

HIERARHIJA ZNANJA V ZDRAVSTVENI NEGI

HIERARCHY OF KNOWLEDGE IN NURSING CARE

Jana Šmitek

UDK/UDC 616-083:614.253.5:377

DESKRIPTORJI: zdravstvena nega; izobraževanje sestrsko

DESCRIPTORS: nursing care; education, nursing

Izvleček – Avtorica predstavlja metaparadigmo zdravstvene nege, ki jo sestavljajo štirje osnovni koncepti – človek, okolje, zdravje in zdravstvena nega. Okvirno predstavlja vsebine konceptualnih modelov, ki so rezultat različnih pogledov na metaparadigmatske koncepte. Teorije zdravstvene nege predstavlja zgolj s stališča delitve po obsežnosti in vsebini. Predstavljena je tudi možna uporaba teoretičnega znanja v praksi. Članek avtorica sklene s kritičnimi pogledi na razvijanje znanja in na ovire pri ustvarjanju znanstvenega znanja v zdravstveni negi pri nas.

Abstract – The article presents the metaparadigm of nursing care consisting of three concepts – man, environment, health and nursing care. The contents of conceptual models which are the results of different views upon metaparadigmatic concepts are presented. Theories of nursing care are presented as to their frame and contents, following by the description of their practical application. In conclusion, the author presents some critical views upon the development of knowledge and impediments to the development of scientific knowledge in nursing care.

Uvod

S preučevanjem ustvarjanja in pridobivanja znanja se ukvarja epistemologija, ki jo imenujemo tudi filozofija znanosti. Znanost je povezano jedro znanja, sestavljeno iz raziskovalnih zaključkov in preverjenih teorij v določeni stroki. Znanost je rezultat (končni cilj) in proces (mehanizem za doseganje cilja) hkrati (Burns, Grove, 1997).

Znanje (episteme) je poznavanje nujnih in splošnih vzrokov stvari in dogajanja v svetu. Znanstveno znanje nastaja na osnovi paradigmatnega jedra znanja ob upoštevanju zaključkov, ki so racionalno osvojena prepričanja posameznikov ali skupin. Znanosti z zgrajeno paradigmo so tiste empirične znanosti in njihove pomembne discipline, ki poznajo dobro izdelano metodično opazovanje in eksperimente in imajo izdelane trdne osnovne teorije, ki jih sprejema večina znanstvenikov na tem področju (Ule, 1996).

Znanje je posebna vrsta zanesljivo resničnih prepričanj, prepričanje pa je zavestno sprejetje določenega stališča ali mnenja. Znanstveno znanje ni nekaj absolutnega, temveč se stalno spreminja, dopolnjuje in dograjuje z znanstvenimi dognanji iz prakse ustvarjalcev znanja.

Znanstveno znanje je kolektivno, saj pripada znanstveni skupnosti in posredno vsem ljudem, ki ga znajo uporabljati. Ule (1996) navaja več oblik znanja. **Skupno znanje** je tisto, kjer vsak član določene skupine ve, da ostali člani vedo isto. Skupno znanje ima skupno znanstveno paradigmo, istočasno pa tudi ista pra-

vila raziskovanja, tolmačenja in napredovanja dogodkov ter posedovanje istih teoretičnih izhodišč. **Implicitno znanje** neke skupine je potencialno znanje, ki ga individualno in zavestno še ne moremo opredeliti. Individualno implicitno znanje obstaja v posamezniku kot »tiho ali prikrito znanje«, ki se ga posameznik ne zaveda, dokler mu ne pomaga pri različnih razumskih operacijah. **Eksplicitno znanje** spremlja zavest o znanju; eksplicitno individualno znanje je torej zavestno znanje posameznika.

Za pretvarjanje nepovezanega implicitnega kolektivnega znanja v znanje vsakogar oziroma v skupno znanje, je pomembno zanesljivo komuniciranje v skupini in zagotovljen predpogoj, da je to tudi res skupno znanje skupine. Skupno znanje skupine presega eksplicitno znanje posameznikov. Znanstveno raziskovanje med drugim pomeni tudi odkrivanje tega, česar do nekega trenutka nismo vedeli in nam je bila tudi nevednost o tem prikrita (Ule, 1996).

Znanstveno znanje lahko opredelimo tudi kot »védenje, da« in »védenje, kako«. **Védenje, da**, ki ga Ule (1996) imenuje tudi **propozicionalno** znanje, izraža vsebino znanja, poznavanje dejstev, hipotez, teorij določenega področja.

»**Védenje, kako**« ali **dispozicijsko** znanje (Ule, 1996) opredeljuje, kako kaj storiti, s čimer se izraža sposobnost, moč ali razumevanje, kako priti do določenih stanj stvari. Dispozicijsko znanje je lahko tudi za specifične potrebe preoblikovano propozicionalno znanje. Dispozicijsko znanje je eksplicitno prisotno v samem delovanju.

Znanstveno spoznavanje je načrtna in nenehna dejavnost pridobivanja in prisvajanja skupnega znanja. Znanstveno skupno znanje je najbolj organizirana, sistematizirana in logično urejena oblika skupnega znanja ljudi. Za pridobivanje skupnega znanja, ki je opredeljeno kot znanstveno pomembno, Ule (1996) navaja naslednje potrebne predpostavke:

- skupna baza znanja,
- stalno iskanje racionalno opravičenih domnev,
- stalna kritika domnev, zavračanje neuspešnih domnev in postavljanje novih, boljših in
- težnja k deduktivni zaključenosti znanja, ki dosega najvišjo raven v znanstvenih teorijah.

Znanje v zdravstveni negi

Znanje je zavest o realnem ali zaznavanje resničnosti, stvarnosti, ki je pridobljeno z učenjem ali znanstvenim raziskovanjem (Chinn, Jacobs, 1987 cit. v Marriner-Tomey, Alligood, 1998). Walsh (1998) opredeljuje znanost v zdravstveni negi kot področje znanja, ki obravnava:

- prilagajanje posameznika ali skupin na aktualne ali potencialne zdravstvene probleme,
- vplive okolja na ljudi in njihovo zdravje in
- terapevtske intervencije, ki pospešujejo zdravje in učinkujejo na posledice bolezni.

V zdravstveni negi se pojavljajo štiri oblike ali področja znanja (Mc Kenna, 1997; Walsh, 1998):

Empirično znanje (propozicionalno znanje) predstavljajo izkustva oziroma vse, kar se da neposredno ali posredno merit in opazovati. Pomeni del »védenja, da...« v zdravstveni negi. Drugi del »védenja, da« v zdravstveni negi predstavlja znanstveno znanje, ki izhaja iz osnovne metaparadigmatske strukture, in znanje, ki izhaja iz drugih znanstvenih disciplin. Empirično znanje je sistematično urejeno v trditve, načela, teorije in zakonitosti ter predstavlja znanstveno osnovo zdravstvene nege.

Estetika pomeni kakovost oziroma umetnost zdravstvene nege. Predstavlja »védenje, kako...« (ali dispozicijsko znanje). Vključuje intuicijo, tolmačenje, razumevanje in vrednotenje fenomenov prek meja obstoječih zakonov in teorij. Obstaja določena razlika med »védenjem, kako« v praksi in »védenjem, kako« v razvijanju znanja. Prek izražanja načinov delovanja predstavlja estetika osnovo prakse zdravstvene nege, z znanstvenega stališča pa lahko predstavlja preoblikovanje splošnega znanstvenega znanja v skupno znanstveno znanje, ki je specifično uporabno na posameznem področju zdravstvene nege. Estetika v veliki meri predstavlja subjektivno, individualno in edinstveno znanje, ki je včasih prisotno le v praksi, ni pa opisano v strokovni literaturi, ker se ga ali ne da opisati ali pa mu v praktičnem pristopu ne posvečamo

toliko pozornosti, da bi ga opisali in s tem ustvarili skupno znanje.

Etično znanje vsebuje moralne presoje, kaj je prav in kaj napačno in izhaja iz splošne etike medsebojnih odnosov in iz biomedicinske etike, izhajalo pa naj bi tudi iz značajske etike ali etike vrlin in iz etike skrbi (za drugega) kot osnove feministične etike, ki sta pri izvajanju zdravstvene nege enako ali celo bolj pomembni od biomedicinske etike. Etično znanje se izraža prek moralnih kodeksov in etičnih odločitev in se individualno in subjektivno povezuje s prepričanji, vrednotami in vrlinami posameznika.

Osebnostno znanje predstavlja samozavedanje, oziroma poznavanje »sebe« (koncepta o sebi in drugih osebnostnih značilnosti), in terapevtsko uporabo razumevanja sebe ter našega povezovanja z drugimi v dobrobit drugih (Carper cit. v Ingram, 1994). Osebnost je individualni sistem. Človekova individualnost je edinstvena kakovost, zgrajena na individualni zavesti posameznika o sebi, lastni identiteti in podobi samega sebe. Poznavanje sebe in svojih notranjih sposobnosti je pomembno pri vzpostavljanju medsebojnih terapevtskih odnosov z bolnikom/varovancem. Bolnika/varovanca v zdravstveni negi ne zaznavamo kot objekt, temveč kot čutečega posameznika z edinstvenimi bio-psiho-socialnimi odzivi. Sweeney (1994) prikazuje osebnostno znanje kot del **osebnega znanja**, v katerem se odraža individualno dožemanje bistva znanja s strani posameznika.

Medicinske sestre uporabljajo omenjene oblike znanj povezano ali izmenično. Nobeno od teh znanj nima prednosti pred drugimi, niti ni manj pomembno; enakovredno so potrebna vsa, sicer je zdravstvena nega neprofesionalna. Odsotnost posamezne oblike znanja kaže značilne pomanjkljivosti.

Iz navedenih oblik znanja izhaja, da je zdravstvena nega kompleksna dejavnost, ki za celovito razumevanje in delovanje potrebuje široki niz znanj iz različnih znanosti – naravoslovnih, družboslovnih, humanističnih in filozofskih, ki jih uporablja v nespremenjeni obliki (védenje, da) ali v zdravstveni negi prilagojeni obliki (védenje, kako).

Zdravstvena nega ima tudi svoje specifično jedro znanja, ki je lastno samo zdravstveni negi in utemeljuje njen (bodoči) znanstveni obstoj, pomen in razvoj. Izhaja iz področja empiričnega znanja in ga je možno razporediti v določeno hierarhijo, kjer predhodna stopnja znanja omogoča razvoj nadaljnjih.

Hierarhija znanja v zdravstveni negi, ki temelji na metaparadigmatskih konceptih

Metaparadigma

Vsaka znanstvena disciplina ima svoje lastno specifično jedro znanja, po katerem se znanstvene discipline medsebojno razlikujejo. Osnova vsake znanstve-

ne vede je metaparadigma. Sestavljena je iz splošnih pojmov/konceptov, ki poimenujejo fenomene, pomembne za stroko in splošnih trditev, ki izražajo povezave med temi fenomeni. Metaparadigma je znanstveno dogovorjena struktura pojmov oziroma konceptov, ki mora zadovoljiti naslednje zahteve:

- določati mora področje discipline in ga s tem ločiti od drugih disciplin,
- v skopi obliki mora spremljati vse fenomene s področja discipline,
- predstavljena mora biti z nevtralnega stališča in
- biti mora mednarodno uporabna po obsegu in vsebini (Fawcett, 1995).

Zdravstveno nego kot novo nastajajočo znanstveno disciplino sestavljajo določeni pojmi, ki jih imenujemo fenomeni, in edinstvene medsebojne povezave teh pojmov na način, ki osrednje zadeva »skrb« kot osnovo zdravstvene nege.

Fenomen je vsak dogodek ali ugotovitev, ki je neposredno zaznaven s čutili. Če želimo razumeti, napovedati ali nadzorovati določen fenomen, poiščemo teorijo. Razvoj znanosti (zdravstvene nege) tako zahteva opredelitev fenomenov in dogodkov, s katerimi se posamezna znanost ali znanstvena disciplina (zdravstvena nega) ukvarja (Marriner-Tomey, Allgood, 1998).

Teorija je način razlage nekega dela empiričnega okolja in se lahko uporablja za opis, razlago, napoved in/ali nadzor tega področja. Teorija je sestavljena iz niza konceptov (stališč, idej) in pojmov, ki so opredeljeni in medsebojno povezani s trenutnim pogledom na pojav (Burns, Grove, 1997). Teorije vodijo raziskovanje in prakso, rojevajo nove ideje in ločijo jedra znanj posameznih znanstvenih disciplin od znanja drugih strok. Teorija je praktično orodje, ki medicinski sestri omogoča razmišljanje o specifičnih problemih v zdravstveni negi.

Fenomene, povezane z zdravstveno nego kot samostojno disciplino, predstavljajo štiri osrednji koncepti – pojmi: **človek**, **okolje**, **zdravje** in **zdravstvena nega**. Ti koncepti predstavljajo metaparadigmo zdravstvene nege (Fawcett, 1995). Metaparadigma je prva sestavina v hierarhiji znanja v zdravstveni negi.

Koncept **človeka** se nanaša na uporabnika zdravstvene nege in vključuje posameznike, družine, skupnosti in druge skupine. **Okolje** se nanaša na posameznikove pomembne druge in na fizično okolje, kot tudi na ustanove, v katerih se izvaja zdravstvena nega. **Zdravje** je posameznikovo stanje dobrega počutja, ki se razteza od visoke ravni ugodja na eni strani do terminalne bolezni oziroma smrti na drugi. **Zdravstvena nega** se nanaša na definicijo zdravstvene nege, na delovanje medicinskih sester v imenu ali v povezavi z bolnikom in na cilje ali izide negovalnih posredovanj (Fawcett, 1995).

Splošne trditve, ki izhajajo iz metaparadigme, omogočajo edinstvene poglede na koncepte, ki ločijo zdrav-

stveno nego od drugih strok in vključujejo povezavo človeka z zdravjem, interakcijo človeka z okoljem, povezavo zdravstvene nege z zdravjem in povezavo človeka, okolja in zdravja.

Prva trditev, ki zadeva povezavo človeka in zdravja, pravi, da se zdravstvena nega ukvarja z načeli in predpisi, ki usmerjajo življenjske procese, dobro počutje in optimalno delovanje posameznika v zdravju ali bolezni.

Naslednja trditev obsega povezavo človeka in okolja in pravi, da zdravstvena nega ugotavlja vzorce človekovega vedenja in delovanja v povezavi z okoljem v normalnih ali spremenjenih življenjskih okoliščinah.

Tretja ugotovitev povezuje zdravje in zdravstveno nego – zdravstvena nega izvaja negovalne postopke in prek njih omogoča procese, ki pozitivno vplivajo na zdravstveno stanje.

Povezava človeka, okolja in zdravja je zajeta v četrti ugotovitvi, ki pravi, da se zdravstvena nega ukvarja z zagotavljanjem celovitosti ali zdravja posameznika, ob upoštevanju, da je le-ta v neprestani povezavi s svojimi različnimi okolji.

Metaparadigma – človek, okolje, zdravje, zdravstvena nega in omenjene povezave konceptov opredeljujejo zdravstveno nego kot stroko in jih v enaki obliki ne more uporabljati nobena druga znanstvena disciplina.

Uporaba metaparadigmatskih konceptov v praksi zdravstvene nege

Metaparadigmatski koncepti, ki predstavljajo prvo stopnjo v hierarhiji znanja v zdravstveni negi, so najbolj posplošeni – abstraktni koncepti (nimajo nobenih bistvenih značilnosti). Zato je omenjenim konceptom v praksi na različnih področjih zdravstvene nege potrebno dodati uporabne značilnosti ali jih ustrezno preimenovali. Tako ti koncepti v praksi dobijo neštete pojavne oblike. **Človek** (bolnik, varovanec, klient, uporabnik) je lahko: kirurški bolnik, duševni bolnik, srčni bolnik, otrok kot bolnik, starostnik kot varovanec, novorojenček kot varovanec, kadilec kot klient/stranka, ženska v menopavzi kot uporabnica (nasvetov v zdravstveni negi)... **Okolje** v praksi zdravstvene nege lahko predstavljajo: bolnikovi svojci, otrokovi starši, varovančevi sodelavci, družina kot izvajalka zdravstvene nege, mati kot negovalka otroka, ustanova kot mesto izvajanja zdravstvene nege – bolnišnica, posvetovalnica, dom, domače okolje, ter dejavniki, ki neposredno vplivajo na zdravstveno stanje človeka...

Zdravje označujemo kot telesno, duševno, socialno, duhovno, celovito, optimalno zdravje, zdravje kot dobro počutje, zdravje kot sposobnost prilagajanja, zdravje kot odsotnost bolezni, bolezen kot izraz zdravja, trpljenje kot negativni izraz zdravja, smrt kot izid nezmožnosti prilagajanja... **Zdravstvena nega** je v prvi vrsti pomoč človeku, ki jo potrebuje, v nadaljevanju je lahko individualna, skupinska, holistična, bolnišni-

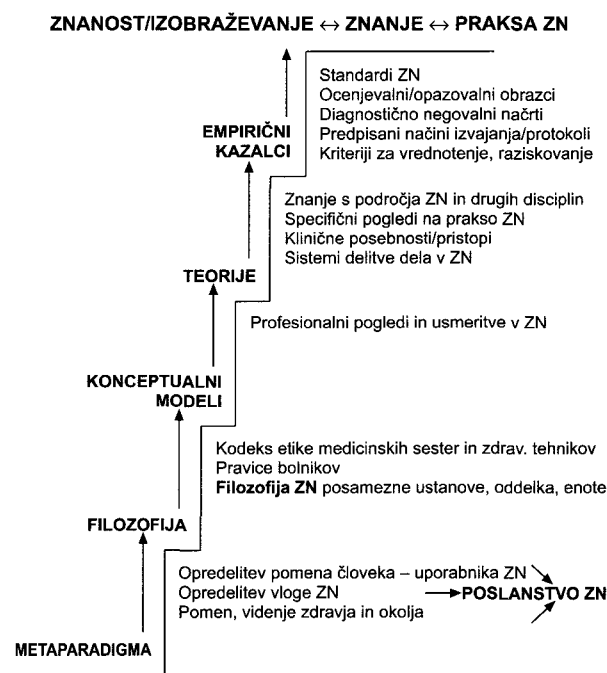
na, zdravstvena nega na domu, v okviru družine, kot oblika pomoči (svetovanje, učenje, fizična pomoč, duševna podpora), kot opredelitev cilja ali izida itn. Pojavne oblike osnovnih konceptov v zdravstveni negi se po posameznih področjih zelo razlikujejo, še bolj pa se razlikuje medsebojna povezava pojavnih oblik konceptov.

V praksi dobi z določenim področjem povezana opredelitev metaparadigmatskih konceptov uporabno vrednost v dokumentu *poslanstvo (misija) zdravstvene nege* (določenega področja) ali na splošno delovne organizacije. Če bi na primer hoteli opredeliti poslanstvo zdravstvene nege v porodnišnici (ali porodnišnice same), bi najprej opredelili, kdo predstavlja uporabnico/ka storitev – nosečnica, porodnica in po porodu tudi novorojenec. Nato bi predstavili okolje, ki lahko pomembno vpliva na uporabnico/varovanko in plod/novorojenca pred porodom, med njim in po njem – vlogo ustanove, kadra, znanja, preventivnih ukrepov, ustreznih pripomočkov pri omogočanju in zagotavljanju varnega poroda in zdravega poporodnega obdobja, kar je istočasno že tudi eden osnovnih ciljev zdravstvene nege. V okviru koncepta zdravstvena nega bi opredelili cilje negovalnih intervencij – ugotavljanje potreb porodnice, hiter, varen porod, preprečevanje zapletov, pospeševanje normalizacije življenjskih aktivnosti otročnice in novorojenca, pospeševanje medsebojnega povezovanja matere in otroka...in glavne ukrepe za doseganje ciljev. S stališča zdravja bi lahko porod brez zapletov opredelili kot fiziološki dogodek, pri katerem je za porodnico pomembna ohranitev celovitosti zdravja, pri novorojencu pa poleg tega tudi ustrezno prilagajanje na okolje in medsebojno povezovanje itn.

Na podlagi primera lahko sklenemo, da je za vsako področje zdravstvene nege opredelitev osnovnih konceptov drugačna oziroma specifična ter bistveno pomembna za razumevanje tako prakse kot tudi za izobraževanje na specifičnem področju.

Filozofija

Druga sestavina strukturne hierarhije sodobnega znanja v zdravstveni negi je **filozofija** (sl. 1). Filozofija daje področju zdravstvene nege enotnost in pomen in nudi ogrodje za razmišljanje, znanje in delovanje (Burns, Grove, 1997). Filozofije so ugotovitve o tem, kaj ljudje povzemajo kot resnico v povezavi s fenomenom, zanimivimi za stroko, in prepričanja o tem, kaj razvija znanje o teh pojavih (Fawcett, 1995). Filozofija, ki vpliva na razvoj znanja v zdravstveni negi, odraža tudi filozofijo družbenega okolja; to so splošno družbeno sprejeta stališča, vrednote, norme, usmeritve, ki izražajo vlogo/pomen človeka in skrbi za zdravje. Profesionalna filozofija opredeljuje pomen metaparadigmatskih konceptov, jih analizira, predstavlja v luči realnega in idealnega, in povezuje z drugimi filozofskimi pogledi (na primer etičnimi načeli).



Sl. 1. Hierarhija razvijanja znanja in preoblikovanje znanja za uporabo v praksi ZN.

Odraž znanja s področja filozofije v praksi zdravstvene nege

V prakso zdravstvene nege vključujemo filozofske poglede, ki nastajajo izven področja zdravstvene nege (v družbi) ali v zdravstveni negi sami. Filozofski pogledi, ki jih povzemamo iz družbenega okolja, so splošni etični pogledi, družbene usmeritve, predpisi, stališča, družbene vrednote... »Pravice bolnikov« predstavljajo vrsto dokumentov, ki so filozofskega značaja in pri nas izhajajo deloma iz družbenega okolja (Društvo za varstvo potrošnikov), deloma iz delovnih organizacij in deloma iz zakonskih predpisov (v Ameriki ga je na primer leta 1973 v celoti oblikovalo Združenje ameriških bolnišnic). Drugi dokument, ki izhaja iz področja zdravstvene nege, vključuje pa splošna etična stališča in vrednote, ki se tičejo zdravstvene nege kot stroke in vseh v njej zaposlenih, je kodeks etike v zdravstveni negi, pri nas *Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov* (1994). Kodeks etike izraža profesionalno videnje vloge izvajalcev zdravstvene nege s stališča dolžnosti, ki jih imajo zaposleni v zdravstveni negi do bolnikov, stroke in sodelavcev. Tretji dokument, ki vključuje usmerjene poglede na metaparadigmatske koncepte, misijo delovne organizacije, pravice bolnikov, kodeks etike in še druge sodobne profesionalne poglede na zdravstveno nego, je filozofija zdravstvene nege delovne organizacije ali oddelka, enote (Šmitek, 1998). Filozofije v zdravstveni negi nastanejo na osnovi širokega znanja in po oblikovanju predstavljajo novo profesionalno znanje, ki izraža vlogo zdravstvene nege, oziroma izraža, **kaj** želimo doseči (idejne usmeritve).

Konceptualni modeli

Pod vplivom filozofij se iz metaparadigme oblikujejo različni **konceptualni modeli**. Koncept je pojem, na katerega se navezuje več trditev, in konceptualni model predstavlja okvir idej, zgrajenih okrog ključnega področja aktivnosti, v tem primeru zdravstvene nege (Walsh, 1998).

Koncepti so gradbeni elementi teorij in razvrščajo fenomene, s katerimi se ukvarjamo. Razvoj teoretičnih konceptov omogoča opisovanje in klasifikacijo fenomenov. Vsak konceptualni model omogoča drugačen pogled na pojme metaparadigme, jih različno razlaga in jih povezuje na svojevrsten način. Konceptualni model je abstrakten in splošen sistem pojmov in trditev. Ideje o posamezniku ali skupini (pa tudi druge koncepte) skušajo modeli opisati univerzalno v celoti. Če hočemo konceptualni model v celoti uporabiti v praksi, ga morajo nadalje podrobneje opredeliti soodvisne in logično sestavljene teorije (Fawcett, 1995).

Da se lahko razvije teorija, morajo biti koncepti medsebojno povezani z vrsto teoretičnih ugotovitev in stališč, ki se lahko kategorizirajo v definicije (nudijo opise koncepta), trditve in povezave.

Konceptualni modeli imajo svojo vlogo v raziskovanju, izobraževanju, vodenju in v klinični praksi zdravstvene nege, niso pa neposredno uporabni v praksi.

Izraz konceptualni model moramo razlikovati od izraza model v teorijah (teoretični model), kjer model predstavlja samo obliko pojava nekega fenomena, izraženega kot teorija.

Konceptualni modeli ali na kratko modeli so pomembni, ker so gradivo zdravstvene nege. Modeli zdravstvene nege so potrebni za določanje meja/področja zdravstvene nege. Omogočajo združevanje znanja iz širokega niza drugih strok kot dodatek jedru znanja v zdravstveni negi, ki je potrebno za kakovostno oskrbo. Vsebujejo ideje, ki vplivajo na prakso zdravstvene nege (Walsh, 1998).

Modeli so izpeljani iz opazovanja realnega sveta ali razviti iz sveta abstraktnih filozofskih idej in trditev o človeku.

Walsh (1998) trdi, da potreba po razvijanju povezanega in holističnega pristopa v zdravstveni negi vodi do logičnega sklepa, da se v praksi ne moremo zanašati izključno na en sam model. Medicinske sestre naj bi po široki uporabi modelov prešle na »križanje« modelov in teorij, kar pomeni uporabo konceptov in idej iz enega modela/teorije v drugem modelu. V praktičnem pristopu to pomeni, da cilje zdravstvene nege pri istem bolniku usklajujemo z idejami različnih modelov/teorij glede na to, kako se spreminja zdravstveno stanje ali odvisnost bolnika.

Uporaba konceptualnih modelov v praksi

V praksi morajo medicinske sestre izdelati najprej filozofijo zdravstvene nege, to so določena prepričanja o bolnikih, s katerimi sodelujejo, in zdravstveni

negi. Model, ki ga izberejo, se mora prilegati filozofiji (Walsh, 1998). Na primer: medicinske sestre v obdobju rehabilitacije predvsem podpirajo razvoj samostojnosti in samooskrbe bolnika, kar je tudi cilj, ki ga izražajo v filozofiji; model, ki se najbolje prilega filozofiji, je model samooskrbe, v veliko večji meri kot denimo teorija potreb.

Vrednost konceptualnih modelov zdravstvene nege je v tem, da:

- služijo kot mehanizem za povezavo teorije s prakso;
- pojasnjujejo razmišljanja o sestavnih delih dejanske situacije (prakse) in o medsebojnih povezavah sestavnih delov;
- pomagajo izvajalcem zdravstvene nege k bolj smiselni medsebojni komunikaciji;
- služijo kot vodič za prakso, izobraževanje in raziskovanje.

Vloga raziskovanja je preverjanje teorij zdravstvene nege v praksi. V konceptualnem modelu je predmet raziskovanja posameznik v odnosu do drugih konceptov v zdravstveni negi.

Teorije zdravstvene nege

Teorije so naslednja stopnja znanja v zdravstveni negi. Teorije so proizvod raziskovanja. Teorija je bolj usmerjen pristop, ki želi razložiti povezavo med koncepti in omogoča napoved verjetnih prihodnjih dogodkov, vendar v določenih možnih okvirih (Walsh, 1998). Teorija obravnava enega ali več relativno specifičnih konceptov in trditev. Razlika med modelom in teorijo je v abstraktnosti, eksplicitnosti in aplikativnosti.

Teorije uporabljamo kot smernice za pristop v praksi. Nudijo možnost ustvarjalnosti, ker po uvajanju v prakso omogočajo razvoj in izboljšanje teoretičnih idej v okviru izkušenj, pridobljenih na kliničnem področju (Walsh, 1998).

Z opisovanjem, razlago, predvidevanjem in preverjanjem fenomenov teorije prispevajo znanje za izboljšanje prakse. Moč medicinskih sester je s teoretičnim znanjem večja, ker so sistematično razvite metode bolj uspešne. Teorije z usmerjanjem prakse, izobraževanja in raziskovanja omogočajo samostojnost stroke (Mariner-Tomey, Alligood, 1998).

Uporaba teorij zdravstvene nege v praksi

Draper (1990, cit. v Walsh, 1998) navaja štiri cilje pri uporabi katerekoli ustrezne teorije v zdravstveni negi:

- navaja izraze, s katerimi se medicinske sestre lahko izražajo v zdravstveni negi;
- opisuje področje zdravstvene nege z opredelitvijo fenomenov v zdravstveni negi;
- predstavlja sredstvo za profesionalno izvajanje zdravstvene nege;

– ustvarja realistične osnove za ustvarjanje nadaljnega znanja.

V teorijah zdravstvene nege (ZN) je izraženo znanje s področij zdravstvene nege, povezano z znanjem iz drugih disciplin. Teorije ZN so številne, ker so ozko usmerjene oziroma izhajajo iz specifičnih področij ZN. Izražajo specifične poglede na prakso ZN, klinične posebnosti in pristope, zato so uporabne v praksi, čeprav jih je potrebno za posamezne vrste bolnikov v praksi še prilagoditi (prikazati dejansko uporabnost). Nekatere teorije ZN v praksi še niso dovolj preverjene (testirane) in ostajajo bolj na stopnji znanstvene vrednosti. Različne teorije so različno uporabne v praksi ZN. Nobena teorija ZN ni splošno uporabna na vseh področjih ZN. Če je široko uporabna, kot na primer teorija potreb Virginije Henderson, pa ne izraža specifičnih ciljev zdravstvene nege posameznih bolnikov. Zato naj bi v praksi uporabljali tisto teorijo, ki je najprimernejša pri opredeljevanju ciljev bolnikov, ki jih obravnavamo na posameznem področju. Od uporabljene teorije ZN sta odvisna oblika in vsebina procesa zdravstvene nege. Proces zdravstvene nege se v bolnišnični praksi v nadaljevanju povezuje z izbiro najustrežnejšega sistema delitve dela (Šmitek, 2000).

Empirični kazalci

Empirični kazalci (indikatorji) so zadnja sestavina v hierarhiji znanja v zdravstveni negi. Empirični kazalci so zelo specifični in konkretni indikatorji realnosti v srednje obsežnih teorijah. Odražajo koncepte posameznih teorij. Predstavljajo dejanske instrumente, praktične okoliščine in postopke, ki se uporabljajo za merjenje ali opazovanje konceptov v srednje obsežnih teorijah (Fawcett, 1995). Teorijam dajejo delovne definicije, lahko jih preverjamo.

Povezani so s številnimi konkretnimi koncepti, ki izhajajo iz teorij, in izražajo določene kvalitativno opredeljene zaključke, ki imajo poseben pomen v zdravstveni negi. Uporabljamo jih v praksi in raziskovanju zdravstvene nege (na primer kot kriterije za doseganje kakovosti v praksi, kot osnovo za oblikovanje predpisov, standardov...).

Empirične kazalce, ki izhajajo neposredno iz prakse ZN in temeljijo na zaznanih potrebah in predhodnem znanju, predstavljajo institucionalni predpisi kot standardi ZN, negovalni protokoli, diagnostično-negovalni načrti (standardizirani negovalni načrti, klinične usmeritve, dokumentacija študije primera), kontrolni obrazci, obrazci za opazovanje, ocenjevanje, vrednotenje, dogovorjeni kriteriji za vrednotenje in druga strokovna navodila posameznega področja.

Metaparadigmatski koncepti v teoretičnih pogledih zdravstvene nege

Metaparadigmatski koncepti in razlaga njihovih medsebojnih povezav so osnova za razvoj filozofskih

pogledov na zdravstveno nego in posledično teoretičnega znanja. Koncepti »človek«, »zdravje«, »zdravstvena nega« in »okolje« so osnova za razmišljanja, kaj je zdravstvena nega, kakšna je njena vloga v odnosu do človeka, zdravja in okolja in kakšne so medsebojne povezave med njimi. Znanstveni pogledi opredeljujejo tudi človeka, zdravje in okolje, in sicer z različnih strokovnih stališč in s pomočjo edinstvenih ali znanstveno-teoretičnih sklepov drugih disciplin. Različni pogledi in različne potrebe so povod za različne filozofije in teorije, ki izvirajo iz omenjenih konceptov.

Razjasnitev osnovnih konceptov zdravstvene nege je zato pomembna tudi v praksi zdravstvene nege, na primer pri oblikovanju filozofije zdravstvene nege področja, oddelka in enote.

Človek

Človek predstavlja osrednji koncept zdravstvene nege, in v praksi ga glede na okoliščine imenujemo bolnik (kadar je odvisen od zdravstvene nege zaradi bolezni), varovanec (kadar je odvisen od zdravstvene nege zaradi psihofizičnih značilnosti, ki niso nujno povezane z boleznijo, na primer otrok, starostnik, odvisnik, invalid, duševno motena oseba itn.), uporabnik (kadar gre za zdravstveno nego zdravega človeka) ali klient, stranka (bolj v uporabi na angloameriškem področju). Koncept se lahko nanaša na posameznika, družino, skupino ali skupnost. Človek je subjekt zdravstvene nege, ki mu je zdravstvena nega podrejena in namenjena v etičnem, profesionalnem, zakonskem in pravnem pogledu. Na človeka se nanašajo smisel in cilj delovanja zdravstvene nege ter strokovno okolje, se pravi zdravstvene ustanove, zdravstveni delavci in zaposleni v zdravstveni negi; namen vsega zgoraj omenjenega je pospeševanje, ohranjanje ali vračanje zdravja kot osnovne življenjske vrednote. Brez človeka kot uporabnika tudi ne bi bilo zdravstvene nege.

Teoretiki z različnih področij zdravstvene nege so človeka zaznali in znanstveno opredelili različno. Dorothy Johnson na primer vidi človeka v zdravstveni negi kot vedenjski sistem z določenimi vzorčnimi, ponavljajočimi se in namenskimi načini vedenja. Sestavlja ga sedem podsistemov, ki s posameznikovimi različnimi vzorci odzivov na vplive okolja sestavljajo organizirano in povezano celoto (Fawcett, 1995).

Imogene King predstavlja človeka kot odprti dinamični sistem, ki se kot razumno, edinstveno in celovito bitje v okviru svojih potreb, želja in ciljev povezuje z okoljem (Fawcett, 1995).

Myra Levin opredeljuje človeka kot celovito, se pravi holistično bitje, s potrebo po notranji integriteti (popolnosti ali celovitosti), ki jo vzpostavlja s sposobnostjo prilagajanja na okolje (Marriner-Tomey, Allgood, 1998).

Za Dorotheo Orem je posameznik povezana celota ter je sposoben, zmožen in odgovoren za izvajanje sa-

mooskrbe in si prizadeva doseči neodvisnost (Marriner-Tomey, Alligood, 1998).

Martha Rogers je opredelila človeka kot kompleksno celoto z lastno integriteto, ki deluje kot notranje povezan, dinamičen energetski sistem in se povezuje z energetskimi sistemi okolja (Fawcett, 1995).

Zelo enostavno je po vzoru teorije potreb A. Maslova opredelila človeka v zdravstveni negi Virginia Henderson: človek je psihofizično povezana celota s 14 osnovnimi življenjskimi aktivnostmi/potrebami, ki morajo biti zadovoljene (za kar bodisi poskrbi sam ali pa pri tem potrebuje pomoč), da lahko normalno živi in deluje (Marriner-Tomey, Alligood, 1998).

Glede na videnje človeka v zdravstveni negi teoretiki v nadaljevanju opredelijo specifične poglede na zdravje, okolje ter vlogo in cilje zdravstvene nege. Tako nastajajo različni konceptualni modeli in teorije v zdravstveni negi.

Zdravje in okolje

Koncepta zdravja in okolja se v splošnem pomenu medsebojno zelo prepletata, v usmerjenih pogledih (v teorijah) pa sta vedno ločena in opredeljena specifično.

Edelman in Mandle (1998) sta sestavila zelo uporabno definicijo zdravja: »Pojem zdravja se izraža v nepretrgani povezavi med dobrim počutjem in boleznijo; to je bipolarna, povezana manifestacija zdravja in bolezni v neštetih oblikah, ki obsegajo vse od visoke stopnje ugodja na eni strani do popuščanja zdravja in smrti na drugi. Visoko stopnjo ugodja enačimo z občutkom dobrega počutja, zadovoljstva z življenjem in kakovostjo življenja.«

Stanje zdravja posameznika ali skupine je odvisno od vzpostavljanja ravnovesja med zapletenimi odgovori na številne notranje (telesne in duševne) in zunanje vplive (okolje).

Zdravje je v najširšem pomenu besede dinamično stanje, v okviru katerega se posameznik prilagaja spremembam v notranjem ali zunanjem okolju ter tako vzdržuje dobro počutje. Notranje okolje sestavljajo številni dejavniki, ki vplivajo na zdravje ter vključujejo genetske in psihološke posebnosti, umske in duhovne razsežnosti in bolezenske procese. Zunanje okolje sestavljajo dejavniki izven telesa, ki lahko vplivajo na zdravje. Vključujejo fizično okolje, socialne povezave in odnose ter ekonomske in druge okoliščine. Ker se zunanje in notranje okolje neprestano spreminjata, se mora posameznik za vzdrževanje fizičnega, čustvenega, razumskega, socialnega, razvojnega ali duhovnega dobrega počutja okoljem stalno prilagajati (Potter, Perry, 1993). Cilj vsestranskega prilagajanja je notranje ravnovesje, ki je osnova dobrega počutja.

Okolje delimo na zunanje in notranje. Človeku je lahko v podporo in pomoč (družina, svojci, prijatelji, zdravstveni delavci), lahko pa vzrok njegovega slabega počutja (naravni vplivi, biološki dejavniki, fizično okolje, socialni dejavniki...).

Človek in zdravstvena nega lahko vplivata na okolje in ga prilagajata potrebam v okviru svojega znanja, sposobnosti in zmožnosti.

V teorijah zdravstvene nege je tudi pojem okolja predstavljen zelo specifično, medtem ko pojem zdravja večinoma izraža stanje dobrega počutja, sposobnost telesnega, duševnega in socialnega delovanja, povezovanja, prilagajanja in ravnovesja.

Zdravstvena nega

Kaj pomeni zdravstvena nega v metaparadigmatski strukturi, je najbolje izrazila Virginia Henderson z opredelitvijo delovne vloge medicinske sestre, ki nekoliko spremenjena danes služi kot definicija zdravstvene nege: »Edinstveno delovanje (vloga) medicinske sestre je pomoč posamezniku, bolnemu ali zdravemu, pri tistih aktivnostih, ki prispevajo k zdravju ali njegovemu izboljšanju (ali k mirni smrti) in bi jih izvajal sam, če bi imel za to potrebno moč, voljo ali znanje; in izvajanje pomoči na način, ki mu omogoča doseči čim hitrejšo neodvisnost (Henderson, 1966 cit. v Marriner-Tomey, Alligood, 1998).

Florence Nightingale je leta 1860 v svojih zapiskih z naslovom *Notes of nursing: what it is and what it is not* (Zapiski o zdravstveni negi: kaj je in kaj ni) predstavila prvo filozofijo zdravstvene nege. Vlogo zdravstvene nege je videla v »nadzoru nad zdravjem posameznika«, ki temelji na znanju, »kako spraviti telo v tako stanje, da ne bo zbolelo ali da se bo pozdravilo«. F. Nightingale je že pri osnovanju zdravstvene nege z jasnim prepričanjem govorila o »naravi zdravstvene nege kot stroke, ki zahteva znanje, ločeno od medicinskega znanja« (Nightingale, 1860 cit. v Potter, Perry, 1993).

Tako kot koncept človeka je tudi koncept zdravstvene nege v teorijah predstavljen različno, bodisi z vlogo ali s cilji. Predvsem cilji zdravstvene nege so zelo različni, saj temeljijo na različnih teoretičnih opredelitvah človeka, zdravja in okolja.

Doroty Johnson opisuje zdravstveno nego kot »usmerjeno pomoč od zunaj, katere cilj je ohranjanje najboljših možne organizacije in integracije bolnikovega vedenja v okoliščinah, v katerih določeno vedenje ogroža fizično ali socialno zdravje ali v katerih že razvije bolezen« (Johnson, 1980 cit. v Fawcett, 1995). Cilj zdravstvene nege je vračanje, vzdrževanje in pridobivanje ravnovesja vedenjskega sistema in dinamične stabilnosti.

Kingova (1981, cit. v Fawcett, 1995) je zdravstveno nego označila kot »zaznavanje, razmišljanje, povezovanje, presojanje in delovanje v odnosu do vedenja posameznika, ki privede do potrebe po negi«. Cilj zdravstvene nege v njenem modelu je vzpostavljanje medsebojnega odnosa med medicinsko sestro in bolnikom, katerega namen je obvladovanje spremenjenega zdravstvenega stanja in prilagajanje na spremembe v življenjskih aktivnostih, kadar stanje to zahteva.

V modelu Myre Levin je prvenstvena aktivnost zdravstvene nege ohranitev energije in strukturne, osebnostne in socialne integritete.

Martha Rogers (1979, cit. v Potter, Perry, 1993) pa je zdravstveno nego razumela predvsem kot znanost: »Namen zdravstvene nege kot znanstvene vede je skrbeti za jedro abstraktnega znanja, ki izvira iz znanstvenega raziskovanja in logične analize, ter sposobnosti prenašanja le-tega v prakso. Jedro znanstvenega znanja zdravstvene nege je nova pridobitev v zdravstveni negi... Zdravstvena nega je humanistična znanstvena disciplina.«

Konceptualni modeli

Večina znanstvenih disciplin ima eno metaparadigmo ter številne konceptualne modele. Konceptualni modeli so različni abstraktni pogledi na metaparadigmatske koncepte in njihove povezave. Predstavljajo splošne usmeritve, ki jih je potrebno nadalje označiti s soodvisnimi in logično skladnimi teorijami.

Na področju zdravstvene nege je predstavljenih in splošno sprejetih v prakso najmanj osem različnih konceptualnih modelov. Konceptualne modele, ki jih poznamo tudi pri nas, so v Ameriki ustvarile: Dorothy E. Johnson – vedenjski model, Imogene King – model odprtega sistema, Myra Estrin Levine – ohranitveni model, Betty Neuman – model zdravstvenega varstva, Dorothea Elizabeth Orem – model samooskrbe, Martha Elizabeth Rogers – model življenjskega procesa, Calista Roy – adaptacijski model ter v Angliji Nancy Roper, Winifred Logan in Alison Tierney – življenjski model (Bohinc, Cibic, 1995).

Vedenjski model Dorothy Johnson

Dorothy Orem v svojem modelu usmerja pozornost predvsem v človekovo vedenje in ne v zdravstveno stanje ali bolezen. Osnovne potrebe posameznika so povezane s sedmimi oblikami vedenja, ki predstavljajo podsisteme vedenjskega sistema kot celote. Pod sistemi so povezani z navezovanjem, odvisnostjo, prehranjevanjem, izločevanjem, spolnostjo, agresivnostjo in zaščitniškim vedenjem ter dosežki oziroma uspešnostjo. Posameznikov cilj je doseganje ravnovesja in stabilnega stanja z uravnavanjem in prilagajanjem na določene pobude/strese iz okolja. V običajnih okoliščinah se človek učinkovito odziva na okolje. Če stres poruši normalno sposobnost prilagajanja, je potrebna pomoč (zdravstvene nege) za razrešitev problemov in za učinkovito zadovoljitev človekovih potreb.

Namen zdravstvene nege je zmanjševanje stresa, kar posamezniku olajšuje okrevanje (Marriner-Tomey, Alligood, 1998).

Model odprtega sistema Imogene King

Model odprtega sistema je I. King v devetdesetih preimenovala v »okvir splošnih sistemov« (general

systems framework) (Fawcett, 1995). Izvirnost tega modela temelji na ideji o stalnem medsebojnem vplivanju človeka in okolja, in sicer posamezniki z interakcijami v skupinah znotraj socialnega sistema vplivajo na spreminjanje vedenja znotraj sistema. Kingova navaja tri sisteme, ki se medsebojno povezujejo prek dojemanja, presojanja in ukrepanja – osebni sistem, medosebni sistem in socialni sistem. Proces zdravstvene nege je dinamičen medsebojni proces med medicinsko sestro in bolnikom ali varovancem v okviru zdravstvenega varstva. Medicinska sestra in bolnik v medsebojnem odnosu s svojim vedenjem vplivata drug na drugega. Bolnik s pomočjo učinkovite komunikacije vzpostavi pozitivno prilagajanje na okolje. Kingova je v okviru svojega modela izdelala tudi teorijo doseganja ciljev v zdravstveni negi (Fawcett, 1995).

Adaptacijski model Myre E. Levin

Adaptacijski model ali model prilagajanja obravnava človeka kot povezano celoto (holistično bitje), ki se prilagaja in povezuje z okoljem. Temelji na štirih načelih ohranjanja: – na ohranitvi bolnikove energije ter bolnikove strukturne, osebnostne in socialne integritete. Namen zdravstvene nege je uporaba ohranitvenih aktivnosti, s pomočjo katerih racionalno izrablja bolnikove vire. Iz ohranitvenega modela izhaja ožje usmerjena teorija – teorija terapevtskega namena, ki razlaga načine in vlogo terapevtskih intervencij zdravstvene nege (Marriner-Tomey, Alligood, 1998).

Model zdravstvenega varstva Betty Neuman

Betty Neuman v svoj model vključuje holistični koncept in ideje odprtega sistema. Posameznik je dinamično povezana celota psihičnih, sociokulturnih in razvojnih različic, ki deluje kot odprt sistem in se povezuje z okoljem, ki predstavlja stresni mehanizem. Stresorji, ki so notranji, medsebojni in zunanji, na sistem vplivajo negativno.

Cilj zdravstvene nege je zmanjševanje stresa in pomoč posameznikom, družinam ali skupinam, da z namenskimi ukrepi dosežejo in vzdržujejo najvišjo možno stopnjo celovitega dobrega počutja. Negovalne intervencije se nanašajo na primarno, sekundarno in terciarno preventivo. Cilj primarne preventive je večanje odpornosti na stres prek ugotavljanja aktualnih in potencialnih dejavnikov tveganja, ki so povezani s stresom. Sekundarna preventiva skuša z vzpostavitvijo prioriteta reševanja ugotovljenih problemov povečati notranje načine obrambe pred stresom. Terciarna preventiva je usmerjena na ponovno prilagajanje posameznika okolju s povečano odpornostjo na stresorje prek izobraževanja in preprečevanja stresnih odzivov. Iz modela sta izpeljani dve teoriji – teorija optimalne sistemske stabilnosti posameznika in teorija preprečevanja kot intervencije (Marriner-Tomey, Alligood, 1998).

Model samooskrbe Dorothee E. Orem

Temelji na obsežnem teoretičnem pristopu, ki obravnava primanjkljaj(e) v samooskrbi. Zdravstvena nega je potrebna, kadar posameznik ni sposoben zadovoljevati svojih fizioloških, psiholoških, razvojnih ali socialnih potreb. Vloga medicinske sestre (zdravstvene nege) je v odkrivanju vzrokov nezmožnosti samooskrbe, skrb za posameznika glede na to nezmožnost in pomoč pri ponovnem doseganju samooskrbe. Iz modela samooskrbe Dorothee E. Orem je izpeljanih več teorij – teorija o samooskrbi, teorija o primanjkljaju v samooskrbi, teorija o sistemu zdravstvene nege in splošna teorija o vodenju v zdravstveni negi (Fawcett, 1995).

Model življenjskega procesa Marthe Rogers

Po Marthi Rogers je človek edinstveno bitje, ki se celovito razvija v življenjskih obdobjih (Garon, 1992). Človek predstavlja energetska polja, ki se stalno spreminja in hkrati biva s svojim okoljem. Je povezana celota z osebnostno integriteto in izraženimi posebnostmi, ki združene pomenijo več kot le vsoto posameznih delov. Za model je značilen štiridimenzionalni pristop, ki vključuje:

- energetska polja (človek in okolje sta energetska polji),
- stalno odprtost sistemov (energetskih polj),
- vzorec energetskega polja in organizacijo,
- četrto razsežnost pa po nekaterih ocenjevalcih predstavlja čas, ki se nanaša na izvornost in neponovljivost dogodkov, občutenj, bivanja v človekovem življenju (Bohinc, Cibic, 1995), po Fawcettovi (1995), ki je podrobno analizirala model, pa predstavlja vse razsežnost, ki se nanaša na izraz popolne celote.

Cilj zdravstvene nege je vzdrževanje in pospeševanje zdravja, preprečevanje bolezni, skrb za bolne in rehabilitacija prizadetih.

Iz modela M. Rogers izvirajo tri neodvisne teorije, od katerih je za nas zanimiva predvsem teorija paranormalnih pojavov, ki skuša pojasniti terapevtsko učinkovitost alternativnih metod, kot so meditacija, predstavljanje in terapevtski dotik (Fawcett, 1995).

Prilagoditveni model Caliste Roy

Model temelji na prilagajanju na fizični, psihični in socialni ravni ter v okviru odvisnosti oziroma neodvisnosti. Posamezniki se morajo zaradi stalnega vpliva notranjega ali zunanjega okolja prilagajati naslednjim zahtevam:

- zadovoljevanje osnovnih fizioloških potreb,
- razvijanje samopodobe,
- izvajanje družbenih vlog,
- doseganje ravnovesja med odvisnostjo in samostojnostjo.

Izvornost v modelu predstavlja ideja o odzivih sistema prilagajanja (človeka) na stalno spreminjajoče se okolje. Osrednji koncept v modelu je prilagajanje. Problemi nastopijo, kadar se človekov prilagoditveni sistem ni zmožen odzvati na stimulanse iz okolja, posledica tega pa je spremenjeno vedenje posameznika.

Iz modela C. Roy izvirajo šest teorij – teorija o posamezniku kot prilagoditvenem sistemu ter teorije o fizičnem načinu prilagajanja, o načinu spreminjanja samopodobe, o načinu prilagajanja na spremenjeno izvajanje vlog, o prilagajanju na medsebojno odvisnost in negovalni model o kognitivni predelavi (Fawcett, 1995).

Konceptualni modeli so zelo široke predstavitve in razlage metaparadigmatskih in dodatnih ključnih konceptov ter trditev, povezanih z njimi. Vključujejo tudi konceptualne poglede avtoric na posamezne koncepte, zato niso neposredno uporabni v praksi. Za praktično uporabo jih moramo posebej analizirati in posamezne ideje prilagoditi področju prakse, ali pa uporabiti katero od neodvisnih teorij. To naj bi bila naloga raziskovalk in raziskovalcev v praksi zdravstvene nege.

Teorije zdravstvene nege

Teorije zdravstvene nege so ožji usmerjevalni pristopi, ki so neposredno uporabni v praksi. Teoretiki v zdravstveni negi so oblikovali številne teorije; nekatere med njimi so povsem izvirne, nekatere pa temeljijo na idejah ali teorijah z drugih znanstvenih področij, predvsem psiholoških in socioloških in so prilagojene potrebam v zdravstveni negi. Marriner-Tomey in Alligood (1998) poleg sedmih konceptualnih modelov opisujeta in analizirata še dvajset teorij zdravstvene nege, ki se pogosteje uporabljajo v praksi.

Teorije oziroma teoretična spoznanja v zdravstveni negi delimo v različne skupine. Po obsegu in deloma vsebini jih delimo v **obsežne teorije** ali konceptualne modele, **srednje obsežne teorije** in **ozko usmerjene teorije** ter v **filozofije** (Marriner-Tomey, Alligood, 1998; McKenna, 1997).

Filozofije vključujejo zgodnja dela teoretičark zdravstvene nege – Florence Nightingale, Ernestine Wiedenbach, Virginie Henderson, Faye Abdellah, Lydie Hall, Jean Watson, Patricie Benner.

Filozofije z analizo, razlago in logičnim dokazovanjem postavljajo v ospredje pomen fenomenov zdravstvene nege. Vključujejo zgodnja dela, ki so napovedovala in vodila v obdobje teorij zdravstvene nege in prispevala k razvoju znanja z usmerjanjem ali ustvarjanjem osnov za kasnejši razvoj, ter kasnejša dela, ki odražajo bolj sodobne razsežnosti na področju humanističnih ved (Marriner-Tomey in Alligood, 1998).

Obsežne teorije ali konceptualni modeli poglobljeno obravnavajo zdravstveno nego, vključujejo poglede na posameznike/bolnike, njihovo okolje in njihovo zdravje in ponujajo že oblikovane smernice za strokovnjake na znanstveni ravni.

Med **srednje obsežne teorije** prištevamo dela Hildegard Peplau, Ide Orlando, Joyce Travelbee, Joan Riehl-Sisca, Ramone Mercer, Kathryn Barnard, Madeleine Leininger, Rosemarie Parse in druge. Marriner-Tomey in Alligood (1998) jih navajata 13.

Srednje obsežne teorije so lahko izpeljane iz drugih ved, povezanih z zdravstveno nego, iz zgodnjih teorij ali konceptualnih modelov v zdravstveni negi. Vsebujejo ožje usmeritve kot obsežne teorije in ponujajo odgovore na specifična vprašanja iz prakse zdravstvene nege.

Ozko usmerjene teorije so pogledi na specifične okoliščine, ki lahko izhajajo iz konceptualnih modelov ali iz srednje obsežnih teorij. McKenna (1997) jih imenuje tudi teorije prakse, ker ponujajo zelo konkretne usmeritve, rešitve ali vzročno-posledične razlage za prakso.

Glede na vsebino lahko teorije delimo v **sistemske, razvojnne in interakcijske**. Izhajajo iz znanja drugih disciplin. Bohinc in Cibic (1995) navajata delitev teorij v **teorije potreb, teorije izida in interakcijske** teorije.

Sistemske teorije obravnavajo fenomene v zdravstveni negi kot odprte sisteme. Sistemski pristop je usmerjen v preverjanje in ocenjevanje sistemov ter njihovih sestavnih delov in v ugotavljanje njihovih medsebojnih povezav v določenem obdobju. Sistemi so fiziološki, psihološki in socialni ter drug na drugega vplivajo. Cilj je doseganje ravnovesja.

Razvojnne teorije črpajo svoje osnovno znanje iz psihologije in poudarjajo procese rasti, razvoja in dozorevanja. Ugotavljajo razvojne probleme in usmerjajo medicinske sestre v načine posredovanja, ki omogočajo maksimalno rast in razvoj posameznika v njegovem okolju.

Interakcijske teorije ali **teorije medsebojnega vpliva** izvirajo iz sociologije kot primarne vede. Obravnavajo probleme v medsebojnih človeških odnosih ter možnost posredovanja za optimalno socializacijo. Med interakcijske teorije štejemo dela Imogene King, Ide Orlando, Hildegard Peplau in Ernestine Wiedenbach (Bohinc, Cibic, 1995).

Teorije potreb opisujejo hierarhijo človeških potreb in predstavljajo, da nezmožnost bolnika/varovanca za ustrezno zadovoljevanje le-teh sproži potrebo po zdravstveni negi. Osnova je motivacijska teorija Abrahama H. Maslowa. Teorije potreb so oblikovale Faye Abdellah, Virginia Henderson, Dorothea Orem – model samooskrbe in Nancy Roper – model življenja.

Teorije izida obravnavajo cilje zdravstvene nege. Na cilje zdravstvene nege se osredičajo: »vedenjski model« Dorothy Johnson, »ohranitveni model« Myre Levine, »model življenjskega procesa« Marthe Rogers, »adaptacijski model« Caliste Roy in »model zdravstvenega varstva« Betty Neuman (Bohinc, Cibic, 1995).

Dela glavnih teoretikov obravnavajo različno razumevanje zdravstvene nege in vključujejo razumevanje človeka, njegovega okolja in zdravja. Uporabnost teorij je potrebno preveriti v praksi, kar pomeni, da jih je potrebno prilagoditvi in predelavi za posamezno področje zdravstvene nege tudi uporabljati in jih znanstveno raziskovati.

Uporaba teorij v praksi, vključno z njihovo analizo in kritičnim mišljenjem o njih, daje stroki novo znanje, ki je osnova za nadaljnje raziskovanje in ustvarjanje pogojev za razvoj novih teorij, ki jim nazadnje sledi uporaba in razvoj zdravstvene nege kot znanstvene vede.

Teorija in praksa v zdravstveni negi delujeta v obeh smereh; teorija pomaga določati prakso, praksa pa je sama po sebi osnova za razvijanje teoretičnih konceptov (Fealy, 1997).

Filozof Stephen Strasser je prehajanje prakse v teorijo in teorije v prakso imenoval hermenevitična spirala. Ta je še posebno pomembna v zdravstvu in zdravstveni negi, kjer praktično delovanje zahteva stalno povezavo teorije s prakso in prakse z vsakodnevnim življenjem bolnika ali varovanca (Bishop, Scudder, 1990).

Pregled uporabe hierarhične strukture znanja v praksi

Hierarhija znanja v zdravstveni negi nima samo izobraževalnega pomena. Fawcett (1995) navaja, kako posamezne stopnje v hierarhiji znanja preoblikujemo za uporabo v praksi ter organizacijski pristop in korake pri uvajanju tega znanja v prakso.

Pri prevajanju metaparadigmatskih konceptov v prakso (sl. 1) koncept človeka pomenujemo »uporabnik storitev zdravstvene nege«, okolje postane dejansko okolje uporabnika, zdravje se nanaša na zdravstveno stanje uporabnikov v določenem okolju in zdravstvena nega na cilje delovanja ali na proces zdravstvene nege, ki ga uporabljamo.

Z opisom uporabnika zdravstvene nege, relevantnega okolja, pogledov na zdravje in obsega prakse zdravstvene nege, ki vključuje korake in sestavine procesa zdravstvene nege, očrtamo poslanstvo določene področja zdravstvene nege. Misija izraža specifične karakteristike in zdravstveno stanje uporabnika zdravstvene nege v določeni ustanovi. Poslanstvo različnih področij je različno, zato mora vsako področje sestaviti svojo izjavo o poslanstvu, ki je poseben dokument ustanove, oddelka ali enote (za področje zdravstvene nege).

Pri prevajanju filozofije za potrebe prakse zdravstvene nege upoštevamo poslanstvo področja in ga povežemo z ozko usmerjenimi pogledi medicinskih sester na uporabnika, zdravje, okolje in vlogo ter cilje zdravstvene nege. Vključimo prepričanja, vrednote in sodobne usmeritve v zdravstveni negi in jih povežemo v idealno videnje vloge zdravstvene nege kot stroke in vsa-

kega posameznega izvajalca v njej, kar imenujemo filozofija zdravstvene nege področja, oddelka... Na oblikovanje filozofije oddelka, ki je najširša po vsebini, vpliva tudi kodeks etike zdravstvene nege (MS in ZT), ki izraža splošne etične (filozofske) poglede na metaparadigmatske koncepte s stališča zdravstvene nege kot profesionalne discipline. Tretje področje, ki vpliva na oblikovanje filozofskih pogledov v praksi, so pravice bolnikov. Tudi pravice bolnikov so v določeni meri oblikovane na filozofskih pogledih okolja in stroke (pomembnejše so opredeljene tudi zakonsko).

Na naslednji stopnji izberemo konceptualni model, ki mora ustrezati potrebam uporabnikov zdravstvene nege na določenem področju in skladen z izdelano filozofijo zdravstvene nege. Konceptualni modeli dajejo splošne usmeritve za delovanje, ne pa konkretnih smernic in načinov, kako naj medicinske sestre izvajajo zdravstveno nego. To omogočajo številne teorije o zdravstveni negi in zaključki raziskovanj o uporabnosti le-teh. Teorije predstavljajo specifično znanje in se v splošnem namenu uporabe zelo razlikujejo. Uporaba temelji na zaznanih potrebah uporabnikov, ki izhajajo iz filozofije zdravstvene nege in uporabljenega modela. Znanje, ki se povezuje s konceptualnim modelom, nastopa v obliki specifičnih in konkretnih opisov, razlag in predvidevanj o potrebnih sestavinah zdravstvene nege, do katerih pridemo z raziskovanjem in znanstvenimi ugotovitvami iz drugih sorodnih disciplin (sociologije, psihologije, fiziologije...).

V praksi je s konceptualnimi modeli potrebno povezati tudi znanje iz sistemov delitve dela. Sistemi delitve dela niso nič drugega kot teorije o metodah za doseganje najboljše oskrbe uporabnikov zdravstvene nege. Nanašajo se na organizacijo dela, ne pa na vsebino zdravstvene nege – to zagotavljajo modeli, teorije in specifična znanja iz prakse.

Empirični kazalci se pojavijo potem, ko vsa predhodna znanja preoblikujemo za potrebe dejanske prakse. Tudi teorije zelo specifičnih usmeritev mora posamezno področje preoblikovati za potrebe svojih uporabnikov/bolnikov/varovancev. V praksi na osnovi empiričnih kazalcev oblikujemo različne uporabne dokumente: standarde zdravstvene nege, ocenjevalne in opazovalne obrazce, diagnostične predloge, protokole in opise negovalnih postopkov, kriterije za vrednotenje zdravstvene nege itn. Empirični kazalci predstavljajo metodologijo za izvajanje prakse zdravstvene nege.

Kadar v praksi uporabimo našete sestavine znanja povezano, Fawcett (1995) govori o konceptualno-teoretično-empiričnem sistemu znanja v zdravstveni negi.

Razvijanje znanja v zdravstveni negi pri nas

»Znanje je védenje, o katerem lahko razpravljamo in ga delimo z drugimi.« (Chinn, Kramer, 1995, cit. v McKenna, 1997). Pridobivanje znanja ne more biti na-

menjeno samo sebi ali predstavljati zgolj sredstvo za doseganje nekega osebnega cilja (diplome, višjega dohodka), temveč mora postati dinamična kakovost posameznika. Stalno ga moramo razvijati, dopolnjevati in posodabljati, kar je izraženo tudi v Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Šele aktivno pridobivanje novega znanja nam hkrati omogoča vpogled v širino našega ne-znanja.

Ocena pridobivanja osrednjega znanja v zdravstveni negi pri nas še vedno razkriva nepovezan razkorak med teoretičnim znanjem v izobraževanju in situacijskim znanjem v praksi. S situacijskim znanjem poimenujemo empirično ali estetično znanje, ki je potrebno za izvajanje prakse zdravstvene nege na posameznih področjih in se običajno prenaša ustno. To znanje je skrajno razpršeno in raznoliko, predvsem zaradi odsotnosti poenoteni navodil in kriterijev za izvajanje zdravstvene nege v našem okolju. Ustvarjanje standardiziranih opisov izvajanja postopkov zdravstvene nege to raznolikost sicer zmanjšuje, vprašanje pa je, ali je na tako majhnem področju, kot je Slovenija, smiselna kakršnakoli raznolikost pri izvajanju enakih postopkov ali ne bi bil boljši enoten pristop. Vendar je to samo ocena situacijskega znanja, ki predstavlja končni produkt razvijanja osrednjega znanja v zdravstveni negi. Praksa kaže, da so sestavine, ki vodijo do tega končnega znanja, večinoma odsotne. Pomanjkljivo je tudi védenje s posameznih področij znanja, ki je ključno za kakovostno in celovito izvajanje zdravstvene nege. Ko bo zdravstvena nega bolj samostojna tudi pri oblikovanju izobraževalnih programov, bo praksa s svojimi znanstveno utemeljenimi potrebami (če jih bo imela) lahko vplivala na obseg znanja, ki je sedaj deficitarno. Tudi za take ugotovitve je potrebno dodatno znanje, kritično presojanje in mišljenje ter refleksija določenega »védenja, da«. Neogibno potrebno pa je najprej oblikovati jedro znanja v zdravstveni negi na nacionalni ravni in povezati teorijo »védenja, da« z »védenjem, kako« v praksi.

Ustvarjanje in osvajanje znanja mora potekati v okviru logične strukture, sicer se nam lahko zgodi, da pri oblikovanju znanja za prakso, ki se sicer pojavi na vrhu hierarhične lestvice znanj, zdravstvena nega izgubi širino svoje celovite vloge. Le-to najlažje razumemo, če upoštevamo hierarhijo jedra znanj v zdravstveni negi, kot jo predstavlja Fawcett (1995), ki jo prikazujem v članku.

Sklep

Pridobivanje in razvijanje znanja je tako pomembno področje, da potrebuje kritično analizo in prednostni načrt v nadaljnji viziji razvoja zdravstvene nege pri nas. Čeprav se odnos do pridobivanja znanja v praksi (ob delu) vsaj v strokovnem pogledu pozitivno spreminja, je še vedno veliko pomanjkljivosti in neenotnih pogledov na pomen znanja v zdravstveni negi. V izobraževanju imamo jedro znanja, ki predstavlja

»omejen« posnetek znanj s področja sodobne zdravstvene nege v svetu, vendar to jedro znanja ostaja vse-skozi enako, ker se ne bogati z izkušnjami in rezultati znanstvenega raziskovanja istega znanja iz prakse, niti z lastnimi znanstvenimi prispevki, ker za to ni pravih ustvarjalnih pogojev.

V naši zdravstveni negi imamo dosti nepovezanega implicitnega znanja posameznikov, ki se ga skupinsko ali individualno slabo zavedamo, ga ne priznavamo, ne vrednotimo in ne znamo uporabiti v praksi.

Za znanja z drugih področij, na katerih so posamezne medicinske sestre donedavnega pridobivale visoko izobrazbo, je značilno, da kot »védenje, da« bogati posameznikovo eksplicitno znanje, ne pa dovolj tudi eksplicitno znanje skupine (zdravstvene nege kot stroke). Vzrok je »lastna« usmerjenost znanja drugih področij, ki ga je za specifične potrebe v zdravstveni negi pri nas šele potrebno prevesti na raven »védenja, kako«. Ker organizirane povezave teh »tujih« znanj na ravni stroke (še) ni, ostajajo bolj ali manj v individualni lasti in uporabi, kar ne vpliva na oblikovanje skupnega znanja v zdravstveni negi. Tudi področja, na katerih medicinske sestre pridobivajo (so pridobivale) dodatna znanja, so po številu zelo omejena, kar ne omogoča multidisciplinarnega razvoja znanja in s posameznimi izjemami tudi ne razvoja jedra znanja v zdravstveni negi. Pri tem ima veliko prednost tujina, kjer so znanje in izobraževanje v zdravstveni negi razvili do te stopnje, da tudi sorodna uporabna znanja razvijajo specifično za potrebe zdravstvene nege in iz njih tudi izhajajo (na primer podiplomski študij menedžmenta, magistrski in doktorski študiji etike, filozofije), ob upoštevanju izvirmih teoretičnih predpostavk teh področij. Druga ovira za razvoj eksplicitnega znanja je storilnostna usmerjenost zdravstvene nege, ki časovno onemogoča povezavo in razvijanje znanstvenega jedra znanja v praksi. Obenem je obstoječe povprečno znanje v praksi prenizko, da bi lahko tisti z več znanja pri poskusu uvajanja znanstvenega znanja lahko v okviru delovnih zahtev pričakovali razumevanje in aktivno sodelovanje.

V praksi in tudi v strogo profesionalnih krogih zdravstvene nege (z izjemo izobraževanja) ni zaznati nobene dejansko izražene potrebe po akademskih stopnjah izobrazbe, kar kaže na to, da se še ne zavedamo pomena znanstvenega znanja, ne za prakso ne za stroko (kar je v določenih pogledih tudi posledica zaznavanja izključno pomočniške vloge zdravstvene nege). V Ameriki je na primer razvijanje in preverjanje obstoječih teorij zdravstvene nege v praksi sestavni del učnega načrta na akademskih stopnjah izobraževanja, saj zahteva izjemno poglobljeno znanstvenoraziskovalno delo v praksi in široko predhodno in vzporedno znanje.

Pri nas žal takih možnosti nimamo, čeprav bi stroka potrebovala strokovnjake z najširšim, poglobljenim akademskim znanjem. Istočasno se v praksi pogosto kažejo zahteve po (praktičnem) udejanjanju višjih ciljev sodobne zdravstvene nege skupinam, ki nimajo ustrezne izobrazbe, s predpostavko, da bodo pomen izvajanja »dojele spontano« brez teoretične osnove/znanja. S tem v lastnih vrstah negiramo pomen znanja in izobraževanja. Smisel razvoja zdravstvene nege ni samo zadostitev nekega sodobnega kriterija, ki se kaže zgolj v prisotnosti izvajanja, ampak upoštevanje in razumevanje namena, pomena, vsebine in kakovosti izvedbe, ki naj jo nenazadnje spremlja tudi kakovostno znanstveno raziskovanje. Vse to je brez ustrezne izobrazbe vprašljivo. Zato pogrešamo nacionalne dogovore/usmeritve – ne samo za to, kaj naj bi dosegli ali vpeljali v prakso, ampak tudi na kakšen način.

Omenjene ocene so individualne in splošne, zato ni nujno, da na specifičnih področjih zdravstvene nege ne bi mogle biti tudi povsem drugačne.

Literatura

1. Bishop AH, Scudder JR. The practical, moral and personal sense of nursing: a phenomenological philosophy of practice. New York: State University of NY Press, 1990.
2. Bohinc M, Čibic D. Teorije zdravstvene nege. Radovljica: Didakta, 1994.
3. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: conduct, critique & utilization. 3rd ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1997.
4. Edelman CL, Mandle CL. Health promotion throughout the lifespan. 4th ed. St. Louis: Mosby, 1998.
5. Fawcett J. Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. 3rd ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 1995.
6. Fealy GM. The theory-practice relationship in nursing: an exploration of contemporary discourse. J Adv Nurs 1997; 25: 1061–9.
7. Garon M. Contributions of Martha Rogers to the development of nursing knowledge. Nurs Out 1992; 40: 67–72.
8. Ingram N. Knowledge and level of consciousness: application to nursing practice. J Adv Nurs 1994; 20: 881–4.
9. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege, 1994.
10. Marriner-Tomey A, Alligood MR. Nursing theorists and their work. 4th ed. St. Louis: Mosby, 1998.
11. McKenna H. Nursing theories and models. London: Routledge, 1997.
12. Potter PA, Perry AG. Fundamentals of nursing: concepts, process & practice. St. Louis: Mosby Year Book Inc., 1993.
13. Sweeney NM. A concept analysis of personal knowledge: application to nursing education. J Adv Nurs 1994; 20: 917–24.
14. Šmitek J. Filozofija, morala in etika v zdravstveni negi. Obzor Zdr N 1998; 32: 127–38.
15. Šmitek J. Sistemi delitve dela v bolnišnični zdravstveni negi. Obzor Zdr N 2000; 34: 177–84.
16. Ule A. Znanje, znanost in stvarnost. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče, 1996.
17. Walsh M. Models and critical pathways in clinical nursing: conceptual frameworks for care planning. 2nd ed. London: Bailliere Tindall, 1998.