

卫生部规划教材

高等医药院校教材
(供护理专业用)

护理学导论

主 编 潘孟昭



人民卫生出版社

高等医药院校教材

(供护理专业用)

护 理 学 导 论

主 编 潘孟昭

编 者(以姓氏笔画为序)

冯先琼(华西医科大学)

李小妹(西安医科大学)

李小寒(中国医科大学)

李月梅(湖南医科大学)

张国际(天津医科大学)

潘孟昭(中国协和医科大学)

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目(CIP)数据

护理学导论/潘孟昭主编. —北京:人民卫生出版社,
1999
ISBN 7-117-03278-2

I. 护… II. 潘… III. 护理学 IV. R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(1999)第 10297 号

ZV76/24

护理学导论

潘孟昭 主编

人民卫生出版社出版发行

(100078 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼)

遵化市今日印业有限公司印刷

新华书店经销

787 × 1092 16 开本 11 印张 237 千字
1999 年 9 月第 1 版 1999 年 9 月第 1 版第 1 次印刷
印数: 00 001-15 000

ISBN 7-117-03278-2/R · 3279 定价: 10.00 元

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

著作权所有,请勿擅自用本书制作各类出版物,违者必究。

出版说明

1984年卫生部组织编写了供全国高等医药院校护理专业试用教材共5种。随着护理学科的迅猛发展,医学模式向生物学-心理-社会模式的转变和我国卫生工作改革的不断深化,以及社会人群对健康保健服务需求的提高,第一轮教材已不适应护理临床与教学和培养面向21世纪护理人才的要求。根据高等教育护理专业培养目标,1996年卫生部着手组织护理专业教材的修订、编写工作,成立了高等教育护理专业教材编审委员会,确定修订、编写指导思想、原则、计划。

本轮教材共编写9种,在编写指导思想上体现了“以病人为中心,以提高服务质量为目标,以护理程序为框架”的原则,在内容上除强调教材的“三基”、“五性”外,既注重了适应医学模式和护理模式的转变,又充实了心理学、社会学、伦理学、预防医学的理论内容。

这套教材的编写得到美国中华医学基金会(CMB)大力支持,谨此向CMB以及Dr. Sawyer先生致以谢意!

全套教材有:

- | | |
|----------------|---------------------|
| 1. 《护理学导论》 | 潘孟昭主编 |
| 2. 《护理学基础》第二版 | 殷磊主编
于艳秋副主编 |
| 3. 《护理管理学》 | 杨英华主编
李继坪副主编 |
| 4. 《护理心理学》 | 戴晓阳主编
佟术艳副主编 |
| 5. 《护理研究》 | 肖顺贞主编
沈宁副主编 |
| 6. 《内科护理学》第二版 | 姚景鹏主编
董慰慈、吕探云副主编 |
| 7. 《外科护理学》第二版 | 陆以佳主编
刘咸璋、刘森副主编 |
| 8. 《妇产科护理学》第二版 | 郑修霞主编
周昌菊副主编 |
| 9. 《儿科护理学》第二版 | 朱延力主编
王淑兰副主编 |

高等教育护理专业教材编审委员会

主任委员 陆以佳

委 员 (按姓氏笔画为序)

于艳秋 朱延力 刘咸璋 沈 宁

邵薇薇 周昌菊 姚景鹏

秘 书 殷 磊

前 言

1985年在卫生部的领导下,编写了五本高等护理专业教材,使我国的高等护理教材从无到有并对自1984年建立的高等护理教育发挥了重要作用。此次,由卫生部规划,以美国中华医学基金会支持的八所医学院校的护理系为主,另外聘请了其他一些医学院校护理系教学经验丰富的专业教师,共同组成了高等护理专业第二轮教材编写委员会,在四川成都华西医科大学共召开3次会议,决定编写成套教材9本,并对每本书的内容共同进行了讨论,以避免重复。《护理学导论》是其中之一。

为了紧紧围绕护理本科生的培养目标,以及作为学习护理专业的启蒙教材,我们尽力使此书能够涵盖当前护理学先进的基础理论和基础知识,并以对人的健康与疾病进行整体护理作为中心指导思想。本书第1~3章介绍了什么是当代护理学,包括护理学的基本概念,护理学的发展与展望,护理理论等。第4~5章介绍了为人们提供系统的、科学的、因人施护的工作方法——护理程序。第6~7章介绍了完善护理工作相关的知识,包括沟通与交流的技巧与如何进行健康教育等。第8~9章是为了增强护理专业的责任感而应学习的伦理与法律方面的知识,并有这方面的附录供参考。作者们力求使本教材具有科学性、启发性,适合我国国情,并对实践有指导意义。但本书未包括基础护理技术操作,根据编委会统一安排,基础护理技术操作部分另写一本《护理学基础》。

在编写此教材的过程中,得到郭桂芳、刘化侠老师协助查找资料,李涛老师帮助打印目录及封面等,在此一并表示衷心的感谢。

主 编 潘孟昭

1998年8月

目 录

第一章 护理学的基本概念	(1)
第一节 概述	(1)
第二节 人	(1)
一、人是一个统一的整体	(1)
(一)整体的概念	(1)
(二)人是个开放系统	(1)
(三)护理中人的范围	(2)
二、人的基本需要	(2)
(一)基本需要的定义	(2)
(二)基本需要的特性	(2)
(三)影响需要满足的因素	(2)
(四)有关人的基本需要理论	(3)
三、人的成长与发展	(5)
(一)成长与发展的定义	(5)
(二)成长与发展的内容	(5)
(三)成长与发展的基本原则	(6)
(四)影响成长与发展的因素	(6)
(五)成长与发展理论	(7)
(六)成长与发展的过程	(10)
四、人的自我概念	(14)
(一)自我概念的定义	(14)
(二)自我概念的组成	(15)
(三)良好的自我概念的重要性	(15)
第三节 健康	(15)
一、健康的概念	(15)
(一)健康的定义	(15)
(二)健康的模式	(16)
(三)影响健康状况的因素	(17)
二、疾病的概念	(18)
(一)疾病的定义	(18)
(二)疾病的影响	(19)
三、健康和疾病的关系	(20)
第四节 环境	(20)
一、人的内外环境	(20)
(一)人的内环境	(20)
(二)人的外环境	(20)

二、人、健康与环境的关系	(21)
第五节 护理	(21)
一、护理的概念	(21)
(一) 护理的定义	(21)
(二) 护理的内涵	(22)
二、护理概念的演变过程	(22)
(一) 发展过程	(22)
(二) 整体护理的含义和意义	(23)
三、护理与健康的关系	(24)
四、专业与护理专业	(25)
(一) 专业	(25)
(二) 护理专业	(25)
(三) 护理专业的知识范畴	(26)
第六节 学习护理学基本概念的重要意义	(26)
第二章 护理学的发展与展望	(28)
第一节 世界护理学的发展	(28)
一、古代与中世纪	(28)
(一) 远古	(28)
(二) 古代(公元前)	(29)
(三) 中世纪与文艺复兴时代	(30)
二、现代护理学逐步发展成为专业的历程	(31)
(一) 现代护理学奠基人南丁格尔的事迹和贡献	(31)
(二) 现代护理学的发展过程	(33)
第二节 中国护理学的发展	(35)
一、祖国医学与护理	(35)
(一) 远古至奴隶社会后期	(35)
(二) 春秋、战国	(35)
(三) 秦、汉	(35)
(四) 唐	(36)
(五) 宋、元	(36)
(六) 明	(36)
(七) 清	(36)
二、现代	(36)
(一) 西方护理工作的传入	(36)
(二) 抗日战争时期到全国解放	(37)
(三) 新中国成立后	(38)
第三节 护理学术团体	(40)
一、中华护理学会的历史及贡献	(40)
二、国际护士会	(41)
第四节 今后展望	(41)
一、我国卫生保健工作面临的主要问题	(41)
(一) 死因构成比的变化	(41)

(二)人口年龄结构的变化及特殊群体的健康需求	(42)
(三)卫生服务与群众的需求存在差距	(42)
二、今后走向	(42)
(一)发展护理教育	(42)
(二)提高临床实践的质量	(42)
(三)逐步扩大护理人员的工作范围	(43)
第三章 护理理论及与护理学相关的理论	(44)
第一节 概述	(44)
一、理论的定义、组成和作用	(44)
二、护理理论的定义、组成、作用和发展历史	(44)
第二节 护理理论	(46)
一、佛罗伦斯·南丁格尔与护理理论	(46)
(一)南丁格尔护理理论	(46)
(二)南丁格尔对护理四个基本概念的论述	(47)
(三)南丁格尔护理理论和护理实践之间的关系	(47)
二、奥瑞姆与自理模式	(48)
(一)奥瑞姆的自理模式	(48)
(二)奥瑞姆对护理四个基本概念的论述	(49)
(三)奥瑞姆自理模式和护理实践之间的关系	(50)
三、罗伊与适应模式	(51)
(一)罗伊的护理理论	(51)
(二)罗伊的护理理论和护理实践之间的关系	(53)
四、纽曼与系统模式	(53)
(一)纽曼的系统模式	(53)
(二)纽曼对护理四个基本概念的论述	(56)
(三)纽曼系统模式和护理实践之间的关系	(56)
第三节 护理学相关理论	(56)
一、压力学说	(56)
(一)人体的恒定状态	(57)
(二)有关压力的理论	(57)
(三)压力和压力源	(57)
(四)压力的表现	(57)
(五)压力与危机、疾病的关系	(58)
(六)协助患者更好地适应压力	(58)
(七)减少护理工作中的压力与疲溃	(58)
二、失落和悲哀	(59)
第四章 护理人员在卫生保健体系中的角色功能	(61)
第一节 我国卫生保健工作的基本方针	(61)
一、建国初期	(61)
(一)历史背景	(61)
(二)四项基本方针	(61)
二、实施“九五”计划(1996~2000年)及2010年规划	(61)

(一)实施卫生改革,制定新时期卫生方针的背景	(61)
(二)卫生工作的目标和方针	(61)
第二节 初级卫生保健及世界卫生组织关于“2000年人人享有卫生保健”的	
战略目标	(62)
一、初级卫生保健	(62)
(一)任务	(62)
(二)具体工作内容	(62)
二、世界卫生组织关于“2000年人人享有卫生保健”的战略目标	(63)
(一)背景	(63)
(二)基本政策	(64)
(三)具体目标	(64)
(四)取得的成果	(65)
第三节 护理人员的工作范围和角色功能	(65)
一、工作范围	(65)
(一)传统的工作范围	(65)
(二)护理人员的工作方式	(66)
(三)目前发展的趋势	(67)
二、护理人员的角色功能	(67)
第五章 护理程序	(68)
第一节 概述	(68)
一、护理程序的概念	(68)
(一)护理程序的定义及特点	(68)
(二)护理程序的形成过程	(68)
(三)护理程序的步骤及它们之间的关系	(69)
二、护理程序的理论基础	(69)
(一)系统论	(69)
(二)信息论	(69)
(三)控制论	(70)
(四)系统论、信息论和控制论三者之间的关系	(70)
三、护理程序对护理实践的指导意义	(70)
(一)病人方面	(70)
(二)护理人员方面	(70)
第二节 护理评估	(70)
一、资料的分类	(71)
二、收集资料的途径	(71)
(一)病人	(71)
(二)病人的家属及对病人有重要影响的人	(71)
(三)病历及各种检查报告	(71)
(四)其他医务人员	(71)
(五)文献资料	(71)
三、收集资料的方法	(72)
(一)观察	(72)

(二) 交谈	(72)
(三) 体检	(73)
(四) 查阅病历及文献资料	(74)
四、收集资料的步骤	(74)
(一) 收集资料	(74)
(二) 组织资料	(74)
(三) 核实资料	(75)
(四) 记录资料	(75)
第三节 护理诊断	(75)
一、护理诊断的定义和种类	(75)
(一) 护理诊断的定义	(75)
(二) 护理诊断的种类	(76)
二、护理诊断的组成部分	(76)
(一) 诊断名称	(76)
(二) 原因	(80)
(三) 诊断依据	(81)
三、护理诊断、需协同处理的问题及医疗诊断的区别	(81)
四、形成诊断的过程	(81)
(一) 分析资料	(82)
(二) 分析问题	(82)
(三) 形成对问题的描述	(82)
五、书写护理诊断时的注意事项	(83)
第四节 护理计划	(84)
一、计划的种类	(84)
二、制定计划的过程	(84)
(一) 排列护理诊断的优先顺序	(84)
(二) 拟定病人的目标或预期效果	(85)
(三) 选择护理措施	(86)
(四) 书写医嘱	(86)
(五) 护理计划的书写格式	(87)
第五节 实施	(88)
一、实施过程	(89)
(一) 重新评估病人	(89)
(二) 检查和修改护理计划	(89)
(三) 决定工作中是否需要帮助	(89)
(四) 实施计划	(89)
(五) 交流护理活动	(90)
二、实施过程中应注意的事项	(91)
第六节 评价	(91)
一、评价的步骤	(92)
(一) 列出病人的健康问题和预期效果	(92)
(二) 收集病人对护理活动的反应的资料	(92)

(三)判断预期效果的达到情况并加以记录	(92)
(四)分析护理活动与实际效果之间的关系	(92)
(五)小结病人健康问题的现状	(93)
(六)评价整个护理程序和修改护理计划	(93)
二、评价与护理程序中其他步骤的关系	(94)
三、护理质量的评价	(95)
第七节 评判性思维、处理问题和决断的能力	(95)
一、评判性思维	(95)
(一)评判性思维的定义及应用	(95)
(二)评判性思维的特点	(96)
(三)评判性思维应具备的态度及所需的认知技巧	(96)
二、处理问题	(97)
(一)反复试验法	(97)
(二)直觉法	(97)
(三)护理程序	(97)
(四)科研方法	(97)
(五)改良的科研方法	(98)
三、决断	(98)
四、评判性思维与护理程序的关系	(98)
第六章 人际关系与沟通交流	(100)
第一节 人际关系	(100)
一、帮助关系	(100)
(一)帮助的概念与意义	(100)
(二)形成帮助关系的几个阶段与具体措施	(100)
(三)注意事项	(101)
二、护患关系	(101)
(一)护患关系的基本内容	(102)
(二)护患关系的基本模式	(102)
(三)病人与病人角色	(103)
第二节 沟通与交流	(105)
一、沟通交流的概念和意义	(105)
(一)概念	(105)
(二)意义	(106)
二、沟通过程的基本要素	(106)
三、沟通交流的层次	(107)
(一)一般性交谈	(107)
(二)陈述事实的沟通	(107)
(三)分享个人的想法和判断	(107)
(四)分享感觉	(107)
(五)沟通的高峰	(108)
四、沟通交流的方式	(108)
(一)语言性沟通交流	(108)

(二)非语言性沟通交流	(109)
五、影响沟通交流的因素	(111)
(一)个人方面的因素	(111)
(二)环境方面的因素	(112)
六、促进有效沟通交流的技巧	(113)
(一)有准备的会谈	(113)
(二)倾听的技巧	(115)
(三)沉默的使用	(116)
第七章 健康教育	(118)
第一节 概述	(118)
一、健康教育的概念	(118)
二、健康教育的意义	(118)
三、护理人员在健康教育中的作用	(118)
四、健康行为的形成及其影响因素	(118)
(一)影响健康的因素	(118)
(二)健康行为的形成	(118)
第二节 学与教	(119)
一、学	(119)
(一)学习的领域	(120)
(二)影响病人学习的因素	(120)
二、教	(121)
(一)教与学应遵循的原则	(122)
(二)应用护理程序协助教与学	(122)
第八章 护理伦理	(128)
第一节 道德与伦理学	(128)
道德、伦理和伦理学的基本概念	(128)
(一)道德	(128)
(二)伦理和伦理学	(129)
第二节 职业道德与生命伦理学	(130)
一、职业道德	(130)
(一)职业道德的概念	(130)
(二)职业道德的特征	(130)
二、生命伦理学	(130)
(一)生命伦理学的概念	(130)
(二)生命伦理学中有关的理论	(131)
三、生命伦理学中的若干问题	(131)
(一)生殖技术与生育控制的伦理学问题	(131)
(二)器官移植的伦理学问题	(132)
(三)安乐死的伦理问题	(133)
(四)行为控制及其伦理问题	(133)
(五)人体实验的伦理问题	(134)
第三节 护理伦理	(135)

一、护理伦理学概述	(135)
(一)护理伦理的概念	(135)
(二)护理伦理学的研究对象	(135)
(三)护理伦理学的研究内容	(135)
(四)护理伦理的实质	(135)
(五)护理伦理的特殊性	(136)
二、护理道德的基本原则、规范与范畴	(136)
(一)护理道德的基本原则	(136)
(二)护理道德的基本规范	(137)
(三)护理道德的基本范畴	(138)
三、病人的权利与义务	(140)
(一)病人的权利	(140)
(二)病人的义务	(140)
(三)护士在保护病人权益中的作用	(140)
四、护理人员的道德修养	(141)
第九章 护理专业与法律	(142)
第一节 法律的概念	(142)
一、法律的定义	(142)
二、法律的分类	(142)
三、法律的本质和特征	(143)
(一)法律的本质	(143)
(二)法律的特征	(143)
四、法律与道德的关系	(143)
五、中国的法律体系及立法程序	(144)
(一)中国的法律体系	(144)
(二)中国的立法程序	(144)
六、医疗卫生法规	(144)
(一)医疗卫生法的概念	(144)
(二)医疗卫生法的特点	(144)
(三)医疗事故法	(145)
第二节 护理立法	(146)
一、护理立法的意义	(146)
二、世界各国护理立法概况	(146)
三、中国护理立法概况	(147)
第三节 护理工作中的法律问题	(147)
一、护理工作中的法律范围	(147)
(一)护理质量标准	(147)
(二)执业考试与执业注册制度	(148)
二、护士与护生的法律责任	(148)
(一)护士的法律责任	(148)
(二)护生的法律责任	(149)
三、护理工作中潜在的法律问题	(149)

第一章 护理学的基本概念

第一节 概 述

护理学是一门在自然科学与社会科学理论指导下的综合性应用学科,是研究有关预防保健与疾病防治康复过程中护理理论与技术的科学。随着社会的进步,科学技术的迅猛发展,人民生活水平的提高以及对健康需求的增加,护理学也由简单的医学辅助学科逐渐发展成为健康科学中的一门独立学科。

任何一门学科都是建立在一定的理论基础之上,而理论则是由相关的概念来表达的。护理学中,人、健康、环境和护理被公认为影响和决定护理实践的四个最基本的概念。在这些概念中,护理实践的核心是人,从人可引导出其他概念。有的学科也可能涉及这些概念中的一个、两个乃至三个(如医学),然而,缺乏这些概念中的任何一个,护理都不可能发展成为一门学科,也不可能步入专业实践的领域。因此,本章将对这几个概念逐一进行论述。

第二节 人

由于护理的服务对象是人,人自然成为护理专业中最为关注的因素。对于护士来说,正确认识人的整体特征,熟悉人与周围环境之间的广泛联系,把握人体需求的特点,无疑对于今后提供专业服务是非常必要的。

一、人是一个统一的整体

(一)整体的概念 所谓整体,是指按一定方式、目的有秩序排列的各个个体(要素)的有机集合体。整体的概念强调两点:第一,组成整体的各要素相互作用、相互影响。任何一个要素发生了变化,都将引发其他要素的相应变化;第二,整体所产生的行为结果大于各要素单独行为的简单相加。整体中各要素功能的正常发挥,都有助于其整体功能的发挥,从而全面提高整体的功效。

护理中,我们认为人是生理、心理、社会、精神、文化的统一整体,因为人的生理、心理、社会等方面相互作用,互为影响,其中任何一方的功能变化均可在一定程度上引起其他方面功能的变化;而人体各方面功能的正常运转,又能有力地促进人体整体功能的最大发挥,从而使人获得最佳的健康状态。

(二)人是个开放系统 护理是对人的服务,由于人是生活在复杂社会中的有机体,他无时无刻不在与其周围的环境发生着关系,因此在护理中,护士不仅要着眼于局部病变,而且更多地要考虑到外部环境对人的影响。20世纪40年代,生物学家路德维格·贝塔朗非(L. V. Bertalanffy)倡导的系统论(参见第三章及第五章)指出:系统有开放与闭合之分,开放系统即不断地与其周围环境相互作用,进行物质能量和信息交换的系统,而闭合系统即指不与周围环境相互作用的系统。人作为自然系统中的一个子系统,他总在不断地与其周围环境进行着物质、能量和信息的交换,例如:人不断地从外界摄入食物和向外排

泄废物,不断地从外界获取信息,形成自己的思想并向外界表达自己的观点、立场与态度,因此,人是个开放系统。

人的基本目标是保持机体的平衡,这种平衡包括机体内部各子系统间以及机体与环境间的平衡。所有有生命的系统都有一个内环境和围绕在它周围的外环境,护理的主要功能是帮助个体调整其内环境,去适应外环境的不断变化,以获得并维持身心的平衡即健康状态。强调人是个开放系统,在进行护理时若想维持机体的平稳,不能只关心机体各系统或各器官功能的协调平衡,同时还应注意环境中的其他人、家庭、社区甚至更大的群体对机体的影响,只有这样才能使人的整体功能更好地发挥和运转。

(三)护理中人的范围 随着护理学科的发展,其专业的服务范畴与服务内容都在不断地深化和扩展,护理的服务对象也从单纯的病人扩大到了健康的人。由于人是家庭的组成部分,而家庭又是社会的组成部分,因此从这种意义上来看,护理中的人包括个人、家庭、社区和社会四个层面。护理的最终目标不仅是维持和促进个人高水平的健康,而且更重要的应是面向家庭、面向社区,达到最终提高整个人类的健康水平。

二、人的基本需要

(一)基本需要的定义 需要(needs)又称需求,护理理论家奥兰多(I. J. Orlando)认为需求是“人的一种要求,它一旦得以满足,可即刻消除或减轻其不安与痛苦,维持良好的自我感觉”。

人的基本需要是指个体为了维持身心平衡并求得生存、成长与发展,在生理和心理上最低限度的需要。可见,所有人都必须努力满足其基本需要,才能维持生命。当基本需要得不到满足时,就会出现机体的失衡进而导致疾病。因此,护理的功能是帮助服务对象满足和维持他们的需要。

(二)基本需要的特性 人是有复杂需求的有机体,这些需求可大致分为:

1. 生理方面的需要 可维持人的生理功能,如对氧气、食物、水分的需要。
2. 社会方面的需要 指个人与其他人或集体互动的需要,如与人沟通、交友等。
3. 情感方面的需要 是有关人所体验的各种情感与感觉,如喜、怒、哀、乐。
4. 认知方面的需要 是指个体在认知与思考方面的需要,如不断学习,想探究事物真相,喜欢思考问题等。
5. 精神方面的需要 是有关人的精神信仰、精神依托与精神支持,如祈祷、宗教信仰、配戴吉祥物等。

人类拥有大致相同的基本需要。无论是古代人还是现代人,抑无论是西方人还是东方人,其基本需要都是大致相同的。

每种需要的重要性可因人而异,受个人的期望、社会文化、基本的健康状况及个人的身心发展程度所影响。

各种需要彼此间可相互联系、相互作用。如生理需要的满足可促进认知方面需要及社会方面需要的满足,而精神方面需求的满足又可促进生理功能更加旺盛。

(三)影响需要满足的因素 许多因素均可在不同程度上影响需要的满足,包括:

1. 生理因素 如各种疾病、疲劳、疼痛与生理残障等。
2. 情绪因素 如焦虑、兴奋、害怕等均可影响人体需要的满足。

3. 知识与智力因素 缺乏相关知识、资料或信息,如缺乏有关营养方面的知识,很难满足机体对营养的需求。

4. 社会因素 紧张的人际关系或群体压力过大等容易影响爱与归属的需要及自尊需要的满足。

5. 环境因素 陌生的环境与不良的环境(如严重污染的环境)可造成机体的不适而影响需要的满足。

6. 个人因素 个人的信仰、价值观、生活习惯与生活经验。如一个长期素食者可能会影响其机体对营养需求的满足。

7. 文化因素 社会的风俗与群体的习惯,如一个封建迷信的信奉者生病后,很可能先去求神拜佛而不去看医生,这样,一些病可因此被延误治疗而影响机体需要的满足。

(四)有关人的基本需要理论 许多心理学家、哲学家和护理学家均试图将人的需要上升为理论,以解释和说明人的行为。护理中,常用的需要理论有马斯洛的人类基本需要层次论及韩德森的病人需要模式。

1. 马斯洛的人类基本需要层次论 美国心理学家马斯洛(Abraham Maslow)将人的基本需要按其重要性和发生的先后次序排列成五个层次,并用“金字塔”形状来加以描述,形成人类基本需要层次理论(hierarchy of human basic needs theory)。如图 1-1。

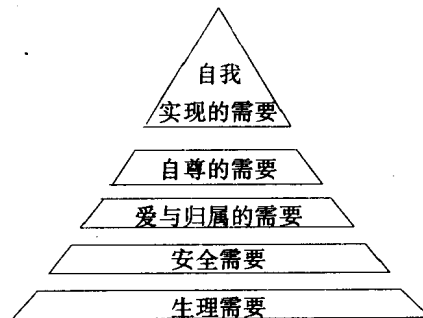


图1-1 马斯洛的人类基本需要层次示意图

生理需要(physiological needs):是人类求生存的最基本需要,它包括对空气、水分、食物、排泄、休息和睡眠以及性等的需要。因此在一切需求未得到满足之前,生理需要应首先给予考虑,故生理需要又称最低层次的需要。

安全需要(safety needs):生理需要一旦得到满足,安全的需要便愈发强烈。安全含有生理上的安全与心理上的安全感两层意思。前者意指个体需要处于一种生理上的安全状态,以防身体上的伤害或生活受到威胁。如行动不便者以拐杖扶行,视力欠佳者配戴眼镜以矫正视力等。后者则指个体需要有一种心理上的安全感觉,避免恐惧、害怕、焦虑等的发生。如人们更喜欢在熟悉的环境下生活,希望工作中有好的人际关系,祈求万事如意等都是为了更好地满足心理上的安全感的需要。

爱与归属的需要(love and belongingness needs):是指个人需要去爱和接纳别人,同时也需要被别人爱,被集体接纳,以建立良好的人际关系。

自尊的需要(self-esteem needs):自尊有双重含义,即拥有自尊,视自己为一个有价值的人,和被他人尊敬,得到他人的认同与重视。

自我实现的需要(needs for self-actualization):指个人的潜能得到充分发挥,实现自