

*Teorie della disciplina infermieristica*

A cura di  
Dott.ssa Tiziana Stobbione  
Dott.ssa Simona Facco  
Dott.ssa Laura Cominetti



# *La nascita del Nursing moderno*



FLORENCE NIGHTINGALE

### Sintesi

Florence Nightingale può essere considerata, senza timore di smentita, la fondatrice della moderna Assistenza Infermieristica.

Il concetto chiave della sua teoria è quello di **ambiente**, in quanto fu la prima studiosa a ipotizzare l'influenza dell'ambiente sulla salute e sulle malattie, quando non era ancora stata elaborata la teoria germinativa delle malattie.

L'infermiere può favorire la **guarigione dalla malattia** controllando e migliorando alcuni **fattori ambientali**: ventilazione, calore, odore, rumore e luce. In questo modo agevola l'azione guaritrice della natura sulla malattia.

Al contrario sudiciume, aria viziata, umidità, freddo, rumori intermittenti o improvvisi, odori malsani, assenza di luce nuocciono al malato.

**Già nelle idee esposte dalla Nightingale l'attività infermieristica si ricava una sfera autonoma di intervento rispetto all'atto medico.**

**Nota come *La signora con la lanterna*, è considerata la fondatrice dell'assistenza infermieristica moderna, in quanto fu la prima ad applicare il metodo scientifico attraverso l'utilizzo della statistica.**

**Nacque in una famiglia molto benestante e parte dell'élite borghese britannica; fu chiamata Florence in onore di Firenze, la città dove era nata.**

### **Biografia**

Profondamente cristiana e ispirata da quella che lei considerava una chiamata divina nel 1845 annunciò alla famiglia di volersi dedicare alla cura di malati e indigenti. L'opposizione della famiglia e soprattutto della madre mette in luce il suo carattere molto forte e determinato e la sua ribellione contro i ruoli di moglie e madre attribuiti dalla società alle donne della sua condizione. Le infermiere all'epoca erano una professione poco stimata, tanto che nell'esercito erano equiparate alle vivandiere. Pur non avendo una formazione di tipo medico-infermieristico, Nightingale riconobbe ben presto le carenze della professione infermieristica come era esercitata ai tempi. Già nel dicembre 1844 divenne la principale propagandista per un miglioramento delle cure mediche negli ambulatori delle *workhouses* per i poveri.

Nel 1850 soggiornò per un periodo presso Dusseldorf in un ospedale gestito da un gruppo di diaconesse luterane, e rimase molto impressionata dall'elevata qualità delle cure fornite; vi tornò nel 1851 per un periodo di formazione. Il padre le concesse una rendita annua di 500 sterline (40.000 euro di oggi), che le permise di seguire la sua vocazione senza preoccupazioni economiche.

Dal 22 agosto 1853 al 18 ottobre 1854, Nightingale fu sovrintendente all'Institute for the Care of Sick Gentlewomen di Londra. Qualche tempo dopo l'inizio della guerra di Crimea la stampa riportò notizie delle gravissime condizioni in cui venivano curati i feriti. Il 21 ottobre 1854, Nightingale partì per la Turchia con 38 infermiere volontarie addestrate da lei e ai primi di novembre giunse a Scutari (oggi diventato un quartiere di Istanbul), a 500 km dal quartier generale della spedizione britannica in Crimea, presso Sebastopoli.

All'ospedale militare allestito nella caserma di Scutari, Nightingale e le sue infermiere scoprirono che i soldati feriti erano mal curati nell'indifferenza delle autorità: il personale medico era sovraccarico, le medicine erano scarse, l'igiene trascurata, le infezioni di massa comuni e spesso fatali, la cucina

non attrezzata. Nonostante qualche resistenza da parte dei medici, le infermiere pulirono a fondo l'ospedale e gli strumenti e riorganizzarono l'assistenza, ma la mortalità non diminuì: dovuta solo per il 10% alle ferite, essa dipendeva dal sovraffollamento, dalla mancanza di ventilazione e dalle carenze del sistema fognario.

Solo al suo ritorno in patria, raccogliendo materiale per la Royal Commission on the Health of the Army, Nightingale comprese l'importanza di questi ultimi aspetti, tanto da dar loro priorità anche in tempo di pace e in campo civile. Pertanto, la sua teoria di *nursing* è incentrata sul concetto di ambiente, fattore principale nello sviluppo di malattie. Individuò, infatti, cinque requisiti essenziali che un ambiente deve possedere per essere salubre: aria pulita, acqua pura, sistema fognario efficiente, pulizia, luce; aggiunge anche requisiti come silenzio, calore e dieta, non essenziali, ma positivi.

Durante la guerra di Crimea Florence Nightingale ricevette il nomignolo "The Lady with the Lamp", che derivò da un articolo di The Times che ne lodava l'abnegazione ("When all the medical officers have retired for the night (...) she may be observed alone, with a little lamp in her hand, making her solitary rounds").

Colpita da febbri, probabilmente una forma cronica di brucellosi, Florence Nightingale ritornò in patria come eroina il 7 agosto 1857 e si stabilì a Londra al Burlington Hotel presso Piccadilly, dove si mise in quarantena vietando l'accesso persino a madre e sorella maggiore.

Su invito della Regina Vittoria ebbe un ruolo centrale nella costituzione della Royal Commission on the Health of the Army. In quanto donna, non poteva essere nominata a farne parte, ma scrisse il Rapporto Finale della Commissione, di più di 1000 pagine e ricco di statistiche dettagliate (dotata per la matematica, continuava così l'interesse paterno per la statistica), e fu centrale anche nella successiva attuazione delle raccomandazioni finali del rapporto, che rivoluzionarono la sanità militare: fu costituito l'Army Medical College e molti ospedali, soprattutto militari, vennero costruiti seguendo le sue indicazioni.

Mentre era ancora in Turchia, il 29 novembre 1855, una manifestazione di riconoscenza per il suo lavoro sfociò nella costituzione del Nightingale Fund per la formazione delle infermiere, con una marea di generose donazioni. Nel 1859 Nightingale aveva 45.000 sterline a disposizione che le permisero di istituire la Nightingale Training School presso il St. Thomas' Hospital di Londra il 9 luglio 1860. Questa era aperta a un massimo di 15 allieve, aveva durata di un anno ed era caratterizzata da un forte zelo religioso, disciplina di tipo militare, modelli culturali delle famiglie ricche dell'epoca. Le origini della scuola sono strettamente legate con l'istituzione ospedaliera, differentemente da quella medica, svolta nell'università. Le prime infermiere diplomate iniziarono a lavorare il 16 maggio 1865.

Nel 1860 Nightingale pubblicò *Notes on Nursing*, uno smilzo libretto di 136 pagine che fu la pietra angolare del curriculum delle scuole per infermiere e vendette bene anche presso il pubblico generale: è ancor oggi considerato un'introduzione classica alla professione di Infermiere. Per il resto della sua vita, Nightingale promosse l'istituzione e lo sviluppo della professione di Infermiere nella sua forma moderna. La professione infermieristica, fino ad allora piuttosto mal considerata, guadagnò di status: già nel 1882 le sue infermiere avevano una presenza crescente e influente nella professione, occupando posizioni nei principali ospedali di Londra, della Gran Bretagna e dell'Australia. Inoltre, l'opera di Nightingale ispirò il corpo volontario della United States Sanitary Commission nella guerra civile americana ed ella stessa formò Linda Richards, la prima infermiera qualificata degli Stati Uniti, pioniera della professione nel suo paese.

Grazie al suo lavoro nella Commissione Herbert, nel 1858 divenne la prima donna membro della Royal Statistical Society. Nei decenni successivi si dedicò all'osservazione critica e all'attività di consulenza per la sanità britannica. Sotto la sua guida venne introdotta la raccolta di dati per ottenere delle statistiche sui tassi di natalità, mortalità e sulle cause dei decessi. Fece uso massiccio e pionieristico dell'analisi statistica nella compilazione, analisi e presentazione grafica dei dati sulle cure mediche e sull'igiene pubblica, usando in particolare **l'istogramma circolare o ragnatela**, di sua invenzione (vedi *Figura n.1*).

E' noto il suo studio statistico sulle condizioni sanitarie nell'India rurale, che portò allo sviluppo del servizio sanitario dell'India, contribuì alla nascita dei servizi sociali inglesi.

Si può considerare la pioniera della prevenzione e dell'educazione sanitaria. Sul suo modello di assistenza da campo fu fondata la Croce Rossa.

Tra il 1883 e il 1908 Nightingale ricevette numerose onorificenze (fu la prima donna a ricevere l'Order of Merit). Confinata a letto per molti anni, morì nel 1910.

Il 12 maggio, giorno della sua nascita, è divenuto a livello internazionale la “Giornata dell'Infermiere”.

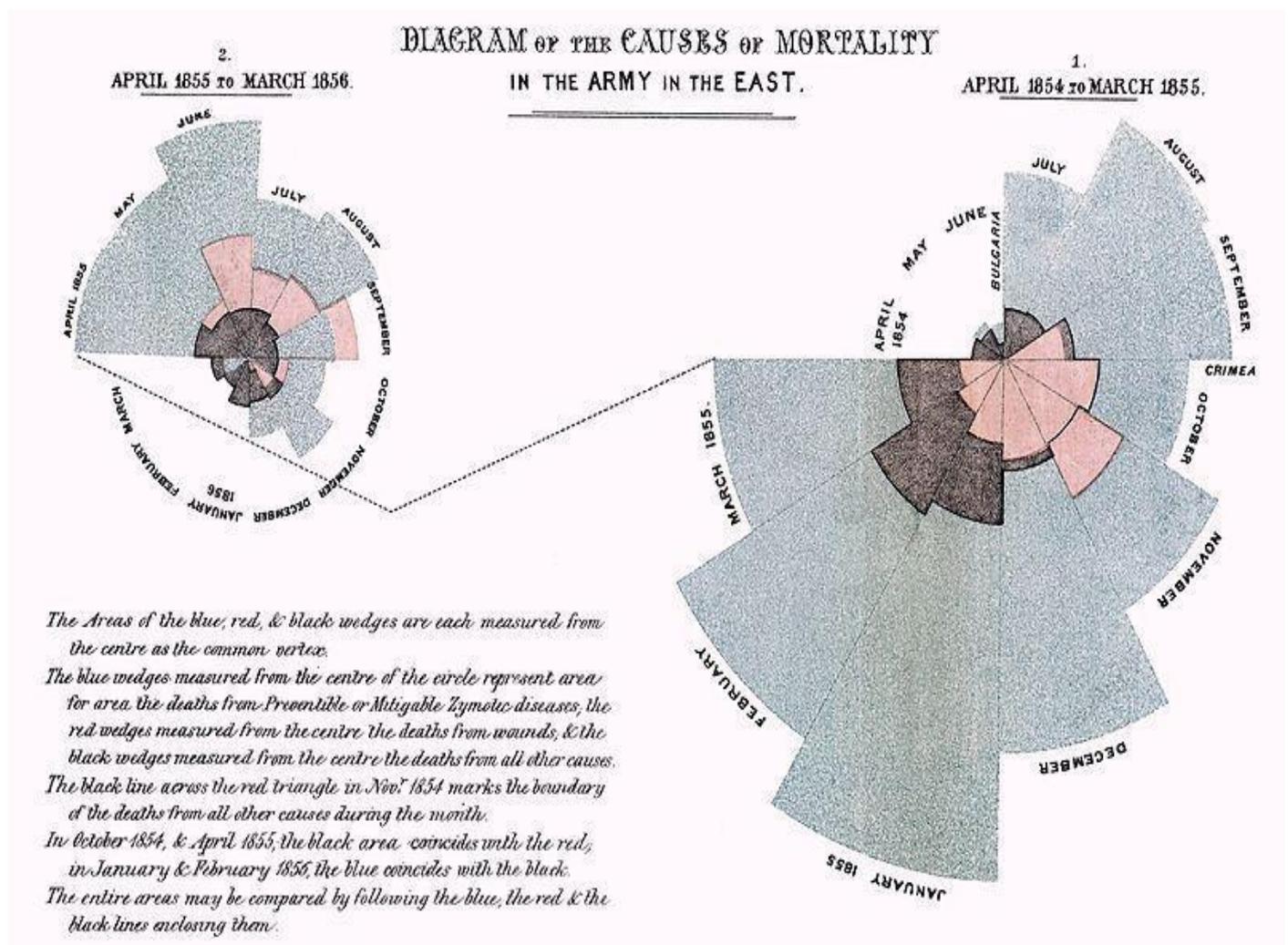


Figura n 1-Istogramma circolare o ragnatela

## **I 4 CONCETTI DEL METAPARADIGMA DEL NURSING**

### ***Concetto di salute***

Florence Nightingale sosteneva che:

- La salute è la capacità di usare bene ogni nostra potenzialità. Un pieno stato di salute permette ad ogni individuo di poter sfruttare tutte le forze al massimo grado.
- Per mantenere un ottimale stato di salute la prevenzione è necessaria sia sulla persona che sull'ambiente che la circonda.
- Lo sviluppo di una malattia che può essere prevenuta dovrebbe essere considerato un evento criminoso.
- È meno dispendioso promuovere la salute che trattare la malattia.

La salute è mantenuta mediante la prevenzione e la guarigione si accelera incidendo sui fattori sanitari ambientali.

Considera la malattia un processo riparativo che la natura ha istituito per il bisogno di una qualche attenzione.

### ***Concetto di Persona***

Essere in interazione con l'ambiente esterno. Ritiene la persona sana in grado di crescere e di cambiare, di recepire i principi di educazione sanitaria mentre la persona malata è un individuo con un processo riparativo in atto che affronta uno stato di malattia ed è l'“oggetto” passivo delle cure infermieristiche.

### ***Concetto di Ambiente***

L'insieme di tutte quelle condizioni esterne che agiscono sulla vita e sullo sviluppo dell'individuo, capaci di prevenire, guarire oppure contribuire alla malattia ed alla morte.

Considerava “ambiente” l'insieme degli elementi esterni che hanno effetto sulla salute delle persone sane e malate, incluso il cibo e l'interazione di tipo verbale o non verbale dell'infermiera col paziente. Riteneva che le tre dimensionalità dell'ambiente (fisico, psicologico e sociale) facessero parte di un unico concetto inscindibile.

### ***Intervento infermieristico***

Scopo dell'assistenza infermieristica è di mettere l'individuo nelle migliori condizioni, attraverso la manipolazione dell'ambiente, perchè la natura agisca su di lui. Ruolo del nursing è interrompere l'eventuale effetto negativo dell'ambiente qualora non presenti le principali condizioni essenziali per la salute:

1. aria pulita
2. acqua pulita
3. un efficiente sistema fognario
4. pulizia
5. luce solare.

Senza queste caratteristiche la casa non si può dire salutare e la salute dell'individuo sarà condizionata da tali caratteristiche.

Gli obiettivi di assistenza infermieristica dovrebbero includere il mantenimento della salute, l'insegnamento delle relative pratiche e la prevenzione delle malattie.

La professione infermieristica ha una duplice missione: aiutare sia le persone sane che quelle malate.

Il Nursing per i soggetti sani è finalizzato alla prevenzione delle malattie, mentre per i malati ha lo scopo di aiutare i pazienti a usare i loro processi riparativi per guarire. L'infermiera deve quindi garantire l'osservanza di scrupolose norme di igiene personale e ambientale, deve inoltre garantire cibo adeguato ed un ambiente tranquillo. E' inoltre suo compito istruire le persone su tali aspetti essenziali perché la capacità dell'individuo di essere soggetto attivo del mantenimento della propria salute rappresenta uno dei concetti rivoluzionari del pensiero della Nightingale.

Grazie a ciò è possibile considerare Nightingale in assoluto la prima infermiera che ha introdotto il concetto di *educazione sanitaria* nel Nursing.

# *Il processo interpersonale*



HILDEGARD E. PEPLAU

## **Biografia**

Nasce a Reading, in Pennsylvania il 1 settembre 1909. Si diploma infermiera nel 1931. Nel 1943 ottiene un Bachelor in Psicologia, svolge nel 1947 un Master in Nursing Psichiatrico alla Columbia University e nel 1953 consegue un Dottorato in Pedagogia.

Svolge attività privata e ospedaliera, esercita la ricerca infermieristica. Per molti anni insegna Nursing Psichiatrico nelle università. Muore, dopo una breve malattia, il 17 marzo 1999, all'età di 89 anni.

## **Modello Concettuale**

Per Hildegard Peplau l'infermieristica è un processo interpersonale e sia il paziente che l'infermiera hanno un ruolo ugualmente importante nell'interazione terapeutica.

La stessa Peplau nella sua opera principale, *Interpersonal Relation in Nursing*, definisce il Nursing "un significativo processo terapeutico interpersonale", inoltre un "rapporto umano fra un individuo malato o bisognoso di servizi sanitari ed un'infermiera professionalmente preparata a riconoscere tali bisogni e rispondere con l'aiuto adeguato al paziente".

La sua teoria è influenzata dalla teoria dei bisogni di Maslow, dalle idee di Erich Fromm, dalle teorie della psichiatria interpersonale di H. S. Sullivan e dalla teoria dello stress di Selye.

Hildegard Peplau descriveva l'assistenza come un processo interpersonale terapeutico e significativo che ha il compito di concorrere alla salute della collettività e dei singoli. Questo processo, attraverso l'esperienza della malattia, può contribuire allo sviluppo della personalità del paziente.

Durante l'esercizio della propria professione, l'infermiere, può capire la varietà e l'intensità dei problemi della persona che si assiste e cercare una soluzione insieme ad essa.

La Peplau riconosce quattro fasi nella *relazione infermiere-paziente*:

1. Fase dell'orientamento: il paziente o un suo familiare avverte un bisogno e cerca un aiuto professionale per risolverlo. In questa fase l'infermiere e il paziente si incontrano. Il primo intervento dell'infermiere è quello di aiutare alla definizione precisa del problema, con la partecipazione attiva dell'interessato, che porta ad una diminuzione della tensione, dell'ansia e della paura da parte del paziente.
2. Fase dell'identificazione: il paziente e l'infermiere chiariscono le rispettive percezioni ed aspettative: su questo influiscono il loro atteggiamento reciproco iniziale e le precedenti esperienze di entrambi. In questa fase il paziente inizia a prendere coscienza di contare qualcosa nell'affrontare il proprio problema sentendosi meno isolato e non privo di speranza.
3. Fase del trarre profitto: il paziente utilizza completamente tutti i servizi che ha a disposizione, secondo i suoi interessi e bisogni. Egli si sente parte integrante dell'ambiente che lo assiste, e sente di poter acquisire un certo controllo della situazione ottenendo il massimo beneficio dai servizi che gli sono offerti. Gli infermieri devono mantenere con il paziente una relazione di accettazione, interesse e fiducia, creando un'atmosfera nella quale il paziente sia in grado di riconoscere la propria debolezza, possa usare correttamente le proprie potenzialità ed accettare l'aiuto dagli altri.
4. Fase della risoluzione: dopo aver soddisfatto i bisogni del paziente, la relazione terapeutica deve cessare e si devono sciogliere i legami tra i due protagonisti.

Alla fine del processo se tutte le fasi sono state vissute correttamente, paziente ed infermiere sono diventate persone più mature.

Nel processo interpersonale con il paziente, l'infermiere ricopre una serie di ruoli così sintetizzati:

- **Ruolo di persona estranea** che implica:
  - accettazione del paziente così com'è;
  - trattarlo come persona sana sul piano emozionale;
  - entrare in rapporto con lui.
- **Ruolo della persona risorsa**: fornisce risposte specifiche a determinate richieste del paziente.
- **Ruolo di educatore**: aiuta il paziente a trarre giovamento dall'esperienza che sta vivendo.
- **Ruolo di leader**: da svolgere democraticamente nel gruppo di lavoro, o in varie situazioni in rapporto al paziente.
- **Ruolo di sostituto**: l'infermiere viene spinto inconsciamente dal paziente a svolgere attività che potrebbe eseguire da solo.
- **Ruolo di consigliere**: che promuove esperienze capaci di favorire il benessere fisico e morale di coloro che assiste.

Peplau sostiene che l'infermiere può aiutare a volte il paziente a completare alcuni aspetti del proprio sviluppo psicologico avvenuto nell'infanzia. Se correttamente assistito il paziente può imparare a:

- saper contare sugli altri;
- saper aspettare il momento giusto per soddisfare i propri bisogni;
- acquisire un'identità ed accettarsi;
- sviluppare la capacità di partecipare.

La teoria qui presentata prevede un'assistenza infermieristica non di routine, ma basata sulle esigenze psicologiche di ciascun paziente, la relazione infermiere - paziente è fondata sulla professionalità e la competenza. Questi aspetti sono da ritenere senza ombra di dubbio positivi, mentre alcuni limiti sono evidenti in quanto l'autrice non si occupa del contesto socio-ambientale in cui si svolge il rapporto infermiere-paziente.

La concezione della Peplau presuppone una relazione fra i due che duri nel tempo, di difficile applicazione nelle degenze ospedaliere di breve durata.

## **I 4 CONCETTI DEL METAPARADIGMA DEL NURSING**

### ***Concetto di salute***

Implica un movimento in avanti della personalità; è un modo creativo e costruttivo di vivere: le condizioni fisiologiche e interpersonali sono connesse tra di loro. La salute è il fine essenziale dell'infermieristica e la malattia è vista come occasione di "apprendimento".

### ***Concetto di Persona***

E' unica; vive in equilibrio instabile e cerca di ridurre l'ansia provocata dai suoi bisogni. Nella relazione entrano credenze, esperienze e aspettative di ogni componente della relazione;

### ***Concetto di Ambiente***

Le varie componenti fisiologiche, psicologiche, sociali sono fluide e instabili. Costituisce il contesto in cui si svolge la relazione infermiere-paziente.

### ***Intervento infermieristico***

E' uno strumento educativo che fa maturare. Contribuisce allo sviluppo della personalità del paziente verso una maggiore maturità attraverso l'esperienza della malattia, ma anche verso la maturazione dello stesso operatore.

#### ANALISI DELLA TEORIA DI H. PEPLAU - SINTESI

PRO	CONTRO
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Ha attribuito all'infermiere il ruolo complesso e impegnativo di professionista capace di educare e sostenere mediante una relazione interpersonale consapevole ed efficace</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Trascura il contesto socio-ambientale</li><li>➤ Si deve poter stabilire una relazione interpersonale reciproca</li><li>➤ I principi si dovrebbero poter sviluppare anche con persone sane, gruppi o collettività</li></ul>

*Centralità  
dell'assistenza  
di base*



VIRGINIA HENDERSON

Infermiera americana, nata nel 1897 a Kansas City, Virginia Henderson ha percorso e sviluppato la sua carriera attraverso la pratica clinica, la ricerca e l'insegnamento.

Secondo V. Henderson, l'essere umano non è mai del tutto indipendente. Egli si trova fra l'indipendenza e la dipendenza, ma più spesso è in situazione di interdipendenza, che lei chiama "*una sana interdipendenza*".



Figura n 1 – Rapporti di dipendenza di V. Handerson

Essere indipendenti significa essere in grado di fare delle scelte, in modo da soddisfare i propri bisogni fondamentali. La capacità di decisione dipende dall'età, dallo stadio di sviluppo e dalle condizioni di salute dell'individuo. Al contrario, la dipendenza comporta l'incapacità di fare delle scelte per soddisfare i propri bisogni: tale incapacità può derivare da inabilità fisica, dalla vulnerabilità, dalla scarsa considerazione di sé, da una carenza di conoscenze.

### I CONCETTI FONDAMENTALI DELLA DISCIPLINA INFERMIERISTICA

- L'uomo è l'individuo (sano o malato), dotato di componente biologica, psicologica, sociale e spirituale che ha bisogno di assistenza per arrivare all'indipendenza o a una morte serena;
- L'indipendenza si raggiunge attraverso il mantenimento della salute; se non riesce a soddisfare i propri bisogni interviene l'infermiera che con 14 atti fondamentali integra, completa e supporta la forza, la conoscenza e la volontà dell'individuo;
- La relazione tra il nucleo metafisico e l'uomo si basa sul fatto che la famiglia e l'individuo siano un tutt'uno, cioè una comunità.
- L'infermiera ha il dovere di rispondere ai bisogni dell'uomo;

Secondo V. Henderson, esistono **14 bisogni** di base del paziente e costituiscono le componenti dell'Assistenza Infermieristica.

La teoria del Nursing formulata dalla Henderson è influenzata dalla teoria dei bisogni di Abraham Maslow, psicologo americano che ha rappresentato i bisogni umani con una piramide (vedi *figura n.2*) e li ha ordinati partendo da quelli di base a quelli più complessi tenendo conto che non si può passare a soddisfare un livello superiore di bisogno se prima non si è soddisfatto quello inferiore.



Figura n.2 – La piramide dei bisogni di Maslow

Secondo V. Henderson i bisogni di Assistenza Infermieristica sono:

1. *Respirare normalmente*: è considerato il più importante. L'apporto di ossigeno è assicurato se il sistema respiratorio è integro. L'infermiera verificherà la pervietà delle vie aeree e l'integrità dei sistemi biologici coinvolti nella respirazione: l'apparato respiratorio e quello cardiocircolatorio. Valuterà la frequenza, ampiezza e ritmo respiratorio, l'eventuale presenza di rumori, secrezioni e tosse. A livello circolatorio valuterà il colorito cutaneo, il calore, la sensibilità e la presenza di polsi periferici. È necessario tenere conto anche delle informazioni legate al problema di salute del paziente, che può influenzare la soddisfazione del bisogno. Rispetto al livello psicologico bisogna raccogliere le informazioni relative le emozioni che possono influenzare il respiro; e rispetto alla dimensione socio-culturale devono essere raccolti dati riguardanti l'ambiente dell'individuo e le sue abitudini di vita che possono influire sulla respirazione ( per esempio tabagismo).
2. *Mangiare e bere in modo adeguato*: tale bisogno è definito come ingestione degli elementi essenziali alla vita dell'organismo. A livello bio-fisiologico, la soddisfazione di questo bisogno è condizionata dalla qualità e dalla quantità degli alimenti ingeriti. È importante avere ben chiaro che i bisogni dell'organismo variano in funzione dell'età e della crescita e di alcuni stati fisiologici e patologici. Affinché l'organismo sia in grado di sfruttare gli elementi essenziali ingeriti è necessario possedere un sistema gastrointestinale integro. Dal punto di vista psicologico, le emozioni possono influenzare la quantità e la qualità dell'alimentazione. A livello socio-culturale, la società in cui l'individuo vive o ha vissuto gioca un ruolo fondamentale, in quanto alcuni alimenti possono essere proibiti da alcune culture e religioni.
3. *Eliminare i rifiuti del corpo*: il corpo umano consuma degli alimenti ma elimina dei prodotti di rifiuti metabolici; questo è modo per mantenere l'omeostasi corporea. Dal punto di vista bio-fisiologico, l'organismo, per rispondere efficacemente a tale bisogno, deve possedere le vie di eliminazione integre, ossia l'apparato urinario ed intestinale. Si può includere anche le ghiandole sudoripare, per cui l'adeguata eliminazione è valutata dalle caratteristiche delle urine, delle feci e del sudore. A livello psicologico, le emozioni possono influenzare fortemente questo bisogno: lo stress può aumentare il numero di minzioni o di eliminazioni fecali o di sudorazione. Per quanto riguarda il livello socio-culturale, le organizzazioni sanitarie permettono di eliminare i rifiuti del corpo in modo tale da rispettare le regole d'igiene.

4. *Muoversi e mantenere una posizione adeguata*: il corpo umano ha bisogno di muoversi, le attività della vita quotidiana obbligano l'individuo a spostarsi e a fare dei movimenti . Per la soddisfazione di tale bisogno sono implicati più sistemi: osteo-articolare, muscolare, sistema nervoso e cardiorespiratorio. Tutti questi apparati però devono essere in buono stato. A livello bio-fisiologico, si considera la postura, l'allineamento corporeo, la capacità di muoversi, la quantità e la qualità degli esercizi eseguiti dall'individuo. Stato mentale, emozioni e stato psicologico possono influire sul movimento e sull'attività fisica. La cultura e l'ambiente familiare condizionano l'acquisizione di abitudini relative all'attività fisica.

5. *Dormire e riposarsi*: il riposo ha lo scopo di consentire il recupero delle riserve di energia. Il riposo è considerato sia quello fisico che quello mentale, in grado di diminuire le tensioni e di prevenire l'astenia. Sul piano bio-fisiologico, bisogna raccogliere informazioni relative alle caratteristiche del sonno, numero di ore e qualità del riposo. Sul piano psicologico bisogna indagare sullo stato emotivo in quanto possono influire sulla qualità e quantità del sonno.

6. *Scegliere il vestiario adeguato – vestirsi e svestirsi –* : l'indumento rappresenta una protezione contro gli elementi esterni come freddo, calore ed umidità. La scelta degli indumenti è condizionata da questi elementi. A livello bio-fisiologico , bisogna valutare la capacità di fare i movimenti e l'autonomia nella scelta dei vestiti. A livello psicologico, le emozioni influiscono sul modo di vestirsi; inoltre l'indumento è anche un modo per poter affermare la propria personalità. Le norme sociali e la religione influiscono sull'atteggiamento dell'individuo nei confronti dell'abbigliamento e della nudità.

7. *Mantenere la temperatura corporea a un livello normale, scegliendo il vestiario adeguato e modificando l'ambiente*: per funzionare in modo adeguato, il corpo deve mantenere una temperatura costante. Sul piano bio-fisiologico, i meccanismi di termoregolazione devono essere intatti. Alcuni problemi di salute, come le infezioni, possono danneggiare i normali meccanismi di regolazione della temperatura corporea. Lo stato emotivo può interferire sulla regolazione della temperatura corporea, per fare un esempio: la paura può causare freddo alle mani e ai piedi. Sul piano socio-culturale, si possono raccogliere informazioni sulle abitudini di scaldarsi o di rinfrescarsi.

8. *Provvedere all'igiene personale e proteggere i tegumenti*: tale bisogno si riferisce alle cure igieniche e all'integrità della cute come barriera dagli agenti infettivi esterni. A livello bio-fisiologico, l'individuo deve essere in grado di provvedere autonomamente all'igiene personale. Compito dell'infermiere è indagare sulla capacità della persona di lavarsi , sulle abitudini della persona circa la frequenza delle cure igieniche e modalità, valutare le caratteristiche della cute e degli annessi cutanei (unghie, barba, capelli). Lo stato emozionale della persona spesso influisce sull'aspetto fisico: una persona depressa, per esempio, avrà la tendenza di preoccuparsi meno dell'igiene corporea. Il livello socio-culturale è influenzato in quanto le abitudini igieniche vengono apprese fin dall'infanzia e si basano , generalmente, su norme dettate dalla famiglia, dal gruppo e dall'educazione.

9. *Evitare i pericoli derivanti dall'ambiente ed evitare di danneggiare gli altri*: tale bisogno si riferisce alla nozione di controllo dell'ambiente circostante da parte dell'individuo, allo scopo di garantire la propria sicurezza, sia fisica che psicologica, contro tutte le minacce, reali o immaginarie; ed a tale bisogno è correlato anche il concetto di prevenzione. La persona, a livello bio-fisiologico, deve essere in grado di interpretare i pericoli in modo adeguato: necessità di un buon livello di coscienza e di un buon grado di reattività. Tale bisogno, però, è correlato all'età, allo stato di salute, al livello di crescita e di sviluppo. Alla soddisfazione di tale bisogno concorrono fattori psicologici, quali: la fiducia in se stessi, la capacità di adattarsi alle nuove situazioni, la sicurezza dell'ambiente percepita dalla persona. L'appartenenza a gruppi, i legami familiari incidono sul senso di sicurezza della persona e sulla sua dimensione socio-culturale.

10. *Comunicare con gli altri per esprimere emozioni, bisogni, paure o opinioni:* l'uomo, in quanto essere sociale, necessita di comunicare, di relazionarsi con persone, animali o oggetti a lui cari. Necessita di condividere con altri le proprie gioie, paure, ansie e dubbi. La persona deve poter sentire, vedere, parlare, ma è anche compresa la comunicazione non verbale. Il livello psicologico (lo stato di collera, la paura e l'ansia) può interferire con il modo e i contenuti della comunicazione. L'infermiere deve verificare la capacità della persona di esprimere le proprie idee, bisogni e timori, e, laddove necessario, incoraggiare l'espressione di questi ultimi.

11. *Seguire la propria fede:* questo bisogno riguarda la nozione di ideale perseguito dalla persona, o l'espressione attraverso la fede in una religione o in una corrente di pensiero, ed anche le forme di introspezione legate ad una ideologia. Per soddisfare tale bisogno è necessario che la persona sappia muoversi e compiere gesti utili alla partecipazione di riti. Sul piano psicologico, le emozioni possono influenzare l'intensità o la necessità di ricorrere ad una ideologia: una persona provata da un cattivo stato di salute può trovare sollievo ed aiuto nella spiritualità.

12. *Lavorare in modo da rendersi conto di un certo risultato:* realizzarsi è uno degli obiettivi più importanti dell'essere umano, ed ogni individuo ha dei compiti specifici da compiere secondo l'età, in quanto la produttività, ossia il compiere qualcosa di utile, è un elemento essenziale della vita. Al soddisfacimento di tale bisogno concorrono la crescita, lo sviluppo, la capacità e la possibilità di muoversi, di spostarsi. Sono importanti anche le dimensioni psicologica e socio-culturale: la fiducia nelle proprie capacità, l'apertura all'esperienza, la cultura e l'ambiente nel quale la persona cresce ed il ruolo coperto dall'individuo nella famiglia, nella comunità e nei gruppi sociali possono favorire o meno le attività per l'autorealizzazione.

13. *Giocare o partecipare ad attività ricreative:* è un bisogno che si riferisce alla capacità di divertirsi, di liberarsi dalle tensioni della vita. Varia in base all'età, al livello di sviluppo ed allo stato di salute. La dimensione psicologica interferisce sulla capacità di rilassarsi e di divertirsi: per esempio la scelta delle attività di svago sarà influenzata dallo scopo che l'individuo persegue. Il livello socio-economico ed anche lo stato di salute influenzano i divertimenti.

14. *Imparare, scoprire o soddisfare la curiosità che porta a un normale sviluppo dell'intelligenza e alla salute e usare tutti i mezzi disponibili per la salute:* ogni individuo durante tutto il corso della vita ha bisogno di scoprire nuove cose, di soddisfare la propria curiosità. La persona deve per cui possedere le facoltà intellettive e mentali per apprendere, l'integrità degli organi di senso. Questo bisogno è influenzato dall'età, dallo stadio di sviluppo e dalle situazioni della vita. La dimensione psico-emozionale influiscono in quanto fattori di stress possono ostacolare la capacità e il desiderio di apprendimento.

## **I 4 CONCETTI DEL METAPARADIGMA DEL NURSING**

### ***Concetto di salute***

Henderson non formula una vera e propria definizione di salute, ma la equipara all'indipendenza. Considera la salute in base alla capacità della persona di eseguire le quattordici componenti della cura infermieristica senza bisogno di aiuto. Afferma: « È la qualità della salute e non quella della vita stessa che permette alla persona quel margine di vigore mentale e fisico per lavorare in modo efficiente e raggiungere il massimo livello di soddisfazione nella vita».

### ***Concetto di Persona***

Il paziente è un individuo che ha bisogno di assistenza per raggiungere la salute, l'indipendenza o una morte serena e la sua mente ed il suo corpo sono inseparabili. La persona è vista in unità alla famiglia.

### ***Concetto di Ambiente***

E' l'insieme di tutte le condizioni ed influenze esterne che incidono sulla vita e sullo sviluppo di un organismo.

### ***Intervento infermieristico***

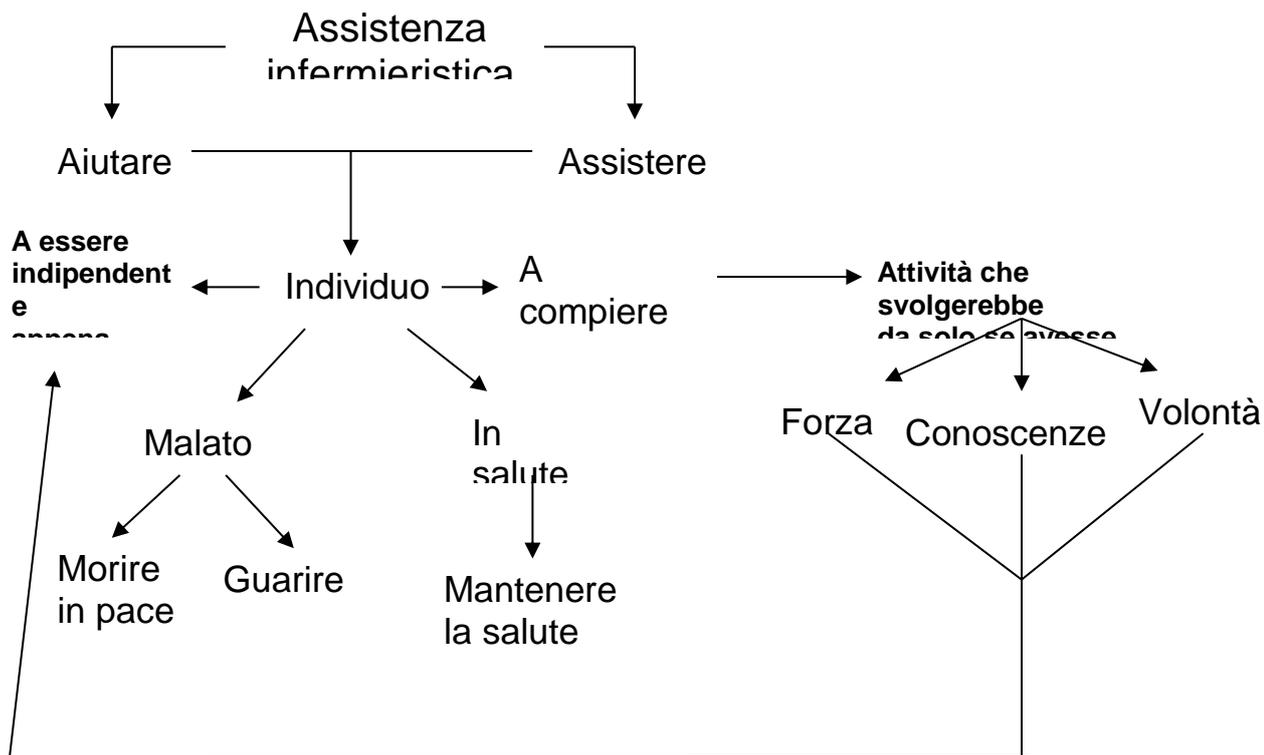
Henderson definisce il **nursing** in termini funzionali: l'infermiere ha la precisa funzione di aiutare gli individui sani e malati nelle attività che contribuiscono alla salute o al ripristino della stessa; attività che l'individuo svolgerebbe autonomamente se ne avesse la forza, la volontà, la conoscenza, la competenza necessarie. L'infermiere deve favorire la partecipazione attiva della persona in modo da aiutarlo a riconquistare il più rapidamente possibile la propria indipendenza. Al centro di tutto c'è il malato o individuo, che rappresenta il protagonista del programma di assistenza. Se il malato non comprende il programma di cure stabilito per lui, non lo accetta e non collabora alla sua pratica attuazione.

Nella relazione infermiere-paziente Henderson individua tre livelli:

1. l'infermiere agisce da sostituto al paziente; nella malattia e nella dipendenza l'infermiere fornisce al paziente ciò che gli manca quasi sostituendosi a lui per ricondurlo gradualmente all'autonomia perduta;
2. l'infermiere agisce da aiutante del paziente: nella malattia il paziente si affida completamente all'infermiere che lo aiuta anche nelle funzioni più semplici che non riesce ad espletare da solo;
3. l'infermiere agisce da partner del paziente: nella malattia l'infermiere condivide le ansie, le paure, le emozioni, gli obiettivi del paziente e fanno il percorso insieme fino al raggiungimento del risultato ipotizzato.

Nella relazione infermiere-medico Henderson considera l'infermiere con una funzione distinta da quella del medico. L'infermiere non deve eseguire gli ordini del medico poiché il medico nelle sue funzioni non ha quella di dare ordini all'infermiere. Molte funzioni mediche ed infermieristiche si sovrappongono fra di loro: l'infermiere fa parte di un'équipe di operatori sanitari. ogni membro dell'équipe non può demandare ad altri i propri compiti impedendo agli altri di svolgere le proprie funzioni specifiche. L'équipe viene paragonata ad una famiglia al cui centro c'è il paziente: ogni membro dell'équipe ruota intorno al paziente e il suo ruolo varia in funzione ai bisogni del paziente. Man mano che il paziente si avvia verso l'autonomia, lo spazio di ciascun membro si restringe. L'infermiere e gli altri membri dell'équipe lavorano insieme ad un programma di cura e riabilitazione e l'obiettivo finale è rappresentato dalla riconquista dell'autonomia totale del paziente.

*Figura 1 Schema del modello di Virginia Henderson*



### ***I bisogni di assistenza secondo la teoria di Virginia Henderson***

La principale responsabilità dell'infermiere è quella di assistere il malato nel suo normale regime di vita, aiutandolo a compiere quegli atti a cui non può più provvedere da solo, cioè: respirare, mangiare, eliminare, riposare, dormire, muoversi, provvedere alle pulizie personali, vestirsi in modo adeguato. E ancora, l'infermiere interviene nel sostegno: dei rapporti sociali, degli interessi culturali, delle occupazioni ricreative e produttive.

È sicuramente importante stabilire che esistono bisogni comuni a tutti, però tali bisogni vengono soddisfatti a seconda del modo diverso di concepire la vita. Ciò significa che l'infermiere, nonostante la sua competenza e volontà di riuscire, non potrà mai comprendere pienamente che cosa rappresenti il benessere per un'altra persona, potrà solo aiutare l'assistito a compiere quegli atti tendenti a raggiungere uno stato che per lui significa salute, o benessere o guarigione o buona morte.

In quanto la salute è un obiettivo difficile da raggiungere, conseguentemente il compito dell'infermiere è difficilissimo: il professionista dovrà mettersi "nei panni" di ciascun malato, per capire di che cosa questi ha veramente bisogno.

Si può considerare l'essere umano sotto diverse dimensioni: biologica, fisiologica, psicologica, sociale e culturale. Ogni bisogno può essere considerato a partire da queste dimensioni.

Raggruppando sinteticamente queste dimensioni in categorie, avremo:

1. Bio-fisiologica: patrimonio genetico, sesso, età, funzionamento degli organi ed anatomia.
2. Psicologica: influenza delle emozioni.
3. Socio-culturale: struttura sociale e cultura corrispondente alla struttura sociale.

Per valutare o giudicare se un bisogno viene soddisfatto o meno occorre partire da queste prospettive.

## ***L'elaborazione del piano di assistenza***

L'infermiere, attraverso la valutazione del grado di dipendenza con cui l'uomo attua gli atti assistenziali, determina i bisogni dell'individuo. La valutazione e la pianificazione dell'assistenza devono essere scritte, per rendere l'operatore consapevole dei bisogni dell'individuo e l'assistenza efficace.

Le informazioni secondo Henderson andavano registrate secondo uno schema che riportava: il problema, l'obiettivo e il tipo di intervento.

Per lo svolgimento del piano di assistenza è necessario utilizzare la cartella infermieristica, che è lo strumento indispensabile per ottimizzare e rendere individuale l'assistenza infermieristica.

Al contrario di quella medica, che prende in considerazione il paziente solo dal punto di vista medico, la cartella infermieristica, mette in rilievo gli aspetti psico-sociali dell'individuo. La documentazione è sistematica e garantisce una certa continuità dell'assistenza, consente di valutare la qualità delle prestazioni e stimola la ricerca. Le fonti di raccolta sono molteplici.

Il piano di assistenza è costituito da:

- diagnosi infermieristica: riconoscere dall'esame clinico i segni (dati oggettivi) e i sintomi (dati soggettivi); la descrizione dei principali fattori di causa o concausa (eziologia);
- obiettivi del paziente: definiscono in modo specifico il comportamento e l'evoluzione da adottare perché il problema sia risolto o alleviato. Devono essere centrati sul paziente, realistici, chiari, osservabili, misurabili.
- Atti infermieristici: rispondono ai bisogni specifici di assistenza infermieristica;
- Risultati attesi: porsi gli obiettivi consente di valutare in termini di risultati, l'assistenza fornita e di osservare se tutti gli obiettivi sono stati raggiunti o se sono sorti problemi.

### ANALISI DELLA TEORIA DI V. HENDERSON - SINTESI

<b>PRO</b>	<b>CONTRO</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>● Fornisce un quadro concettuale in cui calare le realtà quotidiane;</li><li>● L'assistenza infermieristica è qualcosa di diverso dallo studio dei processi patologici;</li><li>● Influenza lo sviluppo della formazione e della ricerca;</li><li>● Getta le basi per l'ulteriore sviluppo del nursing: diagnosi; interventi; risultati</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● L'uomo non è inteso in modo sufficientemente globale;</li><li>● Viene presa poco in considerazione la sua soggettività;</li><li>● L'ambiente ha un peso poco rilevante sulla salute;</li><li>● L'infermiere agisce per compiti</li></ul>

*Il problem  
solving*



FAYE GLENN ABDELLAH

## Biografia

Nasce a New York. Nel 1942 ottiene il diploma di infermiera, nel 1955 ottiene il dottorato. Lavora in diversi ambiti sanitari con ruoli diversi: è infermiera, caposala, ricercatrice, formatrice. Dirige l'attività di enti governativi. Viene inoltre insignita di sei lauree ad honorem. Nel 1960 pubblicò “*Patient Centered Approaches to Nursing*”

## Modello Concettuale

I concetti attorno ai quali si articola la teoria della Abdellah sono: la *salute*, i *problemi infermieristici*, il *problem-solving*. Per Abdellah il nursing si rapporta ai problemi sanitari delle persone utilizzando il processo di *problem solving*.

I problemi affrontati dal nursing possono essere evidenti o nascosti.

Questi ultimi sono quasi sempre di natura emotiva, sociologica o interpersonale e la loro soluzione può essere decisiva per la salute della persona.

La teoria della Abdellah è nota per aver identificato con esattezza 21 problemi infermieristici. Essi sono riportati nel celebre lavoro *Patient Centered Approaches to Nursing*:

1. Mantenere una buona igiene ed il benessere fisico
2. Favorire un'attività ottimale: esercizio, riposo e sonno
3. Favorire la sicurezza mediante la prevenzione di incidenti, lesioni o altri traumi e la prevenzione contro il diffondersi di infezioni
4. Mantenere un buon funzionamento corporeo; prevenire e correggere le deformità
5. Facilitare la continuità del necessario apporto di ossigeno nelle cellule di tutto il corpo
6. Facilitare il mantenimento della nutrizione a tutte le cellule del corpo
7. Facilitare la regolarità della eliminazione
8. Facilitare il bilancio dei liquidi e degli elettroliti
9. Riconoscere le risposte fisiologiche del corpo alla malattia, alle condizioni patologiche, psicologiche e compensative
10. Facilitare il mantenimento delle funzioni e dei meccanismi di autoregolazione
11. Facilitare il mantenimento della funzione sensoriale
12. Individuare ed accettare espressioni positive e negative, sentimenti e reazioni
13. Identificare ed accettare la correlazione esistente tra emotività e malattia
14. Facilitare il mantenimento di un'efficace comunicazione verbale e non verbale
15. Facilitare lo sviluppo di proficui rapporti interpersonali
16. Facilitare il progresso mediante il raggiungimento di scopi di ordine fisico e spirituale
17. Creare e mantenere un ambiente terapeutico
18. Facilitare la presa di coscienza di sé stesso quale individuo con bisogni vari di natura fisica, emotiva e di sviluppo
19. Accettare positivamente gli obiettivi ottimali raggiunti, tenendo conto dei limiti fisici ed emotivi
20. Usare le risorse della comunità per risolvere i problemi derivanti dalla malattia
21. Capire l'influenza esercitata dai problemi sociali sulle cause della malattia

Secondo le intenzioni dell'autrice, la teoria doveva essere centrata sul paziente e olistica. Secondo i critici, invece, si tratta di una teoria centrata principalmente sull'infermiera, che può produrre interventi frammentati: il coinvolgimento del cliente nel processo di cura appare scarso. Ma bisogna capire il clima sociale e culturale nel quale la teoria della Abdellah si forma. Sono gli anni Cinquanta e Sessanta: lo sforzo principale è quello di rendere l'attività infermieristica organizzata e sistematica e, spostando l'attenzione dalla malattia e quindi dal medico al paziente e all'attività infermieristica, spingere la professione infermieristica verso l'autonomia dal potere esercitato nelle organizzazioni sanitarie dai medici.

Oltre alle teorie dello psicologo Abraham Maslow, la elaborazione concettuale di Abdellah è tributaria alla teoria infermieristica di V. Henderson.

Abdellah sembra tuttavia più sensibile di Henderson agli aspetti psicosociali che influenzano la salute delle persone.

*Care, Core,  
Cure.*



LYDIA E. HALL

## Biografia

Nonostante Lydia Hall nel corso della propria esistenza abbia ottenuto numerosi diplomi di specializzazione e svolto la propria attività in campi disparati, dall'insegnamento al nursing di sanità pubblica a quello cardiologico e a quello pediatrico, il suo nome resta indissolubilmente legato allo sviluppo del Centro Loeb, di cui la Hall fu direttore amministrativo dall'apertura fino alla sua morte avvenuta nel 1969.

Situato presso l'ospedale Montefiore di New York, il Centro *Loeb per il nursing* si occupa principalmente della riabilitazione di pazienti adulti che hanno superato la stadio acuto della malattia.

Ha effettuato numerose pubblicazioni su riviste specializzate.

### La teoria infermieristica della Hall verte principalmente su tre concetti:

- **Care**, ossia l'assistenza infermieristica volta a rispondere ai bisogni primari della persona: nutrirsi, lavarsi, vestirsi, nel cui svolgimento l'infermiera professionista è completamente indipendente dagli altri operatori sanitari. Durante l'assistenza primaria si crea un rapporto di fiducia e di conoscenza fra l'infermiera e la persona malata;
- **Core**, ossia anima o *fulcro*, il lavoro psicologico, cioè, che l'infermiera in sinergia con altri specialisti svolge con la collaborazione attiva del paziente, che viene stimolato alla *riflessione* e al cambiamento delle proprie convinzioni e dei propri atteggiamenti;
- **Cure**, ossia l'attività di cura che l'infermiera svolge in collaborazione col medico: somministrare la terapia, fare iniezioni, ecc.

Hall è influenzata nell'elaborazione del suo modello infermieristico dalle teorie dello psicologo Carl Rogers, fautore di una psicoterapia non direttiva, centrata sul cliente.

Alla persona malata la Hall riconosce motivazione a guarire e ad apprendere nuovi comportamenti più adattivi e soddisfacenti. L'infermiera funge da specchio per il paziente, che è stimolato a riflettere su se stesso e ad affrontare e risolvere i suoi problemi.

Secondo la Hall il bisogno delle persone di cure infermieristiche qualificate aumenta man mano che diminuisce il bisogno di cure mediche.

La Hall insiste nella necessità che il nursing di base non venga delegato a personale non qualificato, ma rimanga prerogativa delle infermiere diplomate, le uniche in grado, a suo avviso, di fornire un'assistenza professionale ed efficace.

I risultati che la Hall ottenne nel suo Centro nella cura degli ammalati furono lusinghieri, sia in termini di efficacia che di diminuzione della durata delle degenze.

I limiti della sua teoria vanno ricercati nella scarsa possibilità di estenderla a campi come la prevenzione, la pediatria e l'assistenza a pazienti non responsivi.

# *Teoria general dei sistemi*



MARTHA E. ROGERS

## Biografia

Nasce, prima di quattro figli, a Dallas nel Texas il 12 maggio 1914. Le tradizioni familiari la convincono della necessità anche per una donna di procurarsi un'istruzione superiore e di essere socialmente attiva.

Consegue nel 1936 il diploma in Nursing presso la scuola per infermieri dell'Ospedale Generale di Knoxville. Nel 1937 raggiunge il baccalaureato al College Peabody di Nashville e nel 1954 consegue il dottorato in nursing alla John Hopkins University di Baltimora.

Ottiene numerosi altri riconoscimenti accademici, lavora, insegna, scrive.

La sua leadership nel campo del nursing è apprezzata e la Rogers viene riconosciuta come una delle più brillanti ed originali teoriche dell'assistenza infermieristica. Muore il 13 marzo 1994.

Nel 1970 pubblicò *“An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing”* e nel 1983 *“The Science of Unitary, Human Beings: A Paradigm for Nursing”*.

## Modello Concettuale

La teoria proposta da Rogers è complessa. Per elaborarla la studiosa americana utilizza nozioni apprese da molte discipline scientifiche e umanistiche. Nelle affermazioni teoriche della Rogers, in particolare, si avvertono echi della teoria della relatività di Einstein, ma soprattutto della teoria dei sistemi elaborata negli anni cinquanta da von Bertalanffy.

Rogers ha una visione globale dell'uomo. Scrive: *“L'uomo è un tutto unificato che possiede la propria integrità e che manifesta caratteristiche che sono più della somma delle sue parti e differenti dalla somma delle sue parti”*.

Dallo studio della *teoria generale dei sistemi*, Rogers evince **che individuo e ambiente sono sistemi aperti: scambiano di continuo tra loro materia ed energia**. L'uomo evolve in maniera irreversibile e unidirezionale lungo un continuum spazio-tempo. Egli non può mai tornare ad essere quello che è già stato in passato.

Infine, l'uomo è caratterizzato dalla capacità di astrazione e immaginazione, dal linguaggio e dal pensiero, dalla sensibilità e dalle emozioni, unico essere sulla terra cosciente e pensante, che percepisce la vastità del cosmo.

Da tali premesse discendono i quattro blocchi di base del modello concettuale della Rogers: campo di energia, apertura, modello, quadridimensionalità. Il campo di energia costituisce l'unità fondamentale sia dell'ambiente animato che inanimato.

I campi di energia sono infiniti, aperti e si integrano l'uno con l'altro. Lo scambio di energia fra due o più campi ha un modello, percepito come un'unica onda. I modelli cambiano col variare delle situazioni.

Per Rogers il nursing è sia una scienza, sia un'arte. Scrive: *“Il nursing è una scienza umanitaria basata sulla compassione e finalizzata a mantenere e favorire la salute, prevenire la malattia e assistere e riabilitare i malati e i disabili”*. L'infermiere professionista non ha compiti di dipendenza, ma coopera con i professionisti delle altre discipline sanitarie.

La teoria infermieristica della Rogers è ricca, articolata e originale, ma astratta e priva di definizioni operative e trova perciò difficoltà di applicazioni concrete

Il modello del processo vitale dell'uomo, base per il sistema del nursing, può essere rappresentato come un campo energetico già impresso nella matrice quadridimensionale spazio-tempo che diventa sempre più complessa quando si evolve ritmicamente lungo l'asse longitudinale della vita.

Il processo vitale è oloed dinamico e quattro sono i **principi di omeodinamica** basilari per la scienza del nursing:

1. **Reciprocità** Il processo vitale dell'uomo è caratterizzato da un campo di energia che può essere identificato come campo umano, mentre l'ambiente è tutto ciò che è esterno.

La reciprocità è una funzione della reciproca interazione fra campo umano e ambientale

2. **Sincronia** Il cambiamento del campo umano dipende soltanto dallo stato del campo stesso e dello stato simultaneo del campo ambientale rispetto ad un dato punto nello spazio-tempo.

La sincronia è una funzione in un punto specifico nello spazio-tempo del campo umano che interagisce con il campo ambientale.

3. **Elicità** Il processo vitale evolve in modo unidirezionale in stadi successivi lungo una curva che mantiene la stessa forma in tutta la sua lunghezza.

L'elicità è una funzione del continuo cambiamento innovativo che aumenta con la reciproca interazione di uomo e ambiente lungo l'asse longitudinale a spirale delimitato dalla spazio-tempo.

4. **Risonanza** Il cambiamento nel modello e nell'organizzazione del campo umano e ambientale si propaga per mezzo di onde. La risonanza del cambiamento è una serie di onde che si propagano continuamente tra uomo e ambiente e sono caratterizzate dall'invarianza soggetta a trasformazione.

I principi di omeodinamica ipotizzano un modo di percepire l'unità dell'uomo.

I cambiamenti nel processo vitale sono previsti in modo da essere inseparabili dai cambiamenti dell'ambiente e riflettere l'interazione reciproca e simultanea tra le due in un dato punto nello spazio-tempo.

I cambiamenti sono irreversibili e non ripetibili, sono ritmici in natura e testimoniano la crescente complessità di modello e organizzazione; procedono ad opera del rimodellarsi di uomo e ambiente dovuto alle onde di risonanza.

*La teoria  
della cura  
di sé*



DOROTEA E. OREM

## **Biografia**

Nasce a Baltimora nel 1914. Nel 1939 ottiene il Bachelor of Science in Nursing.

- 1945: ottiene il Master of Science in Istruzione Infermieristica presso la Catholic University of America di Washington D.C.
- 1945: assume la carica di Direttrice della Scuola per Infermieri dell'Ospedale Providence e di Direttrice del Servizio Infermieristico dell'Ospedale di Detroit.
- Anni '50: assume il ruolo di consulente per enti governativi per il nursing e la formazione infermieristica.
- 1958: elabora la teoria del *Self Care (Cura di sé)*
- 1959: pubblica il testo *Guides for Developing Curricula for the Education of Practical Nursing*
- 1971-1980-1985-1990: ampliamento e perfezionamento delle sue idee sul Nursing.

## **La teoria della cura di sé**

Il modello di Orem fonda il concetto di infermieristica sulle seguenti tre principali teorie:

gli adulti maturi o che lo stanno diventando apprendono e attuano deliberatamente azioni che conducono alla sopravvivenza, alla qualità della vita e al benessere (**Teoria della cura di sé**);

c'è necessità di assistenza infermieristica quando è presente una incapacità di prendersi cura di sé a causa di particolari limitazioni (**Teoria del deficit di cura di sé**);

il prodotto dell'attività infermieristica è costituito dai sistemi infermieristici, con i quali il processo di nursing aiuta le persone a soddisfare i requisiti della cura di sé e a strutturare le proprie capacità di cura di sé o di cura dipendente (**Teoria dei sistemi infermieristici**).

Lo scopo della sua teoria è quello di definire:

- l'oggetto di interesse dell'infermieristica: "il bisogno dell'uomo di azioni di cura di sé e il loro continuo compimento e gestione al fine di sostenere la vita e la salute, di favorire la guarigione delle malattie e dai traumi e di far fronte ai loro effetti" (Orem, 1959);
- l'obiettivo dell'*Infermieristica*: "il superamento delle limitazioni dell'uomo" (Orem, 1959), cioè far sì che le persone acquisiscano la capacità d'intraprendere le azioni di self-care in risposta ai propri bisogni.

## **I 4 CONCETTI DEL METAPARADIGMA DEL NURSING**

### **Concetto di salute**

- integrità della funzione e della struttura corporea
- concetto olistico
- promozione e mantenimento della salute, cura della malattia, prevenzione delle complicanze

### **Concetto di Persona**

Secondo Orem l'uomo è un essere bio – psico – sociale in continua relazione con l'ambiente esterno, che durante la sua vita può presentare diverse situazioni di bisogno.

L'uomo è:

- agente di self-care
- il destinatario delle cure infermieristiche
- un essere bio-psico-sociale e che ha le potenzialità per l'apprendimento e lo sviluppo

### **Concetto di Ambiente**

Non lo definisce in modo preciso, ma lo considera come:

- fattori ambientali
- condizioni ambientali
- ambiente di sviluppo

### ***Intervento infermieristico***

È necessario quando le richieste terapeutiche di “cura di sé” superano le capacità di “cura di sé” dell’individuo.

Orem definì il Nursing come un servizio di aiuto o meglio come “*lo sforzo creativo di un essere umano proteso ad aiutare un altro essere umano*”, accompagnando tale concetto a precisi aspetti metodologici (**processo di nursing**) in quanto le attività infermieristiche devono essere scientemente selezionate e dirette al raggiungimento degli obiettivi, oltre che essere coordinate con i processi interpersonali e sociali. Su queste basi, i risultati ottenuti delle azioni infermieristiche sono utili alle persone, a condizione che:

1. le self-care terapeutiche necessarie siano compiute;
2. le azioni del nursing siano di aiuto nel responsabilizzare il paziente ad attuare le proprie self-care, ovvero accompagnarlo verso una progressiva indipendenza o adattamento o a fargli accettare una costante diminuzione delle sue capacità;
3. i familiari del paziente o le altre persone che si occupano di lui diventino via via più competenti nell’assumere decisioni sull’assistenza alla persona, rivolgendosi all’infermiere per consultazione e supervisione.

### **Teoria della Cura di sé/Autoassistenza (self-care)**

*La cura di sé* è il contributo continuo di un adulto alla propria esistenza, alla propria salute e al proprio benessere. Comprende le attività svolte in modo indipendente da un individuo al fine di promuovere e mantenere il benessere personale durante la vita.

*La capacità di Cura di sé* è la capacità dell’individuo di eseguire attività di Cura di sé, cioè di rispondere autonomamente ai propri bisogni.

Secondo Orem esistono due gruppi fondamentali di bisogni:

- i *bisogni di base*, come ad esempio aria, acqua, cibo, eliminazione, attività e riposo
- i *bisogni che insorgono in relazione all’alterazione dello stato di salute*

Le circostanze in cui può insorgere un bisogno possono dipendere da:

- presenza o assenza di malattia
- qualità dello stato di salute della persona
- avvenimenti e circostanze della vita della persona

Normalmente l’individuo è in grado di rispondere ai propri bisogni con azioni autonome.

In caso di malattia o infortunio, il soggetto non riesce a soddisfare la sua necessità e sviluppa uno specifico bisogno d’aiuto, che può essere espresso dall’individuo o identificato da altri. Essendo la persona parzialmente o totalmente incapace di eseguire un’azione autonoma d’assistenza, qualcuno deve compensare la sua insufficienza, rispondendo al suo specifico bisogno d’aiuto. Quest’azione può essere intrapresa da persone diverse oppure dall’infermiere quando sono richieste conoscenze teorico-pratiche specialistiche, competenza e indirizzo deontologico. Le azioni compensatorie di

assistenza infermieristica mirano a mantenere la vita, la salute e il benessere dell'individuo; possono essere singole o costituite da un insieme di atti fisici o verbali con cui l'infermiere eroga l'assistenza per raggiungere un obiettivo specifico.

### ***Componenti delle capacità di cura di sé:***

1. Capacità di mantenere l'attenzione e di esercitare la vigilanza necessaria rispetto a se stessi, in quanto agenti di cura di sé, e a condizioni e fattori interni ed esterne significativi per la cura di sé.
2. Uso controllato dell'energia fisica disponibili sufficiente per iniziare e continuare operazioni di cura di sé.
3. Capacità di controllare la posizione del corpo e sue parti nell'esecuzione di movimenti necessari per iniziare e completare operazioni di cura di sé.
4. Capacità di ragionamento nell'ambito di una struttura di riferimento per la cura di sé.
5. Motivazione (orientamento verso obiettivi di cura di sé in armonia con le caratteristiche e il significato della motivazione per quanto riguarda la vita, la salute e il benessere).
6. Capacità di prendere decisioni riguardo alla cura di sé e di renderle operative.
7. Capacità di acquisire conoscenze tecniche riguardo la cura di sé da fonti autorevoli, di conservarle e di renderle operative.
8. Repertorio di abilità cognitive, percettive, manipolative, comunicative e interpersonali adattate all'esecuzione di operazioni di cura di sé.
9. Capacità di riordinare azioni, o sistemi di azioni, di cura di sé discontinue in relazioni con azioni precedenti o successive, per poter raggiungere gli obiettivi regolatori di cura di sé.
10. Capacità di eseguire operazioni di cura di sé in modo armonico, integrandole con aspetti personali, familiari e comunitari rilevanti.

Perché l'individuo possa avere una buona *capacità di Cura di sé* devono essere presenti alcuni requisiti, cioè azioni necessarie nella regolazione del funzionamento e dello sviluppo umano, detti "*Requisiti di Autoassistenza*".

Tali requisiti sono suddivisibili in tre categorie:

- requisiti universali: relativi ai *bisogni di base comuni a tutti gli esseri umani*, che comprendono sia bisogni fisiologici che relazionali e sociali (il mantenimento di una sufficiente immissione di aria, di acqua, di cibo, mantenimento dell'assistenza relativa all'eliminazione ed escrezione, mantenimento dell'equilibrio tra attività e riposo, tra solitudine e interazione sociale, la prevenzione dei pericoli e la promozione del funzionamento e del benessere umano, promozione delle funzioni e dello sviluppo umano all'interno dei gruppi sociali)
- requisiti evolutivi: sono fattori associati ai processi di sviluppo della vita e della maturazione tesi a prevenire le condizioni nocive allo sviluppo e alla maturazione o a mitigarne gli effetti durante tutte le fasi della vita. Le condizioni nocive possono essere dovute a mancanza di istruzione, problemi legati alla condizione sociale o di adattamento sociale, incapacità di condurre una vita normale, perdita di parenti o persone care, perdita di beni e sicurezza lavorativa, condizioni di vita opprimenti, cattiva salute o disabilità, malattia terminale
- requisiti di deviazione da una condizione di salute (genetici, strutturali o funzionali): necessitano di interventi preventivi, diagnostico/terapeutici, ma anche di modifica del concetto di sé per accettarsi in una particolare condizione di salute, imparare a convivere con gli effetti delle condizioni patologiche e delle terapie, adottando uno stile di vita che promuova lo sviluppo personale continuo.

Richiesta di autoassistenza terapeutica: è «la totalità delle azioni di *autoassistenza* che si devono eseguire per un certo periodo al fine di soddisfare i requisiti di *autoassistenza*, usando metodi validi e insiemi di operazioni o di azioni tra loro collegate».

Azione di auto assistenza: è «la capacità di un individuo di eseguire operazioni di valutazione e di azione essenziali per la cura di sé». Tale concetto è legato a tre termini: **agente** «la persona che fa un'azione», **l'agente dell'autoassistenza** «colui che dà l'autoassistenza» e **l'agente dell'assistenza dipendente** «colui che fornisce l'assistenza ai bambini o alle persone adulte dipendenti».

### Teoria del Deficit di cura di sé (Mancanza di autoassistenza)

Insorge quando:

- la richiesta di *autoassistenza terapeutica* è o può diventare maggiore della *capacità di auto assistenza*
- una persona è totalmente o parzialmente incapace di prendersi cura di se stesso in maniera efficace
- c'è necessità di interventi specifici per risolvere problemi che minano l'autoassistenza.

Sono queste le tre condizioni che determinano il bisogno di nursing. L'infermiera può agire su tali condizioni con cinque metodologie d'aiuto: operare al posto delle persone o agire per loro, guidarle, sostenerle psicologicamente e fisicamente, promuovere un ambiente ottimale per il ripristino delle attività fondamentali della vita, insegnare loro quello che necessita per recuperare il proprio potenziale di autoassistenza o evitare complicanze.

### Teoria dei Sistemi infermieristici

Si riferisce alla serie di azioni che l'infermiere compie per soddisfare i requisiti di autoassistenza di un paziente.

«I sistemi infermieristici si formano quando gli infermieri usano le loro abilità per prescrivere, progettare ed erogare il nursing a pazienti, eseguendo azioni singole e sistemi di azioni».

Sono individuati tre tipi di sistemi infermieristici, a seconda della maggiore o minore autosufficienza di colui che richiede l'aiuto: del tutto compensatorio, in parte compensatorio, educativo e di sostegno.

<i>Sistemi infermieristici</i>	<i>Descrizione del sistema</i>	<i>Ruolo dell'infermiere</i>	<i>Ruolo del paziente</i>
<b>Sistema totalmente compensatorio</b>	Il paziente dipende dagli altri per il proprio benessere e l'infermiere deve compensare la completa inabilità della persona a compiere azioni di autoassistenza	Attua la "cura di sé" terapeutica in sostituzione del paziente, ovvero compensa le limitazioni del paziente e sostiene e protegge il paziente	_____
<b>Sistema parzialmente e compensatorio</b>	Il paziente può soddisfare alcuni requisiti di autoassistenza ma necessita dell'infermiere per soddisfarne altri, pertanto sia l'infermiere che il paziente eseguono interventi di assistenza	Esegue alcune misure di "cura di sé": compensa le limitazioni del paziente e assiste il paziente	Esegue alcune misure di "cura di sé": regola le sue capacità e accetta l'assistenza dell'infermiere
<b>Sistema istruttivo di supporto</b>	Il pz. può soddisfare i requisiti di autoassistenza, ma necessita di assistenza nella fase decisionale, nel controllo del proprio comportamento o nell'acquisizione di conoscenze al fine di autogestire i propri problemi di salute. Ne deriva che il ruolo dell'infermiere deve essere prevalentemente educativo e di sostegno. Si applica a tutte quelle situazioni in cui il paziente è in grado di eseguire, oppure può e dovrebbe imparare ad eseguire, azioni di autoassistenza terapeutica orientata esternamente o internamente ma non lo può fare senza assistenza educativa e sostegno	Regola lo sviluppo e l'esercizio della "cura di sé" del paziente.	Esegue la "cura di sé"

### *Metodi di assistenza*

I metodi di assistenza descritti di Orem sono:

- agire o fare per
- guidare
- insegnare
- sostenere
- offrire un ambiente di sviluppo

### *La teoria di Dorotea Orem e il Processo di Nursing*

Il processo di nursing rappresenta lo schema entro il quale l'infermiere opera per soddisfare specifiche responsabilità nell'assistenza ai pazienti assicurando che le scelte e le azioni di nursing siano cumulativamente appropriate per il paziente. Per garantire ciò gli infermieri devono utilizzare un metodo scientifico: il *processo di nursing*.

- Diagnosi Infermieristica:

- riguarda l'analisi dei dati per scoprire qualunque deficit del paziente nella "cura di sé".
- definizione dei deficit del paziente nella "cura di sé".

- Programmazione:

- scelta del "sistema" adeguato di assistenza concordato con il paziente e i familiari.
- portare il paziente a diventare un agente efficace nella "cura di sé".
- incoraggiare il paziente a partecipare attivamente alle decisioni relative alla sua salute.

- Attuazione:

- l'infermiere assume il suo ruolo di guida o di assistenza.

- Valutazione:

- viene eseguita sia dal paziente che dall'infermiere.
- risponde alla domanda: persistono dei deficit nella "cura di sé" ?

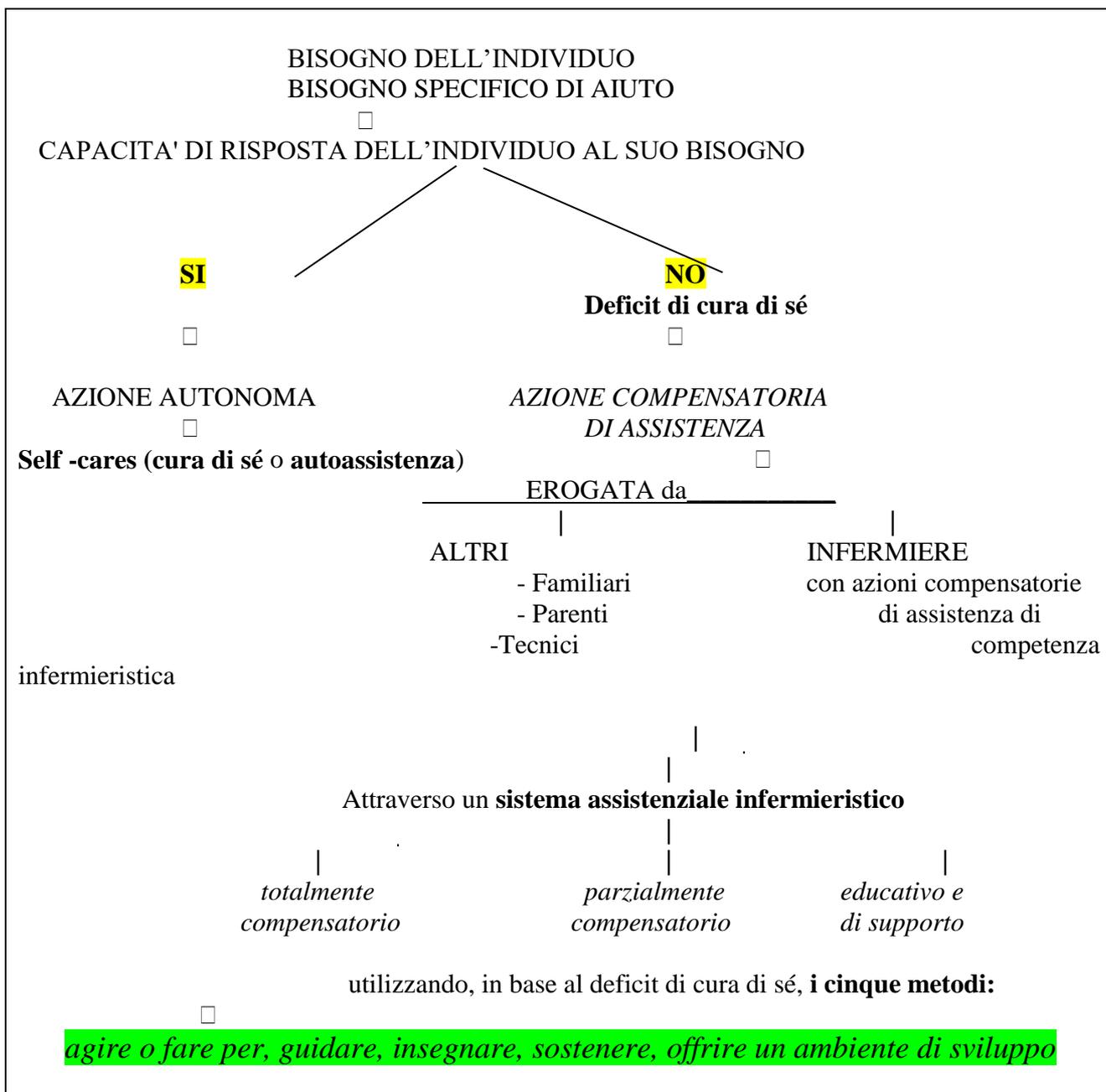


Figura n.1 - Schema della teoria di D. Orem<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Schema creato da Gabriella Mura e Patrizia Marmo per la formazione del personale infermieristico territoriale anno 1999. Vietata la riproduzione senza il consenso delle

*Modello del  
sistema*



*comportamentale*

DOROTHY JOHNSON

## Biografia

Nasce il 21 agosto 1919 a Savannah in Georgia. Ottiene il Bachelor in Scienze infermieristiche alla Vanderbilt University nel Tennessee. Lavora come infermiera e come istruttrice per poi diventare docente all'Università di Los Angeles. *Pubblicò Conceptual Models for Nursing Practice*

## Modello Concettuale

Dorothy Johnson, influenzata dalla teoria dei sistemi, concepisce l'essere umano come un sistema comportamentale costituito da **sette sottosistemi**:

- **Attaccamento e affiliazione.** Permette l'inclusione sociale e l'intimità, fornisce sopravvivenza e sicurezza.
- **Dipendenza.** I comportamenti di dipendenza sollecitano comportamenti assistenziali nelle altre persone. Il risultato di un comportamento dipendente è "*approvazione, attenzione o riconoscimento ed assistenza fisica*".
- **Ingestione.** Relativo all'assunzione di cibo e ai significati culturali e sociali collegati.
- **Eliminazione.** Si riferisce alle attività di escrezione e alle variabili culturali e sociali connesse.
- **Sessualità.** Riflette i comportamenti inerenti la procreazione e la gratificazione.
- **Aggressione.** Riguarda i comportamenti volti all'autoconservazione, messi in atto quando vengono minacciati la vita e il territorio. La Johnson si rifà per questo aspetto alle teorie dell'etologo Konrad Lorenz
- **Realizzazione o successo.** Inerenti ai comportamenti di controllo dell'ambiente e di ricerca di affermazione.

Il sistema uomo è sottoposto a continue perturbazioni interne o esterne che, provocando tensioni, ne alterano l'equilibrio. Un qualsiasi squilibrio importante di un sottosistema ha ripercussioni sugli altri sottosistemi e di conseguenza sul sistema uomo. Ciascun sottosistema è infatti aperto e correlato agli altri.

Il Nursing interviene come una forza capace di ripristinare l'equilibrio, l'omeostasi del sistema. Attraverso due tipi di intervento:

1. riducendo gli stimoli stressanti
2. sostenendo le difese naturali e il processo di adattamento della persona

# *Il concetto di adattamento*



## **Biografia**

Nata nel 1939, suor Callista Roy è stata infermiera ricercatrice e teorica di nursing al Boston College nel Massachusetts.

Dopo il raggiungimento del diploma in scienze infermieristiche nel 1963, ha ottenuto un dottorato in sociologia presso l'università della California. Durante il master in nursing, Roy ha cominciato a sviluppare, in collaborazione con Dorothy Johnson, un modello teorico di assistenza basato sul *concetto di adattamento*.

Ha diretto il dipartimento di nursing del Mount Saint Mary's College sino al 1982.

## **Modello Concettuale**

Il modello concettuale elaborato da Suor Callista Roy può essere considerato la prima teoria definibile di "sistema". Il suo modello concettuale suscitò infatti da subito una vasta risposta non solo in sanità, ma anche da parte di specialisti dell'educazione, i quali analizzarono ed applicarono questo modello presso i loro rispettivi campi del sapere.

La teoria elaborata si compone di **cinque elementi**, definiti dalla Roy essenziali:

- la persona fruitrice dell'assistenza,
- lo scopo del nursing,
- il concetto di salute,
- il concetto di ambiente,
- l'iter delle attività infermieristiche.

L'autrice sostiene che, attraverso una reale considerazione delle cinque componenti del modello, l'infermiere possiederà una valida visione della realtà e sarà in grado di compiere il processo di assistenza infermieristica.

## **I 4 CONCETTI DEL METAPARADIGMA DEL NURSING**

### ***Concetto di salute***

La salute è definita come un stato ed un processo dell'essere e del divenire di una persona integrata nel tutto. Secondo Roy quando una quantità sproporzionata di energia viene usata nel fronteggiare gli eventi della vita si ha una minore risorsa vitale da destinare agli scopi della sopravvivenza, della crescita, della riproduzione e della padronanza. Il nursing allora interviene proponendo un incentivo alla salute della persona, dando spinte ideali di sostituzione a questa carenza di forze.

### ***Concetto di Persona***

Per persona la Roy intende riferirsi al ricevente dell'assistenza infermieristica; ne consegue che, accanto al concetto di persona è da collocarsi anche quello di famiglia, gruppo, comunità e società. Ognuna di queste entità è un sistema olistico capace di adattarsi. Cosa si intende allora per "sistema olistico?". L'uomo, all'interno di questo sistema, si concettualizza in una prospettiva olistica, in cui i singoli aspetti agiscono insieme per formare la totalità della persona. Questo sistema, proprio per le sue caratteristiche, è in continuo interscambio con l'ambiente che lo circonda e da lui acquisisce informazioni, materia ed energia.

Per adattamento, invece, si intende la costante interazione con il mondo esterno che porta cambiamenti sia interni che esterni.

Il sistema di adattamento agisce secondo due stimoli, definiti dalla Roy, input: uno esterno ed uno interno. Per stimolo essa intende una unità di informazione, di materia o di energia che una volta recepito dalla persona provoca in lei una risposta adattiva.

La Roy ha poi suddiviso gli stimoli in due classi a seconda delle risposte che essi provocano

nell'individuo:

stimoli positivi, che generano una risposta capace di promuovere l'adattamento, stimoli negativi, che generano risposte negative non favorevoli all'adattamento.

Nel sistema di adattamento la Roy descrive due concetti specifici dell'assistenza infermieristica che fungono da meccanismi di controllo: il meccanismo regolatore e quello cognitivo. Tali sistemi sono da intendersi come sottosistemi della persona intesa come sistema adattivo.

Il sottosistema regolatore è formato da input, processi interni e risultati; questa tipologia di processi è specifica per il corpo umano nel quale, sotto l'azione di stimoli (input) vi è una risposta ed una conseguente elaborazione del risultato. (es. sistema endocrino)

Il sottosistema cognitivo fa invece riferimento alle funzioni più alte della sfera cognitiva con riferimento a funzioni specifiche del cervello quali la percezione, l'elaborazione delle informazioni ed il giudizio. Spesso i due sottosistemi agiscono contemporaneamente.

Delineando meglio i processi interni della persona, la Roy parla di "effettori" del sistema adattativo ed indica i sottosistemi regolatori come meccanismi agenti nell'ambito di "modalità".

La teorica identifica quattro modalità di adattamento:

modalità fisiologiche: ossigenazione, nutrizione, eliminazione, attività e riposo, integrità della pelle, funzione neurologica ed endocrina;

modalità del concetto di sé: valori e credenze relativi all'idea di se stessi (io fisico, io morale, io personale ed io etico);

modalità dell'esercizio del ruolo: ruoli in ambito sociale;

modalità di interdipendenza: valori umani quali l'affettività, l'affermazione del sé.

Le quattro modalità descritte non sono altro che i canali attraverso cui le persone si adattano ai cambiamenti e spesso queste modalità sono intervallari o consequenziali.

### ***Concetto di Ambiente***

Per ambiente si definiscono tutte quelle condizioni, circostanze ed influssi che circondano ed influenzano lo sviluppo ed il comportamento delle persone e dei gruppi. Da questa definizione che la teorica detta dell'ambiente, appare evidente come gli stimoli, specialmente quelli interni, creino le basi per un ambiente definito di risposta.

Lo studio della condizione ambientale aiuta l'infermiere a promuovere l'adattamento del paziente ad esso.

### ***Intervento infermieristico***

Per scopo del nursing la Roy intende l'assistenza alla persona nel potenziare le risposte di adattamento in relazione alle quattro modalità sopra descritte.

Le risposte di adattamento sono quelle che influenzano positivamente la salute.

La condizione della persona, ossia la sua capacità di "far fronte a", costituisce il suo livello di adattamento che, a sua volta, determinerà la positività o la negatività della risposta stessa agli stimoli-input.

Le tipologie di stimolo individuate dalla teorica sono:

focali: stimoli diretti unicamente sulla persona e caratterizzano la maggior parte delle stimolazioni esterne;

contestuali: tutti gli altri stimoli interni o esterni alla persona, capaci di influenzare la situazione e che sono verificabili sia oggettivamente che soggettivamente;

residuali: stimoli che caratterizzano maggiormente il soggetto e sono poco verificabili oggettivamente.

Questi stimoli interagiscono spesso in stretta collaborazione, ma la risposta adattiva cambia da persona a persona; inoltre un altro fattore di differenziazione nella risposta risiede dal luogo in cui è collocata la persona e dal contesto in cui vive.

## **Il processo infermieristico**

Il modello adattivo della Roy è stato ed è tutt'oggi una base teorica dalla quale molti professionisti hanno attinto per l'applicazione pratica del processo di nursing. La teorica, infatti, fu la prima a parlare di processo infermieristico in termini di valutazione, diagnosi, pianificazione e nuovamente valutazione.

### *Valutazione di primo livello*

In questo momento viene effettuata la prima raccolta dei dati ponendo particolare attenzione alla valutazione comportamentale del paziente.

In questa fase ci si riferisce alle quattro modalità adattive dell'individuo, considerato come sistema olistico di adattamento.

una valutazione attenta di primo livello, con riferimento alle quattro modalità adattive dell'individuo, dà ad ogni operatore un quadro completo del paziente.

### *Valutazione di secondo livello*

In questo momento della valutazione, l'infermiere si preoccupa di effettuare un'attenta anamnesi per ciò che riguarda le risposte adattive dell'individuo e correlate alle risposte negative. Si pone l'accento sull'identificazione degli stimoli focali e sulla loro incidenza sulla risposta dell'individuo. L'infermiere saprà allora che la sua azione di correzione o potenziamento, dovrà indirizzarsi in tal senso.

### *Diagnosi infermieristica*

La Roy afferma che l'infermiere ha a sua disposizione tre modi per fare un'adeguata diagnosi infermieristica:

- si fa riferimento ad un modello di diagnosi basato su quattro modelli di adattamento elaborati dalla teorica stessa, per cui la diagnosi si incentrerà non sul problema ma sull'effetto che tale problema genera;
- si effettua una diagnosi basata sull'osservazione dei comportamenti e sugli stimoli che tali comportamenti hanno creato;
- si può compiere una diagnosi riassumendo i comportamenti nell'ambito di uno o più meccanismi di adattamento in relazione agli stimoli.

Qualsiasi sia il metodo utilizzato per effettuare una diagnosi infermieristica, l'infermiere può limitarsi ad elencare quei comportamenti adattivi da potenziare.

### *Determinazione degli scopi*

Per scopi si intendono quei comportamenti adattivi che la persona deve acquisire o potenziare con l'aiuto dell'assistenza infermieristica. Appaiono quindi improbabili gli scopi a lungo termine perchè non qualificano una risposta immediata al problema adattivo dell'individuo.

Quando possibile gli scopi vanno stabiliti insieme alla persona assistita poichè la determinazione reciproca degli scopi rispetta i principi ed i diritti della persona stessa.

### *Piani per la messa in atto*

La messa in atto è l'attuazione delle modificazioni o dell'ampliamento di determinati stimoli, per lo più focali, in modo tale che la totalità degli stimoli cada nell'ambito di capacità che tale persona ha a disposizione per adattarsi.

### *Valutazione dei risultati*

Questa rappresenta l'ultima fase del processo infermieristico ed in tale momento si procede alla verifica degli obiettivi raggiunti.

Si osserva infatti se il comportamento del paziente corrisponde o si allontana da quello previsto nella

fase di determinazione degli scopi.

Se l'incongruenza è notevole, si procede a ridefinire nuovi scopi e nuove strategie di intervento per fare in modo che il processo infermieristico dia i risultati pianificati.

# *L'atteggiamento di cura*



JEAN WATSON

## Biografia

Nasce nel 1940 in West Virginia. Consegue il diploma in Nursing nel 1994 presso l'Università del Colorado, dove ottiene anche il Dottorato di Ricerca nel 1973. È stata libera professionista, consulente clinica, ricercatrice, membro della facoltà e amministratrice di istituto. Destinataria di molti premi e onorificenze, autrice ampiamente apprezzata e pubblicata di testi riguardanti l'assistenza infermieristica, la Watson ha di recente creato il Watson Caring Science Institute.

La sua attività scientifica verte principalmente sull'assistenza centrata sulla persona e sul problema psicologico della perdita.

Publicò: *Nursing: The Philosophy and science of Caring* (1979) e *Nursing: Human Science and Human Care* (1985)

## Modello Concettuale

I concetti teorici poggiano le proprie basi sulla **cultura umanistica** e in particolare sulle opere degli psicologi Carl R. Rogers, Erik Erikson e Abraham Maslow e del filosofo Martin Heidegger.

Watson sottolinea la necessità degli infermieri di impadronirsi della cultura umanistica per esercitare la loro attività in modo efficace, creativo e professionale.

Mentre la cura della malattia è compito del medico, l'assistenza è compito dell'infermiere che quindi si occupa di un ambito diverso e autonomo.

Oggi, secondo Watson, *"Il ruolo umanistico dell'assistenza [nel nursing] è minacciato dalla sempre maggiore tecnologia medica e dai limiti burocratico-direttivo- istituzionali nella società dell'era nucleare. Contemporaneamente c'è stata una proliferazione di cure e di trattamenti improntati alla tecnica, spesso senza tener conto dei costi"*.

È sbagliato inoltre, secondo Watson, identificare, come si fa oggi, l'assistenza sanitaria con la sola assistenza medica, che si limita alla diagnosi, al trattamento della malattia e alla prescrizione di farmaci.

Watson critica la deriva tecnologica della medicina contemporanea, che vede l'infermiere rispondere più alle richieste delle macchine che ai bisogni dei pazienti. Incoraggia l'infermiere moderno ad andare, nella sua attività, oltre le certezze della medicina scientifica e di utilizzare concetti e tecniche anche della medicina complementare.

## Watson propone sette presupposti della scienza infermieristica:

1. L'assistenza può essere praticata in modo efficace solo se è interpersonale.
2. L'assistenza è tesa a soddisfare alcuni bisogni umani.
3. L'assistenza efficace promuove la salute e la crescita individuale o familiare.
4. L'infermiere accetta la persona non soltanto per come è ora, ma anche per quello che può diventare.
5. L'infermiere permette alla persona assistita di sviluppare il proprio potenziale umano e, nello stesso tempo, offre la possibilità di scegliere l'azione migliore per se stessa.
6. L'assistenza è più efficace della cura per quanto riguarda la salute nella sua globalità. La scienza dell'assistenza e la scienza della cura sono complementari.
7. La pratica dell'assistenza è fondamentale per gli infermieri.

## **I dieci fattori caratteristici del nursing su cui fondare la scienza dell'assistenza sono:**

1. Far riferimento a un sistema di valori umanistico-altruista.
2. Trasmettere fiducia e speranza.
3. Coltivare la propria e l'altrui sensibilità.
4. Instaurare una relazione di fiducia e di aiuto.
5. Promuovere e accettare l'espressione di sentimenti positivi e negativi.
6. Basare il proprio processo decisionale sul *problem solving*.
7. Promuovere rapporti interpersonali improntati all'apprendimento/insegnamento.
8. Fornire un ambiente di sostegno mentale, fisico e spirituale che protegga e/o corregga.
9. Orientare l'assistenza al soddisfacimento dei bisogni umani.
10. Considerare le forze esistenziali-fenomenologiche.

Importanti, nella **teoria olistica** di Watson, sono le nozioni di **empatia**, ossia la capacità di sperimentare e quindi di capire, le percezioni e i sentimenti di un'altra persona e di comunicarli, di **congruenza**, la volontà cioè di essere reali, onesti, genuini ed autentici e infine, quella di **calore non possessivo**, un atteggiamento che si dimostra con un tono di voce moderato, una postura rilassata e aperta e con conseguenti ed adeguate espressioni del viso.

Per i bisogni umani che il processo di assistenza si sforza di gratificare, Watson si rifà alla gerarchia dei bisogni umani formulata da Maslow, proponendo tuttavia una propria personale classificazione:

1. **Bisogni di ordine inferiore (bisogni biofisici):** necessità di cibo o di liquidi, necessità di eliminazione, necessità di ventilazione.
2. **Bisogni di ordine inferiore (bisogni psicofisici):** necessità di attività e di riposo, necessità di sessualità.
3. **Bisogni di ordine superiore (bisogni psicosociali):** necessità integrative; bisogno di conseguire risultati, bisogno di affiliazione.
4. **Bisogni di ordine superiore (bisogni intrapersonali e interpersonali):** bisogni di ricerca e di crescita, bisogno di autorealizzazione

Il concetto di salute di Watson è quello formulato dall'Oms di completo benessere fisico, psichico e sociale, cui la teorica americana aggiunge una particolare attenzione allo stile di vita, alle condizioni sociali e all'ambiente. Secondo Watson è lo stesso individuo che dovrebbe definire il proprio stato di salute o di malattia.

Il nursing, secondo Watson, si radica nelle discipline umanistiche e nelle scienze naturali. Esso ha lo scopo di promuovere la salute, prevenire la malattia, curare i malati e ripristinare il benessere. Di più: il nursing si deve prefiggere di aiutare le persone a raggiungere un elevato livello di armonia con se stesse, promuovendo l'autoconoscenza, l'autoguarigione e l'approfondimento del significato della vita.

La teoria di Watson pone il cliente al centro della pratica infermieristica, piuttosto che la tecnologia e sottolinea l'importanza dei fattori psicologici, sociali e spirituali nel processo di assistenza. La teoria si fonda su solide basi culturali. I concetti espressi non sono difficili, ma le teorie su cui si appoggiano sono numerose ed estese. Gli scritti di Watson sembrano trascurare il fondamento biofisico del nursing e la sua teoria su una assistenza di elevata qualità sembra difficilmente applicabile in quegli ambienti burocratici dove, come negli ospedali, le infermiere devono assistere malati acuti, in regime di degenza breve, sottostando a ferrei vincoli economici.



*Il modello del Sole  
Nascente*



MADELEINE LEININGER

## Biografia

Nasce a Sutton, nel Nebraska. Si diploma alla scuola infermieri di St. Antony a Denver. Fa la caposala in un reparto medico-chirurgico e la direttrice del personale infermieristico al reparto psichiatrico dell'ospedale di Omaha. Nel 1954 si specializza in nursing psichiatrico. Nel 1965 ottiene il dottorato in antropologia all'Università di Seattle. Influenzata dall'incontro con la celebre antropologa Margaret Mead, studia le relazioni tra nursing e antropologia. Nel 1966 tiene all'Università del Colorado il primo corso di nursing transculturale.

La Leininger ha ottenuto numerosi incarichi accademici e istituzionali e prestigiosi riconoscimenti per il suo lavoro. Tiene discorsi, seminari e conferenze in tutto il mondo

Publicò: *Nursing and Antropology: Two Worlds Blend* (1970); *Transcultural Nursing: Concepts, Theories and Practices* (1978); *Caring: an Essential Human Need* (1981); *Care: The Essence of nursing and Health* (1984); *Qualitative Research Methods in Nursing* (1985); *Transcultural Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing* (1985)

## Il concetto di infermieristica per Madeleine Leininger

Un importante contributo alla scienza infermieristica è stato dato da Madeleine Leininger proprio grazie all'adozione di uno sguardo antropologico sul fenomeno assistenziale. Per meglio comprendere quest'assunto la Leininger afferma che: "...l'assistenza è complessa, ingannevole e incorporata all'interno della struttura sociale e ritiene che alcuni aspetti di essa siano specifici e altri universali..." .

In questa affermazione della Leininger si rileva l'obiettivo del nursing transculturale che è quello di scoprire valori culturali, credenze e pratiche, legati al nursing, di specifiche culture e subculture, per prestare un'assistenza infermieristica che si modella sulle specifiche culturali dell'utente/paziente. L'assistenza congruente, dal punto di vista culturale, è l'outcome finale del nursing transculturale. Questo risultato viene perseguito a livello comparativo identificando differenze ma anche similarità tra le culture non tenendo conto dell'irriducibilità alle pratiche comparative e generalizzanti della persona umana. *"Pensare in termini di cultura significa abbandonare le generalizzazioni e accettare l'irriducibile specificità dei contesti in termini spaziali e temporali"*. Tale approccio ci porta all'interculturalità come approccio dialogico per risolvere i bisogni assistenziali del paziente altro con una sua specificità culturale specifica anche all'interno di una stessa cultura o subcultura..

## M. Leininger e la teoria della diversità e universalità della cultural care

La teoria della culture-care (tradotto letteralmente "assistenza culturale") illustra come sia possibile fornire un'assistenza alle persone rispettosa della cultura di appartenenza, comprendendone similitudini e differenze. In un suo scritto degli anni cinquanta, emerge questa sua riflessione: *"Quello di cui le persone hanno più bisogno per crescere, rimanere in salute e sopravvivere o affrontare la morte, è dell'umanizzazione dell'assistenza (human caring). L'assistenza è l'essenza dell'infermieristica, ne è "il cuore e l'anima" e rappresenta quello che di più la gente cerca nell'infermiere e nei servizi sanitari. Gli infermieri devono allora acquisire conoscenza dei valori, delle credenze e delle forme d'assistenza espresse nelle varie culture e mettere a frutto tale conoscenza per prendersi cura delle persone sane e dei malati"*.

La teoria del culture care è stata sviluppata attraverso numerose pubblicazioni e permette di scoprire i vari significati e modi di fornire assistenza alle persone di cultura differente, rispettandone le aspettative, ma nello stesso tempo permettendo d'individuare strategie assistenziali culturalmente sensibili.

L'incontro infermiere-paziente, per Leininger, è molto di più di un incontro tra due persone, è il concretizzarsi di un incontro tra diverse visioni del mondo, che non di rado producono imbarazzi, fraintendimenti, rigidità, rabbia e frustrazione. Queste reazioni stanno ad indicare che sia gli infermieri sia gli utenti devono trovare uno spazio da dedicare alla comprensione reciproca, per socializzare ed esaminare i fattori che influenzano i loro modi di fornire e ricevere assistenza.

La teoria della culture care aiuta e incoraggia gli infermieri a studiare e scoprire tali fattori al fine di ottenere:

- Pazienti soddisfatti dell'assistenza ricevuta e infermieri orientati ed efficaci nel rapporto con l'altro e nel fornire risposte d'aiuto a chi è culturalmente diverso;
- Infermieri in possesso di un sapere in divenire, forte nel metodo e rispettoso del valore del care nel senso più ampio del termine in una prospettiva sistemica e olistica.

I concetti di cultura e di assistenza risultano quindi inseparabili, la loro fusione fornisce la possibilità di scoprire elementi di diversità e di universalità dell'assistenza, arricchendola. Per Leininger, infatti, il nursing transculturale è un sottosistema dell'assistenza infermieristica.

## Il modello del Sole Nascente

La Leininger ha denominato la sua teoria "Diversità ed Universalità dell'Assistenza Culturale" ed ha ideato uno schema ispirandosi all'immagine del Sole Nascente, una sorta di modello concettuale entro il quale è possibile individuare quattro livelli, come nell'immagine.

I primi tre livelli sono di conoscenza da parte dell'infermiere al cliente e alla sua situazione, il quarto è d'azione.

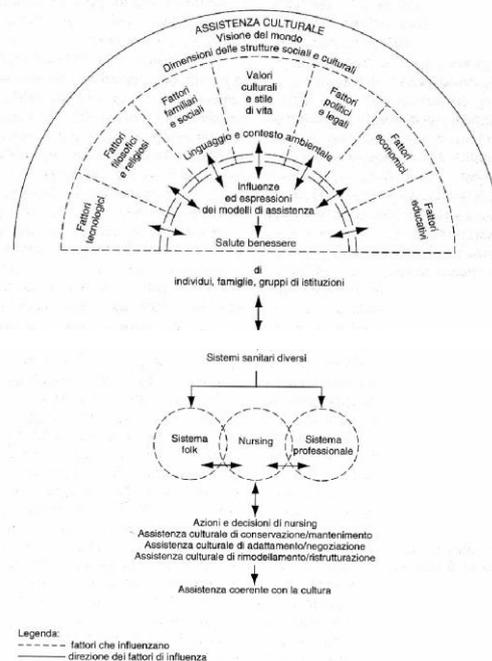
**1° livello: rappresenta la visione del mondo e il sistema sociale;**

**2° livello: contribuisce alla conoscenza degli individui e dei gruppi nei diversi sistemi sanitari;**

**3° livello: evidenzia il sistema popolare o folk, il sistema professionale ed il nursing;**

**4° livello: rappresenta il livello delle decisioni e delle azioni d'assistenza infermieristica.**

### Il modello concettuale del sole nascente di M. LEININGER



L'Autrice afferma che culture diverse percepiscono e praticano l'assistenza i modi diversi, nonostante l'esistenza di alcuni punti in comune nelle varie culture del mondo. I quattro concetti principali che fanno da perno alla teoria della Leininger possono essere così riassunti:

- **Salute:** quale stato di benessere che viene definito e praticato in base alla cultura e che riflette la capacità degli individui (o gruppi) di svolgere le attività quotidiane connesse al loro ruolo in maniera culturalmente soddisfacente;

- **Esseri umani:** considerati altruisti e capaci di preoccuparsi del bisogno e del benessere degli altri. L'assistenza quindi è un fenomeno universale presente in tutte le culture, che si differenzia in molti modi proprio in conformità delle culture stesse;
- **Società-ambiente:** all'interno del quale il contesto ambientale viene definito come la totalità di un evento o di un'esperienza;
- **Nursing:** quale professione coinvolta nella cultura e nell'assistenza, dal momento che l'infermiere presta assistenza a persone appartenenti a culture diverse.

Il punto focale del processo infermieristico è costituito dal cliente che è il fruitore dell'assistenza. A tale proposito la Leininger presenta tre tipi di azioni infermieristiche fondate sulla cultura e coerenti con i bisogni ed i valori del cliente:

1. **Conservazione-mantenimento** che include quelle azioni e decisioni professionali che assistono, sostengono, rendono capaci ed aiutano il cliente a mantenere uno stato di salute o a riaversi dalla malattia o ancora ad affrontare la morte;
2. **Adattamento-negoziazione** che comprende quelle azioni e decisioni professionali che assistono, sostengono rendono capaci ed aiutano il cliente ad adattarsi o a negoziare uno stato di salute più soddisfacente o ad affrontare la morte;
3. **Rimodellamento-ristrutturazione** che vede azioni e decisioni professionali che assistono, sostengono, rendono capaci ed aiutano il cliente a cambiare il proprio stile di vita per adottare modelli nuovi di vita igienico-sanitari;

Per concludere il punto di forza che distingue la teoria della Leininger, è l'importanza della conoscenza e della comprensione della cultura del cliente, anche se ciò può richiedere molto impegno, anche perché le diversità sono in numero maggiore rispetto ai modelli di assistenza universale. Nonostante le difficoltà si deve tener presente una realtà sempre più multietnica ed è per questo che lo sviluppo di questa teoria ha permesso a numerose persone in varie strutture e nell'ambito di varie culture di testare i concetti ed i principi che la concernono.

### **Il metodo di ricerca qualitativo di M. Leininger: “l’etnonursing”**

È un metodo di ricerca di tipo induttivo, qualitativo, centrato sull'utente piuttosto che sul ricercatore, finalizzato alla conoscenza di forme di assistenza e della relativa influenza sulla salute e sul benessere delle persone appartenenti ai diversi contesti geoculturali. Leininger riferisce che il metodo si basa sull'apprendimento dalle persone, attraverso i loro occhi, le loro orecchie e le loro esperienze. L'antropologo per svolgere il lavoro “sul campo” utilizza il metodo dell'etnografia, l'infermiere per individuare i possibili interventi applica un suo adattamento che consiste nell'etnonursing suddiviso in tre fasi:

1. identificazione delle fonti per determinare l'etnoassistenza;
2. classificazione dei costrutti di etnoassistenza e di assistenza infermieristica, considerando specifiche variabili culturali;
3. analisi e verifica dei diversi costrutti di assistenza e individuazione degli specifici interventi infermieristici.

Secondo le parole della stessa M. Leininger: “ Per il ricercatore che segue il metodo dell'etnonursing la sfida è quella di lavorare con interesse insieme alle persone, per favorire l'espressione delle loro credenze culturali, valori e idee passate e presenti sull'assistenza, la salute, il benessere e altre

dimensioni dell'infermieristica. Questo richiede all'infermiere un modo di procedere rilassato, aperto, non aggressivo e un interesse genuino nell'ascoltare e confermare le idee dell'utente. Essere umili e aperti di idee è vitale, cosa non possibile con la figura del ricercatore tradizionale, che si basa sul metodo scientifico e che presuppone di avere una conoscenza superiore, acquisita da esperienze professionali precedenti. Il metodo richiede inoltre che il ricercatore entri nell'ambiente dell'utente e cominci gradualmente a imparare dal suo mondo”.

Leininger ha concepito l'idea degli enablers (agevolatori) che, in contrapposizione agli strumenti (termine ritenuto freddo e distaccato), fungono da aiuto all'infermiere nel suo percorso di scoperta, essi sono due e sono l'agevolatore sconosciuto - amico e l'agevolatore osservazione - partecipazione - riflessione. Il primo aiuta il ricercatore a passare dal ruolo di sconosciuto, estraneo, a quello di amico; il secondo invece deriva dall'approccio tradizionale e aggiunge, nell'ordine, gli aspetti di osservazione, partecipazione e riflessione.

I principali criteri, suggeriti da Leininger, che permettono di validare l'intero processo di ricerca sono i seguenti:

- Credibilità: si riferisce alla “verità”, accuratezza o attendibilità dei risultati;
- Confermabilità: si riferisce alla possibilità, attraverso i dati raccolti e documentati, di riaffermare quello che il ricercatore ha sentito, visto o sperimentato rispetto ai fenomeni studiati;
- Significatività rispetto un contesto: si basa sul significato e la comprensione di azioni, simboli, eventi e altre attività in relazione a un contesto specifico;
- Ricorrenza: si riferisce al ripetersi di esperienze e avvenimenti in un certo periodo in specifici contesti;
- Saturazione: si riferisce alla possibilità di possedere in modo esauriente tutte le informazioni disponibili riguardo a certi fenomeni studiati. Significa che il ricercatore ha studiato a fondo il fenomeno e non ci sono ulteriori dati da raccogliere poiché si verifica la ridondanza delle informazioni;
- Trasferibilità: si riferisce alla possibilità di trasferire particolari risultati della ricerca qualitativa a un altro contesto simile, pur mantenendo le stesse interpretazioni.

*I modelli  
funzionali di  
salute*



MARJORY GORDON

*“Tutti gli esseri umani hanno in comune certi modelli funzionali che concorrono alla loro salute, alla qualità della vita e alla realizzazione del potenziale umano”*

## **Biografia**

Marjory Gordon ha sviluppato un sistema che organizza l'accertamento infermieristico sulla base di funzioni.

M. Gordon (1990) propone agli infermieri di indagare sui normali modelli comportamentali che contribuiscono a determinare lo stato di salute, la qualità della vita e la realizzazione del potenziale umano per poterne valutare l'appropriatezza o l'inadeguatezza. Questo tipo di orientamento è sostenuto dalle teorie della crescita e dello sviluppo, dalla teoria dei sistemi di Von Bertalanffy, dalla teoria olistica di Smuts e dalla teoria dei bisogni di Maslow. Il motivo è dato dal fatto che l'uomo rappresenta un sistema aperto, in costante interazione con l'esterno, che, a sua volta, esercita un'importante influenza su di lui e sulla sua salute.

Così come altri metodi anche questo utilizza un approccio olistico e sistemico alla persona. Gli infermieri indagano sui normali modelli comportamentali che contribuiscono a determinare lo stato di salute, la qualità della vita e la realizzazione del potenziale umano per poterne valutare l'appropriatezza o l'inadeguatezza.

L'approccio di Gordon avendo carattere olistico si applica alla persona assistita (o al gruppo o alla collettività) a prescindere dal contesto in cui si richiede assistenza infermieristica, dalla sua età e dal punto in cui si trova lungo il continuum salute-malattia. “Tutti gli esseri umani hanno in comune certi modelli funzionali che contribuiscono alla loro salute, qualità della vita e realizzazione del potenziale umano.

Tali modelli comuni sono il centro di interesse dell'accertamento infermieristico. La descrizione e la valutazione dei modelli di salute permette all'infermiere di identificare i modelli che sono funzionali (punti di forza del cliente) e quelli che sono disfunzionali (diagnosi infermieristiche)”.

Per **modello** si intende una serie di comportamenti che si ripetono nel tempo. Consapevoli e volontari o meno, tali comportamenti riguardano l'alimentazione, il riposo, l'eliminazione, l'attività cognitiva, l'autostima e molti altri aspetti della vita umana. Aiuta a capire il concetto di modello un esempio citato da Gordon in un suo testo: una donna ricoverata in ospedale ha una discussione con il marito. L'episodio di per sé non indica un modello comportamentale; anzi, qualora rimanga isolato, non lo è proprio. Se però, disponendo di maggiori informazioni, gli infermieri apprendono che vi è qualche problema nei rapporti di coppia, devono sospettare che il modello di ruoli-relazioni (uno degli undici modelli della tipologia) possa essere disfunzionale. Lo potranno dichiarare tale solo se da un ulteriore e approfondito accertamento infermieristico risulterà che la signora ha problemi relazionali anche con i figli, o i colleghi, o altre persone. In altre parole, un “modello” come tale non è immediatamente percepibile, ma si può indagare su di esso fino ad arrivare a una visione complessiva dei comportamenti che la persona mette in atto, per esempio, in rapporto ai ruoli-relazioni. Altri esempi di modelli nel senso qui indicato sono rappresentati dalle abitudini alimentari, intestinali e relative al sonno della persona. I modelli definiti da Gordon sono undici e vanno sempre considerati e analizzati non come entità separate, ma tenendo conto dei loro collegamenti nell'unicità e complessità della persona. Per esempio, vi possono essere disturbi che rendono disfunzionale il modello della percezione di sé – concetto di sé correlati a problemi nell'area del modello di attività - esercizio fisico, come l'immobilità o la presenza di limitazioni del movimento.

Il termine funzionale si riferisce alla funzionalità a livello biologico (adeguatezza o meno della respirazione, della circolazione ecc. legata allo stato di cellule, organi e sistemi), ma non ci si limita ad essa. Per esempio, il modello di attività – esercizio fisico può essere alterato, ossia disfunzionale, per problemi a tale livello (supponiamo, respiratori), ma anche per fattori psichici (come l'apatia o la depressione) o per uno stile di vita non idoneo alla tutela di questo aspetto della salute (come la vita sedentaria). È dunque in gioco una funzionalità umana complessiva. Un modello funzionale può divenire disfunzionale (e perciò costituire un problema, identificabile con una diagnosi infermieristica) se la persona mette in atto una serie di comportamenti che influiscono negativamente sulla sua funzionalità o sulla sua salute generale. Naturalmente un comportamento può migliorare la funzionalità, anzi questo è proprio lo scopo di molti interventi infermieristici.

Il concetto di salute viene inteso in termini corrispondenti alla tipologia di Gordon, cioè in senso funzionale, la salute è uno stato in cui la persona è come desidera essere ed è in grado di fare quello che desidera fare, avendo la libertà e l'autonomia necessarie per partecipare alle cose del mondo e per occuparsi delle proprie. Se consideriamo i modelli in rapporto alla salute o alla malattia, possiamo affermare con una prima approssimazione, che essi sono spesso disfunzionali in caso di malattia (la quale può alterare il modello di eliminazione, il modello della percezione di sé e così via) e mentre risultano funzionali in condizioni di buona salute, ma la relazione non è così meccanica. Il modello di percezione della salute - gestione della salute, per esempio, può essere alterato nella persona sana da inadeguate abitudini alimentari o dall'abitudine al fumo. In questo caso sono opportuni interventi infermieristici promozionali e preventivi come, ad esempio, l'educazione alla salute. D'altra parte, la malattia o la disabilità possono addirittura rafforzare la funzionalità di certi modelli, come quello di valori-convinzioni. Vi sono infatti persone che, in presenza di eventi importanti relativi alla loro salute, si pongono più di prima interrogativi sul senso della sofferenza e della vita e giungono a uno stato di maggiore serenità, consapevolezza e forza (anche se, di solito, non esente da contraddizioni e momenti di paura o di vera e propria disperazione).

L'assistenza infermieristica quindi pone al centro dell'attenzione la persona in tutta la sua interezza (famiglia, gruppo di appartenenza). L'assistenza infermieristica ha luogo là dove emerge una disfunzione nel modello di riferimento.

Gli 11 modelli sono i seguenti:

1. *Modello di percezione e gestione della salute*

- modello di salute e di benessere percepito dalla persona
- comportamento generale nei confronti della salute (come la persona gestisce la salute)
- stato o condizioni di salute in rapporto alla formulazione di piani per il futuro

2. *Modello nutrizionale – metabolico*

- consumo di alimenti e bevande in relazione al fabbisogno metabolico
- tipi, quantità e preferenze di alimenti e bevande
- lesioni cutanee e capacità di cicatrizzazione
- indicatori dello stato nutrizionale (quali le condizioni di cute, capelli ed unghie)

3. *Modello di eliminazione*

- modello di funzione escretoria
- abitudini e mezzi che la persona adotta

4. *Modello di attività – esercizio fisico*

- esercizio fisico, attività fisiche, tempo libero, svaghi
- attività di vita quotidiana
- sport

- fattori che interferiscono con l'attività fisica

*5. Modello di sonno – riposo*

- modello di sonno, riposo e rilassamento
- percezione della quantità e qualità del proprio riposo
- livello di energia (sentirsi o non sentirsi in forze)
- aiuti e problemi relativi al sonno

*6. Modello cognitivo – percettivo*

- adeguatezza delle modalità sensoriali
- percezione e trattamento nell'ambito cognitivo
- capacità funzionali nell'ambito cognitivo

*7. Modello di percezione di sé – concetto di sé*

- atteggiamenti verso se stessi
- percezione delle proprie capacità
- immagine corporea, identità, modello emozionale generale
- modello di postura e di linguaggio

*8. Modello di ruolo – relazione*

- impegni di ruolo (familiari, lavorativi, sociali)
- percezione delle proprie responsabilità

*9. Modello di sessualità – riproduzione*

- soddisfazione o disturbi nel campo della sessualità
- fase relativa alla riproduzione (pubertà, menopausa, ecc...)
- modello riproduttivo (desiderio di avere figli, uso di contraccettivi)

*10. Modello di adattamento – tolleranza allo stress*

- modo generale di affrontare le situazioni e sua efficacia
- capacità percepita di gestire le situazioni
- capacità e risorse personali su cui potere sempre contare

*11. Modello di valori – convinzioni*

- valori, scopi, credenze che guidano le scelte
- conflitti relativi allo stato di salute

***Gli 11 modelli funzionali di salute sono interconnessi, interagenti e interdipendenti***