

# PRAKTYCZNE ZASTOSOWANIE MODELU PIELEGNOWANIA DOROTHY OREM

## PRACTICAL APPLICATION OF DOROTHY OREM'S NURSING MODEL

Grażyna Kowalik

Zakład Umiejętności Pielęgniarskich i Organizacji Pracy  
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach  
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Lesław Krwawicz

### STRESZCZENIE

W rozwoju pielęgniarstwa znaczącą rolę odgrywają modele pielęgniarstwa służące celom naukowym, praktycznym i dydaktycznym. Znanych jest wiele teorii pielęgniarstwa, a 17 z nich określa się jako klasyczne. Modele te utworzono pomiędzy 1869 a 1979 rokiem i przypisano do 4 kategorii – środowisko, potrzeby, systemy, współdziałanie.

Dobrze znaną i akceptowaną przez środowisko pielęgniarstwa jest teoria samoopieki Dorothy Orem.

**Słowa kluczowe:** Dorothy Orem, model pielęgniarstwa, samoopieka.

### SUMMARY

In the development of nursing, nursing models has a significant role and serve the scientific, practical and didactic objectives. There are many theories of nursing and 17 of them are described as classic. These models are created between 1869 and 1979, and assigned to 4 categories – environment, needs, systems and cooperation.

A well known and accepted by the nursing environment is the self-care theory by Dorothy Orem.

**Key words:** Dorothy Orem, nursing model, self-care.

Model Dorothy Orem jest jedną z klasycznych teorii pielęgniarstwa, która znajduje praktyczne zastosowanie. Wykorzystanie tego modelu w codziennej pracy pielęgniarki można przedstawić na przykładzie opieki nad pacjentami z udarem mózgu.

Ogólna teoria Dorothy Orem ma u swoich podstaw stwierdzenie, że w warunkach normalności ludzie sami mogą troszczyć się o własne zdrowie, życie i osiągnięcie dobrostanu poprzez dysponowanie własnymi możliwościami. Jednak w przypadku, gdy sami tego czynić nie mogą (np. niemowlęta, dzieci, ludzie starzy, chorzy z różnymi upośledzeniami), wymagają oni asystowania innych ludzi lub pełnego zastępowania siebie w zapewnieniu własnej opieki [1].

Nie ulega wątpliwości, że jednym z takich stanów, w których człowiek nie jest zdolny do samodzielnej troski o własne zdrowie jest udar mózgu. Wystąpienie poważnych, bardzo często zagrażających życiu choro-ego objawów udaru mózgu jest niespodziewane zarówno dla chorego, jak i dla jego rodziny, gdyż niejednokrotnie są to ludzie funkcjonujący normalnie,

niezgłaszający żadnych dolegliwości. Można zatem powiedzieć, że osoby te charakteryzuje deficyt samoopieki, gdyż nie są oni w stanie samodzielnie zatroszczyć się o własne zdrowie.

Jak podaje S. Poznańska, Dorothy Orem w swoim modelu wyodrębniła trzy teorie:

- samoopieki,
- deficytu samoopieki,
- systemów pielęgniarstwa [1].

Wydaje się, że z powyżej wymienionych teorii, do zagadnienia opieki nad pacjentem z udarem mózgu można odnieść przede wszystkim teorię deficytu samoopieki oraz teorię systemów pielęgniarstwa, z których największe znaczenie będzie mieć system wspierająco-edukacyjny. Z kolei teorię samoopieki u pacjenta z udarem mózgu można rozpatrywać pod kątem roli pielęgniarki w przygotowaniu podopiecznego i jego rodziny do samoopieki.

### Teoria samoopieki i deficytu samoopieki

Samoopieka oznacza umiejętność samodzielnego sprawowania opieki przez człowieka nad sobą

i swoimi najbliższymi. Jest ona niezbędna, aby utrzymać zdrowie i zachować życie.

Dorothy Orem definiuje samoopiekę jako świadomą, wyuczoną aktywność ukierunkowaną na zaspokojenie określonych potrzeb, która w sposób celowy integruje funkcjonowanie i rozwój jednostki. Autorka twierdzi, że człowiek posiada wrodzoną skłonność do samopielęgnowania, a w ciągu życia nabywa określoną wiedzę i umiejętności, dzięki którym może zaspokajać swoje potrzeby [2].

Jak wiadomo, samoopieka przejawia się w codziennej aktywności ludzkiej. Według Orem opieka pielęgniarska jest konieczna wtedy, gdy człowiek z różnych powodów jest niezdolny bądź nie w pełni zdolny do zapewnienia sobie stałej i efektywnej samoopieki [3]. Do takich okoliczności zalicza się zmianę sytuacji fizycznej, emocjonalnej, społecznej, materialnej, w tym również zaburzenia w stanie zdrowia, pobyt w szpitalu, lęk przed zdiagnozowaniem nieuleczalnej choroby.

Kiedy zapotrzebowanie na opiekę wyraźnie przewyższa możliwości samoopiekuńcze, następuje wówczas deficyt samoopieki. W sytuacji obniżenia potencjału samoopiekuńczego chory staje się biorcą opieki, a rolą pielęgniarki jest asystowanie w samoopiece poprzez całkowite lub częściowe kompensowanie istniejących ograniczeń, wspieranie lub uczenie.

Teoria deficytu samoopieki określa, w którym momencie i w jakim zakresie niezbędna jest pomoc pielęgniarki. Działania pielęgniarskie poprzedzone powinny być właściwym rozpoznaniem stanu fizycznego i psychicznego chorego, rozwoju intelektualnego oraz warunków socjoekonomicznych [1].

Zmiany, jakie następują w życiu chorego, u którego wystąpił udar mózgu, pociągają za sobą uzasadnione konsekwencje w zakresie ograniczenia świadomości samoopieki. Główne deficyty, jakie można wyróżnić u pacjenta z udarem mózgu to przede wszystkim:

- deficyt w zakresie poruszania się (niedowład kończyn górnych i dolnych);
- deficyt w zakresie mowy (afazja ruchowa, czuciowa, ruchowa);
- zaburzenia widzenia.

Do innych zaburzeń, które mogą wystąpić w przebiegu udaru mózgu można zaliczyć:

- utratę kontroli nad czynnościami fizjologicznymi;
- zaburzenia połykania;
- silne zawroty głowy.

Należy sądzić, że powyższe skutki udaru mózgu w znacznym stopniu uniemożliwiają lub utrudniają sprawowanie samoopieki przez swojego pacjenta. Pojawia się zatem deficyt samoopieki, którego wielkość jest proporcjonalna do stopnia powstałych zaburzeń w wyniku choroby. Można powiedzieć, że ów deficyt samoopieki u pacjenta po udarze mózgu wynika

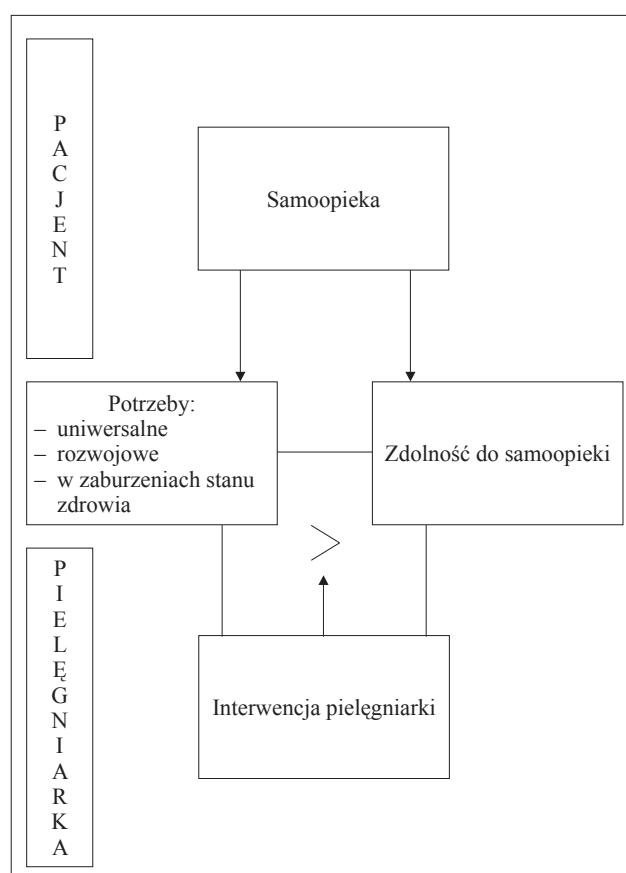
z faktu, że zapotrzebowanie na opiekę wyraźnie przewyższa możliwości samoopiekuńcze chorego. W tej sytuacji, zgodnie z teorią Dorothy Orem, dochodzi do obniżenia potencjału samoopiekuńczego, co powoduje, że chory staje się biorcą opieki, a zadaniem pielęgniarki jest częściowa lub całkowita kompensacja istniejących ograniczeń poprzez asystowanie w samoopiece. Zależność tę przedstawia rysunek 1.

Zgodnie z założeniami modelu opieki Dorothy Orem pielęgnowanie chorego po udarze mózgu w zależności od wielkości deficytu odbywa się w systemie:

- w pełni kompensacyjnym;
- częściowo kompensacyjnym;
- wspierająco-edukacyjnym.

Prawdą jest, że system pielęgnowania, którego zadaniem jest zapewnienie optymalnego poziomu opieki, zależny jest od stanu pacjenta, jego potrzeb oraz indywidualnej oceny, rodzaju i stopnia deficytu samoopieki. W związku z tym pielęgniarka może dokonać wyboru jednego bądź też kombinacji systemów pielęgnowania.

System całkowicie kompensacyjny stosowany jest w opiece nad pacjentami niezdolnymi lub z ograniczoną zdolnością do wydawania sądów, opinii i podejmowania świadomych decyzji dotyczących samoopieki nad osobami z ograniczoną możliwością/



Rys. 1. Zachowanie równowagi pomiędzy indywidualnym zapotrzebowaniem na opiekę a zdolnością jednostki do samoopieki (deficyt samoopieki) [4]

niemożliwością poruszania się, komunikowania z otoczeniem oraz oceniania zagrożeń ze strony środowiska [4]. Dominującymi metodami postępowania jest działanie „za” pacjenta oraz stwarzanie środowiska sprzyjającego rozwojowi osoby wymagającej pomocy i udzielania jej wsparcia.

Powyższy system wykorzystywany jest w opiece nad chorym z udarem mózgu w stanie ciężkim, u którego występuje utrata przytomności lub świadomości, zaburzenia oddychania bądź krążenia, a także niedowład czy poważne zaburzenia mowy. Pielęgniarka w tym trudnym dla pacjenta czasie zapewnia zaspokajanie uniwersalnych potrzeb samoopieki.

Poznańska podobnie jak Orem zalicza do tych potrzeb:

- otrzymywanie wystarczającej ilości powietrza, wody, pożywienia;
- prawidłowe funkcjonowanie procesów wydalania, zachowania proporcji pomiędzy aktywnością i wypoczynkiem;
- promowanie ludzkiego funkcjonowania i rozwoju zgodnie z możliwościami, ograniczeniami i pragnieniami w dążeniu do bycia normalnym [1].

System opieki częściowo kompensacyjny znajduje zastosowanie w opiece nad osobami z niepełną zdolnością, do samoopieki spowodowaną, np. ograniczeniem poruszania się, niedostatkami wiedzy i umiejętności samoopieki, brakiem fizycznej lub psychicznej gotowości do podejmowania działań samopielegnacyjnych. Uważa się, że metody pomagania w tym systemie powinny być indywidualnie dobierane w zależności od możliwości pacjenta, np. kierowanie, doradzanie, udzielanie wskazówek oraz udzielanie wsparcia i uczenie [5].

U pacjenta z udarem mózgu system ten wykorzystuje się, gdy zaburzenia będące skutkiem schorzenia ulegają zmniejszeniu. Wtedy pielęgniarka wykonuje tylko niektóre określone czynności pielęgnacyjne, natomiast chory stosownie do własnych możliwości wykonuje pozostałe czynności z zakresu samoopieki. Chory zachęcany przez pielęgniarkę stopniowo włącza się w proces pielęgnowania (np. w toaletę ciała, spożywania posiłków). Na tym etapie opieki sprawność i możliwości chorego odgrywają bardzo ważną rolę. Można sądzić, że zaangażowanie chorego w sprawowanie samoopieki zależy od stopnia jego sprawności i intensywności zaburzeń stanowiących deficyt.

System wspierająco-edukacyjny jest możliwy do zastosowania w opiece nad osobami mającymi potencjalną zdolność do samoopieki niewymagającymi wsparcia, motywowania, przekazywania określonej wiedzy i umiejętności lub pomocy w podejmowaniu decyzji [6]. Rolą pielęgniarki w tym systemie jest kierowanie, uczenie, wspomaganie i pomoc we wszystkich aktywnościach, które wpływają na korzystne

przemiany w życiu i w bezpośrednim otoczeniu podopiecznego.

Zastosowanie poszczególnych systemów zależy przede wszystkim od stanu, w jakim znajduje się chory, czyli od rozległości i typu udaru, także od zaburzeń, jakie u niego występują. Należy sądzić, że nigdy nie udaje się rozgraniczyć poszczególnych systemów od siebie. Często postępowanie pielęgniarstwa polega na ich łączeniu.

### **Wykorzystanie systemu wspierająco-edukacyjnego w przygotowaniu pacjenta po udarze mózgu do samoopieki**

Uważa się, że przygotowanie do samoopieki pacjenta po udarze mózgu jest bardzo istotne, ponieważ pacjenci ci stanowią grupę o dużym potencjalnym zagrożeniu życia (m.in. ze względu na fakt zagrożenia kolejnymi udarami mózgu).

Zgodnie z teorią Dorothy Orem w zapewnieniu pomocy pacjentowi pielęgniarka posługuje się wieloma metodami. Jedną z nich jest edukacja. Autorka określa edukację jako metodę przydatną w opiece nad osobami wykazującymi brak wiedzy lub umiejętności koniecznych do podejmowania samoopieki. Uważa się, że skuteczność tej metody zależy m.in. od deficytu wiedzy, motywacji i gotowości pacjenta do przyjęcia informacji. Prawdą jest, że dobór metody uczenia powinien uwzględniać wykształcenie, styl życia, przyzwyczajenia i wcześniejsze doświadczenia pacjenta [7].

Edukacja zdrowotna powinna wyposażyć pacjenta nie tylko w wiedzę, lecz także w umiejętności niezbędne do świadomego realizowania samokontroli, samoopieki i samopielegnacji. Zdaniem V. Mianowanej pielęgniarka podejmuje powyższe zadania w ramach realizacji funkcji zarówno edukacyjnej, jak i wychowawczej. Autorka zwraca uwagę również na fakt, że aby funkcje te mogły być zrealizowane w sposób efektywny, niezbędne jest wykorzystanie możliwie szerokiej wiedzy o podmiocie działań pielęgniarstwa [8].

Elementem przygotowania do samoopieki jest ciągłe uzupełnianie wiadomości chorego na temat udaru mózgu, możliwych powikłań i potencjalnych problemów. Przeprowadzona zgodnie z planem i założeniami edukacja pozwala pacjentowi przystosować się do nowych warunków życia, a rodzinie zrozumieć jego problemy i udzielić mu wsparcia. Powoduje, że pacjent wdrożony do pielęgnacji ma szansę stać się niezależnym od innych osób. Możliwości chorego, jego spostrzeżenie, przyswajanie wiedzy i umiejętności, zaangażowanie w samoopiekę podlegają ciągłej obserwacji pielęgniarstwa.

Uważa się, że w polskim społeczeństwie stopień edukacji medycznej jest niski, a wiedza dotycząca po-

czątkowych objawów udaru oraz jego powikłań – niewystarczająca. Dlatego istnieje konieczność przekazywania pacjentowi w początkowym okresie hospitalizacji podstawowych informacji na temat przyczyny i objawów udaru mózgu. Opiekunów powinno się poinformować o konsekwencjach udaru (ewentualnym zagrożeniu życia chorego, jego trwałym kalectwie, degradacji społeczno-zawodowej). Niezbędne jest także omówienie planowych badań oraz działań terapeutycznych.

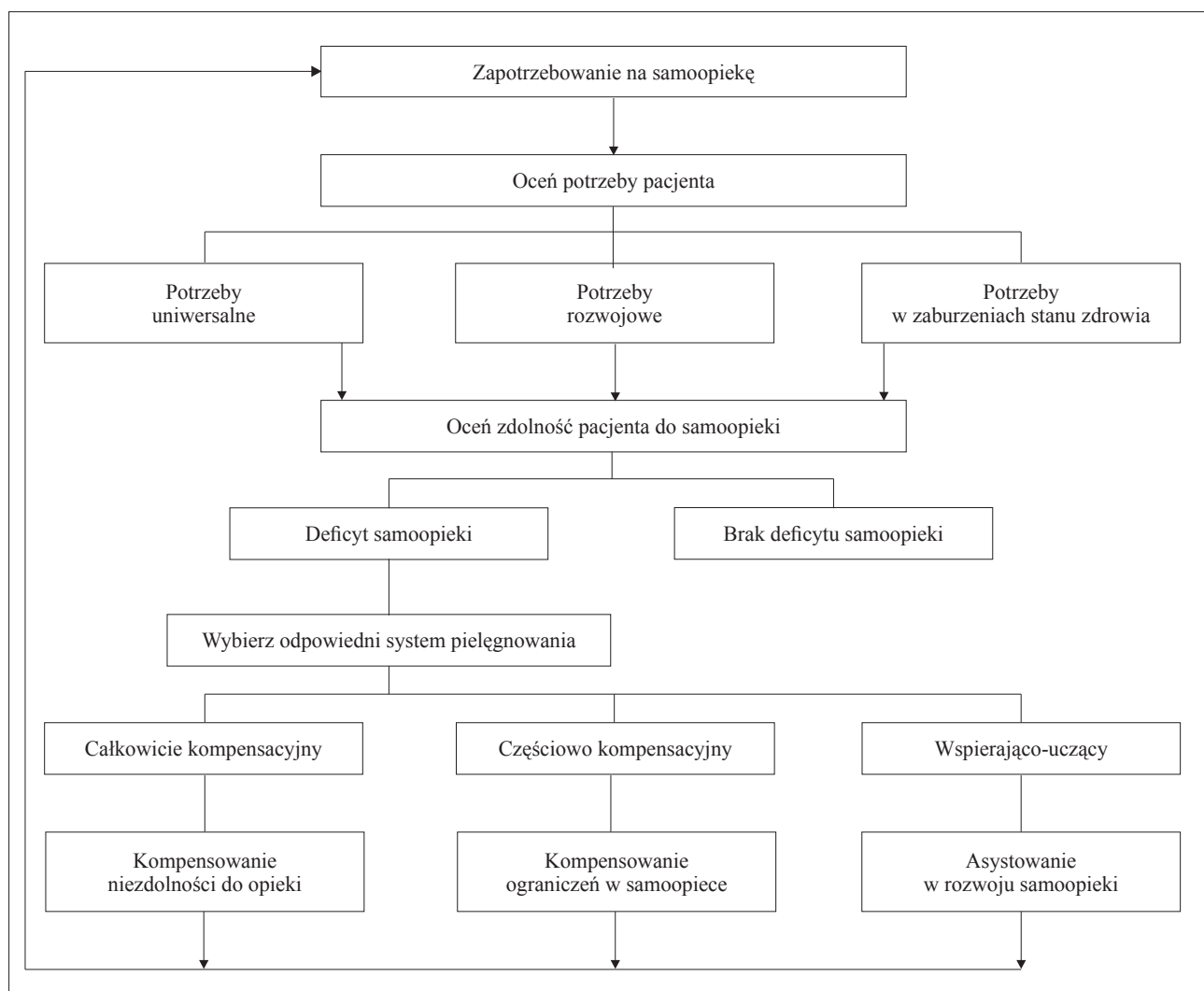
Szczególnie ważnym zagadnieniem jest uświadomienie pacjentowi i jego opiekunom znaczenia należytej kontroli nadciśnienia tętniczego, cukrzycy oraz innych przewlekłych chorób sprzyjających występowaniu udaru mózgu. Wskazane jest przedstawienie mechanizmów prowadzących do udaru z uwzględnieniem istniejących wcześniej jednostek chorobowych, czynników środowiskowych i stylu życia. Niedostatek zachowań prozdrowotnych w polskim społeczeństwie dotyczy również pacjentów z udarem mózgu. Modyfikacja czynników ryzyka, takich jak: styl życia, nieprawidłowe zwyczaje żywieniowe, nadużywanie tytoniu i alkoholu lub brak regularnych badań zapo-

biegawczych jest niezbędna w profilaktyce wtórnej udaru mózgu. Istotne jest wskazanie do działań w zakresie modyfikacji czynników ryzyka, które należy zawrzeć w programie edukacji poudarowej – zarówno chorego, jak i jego rodziny, szczególnie w okresie pobytu w szpitalu. Obecnie pacjenci i ich bliscy nie mają wystarczającej wiedzy o zasadach organizacji opieki i rehabilitacji poszpitalnej.

Rozważając tematykę edukacji pacjenta po udarze mózgu, należy wziąć pod uwagę fakt, że zakres tej edukacji powinien odpowiadać poziomowi intelektualnemu pacjenta i jego opiekunów, a także etapowi choroby. Zakres wiedzy przekazywanej osobom z niewielkim ubytkiem neurologicznym może być szeroki, natomiast w przypadku chorych z dużym stopniem niepełnosprawności poudarowej trzeba edukować przede wszystkim rodzinę i opiekunów.

Edukacja pacjenta bez nasilonych deficytów ruchowych, bez zaburzeń afatycznych, objawów zespołu otepiającego obejmuje:

- wyjaśnienie przyczyn udaru, zapewnienie niezbędnych informacji na temat jego przebiegu i powikłań;



Rys. 2. Model pielęgnowania Dorothy Orem [4]

- ukazanie konieczności i sposobu zmiany stylu życia (promocja zachowań prozdrowotnych) oraz poprawy kontroli czynników ryzyka po udarze;
- zwiększenie aktywnego udziału chorego w procesie leczniczym;
- planowaną i dostosowaną do możliwości pacjenta rehabilitację społeczno-zawodową.

Model Dorothy Orem kładzie nacisk na skupienie wokół pacjenta innych osób, a zwłaszcza angażowaniu do pomocy rodziny. Dlatego też zadaniem pielęgniarki jest włączenie rodziny w opiekę nad chorym, przekazanie informacji dotyczących czynności pielęgnacyjnych, instruowanie w odniesieniu do umiejętności pielęgnacyjnych.

Poniżej został ukazany zakres działań edukacyjnych rodziny/opiekunów chorych z utrwaloną niepełnosprawnością poudarową, zaburzeniami mowy, demencją. Obejmuje on przede wszystkim:

- wyjaśnienie zakresu oraz konsekwencji trwałych deficytów neurologicznych występujących u chorego;
- naukę czynności pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych;
- instruktaż w zakresie przygotowania zaplecza socjalnego (adaptacja mieszkania, wyposażenia w sprzęt rehabilitacyjny);
- podanie informacji o możliwości uzyskania wsparcia (opieka społeczna, pielęgniarki środowiskowe, organizacje kościelne, pomoc psychologiczna);
- ukazanie konieczności konsekwentnej rehabilitacji w warunkach domowych oraz sposobów jej prowadzenia.

Wydaje się, że schemat (rysunek 2) autorstwa Dorothy Orem dobrze ilustruje istotę modelu samoopieki i deficytu samoopieki.

Przedstawiony model koncepcyjny pielęgnowania jest coraz powszechniej wykorzystywany w praktyce i wymaga od pielęgniarki różnorodnych umiejętności

w zakresie oceniania, dokonywania wyboru, udzielania wsparcia, uczenia oraz doradzania w pomaganiu. Jak wiadomo, teoria Dorothy Orem nie jest jedynym modelem, jaki może być zastosowany w opiece nad pacjentami z udarem mózgu, ale należy sądzić, że jego wykorzystanie w opiece nad pacjentem z tym schorzeniem jest najbardziej pożądane i korzystne. Model ten skupia się nie tylko na podstawowych potrzebach pacjenta i jego pielęgnacji, lecz także kładzie ogromny nacisk na wspieranie i edukację pacjenta w przygotowaniu do samoopieki.

## PIŚMIENNICTWO

- [1] Poznańska S. Dorothea Orem. Model samoopieki/deficytu samoopieki. W: S Poznańska, L Płaszewska-Żywko. Wybrane modele pielęgniarstwa. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001; 103–130.
- [2] Sierpińska L. Pielęgniarka promuje zdrowie w P.O.Z. i w szpitalu. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2006; 4(26): 17–18.
- [3] Szewczyk MT, Cierzniańska K, Ślusarz R i wsp. Modele opieki pielęgniarstwa, *Przewodnik Lekarski* 2005; 82–86.
- [4] Płaszewska-Żywko L, Wilczek-Rużyczka E. Teoria pielęgnowania Dorothea' Orem. *Pielęgniarstwo* 2000 1996; 1(24): 5–9.
- [5] Blak A. Wokół teorii Orem. *Pielęgniarstwo* 2000 1996; 4(27): 10–11.
- [6] Lipińska M. Jeszcze raz o teorii Orem. *Pielęgniarstwo* 2000 1996; 4(27): 15–16.
- [7] Wilczek-Rużyczka E. Teoria pielęgnowania Dorothy Orem. *Pielęgniarstwo* 2000 1996; 1/1996:10–12.
- [8] Mianowana V. Oczekiwania pacjenta a efekty edukacji zdrowotnej. *Pielęgniarka i Położna* 2002; 2/493: 4–7.

### Adres do korespondencji:

Grażyna Kowalik  
25-437 Kielce, Os. Na Stoku 72/19  
e-mail: grazynakowalik2@wp.pl  
tel. 507 186 958

