

POMEN TEORETIČNIH MODELOV ZA SODOBNO ZDRAVSTVENO NEGO

THE SIGNIFICANCE OF THEORETICAL MODELS FOR MODERN NURSING CARE

Angela Hajdinjak

UDK/UDC 616-083(018)

DESKRIPTORJI: *zdravstvena nega; modeli zdravstvena nega*

DESCRIPTORS: *nursing care; models, nursing*

Izvleček – Članek opisuje bistvene razlike med tradicionalno in sodobno zdravstveno nego ter predstavlja temeljne elemente zdravstvene nege s posebnim poudarkom na teoretičnih modelih, ki so posebnega pomena za stroko, in skupine teoretičnih modelov, ki so razporejeni po vsebini.

Abstract – The article describes basic differences between traditional and modern nursing care and presents basic elements of nursing care with special stress on theoretical models which are of specific importance for the profession, and some groups of theoretical models grouped according to their contents.

Uvod

Uvodoma je potrebno poudariti, da bo zdravstvena nega tako v praksi (bolnišnicah in drugih zdravstvenih zavodih) kot v procesu izobraževanja negovalnega osebja na vseh ravneh, še dolgo v prihodnosti taka, kakršno bomo razvili in uveljavili danes.

Dolžnost vsakega od nas je, da prispeva po svojih možnostih in sposobnostih k razvoju stroke, da uveljavimo sodobno zdravstveno nego, njene temeljne elemente in pravila delovanja, ki bodo obvezujoča za vse, ki strokovno delujemo. Najprej je treba opozoriti na bistvene razlike med sodobno in tradicionalno zdravstveno nego. Tradicionalna zdravstvena nega je v našem slovenskem prostoru kljub dolgoletnim prizadevanjem za uveljavitev sodobne zdravstvene nege v praksi še premočno prisotna. To nas oddaljuje od razvitejših dežel tako v Evropi kot od ZDA. Vemo sicer, da se sprememb ne da uvesti na hitro in da je to tudi proces, ki zahteva čas. Izkušnje iz drugih držav kažejo, da je uvajanje sodobne zdravstvene nege trajalo povprečno deset let, v Nemčiji celo še enkrat dlje. Pri nas smo se začeli seznanjati s posameznimi elementi sodobne zdravstvene nege že koncem sedemdesetih let. To nas obvezuje, da končno pospešimo proces uvajanja sodobne zdravstvene nege na vsa področja naše dejavnosti.

Ne smemo sicer pozabiti, da posamezne elemente sodobne zdravstvene nege na nekaterih področjih v praksi tudi pri nas že uspešno razvijajo, na primer proces zdravstvene nege, negovalno dokumentacijo, strokovne standarde ipd.; če pa naj se sodobna zdravstve-

na nega zares uveljavi, mora zaživeti z vsemi svojimi elementi tako v praksi kot v izobraževanju.

Bistvene razlike med tradicionalno in sodobno zdravstveno nego so predvsem v poudarjanju odvisne oziroma samostojne funkcije zdravstvene nege, v organiziranju in vodenju zdravstvene nege, v delu po procesni metodi, v dokumentiranju zdravstvene nege in v uveljavljanju teoretičnih modelov v praksi.

Bistvene razlike med tradicionalno in sodobno zdravstveno nego

<i>Tradicionalna zdravstvena nega</i>	<i>Sodobna zdravstvena nega</i>
Poudarek je na odvisni funkciji	Poudarek je na samostojni funkciji
Ni procesnega metodo-loškega pristopa	Delo po procesu zdravstvene nege
Ni uporabe teorij in modelov	Uporaba teorij in modelov v praksi
Poudarek je na enem vidiku človeka – ali somatski ali psihični	Poudarek je na holističnem pristopu k bolniku/varovancu
Funkcionalni model organiziranja zdravstvene nege – delitev del in nalog	Timski model organiziranja
Problemi bolnikov/varovancev se odkrivajo rutinsko, naključno, na podlagi izkušenj ali izhajajoč iz diagnoze bolezni in standardnih pričakovanj	Sistematično ciljano (usmerjeno) individualno odkrivanje problemov varovancev

Zdravstvena nega ni načrtovana ali pa so načrtovane le posamezne naloge	Zdravstvena nega je v celoti načrtovana za posameznega bolnika/varovanca
Zdravstvena nega ni dokumentirana, če pa je, potem zelo skromno in predvsem na medicinski dokumentaciji	Zdravstvena nega je v celoti dokumentirana v negovalni dokumentaciji
Vrednotenja uspešnosti ni ali pa se vrednoti le uspešnost in pravočasnost izvedenih nalog	Vrednotenje uspešnosti na osnovi izvedenega in doseženega, kar se kaže v stanju in vedenju bolnika/varovanca
Poudarek je na odvisni, podrejeni vlogi bolnika/varovanca – hierarhični odnos	Poudarek je na enakopravni vlogi bolnika/varovanca – partnerski odnos
Pasivna vloga bolnika/varovanca v zdravstveni negi	Aktivna vloga bolnika varovanca v zdravstveni negi

Temeljni elementi sodobne zdravstvene nege

Bistvene razlike med tradicionalno in sodobno zdravstveno nego razkrivajo njene temeljne elemente, ki jih lahko strnemo v naslednjih točkah.

- filozofija stroke
- izobraževanje in strokovno izpopolnjevanje v stroki
- procesni metodološki pristop
- teoretični modeli zdravstvene nege
- negovalne diagnoze
- negovalni standardi
- negovalna dokumentacija
- organizacija, vodenje, kadrovanje
- strokovna terminologija
- raziskovanje
- zakonodaja ipd.

Razviti moramo lastno *filozofijo stroke*. Ta mora nastati v našem socialnokulturnem prostoru in je zato ne moremo prenesti iz drugačnih okolij.

Znanje je predpogoj za razvoj stroke. Znanje o sodobni zdravstveni negi moramo nuditi študentom in dijakom v času rednega izobraževanja, hkrati z razvojem stroke in novih spoznanj pa je potrebno tudi s temi dosežki seznanjati negovalno osebje v praksi.

S procesnim pristopom bo postala zdravstvena nega vidna, z uvajanjem teoretičnih modelov v prakso pa bomo razumeli vsebino samostojne stroke.

Oblikovani *standardi* zdravstvene nege in negovalne diagnoze obenem s predpisano in obvezujočo negovalno dokumentacijo bodo omogočili, da bo proces zdravstvene nege uspešneje zaživel v praksi.

Brez *sodobnega organiziranja*, samostojnega vodenja in kadrovanja v zdravstveni negi ne moremo govoriti o sodobni samostojni zdravstveni negi. Razvita strokovna terminologija bo omogočila enotno poj-

movanje strokovnih izrazov, ki se uporabljajo tako v strokovni literaturi kot pri vsakodnevem sporazumevanju med člani negovalnega tima.

Raziskovanje v zdravstveni negi je nujno za razvoj stroke in njen dvig iz poklicne na profesionalno raven. Dolžnosti, obveznosti in pristojnosti opredeljuje zakon o zdravstveni negi, ki žal še vedno čaka na obravnavo in sprejem.

Temeljni elementi sodobne zdravstvene nege omogočajo kakovostno, kontinuirano in predvsem avtonomno stroko s svojim specifičnim delovanjem, saj v skrbi za zdravje posameznika, skupine in družbe zapolnjuje tiste vrzeli, ki jih medicina in druge znanosti ne morejo učinkovito pokrivati. Medtem ko medicina odkriva in zdravi bolezni, zdravstvena nega v okviru svojih pristojnosti preprečuje, odkriva in rešuje probleme bolnikov oziroma varovancev, ki so lahko posledica bolezni ali drugih vzrokov. V bistvu so to reakcije posameznikov na njihovo boljše ali slabše zdravstveno stanje in počutje. To je področje samostojnega delovanja zdravstvene nege.

Prelomno obdobje v razvoju zdravstvene nege je bilo v letu 1950, ko se je začela zdravstvena nega razvijati v samostojno stroko. Tedaj so v ZDA organizirali prve akademske študije zdravstvene nege, kar je vzpodbudilo mnoge medicinske sestre za nadaljnji študij in raziskovanje v stroki. Pričeli so izdajati strokovno revijo o raziskovanju v zdravstveni negi (Nursing Research), v kateri so medicinske sestre objavile rezultate svojih raziskovanj. Razvile so sodoben metodološki pristop k zdravstveni negi – proces zdravstvene nege. Objavljeni so bili prvi teoretični modeli zdravstvene nege (Peplau 1952, Henderson 1955, Johnson 1958). Tako predstavlja to obdobje začetek osamosvajanja zdravstvene nege. Do tedaj je bila zdravstvena nega obravnavana kot neprofesionalna stroka in tako v izobraževanju kot v praksi usmerjena v pomoč zdravniku in ne v pomoč bolniku/varovancu. To pomeni, da smo imeli v izobraževanju medicinski model, v praksi pa izvajanje del le po naročilu zdravnika.

Teoretični modeli zdravstvene nege

Pomembnejši element sodobne zdravstvene nege so teoretični modeli zdravstvene nege, pogosto imenovani tudi konceptualni modeli, včasih pa se v strokovni literaturi pojavljata izraza teorija zdravstvene nege in model zdravstvene nege kot sinonima. Vendar moramo med obema pojmom razlikovati. Pod pojmom model razumemo poenostavljeno predstavitev nekega predmeta ali poteka neke aktivnosti, katere namen je olajšati opazovanje ali pa ga omogočiti. Pri tem ločimo predmetni model in abstraktni model. Predmetni modeli so npr.: anatomski model, makete stavb ipd. Te modele lahko gledamo, otipamo, sestavimo, razstavimo ali spreminjamo. Abstraktni modeli so na primer diagrami vitalnih funkcij, ki jih lahko gledamo, o njih razmišljamo in si jih razlagamo.

Tudi modeli zdravstvene nege so abstraktni modeli, ki govorijo o tem, kaj je zdravstvena nega oziroma kaj naj bi bila. Omogočajo nam, da spoznamo in bolje razumemo kompleksno področje zdravstvene nege. Opisujejo pojave, predstave in koncepte zdravstvene nege. Modeli zdravstvene nege morajo biti sistematično zgrajeni, temeljiti morajo na znanstvenih spoznanjih, opredeljevati morajo temeljne elemente zdravstvene nege, dati teoretične osnove in potrebne pogoje za uvedbo v prakso. Ti modeli omogočajo:

- dvig zdravstvene nege iz intuitivne v predhodno načrtovano dejavnost,
- učinkovitejšo in kakovostnejšo zdravstveno nego,
- boljše poznavanje bolnikov varovancev,
- uspešnejše reševanje problemov,
- samostojno in odgovorno zdravstveno nego.

Nad modeli so teorije zdravstvene nege, ki segajo prek opisovanja pojavov, predstav in konceptov. Teorije pojasnjujejo določene pojave, razlagajo njihove temeljne zakonitosti, z njihovo pomočjo jih znanstveno raziskujemo in potrjujemo v praksi. Kot je zapisala znana teoretičarka, se teorije rojevajo v praksi, potrjujejo z raziskovanjem in ponovno vračajo v prakso.

Večino do sedaj opisanih teoretičnih del posameznih avtoric je na stopnji modelov, čeprav jih pogosto obravnavajo kot teorije, ne glede na to, da ne izpolnjujejo vseh zahtev znanstvene teorije.

Teorije in modeli zdravstvene nege predstavljajo osnovo znanosti zdravstvene nege. Razlagajo in dopolnjujejo vsebino zdravstvene nege na področju, kjer je stroka samostojna. Ne smemo jih zamenjati s *Procesom zdravstvene nege*, ki je metoda dela in narekuje način našega delovanja, medtem ko teoretični model daje vsebino našega samostojnega delovanja.

Pri oblikovanju modela je potrebno izpolnjevati določene pogoje. Zgrajen mora biti sistematično, imeti mora znanstveno podlago psiholoških, socioloških, medicinskih in drugih ved. Deli modela morajo biti med seboj logično povezani in ne smejo biti namenjeni le za teoretično razmišljanje, prav tako mora biti njihova uporabnost preizkušena v praksi.

Med razvojem znanosti zdravstvene nege se je oblikovala *metaparadigma* zdravstvene nege. Splošne trditve metaparadigme omogočajo edinstvene poglede na koncepte zdravstvene nege, ki jo ločijo od drugih strok. Izoblikovala se je podoba modelov in teorij zdravstvene nege, ki so sestavljeni iz naslednjih konceptov:

- *človek*: podoba človeka, pogled na posameznika;
- *okolje*, v katerem človek živi;
- *zdravje*: pojmovanje zdravja;
- *zdravstvena nega*: vloga medicinske sestre.

Koncepti so na splošno opredeljeni kot gradbeni elementi modelov. Preko njih se vrednoti pomembnost in uporabnost posameznega modela oziroma vsakega posameznega teoretičnega dela. Različne avtorice v

svojih delih poudarjajo različne koncepte, tiste pač, ki se jim zdijo najpomembnejši. Tako je F. Nightingale že 1895 poudarjala koncept okolja kot najpomembnejši element vpliva na zdravje bolnika. Približno 100 let kasneje je H. Peplau poudarjala kot najpomembnejši element medsebojni odnos med medicinsko sestro in bolnikom/varovancem. V sedemdesetih letih je bil poudarek na konceptu posameznika, človeka, v zadnjem času pa je v ospredju koncept zdravja.

Metaparadigma in koncepti zdravstvene nege omogočajo in olajšajo primerjavo posameznih teorij in modelov med seboj, njihovo analizo in sistematično razporejanje po različnih kriterijih. Eden od načinov razporeditve modelov, kot pripomoček razumevanja številnih raznolikih modelov, je njihova razporeditev po vsebini v tri sklope. To je najpogostejši način, so pa še drugi, ki temeljijo na drugih kriterijih.

Skupine modelov zdravstvene nege, razporejene po vsebini

Modeli potreb izhajajo iz teorij humanističnih ved, predvsem iz motivacijske teorije A. Maslowa. Spadajo med prva teoretična dela in so označeni kot najbližji medicinskemu modelu. Modeli potreb predstavljajo medicinsko sestro kot aktivno osebo, ki pomaga bolnikom/varovancem v njihovih prizadevanjih za samostojnost in neodvisnost. Pojasnjujejo predvsem kaj je delo medicinske sestre, oziroma kaj mora storiti za doseg tega cilja. Najpomembnejše predstavnice teh modelov so V. Henderson (1955), F. Abdellah (1960), D. Orem (1971), N. Roper (1976).

Modeli interakcij temeljijo na humanističnih teorijah osebnosti, teorijah interakcije in filozofije. Medicinsko sestro prikazuje kot osebo, katere delovanje je v interakciji z bolnikom in njegovo osebnostjo. Ta interakcija pomeni razvijanje novih odnosov tako bolnika do medicinske sestre kot obratno. Za bolnika to pomeni, da je pripravljen na sodelovanje, da zaupa vase in v druge. Hkrati pa interakcija pomeni spreminjanje podobe posameznika in razvijanje novih vzorcev vedenja tako bolnika kot medicinske sestre. Modeli interakcije torej odgovarjajo na vprašanje, kako naj medicinska sestra deluje. Predstavnice teh modelov so H. Peplau (1952), I. King (1971), I. Orlando (1961), E. Wiedenbach (1964).

Modeli izidov so črpali svoje teoretične podlage predvsem v razvojni teoriji osebnosti, teoriji sistemov in adaptacijski teoriji. Dajejo odgovore na vprašanja, zakaj in kakšen je cilj delovanja zdravstvene nege. Cilj intervencij medicinske sestre je, da bolnemu povrne stabilnost in mu pomaga doseči harmonijo z okoljem. /D. Johnson (1959), M. Levine (1966), M. Rogers (1970), K. Roy (1976), B. Neuman (1979)/.

Teoretični modeli zdravstvene nege posameznih avtoric se razlikujejo. To je razumljivo, saj so nastali pod vplivom njihovih profesionalnih izkušenj, pridob-

ljenih na različnih področjih zdravstvene nege in znanstvenoraziskovalnega dela v raznih obdobjih in okolišjih. Zato je za razumevanje in vrednotenje posameznega dela potrebno poznati čas in okolje, v katerem je delo nastalo.

Do danes so medicinske sestre, predvsem v ZDA, razvile 28 konceptualnih modelov zdravstvene nege. Nekateri so se že uveljavili, nekateri pa se še razvijajo. Prvi in edini evropski model izhaja iz Anglije, kjer je N. Roper s sodelavci v osemdesetih letih razvila in objavila teoretični model z nazivom *model življenja*.

Vidimo, da se je na področju zdravstvene nege v zadnjih petdesetih letih mnogo spremenilo. Tudi v našem slovenskem prostoru moramo spoznati in preučiti teoretične modele, razviti lastno filozofijo stroke in se na podlagi filozofije zdravstvene nege odločiti, kateri modeli so uporabni v naši praksi, oziroma kateri so za posamezna specifična področja zdravstvene nege najprimernejši. Kajti le s poznavanjem sodobnega metodološkega pristopa k zdravstveni negi, razvijanja negovalne dokumentacije in standardov ne bomo uspeli uveljaviti sodobne zdravstvene nege.

Teoretični modeli zdravstvene nege dajejo *vsebinsko* našemu samostojnemu delovanju in so bistvenega pomena za sodobno zdravstveno nego.

Literatura

1. Ammende M. Der Paradigmenwechsel in der Pflege. *Pflege*, 9; 1996; 2: 98–104.
2. Bohinc M. Novosti na področju organizacije in menedžmenta. *Obzor Zdr N* 1996; 30: 215–8.
3. Bohinc M, Cibic D. Teorija zdravstvene nege. Radovljica: Didakta, 1995.
4. Clifft JM. Izobraževanje za medicinske sestre v Evropi. *Obrz Zdr N* 1997; 31: 197–202.
5. Drerup E. Modelle der Krankenpflege – Materialien zur Krankenpflegeausbildung. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 1990.
6. Fiecht V, Meier M. Pflegeplanung – eine Einleitung für die Praxis. Basel: Recom Verlag, 1984.
7. Geust B. Die Kluft zwischen Theorie und Praxis in der Pflege. *Die Schwester/ der Pfleger* 1990; 5: 398–400.
8. Hajdinjak A, Štebe V. Filozofija zdravstvene nege. *Utrip V*, april 1997.
9. Hajdinjak A, Štebe V. Sestrinska anamneza i dijagnoza. *Vjesnik medicinskih sestara i medicinskih tehničara Hrvatske* 1987; 25: 15–8.
10. Kavalič S. Ocenjevanje bolnikovih potreb v negovalnem procesu. *Zdr Obzr* 1981; 15: 112–7.
11. Kersnič P. Organizacija službe zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih Slovenije. *Obzor Zdr N* 1997; 31: 3–23.
12. Kremmer Y. Plegetheorien – Pflegealltag. *Die Schwester/der Pfleger* 1990; 5: 401–6.
13. Krohwinkel M. Konzeptuelle Modelle und Theorien der Pflege. *Krankenpflege* 1988; 42; 1: 9–12.
14. McFarland G. Uvod v študij negovalnih diagnoz. Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego. Maribor, 1993.
15. Ricka R. Eine professionelle Pflege braucht Krankenpflegetheorien. *Pflege* 1989; 2: 114–20.
16. Steppe H. Pflegemodelle in der Praxis. *Die Schwester/der Pfleger* 1991; 30; 4.
17. Tosche J. Pflegemodelle und Führungspraxis (Teil 1). *Pflege* 1994; 1: 48–54.
18. Tosche J. Pflegemodelle und Führungspraxis (Teil 2). *Pflege* 1994; 3: 231–6.
19. Wittneben K. Patientorientierte Theorientwicklung als Basis einer Pflegedidaktik. *Pflege* 1993; 6: 3: 203–9.