

# TEORIJSKI MODEL SAMONEGE DOROTEJE OREM I MOGUĆNOSTI NJENE PRIMENE

// PREGLEDNI PROFESIONALNI ČLANAK //

## Dorothea Orem's Self-Care Theory and possibilities of its application

Andrea Božić<sup>1,3</sup>, Branislava Brestovački-Svitlica<sup>2,3</sup>, Dragana Milutinović<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicinska škola „7. April“, Novi Sad

<sup>2</sup>Institut za zdravstvenu zaštitu dece i omladine, Klinika za pedijatriju

<sup>3</sup>Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet Novi Sad, Katedra za zdravstvenu negu

### Sažetak

*Sestrinstvo kao primenjena i mlada nauka, mnoga znanja modifikuje prema humanim potrebama i etičkim principima. Na samostalan razvoja sestrinstva kao profesije, doveli su ubrzan razvoj teorija, pojava procesa zdravstvene nege i sestrijskih dijagnoza. Prve teorije su se bazirale na zbrinjavanju i tešenju obolelih, dok su savremene teorije zasnovane na naučnoj osnovi, holističkom pristupu, a usmerene su na pojedinca, porodicu i na zajednicu. Teorija Oremove predstavlja temelj za razvoj sestrijske nauke i opisuje zdravstvenu negu kao praktičnu nauku koja se sastoji od teorijskih i praktičnih znanja.*

**Cljučne reči:** teorijski modeli, samonega, Doroteja Orem, zdravstvena nega, sestrinstvo

### Abstract

*Medical nursing as applied and young science, modifies knowledge according to human needs and ethical principles. Rapid development of theories, advent of medical care as a process and nursing diagnosis have brought to independent development of nursing as a profession. The first theories were based on care and comforting of patients, while modern theories are based on scientific grounds, a holistic approach and are focused on the individual, the family and the community. The Orem theory is the basis for the development of nursing science and describes health care as a practical science that consists of theoretical and practical knowledge.*

**Key words:** Theoretical models, self-care, Dorothea Orem, health care, nursing

### UVOD

Sestrinstvo, kao ukupna teorijska i praktična profesionalna delatnost medicinskih sestara, sastoji se iz sinteze multidisciplinarnih znanja i specifičnih veština, koje medicinske sestre primenjuju u negovanju zdravlja ljudi (pojedince, porodice i zajednice) u njihovom okruženju. Veliki teorijski sistemi na kojima medicinske sestre najčešće grade svoje teorije i teorijske modele se najčešće nalaze u polju psihologije i pedagogije (1).

### MODEL SAMONEGE DOROTEJE OREM (DOROTHEA OREM)

Dorothea Orem rođena 1914.god. u Baltimoru. Diplomirala je u Vašingtonu, a akademske studije sestrinstva završila je 1939. godine na Katoličkom Univerzitetu, gde je i 1945. godine odbranila i master rad. Oremova je svoje znanje usavršavala, radeći kao medicinska sestra u privatnoj praksi, državnim bolnicama, kao edukator, direktor škole, a na kraju kao i jedan od članova zdravstvenog odbora „Board of Health“ do 1957. godine. Na fakultetu Katoličkog Univerziteta, 1959. godine postaje vršilac dužnosti dekana (2, 3). Nakon publikovanja prve knjige o svojoj teoriji 1971. godine nastavila je da radi na konceptima samonege u sestrinstvu (2).

Doroteja Orem, baveći se teorijama zdravstvene nege, i sama postaje tvorac nove teorije o deficitu samonege (Self-ca-

re deficit Nursing Theory (SCDNT)). U ovoj teoriji Oremova smatra samonegu ljudskom potrebom, a da medicinske sestre izradom „Plana zdravstvene nege“ obezbeđuju sprovođenje procedura samonege (3).

U svom teorijskom modelu Oremova razmatra i povezuje nekoliko značajnih pojmova: čovek, zdravlje, bolest, sestrinstvo, nega i potrebe ljudi u zdravlju i bolesti. Čovek je po viđenju Oremove, samopouzdana, dobro integrisana, celovita i jedinstvena individua, povezana interaktivnim odnosom sa svojom okolinom, sposobna za samonegu, i da traži stručnu pomoć ako tu sposobnost izgubi, dok zdravlje posmatra kao kontinuiranu čovekovu sposobnost da nezavisno zadovoljava svoje potrebe kroz samonegu, na način koji omogućava normalan život, čuva integritet i unapređuje razvoj (1). Glavne pretpostavke Teorije Doroteje Orem o deficitu samonege su da bi ljudi trebali biti samostalni i odgovorni za sopstvenu negu, a da je nega interakcija između dve ili više osoba. Teorija samonege obuhvata brigu o sebi, kao skup aktivnosti koje pojedinac izvršava prema sopstvenom nahođenju, da bi održao život, zdravlje i blagostanje, a uslovljena je godinama života, životnim iskustvom, zdravljem, društveno – kulturnom orijentacijom i nivoom razvijenosti zdravstvene zaštite (1, 4). Prema ovoj teoriji, potrebe ljudi u okvirima održavanja zdravlja su zajedničke za sve, a mogu biti

opšte i univerzalne i obuhvataju: dovoljno vazduha, vode i hrane, dobar odnos aktivnosti i odmora, uspešnu socijalnu integraciju uz očuvanje privatnosti, eliminaciju ekskreta, prevenciju opasnosti vezanih za zdravlje, unapređenje rada, razvoja i društvenog prosperiteta (1, 4).

Teorijski model Oremove je baziran na tri pretpostavke: teorija samozbrinjavanja, teorija deficita samozbrinjavanja i teorija sistema stručne zdravstvene nege. Pojedinač sposoban za samonegu nema potrebu da traži stručnu pomoć. Za nedostatak samonege mogu postojati brojni razlozi, kao što su: nesposobnost ili umanjena sposobnost zbog bolesti i nemoći, ometenost u rastu i razvoju, neznanje, nedostatak volje, i dr., kada se koristi sistem stručne zdravstvene nege. Ovaj sistem Doroteja Orem deli na tri nivoa: sistem potpune nege (kompenzacije) – podrazumeva kompletnu i kontinuiranu brigu medicinske sestre prema potrebama bolesnika, kada on nije u stanju preuzeti aktivnu ulogu u brizi za sebe; sistem delimične nege (delimične kompenzacije) – primenjuje se kada i medicinska sestra i pacijent učestvuju u pacijentovim aktivnostima nege u zavisnosti od stanja pacijenta; i sistem edukativne (razvojne) potpore – upotrebljava se kada je pacijent sposoban da zadovolji, ili da nauči zadovoljiti svoju potrebu za samozbrinjavanjem, ali mu je za to potrebna pomoć ili potpora medicinske sestre (1).

Teorija identifikuje i dve kategorije tehnologija (postuci/procedure). Prva je društvena ili međuljudska, gde je akcenat na komunikaciji koja mora biti prilagođena uzrastu i zdravstvenom stanju pojedinca, a pomoć koju određuje medicinska sestra je prilagođena ljudskim potrebama, aktivnostima, sposobnostima i ograničenjima. Druga teorija je bazirana na regulatornoj tehnologiji, koja reguliše psiho-fiziološke načine funkcionisanja čoveka u zdravlju i bolesti. Metodski pristup nezi u teoriji Oremove, obezbeđuje određivanje deficita samonege, definiše uloge pacijenta i medicinske sestre kako bi se zadovoljile potrebe za samonegom. Oremova naglašava da tehnološke komponente moraju biti u skladu sa ljudskim i socijalnim komponentama. Iz tog razloga, u ovom modelu, proces zdravstvene nege ima tri dela. Prvi deo je procena i prikupljanje podataka, kako bi se utvrdio problem i potrebe za negom. Sledeći korak je dijagnoza i stvaranje plana sprovođenja zdravstvene nege i treći korak je implementacija i evaluacija, koje medicinska sestra dokumentuje kroz Proces zdravstvene nege (4-6).

Teorijski model Oremove je lako shvatljiv i višestruko primenljiv na širok spektar oboljenja kao i različite grupe pacijenata, nije u suprotnosti sa drugim teorijski modelima savremenog sestrištva i može se koristiti u procesu zdravstvene nege, naročito za rad sa pojedincem (1-3).

### **Primena Oremove teorije kod dece obolele od malignih bolesti**

Skraćenje trajanja hospitalizacije postaje imperativ kod hronično obolelih pacijenata, kako bi se smanjili troškovi lečenja (7). Kao rezultat toga, pojedinci moraju da preuzmu veću odgovornost za sopstvenu zdravstvenu zaštitu (8). Izrada plana zdravstvene nege i medicinskih intervencija kod dece obolele od malignih bolesti, predstavlja izazov za medicinske sestre zbog složenosti bolesti i tretmana lečenja. Doroteja Orem je opisala procedure, sastavljene od fizičkih i/ili kognitivnih aktivnosti. U cilju postizanja različitih aktivnosti koje su ekvivalenti samonege, medicinske sestre utvrđuju procedure koje sprovede deca i roditelji (5). Moore i Beckwitt su u svojoj istraživačkoj studiji identifikovali potrebe samonege kod grupe dece obolele od malignih bolesti i njihovih roditelja (9). Cilj njihovog istraživanja bio je da se determinišu operativne procedure samonege dece, delimične nege od strane roditelja, i da se identifikuju percepcije učesnika, odnosno da medicinske sestre definišu sistematičan metod za utvrđivanje odgovarajućih intervencija u sprovođenju nege (9). Istraživanje je sprovedeno u skladu sa teorijama samonege Doroteje Orem i sastojalo se iz dve faze, gde se u prvoj ispitivao odnos između

različitih načina samonege i estimativnih, tranzicionih i produktivnih operacija, dok je druga faza povezivala te operacije sa medicinskim intervencijama kod pojedinaca (6).

Estimativne (proceniteljske) operacije su istražiteljske radnje i refleksije u kojima pojedinac istražuje, ispituje, analizira i razmatra prirodu situacije u kojoj se nalazi (10). Deca i roditelji su prikupljali informacije o bolesti i sticali znanje tek nakon dobijanja konačne dijagnoze. Većina porodica je utvrdila da im je najviše pomogao usmeni pristup (razgovor) od strane medicinskih sestara, a metode koje su deca najviše cenila, bile su demonstracije procedura na lutkama gde su i sama učestvovala, što je rezultovalo smanjenjem straha (6). Tranzicione (prelazne) operacije su one u kojima se donose odluke o daljim postupcima tokom lečenja i sprovođenja zdravstvene nege (1). Produktivne (proizvodne) operacije uključuju sve psihomotorne aktivnosti koje pomažu da rezultati budu u skladu sa željenim i očekivanim ishodima (10). Ove operacije uključuju preduzimanje mera, utvrđivanje resursa i prilagođavanje određenim situacijama, a odnose se na pravilnu ishranu i sprečavanju nastanka komplikacija, promovisanju samo-razvoja za decu i podsticanju od strane roditelja. U realizaciju ovih operacija mogu biti uključeni psiholozi, socijalni radnici i grupne terapije dok veliku ulogu imaju medicinske sestre koje pomažu u motivaciji, pružaju pomoć i podršku deci (6).

U svom istraživanju Moore i Beckwitt, dobili su podatke da su usmeni pristup i pružanje informacija veoma važni u planiranju zdravstvene nege, kao i izrada preporuka za dalje aktivnosti (9). Medicinske sestre koje su pružale podršku pacijentima, bile su uvek boljeg raspoloženja, stres i psihološka trauma bili su značajno smanjeni, a sve to uz istovremeno izražavanje dovoljno brige i zabrinutosti za pacijenta (10, 11).

### **Primena Oremove teorije kod dece obolele od astme**

Astma je hronična zapaljenska bolest disajnih puteva, česta kod dece svih uzrasta i predstavlja različite izazove u zavisnosti od starosne grupe (12). Uzrast predstavlja važan faktor, jer su mlađa deca zavisna od nege roditelja ili stručnih lica, a blagovremeno delovanje može biti od presudne važnosti. Mogućnost prepoznavanja simptoma koji mogu da se pojave, sposobnost za kompetentnim lečenjem i ublažavanjem simptoma je kritično za dobro upravljanje lečenjem. Specifični faktori koji su povezani sa kontrolom simptoma astme kod dece otkrivaju se pretraživanjem literature i povezivanjem sa teorijom Doroteje Orem (5). Ova teorija pruža model za spoj odgovarajućih, blagovremenih i postupnih radnji koje su potrebne da se postigne kontrola simptoma (5).

Adekvatna kontrola simptoma astme zahteva promišljene postupke samonege i delimične nege od strane dece i/ili njihovih staratelja odnosno osoba koje im pomažu u nezi. Da bi se postigli željeni rezultati, potrebno je napraviti proces zdravstvene nege koji je kvalitativno zasnovan na spisku svih aktivnosti potrebnih za postizanje kontrole simptoma astme, a u modifikaciji teorije Doroteje Orem. Pored naučne literature, dodatni izvor podataka za ovaj proces, bili su lokalni eksperti sa Univerziteta u Misuriju (lekari i pedijatrijske sestre). Proces je kreiran tako, da obuhvata četiri kognitivne i analitičke faze (13).

Prva faza predstavlja otkrivanje, tumačenje i praćenje simptoma gde edukovane medicinske sestre imaju značajnu ulogu u prepoznavanju istih (14). Nakon ocene simptoma od strane medicinske sestre, postoje četiri moguća rešenja: nezavisan tretman, savetovanje kontaktiranjem lekara o potrebnom tretmanu, hospitalizacija ili ne preduzimanje nikakve akcije, već ponovna procena simptoma (estimativna briga) (13). Druga faza predstavlja regulaciju i primenu lekova, gde medicinska sestra procenjuje potrebu za medikamentoznim lečenjem, a na osnovu prve faze i procene simptoma. Cilj ove faze je dostupnost terapije svakom pacijentu i u svakom momentu (14). Takođe i u ovoj fazi medicinske sestre vrše procenu u pravcu promene stanja pacijenta (poboljšanje, pogoršanje ili nepromenjeno stanje), a na osnovu dobijenih rezultata, mogu da pokrenu nezavisan tretman (ponove terapiju), da zatraže promenu terapije kontaktiranjem lekara, hospitalizuju pacijenta ili da ne preduzimaju dalje mere dok se simptomi ponovo ne pojave (13). Treća faza podrazumeva identifikaciju i izbegavanje izlaganja trigerima (faktori rizika/izazivači) iz okoline obolelog. Medicinske sestre mogu blagovremeno da uključe premedikaciju i da upute na izbegavanje situacija u kojima se može predvideti izloženost (14). Četvrta faza podrazumeva blagovremeno uključivanje nadležnog lekara kada su prisutni teški i uporni simptomi (13). Od obolele dece (odnosno njihovog staratelja) očekuje se da znaju na koje simptome da obrate pažnju i kako da izbegnu provocirajuće faktore, kako da tretiraju novonastale promene, odnosno kada da kontaktiraju članove zdravstvenog tima. Postoji najmanje pet indikatora koji bi se mogli meriti kako bi se kvantifikovala optimizacija stanja zdravstvenog sistema (13): prvi je odgovor između težine stanja astme deteta i odgovarajućih prepisanih lekova, drugi je medicinska sestra koja ima izrađen plan za upravljanje astmom, treći je kontinuirani odnos između medicinske sestre, deteta i zdravstvenog sistema, četvrti je dostupnost zdravstvenog sistema i peti je finansijski pristup zdravstvenom sistemu.

Ukoliko je prisutno svih pet uslova, odnos između medicinske sestre i deteta sa zdravstvenim sistemom će biti dobar i komplementaran. Teoretski okvir Doroteje Orem pruža vredan model za ispitivanje potrebnih aktivnosti za postizanje kontrole simptoma i određivanje specifičnih, predvidivih i produktivnih operacija samonege potrebnih da se zadovolje potrebe tih aktivnosti (13).

## ZAKLJUČAK

Napredovanje tehnologije i nauke dovelo je do povećanih potreba zdravstvene nege za praćenjem i prilagođavanjem novim saznanjima. Novim istraživanjima dolazi se do novih otkrića, utvrđuju se promene, a time se povećava znanje medicinskih sestara. Teorija D. Orem je u praksi lako primenljiva i može se implementirati

kroz proces zdravstvene nege. Zahvaljujući tome, zdravstvena nega je različita kod pacijenata obolelih od iste bolesti. Medicinske sestre moraju da razvijaju svoje znanje i veštine kako bi uočile razlike i dobro procenile potrebe pacijenta i pružile mu adekvatnu pomoć kada je potrebna.

## Literatura:

1. Tijanić M. *Teorije i teorijski modeli u sestrinstvu*. U: Tijanić M, Đuranović D, Rudić R, Milović Lj. *Zdravstvena nega i savremeno sestrinstvo*. Beograd; Naučna KMD: 2002.
2. Taylor SG, Geden E, Isaramalai S, Wongvatuny S. *Orem's self-care deficit nursing theory: its philosophic foundation and the state of the science*. *Nurs Sci Q* 2000;13(2):104-10.
3. Taylor C, Lillis C, LeMone P, Lynn PA. *Fundamentals of Nursing: the art and science of nursing care*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins. 2011.
4. *Orem's Self-Care Deficit Theory*. [cited 2015 May 10]. Available from: <http://nursing-theory.org/theories-and-models/orem-self-care-deficit-theory.php>
5. Orem D. E. *Nursing: Concepts of practice (6th ed.)*. St. Louis: Mosby. 2001.
6. Moore JB, Beckwith AE. *Self-Care Operations and Nursing Interventions for Children With Cancer and Their Parents*. *Nurs Sci Q* 2006; 19: 147
7. Buerhaus PI. *Economic pressures building in the hospital employed RN labor market*. *Nursing Economics* 1995;13:137-41.
8. Dodd MJ, Miaskowski C. *The PRO-SELF program: A self-care intervention program for patients receiving cancer treatment*. *Seminars in Oncology Nursing* 2000;16:300-8.
9. Moore JB, Beckwith AE. *Children with cancer and their parents: Self-care and dependent-care practices*. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 2004;27: 1-17.
10. Dennis CM. *Self-care deficit theory of nursing: Concepts and applications*. St. Louis, MO: Mosby. 1997.
11. Kaffenberger CJ. *School re-entry for children with chronic illness*. In B. T. 2004.
12. McWilliams B. *Respiratory disorders*. In: McCloskey KAL, Orr RA. *Pediatric transport medicine*. St. Louis: Mosby 1995; 186-99.
13. Cox KR, Taylor SG. *Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory: Pediatric Asthma as Exemplar*. *Nurs Sci Q* 2005; 18: 249
14. *National Asthma Education and Prevention Program. Expert panel report II: Guidelines for the diagnosis and management of asthma (NIHPublicationNo.97-4051)*. Bethesda, MD: National Institutes of Health. 1997.

# KLINIČKA ISTRAŽIVANJA I UZORKOVANJE U NAUČNO-ISTRAŽIVAČKOM RADU

// PREGLED LITERATURE //

| Clinical research and sampling in the scientific - research work

Damir Peličić<sup>1</sup>, Danilo Radunović<sup>1</sup>, Dragica Dobrović<sup>1</sup>, Darijo Bokan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinički Centar Crne Gore, Podgorica, Crna Gora

<sup>2</sup>Institut za Plućne Bolesti Vojvodine, Sremska Kamenica, Srbija

## Sažetak

Istraživanje služi da provjeri postojeće saznanje, da se prošire ili otkriju do tada nepoznata saznanja, sa ciljem da se do saznanja dođe na najefikasniji način. Naučno istraživanje je sistematsko, plansko ispitivanje nekog problema prema određenim metodološkim pravilima. Cilj ovog rada je, da se medicinske sestre i zdravstveni radnici informišu o metodologiji naučno-istraživačkog rada. Prema svrsi istraživanja razlikujemo bazična i primenjena istraživanja. Bazična istraživanja povećavaju naše znanje o određenom području bez cilja da rezultati budu direktno primenjeni u medicinskoj praksi. S druge strane, primenjena istraživanja imaju direktnu praktičnu vrednot i upotrebljivost. Rezultati kliničkih istraživanja trebali bi biti direktno primenjeni u sprečavanju, otkrivanju ili lečenju bolesti.

**Ključne riječi:** klinička istraživanja, biomedicinska istraživanja, naučno-istraživački rad

## Abstract

The survey is used to verify existing knowledge, to extend or discover a previously unknown knowledge, with the aim to come to the knowledge in the most efficient manner. Scientific research is systematic, planned testing of a problem to certain methodological rules. The aim of this study is that nurses and health workers informed on the methodology of scientific research. According to the purpose of the study vary basic and applied study by. Basic research increases our knowledge of a particular field without a goal that the results are directly applied in medical practice. On the other hand, applied research with direct practical valuable asset and usability. Results of clinical research should be directly applied in the prevention, detection and treatment of disease.

**Key words:** clinical research, biomedical research, scientific research

Osnovne karakteristike istraživanja su jasna formulacija istraživačkog problema i usmjerenost ka određenom zaključku. Da bi se ostvarile ove osnovne karakteristike, istraživanje je potrebno dobro osmisliti i sprovesti po utvrđenom planu. (1)

Biomedicinska istraživanja imaju dva cilja. Prvi cilj je dokazivanje statističke i vjerodostojne poveznosti, npr. povezanosti uzročnika i bolesti za koju pretpostavljamo da je taj uzročnik izaziva. Drugi cilje je procjena vjerovatnosti uzročne povezanosti (2).

Biomedicinska istraživanja možemo podijeliti prema svrsi u skladu s tim da li istraživač raspodjeljuje ispitanike u skupine ili proučava skupine koje su oblikovane sponatano, kao i prema tome da li je istraživač samo opisivao nalaze u uzorku ili ih je pokušao raščlaniti i objasniti (2).