврологическими и гематологическими, что безусловно согласуется с клиническими данными.

Выводы:

- 1) Предложенная нами система оценки позволяет количественно оценить степень нарушения потребностей пациента
- 2) Полученные нами данные позволяют судить, что реанимационные больные, находящиеся в тяжелом состоянии, имеют наибольшее количество нарушенных потребностей.