

PFLEGEMODELL NACH OREM

- Selbstfürsorge/-pflege/-hilfe (selfcare)
- Defizit-Konzeption der Pflege

Quellen: "Die Schwester/ Der Pfleger", 8/91, Petra Botschafter und Martin Moers
"Deutsche Krankenpflegezeitschrift", 51 89, Peter Aggleton und Helen Chalmers
"Pflege nach Orem", Stephen J. Cavanagh, 1995
"Pflegetheoretikerinnen und ihr Werk", Ann Marriner- Tomey, 1992

Theoretikerin, persönlicher und kultureller Hintergrund

Dorothea. E. Orem wurde in Baltimore, USA, geboren. In den frühen 30er Jahren besuchte sie eine Krankenpflegeschule in Washington, D.C. Nach dem Abschlußexamen setzte sie ihre Ausbildung fort, erwarb 1939 und 1945 den ersten und zweiten akademischen Grad im Fach Pädagogik der Krankenpflege. Bis sie letztendlich 1980 eine eigene Beratungsfirma, "Orem & Shields, Inc.", in Maryland gründete (wo sie seitdem als Beraterin für Pflege und Pflegeausbildung arbeitet), bekleidete sie innerhalb ihrer Bilderbuchkarriere nicht nur mehrere einflussreiche Ämter und Positionen, sondern verfasste auch verschiedene Schriften und Bücher und erhielt mehrere Ehrendokortitel. Als ein entscheidendes Moment für ihre Arbeit beschreibt sie die Einsicht, dass die Grundlage für das helfende Eingreifen der professionellen Pflege das Auftreten von Mängeln in der Selbstfürsorge eines Menschen ist. Der Ausgangspunkt ihres Denkens verschiebt sich damit von einem traditionell passiven Patienten als Empfänger der Pflege zu einer aktiv handelnden Person, die grundsätzlich für sich selbst sorgt.

Zeitpunkt der Entstehung, gesellschaftliche Zusammenhänge

Die ersten beiden Studienabschlüsse absolvierte sie in der Zeit des Zweiten Weltkrieges, was sie nicht unbeeinflusst gelassen haben mag. Zwischen 1957 und 1959 beschäftigte sie sich intensiv mit der Frage: "Was ist der eigentliche Gegenstand der Krankenpflege?"; aus dieser Zeit stammt auch die oben erwähnte Einsicht. Damals herrschte Pflegenotstand in den Krankenhäusern. 1955 stellte Henderson ihr Modell vor, eines der ersten seiner Art. Orem formulierte ihr Selbstfürsorge-Konzept erst nach jahrelanger Berufserfahrung: 1980, und eine Überarbeitung 1985.

Theoretische Quellen

Wenngleich sie selbst die Ähnlichkeit zwischen der Pflegedefinition von Henderson (1955) und ihrer eigenen (1956) anerkennt, so verneint Orem doch ausdrücklich die Vermutung, dass sie ihren theoretischen Rahmen davon abgeleitet hat. Sie sagt, die Zusammenarbeit mit vielen Pflegenden und die Unterrichtserfahrungen hätten ihr sehr wertvolle Anregungen gegeben.

Sie zitiert die Arbeit vieler Pflegeetheoretikerinnen (z.B. Nightingale, Henderson, Abdellah, Johnson, King, Levine, Wiedenbach) und zahlreiche Autoren aus anderen Disziplinen (z.B. den Psychologen Erich Fromm, die Erkenntnistheoretiker Ernest Nagel und B. J. F. Lonergan u.v.a.m.).

Da Orem für ihre Arbeit viele verschiedene Denkansätze benutzt, fühlt sie sich keinem direkten Einfluss verpflichtet.

Verwendung von empirischem Beweismaterial

keine Angaben hierzu verfügbar

Inhaltlicher Schwerpunkt, Definitionen, Aussagen

Orem definiert Gesundheit medizinisch als "strukturelle und funktionale Intaktheit und Ganzheit" und legt damit ihrem Ansatz - wie in vielen anderen Bereichen ihres Modells - eine stark medizinisch-geprägte Sichtweise zugrunde, die von der Abwesenheit von Krankheitssymptomen ausgeht. Sie bestimmt die Gesundheit in Relation zu den Selbstpflegetdefiziten. Im Rahmen des Pflegeprozesses bilden diese Defizite daher den Schwerpunkt für die Einschätzung (= Beurteilung), die die Pflegepersonen anhand des Konzeptes der Selbstpflegeerfordernisse vornehmen. Dieser Blickwinkel erscheint zunächst verengt; in der 1991 erschienenen Auflage ihres Werkes versucht sie jedoch, Gesundheit breiter zu definieren und verschiedene Ebenen der Prävention miteinzuschließen. (Cavanagh1,995)

Das Menschenbild, das Orem's Modell zugrunde liegt, geht davon aus, dass ein gesunder Mensch

- sich selbst pflegt,
- weiß, wann er Hilfe benötigt,
- sich um adäquate Hilfe bemüht und diese Informationen verstehen kann, wenn er sie erhält und
- entsprechend den Informationen handelt.

Tatsächlich gibt es in der Gesellschaft jedoch Menschen, die diesen Erfordernissen infolge individueller Besonderheiten nicht gerecht werden können (ein Mensch nimmt beispielsweise eine Hilfe trotz ausreichender Information nicht an, da er die hohen Kosten nicht tragen kann oder will, oder: einem Menschen fehlen die sprachlichen, sozialen oder intellektuellen Fähigkeiten, um sich Hilfe zu suchen). Weiter geht Orem davon aus, dass der Mensch grundsätzlich frei wählen kann, sein Selbstpflegeverhalten also eine bewusste und geplante Handlung ist. Faktisch wird die Willens- und Entscheidungsfreiheit des Menschen jedoch oft eingeschränkt, z.B. durch Ängste oder andere Belange, die das Problem überlagern. Orem geht davon aus, dass der Mensch grundsätzlich versucht, seinem (ihm bewussten) Selbstpflegebedarf gerecht zu werden. Die hierzu notwendigen körperlichen und intellektuellen Fähigkeiten besitzt jedoch nicht jeder Mensch jederzeit.

Aus den genannten Punkten ergibt sich, dass viele Menschen in der Gesellschaft Unterstützung benötigen, um im Endeffekt ihren Selbstpflegeerfordernissen nachkommen zu können, da die zur Erlangung der Hilfe notwendigen Kompetenzen oft nicht gegeben sind. Hier wird klar, dass der Schwerpunkt von Orem's Modell auf den einzelnen Selbstpfledefiziten liegt und dabei die biopsychosoziale Ganzheit des Menschen nicht vollständig einbezieht.

Jeder Mensch hält mit seinen Handlungen eine Balance aufrecht zwischen den Anforderungen, die an seine Selbstfürsorge gestellt werden, und seinen Fähigkeiten, diesen Anforderungen gerecht zu werden.

Die Vorstellung, dass der Mensch nach einem Gleichgewicht strebt, lag auch schon den Modellen von Johnson und Roy zugrunde. Sie haben bereits das menschliche Bedürfnis nach Homöostase von Körper und Geist beschrieben. Orem definiert dieses Gleichgewicht aber noch etwas anders, indem sie den Schwerpunkt auf die Erhaltung des Gleichgewichts zwischen vorhandenen Fähigkeiten, die Selbstfürsorge auszuführen, und den vielfältigen Anforderungen, die gestellt werden, legt. Sie richtet also ihr Augenmerk auf die Handlungen, die der gesunde Mensch, aber auch der Kranke, vollziehen kann, um die Balance zu erhalten.

Definitionen

- ⇒ Die fünf grundsätzlichen Annahmen der allgemeinen Pflegetheorie nach Orem wurden in den frühen 70er Jahren formuliert:
1. Menschen benötigen einen ständigen gezielten Austausch mit anderen und ihrer Umgebung, um am Leben zu bleiben und in Übereinstimmung mit den natürlichen menschlichen Begabungen zu funktionieren.
 2. Die menschliche Handlung, die Kraft, überlegt zu handeln, wird in Form von Selbstpflege und Hilfe für andere bei der Feststellung von Bedürfnissen und der Verabreichung von notwendigen Eingaben ausgeführt.
 3. Erwachsene Menschen erfahren Entziehungen in Form von Begrenzungen ihrer Handlungsmöglichkeit bei der Selbstpflege und der Hilfe für andere, einschließlich der Verabreichung der lebenserhaltenden und funktionsregulierenden Eingaben.
 4. Es kommt zu menschlichem Handeln bei der Entdeckung, Entwicklung und Übertragung von Wegen und Mitteln, um die Bedürfnisse festzustellen und Eingaben für sich selbst und andere zu machen.
 5. Gruppen von Menschen mit strukturierten Beziehungen sammeln Aufgaben und weisen Verantwortungen für die Pflege von Gruppenmitgliedern an, die unter Entziehungen leiden, um die erforderliche bewusste Eingabe für sich selbst und andere zu machen.

⇒ Die Wechselbeziehungen zwischen Mensch und Umwelt! Gesellschaft werden in Orem's Modell nur wenig konkretisiert. Zwar erklärt sie, dass die physikalische wie auch die psychosoziale Umwelt die Entwicklung des Menschen beeinflussen können, woraus man hypothetisch ableiten kann, dass die Befriedigung der Selbstpflegeerfordernisse eingeschränkt ist, doch geht sie in ihrem Modell hierauf nur vernachlässigend ein. (Cavanagh, 1995)

Orem beschreibt Voraussetzungen für

1. Die Theorie der Selbst -fürsorge/ -hilfe/ -pflege (selfcare),
2. Die Theorie des Selbst -fürsorge/ -hilfe/ -pflege (selfcare) -defizits und
3. Die Theorie der Pflegesysteme (nursing system):
4. beschreibt das selbständige Handeln der Individuen zur Erhaltung ihrer Gesundheit.
5. beschreibt aufgrund und welcher Zustände Menschen mittels Pflege geholfen werden kann.
6. beschreibt welche Beziehungen zwischen Pflegenden und Patienten aufgebaut werden können, damit Pflege wirksam wird.

Selbstpflege (Marriner-Tome1y9,92)

"Selbstpflege und die Hilfe für abhängige Familienmitglieder sind erlernte Verhaltensweisen, die bewusst die menschliche, strukturelle Integrität, das Funktionieren und die menschliche Entwicklung regulieren. Die Theorie der Selbstpflege zeigt die Beziehung zwischen bewussten Selbstpflegehandlungen der Erwachsenen und heranwachsender Mitglieder sozialer Gruppen und ihre eigene Entwicklung sowie der Funktion und die Beziehung der kontinuierlichen Hilfe der abhängigen Mitglieder zu deren Funktionieren und Entwicklung."

Selbsthilfe (ebd.)

"Die Ausführung von Handlungen, die auf das Selbst oder die Umwelt gerichtet sind, um das eigene Leben zu gestalten, dass die Integrität der Person und ihr Wohlbefinden gewährleistet sind."

Selbsthilfeerfordernisse (ebd.)

"Selbsthilfeerfordernisse sind "die Ziele, die durch Selbstpflege-Handlungen erreicht werden sollen."

Sie können in drei Kategorien eingeteilt werden.

Allgemeine Selbsthilfeerfordernisse

Für einen gesunden Menschen beschreibt Orem acht lebensnotwendige Anforderungen, die durch Selbstfürsorge befriedigt werden müssen:

1. Ausreichende Aufnahme von Luft
2. Ausreichende Aufnahme von Wasser
3. Ausreichende Aufnahme von Nahrung
4. Zufriedenstellende Ausscheidungsfunktionen
5. Ein ausgewogenes Verhältnis von Aktivität und Ruhe
6. Ein ausgewogenes Verhältnis von Alleinsein und Geselligkeit
7. Verhütung von Gefahren, die den Menschen bedrohen
8. "Normal" sein

"Diese acht Erfordernisse repräsentieren die menschlichen Handlungen, welche die internen und externen Bedingungen schaffen, um die menschliche Struktur und Funktion zu erhalten, die wiederum die menschliche Entwicklung und Reifung unterstützen. Wenn sie effektiv dargeboten wird, kann Selbstpflege oder abhängige Pflege, die durch die universellen Selbstpflegeerfordernisse festgelegt ist, Gesundheit und Wohlbefinden fördern."

II. Entwicklungsselbsthilfeerfordernisse

Die Entwicklungsselbsthilfeerfordernisse fördern Prozesse, die dem Leben und der Reifung dienlich sind und verhindern Bedingungen, welche die Reifung verhindern oder diese Effekte abschwächen.

III Selbsthilfeerfordernisse aufgrund von Gesundheitsabweichung

Orems Definition:

"Krankheit oder Verletzung wirkt nicht nur auf spezifische Strukturen und physiologische oder psychologische Mechanismen, sondern auch auf integriertes menschliches Funktionieren. Wenn das integrierte Funktionieren ernstlich betroffen ist, ... wird die Handlungsfähigkeit des Individuums entweder dauernd oder vorübergehend ernstlich verletzt ... Wenn eine Veränderung des Gesundheitszustandes zu einer vollständigen oder fast vollständigen Abhängigkeit von anderen führt, um das Leben oder Wohlbefinden aufrechtzuerhalten, dann bewegt sich der Mensch von der Position des Selbstpflege Ausübenden zu der des Patienten oder Pflegeempfängers ... Beweise für eine Gesundheitsveränderung führen dazu, dass festgelegt werden muss, was getan werden muss, um die Normalität wiederherzustellen

... Die Suche und Teilnahme an medizinischer Pflege für Gesundheitsveränderungen sind Selbsthilfebehandlungen ... Wenn es Menschen gelingt, ein System der Selbstpflege bei der Gesundheitsabweichung zu managen, dann müssen sie auch fähig sein, relevante medizinische Kenntnisse auf ihre eigene Pflege anzuwenden."

Ein gesunder Mensch hat genügend Handlungsmöglichkeiten, seine Bedürfnisse zu befriedigen bzw. die lebensnotwendigen Anforderungen an die Selbstfürsorge zu erfüllen. Ist ein Mensch verletzt oder krank, so werden zusätzliche Anforderungen an ihn gestellt. Orem bezeichnet diese erhöhten Anforderungen an die Selbstfürsorge als **"Anforderungen durch Abweichung vom gesunden Zustand"**. Sie hat drei Typen dieser zusätzlichen Anforderungen dargestellt, die sich auf folgende Abweichungen beziehen:

- Abweichungen, die die physische Struktur des Menschen verändern (z.B. eine Verbrennung oder die Schwellung nach einem Insektenstich),
- Abweichungen, die die physische Funktion des Menschen verändern (z.B. ein stark verstauchter Knöchel oder die Milchproduktion nach einer Geburt),
- Abweichungen, die das Verhalten des Menschen betreffen (z.B. Änderungen der Eßgewohnheiten oder Schlafstörungen).

Vorgehensweise

Orem spricht von "untersuchendem Vorgehen", um zu einer pflegerischen Diagnose zu kommen. Sie beschreibt fünf Arten von Information, die die Pflegeperson vom Patienten erhalten und aufgrund derer sie eine Einschätzung über den Pflegeplan und die Pflegemaßnahmen treffen kann.

1. Die Pflegeperson stellt die Anforderungen fest, die an die Selbstfürsorge des Patienten selbst gestellt werden.
2. Die Pflegeperson versucht herauszufinden, inwieweit der Patient in der Lage ist, seine Probleme selbst zu lösen. Mit Hilfe dieser Informationen entscheidet die Pflegeperson, ob ihr Eingreifen erforderlich ist und in welchem Ausmaß der Patient Hilfe benötigt, um sein Gleichgewicht wiederzuerlangen.
3. Hat die Pflegeperson ein Defizit in den Selbsthilfemöglichkeiten festgestellt, so versucht sie als nächstes, die Gründe dafür herauszufinden. Orem nennt vier große Bereiche, aus denen ein Defizit entstehen könnte:
 - Ungenügendes Wissen des Patienten über die neue Situation und die daraus entstehenden Mehrbelastungen; das Informationsdefizit führt dazu, dass der Patient nicht angemessen auf die Situation reagieren kann.
 - Fehlende Fähigkeiten des Patienten, die durch die neue Situation entstandenen Anforderungen zur Selbstfürsorge zu bewältigen.
 - Fehlende Motivation des Patienten zur Selbstfürsorge.
 - Der individuelle Entwicklungsstand des Patienten und seine Vorerfahrungen ermöglichen es ihm nicht, die Selbstfürsorge auszuführen.
4. Die Pflegeperson prüft, inwieweit es die Verfassung des Patienten zulässt, an der Selbstfürsorge beteiligt zu werden.
5. Die Pflegeperson muss die Ressourcen des Kranken ermitteln, die ihm zur Genesung zur Verfügung stehen und es ihm ermöglichen, seine Selbstfürsorge in Zukunft wieder allein auszuführen.

Wie in vielen anderen Modellen auch, wird auch in Orem's Modell hervorgehoben, dass die Einschätzung nicht der Intuition der Pflegeperson überlassen werden darf, sondern in einer systematischen Form durchgeführt werden muss, um ein vollständiges Bild vom Patienten zu erhalten. Dazu soll sich die Pflegeperson an den fünf Arten der Information orientieren und sie nacheinander mit dem Patienten durchsprechen. Sie wird dadurch eine zufrieden stellende Datensammlung erhalten, die es ihr ermöglicht, eine Entscheidung über die Art und Weise ihres Eingreifens zu treffen und dabei der Individualität des Patienten gerecht zu werden.

Orem versteht die Vorgehensweise als einen **kontinuierlichen Prozess**, in dem mehr Informationen gesammelt werden können, je besser sich die Patient – Pflegeperson - Beziehung entwickelt. Außerdem verlangt sie das Miteinbeziehen von Verwandten und Bezugspersonen des Kranken in seine Pflege. Damit hebt sie nicht nur den Wert der Selbstfürsorge hervor, sondern auch den der Sorge um den anderen.

Zielsetzung und Planung der Pflege:

Obwohl es Orem nicht ausdrücklich angibt, kann man davon ausgehen, dass auch sie die Ziele patientenzentriert formuliert. Die Pflegeperson kann **kurz-, mittel- und langfristige Ziele** setzen. Sie erstellt den Pflegeplan zusammen mit dem Patienten. Dabei wird festgelegt, ob die Pflegeperson total oder nur unterstützend -beratend eingreifen soll und muss. In jedem Fall bereitet die Pflegeperson den Kranken auf die eigenständige Ausübung der Selbstfürsorge vor und greift nur soweit wie nötig ein.

Schwerpunkte bei Ausführung des Pflegeplans:

In der Ausführung des Pflegeplans sind beide, Pflegekraft und Patient, aktiv beteiligt. Zusätzlich können Familienmitglieder oder andere Bezugspersonen des Kranken in die Pflege miteinbezogen werden. Orem sieht die Pflege nicht als eine einseitige Handlung der Pflegeperson, sondern versteht sie als Interaktion zwischen Patient und Pflegeperson. Aus diesem Grunde ordnet sie jeder Handlung und Pflegeperson eine komplementäre Handlung des Patienten zu; handelt die Pflegeperson z.B. für den Kranken, so muss dieser auch bereit sein, Hilfe anzunehmen. Er muss die Rolle des Hilfsempfängers akzeptieren können und wünschen, wieder selbständig zu werden. Nur beide zusammen können die Situation verbessern.

Orem beschreibt sechs Möglichkeiten des Helfens:

1. Etwas für einen anderen tun.
2. Eine n anderen führen oder leiten.
3. Physische Unterstützung zur Verfügung stellen.
4. Psychologische Unterstützung zur Verfügung stellen.
5. Eine Umgebung schaffen, die Entwicklungen positiv unterstützt.
6. Einen anderen unterrichten.

Die Bewertung der Pflege:

Die Bewertung der Pflege muss sich an den Fähigkeiten orientieren, die der Patient zusammen mit seinen Angehörigen besitzt oder wiedererlangt hat, um die Selbstfürsorge wieder auszuüben. Die Zielkontrolle sollte in festgelegten Zeitabschnitten erfolgen. Die Entwicklung des Kranken, von der vollständig ersetzenden Hilfe über die unterstützende Hilfe zur Beratung, kennzeichnet den erfolgreichen Weg zum Ziel. Je selbständiger der Patient ist, desto effektiver war die Pflege. Die Fortschritte des Patienten bestehen auch darin, wieder eine Balance zwischen seinen Fähigkeiten und den Anforderungen, die an ihn gestellt werden, zu erreichen. Dies kann zum einen durch Erweitern von Fähigkeiten und zum anderen durch Reduzieren der vom gesunden

Zustand abweichenden Anforderungen erreicht werden. Orem nennt Letzteres Genesung.

Die Rolle der Pflegeperson:

Orem sieht die Rolle der Pflegeperson als komplementär zum Patienten, bezogen auf die individuellen Fähigkeiten zur und Anforderungen an die Selbstfürsorge. Sie greift in das Leben des Kranken ein, um dessen Gesundheit zu stützen, damit er sich von Krankheit erholen kann oder mit einem bleibenden Defekt zu leben lernt.

Orem sagt aber auch, dass die Pflegeperson eine viel differenziertere Rolle ausfüllen muss, wenn eine spezielle Pflege gefordert ist.

Sie unterscheidet die Pflegekräfte hinsichtlich ihres Ausbildungsniveaus und der damit verbundenen Verantwortung. Da sie davon ausgeht, dass die qualifizierte Pflegekraft ihre Tätigkeiten moralisch prüfen und ihre Pflegemaßnahmen rechtfertigen können muss, schlägt sie vor, der professionellen Pflegekraft jeweils einen "Helfer" als Ergänzung zuzuweisen (Stationsassistent). Dieser Vorschlag stellt eine Herausforderung an den heutigen Berufsstand dar.

Orem fordert eine **Professionalisierung der Pflegekräfte**. Das Pflegepersonal sollte sich sowohl in der Pflegepraxis als auch im theoretischen Bereich (Pflegerwissenschaft) weiterbilden. Sie versucht mit ihrem Modell die **Grenzen der Krankenpflege** zu definieren; wann also Pflege eingeleitet und wann sie beendet werden soll. Das wirft die Frage auf, ob das Modell bei Menschen ohne Selbstpflegetdefizit überhaupt eine Funktion hat, wo Orem doch die Gesundheitsfürsorge in den Mittelpunkt ihrer Theorie stellt (!).

Einbeziehung des Pflegeprozesses

Der Pflegeprozeß, wie Orem ihn beschreibt, besteht aus vier Stufen:

1. Er beginnt mit der **Einschätzung**, wobei analysiert werden soll, warum ein Mensch Pflege benötigt. Dies wird sowohl mit dem Patienten, als auch mit den anderen an der Versorgung Beteiligten anhand eines Leitfadens ausführlich besprochen.
2. Anschließend folgt die **Planung** in Form von Beschreibung der Ziele, d.h., es werden die Selbstfürsorgeanteile des Patienten festgestellt und die Unterstützung (ersetzen und/ oder beraten) durch die Pflegeperson.
3. **In der Durchführung** der Pflege gibt es verschiedene Handlungsmöglichkeiten: für den anderen handeln, den anderen führen und leiten, physische und/ oder psychologische Unterstützung geben, die Umgebung für eine Weiterentwicklung optimal gestalten, den anderen unterrichten.
4. In der folgenden Ziel Kontrolle wird gefragt, ob der Patient in der Lage war, seine Selbstfürsorge aufrechtzuerhalten bzw. ob er sie wiederherstellen konnte.

Einschätzung des Modells von Orem (Cavanagh)

Viele Pflegefachkräfte haben Orem's Modell zur Grundlage ihrer Pflegeplanungen und der Durchführung der Pflege gemacht, denn es erweist sich nicht nur für die akademische Diskussion als bedeutungsvoll, sondern vor allem für die (patientenorientierte) Pflegepraxis. Das Modell wendet sich vom medizinischen Ansatz (Krankheit behandeln) ab und konzentriert sich stattdessen auf die **Förderung der Gesundheit** und auf die damit verbundenen Fragestellungen. Hierbei weist sie die medizinische Sichtweise jedoch nicht gänzlich zurück, sondern integriert sie vielmehr sinnvoll in ihr Modell. Sie verwendet oft medizinische Begriffe, um wichtige Konzepte ihrer Theorie zu umschreiben (s. Verwendung der Begriffe: "Patient" und "Diagnose"). Diese traditionelle Vorgehensweise hat zweifellos zur Popularität ihres Modells beigetragen (dies gilt ähnlich für N. Ropers Pflegemodell (1986)). Es sind die Eigenschaften "medizinische Sprache" und "unmittelbare Relevanz für die stationäre Pflege", die die Theorie für Pflegekräfte ansprechend machen. Eine Stärke von Orem's Modell ist vor allem auch darin zu sehen, dass sie das Konzept des unterstützend - anleitenden Pflegesystems eingeführt hat.

Anwendung in der Praxis

Botschafter und Moers beschreiben, dass das Modell bereits eingesetzt worden sei in der Arbeit mit jugendlichen Alkoholikern, mit Rheumatikern, mit Frauen nach einer Brustamputation, mit Schlaganfall und Diabetespatienten u.a.m.

Im Vergleich zu den meisten anderen Modellen sei das von Orem weitaus besser aufgenommen worden. Der Grund dafür liege wohl darin, dass Orem die bereits bekannten Grundbedürfnisansätze kreativ mit einem umfassenden Verständnis von Pflege verbunden habe, das als Anleitung für professionelles Pflegehandeln dienen könne.

Anwendbarkeit des Pflegemodells in der Psychiatrie:

Pflegemodelle sind primär im medizinisch-chirurgischen Sektor der Gesundheitspflege entwickelt worden und fanden bisher im psychiatrischen Bereich selten Anwendung. Hierfür sind hauptsächlich vier Faktoren verantwortlich (c.J. Dashiff (1988), s. Cavanagh):

- die ungewohnte Sprache und die umständlich komplizierte Terminologie. Dies trifft auch auf Orem's Modell zu;
- die relativ geringe Zahl von Lerneinheiten in der psychiatrischen Ausbildung innerhalb der Krankenpflegeausbildung;
- die Vorliebe der psychiatrischen Pflegefachkräfte für Konzepte und Theorien, die aus nicht pflegespezifischen Disziplinen stammen und direkt mit Fragen der psychischen Gesundheit befasst sind sowie
- die noch geringe Anzahl psychiatrischer Einrichtungen, die sich an einem Pflegekonzept orientieren und über qualifiziertes Personal verfügen, das sich der Umsetzung eines Konzeptes widmen kann.

Das Orem's Modell zugrunde liegende Menschenbild scheint für die Anwendung in der Psychiatrie zunächst problematisch. Man denke nur beispielsweise an einen Patienten, der gar nicht unabhängig sein will, sondern das Bedürfnis hat, versorgt zu werden. Hiergegen lässt sich jedoch einwenden, dass Orem durchaus berücksichtigt, dass das Selbstpflegebedürfnis eines Patienten durch psychische Beeinträchtigungen und emotionale Reaktionen eingeschränkt sein kann - bilden doch Auseinandersetzungen mit bestimmten inneren Reaktionsweisen eine Voraussetzung dafür, dass Selbstpflege stattfinden kann, weshalb sie einen wichtigen Bestandteil der Pflege ausmachen. Konzeptionell gesehen ist daher Orem's Modell durchaus in der Psychiatrie anwendbar.

Weiterführende Arbeiten

Viele Pflege-theoretikerinnen haben sich mit der Arbeit von Orem bereits beschäftigt - allerdings weniger, um darauf aufzubauen, eher, um über Orem's Modell nachzudenken. Dabei wird es sehr unterschiedlich klassifiziert: z.B. als System, als Substitutionsmodell, als humanistisches oder als Entwicklungsmodell. Meleis (1985), auf den sich Hilde Steppe bezieht, nennt es ein Grundbedürfnismodell.