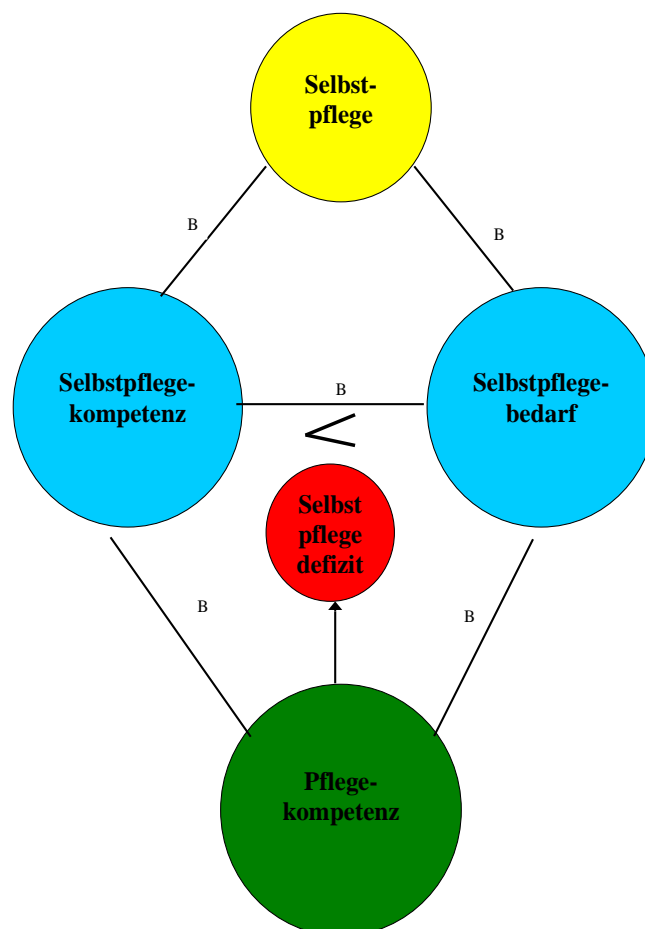


PFLEGEMODELL DER SOZIALSTATION NECKARAU - ALMENHOF E.V.

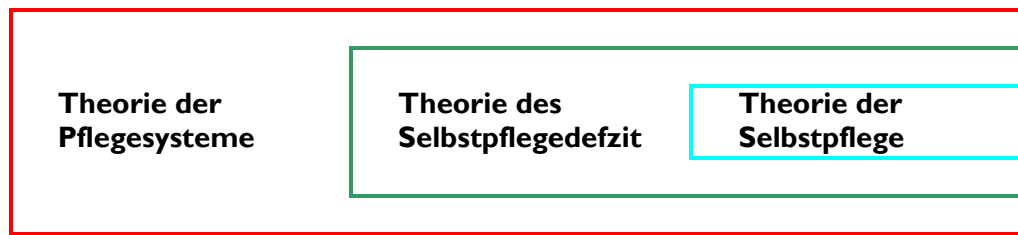
Das Pflegemodell der Sozialstation Neckarau Almenhof e.V. orientiert sich an den Strukturkonzepten der Pflegepraxis von Dorothea E. Orem.

Orems Theorie ist eine der am meisten benutzten und diskutierten Theorien in der Pflege. Es handelt sich bei ihrer Theorie um ein konzeptuelles Modell (nach Fawcett), das aus drei selbständigen, aber auf einander Bezug nehmenden Theorien besteht: Theorie der Selbstpflege, Theorie des Selbstpflegedefizits, Theorie der Pflegesysteme.

Strukturkonzepte der Pflegepraxis



Die Beziehung zwischen den drei Theorien wird folgendermaßen beschrieben: „Die Theorie der Pflegesysteme schließt die Theorie des Selbstpflegedefizits mit ein, die die Theorie der Selbstpflege einschließt.“



Zentral bei allen drei Theorien ist, dass Menschen sich selbst um ihre Funktionen, die Leben und Wohlbefinden aufrechterhalten kümmern. Der Focus der drei Theorien liegt auf der Selbstpflege, definiert als die „Handlungen der Aktivitäten, die Individuen selbst initiieren und verrichten zum Nutzen des Lebenserhaltes, der Gesundheit und des Wohlbefindens.“

Strukturelle Komponenten der Theorie

I. Annahmen

- a) Menschen sind selbstvertrauend und verantwortlich sowohl für ihre eigene Pflege, als auch für die Pflege anderer in der Familie, die nicht in der Lage sind, für sich selbst zu sorgen.
- b) Menschen sind Individuen mit dem Wesenszug, von anderen und der Umwelt getrennt zu sein.
- c) Pflege ist ein überlegter, zweckgerichteter helfender Service, der von Pflegenden für andere für eine gewisse Zeit ausgeführt wird.
- d) Personen (menschliche Vertreter) sind fähig und willens, Selbstpflege für sich selbst oder für abhängige Mitglieder der Familie auszuführen.
- e) Selbstpflege ist Teil des Lebens; Sie ist notwendig für Gesundheit, menschliche Entwicklung und Wohlbefinden.
- f) Erziehung und Kultur beeinflussen die Individuen.
- g) Selbstpflege wird erlernt durch menschliche Interaktion und Kommunikation.
- h) Selbstpflege beinhaltet überlegte und systematische Handlungen, die durchgeführt werden müssen, um bekannte Bedürfnisse für die Pflege auszuführen

Funktionelle Komponenten der Theorie

Der Fokus

Folgende vier Kategorien bezeichnen die Blickwinkel der Theorie:

1. Menschen in ihrem zeitlich – räumlichen Rahmen,
2. Attribute oder Eigenschaften dieser Personen,
3. Bewegung oder Veränderung und
4. Ergebnisse, die entstehen.

Die Pflege

Pflege wurde von D.E. Orem bereits 1956 sehr umfassend definiert. Diese Definition kann als zentrale Grundlage ihrer gesamten Theorie betrachtet werden.

Pflege ist eine Kunst, durch die der Pflegenden, also derjenige, der Pflege praktiziert, Personen mit Einschränkungen spezielle Unterstützung gewährleistet, sofern mehr als eine gewöhnliche Unterstützung notwendig ist, um den täglichen Erfordernissen zur Selbstpflege zu entsprechen und um auf intelligente Weise an der medizinischen Versorgung teilzunehmen, die sie durch Ärzte er-

halten. Die Kunst der Pflege wird praktiziert, indem mit der Person mit der Einschränkung "etwas getan wird", indem man "ihr hilft, selbst etwas für sich zu tun" und/oder indem man "ihr hilft zu erlernen, wie sie selbst etwas für sich tun kann". Pflege wird auch praktiziert, indem man einer kompetenten Person aus der Familie des Patienten oder einem Freund des Patienten hilft zu lernen, "wie man etwas für den Patienten tun kann". Einen Patienten zu pflegen ist somit eine praktische und didaktische Kunstfertigkeit (Orem, 1997, S.7).

Die Gesundheit

Gesundheit wird als Zustand der strukturellen und funktionellen Unversehrtheit bezogen auf die Ganzheit des Menschen beschrieben. Somit sind Gesundheit und Krankheit als Dichotomie zu verstehen. Dies gilt für physiologische, psychologische, interpersonale und soziale Aspekte.

Es findet eine Abgrenzung zum Wohlbefinden statt, das durch den Zustand der Zufriedenheit, der Freude und des Glückes gekennzeichnet ist.

Die Person

Menschen sind als Personen, als Symbolträger, als Handelnde, als Organismen und als Objekte zu sehen. Das Individuum ist ein integriertes Ganzes, das eine Einheit aus biologischen, symbolischen und sozialen Funktionen bildet. Es unterliegt einem dynamischen Prozess, der Personalisierung entsprechend seinem jeweiligen Entwicklungsstand.

Pflegende sollten deshalb stets wissen, wie Patienten ihren eigenen Entwicklungsstand wahrnehmen und welche Bedeutung sie ihm beimessen.

Die Umwelt

Die Umwelt wird weniger ausführlich definiert. Sie findet sich in der Beschreibung der Dependenzpflege und den sozialen Kontakten des Individuums zur Familie und zur Umgebung wieder, die notwendig für die Ausbildung seiner Selbstpflegekompetenz sind.

Bewusstes Handeln

Eine weitere notwendige Voraussetzung der Theorie der Selbstpflege liegt im bewussten Handeln des Menschen. Dies bedeutet, dass Menschen als einheitliche Wesen bewusster zielgerichteter Handlungen fähig sind, um gewünschte Resultate zu erzielen. Die Selbstpflege wird somit zu einem Komplex von Handlungsgefügen, die folgenden allgemeinen Bedingungen unterliegen:

Den Menschen sind die situativen Bedingungen und die Auswirkungen auf die angestrebten Ziele bewusst. Sie verfügen über Intuition, denken nach, begründen und verstehen, sie sind deshalb auch zu rein rational begründeten Handlungen fähig. Des weiteren verfügen sie über das Wissen zur Unterscheidung von guter oder schlechter Zielerreichung und wählen danach bestimmte Handlungsalternativen aus, die durch ihr eigenes Selbstkonzept bestimmt werden.

Akzeptieren Pflegende diese Bedingungen, erhöhen sie ihr Verständnis für die Fähigkeiten einzelner (den Patienten, aber auch sich selbst) hinsichtlich ihrer Selbstpflegekompetenzen.

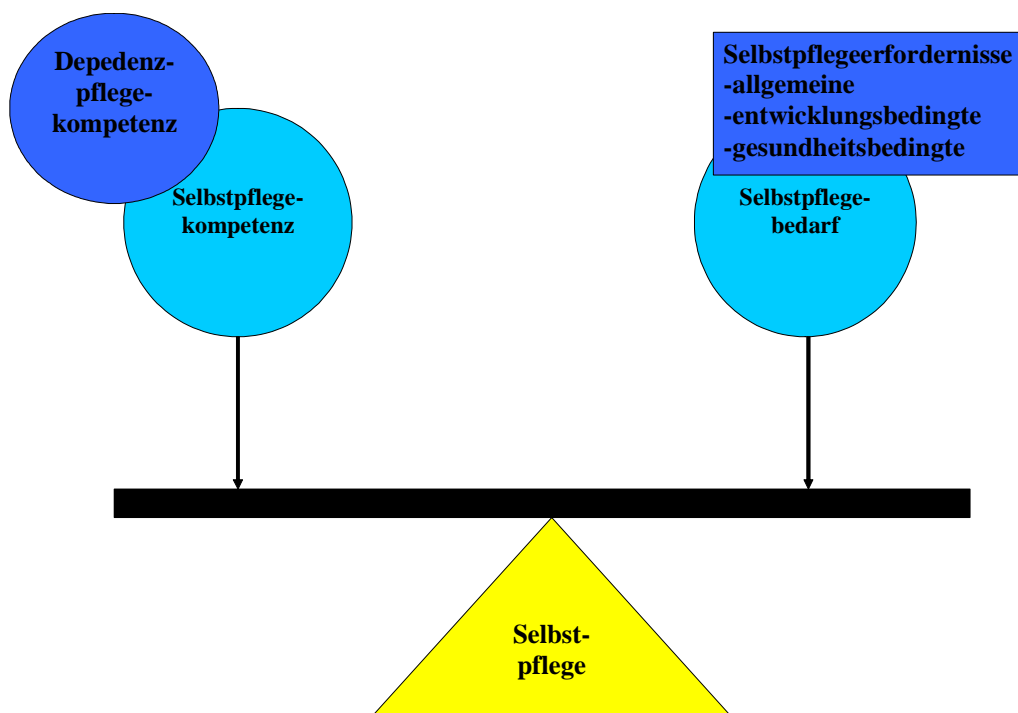
Theorie der „Selbstpflege“

Zentrale Idee

Selbstpflege ist die Ausführung von Aktivitäten, die einzelne Menschen in ihrem eigenen Interesse für das Erhalten ihres Lebens und Wohlbefindens sowie ihrer Gesundheit initiieren und vollbringen (Orem, 1997, S. 112).

Selbst ist hier in einem doppelten Sinne zu verstehen, einmal für sich selbst, aber auch durch sich selbst werden die notwendigen Handlungen vollbracht.

Orem erweitert den Begriff der Selbstpflege um die Depedenzpflege, wobei die Aktivitäten der Selbstpflege nicht auf die eigene Person beschränkt bleiben, sondern auch andere Menschen, die der Unterstützung bedürfen, mit einbeziehen.



Zur Verdeutlichung der Konzepte werden Aussagen nach persönlichen, gesundheitlichen und soziokulturellen Merkmalen untergliedert, das Selbstpflegeverhalten bezieht sich also auf das Selbstkonzept und die Reife des Menschen, die Stellung in der Familie und anderen sozialen Gruppen, die kulturell orientierten Ziele und Praktiken sowie das wissenschaftlich orientierte Gesundheitswissen. Erwachsene können sich in der Regel frei entscheiden, welche Selbstpflegehandlungen und Depedenzpflegehandlungen sie durchführen. Einschränkungen ergeben sich meist durch mangelndes Wissen in den relevanten Bereichen.

Selbstpflegebedarf

Ein zentrales Konzept der Selbstpflege Theorie ist der situative Selbstpflegebedarf. Er beschreibt die Art und die Anzahl von Maßnahmen, die dazu dienen, die menschlichen Funktionen und die Entwicklung von Einzelpersonen innerhalb eines zeitlichen Rahmens zu regulieren. Das Konzept bezieht sich direkt auf die noch näher beschriebenen Selbstpflegeerfordernisse, bringt aber speziell die aktuellen qualitativen und quantitativen Selbstpflegebedürfnisse und somit auch deren Schwankungen zum Ausdruck. Diese Schwankungen beziehen sich auf Zusammensetzung, Komplexität und Stabilität und unterliegen folgenden grundlegenden Bedingungsfaktoren: Alter, Geschlecht, Entwicklungs- und Gesundheitszustand, soziokultureller Orientierung, Faktoren des Gesundheitswesens, der Familie und der Umwelt sowie der Verfügbarkeit von Ressourcen.

Der situative Selbstpflegebedarf kann somit auch als Patientenvariable innerhalb der Pflegepraxis verstanden werden und hat einen direkten Bezug zu der Theorie des Selbstpflegetheories und zu der Theorie der Pflegesysteme.

Selbstpflege erfordert auch ein umfassendes Wissen über sich selbst und die Ziele der Selbstpflege, die nach innen und außen gerichtete Aufmerksamkeit zur Kontrolle des Verhaltens, das Erkennen und die Nutzung von Ressourcen sowie die Inanspruchnahme medizinischer Betreuung.

Diese Aussagen bilden den strukturellen Rahmen der Selbstpflege. Es wird aber auch deutlich, dass die Grenzen des Konzepts sehr weit, wenn nicht sogar fließend sind. Deshalb wurde es notwendig, Begrenzungen durch die Formulierung des Konzepts der Selbstpflegeerfordernisse zu beschreiben.

Es werden drei Arten von Selbstpflegeerfordernissen unterschieden, die **allgemeinen**, die **entwicklungsbedingten** und die **gesundheitsbedingten** Selbstpflegeerfordernisse, die auf folgenden Annahmen basieren:

- Menschen haben von Natur aus einen allgemeinen Bedarf an bestimmten Dingen (Luft, Wasser und Nahrung) und an der Schaffung und Erhaltung von Bedingungen, die ihre Lebensprozesse, die Bildung und Erhaltung der strukturellen Ganzheit sowie die Erhaltung und Förderung der funktionalen Ganzheit unterstützen.
- Die menschliche Entwicklung erfordert die Bildung und Erhaltung von Bedingungen, die bekannte Entwicklungsprozesse zu jeder Zeit eines Lebenszyklus fördern.
- Genetische und konstitutionelle Defekte und Abweichungen von der normalen strukturellen und funktionalen Ganzheit und des Wohlbefindens ziehen Prävention und regulierende Handlungen zur Kontrolle ihrer Ausweitung und zur Kontrolle und Linderung ihrer Auswirkungen nach sich (Orem, 1997, S.117).

Diese Annahmen drücken die Bedingungen und Umstände aus, unter denen Menschen sich um sich selbst oder um andere kümmern und sorgen. Sie begründen die drei Arten von Selbstpflegeerfordernissen.

- Die allgemeinen Selbstpflegeerfordernisse sind allen Menschen gemeinsam, sie dienen zur Erhaltung der Struktur, den Funktionen und dem Wohlbefinden.
- Die entwicklungsbedingten Selbstpflegeerfordernisse beziehen sich auf Ereignisse, die in den verschiedenen Stadien des Lebens (Kindheit oder Alter) auftreten und die Entwicklung beeinflussen können.
- Die gesundheitsbedingten Selbstpflegeerfordernissen entstehen in direktem Zusammenhang mit Krankheiten.

Alle zusammen drücken sie die konkreten Ziele der Selbstpflege aus, deshalb sollten sie allen bildungsfähigen Erwachsenen bekannt sein.

Ein weiteres Konzept im Rahmen der Selbstpflege Theorie bildet die Selbstpflegekompetenz und die Dependenzpflegekompetenz.

Selbstpflegekompetenz wird durch folgende Thesen beschrieben:

1. Sie ist ein komplexes erworbenes Charakteristikum.
2. Sie ist das Potential einer einzelnen Person, Tätigkeiten auszuüben, die für die Selbstpflege wichtig sind.
3. Die Ausübung dieser Fähigkeiten führt zu einem Handlungssystem, das regulierend auf reale Bedingungen einer Person selbst oder ihrer Umgebung einwirkt oder zu einem Entwurf eines solchen Handlungssystems.
4. Sie kann als Handlungsrepertoire einer Person konzeptualisiert werden.
5. Sie kann in Bezug auf die Befähigungen und Einschränkungen einer Person hinsichtlich ihres Engagements für Selbstpflege charakterisiert werden.
6. Bedingungen im Umfeld einer Person beeinflussen die Entwicklung und Ausübung der Selbstpflegekompetenz.
7. Personen unterliegen einem zeitlich aufeinander folgenden Bedarf bei der Ausübung der Selbstpflegekompetenz.
8. Sie ist eine einschätzende und eine produktive Fähigkeit zur Selbstpflege.

(Orem, 1997, S. 235).

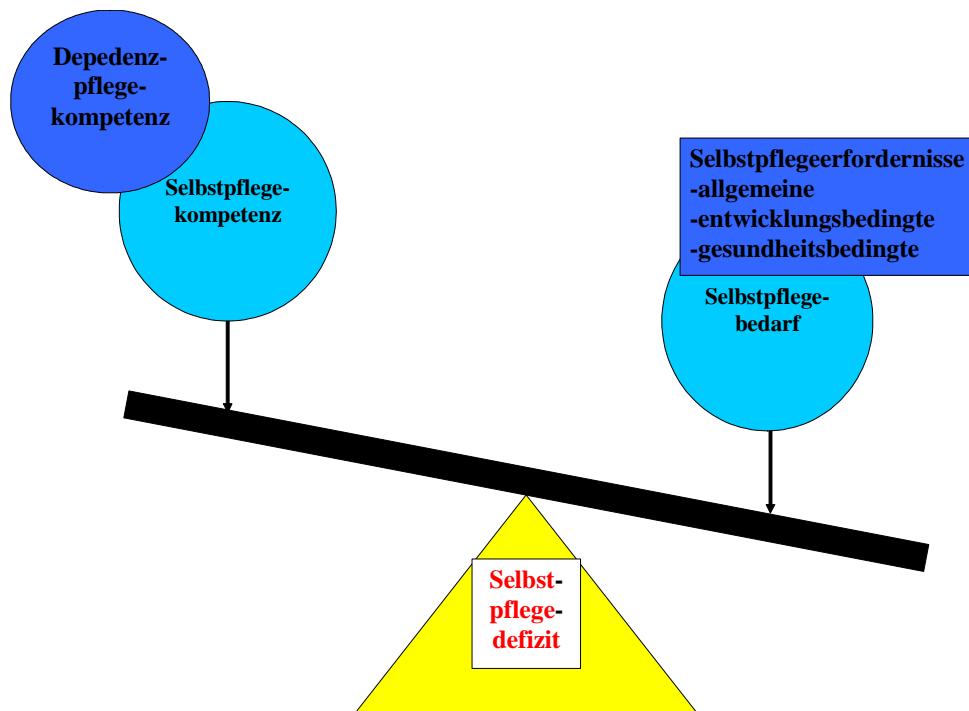
Durch diese acht Thesen werden nochmals die funktionellen Komponenten der Person, aber auch die des Umfeldes, in dem sie lebt, deutlich. Der Mensch erwirbt die notwendige Kompetenz zur Selbstpflege durch die Interaktion mit seiner Umwelt.

Dadurch, dass die Selbstpflege nicht auf Handlungen für die Person selbst beschränkt bleibt, sondern auch auf Handlungen für Familienmitglieder oder sonstige nahe stehende Personen erweitert ist, muss auch eine entsprechende Dependenzpflegekompetenz existieren. Es handelt sich dabei um eine komplexe erlernte Fähigkeit, die Selbstpflegebedürfnisse von Personen mit gesundheitsbedingten Einschränkungen oder mangelnder Selbstpflegekompetenz zu erkennen und diese zu unterstützen. Dabei ist es wichtig, dass ein enger Kontakt zu professionell Pflegenden und zu Ärzten besteht.

Wie dies konkret umgesetzt wird, zeigen die folgenden Theorien des Pflegedefizits und der Pflegesysteme.

Theorie des „Selbstpflegedefizits“

Die Theorie beschreibt und erklärt, warum man Menschen durch Pflege helfen kann. Sie ist die umfassendste Theorie und bildet den Kern ihrer Ideen. Sie ist eine Begriffsvorstellung von den Empfängern der Pflege als Menschen, die unfähig sind, ihre Selbstpflege oder unabhängige Pflege, die in Beziehung zur Gesundheit steht oder Gesundheit bedingt, zu erfüllen. Orem, 1985, S. 34



Zentrale Idee der Theorie

Der Bedarf an Pflege steht im Zusammenhang mit der Subjektivität Erwachsener, Jugendlicher und Kinder in Bezug auf gesundheitsbezogene Handlungseinschränkungen. Durch diese Defizite werden sie unfähig (teilweise oder vollständig), bestehende oder zukünftige Erfordernisse an regulatorischer Selbst- und Dependenzpflege zu verstehen und sich für die weitere Durchführung von Maßnahmen zur Kontrolle der Faktoren zu engagieren, die ihre eigenen Funktionen und Entwicklung sowie die der abhängigen Personen regulieren.

Thesen

Die Thesen haben keine logische Verbindung untereinander, sie sollen der weiteren Entwicklung der Theorie dienen.

- I. „Personen, die in ihrer eigenen Selbstpflege oder in der Dependenzpflege aktiv werden, haben spezialisierte Handlungsfähigkeiten.“

2. Die Fähigkeiten von Einzelpersonen, sich für die Selbst- oder Dependenzpflege zu engagieren, werden durch Alter, Entwicklungsstadium, Lebenserfahrung, soziokultureller Orientierung, Gesundheit und verfügbaren Ressourcen bedingt.
3. Die Beziehung zwischen den Selbst- oder Dependenzpflegekompetenzen einzelner Personen und dem qualitativen und quantitativen Selbst- oder Dependenzpflegebedarf kann bestimmt werden, wenn ihre Wertigkeit bekannt ist.
4. Die Beziehung zwischen den Fähigkeiten zur Selbst- und Dependenzpflege und dem entsprechenden Bedarf kann mit den Begriffen *gleich*, *geringer als* und *höher als* ausgedrückt werden.
5. Die Pflege ist eine rechtmäßige Dienstleistung, wenn erstens die Fähigkeiten geringer sind als zur Erfüllung eines bekannten Selbstpflegebedarfs erforderlich (eine Defizitbeziehung) und wenn zweitens die Selbst- oder Dependenzpflegekompetenz über die Erfüllung des gegenwärtigen Selbstpflegebedarfs hinausgeht oder ihm entspricht, allerdings eine zukünftige Defizitbeziehung vorhergesehen werden kann aufgrund einer absehbaren Reduzierung der selbst- und dependenzpflegerischen Fähigkeiten, dem qualitativen oder quantitativen Anstieg des selbst- und dependenzpflegerischen Bedarfs, oder wegen beider Aspekte.
6. Personen mit bestehenden oder zukünftigen Selbstpflegedefiziten befinden sich in einem Zustand sozialer Abhängigkeit oder werden es zukünftig sein, wodurch eine professionelle Pflegebeziehung gerechtfertigt ist.
7. Ein Selbstpflegedefizit kann relativ beständiger oder vorübergehender Natur sein.
8. Ein Selbstpflege- oder Dependenzpflegedefizit kann vollständig oder teilweise ausgeschlossen oder überwunden werden, wenn die betroffenen Personen die nötigen menschlichen Fähigkeiten, Veranlagungen und die Bereitschaft dazu haben.
9. Selbstpflegedefizite schaffen, wenn sie sich durch die Einschränkungen der Person bei ihrem Engagement für beabsichtigte (intentionale) oder produktive Tätigkeiten der Selbstpflege äußern, Richtlinien zur Auswahl der Methoden des Helfens, wie dem Patienten in seiner Rolle bezüglich der Selbstpflege geholfen werden kann und wie er diese verstehen kann.“ (Orem, 1997 S. 190 - 191)

Konzepte der Selbstpflegedefizit-Theorie

1. Pflgetätigkeit

Pflgetätigkeit ist die gesamte Handlungsfähigkeit, die von Pflegepersonen aktiviert wird, wenn sie die Bedürfnisse ermitteln und die Krankenpflege für Menschen mit verschiedenen Arten von Selbstpflegedefiziten planen und ausführen.

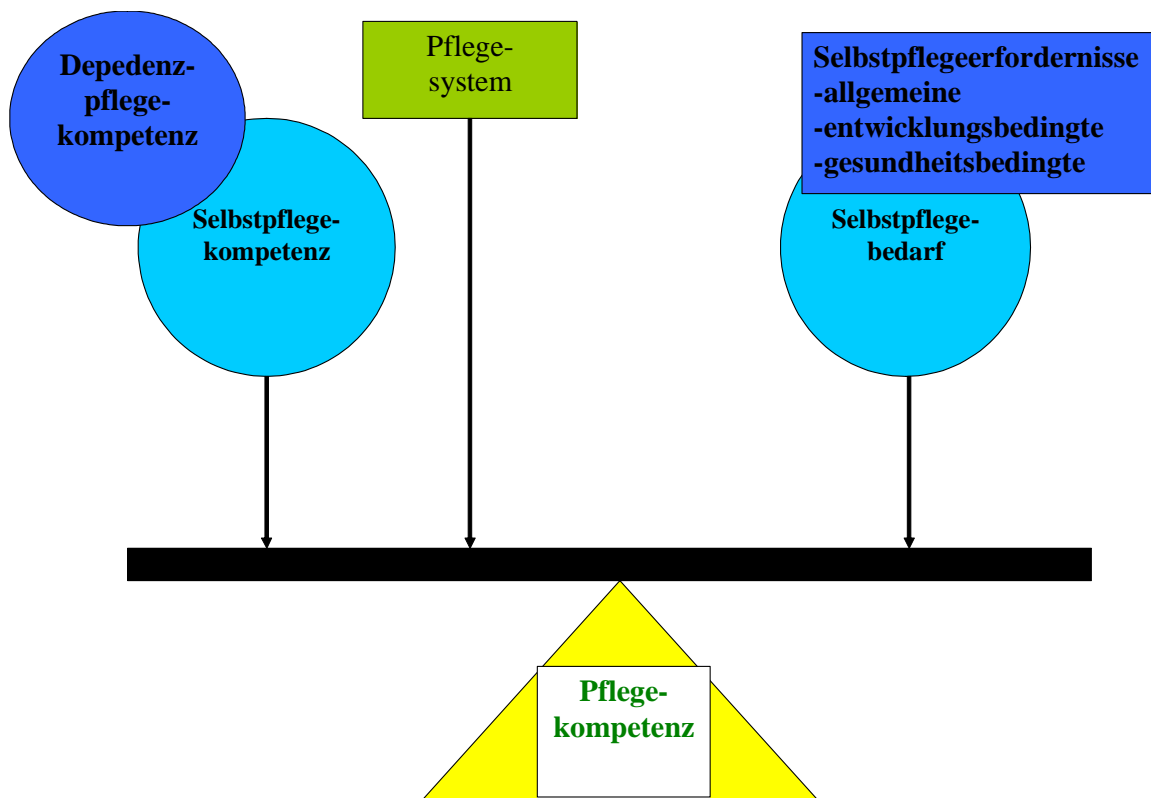
2. Selbstpflegedefizit

Orem bezeichnet Selbstpflegedefizit als „Ungleichgewicht zwischen den Fähigkeiten zur Ausübung von Selbstpflege (Selbstpflegekompetenz) und dem Bedarf an Selbstpflege“ (Orem, 1997, S. 11) (genauer dem situativen Selbstpflegebedarf). Selbstpflegedefizite können vollständig oder teilweise vorhanden sein. Orem nennt auch Bedingungen, an denen man erkennen kann, ob ein Selbstpflegedefizit vorliegt (Orem, 1997, S. 262).

Theorie der „Pflegesysteme“

Die Eigenschaften von Pflegenden (Pflegekompetenz) werden in der Theorie der Pflegesysteme mit denen der Patienten (situativer Selbstpflegebedarf und Selbstpflegekompetenz) in Beziehung gesetzt. Der Fokus eines Pflegesystems liegt demnach in der **Interaktion** von Pflegekraft und Patient (Orem, 1997, S.191).

Die **Pflegekompetenz**, als konzeptuelles Element der Selbstpflegedefizit-Theorie, wird als wesentliches Element der Theorie der Pflegesysteme anerkannt, sie gilt als Potential, das Personen durch Aus- und Weiterbildung entwickeln, um Maßnahmen in der Pflegepraxis zu bewältigen (Orem, 1997, S. 270).



Zentrale Idee

Pflegesysteme verfolgen die Ziele der Pflege, bekannte oder entstehende Defizite von Personen hinsichtlich ihrer Selbstpflege- bzw. Dependenzpflegekompetenz zu kompensieren oder zu überwinden, damit ihr situativer Selbstpflegebedarf erfüllt werden kann. Sie werden von Pflegenden, entsprechend ihrer Pflegekompetenz, für Patienten entworfen und umgesetzt.

Thesen

1. Pflegeempfänger sind aufgrund ihres Gesundheitszustandes oder durch die Art der Gesundheitspflegetherfordernisse in ihren Aktivitäten bezüglich der Selbstpflege eingeschränkt.
2. Durch Erfüllung des situativen Selbstpflegebedarfs seitens der Pflegekraft können Handlungseinschränkungen kompensiert werden; durch Lernen, ausüben und weiterentwickeln der eigenen Selbstpflegefähigkeiten des Patienten können Defizite hinsichtlich der Selbstpflegekompetenz überwunden werden.
3. Beim Entwurf und der Umsetzung eines Pflegesystems suchen Pflegekräfte Informationen bezüglich des situativen Selbstpflegebedarfs sowie der Selbstpflegekompetenz.

4. Entsprechend den Möglichkeiten, wie der Pflegeempfänger seinen situativen Selbstpflegebedarf verstehen und erfüllen kann, variiert die Struktur des Pflegesystems; Struktur, Inhalte und Ergebnisse sind auch abhängig von der Pflegekraft bezüglich ihrer Pflegekompetenz, ihrer Bereitschaft, diese auszuüben sowie externen Bedingungen, die eine Umsetzung der Pflegekompetenz erleichtern oder erschweren (Orem, 1997, S.192).

Pflegesysteme - Systeme des Helfens

Im Grundentwurf ist ein Pflegesystem ein System des Helfens. Sechs Methoden des Helfens stehen nach Orem zur Verfügung:

1. Handeln und agieren für den anderen
2. Anleiten und lenken
3. Gewährleistung der körperliche Unterstützung
4. Gewährleistung der psychologischen Unterstützung
5. Gewährleistung einer entwicklungsfördernden Umgebung
6. Unterrichten des anderen

Entsprechend dieser Methoden variieren die Rollen von Pflegenden und Patienten. Innerhalb eines Pflegeprozesses können alle Methoden des Helfens Anwendung finden, deshalb muss die Pflegekraft zunächst die Grundstruktur eines Pflegesystems bestimmen (Orem, 1997, S. 330).

Arten von Pflegesystemen

Pflegesysteme stellen die Handlungen von Pflegekräften in ihrer Beziehung zu Patienten dar. Sie leiten sich aus einzelnen Pflegesituationen ab und sind dafür wichtig. Nach Orem können drei Arten von Pflegesystemen unterschieden werden:

1. Das vollständig kompensatorische Pflegesystem,
2. das teilweise kompensatorische Pflegesystem,
3. das unterstützend - erzieherische Pflegesystem

Diese Typologie von Pflegesystemen steht im Zusammenhang mit der Frage, wer selbstpflegerische Maßnahmen ausführen kann und soll und welche Rolle die Person bei der Selbstpflege übernehmen kann und soll.

I. Das vollständig kompensatorische System

Das System ist dann angezeigt, wenn der Patient unfähig ist, seine Selbstpflegemaßnahmen durchzuführen und die Pflegekraft für ihn handeln muss. Orem unterscheidet drei Untergruppen vollständig kompensatorischer Pflegesysteme:

- a) Der Patient ist unfähig, bewusste Handlungen durchzuführen, z.B. Patienten im Koma.
- b) Der Patient ist bei Bewusstsein und kann Entscheidungen über seine Selbstpflege treffen, kann bzw. darf aber dennoch keine Handlungen ausüben, z.B. Patienten nach Myokardinfarkt.
- c) Der Patient kann aufgrund seines geistigen Zustandes sich weder selbst versorgen noch rationale Urteile und Entscheidungen treffen, ist jedoch beweglich und möglicherweise fähig, einige Maßnahmen der Selbstpflege unter kontinuierlicher Anleitung und Aufsicht zu erlernen.

Dieses Pflegesystem hat soziale, interpersonale und technische Bereiche, die die Pflegekraft verstehen muss. Sie ist dabei nicht nur wichtigster Garant für die Gewährleistung und Koordination der Selbstpflege solcher Patienten, sondern muss auch Entscheidungen hinsichtlich der Selbstpflegeerfordernisse (universell, entwicklungsbedingt und gesundheitsbedingt) treffen und die Pflege bestimmen. Um dem gerecht zu werden, muss die Pflegekraft in engem Kontakt und ständiger Kommunikation mit den Angehörigen stehen und wissen, wer die Rechte und Anliegen des Patienten vertritt und für seine Angelegenheiten verantwortlich ist. Pflegekräfte übernehmen eine große Verantwortung, um eine sichere und effektive Betreuung für Patienten mit erheblichen Einschränkungen zu gewährleisten, entsprechend müssen sie selbständig, kreativ und intelligent genug sein, um effektive Pflegesysteme zu gestalten, umzusetzen und zu organisieren (Orem, 1997, S. 334).

2. Das teilweise kompensatorische System

Innerhalb dieses Systems erbringen sowohl Pflegekräfte als auch Patienten Selbstpflegemaßnahmen oder andere Handlungen. Die Verteilung der Verantwortung für die Pflege des Patienten hängt von drei Faktoren ab.

- a) Von aktuellen oder medizinischen verordneten Einschränkungen.
- b) Von wissenschaftlichem und technischem Wissen und Fertigkeiten, das für die Pflege erforderlich ist.
- c) Von der psychologischen Bereitschaft des Patienten, seine Pflege auszuführen und spezifische Aktivitäten zu erlernen.

Alle Methoden des Helfens können in diesem System Anwendung finden. Z.B. führt der Patient seine Selbstpflegemaßnahmen allein durch, die Pflegekraft dagegen übernimmt die medizinisch verordneten Maßnahmen und unterrichtet den Patienten in der Ausführung dieser Maßnahmen (Orem, 1997, S. 336).

3. Das unterstützend - erzieherische System

In diesem System kann der Patient die erforderlichen Maßnahmen der Selbstpflege durchführen bzw. erlernen, benötigt aber Unterstützung bei der Bewältigung.

Der Hilfsbedarf besteht in der Entscheidungsfindung, der Verhaltenskontrolle und dem Erlangen von Wissen und Kompetenz.

Methoden innerhalb dieses Systems sind:

- Anleiten und unterstützen
- Unterrichten
- Gewährleistung einer entwicklungsorientierten Umgebung

Der Pflegeprozess

Der Pflegeprozess ist ein Vorgang, bei dem die Pflegefachkräfte **zwischenmenschliche und soziale, sowie technisch-professionelle Handlungen** vornehmen, er bezeichnet die durchgeführten Verfahren in der Pflegepraxis.

Bei **zwischenmenschlichen und sozialen** Handlungen sollen Pflegefachkräfte im Umgang mit dem Patienten effektive Beziehungen zum Patienten, zu seiner Familie und anderen Beteiligten aufbauen und aufrechterhalten.

Mit dem Patienten und den betreffenden anderen Personen übereinkommen, dass sie für gesundheitsbezogene Fragen zur Verfügung stehen.

Kontinuierlich mit dem Patienten und den anderen Personen zusammenarbeiten und Informationen gemeinsam besprechen.

Diese Prozesse müssen über die gesamte Dauer der Pflegebeziehung aufrechterhalten und wo erforderlich modifiziert werden.

Technisch – professionelle Handlungen untergliedert Orem in:

Diagnostische (Assessment) Handlungen

Das Suchen nach und das Sammeln von Informationen über die Differenz von Selbstpflegefähigkeit und Selbstpflegebedarf eines Patienten, was wiederum zur Verordneten Handlung und zur Pflegediagnose führt.

Verordnete Handlungen

sind die praktischen Entscheidungen, welche die Pflegeperson und der Patient nach der Informationssammlung treffen müssen (Planungsphase).

Fragestellungen zur Vertiefung bezeichnen zum einen die Selbst- u. Depedenzpflegedefizite des Patienten, zum anderen die Fähigkeiten (Ressourcen) welche er besitzt, um diesen zu decken.

Äthiologische Faktoren gehen auf die näheren Gründe des Problems ein und führen direkt zur Formulierung der Pflegediagnose.

Im weitem Verlauf wird das angestrebte Pflegeergebnis (Ziel) mit dem Patienten formuliert und die dazu notwendigen therapeutisch regulatorischen Handlungen festgelegt.

Regulatorische Handlungen

bezeichnen die praktischen Tätigkeiten, die der Umsetzung des zuvor Verordneten dienen (Intervention). Die regulatorischen Handlungen werden bzw. sollten durch das Pflegesystem gewährleistet sein.

Kontrollierende Handlungen

umfassen Bereiche wie die Evaluation, Kontrolle, Anleitung und Überwachung der diagnostischen, verordnenden und regulierenden Handlungen, die bei einem einzelnen Patienten vorgenommen werden.

Somit werden alle wichtigen Aspekte der Pflege miteinbezogen und damit wird ein dynamischer Prozess gewährleistet, der auf Veränderungen des Patienten reagiert.