

Modele opieki pielęgniarskiej

Nursing care models

Maria T. Szewczyk, Katarzyna Cierzniakowska, Robert Ślusarz, Justyna Cwajda, Alina Stodolska

Streszczenie

W pielęgniarstwie światowym istnieje ponad 20 modeli opieki pielęgniarskiej. Modele te zostały podzielone na 4 kategorie: środowiskową, deficytu samoopieki i potrzeb, kategorię potrzeb, systemu oraz współdziałania. W pielęgniarstwie chirurgicznym znaczącymi modelami, które można stosować w praktyce, są model Virginii Henderson – kategoria potrzeb, s. Calisty Roy – kategoria systemu i współdziałania, oraz Dorothy Orem – kategoria deficytu samoopieki i potrzeb.

Słowa kluczowe: model opieki, V. Henderson, s. C. Roy, D. Orem.

Abstract

International nursing care includes more than 20 models. They are divided on four categories: environmental, self-care and needs deficit, needs, system and cooperation. In surgery nursing main practical models are: Virginia Henderson model – needs category, sister Calista Roy model – system and cooperation and Dorothy Orem model – self-care and needs deficit model.

Key words: nursing care model, Virginia Henderson, Calista Roy, Dorothy Orem.

Połączenie modeli pielęgniarskich z praktyką jest najbardziej wysublimowanym rodzajem opieki. Proces zastosowania modeli zaczyna się wówczas, gdy badacz, student lub pielęgniarka praktyk próbuje wyobrazić sobie, jakie będą implikacje wdrożenia danego modelu w rozwiązywaniu problemu pielęgniarskiego. Poprzez stawianie pytań, np. czy stosując model opieki Virginii Henderson lub inny, można oczekiwać zmian w stanie zdrowia chorego w określonych warunkach? A ponadto, czy np. poprzez bezpośrednie zastosowanie dwóch współzawodniczących modeli w rozwiązywaniu jednego problemu może być on rozwiązany na drodze alternatywnej?

Modele opieki pielęgniarskiej są interesującą strategią pogłębienia wiedzy w zakresie rozwiązywania problemów pielęgniarskich. Stanowią o rozwoju pielęgniarstwa praktycznego i naukowego. Na gruncie polskim niektóre z nich mogą się jeszcze wydawać ponadczasowe.

Model Virginii Henderson

Zdaniem Virginii Henderson: *Doskonałość w pielęgniarstwie zależy od tego, co kandydaci do niego wnoszą (...), doskonała pielęgniarka jest osobą wrażliwą i współczującą w stosunku do pacjentów: która po mistrzowsku opanowała techniczne sprawności pielęgnacji i która*

w sposób szczególny stosuje – a i ma możliwość stosować – osobistą odpowiedzialność, odpowiadającą potrzebom osoby, której służy, to czyni jej pracę w pełni kreatywną (...). Autorka uważa, że pielęgniarka powinna uczyć się przez całe życie po to, by móc pomagać choremu w sposób profesjonalny [1].

Henderson model pielęgniarstwa odnosi do realizacji zaburzonych potrzeb człowieka i definiuje pielęgniarstwo (1965 r.) *jako pomoc okazywaną ludziom (zarówno chorym, jak też zdrowym) w wykonywaniu czynności przyczyniających się do utrzymania zdrowia lub jego przywrócenia (względnie do spokojnej śmierci), które to czynności dana osoba wykonywałaby sama, gdyby miała dość sił, motywacji czy też miała odpowiednią wiedzę. Do zadań pielęgniarki należą takie działania i pomoc danemu człowiekowi, aby w jak najkrótszym czasie stał się on od tej pomocy niezależny* [2]. Definicja ta została zatwierdzona przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek i Światową Organizację Zdrowia.

Pielęgniarka, wg Henderson, w wypełnianiu zadań występuje w roli opiekunki, środka zastępczego (*substitute*), uzupełniającego określone niedomogi i braki chorego w sferze bio-psycho-społecznej. Jej role to:

– profesjonalna pomoc w czynnościach opieki pielęgnacyjnej,

– partner ustalający wspólnie z chorym plan pielęgnacji.

Autorka wyróżniła 14 komponentów podstawowej opieki pielęgniarstwa – zwięzłych, wyczerpujących i zgodnych z różnymi hierarchiami i poziomami potrzeb ludzkich. Mówi o potrzebie rozwoju zdolności intelektualnych pielęgniarek i ich umiejętności technicznych. Zachęca, aby wejść w skórę pacjenta, by zrozumieć jego potrzeby [2–4]. Podkreśla konieczność ciągłego doskonalenia umiejętności interpersonalnych, co razem z wykorzystaniem potencjału pacjenta pozwoli na jego niezależność. [4].

Henderson uważa, że pewne podstawowe potrzeby są wspólne dla istot ludzkich i odpowiednio wymagają zaspokojenia. Potrzeby fizjologiczne są zaspokajane w pierwszej kolejności, inne są bardziej lub mniej naglące. Zaspokojenie potrzeb fizjologicznych stwarza potrzeby wyższego rzędu. Podchodzenie do potrzeb zgodnie z ich pierwszeństwem jest odbiciem hierarchii potrzeb Masłowa, w której są one ustawione w następującej kolejności: potrzeby fizjologiczne; bezpieczeństwo; przynależność i uczucie; szacunek i poczucie własnej godności; samoaktualizacja, która zawiera samospełnienie – samorealizację, wraz z potrzebą estetyczną. Potrzeby niższego rzędu zawsze pozostają, ale ponieważ następuje obniżenie w napięciu związanym z tymi potrzebami, osoba jest w stanie przesunąć się na poziom potrzeb wyższego rzędu.

Poszukiwanie potrzeb wyższego rzędu wskazuje, że stan chorego przesunął się w kierunku zdrowia i pomyślności oraz dobrego samopoczucia. Hierarchia potrzeb jest przydatną strukturą organizacyjną do oceny mocnych stron, ograniczeń i potrzeby interwencji pielęgniarstwa u chorego [5].

Model s. Calisty Roy

Model s. Calisty Roy odnosi się do systemu adaptacji człowieka. Według Roy: *ludzie to bio-psycho-socjalne systemy zdolne do adaptacji, które radzą sobie ze zmianami otoczenia poprzez złożony proces adaptacji.*

Wyróżnia 4 podsystemy potrzeb:

1. potrzeby fizjologiczne,
2. postrzeganie siebie,
3. funkcję roli,
4. współzależność.

Pielęgnacja chorego reguluje bodźce, które wpływają na adaptację człowieka. Autorka wskazuje na następujące komponenty:

1. Każdy człowiek jest postrzegany jako jednostka w nieustannej wymianie ze środowiskiem.
2. Człowiek dysponuje czterema sposobami adaptacji:

- adaptacja warunkowana potrzebami fizjologicznymi (*physiologic needs*),
- interakcja z innymi osobami i obraz samego siebie (*self-concept*),
- role pełnione w społeczeństwie (*role function*),
- adaptacja zależna od systemu współzależności w relacji z innymi ludźmi (*system of interdependence*) [6, 7].

Podjęcie decyzji przez pielęgniarkę i właściwa ocena chorego to, zdaniem Roy, komponenty dobrego pielęgniarstwa. W praktyce wprowadzane są przez zastosowanie procesu pielęgnowania, który Roy ujmuje jako ocenę pierwszego i drugiego rzędu (diagnoza pielęgniarstwa, wdrożenie i ocena). Pielęgniarstwo Roy określa jako system wiedzy, proces analizy i działań powiązany z opieką nad chorymi lub potencjalnie chorymi. [8]

Termin *adaptacja* rozumiany jest jako *proces i stan*. Człowiek postrzegany jest jako otwarty system adaptacyjny, znajdujący się w ciągłym wzajemnym układzie zmian ze środowiskiem. Autorka ujmuje człowieka jako osobę narażoną na ciągłe działanie czynników środowiskowych, które w rezultacie wywołują stres. W związku z tym człowiek uruchamia system obronny, którego zadaniem jest minimalizowanie stresu [3].

C. Roy przyjmuje następujące założenia:

1. Człowiek jest całością biologiczną, psychiczną i społeczną. Zmiany biologiczne toczące się w organizmie człowieka zachodzą jednocześnie z różnorodnymi procesami w sferze psychicznej i społecznej.
2. Człowiek znajduje się w ciągłej interakcji ze zmieniającym się środowiskiem (doświadcza ustawicznych zmian fizycznych, psychicznych i społecznych w określonym środowisku i reaguje na nie).
3. Aby radzić sobie ze zmieniającym się otoczeniem, człowiek wykorzystuje wrodzone lub nabyte mechanizmy obronne pochodzenia biologicznego, psychicznego i społecznego.
4. Zdrowie i choroba są jedynym i nieuniknionym wymiarem życia.
5. Aby pozytywnie reagować na zmiany środowiska, człowiek musi się adaptować zgodnie z własnym systemem wartości.
6. C. Roy wymienia bodźce, które oddziałują na osoby, gdy starają się zaadaptować do środowiska, są to bodźce:
 - *główne*; część z nich znajduje się w najbliższym otoczeniu,
 - *kontekstowe*; niektóre są bardziej odległe, ale widoczne,

– *pozostałościowe*; niektóre są częścią tej osoby ze względu na jej dziedzictwo lub kulturę.

Dlatego adaptacja człowieka jest zdeterminowana efektami działania stymulacji:

- stymulacja ogniskowa (*focal stimuli*) jest to sytuacja wywołująca natychmiastową reakcję, skłaniająca do szukania pomocy. Zadaniem pielęgniarki będzie rozpoznanie podstawowego czynnika wywołającego określone zachowanie;
- stymulacja znaczeniowa, środowiskowa (*contextual stimuli*), wszystkie inne sytuacje dokładające się do stymulacji ogniskowej. Zadaniem pielęgniarki będzie określenie czynników indywidualnych lub środowiskowych, które w sposób pośredni wpływają na zachowanie się człowieka;
- stymulacja residualna, resztkowa, niespecyficzna (*residual stimuli*), to stymulacja ogólna, resztkowa, niejasna, która może wpływać na człowieka, lecz jej wpływ może nie być natychmiast poznany. Pielęgniarka poznaje wartości człowieka chorego, jego wierzenia, doświadczenie oraz czynniki wpływające na postawę i zachowanie [3, 7, 8].

Poziom adaptacji człowieka to poziom określający zakres stymulacji prowadzących do pozytywnych reakcji (jeżeli poziom stymulacji nie przekracza określonego poziomu adaptacji, człowiek reaguje pozytywnie, jeżeli jednak stymulacja przekroczy ten poziom, człowiek nie może lub nie potrafi reagować pozytywnie).

Pielęgniarka w procesie pielęgnowania określa także zachowanie człowieka i ocenę stymulacji. C. Roy uzasadnia, że jest ona wskaźnikiem pozwalającym rozpoznać, w jaki sposób człowiek radzi sobie z istniejącymi zmianami w stanie zdrowia oraz w jaki sposób się adaptuje. Zadaniem pielęgniarki będzie modyfikowanie nieefektywnego zachowania lub wzmacnianie pozytywnych zachowań adaptacyjnych [9–11].

Model opieki Dorothy Orem

Dorothy Orem zaproponowała interesujący model opieki pielęgniarskiej, który może być realizowany w ramach procesu pielęgnowania w lecznictwie szpitalnym i środowiskowym. Autorka uważa, że każdy człowiek powinien odpowiadać za własne życie, zdrowie, bezpieczeństwo, pod warunkiem że jest zdolny do właściwego postępowania [12].

Orem skupia się na zdolnościach człowieka do sprawowania opieki nad sobą, zdefiniowanej jako *wykonywanie czynności, które poszczególni pacjenci zapoczątkowują, wykonują samodzielnie do utrzymania życia, zdrowia*. Zdolność do opieki nad sobą jest zdefiniowana jako samoopieka, a zdolność do opieki nad innymi jako opieka zależna/uzależniona [12].

W *Nursing: Concepts of Practice* (wydanie z 1980 r.) Orem formułuje swoją koncepcję i prezentuje 3 główne założenia:

- materia i granice pielęgnowania,
- obiekt pielęgnowania,
- potrzeby pielęgniariek.

Wyróżnia 5 dziedzin i zakresów działania pielęgniarki:

1. nawiązać i utrzymać relację pielęgniarka – pacjent;
2. określić, czy danej osobie można pomóc przez pielęgnowanie;
3. odpowiedzieć na wymagania pacjenta i jego potrzeby pielęgnacyjne;
4. udzielić pomocy pacjentowi i jego rodzinie poprzez pielęgnację;
5. koordynować i łączyć pielęgnowanie ze służeniem w innego rodzaju potrzebach [13].

Domena pielęgniarstwa, wg Orem, jest definicja dotycząca pielęgnowania poszczególnych osób lub grup, którym można pomóc poprzez pielęgnowanie oraz działania, w które angażuje się pielęgniarka. Orem uważa, że pielęgnowanie *jest to potrzeba samodzielnej opieki, zapewnienie i przeprowadzanie jej nieustannie, aby utrzymać życie, zdrowie, rekonwalescencję z choroby i radzić sobie z ich następstwami wobec poszczególnego człowieka* [13].

W celu wyjaśnienia powyższej definicji Orem wskazuje na 3 główne punkty odniesienia:

- niedostateczna samodzielna opieka wskazuje na potrzeby pielęgnacyjne;
- samodzielna opieka angażuje usystematyzowane i celowe działania, które są konieczne dla chorego;
- system pielęgnacyjny jest rezultatem praktyki pielęgnacyjnej, która może zapewnić konieczną pomoc choremu.

Wymagania w zakresie samodzielnej opieki są postrzegane jako *rozwojowe, uniwersalne lub odchylen w zdrowiu*. Aby sprostać tym wymaganiom, Orem odnosi je do pewnych umiejętności sprawowania przez człowieka samodzielnej opieki, natomiast pielęgniarki, wkraczając w sytuację pacjenta, aby służyć opieką, winny mieć specjalne umiejętności (D. Orem nazywa je *nursing agency*).

Przyjmuje także, że pomaganie powinno odbywać się na 3 poziomach opieki, a kryterium różniącym rodzaj udzielanej opieki powinien być zakres samodzielności pacjenta [7, 8, 14].

System pielęgnacyjny Orem opiera się na przekonaniu, że pielęgniarki, pacjenci lub oboje grupy razem mogą zaspokoić potrzeby.

Autorka wyróżnia 3 poziomy tego systemu:

- całościowo-kompensacyjny – to sytuacja, gdy pacjent nie jest w stanie przeprowadzić samodzielnej opieki i pielęgniarka całkowicie przejmuje odpowiedzialność;
- częściowo kompensacyjny – to sytuacja, gdy pielęgniarka i pacjent są wzajemnie zaangażowani w opiekę;
- system wspomagająco-edukacyjny – to sytuacja, gdy pacjent potrzebuje pomocy w takim działaniu, jak podejmowanie decyzji, przyswajanie wiedzy, aby być za siebie odpowiedzialnym.

Autorka omawia wymiary praktyki pielęgniarskiej w aspekcie socjalnym, interpersonalnym i technologicznym. Proces pielęgnowania odnosi wprost do filozofii na temat tego, czym jest pielęgnowanie i za co jest odpowiedzialne. Podkreśla, że etapy procesu to technologiczne komponenty pielęgnacji, które powinny być skoordynowane ze składnikami interpersonalnymi i społecznymi w każdej sytuacji. Pielęgnowanie określa jako proces wymagający od pielęgniarki uczestnictwa w działaniach interpersonalnych, społecznych oraz technologiczno-profesjonalnych. Działania interpersonalne i społeczne wymagają od pielęgniarki:

- inicjowania i podtrzymywania efektywnej współpracy z pacjentem, jego rodziną i innymi,
- akceptowania konieczności odpowiedzi na pytania związane ze zdrowiem,
- ustawicznej współpracy i wymiany informacji z pacjentem i innymi.

Z kolei w działaniach technologiczno-profesjonalnych wyróżnia diagnostykę (najistotniejsze jest określenie deficytu samoopieki), aktualne i przyszłe potrzeby opiekuńcze, działania zalecające, regulujące i kontrolne.

Orem podkreśla, że zakres realizacji procesu pielęgnowania zależy od pacjenta i jego rodziny, pielęgniarki, a także innych czynników. Koncepcja zakłada: *określenie deficytu samoopieki, pielęgnowania i przygotowania do samoopieki*. Zdaniem autorki, nie wszystko, czym się zajmują ludzie, koresponduje z prowadzeniem zdrowego stylu życia, a stopień, w jakim osoba prowadzi zdrowy styl życia, nazywa terapeutyczną samoopieką [7, 8].

Zdaniem Orem rola pielęgniarki polega na pomaganiu (pomaganie w pielęgnowaniu) ludziom w realizowaniu ich własnych potrzeb samoopiekuńczych. Rozpoznanie deficytu opieki i jego tendencji rozwojowych powinno się odbywać na podstawie objawów, w oparciu o wnikliwą obserwację i znajomość ogólnych zasad i prawidłowości klinicznych. Wsparcie emocjonalne pielęgniarki kierowane na pacjenta mo-

że polegać na dostarczaniu w umiejętny sposób odpowiedniej wiedzy. Brak wsparcia może wpływać ujemnie na przebieg i postrzeganie zaleceń terapeutycznych. Wpływ pielęgniarki na sferę emocjonalną i poznawczą pacjenta można realizować przy zastosowaniu pewnej kombinacji metod, np. biblioterapii, muzykoterapii, ćwiczenia samoświadomości, grup wsparcia społecznego, jak również poprzez tworzenie grup dydaktyczno-podtrzymujących [7, 8, 15, 16].

Podsumowanie

Zdaniem Henderson najwięcej czynności pielęgniarskich dotyczy obrębu potrzeb fizjologicznych, które należą do potrzeb podstawowych, gwarantujących człowiekowi możliwość przetrwania i życia jako istocie bio-psycho-społecznej.

Koncepcja Roy zakłada, że poza zakresem potrzeb biologicznych człowieka podstawową potrzebą jest integracja psychiczna. Uznaje, że ludzie muszą wiedzieć, kim są, aby mogli żyć w poczuciu jedności ze sobą. Najistotniejszą i mocną stroną modelu siostry Roy jest wskazanie na potrzebę adoptowania się. Rolą pielęgniarki z kolei jest wzbogacanie i wzmacnianie oddziaływań chorego z otoczeniem.

Orem zakłada, że człowiek jest zdolny do samoopieki. Ta zdolność wyraża się możliwościami zajmowania się sobą w stopniu koniecznym do normalnego funkcjonowania, rozwoju, zachowania zdrowia i dobrego samopoczucia.

Przedstawione modele opieki pielęgniarskiej wskazują na ich praktyczny wymiar. Akcentują odpowiedzialność pielęgniarek za opiekę nad osobami chorymi i zdrowymi. Celem pielęgnowania, wg auterek, jest pomoc okazywana ludziom w osiągnięciu zdrowia, zapobieganie chorobie poprzez właściwie postawioną diagnozę pielęgniarską i proces pielęgnowania, wyrażony podjętymi interwencjami pielęgniarskimi.

Piśmiennictwo

1. Henderson V. *Excellence in nursing*. Am J Nurs 1990; 90 (4): 76-7.
2. Collins S. Parker E. *Propedeutyka pielęgniarstwa*. PZWL, Warszawa 1989.
3. Wronska I. *Rola społeczno-zawodowa pielęgniarki*. CEM, Warszawa 1997.
4. Henderson V. *The nursing process – is the title right?* J Adv Nurs 1982; 7 (2): 103-9.
5. Bruner LS, Suddarth DS. *Medical – Surgical Nursing*. JB. Lippincott Company, Philadelphia 1988.
6. Roy CL. *The adaptation model*. Appleton-Century-Crofts, New York 1980.
7. Polit D, Hungler B. *Essentials of nursing research*. Lippincott Company, Philadelphia 1993.
8. Roy CL. *Developing nursing knowledge: Practice issues raised from four philosophical perspectives*. Nurs Sci Q 1995; 8: 79-85.

9. Yura H, Walsh M. *The nursing process*. Appleton-Century-Crofts 1988.
10. Roy CL. *The Roy adaptation model, conceptual models for nursing practice*. New York 1980.
11. Johnston NE. *Roy's adaptation model*. Baumann A (ed.). *Psychiatric and Psychosocial Nursing*. Dacker Inc Toronto – Philadelphia 1990.
12. Orem DE. *Nursing concepts of practice*. McGraw-Hill, New York 1985.
13. Orem DE. *Nursing: Concepts of practice*. McGraw-Hill, New York 1980.
14. Orem DE. *Vardiman EM. Orem's nursing theory and positive mental health: practical considerations*. Nurs Sci Q 1995; 8: 165-73.
15. Duff V. *Orem's Self-Care model*. Baumann A (ed.). *Psychiatric and Psychosocial Nursing*. 1990.
16. Dennis C M. *Self-care deficit theory of nursing: Concepts and applications*. St. Louis: Mosby 1997.

dr med. Maria T. Szewczyk
mgr Katarzyna Cierzniaowska
mgr Justyna Cwajda
mgr Alina Stodolska

Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego
Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
kierownik Zakładu dr med. Maria T. Szewczyk
SPZOZ Wojewódzki Szpital im. dr. J. Bizuela

dr med. Robert Ślusarz
Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego
i Neurochirurgicznego Collegium Medicum
kierownik Zakładu dr hab. n. med. Wojciech Beuth
SP Szpital Kliniczny im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy