

Modeli zdravstvene njege: usporedba teorijskih modela Katie Eriksson i Virginie Henderson

Nursing models: comparison of Katie Eriksson's and Virginia Henderson's nursing theories

Ružica Juroš¹

SAŽETAK: Model zdravstvene njege pojednostavnjeni je pojmovni okvir za komuniciranje i provjeru teorije zdravstvene njege. Suvremene teorije usmjeravaju njegu na sustavan i holistički pristup svakom pojedincu, obitelji i zajednici tijekom njihovih raznovrsnih aktivnosti u različitim stanjima zdravlja. Cilj je rada prikazati model zdravstvene njege Katie Eriksson, usporediti modele zdravstvene njege K. Eriksson i V. Henderson te utvrditi korisnost modela Katie Eriksson. Kao metoda ispitivanja primijenjene su kvalitativna i kvantitativna analiza stručnih članaka. Bilježeni su sadržaji procesa zdravstvene njege i struktura dokumentacije zdravstvene njege na teorijskom modelu Katie Eriksson. Prema Katie Eriksson, zdravlje je ključni pojam zdravstvene njege, pa stoga ona ističe zdravlje kao poseban oblik ljudskog postojanja, a ne samo odsutnost bolesti. Za Katie Eriksson cilj je zdravstvene njege zadovoljavajuće zdravlje. Cilj u procesu zdravstvene njege Virginie Henderson najveća je moguća razina samostalnosti pacijenta. Iako obje imaju drukčije viđenje zdravstvene njege, i jedna i druga ističu važnost etičkog načela – poštovanje pacijenta i ljudskog dostojanstva.

Ključne riječi: Katie Eriksson, Virginie Henderson, zdravstvena njege, model, teorija

ABSTRACT: Nursing models present a simplified conceptual framework for communication and evaluation of nursing theory. Modern theories direct nursing care towards a systemic and holistic approach to each individual, family and community during their various activities and different health statuses. The aim of this paper was to present nursing model of Katie Eriksson, compare it with Virginia Henderson's nursing model, and determine its usefulness. Quantitative and qualitative analysis of professional papers was used as a research method. Based on Katie Eriksson's nursing theory, nursing care processes and the structure of nursing care documentation were recorded. According to Katie Eriksson, health is a key term in nursing care and health is therefore stressed as a special dimension of human existence, and not only as the absence of illness. For Katie Eriksson, the aim of nursing care is satisfactory health. For Virginia Henderson, the aim in nursing care process is the highest possible level of patient autonomy. Although both theoreticians have different views on nursing care, both stress the importance of ethical principle - respect for the patient and human dignity.

Key words: Katie Eriksson, Virginia Henderson, health care, model, theory

Zaprimljeni/Received:05.02.2009.

Prihvaćeno/Accepted:24.02.2009.

UVOD

Zdravstvena se njege može definirati kao primjena znanosti i umijeća koji se bave praksom, istraživanjem i teorijom¹. Prvo objašnjenje zdravstvene njege dala je Florence Nightingale 1859. godine u publikaciji *Bilješke o zdravstvenoj njezi: što zdravstvena njege jest, a što nije*². Na temelju svojega bogatog iskustva Florence Nightingale godine 1860. godine daje prvu definiciju zdravstvene njege kao: "stvarenje najpovoljnijih uvjeta za odvijanje prirodnih procesa (usmjerenih očuvanju ili ponovnom uspostavljanju zdravlja)"³. Virginia Henderson 1966. godine objavljuje svoju definiciju: "uloga medicinske sestre jest pomoć pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju aktivnosti koje pridonose zdravlju ili oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje. Pomoć treba pružiti na način koji će pridonijeti što bržem postizanju njegove samostalnosti"³. Razvojem teorija zdravstvene njege počinje

se upotrebljavati termin proces zdravstvene njege¹. Proces je zdravstvene njege logičan, sustavan pristup cjelokupnoj skrbi za bolesnika, odnosno sustavan pristup rješavanju problema i kao takav omogućuje poboljšanje kvalitete skrbi za pacijenta⁴. Model zdravstvene njege pojednostavnjeni je pojmovni okvir za komuniciranje i provjeru teorije zdravstvene njege. Sustavi i način pružanja zdravstvene zaštite odraz su primijenjenih modela zdravlja. Svijest o različitim modelima zdravlja i zdravstvene zaštite bitna je kako za teoriju sestinstva, tako i za sestrijsku praksu⁵. Razlikujemo: model okoline F. Nightingale, modele zdravstvene njege utemeljene na potrebama (V. Henderson, N. Roper, Juchli, D. Orem), modele utemeljene na međuljudskim odnosima (H. Peplau, E. Wiedenbach) i modele utemeljene na ponašanju (K. Roy, D. Johnson). Cilj je rada prikazati model zdravstvene njege Katie Eriksson, usporediti modele zdravstvene njege K. Eriksson i V. Henderson te utvrditi korisnost modela Katie Eriksson.

¹ Ružica Juroš, viša medicinska sestra, Osječka 89, 31431 Čepin, e-mail: predrag.piros@os.t-com.hr

Metode

Kao metoda ispitivanja primijenjene su kvalitativna i kvantitativna analiza stručnih članaka. Analizirani su članci K. Eriksson *Struktura dokumentacije njege na temeljnom teorijskom modelu procesa* (2004.)⁶, *Bilježenje sadržaja procesa njege* (2005.)⁷, *Dokumentacija individualne skrbi pacijenta: metasinteza* (2005.)⁸, *Teoretski pristup dokumentiranju zdravstvene njege* (2004.)⁹. Bilježeni su sadržaji procesa zdravstvene njege i struktura dokumentacije zdravstvene njege temeljene na teorijskom modelu Katie Eriksson.

Rezultati

Svjetska zdravstvena organizacija godine 1946. definira zdravlje kao "stanje potpunog tjelesnog, duševnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsutnost bolesti i iznemoglosti"¹⁰. Sama definicija zdravlja sadržava u sebi pojam "duševnog blagostanja". Svjetski savez za duševno zdravlje (1974.) definira duševno zdravlje kao "stanje koje omogućuje optimalan psihički, intelektualni i osjećajni razvoj pojedinca u onoj mjeri u kojoj je taj razvoj u skladu s razvojem drugih pojedinaca"¹⁰.

Zdravlje ne znači odsutnost bolesti, patnja ili bolest dio su života. Stoga Katie Eriksson definira zdravlje kao ujedinjenje tjelesnog, psihičkog i duševnog zdravlja. Pretpostavke su zdravlja, prema K. Eriksson, dobra kondicija, izdržljivost, opuštanje, osjećaj potpunosti i blagostanja, mišljenje, nada, ljubav, vrlina, kretanje i pripadnost¹¹. Ona promatra zdravlje kao ključni pojam znanosti o zdravstvenoj njezi. Iako se još uvijek u tradicionalnoj biomedicini zdravlje podrazumijeva kao odsutnost bolesti, ono nije suprotnost bolesti, nego oblik ljudskog postojanja. K. Eriksson smatra kako teška bolest vodi tomu da se čovjek sjeti vrijednosti svojega zdravlja i bori se za njega. Postoji paradoks u odnosu zdravlje – bolest ili u odnosu osjećaja zadovoljstva i nezadovoljstva, što mnogi tumače kao činjenicu da čovjek tijekom svoga života stalno prolazi kroz razdoblja zadovoljstva i nezadovoljstva¹¹.

Svaki će čovjek tijekom života biti pogođen bolešću. Bolest nastaje kao posljedica teškoća koje pogađaju čovjeka i on ih pokušava, više ili manje uspješno, prebroditi. Put koji pri tome prolazi borba je u kojoj čovjek postoji i pokazuje se kroz patnju, bol, snove, tugu, radost i sl., odnosno borba između suprotnosti, kretanje između dana i noći, tame i svjetla. Biti zdrav znači biti potpun i doživjeti sebe kao cjelovito biće. Društvo može imati veliki utjecaj na zdravlje pojedinca i političkim i ekonomskim odlukama može postaviti dopuštenu razinu zdravlja. Svoju teoriju o zdravlju i zdravstvenoj njezi

razvila je na temelju spoznaja iz sociologije, socijalne politike, psihologije, filozofije i teologije. U konačnici zdravlje se može razumjeti kao oblik pravilnog života, odnosno "vrlina"¹¹.

K. Eriksson opisuje pacijentovu povezanost zdravlja i patnje ili bolesti kao trodimenzionalno kretanje između radnje, stanja i nadolazećega duševnog sazrijevanja.

Kategorija radnje podrazumijeva da se čovjek (pacijent) usredotoči na djelovanje i vanjski oblik te na posljedice ponašanja, održavanja zdravlja ili patnje.

Kategorija stanja podrazumijeva da čovjek (pacijent) počinje tražiti razlog svojega zdravlja ili bolesti, što vodi nastojanju za postizanje iskustva dobrog ili boljeg stanja te za duševnom i tjelesnom ravnotežom. Nastoji se zadržati zdravlje i ublažiti patnja prije zadovoljavanja svih potreba.

Kategorija nadolazećeg uključuje duševno sazrijevanje i dubok, aktivan pristup vlastitom zdravlju. Istodobno je to prihvaćanje životnih kriza, razumijevanje i ravnoteža egzistencije koja daje vitalnost, nadu i vjeru u budućnost. Ono što dolazi u patnji ne znači samo potragu i pronalaženje osobnoga sklada već i borbu između nade i beznada⁶.

Tri opisane kategorije ne isključuju jedna drugu, nego se dopunjuju. Pri dolasku u bolnicu pacijent može biti u jednoj od triju kategorija: *radnje*, *stanja* ili *nadolazećeg*. Sestrina aktivnost ovisi o kvaliteti koju je pacijent postigao s obzirom na zdravlje, patnju i iskustvo bolesti te o tome koliko je žurna potreba za njegovom. Prema definiciji K. Eriksson iz 1986. godine, proces zdravstvene njege interaktivni je proces koji obuhvaća uklanjanje onih nepravilnosti u bolesnika koje su znakovi bolesti, pa stoga u modelu procesa zdravstvene njege glavni cilj postaje zadovoljavajuće zdravlje. Prema teoriji K. Eriksson, čovjek je jedinka tijela i duha. Osnovna je ideja cijeniti ljudsko dostojanstvo u svim okolnostima i slijediti etiku zdravstvene njege⁶.

Najvažniji su sadržaji zdravlja, patnja i njega. Cilj je zdravstvene njege pomoći pacijentu postići što kvalitetnije zdravlje. K. Eriksson razvila je svoj model zdravstvene njege ranih 70-ih, a njegov razvoj još uvijek traje, iako je u kasnim 80-ima glavni naglasak stavljen na temeljno istraživanje sadržaja zdravstvene njege i primjenu teorije zdravstvene njege u praksi. Razvoj procesa zdravstvene njege vidljiv je kao dijalektičko kretanje između osnovnih pitanja teorije zdravstvene njege i prakse⁵.

Prema K. Eriksson, proces zdravstvene njege dinamičan je, stalno promjenjiv, *hermeneutički*² proces čiji su temelji pacijentovo zdravlje i patnja¹².

Zdravstvena je njega viđena kao kretanje između različitih sastavnica zdravlja i u njoj postoji stalna promjena. Opis pro-

² Hermeneutika je teorija i metoda tumačenja smislenoga ljudskog djelovanja i dio je opće kritike pozitivizma u sociologiji. Ona razumije ljudsko djelovanje u odnosu prema široj cjelini koja mu daje značenje (pojedinačna očitovanja razumiju se u kontekstu svjetonazora društva u kojem se događaju). Analitičar pridaje "dokumentarno značenje" ljudskom djelovanju koje dobiva smisao tek u širem kontekstu. (Abercrombie N., Hill S., Turner B. Rječnik sociologije. Jesenski i Turk, Zagreb, 2008.) Taj uzajamni odnos cjeline i njenih dijelova poznat je kao "hermeneutički krug" koji osobito zagovara Gadamer čiju je metodu, odnosno prilagodbu, izrijekom rabila Eriksson za svoju teoriju zdravlja i patnje, tj. pozicioniranja procesa zdravstvene njege. Bitno je naglasiti da Gadamer tvrdi kako se dio može razumjeti samo u sklopu cjeline, a cjelina isključivo s obzirom na dio. Eriksson izlaže hermeneutički dijalog između tekstova u području znanosti o zdravstvenoj njezi i kliničke sestrinske prakse (clinical nursing practice). Taj dijalog pokazuje da je odnos različitih dimenzija zdravlja i patnje pacijenta prema različitim dimenzijama zdravstvene njege nužna pretpostavka za razvijanje teorijske podloge za dokumentiranje zdravstvene njege – istodobno "hermeneutički dijalog" omogućuje izražavanje pacijentovih stajališta i iskustava, što će se u daljnjem tekstu iscrpnije elaborirati.

cesa zdravstvene njege K. Eriksson teorijski je idealan model, a pretpostavke proizišle iz njega viđene su kao znanstvene hipoteze zdravstvene njege na različitim razinama. Svrha je procesa zdravstvene njege što bolje zdravlje. Bez obzira na njegovu teorijsku prirodu, objekt modela procesa njege od samog je početka potpora njezi i sestrinskoj praksi, donošenju odluka i duševnoj njezi. Cilj je logičke strukture procesa zdravstvene njege čuvanje duševne njege pacijenta u praktičnim situacijama njege te sustavna dokumentacija njege. Sastavnice procesa zdravstvene njege modela K. Eriksson jesu pacijentova analiza i zdravstvena njega⁶.

U procesu zdravstvene njege glavni su sudionici pacijent i medicinska sestra te njihova interakcija. Iako je glavni cilj zdravlje, u različitim etapama procesa zdravstvene njege neki postavljeni ciljevi ne moraju biti izravno povezani sa zdravljem. U procesu zdravstvene njege pacijent i njegova rodbina ohrabreni su u pružanju potpore i aktiviranju svojih postojećih izvora zdravlja. Pacijentovo je osobno sudjelovanje u zdravstvenoj njezi naglašeno važnim. U teoriji se proces zdravstvene njege ubrzava stupanj po stupanj, ali u praksi napredak procesa ne raste uvijek sustavno, već njegov napredak ovisi o situaciji pacijenata i njihovim nadanjima i potrebama. Svrha je modela zdravstvene njege K. Eriksson zaštititi, poboljšati ili vratiti pacijentovo zdravlje. Pod nedostacima zdravlja misli se na čimbenike koji sprječavaju postizanje zadovoljavajućega zdravlja¹¹.

Skupljanjem znanja pokušavaju se popisati svi nedostaci zdravlja. Nedostatak zdravlja uvijek vodi prema potrebi za zdravstvenom njegom. Pri definiranju područja zdravstvene njege nedostatke zdravlja zajednički su uočili pacijent i sestra: potreba za zdravstvenom njegom, poredak, važnost i cilj njege, utvrđivanje ciljeva zdravstvene njege; to znači da je načinjen plan zdravstvene njege⁶.

Svrha zdravstvene njege može biti: promidžba zdravlja, izlječenje bolesti, rehabilitacija ili njega umirućeg bolesnika. U različitim situacijama sastavnice zdravstvene njege različito su naglašene. Nekoliko čimbenika utječe na proces zdravstvene njege, kontinuirano, izravno ili neizravno, a to je pitanje otvorenog sustava. Ti procesi ili čimbenici okoline mogu ili promovirati ili prevenirati zdravstvenu njegu i sestrinstvo. Procesni čimbenici mogu biti strukturirani i funkcionalni. Načela zdravstvene njege i okoline ustrojeni su istodobno poput zakona i pravila. Čimbenici procesa zdravstvene njege čine pozadinu i okvir zdravstvene njege, te imaju velik utjecaj na praksu i donošenje odluka u procesu zdravstvene njege. Poput zdravstvene njege i njezina je dokumentacija uvijek ograničena sestrinskim osobnim vrijednostima. Zdravstvena njega i pridružena dokumentacija odražavaju sliku svijeta i pristupe koji karakteriziraju sestru i organizaciju pojedinačno. Model K. Eriksson ističe osnovna načela procesa zdravstvene njege⁵.

Poštovanje ljudskih prava i ljudskog dostojanstva prati sestrinsku profesionalnu odgovornost, a to znači da su ljudi istinito pomagani da iskoriste svoju slobodu i pravo na odluku¹³.

Pri dokumentiranju zdravstvene njege poštuju se pacijent i njegovo viđenje potreba za zdravstvenom njegom. Dobivena informacija zabilježena je na temelju pacijentovih želja i potreba na način na koji pacijenti žele da ih se njeguje. Pacijent

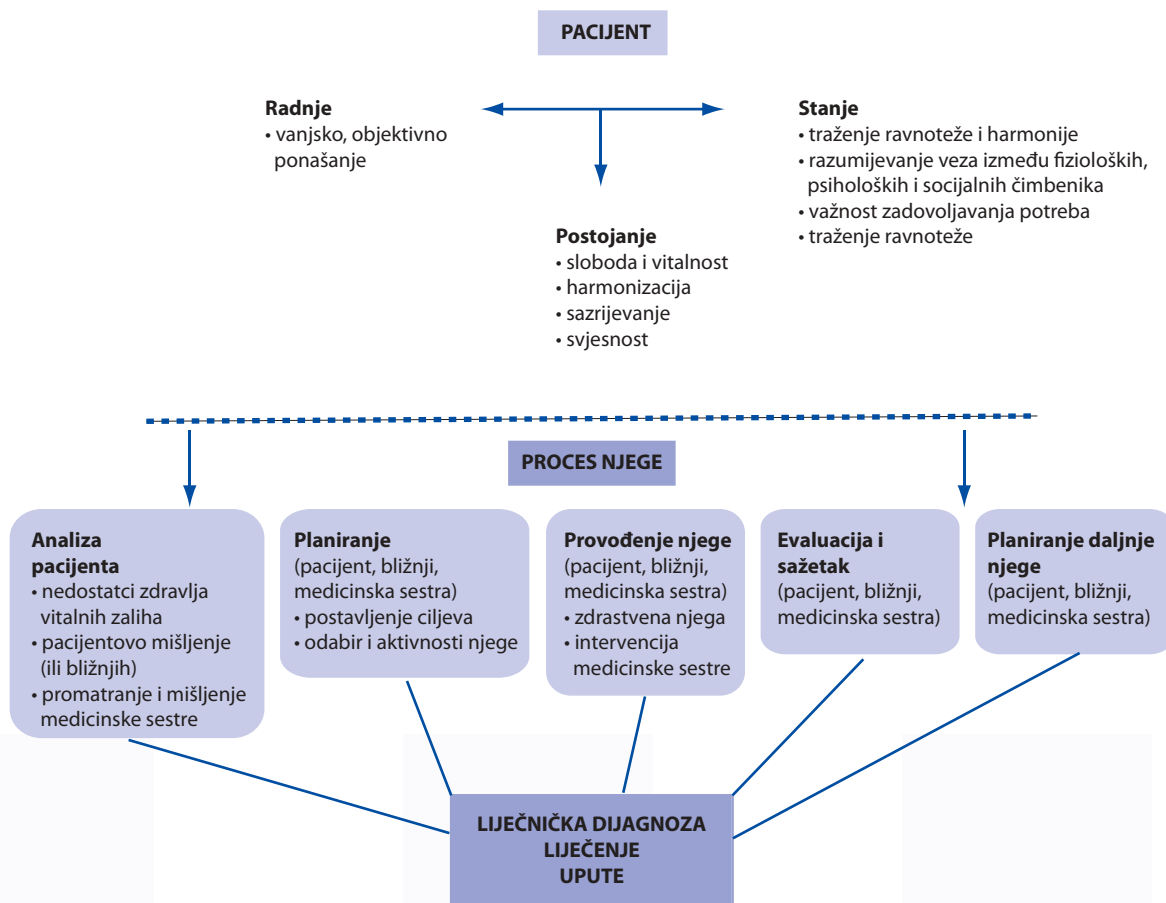
je u središtu zbivanja, odnosno subjekt zdravstvene njege i odgovoran je sam za sebe, sposoban je upravljati vlastitim razvojem i donositi odluke o sebi⁵.

Erikssonova naglašava i važnost cjelovitog, odnosno holističkog pristupa pacijentu. Na slici 1. prikazan je hermeneutički dijalog između kategorija zdravlja, patnje i procesa njege. Isprekidana crta na slici pokušaj je opisivanja istodobnosti i kontinuiteta događanja i činjenica koje zdravstvena njega i sestrinstvo ne stavljaju uvijek u pravi poredak kakav preporučuje model procesa zdravstvene njege. Isprekidana crta također ilustrira nakupljanje znanja potrebnog za njegu i njegov stupnjeviti rast te utjecaj znanja na planiranje, određivanje i provedbu zdravstvene njege. Središnju, ali ne i najveću, važnost u svim stupnjevima imaju medicinska dijagnoza, tretman i upute. Također je bitno razmotriti i mišljenja pacijentove rodbine.

Dokumentiranje procesa zdravstvene njege, prema Erikssonovoj, uvijek započinje definicijom situacije zajedno s pacijentom i njegovom obitelji. Prikazuju se nedostaci pacijentova zdravlja i njegova sposobnost nošenja s problemima koji su uzrokovali te nedostatke. Polazna su točka pacijentovi osjećaji i stanje zdravlja, te medicinske dijagnoze, anamneza i naputci liječnika o liječenju⁶.

Sestra nastoji, intervjuiranjem i promatranjem, prikupiti informacije, da bi mogla procijeniti pacijentovu situaciju. Prve informacije dobiva od samog pacijenta. Dio informacija može biti zabilježen na elektroničkim zapisima, u pisanim oblicima. U etapi planiranja ciljeve određuje pacijent u suradnji sa sestrom i ostalima koji sudjeluju u pacijentovoj njezi, procjenjuje se i dokumentira koliko pacijent i njegova obitelj mogu i žele preuzeti odgovornost za njegu kako bi njega bila što bolje provedena u praksi. Provedba zdravstvene njege podijeljena je na: brigu (duševni aspekt prema pacijentu, koji uključuje poštovanje i ljudsko dostojanstvo), sestrinstvo (sestrinska intervencija) i sestrinsko djelovanje (sestrinske aktivnosti). Navedene aktivnosti često su istodobne i sestrinsko djelovanje i zadovoljavanje potreba čine zdravstvenu njegu.

Dokumentirane informacije ne smiju biti samo lista događaja nego ih onaj tko bilježi mora profesionalno prilagoditi situaciji, u kojoj pacijentovo mišljenje također treba uzeti u obzir i zabilježiti. Najvažnije u dokumentaciji zdravstvene njege nije toliko sustavna dokumentacija svih dijelova procesa zdravstvene njege koliko su bitni različiti dijelovi sa stajališta zdravstvene njege pacijenta. Uspješna provedba zdravstvene njege i dokumentacija o njoj ovisi o povezanosti pacijenta i sestre. Evaluacija je procesa zdravstvene njege neprestana, a nastavlja se i tada kad se učine sažetci i privremena evaluacija zdravstvene njege. Ovisno o rezultatima evaluacije, pacijent i sestra možda će morati mijenjati ciljeve. Kad se pacijent otpušta iz bolnice ili premješta u drugu ustanovu, piše se otpusno pismo (sažetak zdravstvene njege), koje sadržava plan za nastavak njege. Otpusno pismo i plan za nastavak njege sastavljeni su uz dogovor svih sudionika u njezi. Otpusno pismo sadržava upute za njegu koje se daju pacijentu i sve informacije potrebne za njezin nastavak. Na taj se način osigurava kontinuitet procesa njege. Konačna procjena i sažetak njezinih dijelova čine mogućim lagan klinički put. Proces zdravstvene njege, prema K. Eriksson, pokazuje kako se isti podatci ne dokumentiraju još jednom i da su informacije po-



Slika 1. Dijalog između kategorija zdravlja i patnje te procesa zdravstvene njege. (Preuzeto iz: Kärkkäinen O, Eriksson K. Structuring the documentation of nursing care on the basis of a theoretical process model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2004;233.)

vezane s pacijentovom sestrinskom anamnezom i liječničkom anamnezom dostupni svima kojima je to potrebno. Neke informacije sadržavaju, primjerice, osobne podatke, informacije o sastancima, liste čekanja, medicinske pretrage i postupke te moguće rizike. Podatci koji mogu biti prikazani brojčano ili kako drukčije stavljeni su u poseban oblik zapisa⁶.

Prema K. Eriksson, zdravlje nije samo odsutnost bolesti – patnja i bolest dio su života¹¹. Zdravstvenu njegu vidi kao interaktivni proces koji obuhvaća uklanjanje onih nepravilnosti u pacijenta koji su znakovi bolesti pa je samim time cilj zdravstvene njege postizanje zadovoljavajućega zdravlja¹³.

S druge strane, Virginia Henderson shvaća zdravlje kao sposobnost pojedinca da samostalno zadovoljava svoje potrebe, a cilj joj je najveća moguća razina samostalnosti pacijenta. Zdravstvenu njegu vidi kao pomoć medicinske sestre bolesnom ili zdravom pojedincu u obavljanju svakodnevnih životnih aktivnosti koje pridonose zdravlju, oporavku ili mirnoj smrti. Koliko god se činilo da su te dvije definicije slične, zapravo su bitno različite. Iako obje govore o zadovoljavanju ljudskih potreba, K. Eriksson ističe važnost pronalaska valjanog razloga za zdravlje ili bolest i upravo ta spoznaja vodi čovjeka nastojanju za iskustvom dobrog ili boljeg stanja, te za duševnom i tjelesnom ravnotežom. Nastoji se zadržati zdravlje i ublažiti patnju u zadovoljavanju svih potreba. V. Henderson ističe pak važnost očuvanja zdravlja ili oporavak tijekom pružanja fizičke i psihološke pomoći u zadovoljavanju os-

novnih ljudskih potreba. To bi značilo da onoga trenutka kad pacijent samostalno zadovoljava svoje potrebe ne treba našu pomoć. K. Eriksson nastoji svojom definicijom istaknuti važnost prihvatanja bolesti kao sastavnog dijela života, pa stoga ističe važnost duševnog sazrijevanja i dubok, aktivan pristup vlastitu zdravlju.

U procjeni potreba V. Henderson uzima u obzir osnovne ljudske potrebe, koje su vrlo bliske Maslowljevoj hijerarhiji potreba, način na koji su one zadovoljene i jesu li u potpunosti zadovoljene. Ako nisu, traži uzrok koji je povezan s nedostatkom snage, volje i znanja svakog pojedinca. Na temelju dobivenih podataka definira problem (sestrinsku dijagnozu). Ako su sve pacijentove potrebe zadovoljene, ne nalazi problem i tu završava proces sestrinske skrbi. Potrebe K. Eriksson procjenjuje na temelju cjelokupne zdravstvene slike pojedinca. Uzima u obzir pacijentovo fizičko i duhovno stanje zdravlja obuhvaćajući njegove emocije, razmišljanja, ljubav, vrline i nadu. Prigodom prikupljanja podataka oslanja se na informacije dobivene promatranjem i zaključke medicinske sestre u vezi s pacijentovim nedostatcima i vitalnim zalihama zdravlja. Ako je pacijentovo zdravlje na zadovoljavajućoj razini i postoje dostatne vitalne zalihe, nema potrebe za procesom sestrinske skrbi.

Prema K. Eriksson, patnja ili bolest sastavni su dio zdravlja svakog čovjeka. Ako čovjek uspije prihvatiti svoju bolest, patnju ili bol, ako nauči živjeti s njom kao sastavnim dijelom

svog života, lakše će prihvatiti svaku situaciju koja mu se dogodi tijekom života. K. Eriksson svojim modelom nastoji istaknuti i pripremu i prihvaćanje tijela za smrt koja je sastavni dio života, a ne kraj¹¹.

Pri planiranju zdravstvene njege i V. Henderson i K. Eriksson ciljeve zdravstvene njege dogovaraju zajedno s pacijentom. U procesu zdravstvene njege V. Henderson cilj je najveća moguća razina samostalnosti pacijenta, što se postiže planiranjem postupaka u smislu pružanja fizičke pomoći, edukacije i poticanja pacijenta na samostalno zadovoljavanje vlastitih potreba. Prema K. Eriksson, cilj je postići zadovoljavajuće zdravlje, pri čemu je naglašena cjelokupnost zdravlja u svim svojim kategorijama¹³.

Ciljeve određuje pacijent u suradnji sa sestrom, ali i svima ostalima koji sudjeluju u pacijentovoj njezi. Pri planiranju intervencija K. Eriksson uzima u obzir procjenu pacijentovih mogućnosti i mogućnosti pomoći i sudjelovanja obitelji⁶.

Provedba planiranih postupaka u modelu V. Henderson usmjereno je na zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba, a uključuje i dijagnostičko-terapijski program liječnika.

Pri provodbi planiranih postupaka K. Eriksson ističe važnost povezanosti između pacijenta i sestre te važnost duševnog aspekta prema pacijentu koji uključuje poštovanje i ljudsko dostojanstvo. Zdravstvena je njega temeljena na pacijentovoj individualnoj situaciji, a sestriinske su intervencije usmjerene na zadovoljavanje pacijentovih osnovnih potreba obuhvaćajući promjene pacijentova fizičkog stanja⁶.

Tijekom evaluacije provjeravamo jesu li potrebe prikladno zadovoljene i procjenjujemo pacijentovu sposobnost za samostalno i sigurno zadovoljavanje osnovnih potreba. U modelu K. Eriksson provjerava se utjecaj provedenih postupaka na pacijentovo cjelokupno stanje. Sažetak najvažnijih događanja s gledišta medicinskih sestara bilježi se u dokumentima zdravstvene njege. Informacije koje su bitne za nastavak njege i instrukcije za njezin nastavak daju se pacijentu, obitelji ili ustanovi koja preuzima daljnju skrb kako bi se osigurao kontinuitet procesa zdravstvene njege.

K. Eriksson ističe važnost zdravijeg načina vođenja života, ne definira zdravstvenu njegu kao njegu bolesnih, nego i kao njegu zdravih osoba. Zdravlje kao aktivnost, blagostanje, osjećaj ispunjenosti, nada, ljubav, kretanje, vrlina ili razmišljanje može biti narušeno u bilo kojem obliku, pa stoga čovjek treba prihvatiti i suočiti se sa svim životnim situacijama, prihvatiti bolest ili patnju kao sastavni dio zdravlja¹¹. Fizičko zdravlje može biti trajno narušeno, ali to ne znači da nam ne ostaje duhovna dimenzija, koja u nekim situacijama može izazvati mnogo veće promjene i dovesti do narušavanja preostalog fizičkog stanja pojedinca. K. Eriksson ističe važnost prihvaćanja prolaznosti života i činjenicu da se tijelo treba pomiriti sa smrću u svim mogućim oblicima i smjerovima. Obje svojim modelima zdravstvene njege ističu važnu i jedinstvenu ulogu zdravlja. Obje proces zdravstvene njege prikazuju u četiri etape. Model K. Eriksson sukladan je prilikama u kojima živimo i obuhvaća sve sastavnice koje su naglašene i u samoj definiciji zdravlja. Iako se najviše pozornosti posvećuje fizičkom vidu zdravstvene njege, ništa manje važni ne bi smjeli biti ni psihički i socijalni vidovi koji su, gledano u cjelini, nedjeljivi.

Rasprava

Modeli zdravstvene njege nastoje opisati narav sestrinstva. Opisima i dijagramima oni tvore niz apstraktnih pojmova spojenih u suvislu teoriju o tome što bi sestrinstvo trebalo biti u određenim okolnostima. Sestre koje razvijaju modele čine to analizirajući način na koji je sestrinstvo povezano s poimanjem i teorijama o životu, zdravlju, bolesti i društvu⁷. Teorijski okvir modela zdravstvene njege pomaže nam u organiziranju vlastita načina razmišljanja o sustavu vrijednosti u sestrinstvu, poimanju zdravlja, ulozi sestrinstva u odnosu na zdravlje i bolest, načinu prepoznavanja zdravstvenih problema i čovjekovih potreba za sestriinskom skrbi, ciljevima sestrinstva, načinu na koji se sestriinska znanja primjenjuju u praksi i granicama sestrinstva.

Definicije i teorije zdravstvene njege razvile su se iz potrebe što jasnijeg određivanja područja rada medicinske sestre, a time i sadržaja obrazovanja medicinskih sestara. Prvo objašnjenje zdravstvene njege potkraj prošloga stoljeća dala je F. Nightingale naglašavajući važnost okolinskih činitelja na zdravlje i izlječenje. Brojne teorije razvijene u drugoj polovici prošloga stoljeća proširuju njezino shvaćanje zdravstvene njege, a teorijsku osnovu nalaze u prirodnim, humanističkim i društvenim znanostima, napose u teorijama osobnosti. Druge teorije, nastale nakon Nightingalove, ističu međuljudske odnose (H. Peplau, E. Wiedenbach), slijede one koje ističu umjetnost sestrinstva (V. Henderson, E. Wiedenbach, L. Hall), potom one koje ističu znanstveni vid sestrinstva (F.G. Abdellah) te one koje prate konceptualni model sestrinstva koji se odražava adaptacijskim, bihevioralnim, sustavnim pristupom i isticanjem znanosti (D. Johnson, M. Neuman, M. Rogers, I. King, D. Orem, C. Roy, M. E. Levine, N. Roper, W. Logan i A. Tierney). Slijede sestriinske teorije nastale iz ranijih filozofija i sestriinskih modela (R. R. Parse, M. Newman, E. Adam), a potom teorije nastale spajanjem drugih znanstvenih disciplina primijenjenih u sestrinstvu (H. C. Erickson, E. M. Tomlin, M. A. Swain, N. Pender). U razdoblju između 80-ih i ranih 90-ih razvijaju se teorije temeljene na humanističkome pristupu sestrinstvu, koji ponovno ističe sestriinsku praksu (J. Watson, R. R. Parse i P. Benner)¹⁴. Takve poglede i pristupe imala je i Erikssonova koja razvija karitativni pristup skrbi i ističe ulogu zdravlja¹³. Prema H. Yura i M. Walsh, proces zdravstvene njege usmjeren je ispunjavanju svrhe zdravstvene njege. Budući da se svrha u pojedinim definicijama razlikuje, proces će u praksi uvijek teći kroz iste etape, ali će one obuhvaćati donekle različite sadržaje, ovisno o prihvaćenoj definiciji zdravstvene njege¹.

Osvrt na literaturu pokazao je kako V. Henderson (1960.) i D. Orem (2001.) kategoriziraju probleme pacijenta kao razne varijacije fizioloških i psiholoških potreba; C. Roy (1991.) kategorizirala ih je kao fiziološke i psihološke probleme na prilagodbu; H. Peplau (1952.) kao probleme sa socijalnom interakcijom. Erikssonova daje kategorizaciju na temelju duhovnoga stanja i zdravlja kao sastavnog dijela čovjekova života, uključujući sve njegove sastavnice. F. Nightingale bila je prva koja je na temelju teorije okoline utemeljila načela: higijene, prehrane, brige o pacijentima i postavljanju terapije za bolesnike. Hendersonova kategorizira sestriinske intervencije usmjerene prema fiziološkim potrebama, potrebama za sigurnosti i aktivnostima. Teorijski koncept rada K. Eriksson

ponajviše se veže za egzistencijalni obrazac – opisuje povezanost zdravlja i patnje ili bolesti kao trodimenzionalni pokret između radnje, stanja i nadolazećeg. K. Eriksson opisuje sestrinsku skrb kao identifikaciju i prilagođivanje pacijentovih potreba i iskustava bolesti i patnji¹⁵. V. Henderson, s druge strane, ističe važnost zadovoljavanja ljudskih potreba u smislu funkcionalnog, fiziološkog područja i područja sigurnosti. Prema V. Henderson, aktivnosti medicinske sestre usmjerene su na pomaganje pacijentu u izbjegavanju opasnosti, nanošenju ozljeda sebi ili drugima. D. Orem opisuje važnost zadovoljavanja potreba za sigurnošću, ističe važnost obitelji kao vanjskog izvora potpore pacijentu, kao i F. Nightingal, ističe važnost okoline kao glavnog čimbenika za pacijentovo zdravlje. Hendersonova svoju teoriju temelji na četrnaest osnovnih ljudskih potreba koje moraju biti zadovoljene kako bi pacijent mogao funkcionirati. N. Roper također gradi svoju teoriju na teoriji ljudskih potreba, ali umjesto potreba ona uvodi pojam životne aktivnosti. Za razliku od V. Henderson, ona uvodi seksualne potrebe, ali nema vjerskih. L. Juchli također ističe dvanaest svakodnevnih životnih aktivnosti s naglašenom samopercepcijom³.

S obzirom na doba u kojem su stvarale, teoretičarke zdravstvene njege odražavale su tadašnje stanje u zdravstvenoj njezi, a osnovno im je obilježje bilo usmjerenost na zadatak. Dosljedno tomu, klasifikacija problema zapravo je bila klasifikacija postupaka medicinske sestre. Problem nastaje u interakciji pacijenta s okolinom. C. Roy ističe važnost prilagodbe na različite stresore ili odgovore na stresne situacije. Erikssonova naglašava jedinstvenost čovjeka, važnost poštovanja ljudskog dostojanstva u svim okolnostima, etiku njege te ističe važnost zdravlja i njegovu ulogu u zdravstvenoj njezi sa svim svojim dimenzijama. Cilj procesa zdravstvene njege različit je u modelima zdravstvene njege, a samo izrazito mali broj teorija i modela zdravstvene njege ističe zdravlje kao osnovni cilj procesa zdravstvene njege. Cilj je procesa zdravstvene njege K. Eriksson zadovoljavajuće zdravlje. Ono može podrazumijevati gubitak funkcionalne sposobnosti, patnju ili bol, ali i unatoč svemu tomu čovjek može biti zdrav ako se uspješno nosi sa svim situacijama u životu. Prema V. Henderson, cilj je zdravstvene njege postizanje pacijentove samostalnosti u obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Obavljanjem svakodnevnih aktivnosti čovjek postiže osjećaj zadovoljstva.

Zaključak

Na temelju provedenog istraživanja moguće je zaključiti sljedeće.

- Glavni je naglasak modela K. Eriksson istraživanje sadržaja zdravstvene njege kao znanstvene discipline i primjena teorije zdravstvene njege putem modela zdravstvene njege u svakidašnjoj praksi. Prema K. Eriksson, proces je zdravstvene njege dinamičan, stalno promjenjiv proces čije temelje čine pacijentovo zdravlje i patnja. Svrha je procesa zdravstvene njege postići zadovoljavajuće zdravlje. Glavni su sudionici toga procesa pacijent i medicinska sestra te njihova interakcija. Zdravlje definira kao ujedinjenje tjelesnog, psihičkog i duševnog zdravlja.

- Model je zdravstvene njege V. Henderson utemeljen na osnovnim ljudskim potrebama. Stoga ona najveći naglasak stavlja na zadovoljavanje fizioloških potreba, a samim time i pružanju fizičke pomoći u postizanju najveće moguće pacijentove samostalnosti u zadovoljavanju vlastitih potreba. S druge strane, K. Eriksson ističe važnu ulogu zdravlja i prihvaćanja bolesti ili patnje kao sastavnog dijela života koji se događaju kao posljedica teškoća s kojima se čovjek susreće tijekom cijelog života.
- Model K. Eriksson mogao bi naći veliku primjenu u nas i u svijetu. Vrijeme u kojem živimo nosi sa sobom brojne teške, neizlječive bolesti koje ostavljaju dubok trag na život i zdravlje svakog pojedinca. Ono što K. Eriksson ističe u svojem modelu jest činjenica da su svi ljudi smrtnici i da tu činjenicu trebaju prihvatiti na dostojanstven način. Život je prolazan i nosi sa sobom breme teškoća koje pogađaju čovjeka. Stoga treba naučiti živjeti i uživati tijekom života. Pri tome je važno suočiti se sa svim zahtjevima koje život nosi, a to znači biti spreman i bolest ili patnju te gubitak funkcionalne sposobnosti bilo kojeg organa ili sustava prihvatiti kao sastavni dio života. Važno je pravilno raspodijeliti preostale funkcionalne sposobnosti i preostale vitalne zalihe. Taj je model primjenjiv na pojedinca, obitelji, zajednicu i društvo.

Literatura

1. Fučkar G. Proces zdravstvene njege. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 1996.
2. Nadkarni-Zielke A. Wenn Florence das geahnt hätte... Die Schwester/Der Pfleger 1997; 1038-40.
3. Juchli L. Pflege, Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege. 7. izd., Georg Thieme Verlag Stuttgart-New York, 1994; 10-1; 55-71; 79-83.
4. Fučkar G. Uvod u sestrinske dijagnoze. Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju, Zagreb, 1996.
5. Krajnović F, Franković S, Radošević D, Tepavac M. Filozofsko i znanstveno utemeljenje njege/njegovanja: osvrt na teoriju Jean Watson, Sestrinski glasnik, 2008; 1:15-22
6. Kärkkäinen O, Eriksson K. Structuring the documentation of nursing care on the basis of a theoretical process model. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2004;18: 229-236.
7. Kärkkäinen O, Eriksson K. Recording the content of the caring process. Journal of Nursing Management 2005.;13(3): 202-8.
8. Kärkkäinen O, Bondas T, Eriksson K. Documentation of individualized patient care: a metasynthesis. Nursing Ethics 2005; 12(2): 123-33.
9. Kärkkäinen O, Eriksson K. A theoretical approach to documentation of care. Nursing Science Quarterly 2004; 17: 268-72.
10. Ninčević J. Prikaz stanja duševnih poremećaja i bolesti u Splitsko-dalmatinskoj županiji. Hrvatski časopis za javno zdravstvo 2007, vol. 2, br. 6, travanj 2007.
11. Eriksson K. Gesundheit, Ein Schlüsselbegriff der Pflege theorie. Huber & Lang, 2001.
12. Špet G. Hermeneutika i njezini problemi. Naklada Breza, Zagreb, 2006.
13. Marriner-Tomey A, Alligood MR. Nursing Theorists and Their Work. Mosby, 2005.
14. Björvell C, Thorell-Ekstrand I, Wredling R. Development of an audit instrument for nursing care plans in the patient record. Quality in Health Care 2000; 9: 6-13.
15. Marriner-Tomey A, Alligood MR. Nursing Theorists and Their Work. Mosby, 2002.