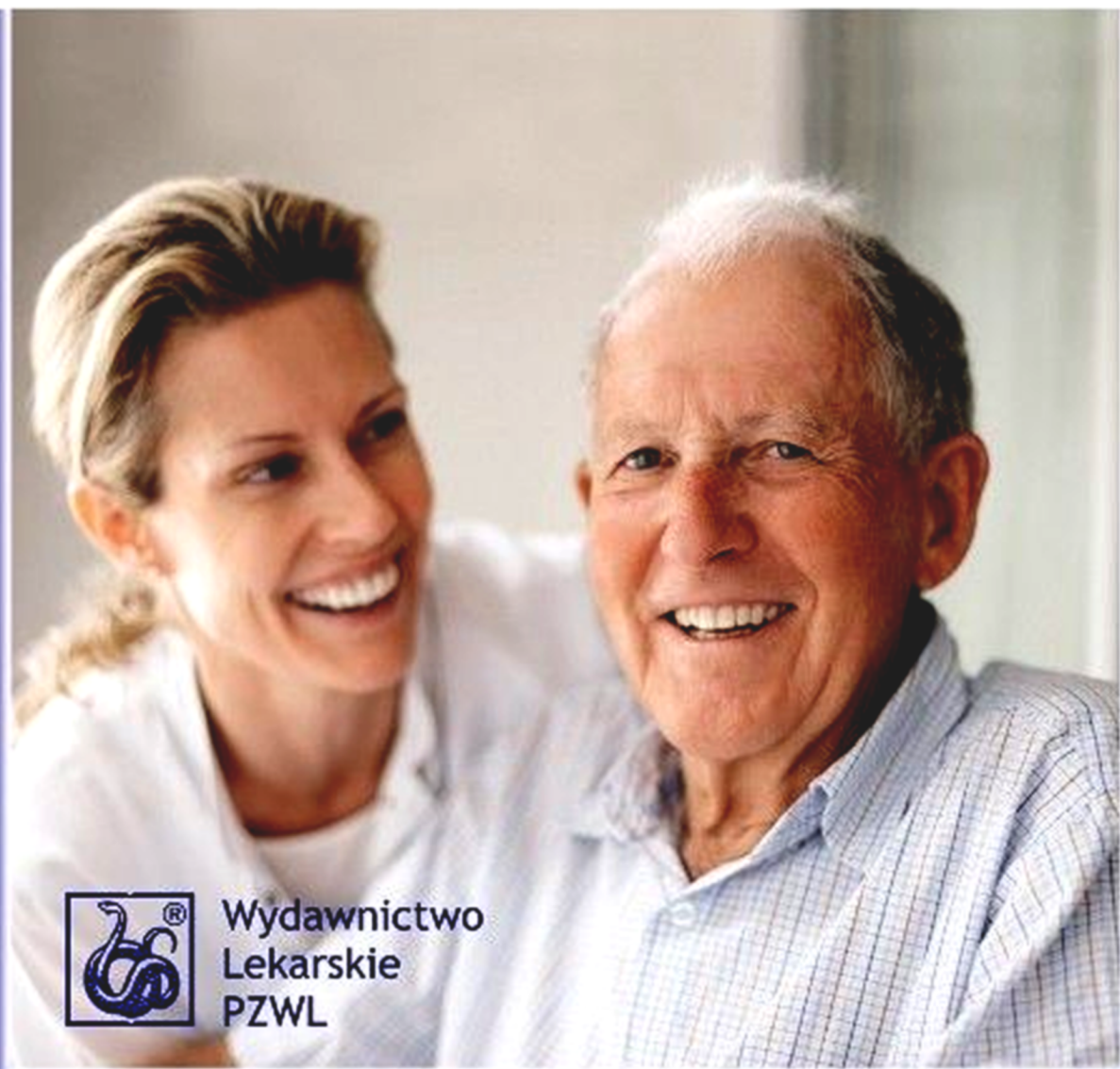


MODELE OPIEKI PIELEŃNIARSKIEJ NAD CHORYM DOROŚŁYM

PODRECZNIK DLA STUDIÓW MEDYCZNYCH

Redakcja naukowa MARIA KÓZKA, LUCYNA PŁASZEWSKA-ŻYWKO



Wydawnictwo
Lekarskie
PZWL

MODELE OPIEKI PIELEŃNIARSKIEJ NAD CHORYM DOROSŁYM

MODELE OPIEKI PIELEGNIARSKIEJ NAD CHORYM DOROSŁYM

PODREČZNIK DLA STUDIÓW MEDYCZNYCH

**Redakcja naukowa: dr hab. n. hum., mgr piel. MARIA KÓZKA
dr n. med., mgr piel. LUCYNA PŁASZEWSKA-ŻYWKO**



**Warszawa
Wydawnictwo
Lekarskie
PZWL**

AUTORZY

Iwona Bodys-Cupak

dr n. med., mgr pielęgniarstwa, adiunkt w Pracowni Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Ewa Czaja

mgr pielęgniarstwa, wykładowca w Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Mirosława Dzikowska

mgr pielęgniarstwa, asystent w Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Teresa Gabryś

dr n. med., mgr pielęgniarstwa, wykładowca w Zakładzie Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Anna Gawor

mgr pielęgniarstwa, wykładowca w Zakładzie Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Ewa Kawalec

mgr pielęgniarstwa, asystent w Zakładzie Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Marta Kowalewska

mgr pielęgniarstwa, wykładowca w Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Maria Kózka

dr hab. n. hum., mgr pielęgniarstwa, adiunkt w Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Mariusz Kózka

dr n. med., specjalista chirurgii ogólnej i naczyniowej, starszy asystent w 5 Wojskowym Szpitalu Klinicznym w Krakowie

Iwona Malinowska-Lipień

mgr pielęgniarstwa, asystent w Zakładzie Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Anna Majda

dr n. med., mgr pielęgniarstwa, adiunkt w Pracowni Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Maria Ogarek

mgr pielęgniarstwa, wykładowca w Pracowni Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Beata Ogórek-Tęcza

dr n. hum., mgr pielęgniarstwa, adiunkt w Pracowni Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Anita Orzeł-Nowak

dr n. med., mgr pielęgniarstwa, adiunkt w Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Urszula Pieczyrak-Brhel

mgr pielęgniarstwa, asystent w Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Lucyna Płaszewska-Żywko

dr n. med., mgr pielęgniarstwa, adiunkt w Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Grażyna Puto

mgr pielęgniarstwa, asystent w Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Teresa Radzik

mgr pielęgniarstwa, wykładowca w Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Agata Reczek

dr n. med., mgr pielęgniarstwa, adiunkt w Zakładzie Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Lucyna Ścisło

dr n. med., mgr pielęgniarstwa, adiunkt w Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Elżbieta Walewska

dr n. med., mgr pielęgniarstwa, adiunkt w Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Katarzyna Wojnar-Gruszka

mgr pielęgniarstwa, asystent w Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Stanisław Wojtan

mgr pielęgniarstwa, instruktor w Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Katarzyna Wojtas

mgr pielęgniarstwa, asystent w Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Joanna Zalewska-Puchała

dr n. med., mgr pielęgniarstwa, adiunkt w Pracowni Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Ewa Ziarko

dr n. med., mgr pielęgniarstwa, adiunkt w Pracowni Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

© Copyright by Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010

Wszystkie prawa zastrzeżone.

Przedruk i reprodukcja w jakiegokolwiek postaci całości bądź części książki bez pisemnej zgody wydawcy są zabronione.



Autorzy i Wydawnictwo dołożyli wszelkich starań, aby wybór i dawkowanie leków w tym opracowaniu były zgodne z aktualnymi wskazaniami i praktyką kliniczną. Mimo to, ze względu na stan wiedzy, zmiany regulacji prawnych i nieprzerwany napływ nowych wyników badań dotyczących podstawowych i niepożądanych działań leków, Czytelnik musi brać pod uwagę informacje zawarte w ulotce dołączonej do każdego opakowania, aby nie przeoczyć ewentualnych zmian we wskazaniach i dawkowaniu. Dotyczy to także specjalnych ostrzeżeń i środków ostrożności. Należy o tym pamiętać, zwłaszcza w przypadku nowych lub rzadko stosowanych substancji.

Redaktor ds. publikacji medycznych: mgr biol. *Anna Plewa*

Redaktor merytoryczny: mgr *Beata Cynkier*

Redaktor techniczny: mgr inż. *Artur Puźniak*

Korekta: *Zespół*

Projekt okładek do serii: *Magdalena Kaczmarczyk*

Projekt okładki i stron tytułowych: *Maria Sosnowska*

Zdjęcie na okładce: Agencja Fotograficzna Fotolia

ISBN 978-83-200-3957-3

Wydanie I

Wydawnictwo Lekarskie PZWL

02-672 Warszawa, ul. Domaniewska 41

tel. 22 695-40-33

Księgarnia wysyłkowa:

tel. 22 695-44-80

infolinia: 801-142-080

www.pzwl.pl

e-mail: promocja@pzwl.pl

Skład i łamanie: EGRAF, Warszawa

Druk i oprawa: LCL Dystrybucja Sp. z o.o.

Wydawca nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń zamieszczonych przez reklamodawców

PRZEDMOWA

Nowoczesne pielęgniarstwo opiera się na uznanych teoriach i modelach pielęgniarstwa, w których pacjent jest traktowany holistycznie i postrzegany jako partner w procesie leczenia, rehabilitacji i pielęgnowania. Takie podejście jest zbieżne z polityką zdrowotną krajów rozwiniętych, w której dąży się do przygotowania człowieka do przejęcia odpowiedzialności za własne zdrowie. Realizacja tego celu jest możliwa przez wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej zorganizowanej edukacji ukierunkowanej zarówno na promowanie zdrowia, jak i uzyskanie przez człowieka niezależności w sytuacji choroby lub niepełnosprawności.

Korzystny wpływ edukacji zdrowotnej, zwłaszcza połączonej ze stosowaniem technik behawioralnych i wsparciem społecznym, został potwierdzony w wielu badaniach naukowych, które wykazały m.in. pożądaną zmianę zachowań związanych ze zdrowiem u osób biorących aktywny udział w programach edukacyjnych, redukcję podlegających modyfikacji czynników ryzyka niektórych chorób, ograniczenie powikłań, zmniejszenie częstości hospitalizacji oraz redukcję kosztów opieki zdrowotnej. Znaczącą rolę w tych działaniach Światowa Organizacja Zdrowia przypisuje pielęgniarcom.

Teorią pielęgniarstwa, która najbardziej podkreśla rolę pielęgniarki w przygotowaniu pacjenta do samodzielnego dbania o własne zdrowie, jest teoria D. Orem. Zasadniczo obejmuje ona trzy komponenty: teorię samoopieki, deficytu samoopieki i systemów pielęgnowania.

Podstawowym założeniem tej teorii jest stwierdzenie, że człowiek ma naturalną skłonność do zapewnienia opieki sobie samemu oraz opiekowania się osobami od niego zależnymi. Indywidualna zdolność do samoopieki zależy m.in. od: wieku, płci, etapu rozwojowego, stanu zdrowia, sytuacji socjoekonomicznej i rodzinnej, czynników kulturowych, środowiskowych i dostępności źródeł pomocy. W sytuacji gdy człowiek dorosły nie jest zdolny zapewnić opieki sobie samemu, na przykład w chorobie czy niepełnosprawności, powstaje deficyt samoopieki, co rodzi

konieczność pomocy ze strony innych osób, niekiedy profesjonalnej pomocy pielęgniarki. Zgodnie z tą teorią pielęgniarka, dysponując wiedzą, umiejętnościami i doświadczeniem, wykorzystuje odpowiednie metody w celu pomagania pacjentowi, aby stał się w możliwie najwyższym stopniu niezależny od innych osób. Teoria ta znajduje zastosowanie przede wszystkim w opiece nad pacjentami z chorobami przewlekłymi, u których odpowiednie przygotowanie do samoopieki ma zasadnicze znaczenie dla ich samodzielnego funkcjonowania. Pewne zastosowanie ma również w opiece nad pacjentami w ostrych stanach chorobowych wymagających całkowitego kompensowania deficytów. Z tego względu w książce przyjęto teorię deficytu samoopieki za punkt wyjścia do opracowania modeli pielęgnowania osób dorosłych.

Podręcznik został napisany przez doświadczonych nauczycieli akademickich z ośrodka krakowskiego, a materiał w nim zawarty jest ściśle połączony z poprzednimi podręcznikami „Diagnozy i interwencje pielęgniarские” oraz „Procedury pielęgniarские”.

Książka składa się z trzech części. W dwóch pierwszych przedstawiono podstawowe założenia teorii D. Orem, opisano chorobę jako sytuację trudną dla pacjenta, psychospołeczne następstwa choroby oraz znaczenie wsparcia społecznego i edukacji w przygotowaniu chorego do samoopieki. W trzeciej części znajdują się opisy przypadków pacjentów z wybranymi schorzeniami oraz modele pielęgnowania. W strukturze modelu wykorzystano poszczególne fazy procesu pielęgnowania oraz oczekiwane wyniki opieki będące kryterium oceny wyników pielęgnowania. Opisy przypadków poprzedzono wyjaśnieniem zmian patofizjologicznych w danym układzie oraz wynikających z nich objawów. Powinno to pomóc Czytelnikowi w określeniu pełnej diagnozy pielęgniarskiej, a zwłaszcza jej drugiej części zgodnie z założeniami Północnoamerykańskiego Towarzystwa Diagnoz Pielęgniarских, tj. czynników etiologicznych lub czynników ryzyka problemu.

Podręcznik adresowany jest do studentów pielęgniarstwa oraz praktykujących pielęgniarek, które pragną poszerzać swoją wiedzę z różnych dziedzin pielęgniarstwa.

Mamy nadzieję, że książka ta spełni oczekiwania Czytelników.

Maria Kózka, Lucyna Płaszewska-Żywko

SPIS TREŚCI

CZEŚĆ I	
TEORIE I MODELE PIELĘGNIARSTWA	13
1. Teorie i modele pielęgniarstwa — wyjaśnienie pojęć — <i>Lucyna Płaszewska-Żywko</i>	15
2. Teoria Dorothei Orem — <i>Lucyna Płaszewska-Żywko</i>	17
2.1. Teoria samoopieki	18
2.2. Teoria deficytów samoopieki	19
2.3. Teoria systemów pielęgnowania	22
2.4. Teoria Orem a metaparadygmat pielęgniarstwa	23
2.5. Teoria Orem a proces pielęgnowania	24
2.6. Podsumowanie	25
3. Struktura modelu opieki pielęgniarzkiej — <i>Lucyna Płaszewska-Żywko</i>	27
CZEŚĆ II	
PSYCHOSPOŁECZNE ASPEKTY OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ	29
4. Choroba i hospitalizacja jako sytuacja trudna — <i>Urszula Pieczyrak-Brhel</i>	31
5. Społeczne skutki choroby i niepełnosprawności — <i>Maria Kózka</i>	39
6. Wsparcie społeczne w chorobie — <i>Maria Kózka</i>	45
7. Edukacja jako element przygotowania chorego do samo- opieki — <i>Maria Kózka</i>	51

CZEŚĆ III	
MODELE PIELEGNOWANIA CHORYCH	
W WYBRANYCH SCHORZENIACH	61
8. Układ oddechowy	63
8.1. Patofizjologiczne zmiany w schorzeniach układu oddechowego — <i>Teresa Gabryś</i>	63
8.2. Opisy przypadków i modele pielęgnowania pacjentów ze schorze- niami układu oddechowego	69
8.2.1. Pacjent z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP) — <i>Teresa Gabryś</i>	69
8.2.2. Pacjentka z astmą oskrzelową — <i>Anna Gawor</i>	76
8.2.3. Pacjent z odmą opłucnową pourazową — <i>Maria Kózka</i> ..	80
8.2.4. Pacjent z respiratorowym zapaleniem płuc (VAP) — <i>Maria</i> <i>Kózka</i>	84
9. Układ krążenia	93
9.1. Patofizjologiczne zmiany w schorzeniach układu krążenia — <i>Lucy-</i> <i>na Płaszewska-Żywko, Ewa Kawalec, Agata Reczek</i>	93
9.2. Opisy przypadków i modele pielęgnowania pacjentów ze schorze- niami układu krążenia	104
9.2.1. Pacjent z chorobą niedokrwienną serca — <i>Ewa Kawalec</i> ..	104
9.2.2. Pacjentka z niewydolnością serca — <i>Ewa Kawalec</i>	108
9.2.3. Pacjent z rozrusznikiem serca — <i>Agata Reczek</i>	113
9.2.4. Pacjent po zabiegu wszczepienia pomostów aortalno- wieńcowych — <i>Lucyna Płaszewska-Żywko</i>	118
10. Układ nerwowy	125
10.1. Patofizjologiczne zmiany w schorzeniach układu nerwowego — <i>Ewa Czaja</i>	125
10.2. Opisy przypadków i modele pielęgnowania pacjentów ze schorze- niami układu nerwowego	133
10.2.1. Pacjent z udarem niedokrwiennym mózgu — <i>Ewa Czaja</i> ..	133
10.2.2. Pacjentka ze stwardnieniem rozsianym — <i>Ewa Czaja</i>	138
10.2.3. Pacjentka z guzem kąta mostowo-mózdkowego — <i>Stani-</i> <i>staw Wojtan</i>	142
10.2.4. Pacjent z wypadnięciem jądra miążdżystego tarczy mię- dzykręgowej odcinka lędźwiowego kręgosłupa — <i>Stani-</i> <i>staw Wojtan</i>	146
11. Układ pokarmowy	151
11.1. Patofizjologiczne zmiany w schorzeniach układu pokarmowego — <i>Elżbieta Walewska</i>	151
11.2. Opisy przypadków i modele pielęgnowania pacjentów ze schorze- niami układu pokarmowego	157

11.2.1.	Pacjent z ostrym zapaleniem wyrostka robaczkowego — <i>Anita Orzeł-Nowak</i>	157
11.2.2.	Pacjent z krwawieniem z górnego odcinka przewodu pokarmowego — <i>Elżbieta Walewska</i>	162
11.2.3.	Pacjent z ostrym zapaleniem trzustki — <i>Marta Kowalewska</i>	167
11.2.4.	Pacjent po całkowitej resekcji żołądka z powodu raka — <i>Lucyna Ścisło</i>	170
12.	Układ kostno-stawowy	179
12.1.	Patofizjologiczne zmiany w schorzeniach układu kostno-stawowego — <i>Teresa Radzik, Katarzyna Wojtas</i>	179
12.2.	Opisy przypadków i modele pielęgnowania pacjentów ze schorzeniami układu kostno-stawowego	184
12.2.1.	Pacjentka z osteoporozą — <i>Grażyna Puto, Mirosława Dzikowska</i>	184
12.2.2.	Pacjentka z reumatoidalnym zapaleniem stawów — <i>Mirosława Dzikowska, Grażyna Puto</i>	189
12.2.3.	Pacjentka z chorobą zwyrodnieniową stawów po wszczępieniu endoprotezy stawu biodrowego — <i>Katarzyna Wojtas, Teresa Radzik</i>	193
12.2.4.	Pacjentka ze złamaniem szyjki kości udowej leczona wyciągiem szkieletowym — <i>Lucyna Ścisło</i>	197
13.	Układ naczyniowy	205
13.1.	Patofizjologiczne zmiany w schorzeniach układu naczyniowego obwodowego — <i>Mariusz Kózka, Lucyna Ścisło</i>	205
13.1.1.	Zmiany w układzie tętniczym — <i>Lucyna Ścisło, Mariusz Kózka</i>	206
13.1.2.	Zmiany w układzie żylnym — <i>Mariusz Kózka</i>	210
13.2.	Opisy przypadków i modele pielęgnowania pacjentów ze schorzeniami układu żylnego i tętniczego	214
13.2.1.	Pacjent z chorobą Buergera — <i>Lucyna Ścisło</i>	214
13.2.2.	Pacjent z zatorom tętnicy kolanowej — <i>Lucyna Ścisło</i> ..	220
13.2.3.	Pacjentka po zabiegu operacyjnym z powodu żyłaków kończyny dolnej — <i>Marta Kowalewska</i>	225
13.2.4.	Pacjent po przeszczepie skóry w obrębie podudzia prawego z powodu zakrzepicy żył głębokich — <i>Marta Kowalewska</i>	228
14.	Układ dokrewny	231
14.1.	Patofizjologiczne zmiany w schorzeniach układu dokrewnego — <i>Anna Majda, Joanna Zalewska-Puchała</i>	231
14.2.	Opisy przypadków i modele pielęgnowania pacjentów ze schorzeniami układu dokrewnego	243
14.2.1.	Pacjentka z zespołem Cushinga — <i>Anna Majda</i>	243
14.2.2.	Pacjentka po adrenalektomii prawostronnej z powodu subklinicznego zespołu Cushinga — <i>Maria Ogarek</i>	251

14.2.3.	Pacjentka z nadczynnością tarczycy — <i>Beata Ogórek-Tęcza</i>	257
14.2.4.	Pacjentka z niedoczynnością tarczycy — <i>Joanna Zalewska-Puchala</i>	263
15.	Układ krwiotwórczy	269
15.1.	Patofizjologiczne zmiany w schorzeniach układu krwiotwórczego — <i>Iwona Malinowska-Lipień, Katarzyna Wojnar-Gruszka</i>	269
15.2.	Opisy przypadków i modele pielęgnowania pacjentów ze schorzeniami układu krwiotwórczego	282
15.2.1.	Pacjent z hemofilią A — <i>Iwona Malinowska-Lipień</i>	282
15.2.2.	Pacjentka z niedokrwistością z niedoboru żelaza — <i>Iwona Malinowska-Lipień</i>	285
15.2.3.	Pacjent ze szpiczakiem plazmocytowym — <i>Katarzyna Wojnar-Gruszka</i>	290
15.2.4.	Pacjentka po przeszczepie komórek krwiotwórczych z powodu ostrej białaczki limfoblastycznej — <i>Katarzyna Wojnar-Gruszka</i>	300
16.	Układ moczowy	309
16.1.	Patofizjologiczne zmiany w schorzeniach układu moczowego — <i>Ewa Ziarko</i>	309
16.2.	Opisy przypadków i modele pielęgnowania pacjentów ze schorzeniami układu moczowego	318
16.2.1.	Pacjentka z bakteryjnym zapaleniem pęcherza moczowego — <i>Iwona Malinowska-Lipień</i>	318
16.2.2.	Pacjent z kamicą moczowodu — <i>Elżbieta Walewska</i>	321
16.2.3.	Pacjent z kamicą nerkową — <i>Iwona Bodys-Cupak</i>	326
16.2.4.	Pacjent ze schyłkową niewydolnością nerek leczony nerkozastępczo — <i>Ewa Ziarko</i>	331
17.	Zespół metaboliczny	337
17.1.	Patofizjologiczne zmiany w zespole metabolicznym — <i>Teresa Gabryś, Ewa Kawalec</i>	337
17.2.	Opisy przypadków i modele pielęgnowania pacjentów z zespołem metabolicznym	345
17.2.1.	Pacjentka z otyłością — <i>Ewa Kawalec, Anna Gawor</i>	345
17.2.2.	Pacjent z zespołem metabolicznym — <i>Ewa Kawalec</i>	350
17.2.3.	Pacjentka z cukrzycą typu 2 i otyłością — <i>Anna Gawor</i>	355
17.2.4.	Pacjentka ze stopą cukrzycową — <i>Teresa Gabryś</i>	359
Aneks	365

CZĘŚĆ I

TEORIE I MODELE
PIELĘGNIARSTWA

TEORIE I MODELE PIELĘGNIARSTWA — WYJAŚNIENIE POJĘĆ

Lucyna Płaszewska-Żywko

1

Każda dziedzina nauki wymaga solidnych podstaw teoretycznych. Pielęgniarstwo również posiada swoją unikalną wiedzę, odrębną od innych dyscyplin, gromadzoną od początku rozwoju pielęgniarstwa zawodowego, tj. od prac Florence Nightingale. Analizując dorobek pielęgniarstwa, wyodrębniono kilka terminów opisujących podstawy teoretyczne tej dyscypliny. Należą do nich: teoria pielęgniarstwa, model koncepcyjny, koncepcja pielęgniarstwa i filozofia pielęgniarstwa. Terminy te wymagają uporządkowania, gdyż jak dotąd nie ma pełnej zgodności między autorami co do ich znaczenia i niekiedy są one używane zamiennie.

Teorie pielęgniarstwa są różnie definiowane, choć wiele z tych definicji ma wspólne elementy. Teorie pielęgniarstwa odnoszą się najczęściej do grupy powiązanych ze sobą pojęć i stwierdzeń, wyjaśniających i opisujących zjawiska związane z pielęgniarstwem, umożliwiając jednocześnie ocenę wyników opieki. Są też rodzajem przewodnika dla praktyki, edukacji pielęgniarek i badań naukowych [Kay, 2005]. Jedną z typowych definicji teorii pielęgniarstwa podaje Kerlinger [1973], określając ją jako „takie zestawienie powiązanych ze sobą pojęć i definicji, które umożliwia postrzeganie faktów i wydarzeń w sposób systematyczny — dzięki określonym relacjom, jakie pomiędzy nimi zachodzą. Ich celem jest wyjaśnianie albo przewidywanie faktów i zdarzeń. Teoria sugeruje więc postrzeganie faktów i zdarzeń w określony sposób” [cyt. za George, 1995]. Podstawowymi jednostkami wchodzącymi w skład każdej teorii pielęgniarstwa są więc pojęcia lub terminy istotne dla tej dziedziny wiedzy oraz ich definicje. Pojęcia te mogą być konkretne, empiryczne lub abstrakcyjne, zależnie od możliwości ich zweryfikowania przez obserwację otaczającego świata. Pojęcia empiryczne to takie, które można zaobserwować lub doświadczyć przez zmysły, pojęcia abstrakcyjne nie podlegają natomiast weryfikacji zmysłowej.

W teoriach pielęgniarstwa przyjęto za podstawowe cztery abstrakcyjne pojęcia: osoba, zdrowie, pielęgniarstwo i środowisko, nazwano je meta-

paradygmatem pielęgniarstwa. Metaparadygmat identyfikuje zatem najistotniejsze składowe tej dziedziny wiedzy.

W literaturze przedmiotu istnieje wiele podziałów teorii pielęgniarstwa. Według Chinn i Kramer [1991] teorie dzielą się na:

- wielkie modele koncepcyjne,
- teorie średniego poziomu,
- teorie poziomu praktyki.

Teorie ulegają ewolucji i skoro odzwierciedlają aktualną wiedzę — niektóre z nich są modyfikowane i rozwijane przez wiele lat, inne tracą swoje znaczenie i nie są używane, powstają też nowe teorie.

Modele koncepcyjne są kolejnym rodzajem opracowań teoretycznych, które systematyzują wiedzę pielęgniarstwa. Samo słowo „model” oznacza „opisowy obraz praktyki odzwierciedlający rzeczywistość”. Jest to idea wyrażona w sposób symboliczny, będący jej wizualizacją, i ma na celu lepsze zrozumienie pojęć abstrakcyjnych i zależności pomiędzy nimi [Marriner, 1986].

Modele pielęgniarstwa składają się również z powiązanych ze sobą pojęć i są bardziej abstrakcyjne od teorii. Fawcett systematyzuje pojęcia od najbardziej abstrakcyjnych do najbardziej konkretnych, wymieniając: metaparadygmat, modele koncepcyjne, teorie oraz wskaźniki empiryczne [Fawcett, 2000]. Modele koncepcyjne są zazwyczaj nazywane od nazwiska autorów, a na ich podstawie mogą być budowane określone teorie. Na przykład z modelu systemowego B. Neuman wywodzi się teoria optymalnej stabilności człowieka, z modelu koncepcyjnego D. Orem — teoria deficytu samoopieki, z modelu systemu interakcyjnego I. King — teoria osiągnięcia celów, z modelu zachowawczego M. E. Levine — teoria intencji terapeutycznej, a z modelu adaptacyjnego C. Roy — teoria osoby jako systemu adaptacyjnego [Alligood, 2002].

Piśmiennictwo

1. Chinn P.L., Kramer M.K.: *Theory and nursing: a systematic approach*. Mosby, St. Louis 1991.
2. Fawcett J.: *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: models and theories*. FA Davis, Philadelphia 2000.
3. George J.: *Nursing theories. The base for professional nursing practice*. Prentice-Hall International Inc., New York 1995.
4. Kay Kittrell Chitty: *Professional nursing: concepts and challenges*. Elsevier Saunders, St. Louis 2005.
5. Marriner A.: *Introduction to analysis of nursing theory*. In: *Nursing theorists and their work* (ed. A. Marriner). Mosby, St. Louis 1986.

TEORIA DOROTHEI OREM

Lucyna Płaszewska-Żywko

Teoria D. Orem jest określana jako teoria deficytów samoopieki. Inspiracją do jej opracowania stała się próba odpowiedzi na pytanie, jakie czynniki decydują o tym, że człowiek nie jest w stanie samodzielnie zadbać o swoje zdrowie, życie i rozwój oraz w jakich sytuacjach potrzebuje profesjonalnej opieki pielęgniarstwa. Te dociekania doprowadziły do sformułowania definicji samoopieki — podstawowego pojęcia teorii.

Główne założenie teorii opiera się na przekonaniu, że człowiek ma naturalną skłonność do zapewniania opieki sobie samemu oraz do opiekowania się osobami od niego zależnymi. Posiada do tego pewne predyspozycje, które muszą być rozwijane przez uczenie się odpowiednich wzorców zachowań. W prawidłowych warunkach człowiek podejmuje zatem z własnej woli samoopiekę, nabywając w ciągu życia odpowiednią wiedzę, umiejętności i doświadczenie pozwalające mu na jej realizowanie. Jeśli natomiast nie jest w stanie podejmować działań samoopiekuńczych, wtedy wymaga pomocy innych osób, niekiedy nawet profesjonalnej pomocy pielęgniarki. W takiej sytuacji, jak pisze Orem, „pomagający wykonuje to, czego ten, komu pomaga, nie może zrobić sam lub z czym nie radzi sobie w pełni, okazując mu szacunek i podejmując takie działania, jakie są dla niego niezbędne do odzyskania samodzielności” [Orem, 1985, cyt. za Poznańska, Płaszewska-Żywko, 2001]. W ten sposób Orem określa zakres działań pielęgniarki.

Teoria D. Orem obejmuje trzy wzajemnie ze sobą powiązane składowe: teorię samoopieki, teorię deficytu samoopieki oraz teorię systemów pielęgnowania. Zawiera ona następujące pojęcia: samoopieka (self-care), zdolność do samoopieki (self-care agency) oraz potrzeby w zakresie samoopieki (self-care requisites) — terminy niezbędne do zrozumienia teorii samoopieki, a także pojęcia, którymi opisuje teorie deficytów samoopieki i systemów pielęgnowania, takie jak: deficyt samoopieki (self-care deficit), wymagania w zakresie opieki terapeutycznej (therapeutic self-care demand) oraz system pielęgnowania (nursing system). W teorii Orem określenia te są jasno zdefiniowane i spójnie ze sobą powiązane.

2.1. Teoria samoopieki

Samoopieka (self-care) jest według Orem wyuczoną aktywnością, którą człowiek podejmuje i kontynuuje w celu utrzymania życia, zdrowia oraz pełnego dobrostanu. Jeśli ta aktywność jest prawidłowo realizowana, prowadzi do zachowania integralności, prawidłowego funkcjonowania i rozwoju człowieka.

Zdolność do samoopieki (self-care agency) oznacza odpowiednie predyspozycje, siły i motywację do angażowania się w opiekę nad sobą. Człowiek dorosły, zdrowy, o dojrzałej osobowości powinien być w pełni zdolny do samoopieki, natomiast dzieci wymagają różnego zakresu pomocy w tym zakresie. Także osoby chore, niepełnosprawne lub w wieku podeszłym mogą mieć ograniczoną zdolność do samoopieki oraz wymagać bardziej złożonej, niekiedy profesjonalnej opieki (therapeutic self-care demand).

Zarówno zdolność do samoopieki, jak i zapotrzebowanie na opiekę ze strony innych osób zmieniają się w trakcie życia człowieka i zależą m.in. od takich czynników, jak: wiek, płeć, etap rozwojowy, stan zdrowia, stan socjokulturowy, sytuacja rodzinna, tryb życia, czynniki środowiskowe oraz zasoby i dostępność do źródeł pomocy.

Aby samoopieka mogła być skutecznie realizowana, niezbędne jest spełnienie pewnych wymogów (self-care requisites). Chcąc jak najdokładniej oddać sens terminu self-care requisites, przeanalizowano nie tylko prace D. Orem, ale też opracowania badaczy teorii pielęgniarstwa. Przyjęto tłumaczyć umownie ten termin jako potrzeby w zakresie samoopieki. Orem wyróżnia trzy kategorie potrzeb:

- uniwersalne — które są właściwe wszystkim ludziom, wynikają z natury człowieka i są zaspokajane w codziennych aktywnościach,
- rozwojowe — niezbędne do promowania rozwoju we wszystkich etapach życia,
- w tzw. dewiacjach, tj. wszelkich odchyleniach od stanu zdrowia, a więc w chorobie, niepełnosprawności lub urazie.

Do potrzeb uniwersalnych Orem zaliczyła:

- zapewnienie wystarczającej ilości powietrza (oddychanie),
- zapewnienie odpowiedniej ilości płynów,
- zapewnienie właściwego pożywienia,
- wydalanie,
- utrzymanie równowagi pomiędzy aktywnością a wypoczynkiem,
- utrzymanie równowagi pomiędzy samotnością a interakcjami społecznymi,
- zapobieganie sytuacjom zagrażającym życiu, zdrowiu i dobremu samopoczuciu,
- dążenie do własnego rozwoju w harmonii z indywidualnymi aktualnymi i potencjalnymi możliwościami.

Potrzeby rozwojowe autorka początkowo ujmowała łącznie z uniwersalnymi, jednak w późniejszych opracowaniach wymieniła je jako odrębne, stwierdzając, że zarówno same potrzeby, jak i sposób ich zaspokajania zmieniają się w poszczególnych etapach życia i pod wpływem różnych sytuacji życiowych. Wyróżniła dwa ich rodzaje:

- potrzeby rozwojowe związane z utrzymaniem życia, zdrowia i dobrostanu w poszczególnych etapach rozwojowych, takich jak: okres życia płodowego i porodu, okres noworodkowy, niemowlęcy, poszczególne etapy dzieciństwa, okres dojrzewania, etapy rozwojowe wieku dorosłego, w tym szczególnie okres ciąży u kobiet, a także okresy starości,
- specyficzne potrzeby występujące w sytuacjach potencjalnie niekorzystnych dla rozwoju człowieka, jak np. niewystarczająca edukacja, problemy adaptacji społecznej, utrata krewnych lub przyjaciół, utrata własności, zagrożenie utratą pracy, zmiana miejsca zamieszkania i środowiska, problemy związane z pełnieniem ról społecznych, uciążliwe warunki życia, choroba lub zbliżająca się śmierć.

Według Orem nie można stworzyć skończonej listy tych sytuacji, a te wymienione powyżej są jedynie przykładowe. Pielęgniarka powinna rozpoznać indywidualnie czynniki mające niekorzystny wpływ na rozwój osoby, którą się opiekuje.

Kolejną kategorię stanowią potrzeby występujące w sytuacjach odchylenia od stanu zdrowia, co Orem określa mianem dewiacji, a więc choroba, niepełnosprawność, uraz, upośledzenia i defekty. Przykładowo w wymienionych sytuacjach mogą się pojawić następujące potrzeby:

- poszukiwanie i zapewnienie pomocy medycznej w przypadku narażenia na szkodliwe oddziaływanie czynników środowiskowych lub genetycznych,
- konieczność zaakceptowania rozpoznania i następstw choroby,
- konieczność przestrzegania zaleceń związanych z leczeniem i rehabilitacją,
- konieczność niwelowania następstw leczenia,
- modyfikacja koncepcji siebie i akceptacja zależności od innych osób,
- uczenie się życia z chorobą i jej konsekwencjami oraz konieczność zmiany stylu życia.

2.2. Teoria deficytów samoopieki

W teorii deficytów samoopieki Orem wyjaśnia, kiedy jest niezbędna pomoc pielęgniarki i jakie są metody asystowania człowiekowi w samoopiece. Deficyt samoopieki powstaje, gdy: