

Klaipėdos valstybinė kolegija

Dalia Pukinskienė

SLAUGOS FILOSOFIJA IR TEORIJA

MOKOMOJI KNYGA



UDK 616-08(075.8)

Pu32

Leidinyi apsvartytas Klaipėdos valstybinės kolegijos Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos katedros posėdyje ir rekomenduotas spausdinti.

Recenzantai:

Prof. dr. Vilma Žydžiūnaitė (Vytauto Didžiojo universitetas)

Asta Mažionienė (Klaipėdos valstybinė kolegija)

Redagavo: Teresė Leskauskienė

Parengta Europos Sąjungos ir Lietuvos Respublikos lėšomis, įgyvendinant projektą Nr. VP1-2.2-ŠMM-07-K-01-069 „Studijų programų atnaujinimas Klaipėdos valstybinės kolegijos Sveikatos mokslų ir Pedagogikos fakultetuose“

Klaipėdos valstybinė kolegija, 2011

ISBN 978-609-454-036-3

TURINYS

PRATARMĖ.....	4
I TEMA. SLAUGYTOJO PROFESIJA	5
II TEMA. FILOSOFIJA IR MEDICINA.....	12
III TEMA. SLAUGOS FILOSOFIJA: NAUJA SVEIKATOS PRIEŽIŪROS VIZIJA ...	27
IV TEMA. SLAUGOS TEORIJA: PROFESIONALIOS SLAUGOS PAGRINDAS	46
V TEMA. KITŲ MOKSLŲ TEORIJOS, NAUDOJAMOS SLAUGOJE.....	92
VI TEMA. TEORIJŲ TAIKYMAS SLAUGOJE.....	128
LITERATŪRA.....	133

PRATARMĖ

Šiuolaikinė sveikatos priežiūra neįsivaizduojama be svaraus ir reikšmingo slaugytojų indėlio. Šiandienos slaugytojai labai skiriasi nuo prieš 20–30 metų studijas baigusių medicinos seserų. Tai savarankiški specialistai, įgiję aukštąjį išsilavinimą ir gebantys prisiimti didesnę atsakomybę pacientų sveikatos priežiūroje. Senas požiūris į slaugytoją, kaip tik gydytojo nurodymų vykdytoją, iš esmės keičiasi. Tai įpareigoja šiuolaikinį slaugytoją nuolat tobulinti savo žinias ir slaugos įgūdžius.

Slaugos specialistus rengiančios aukštosios mokyklos (universitetai ir kolegijos) siekia, kad jų absolventai taptų aukštos profesinės kvalifikacijos slaugos specialistais, kurie, dirbdami sveikatos priežiūros sistemoje, įdiegtų į praktiką naujausias slaugos mokslo žinias ir technologijas, pakeltų slaugos praktikos profesinį lygį ir taip pagerintų pacientų priežiūros kokybę.

Slaugytojams, kaip ir gydytojams, visuomenė kelia didelius reikalavimus. Slaugytojas tai žmogus, kuris yra arti gimstančių, sergančių ir mirstančių, kuriam pacientas patiki savo skausmą, kančią ir neviltį, iš kurio tikisi sulaukti paramos ir pagalbos. Profesinė slaugytojo veikla yra sudėtingas tarpdisciplininis procesas, apimantis teoriją ir praktiką, t. y. slaugytojo įsisavintos žinios, įgūdžiai bei gebėjimai yra priemonės, kurios taikomos profesinės slaugytojo veiklos kontekste, įgyjant kokybišką profesinį pasirengimą. Profesinė slaugytojo veikla remiasi gebėjimu taikyti biomedicinos, socialinių mokslų bei filosofijos komponentus, kurie leidžia nuolat vystyti ir plėtoti kompetencijas.

Lietuvoje slaugos institucija yra pačiame permainų sūkuryje. Požiūris į slaugytoją keičiasi, vystosi slaugos mokslas – vienas jauniausių ne tik Lietuvoje, bet ir pasaulyje. Slaugytojai turi būti išsimokslinę, kad galėtų įnešti unikalų ir išskirtinį indėlį į sveikatos priežiūrą ir gebėtų dirbti kaip lygiaverčiai partneriai sveikatos priežiūros komandoje.

Ši mokomoji knyga skirta studentams, studijuojantiems slaugą. Knygoje trumpai apžvelgiama slaugos filosofija ir teorija. Leidinio temos parinktos siekiant supažindinti skaitytojus su slaugos filosofija, plėtoti supratimą apie šiuolaikinį slaugytoją, kuris savo veiklą grindžia slaugos mokslo teorijomis ir tyrimais.

Knygos leidimą rėmė ES – tai dalis projekto, skirto slaugos studijų programų tobulinimui.

I TEMA. SLAUGYTOJO PROFESIJA

Tikslas: Šios temos studijos suteiks galimybę:

- Įgyti žinių apie slaugos kaip profesijos raidą;
- Susidaryti nuomonę apie pagrindinius reikalavimus šiuolaikiniam slaugytojui.

Sprendimas tapti slaugytoju neretai priimamas panašiai, kaip ir sprendimas tapti bet kuo kitu – teisininku, mokytoju, statybininku, kirpėju. Slaugytojo profesijos atveju žodis „tapti“ yra labiau tinkamas, negu kitiems užsiėmimams. „Tapti slaugytoju“ nereiškia, kad pakanka įgyti vien tik specifinių žinių ir įgūdžių. Tapti slaugytoju yra procesas, kurio metu susiformuoja nuostatos, vertybės, kuriomis grindžiama slaugytojo veikla. Kitais žodžiais tariant, kad būtum geras slaugytojas, reikia ne tik teorinių žinių ir praktinio patyrimo, bet moralinių ir etinių principų integravimo savo profesinėje veikloje.

Slaugos idėja yra sena kaip žmonija. Medicina ir slauga yra vienos seniausių profesijų žmonijos istorijoje. Slauga atsirado seniau, negu medicina, tačiau sparčiau tobulėjo pastaroji, o slauga buvo labiau medicinos pagalbininkė, o ne savarankiška sritis. Norint geriau suprasti slaugos profesijos istorinę raidą, yra naudinga kartu studijuoti ir medicinos istoriją. Slaugos profesijos raidos istorija parodo, koks gydymas ir slaugymas buvo seniau bei kaip susikūrė dabartinis slaugos mokslas ir praktika (Kalibatienė D., 2004).

Pirmieji slaugai įvardijami kaip šeimos nariai ir talentingi liaudies gydytojai, egzistavo stiprus psichologinis poreikis rūpintis silpnesniu, kenčiančiu ar bejėgiu žmogumi. Moteris, motina rūpinosi šeimos nariais, vaikais ir seneliais. Gyvenimas privertė moteris išmokti slaugyti ligonius. Gydymą ir slaugymą skatino įgimtas savisaugos instinktas, būdingas ne tik žmonėms, bet ir visam gyvajam pasauliui. Iki krikščionybės buvo ligoninių tipo prieglaudų keliautojams ir seniems žmonėms. Įsigalėjus krikščionybei, moteris, nepaisant luomo ir padėties skirtumo, buvo pašaukta atlikti gailėstingumo darbą – ligonių slaugą. Krikščioniškasis rūpinimasis ligoniais paplito bendruomenėje. Prie vienuolynų veikė ligoninės. Šiuolaikiniams slaugos profesionalams būdingos vertybės – gailėstingumas, užuojauta, labdaringa veikla – buvo svarbios ir senovėje. Pradėjus plisti krikščionybei, sergantieji, vargšai, našlaičiai buvo slaugomi jų pačių arba specialios paskirties namuose. Profesionali slauga atsirado XIX a. pradžioje slaugos vaidmuo buvo suvokiamas ne kaip pacientų slaugymas, bet kaip gydytojų paskyrimų vykdymas.

Gera slauga – tai tikslus gydytojų nurodymų vykdymas, ji priklausė nuo gydytojų sprendimų. Slaugytoja rūpinosi, prižiūrėjo paciento fizinę būklę, o gydytojai sprendė, kaip tai turi būti atlikta. Slaugytojos daugiausia būdavo moterys, o gydyto-

jai – vyrai. XIX a. pabaigoje britė Florence Nightingale (1820–1910) buvo pirmoji slaugytoja, pradėjusi formaliai mokyti slaugytojus (Craven R., Hirnle C., 2006). Jos užrašai parodė F. Nightingale supratimą apie slaugą kaip atskirą sritį, todėl galima teigti, kad F. Nightingale įtvirtino slaugą kaip profesiją. Krymo karo metu ir po jo britė slaugytoja F. Nightingale pasiaukojė savo profesijai nepaisydama, ko tuo metu buvo tikimasi iš jos luomo moterų. Istorikai apibūdina F. Nightingale kaip „damą su lempa“ – kareivių slaugytoją Krymo karo metu. Jau tada slaugytojos pastangomis, laikantis higieninių reikalavimų, žymiai sumažėjo sužeistų kareivių mirtingumas, gydytojai pradėjo labiau pasitikėti slaugytojomis. F. Nightingale nuopelnai buvo įvertinti – buvo įkurtas jos vardo fondas, į kurį buvo paaukota nemažai lėšų, todėl F. Nightingale už tuos pinigus 1860 m. liepos 9 d. Thomas ligoninėje Londone atidarė pirmąją slaugytojų mokyklą – F. Nightingale mokyklą (dabar ji vadinasi F. Nightingale slaugos ir akušerijos mokykla, priklausanti Londono Karališkajam Koležui). Mokyklos tikslas buvo išmokyti slaugytojas dirbti ligoninėse, mokyti kitus, taip pat rūpintis vargšais. F. Nightingale rūpinosi būsimų slaugytojų požiūriu į darbą formavimu. Tuo metu slaugytojos turėjo blogą reputaciją – slaugydamos namuose jos vogdavo iš pacientų maistą ir alkoholį. Savo knygoje „Florence Nightingale savo slaugytojoms“ (angl. – „*Florence Nightingale to her nurses*“) rašė:

„Slaugytojoms. Slaugymas yra toks dalykas, kad jei mes kiekvienais metais, kiekvieną mėnesį, kiekvieną savaitę nežengiame į priekį, neprogresuojame, aš jums duodu žodį – tada mes žengiame atgal. Kuo daugiau įgauname patirties, tuo daugiau progresuojame. Pažanga, kurią jūs padarėte mokydami, yra niekis, palyginti su tuo, ką jūs privalote įgyti baigę studijas. Moteris, kuri apie save galvoja: „Dabar aš esu „tikra“ profesionali slaugytoja, kuri išmoko viską, ką buvo galima išmokyti“, ji nežino, kas yra tikras slaugytojas, ji jau nebetobulėja, o eina atgal. Puikybė ir slauga negali egzistuoti viename asmenyje...“. Viename to meto žurnale buvo rašoma: „Mis Nightingale parodė, kokia turi būti slaugytoja: griežta, gailėstinga, drąsi ir santūri kančios akivaizdoje, vienodai atidi visiems ligoniams iš įvairių visuomenės klasių. Visam laikui išnyko girta, apsileidusi slaugė“.

Profesionalios slaugos įvedimas į nešvarias ligonines, slaugytojo profesijos įtvirtinimas, slaugytojų mokymo organizavimas buvo didžiausi Florence Nightingale nuopelnai. Slauga tapo sisteminga ir organizuota, o slaugytojas – profesionalas. F. Nightingale buvo įsitikinusi, kad slaugytojas turi mokytis visą gyvenimą, būti išsimokslinęs, inteligentiškas, savo naujas žinias skirti pacientų priežiūros tobulinimui. 1893 m. E. Gretter (slaugytojų mokykla Detroite, Mičigane) sukūrė kiek pakeistą Hipokrato priesaiką. Ją pavadino „Florence priesaika“ šiuolaikinės slaugos įkūrėjos F. Nightingale garbei:

„Iškilmingai pasižadau prieš Dievą ir save patį, šio susirinkimo akivaizdoje, praleisti savo gyvenimą tyrai ir būti ištikimas savo profesijai. Aš susilaikysiu nuo viso to, kas

žalinga ir bloga. Nevartosiu ir sąmoningai neplatinsiu jokių žalingų vaistų. Aš darysiu viską, kas mano valioje, kad išlaikyčiau aukštus savo profesijos standartus. Aš laikysiu paslaptyste pacientų man patikėtus asmeninius ir šeimos reikalus bei paslaptis. Būsiu lojalaus, padėsiu gydytojui jo darbe ir pasiūvesiu tu, kurie pasitiki manimi, labui“.

Atsižvelgiant į tą laikotarpį ir aplinką, kurioje gyveno F. Nightingale, galima daryti išvadą, kad tai nebuvo moterų karjerai palankūs laikai, todėl tik labai stipri asmenybė, kelianti sau ir kitiems aukštus reikalavimus ir tikslus, galėjo nuveikti tiek, kiek nuveikė ji. F. Nightingale buvo pionierė kelyje į šiuolaikinę slaugą, ji viena iš tų, kuriems turime būti dėkingi už slaugos, kaip mokslo pradžią ir holistinį požiūrį į pacientą. F. Nightingale parašė nemažai knygų, ir ne vien tik slaugos, bet ir religijos, filosofijos temomis. Tačiau slaugai reikšmingiausi jos kūriniai yra „Pastabos ligoninėms“ ir „Pastabos dėl slaugos“ (Alligood M., Choi E., 1998).

XX a. viduryje Europoje ir JAV prasidėjo spartus slaugos praktikos progresas, kurį paspartino ekonominis pakilimas ir medicinos tobulėjimas. Slaugos mokslas – vienas jauniausių pasaulyje, pirmieji slaugos mokslo darbai atsirado palyginus su kitomis mokslo sritimis, gana vėlai, pradėjus steigti universitetines slaugos mokyklas, kurios tapo slaugos mokslo vystymosi pagrindu. Europoje XX a. pradžioje viena iš pirmųjų slaugos disertaciją apgynė prancūzė slaugytoja A. Hamilton. 1948 m. buvo paskelbta Ginzbergo slaugos sistemos studija. Tyrimų rezultatai paskelbti knygoje „Slaugos profesijos programa“. Šioje programoje į praktiką įtraukiami įvairaus išsilavinimo slaugytojai, rekomenduojama sukurti slaugos komandas, kurias sudarytų viena keturių metų universitetinio išsilavinimo profesionali slaugytoja, kelios dvejų–trejų metų kolegijinio išsilavinimo registruotos slaugytojos ir kelios vienerių metų apmokymo gydymo įstaigoje praktikos slaugytojos. Toks praktinis slaugos modelis egzistuoja ir šiandien kai kuriose Europos šalyse. XX a. antrajai pusei būdinga intensyvi slaugos mokslo, filosofijos teorijų ir slaugos modelių raida. Labai pasikeitė slaugos turinys ir objektas: sveikas ir sergantis individas, šeima, bendruomenė. Slaugytojų profesionalumas tiek padidėjo, kad jie galėjo kritiškai įvertinti slaugos praktiką, suformuluoti slaugos teorijas ir modelius, atlikti slaugos mokslo tiriamąjį darbą ir tokiu būdu pasiūlytas slaugos teorijas patikrinti praktikoje (1952 m. H. Peplau, 1961m. I. Orlando, 1964 m. E. Wiedenbach, 1966m. V. Henderson ir t. t.).

Lietuvoje, kaip ir visoje Europoje, medicinos ir slaugos vystymasis buvo glaudžiai susijęs su bažnyčia ir vienuolynų veikla. Nuo Mindaugo laikų Lietuvoje kūrėsi pranciškonų, dominikonų ir kiti vienuolynai. Prie vienuolynų buvo statomos mokyklos ir ligoninės. XVI a. prie bažnyčių imta steigti globos ir slaugos įstaigas špitoles. Istoriniai šaltiniai rodo, kad tokių įstaigų tik Vilniuje buvo ne viena dešimtis. Špitolėse ligonius daugiausia slaugė vienuoliai. Pirmoji žinoma slaugos mokykla Lietuvoje buvo įkurta XVIII a. pabaigoje, tai Vilniaus universitete veikusi akušerijos mokykla. Vėliau, 1876 m., Lietuvoje įkurta Raudonojo Kryžiaus draugija, kuri rū-

pinosi gailėstingųjų seserų, slaugų ir sanitarų rengimu. Vilniaus gailėstingųjų seserų organizacijos vienas svarbiausių tikslų buvo rengti patikimas slaugytojas ligoninėms ir kariuomenei. XX a. pradžioje Vilniuje atsirado ir privačių slaugos mokyklų, kurios paruošė nemažą būrį kvalifikuotų slaugos specialistų – akušerių, felčerių, gailėstingųjų seserų, slaugių ir sanitarų. 1921 m. įkurta Lietuvos gailėstingųjų seserų sąjunga, buvo leidžiamas žurnalas „Gailėstingoji sesuo“, tačiau Lietuvos okupacija nutraukė gailėstingųjų seserų veiklą, ji buvo atkurta tik 1989 m. 1992 m. Vilniuje įsteigta Lietuvos slaugos specialistų organizacija, kuri šiuo metu yra tapusi ir Tarptautinės slaugytojų tarybos nare (Kalibatienė D., 2004).

Lietuvai atgavus nepriklausomybę, slaugytojų išsilavinimas, slaugos kokybė, savarankiškumas, mokslas atsiliko nuo tarptautinių standartų apie 30–40 metų. Buvo reikalinga reforma slaugos srityje, kaip ir visoje sveikatos priežiūroje. Reforma slaugos srityje gana sunkiai skynėsi kelią tiek slaugytojų, tiek gydytojų ir visuomenės sąmonėje. Galima pasidžiaugti, kad pradėtoji reforma tęsiasi, tobulinamos slaugytojų rengimo studijų programos universitetuose ir kolegijose, gerėja slaugytojų parengimas, vystomas slaugos mokslas, gerėja slaugos kokybė. Šiuolaikinis slaugytojas – tai ne medicinos sesuo, kuri buvo rengiama tik slaugyti sergantįjį, vadovaudamasi gydytojo nurodymais, bet specialistas pagal profesinės kvalifikacijos ir veiklos srities poreikius įgijęs įvairių įgūdžių bei psichologinių, socialinių, edukologinių ir vadybos žinių. Slaugos tikslas – gera žmogaus ir visuomenės sveikata. Kaip rodo pasaulinė patirtis, šio tikslo neįmanoma pasiekti vien tik geriausiais vaistais arba medicininėmis technologijomis, gera sveikata – tai ne tik medicininė, bet ir socialinė, edukologinė, psichologinė problema. Būtinas sveikatos ugdyimas, socialinių slaugos aspektų supratimas. Būtina siekti pacientų ir slaugytojų bendradarbiavimo, jų aktyvumo rūpinantis sveikata. Spartėjantis naujų technologijų diegimas, didėjantis informacijos srautas kelia vis naujus reikalavimus dirbančių slaugytojų kvalifikacijai, kuri apima tam tikrų žinių, įgūdžių, patyrimo visumą. Slaugytojo žinios, asmeninės savybės, įgūdžiai, gebėjimai būtini sprendžiant konkrečias pacientų priežiūros problemas. Būdamas išsilavinęs, geras specialistas, slaugytojas yra lygiavertis gydytojo partneris, o kai kuriais atvejais slaugytojo vaidmuo paciento priežiūroje gali tapti net svarbesnis už gydytojo (dirbant profilaktinį darbą).

Slaugytojas visada buvo ir liks gydytojo pagalbininkas, tačiau šiuolaikinis slaugytojas yra labiau savarankiškas savo veikloje. Slaugytojo profesionalumas, atsakomybė nemaža dalimi lemia gydymo sėkmę ir sveikatos išsaugojimą, todėl praktinėje veikloje svarbu slaugytojo kompetentingumas, t. y. gebėjimas atlikti profesines užduotis remiantis konkrečiais veiklos standartais, praktikos ir mokslo pasiekimais. Šiuolaikinis slaugytojas remiasi žiniomis, kurios pagrįstos moksliniais tyrimais ir apima teorijos bei praktikos integravimą. Slaugytojas yra „arčiausiai paciento“, todėl jam svarbu gebėti atrasti kelią, kuriuo galėtų prieiti prie žmogaus, užmegzti bendra-

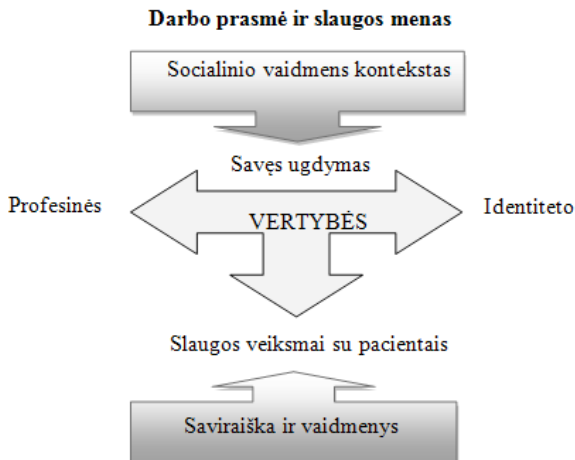
vimo – bendradarbiavimo ryšį su pacientu, gebėti jį suprasti, būti empatišku, jam padėti, nes tai labai svarbūs šiuolaikinės slaugos aspektai, juk kiekvienas žmogus yra savita asmenybė. Be abejonės, slaugytojo, kaip ir gydytojo, darbas nelengvas tiek fiziškai, tiek emociškai: jie rūpinasi ne tik pacientais, bet ir jų artimaisiais, padėdami išgyventi artimojo ligą arba netektį. Tai išskirtinės profesijos savybės, todėl slaugytojo profesiją turėtų pasirinkti labai atsakingi ir jautrūs kito kančiai žmonės, tada jie, dėdami daug pastangų, gali tikėtis „tapti“ gerais slaugytojais, tokiais, kokie reikalingi visuomenei (Chitty K., 2001).

Slaugytojo profesija dėl nuolatinio „gero kitam darymo“ yra viena iš labiausiai teikiančių pasitenkinimą profesijų. Slaugytojai dažniausiai rūpinasi savo pacientų poreikiais, mažiau paciento liga ar būkle, jie padeda asmenims, jų šeimoms siekti kuo geresnės gyvenimo kokybės ir esant sveikatos sutrikimams, paremia kančios metu. Šiuolaikinė slauga labai įvairi, slaugytojo kaip specialisto savarankiškumas taip pat yra didelis. Sveikatos priežiūros sritis nuo seno pasižymi dideliu profesinių žinių bei įgūdžių poreikiu, kuris yra susijęs su humanistinėmis idėjomis. Slauga iš orientuotos į užduotį kinta į komandinę slaugą, apimančią holistinę sistemą, kurioje slaugytojas neretai atlieka vadovojamą funkciją (Žydzūnaitė V., 2005). Daugelis slaugytojų dirba įvairiose kitų specialistų komandose, kurias gali sudaryti kiti slaugytojai, gydytojai, kineziterapeutai, dietologai, socialiniai darbuotojai ir kiti su paciento sveikatos priežiūra susiję specialistai. Tam reikalingas nuolatinis profesinis tobulėjimas, kuris yra sveikatos priežiūros komandos veiklos kokybės garantas. Šiuolaikiniam slaugytojui keliami profesiniai reikalavimai glaudžiai susiję su slaugos standartų įgyvendinimu praktinėje veikloje. Bendroji slaugos praktika užtikrina visišką slaugytojo atsakomybę už paciento slaugą, slaugymo planavimą ir organizavimą. Slaugytojų rengimą, jų profesinę veiklą Lietuvoje reglamentuoja daugybė nacionalinių bei tarptautinių dokumentų. Nepriklausomai nuo to, kokioje srityje slaugytojas dirba, jis privalo kasdien sistemingai vertinti paciento sveikatą, planuoti ir įgyvendinti slaugą, įvertinti slaugos, nukreiptos į pacientą (angl. *patient centered care*) rezultatus. Sėkmingai slaugytojo veiklai reikalingos įvairios biomedicininės, filosofijos, psichologijos, socialinių mokslų žinios, etinėmis vertybėmis grįsta veikla (Fegermoen M., 1997).

Vertybinis pamatas, ant kurio statoma visa profesinių žinių ir įgūdžių piramidė, yra išskirtinis slaugytojo profesijos bruožas. Asmens vertybių ir jų poveikio slaugytojo elgsenai supratimas yra pagrindinė humanistinės slaugos sudedamoji dalis. Socializacijos procese vertybės keičiasi, asmuo perima profesijoje gerbiamas vertybes, didėja slaugytojo patirtis, ir tai sąlygoja profesionalumo didėjimą (Beaushamp T., Childress J., 2001). Šiuolaikinis slaugytojas kritiškai vertina praktinę veiklą, kas skatina plėtoti įrodymais pagrįstą praktiką kaip pagrindinę priemonę efektyviam slaugos rezultatui pasiekti. Priimdamas sprendimus paciento priežiūroje jis turi

vadovautis pažangia praktika ir moksliniais tyrimais. Slaugytojas vertina paciento sveikatą ir nustato problemas bendraudamas su pacientu, kitais sveikatos priežiūros komandos specialistais, stebėdamas pacientą, vertindamas tyrimų rezultatus, pvz., kūno temperatūros, kvėpavimo ar kitus pokyčius. Nustatęs paciento slaugos diagnozes, slaugytojas planuoja paciento slaugą pagal prioritetus, siekdamas kuo geresnės paciento sveikatos ir gyvenimo kokybės. Taigi, šiuolaikinis slaugytojas taiko slaugos procesą kaip problemų sprendimo metodą, kad slaugomo paciento sveikata pagerėtų, savo veiklą išsamiai aprašo slaugos istorijoje – dokumente, kuris yra lygiai toks pat svarbus, kaip gydytojo rašoma paciento ligos istorija. Efektyvus bendravimas ir bendradarbiavimas su pacientu, jo šeima yra svarbi efektyvios slaugos prielaida. Labai svarbus yra slaugytojo edukacinis vaidmuo, informacijos pacientams teikimas padedant jiems geriau suprasti savo sveikatos būklę, valdyti sutrikimus arba jų išvengti, optimizuoti savo gyvenimą (Frisch N., 2001).

Slaugos studijos, praktinis slaugytojo darbas nuosekliai padeda formuoti profesiniam identitetui, įsitvirtinti vertybėms, normoms ir etiniams standartams, be kurių kokybiška šiuolaikinė slauga neįmanoma. Profesiniu identitetu vadinamas slaugytojo suvokimas ką reiškia būti ir veikti kaip slaugytojui, jis reprezentuoja slaugytojo slaugos filosofiją. Dar daugiau, profesinis identitetas yra vertybių ir įsitikinimų, kuriais slaugytojas vadovaujasi mąstydamas, bendraudamas, veikdamas paciento naudai turėjimas, jų puoselėjimas. Slaugos darbuotojų įvaizdis vaidina svarbų vaidmenį profesiniam identitetui įgaunant statusą visuomenėje, nubrėžiant siekių ribas, patvirtinant ar paneigiant kieno nors susidarytą nuomonę. Pirmiausia patys slaugytojai neturėtų jaustis antraeiliais savo darbe.



1 pav. Profesinis identitetas slaugoje (pagal Fagermoen, M.S., 1997).

Slauga yra moralūs veiksmai, o slaugytojas – moralinis tarpininkas. Remiantis moralės filosofija, vertybės, orientuotos į kitą asmenį, turi moralinę prigimtį, kaip pvz., žmogaus orumo, autonomijos gerbimas, teisingumas, altruizmas (Burkhardt M., Nathaniel A., 2001). Būti slaugytoju yra naudinga ir pačiam, nes tada jis, slaugydamas kitus, gali realizuoti ir savo asmenines vertybes. Tai pavaizduota 1 paveiksle.

Vykdamas sveikatos priežiūros reformą Lietuvoje, kinta visuomenės požiūris į slaugą ir slaugytoją. Iš slaugytojo reikalaujama naujų žinių, sugebėjimo savarankiškai veikti, atsakyti už savo sprendimus ir jų įgyvendinimą. Gydyimo procese slaugytojas yra puikus partneris. Jo atsakomybė, profesionalumas didele dalimi lemia gydymo sėkmę ir sveikatos išsaugojimą. Gydytojas ir slaugytojas dirba komandoje vienas kitą papildydami ir abu veikia paciento labui, todėl labai svarbu geri gydytojo ir slaugytojo tarpusavio santykiai. Moksliniai tyrimai atskleidžia, kad visuomenė slaugos sritį dažniausiai vertina medicininio aptarnavimo kontekste. Tai rodo, kad mūsų visuomenė slaugą ir priežiūrą menkai vertina. Ne vieną dešimtmetį gera slaugytojo reputacija buvo tapatinama su pedantišku pareigų vykdymu ir profesionaliu gydymo ir slaugos procedūrų atlikimu, todėl slaugos, kaip savarankiškos sveikatos priežiūros srities, slaugos mokslo vystymasis yra lėtas.

Šiuolaikiniame pasaulyje iš slaugytojo reikalaujama daugiau: gebėjimo savarankiškai priimti sprendimus, remiantis probleminiu ir analitiniu mąstymu, gebėjimo būti empatišku, mokėjimo diagnozuoti problemas interakcijoje su pacientu. Tam reikalingos kompleksinės žinios ir specializuoti įgūdžiai. Slaugytojai turi būti išsimokslinę profesiniame kontekste, kad galėtų įnešti unikalų ir išskirtinį indėlį į sveikatos priežiūrą, dirbti kaip lygiaverčiai partneriai su kitais specialistais, kurie rūpinasi asmenų ir grupių sveikatos priežiūra (Žydžiūnaitė V., 2005).

Kartojimo klausimai:

1. Kokie yra pagrindiniai slaugos ir slaugytojo profesijos raidos etapai?
2. Kas paskatino slaugos progresą pasaulyje ir Lietuvoje?
3. Kokie reikalavimai keliami šiuolaikiniam slaugytojui?
4. Kaip skyrelio medžiaga paveikė Jūsų slaugos supratimą ir slaugytojo vaidmenį?

Pratimas: Parašykite savo sukurtą slaugos apibūdinimą ir paskirtį. Vėliau paprašykite, kad Jūsų kolegos perskaitytų savo apibūdinimus. Ar jie sutampa su Jūsų? Kokių yra panašumų ir skirtumų? Po to pagalvokite, ar nenorėtumėte pakeisti ar papildyti savo parašytus apibūdinimus.

II TEMA. FILOSOFIJA IR MEDICINA

Tikslas: Šios temos studijos suteiks studentui galimybę:

- paaiškinti filosofijos, kaip išminties meilės, sampratą;
- įgyti žinių ir suprasti medicinos filosofijos raidą;
- paaiškinti pagrindines filosofijos kryptis ir atrasti ryšį tarp filosofijos ir medicinos.

Filosofija kaip išmintis

Graikai sukūrė mąstymo apie pasaulį būdą, vadinamą filosofija. Filosofija – iš graikų kalbos žodžių „philo“ (mylėti), „sophia“ (išmintis), t. y. išminties meilė, kurią graikai suprato kaip tam tikrą mąstantį atvirumą pasauliui, būdingą tik žmogui. Tikroji filosofijos stichija – ne atsakymas, atitinkantis Dievo veikseną, bet amžinasis klausimas, nes filosofijoje mąstyti ir klausti yra tas pats. Išmintis visada yra ir tam tikras žinojimas. Būti protingam reiškia atsiverti nežinios erdvei ir atsistoti į klausiančiojo poziciją (Baranova J., 2002). Toks žinojimas nėra mokslinis ar enciklopedinis žinojimas. Mokslinis žinojimas pasižymi siaurumu ir specializuotumu, todėl yra ribotas, labai dažnai suabsoliutina savo reikšmingumą kitų mokslų, vadinasi, ir gyvenimo bei pasaulio, kaip *visumos* atžvilgiu. Išmintingas žinojimas pasižymi tuo, kad jis susideda ne iš paskirų faktų, bet yra visuminis, *universalus* – remiasi plačiomis pažįtuomis ir tvirtais principais. Lietuvis filosofas S. Šalkauskis (1886–1941) išmintį apibūdino kaip trijų bruožų – pažūrų platumo, žinių gilumo ir tinkamo dorinio nusistatymo – vienovę. Jis pažymėjo tokias pagrindines filosofijos mokslo savybes:

- 1) bendrumas pažinimo subjekto atžvilgiu;
- 2) visuotinumas pažinimo objekto atžvilgiu;
- 3) bendras pažinimo mokslo reikšmingumas;
- 4) aukščiausias intelektualinės kultūros sąmoningumas;
- 5) visuotinės sintezės reikšmė;
- 6) filosofija, kaip pasaulėžiūros mokslas.

Filosofija – tai mokslas apie bendriausius, universaliausius principus ir dėsningumus, instrumentas kitiems mokslams. Moderniaisiais laikais paplito filosofijos apibūdinimas keturiais pagrindiniais klausimais, kuriuos suformulavo filosofas Immanuelis Kantas:

- Ką aš galiu žinoti?
- Ką aš turiu daryti?
- Ko aš galiu tikėtis?
- Kas yra žmogus?

Įvairios žmogaus veiklos sferos gali būti filosofijos objektu, medicina ir slauga nėra išimtis. Filosofijos problematika apima tokius klausimus, kaip kas yra būtis ir tiesa (metafizika ir logika), gėris ir moralumas (etika), religijos filosofija, politinė filosofija, taip pat mokslo filosofija ir pan. Platono žodžiais tariant, filosofija suteikia žmogui galimybę ir žinių atskirti tai, kas yra gyvenime gerai, nuo to, kas yra blogai (Wulf H., Pedersen S., Rosenberg R., 2001).

Filosofiją galima apibūdinti kaip teorinės ir praktinės pasaulėžiūros mokslą, nes, anot S. Šalkauskio, vien tik filosofija iš esmės yra tik pasaulėžiūros mokslas, arba, kitaip tariant, ji tik viena tegali sudaryti mokslinę žmogaus pasaulėžiūros dalį. Vadinasi, filosofiją galima laikyti pasaulėžiūros mokslu. Todėl visų pirma ji turi ištirti *pažinimo* pagrindus (ar teisingai pažįstame?) ir tik po to imtis paties *pasaulio ir gyvenimo* pažinimo. Pažinimo pagrindus tyrinėja *pažinimo filosofija*; pasaulio pagrindus – *teorinė filosofija* (istorinė metafizika); gyvenimo (būties) pagrindus – *praktinė filosofija*. Galima daryti išvadą, kad filosofijos sistema apima pažinimo, teorinę ir praktinę (taikomąją) filosofijas (Šalkauskis S., 1996).

Pažinimo filosofiją sudaro dvi atskiros filosofijos disciplinos – *gnoseologija* (pažinimo teorija) ir *logika*, kuri tyrinėja formalųjį pažinimo taisyklumą. Teorinė filosofija skirstoma į keturias disciplinas – *ontologiją*, *gamtos filosofiją* (pastaroji skirstoma į *kosmologiją* ir *biofilosofiją*), *antropologiją* ir *teodicėją*. Ontologija tyrinėja bendriausius būties pagrindus. Gamtos filosofija – vidinius materialaus pasaulio pagrindus. Antropologija – žmogaus atsiradimo, raidos ir vidinių apraiškų pagrindus.

Teodicėja (pranc. „*theodicee*“ iš gr. „*theos*“ – Dievas ir „*dike*“ – teisingumas) – filosofijos dalis, kurioje svarstomi Dievo buvimo įrodymai (kiek pajėgus tirti žmogaus protas), jo savybės ir pan. Gyvenime žmogus susiduria su akivaizdžiais blogio faktais ir tai daugelį žmonių skatina abejoti Dievo buvimu, nes, jeigu Jis būtų, tai, būdamas absoliutus Gėrio šaltinis ir absoliuti Jėga, to neleistų. Ši filosofijos dalis bando suderinti dievo buvimą su blogio tikrove.

Praktinė filosofija skirstoma labai įvairiai. Dažniausiai jai priskiriama *etika* (dorovės filosofija), *teisės filosofija* (normatyviškai apibrėžtų santykių tarp žmonių ir jų nuosavybės), *estetika* (grožio filosofija), *kultūros filosofija* (kūrybos), jai priskiriant istorijos ir socialinę filosofijas ir *religijos filosofija* (santykių su Aukštesne Būtybe).

Tokiu būdu filosofijos sistema siekia apimti visą galimą pasaulėžiūrą, kuri gali būti mokslinio tyrimo objektu.

Medicinai ir slaugai filosofija, kaip pasaulėžiūros mokslas, turi neabejotinos reikšmės. Medicina ir slauga formavosi veikiamos įvairių veiksnių: religijos, filosofijos, mokslo, dorovės, visuomeninių ir valstybinių struktūrų, ekonominių sąlygų, karų, ekologinių, biologinių, klimatinių ir kitų veiksnių. Medicina ir slauga tarnavo kilniems žmonių tikslams. Ligonio kančios visais laikais buvo blogis. Medicinoje ir

slaugoje yra daug problemų, reikalaujančių filosofinio įprasminimo (Jakušovaitė I., 2001).

Filosofijos santykis su medicina istoriniu aspektu **Antikinė medicinos filosofija**

Medicina bei jos praktika ilgą laiką dominavo sveikatos priežiūroje, nors žmonijos istorijoje slauga atsirado anksčiau. Slauga ir medicina yra labai glaudžiai susijusios tarpusavyje, todėl, norint geriau suprasti filosofijos įtaką slaugos formavimuisi, yra naudinga kartu studijuoti ir filosofinės minties įtaką medicinai.

Senovės graikų filosofijos, medicinos, politikos, architektūros bei kitų sričių laimėjimais remiasi visa šiuolaikinė Europos kultūra. Didelę reikšmę graikams turėjo raštas, kurio juos išmokė rytiečiai. Taip jie galėjo įamžinti savo filosofų, mokslininkų, poetų, politikų mintis, kurios išliko ateinančioms kartoms kaip neįkainojama vertybė. Iki šiol svarbi yra žmogiškojo tobulumo idėja – ne tik sėkmės bei turto, bet ir išminties, teisingumo bei kilnumo troškimas. Šiuolaikinė civilizacija remiasi tokiomis graikų suformuluotomis vertybėmis, kaip dvasios taurumas, pareigos jausmas, laisvė, narsa, demokratija. Senovės graikai buvo vieni pirmųjų europiečių, išplatinusių Rytų civilizacijos pasiekimus Europoje (Lanara V., 1981).

Kiekvienos veiklos filosofija turi atskleisti veiklos prigimtį, prielaidas, dėl kurių ji galima, vertybes, pagal kurias veikia, o medicina – tai veiksmų laukas, kurio centre yra žmogus. Medicina yra sudėtingas socialinis bei kultūros reiškiny, kuris formavosi veikiamas įvairių veiksnių: religijos, filosofijos, mokslo, dorovės, ekonominių ir aplinkos sąlygų (Jakušovaitė I., 2001). Filosofijos ir medicinos santykio problema atsirado jau Hipokrato laikais, kadangi medicina buvo viena iš pirmųjų pažinimo šakų, kuri atsiribojo nuo filosofijos ir tapo savarankiška. Ši problema ne mažiau aktuali ir šiandien. Medicina ir filosofija, kaip savarankiškos pažinimo sritys, naudojasi viena kitos metodais ir turiniu, pavyzdžiui, sprendžiant sąmonės, smegenų ir išorinio pasaulio santykio problemą, sveikatos ir ligos, mirties, kančios sampratą. Filosofija yra medicinos idėjų ir vertybių pagrindėja.

Medicinos filosofija yra daugiau negu filosofavimas apie medicinos fenomenus, ji visų pirma turi surasti medicininės veiklos konceptualų pagrindimą. Praktinis medicinos kryptingumas nereiškia, kad medicina negali būti fundamentalusis mokslas. Jau Hipokratas nelaikė medicinos vien taikomuoju mokslu, o R. Dekartui ir Paracelsui ji yra mokslas apie žmogaus tobulėjimą. Žmogaus kaip biologinės, socialinės ir dvasinės būtybės pažinimas yra fundamentali medicinos mokslo problema. Senovės filosofai bandė suprasti: kas sudaro gamtos egzistavimo pagrindus, kas riša įvairius gamtos reiškinius į vieningą visumą, kas sieja žmogų su gamta, kokia žmogaus esmė ir vieta visatoje (Jakušovaitė I., 2001, Baranova J., 2002).

Žinių apie mediciną senovėje yra nedaug. Homero „Iliadoje“ nemažai mitų, susijusių su medicina. Homero laikais (750 m. pr. Kr.) buvo gydoma žolėmis, atlie-

kamos primityvios chirurginės operacijos, bet liga ir gydymas buvo suvokiamas kaip magiški dalykai, todėl gydymas buvo žynių rankose. Pacientai, norėdami atsідėkoti už gydymą, aukodavo dievams vištas, gaidžius ar ožius. Iš tų laikų išliko gyvatės, apsvijusios saulės dievo Apolono lazda, kaip išminties, paslaptiugumo, sveikatos sugražinimo ir medicinos simbolio reikšmė. Apolono sūnus Asklepijus arba Eskulapas (lot. *Aesculapius*) buvo garsus senovės graikų gydytojas, vėliau sudievinatas ir pavadintas gydytojų dievu. Mitologinėje pasaulėžiūroje mirtis buvo suprantama ne kaip pabaiga, o kaip nesibaigiančio ciklo fazė. Jei žmogus – tik visatos, kosmoso dalis, tai gyvenimas nepriklauso nuo paties žmogaus ir jo mirtis neturėjo asmeninės prasmės. Žmonės dievams buvo aukojami tik dėl to, kad atsigamintų kosminis procesas, kad būtų užtikrintas visatos savikūros nenutrūkstamumas, o ne tam, kad žmogus galėtų išsigelbėti kitame pasaulyje. Buvo tikima pasaulio pastovumu ir nekintamumu. Tik dievai buvo nemirtingi. Mitologinę nemirtingumo idėją perėmė Demokritas. Atomas pagal Demokritą – nedalomas, nekintamas, amžinas. Žmogaus kūnas ir siela turi tą pačią atominę struktūrą, o žmogui mirus, jo sielos atomai išsisklaido (Lanara V., 1981).

Vėlesniais laikais žmogaus mąstymas keitėsi – vadavosi iš mitologijos varžtų, ėmė remtis protu, formavosi mokslinis požiūris. Perėjimas nuo mito prie „logo“ buvo svarbus žingsnis žmogaus mąstymo raidoje. Į gamtą imta žiūrėti kaip į savaime atsiradusią, o į pasaulį – kaip sudėtingą visumą. Antikos filosofija dar vadinama natūrfilosofija, kuri formavosi kaip kosmologija. Kosmosą antikos žmogus įsivaizdavo kaip gyvą, dvasingą, tobulą kūną, kuris kartu yra ir teorijos objektas. Vieni antikiniai filosofai kosmoso vienovę aiškino vienaip, kiti kitaip, tačiau svarbiausia jiems buvo „proto žvilgsnis“, bet ne jutimais suvokiama daiktų įvairovė. Tuo metu ir medicinoje buvo neįmanomas loginis ligos apibrėžimas. Tiek liga, tiek sveikata apibūdinama keturių skysčių: kraujo, gleivių, geltonosios ir juodosios tulžies skirtingomis porcijomis.

Hipokrato (460–375 m. prieš m. e.) nuopelnai medicinai labai svarbūs: jis sukūrė medicinos teorijos pagrindus, todėl pelnytai yra laikomas medicinos tėvu. Hipokrato mokymui turėjo įtakos pati epocha, kada filosofija, istorija, poezija, skulptūra ir kitos kūrybinės sritys pasiekė savo tobulumo, aukštindamos žmogų. Turėjo įtakos ir iki tol susiformavusios dvi filosofinės mokyklos – empirinė, orientuota į patyrimą, tiesiogiai suvokiamus faktus ir abstrakčioji, besiremianti patyrimu nepagrįstais samprotavimais. Hipokratas iš jų abiejų perėmė patyrimu paremtus duomenis ir ryšius tarp jų, pasinaudojo Empedoklio (490–430 m. prieš m. e.) mokymu apie keturis elementus: ugnį, orą, vandenį ir žemę, tokiu būdu sukurdamas savo medicinos sistemą. Hipokrato filosofijos ištakos pastebimos dar žynių medicinoje. Pagal juos organizmas susideda iš keturių skysčių (humorų): kraujo, flegmos (skreplų, gleivių), geltonosios (vėmalai) ir juodosios tulžies (išmatos). Sveikata – tai

harmoningas santykis tarp jų, o liga – harmonijos sutrikimas. Pavyzdžiui, kai šalta ir drėgna, žmogaus kūne gaminasi per daug flegmos ir žmogus peršalęs suserga. Kad per vasaros karščius apsisaugotų nuo ligos – išlaikytų humorų pusiausvyrą, žmonėms buvo patariama vėsintis geriant šaltus gėrimus. Žiemos metu buvo rekomenduojamas greitas vaikščiojimas, padedantis sušilti. Keturių skysčių tarpusavio ryšį palankinti širdyje esanti šiluma.

Graikai suvokė, kad kiekvienas reiškinys turi dvi puses. Pavyzdžiui, liga yra blogis ligoniui, bet gėris gydytojui – tai priešybių vienybės idėja, kuri tapo labai reikšminga graikų mąstysenai. Svarbiausia ligonio priežiūros dalis buvo emocinis gydytojo ir paciento ryšys, bendravimas. Ligonių gydymui buvo įrengiamos gydyklos, kur jiems buvo atliekamos fizioterapinės procedūros, gydymui taikoma saulė, oras, vandens procedūros. Antikinėje Graikijoje ypatingas dėmesys buvo skiriamas mitybai. Klestėjo vegetarizmas ne tik kad kūnas būtų gražus, bet kad nereikėtų žudyti gyvūnų, nes buvo tikima, kad žmogaus siela galinti apsigyventi bet kuriame gyvūne. Svarbi gydymo priemonė buvo kraujo nuleidimas. Buvo manoma, kad ligą sukelia kraujo perteklius, todėl jį būtina pašalinti, ir tada ligonis pasveiks. Pavyzdžiui, vienam ligoniui, sergančiam vandene, buvo nuleistas beveik visas kraujas, ir jis pasveiko (Kalibatienė D., 2004).

Hipokratiškoji medicina skelbė, kad visas ligas sukelia natūralios priežastys, kurias būtina atskleisti, nes nuo to priklausys gydymo efektyvumas. Hipokratas į gydymą žiūrėjo labai plačiai. Jo manymu, norėdamas išgydyti ligonį, gydytojas turi gerai pažinti ligonio prigimtį ir tik tada parinkti tinkamą gydymo būdą. Be to, gydytojas turi pažinti ligos ir gamtinės aplinkos prigimtį, siekdamas ligonio sveikimo. Patyrimo ir proto vienovė buvo gydymo pagrindas. Teorinis medicinos tikslas buvo išsiaiškinti, kas žmogui pasaulyje yra naudinga, o kas kenksminga. Praktinis tikslas – nepakenkti ligoniui (Beaushamp T., Childress F., 2001). Iki šiol žinomas Hipokrato suformuluotas pagrindinis medicinos principas „Primum non nocere“ (svarbiausia – nepakenk).

Hipokratas žymus tuo, kad profesionalumą ir mokslinį požiūrį susiejo su moralinėmis, etinėmis gydytojo veiklos taisyklėmis. Tas, kuris rūpinasi žmonių sveikata, privalo būti pats aukštos moralės. Svarbus Hipokrato laikų palikimas yra gydytojo priesaika, kuri, su kai kuriais papildymais ir pakeitimais, naudojama ir dabar. Hipokratas medicinos profesinę veiklą, kaip savarankišką mokslo šaką, atskyrė nuo filosofijos ir religijos. Savo medicinos mokyme jis atmetė mitus, prietarus, sugriovė iki tol vyravusią nuomonę, kad magiškas pasveikimas yra dievų darbas. Medicinos veikla jo manymu turi remtis racionalių mąstymų ir patirtimi, todėl, siekiant išmanyti ligas ir tinkamiausius gydymo būdus, svarbu atidūs stebėjimai ir bandymai. Nuo Hipokrato laikų imti skirti šventikai ir gydytojai, kaip medicinos praktikai. Tačiau tai nereiškia, kad religijos medicinoje visai nebeliko. Žmonėms, ištiktiems sunkios ligos, išliko

svarbus gyvenimo su liga, vilties klausimas ir tai, kas bus po mirties? Tokiu būdu, gydytojui neretai teko pabūti ligoniui ir dvasininku, kuris gali nuraminti, paguosti, suteikti vilties (Jakušovaitė I., 2001).

Kitų antikos mąstytojų, nusipelnusių ir medicinai – Platono (427–347 m. prieš m. e.) ir Aristotelio (384/3–322/1 m. prieš m. e.) samprotavimai apie žmogaus kūno sandarą ir jo funkcionavimą yra gana prieštaringi. Anot Platono žmogaus kūnas sudarytas iš keturių elementų. Smegenyse glūdi protingoji sielos dalis. Visų smegenų elementų forma vienoda – trikampiai. Tuo tarpu kaulai sudaryti iš žemės, kurios dalys yra kubo pavidalo. Vandens, ugnies ir žemės mišinys tam tikromis proporcijomis sudaro tarsi žmogaus kūno apvalkalą – priodę, kurioje slypi drėgmė. Ši drėgmė aplinkoje esant karšui, išsiskiria prakaito pavidalu ir tokiu būdu atvėsina kūną, o žiemą priodėje esanti ugnis sušildo. Negalavimo priežastimi Platonas įvardija vieno ar kito elemento kiekio padidėjimą ar sumažėjimą. Jeigu padidėja ugnies, kūnas karščiuoja. Būti sveikam, vadinasi, sudaryti tokius santykius tarp kūno elementų, kai valdo tas, kuriam pagal prigimtį dera valdyti, o sukelti ligą – kai paklūstama priešingai prigimčiai. Platono mąstymo metodo esmė yra ta, kad sąvokos apibūdinamos per priešybę. Priešinguose daiktuose apskritai nematyti jokio vidurio: juk nėra vidurio tarp sveikatos ir ligos, tarp gyvenimo ir mirties. Platonas suformuoja idealiosios (transcendentinės) būties filosofinį vaizdinį ir pagrindžia loginį materialiosios būties priklausomumą nuo idealiosios.

Filosofo požiūris į žmogų susijęs su būties ir sąmonės vienovės idėja. Anot Platono, svarbiausia yra žmogaus protas, tik jo dėka žmogus gali išsigelbėti nuo tragiško gyvenimo laikinumo pajautimo, o būtis ir sąmonė yra protingumo, teisingumo, gėrio ir grožio įsikūnijimas. Jeigu žmogus elgiasi pagal šias vertybes, jis bus nevienišas, suvoks savo būties, savo egzistencijos priežastis ir galės siekti savo idealo, t. y. kaip paties transcendentinio jam suteiktos galimybės į jį sugrįžti. Tokiu būdu, Platonas sukuria logiškai pagrįstą nemirtingumo iliuziją. Jo manymu mirtis yra pozityvus reiškinys, nes tuo metu žmogaus dvasia išsilaisvina iš kūniškų varžtų. Žmogui svarbiausia yra tinkamai pasirengti mirčiai. Kūną Platonas vadino kalėjimu, sielos grandinėmis. Jis teigė, kad žmogus nepažįsta tikrosios dorybės todėl, kad yra kūniškųjų malonumų nelaisvėje, todėl tik askezė gali padėti jam tapti dorybingu ir intelektualiu, pasiekti sielos harmoniją. Anot Platono, sielos klajoja atskirai nuo kūno ir gali įsikūnyti į bet kurį žmogų, gyvūną ar augalą.

Ne visa siela yra protinga, o tik jos dalis (Wulf H., Pedersen S., Rosenberg R., 2001), kitos jos dalys yra: jausmingoji ir trokštančioji, kurias filosofas lygina su sunkiai pažabojamais sparnuotais arkliais. Jeigu protui pavyksta tuos arklius suvaldyti, atsiranda darna, žmogus yra laimingas. Platonas buvo Sokrato (470/469–399 m. pr. Kr.) mokinys, todėl moralės klausimai jam taip pat buvo svarbūs.

Aristotelis kritikavo Platoną: jis nesutiko su Platonu, kuris skelbė, kad visa, kas egzistuoja, gimsta iš priešingų pradų sąveikos. Aristotelio logika buvo naudinga jo biologiniams tyrinėjimams. Aristotelio mokymas apie pirminių esmių lygiateisį statusą (žmogus yra esmė ne daugiau kaip jautis) lėmė jo domėjimąsi gyvosios ir negyvosios gamtos formų įvairovę. Jo nuomone gyvo organizmo specifikos reikia ieškoti ne tiek materijoje, kiek formoje, nes formos prigimtis turi didesnę jėgą negu materija. Aristotelio minima forma yra labiau funkcija, o ne išorinė pusė. Gyvo organizmo kaulai, kūnas, kraujas ir t. t. atitinka tą funkciją, kuri yra būdinga gyvam kūnui. Anot Aristotelio, paprasčiausia gyvo organizmo funkcija yra savisauga ir giminės pratęsimas. Forma, kuri užtikrina šių funkcijų atlikimą, yra siela, ji yra gyvo kūno priežastis ir pradžia. Būtent siela yra priežastis, formuojanti judėjimą, kaip tikslą ir kaip gyvų kūnų esmę.

Aristotelis su Platonu laikomi didžiausiais graikų filosofais. Jų požiūriu vėliau rėmėsi Klaudijus Galenas (129–199 m. e. m.) – filosofas ir gydytojas, kuris sukūrė visas medicinos mokslo dalis apimančią vieningą sistemą atspindinčią antikinę mediciną. Joje jis sujungė visus savo pirmtakų pasiekimus. Aristotelio teiginys, kad gamta nieko nedaro be tikslo, tad ir gyvo organizmo struktūra yra ne atsitiktinumas, o protingas tikslas tapo Galeno medicinos principu, perėjusiu į vėlesnes medicinos teorijas. Galenas savo medicinos sistemoje pasinaudojo ir Platono idėjomis apie santykiaujančių pusių santykį ir suformulavo savo teiginius, kad organizmo funkcijos atsiranda anksčiau už pačius organus. Be to, Platono filosofija atsispindi ir Galeno mokyme apie pneumą. Jis išskiria tris pneumos rūšis: psichinę, esančią galvos smegenų skilveliuose, gyvybinę, kuri yra širdyje. Pastaroji, anot Galeno, yra sudaryta iš dviejų dalių – įkvėpto oro ir kraujo. Trečioji pneuma, esanti kepenyse – fizinė. Ji atsakinga už mitybą ir dauginimąsi. Be to, Galenas mini organizmo reagavimo jėgą, kuri kartu su pneuma paaiškina virškinimo ir kraujotakos funkcijas. Įdomus yra ir Galeno mokymas apie ligų priežastis, vaistų vartojimą, atsižvelgiant į ligos intensyvumo periodą, bandydamas paaiškinti terapiją. Galenas skrodė gyvūnus (beždžiones, meškas, šunis), tyrinėjo žmonių griaučius, pirmasis aprašė žmogaus anatomiją – 300 raumenų, centrinę nervų ir kraujagyslių sistemas, padėjo farmakologijos pagrindus.

Taigi, antikos laikų filosofija turėjo įtakos formuojantis to meto medicinos teoriniams–filosofiniams pagrindams.

Diskusijų klausimai:

1. Kas yra filosofija?
2. Kaip senovės filosofai aiškino gamtą ir žmogaus vietą joje?
3. Kokie yra Hipokrato nuopelnai medicinai?
4. Kuo skyrėsi filosofų Platono ir Aristotelio požiūriai apie žmogaus kūną ir jo funkcionavimą?
5. Kuo ypatinga Galeno medicinos sistema?

Užduotis: Naudodamiesi jums prieinamais šaltiniais, perskaitykite ir palyginkite Hipokrato priesaiką ir pakoreguotą šiais laikais Hipokrato priesaikos variantą. Kokius skirtumus pastebėjote? Kodėl, jūsų nuomone, jie atsirado? Jeigu jus paprašytų sukurti XXI a. gydytojo priesaiką, kokius Hipokrato ir kitų priesaikų punktus įrašytumėte? Kodėl? Kokius naujus išipareigojimus pasiūlytumėte? Kodėl? Patys sukurkite priesaikos tekstą.

Viduramžių ir Renesanso medicinos filosofijos raida

Graikai sukūrė antropologinę žmogaus, kaip *homo sapiens*, sampratą, teigiančią, kad žmogus iš esmės skiriasi nuo gyvūno tuo, kad turi protą. Gamta neturinti šio prado, kuris ontologiškai sutampa su kosminiu pasaulio kūrimo principu. Viduramžiai – tai antikinio kosmologizmo transformacija filosofijoje į simbolizmą, kuris diferencijavosi dviem kryptimis: religine – krikščioniškasis simbolizmas ir panteistinių mokymų. Gamta buvo suprantama kaip Dievo sukurta žmogui ir ji yra nematomo pasaulio simbolis, todėl priežastinis aiškinimas turėjo antraeilę reikšmę pasaulio, kaip visumos, aiškinimui. Absoliuti Dievo galybė pasireiškia tuo, kad jis kuria žmogų ir gamtą, nuolatos juos globoja. Dievo klausimas ir jo santykis su žmogumi bei pasauliu – tokia yra viduramžių teologijos ir filosofijos problema. Mokymas apie dieviškąją visagalybę privedė prie gamtos savarankiškumo neigimo – teocentrinio gamtos modelio. Dievas yra aukščiausias gėris. Tuo tarpu Aristoteliiui gamta yra autonomiška, turinti savo dėsnius, o didžiausias gėris yra teisingas daiktų pažinimas. Moralinis gėris, anot Aristotelio, yra absoliutus gėris, kurio pradžia yra dieviška. Įtakingiausias bažnyčios mokytojas Šv. Augustinas (354–430 m. e. m.) dieviškąjį gėrį, kaip aukščiausiąjį gėrį, iškelia virš visko. Žmogaus tarnavimas Dievui, jo įsakymų vykdymas, išaukština ir gelbsti žmogų (Baranova J., 2002, Jakušovaitė I., 2001).

Ankstyvaisiais viduramžiais vyravo daugiausiai vienuolių medicina, kuri klesėjo iki XI a. Vienuoliai gydė ne tik savo brolius, bet ir apylinkių gyventojus. Buvo manoma, kad susirgus kūnui susergera ir siela, todėl ne tik kūno gydymas, bet ir askezė buvo laikomi svarbiausiais dalykais, siekiant sveikatos. Liga buvo suprantama ne kaip biologinė būklė arba patologinis procesas, o daugiau – jos buvimas rodė, kad žmogus yra kelyje į išganymą. Ligonių priežiūra buvo suvokiama kaip tarnavimas Dievui, todėl visi, kuriems tokios pagalbos reikėjo, ją ir gavo. Kadangi ligos samprata rėmėsi antikos skysčių sąveikos teorijomis, gydymui taikydavo blogųjų skysčių nuleidimą vidurių laisvinamaisiais vaistais ir kraujo nuleidimą. Buvo manoma, kad ligos atsiradimui įtakos turi gyvenimo būdas, todėl gydymui buvo taikoma dieta kaip gyvensenos menas ir sielovada, kuri buvo bene svarbiausia kelyje į išganymą ir pasveikimą. Nors dauguma žmonių siekė pasveikti, egzistavęs kentėjimo kultas neretai skatino žmones taikytis su liga, kentėti jos keliamas kančias, siekiant tapti šventaisiais. To meto teologai skelbė esant dviejų rūšių mediciną – viena žemiška, kita dangiška. Paprastas žemiškasis gydytojas galėjo pagerinti ligonio būklę, duo-

damas vaistų, tačiau jis būdavo bejėgis, kai ligonis sirgdavo nepagydoma liga. Tuo atveju tik dangiškosios medicinos kūrėjas Kristus galėjo padėti. Krikščionybė draudė bet kokius prietarus bei magiją, tačiau neoficialiai ji buvo naudojama (Kalibatienė D., 2004). Tai kompromitavo pasauliečius gydytojus, jie ankstyvaisiais viduramžiais ir taip buvo vertinami nepatikliai.

Nuo IX a. vidurio medicinos istorijos šaltiniuose vis dažniau galima rasti paminėtas institucijas, vadinamas *hospitia* arba *hospitalia*. Šiose, prie vienuolynų ar bažnyčių įsikūrusiose įstaigose, kurias vargu ar galime pavadinti ligoninėmis kaip dabar suprantame, galėdavo prisiglausti keliautojai, vargšai, ligoniai. Dažnai jose nebūdavo nuolat dirbančio gydytojo, tačiau visada būdavo slaugai pasišventusių pasauliečių.

Jau X a. viduryje Pietų Italijoje Salerno mieste įsikūrė medicinos pasaulietiškujų studijų centras, ir dvasininkų vaidmuo medicinoje susilpnėjo. Vienuolynų įstatymai netgi draudė vienuoliams verstis medicinos praktika, jos mokytis. Netrukus patys vienuoliai kviesdavosi į vienuolynus pasaulietinius gydytojus, kai kas nors susirgdavo. Keitėsi ir mąstymas, imta abejoti racionalia pasaulio tvarka, valdoma Dievo. Svarbiausias žmogaus tikslas tapo ne maldingas malonės prašymas ir laukimas, ruošimasis būsimajam gyvenimui, o grynojo žmogaus proto aukštinimas.

Vėlyvaisiais viduramžiais prasidėjo sparti Europos urbanizacija, daugiau žmonių susitelkė miestuose, kuriuose nebuvo laikomasi elementarių higienos sąlygų. Tai neišvengiamai skatino užkrečiamų ligų plitimą, epidemijas. Gydytojų rengimas universitetuose, medicinos mokslo vystymasis sąlygojo kokybiškesnę žmonių sveikatos priežiūrą (Kalibatienė D., 2004). Pirmą kartą žmonijos istorijoje buvo institucionalizuotas medikų rengimas – 1141 m. Sicilijos karalius išleido įsakymą, reikalaujantį, kad besirengiantis verstis medicinos praktika asmuo privalo išlaikyti viešus egzaminus. Gydytojo praktika tapo prieinama tik tiems, kurie medicinos mokykloje išlaikė egzaminus ir gavo licenciją. Siekiantis ją gauti kandidatas trejus metus turėjo studijuoti filosofiją ir logiką, penkerius metus – mediciną ir dar metus dirbti praktikantu.

Tobulėjant žmogaus anatomijos ir fiziologijos pažinimui, vyksta pirmieji bandymai susisteminti turimas žinias. Atsirado mokslinių veikalų iš įvairių medicinos sričių, išleistos pirmosios savigydos knygos su nurodymais, kaip gydytis patiems. Nemažai dėmesio buvo skiriama elgesio su pacientu ir jo artimaisiais reikalavimams. Gydytojas privalėjo priimti Hipokrato priesaiką ir ją vykdyti. Jo veiklą kontroliavo ne tik valstybė, bet ir bažnyčia, medikų gildijos, į kurias būrėsi miestuose gyvenantys gydytojai. Tam tikrą gydytojo veiklos priežiūrą atliko ir pati viduramžių miestų bendruomenė, suteikdama gydytojui privilegijas, pavyzdžiui, už išipareigojamą gydyti maro epidemijos metu, miestai duodavo gydytojui būstą ir išlaikymą. Gydytojui buvo patariama saugoti pacientą nuo neigiamos informacijos apie jo sveikatą, nes buvo manoma, kad tai gali pabloginti jo būklę. Kai pacientui grėsė mirtis, buvo siūloma įspėti tik jo artimuosius, kad šie pasirūpintų ligoniui atlikti būtinas religines

apeigas, ruošiantis mirčiai. Moksliniuose medicinos veikaluose buvo pateikiamos ir gydytojų tarpusavio etiketo taisyklės, kuriose pabrėžiama, kad kolegų kritika paciento akivaizdoje menkiną pasitikėjimą medikais.

To meto filosofijoje vyravo prigimtinės žmogaus teisės teorija, kuri pagrindė žmogaus esmės ir žmogaus išskirtinumo suvokimą (Wulf H., Pedersen S., Rosenberg R., 2001). Tomas Akviniėtis savo veikalė „Teologijos suma“ aptarė veiksmo vertinimo kriterijus, kurie šiandien naudojami medicinos etikoje. Moralės teologijoje įtvirtintas reikalavimas nemokamai gydyti pacientus, kai negydant jiems grėstų mirtis. Akviniėtis vadovavosi Aristotelio, mažiau Platono filosofija. Asmenybės samprata jis grindžia savo etika. Jo manymu, asmenybė – tai gamtos viršūnė, protingas individas, kuri iš kitų substancijų išsiskiria gebėjimu valdyti savo veiksmus. Visos dorybės, įgytos ugdant žmogiškąsias savybes, skirtos vis labiau tobulinti savyje dievo atvaizdą. Anot Akviniėčio, tikroji dvasios galia, drąsa pasireiškia tuomet, kai žmogus sąmoningai rizikuoja savo gyvybe, tarkim, kai jis nebijodamas užsikrėsti, slaugo sergantį.

XI–XIII a. Kryžiaus karai taip pat prisidėjo prie mokslo, kartu ir medicinos tobulėjimo, atnešė naujų idėjų filosofijoje. Vyravo nuostata, kad ligonių ir sužeistųjų kare priežiūra yra doro kataliko religinė pareiga. Kariuomenėje plito įvairios ligos, epidemijos, kurių viena svarbiausių priežasčių buvo higienos ir sanitarijos reikalavimų nepaisymas. Ordino riteriai ne tik kariavo, bet ir slaugė sužeistuosius (Kalibaitienė D., 2004).

XV–XVI amžiai vadinami Renesansu. Tai kultūros ir mokslo atgimimo, perėjimo iš Viduramžių į Naujuosius laikus periodas. Plito naujos idėjos, žmonija iš naujo atrado klasikinį pasaulį – senovės Graikiją ir Romą. Filosofijoje klestėjo humanistinės idėjos (Širinskienė A., Narbekovas A., 2007). Renesanso humanistai tikėjo, kad atgaivinus antikinę literatūrą, istoriją, filosofiją, prasidės nauja auksinės kultūros ir žmonijos gyvavimo era. Leonardo da Vinčio veikla paskatino mokslo raidą. Jis atmetė viduramžių mokymą, teigusį, kad gamtą valdo dvasinės jėgos ir tik stebėjimai, bandymai gali padėti atskleisti gamtos dėsnius, tiesa pažįstama skaitant ir tyrinėjant, po to darant išvadas. Gydytojai ir toliau rėmėsi graikų teorija, kad kūną sudaro keturių rūšių skysčiai: kraujas, limfa, geltonoji tulžis ir juodoji tulžis. Jie stengėsi atstatyti skysčių pusiausvyrą, nuleisdami kraujo ir gydydami vaistažolėmis, klizmomis, kompresais ir kitomis priemonėmis. Mokslo istorikai teigia, kad Renesanso medicina vystėsi glaudžiai susijusi su alchemija, astrologija ir magija. Gydytojai vadovavosi požiūriu, kad ligonių reikia „įstatyti“ į naudingą jam žvaigždžių ir planetų išsidėstymą ir ginti jį nuo neigiamo poveikio. Žmogaus kūno funkcionavimas buvo siejamas su dangaus ir žemės kūnų tarpusavio sąveika.

Taikydami kokias nors gydymo procedūras, gydytojai vadovaudavosi specialiu astrologiniu kalendoriumi, pagal kurį parinkdavo procedūroms tinkamas dienas. Tai atsispindi Paracelso medicinos filosofijoje, kurią sudarė keturi dalykai: filosofija, as-

trologija, alchemija ir moralė. Jis teigė, kad tiek žmogus, tiek gamta sudaryti iš tų pačių elementų, arba stichijų: žemės, vandens, ugnies ir oro. Nėra ryškių ribų tarp kūno ir dvasios, dvasia gali virsti materija ir atvirkščiai. Ligų priežastis Paracelsas suskirstė į penkias grupes. Pirmajai grupei priskiriamos priežastys, susijusios su žmogaus, kaip makrokosmoso samprata. Žmogaus organai (kepenys, smegenys, širdis, blužnis, plaučiai, inkstai) priskiriami įvairioms planetoms, kurios daro tiesioginę įtaką tų organų funkcionavimui. Ligos kyla tada, kai kuris nors žmogaus organas pakeičia savo orbitą. Kūne, kaip ir žemėje, yra keturi skoniai: rūgštu, saldu, kartu, sūru, kurie nulemia žmogaus charakterį (cholerikas – iš kartaus; flegmatikas – iš saldaus; melancholikas – iš rūgštaus, sangvinikas – iš sūraus). Antrajai grupei priskiriamos priežastys, susijusios su žvaigždžių padėtimi gimimo metu ir t. t. Trečiąją ligų priežasčių grupę, anot Paracelso, sudaro netinkamas maistas, kurį žmogus vartoja. Jeigu Dievo duotas „vidinis alchemikas“ nebegali atskirti gero nuo blogo, kurį reikia pašalinti, žmogus susergera. Ketvirtoji grupė – dvasinės priežastys. Ypatingą dėmesį Paracelsas skiria tikėjimo galiiai, kuri gali ir susargdinti, ir išgydyti žmogų. Dėl neteisingai suprantamo tikėjimo atsiranda prietarai, kurie kenkia žmogui. Jeigu žmogus pradeda abejoti tikėjimu, dėl to gali susirgti. Žmogaus sveikata yra Dievo valioje, todėl dar viena ligų priežastis – Dievo siunčiama bausmė už nuodėmes (Wulf H., Pedersen S., Rosenberg R., 2001).

Renesanso laikotarpiu visuomenėje vyko dideli pokyčiai. Sparčiai vystėsi gamtos mokslai, jie paveikė filosofiją, kuri pradėjo tolti nuo teologijos. Renesanso laikotarpio pabaiga garsėjo ir filosofų F. Bacono (1561–626), E. Kanto (1724–1804), V. F. Hėgelio (1770–1831) darbais. F. Baconui neginčijamai priklauso eksperimentinės medicinos idėja. Nors ir nebuvo gydytojas, paliko įdomių samprotavimų apie mediciną. Medicina, anot Bacono, yra mokslo apie žmogų, t. y. antropologijos dalis.

Antropologijoje skiriami du lygiai: individuali (*philosophia humana*), kur žmogus traktuojamas kaip individuali asmenybė, ir socialinė antropologija (*philosophia civilis*), traktuojanti žmogų kaip visuomeninę būtybę. Individuali antropologija suskyla į dvi dalis: fiziologiją (mokslą apie kūną) ir psichologiją (mokslą apie dvasią). Tokį susiskaidymą sąlygoja žmoguje esantys kūniškasis ir dvasiškas pradai. Pagrindiniai medicinos uždaviniai, kaip skelbė Baconas, yra trys: saugoti sveikatą, gydyti ligas ir ilginti žmogaus gyvenimą. Kantas skelbė, kad žmogaus viduje yra dorovė, todėl jis jaučia, kas yra „gerai“ ir kas yra „blogai“, vadovaudamasis tuo, elgiasi pagal visuotines taisykles. Svarbus to meto medicinoje žmogaus pasirinkimo laisvės ir autonomijos klausimas, išliko aktualus ir šiandien.

Kartojimo klausimai:

1. Kokia yra pagrindinė viduramžių filosofijos ir teologijos problema?
2. Koks požiūris į ligą ir sveikimą vyravo ankstyvaisiais viduramžiais?
3. Kokia buvo Tomo Akviniečio asmenybės samprata?
4. Kokiomis idėjomis rėmėsi Renesanso medicina?
5. Paaiškinkite Bacono antropologiją.

Naujų ir naujausių amžių mąstymo paradigų kaita medicinoje

Šiam laikotarpiui būdingi įvairūs mokslo pasiekimai, o kartu naujų kryptų ėgavo filosofinė mintis. Viduramžių mokslas neturėjo aiškiai išreikšto praktinio kryptingumo vertinant gamtą, jis naudojosi stebėjimo metodu, labai retai eksperimentu. Mokslo tikslas buvo ne galimų gamtos pertvarkymų darymas, o siekimas suprasti pasaulį tokį, koks jis yra stebėjimo metu. Pagrindinis naujų amžių filosofijos bruožas – pripažinimas, kad pažinimas tiesiogiai ar netiesiogiai orientuotas į mokslą. Ryškėjo mechanistinė gamtos ir žmogaus samprata (Have H., Meulen R., Leeuwen E., 2009). Pagal šią teoriją liga yra „biologinės mašinos gedimas“. Jos pradininkas buvo filosofas R. Dekartas (1596–1650). Gamtinis pasaulis buvo lyginamas su mašina, mechanine sistema. Žmogus, kaip ir kiti gyvūnai tėra mašinos, kurioms būdingas elgsenos automatizmas. Kartu su tuo R. Dekartas pripažino, kad žmogus yra protinga esybė. Aiškindamas fiziologinį mąstymo pagrindą, jis apibūdina sielos aistras, kurios atsiranda kankorėžinėje liaukoje dėl žmogaus, kaip kūniškos substancijos judesių ir jo, kaip dvasiškosios substancijos, norų. Tokiam R. Dekarto požiūriui galimai įtakos turėjo mechanikos suklestėjimas. Jis turėjo nemažai pasekėjų. Tačiau jau XVII a. antroje pusėje filosofijoje išryškėjo antimechanistinė kryptis. G. Stahlas (1660–1734) buvo ryškiausias šios krypties atstovas, teigęs, kad žmogaus organizmas, būdamas mechanizmu, yra valdomas sielos kaip gyvybės pagrindo, bet ne tos, apie kurią kalba religija. Kodėl žmogus serga? Kas yra liga? Atsakymas į šiuos klausimus, anot G. Stahlo yra vienas – siela daro klaidas. Žmogus miršta, nes išsenka sielos energija. Kitas žymus antimechanistinio mąstymo atstovas buvo J. Mulleris (1801–1858). Jis laikomas fiziologinės medicinos kūrėju. Jis skelbė, kad žmogaus jutiminiai organai padeda suvokti išorinį pasaulį. Tai yra J. Mullerio pojūčių fiziologija.

Antimechanistinė filosofija medicinoje egzistavo trumpai, ją keitė naujos kryptys. XIX a. – didelių mokslinių atradimų amžius, sparčiai vystėsi gamtos mokslai, klestėjo tikslus, faktais pagrįstas mokslas, pozityvizmas filosofijoje. Pozityvizmas – filosofijos kryptis, kurios atstovai teigė, kad mokslinis žinojimas yra vienintelė galima žinojimo forma. Pozityvistai pabrėžė žinojimo reikšmę žmonijos pažangai. Patyrimą

jie laikė mokslinio žinojimo šaltiniu. Filosofai pozityvistai kritikavo metafizinį gamtos reiškinių aiškinimą, paremtą abstrakčiomis, niekuo neparemtomis sąvokomis ir prielaidomis, trukdžiusį plisti pažangioms mokslo idėjoms. Pirmasis ryškiausias pozityvizmo filosofas buvo prancūzas Ogiustas Kontas (1798–1857), kuris teigė, kad mokslas yra vienintelis pažinimo šaltinis. K. Bernardo (1813–1878) išleistas veikalas „Įvadas į eksperimentinę mediciną“ nustebino mokslo pasaulį, nes iki tol niekas taip aiškiai ir giliai nebuvo analizavęs eksperimentinių tyrimų metodikos, taikomos fiziologijoje. Anot K. Bernardo filosofija pati savaime nieko naujo nesukuria, nes ji neatlieka stebėjimų ar eksperimentų, todėl mokslą reikia išvaduoti nuo filosofijos. Filosofija K. Bernardo supratimu, yra tam tikra dogmatizmo forma, vedanti į žmogiškosios minties pavergimą, į mokslinį sustabarėjimą. Toks požiūris skatino biomedicininei mąstymo paradigmai atsirasti (Wulf H., Pedersen S., Rosenberg R., 2001).

Pagrindiniai teiginiai, apibūdinantys biomedicininį mąstymą, yra šie:

- 1) liga atsiranda, kai sutrinka normalus biologinis žmogaus organizmo funkcionavimas;
- 2) visos ligos turi specifines priežastis, dažniausiai kokius nors sukėlėjus;
- 3) liga pažeidžia tam tikrą organizmo dalį;
- 4) visos ligos, kurių priežastis panaši, turi panašius požymius.

Pacientas tampa diagnozės objektu, ligoniu, o gydytojui svarbus tik lokalizuotas patologinis (ligos pažeistas) židiny ir simptomai. Buvo manoma, kad ligos – tai nukrypimas nuo normalios būsenos, o ligonis – tik ligos atvejis, kai gydytojas siekia atstatyti pažeisto organo veiklą. Žmogus kaip asmuo nėra svarbus, jis tik „širdininkas“ (kai sutrinka širdies veikla), „plautininkas“ (sutrikus plaučių funkcijai) ir t. t. Sutelkusi dėmesį į biologinius kūno pokyčius, biomedicina ignoravo tokius svarbius ligoms atsirasti faktorius, kaip sociokultūrinius (žmonių socialinė–ekonominė padėtis, kultūra, išsilavinimas ir kt.).

XX a. viduryje padėtis keitėsi dėl gamtos, socialinių ir humanitarinių mokslų sąveikos. Plito požiūris, kad pažinimas turi apimti ir socialinę, ir kultūrinę, ir istorinę analizę. Medicininiam mąstymui tai taip pat turėjo įtakos – įsigalėjo socialinis konstruktyvizmas, neigias vienintelės tiesos egzistavimą. Socialinio konstruktyvizmo šalininkai teigė, kad liga – tai socialinio mąstymo ir socialinės patirties rezultatas, kad ligos yra „išgalvotos“, o ne „atrstos“ (Have H., Meulen R., Leeuwen E., 2009). Medicinos mokslas, jų manymu, sukonstruoja ligą remdamasis teorija ir laboratoriniais tyrimais. Tokios ligos, kaip, pavyzdžiui, plaučių uždegimas, nėra, tai tik simptomų rinkinys, pavadintas plaučių uždegimu. „Atrasta“ liga egzistuoja seniai ir lyg laukia, kol bus atpažinta.

Egzistencinė filosofija atsirado kaip priešprieša pozityvizmui ir panašioms į jį teorijoms. Ji atsisakė paklusnumo mokslui, įstatymui ir nagrinėjo žmogaus būties

(egzistencijos) klausimus. Pagrindiniai egzistencialistinės filosofijos krypties klausimai buvo:

- koks žmogaus vaidmuo pasaulyje?
- kokia yra gyvenimo prasmė?
- kas yra kančia ir mirtis?

Egzistencialistai pabrėžė žmogaus unikalumą, jo laisvę būti pačiu savimi taip išryškindami individualų kiekvieno žmogaus nepalyginamumą su kitomis gyvomis būtybėmis. Individualumo pabrėžimas lemia ir tai, kad egzistencializmas pripažįsta kiekvieno žmogaus vertybių unikalumą. Klasikinis egzistencializmas siejamas su prancūzų filosofu J. P. Sartre (1905–1980) vardu. Jis teigė, kad žmogus nėra nei blogas, nei geras, jis tiesiog yra ir ši savo buvimą pasaulyje suvokia kaip savo egzistenciją, jis yra toks, kokį pats save sukuria. J. P. Sartre neigė Dievo įtaką žmogui, prasmės suteikimą jo gyvenimui. Žmogus pats priverstas apibrėžti savo egzistenciją, jo išsigelbėjimas glūdi ne anapusiškume, o savo būties išgyvenimo supratime (Baranova J., 2002).

Kalbėdamas apie mirtį, Sartre sako, kad jos nereikia laukti, o tik ruoštis kaip netikėtam įvykiui. Jis manė, kad nėra tas pats, ar miršta jaunas, ar senas. Biologiniu požiūriu netikėta jauno žmogaus mirtis nesiskiria nuo seno žmogaus mirties, tačiau, anot J. P. Sartre, egzistenciniu požiūriu tos dvi mirtys skiriasi. Seno žmogaus mirtį jis lygina su paskutiniu akordu, o staigi mirtis neišplaukia iš paties gyvenimo, tai netikėtumas, visų žmogaus galimybių sunaikinimas. Būti laisvam Sartrui reiškė būti savitai mąstančiam. Jis teigė, kad žmogus turi suvokti, kad moraliai atsakingas už visa ir viską, kas vyksta pasaulyje, yra pats. Kitas šios filosofinės krypties atstovas buvo danų mąstytojas S. Kierkegaardas (1813–1855). Jis savotiškai aiškino žmogaus egzistenciją, sakydamas, kad individas visų pirma egzistuoja, tik paskui pradeda save aiškintis, kitaip sakant, kad mes pirmiau gyvename, o tik paskui siekiame suprasti. S. Kierkegaardą labiausiai domino individas, kaip visumos išimtis.

Dideli poslinkiai medicininiame mąstyme vyko XX a. antroje pusėje. Keičiasi sveikatos apibrėžimas, žmogaus sveikata vertinama ne tik kaip kūno funkcionavimo kokybė. Juk buvimas asmeniu yra daugiau negu kūno dalių suma, todėl sveikatos apibrėžimas darosi platesnis, tai ne tik ligos nebuvimo fakto konstatavimas (Jakušovaitė I., 2001). Pasaulinė sveikatos organizacija 1958 m. pateikė išplėstinį sveikatos apibrėžimą, kuris naudojamas ir dabar: „Sveikata yra visapusiška fizinė, psichinė, socialinė žmogaus gerovė, o ne vien ligos ar negalios nebuvimas“. Liga pažeidžia visas sveikatos dimensijas: fizinę, psichologinę ir socialinę. Būdamą sveikatos ir gyvybės priešingybe, liga ir jos sukeliama kančia yra blogis, keliantis didelį iššūkį žmogui: skausmo sukeliama kančia daro poveikį visam asmeniui, todėl, nors medicina dažnai nagrinėja tik fiziologinius ar psichologinius procesus, ji neturi pamiršti viso žmogaus. Pradėta akcentuoti ne ligos gydymas, bet jos profilaktika. Gali kilti klausimas,

kodėl? Paaikškinimas yra labai paprastas: profilaktikai skirtos investicijos labiau atsi-perka (Burkhardt M., Nathaniel A., 2001, Creasia J., 1996).

Medicinos sistemoje įsigali holistinis–visaapimantis požiūris į ligos atsiradimą. Akcentuojama paciento individualybės, gyvensenos, socialinių – ekonominių, ekolo-ginių sąlygų įtaka sergamumui. Pereinama nuo gydymo ligoninėje prie gydymo bendruomenėje. Gyventojai skatinami ir mokomi patys rūpintis savo sveikata, vykdomos įvairios sveikatos priežiūros ir ligų profilaktikos programos. Deja, medicino-je, kaip ir daugelyje kitų sričių, stiprėja rinkos santykiai, konkurencija, ekonominės vertybės, kurios medicinai yra svetimos. Medicina turi senas tradicijas: padėti kenčiančiam, stiprinti sveikatą.

Apžvelgus istorinę filosofijos ir medicinos santykio aspektą, galima konstatuoti, kad medicinos mąstymo principai, pagrindinių sąvokų aiškinimas, įvairiais istorijos perio-dais glaudžiai siejosi su to meto filosofinio mąstymo paradigmomis. Nors medicina is-toriškai buvo pirmoji pažinimo šaka, kuri anksčiausiai atsiskyrė nuo filosofijos ir tapo savarankiška, tačiau kuo toliau, tuo labiau ji atsigręžia prie savo filosofinių ištakų. Tai svarbu, nes medicina gali tapti bedvasiu amatu.

Kartojimo klausimai:

1. Kuo skiriasi mechanistinė ir antimechanistinė filosofijos kryptys?
2. Kokie poslinkiai medicininiam mąstyme įvyko XX a. antrojoje pusėje.

III TEMA. SLAUGOS FILOSOFIJA: NAUJA SVEIKATOS PRIEŽIŪROS VIZIJA

Tikslas: Temos studijavimas suteiks studentui galimybę:

- įgyti žinių apie filosofijos mokslo esmę, pagrindines sritis;
- suprasti ir paaiškinti filosofijos reikšmę slaugai;
- apibūdinti slaugos filosofiją, jos objektą ir pagrindinius konceptus;
- paaiškinti vertybių reikšmę slaugos filosofijai istoriniu aspektu;
- identifikuoti pagrindinių slaugos filosofų idėjas.

Filosofija yra mokslas. Mokslas yra susijęs su teorine analize. Analizuoti, reiškia pastebėti bendrumus ir skirtumus tiriamuosiuose reiškiniuose, daryti savo išvadas. Abstrakcijos yra viena iš pagrindinių mokslo charakteristikų. Filosofija yra visapusiškas dalykas, orientuotas į egzistencijos struktūrą bei tarpusavio ryšius joje. Taip pat filosofija gali būti skirstoma į keletą pagrindinių sričių:

1. Filosofinę kosmologiją, kuri nagrinėja esmines mus supančios realybės dimensijas.

2. Filosofinę antropologiją, tyrinėjančią žmogiškumo prigimtį, jo ištakas, prasmę ir paskirtį (kosmologija ir antropologija – tai dvi tos pačios monetos pusės).

3. Etiką arba moralės filosofiją, kuri paprastai apibūdinama kaip nuolat ieškanti atsakymo į klausimus „kas yra gerai?“ ir „kas yra blogai?“, nagrinėjanti klausimus, susijusius su pareigomis, principais, normomis ir vertybėmis.

4. Mokslo filosofija, apimanti epistemologiją (žinių filosofines teorijas) ir logiką.

Filosofijos teorijų raida apima ilgą istorinį laikotarpį – nuo pat senųjų laikų iki šių dienų. Mokslo filosofija yra viena plačiausių filosofijos sričių. Visi šiuolaikiniai mokslai yra kilę iš filosofijos – jų motinos. Kiekvienas mokslas apibrėžia savo studijų objektą remdamasis filosofija, o ne vien tik savo požiūriu. Mokslo filosofijos užduotis yra analizuoti pagrindinius konceptus ir klausimus, kurie yra svarbiausi tame moksle, kaip sąsajos, ryšiai, skirtumai tarp faktų ir normų, žmogaus, gyvenimo ir mirties esmė, žinių, tiesos, laisvės, meilės, žmogiškojo jautrumo ir t. t. samprata. Visų, ypač socialinių mokslų istorija atskleidžia įvairias filosofinio mąstymo teorijas, kurios skirtingai veikė juos. Kita vertus, kiekvienas specialusis mokslas turi savo istoriškai susiklosčiusias prielaidas, tradicijas, papročius ir specifinius metodus. Kyla klausimas – kokia filosofijos reikšmė slaugos mokslui? Ji yra trejopa.

Pirma – kaip ir kiekvienas specialusis mokslas, slauga turi savo apibrėžimą, ji yra įrašyta mokslų enciklopedijose. Filosofija formuoja požiūrį į tai, kas yra slauga, jos ryšį su artimais mokslais, kaip medicina, psichologija ir sociologija. Slaugos teorija turi būti pagrįsta pagrindinėmis filosofijos idėjomis.

Antra – filosofija veikia tarsi bambagyslė tarp slaugos ir filosofijos. Rašant slaugos filosofiją, problemos kyla pasirenkant filosofinį požiūrį ar mokyklą. Slaugos filosofija veikia mokslo tyrimus, pasirenkamus metodus, duomenų rinkimo būdus ir jų analizę ir pan.

Trečia – slaugoje, kaip ir medicinoje, teisėje, dažnai kyla etinių klausimų, kaip pavyzdžiui, „kas yra teisinga?“ ir „kas yra klaidinga“, „kas yra gerai?“ ir „kas yra blogai“. Tai gi, slauga tiesiogiai siejasi su moralės filosofija, jos idealais (Curry M., Hunter Revell S., Roy C., 2009). Slaugos etika, šiandien vadinama profesine slaugytojo etika, etikos kodeksais slaugytojai vadovaujasi praktinėje veikloje ir moksle.

Slaugos filosofijos samprata

Filosofija atspindi įsitikinimus ir skelbia idėjas, nagrinėja problemas, kurios yra pirminės, abstrakčios, pagrindinės, kurios susijusios su egzistencija, žiniomis, morale, motyvais ir žmogaus tikslais. Filosofai siekia pamatyti realybę kaip visumą. Ką galvoja slaugytojai, kokie jų įsitikinimai, vertybės, kuriomis grindžiama slauga – tai vidinis slaugos tyrinėjimas. Tam tikri įsitikinimai susiformavo per ilgą slaugos istorijos laikotarpį, jie yra slaugos filosofijos šerdis. Slaugos filosofija neatsirado iš nieko – ji dažniausiai rėmėsi įvairių filosofų, kaip Platono, Aristotelio, Bacono, Kanto, Hegelio, Kierkegaardo, Dekarto ir daug kitų filosofų idėjomis (Elstad I., Torjuu K., 2009). Šie filosofai nagrinėjo pagrindinius realybės ir tiesos principus, kurie slaugai taip pat svarbūs.

Filosofija, paprastai sakant, prasideda, kai kas nors svarsto, stebisi kuo nors. Jeigu grupė draugų susėdę pradės diskutuoti apie moterų ir vyrų santykius, svarstyti moters ir vyro prigimties skirtumus, jų požiūrį į gyvenimą – ar tai jau bus filosofija apie moterų ir vyrų būtį? Reikia prisiminti, kad filosofija nėra kelių eruditų individų sritis; kiekvienas turi savo asmeninę unikalią gyvenimo filosofiją. Ji formuojasi nuo pat gimimo, ja žmogus vadovaujasi savo gyvenime. Slaugytojo asmeninė filosofija tiesiogiai sąveikauja su jo slaugos filosofija ir daro įtaką profesinei elgsenai (Holt J., Clarke D., 2000). Tai yra neformalioji slaugos filosofija, kurią laikas nuo laiko reikėtų aprašyti ir permąstyti kiekvienam slaugytojui. Ji ieško atsakymo į klausimą „kodėl aš slaugau taip, o ne kitaip?“ Dabartinės ir ankstesnės versijos palyginimas gali parodyti profesinio ir asmeninio tobulėjimo kelią. Slaugytojams būtų naudinga perskaityti vienas kito slaugos filosofiją ir argumentuotai padiskutuoti. Slaugos filosofija gali būti ir kolektyvinė, pavyzdžiui, ligoninės ar kitos sveikatos priežiūros ar slaugytojų ugdymo institucijos, kurioje atsispindi kolektyvinis požiūris į slaugą (Ewen M., Wills E., 2011).

Slaugos filosofija – tai teiginiai apie požiūrį į slaugą ir vertybių, kuriomis vadovaujasi mąstant ir slaugant pacientus, ekspresija.

Didžiosios dalies slaugos filosofijų objektas yra:

- žmogus;
- aplinka;
- sveikata;
- slauga.

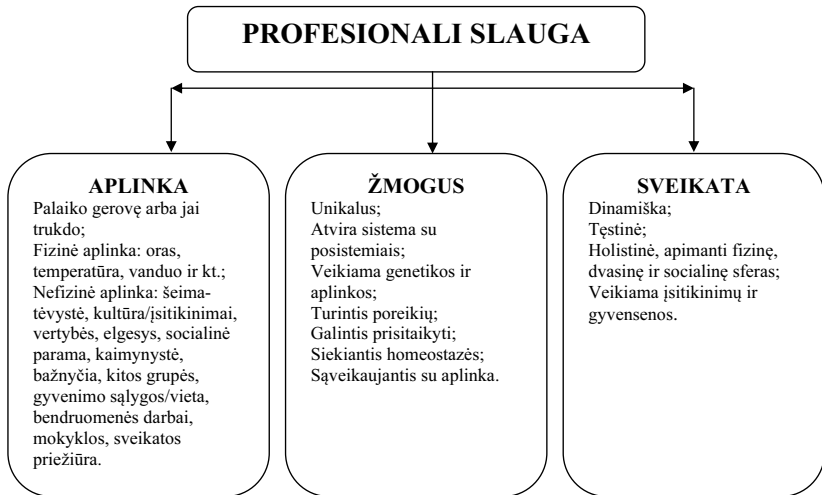
Slaugos filosofija atsako į esminius klausimus:

1. Kas yra slauga?
2. Kas yra slaugytojo profesija?
3. Ką slaugytojai daro?
4. Kokia yra žmogaus priežiūros esmė?

Slauga integruoja konceptus iš asmens, aplinkos ir sveikatos, tokiu būdu formuodama prasmingą visumą. Slaugos filosofija buvo kuriama ne vieną šimtmetį, ją veikė medicinos filosofija, kuri taip pat turi gilią šaknis (Pesut B., Johnson J., 2007; Edvards S., 1997). Pagrindiniai slaugos konceptai išvardinti 2 paveiksle.

1950–1960 m. buvo laikotarpis, kai vyko diskusijos apie pagrindinius slaugos konceptus, paimtus iš įvairių mokslų, ypač humanitarinių. Šiuo laikotarpiu slaugytojai siekė sukurti mokslinę slaugos bazę, unikalios žinias, iš dalies remdamiesi mokslo filosofija, humanitariniais ir gamtos mokslais, iš jų „pasiskolindami“ pagrindinius konceptus ir principus. Pozityvizmas tuo metu buvo kritikuojamas, teigiant, kad pozityvistinė logika yra klaidinga. Todėl, dominuojanti filosofijos kryptis slaugoje tapo epistemologija, ypač kai apie 1960 metus suaktyvėjo domėjimasis slaugos teorijomis, šiek tiek vėliau – metateorijomis. Nepaisant ilgų debatų, slaugos filosofijai tuo metu nebuvo skiriama daug dėmesio, ir tai kenkė slaugos žinių vystymuisi. Be to, mokslo filosofijos kursas retai būdavo įtraukiamas į slaugytojų rengimo programas. Dėl tos priežasties slaugytojai, kurie domėjosi teorija, tuo metu slaugos studijose taikė sociologijos, psichologijos ir edukologijos žinias.

Nuo 1980 m. slaugos moksle prasideda pokyčiai, nors pradžioje ir labai lėti. Daugiau slaugytojų pradėjo domėtis filosofija, kartu su filosofais vystė savo idėjas. Tai laikotarpis, kai slaugoje suklestėjo įvairios filosofinės kryptys – nuo empirizmo iki istorinio reliatyvizmo ir instrumentalizmo. Vėliau palaipsniui pereita prie natūralios realybės aiškinimo, remiantis epistemologijos ir ontologijos žiniomis. Šis palaipsnis perėjimas yra savotiškai naudingas slaugos filosofijai, jis tarsi išbandymas, kadangi ji galėjo keistis gera ar bloga kryptimi, tokia, kokios norėjo slaugytojai (Chitty K., 2001).



2 pav. Pagrindiniai slaugos konceptai ir subkonceptai (pagal Chitty, K. K, 2001).

Slaugos mokslinėje literatūroje nėra aiškios ribos tarp slaugos filosofijos ir teorijos. Net F. Nightingale teoriniai darbai dažniausiai buvo priskiriami slaugos teorijai, o ne filosofijai. 1960–1970 m. slaugos teoretikai konstravo abstrakčius slaugos modelius, kuriuose aiškiai atsispindėjo slaugos filosofiniai teiginiai apie žmogaus prigimtį, sveikatą, slaugą ir aplinkos įtaką žmogui. Tokių slaugos filosofų, darbai dažnai buvo priskiriami slaugos teorijai, nors juose buvo analizuojamos ir kritikuojamos esminės sąvokos. Galima manyti, kad slaugos teoretikai ir nenorėjo savo darbų apibūdinti kaip klasikinės filosofijos kūrinių (Edwards S., 1997; Rutty J., 1998).

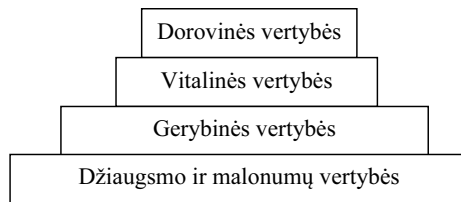
Daugiau, kaip prieš dešimt metų sąvoka „filosofija“ pradėjo papildyti sąvoką „teorija“ – net slaugytojams skirtų knygų pavadinimuose atsirado filosofijos terminas, jose pradėti rašyti slaugos filosofijos skyriai. Juose nagrinėjamos abstrakčiosios slaugos problemos, bandoma išsiaiškinti, „Kas yra gerai ir kas yra blogai?“ slaugoje. Fawcett (1992) atskyrė filosofiją nuo teorijos, remdamasi žinių hierarchija. Slaugos filosofija, kaip teigia ji, apibūdina įsitikinimus ir vertybes, kurios paveikia slaugos meta – paradigimą arba slaugos modelius. Teorija yra konkretesnė ir specifiškesnė, ji siekia paaiškinti slaugos sąvokas ir prielaidas, ja, kaip įrankiu, gali naudoti ir praktikas ir teoretikas.

Slaugos vertybės ir filosofija: nuo graikų iki F. Nightingale

Slaugytojas kaip niekas kitas iš sveikatos priežiūros specialistų, artimai bendrauja su pacientais, padeda jiems sveikti, neretai ir rasti prasmę kančioje. Logiška, kad

filosofija slaugytojui yra naudinga (Curry M., Revell S., Roy C., 2009). Profesinės veiklos pagrindą sudaro vertybės, kuriomis kuriama atitinkama filosofija. Vertybės paaikškina, ką slaugytojas kasdien, kas valandą galvoja ir daro. Vertybės išreiškiamos idealu, kuris yra nepriklausomas nuo realios supančios pasaulio būties. Vertybės išreiškia idealų vertingumą, priešingai realiam pasauliui. Vertybes galima sugrupuoti hierarchine tvarka (žr. 3 pav.).

Tarp vertybių hierarchijos ir realaus pasaulio nurodoma analogija. Žemutinės vertybės yra svarbesnės ir stipresnės. Jos žmogaus būčiai yra būtinos ir sudaro lyg atsparos tašką aukščiau esančioms. Aukštesnės vertybės nėra mąstomos be žemesniųjų, tačiau jos yra labai svarbios, nes yra būties tikslas ir suteikia žmogaus gyvenimo prasmę. Tačiau dalis filosofų kritikuoja, nuvertina vertybes, jas laiko paviršutiniškomis, pavyzdžiui, vokiečių filosofas Fridrichas Nyčė (1844–1900). Jis negailestingai kovojo su tradicine filosofija, religija ir morale, kartu – tradicinėmis etikos vertybėmis. Nyčė gerį ir blogį laiko vienareikšmėmis sąvokomis, o visa, kas įvyko ar vyksta žmonių pasaulyje, tėra instinktų nulemti sprendimai. Visų vertybių nuvertėjimas – tai Nyčės formuluotė.



3 pav. Vertybių hierarchija (pagal Liubarskiene, Z., 2005).

Tam tikroje bendruomenėje, žmonių grupėje ar skirtingose tautose galioja pačios įvairiausios vertybės ir normos. Terminas „norma“ kilęs iš lotyniškojo *norma*, reiškiančio kampainį. Šiuo įrankiu naudotasi norint nubrėžti statų kampą statant pastatą. Norma yra tai, kuo matuojama. Matuoti galima dviem būdais – pirmyn ir atgal. Tačiau „norma“ gali būti vartojama dviem reikšmėmis, kaip gairė ir kaip matas. Normos gali būti taikomos ir ateities veiklai, ir vertinant jau įvykusius dalykus. Kitaip sakant, jos – gairės ateities gyvenimui ir veiklai (kaip kas nors turi būti daroma? ar teisingai buvo pasielgta?). Normos skiriasi nuo vertybių. Vertybė yra kieno nors turima reikšmė dorovine, dvasine ir estetinė prasme (pav., pagarba, atsakomybė, meilė, nesavanaudiškumas, atvirumas, pasiaukojimas, sąžiningumas ir pan.). normos yra taisyklės, taikomos pragmatinei veiklai. Jos nurodo, kaip elgtis geriausia. Vertybių taikymas – tai trijų pakopų procesas: pasirinkimas, įvertinimas,

veikimas pagal pasirinktas vertybes. Pasirinkimas yra intelektualinė (kognityvinė) veikla. Idealu, kai žmogus pasirenka vertybes laisvai iš kelių alternatyvų, apgalvodamas galimas pasirinkimo pasekmes (Liubarskienė Z., 2005). Vertinimas yra emocinis (afektyvinis) aspektas. Paprastai žmogus brangina savo vertybes, jaučiasi gerai tinkamai pasirinkdamas ir veikia pagal jas (elgesio aspektas). Vertybės dažniausiai formuluojamos teigiamai ir nurodo ką nors svarbaus, siektino. Jos niekada negali būti iki galo įgyvendinamos. Pagal jas gyvenama, jų dažnai nesilaikoma. Vertybinės nuostatos nurodo, kas, slaugytojo nuomone, yra **gerai** ir kas **blogai**.

Profesinių slaugos vertybių būtų galima išvardinti daug, kiekvienas slaugytojas apie jas turi savo nuomonę. Jų sąrašas pateikiamas 1 lentelėje.

Slaugytojai, kaip ir kitų profesijų atstovai privalo suprasti savo vertybes, ir tai yra pirmas laiptelis į jų įsisažinimą, kas yra svarbu ginant nuostatas, susijusias su pacientų slauga. Organizuota slauga turi savo vertybes, suformuluotas įvairiuose slaugytojo veiklą reglamentuojančiuose dokumentuose, etikos kodeksuose (Chitty K., 2001, Beaushamp T, Childress J., 2001).

Tik tada, kai žinome, kas yra vertinga, įvairios normos ir taisyklės įgauna prasmę. Todėl normos turi būti nustatomos pagal vertybes, o ne atvirkščiai. I. Kantas mums palieka optimistinę moralinės erdvės kūrimo viltį. Jis teigė, kad čia ir dabar viską galima pradėti nuo pat pradžių. Net jei iki manęs, sako jis, niekada nebūtų buvę pasaulyje jokio moralaus poelgio, nereiškia, kad aš, protinga būtybė, suvokianti moralės dėsnį, negaliu pasirinkti būtent jo, kaip savo elgesio alternatyvos. Ir šitaip paliudyti savo laisvę. Net jei vakar dar buvau egocentriškas ir nelaisvas. Tai – I. Kanto filosofinė etika.

1 Lentelė. Profesionalios slaugos vertybių įvairovė.

PROFESIONALIOS SLAUGOS VERTYBĖS		
Atsakomybė	Globa	Bendradarbiavimas
Kompetencija	Bendradarbiavimu grįsti	Patikimumas
Paciento orumas	darbo santykiai	Etiškas elgesys
Lankstumas	Empatija	Holizmas
Sąžiningumas	Sveikatos skatinimas	Individuali paciento
Principingumas	Ligų prevencija	priežiūra
Žinios	Ryšys su paciento arti-	Nesmerkiantis požiūris
Atvirumas mokymuisi	maisiais	Paciento gynimas
Paciento mokymas	Gebėjimas klausytis	žmogui.
Pagalbos teikimas nepai-	Partnerystė su pacientais	sprendimo skatinimas
sant paciento finansi-	Sveikatos puoselėjimas	Pagalba kolegoms
nių galimybių	Pasitikėjimas	Pagarba kiekvienam
	Komandinis darbas	Asmeninio paciento sprendimo
		skatinimas
		Pagarba kiekvienam žmogui
		Pagalba kolegoms

Pradžią slaugos filosofijai padarė Hipokratas. Jis ne tik sukūrė mokslinės medicinos pagrindus, bet taip pat rūpinosi ir slauga. Jis ne tik mokė, kaip reikia slaugyti, bet pabrėžė, kad gera slauga labai svarbi tiems ligoniams, kurie sunkiai serga, yra prikaustyti prie lovos. Hipokratas aprašė įvairias slaugos procedūras, dietas, gryno oro, judėjimo, higienos svarbą ligonio sveikimui. Jis ragino moteris mokytis akušerijos ir ginekologijos savo įkurtoje mokykloje. Ypatingą dėmesį Hipokratas skyrė vertybėms. Viena svarbiausių vertybių jis laikė meilę ir pasišventimą profesijai. Platonas savo raštuose mini Hipokrato svarstymus apie paciento priežiūrą kaip visumą, pasakodamas ligonio, kurio akys nesveikos, atvejį. Jis aiškina, kad, jeigu pas gydytoją atėjo žmogus, kurio nesveikos akys, tai jos turi būti gydomos, tik ne vien jos – ir galva, o galva be viso kūno gydymo irgi beprotybė. Taigi, jau Hipokratas suprato, kad atskirų kūno dalių gydymas (ir slauga) be visumos, yra klaidinga. Tai charakterizuoja to meto paciento priežiūros filosofiją senovės Graikijoje (Gastmans C., 2002, Green C., 2009, Lanara V., 1981).

Palankias sąlygas slaugos filosofijai ir praktikai vystysis sudarė krikščionybės įsigalėjimas. Meilė ir tarnavimas vargšams buvo dominuojančios vertybės. Slaugos kaip priežiūros, atliekamos su meile, atsiradimas siejamas su bizantiškojo periodo krikščionybe. Šis periodas įėjo į žmonijos istoriją kaip socialinės gerovės laikotarpis. Ypač buvo rūpinamasi sergančiais seneliais, motinomis ir vaikais. Veikė nesuskaičiuojama daugybė ligoninių, slaugos namų, prieglaudų raupsuotiesiems, gimdymo namų, specialių įstaigų naujagimiams ir vaikams, kuriose slaugos paslaugas teikė vienuolės. Slauga formavosi kaip pasišventimu tarnauti ligoniams ir Dievui pagrįsta veikla. Ji kartu buvo ir apmąstymų forma, Dievo matymas paciento asmenyje. Slauga vienuolynuose buvo kvalifikuota ir efektyvi (Kalibatienė D., 2004). To meto slaugos filosofiją parodo išlikę rašytiniai šaltiniai, pvz., rašytojo, vienuolyno, kuriame buvo ir ligoninė, vadovo Teodoro mintys. Jis rašė, kad nešti ligonių priežiūros našta yra šventas reikalas, privilegija, mokė, kad aplankius pacientą pirmiausia reikia su juo pakalbėti, o tik po to atlikti kitus darbus. Tai rodo, kaip svarbu yra užmegzti ryšį su pacientu, tinkamai bendrauti su juo. Be abejo, nepamirštama priminti, kad už tai Dievo bus atlyginta. Valdant imperatoriui Jonui II (1136), buvo įkurta viena iš geriausių ligoninių Bizantijoje. Joje veikė terapinis, chirurginis, akių ir ginekologinis, psichiatrinis skyriai, taip pat slaugos namai. Pats imperatorius sukūrė ligoninės taisykles, žinomas kaip Tipikonas. Jame atsiskleidė pacientų priežiūros filosofija, persmelkta krikščioniškąja meile artimui.

Taigi, socialinė slaugos padėtis buvo išaukštinta. Nuo tada slauga paplito, formavosi slaugytojo profesija, slaugos mokslas, religijos įtaka susilpnėjo. Modernioji slauga pasisavino krikščioniškąsias vertybes, tačiau turėjo savo dvasią ir filosofiją (Chou M., Lee L., 2007; Gastmans C., 1998). Slaugos progresui, kaip ir medicinos, įtakos turėjo nauji mokslo atradimai, pramonės ir ekonomikos progresas, karai,

revoliucijos, kurių metu išryškėjo sveikatos priežiūros trūkumai. Didžiausią įtaką šiuolaikinės profesionaliosios slaugos atsiradimui turėjo įžymi XIX a. slaugytoja **Florence Nightingale** (Craven R., Hirnle C., 2006). Savo asmenybės įtaigumo, veiklos kryptingumo ir atkaklumo, organizacinių gabumų ir aiškios slaugos vizijos dėka būtent F. Nightingale tapo judėjimo, siekusio reformuoti slaugą, lydere. Krikščioniškoji meilė, dvasingumas visada buvo slaugos pagrindas, tačiau laikmetis reikalavo mokslinio slaugos pagrindimo. Visuomenei reikėjo slaugytojo, kuris būtų ne tik krikščioniško tikėjimo asmenybė, bet ir ryžtinga, išsilavinusi, turinti slaugos pokyčių viziją. F. Nightingale tuo metu buvo didžiausias slaugos autoritetas. Be kitos labai įvairios savo veiklos, ji daug rašė slaugos filosofijos klausimais. Be F. Nightingale, slaugos filosofais laikomi ir tokie žymūs slaugytojai, kaip Virginija Henderson (1897–1996), Jean Watson, Patricia Benner, Ernestine Wiedenbach (1900–1996), Faye Glenn Abdellah, Lydia Hall (1906–1969). Toliau apžvelgsime jų slaugos filosofijas.

F. Nightingale slaugos filosofija

Florence Nightingale veikla reprezentuoja profesionaliosios slaugos pradžią (Kalibatiėnė D., 2004). Savo veikale „Kas tai yra ir kas tai nėra?“ (1859) ji atsako į filosofinį klausimą „Kas yra slauga?“ Slaugą ji apibūdina skirtingai nuo patarnavimų namų ūkyje, kas tuo metu buvo įprasta. F. Nightingale parodė, kad slauga ir medicina taip pat yra skirtingi dalykai, pastaroji labiau siejama su liga, o slauga – su sveikata. Daug gerų idėjų galima gauti iš šios slaugytojos darbų. Veikale „Užrašai apie slaugą“ ji pabrėžė tiesioginio ryšio tarp paciento ir jį supančios aplinkos buvimą, kas yra svarbu slaugos praktikoje. Ji sakė, kad paciento sveikata labai priklauso nuo jo supančios aplinkos (gryno oro, švaraus vandens, efektyvios kanalizacijos, švaros ir šviesos). Suformulavo keturis pagrindinius slaugos principus. Pacientų stebėjimas, atidus duomenų registravimas, švaros ir tvarkos palaikymas, švarių ir užterštų vietų atskyrimas – visa tai yra svarbu ir šiuolaikinėje slaugoje (MsDonald L., 2006).

F. Nightingale savo darbuose nevartojo koncepto „aplinka“, tačiau akcentavo, kad labai svarbu yra patalpų vėdinimas, pacientų lovų statymas saulės apšviečiamoje vietoje (tai ir sudaro paciento aplinką). Ji pabrėžė, kad ne tik dietos paskyrimas pacientui maitinime yra svarbu, bet ir slaugytojo pastabos apie tai, ką ir kiek jis suvalgė. Be to, ji nurodė, kaip sutvarkyti palatą, kad būtina palaikyti paciento kūno švarą, saugoti jį nuo triukšmo, sudaryti jam sąlygas pailsėti ir išsimiegoti, apsaugoti nuo galinčios padaryti lankytojų žalos (netinkamų kalbų, tauškalų, varginančių pacientą). F. Nightingale teigė, kad tai yra svarbu ne tik ligoninėje slaugomam pacientui, bet ir namuose arba vargšų prieglaudose, todėl slaugytojas privalo nuolatos kontroliuoti pacientų aplinką ir rūpintis ja. Ji akcentavo kiekvieno paciento individualius skirtumus ir slaugos individualumą; vienas pacientas, anot jos, linkęs kentėti atsisakyęs nuo visų, o kitam reikia, kad kas nors būtų šalia, slaugytoja turi būti jautrus

ir padėti pacientui sumažinti kančią. Tačiau pacientas F. Nightingale apibūdinamas kaip pasyvus asmuo, tik paskutiniuose savo darbuose ji mini, kad žmogus pats turi trokšti geros sveikatos, todėl jis turi veikti kartu su slaugytoju, kad išvengtų ligos. Liga, anot jos, atsiranda dėl blogos priežiūros. Išvengti ligų galima kontroliuojant aplinką, gerinant gyvenimo sąlygas ir tuo taip pat turi pasirūpinti slaugytojas. Tai galima įvardinti kaip socialinę slaugytojo funkciją. Savo darbuose ir apmąstymuose F. Nightingale nuolat remiasi Dievu, jos nuomone, būti slaugytoju reiškia turėti tam pašaukimą, taip pat svarbu daug žinoti ir mokėti. Slaugytojų mokymui ji naudojo atvejo analizes, naudingus pavyzdžius, mokslinius tyrimus. Jos filosofija slaugytojai vadovavosi daugiau kaip 150 metų. Slaugytojas, kurie savo veikloje rėmėsi F. Nightingale filosofija, siekė išsaugoti ar atstatyti paciento sveikatą, rūpintis jo gerove (Ewen M., Wills E., 2011; Porter S., 2001).

Iki šių dienų svarbi ir reikšminga yra F. Nightingale slaugytojo priesaika (žr. I temą), kurioje taip pat atsispindi jos filosofinis mąstymas apie slaugą ir slaugytoją. Joje pabrėžiami aukšti moraliniai ir etiniai profesionaliosios slaugos reikalavimai, akcentuojamas glaudus gydytojo ir slaugytojo bendradarbiavimas, siekiant paciento gerovės. Šiuolaikiniams slaugytojams šią priesaiką naudinga žinoti, kad suprastų, iš kur atsirado modernioji slauga, kokios jos ištakos.

F. Nightingale sakė, kad kiekviena moteris nors kartą savo gyvenime turi ką nors slaugyti, ji turi gebėti ir galvoti kaip slaugytoja (Holliday M., Parker D., 1997). Būtina pažymėti, kad F. Nightingale slaugytoją laikė herojumi jo kasdiniame darbe ir teigė, kad slaugytojas visada turi būti pasiruošęs pasiaukoti darbui, mylėti jį, būti drašiu kaip karys ir švelniu kaip motina savo vaikui.

F. Nightingale filosofija buvo senosios Graikijos mąstytojų, Krikščionybės ir modernių idėjų sintezė. Tokiu būdu, ji suformulavo moralios, paremtos žmogiškosiomis vertybėmis valstybės konceptą, kur mokslas, praktika ir religija veikia išvien. Jos idėjos apie aplinkos ir psichologinės paciento slaugos svarbą yra aktualios ir šiandieninėje slaugytojo veikloje.

Užduotis:

1. Naudodami Nightingale konceptus, kaip vėdinimas, apšvietimas, triukšmas ir švara, įvertinkite patalpas, kurioje šiuo metu esate, aplinką ir jos poveikį sveikatai.

2. Remdamiesi Nightingale filosofija, išanalizuokite pacientės situaciją ir pasiūlykite jos slaugos veiksmus.

Situacija:

Į ligoninės, kurioje dirbate slaugytoju, priėmimo skyrių dėl abiejų kojų lūžio atvežta 82 metų moteris. Ji gyvena viena savo namuose, šeimos neturi. Ligoninėje pacientė išgulėjo 14 dienų. Ji prašė jūsų leisti, kad draugas atneštų į palatą jos mylimą šunį, kurio ji taip ilgai nematė ir galvojo, kad šunelis jos taip pat ilgisi. Pacientė

skundėsi, kad nė viena slaugytoja, kurios ji prašė išklaudyti, nekreipė į tai dėmesio. Todėl pacientė labai rūpinosi ir liūdėjo.

Henderson slaugos filosofija

Virginija Henderson (1897–1996) buvo viena iš pirmųjų slaugos filosofų. Ji pradėjo savo veiklą tuo metu, kai pastangos paaiškinti slaugą kaip profesiją iššaukė slaugos apibrėžimo kūrimo būtinybę. Viename svarbiausių savo darbų „Pagrindiniai slaugos principai“ (1958) V. Henderson pateikė išsamų slaugos apibrėžimą ir apibūdino slaugytojo rolę: „...unikali slaugytojo funkcija yra padėti žmonėms – tiek sergantiems, tiek sveikiems – atlikti veiksmus, kuriais stiprinama arba atgaunama sveikata (arba padėti ramiai numirti), kurių jie intūsai, jei turėtų pakankamai jėgų, išmanymo arba valios“.

V. Henderson slaugos filosofija atsispindi jos slaugos apibrėžime, kuris akcentuoja slaugytojo funkcijas ir slaugos pagalbos aspektus pagal sudarytą paciento poreikių sąrašą ir atsižvelgiant į priežiūros būtinumą. V. Henderson atsakė į klausimą „Kas yra slaugytojo profesija ir ką slaugytojai daro?“. Ji apibrėžė slaugytojo kaip pakaitalo, pagalbininko, partnerio vaidmenis slaugant pacientą ir pateikė 14 pagrindinių poreikių, kurie svarbūs jo priežiūroje:

- 1) normaliai kvėpuoti;
- 2) tinkamai valgyti ir gerti;
- 3) išskirti įvairias išskyras;
- 4) judėti ir įgyti gerą kūno laikyseną;
- 5) miegoti ir ilsėtis;
- 6) pasirinkti tinkamus drabužius;
- 7) palaikyti normalią kūno temperatūrą, prisiderinant drabužius ir prisitariant prie aplinkos;
- 8) palaikyti kūną švarų ir gerai prižiūrimą, apsaugoti odą ir gleivines;
- 9) vengti aplinkos pavojų ir vengti daryti žalą kitiems;
- 10) kreiptis į kitus, kad išreikštume asmeninius jausmus, poreikius, baimę arba nuomonę;
- 11) melstis pagal savo tikėjimą;
- 12) dirbti taip, kad darbas teiktų visavertiškumo jausmą;
- 13) žaisti arba dalyvauti įvairių formų pasilinksminimuose;
- 14) mokytis, ieškoti arba tenkinti savo smalsumą, kad tai stiprintų sveikatą, skatintų normalų asmenybės vystymąsi bei pagalbos sveikatai priemonių naudojimą (Henderson V., 1993).

V. Henderson sako, kad šie poreikiai paaiškina esminius slaugos elementus. Slaugytojas turi padėti pacientui tenkinti tas funkcijas, kurių jis pats nepajėgus atlikti, atsižvelgdamas į besikeičiančią jo būklę. Galutinis tikslas – individo nepriklausomybė. V. Henderson slaugą laikė menu, ji teigė, kad slauga ir medicina yra skirtingi

dalykai. Slaugytoją ji laikė medicininės komandos nariu, dirbančiu savarankiškai, tačiau pabrėžia, kad slaugytojas padeda gydytojui, kai jam to reikia, dažnai, anot V. Henderson, jų funkcijos sutampa. Žmogaus kūnas ir siela yra neatskiriami, todėl asmeniui svarbu išlaikyti tarp jų pusiausvyrą (fiziologinę ir emocinę). Individui reikalinga slaugytojo pagalba, siekiant sveikatos ir nepriklausomybės arba taikios mirties.

V. Henderson nuomone, individai pasveiks ar išlaikys sveikatą, jeigu tik turės būtinų jėgų, noro ar žinių. Sveikatos stiprinimas yra naudingesnis, negu sergančio priežiūra. Į individą ir šeimą žiūrima kaip į vieningą visumą. Kaip teigia V. Henderson, aplinka veikia žmogų, jo gyvenimą ir organizmą. Slaugytojo pareiga yra apsaugoti pacientą nuo neigiamo aplinkos poveikio, nuo galimų sužalojimų. Sveikata, anot jos, yra organizmo funkcionavimu paremta gyvenimo kokybė, individo nepriklausomybė. Priešingai, liga siejama su nepriklausomybės praradimu (Henderson V., 1993). Toks požiūris į slaugą paplito po visą pasaulį tiek slaugos praktikoje, tiek slaugytojų rengime. Iš pirmo žvilgsnio šiuos V. Henderson pateikiamus individo poreikius norėtųsi suskirstyti į fizinius, psichologinius, emocinius, socialinius, dvasinius ir vystymosi, tačiau vis dėl to, kruopštesnė analizė atskleidžia daugiau – holistinį požiūrį į žmogų ir jo sveikatą.

Kartojimo klausimai ir užduotys:

Atidžiai perskaitykite Henderson slaugos apibrėžimą ir pagalvokite, kokios slaugytojo funkcijos gali būti įgyvendinamos šiandieninėje slaugoje?

Jean Watson slaugos filosofija

Tai gerai žinoma pasaulyje slaugos profesorė, dirbanti JAV Kolorado valstijoje. Jos teoriniai darbai daugiausia siejasi su slaugos filosofija. Anot J. Watson (1997), „gyvenimas nėra problema, kurią reikia išspręsti, gyvenimas yra paslaptis, kurią reikia atskleisti“. J. Watson filosofinis veikalas „Slaugos filosofija ir mokslas“ buvo paskelbtas 1979 m. Ypatingą dėmesį J. Watson skyrė slaugos vertybėms, kuriomis slaugytojas vadovaujasi paciento slaugos ir globos (angl. *caring*) procese. Moksliniuose darbuose apie slaugą ji pabrėžė, kad slaugytojoms svarbu turėti žinių apie žmogų ir jas taikyti slaugoje, gebėti atskirti, ką reiškia „gydomasis“ poveikis slaugoje ir medicinoje, kuo jie skiriasi.

Kaip teigia J. Watson, į esminį filosofinį klausimą „kas yra slauga?“, galima atsakyti paprastai – tai yra ryšys tarp paciento ir slaugytojo, tai žmogaus ryšys su kitu žmogumi ir tai, kaip jie veikia vienas kitą šiame procese. J. Watson savo slaugos filosofiją kūrė remdamasi patirtimi ir savo išgyvenimais. Ji daug keliavo, stebėjo žmones, jų gyvenimą, stengėsi pažinti žmogų – ką žmogus išgyvena, kaip jis jaučiasi

sirgdamas, kai žmogus negali savimi pasirūpinti, kai jį liečia daug rankų. J. Watson remiasi humanistinėmis–altruistinėmis vertybėmis, glaudžiu ryšiu tarp slaugytojo ir paciento, kuris užsimezga jiems susitikus ir tai ji vadina tarpasmeniniu ryšiu. Ji manė, kad humanistinės ir altruistinės vertybės įgyjamos dar ankstyvoje vaikystėje, tačiau jas įskiepyti gali ir slaugos mokytojai.

Slauga, J. Watson nuomone, yra humanistinis mokslas ir menas, slaugytojo ir paciento santykis vyksta intersubjektyvumo kontekste objektas/subjektas. J. Watson manymu, žmogaus kūnas funkcionuoja kaip visuma – kūnas, siela, dvasia yra visuma. Watson teigia, kad protas ir jausmai yra individo siela, kad kūnas yra laiko ir erdvės rėmuose, dvasinė sielos pakopa gali būti kaip indikatorius. Slaugos procese slaugytojas gali per kūną, dvasią ir sielą surasti kelią į vidinį „aš“, tik jų atskirti negalima, nes priešingu atveju bus tik veiksmai – be vidaus. Vidinis individo „aš“ yra egzistuojantis – siela turi aukščiausią savo siekį – būti panašia į Dievą ir šį siekį ji turi nuo pat gimimo. J. Watson pabrėžia, kad žmogus yra būtybė, kuriai reikia meilės. Liga, kuri užklumpa žmogų, uždaro sielos langus, todėl slaugytojas turi juos atidaryti. Visuma individo išgyvenimų, patirties, vadinama fenomenologinis laukas, kuris susideda iš subjektyvaus ir objektyvaus suvokimo. Fenomenologinis laukas atsiranda tarp slaugytojo ir paciento: slaugytojas – laukas – pacientas. Pavyzdžiui, stalas yra objektas. Stalas tampa subjektu, nes jis yra šiame kambaryje, šiame name. Žmogus taip pat – pavyzdžiui, kai žmogus stovi kambaryje, jis yra objektas, tačiau, kai jis ima pasakoti apie save, jis, anot J. Watson, tampa subjektu.

Fenomenologinis laukas, anot J. Watson, yra stebuklas, paslaptis, ir kai slaugytojas ima tiesiog jausti savo pacientą intuityviai, tas stebuklas įvyksta slaugoje. Kaip mama jaučia savo kūdikį, taip slaugytoja gali jausti savo pacientą ir, pavyzdžiui, eidama naktį skyrius, kuriame dirba, koridoriumi, sustos prie tos palatos durų, kurioje pacientas jaučiasi blogai. J. Watson sako, kad slauga yra nukreipta į mentalinį–dvasinį visų slaugos procese dalyvaujančių asmenų brendimą, o ne į pasveikimą, nes pacientas ir slaugytojas – tai dvasia ir siela. J. Watson filosofija – tai transcendencija (lot. *transcendens* – peržengiantis, filosofijoje – buvimas, egzistavimas už anapus ko nors, už proto ir pažinimo ribų arba absoliučios būties, už materialiosios tikrovės ribų). Slaugydamas pacientą, slaugytojas turi stengtis sužinoti paciento reakciją, laikyseną, individualius poreikius ir juos patenkinti tik iki tam tikrų savo ir paciento ribų. Svarbu užuojauta, jausmų išreiškimas. Žmogaus gyvenimas, anot J. Watson, yra kaip centras, apie kurį organizuojama slauga: individas ir gyvenimas – tai žmogiškoji egzistencija. Žmogaus dvasia ir siela sudaro jo vidinį „aš“, t. y. vidinį save. Nuo jo priklauso intuityva, mąstymas, veiksmai. Slaugos uždavinys – padėti individui pasiekti harmoniją tarp kūno ir sielos. Tada žmogus bus sveikas. Liga – tos harmonijos sutrikimas. Slaugytojas turi atidaryti paciento sielos langus, kad pacientas suvoktų, kad jis serga. Slaugos uždaviniai, kaip teigia J. Watson, yra skatinamieji, slauga pade-

da pasiekti žmogui harmoniją. Ar pacientas atvers savo sielos langus, priklausys nuo slaugytojo sugebėjimo įvertinti paciento jausminę, emocinę būseną. J. Watson teigia, kad slaugytojas turi būti profesionalas, nes tik tada jis sugebės padėti pacientui, be to, slaugytojas turi visą save atiduoti pacientui kaip žmogus ir kaip specialistas. Slaugytojas ir pacientas yra neišskiriami, jų tarpusavio ryšys yra labai stiprus. Slauga turi būti individuali, teigia J. Watson, nes kiekvienas pacientas – individualus subjektas, slaugytojas ir pacientas turi žinoti, ko nori vienas iš kito. Slaugytojas skatina pacientą pasirinkti gydančią aplinką ir veiksmus (Watson J., 2003).

Taigi, J. Watson filosofija – tai naujas mąstymas apie slaugą: pagalba pacientui remiasi moraliniais idealais, vertybėmis, gero darymu jam, sveikatos stiprinimu, ligų profilaktika. Slauga – labiau moralinių idealų realizavimas, o ne vien tik į slaugos užduotis orientuotas slaugytojo elgesys. Slaugytojai, kurie savo praktinėje veikloje vadovaujasi J. Watson slaugos filosofija ir teorija, pacientų slaugą organizuoja pagal 10 pagrindinių slaugos veiksmų:

1. Humanistinės – altruistinės vertybių sistemos kūrimas.
2. Tikėjimo ir vilties teikimas.
3. Jautrumo vienas kitam rodymas.
4. Pagalba ir pasitikėjimu paremto ryšio kūrimas.
5. Skatinimas išreikšti teigiamus ir neigiamus jausmus.
6. Mokslinių metodų naudojimas sprendžiant problemas.
7. Tarpasmeninio mokymo – mokymosi skatinimas.
8. Paremiančios, skatinančios, ir (arba) koreguojančios psichinės, fizinės, sociokultūrinės ir dvasinės aplinkos užtikrinimas.
9. Pagalba tenkinant žmogaus poreikius.
10. Rėmimasis egzistenciniu – fenomenologiniu požiūriu.

Šie veiksniai apibrėžia slaugytojo ir paciento žmogiškosios egzistencijos ryšio prasmę, parodo, kad gydymas ir slauga yra skirtingi dalykai. Slaugos tikslas, anot J. Watson, yra padėti pacientui pasiekti aukščiausio laipsnio harmoniją tarpusavio sąryšio pagalba, kas užtikrins jo vystymąsi ir augimą. Slaugytojai yra skatinami išgyventi kartu su pacientu savąjį „aš“, suprasti save ir kitus.

Kartojimo klausimai:

1. Koks yra J. Watson slaugos apibrėžimas?
2. Paaiškinkite J. Watson požiūrį į žmogų.
3. Apibūdinkite, koks, anot J. Watson, yra svarbiausias slaugos uždavinys?
4. Palyginkite, kuo panašios ir kuo skiriasi V. Henderson ir J. Watson slaugos filosofijos.

Patricijos Benner slaugos filosofija

Patricia Benner filosofiniai darbai atspindi slaugos praktikos idėjas, slaugytojo žinias, ji remiasi slaugos tyrinėjimais ir siekia išsiaiškinti, koku būdu slaugytojas įgyja slaugos kompetenciją (Creasia J., 1996). Paciento globa, rūpinimasis ir priežiūra, anot P. Benner, yra slaugos esmė. Ji pabrėžia, kad geru slaugytoju reikia tapti, ir tai įvyksta, per tam tikrą laiką, įveikiant penkias pakopas: naujoko, pradedančiojo, kompetentingo, įgudusio ir eksperto. Benner tiksliai apibūdina kiekvieną šių pakopų.

Pirmoji – slaugytojo naujoko. Toks slaugytojas dar neturi patirties, jis atlieka pagrindinius darbus, vykdo užduotis, elgiasi nelanksčiai, dažnai klausinėja, ką jis turi daryti?

Antroji – pradedančiojo slaugytojo. Demonstruoja priimtinus veiksmus, turi svaresnį patyrimą sprendžiant problemas, atpažįsta pasikartojančius reikšmingus komponentus, pradeda vadovautis principais, kuriuos įgijo praktikoje.

Trečioji – kompetentingo slaugytojo. Tai slaugytojas, turintis 2–3 metų praktinio darbo patirtį toje pačioje srityje. Labiau suprantantis ilgalaikius slaugos tikslus, planuojantis savo veiksmus, vadovaudamasis sąžine, analitiniu mąstymu, siekiantis kuo didesnio slaugos efektyvumo.

Ketvirtoji – įgudusio slaugytojo. Situacijas suvokia ir supranta kaip atskirų dalių visumą, holistinis mąstymas gerina sprendimus. Mokosi iš patyrimo, ko galima tikėtis tam tikroje situacijoje.

Penktoji – slaugytojo eksperto. Tai slaugytojas, turintis didelę praktinę patirtį, intuityviai jaučiantis, kaip spręsti situaciją, o ne pasikliaujantis įvairiais principais, taisyklėmis. Jo veikla sklindi, lanksti ir profesionali (Ewen M., Wills E., 2011, Chitty K., 2001).

P. Benner aprašė slaugytojo elgesį kiekvienoje iš šių pakopų pateikdama daug pavyzdžių iš slaugos praktikos. Be to, P. Benner paaiškino net 31 slaugytojo kompetenciją ir, atlikdama mokslinius tyrimus, nustatė, koku būdu slaugytojas jas gali pasiekti.

Skirtingi įgūdžių lygiai atspindi pokyčius tampant kvalifikuotu slaugytoju:

5. Judėjimas nuo priklausomo prie besiremiančio patirtimi savo veikloje.

1. Situacijos kaip visumos, o ne atskirų jos dalių suvokimas.

2. Tobulėjimas nuo stebėtojo, atlikėjo iki aktyvaus situacijos sprendimo dalyvio.

Šie lygiai, kaip teigia P. Benner, atspindi patyrimo kaip paradigmos naudojimą suvokiant situaciją kaip tarpusavyje susijusių dalių visumą ir sprendžiant problemas. Kiekviena pakopa remiasi prieš tai buvusia. Kažkokie abstraktūs principai patobulinami, išplėtojami per praktinį patyrimą ir slaugytojas įgyja klinikinę kompetenciją (Altman T. K., 2007). P. Benner paaiškino, ką reiškia slaugytojas ekspertas. Svarbiau-

sia yra tai, kad jis teikia aukščiausio lygio slaugos paslaugas. P. Benner nesieja to su dideliu slaugytojo atlyginimu ar prestižu.

Svarbus yra P. Benner požiūris į praktiką ir kitu – mokslo aspektu. Ji teigė, kad slaugos teorijas gali kurti ne tik teoretikai ir mokslininkai, bet praktika gali paveikti teorijas.

Užduotis: padiskutuokite apie tai, kaip galima tapti puikiu slaugytoju?

Ernestine Wiedenbach slaugos filosofija

Ernestine Wiedenbach (1900–1998) slaugą laikė menu, o slaugytoją menininku. Slaugymo menas atsiranda tada, kai pažiūros, žinios, įgūdžiai ir asmenybė susilieja į nedalomą visumą, ir slaugytojo veikla tampa nepakartojama, unikali. Jos nuomone žmonės įvairiai gali apibrėžti slaugą, tačiau tik nedaugelis nesutiks, kad tai yra motiniškas rūpinimasis ir priežiūra. Toks slaugos apibūdinimas galėtų būti susijęs su E. Wiedenbach praktine patirtimi – ji daug metų dirbo akušerinės slaugos srityje. E. Wiedenbach nuomone, klinikinėje slaugoje ypač svarbūs yra šie elementai: filosofija, tikslas, praktika ir menas.

Filosofija

Slaugytojo filosofija, kaip teigia E. Wiedenbach, yra jo požiūris ir įsitikinimai apie gyvenimą ir kaip realybėje tai jį veikia. E. Wiedenbach tikėjo, kad slaugos filosofiją sudaro trys komponentai:

- pagarba gyvybei;
- kiekvieno žmogaus vertingumo, autonomijos gerbimas;
- veikimas pagal savo asmeninius ir profesinius įsitikinimus.

Tikslas reiškia tai, ką slaugytojas nori nuveikti dirbdamas savo darbą – slaugydamas pacientą. Visais savo veiksmais slaugytojas turi siekti paciento gerovės.

Praktika, kaip teigia E. Wiedenbach, yra tokie pastebimi slaugos veiksmi, kurie yra veikiami įsitikinimų ir jausmų, kai pacientui reikalinga pagalba.

Slaugos menas apima:

- paciento poreikių supratimą;
- tikslų išskėlimą ir veiksmų parinkimą, atsižvelgiant į paciento pajėgumą;
- veiklos sąsajas su gydymo planu, siekiant pagerinti paciento būklę;
- rūpinimąsi komplikacijų profilaktika.

Slaugytojas, anot E. Wiedenbach, yra mąstantis, jaučiantis ir veikiantis žmogus, o pacientas – žmogus, kuriam reikalinga sveikatos priežiūros specialisto pagalba. Ta pagalba gali būti įvairi: slaugos, priežiūros, mokymo ar patarimo. Pacientas nenori sirgti, todėl svarbus yra sveikatos mokymas. Kiekvieno žmogaus požiūris į savo sveikatos situaciją yra individualus, į slaugytojo pagalbą taip pat. Slaugytojui reikia turėti žinių, logiškai mąstyti, kad galėtų priimti pagrįstus sprendimus ir padėti pacientui. Ji paaiškino, kokių būdu slaugytojas nustato paciento slaugos poreikius:

- 1) stebėdamas paciento elgesį;
- 2) atskleidžiamas paciento elgesio prasmę;
- 3) nustatydamas jo diskomforto ar negalios priežastį;
- 4) nustatydamas, ar pacientas gali pats išspręsti savo problemas, ar jam reikalinga pagalba (Meleis A. I., 1997). E. Wiedenbach nuomone, klinikinės slaugos praktika grindžiama koncepcija, kad slauga yra menas.

Pratimas: padiskutuokite grupėje tema „Slauga yra menas“.

Faye Glenn Abdellah slaugos filosofija

F. G. Abdellah (1919) žinoma ne tik kaip viena iš nedaugelio garsių slaugytojų, kurios laikomos slaugos filosofijos kūrėjomis. Ji yra viena pirmųjų slaugos mokslininkių, kuri rėmėsi savo tyrinėjimais transformuodama slaugos teoriją, praktinę slaugą ir slaugytojų rengimą. Pagal F. G. Abdellah., slauga yra pagrįsta menu ir mokslu, kurie formuoja slaugytojo požiūrį, intelektualines kompetencijas ir techninius įgūdžius, ugdo norą ir sugebėjimą padėti žmonėms, sergantiems ar sveikiems, tenkinant jų sveikatos poreikius. Slauga, kaip visapusiška paslauga, anot F. G. Abdellah, apima:

- 1) paciento slaugos problemų atpažinimą;
- 2) atitinkamų slaugos veiksnių parinkimą;
- 3) tęstinės individo slaugos kompetenciją;
- 4) tęstinę slaugą mažinant skausmą ir diskomfortą bei skubią pagalbą;
- 5) bendros slaugos planavimą, atsižvelgiant į paciento poreikius;
- 6) pagalbą pacientui tapti kuo savarankiškesniu ir sveikesniu;
- 7) slaugos personalo ir artimųjų mokymą, kaip padėti pacientui atlikti pačiam tai, ką jis gali;
- 8) pagalbą pacientui prisitaikyti ir susidoroti su emocinėmis problemomis;
- 9) slaugytojo veiklą kartu su kitais sveikatos priežiūros specialistais planuojant kuo geresnę sveikatą visiems (vietiniu, valstybiniu ir tarptautiniu mastu);
- 10) tęstinį slaugos vertinimą, mokslinius tyrinėjimus, slaugos technikos tobulinimą tenkinant pacientų sveikatos poreikius (Craven R. F., Hirnle C., 2006).

F. G. Abdellah slaugos filosofija – **į pacientą nukreipta slauga**. Ši filosofija buvo suformuota indukcijos būdu iš praktinio patyrimo. Į pacientą nukreipta slauga atsispindi F. G. Abdellah teorijoje, kuri buvo skirta slaugytojų rengimui, taip pat slaugytojams, dirbantiems ligoninėse ar bendruomenėje. Jos teorija skatino pokyčius slaugoje, akcentavo paciento socialinių problemų sprendimo svarbą sveikatai. Tuo pačiu F. G. Abdellah teigė, kad pokyčiai būtini ir slaugytojų rengime, pabrėžė tęstinio slaugytojų mokymo svarbą. Ji skatino slaugytojus rašyti slaugos diagnozes, nors tuo metu dauguma slaugytojų manė, kad tai nėra slaugytojų prerogatyva. Viena iš jos mokslinių tyrimų sričių buvo paciento problemos. Tuo pagrindu buvo sudarytas

21 paciento problemos sąrašas. Anot F. G. Abdellah, tos problemos gali būti identifikuotos per 10 pakopų ir 11 slaugytojo įgūdžių.

Pakopos:

- 1) Mokyti pažinti pacientą.
- 2) Sutvarkyti tiesiogiai susijusius ir kitus reikšmingus duomenis apie pacientą.
- 3) Apibendrinti turimus duomenis.
- 4) Identifikuoti slaugos planą.
- 5) Daryti apibendrinimus kartu su pacientu.
- 6) Patvirtinti paciento išvadas apie jo slaugos problemas.
- 7) Toliau tęsti paciento stebėjimą ir periodiškai vertinti jo būklę, nustatyti

pokyčius.

- 8) Išsiaiškinti paciento ir šeimos reakciją, turinčią įtakos jo elgesiui.
- 9) Identifikuoti, kaip slaugytojai jaučia paciento slaugos problemas.
- 10) Diskutuoti ir sudaryti išsamų paciento priežiūros planą.

Slaugytojui, pasak F. G. Abdellah, yra būtini tam tikri įgūdžiai, kurių pagalba jis organizuos ir įgyvendins paciento slaugą:

- bendravimo;
- paciento stebėjimo;
- teorinių žinių pritaikymo;
- paciento ir jo šeimos mokymo;
- darbo organizavimo ir planavimo;
- materialinių ir personalo resursų panaudojimo;
- gebėjimo spręsti problemas;
- vadovavimo kitiems;
- slaugos procedūrų atlikimo;
- savęs naudojimo terapiniu tikslu.

Atlikdama mokslinį paciento problemų tyrimą, F. G. Abdellah panaudojo 14 V. Henderson žmogaus poreikių, sudarė tyrimu grįstą problemų sąrašą, visas problemas sugrupavo į kelias grupes. F. G. Abdellah paciento problemų formuluotės parodo į pacientą nukreiptą slaugą, tuo jos požiūris ir skiriasi nuo V. Henderson. Toliau panagrinėsime 21 F. G. Abdellah paciento slaugos problemą. Ji išskyrė tris pagrindines slaugos problemų kategorijas:

- Fiziniai, socialiniai ir emociniai paciento poreikiai;
- Paciento ir slaugytojo ryšio problemų kategorija;
- Įprasti (dažnai pasitaikantys) paciento priežiūros elementai.

F. G. Abdellah teigia, kad **visiems pacientams būdingi** šie poreikiai: užtikrinti gerą kūno higieną ir komfortą; paremti optimalų paciento aktyvumą, užtikrinti gerą poilsį ir miegą; užtikrinti paciento saugumą, išvengti sužalojimų ir infekcijų; palaikyti gerą kūno mechaniką, išvengiant deformacijų.

Palaikantieji slaugos poreikiai: palaikyti ir palengvinti kūno ląstelių aprūpinimą deguonimi; rūpintis kūno ląstelių aprūpinimu maisto medžiagomis; palengvinti šalinimą, palaikyti skysčių ir elektrolitų balansą; atpažinti fiziologinę organizmo reakciją į ligą; palengvinti ir palaikyti organizmo reguliavimo mechanizmą; palaikyti ir paremti organizmo jutimo funkcijas.

Gydymo–korekciniai poreikiai: identifikuoti ir patvirtinti pozityvias ir negatyvias ekspresijas, jausmus ir reagas; identifikuoti ir patvirtinti emocijų ir ligos tarpusavio sąsajas; palaikyti ir palengvinti žodinį ir ne žodinį bendravimą; skatinti ir paremti tarpasmeninius ryšius; palengvinti asmeninių dvasinių tikslų pasiekimą; sukurti ir palaikyti terapinę aplinką; palaikyti savęs, kaip individo, turinčio įvairių kintančių fizinių, emocinių, ir vystymosi poreikių, supratimą.

Stiprinantieji slaugos poreikiai: nusistatyti optimalius tikslus, atsižvelgiant į fizinius ir emocinius apribojimus; panaudoti bendruomenės resursus, sprendžiant problemas, kurias sukėlė liga; suprasti socialinių problemų, kurios kaip faktorius, paveikė ligą, vaidmenį.

Slauga, anot F. G. Abdellah, yra pagalbos profesija, ji yra orientuota į pacientą ir pacientui. 21 slaugos problemų sąrašą kaip vadovu slaugytojas gali vadovautis savo veikloje ir ją pagrįsti. Slaugydamas sveiką ar sergantį asmenį, jis padeda jam tenkinti savo sveikatos poreikius. Asmenį F. G. Abdellah apibrėžia kaip žmogų, turintį fizinių, emocinių ir socialinių poreikių. Šie poreikiai yra akivaizdūs, kartais vyrauja fiziniai, kartais emociniai, ar socialiniai poreikiai. Pacientas, pasak F. G. Abdellah, yra tik slaugą patvirtinantis asmuo, tiek individas, tiek ir šeima yra slaugos gavėjai. Slaugos paslaugų tikslas – sveikatos atstatymas ar jos pagerinimas. Sveikata – tai būklė priešinga ligai. F. G. Abdellah konkretaus sveikatos apibrėžimo nėra pateikusi, tačiau minėjo sveiką kūno ir dvasios būklę. Aplinka ji vadino vietą, iš kur yra pacientas– namai, bendruomenė. Sprendžiant paciento slaugos problemas, tikimasi jo sveikatos pagerėjimo.

Remdamasis F. G. Abdellah slaugos filosofija, ir šiuolaikinis slaugytojas gali sėkmingai organizuoti ir atlikti į pacientą orientuotą slaugą.

Užduotis: išanalizuokite ir palyginkite V. Henderson ir F. G. Abdellah slaugos filosofiją, identifikuokite panašumus ir skirtumus, padiskutuokite grupėje.

Eloise Lydia Hall slaugos filosofija

E. L. Hall (1906–1969) buvo reabilitacijos slaugytoja, kuri savo filosofines slaugos idėjas paskelbė darbe „Slauga: kas tai yra?“ (1960). E. L. Hall tvirtino, kad pacientus turi slaugyti tik profesionalios slaugytojos. **Pacientą ji apibūdina išskirdama pagrindines tris sritis: kūną (jo priežiūrą)**, kai reikalingos slaugytojo rankos ir motiniškas rūpinimasis; **ligą (jos gydymą)**, kai slaugytojui reikalingos medicininės žinios, patologinio proceso supratimas ir **asmenį (kaip šerdį)**, kai slaugytojas turi gebėti užmegzti ryšį su pacientu. Slaugytojas, anot E. L. Hall, veikia visose šiose

sirtyse, tik skirtingai – kiek reikia, svarbu yra padėti pacientui ir jo šeimai pakelti gydytojo paskirtą gydymą patarti jiems kaip sustiprinti sveikatą, rūpintis jų komfortu. Būtina padėti pacientui atskleisti ir suprasti savo jausmus, įsisąmoninti savo vaidmenį sveikimo procese, priimti sprendimus savarankiškai, kai slaugytojas suteikė reikalingos informacijos (informuoto paciento sprendimus). Slaugytojas veikia kartu su kitais priežiūros komandos specialistais. Slauga, teigia ji, padeda greičiau pacientui atgauti sveikatą, jos ir paciento mokymo reikia daugiau, tuo tarpu gydymo – mažiau.

E. L. Hall pabrėžė slaugytojo funkcijų autonomiškumą. Ji savo slaugos filosofiją pritaikė vienoje Niujorko (JAV) ligoninėje, kur ir dirbo. Todėl suprantama, kodėl ji analizavo suaugusių pacientų, kurie buvo gydomi stacionare dėl ūminės ligos, slaugos aspektus. Pagrindinis tokių pacientų tikslas – rehabilitacija ir sėkminga saviraiška. Tam pasiekti, anot E. L. Hall, reikalinga slaugytojo pagalba. **Esminė profesinės slaugytojo veiklos vertybė yra paciento gerovė.** E. L. Hall buvo įsitikinusi, kad paciento rezultatai gerėja dėl tiesioginės profesionalaus slaugytojo priežiūros. Jos teoriniai teiginiai padėjo nutiesti kelią moderniosios slaugos kryptimi, kur slaugytojai kritiškai mąsto, naudoja medicininės žinias paciento sveikatos gerinimui, o ne vien tik vykdo gydytojų nurodymus.

E. L. Hall yra pirmoji slaugytoja, kuri tvirtino, kad pacientą turi slaugyti profesionalus slaugytojas ir kad paciento ir jo šeimos slauga turi būti visapusiška, padedanti stiprinti sveikatą ir gerinti gyvenimo kokybę nuo gimimo iki mirties. Šią teoriją slaugytojas gali pritaikyti visuose slaugos proceso etapuose.

Užduotis:

1. savais žodžiais apibūdinkite esminius Hall slaugos filosofijos teiginius;
2. padiskutuokite grupėje teiginį „motiniškas rūpinimasis“, pateikite savo pavyzdžių.

Apibendrinant slaugos filosofijos temą, teigtina, kad tai, palyginus, jauna slaugos mokslo sritis, nors jos formavimosi laikotarpis istoriškai yra labai ilgas. Filosofija visada atspindėjo žmonių idėjas ir realybę. Per ilgą slaugos vystymosi istorijos laikotarpį susiformavo tam tikri požiūriai, nuostatos ir vertybės, susijusios su žmogaus sveikatos priežiūra. Kaip ir medicinos filosofija, taip ir slaugos filosofija nagrinėja tuos pačius, esminius klausimus. Medicinos ir slaugos filosofija yra giminingos, pagrįstos tomis pačiomis vertybėmis, veikiamos panašių filosofinių krypčių, tačiau netapačios. Slaugytojui svarbu įsisąmoninti svarbiausias, būtinas šiai profesijai nuostatas ir vertybes, kuriomis jis turi pagrįsti savo veiklą. Tokias sąlygas sudaro slaugos filosofų darbų studijavimas, racionalus jų idėjų integravimas formuojant asmenines savo nuostatas apie pagrindinius slaugos dalykus, kitaip tariant – kuriant savo slaugos filosofiją.

IV TEMA. SLAUGOS TEORIJA: PROFESIONALIOS SLAUGOS PAGRINDAS

Tikslas: šios temos studijos suteiks galimybę

- Suprasti pagrindines sąvokas, vartojamas slaugos teorijose;
- Įgyti žinių apie slaugos teorijų skirstymą į grupes;
- Gebėti apibūdinti įvairias slaugos teorijas ir konceptualiuosius modelius;
- Suprasti ryšį tarp teorijos ir praktikos.

Pagrindinių sąvokų apibrėžimas

Paradigma – vienos mokslo šakos bendrų bruožų apibrėžimas, mokslinės bendruomenės pagrindinė samprata, kas turi būti tyrinėjama toje mokslo šakoje. Paradigmą galima palyginti su akiniais, pro kuriuos žiūri visi tos pačios mokslo šakos tyrinėtojai (pavyzdžiui, slaugos mokslo šakoje – klinikinė paradigma, holistinė paradigma, praktinė paradigma, biomedicininė paradigma).

Fenomenas – tai jaučiamas ar patiriamas realybės aspektas, pavyzdžiui, slaugos fenomenas – sveikatos priežiūros aspektas, kuris susijęs su slaugos praktika.

Konceptas – (lot. *conceptus* – suimtas; suvoktas) tai idėja arba žodis, kuris naudojamas apibrėžti fenomenui ar jų grupei. Kadangi konceptas abstrakčiai atspindi realybę, slaugos teorijose jis atspindi tos teorijos autoriaus požiūrį į asmenį, sveikatą, aplinką ir slaugą. Konceptai yra fenomeno elementai arba komponentai, kurie yra būtini, kad fenomenas būtų atskleistas ir suprastas.

Keturi žemiau išvardinti konceptai yra pagrindiniai kiekvienoje slaugos teorijoje:

- **Asmuo** (pacientas) – slaugos paslaugų gavėjas, kuriuo gali būti individas, šeima, ar bendruomenė.
- **Aplinka** – pacientą supanti aplinka, jo sveikatą veikiantys išoriniai ir vidiniai faktoriai.
- **Sveikata/liga** – paciento gerovę apibūdinanti būklė.
- **Slauga** – sveikatos priežiūros paslauga, kurią teikia profesionalus slaugytojas.

Įvadas į slaugos teoriją

Kas yra teorija ir kodėl reikia studijuoti slaugos teoriją? Žodis „teorija“ graikų k. reiškia „matyti“ arba „nuomonė“. Teorija – tai grupė tarpusavyje susijusių teiginių, kurie apibūdina ir paaiškina fenomeną pagal tam tikrą sistemą (Vesterdal A., 1996). Slaugos teorija gali būti vadinama grupė susijusių konceptų, apibūdinimų ir teiginių, kurie formuoja požiūrį į slaugos fenomeną, apibrėžia, paaiškina ar numato rezultatus. Paprasčiau tariant, tai yra grupė tarpusavyje susijusių konceptų,

kuriais vadovaujamosi slaugoje. Slaugos teoretikai įvairiai apibrėžia teoriją. Literatūroje pateikiami keli tipai slaugos teorijų apibrėžimų:

1. Pagal teorijos struktūrą – kaip logiškai tarpusavyje susijusių hipotezių rinkinys;
2. Pagal praktinius teorijos tikslus – kaip abstrakti sistema, sukurta tam tikru tikslu;
3. Trečiasis slaugos teorijos apibrėžimo tipas susijęs su abejonėmis (kas galėtų būti?);
4. Mokslo tikslu – kaip spėjamų, abstrakčių ir praktinių principų rinkinys, kuris formuoja tyrimą;
5. Apibrėžimai, kurie susiję su konceptų, teiginių paaiškinimu ir apibūdiniu, kas padeda susidaryti aiškų fenomeno vaizdą;
6. Apibrėžimai, susiję su slaugos fenomenu ir konceptais (Ewen M., Wills E., 2011).

Teorijose pateikiamos abstrakčios idėjos, apmąstymai apie fenomeną, kurie labai kruopščiai, kūrybiškai ir kryptingai grupuojami, ir, tokiu būdu, gimsta teorija. Teorijos gali būti nuolat tobulinamos, papildomos naujomis žiniomis arba nebe-naudojamos kaip netinkamos. Kad teorija būtų naudinga, ji turi būti prasminga, suprantama ir tinkama pritaikyti.

Kol dar nebuvo slaugos teorijų, slauga ilgą laiką buvo neatskiriama medicinos dalis. Kaip pacientą slaugyti, nurodydavo gydytojas, slauga buvo tradicinių paciento priežiūros veiksmų rutina. Buvo manoma, kad slaugos teorijų ir modelių kūrimas gali padėti slaugytojams atskleisti savo įsitikinimus, savo veiksmus pagrįsti morale ir etika, skatinti sisteminį mąstymą apie slaugą. Akivaizdi slaugos teorijos nauda pastebima praktikoje – ją paaiškina, apibrėžia slaugos standartus sistemiškai sprendžiant paciento problemas. Slaugos teorijos apibrėžia ir išaiškina pačią slaugą, jos fenomeną, atskiria ją nuo kitų sveikatos priežiūros profesijų, nubrėžia ribą tarp jų.

Istoriškai slaugos teorijos vystymasis apima laikotarpį nuo F. Nightingale iki šių dienų. Galima paminėti penkias slaugos teorijos ir filosofijos vystymosi stadijas:

- 1) neišreikštų žinių;
- 2) visų pripažintų žinių;
- 3) subjektyvių žinių;
- 4) procedūrinių žinių;
- 5) sukurtų žinių.

Stadijų apibūdinimas pateiktas lentelėje Nr. 2.

2 Lentelė. Slaugos teorijos raidos etapai pagal Kiod ir Morrison (1988), cit. Ewen M. & Wills E., 2011.

Slaugos teorijos vystymosi stadijos

Stadija	Žinių šaltinis	Poveikis teorijai ir tyrimams
Neišreikštų (nebylių) žinių	Aklas paklusnumas medicinos autoritetui	Nežymus bandymas kurti teorijas. Moksliniai tyrimai apsiribojo epidemiologinių duomenų rinkimu.
Pripažintų žinių	Mokymasis klausant kitų	Teorijos buvo pasiskolinamos iš kitų sričių. Slaugytojai įgydavo daktaro mokslinį laipsnį ne slaugos, bet kitose srityse: edukologijos, sociologijos, psichologijos, fiziologijos, antropologijos. Kad gautų atsakymus į svarbius slaugai klausimus, slaugytojai atlikdavo tyrimus edukologijos ar sociologijos srityse.
Subjektyvių žinių	Gilinimasis į save	Atsirado neigiamas požiūris į pasiskolintą teorijas ir mokslą. Slaugytojai–mokslininkai tyrinėjo slaugytojų veiklą.
Procedūrinių žinių	Įtraukiamos ir atskiros, ir sujungtos žinios	Paplito požiūris, kad būtina kurti teorijas, taikyti jas praktikoje. Mokslininkai naudojo statistinę duomenų analizę.
Sukurtų žinių	Įvairių tipų žinių integracija (intuicija, samprotavimai, žinios apie save).	Slaugos teorija turi remtis ankstesniais empiriniais tyrimais, teorine literatūra, pacientų jausmų ir išgyvenimų aprašymais ir slaugytojo–mokslininko intuicija ar žiniomis apie fenomeną.

Teorių kūrimo procesas apima tris pagrindinius etapus:

Pirmasis – *koncepto kūrimo*. Koncepto, kuriuo norima apibūdinti pasirinktą fenomeną, patikslinimas, apibrėžimas, išaiškinimas;

Antrasis – *teiginių kūrimas*. Teiginių, kurie paaiškina ryšius tarp konceptų, formulavimas ir analizavimas ir empirinis patvirtinimas;

Trečiasis – *teorijos konstravimas (sudarymas)*. Grupuojami teorijos komponentai, prielaidos, išryškinamos sąsajos tarp konceptų ir teiginių.

Po to naujai sukurtos teorijos dar tikrinamos, galiausiai pradedamos taikyti praktikoje ir vertinamas jų naudingumas slaugos praktikoje, moksliniuose tyrimuose, mokyje ar administravime.

Slaugos teorijos klasifikuojamos įvairiai: pagal kategoriją ir apimtį, pagal abstraktumą (grindžiamosios arba makro teorijos praktikai, slaugos rezultatų teorijos), pagal teorijų tipą ar tikslus (aprašomosios, prognozuojančios arba specifinių situacijų teorijos).

Teorijų skirstymas pagal apimtį remiasi jų sudėtingumu ir abstraktumu. Teorijos apimtis apima jos specifiškumo laipsnį, konceptų ir teiginių konkretumą (vartojant terminus, kaip, *metateorija*, *filosofija*, *grindžiamoji arba didžioji* teorija, siekiant išsamiai, abstrakčiai apibūdinti teorijos struktūrą). Taip pat *vidutinio dydžio* teorija, kuri yra labiau kryptinga, palyginus su grindžiamąja, *mikroteorija*, *specifinių situacijų* teorija arba *praktine* teorija. Taigi, teorijos skiriasi pagal apimtį – nuo mikro teorijų iki didžiųjų arba grindžiamųjų.

Metateorijos

Metateoriją galima pavadinti *teorija apie teoriją*. Slaugos moksle metateorija nagrinėja bendriausias problemas, tokias kaip žinių ir teorijų kūrimas bei debatai apie tai, filosofinės ir metodologinės slaugos teorijų kūrimo tikslų, analizės ir vertinimo metodų, naudingumo slaugai problemos. Jau nuo 1960 m. buvo diskutuojama apie tai, ar slauga yra akademinis dalykas, koks jos ryšys su kitais mokslais. Dabartiniu metu metateorijos problemos susijusios su slaugos filosofija, keliami klausimai: kio lygio teorijos reikalingos slaugos praktikai, mokslo tyrimams ir slaugytojų rengimui (t. y., ar grindžiamosios, didžiosios, ar vidutinio dydžio, ar praktinės teorijos).

Grindžiamosios, didžiosios teorijos

Jos, palyginus su kitomis teorijomis, yra sudėtingesnės ir platesnės, bandančios paaiškinti įvairius slaugos aspektus. Grindžiamosios teorijos gali inkorporuoti visą eilę kitų teorijų. Kartais vartojamas terminas *makroteorija* kai siekiama apibrėžti esminius specifinės srities konceptus. Iš esmės, grindžiamosios teorijos nėra specifinės, jos susideda iš palyginti abstrakčių konceptų, kurių stokoja naudojamos apibrėžtys. Jų teiginiai yra abstraktūs ir dažniausiai jų neįmanoma patikrinti. Šios teorijos kuriamos giliai ir išvalgiai įvertinant egzistuojančias idėjas kaip priešingas empiriniam tyrimui. Tokios slaugos teorijos, kaip Orem, Roy, Rogers yra abstrakčios ir gali būti priskiriamos prie grindžiamųjų teorijų, tuo tarpu Johnson, Neuman – prie konceptualiųjų modelių.

Vidutinio dydžio teorijos

Jos dar gali būti vadinamos vidutinės kategorijos teorijomis. Šios teorijos yra labiau apibrėžtos, skelbiančios konkretesnes idėjas (praktinės teorijos), nagrinėjančios specifinius konceptus, kuriuos galima patikrinti empiriškai. Vidutinio dydžio teorijos gali: 1) apibrėžti tam tikrą fenomeną; 2) paaiškinti ryšius tarp fenomenų; 3) numatyti fenomeno pasekmes ir pan. Kaip pavyzdį, galima pateikti teorijas apie gyvenimo kokybę, socialinę paramą, sveikatos išsaugojimą, kurios yra dažnai naudojamos slaugoje.

Praktinės teorijos

Praktinėms teorijoms dar gali būti priskiriamos *mikroteorijos*, *norminamosios* teorijos, arba *specifinių situacijų* teorijos. Jų yra mažiausiai, pagal apimtį jos yra nedidelės. Praktinės teorijos yra labai specifiškos, paaiškinančios siauros apimties aspek-

tus, dažniausiai remiasi kitų sričių žiniomis ir yra skirtos praktinei slaugai kaip instrukcijos. Pavyzdžiui, tai gali būti teorija apie onkologinio skausmo valdymą ir pan.

Dalinės (nepilnos) teorijos

Tai yra dar nebaigtos kurti teorijos, jose gali būti identifikuoti kai kurie konceptai, ryšiai tarp jų, bet pati teorija dar nesudaryta. Tokios gali būti iš socialinių mokslų kilusios teorijos, kuriose mažai arba net nė vienas fenomenas pilnai nėra paaiškintas.

Pasiskolintos teorijos

Slaugos teoretikai ilgai diskutavo, ar tinka „skolintis“ teorijas iš kitų sričių. Tos diskusijos prasidėjo apie 1960 metus ir truko ne vieną dešimtmetį. Buvo manoma, kad slaugos teorijos yra unikaliai ir tik jomis galima vadovautis slaugoje. Skolintų teorijų priešininkai teigė, kad naudojant fiziologijos, psichologijos, sociologijos ar edukologijos teorijas slaugoje, reikėtų jos „užteršimą“ svetimybėmis. Jie ragino paskelbti tas teorijas, kuriose naudojami konceptai yra pasiskolinti iš kitų teorijų, negaliojančiomis slaugoje. Tokio požiūrio priešininkai argumentavo, teigdami, kad žinios nėra kurio nors vieno dalyko nuosavybė, todėl gali būti naudojamos, ir tai nebus „pasiskolinimas“, bet „panaudojimas“.

Vis dėl to, slaugos mokslas, kaip ir kiti taikomieji mokslai, priklauso nuo daugelio sričių teorijų. Pavyzdžiui, pagrindinė sistemų teorija yra naudojama ir slaugoje, ir biologijoje, sociologijoje bei inžinerijoje. Teorijos apie stresą ir adaptaciją tinka slaugytojams, psichologams ir gydytojams. Kitų teorijų ar konceptų adaptavimas slaugai nereiškia, kad jos paverčiamos slaugos teorijomis ar konceptais.

Priežiūra (angl. *caring*) – pagrindinis slaugos konceptas

Diskusijos apie šį konceptą buvo inspiruojamos pastarąjį dešimtmetį motyvuojant tuo, kad pastebėtas skubumas identifikuojant unikalios slaugos vaidmens indėlį į sveikatos priežiūrą. Priežiūros konceptas užima svarbias pozicijas slaugos literatūroje ir yra primygtinai peršamas kaip slaugos esmė, kaip pagrindinis slaugos konceptas tokių įžymių slaugos mokslininkų, kaip Leininger, Watson ir Erikson. Iš tikrųjų teigiama, kad slaugos mokslas – tai priežiūros tyrinėjimas žmogaus sveikatos srityje. Tokio požiūrio oponentai abejoja priežiūros konceptu kaip unikaliu slaugos fenomenu, teigia, kad šis konceptas naudojamas ir kitose srityse, ne vien tik slaugoje – medicinoje, socialiniame darbe, psichologijoje. Dar kita nuomonė yra ta, kad siūloma palaikyti koncepto „priežiūra“ unikalį paskirtį, nes tai svarbu tobulinant slaugytojo profesiją.

Koncepto reikšmė slaugos moksliniams tyrimams

Šiuolaikinės slaugos tendencija – moksliniais tyrimais ir pažangia praktika grindžiama slauga. Slaugytojai giliau tyrinėja, analizuoja konceptus, lygina jų teorinius apibūdinimus ir raišką praktinėje slaugoje. Slaugos mokslininkai yra sukūrę

įvairių konceptų analizės, išaiškinimo ir vystymo strategijų ir metodų, kuriuos naudoja moksliniuose tyrimuose.

Konceptas, kaip jau buvo minėta, yra abstraktus terminas, kildinamas iš tam tikrų požymių, jis yra simbolinis teiginys, apibrėžiantis fenomeną ar jų grupę. Konceptai gali būti abstraktūs (pvz., viltis, meilė, troškimas) arba sąlyginai konkretūs (pvz., kūnas, temperatūra, skausmas). Jie gali būti sudaryti iš vieno žodžio (pvz., sielvertas, savirūpa, stigma, empatija, kančia), arba iš dviejų (pvz., pasitenkinimas darbu, poreikių patenkinimas, komandinis darbas, slaugos menas, terapinis ryšys, gyvenimo kokybė) ar frazės (pvz., sveikata stiprinantis elgesys). Be to, konceptai gali būti skirstomi į keletą tipų: 1) suskaičiuojami; 2) asociaciniai; 3) santykių; 4) statistiniai; 5) sudėtiniai.

3 lentelėje pateiktos konceptų charakteristikos.

3 lentelė. Konceptai pagal Ewen M. & Wills E., 2011.

Konceptų tipai

Konceptai	Charakteristika	Pavyzdžiai
Suskaičiuojami	Visada yra parodomi ir universalūs	Ūgis, amžius, svoris
Asociaciniai	Egzistuoja tik tam tikrose būklėse fenomeno viduje, gali neturėti vertybių	Uždarbis, ligos buvimas/nebuvimas
Santykių	Gali būti suprasti tik per tarpusavio ryšį tarp dviejų ar daugiau konceptų (suskaičiuojamų ir asociacinių)	Senyvas (jungiamas su mažiumi ir ilgaamžiškumu), motina (jungiamas su žmogumi, moterimi ir gimimu)
Statistiniai	Siejami su ypatybėmis tam tikroje populiacijos grupėje	Normalus kraujospūdis, ŽIV/AIDS paplitimo dažnis
Sudėtiniai	Atspindi vientisą fenomeno kompleksą ir nėra išmatuojami	Slauga, sveikata ir aplinka

Konceptų šaltiniai yra įvairūs: slaugos konceptai gali būti iš natūralios aplinkos (pav., kūno svoris, termoreguliacija, depresija, skausmas, dvasingumas), mokslinio tyrimo (pvz., su sveikata susijusi gyvenimo kokybė, sielvertas, lėtinis skausmas ir adaptacija) arba panaudoti iš kitų sričių (pvz., poreikių hierarchija, stresas). Tokie konceptai, kaip empatija, kančia, viltis, perdegimas vartojami įvairiose srityse – slaugos moksliniuose tyrimuose ir praktikoje, slaugos administravime.

Konceptų išaiškinimas, jų gretinimas, atskyrimas ir integracija yra labai svarbus procesas kuriant teorijas ir yra orientyras atliekant mokslinius tyrimus. Galiausiai, tai duoda naudos slaugos praktikai.

4 lentelėje pateikiamas slaugos teoretikų darbų sąrašas chronologine tvarka.

4 lentelė. Slaugos teoretikai ir jų darbai (pagal Chinn ir Kramer, 2008; Hickman, 2002; Hilton, 1997; cit. Ewen M. & Wills E.M., 2011)

Slaugos teoretikų darbų publikacijos chronologine tvarka

Teoretikas	Metai	Pavyzdžiai
Nightingale F.	1859	Slaugos užrašai
Peplau H.	1952	Tarpasmeniniai ryšiai slaugoje
Henderson V.	1955	Slaugos principai ir praktika
Johnson D.	1959	Slaugos filosofija
Abdellah F.	1960	Į pacientą orientuotas požiūris slaugoje
Orlando I. J.	1961	Dinamiškas slaugytojo–paciento ryšys
Hall L. E.	1964	Slauga – kas tai yra?
Wiedenbach E.	1964	Klinikinė slauga: pagalbos menas
Henderson V.	1966	Slaugos esmė: apibrėžimai ir pritaikymas praktikoje
Travelbee J.	1966	Tarpasmeniniai slaugos aspektai
Levine M. E.	1967	Keturi slaugos principai
Rogers M.	1970	Įvadas į slaugos teorinę bazę
Orem D.	1971	Slauga: praktikos konceptai
King, I. M.	1971	Slaugos teorija: pagrindiniai žmogaus elgesio konceptai
Levine M. E.	1973	Klinikinės slaugos įvadas
Neuman B.	1974	Betty Neuman sveikatos priežiūros sistemų modelis: visuminis požiūris į paciento problemas
Johnson D.	1980	Elgesio sistemos modelis slaugoje
Rogers M.	1980	Slauga: visaapimantis mokslas apie žmogų
King I. M.	1981	Slaugos teorija: sistemos, konceptai, procesas
Neuman B.	1982	Neuman sistemų modelis
Rogers M.	1983	Mokslas apie žmogų kaip visumą: slaugos paradigma
Benner P. ir Wrubel J.	1984	Nuo naujoko iki eksperto: meistriškumas ir galia klinikinėje praktikoje
Benner P. ir Wrubel J.	1989	Priežiūros pirmumas: susidorojimas su stresu sergant
King, I. M.	1989	King pagrindinė sistemų teorija
Levine M. E.	1989	Slaugos principai: po dvidešimt metų
Rogers M.	1989	Slauga: mokslas apie žmogaus būties visumą
Henderson V.	1991	Slaugos prigimtis: refleksija po 25 metų
Schoenhofer S.	1993	Slauga kaip priežiūra
Artinian B.	1997	Tarpasisteminis modelis: teorijos ir praktikos integracija

Kartojimo klausimai:

1. Apibrėžkite ir paaiškinkite, kas yra teorija?
2. Išvardinkite ir apibūdinkite slaugos teorijos vystymosi stadijas.
3. Kaip klasifikuojamos slaugos teorijos? Pagal ką?
4. Apibūdinkite konceptą, jo rūšis ir šaltinius bei naudojimo sritis.

Atrinktų slaugos teorijų apžvalga Grindžiamosios, didžiosios teorijos

Pačios pirmosios slaugos teorijos buvo pagrįstos tuo metu vyravusia pasaulėžiūra ir didžiąja dalimi buvo susijusi su medicinos mokslo pasiekimais. Ankstyvasis mokslo vystymosi laikotarpis apėmė 1850–1940. Tuo metu į slaugą buvo žiūrima kaip į „medicinos tarnaitę“, slaugytojų veikla buvo grindžiama medicinos mokslo ligų teorijomis ir pozityvistine filosofija. Netgi iki šiol slaugos moksle daug kas išliko nepakitę, kai daug dėmesio skiriama ligų priežastingumui, išmatuojamų duomenų kūrimumi. Slaugos mokslo pradininkai, stengdamiesi pabrėžti slaugos unikalumą ir nubrėžti atskirties liniją tarp slaugos ir medicinos, kūrė slaugos teorijas.

Ypač aktyvus laikotarpis buvo apie 1950–1970 metai. Dauguma ankstyvųjų darbų buvo paveikti socialinių mokslų poreikių teorijų (pvz., Maslow). Poreikių teorijose pacientas yra biopsichosocialinė būtybė (atskirų dalių suma), kuriai reikia slaugytojo priežiūros. Tokį pacientą galima pavadinti „mechanine būtybe“, kurios problemas galima išspręsti, gavus tinkamos informacijos ir taikant efektyvius slaugos veiksmus.

Grindžiamosios teorijos yra klasifikuojamos įvairiais būdais. Šioje knygoje pateikiamas vienas iš jų:

Pirma grupė – **žmogaus poreikių teorijos** (F. G. Abdellah, V. Henderson, Johnson, F. Nightingale, Neuman; Orem);

Antra grupė – **interakcijos teorijos** (Artinian, Erickson, Tomlin ir Swain, King, Levine, Roper, Logan, ir Tierney, Roy, Watson);

Trečia grupė – **unitarinės teorijos** (Newman, Parse, Rogers).

Pirmieji slaugos teoretikai idėjų savo teorijoms sėmėsi iš įvairių šaltinių. Vienas jų buvo įgytas universitetinis, nors ir ne slaugos, išsilavinimas. Todėl jų darbuose vyrauja paradigmos tų sričių, kuriose jos studijavo. Turėjo reikšmės ir įgyta specialybė, praktinis slaugos patyrimas kurioje nors srityje. Orlando ir Peplau buvo psichiatrijos slaugytojos, todėl jų darbuose tai atsispindi. Vėlesnio laikotarpio slaugos mokslininkai (pvz., Fawcett, Parse, Fitzpatrick, Newman) gavo daktaro kvalifikaciją slaugos srityje. Jų darbuose atsispindi mokslinis mąstymas, žinios ir šiuolaikinis požiūris į

slauga. Taigi, visi slaugos teoretikai rašė tam tikrame istoriniame kontekste. Be to, dauguma jų savo teorijas vėliau tobulino, papildė.

Kiekvieno slaugos teoretiko darbų filosofinis pagrindas taip pat priklauso nuo vyraujančio požiūrio tuo metu, kai jie rašė, nuo asmeninės nuomonės apie tai, kas yra žmogus, mokslas, aplinka, sveikata, slauga.

Toliau apibūdinsime kai kurias **žmogaus poreikių teorijas**.

Dorothea E. Orem savirūpos deficitu slaugos teorija

D. E. Orem yra filosofijos ir teorijos, kuri pagrįsta **savirūpa**, kūrėja. Savirūpą ji laiko pagrindiniu žmogaus poreikiu, savaimine vertybe, ir kiekvienas turi teisę ir pareigą ją atlikti. Savirūpos išmokstama bendraujant ir sąveikaujant su kitais. D. E. Orem slaugos teorija yra viena labiausiai diskutuojamų ir labiausiai naudojamų teorijų. D. E. Orem turėjo didelę slaugytojos patirtį. Be to, ji buvo slaugos mokyklos direktorė ir mokytoja. Labiausiai ją domino savirūpa ir slauga, juo labiau, kad tuo metu niekas iš slaugos mokslininkų nerašė apie savirūpą (Chitty K., 2001, Vesterdal A., 1996).

Kurdama teoriją, D. E. Orem rėmėsi **saikingojo realizmo filosofija**, kurios šaknys yra Aristotelio filosofijoje, kur žmogus yra natūrali būtybė, egzistuojanti realioje aplinkoje ir turinti laisvą valią lygiai taip pat, kaip ir pagrindines žmogaus savybes, poreikį rūpintis savimi, kad išsaugotų gyvybę ir sveikatą. Slauką D. E. Orem laikė praktiniu mokslu ir tam tikra taikomojo mokslo forma. Saikingasis realizmas atskiria praktinius mokslus nuo teorinių mokslų. Jie siejami su praktiniais rezultatais. Anot D. E. Orem, slauga yra visuomenės sveikatos sistemos paslauga, nes patys žmonės nėra savaime pakankamai tobulos būtybės. Į slauką ji žiūrėjo kaip į meną, nes slaugytojas, teikdamas pagalbą pacientui, padaro daugiau, negu tik įprastus veiksmus. D. E. Orem teigė, kad slaugytojas dalyvauja ir pacientui teikiamoje gydytojo priežiūroje.

D. E. Orem aprašė tris teorijas: savirūpos teoriją; savirūpos deficitu teoriją ir slaugos sistemų teoriją. Visos jos yra glaudžiai tarpusavyje susijusios ir pateikiamos kaip pagrindinė slaugos teorija – savirūpos deficitu teorija.

Pagrindiniai konceptai:

- **slauga** – tai sveikatos sistemos paslauga, menas ir technika; slaugos tikslas – savirūpa, kurią Orem apibrėžia taip: tai sąmoninga žmogaus veikla, kurios individas imasi savo iniciatyva ir atlieka pats, siekdamas išsaugoti sveikatą ir gerovę; vaikai ir senyvais, nepajėgiančiais turi pasirūpinti kiti suaugusieji;
- **žmogus** – tai vyras, moteris ar vaikas, tai individas, asmenybė, sistema, kuri funkcionuoja biologiškai, veikia ir simbolizuoja (kalba), suvokia save; žmogus ir aplinka kuria logišką sistemą, kurioje vieno komponento pakitimas gali paveikti individo savirūpos sistemą; slaugytojui ir kitiems su žmogaus priežiūra susijusiems, jis yra „materialus objektas“;

- **aplinka** – turi fizinius, cheminius ir biologinius požymius, į ją įeina ir šeimos bei bendruomenės kultūra;
- **sveikata** – yra žmogaus gebėjimas gyventi visavertį nepriklausomą gyvenimą, bendrauti įprastinėmis fizinėmis, biologinėmis ir aplinkos sąlygomis; tai ne tik individo, bet ir grupių sveikata;

Be šių – pagrindinių, visoms slaugos teorijoms naudojamų konceptų, Orem suformulavo ir papildomus specifinius:

- **savirūpa** – tai žmogaus reguliuojama funkcija, sąmoningai apgalvoti ir tikslingi veiksmai, kreipiami į save patį arba į kitus individus, taip pat į objektus bei aplinkos sąlygas, siekiant išsaugoti gyvybę, sveikatą ir gerą savijautą;
- **privalomi savirūpos poreikiai** – veiksmai, kuriuos atlieka individas arba individams, siekiant kontroliuoti aplinkos faktorius, galinčius turėti įtakos jo funkcionavimui ar vystymuisi: universalūs, vystymosi, savirūpos, kai sutrinka sveikata;
- **universalūs savirūpos poreikiai** – bendri visiems žmonėms;
- **vystymosi savirūpos poreikiai** – būtini augimui ir vystymuisi;
- **savirūpos poreikiai, sutrikus sveikatai** – susiję su sveikatos trūkumu;
- **terapinės savirūpos poreikis** – slaugytojo pagalba pacientui yra terapinė pagalba, kai pacientas negali pats savimi pasirūpinti;
- **savirūpos deficitas** – negalėjimas pilnai savimi pasirūpinti;
- **apgalvoti veiksmai** – motyvuotai atliekami veiksmai;
- **slaugos sistema** – pagrįsti tarpasmeniniai ryšiai tarp slaugytojo ir paciento, kurie užsimezga, kai pacientui reikalinga pagalba.

Žmogaus poreikius D. E. Orem skirsto į:

- 1) **universaluosius** (kvėpavimo, valgymo, šalinimo, poilsio, žmogiškojo tobulėjimo bei vystymosi ir t. t.);
- 2) **vystymosi** (sukurti sąlygas, skatinančias vystymąsi kiekvienoje gyvenimo pakopoje);
- 3) **sveikatos sutrikimų sąlygoti poreikiai** (sukurti sąlygas ir veiksmus, kuriais siekiama normalumo).

Slaugos tikslas – kuo daugiau skatinti individo savirūpą ir padėti tiems, kurie negali savimi pasirūpinti. Vis dėlto, anot D. E. Orem, rūpinimasis nėra slaugos tikslas, tai tik priemonė, kurios, esant reikalui, galima imtis, jei pacientas nepakankamai pajėgia pasirūpinti savimi. Jeigu žmogaus noras rūpintis savimi yra prigimtinis, tai ir dėl kokių nors priežasčių negalintį savimi pasirūpinti tikslas yra nepriklausomybė nuo kitų. Todėl slaugytojo vaidmuo – įvertinti paciento savirūpos galimybes ir nuolat jį skatinti rūpintis savimi, kai tik tokia galimybė atsiranda. Savirūpa ugdo savigarbos jausmą. D. E. Orem teigia, kad pacientas pats turi pasirinkti tikslingus veiksmus, remdamasis įgytomis žiniomis, o ne vien akylai vykdyti slaugytojo nurody-

mus, ji moko daugiau, negu įprasta, susitelkti ties stipriosiomis pacientų savybėmis (ištekliais).

Pacientui galima padėti penkiais būdais:

1. Veikti už pacientą.
2. Vadovauti pacientui.
3. Remti pacientą.
4. Sukurti aplinką, kuria skatinamas asmenybės vystymasis, kurio reikia pacientui savirūpai.

5. Mokyti pacientą savirūpos.

D. E. Orem išskiria tris slaugymo sistemas:

- **pilno kompensavimo slaugymo sistema**, kai pacientas yra visiškai priklausomas nuo kitų, ir slaugytojas padeda jam patenkinti poreikius (pvz., kai pacientas yra nesąmoningas);
- **dalinio kompensavimo slaugymo sistema**, kai slaugytojai atlieka kai kuriuos veiksmus, o kitus sugeba atlikti pats pacientas savarankiškai ar padedant kitiems (pvz., kai pacientas po operacijos negali nueiti į tualetą, jam duodamas basonas į lovą);
- **lavinamoji – paremiamoji slaugymo sistema**, kai pacientas pilnai gali patenkinti savo poreikius, o slaugytojo veikla nukreipiama pacientui mokymui ir lavinimui, kai tai yra reikalinga (Pearson A., Vaughan B., 1994).

Teorijos naudingumas

D. E. Orem sukūrė praktiškai pritaikomą savirūpos teoriją, kuri buvo plačiai naudojama įvairiose slaugytojų rengimo institucijose įtraukiant ją į studijų programas, ja vadovavosi savo darbe įvairiose ligoninėse, bendruomenėje dirbantys slaugytojai įvairiose šalyse (Vokietijoje, Nyderlanduose, Norvegijoje, Švedijoje, Didžiojoje Britanijoje, Naujojoje Zelandijoje). Be to, ją naudojo ir slaugos mokslininkai kaip savo mokslinių tyrimų rėmus ar hipotezių šaltinį, taip pat tyrinėjo atskirus savirūpos teorijos elementus. D. E. Orem garbei įkurta Tarptautinė Orem taryba ir žurnalas.

Lietuvos slaugytojai ir mokslininkai bei edukatoriai taip pat naudoja šią teoriją.

Orem teorijos kritika

Kai kurių D. E. Orem teorijos kritikų nuomone, ji daugiau dėmesio skyrė fizinėi, o ne psichosocialinei slaugai. Be to, abejojama, ar nepriklausomybė ir savirūpa gali būti vienintelis priimtinas gyvenimo būdas, ir tai apsunkina žmogui priimti rūpinimąsi juo (Meleis A. I., 1997).

Doroty Johnson elgsenos sistemos modelis

D. Johnson savo darbą pradėjo rašyti dar 1950 m., tačiau baigė tik 1990 m.. Labiausiai ją domino poreikiai, žmogus kaip elgsenos sistema ir slaugytojo pagalba streso atveju. Slaugą ji laikė unikaliu dalyku, nepriklausomu nuo medicininės priežiūros, todėl ir slaugytojų rengimo programose patarė daugiau dėmesio skirti pačiai

slaugai, o ne sveikatos priežiūros dalykams. Johnson modelis indukcijos (empirinio apibendrinimo) ir dedukcijos būdu (išvestiniu iš keleto teisingų teiginių) buvo išvestas iš kitų teorijų jas pritaikius slaugai ir praktinio patyrimo. Ji neparašė apie savo teoriją knygos, tik atskirus skyrius bei straipsnius, kuriuose paaikškino pagrindines teorijos idėjas. D. Johnson teigė, kad ją įkvėpė F. Nightingale darbai, kuriuose ji pabrėžė, kad svarbesnis yra pacientas, o ne liga, kuria jis serga (Fawcett J., 200063.). Be to, D. Johnson sėmėsi idėjų savo darbui iš Selye streso teorijos, Grinker teorijos apie žmogaus elgesį, Buckley ir Chin sistemų teorijos.

- **Pagrindiniai konceptai:**

- **slauga** – tai išorinė reguliuojanti jėga, kuri veikia siekdama išsaugoti optimaliausią paciento elgseną, atsižvelgiant į fizinę ar socialinę sveikatą, slauga yra ir kontrolės mechanizmas, jos tikslas išlaikyti elgsenos sistemos pusiausvyrą;
- **sveikata** – elgsenos sistemos pusiausvyrą ir stabilumą, kai asmens ir aplinkos ryšys yra darnus, o **liga** – nepusiausvyrą ir nestabili elgsenos sistema, tai sveikatos priešingybė; elgsenos sistema atspindi tam tikrą derinimąsi ir adaptaciją, kuri gali būti įvairaus laipsnio – sėkminga ar nesėkminga;
- **žmogus** – tai elgsenos sistema, kuri stengiasi atgauti, išlaikyti pusiausvyrą ir adaptuotis; ši sistema apima dar septynias posistemas;
- **aplinka** – D. Johnson tiksliai neapibrėžė aplinkos, tačiau ji yra suprantama kaip vidinė (temperatūra, kūno skysčių paskirstymas, kiekis, sudėtis) ir išorinė (išoriniai objektai, situacijos, pažeidimai, prie kurių asmuo turi prisitaikyti).

Be šių konceptų, D. Johnson pateikia eilę specifinių elgsenos sistemos teorijos konceptų:

- **elgsenos sistema** – žmogus yra sistema, kuri nurodo sistemos būseną per elgesį;
- **ribos** – taškas, kuris skiria vidinę sistemą nuo išorinės;
- **funkcijos** – veiksmų pasekmės arba tikslai;
- **reikalavimai** – tai, ko reikia, kad sistema išgyventų ir plėtotųsi;
- **homeostazė** – stabilumo išlaikymo procesas;
- **nestabilumas** – būklė, kai sistema eikvoja energiją pusiausvyrai išlaikyti;
- **stabilumas** – elgsenos būklė, išlaikant tam tikro lygio pusiausvyrą;
- **stresorius** – vidinio ar išorinio pasaulio stimulus, iššaukiantis stresą ar nestabilumą;
- **struktūra** – sistemos dalys, sudarančios visumą (tikslas; ryžtingumas; pasirikimas ir veiksmas arba elgesys).

Elgsenos sistemos modelis atspindi holistinį požiūrį į žmogų ir jo elgsenos sistemą kaip visumą. Organizmas išlaiko stabilumą ir pusiausvyrą dėka savireguliacijos ir adaptuodamasis prie neigiamų veiksnių poveikio. Individas, kaip elgsenos sistema, yra sudarytas iš septynių posistemių, tarp kurių yra tarpusavio ryšys: socialinių ry-

šių; priklausomybės (elgesys gauti priežiūrą, paramą); virškinimo (maisto ir skysčių gavimas); šalinimo (atliekų pašalinimas); seksualinė (tarnauja biologiniam poreikiui daugintis); energijos (savivoka ir socialinis saugumas); pasiekimų (tobulėjimo, savi-kontrolės ar aplinkos kontrolės) posistemės (Meleis A I., 1997).

Slaugos problemos atsiranda tada, kai sutrinka posisteminių veikla ir ryšiai, o slaugos tikslas – tuos ryšius atstatyti, palaikyti, siekti optimalios pusiausvyros. D. Johnson teigia, kad žmogus turi tris pagrindinius funkcinis poreikius: būti apsaugotam nuo žalingų veiksnių, su kuriais jis pats nepajėgia susidoroti; turi būti auginamas gaudamas iš aplinkos; turi būti skatinamas augti, tobulėti, išvengiant stagnacijų. Žmogų D. Johnson laiko aktyviu, siekiančiu tobulėti. Kiekviena posistemė siekia tam tikrų tikslų, ir kiekvienas asmuo elgiasi atitinkamai. Žmogus, būdamas aktyvus, stengiasi, kad kiekviena posistemė funkcionuotų kuo geriau, todėl pats nu-stato ar apriboja ryšius su aplinka.

D. Johnson elgsenos sistemos modelis entuziastingai paplito slaugytojų, slaugos mokslininkų ir edukatorių tarpe. Jos darbas įkvėpė kitų dviejų slaugos teoretikų, tokių kaip Neuman ir Calista Roy, kurios buvo D. Johnson studentės, veiklą.

Betty Neuman sistemų modelis

B. Neuman nuo 1960 m. tapo pirmąja slaugytoja, kuri tyrinėjo psichikos sveikatą bendruomenėje. Ji buvo įgijusi psichikos sveikatos slaugytojo magistro kvalifikaciją ir psichologijos daktaro laipsnį, turėjo klinikinės slaugos ir dėstytojos patirties. Savo teorinį modelį ji sukūrė skaitydama paskaitas apie psichinę sveikatą bendruomenėje. Iki tol ji daug rašė šia tema, jos idėjos buvo taikomos slaugos praktikoje. B. Neuman savo darbe panaudojo ir kitų sričių teorijas bei konceptus (Chardin ir Cornu sistemų visumą; von Bertalanfy ir Lazlo pagrindinę sistemų teoriją; Selye streso teoriją ir Lazarus teoriją apie stresą ir jo įveikimą). 1972 m. B. Neuman darbas buvo paskelbtas kaip „Mokymo modelis – bendras požiūris į paciento problemas“. Netrukus šis modelis buvo įtrauktas į įvairių šakių slaugytojų rengimo programas. B. Neuman savo teoriją tobulino eilę metų ją vis papildydama naujomis mintimis. **B. Neuman modelis – sisteminis požiūris į tokius žmogaus poreikius, kaip saugumas ir apsauga nuo streso.** Ji tikėjo, kad slaugytojas gali identifikuoti streso priežastis ir jas paveikti, siekdamas atkurti žmogaus pusiausvyros būklę. Šis modelis yra universalus, tinkamas įvairių kultūrų individams ir ne tik slaugoje, bet ir kitose srityse.

Pagrindiniai konceptai ir jų apibūdinimas

Žmogus – sudėtinga sistema–visuma, kurią sudaro šios dalys: fiziologinė; psichologinė; sociokultūrinė, vystymosi ir dvasinė, kurių kiekviena yra kitos dalis. Žmogus–klientas – visuma, siekianti sistemos stabilumo.

Aplinka – tai vidinės ir išorinės jėgos veikiančios klientą ir jo veikiamos.

Sveikata – apibūdinama kaip tęstinumas; gerovė ir liga yra priešingos baigtys; sveikatą atspindi sistemos stabilumas; stresorių poveikis ardo sistemą.

Slauga – tai veiksmai, kuriais siekiama palaikyti sistemos stabilumą; tai atidus aplinkos ir kitų stresorių poveikio įvertinimas, pagalba klientui išlaikyti optimalią gerovę.

Specifiniai modelio konceptai:

Turinys – asmens ryšio su vidine ir išorine aplinka įvairovė, sudaranti kliento sistemos visumą;

Reakcijos laipsnis – sistemos nestabilumo apimtis dėl stresorių invazijos;

Tikslas – kliento gerovės stabilumo tikslas;

Normali apsaugos linija – adaptacijos lygis;

Atvira sistema – sistema, kurioje visi elementai sąveikauja;

Profilaktika kaip intervencija – slaugos intervencijų būdai, lemiami slaugytojo ir paciento veiksmai sveikatos priežiūros sistemoje;

Stabilumas – pusiausvyros ir harmonijos būklė, kai klientas adekvačiai įveikia stresorius, siekdamas išlaikyti sveikatą ir sistemos vientisumą;

Stresoriai – aplinkos (vidiniai, išoriniai, tarpasmeniniai) veiksniai, kurie potencialiai gali pažeisti sistemos stabilumą;

Gerovė/liga – gerovė yra tokia būklė, kai visos sistemos dalys yra daroje su kliento sistema. Liga sukelia disharmoniją tarp kliento sistemos dalių.

B. Neuman sistemų modelis akcentuoja individo, kurį veikia skirtingos aplinkybės, vaidmenį. Žmonės vertinami kaip atviros, nuolatinėje sąveikoje su aplinka esančios sistemos (Pearson A., Vaughan B., 1994). Bet kuris individas turi bendrų su kitais individais bruožų ir branduolį – energijos šaltinį. Šis branduolys susideda iš fiziologinių, anatomiinių ir genetinių faktorių. Kiekvieno individo unikalumas glūdi branduolyje. Jis yra apsuptas pasipriešinimo jėgų, kurios saugo jį nuo permainų. Tokia pasipriešinimo jėga gali būti imuninė sistema, priklausanti nuo išsivystymo lygio, gyvenimo būdo bei patirties. Jos paskirtis – padėti žmogui išlaikyti harmoniją tarp vidinių ir išorinių faktorių.

Imuninė sistema formuoja normalią apsaugos sistemą, kuri, palyginti, yra stabili. Šią sistemą iš dalies formuoja ir praeityje patirtos reakcijos. Apsaugos sistemą gali paveikti tokie faktoriai, kaip poilsio ir miego trukmė, mityba, santykiai su kitais žmonėmis. Įvairūs nepalankūs veiksniai provokuoja atsakomąją reakciją. Apsauginės sistemos saugo branduolį, kurio pažeidimas gali būti pavojingas gyvybei. Stresorius B. Neuman skirsto į tris kategorijas:

1. **Asmeniniai** – jie slypi žmogaus viduje. Tai ligas provokuojantys stresoriai, stresoriai, susiję su liga, infekcija ar trauma, įvairios organizmo reakcijos, kaip liūdesys, vystymosi pokyčiai.

2. **Tarpasmeniniai** – tai faktoriai, susiję su žmonių tarpusavio santykiais, pvz., vaidmenų šeimoje pasikeitimas, konfliktai šeimoje, priklausomybė nuo kitų.

3. **Neasmeniniai** – tai įvairūs išoriniai faktoriai, kaip skurdas, nelaimė, kultūriniai pokyčiai.

Dalis stresorių yra universalūs, nes jie visada daro žmonėms poveikį. Pavyzdžiui, artimojo netektis gali paveikti žmogų, nepaisant jo apsauginės sistemos, tuo tarpu kiti stresoriai yra labiau individualūs. Kiekvieno žmogaus reakcija į stresorius priklauso nuo to, ar apsauginė sistema yra vientisa ir efektyvi.

Pagrindinis slaugymo tikslas – išlaikyti sistemos stabilumą. Slaugymo tikslai yra trejopi:

- **Pirminė profilaktika** – sumažinti susidūrimo su stresoriumi riziką arba sustiprinti apsauginę sistemą (imunizacija, relaksacijos mokymas, skatinimas prižiūrėti savo sveikatą);
- **Antrinė profilaktika** – ji taikoma, kai stresorius jau pažeidė apsauginę sistemą ir iššaukė reakciją, todėl pagalbos veiksmais stengiamasi sugrąžinti normalią sveikatos būklę. Čia B. Neuman pabrėžė, kad, kas yra sveika vienam, nebūtinai sveika kitam. Antrinės profilaktikos tikslas – adaptacijos ir stabilumo atstatymas.
- **Tretinė profilaktika** – jos tikslas yra padėti individui stabilizuoti sveikatą ir išvengti pasikartojimo. Ji prasideda po „gydymo“ ir nukreipta į mokomąją – lavinamąją veiklą (Craven R. F., Hirnle C., 2006).

Slaugytojas, įvertinęs stresorius ir jų poveikį individui, planuoja slaugą, atsižvelgdamas į tai, kokius tikslus nori pasiekti: pirminio, antrinio, ar tretinio lygmens.

Apibendrinant žmogaus poreikių teorijas ir konceptualiuosius modelius, teigtina, kad jos buvo vienos iš pirmųjų slaugos teorijų. Šios teorijos rėmėsi holistiniu filosofiniu – visuminiu požiūriu į žmogų ir jo sveikatą. Žmogus – biopsichosocialinė būtybė, kuri gali turėti įvairių poreikių, kuriuos patenkinti gali padėti slaugytojas.

Užduotis: perskaitykite paciento situaciją ir aptarkite grupelėse, kokie yra stresoriai ir problemos? Kokius slaugos tikslus keltumėte?

Situacija: 60 metų pacientė, labai energinga ir optimistiškai nusiteikusi į ligoninę paguldyta planine tvarka dėl tulžies pūslės operacijos. Slaugytojas surinko įprastus biografinius pacientės duomenis: gyvena viena, vaikai gyvena kitame mieste ir atvažiuoja retai. Pacientė tikisi po kelių dienų grįžti namo, nuvažiuoti į sodą už miestyje, kur laukia daug darbų.

Užduotis:

1. Palyginkite Orem, Johnson ir Neuman teorijų konceptus – kuo jie yra panašūs ir kuo skirtingi?
2. Parinkite vieną iš trijų teorijų, labiausiai tinkamų aprašytos pacientės situacijai, pagrįskite pasirinkimą.

Situacija: 20 metų pacientas greitosios pagalbos mašina atvežtas į miesto ligoninę ir paguldytas į traumatologinį skyrių dėl autoavarijoje patirtų kūno sužalojimų:

antro–trečio laipsnio viršutinės kūno dalies nudegimo, dešinės kojos blauzdikaulio atviro lūžimo, stipriai nukraujavęs, silpnas. Atlikus operaciją, pacientas paguldytas pooperacinėje palatoje. Jis kenčia skausmą nudegimo vietose, negali pavalgyti ir pasinaudoti tualetu. Vakare jį aplankė tėvai, kurie labai išgyvena dėl sūnaus patirto auto įvykio ir nežino, kuo galėtų savo sūnui padėti.

Interakcijos teorijos

Myra Estrin Levine Konservacijos (išlaikymo) modelis

M. E. Levine konservacijos modelio idėjas pradėjo skelbti apie 1966 m. įvairiuose straipsniuose, o 1969 m. jos modelis buvo aprašytas knygoje „Įvadas į slaugą“ ir 1971 m. išleistoje knygoje „Holistinė slauga“. Jos patirtis buvo įvairiapusiška: klinikinėje slaugoje, edukologijoje, ji per ilgus savo karjeros metus išleido rekordinį skaičių publikacijų. Pagrindinė jos modelio idėja yra asmens vientisumo išlaikymas (Fawcett J., 2000). M. E. Levine teigė, kad jos modelis yra konceptualusis, nes apibendrina slaugą.

M. E. Levine, nesumenkindama techninės slaugos, siekė slaugytojo veiksmus pagrįsti moksliskai, nuolat keldama klausimą „kodėl?“. Savo darbe ji panaudojo kitų teoretikų idėjas: F. Nightingale teiginį, kad slaugytojas kuria gydomąją aplinką pacientui; Tillich darbus apie gyvenimo principų vienvę; Bernard – apie vidinę aplinką; Cannon darbus apie homeostazę, taip pat ir kitų autorių idėjas.

M. E. Levine vertybių sistema, kuria pagrįstas konservacijos modelis yra:

1. Gyvenimo šventumas, kančios pašalinimas ar sumažinimas.
2. Visuminis požiūris į žmogų.
3. Sveikatos priežiūros sistema turi tarnauti kančios sumažinimui ar jos pašalinimui, tai yra slaugytojo moralinė pareiga.
4. Pacientas turi teisę pats priimti sprendimus, slaugytojas turi skatinti jį būti aktyviu gerinant savo sveikatą.
5. Slaugant pacientą, negalima pažeisti jo vientisumo, pacientas tampa priklausomu tik tam tikrą laiką, kol jam reikalingos slaugytojo paslaugos.
6. Asmenys, kurie patenka į sveikatos priežiūros darbuotojų globą, atiduoda savo gyvenimą į jų rankas, todėl slaugytojų pareiga yra pateisinti jų pasitikėjimą.
7. Gydytojai, slaugytojai privalo panaudoti turimas žinias ir įgūdžius, kad kuo geriau sumažintų paciento kančias, tačiau jie negali skubinti kito žmogaus mirties.

M. E. Levine modelis sudarytas remiantis šiais principais: **energijos išlaikymas; sandaros vientisumo išlaikymas; asmens vientisumo išlaikymas ir socialinio vientisumo išlaikymas.** Kaip teigia M. E. Levine, slaugos intervencijos yra pagrįstos paciento energijos išsaugojimu kiekvienoje srityje. Slaugytojas – dalis aplinkos, jis su klientu dalijasi savo žiniomis, įgūdžiais, gailėsčiu, padėdamas jam pasipriešinti aplinkos pokyčiams ir sprendžiant problemas. Tas paciento problemų

sprendimas yra individualus ir unikalus, vadinasi slauga yra orientuota į pacientą/klientą, kuris yra unikalus individas (Chitty K. K., 2001, Meleis A., 1997).

Slaugytojo – paciento tarpusavio ryšys yra slaugos pagrindas. Pagrindiniai slaugos uždaviniai pagal M. E. Levine yra šie:

- 1) paciento energijos išlaikymas priimant apgalvotus sprendimus, kad būtų pusiausvyra tarp jo aktyvumo ir būtinos energijos.
- 2) struktūrinio vientisumo išlaikymas.
- 3) asmens vientisumo išlaikymas leidžiant jam pačiam priimti sprendimus ar dalyvauti juos priimant.
- 4) socialinio vientisumo išsaugojimas pagrįstas slaugos intervencijomis, saugančiomis paciento sąveiką su šeima ir socialine sistema, kurioje jis yra.
- 5) Visos slaugos intervencijos turi būti pagrįstos nuolatiniu rūpestingu paciento stebėjimu. Slaugytojo intervencijų efektyvumo matas yra paciento vientisumas.

Pagrindiniai modelio konceptai:

Aplinka – išorinė ir vidinė;

Asmuo – unikalus, maštantis, jaučiantis, trokštantis individas – vieninga visuma;

Sveikata – adaptyvių visumos pasikeitimų modelis;

Slauga – žmogiškasis tarpusavio ryšys, grindžiamas bendravimu, sergančiojo priklausomybe nuo kitų;

Adaptacija – pokyčių procesas, kuriame individas išlaiko vientisumą (gali būti įvairūs adaptacijos laipsniai);

Konceptuali aplinka – dalis paciento aplinkos, kurią sudaro mintys, simboliai, įsitikinimai, papročiai ir sprendimai;

Konservacija – apima viską (ir paciento adaptaciją, ir slaugytojo veiksmus), siekiant išlaikyti vidinę pusiausvyrą;

Energijos konservacija – slaugos intervencijos, siekiant išlaikyti paciento energiją;

Homeostazė – normali stabili būklė, visų fiziologinių parametrų išlaikymas reaguojant į aplinkos pasikeitimus;

Bendravimo būdai – įvairūs keliai, kuriais perduodama informacija, poreikiai, jausmai tarp paciento, šeimos, slaugytojų ir kitų sveikatos priežiūros darbuotojų;

Asmens vientisumas – asmens savivoka, slaugos intervencijomis siekiama išlaikyti paciento vientisumą;

Socialinis vientisumas – gyvenimo prasmė, įgyjama per ryšius su kitais (sąveikaujant), slaugytojai tarpininkauja palaikant ryšius;

Struktūrinis vientisumas – gydymas yra struktūrinio vientisumo atkūrimas per slaugos intervencijas, kurios stiprina sveikatą ir išlaiko struktūrinį vientisumą;

Terapinės intervencijos – tai tokios intervencijos, kurios palankiai paveikia turimas paciento adaptacijos galimybes.

M. E. Levine konceptualusis modelis yra naudingas tiek slaugos edukologijoje, tiek praktinėje slaugoje, nes pagrindinės idėjos – bendravimas, bendradarbiavimas, tarpusavio ryšio užmezgimas ir palaikymas – gali būti pritaikomos įvairiose srityse. M. E. Levine konservacijos principai, holistinis požiūris į pacientą taip pat yra naudingi slaugant ne tik suaugusius pacientus, bet ir vaikus. Šį modelį plačiai naudojo ir slaugos mokslininkai, atlikdami mokslinius (daugiausia kokybinius) tyrimus, siekdami suprasti pacientus, kaip jie suvokia savo vientisumą (Ewen M., Wills E., 2011).

Nežiūrint į teigiamas modelio puses, slaugytojai ir mokslininkai pastebi, kad M. E. Levine modelis turi kai kurių trūkumų: yra konceptų, kurie nepilnai apibrėžti, neparodyti jų tarpusavio ryšiai, keturi pagrindiniai modelio principai per daug glausčiai apibūdinti (Fawcett J., 2000). Naudojant modelį klinikinėje slaugoje ar moksle, jį būtina adaptuoti.

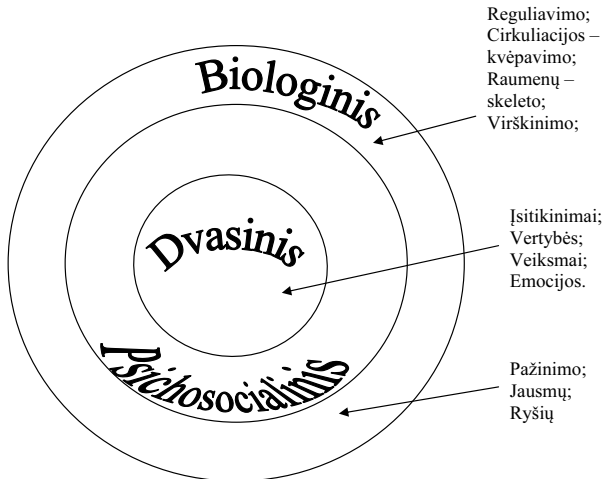
Barbara M. Artinian Tarpsteminio ryšio modelis

B. M. Artinian šį modelį pradėjo rašyti nuo 1980 m., tačiau darbas buvo publikuotas tik 1997 m. Vėliau Artinian savo modelį nuolat tobulino – iki pat 2011 m., kai ji paskelbė paskutinį modelio variantą. Tarpsteminio ryšio modelyje atskleidžiamas procesas, kuris atsiranda tarp slaugytojo ir paciento sprendžiant jiems rūpimus klausimus (Artinian B. M., West K. S., Conger M. M., 2011). B. M. Artinian savo darbe adaptavo Antonovskio socialinio ryšio prasmės konceptą, jį pavadindama situaciniu ryšio prasmės konceptu, kuris labiau tiko slaugoje. Antonovskis šį ryšį laikė stabilium, o B. M. Artinian – priešingai, teigė, kad tai procesas, kuris vyksta, kai pacientui arba klientui reikalinga pagalba. B. M. Artinian modelis yra modernus, logiškas, išplaukęs iš ilgalaikės jos praktikos stebint, kaip tinkami slaugytojo veiksmai padeda pacientui/klientui judėti nuo sveikatos sutrikimo prie jos pagerėjimo. Be to, šiame modelyje B. M. Artinian, siekdama paaiškinti paciento ir slaugytojo ryšį, panaudojo Kuhn tarpsteminės analizės ir ryšio teoriją, taip pat ir kitų autorių idėjas.

Kaip ir kitose slaugos teorijose ir konceptualiuosiuose modeliuose, taip ir B. M. Artinian Tarpsteminio ryšio modelyje apibūdinami pagrindiniai **slaugos paradigmos konceptai**:

- **Asmuo** – sistema, sudaryta iš subsistemų (biologinės, psichosocialinės, dvasinės), kurios sudaro nedalomą visumą, ir jose visą gyvenimą vyksta pasikeitimai. B. M. Artinian teigia, kad asmuo yra individas, kuris gali būti vadinamas „klientu“ arba „pacientu“, priklausomai nuo to, ar jam reikia profesionalios slaugytojo konsultacijos, ar paslaugos – tuo atveju jis bus „klientas“, arba jis kenčia dėl sveikatos sutrikimo ir jam reikalinga profesionali slauga – tuo atveju jis vadinamas „pacientu“.

- **Aplinka** – aplinka turi dvi dimensijas, vystymosi/raidos ir situacinę. Vystymosi aplinka apima įvairius įvykius, faktorius, kurie gali būti svarbūs biologinei, psichosocialinei ir dvasinei subsystemoms, jų vystymuisi. Per ryšį su klientu slaugytojas analizuoja vidinės ir išorinės aplinkos poveikį subsystemoms. Situacinėje aplinkoje slaugytojas ir klientas organizuoja ir įgyvendina priežiūrą. Situacinė aplinka apima įvairias susitikimo detales, kaip vieta, laikas, aplinkybės, motyvacija, gebėjimas suvokti, kai slaugytojas veikia kliento naudai.
- **Sveikata** – ir liga apibrėžiama kaip daugiadimensinis sveikatos/ligos tęstinumas. B. M. Artinian teigia, kad sunku būtų rasti visiškai sveiką žmogų, (ir mąstymu, ir kūnu, ir dvasia). Kartu su tuo, ji pripažįsta, kad žmonės turi tam tikrus būdus pamatuoti sveikatai, gali įveikti stresą ir jaustis gerai. Tai priklauso nuo situacinio ryšio stiprumo. Kuo jis stipresnis, tuo sveikata geresnė, todėl slaugytojo ir paciento tikslai turi būti pasiekti. Slaugytojas, būdamas profesionalas, turi žinių, vertybes, įgūdžius, kurie padeda pacientui išsikelti siektinus tikslus. Tuo tikslu slaugytojas įvertina paciento žinias, turimus resursus, motyvaciją.
- **Slauga** – tai veiksmai ir intervencijos, kurių reikia, kai pacientas patenka į ligoninės aplinką. Slaugytojo ir paciento tikslas yra vienas – sustiprinti tarpsteminį situacinį ryšį. Slaugytojas įvertina paciento/kliento žinias (gebėjimas suprasti problemą), turimus problemas sprendimui resursus (valdymas) ir paciento/kliento motyvaciją (prasmingumas).



3 pav. Asmens apibūdinimas. Adaptuota pagal Artinian B. M., 2011.

Pagrindinės modelio prielaidos:

- 1) Žmogus egzistuoja nuolat vystydamasis, keisdamasis.
- 2) Žmogaus gyvenimas yra tarpusavyje susijusių sistemų visuma, tai praeities ir potencialios ateities vaizdas.
- 3) individai sąveikauja su aplinka biologiniame lygmenyje (gauna iš aplinkos ir atiduoda jai).
- 4) asmens dabartis – tai praeitis ir potenciali ateitis.
- 5) žmogaus dvasia yra jame, ji peržengia laiko ribas ir veikia visus gyvenimo aspektus.
- 6) slaugytojas rūpinasi visu žmogumi, jo sistemų tarpusavio ryšiais laike ir aplinkoje.
- 7) slaugos procesas vyksta tik dabartyje.

Ryšiai

B. M. Artinian identifikuoja du Tarpsisteminio modelio lygius: *intrasystem* (angl.) ir *intersystem* (angl.). Šie du lygiai pateikti tik anglų kalba, nes, kaip teigia B. M. Artinian, nėra tokios kalbos, į kurią juos būtų galima išversti. *Intrasystem* taikoma abiemis – klientui ir slaugytojui kaip individams. *Intersystem* – priešingai, susijusi su ryšiu tarp slaugytojo ir kliento.

Tarpsisteminiam modelyje šie pagrindiniai *intrasystem* komponentai sudaro detektorius, selektorius ir efektorius. Detektorius apdoroja informaciją, selektorius lygina situaciją su individo požiūriu ir vertybėmis, efektorius identifikuoja elgseną, susijusią su situacija. Pirmoji pakopa – išsiaiškinti kiekvieno asmens žinias apie problemą, apie vidinę aplinką – fizinius simptomus, būklę, socialinę situaciją, gydymą, turimus resursus. Tai detektorius. Selektorius leidžia slaugytojui ir klientui išanalizuoti savo požiūrį, vertybes prieš pasirenkant tam tikrus veiksmus kuriant priežiūros planą.

Kai pacientui reikalinga pagalba, tarp slaugytojo ir paciento atsirandą ryšys, veikia *intersystem*. Bendravimo tarp slaugytojo ir paciento procese, kuriamas slaugos planas. Jeigu slaugos intervencijos yra neefektyvios, vertinimas prasideda iš naujo.

B. M. Artinian Tarpsisteminis modelis yra sąlyginai naujas ir gana sudėtingas. Jis dar nėra plačiai naudojamas ir patikrintas praktikoje bei slaugos moksle, tačiau JAV, Norvegijos, Ispanijos ir kitų šalių slaugytojai ir mokslininkai taiko šį modelį psichiatrinėje, intensyviojoje ir bendruomenės slaugoje (Ewen M., Wills E., 2011). Nauja šiame modelyje yra tai, kad didelis dėmesys skiriamas slaugytojo ir paciento/kliento dvasingumui, tikslams, vertybėms.

Helen C. Erickson, Evelyn M. Tomlin ir Mary Ann P. Swain Modeliavimo ir vaidmenų modeliavimo teorija

H. C. Erickson, E. M. Tomlin ir M. A. P. Swain teorija yra laikoma kartu ir paradigma, kuri apaiškina slaugytojų ir pacientų inerakciją (sąveiką). Jos rėmė-

si įvairiais autoriais: Maslow, Milton Erickson, Piaget, Bowlby, Winnicott, Engel, Lindemann, Selye, Lazarus ir Seligman. Filosofai H. C. Erickson, E. M. Tomlin ir M. A. P. Swain teigė, kad slauga yra procesas, kuris vyksta tarp slaugytojo ir kliento. Šiam procesui vykti yra būtinas tarpasmeninis interaktyvus ryšys tarp slaugytojo ir kliento. Tuo remiantis šis modelis laikomas žmogaus interakcijos teorija.

Pagrindiniai konceptų apibūdinimas:

- **Žmogus** – holistinis individas: sąsajos tarp proto–kūno–dvasios;
- **Holizmas** – žmoguje veikia tarpusavyje susijusios sistemos, kaip genetinė sandara, dvasios jėga, kūnas, mąstymas, emocijos, kurios kartu sudaro visumą ir veikia kaip visuma viena kitą kontroliuojamos;
- **Sveikata** – tai fizinė, psichinė ir socialinė gerovė, o ne vien tik ligos ar negalios nebuvimas;
- **Augimas ir vystymasis** – tai nuolatinis procesas; kai poreikiai yra patenkinti, stiprinama sveikata;
- **Adaptacija** – organizmo atsakas į išorinius ir vidinius stresorius sveikatos kontekste; kai žmogus nepajėgia įveikti stresorių – bloga adaptacija;
- **Savirūpa** – kliento žinios, resursai, veiksmai ir motyvacija, padedantys optimaliai išlaikyti, sustiprinti holistinę sveikatą;
- **Slauga** – holistinė pagalba asmenims, kad jie galėtų pasirūpinti savimi;
- **Modeliavimas** – procesas, kurio metu slaugytojas stengiasi suprasti unikalų kliento pasaulį;
- **Vaidmenų modeliavimas** – procesas, kurio metu slaugytojas supranta unikalų kliento modelį, vadovaudamasis mokslo teorijomis ir parenka tinkamą slaugos intervencijų modelį. Kiekvienas žmogus nori bendrauti su kitais, atlikti savo pasirinktą vaidmenį visuomenėje.

Modelio autorių nuomone, slaugytojas, panaudodamas kliento pasaulio modelį, planuoja tokias slaugos intervencijas, kuriomis padėtų jam patenkinti augimo, vystymosi ir holistinės sveikatos poreikius. Erickson, Tomlin ir Swain Modeliavimo ir vaidmenų modeliavimo teorijoje apibrėžiama ne tik slauga, bet ir adaptacija. Autoriai teigia, kad adaptacija yra įgimtas žmogaus judėjimas link holistinės sveikatos, augimo ir vystymosi. Savigyda, pasveikimas, atsinaujinimas ir adaptacija yra instinktyvūs, nepaisant senėjimo proceso ar apsigimimų.

Slaugos tikslai apibūdinami įvairiai:

- 1) puoselėti asmens savirūpą;
- 2) padėti asmeniui holistiškai panaudoti jų adaptacijos galimybes siekiant ir išlaikant optimalų biopsichosocialinį – dvasinį funkcionavimą;
- 3) padėti asmeniui savirūpos dėka pasiekti kuo geresnės sveikatos.

Slaugytojas, taikydamas adaptacijos vertinimo modelį, nustato paciento galimybes įveikti stresorius, padeda jam panaudoti turimus resursus. Sėkmė priklausys

nuo slaugytojo gebėjimo pažinti pacientą. Autoriai pabrėžia, kad slaugytojas turi: įgyti paciento pasitikėjimą; skatinti pozityvų paciento nusistatymą; jį kontroliuoti; pripažinti ir skatinti paciento pastangas stiprinant savo sveikatą; nustatyti bendrus su slaugytoju poreikių (biofizinių, saugumo, meilės ir ryšių, pagarbos ir savigarbos) tenkinimo tikslus. Slaugytojo veikla grindžiama gailėstingumu, meile, nuoširdumu, pagarba žmogui.

Erickson, Tomlin ir Swain modelis taikomas daugiausiai JAV slaugos edukologijoje, praktikoje ir moksle. Įkurta modelio reklamos Taryba, kuri kasmet skelbia savo komentarus, aiškina, kaip šis modelis gali būti panaudojamas (žr.: <http://www.mrmnursingtheory.org>; http://www.utmedicalcenter.org/healthprofessionals/nursing/modeling_and_role_modeling).

Imogene M. King Tikslų pasiekimo ir sąveikos teorija

Amerikietė slaugos mokslų daktarė I. M. King nuo 1945 iki 2008 metų dirbo slaugytoja, vėliau slaugos edukologe, administratore ir mokslininke, už nuopelnus buvo daug kartų apdovanota. Jos teorija paremta daugiausiai von Bertalanffy Sistemų modeliu. I. M. King teigė, kad mokslas apie vientisumą, atskleistas šiame modelyje, suteikė jai vilties, kad slauga, bus nagrinėjama kaip sudėtinga visuma. Savo teorijoje ji pateikė daug konceptų, teiginių apie individą, slaugytojo – kliento sąveiką, slaugą ir paaiškino ryšius tarp jų.

Individas, anot I. M. King, yra:

- 1) sociali (bendraujanti), juntanti, protinga ir reaguojanti būtybė;
- 2) kontroliuojanti save, turinti tikslą, veikli būtybė.

Slaugytojo – kliento sąveiką (interakciją) ji apibūdino šešiais teiginiais:

- 1) slaugytojo ir kliento suvokimas veikia interakcijos procesą;
- 2) slaugytojo ir kliento tikslai, poreikiai ir vertybės veikia interakcijos procesą;
- 3) individai turi teisę žinoti apie save;
- 4) individai turi teisę dalyvauti priimant sprendimus, kurie susiję su jų gyvybe, sveikata, pagalbos paslaugomis;

5) individai turi teisę priimti arba atmesti priežiūrą;

6) sveikatos priežiūros ir jos gavėjų tikslai gali nebūti tokie patys.

Rašydama apie slaugą, I. M. King pabrėžė, kad slauga yra:

1) žmonių priežiūra;

2) individų, kurie patenka į sveikatos priežiūros įstaigą, stebėjimas, vertinimas, veikimas atsižvelgiant į jų elgesį;

3) slaugos situacija yra tiesioginė aplinka, kurioje yra kuriamas dviejų individų (slaugytojo ir kliento) ryšys, siekiant įveikti problemas;

4) slaugos tikslas yra padėti individams ir grupėms įgyti, išlaikyti ir grąžinti sveikatą. Jeigu tai neįmanoma, slaugytojas turi padėti individui oriai numirti.

King Tikslų pasiekimo ir sąveikos teorijoje apibrėžė esminius slaugos metapadidgimos konceptus:

- **Individas** – socialinė būtybė, kuri yra protinga ir juntanti. Kalbos pagalba žmonės išreiškia savo mintis, veiksmus, įpročius ir įsitikinimus. Jie parodo įprastas charakteristikas, kaip gebėjimą suprasti, mąstyti, jausti, pasirinkti veiksmus iš kelių alternatyvų, siekti tikslų ir priimti sprendimus;
- **Sveikata** – tai dinamiškas procesas, kai žmogus reaguoja į vidinės ir išorinės aplinkos stresorius optimaliai panaudodamas turimus resursus kad įgytų maksimalias galimybes kasdieniame gyvenime;
- **Aplinka** – tai žmonių sąveikos pagrindas, ji gali būti vidinė ir išorinė;
- **Slauga** – tai veiksmų, reakcijos ir interakcijos procesas, kurio metu slaugytojas ir klientas išreiškia situacijos suvokimą; slaugytojas ir klientas numato specifinius problemų sprendimo tikslus ir veiksmus jiems pasiekti;
- **Suvokimas** – žmogaus sąveikos su aplinka procesas, kurį apima informacijos rinkimas, interpretavimas ir atspindėjimas, remiantis pojūčiais ir atmintimi;
- **Bendravimas** – procesas, kurio metu informacija tiesiogiai ar netiesiogiai perduodama iš vieno asmens kitam;
- **Interakcija** – tikslingas suvokimo ir bendravimo tarp asmens ir aplinkos, tarp asmens ir asmens procesas, kuris išreiškiamas žodiniu ar nežodiniu elgesiu;
- **Transakcija** – tai interakcijos procesas, kurio metu žmonės bendrauja su aplinka, siekdami tam tikrų tikslų; transakcija yra į tikslus orientuotas žmogaus elgesys;
- **Stresas** – dinamiška būklė, kai žmonės sąveikauja su aplinka, siekdami išlaikyti augimo, vystymosi ir funkcionavimo pusiausvyrą valdant stresorius.

Tarpasmeniniai ryšiai

Tarpasmeniniai ryšiai yra sąveika tarp dviejų ir daugiau žmonių. Tai reiškia skirtingų vilčių, tikslų, poreikių bei vertybių susidūrimą, kartu ir susitarimą laikytis veiksmų plano siekiant gauti norimą rezultatą (Creasia J. I., Parker B., 1996). Sąveika visada reikalauja veiksmo, nes jis suprantamas kaip kontrolės apraiška ir atsakomybė už įvykius. I. M. King Tikslų pasiekimo teorija apima visą eilę tarpasmeninių ryšių, daugelis iš jų yra sudėtingi. Autorė juos pateikė kaip atskirus teiginius, ir tai palengvina teorijos ryšių supratimą:

1. Slaugytojas ir klientas yra tikslingai tarpusavyje susijusios sistemos.
2. Jeigu slaugytojo ir kliento suvokimas, požiūris ir veiksmai atitinka, jie yra orientuoti į transakciją tikslams pasiekti.
3. Jeigu suvokimas slaugytojo – kliento interakcijoje yra išreikštas tiksliai, sąveika įvyksta.
4. Jeigu sąveika įvyksta, tikslai pasiekiami.
5. Jeigu tikslai pasiekiami, atsiranda pasitenkinimas.

6. Jeigu tikslai pasiekiami, slauga yra efektyvi.

7. Jeigu sąveika įvyksta slaugytojo – kliento interakcijoje, augimas ir vystymasis pagerėja.

8. Jeigu vaidmenų lūkesčiai ir atlikimas slaugytojo ir kliento yra tie patys, sąveika įvyksta.

9. Jeigu įvyksta vaidmenų konfliktas, patiriamas slaugytojo ar kliento, arba jų abiejų, slaugytojo – kliento interakcijoje įvyksta konfliktas.

10. Jeigu slaugytojas, turėdamas specialių žinių ir įgūdžių tinkamai informuos klientą, tikslai bus nustatyti ir pasiekti.

I. M. King Tikslų pasiekimo teorija taikoma įvairiose pasaulio šalyse: Švedijoje, Japonijoje, Portugalijoje, JAV, Kanadoje ir kitur kuriant slaugos studijų programas. Ji naudojama klinikinėje slaugoje, ypač onkologinėje, pagyvenusių žmonių ir chirurginėje slaugoje, atliekant slaugos mokslinius tyrimus. I. M. King tikslų pasiekimo ir sąveikos teorija yra universali ir gali būti naudojama kuriant vidutines ir praktikos teorijas.

Nancy Roper, Winifried Logan ir Alison Tierney Gyvenimo veiklomis pagrįstas slaugos modelis

Gyvenimo veiklų modelis, pradžioje aprašyta Nancy Roper 1970 m., vėliau daug kartų buvo peržiūrėtas. Modelis buvo vystomas remiantis autorių kaip slaugos edukologijų patirtimi, analizuojant slaugos studentų praktikų atlikimo liginėse duomenis. Tačiau egzistuoja ir kita nuomonė – šis modelis tik V. Henderson koncepcijos modifikacija.

N. Roper daug metų dirbo slaugos mokyklos vadove Anglijoje. Jos magistro darbas tema „Klinikinis patyrimas slaugytojų ugdyme“ tapo Gyvenimo modelio pagrindu. Winifried Logan ir Alison Tierney susidomėjo N. Roper idėjomis ir kartu su ja toliau plėtojo modelį. Autorės aiškino, kad šį modelį jos kūrė slaugytojų ugdymo tikslu. Analizuodamos klinikinės slaugos duomenis, jos priėjo prie išvados, kad kasdieniame žmogaus gyvenime egzistuoja įvairios gyvenimo veiklos. Tokiu būdu, **šis modelis sudarytas indukcinio būdu – remiantis klinicine praktika. Tai konceptualusis slaugymo praktikos modelis.**

Pagrindiniai modelio teiginiai yra šie:

- Žmogaus gyvenimas gali būti apibrėžiamas kaip gyvenimo veiklų visuma.
- Būdas, kuriuo asmuo atlieka gyvenimo veiklą, turi įtakos jo gyvenimo individualumui.
- Žmogus yra vertingas visuose savo gyvenimo tarpsniuose.
- Per savo gyvenimą iki brandaus amžiaus, atlikdamas gyvenimo veiklas, žmogus linkęs tapti vis labiau nepriklausomu.
- Nepriklausomybė atliekant gyvenimo veiklas – didelė vertybė, tačiau priklausomybė neturi žeminti žmogaus orumo.

- Individo žinias, požiūrį, elgesį, susijusį su gyvenimo veiklomis veikia įvairūs faktoriai, kurie skirstomi į biologinius, psichologinius, sociokultūrinius, aplinkos ir politinius – ekonominius.
- Gyvenimo veiklų tenkinimo būdas priklauso nuo individo požiūrio į tai, kas yra normalu.
- Kai individas suserga, gali sutrikti jo gyvenimo veiklų atlikimas, atsiranda akivaizdžių ir potencialių problemų.
- Individo gyvenimo veiklų atlikimą gali veikti įvairūs neigiami įvykiai, kurie gali sukelti realias ar potencialias problemas.
- Potencialių problemų sąvoka apima sveikatos stiprinimą, palaikymą ir ligų profilaktiką, taip pat išryškina slaugytojo – mokytojo vaidmenį.
- Sveikatos priežiūros kontekste tarp slaugytojo ir paciento/kliento užsimezga profesionalus ryšys, kuris išlieka tol, kol pacientui/klientui reikalinga slaugytojo pagalba;
- Slaugytojas yra daugiaprofesinės sveikatos priežiūros komandos narys, kuris veikia paciento ir visuomenės naudai;
- Specifinė slaugos funkcija yra padėti individui išvengti problemų, susijusių su gyvenimo veiklų atlikimu, jas įveikti arba palengvinti (Roper N., Logan W., Tierney A., 1999).

Modelio konceptai

Esminiai modelio konceptai yra *gyvenimo veikla, gyvenimo trukmė ir priklausomybės/nepriklausomybės sąsą.*

Gyvenimo veiklas veikia penki faktoriai: 1) biologiniai; 2) psichologiniai; 3) sociokultūriniai; 4) aplinkos; 5) politiniai – ekonominiai.

Gyvenimo veiklos skirstomos į dvylika kategorijų: saugios aplinkos palaikymas; bendravimas; kvėpavimas; valgymas ir gėrimas; tuštinimasis ir šlapinimasis; asmeninis švarinimasis ir rengimasis; kūno temperatūros reguliavimas; judėjimas; darbas ir žaidimas; lyties raiška; miegojimas; mirimas.

Gyvenimo veiklos vertinamos, atsižvelgiant į jas veikiančius faktorius, priklausomybę/nepriklausomybę ir atsižvelgiant į gyvenimo tarpsnį, kuriame individas yra.

N. Roper ir kt. savo sukurtame modelyje atskirai neapibūdino slaugos paradigmos konceptų: žmogaus, sveikatos, aplinkos ir slaugos, tačiau juos galima atpažinti modelio kontekste. Gyvenimo veiklomis pagrįstame slaugos modelyje žmonės vadinami „asmenimis“. Slaugytojai taip pat laikomi „asmenimis“, kurie irgi kasdien atlieka gyvybines veiklas. Autorės vartoja ir terminus „pacientas“ bei „klientas“, kartais įtraukia šeimą ir artimuosius, kuriuos taip pat laiko individais.

Slauga turi tarnauti visuomenei, ji organizuojama taikant slaugos procesą (vertinimas, diagnozavimas, gydymas ir įvertinimas). Slaugos tikslai yra: padėti žmonėms išvengti potencialių, su gyvenimo veiklomis susijusių problemų, sprę-

ti esamas, išvengti problemų atsinaujinimo, padėti įveikti problemas, kurias sukėlė mirtis ir mirimas, netektis. Asmens sveikata priklauso nuo to, kaip jis sugeba būti nepriklausomu visose gyvenimo veiklose, kai jas veikia penki faktoriai. Gyvenimo modeliu grindžiamą slaugos sampratą autorės laiko slaugos „šerdimi“. Slauga, pasak modelio autorių, turi būti orientuota į pacientą – jis centrinė slaugos modelio figūra. Visame slaugos procese pacientas turi būti aktyvus dalyvis.

Aplinka yra vienas iš penkių gyvenimo veiklas veikiančių faktorių. Modelio autorės teigia, kad žmogaus aplinka yra visa tai, kas yra už jo – išorėje. Tai ir kiti žmonės, esantys asmens aplinkoje. Aplinka sąveikauja su visomis dvylika gyvenimo veiklų, gyvenimo trukme, priklausomybės/nepriklausomybės sąsa, gyvenimo ir slaugos individualumu.

Autorės pateikia Pasaulinės sveikatos organizacijos 1946 m. Konstitucijoje paskelbtą PSO sveikatos apibrėžimą, kad „*Sveikata yra asmens ir visuomenės fizinė, protinė ir socialinė gerovė, o ne vien tik ligos ar negalios nebuvimas*“ interpretuoja jį, teigdamas, kad tokia sveikatos interpretacija yra pernelyg supaprastinta. Jų manymu, nėra aiškios ribos tarp sveikatos ir ligos – tai sąsa, nes neįmanoma nurodyti taško, ties kuriuo baigiasi individo sveikata ir prasideda jo liga.

„**Gyvenimo veikla**“ yra apibendrinantis terminas, jis aiškinamas kaip įvairių procesų, kuriuos žmogus atlieka kasdien, jų sąmoningai neapgalvodamas, bet kurie yra jo gyvenime, interakcija. Gyvenimo veiklos yra N. Roper ir kt. modelio ašis. Jos glaudžiai susijusios viena su kita – sutrikus kurios nors veiklos atlikimui, paveikiama ir kita. Akivaizdus pavyzdys yra bendravimo gyvenimo veikla – jeigu ji sutrinka, tas pats atsitinka ir su kai kuriomis kitomis: valgymo ir gėrimo, darbo ir žaidimų, lyties raiškos gyvenimo veiklos. Kvėpavimas taip pat būtinas kitų veiklų atlikimui.

„**Gyvenimo trukmė**“ yra vienas modelio komponentų. Gyvenimo procesas – tai visas žmogaus gyvenimas, ir kiekvienas individas turi savo gyvenimo trukmę, nuo apvaisinimo iki mirties. Gyvenimo trukmė autorių pavaizduota linija, ant kurios esanti strėlė rodo judėjimo nuo gimimo iki mirties kryptį. Žmogui gyvenant ir laikui bėgant, kiekvieną jo gyvenimo aspektą visą laiką nepertraukiamai veikia biologinės, aplinkos, psichologinės, socialinės – kultūrinės ir politinės ir ekonominės aplinkybės.

„**Priklausomybės/nepriklausomybės sąsa**“ apibūdinama kaip gebėjimas/negebėjimas atlikti gyvenimo veiklas, kuris priklauso nuo individo sveikatos. Šis modelio komponentas yra glaudžiai susijęs su gyvenimo trukme ir gyvenimo veiklomis: yra gyvenimo trukmės etapai, kai žmogus dar negali (arba dėl įvairių priežasčių jau nebegali) nepriklausomai atlikti kai kurių veiklų. Kiekvienos gyvenimo veiklos judėjimas nuo visiškos priklausomybės į visišką nepriklausomybę priklauso nuo daugelio aplinkybių, kitaip sakant, tas judėjimas gali vykti į abi puses. Ką tik gimęs kūdikis yra visiškai priklausomas beveik visose gyvenimo veiklose, bet augdamas jis

pamažu artėja link nepriklausomybės. Suaugęs sveikas žmogus yra nepriklausomas visose veiklose, tačiau negalima sakyti, kad ta nepriklausomybė yra absoliuti. Liga ar nelaimingas atsitikimas buvusį nepriklausomą visose gyvenimo veiklose asmenį gali paversti visiškai priklausomu nuo kitų. Kadangi visos gyvenimo veiklos yra glaudžiai tarpusavyje susijusios, tai priklausomybės/nepriklausomybės pokytis vienoje kurioje veikloje gali paveikti ir kitą. Be to, individo priklausomybė/nepriklausomybė yra susijusi ir su veiksniais, turinčiais įtakos gyvenimo veikloms.

„**Gyvenimo veiklas įtakojantys veiksniai**“ – fiziniai, intelektualiniai, emociniai, socialiniai – kultūriniai, dvasiniai, religiniai, etiniai, filosofiniai, politiniai – ekonominiai ir teisiniai. Tačiau siekiant paprastumo, Roper ir kt. šiuos veiksnius sugrupavo į penkias grupes: biologinius, psichologinius, socialinius – kultūrinius, aplinkos ir politinius – ekonominius. Biologiniai veiksniai yra susiję su žmogaus kūno anatominėmis ir fiziologinėmis funkcijomis. Jie yra susiję ne tik su kitais veiksniais, bet ir su kitais modelio komponentais. Psichologiniai veiksniai veikia visą žmogaus gyvenimą, ypač intelektą ir jausmus, daro įtaką žmogaus gyvenimo individualumui ir gyvenimo veiklų atlikimo būdai. Socialiniai – kultūriniai veiksniai apima dvasinius, religinius ir etinius gyvenimo aspektus ir daro įtaką žmogui visą gyvenimą. Aplinkos veiksniai apima viską, kas žmogaus atžvilgiu yra fiziška ir išoriška, jie susiję su kitais veiksniais ir kitais modelio komponentais. Politiniai – ekonominiai veiksniai apima gyvenimo aspektus, kurie yra susiję teisiškai, jie veikia žmogų visą gyvenimo individualumą, susiję su kitais veiksniais ir modelio komponentais (valstybės įstatymai ir ekonomika, individo padėtis valstybėje ir pan.). Žmogaus gyvenimo individualumas priklauso nuo to, kaip šie veiksniai veikia kiekvieną gyvenimo veiklą. Gyvenimo veiklas įtakojantys veiksniai, gyvenimo veiklos, gyvenimo trukmė, priklausomybės/nepriklausomybės sąsaja yra glaudžiai susiję tarpusavyje.

„**Gyvenimo individualumas**“ – tai yra tas gyvenimas, kurį gyvena individas. Kiekvienas žmogus atlieka gyvenimo veiklas, tačiau kiekvienas jas atlieka skirtingai – tame ir yra gyvenimo individualumas. Tai visų modelio komponentų įtaka gyvenimo veikloms ir sudėtingos jų tarpusavio sąveikos rezultatas.

N. Roper ir kt. modelį sudaro du atskiri modeliai: gyvenimo modelis (akcentuojamas asmens gyvenimo individualumas) ir slaugos modelis (akcentuojamas jo **slaugos individualumas**). Autorės siekė, kad modelis būtų nesudėtingas, lengvai suprantamas ir siūlė jį naudoti kaip rėmą, turintį padėti studentams ir praktikams suprasti individualizuotą slaugą. Individualizuotos slaugos pasiekama taikant slaugos procesą kaip loginį mąstymo būdą individo problemoms spręsti. **Slaugos modelis grindžiamas gyvenimo modeliu**. Slaugos modelyje, kaip ir gyvenimo modelyje, pagrindinis komponentas yra gyvenimo veiklos. Slaugytojas padeda individui, jeigu iškyla problemų atliekant gyvenimo veiklas. Slaugos modelis, pagrįstas gyvenimo veiklomis, plačiai naudojamas Europoje įvairaus lygio sveikatos priežiūros srityse

(bendruomenės slaugoje – stiprinant žmonių sveikatą, ją palaikant ir išvengiant ligų; klinikinėje slaugoje – slaugant įvairaus amžiaus pacientus, sergančius ūmiomis ir lėtinėmis ligomis, slaugos dokumentavimo formų kūrimui), slaugytojų ugdyme ir moksliniuose tyrimuose (Ewen M., Wills E., 2011).

Callista Roy Adaptacijos modelis

Sesuo C. Roy žinoma kaip slaugos edukologė ir teoretikė. Baigusi slaugos magistrantūrą, toliau studijavo sociologiją ir įgijo sociologijos daktaro laipsnį ir profesorės pareigas. Prieš tai ji dirbo vaikų slaugytoja ir domėjosi, kaip greitai vaikai, patekę į gydymo įstaigą, sugeba atgauti jėgas ir adaptuotis, nežiūrint į tai, kad jie turi įvairių sveikatos problemų. Tai jai padarė didelį įspūdį, ir C. Roy toliau tęsė savo stebėjimus. 1966 m. ji jau pradėjo kurti adaptacijos modelį, tačiau modelis publikuotas tik 1970 m. kaip „Adaptacija: konceptualūs slaugos rėmai“.

Per ilgus darbo metus, C. Roy parašė daug straipsnių, knygų, skaitė paskaitas apie adaptaciją. Jos teorija, konceptualusis modelis – tai dedukcinė teorija, pagrįsta slaugos praktika. Modelio esmė – keturių žmogaus adaptacinių sistemų tarpusavio sąsajos. Modelis grindžiamas Johnson sistemų teorija, kurios esmė yra individo, kaip sistemos reakcija į išorinius ir vidinius stimulus, taip pat Helson adaptacijos teorija, von Bertalanffy sistemų modeliu, Rapoport sistemų apibūdinimu, Dohrenrend ir Selye streso ir adaptacijos teorija ir Lazarus streso įveikos modeliu.

C. Roy Adaptacijos modelio prielaidas suskirsto į tris grupes: filosofines, mokslines ir kultūrines.

Filosofinės modelio prielaidos:

- Asmenys palaiko abipusius ryšius su pasauliu ir Dievu.
- Žmogus mechaniškai susilieja su kosmosu.
- Dievas ženklais pasirodo tame, kas yra sukurta.
- Asmenys naudoja žmogaus kūrybinius gebėjimus, supratimą, apsišvietimą ir įstatymus.
- Asmenys yra atsakingi už kosmoso procesų išlaikymą ir pertvarkymą.

Mokslinės modelio prielaidos:

- Materijos ir energijos sistemos juda link aukštesnės žmogaus savitvarkos.
- Sąmonė ir prasmė skatina asmens ir aplinkos integraciją.
- Savęs ir aplinkos išsąmoninimas vyksta mechaniškai galvojant ir jaučiant.
- Žmonės, priimdami sprendimus, yra atsakingi už savo kūrybinių procesų integraciją.
- Mąstymas ir jausmai keičia žmogaus jausmus.
- Tarpusavio ryšių sistema apima tarpusavio priklausomybės priėmimą, saugojimą, skatinimą.
- Asmenys ir žemė turi bendrą struktūrą ir esminius tarpusavio ryšius.
- Asmens ir aplinkos pasikeitimai sukuriama žmogaus sąmonėje.

- Žmogaus ir aplinkos integracija įprasmina adaptacijos rezultatus.
- Kultūrinės modelio prielaidos:
- Kultūriniai ypatumai turi įtakos Roy Adaptacijos modelio išraiškai.
- Svarbiausia kultūros sąvoka gali paveikti modelį.
- Kultūrinė modelio išraiška gali skatinti pokyčius praktiniuose slaugos veiksniuose.

Pagrindinių konceptų apibrėžimas

Aplinka – aplinkybės, režimas, poveikis, kurie paliečia žmogaus, kaip adaptacijos sistemos, vystymąsi ir elgesį .

Sveikata – būklė ir procesas, padedantis išlikti žmogui integruota visuma.

Asmuo – žmogus yra adaptyvi sistema, funkcionuojanti kaip visuma; žmogus geba prisitaikyti prie stresorių, kurie gali kilti viduje ar išorinėje aplinkoje; vyras, moteris ir vaikas yra sudėtingos biopsichosocialinės, dvasinės būtybės.

Slaugos tikslai – adaptacijos skatinimas visais būdais.

Adaptacija – maistančio ir jaučiančio asmens sąmoningas žmogaus ir aplinkos integracijos kūrimas.

Fokusiniai stimulai – kurie tiesiogiai veikia žmogų.

Kontekstualiniai stimulai – visi kiti vidinės ir išorinės aplinkos stimulai, kurie gali arba ne paveikti situaciją.

Kiti stimulai – visi kiti išmatuojami ir neišmatuojami stimulai, kurie taip pat egzistuoja ir gali paveikti situaciją.

Giminingos sistemos – dauguma įveikos procesų, sudarytų iš keturių kognityvinių –emocinių kanalų: percepcinio (suvokimo), informacijos apdorojimo, mokymosi ir emocio.

Subsistemų reguliatorius – pagrindinis adaptatyvio proceso tipas, kuris automatiškai reaguoja per nervinius, cheminius ir endokrininius kanalus.

Kontrolės procesų stabilizatorius – struktūros ir procesai, kurių tikslas – sistemos palaikymas, vertybių įtraukimas ir kasdienių veiklų, siekiant pirminio tikslo, atlikimas, prisidėjimas prie bendrų visuomenės tikslų.

Novatoriškas procesų kontroliavimas – vidinė subsystema, kurią sudaro augimo struktūros ir procesai.

C. Roy išskiria keturis adaptacijos būdus, kurie sudaro specifines kategorijas vertinimo procese. Šių keturių būdų pagalba įvyksta interakcija su kliento aplinka ir reakcija į kliento aplinką ir per tai stebima adaptacija (Craven R.,Hirnlė C., 2006).

Adaptacijos būdai:

1) **fiziologinis–fizinis** apima fizinius ir cheminius organizmo procesus, veiklas, išlaikant fiziologinį integralumą; Roy pateikia šešis pagrindinius fiziologinius poreikius: veikla ir poilsis, mityba, tuštinimasis, skysčių ir elektrolitų balansas, pri-

sotinimas deguonies bei cirkuliacija, temperatūros reguliavimas, jausmai bei endokrininė sistema;

2) **savimonės**, savęs supratimo, kuri gali būti skirstoma į dvi dalis. Fizinis „aš“ rodo, kaip žmogus realiai suvokia savo jausmus, pojūčius, išvaizdą. Sunkumai čia dažniausiai slypi „netekimo jausme“. Asmeninis „aš“ yra susijęs su individualių standartų ir elgsenos nuoseklumu, idealais, morale bei etika. Sunkumai čia dažniausiai susiję su nerimu, bejėgiškumu bei kaltės jausmu;

3) **vaidmens funkcijos** būdas apibūdina žmogaus vaidmenį, kaip „motina“, „sūnus“, „tėvas“ ir pan., taip pat ir žmogaus vaidmenį visuomenėje – ko visuomenė tikisi iš žmogaus, atliekančio kokį nors vaidmenį. Vaidmenys gali būti pagrindiniai (jauna moteris), antriniai (motina), tretiniai – laisvai pasirenkami, pvz., profsąjungos pirmininkas. Nesugebėjimas atlikti vaidmenų, konfliktas tarp dviejų vaidmenų arba vaidmenų perteklius gali sukelti problemų;

4) **tarpusavio priklausomybės** – tai pusiausvyra tarp priklausomybės ir savarankiškumo. Priklausomybė parodo ryšį su kitais žmonėmis, jų paramą bei pritarimą. Savarankiškumas – sprendimų priėmimą, tikslo siekimą bei sugebėjimą savarankiškai veikti.

Kiekvienas būdas yra poveikis (fizinis ar psichosocialinis), kuris yra naudojamas, siekiant palaikyti teigiamas galimybes ar prisitaikymą prie nuolat besikeičiančios aplinkos.

Adaptacijos procese C. Roy išskiria dvi sistemas – reguliatorių ir kognatorių, kurios sudaro sąlygas klientui adaptuotis. Regulatorius yra fiziologinė įveikos sistema, kognatorius – kognityvinė – emocinė įveikos sistema. Adaptacijos galima pasiekti per fizinius reguliatorius (nervinius, cheminius, endokrininius) arba per kognatorius (įtikinimus, informavimą, mokymą, emocijas, sprendimus). Kai tai naudojama nepakankamai, adaptacijos galimybės mažėja.

Slaugytojas turi siekti kuo geresnės paciento adaptacijos specifiniams stresoriams. Paciento/kliento įvertinimas taikant C. Roy adaptacijos modelį, siekia dvejopo tikslo: nustatyti realų ir potencialų jo elgesį bei atpažinti netinkamo elgesio priežastis. Yra du įvertinimo lygiai: pirmojo, kuris siejasi su pastoviu paciento elgesiu, ir antrojo, kuris siejasi su faktoriais bei stimulais, iššaukiančiais jo elgesį. Pagrindinis tikslas – pasiekti, kad paciento elgesys būtų adaptyvus (Fawcett J., 2000, Meleis A. J., 1997).

Kaip pavyzdį galima panagrinėti paciento, kenčiančio nuo išplitusio naviko (metastazės žarnyne). Slaugytojo intervencijos priklauso nuo visapusiško individo įvertinimo, nukrypimo nuo normos identifikavimo ir aplinkos būklės įvertinimo. Prieš tai slaugytojas turi patikrinti savo žinias apie normalią žarnyno veiklą ir patofiziologiją, apie galimą psichosocialinį atsiradusių pokyčių poveikį pacientui. Normali žarnyno veikla – tai dinaminis maisto medžiagų rezorbcijos ir išmatų formavi-

mo procesas. Sergant piktybiniais navikais, žarnyne neretai atsiranda metastazių. Pavyzdžiui, sergant krūties, prostatos, plaučių vėžiu, metastazės pirmiausiai atsiranda žarnyne. Tai turi blogą prognozę, nes metastazės žarnose spaudžia nervus, žarnos gali plyšti, kraujuoti, pacientai kenčia skausmą, negali judėti, tai yra per didelio kalcio išsiskyrimo ir kaulų lūžių priežastis. Pacientas turi prie to adaptuotis, o slaugytojas gali jam padėti. Labai svarbu mažinti skausmą, suteikti informacijos apie ligą, gydymo paskyrimus ir skatinti pacientą aktyviai dalyvauti priimančias sprendimus, teikti socialinę paramą pacientui ir jo šeimai.

C. Roy daug dėmesio skiria savęs pažinimui (pvz., kūno pasikeitimams), dvasinei būsenai. Sergant vėžiu, kai yra metastazių, paciento požiūris į save ir savo kūną gali būti pakitęs, nes paciento fizinė ir psichinė gerovė yra pažeista. Tokie pacientai labai pažeidžiami, neretai jie suseraga depresija, nerimauja, jaučia visišką neviltį, savo kaltę, menkavertiškumą ir turi suicidinių idėjų. Jų gyvenimo kokybė labai pablogėja. Tokiu atveju gydytojas skiria antidepresantų. Slaugytojas turėtų mokytį pacientą ir jo šeimą dalyvauti paramos grupėse (kurias sudaro panašių problemų turintys pacientai ar jų artimieji). Be to, slaugytojas turėtų atsižvelgti į kultūrinius – etninius paciento ypatumus, įvertinti jo dvasinius poreikius.

Adekvatus skausmo mažinimas yra pats svarbiausias **fiziologinis** poveikis, nes tik tada pacientas galės pasiekti aukščiausią funkcinį lygį. Todėl pacientui gali būti taikomas ne tik medikamentinis nuskausminimas, bet ir alternatyvūs skausmo mažinimo būdai: relaksacinė terapija, muzikos terapija, meditacija, terapinis pokalbis ir pan.

Vaidmenų funkcija – tai žmogaus veikla, susijusi su jo misija visuomenėje. Metastazės žarnyne arba kita nepagydoma liga gali sumažinti paciento galimybes atlikti savo pirminius, antrinius ir tretinius vaidmenis ir sumažinti adaptacijos galimybes. Slaugytojas turi įvertinti funkcinę paciento būklę ir padėti jam atlikti tuos vaidmenis taip, kaip jis gali, siekiant tikslų, įtraukti paciento šeimą ar artimuosius (siekti abipusių tikslų). C. Roy pabrėžia, kad vaidmenys persigrupuos. Be to, ji teigia, kad slaugytojas, bendraudamas su pacientu ir jo šeima, turi būti jautrus ir kultūringas, nes paciento negalia sukelia įtampą ir partneriams šeimoje. Slaugytojas turi skatinti **tarpusavio priklausomybės ryšius** tarp partnerių šeimoje, grupėje, nes tai padės pacientui geriau adaptuotis. Slaugytojas turi gebėti atskleisti paciento savi-jautą, jo tikslus, skatinti aktyvumą, judėjimą, maitinimąsi. Tokie slaugos veiksmai pagerins paciento ir jo šeimos gyvenimo kokybę.

Apibendrinant interakcijos teorijas, pabrėžtina, kad visos jos yra nukreiptos į interakcijos tarp žmonių procesus kaip slaugos pagrindą. Kai kurios jų (pvz., King, Levine) yra vienos seniausių grindžiamųjų teorijų, kitos (kaip Artinian, Roper ir kt.) yra naujesnės. Kai kurie teorijų konceptai, prielaidos, ryšiai (pvz., sistemos, adaptacija, slaugos tikslas, gyvenimo veiklos) yra aptariami daugelyje šios grupės teorijų, tuo tarpu kiti

(pvz., *Levine konservacijos principas, Roy kognatorių ir reguliatorių subsistemos*) yra unikalūs, būdingi tik vienai teorijai.

Kartojimo klausimai ir užduotys:

1. Kokiomis vertybėmis grindžiamas Levine Konservacijos modelis?
 2. Išvardinkite pagrindinius Levine modelio principus ir slaugos uždavinius.
 3. Apibūdinkite slaugos paradigmos konceptus, pateiktus Artinian Tarp sisteminio ryšio modelyje.
 4. Apibūdinkite esminius Erickson, Tomlin ir Swain Modeliavimo ir vaidmenų modeliavimo teorijos teiginius.
 5. Paašškinkite pagrindines sąvokas (konceptus), pateiktus King Tikslų pasiekimo ir sąveikos teorijoje, išryškindami tarpasmeninius ryšius.
 6. Kokios yra Roper, Logan ir Tierney Gyvenimo veiklomis pagrįsto slaugos modelio ištakos ir pagrindinės prielaidos?
 7. Apibūdinkite esmines Roper ir kt. modelio sąvokas: „gyvenimo veikla“, „gyvenimo trukmė“, „priklausomybės/nepriklausomybės tąsa“, „gyvenimo veiklas įtakojantys veiksniai“.
 8. Paašškinkite, nuo ko priklauso slaugos individualizavimas, taikant Roper ir kt. modelį?
 9. Dirbdami porose ir pasirinkę vaidmenis „slaugytojas“, „pacientas“, surinkite duomenis apie kiekvieną gyvenimo veiklą ir pabandykite nustatyti problemas.
 10. Išvardinkite Roy Adaptacijos modelio prielaidas.
- Apibūdinkite keturis adaptacijos būdus, pateiktus Roy modelyje.

Unitarinės teorijos

Vienalaikiškumo (egzistavimo tuo pat metu) paradigmą pirmoji pateikė slaugos teoretikė Rosemarie Parse (1987) apibūdindama grupę slaugos teorijų, kurioms būdingas žmogaus kaip unitarinio proceso suvokimas. Šios grupės slaugos teoretikai laikėsi nuomonės, kad žmonės yra unitarinės būtybės, visuminės, galinčios laisvai pasirinkti, kokiomis būti. Sveikata apibrėžiama kaip nepertraukiamas žmogaus ir aplinkos savitarpio apsikeitimas.

Apibūdinsime unitarinio proceso slaugos modelį ir dvi rezultatų teorijas: Mokslas apie unitarinį žmogų (Rogers), Sveikata kaip sąmonės plėtotė (Newman) ir Tapimo žmogumi teorija (R. Parse). Šios teorijos yra abstrakčios ir universalios.

Marthos E. Rogers Mokslas apie unitarinį žmogų

Martha E. Rogers savo teoriją apie unitarinį žmogų paskelbė 1961 m.. Daugiau, kaip tris dešimtmečius tarp slaugos teoretikų buvo paplitę nesutarimai, vyko

debatai apie jos ir panašias teorijas (Meleis A. I., 1997). Iki M. E. Rogers retai kas slaugoje žmogų apibūdindavo kaip nors kitaip, negu priežiūros, kurią teikė slaugytojas ir gydytojas, gavėju. Be to, sveikatos priežiūros sistemoje egzistavo specializacija. Slaugoje tai pasireiškė tuo, kad kiekvienas slaugytojas atliko savo funkcijas – vienas dalijo vaistus, kitas rūpinosi pacientų higiena, atliko injekcijas ir pan. Specialistai dirbo izoliuotai, nebuvo visuminio požiūrio į žmogų. M. E. Rogers atkakliai ragino žmogų laikyti visumine esybe (vieninga – unitarine). Ji teigė, kad žmogus yra vieninga energijos sistema nuolatinėje abipusėje interakcijoje su universaliaja energijos sistema (Chitty K. K., 2001). Rogers ragino slaugytojus planuoti pacientų slaugą, atsižvelgiant į tai. Rogers buvo daugelio to meto slaugos teoretikų mokytoja ir vadovė (Parse, Newman). Rogers mirė 1994 m.

Filosofinis M. E. Rogers teorijos pagrindas buvo Bertalanffy sistemų teorija – žmogaus interakcija su aplinka. Taip pat ji naudojo Rapoport atvirų sistemų pagrindą, Herrick žmogaus natūralios prigimties evoliuciją. Sintezės būdu M. E. Rogers panaudojo minėtų teoretikų darbus, pati stebėjo gamtą ir sukūrė savo teoriją, kurią kelis kartus papildė naujais teiginiais.

M. E. Rogers pateikė keletą prielaidų apie žmogų:

- Žmogus yra vieninga visuma, daugiau, negu atskirų dalių suma.
- Žmogus ir aplinka nuolat keičiasi materija ir energija.
- Gyvenimas evoliucionuoja negrįžtamai ir viena kryptimi – į priekį keturių matmenų visatoje.
- Žmogus identifikuojamas ir atsispindi jo naujoviška visuma pagal sandarą ir struktūrą.
- Žmogus geba abstrakčiai mąstyti, įsivaizduoti, kalbėti, jausti ir išreikšti emocijas.

Pagrindiniai slaugos paradigmos ir kiti konceptai

Žmogus – visuma – apibūdinama kaip nesumažinamas, nedalijamas daugiadimensinis energijos laukas, turintis specifinius, būdingus visumai, požymius.

Sveikata – negali būti išmatuojama pagal biologijos, fizikos, ar socialinių mokslų parametrus. Ji atspindi gyvenimo procesus.

Slauga – tai žmogaus – visumos studijos. Slauga yra išmokstama profesija, ji yra ir mokslas ir menas, naudojamas padedant žmonėms, susijęs su gyvenimu ir mirtimi. Slauga yra susijusi su sveikatos stiprinimu ir palaikymu, ligų profilaktika, sergančių ir neįgalių žmonių priežiūra.

Slaugos tikslas – skatinti, paremti harmoningą individo, šeimos ar grupės ir aplinkos interakciją dalyvaujant pasikeitimų procese, siekti maksimalaus sveikatos ir gerovės potencialo.

Aplinkos laukas – nesumažinamas, nedalijamas daugiadimensinis laukas, natskiriamas nuo žmogaus energijos lauko.

Energijos laukas – esminė gyvenimo ir ne gyvenimo visuma. Laukas yra unikuotas konceptas. Energija reiškia dinamišką lauko prigimtį.

Atvirumas – ypatybės, atskleidžiančios atvirą sistemą. Žmogus ir jo aplinka yra atviros sistemos.

Visuminis aspektas – nelogiška sritis, be erdvės ar laikinų požymių.

Struktūra – pastebimi skiriamieji energijos lauko požymiai.

M. E. Rogers teorija yra plačios apimties, tačiau labai abstrakti. Ji pati niekada neteigė, kad jos konceptualizacija yra teorija. Galbūt todėl ji niekada nesiūlė savo konceptų slaugos praktikai ir mokslui. Tačiau vis dėl to, M. E. Rogers sukūrė teoriją apie individą kaip visumą, jo sąryšį su aplinka ir slauga. Kiti slaugos teoretikai išplėtojo M. E. Rogers mokslą apie unitarinį žmogų, susiejo su žmogaus poreikiais ir gyvenimo veiklomis. M. E. Rogers teorija ypač aktuali pasidarė tada, kai paplito holistinis požiūris į žmogų ir slaugą. Ji skelbia pasaulėžiūrą, iš kurios slaugytojai gali kurti teorijas. M. E. Rogers teorija sudaro sąlygas žmonių – individų ir grupių, įvairių situacijų sveikatos priežiūroje studijavimui ir inovacijų skatinimui. Ši teorija įtraukiama į slaugytojų ugdymo programas, naudojama slaugos praktikoje ir moksle (Ewen M., Wills E., 2011).

Margaret Newman: Sveikata kaip sąmonės plėtotė

Margaret Newman Sveikatos kaip sąmonės plėtotė yra šiuolaikinė teorija. Ji pagrįsta M. E. Rogers teorija apie unitarinį žmogų, Bentov sąmonės evoliucijos aiškinimu, Young atpažinimo būdais ir Bohm idėjomis, padariusiomis įtakos M. Newman mąstymui. Kaip M. E. Rogers mokinė, M. Newman tikėjo tuo, kad žmogus yra unitarinė, nedaloma į atskiras dalis būtybė, atvira energijos sistema, nuolatos palaikanti ryšius su universaliosiomis sistemomis, kaip aplinka. Be to, M. Newman manė, kad žmonės nuolat yra aktyvūs plėtodami savo visumos modelį (pvz., sveikatą), jie turi intuiciją, pažintinius ir emocinius gebėjimus, kad žmogus ne turi sąmonę, bet yra sąmoningas.

Konceptų apibrėžimai

M. Newman rėmėsi M. E. Rogers žmogaus ir aplinkos apibrėžimais, tačiau savaip apibūdino slaugą ir sveikatą, paaiškino modelio konceptus.

Slauga – pagalbos žmogui, panaudojant turimas galimybes, siekti kuo aukštesnio sąmoningumo lygmens, aktas. Slauga – tai partneriški ryšiai tarp slaugytojo ir kliento kai tobulėja abu ir pasiekia aukštesnio sąmoningumo lygmens.

Sveikata – sąmonės plėtojimas vystant gyvenimo būdą. Tai vieningas, bet kintantis procesas. Liga – tai šokas, kuris pertvarko energijos ryšius harmonijai atkurti. Kai žmogus suserga, jis pats žino, kas jam yra sveikata. Sveikata apima ankstesnę būklę, kuri buvo apibrėžiama kaip liga ar patologija. Jos pašalinimas nepakeičia individo modelio. Ligos pasireiškimas priklauso nuo individo modelio, nes ligos patologija egzistuoja prieš atsirandant simptomams.

Asmuo – kaip individas ir žmogus yra dinamiška energijos struktūra, atvira sistema palaikant ryšius su aplinka, apibūdinamas pagal sąmoningumo struktūrą. Jis yra sąmonės centras bendrame išplėtotame sąmoningume.

Sąmonė – informacija sistemose, sistemų gebėjimas sąveikauti su aplinka, ir kartu su mąstymu, pojūčiais apdoroti informaciją, gautą iš fiziologinių sistemų.

Išplėtotą sąmonę – visumos plėtojimas, vystymas iki sveikos būklės. Išplėtotą sąmonę – tai sveikata.

Integracija per judėjimą – natūrali gyvo padaro būklė. Sąmonė pasireiškia judėjime, kuris yra organizmo sąveikos su aplinka būdas, stengiantis ją kontroliuoti. Judėjimo būdas atspindi kitą asmens struktūrą ir modelį, jo sveikatą.

Modelis – judėjimo, ritmo, įvairovės sąsajos. Tai schema arba rėmai asmens – aplinkos interakcijoje. Modelis atspindi judant, kalbant, bendraujant su kitais.

Modelio atpažinimas – pasireiškia veiklos galimybėmis, turi reikšmės sąmonės plėtojimui.

Laikas ir erdvė – dabartinis specifinis individo modelis, kuriame gali būti nustatoma sveikata.

M. Newman teorija sudaryta iš dviejų pagrindinių konceptų – sveikatos ir sąmonės. Esminis M. Newman modelio teiginys – apie sveikatą: **liga ir sveikata yra sintezuojama į „sveikatą“**. Iš tikrųjų toks susiliejimas vienos organizmo būklės (ligos) su jos priešingybe (sveikata) apsprendžia, kas gali būti laikoma sveikata. M. Newman teigia, kad sveikta yra modelis, informacija, kuri apibūdina visumą, to modelio atpažinimas yra esminis dalykas. Su tuo susijusi sąmonės plėtotė, intuityvus prieštaringų įvykių ir sutrikimų, kurie pasipila kasdieniame gyvenime, atpažinimas ir sintezė. Tai svarbu slaugoje. M. Newman modelio centre yra asmuo, klientas, individas ir šeima. Klientas ir slaugytoja, jos nuomone, yra aktoriai, kurie stengiasi suprasti kliento sveikatą kaip sąmonę, o tai reikalauja sveikatą ir ligą laikyti tuo pačiu, neatskiriamomis žmogaus gyvenimo dalimis.

M. Newman nuomone teorija turi būti kuriama remiantis praktika ir kad teorija turi būti skirta praktikai. Tuo tikslu M. Newman sukūrė ir slaugos modelį, pagrįstą jos teorija. Slaugytojai M. Newman teoriją pritaikė įvairiose slaugos srityse (slaugant šeimas, pagyvenusius žmones, bendruomenės grupes). Tai rodo, kad M. Newman sąmonės plėtotės idėjos prigijo slaugoje. Slaugos mokslininkai taip pat naudoja šią teoriją atlikdami mokslinius tyrimus.

Daugiau apie šią teoriją galite sužinoti:

http://currentnursing.com/nursing_theory/Newman_Health_As_Expanding_Consciousness.html

Rosemerie Parse Tapsmo žmogumi teorija

Rosemarie Parse yra žinoma slaugos mokslininkė. Pirmą kartą savo sukurtą teoriją ji paskelbė 1981 m., pavadinusi „Žmogus–Gyvenimas–Sveikata“. Po to ji

nuolat tobulino teoriją, pakeitė jos pavadinimą į „Tapsmo žmogumi teorija“. Parse yra parašiusi daug mokslinių straipsnių ir knygų. Jos darbai išversti į danų, suomių, prancūzų, vokiečių, japonų ir kitas kalbas. Mokslininkė dirbo profesore JAV įvairiuose universitetuose, yra įsteigusi ir leidusi mokslinį slaugos žurnalą „Nursing Science Quarterly“, ji yra įkūrusi ir Tapsmo žmogumi institutą, kuriame dėstė ontologiją, epistemologiją ir metodologiją.

Tapsmo žmogumi teoriją R. Parse sintetavo iš M. E. Rogers darbu, panaudojo Heidegerio, Sartre ir Merleau–Ponty teorijas. Be to, ji rėmėsi ir savo kaip slaugytojo, patirtimi. Šioje teorijoje R. Parse atskleidė savo unikalų humanistinį požiūrį į slaugą (Chitty K. K., 2001).

Teorijos prielaidos

Remdamasi M. E. Rogers Mokslu apie unitarinį žmogų ir egzistencine fenomenologija, Rosemarie Parse sintetavo devynias prielaidas, jas suskirstydama į tris pagrindines grupes:

1) Tapsmas žmogumi yra laisvai pasirenkamas procesas, turintis intersubjektyvią, vertybėmis pagrįstą, asmeninę prasmę.

2) Tapsmas žmogumi yra ritmiškų, tarpusavyje su pasauliu susijusių, modelių kūrimas.

3) Tapsmas žmogumi yra kontrascendentinis, daugiaprasmis, su išplaukiančiomis galimybėmis.

Parse savo teorijoje panaudojo eilę M. E. Rogers teorijos, egzistencinio fenomenalizmo konceptų. Iš egzistencinio fenomenalizmo ji įtraukė kokonstituciją, kas reiškia, kad bet kokios situacijos prasmė yra susijusi su tam tikromis sudėtinėmis dalimis. Be to. Ji apibrėžė eilę tik jos teorijai būdingų konceptų.

Pagrindinės prielaidos, pateiktos Rosemarie Parse teorijoje, apie žmogų ir tapsmą:

- Žmogus yra ir egzistuojantis, ir tuo pat metu kuriantis ritmiškus modelius su aplinka.
- Žmogus yra atvira būtybė, laisvai pasirenkantis prasmę situacijoje ir atsakingą elgesį priimant sprendimus.
- Žmogus yra unitarinė būtybė, kuriantis tarpusavio ryšių modelius.
- Žmogaus galimybės yra daugiaprasmės ir transcendentinės.
- Tapsmas yra žmogaus – gyvenimo – sveikatos sujungimas.
- Tapsmas yra ritmiškas žmogaus – pasaulio tarpusavio sąveikos procesas.
- Tapsmas yra žmogaus ryšiai, pagrįsti vertybių prioritetais.
- Tapsmas yra intersubjektyvus procesas.
- Tapsmas yra unitarinio žmogaus susidarymas (Fawcett J., 2000).

Rosemarie Parse, remdamasi pagrindiniais teorijos konceptais, išskyrė tris Tapsmo žmogumi teorijos principus:

1. daugiapasmės struktūros sudarymas yra realybės kūrimas naudojant vertybes, kalbėjimąsi ir įsivaizdavimą;

2. ritmiškų modelių, susijusių su gyvenimu, kūrimas – atvirumo/slaptumo, priėmimo/apribojimo, sujungimo/atskyrimo vienovė;

3. unikalių galimybių naudojimas pertvarkymo procese.

Slaugytojas dalyvauja ir vadovauja individams ir šeimoms pasirenkant galimybes sveikatos pasikeitimo procese, jis gyvena asmens ir jo šeimos ritmu. Slaugos tikslas – siekti kuo geresnės asmens ir jo šeimos gyvenimo kokybės (Creasia J. L., Parker B., 1996).

Slaugos paradimos ir teorijos konceptų apibūdinimas :

Žmogus – vientisa, atvira būtybė, kuri yra daugiau, negu atskirų dalių suma ir gali laisvai pasirinkti tapsmo žmogumi būdus;

Sveikata – atviras buvimo ir tapsmo procesas, pagrįstas vertybėmis; tai buvimo pasaulyje būdas; jis nėra ėjimas nuo ligos prie sveikatos, tai yra kasdienis gyvenimas;

Slauga – mokslas apie žmogų ir menas panaudoti abstrakčias žinias tarnaujant žmogui, pagrįstas unitariniu požiūriu į jį; slauga kaip mokslas apie žmogų nėra priklausoma nuo medicinos ar kitų dalykų;

Aplinka – viskas, kas supa asmenį: pasaulis ir tie, kuriuos jis pasirenka;

Pasmė – nuolat besikeičiantis interpretavimas, kuris pagrindžiamas vertybėmis ir būdai, kuriais tas interpretavimas atspindi žmogaus realybę;

Ritmiškumas – žmogaus ir pasaulio savitarpio procesų modeliavimo ritmas;

Transcendencija – anapusinio gyvenimo galimybių siekimas – viltys ir svajonės daugiaprasmiame gyvenimo patyrimė;

Įsivaizdavimas – prasmės vaizdavimas iš konkrečios ir įsivaizduojamos patirties, glaudžiai susijęs su žmogaus pasaulėžiūra;

Vertingumas – žmogaus pasirinkimas, vertinimas ir veikimas pagal jam svarbius simbolius;

Išraiška – vertingo įvaizdžio naudojimas pasirenkant simbolius, žodžius, gestus, kalbą, pozą; tai būdas reprezentuoti žmogaus asmeninę realybę;

Rosemarie Parse teorija naudojama įvairiose šalyse ne tik klinikinės slaugos praktikoje, slaugytojų ugdyme, bet ir moksle – jos teorija naudojama atliekant kokybinius tyrimus ir vadinama „Hermeneutiniu tapsmo žmogumi metodu“.

Apibendrinant unitarines teorijas, teigtina, kad šios grupės slaugos teorijos skiriasi nuo prieš tai apžvelgtų teorijų. Žmogus čia – unitarinė būtybė, daugiau, negu atskirų dalių suma. Unitarinės teorijos yra panašios ir kartu skirtingos. Tai galima pastebėti, palyginus metaparadimos konceptus.

Užduotis: sudarykite M. E. Rogers, M. Newman ir R. Parse konceptų apibrėžimo lentelę ir raskite panašumus bei skirtumus.

Vidutinio dydžio teorijos

Vidutinio dydžio teorijų atsiradimas yra vienas iš vėliausių slaugos žinių vystymosi etapų. Jų paskirtis įvairi: šios teorijos taikomos slaugos praktikoje, moksle, nes jos yra, palyginus su didžiosiomis (grindžiamosiomis) teorijomis, konkretnės ir patogesnės naudoti atliekant mokslinius tyrimus. Pirmiausia vidutinio dydžio teorijos buvo pasiūlytos sociologijoje, o slaugoje atsirado 1974 m. Vidutinio dydžio teorijų tikslas yra apibrėžti, paaiškinti ar numatyti fenomeną. Jos turi būti aiškios ir patikrinamos. Jomis lengviau vadovautis slaugos praktikoje kaip slaugos intervencijų vadovu. Kaip teorijos, jos atlieka tris pagrindines funkcijas slaugos žinių vystyme. Pirmoji – yra teorinis mokslinių tyrimų pagrindas. Antroji – jas galima naudoti praktikoje ir patikrinti tyrimais. Trečioji – jos gali būti mokslinių slaugos žinių išraiška (Meleis A. I., 1997).

Vidutinio dydžio teorijos gali būti skirstomos pagal tam tikrus lygius:

- 1) aukšto vidutinio dydžio;
- 2) vidutinio dydžio;
- 3) žemo vidutinio dydžio teorijos.

Toks šių teorijų skirstymas remiasi teorijos abstraktumo ar specifškumo laipsniu. Aukštesnėse vidutinėse teorijose nagrinėjami tokie konceptai, kaip priežiūra, augimas ir vystymasis, savęs pažinimas, gebėjimas greit atgauti jėgas ir psichologinė adaptacija.

Vidutinėse teorijos nagrinėjami: nežinomybė ligos atveju, nemalonūs simptomai, lėtinis sielvartas, taiki mirtis, kultūriniai ypatumai ir empatija.

Žemose vidutinėse teorijos yra labiausiai artimos praktikai, nagrinėjamas ūmaus, pooperacinio skausmo valdymas, nėščiąjų pykinimas, akušerinė slauga, bejėgiškumas. Slaugos teoretikai nėra vieningos nuomonės apie teorijų skirstymą į grupes. Vienam gali atrodyti, kad kokia nors teorija yra vidutinio dydžio, o kitas gali ginčytis teigdamas, kad tai grindžiama teorija (pvz., taip yra su Benner, Watson ir kitomis teorijomis) (Ewen M., Wills E., 2011).

Atrinktų vidutinio dydžio teorijų apžvalga

Madeline Leininger Kultūrinė priežiūros įvairovė ir universalumas

Madeline Leininger gimė 1925 m. JAV. Tai viena pirmųjų slaugos teoretikų, kuri tyrinėjo tokius klausimus, kaip „Kas yra priežiūra?“ ir „Ką reiškia tarpkultūrinė slauga?“. Ji teigė, kad „slauga“ ir „priežiūra“ yra sinonimai, sukūrė etnoslaugos tyrimo modelį ir yra pripažinta pasaulyje kultūrinės priežiūros autoritetu. M. Leininger teorija priskiriama prie aukšto vidutinio dydžio teorijų. Kultūra yra reliatyvus socialinis konstruktas, savo objektyvųjį ir subjektyvųjį turinį atskleidžiantis per bendrą visai grupei elgesio modelių, vertybių, nuostatų, žinių sistemą. Kultūra pasireiškia kasdieniame žmonių gyvenime, moralės ir teisės sistemoje, religijoje, meno ir mokslo sferose. Kultūra, rasė, tautybė ir etniškumas nėra tapačios sąvokos. Kultūrai ar-

timiausias terminas – etniškumas, kuris apibūdina socialiai, kultūriškai ir politiškai susiformavusias žmonių grupes, kurioms būdingos tam tikros, kitiems nebūdingos charakteristikos. Multikultūriškumas, transkultūriškumas, tarpkultūriškumas ir kultūrinė kompetencija yra kultūros koncepto modifikacijos.

M. Leininger kultūrinės priežiūros teorijos tikslas – atskleisti atitinkančios žmogaus kultūrą priežiūros teikimo svarbą. Ji paskatino ruošti tarpkultūrinės slaugos specialistus, įkūrė tarpkultūrinės slaugos pasaulinio masto draugiją, kurios tikslas – studijuoti ir taikyti praktinėje slaugoje tarpkultūrinės slaugos idėjas. Savo teoriją M. Leininger pradėjo kurti dar 1950 m., rengdama daktaro disertaciją socialinės ir kultūrinės antropologijos srityje, vėliau ji tęsė mokslinius tyrinėjimus ir 1970 m. paskelbė „Tarpkultūrinį sveikatos modelį“. Vadinamas „Saulėtekio modelis“ pasirodė 1984 m., kuriame nagrinėjamos tarpkultūrinės dimensijos.

Tarpkultūrinės slaugos trūkumą M. Leininger patyrė dirbdama vaikų psichiatrijos skyriuje slaugytoja. Ten jai teko patirti kultūrinį šoką ir pasijusti bejėge padėti sergantiems vaikams, kurie buvo įvairių kultūrų atstovai. Jai buvo sunku suprasti tų vaikų elgesį. Pradėjusi studijuoti kitų kultūrų ypatumus, ji suprato, kaip svarbu būti kompetentingu šioje srityje, siekiant teikti kvalifikuotą slaugą. Kultūrinė slaugytojo kompetencija apima du lygmenis – individualųjį ir organizacijos. Individualiame lygmenyje kultūrinė kompetencija yra žinių, požiūrių ir gebėjimų kompleksas, apimantis jautrumą kultūriniams, rasiniams, lyčių seksualinės orientacijos, socialinės klasės aspektams bei gebėjimą galvoti, jausti ir veikti tokiais būdais, kuriais pripažįstama ir gerbiama etninė, kultūrinė įvairovė.

Organizaciniame lygmenyje kultūrinė kompetencija – kompleksas atitinkančio elgesio, požiūrių, struktūrų ir politikų, padedančių efektyviai dirbti tarpkultūrinėse situacijose. Kultūrinė kompetencija gali būti perimta ir praktikuojama tiek atskiro sveikatos priežiūros specialisto, kuris dirba toje organizacijoje, tiek visos organizacijos. Kultūrinė kompetencijos negalima įgyti tampant kitos kultūros nariu, perimant paviršinius, visiems prieinamus vienos ar kitos kultūros elementus (papročius, kalbą, aprangą ar elgesį). Slaugytojo ir paciento kultūrinis pagrindas gali būti toks pat, panašus ar visiškai skirtingas. M. Leininger pateikia tris būdus, kuriais slaugytojas gali vadovautis, priimdamas sprendimus, susijusius su tarpkultūrine slaugą:

- a) išsaugojimas ir/ar palaikymas;
- b) prisitaikymas ir/ar derėjimasis;
- c) perdarymas ir /ar sandaros pakeitimas.

Šie trys būdai iš esmės veikia slaugytojo gebėjimą teikti individo ar grupių kultūrą atitinkančias slaugos paslaugas ir skatina slaugytojo kultūrinės kompetencijos puoselėjimą.

Pagrindinių slaugos paradigmos konceptų apibrėžimas

Individas – klientas yra kultūrinė būtybė, suvokianti sveikatą, ligą, priežiūrą, gydymą, priklausomybę ir nepriklausomybę ir skirtumus tarp jų. Socialinė padėtis, pasaulėžiūra ir vertybės yra susijusios su jų kultūra.

Aplinka apibrėžiama kaip socialinė struktūra, kurią sudaro tarpusavyje susijusios ir priklausomos visuomenės sistemos, kurių funkcionavimą sąlygoja: politikos, ekonomikos, švietimo, technologijų, religijos ir kultūros sistemos.

Sveikata ir liga – jų suvokimas priklauso nuo kultūros, todėl negali būti apibrėžiamos universaliai. Leininger teigia, kad sveikatą galima apibūdinti kaip gerovės būseną, kuri pagrįsta kultūra, vertybėmis ir sudaro galimybes individui ir grupėms gyventi kasdienį gyvenimą pagal savo kultūrinius ypatumus.

Slauga – tai humanistinė profesija, pagrįsta mokslu. Jos tikslas: padėti, paremti, palengvinti ar įgalinti individus ar grupes atgauti ar išlaikyti jų sveikatą tokiu būdu, kuris atitiktų jų kultūrą, arba padėti žmonėms numirti.

Tarpkultūrinės slaugos teorijos konceptų apibrėžimas

Kultūra – vertybės, nuostatos, normos ir gyvenimo būdas, apsprendžiantis mąstymą, sprendimus ir veikimo būdus, būdingus tam tikrai žmonių grupei.

Kultūrinė priežiūra – kognityviškai žinomos vertybės, nuostato, gyvenimo būdas, kurie padeda, paremia ar suteikia galimybę kitam individui ar grupei palaikyti gerovę, pagerinti gyvenimo kokybę ar susitaikyti su liga, negalia ar mirtimi.

Kultūrinės priežiūros įvairovė – prasmės, būdų, vertybių, gyvenimo būdų, ar priežiūros simbolių, kurie yra įgyti kultūriškai dėl žmogaus sveikatos ar būklės pagerinimo, nepastovumas (kintamumas).

Kultūrinės priežiūros universalumas – bendras, panašus ar vienodas priežiūros supratimas ir jos būdai, vertybės, gyvenimo būdai ar simboliai, kurie susiformavo kultūroje ir skirti sveikatai ar žmogaus būklei pagerinti.

Kultūrą atitinkanti priežiūra – padedanti, paremianti, įgalinanti veikti ar priimti sprendimus, kurie tiktų individo, grupių ar institucijos vertybėms, nuostatoms ir gyvenimo būdui.

Pagrindinės prielaidos

1. Priežiūra (angl. *care*) yra slaugos esmė.
2. Priežiūra yra esminis gerovės, sveikatos, gijimo dalykas, apsprendžiantis išlikimą, jėgų atgavimą ar mirtį.
3. Kultūrinė slauga holistinė slauga (žinoti, paaiškinti, interpretuoti ir numatyti slaugos veiksmus, atsižvelgiant į kultūrinius ypatumus).
4. Slauga yra tarpkultūrinė, humanistinė ir mokslinė priežiūra, dalykas ir profesija, kurios pagrindinis tikslas yra žmogaus pasaulėžiūros išsaugojimas.
5. Priežiūra yra būtina gydymo sveikimo dalis. Negali būti gydymo be slaugos.

6. Kultūrinės priežiūros konceptai, reikšmės, išraiška, priežiūros formos įvairiose pasaulio kultūrose yra skirtingi (įvairovė) ir panašūs (nukreipti į bendrumus ar universalumą).

7. Kiekvienoje kultūroje gali būti bendrų žmonėms ir vietinių žinių apie priežiūrą ir jos teikimą supratimas, nesutampantis tarpkultūrine prasme.

8. Kultūrinės priežiūros vertybes, įsitikinimus ir praktiką veikia ir nukreipia būtent tos kultūros pasaulėžiūra, kalba, religija, giminystė (bendruomeninė), politika, ekonomika, technologijos, etno istorija, ir aplinkos kontekstas.

9. Naudinga, sveika ir atsižvelgiant į kultūrą slaugos priežiūra prisideda prie individo, šeimos, grupių ir bendruomenės gerovės aplinkos kontekste.

10. Atitinkanti kultūrą slauga gali atsirasti tik tada, kai slaugytojas žino apie individo, šeimos, grupių ir bendruomenės kultūrinius ypatumus ir slaugo atsižvelgdamas į juos.

11. Kiekvienoje pasaulio kultūroje egzistuoja kultūrinės priežiūros skirtumai ir panašumai tarp profesionalių priežiūros teikėjų ir klientų – tos priežiūros gavėjų.

12. Jeigu slaugoma neatsižvelgiant į kultūrinius priežiūros gavėjų ypatumus, gali atsirasti kultūrinio konflikto požymių, stresas, etinės ir moralinės problemos.

Slaugytojas turi išsamiai, holistiškai įvertinti kliento kultūrinius jautrumą, susijusį su: bendravimu, kalba, giminystės ryšiais, lytine orientacija, užsiėmimu, pajėgumu/nepajėgumu, amžiumi, socialine – ekonomine padėtimi, tarpusavio ryšiais, išvaizda, apranga, naudojimusi asmenine laisve, maitinimusi. Trys ypatumai, kurie padeda slaugos intervencijas atlikti kultūriškai tinkamu būdu yra: priežiūra ir jos palaikymas; kultūrinės priežiūros įgyvendinimas ir derymas; kultūrinės priežiūros restruktūrizavimas (Leininger M., 1993). M. Leininger teorijos pritaikymas praktikoje padeda slaugyti pacientus, atsižvelgiant į jų kultūrinius savitumus.

Nola J. Pender Sveikatos puoselėjimo modelis

Nola J. Pender savo teorinį modelį pirmą kartą paskelbė 1982 m. Kurdamą Sveikatos puoselėjimo modelį, ji pasinaudojo tikėjimo – vertybių teorija ir socialine kognityvine teorija, jas pritaikydama slaugai. Vėliau teorija buvo tobulinama iki pat 1996 m. Ši teorija, kaip ir M. Leininger, priskiriama prie aukšto lygio vidutinių teorijų.

Modelio prielaidos ir teoriniai teiginiai

Sveikatos puoselėjimo modelis buvo pasiūlytas kaip rėmai mokslo apie žmogaus elgesį ir slaugos integracijai. Modelis gali būti naudojamas kaip vadovas siekiant atskleisti biopsichosocialinius procesus, kurie motyvuoja individus tobulinti savo sveikatą. Šį modelį naudoja ir slaugos mokslininkai, analizuodami sveikatą puoselėjantį gyvenimo būdą ir specifinį elgesį. Slaugos tikslą N. J. Pender apibrėžia kaip optimalią individo sveikatą. Šį modelį ji pradėjo kurti studijuodama, kaip individai

priima sprendimus, susijusius su jų sveikata. Pender teigia, kad optimalios sveikatos puoselėjimas pakeičia ligų profilaktiką.

Prielaidos:

1. Asmenys siekia susikurti tokį gyvenimą, kurį gyvendami galėtų maksimaliai išreikšti savo unikalų sveikatos potencialą.
2. Asmenys stengiasi pasiekti laukiamą pusiausvyrą tarp pokyčių ir stabilumo.
3. Asmenys sugeba įsivertinti savo žinias ir kompetenciją.
4. Individai aktyviai siekia reguliuoti savo elgesį.
5. Individai visa savo biopsichosocialine savastimi sąveikauja su aplinka, ją keisdami ir veikiami aplinkos.
6. Sveikatos specialistai sudaro dalį asmens aplinkos, ir stengiasi paveikti asmenis visą jų gyvenimą.
7. Elgesio pasikeitimas priklauso nuo asmens – aplinkos pertvarkymo, kurį inicijuoja pats asmuo.

Teoriniai teiginiai:

- ankstesnis elgesys (paveldėtas ir įgytas) paveikia elgesį ir emocijas, suformuodamas sveikatą puoselėjantį elgesį;
- asmenys įsipareigoja elgtis patraukliai, tikėdamiesi gauti privilegijų;
- pastebėti barjerai gali suvaržyti veiksmų įsipareigojimus;
- pozityvus elgesys apsprendžia pozityvų efektą;
- kai su elgesiu yra susijusios pozityvios emocijos, įsipareigojimų vykdymo tikimybė padidėja;
- asmenys labiau puoselėja savo sveikatą, jeigu yra palaikomi artimųjų;
- šeimos, bendraamžiai, sveikatos specialistai yra svarbūs resursai, galintys daryti gerą ar blogą poveikį sveikatą puoselėjančiam elgesiui;
- išorinės aplinkos situacijos taip pat gali daryti tokį poveikį;
- sveikatą puoselėjantis elgesys nuolat kinta.

Žmonių sveika nuolat rūpinasi sveikatos priežiūros tarnybos. Galima teigti, kad įvairaus amžiaus žmonės turi naudoti iš sveikatos priežiūros. Slaugytojai gali taikyti sveikatą puoselėjančias intervencijas individams, grupėms, šeimoms, taip pat mokyklose, slaugos centruose, ligoninėse ir bendruomenėje. Slaugytojai turi skatinti klientų savirūpą, mokyti juos pasirūpinti savo sveikata ir ją puoselėti.

Daugiau apie šią teoriją galima sužinoti: <http://www.nursing.umich.edu/faculty/pender-nola.html>.

Sinergijos modelis

Pacientų slaugos Sinergijos modelis yra sąlyginai naujas. Žodis „sinergija“ reiškia vienalaikį (bendrą) skirtingų, bet vienakrypčių priemonių veikimą – šiuo atveju tai paciento ir slaugytojo. Modelis atsirado 1990 m. vykstant viešai diskusijai, kurią inicijavo Amerikos Intensyvosios priežiūros draugijos nariai slaugytojai. Buvo nu-

tarta sukurti praktinei slaugai skirtą konceptualųjį modelį. Šis modelis buvo koreguojamas ir nuo 2005 m. naudojamas atestuojamiems slaugytojams egzaminuoti. Sinergijos modelio tikslas yra išryškinti slaugytojų indėlį, veiklą, rezultatus, slaugant kritinės būklės pacientus, optimizuojant jų slaugos rezultatus. Modelyje identifiкуojami aštuoni pagrindiniai kritinės būklės paciento poreikiai arba charakteristikos ir aštuonios slaugytojo kompetencijos, kurios yra būtinos slaugant kritinės būklės pacientus.

Paciento charakteristikos:

- 1) sugebėjimas greitai atgauti jėgas;
- 2) pažeidžiamumas;
- 3) tvirtumas;
- 4) sudėtingumas;
- 5) turėjimas resursų;
- 6) dalyvavimas priežiūroje;
- 7) dalyvavimas priimant sprendimus;
- 8) nuspėjamumas.

Slaugytojo kompetencijos:

- 1) klinikinis įvertinimas;
- 2) klinikinis tyrimas;
- 3) gebėjimas mokyti;
- 4) bendradarbiavimas;
- 5) sisteminis mąstymas;
- 6) gynimas ir tarpininkavimas;
- 7) priežiūros įgūdžiai;
- 8) reagavimo įvairovė.

Pagal šį modelį kiekvienas pacientas turi unikalų charakteristikų rinkinį. Iš daugybės unikalių charakteristikų slaugytojas vertina dažniausiai pasitaikančias charakteristikas (poreikius). Slaugytojo kompetencijos parodo, kaip žinios, įgūdžiai ir praktinė patirtis yra integruojama į paciento slaugą (Ewen M., Wills E., 2011).

Sinergijos modelyje apibūdinami trys siekiamų rezultatų lygiai – susiję su pacientu, su slaugytoju ir sistema. Paciento siekiami rezultatai apima elgesio pokyčius, pasitikėjimą, pasitenkinimą, komfortą ir gyvenimo kokybę. Slaugytojo siekiami rezultatai apima psichologinius pokyčius, esančias ir būsimas komplikacijas ir kiek, kokia apimtimi priežiūros tikslai pasiekti. Sistemos rezultatus apima recidyvizmas, kaštai ir resursų panaudojimas.

Paciento slaugos rezultatai priklausys nuo to, ar yra sinergija tarp paciento charakteristikų (poreikių) ir slaugytojo kompetencijų, ar jie suderinti vienas su kitu. Sinergijos modelis gali būti taikomas slaugytojų ugdyme ir moksle. Modelis yra patikrintas slaugos praktikoje. Jis tinka ne tik suaugusiųjų, bet ir vaikų slaugai.

Mishel Nežinomybės ligoje teorija

M. H. Mishel Nežinomybės konceptą pradėjo nagrinėti 1980 m., kai ji nusprendė paaiškinti stresą, susijusį su hospitalizacija. M. H. Mishel sukūrė nežinomybės ligoje skalę, siekdama geriau išnagrinėti konceptą ir nuo to laiko jos modelis ir instrumentas buvo naudojamas daugelyje mokslinių tyrimų. 1990 m. M. H. Mishel paskutinį kartą patikslino savo modelį (Mishel M. H., 1990). Nežinomybės ligoje teorija priskiriama mažo vidutinio lygio teorijoms.

Pagal M. H. Mishel Nežinomybės ligoje teorija paaiškina kaip veikia kliento kognityviniai procesai, ligos atveju. Į nežinomybę žiūrima kaip nesugebėjimą kons-

truoti prasmę ligos atveju. Ji gali atsirasti, jeigu asmuo nesusiformuoja tam tikros ligos atvejo schemos. M. H. Mishel apibūdino „stimulų rėmų“ konceptus (simptomai, atvejo žinojimas, atvejo kongruencija – sutapimas, „kognityviniai gebėjimai“ ir „struktūros tiekėjai“ (patikimi autoritetai, socialinė parama, mokymas), kurie gali vesti prie nežinomybės. Kiti konceptai, kaip įvertinimas, išvadų darymas, iliuzijos ir galimybės, taip pat ir įveikos (susidorojimo) mechanizmas gali vesti prie adaptacijos.

Nežinomybės ligoje teorija paaiškina, kaip su liga susiję stimulai yra veikiami individo kognityvinių procesų ir kaip jie konstruoja ligos prasmę (angl. *meaning*). Adaptacija šioje teorijoje yra kaip pageidaujama pabaiga, įveikus nežinomybę. Slaugytojai turi veikti asmens kognityvinius procesus, susijusius su nežinomybe. Tinkamai parinktos slaugos intervencijos padės kurti pozityvų asmens susidorojimą su nežinomybe ir adaptaciją.

Teorijos kūrimo ir tobulinimo procese M. H. Mishel kartu konstravo ir tyrimo instrumentus teorijai patikrinti (Suaugusiųjų nežinomybės ligoje skalė; Suaugusiųjų nežinomybės ligoje skalė – bendruomenės forma; Tėvų suvokimo nežinomybės ligoje skalė ir Tėvų suvokimo nežinomybės ligoje skalė – šeimos nariui).

Nežinomybės ligoje modelis yra naudojamas, atliekant slaugos mokslinius tyrimus ir slaugos praktikoje. Moksliniai tyrimai, atlikti naudojant M. H. Mishel sukurtus instrumentus, parodė, kad nežinomybė ligos atveju stipriai paveikia asmens gerovę, sukelia emocinį sielvartą.

Kolcaba komforto teorija

K. I. Kolcaba teorijos kūrimo pradžia buvo komforto koncepto analizė dar jos studijų metais. Vėliau pradėjo konstruoti teoriją, kurią paskelbė 1994 m. Teorija priskiriama vidutinio lygio vidutinėms teorijoms.

„Komfortą“ K. I. Kolcaba apibrėžė kaip pagrindinių žmogaus poreikių patenkinimą (aktyviai, pasyviai ar veikiant kartu), siekiant palengvinti, sumažinti kylantį stresą, susijusį su asmens sveikata. Ji aiškina, kad kliento poreikiai atsiranda dėl stimulų poveikio, kuris gali būti negatyvios įtampos priežastimi. Negatyvią įtampą pakeisti pozityvia galima suteikiant asmeniui komfortą. Komfortas gali būti suprantamas kaip priežiūros veiksmai, kurie gali sustiprinti ar palengvinti asmens pastangas būti sveikam, pagerinti jo elgesį, susijusį su sveikata (Kolcaba K., Tilton C. & Drouin C., 2006).

K. I. Kolcaba teigia, kad jei komfortas yra pasiektas, tai sustiprina paciento, šeimos narių ir (arba) slaugytojų pastangas elgtis taip, kad komfortas ir toliau išliktų.

Pagrindiniai teorijos konceptai yra: komfortas, komforto priežiūra, komforto matas, komforto poreikiai, siekiantis sveikatos elgesys, intervencijų reguliavimas, kurie atsispindi teorijos teiginiuose. Jie yra aštuoni:

1. Slaugytojai ir sveikatos priežiūros komandos nariai identifikuoja paciento ir jo šeimos narių komforto poreikius.

2. Slaugytojai parenka ir koordinuoja su komfortu susijusias priežiūros intervencijas.

3. Intervencijos reguliuojamos, kai yra suprojektuotos.

4. Kai intervencijos yra atliktos ir jos yra efektyvios, komforto tikslas pasiektas.

5. Pacientai, slaugytojai ir kiti sveikatos priežiūros komandos nariai sutaria, koks turi būti sveikatos siekiantis elgesys.

6. Jeigu komfortas pasiektas, pacientai, šeimos nariai ir (arba) slaugytojai labiau stengiasi, kad komfortas ir toliau išliktų.

7. Kai pacientai ir jų šeimos nariai domisi sveikatos siekiančiu elgesiu, jie labiau patenkinti sveikatos priežiūra ir pasiekia aukštesnių tikslų stiprinant sveikatą.

8. Kai pacientai, jų šeimos nariai ir slaugytojai yra patenkinti institucijos teikiama sveikatos priežiūra, tai padeda institucijai išlikti perspektyvia ir klestinčia.

K. I. Kolcaba teigia, kad Komforto teorija galima vadovautis, organizuojant įrodymais pagrįstą holistinę slaugos praktiką. Ji mano, kad pacientai stresinėse sveikatos priežiūros situacijose turi komforto poreikių, kuriuos nustato slaugytojas ir parenka atitinkamas slaugos intervencijas (fazines, psichologines—dvasines, socialines ir aplinką veikiančias). Komforto siekiantys rezultatai turi būti pamatuojami, holistiniai, pozityvūs.

K. I. Kolcaba teorijos patikrinimui sukūrė Pagrindinį komforto klausimyną iš 48 klausimų pagal Likerto skalę, vėliau – 28 klausimų klausimyną ir analoginę skalę, kurie naudojami komforto moksliniuose tyrimuose.

Daugiau apie K. I. Kolcaba teoriją galima sužinoti <http://www.thecomofortline.com>.

Eakes, Burke ir Hainswort Lėtinio liūdesio teorija

Lėtinio liūdesio koncepto tyrinėjimas prasidėjo 1960 m., kai teorijos autoriai aprašė tėvų, auginančių vaikus su psichine negalia, sielvartą. Vėlesni tyrimai parodė, kad šie tėvai patiria lėtinį liūdesį. Dar vėliau šis konceptas buvo taikomas ir tokiais atvejais, kai individas ir jo šeima patiria įvairias netektis. Vidutinė žemo lygio Lėtinio liūdesio teorija buvo paskelbta 1998 m. Ši teorija indukcijos būdu buvo išvesta iš įvairių mokslinių studijų apie sielvartą ir liūdesį

Lėtinį liūdesį teorijos autoriai apibūdina kaip periodiškai pasikartojantį, ilgalaiį, persismelkiantį nusiminimą ar kitokią širdgėlą dėl reikšmingos netekties (Burke M. L., Eakes G. G. & Hainsworth M. A., 1999). Jis plinta ir progresuoja. Asmuo visada nusimena ar liūdi, kai situacijos pabaiga yra nenuspėjama. Nusiminimas ar liūdesys yra ciklinis arba pasikartojantis ir sukelia mintis apie netektį, nusivylimą ar baimę. Ankstesnė netekčių patirtis prisideda prie esamos netekties. Visos netektys turi nenuspėjamą pabaigą. Individo realybė skiriasi nuo idealizuojamos, tai yra

nesuderinamumas. Žiaurūs atvejai (aplinkybės, negatyvios sąlygos dėl netekties) pa-sunkina nesuderinamumą.

Teorijos paskirtis – padėti išanalizuoti individo reagavimą į lėtinę ligą, prie-žiūrą, vaiko ar kitą svarbią netektį. Slaugytojai į liūdesį netekties atveju turi žiūrėti kaip į normalią organizmo reakciją. Jie turi paremti liūdinčius asmenis, taikyti po-zityvios liūdesio įveikos strategijas, rūpintis asmenų komfortu, būti empatiškais ir paslaugiais. Lėtinio paciento liūdesio atveju slaugytojas turi rasti laiko jį išklausti, pasiūlyti savo paramą, suteikti informaciją jam suprantamu būdu, nuraminti, atsi-žvelgdamas į tai, kad kiekvienas asmuo yra unikalus individas, todėl jo slauga turi būti individualizuota.

G. G. Eakes ir kt. teorija kaip konceptualūs rėmai buvo panaudota įvairiuose slaugos moksliniuose tyrimuose.

Kartojimo klausimai ir užduotys

1. Apibūdinkite vidutinio dydžio slaugos teorijas, jų skirstymą.
2. Išvardinkite pagrindinius M. Leininger Kultūrinės priežiūros įvairovės ir universalumo teorijos prielaidas. Suraskite interneto svetaines apie Leininger teoriją (naudokite šiuos reikšminius žodžius: Madeleine Leininger; *cultural care*; *diversity*; *transcultural nursing care*).
3. Paaškindite, kuo ypatingi yra Pender Sveikatos puoselėjimo modelyje pa-teikti slaugos tikslai ir veiksmai?
4. Apibūdinkite Sinergijos modelį.
5. Kokiai vidutinio dydžio teorijų grupei priskiriama Mishel Nežinomybės ligoje teorija ir kodėl?
6. Kokiais būdais galima pasiekti paciento komforto?
7. Kas sukūrė Lėtinio liūdesio teoriją? Kam ji skirta?

Apibendrinant vidutinio dydžio slaugos teorijas, pažymėtina, kad šios grupės te-orijos pasižymi didele įvairove. Jos yra konkretesnės, lyginant su grindžiamosiomis/di-džiosiomis teorijomis. Vidutinio dydžio slaugos teorijos dažniausiai nagrinėja konkrečių fenomenų/reiškinį. Šios teorijos yra trijų lygių – aukšto, vidutinio ir žemo lygio, atsižvel-giant į teorijų abstraktumą ir specifiškumą. Vidutinio lygio teorijos taikomos praktinėje slaugoje, siekiant paašškinti slaugos intervencijas, jos yra naudojamos slaugos moksl-i-niuose tyrimuose – kaip rėmai.

V TEMA. KITŲ MOKSLŲ TEORIJOS, NAUDOJAMOS SLAUGOJE

Tikslas: temos studijos suteiks galimybę:

- Įgyti žinių apie kitų mokslų teorijas, naudojamas slaugoje.
- Suprasti šių teorijų taikymo slaugoje tikslus ir galimybes.

Teorijos iš sociologijos mokslų

Istoriškai slauga visada rūpinosi visuomenės poreikiais. Pirmosios slaugytojos, tokios kaip F. Nightingale, Barton, Wald, Sanger buvo aktyvios visuomenininkės. Jos rūpinosi didelių žmonių grupių socialiniais reikalais, sveikata, infekcijų profilaktika. Slaugytojoms reikėjo suvokti visuomenėje vykstančius procesus, individo vietą toje visuomenėje ir santykius su ja. Tokiu būdu slaugytojai studijavo sociologines teorijas ir taikė jas slaugos praktikoje, moksle, administracijoje ir mokyme. Tai socialinių mainų, interakcijos ir konfliktų teorijos. Kitų mokslų teorijos, naudojamos slaugoje kartais vadinamos „pasiskolintomis“ teorijomis.

Socialinių mainų teorijos paremtos utilitaristine filosofija. Utilitarizmas atsirado apie XVIII a. pab. – XIX a. viduryje. Tai moralės teorijos ir klasikinės ekonomikos teorijos junginys. „Didžiausias gėris kuo didesniai skaičiui žmonių“ – tai utilitarizmo teiginys. Iš ekonomikos teorijos paimti pagrindiniai trys teiginiai:

- 1) Individai yra motyvuoti siekti tikslo;
- 2) Žmonės lyg pirkdami parduotuvėje yra linkę viską apskaičiuoti, įvertinti alternatyvius sprendimo variantus;
- 3) Individai yra linkę racionaliai pasirinkti tokius veiksmus, kurie maksimaliai padidintų jų naudą.

Utilitaristinė filosofija atsispindi moderniosiose mainų teorijose. Utilitarizmo principai buvo panaudoti aiškinant sąveiką tarp žmonių socialiniame kontekste.

Turner Socialinių mainų teorija

Savo teoriją Turner paskelbė 2003 m. Pagrindiniai teorijos teiginiai yra šie:

Žmonės nesiekia didesnės naudos, bet dažniausiai jie gauna naudos sąveikaudami su kitais.

Žmonės nėra labai racionalūs, tačiau sąveikaudami su kitais pradeda skaičiuoti naudą.

Žmonės neturi pakankamai informacijos apie įvairias alternatyvas, tačiau dažniausiai yra pasirengę jomis pasinaudoti skaičiuodami savo gaunamą naudą.

Žmonės dažniausiai veikia apsupti įvairių apribojimų, bet vis tiek konkuruoja vienas su kitu siekdami naudos iš tarpusavio santykių.

Žmonės dažniausiai siekia gauti naudos iš tarpusavio sąveikos, bet yra apriboti resursų, kuriuos turi pradėdami tarpusavio ryšius.

Žmonės įsitraukia į ekonominę tarpusavio sąveiką ir aiškiai apibrėžia „prekybos vietą“ visuomenėje, bet ši tarpusavio sąveika yra tik specialus atvejis didesnių santykių pasikeitimų, kurie kyla tarp individų socialiniame kontekste.

Žmonės vaikosi materialinių tikslų, bet jie taip pat mobilizuoja ir pasikeičia nematerialiniais resursais, tokiais kaip jausmai, paslaugos ir simboliai.

Socialinių mainų teorijos atsirado JAV sociologijoje apie 1960 m. Šios teorijos skirstomos į dvi pagrindines grupes: socialinės ir psichologinės individų motyvacijos. Socialinių mainų teorijos gali būti naudojamos kaip rėmai kuriant slaugos teorijas, pvz., tas, kuriose nagrinėjama slaugytojo ir paciento tarpusavio sąveika (sąveikos teorijose). Mainų teorijos naudojamos slaugos tyrimuose kaip struktūra.

Vaidmenų teorijos

Asmenybė, kaip socialinė būtybė, prasideda nuo klausimų:

- a) kas aš esu žmonių pasaulyje?;
- b) kuo aš noriu tapti?;
- c) ką man duos vienas ar kitas pasirinkimas?

Taip atsiranda ir yra realizuojamas siekis įtvirtinti save vienoje ar kitoje socialinėje pozicijoje – socialiniame statuse. *Statuso* ir *vaidmens* sąvokos yra labai susijusios tarpusavyje. Vaidmuo yra dinamiška charakteristika, apsprendžianti tai, kaip turi elgtis žmogus, esantis viename ar kitame statuse. Socialinis statusas/vaidmuo turi savo nominacijas, pvz., slaugytojas, gydytojas, pardavėjas ir pan. Statusas ir vaidmuo yra susiję su funkcijomis. Vaidmenys yra taisyklės, kurios reguliuoja mūsų elgesį. Vaidmenis ir taisyklės įsisavina socializacijos procese, kuris vyksta visą gyvenimą. Socializacijos ir vaidmenų problemą aiškina trys pagrindinės teorijos: vaidmens mokymosi (angl. *role-learning*), simbolinio interakcionizmo ir psichoanalitinė teorija. ***Vaidmens mokymosi teorija*** yra išplėtotą mokslininkų, kurie priskiriami struktūrinio funkcionalizmo mokyklai sociologijoje.

Socialiniai vaidmenys yra socialiniai faktai, jie yra kultūriškai sąlygoti, ir žmonės socializuojasi, prisiima šiuos vaidmenis, siekdami atlikti visuomenėje priimtas normas ir aplinkinių lūkesčius. Vaidmenų teorija atspindi socialinę situaciją kaip tam tikrą tikrovę, dėl kurios susitaria tie, kurie joje dalyvauja apibrėždami situaciją. Iš dalyvaujančio individo reikalaujama atitinkamų reakcijų į tam tikrus lūkesčius. Vaidmenį galima apibrėžti kaip tipišką reakciją į tipiškus lūkesčius. Vaidmuo pateikia šablono, pagal kurį žmogus turi veikti konkrečioje situacijoje. Visuomenėje, kaip teatre, vaidmenys skiriasi tuo, kaip tiksliai yra pateikiami nurodymai aktoriui. Vaidmuo apima tam tikrą veiklą, emocijas ir nuostatas, kurios susijusios su ta veikla. Dažniausiai žmogus tampa tuo, ką vaidina. Kiekvienas vaidmuo visuomenėje susietas su tam tikru identitetu. Identitetas yra socialiai įgyjamas, palaikomas ir so-

cialiai transformuojamas. Sociologas Mead atskleidžia teoriją, kurioje savasis „aš“ ir „visuomenė“ yra dvi tos pačios monetos pusės. Iš to seka, kad identitetas įgyjamas socialinio pažinimo veiksmis.

Vaidmuo yra tam tikros teisės, pareigos ir elgesio normos, siejamos su tam tikra padėtimi. Vaidmuo yra elgesys, kurio tikimasi iš žmogaus, užimančio tam tikrą statusą (padėtį) visuomenėje.

Simbolinio interakcionizmo teorija teigia, kad asmenybė formuojasi kaip socialinių interakcijų rezultatas. Asmenybė yra konstruojama šių sąveikų metu. Socializacijos procesas labai priklauso nuo to, kokiose situacijose žmonės atsiduria, ir tas socializacijos procesas trunka visą gyvenimą.

Psichoanalitinė teorija žmonių elgesį aiškina per sąmonės ir pasąmonės santykį. Psichoanalitinė teorija ypatingą reikšmę teikia pasąmoniniams emociniams pirminės socializacijos faktoriams. Freud teikė ypatingą reikšmę seksualiniams, kūniškiesiems faktoriams socializacijos procese.

Konceptas „vaidmuo“ yra kilęs iš teatro ir susijęs elgesio vaidmenimis, būdingais tokioms socialinės grupėms kaip šeima ir visuomenė. Kiekvienas žmogus turi savo statusą ir savo vaidmenį. Socialinę žmogaus padėtį apibūdina tokios charakteristikos kaip klasės (pvz., neturtingųjų, vidurinioji, pasiturinčiųjų) ir pagal rasinę ar etninę priklausomybę ar pagal išsilavinimą ir kt.

Socialinės struktūros yra visuose statusuose. Pvz., moteris–slaugytoja turi keletą statusų: kvalifikuoto personalo, mamos, žmonos, lietuvės.

Vaidmenų įtampa arba stresas yra subjektyvus patyrimas, pasireiškiantis tokio- mis savybėmis, kaip vaidmens garbingumas, vaidmenų nesuderinamumas, vaidmenų perkrova, vaidmenų konfliktas. Neteisingas vaidmenų pasireiškimas gali sukelti dviprasmiškumą (pvz., slaugytoja, vykdanči laikinas vyriausios slaugytojos užduotis, nors nėra tam parengta).

Vaidmenų nesuderinamumas gali atsirasti, kai vaidmenys prieštarauja individo vertybėms ir savivokai (pvz., skyriaus slaugytoja, kuri pacientų gerbiama dėl priežiūros ir paramos kokybės, yra vadovybės skatinama tapti prievaizdu ir turi „karpyti algas“). Kartais slaugytojo vaidmuo gali būti perkrautas, jei tuo pačiu metu jis bus keliuose statusuose.

Individai, kurie atlieka keletą vaidmenų, ypač konfrontuojančių, gali patirti vaidmenų konfliktą.

Struktūrinė vaidmenų teorija

Tarpusavio sąveikoje žmonės apibūdinami kaip esantys panašios struktūros. Individai–aktoriai laikosi visuomenėje pripažintų normų, atitinkančių jų statuso ar vaidmens pareigas. Atlikdami savo vaidmenis žmonės ugdosi individualius savo sąveikos su kitais stilius. Struktūrinių vaidmenų teorijos kūrėjai teigia, kad individai daugiausia laiko praleidžia toje pačioje grupėje. Individas dalyvauja tokioje grupėje,

kuri padėtų apibrėžti jo asmeninį elgesį, nuostatas ir vertybes, būdingas tai grupei (vadinamai rekomendacijų grupei). Jos įtaka jaučiama ir tada, kai individas nėra toje grupėje tuo metu, nes grupės normos ir vertybės jau yra įsisavintos. Tokias įsisavintas normas individas naudoja ir vertindamas kitų elgesį. Pavyzdžiui, tokia rekomendacijų grupė slaugos studentams yra profesionalios slaugytojos. Rekomendacijų grupės gali būti pozityvios ir negatyvios, priklausomai nuo to, kokių elgesio modelių įsisavino savo grupėje. Vaidmenų teorijos naudingos slaugoje atliekant mokslinius tyrimus, pvz., tiriant slaugytojų pasitenkinimą darbu.

Konfliktų teorija

Konfliktų teorinio požiūrio esmė – rungtyniavimas tarp individų ar grupių. Daroma prielaida, kad tarpusavio sąveika tarp žmonių – potencialus konflikto elementų įsikūnijimas. Tyrinėtojai, kurie pritaria socialinių mainų koncepcijai, tiki, kad tarpusavio sąveiką valdo abipusiškumo ir sąžiningumo normos. Šių principų nesilaikymas sukelia konfliktus. Iš konflikto perspektyvos žiūrint į žmonių tarpusavio sąveiką, pastebėta, kad ji vyksta žaidimo principu – viena pusė laimi, kita yra išnaudojama, pralaimi (arba gali laimėti abi kartu).

Sprey konfliktų teorijoje teigiama:

1. Žmonės orientuoti į save ir todėl linkę, kai jiems atrodo reikalinga, paisyti savo interesų kitų sąskaita. Kai jie susiduria su pasirinkimu tikro ar įsivaizduojamo trūkumo sąlygomis, žmonės linkę pasirinkti greičiau savo interesus, negu kitų.
2. Žmonių aplinka yra simbolinė, susidedanti iš žmonių sukurtų idėjų ir simbolių. Todėl žmonės tikisi pasiekti ir siekia simbolių aukštumų. Nėra ribų žmonių troškimui tokių simbolių dalykų, kaip valdžia, prestižas, privilegijos. Prieštaravimas, išskylantis tarp vilčių ir jų pasiekimo galimybių yra nuolatinis konflikto šaltinis.
3. Rungtyniavimas būdingas beveik kiekvienam socialiniam ryšiui. Rungtyniavimas apibrėžiamas kaip situacija, kurioje vienos pusės laimėjimai yra susieti su kitos pralaimėjimais. Žmonės ne visuomet įsisąmonina savo santykių konkurencinį aspektą, kadangi rungtyniavimą tarpusavyje dažnai kompensuoja laimėjimu (apdovanojimu), iš kooperacijos formuojant sąjungas prieš pašalinius. Pavyzdžiui, vyras ir žmona gali neįsisąmoninti tarpusavio konflikto, nes nauda iš kooperacijos kompensuoja šio rungtyniavimo kainą. Tai nereiškia, kad jų santykiuose nėra konkurencijos, tai tik reiškia, kad pora nėra to atvirai įsisąmoninusi.

Visuomenė yra sistema, sudaryta iš savitarpio priklausomų ir daugiausiai harmoningų dalių, sujungtų į visumą. Visuomenėje egzistuojančios kultūrinės vertybės ir tikslai (sutarus bendrai) apima socialinę integraciją. Veikdama kartu visuomenė yra stabili ir adaptuojasi prie pokyčių, bet atskirų individų požiūris gali skirtis. Tas pats socialinis fenomenas gali būti matomas kaip palaikantis sistemos pusiausvyrą arba sukeliantis konfliktus. Jie gali kilti tarp atskirų grupių (pvz., tarp socialinių

grupei, rasių, neįgaliųjų, smurtaujančiųjų ir t. t.). Individo rehabilitacija po konflikto yra tarsi simptominis sergančiojo gydymas.

Pagal konfliktų teoriją, socialinių problemų priežastys yra valstybės struktūros viduje. Šiuolaikinės konfliktų teorijos – Marx klasių teorijos modifikacija. Marx visų pirma domėjosi tarpklasiniiais santykiais kapitalistinėje visuomenėje. Jis teigė, kad kapitalizmas supriešino produkcijos savininkų (buržuazijos) interesus su darbininkų (proletariato) interesais. Konfliktas iškyla todėl, kad kai kurie visuomenės nariai (žemės, gamyklų savininkai) gali parduoti maistą ir pagamintus daiktus, o kiti nariai (darbininkai) gali parduoti tik savo darbą. Kai savininkas parduoda produktus ir daiktus, jis gauna daugiau, nei kainuoja juos pagaminti, jis gauna pelną. Tuo tarpu darbininkas negali turėti pelno, nes jis gali parduoti tik savo darbą. Marx tikėjo, kad visa kapitalistinė sistema – teisė, menas, švietimas ir šeima – palaiko valdančiosios buržuazijos idėjas. Santykius tarp vyro ir žmonos jis lygino su santykiais tarp šeiminių ir darbininkų. Marx mokinys Engels apibūdino monogamiją kaip prievartą žmonoms parsiuduoti savo vyrams – parduoti savo seksualinį ir namų ūkio darbą (nes tai yra viskas, ką jos gali parduoti) už minimalų aprūpinimą ir saugumą.

Kiekvienas konfliktas kelia įtampą. Tačiau drauge su tuo, kiekvienas konfliktas yra įtampos tarp socialinių subjektų sprendimo būdas. Nors kasdienėse situacijose žodis „konfliktas“ žadina neigiamas emocijas ir laikomas netinkamu, negeru reiškiniu, kelia socialinę įtampą, tačiau ji konflikto metu teoriniu požiūriu yra teigiamas dalykas, skatinantis ieškoti sprendimo. Todėl konfliktas pagal konfliktų teoriją, yra teigiama žmonių bendrabūvio forma, skatinanti pokyčius, atsinaujinimą, galimybių raišką.

Svarbiausiais šiuolaikinės konflikto teorijos kūrėjais laikomi Coser, Dahrendorf, Mill ir kt. Skirtingai, negu Marx, kuris interesų skirtumus dažniausiai išvėlgė tarp klasių, Dahrendorf juos siejo su platesniu valdžios ir jos galios kontekstu. Dahrendorf pabrėžė, kad vienas svarbiausių jo konfliktų teorijos uždavinių – empiriškai paneigti, o paskui teoriškai pertvarkyti Marx doktriną. Jis pripažįsta, kad visuomenė negali egzistuoti be abiejų veiksmų: konflikto ir konsensuso, kurie yra kiekvienos visuomenės svarbiausios sudėtinės dalys. Dahrendorf konfliktų teorija vadinama dialektine dėl jo požiūrio į socialinę sistemą. Jis teigė, kad konfliktą sukelia pati socialinė sistema, o socialinės sistemos kitimą sąlygoja konfliktas. Coser nuomone konfliktas – tai pavojaus signalas, išpėjimas, kad visuomenės sistemoje yra problemų. Kai sistema atkreipia dėmesį į problemas, ji pati adaptuojasi ir persitvarko ir pasiruošia ateities problemų sprendimui. Coser teigia, kad tarp konflikto tikslų ir lygio egzistuoja atvirkštinis ryšys.

Feministinė teorija

Lyčių skirtumai ir subordinacija tradiciškai laikomi natūraliais ir neišvengiamais dalykais, tačiau yra nuomonė, kad lytis yra socialinis konstruktas ir turėtų būti

įteisinta subordinacija ir moterų išnaudojimas. Esminė feministinės teorijos idėja yra ta, kad moterys engiamos. Ši teorija pasirodė 1960 m., kai paplito naujas požiūris susijęs su moters padėtimi visuomenėje. Feministinė teorija buvo pavadinta „Moters subordinacija šeimoje ir kitose institucijose, turint tikslą tai pakeisti“. Feministinės teorijos yra labai įvairios:

Liberalusis feminizmas rūpinasi moterų politiniu gyvenimu ir gerove. Labiausiai žinomas šios grupės teoretikas yra Betty Friedan, kuri savo teoriją paskelbė 1963 m. Ji teigia, kad moters paslaptinumumas – tai tik sąstai, nes moteris yra savarankiška, bet ypatinga savo tradiciniu moters vaidmeniu – žmonos ir motinos. Verti dėmesio B. Friedan atlikto tyrimo apie ištekėjusias ir neištekėjusias moteris duomenys. Ji nustatė, kad ištekėjusios moterys turi daugiau sveikatos sutrikimų negu neištekėjusios.

Socialistinis (Marksistinis) feminizmas yra sukurtas 1971 m. Millet. Jos nuomone socialinė struktūra remiasi patriarchytu, o politikoje dominuoja vyriška sistema. Patriarchalinį požiūrį tokioje eroje, kai moteris yra išsilavinusi ir laisva, būtina pašalinti. Millet teigia, kad patriarchalinis dominavimas suformuotas visuomenės, todėl moteris emancipaciniais veiksmais turi atstatyti lyčių ryšius.

Kultūrinis feminizmas nagrinėja moterų skirtumus. Tai radikalus feminizmas, skelbiantis, kad gana moterims stengtis būti panašiomis į vyrus, jos turi pertvarkyti visuomenę – nuo vyriškos link moteriškos kultūros. Kitaip sakant, dominuoti visuomenėje turi moterys, ne vyrai.

Psichoanalitinis feminizmas remiasi Freudo teorija apie moterį ir seksą. Pagrindiniai teorijos autoriai yra Chodorow ir Gilligan.

Feministinė teorija ir filosofija atsispindi slaugytojų teoriniuose darbuose. Jau XIX a. F. Nightingale rašė apie lyčių vaidmenis. Jos darbuose atsispindi feministinės idėjos, kai ji kalba apie moters teisę į mokslą, profesijos įgijimą ir lytims taikomus dvigubus standartus. Vystantis slaugos mokslui, atliekant mokslinius tyrimus, feministinės teorijos ir jų konceptai buvo naudojami įvairių mokslininkų.

Daugiau apie feministines teorijas galite sužinoti:

<http://www.b-net.org/~hst203/documents/friedan1.html>;

<http://www.answers.com/topic/kate-millett>;

<http://www.answers.com/topic/chodorow-nancy>

Chaos teorija

Chaos teorijos idėjos kilo kartu su holizmo idėjomis. Ši teorija išsivystė matematikams bandant aprašyti sudėtingas gamtos struktūras – vandens sūkurius upėje, oro masių judėjimą, širdies ritmą, populiacijų augimą, kai kurias chemines reakcijas. Apie chaosą įprasta kalbėti kaip apie betvarkę, painiavą, tačiau chaoso teorija bando nustatyti, kokia tvarka slepiasi ten, kur, rodos, jos nėra; kaip būdami stipriai nutolę nuo pusiausvyros ir sąveikaudami atskiri sistemos elementai saviorganizuojasi, perėina į tvarką ir įgauna naują stabilią struktūrą. Chaoso teorija gali būti pritaikoma

daugelyje sferų. Chaoso teorija leidžia pamatyti, kaip atrodo, pavyzdžiui, tekologinės sistemos vystymosi forma.

Atraktoriai. Tam, kad pamatytume sistemos veikimo bei vystymosi formą, jos kintamieji atidedami abstrakčioje matematinėje erdvėje, o gautas vaizdas vadinamas atraktoriumi – tai, prie ko sistema yra pritraukiama (angl. *attract*), prie ko ji artėja. Yra paprastieji ir keistieji atraktoriai.

Paprastiesiems, pavyzdžiui, aprašantiems laikrodžio švytuoklės judėjimą, būdinga tai, kad nepriklausomai nuo pradinės būsenos, t. y., kokiam fazinės erdvės taške prasidės sistemos judėjimas, ji anksčiau arba vėliau įgaus tą pačią atraktoriaus formą.

Keistieji, dar kitap vadinami chaotiniai atraktoriai, atspindi chaotinių sistemų raidą. Visos gamtinės sistemos yra chaotinės, todėl ir žmogų, kaip ir jos dalį bei jo gyvenimo stilių taip pat galima priskirti chaotinėms sistemoms. Kuo skiriasi chaotinis atraktorius nuo paprastųjų? Pirmiausia tuo, kad sistema niekada neatkartoja savęs, ir kiekvienas naujas ciklas atveria vis naują trajektoriją fizinėje erdvėje. Nepaisant to, visi taškai išsidėsto ne bet kaip, o formuodami sudėtingą, organizuotą struktūrą – chaotinę atraktorių. Taigi, chaotiškas elgesys, toks, kaip jį supranta šiuolaikinis mokslas, labai skiriasi nuo netvarkos.

Chaotinių atraktorių dėka dabar galima atskirti netvarką nuo arba triukšmą nuo chaoso. Chaotinis elgesys turi tvarką, o chaotiniai atraktoriai paverčia iš pažiūros netvarkingus duomenis aiškia vizualine forma. Širdies plakimas nėra reguliarus, nes tai ne laikrodžio ritmas. Širdies veikla atitinka chaotinę sistemą ir šiuo metu chaotinių atraktorių naudojimas kardiologijoje leidžia laiku pamatyti širdies ritmo patologiją.

Fraktalai. Kadangi sudėtinga sistema niekada neatkartoja savęs ir kiekvienas naujas jos vystymosi ciklas atveria vis naują sritį fizinėje erdvėje, chaotiniai atraktoriai yra priskiriami fraktalinėms struktūroms. Fraktalai – tai objektai, kuriuose, juos didinant, išryškėja vis daugiau detalių, atkartojančių prieš tai buvusias savo formas, t. y. keičiant mastelį, formų panašumas išlieka. Čia simetrija pasireiškia keičiant mastelį. Dauguma gamtinių struktūrų yra fraktalinės: jūros kranto linija, smėlio kopos, kalnai, augalai ir t. t.

Ką ši savybė leidžia pamatyti gyvenimo stiliuje? Tai, kad žvelgiant į žmogų, matant kaip jis elgiasi įvairiose gyvenimiškose situacijose, galima pasakyti, kad taip elgiasi vienas ir tas pats žmogus. Tyrinėjant žmogaus gyvenimo stilių, pastebėta, kad žmogus elgiasi panašiai įvairiose situacijose. Gali skirtis tik išraiška, bet esmė, t. y. gyvenimo stilius, jo vaizdas, šablonas (angl. *pattern*) visur bus tas pats. Be to, fraktalinėse sistemose atsiveria begalybė, leidžianti į žmogų pažvelgti kaip į begalinę struktūrą.

Pradinės sąlygos. Dar vienas būdingas chaotinių atraktorių bruožas – jautrumas pradinėms sąlygoms. Tuo jie skiriasi nuo paprastųjų atraktorių. Labai menki pradinėjų sąlygų pakitimai gali padaryti labai didelius pokyčius tolimesniame sistemos vystymesi. Matematikai juokauja, kad šiandien Pekine suplasnojęs sparnais ir suvirpinęs orą drugelis po mėnesio gali būti Londone kilsiančios audros priežastimi. Iš čia kilo apibūdinimas „drugelio efektas“. Be to, labai arti vienas kito esantys sistemos išeities taškai visai negarantuoja panašaus tų sistemų vystymosi. Jos bėgant laikui gali labai nutolti viena nuo kitos. Kas gi yra pradinės sąlygos žmogaus gyvenime? Ar tai pastojimo, gimimo momentai, o gal diena, kai tėvai sutiko vienas kitą? Kiekviena smulkmena gali daryti labai didelę įtaką mūsų gyvenimui, visai nestebina tai, kad, rodos, vienodai toje pačioje šeimoje augę vaikai vėliau nugyvena labai skirtingus gyvenimus. Manoma, kad dėmesys gimimo eiliškumui, pirmiesiems atsiminimams, nagrinėjant žmogaus gyvenimo stilių, yra labai svarbus.

Chaos teorija kalba ir apie tai, kaip atsiranda tvarkos šablonai ir kaip jie gali kisti. Jei sistema stipriai nutolsta nuo pusiausvyros, ji praranda stabilumą ir patenka į vadinamąjį bifurkacijos tašką, kryžkele, kurioje gali staiga pasikeisti sistemos vaizdas fiziniėje erdvėje. Tokiu atveju gali atsirasti naujas tvarkos šablonas, naujas chaotinis atraktorius. Todėl ir į gyvenimo stilių galima žvelgti kaip į savitvarę sistemą, turinčią du pagrindinius kriterijus:

Pirma – gyvenimo stilius formuojasi mokymosi bei raidos procese;

Antra – jis gali keistis stiprių išgyvenimų metu (religinio nušvitimo momentai, terapija, traumos, netektys ir pan.), tada, kai žmogus išmušamas iš jam įprasto gyvenimo ritmo, nutolęs nuo pusiausvyros arba homeostazės.

Žmogus yra labai sudėtingas, todėl negali būti nė kalbos, kad gyvenimo stiliaus šabloną kada nors išvysime popieriaus lape. Žmogus nuolat kitaip atsiskleidžia, jis yra paslaptis. Bet koks bandymas sudėlioti į lentynas niekada neduos visapusiško žmogaus aprašymo. Slaugoje chaoso teorija gali būti naudojama atliekant mokslinius slaugos tyrinėjimus, slaugos administravime ir vadovavime, slaugos edukologijoje tyrinėjant studijų programas. Kai kurie chaoso teorijos konceptai, kaip pokytis, įvairovė, nestabilumas gali būti naudojami atliekant klinikinius slaugos tyrimus.

Sociologijos srities mokslo teorijų apibendrinimas

Šios teorijos yra neatskiriama slaugos dalis, kadangi socialiniai veiksniai yra glaudžiai susiję su žmogaus sveikata. Sociologinės teorijos yra įdomios, įvairiapusės ir slaugai reikšmingos. Slaugytojai kasdien naudoja įvairius šių teorijų konceptus ir principus.

Daugiu apie šias teorijas galima sužinoti:

<http://sprott.physics.wisc.edu/cda.htm>;

<http://www.societyforchaostheory.org>.

Kartojimo klausimai ir užduotys

1. Pasirinkite vieną iš šiame skyrelyje minimų „pasiskolintų“ teorijų ir perskaitykite. Pagalvokite, kaip ji galėtų būti pritaikoma slaugoje.

2. Pasirinkite vieną teoriją ir interneto pagalba suraskite keletą mokslinių straipsnių apie šią teoriją ir jos taikymą slaugoje.

3. Pasirinkite vieną iš grindžiamųjų teorijų, ją išnagrinėkite ir nustatykite, kokios sociologijos mokslo teorijos principus ir konceptus autorius panaudojo slaugos teorijoje.

Psichologijos mokslo teorijos

Šios teorijos aiškina proto veikimą: tik atradus gilumines, praeityje (dažniausiai vaikystėje) esančias priežastis, galima koreguoti dabartines individo problemas. Psichoanalizės teorijos tvirtina, kad daugumai žmonių atsiranda neurozės ir antisocialinis elgesys dėl vienos ar kitos energijos užslopinimo, įvykusio vaikystėje (pvz., seksualinių traumų ir pan.). Dalis šių dalykų būna suvokiami sąmoningai, tačiau dalis veikia pasąmonėje, netiesiogiai darydami įtaką žmonių norams ir veiksams.

Studijuojant įvairias teorijas naudinga prisiminti, kad slauga atsirado ir susiformavo kaip atskiras dalykas per eilę dešimtmečių. Jos žinių bazę sudaro daugelio kitų mokslų naudojami konceptai. Vienas iš tokių mokslų yra psichologija. Psichologijos teorijų yra daug ir įvairių. Apibūdinsime kai kurias iš jų, suskirstydami į keturias kategorijas:

- 1) psichoanalizės;
- 2) elgesio;
- 3) humanistines;
- 4) streso adaptacijos teorijas.

Šiose teorijose kalbama apie individą ir jo reakciją į stimulus. Psichologijoje dar yra ir speciali sritis – socialinė psichologija, kuri nagrinėja kaip visuomenė ar individų grupės reagoja į įvairius stimulus.

Psichoanalizės teorijos

Jomis siekiama paaiškinti daugiaprasmį individo elgesį, taip pat individo elgesio ir asmenybės sąsajas. Apžvelgsime tris psichodinamines teorijas, vadinamas stadijų arba fazių teorijomis. Tai: Freud, Erikson ir Sullivan teorijos.

Sigmund Freud teorija

Sigmund Freud (1865–1939) stengėsi suprasti žmogaus elgesio motyvus, neįsisąmonintus (glūdinčius pasąmonėje) jausmus, mintis. Tuo metu moksle vyravo požiūris į žmogaus kūną kaip energijos sistemą. S. Freud skelbė, kad, jeigu žmogaus kūnas energijos semiasi iš kūno veiklos (pvz., kvėpavimo, virškinimo), atmintis ir

mąstymas – taip pat ir pavadino tai psichine energija. Jis pirmasis aprašė sąmonės veikimą. S. Freud ieškojo neurozės priežasčių ir gydymo būdų. Jo teorija naudojama ne tik medicinoje, bet ir įvairiuose kituose moksluose, kaip filosofija, socialiniai mokslai, slauga. S. Freud pastebėjo, kad daugelis žmonių skundžiasi seksualinėmis problemomis. Jis padarė prielaidą, kad jų problemos kyla iš kultūrinių seksualinės išraiškos apribojimų ir XX a. pradžioje tai išdėstė vadinamojoje „topografinėje“ teorijoje: nepriimti seksualiniai troškimai slopinami sąmonėje. Šie troškimai slopinami sąmonėje todėl, kad visuomenė, ypač anuomet, smerkė priešvedybinių seksą, o tai sukelia baimę. Pagal topografinį asmenybės organizavimo modelį psichiką galima padalinti į tris dalis:

1. *Sąmonė* – susidedanti iš pojūčių, išgyvenimų, kuriuos žmogus suvokia tam tikru momentu.

2. *Priešsąmonė* – susidedanti iš patirties, kuri tam tikru momentu nesuvokiama, bet tai gali lengvai grįžti į sąmonę spontaniškai ir valingai.

3. *Pasąmonė* – tai primityvių emocijų, instinktų, atsiminimų, kurie yra nepriimtini sąmonei, ir todėl išstumti į pasąmonę, talpykla. Pasąmonėje nėra logikos, iškreiptas laikas ir erdvė. Pasąmonė labiausiai atsiskleidžia sapnuose – simbolių pasaulyje, kur daugybė idėjų gali tilpti viename žodyje.

Vėliau S. Freud sukūrė struktūrinę teoriją, kurią paskelbė 1923 m. nedidėleje knygoje „Ego ir Id“. Jis įvedė tris naujas struktūras: „Ego“, „Superego“ ir „Id“, kurias pavadino tam tikrais procesais. „**Id**“ (lot. – *tai*) – nesąmoningas, paveldimas asmenybės struktūrinis darinys. Vienintelis psichinės energijos šaltinis. „Id“ veikia pagal malonumo principą. Procesai, kurių pagalba „Id“ išlaisvina nuo įtampos, yra vadinami reflektoriniais veiksmis bei principiniu procesu.

„**Ego**“ (lot. – *aš*) – tai psichikos dalis, atsakinga už sprendimų priėmimą. „Ego“ stengiasi patenkinti „Id“ norus, suderindama juos su išorinio pasaulio apribojimais ir „Superego“ reikalavimais. Veikia pagal realybės principą, loginį mąstymą ir įgūdžius.

„**Superego**“ (lot. – *virš aš*) – tai internalizuotos tradicinės vertybės, idealai, kuriuos vaikui perduoda tėvai. Pagrindinė užduotis – įvertinti vieno ar kito reiškinio teisingumą, remiantis moraliniais standartais. „Superego“ padeda palaikyti tradicijas ir tęstinumą, perduodamas vertybes iš kartos į kartą. S. Freud „Superego“ dalina į: 1) sąžinę – elgesį, už kurį tėvai bausdavo, versdami jaustis kaltu; 2) „Ego“ idealą – idealai, kuriais individas nori sekti ir į kuriuos stengiasi būti panašus. Idealas žmogų apdovanoja ir jis gali savimi didžiuotis. S. Freud teigė, kad žmogaus viduje nuolat kyla vidinis konfliktas tarp malonumo siekiančių biologinių potraukių ir ribojančių realybės reikalavimų („Id“ ir „Ego“). Taip pat žmoguje yra gynybos mechanizmai, skirti „Ego“ pusiausvyrai atstatyti: sublimacija, racionalizacija, regresija, perkėlimas.

S. Freud manė, kad individo raida vyksta stadijomis. Stadijos priklauso nuo to, kurios kūno vietos tam tikro amžiaus individų yra pojūčių šaltinis ir yra stipriausiai sužadinamas. S. Freud išskiria penkias:

Pirmoji – **oralinė** stadija. Ji tęsiasi nuo gimimo iki 1 metų. Burna ir oraliniai veiksmai suteikia vaikui tiek malonumų, tiek ir skausmingų išgyvenimų. Čiulpimas, valgymas, kandžiojimas suteikia malonius pojūčius.

Antroji – **analinė** stadija. Ji tęsiasi nuo 1 iki 3 metų. Nauji poreikiai, kylantys šiuo laikotarpiu, sukelia naujus konfliktus tarp vaiko ir supančio pasaulio. Didžiausią pasitenkinimą šio amžiaus vaikai patiria tuštindamiesi ir stimuliuodami rektalinę zoną. Tačiau, kaip ir oralinės stadijos metu, vaikas gali išgyventi nerimą. Jo troškimą patirti neatidėliotina pasitenkinimą slopina suaugusieji. Vaikas turi kontroliuoti savo impulsus.

Trečioji – **falinė** stadija. Ji tęsiasi nuo 3 iki 5 metų. Lytiniai organai S. Freud teigimu tampa tiesioginiu malonumo šaltiniu penktaisiais gyvenimo metais. Problemos šiuo metu kyla, kai seksualiniai vaiko troškimai yra nukreipti į priešingos lyties tėvus. Ši stadija vadinama „Edipo kompleksu“.

Ketvirtoji – **latentinė** stadija. Ji tęsiasi nuo 5 metų iki lytinio brendimo pradžios. Vaikas savo energiją nukreipia į kognityvinius gebėjimus, bendravimą. Vaikas jaučia malonumą užsiimdamas nauja veikla ir išreiškdamas savo kūrybiškumą.

Penktoji – **genitalinė** stadija. Tai paauglystė, lytinis brendimas. Šioje stadijoje formuojasi lytiniai organai. Paauglys mėgsta neigti savo tėvų nuomonę. Šios stadijos pabaigoje paauglys įgyja „Ego“, kurio padedamas gali spręsti problemas, būdingas suaugusiems.

Jeigu kurioje nors stadijoje susižadinama per daug, pasireiškia **fiksacija**, t. y. vaikas priešinasi perėjimui į kitą raidos stadiją (kai patiria per daug arba per mažai malonumo). Vaiko raidą gali sulėtinti nepalankūs patyrimai, kuris užblokuoja emocinį brendimą. S. Freud sakė, kad oralinės stadijos malonumo trūkumas gali pasireikšti suaugusiam žmogui alkoholizmu, depresija, perdėtu optimizmu arba pesimizmu.

Slaugos teorijos nėra pagrįstos S. Freud teorija, tačiau daugelį jo idėjų kaip konceptus galima naudoti ir slaugoje. Tai: nerimas, vystymosi stadijos, savivoka, gynybos mechanizmas. S. Freud teorija padeda paaiškinti, kaip asmens praeitis gali paveikti jo asmenybę ir jos elgesį. „Id“, „Ego“ ir „Superego“ sudaro žmogaus savąjį „aš“. Jeigu pusiausyvyra tarp jų sutrinka, žmogus netenka savojo „aš“, ir jis turi būti atstatytas. Slaugytojas gali padėti žmogui atgauti savąjį „aš“. Be to, slaugytojas gali geriau suprasti, kokie yra asmens poreikiai, kai jis išsiaiškina asmens „Id“, „Ego“ ir „Superego“.

Slaugos mokslininkai šios teorijos konceptus naudoja atlikdami tyrimus psichikos slaugos srityje (pvz., analizuodami kultūrinius psichoterapijos aspektus, interakciją terapinėse grupėse ir pan.).

Erik Erikson vystymosi teorija

Erik Erikson (1902–1984) yra S. Freud pasekėjas. Kūrė teoriją apie 8 raidos stadijas, kurių kiekvienai būdinga raidos krizė. Vietoje S. Freud teorijoje akcentuojamo įtampos sumažinimo siekimo, E. Erikson vertino raidą kaip konflikto tarp dviejų priešingų jėgų išsprendimą. Teorijos prielaidos: E. Erikson buvo priimtini pagrindiniai S. Freud teorijos teiginiai apie sąmonę ir pasąmonę, potraukius, teorinius asmenybės komponentu (Id, Ego, Superego), psichoseksualines raidos stadijas ir apie psichoanalitinę metodologiją. Daugelis S. Freud pateiktų rados mechanizmų (potraukiai, išorinių ir vidinių jėgų sukeltos frustracijos, prieraišumas ir identifikacija) buvo priimtini ir E. Erikson. Jis praplėtė S. Freud teoriją, pasiūlęs naują psichosocialinės raidos per visą gyvenimą sampratą. Tam tikros įtakos turėjo labai platus E. Erikson patyrimas ir darbas įvairiose kultūrose.

E. Erikson skiria 8 raidos stadijas, pabrėždamas, kad kiekvienai iš jų būdingas tam tikras konfliktas arba krizė, kuri turi būti išspręsta. Kiekvienoje raidos stadijoje individas susiduria su nauja augimo krize. Pozityvus krizės išsprendimas padidina individo jėgas, o patirta nesėkmė ją sprendžiant pasireiškia žmogaus elgesyje, panašiai kaip S. Freud aprašytų fiksacijų atveju. Sėkmė arba nesėkmė tam tikroje stadijoje daro įtaką žmogaus raidai vėlesniais gyvenimo periodais. Nors E. Erikson aprašė du kiekvienos krizės kraštutinius sprendimus, jis pripažino, kad tarp šių kraštutinumų yra daugybė tarpinių sprendimų ir kad dauguma žmonių priima tam tikrą vidutinį sprendimą.

Psichosocialinė raida, anot E. Erikson, vyksta pagal epicentrinį principą. Fizinė raida nustato pagrindines raidos proceso laiko ribas. Tų ribų rėmuose konkreti kultūra gali pastūmėti sulėtinti, išvystyti ar pažeisti individo raidą. Visuomenė išreiškia savo įtaką besivystančiam organizmui įvairiausių lygiuose, nuo labai abstrakčios ideologijos formų iki tėvų švelnaus elgesio su vaiku.

Pagal E. Erikson, yra šios 8 raidos stadijos:

- 1) Pasitikėjimas vs. nepasitikėjimas;
- 2) Autonomija vs. gėda;
- 3) Iniciatyvumas vs. kaltė;
- 4) Meistriškumas vs. menkavertiškumas;
- 5) Tapatumas vs. vaidmenų sumaištis;
- 6) Intymumas vs. izoliacija;
- 7) Produktyvumas vs. stagnacija;
- 8) Integracija vs. neviltsis.

Raidos stadijos pateikiamos lentelėje Nr 5.

5 Lentelė. Asmenybės raidos stadijos pagal E. Erikson.

Raidos stadijos

Stadija	Amžius (m)	Psichosocialinė krizė	Reikšmingi ryšiai	Siekiami veikla	Pasiekimai	Praradimai
I	1–0	Pasitikėjimas <i>vs</i> nepasitikėjimas	Motina	Gauti, duoti grąžinant	Viltis, tikėjimas	Sensorinis iškraipymai, užsislendimas
II	2–3	Autonomija <i>vs</i> gėda	Tėvai	Laikytis įsikibus, pasiekti	Valia, ryžtingumas	Impulsyvumas
III	3–6	Iniciatyvumas <i>vs</i> kaltė	Šeima	Ko nors siekti, žaisti	Tikslingumas, draša	Negailėstingumas, drovumas
IV	7–12	Meistriškumas <i>vs</i> menkavertiškumas	Kaimynai ir mokykla	Užbaigti darbą, kartu k nors daryti	Kompetencija	Pasiekimai, siaurinosi sityje – inertiškumas
V	~12–18	Tapatumas <i>vs</i> vaidmenų sumaištis	Bendraamžių grupės vaidmenų modeliai	Būti savimi, dalintis su kitais	Ištikimybė, lojalumas	Fanatizmas, išsižadėjimas
VI	20	Intymumas <i>vs</i> izoliacija	Partneriai, draugai	Prarasti ir rasti save kitame	Meilė	Palaidas gyvenimas, užsidarymas
VII	20–ųjų pab. – 30–ieji	Produktyvumas <i>vs</i> stagnacija	Šeimynykščiai, bendradarbiai	Daryti galimu, pasirūpinti	Rūpinimasis	Per didelis išplėtimas, astūmimas
VIII	50 ir >	Integracija <i>vs</i> nevilts	Žmonija arba „mano būdo“	Būti per tai, kad buvau, suvokti nebūtį	Išmintis	Tikėjimas, nevilts

E. Erikson žmogaus raidos tyrimuose reikia išskirti tris pagrindinius aspektus: **somatinį, asmeninį ir socialinį**. Somatinį aspektą sudaro fizinio išsivystymo stipriosios ir silpnosios pusės, asmeninį – žmogaus gyvenimo istorija ir tos stadijos, ku-

riuje žmogus yra, analizė, socialinę – kultūra, kurioje auga individas. Svarbu surasti jų tarpusavio ryšius ir priklausomybę.

E. Erikson manė, kad vaikystė nėra viso žmogaus gyvenimo pagrindas; asmenybės vystymasis vyksta visą gyvenimą. Su amžiumi asmenybė tampa vis labiau diferencijuota ir hierarchiškai organizuota, atsiskleidžianti tam tikroje aplinkoje. Brandimas sukelia 8 gyvenimo krizes, kurias vaikas ar vyresnis asmuo turi išspręsti. Kiekviena sprendžiama problema yra geriau matoma tam tikroje stadijoje, tačiau mažiau išreikšta ji reiškiasi visą gyvenimą. Pavyzdžiui, autonomijos siekimas dominuoja antrą gyvenimo metų krizėje, o iš dalies pastebima ir vėliau, vyresniame amžiuje.

E. Erikson teorija naudojama psichiatrinėje slaugoje, holistinės slaugos praktikoje, slaugos moksliniuose tyrinėjimuose.

Sullivan asmeninių santykių teorija

H. S. Sullivan savo teoriją pagrindė idėja, kad individas niekaip kitaip negali egzistuoti, kaip tik palaikydamas ryšius su kitais žmonėmis. Nuo pat pirmosios savo gimimo dienos kūdikis yra priklausomas nuo tarpasmeninių santykių ir tai tęsiasi visą gyvenimą. Netgi tada, kai žmogus atsiskiria nuo visuomenės (tampa atsiskyrėliu), jis savo atmintyje išsaugo tarpasmeninius santykius, kurie ir toliau veikia jo elgesį ir mąstymą. H. S. Sullivan teigia, kad tai yra tarpasmeninių santykių, kaip žmogaus gyvenimo šablonų, atkūrimas. To negalima suprasti nepaaiškinus termino „dinamizmas“. Tai gyvo žmogaus organizmo energijos transformacija. Individo dinamizmas charakterizuoja tarpasmeninius santykius. Visi žmonės turi tą patį dinamizmą, tik skiriasi išraiškos forma. Ji priklauso nuo situacijos ir gyvenimo patyrimo. Be to, dinamizmas patenkina pagrindinius žmogaus poreikius.

H. S. Sullivan apibrėžia ir **personifikacijos** konceptą. Žmogus yra arba „ji“ arba „jis“. Tai susiję su žmogaus pasitenkinimu, kad jis toks yra arba nerimu. „Geras aš“, „blogas aš“ yra su tuo susiję.

H. S. Sullivan teigė, kad individas – tai energija arba įtampos sistema. Šios sistemos tikslas – pašalinti nerimą, susijusį su organizmo poreikių patenkinimu ir įtampa dėl nerimo. Didelė įtampa esant nerimui sukelia mažesnę poreikių patenkinimo efektyvumą, tarpasmeninius santykius ir mąstymo sutrikimus. H. S. Sullivan, kurdama savo teoriją, kaip pagrindą panaudojo Peplau teoriją. Jos teorija – tarpasmeninių ryšių teorija psichologijoje.

H. S. Sullivan teigė, kad žmogų galima suprasti tik per santykius su kitais. Asmenybė – tai energijos sistema, o atsirandanti įtampa – tai galimybė įvykti veiksmui. Poreikis – tai įtampa, sukelta biologinio neatitikimo tarp asmens ir jo vidinės ar išorinės aplinkos. Nerimas ir vienišumas yra unikalūs jausmai tarp visų kitų poreikių, nes jie yra nepageidaujami. Kūdikio nerimas yra gaunamas iš tėvų. Suaugusiųjų nerimas trukdo mokytis iš klaidų, prastėja atmintis, siaurėja suvokimas. Energijos transformacija – tai įtampa, kuri transformuojama į užslėptus arba atvirus veiksmus.

Dinamizmai yra elgesio šablonai. Piktavališkumas susiformuoja 2–3 metų vaikui. Tai dinamizmas, apibūdinantis blogį ir neapykantą, pasireiškiantis pojūčiu, kad žmogus gyvena tarp priešų.

Paauglystėje galingas dinamizmas yra aistra, dažniausiai trukdanti tarpasmeniniams santykiams. Intymumas išauga iš švelnumo poreikio, jis apima lygiaverčius dviejų žmonių santykius, prasideda prieš lytinį brendimą. Tai integruojantis dinamizmas. „Aš“ sistema – tai elgesio modelis, palaikantis žmogaus tarpasmeninį saugumą. „Aš“ sistema apsaugo nuo nerimo, leidžia ugdyti savigarbą.

Kūdikystėje vystosi gera ar bloga mama ir „aš“ personifikacijos. H. S. Sullivan teigė, kad yra trys „aš“ personifikacijos: geras „aš“ – tai, ką tėvai skatina, blogas „aš“ – tai, ko tėvai neskatina ir ne „aš“, kuris atsiranda dėl staigaus nerimo. H. S. Sullivan išskyrė tris raidos stadijas: kūdikystę (nuo gimimo iki 2 metų), vaikystę (2–6 metų), juvenilinę stadiją (6–8 metų), prejaunystę (juvenilinę stadiją – 13 metų), ankstyvoji jaunystė (iki 15 metų), vėlyvoji jaunystė (iki 18 metų) ir branda (nuo 18 metų).

Žmogaus raidos stadijos pateikiamos lentelėje Nr. 6.

6 Lentelė. Žmogaus vystymosi stadijos.

Žmogaus raidos stadijos

Teoretikas	Vystymosi stadijos	
S. Freud	Psichoseksualinė	1. Oralinė 2. Analinė 3. Falo 4. Latentinė 5. Genitalinė
E. Erikson	Psichosocialinė	1. Pasitikėjimo/nepasitikėjimo 2. Autonomijos/gėdos, abejonių 3. Intymumo/kaltės 4. Domėjimosi/nevisavertiškumo 5. Identiteto/identiteto sutrikimo 6. Intymumo/izoliacijos 7. Generavimo/stagnacijos 8. Vientisumo/nusivylimo
H. S. Sullivan	Tarpasmeninė	1. Kūdikystė 2. Vaikystė 3. Paauglystė/nepilnametystė 4. Priešpaauglystė 5. Ankstyva paauglystė 6. Vėlyva paauglystė

Biheavioristinės teorijos

Skirtingai nuo psichoanalitinės ir kognityvinės teorijos atstovų, biheavioristai nekūrė žmogaus raidos sampratos. Vietoje raidos stadijų aiškinimo, jie suformulavo teoriją apie elgesio dėsningumus, kurie gali būti pritaikyti bet kuriam individui bet kuriame amžiuje. Pagrindiniai biheaviorizmo dėsniai (kartais vadinami išmokimo teorija) atskleidžia tarpusavio ryšius tarp įvykių arba, kalbant biheavioristų terminais, tarp stimulo ir reakcijos.

Biheaviorizmas pagrįstas elgesio dėsningumais ir procesais, kuriais tas elgesys yra išmoktas. Jie domisi būdais, kuriais žmogus išmoksta tam tikro elgesio, kuris gali būti aprašytas, analizuotas ir numatytas moksliai ir patikimai. Biheaviorizmas dar vadinamas išmokimo teorijomis. Tai yra sąlygojimas – procesas, kurio metu išmokstamas elgesys. John Watson teigia, kad tiesioginis dėmesys turi būti paremtas tiesiogiai stebimų stimulų tyrimais ir reakcijomis, o ne sąmonės procesais, kurių negalima tiesiogiai stebėti. Naudodami klasikinį sąlygojimą, suaugusieji gali modeliuoti vaikų elgesį, kontroliuodami stimulo–reakcijos ryšius.

Skinner operantinio sąlygojimo teorija

Operantinis sąlygojimas – tai procesas, kuriame reakcija palaipsniui išmokstama per paskatinimus arba bausmes. Ši teorija dar vadinama instrumentiniu sąlygojimu. Paskatinimai ir bausmės iš aplinkos vertinami kaip elgesio determinantai. Jie apima:

- paskatinimus (pozityvius ir negatyvius)
- bausmes
- užgesinimą
- formos pakeitimą

Pirminiai ir antriniai pozityvūs paskatinimai. Teigiamas paskatinimas yra kažkas malonaus, ko asmuo nori (saldainis, pinigai, kartu praleistas laikas, pagyrimas). Pirminiai paskatinimai yra susiję su išlikimu. Jeigu reakciją sukelia pirminis pozityvus paskatinimas, galimybė pasikartoti tokiam elgesiui išauga. Biologiškai neutralūs stimulai, pateikiami kartu su pirminiais pozityviais paskatinimais, patys įgyja pozityvaus skatinimo charakteristiką, t. y. tampa antriniais pozityviais skatintojais.

Pirminiai ir antriniai negatyvūs paskatinimai. Negatyvus paskatinimas nutraukia netinkamą individo elgesį. Pirminis negatyvus paskatinimas yra toks stimulus, kuris yra potencialiai skausmingas organizmui (ypač stiprus garsas, labai ryški šviesa ar elektros šokas). Tai galima vadinti vengimo stimuliavimu, nes organizmo reakcija leidžia išvengti nemalonus situacijos. Bet koks neutralus stimulus, kuris yra pateikiamas kartu su pirminiu negatyviu paskatinimu, tampa antriniu negatyviu paskatinimu. Organizmas veikia taip, kad išvengtų nemalonių pojūčių, tokių kaip pirminio negatyvaus skatinimo atveju. Negatyvus skatinimas yra nemalonus stimu-

las, kuris nebepateikiamas, kai netinkamas elgesys pasikeičia. Pavyzdžiui, vaikui sutvarkius kambarį, tėvų priekaištai nutrūksta. Negatyvus skatinimas ne visada yra bausmė. Tai gali būti nemaloni situacija, kuri verčia keisti elgesį.

Bausmė. Tai pozityvaus skatinimo nutraukimas arba negatyvaus paskatinimo davimas. Bausmė yra arba norimo atėmimas arba davimas to, ko organizmas nenori. B. Skinner manymu, elgesys turi būti kontroliuojamas pateikiant pozityvius stimulus. Ji rašė, kad savo darbais apie laisvę ir orumą siekė prieštarauti baudžiančioms priemonėms ir kurti tokį pasaulį, kuriame bausmės būtų nepriimtinos ar mažiau priimtinos.

Streso teorijos

Mokslinėje literatūroje stresas apibrėžiamas kaip vidinės įtampos būseną – fizinę ir psichinę organizmo įtampa, reakcija į slegiančias situacijas, keliančias grėsmę individo gerovei ar gyvybei. Įvairios žmogaus gyvenimo situacijos gali būti streso priežastimis. Jos sukelia nerimą ir vidinės įtampos būseną. Ši įtampa pasireiškia įvairaus stiprumo neigiamais išgyvenimais: susierzinimu, pykčiu, įtūžiu; nerimu, baime ir panika; liūdesiu, nusiminimu ir depresija; planavimo, susikaupimo sunkumais.

Viskas, kas sukelia pasikeitimus gyvenime, gali sukelti stresą. Stresas yra neišvengiama žmogaus gyvenimo dalis, jis turi gebėti įveikti stresą, tačiau daugėja nesugebančių to padaryti. Pagal dirgiklius (stresorius) stresas gali būti:

- **Emocinis** – kylantis dėl argumentų, nesutarimų, išorinių ir vidinių konfliktų sutrinka žmogaus emocinė pusiausvyrą, pasikeičia asmeninis gyvenimas.
- **Informacinis** stresas kyla tada, kai individas turi suprasti daug sudėtingos informacijos arba jis negauna aiškios, norimos, reikalingos informacijos.
- **Fizinis** stresas. Jį sukelia ligos, traumos, fiziologinės permainos.
- **Ekologinis** stresas. Tai stresas, kuris kyla dėl žalingų aplinkos poveikių.
- **Atsakomybės** stresas. Jis kyla, kai individas yra atsakingas už kito asmens veiksmus, ir kai jis negali kontroliuoti įvykių, kai atsakomybė viršija individo kompetenciją.
- **Laiko** stresas. Jis kyla, kai neaiški situacijos trukmė arba kai stokojama laiko darbams atlikti.
- **Socialinis** stresas, sukliamas izoliacijos (atsiskyrimo), ypač nuo individui svarbių žmonių.

Streso teorijų žinojimas gali padėti slaugytojams suprasti streso poveikį individui ir jo įveikos būdus bei suteikti paramą ir pagalbą jam. Slaugytojas, kiti specialistai, individo artimieji gali pastebėti būdingus stresui požymius, kurie padeda diagnozuoti stresą. Streso požymius galima suskirstyti į keturias grupes:

1. Emocinės reakcijos (susirūpinimas, depresija, susierzinimas, pyktis, nerimas, baimė, nusivylimas, panika);

2. Mąstymo reakcijos (padidėjusi savikritika, įkyrios neigiamos mintys, miego sutrikimas, dėmesio sutrikimas, išsiblaškyimas, nesugebėjimas susikaupti, sulėtėjęs mąstymas);

3. Psichofiziologinės reakcijos (padažnėjęs pulsas, padidėjęs prakaitavimas, galvos, širdies arba skrandžio skausmai, silpnumas, pykinimas, specialūs matavimai parodytų kūno skysčių sudėties ir medžiagų apykaitos pokyčius – padidėjusį cukraus kiekį kraujyje, leukocitų, kraujo krešėjimo sumažėjimą ir t. t.)

4. Elgesio reakcijos (polinkis į alkoholizmą, aktyvus gestikulavimas arba sutingimas).

Kai stresas įveikiamas, atsistato organizmo pusiausvyra, kuri buvo sutrikdyta streso. Jeigu streso įveikti nepavyksta, pusiausvyros nėra, atsiranda įvairūs fiziologiniai ir psichologiniai sutrikimai. Streso teoretikai akcentuoja, kad kiekvienas individas į stresą reaguoja skirtingai. Toliau apžvelgsime Hans Selye ir Lazarus streso teorijas.

Hans Selye Bendrojo adaptacijos sindromo teorija

Hans Selye (1907–1982) yra vienas pirmųjų, kuris sukūrė streso teoriją (1956). Savo tyrinėjimais jis siekė išsiaiškinti kokia yra organizmo reakcija į stresinį įvykį. Selye pirmasis pradėjo naudoti „streso“ sąvoką. Streso teoriją H. Selye kūrė, stebėdamas sergančius žmones. Jis pastebėjo įvairius streso požymius: svorio kritimą, blogą apetitą, blogą savijautą ir išvaizdą, raumenų įtampimą ir skausmą. Tokią organizmo reakciją jis pavadino **pagrindiniu adaptacijos sindromu** kadangi jis apima pokyčius, veikiančius visą organizmą, t. y., kad organizmo reakcija į stresą nėra specifinė, bet jis – organizmas reaguoja kaip visuma. H. Selye pateikė net keletą streso apibrėžimų. Vienas jų – tai žmogaus psichinės ir fiziologinės įtampos būseną, atsirandanti dėl išorinių ir vidinių dirgiklių (stresorių) poveikio. Kitas šio streso teorijos pradininko streso apibrėžimas yra, kad stresas – tai universalus (nespecifinis) organizmo reagavimas į būtinybę prisitaikyti. Trečias apibrėžimas – stresas yra emocinė būseną, kylanti dėl žmogaus fiziologinį ar psichologinį funkcionavimą trikdančių veiksnių – stresorių poveikio. Jis teigė, kad stresą gali sukelti įvairūs psichiniai ir fiziniai krūviai, kaip sunkus fizinis darbas, kaitra, šaltis, įvairūs rūpesčiai, sunkios ligos, didelis džiaugsmas ir kita.

H. Selye daugiausiai dėmesio skyrė fiziologiniams pokyčiams, vykstantiems patyrusių stresą žmonių organizmuose. Jis teigė, kad stresas sukelia stresines reakcijas. Streso mediatoriai (streso tarpininkai), t. y. aplinkybės, kuriomis atsiranda stresoriai ir kyla stresas. Selye teigė, kad stresas veda prie greito senėjimo ir ligų atsiradimo. Reaguodamas į stresą žmogus sutelkia fiziologinius ir psichinius resursus bei skiria juos „kovai“ su stresu arba „bėgimui“ nuo streso. Nepalankūs faktoriai/stresoriai sukelia streso reakciją, t. y. žmogus sąmoningai stengiasi prisitaikyti (adaptuotis) prie visiškai naujos situacijos. Po to seka adaptacija – žmogus prisitaiko ir atgauna pusiausvyrą, kurią sutrikdė stresorių poveikis, arba neatgauna pusiausvyros – nepri-

sitaiko. Prisitaikymui prie streso reikalinga energija, kurios bendras kiekis, anot H. Selye, yra įgimtas ir eikvojamas per visą gyvenimą.

H. Selye nustatė **bendrajį adaptacijos sindromą**, kurį paaiškino taip: bet koks žalingas audiniams veiksnys (stresorius) sukelia daugiau ar mažiau panašią suderintą fiziologinę gynybą (streso reakcija). Bendrasis adaptacijos sindromas turi tris stadijas:

Pirma stadija – *pavojaus signalas*;

Antra stadija – *pasipriešinimo*;

Trečia stadija – *išsekimo*.

Pirmojoje stadijoje organizmas reaguoja į pavojaus signalą. Organizmas priverstas apsisaugoti: pulti arba atsitraukti ir netenka pusiausvyros. Vyksta fiziologiniai organizmo pokyčiai, kuriuos reguliuoja centrinė ir simpatinė nervų sistema, kuri stimuliuoja pailgąsias smegenis išskirti įvairius hormonus, tame tarpe ir adrenokortikotropinį hormoną, kuris padidina gliukozės kiekį kraujyje ir silpnina imuninę sistemą. Antrojoje stadijoje organizmas pradeda naudoti savo fiziologinius resursus homeostazei atgauti. Jeigu nutrūksta stresorių poveikis, organizmas pasirengęs grįžti į normalią būseną. Trečiojoje stadijoje organizmas yra išsekinęs visus savo resursus ir tada susidaro palankios sąlygos ligai atsirasti. Stresas gali tęstis labai ilgai ir todėl visiškai išsekinti organizmą. Sutrinka įvairios organizmo funkcijos.

Kaip jau buvo minėta, H. Selye koncentravosi į fiziologinius organizmo pokyčius, todėl psichologinių labai nedetalizavo, tačiau paminėjo, kad dėl streso gali sutrikti mąstymas, prasidėti asmenybės sutrikimai, manijos, haliucinacijos, stuporas (sustingimas) arba kilti įtūžis.

Lazarus Streso įveikos ir adaptacijos teorija

Streso įveikos (angl. *coping*) problematika nagrinėjama psichofiziologinių tyrimų, kognityvinės psichologijos ir psichoanalitinės teorijos kontekste, todėl yra sukurta įvairių įveikos apibrėžimų. Įveikos sąvokos kūrėjo Lazarus R. pasiūlyta įveikos tyrinėjimo kryptis yra dominuojanti, todėl daugelis autorių įveikos tyrimuose remiasi jo įveikos apibrėžimu. Pagal Lazarus **streso įveika – visuminis procesas, apimantis emocijas, kognityvines ir elgesio pastangas pašalinti, kompensuoti, kontroliuoti arba pakeisti su stresine situacija susijusius esamus arba laukiamus sunkumus**. Streso įveikos teorijos autorius teigia, kad įveika kinta laike priklausomai nuo situacijos reikalavimų ir patyrimo, didelę įtaką jai gali daryti socialinė aplinka, asmenybės bei situaciniai veiksniai.

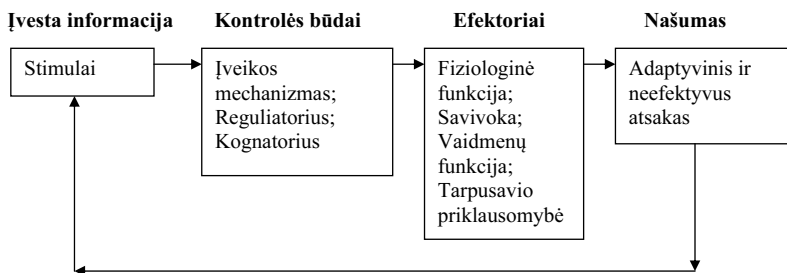
Lazarus dar XX a. viduryje kariškių užsakymu atlikdamas streso tyrimus, nustatė patiriamą streso ir atliekamos veiklos efektyvumo ryšį. Tačiau greitai paaiškėjo, kad interpretuoti šį ryšį ir prognozuoti veiklos rezultatus nėra paprasta, nes tos pačios aplinkybės žmonėms sukelia nevienodą stresą (atitinkamai tomis pačiomis aplinkybėmis vienu žmonių veiklos rezultatai pastebimai blogėja, kitų gerėja, o dar kitų – nekinta). Tuo remiantis buvo prieita išvados, kad norint suprasti, kaip stresas veikia atliekamos veiklos efektyvumą, reikia atsižvelgti į individualius motyvacinus

ir kognityvinius veiksmus, kurie įsiterpia tarp stresoriaus ir reakcijos. Lazarus ir jo kolegos pabrėžia, kad įvairūs poveikiai gali nesukelti streso tol, kol pats žmogus neįvertina jų kaip stresorių. Selye koncentravosi į fiziologines streso charakteristikas, o Lazarus – į psichologines.

Lazarus stresą supranta kaip procesą. Atsižvelgiant į minėtus akcentus, stresą galima apibūdinti kaip asmens ir aplinkos ryšį, kuris paties asmens suvokiamas kaip viršijantis turimus išteklius, galimybes ir keliantis grėsmę gerovei. Žmogaus ir aplinkos tarpusavio sąveikos ryšys nėra statiškas, jis yra dinamiškas (nuolat kintantis). Svarbiausi tarpininkai tarp stresą lemiančio asmens ir aplinkos ryšio ir streso padarinių yra kognityvinis įvertinimas bei streso įveikos. Pavyzdžiui, kai žmogus sąveiką su aplinka įvertina kaip grėsmingą, „įsijungia“ įveikos procesai, kurie savo ruožtu lemia vėlesnį kognityvinį įvertinimą ir stresinės reakcijos reakcijos intensyvumą (Lazarus R., 1993).

Lazarus ir jo kolegos pabrėžia, kad asmens ir aplinkos ryšiui suteikiama prasmė (kognityvinis įvertinimas) yra svarbiausias kintamasis, lemiantis stresą ir jo sukeltus efektus. Kognityvinio įvertinimo užduotis – suderinti asmeninius tikslus, kuriems įsipareigojama, ir objektyvias sąlygas, keliančias grėsmę jų realizavimui. Kognityvinio įvertinimo procesą Lazarus dar skaido į pirminį ir antrinį įvertinimą. Pirminiu įvertinimu vadinami kognityviniai procesai, dėl kurių asmens ir aplinkos santykis suprantamas kaip stresinis. Šis įvertinimas padeda nustatyti, ar įvykis, su kuriuo susiduriama, yra svarbus žmogaus gerovei, vertybėms arba tikslams. Antrinis įvertinimas siejamas su atsako į stresorių pasirinkimu. Šio proceso metu žmogus įvertina, ką gali padaryti siekdamas įveikti arba užkirsti kelią galimai žalai ir padidinti asmeninės gerovės tikimybę. Antrinio įvertinimo funkcija – nustatyti, kokios yra stresinės situacijos įveikos galimybės ir nuspręsti, kurias iš jų reikėtų pasirinkti bei realizuoti.

Lazarus pirmas pasiūlė **transakcinį streso įveikos modelį**, kuris pavaizduotas 4 pav. Teikdamas, kad streso įveika yra procesas, jis akcentuoja, kad šio proceso metu vyksta sąveika tarp individo ir probleminės situacijos.



4 pav. Stresas ir įveika (pagal Lazarus R., 1993).

Įveikos veiksmingumo rodiklis – individualūs pageidautini pasikeitimai per tam tikrą laiką. Įveikos būdai pagal Lazarus yra:

1. Informacijos paieška;
2. Tiesioginis veikimas probleminės situacijos atžvilgiu;
3. Veikimo atsisakymas;
4. Intrapasichinės įveikos formos.

Lazarus teigimu, *įveikos procesų funkcijos – keisti asmens – situacijos santykį ir reguliuoti jausmus*. Pagal vyraujančią funkciją įveikos būdai gali būti:

1) į problemą nukreipti įveikos būdai (apima problemos apibrėžimą, alternatyvių sprendimų ieškojimą, jų kainos bei naudos įvertinimą, tinkamiausios strategijos pasirinkimą ir veikimą;

2) į emocijas nukreipti įveikos būdai (reguliuoja su problemine situacija susijusias emocijas). Įveikos būdo pasirinkimas priklauso nuo situacijos, tačiau bet kuri įveika turi atlikti abi funkcijas. Į problemos sprendimą orientuota strategija veiksmingesnė streso, susijusio su darbo problemomis, įveikoje, o emocinis reguliavimas – sveikatos srityje. Veiksmingais laikomi tokie įveikos būdai, kurie, anot Lazarus, padeda įvykdyti šiuos uždavinius:

- Pirmas – padeda sumažinti aplinkos sąlygų keliamą grėsmę individui;
- Antras – padeda prisitaikyti arba toleruoti neigiamus įvykius bei realybę;
- Trečias – padeda išlaikyti teigiamą savęs vaizdą;
- Ketvirta – padeda išlaikyti emocinę pusiausvyrą;
- Penkta – padeda išlaikyti patenkinančius santykius su aplinkiniais.

Streso teorija panaudojo kai kurie slaugos teoretikai (Roy, Neuman ir kt.) kurdami savo teorijas. Streso teorijos yra naudingos slaugai. Jos yra kaip rėmai, kuriais slaugytojai gali pasinaudodami įvertindami paciento būklę, fizinį ir psichologinį streso poveikį individui ir padėdami jam įveikti stresą. Nustatęs stresorius, slaugytojas turi išsiaiškinti jų reikšmę pacientui, jo turimus resursus įveikti stresą (Semuels–Dennis J., 2007). Slaugytojui svarbu, kad pacientas įveiktų stresą ir adaptuotųsi. Streso teorijos yra naudingos ne tik slaugos praktikoje, bet ir atliekant mokslinius slaugos tyrinėjimus.

Daugiau galite sužinoti: <http://www.icnr.com/articles/the-nature-of-stress.html>;
http://userpage.fu-berlin.de/~schuezf/foalien/Krohne_Stress.pdf

Socialinės psichologijos teorijos

Socialinė psichologija yra mokslas, tiriantis kaip atskiri individai priima. Perduoda informaciją kitiems, kaip nuo to priklausai jų elgesys, kaip grupuojamasi apie bendras idėjas ar lyderius ir kokie procesai veikia grupuočių formavimąsi, jų raidą, bendradarbiavimą bei konfliktus su kitomis grupuotėmis. Socialinė psichologija remiasi sociologijos bei psichologijos žiniomis. Ji yra svarbi valdžios, teisėsaugos institucijoms, prognozuojančioms visuomenės raidą, politikams. Socialinė psichologija

tiria žmonių grupių ir asmenybės elgesio grupėse psichinius reiškinius (pvz., kaip suvokiame, vertiname vieni kitus bei save grupėje žmonių). Pirmasis teoretikas, kuris akcentavo socialinių veiksmų svarbą asmenybės raidai buvo Adler A. (1870–1937). Jis buvo S. Freud mokinys. Savo teoriją pavadino individualiaja psichologija. Pagal ją kiekvieno žmogaus individualumą nulemia socialinis kontekstas. Žmogus turi įgimtą sugebėjimą užmegzti kontaktą su kitais, todėl jis visą laiką turi jaustis priklausantis kokiai nors bendrijai. Žmogus turi išmokti bendrauti, bendradarbiauti, dalintis darbu su kitais, jis turi dalyvauti visuomeniniame gyvenime, kad vystytųsi pats psichologiškai. Žmogui svarbu siekti tikslo. Veiklos motyvas – noras būti stipriam, pranašesniam už kitus. Kiekvienas žmogus yra kūrybingas (pats pasirenka gyvenimo būdą, požiūrį). Būdai, kuriais žmogus naudojasi siekdamas tobulumo – tai gyvenimo stilius. Ar asmenybė pasirinktą tinkamą gyvenimo stilių, priklausys nuo aplinkos.

Bandura A. (1925) tyrė, kaip žmonės mokosi gyventi tarp kitų, jis pastebėjo, jog žmonėms būdingas mokymasis stebint (modeliavimas). Žmogus daug išmoksta stebėdamas ir nagrinėdamas kitų elgesį. Modeliavimo sąvoka plačiai naudojama tiriant socialinius veiksmus (pvz., straipsnis apie savižudybę gali paskatinti kitą nusižudyti). Modeliavimo būdu formuojasi nuostatos (asmenybės arba grupės subjektyvi pozicija tam tikrų socialinių reiškinių atžvilgiu). Skirtingos nuostatos nulemia tai, kad tas pats dirgiklis iššaukia skirtingas žmonių reakcijas. Nuostatos yra lengvai aktyvuojamos – priimami sprendimai neapsvarsčius, neįsisažmoninus. Nuostatos veikia suvokimą ir mąstymą.

Socialinės psichologijos teorijos plačiai naudojamos ir medicinos, slaugos ir kitų su žmogaus sveikata susijusių mokslų srityse, atliekant mokslinius tyrinėjimus. Todėl slaugytojui yra naudinga turėti supratimą apie socialinę psichologiją ir kai kurias jos teorijas.

Daugiau galite sužinoti : <http://www.freudlife.org>;

<http://webspace.ship.edu/cgboer/adler.html>;

<http://www.des.emory.edu/mfp/bandurabio.html>

Toliau apžvelgsime socialinės psichologijos teoriją pavadintą Sveikatos įsitikinimų modelių.

Sveikatos įsitikinimų modelis

Tai viena iš pirmųjų ir dažniausiai naudojamų socialinių-psichologinių teorijų, taikomų siekiant numatyti žmogaus elgesiui savo sveikatos atžvilgiu (angl. *Health Belief Model –HBM*). Jis buvo sukurtas 1950 m. grupės JAV Visuomenės sveikatos tarnybos socialinių psichologų Hochbaum G., Rosenstock I. M. ir Kegels S. Jų tikslas buvo pagerinti visuomenės naudojimąsi profilaktinių priemonių paslaugomis. Šis modelis akcentuoja žmonių įsitikinimų vaidmenį sprendimų sveikatos labai priėmimo. Autorių nuomone, žmogaus elgsenos pokyčiai priklauso nuo asmeninių galimybių vertinimo ir pokyčių naudą, palyginti su kaina, kurią teks mokėti atlikus išlaidų

ir pelno analizę (Rosentock I., 1974). Sveikatos įsitikinimų modelis aiškina žmonių elgesį susirgus ar esant ligos rizikai, taip pat padeda prognozuoti sveikatą apsaugančią elgseną, medikų rekomendacijų atžvilgiu. JAV šis modelis pirmiausia buvo pritaikytas ankstyvos tuberkuliozės diagnozavimui. Vėliau jis buvo taikomas AIDS, krūties vėžio, storosios žarnos, prostatos vėžio ankstyvo diagnozavimo programose, taip pat siekiant ištirti gyvensenos įpročius, įskaitant rizikingą seksualinį elgesį.

Toliau šį modelį plėtojo Becker M. H. ir kiti. Sveikatos įsitikinimų modelis paplito po visą pasaulį, jis naudojamas tais pačiais tikslais: kaip svarbi priemonė, didinanti ankstyvo vėžio ir kitų ligų profilaktinių ir ankstyvo diagnozavimo programų veiksmingumą. Pagrindinė modelio nuostata – asmuo elgsis savo sveikatos labui, pavyzdžiui, sutikdamas dalyvauti profilaktinėje programoje, jeigu bus įsitikinęs, kad tokiu būdu išvengs ligos ir jos neigiamų pasekmių, taip pat tikės, kad jam pavyks atlikti reikiamus veiksmus. Viena modelio prielaidų yra ta, kad žmonės bijo ligų ir todėl yra motyvuoti taikomoms profilaktinėms priemonėms, priklausomai nuo baimės laipsnio ir naudos, kurios tikisi iš to gauti. Šiame modelyje žmogaus sveikatos elgesys aiškinamas per specifinius konstruktus:

- Giliai suvokta sveikatos problema;
- Suvokti sunkumai;
- Suvokta nauda;
- Suvokti kliudžiai/barjerai;
- Suvokti ženklai.

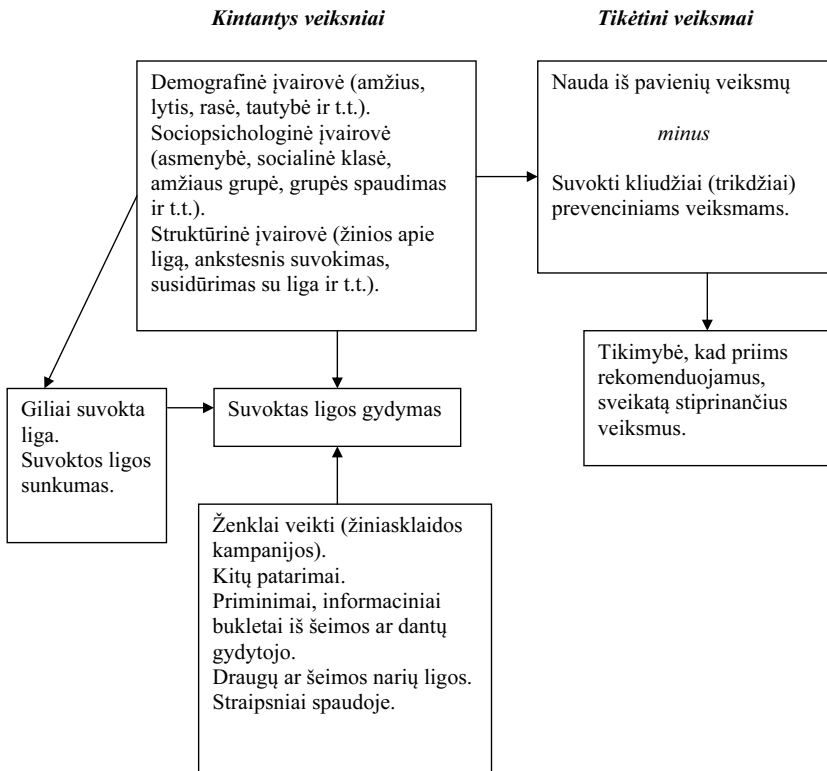
Keturi pirmieji konstruktai buvo pasiūlyti siekiant apskaičiuoti žmonių pasirėngimą veikti, o ženklai – kad jau reikia veikti. Kitaip sakant – pavojaus nujautimas, nauda ir kliūtys. Modelyje naudojama sąvoka „sveikatos motyvacija“ stimuliuoja konkretų žmogaus veikimą siekiant sveikatos (žr. 5 pav.).

1988 m. I. Rosenstock papildė modelį dar vienu konceptu – pasitikėjimo savo gebėjimu sėkmingai veikti. Tai ypač svarbu, siekiant pakeisti nesveiko elgesio įpročius. Sveikatos įsitikinimų modelis buvo taikomas ir tiriant žmonių nusiteikimą sveikai gyventi, tinkamai maitintis, būti fiziškai aktyviais, atsakyti žalingų sveikatai įpročių – rūkymo, alkoholio, taip pat organizuojamų profilaktinių priemonių atžvilgiu, pvz., skiepų.

Kita mokslinių tyrimų kryptis, kai naudojamas Sveikatos įsitikinimų modelis, yra žmonių elgesys susirgus: tinkamas skirtų vaistų vartojimas, reguliari konsultacija su medikais, įvairūs reagavimo į kūno signalus būdai, vertinantys vidinę būseną, nuostatantys ir interpretuojantys simptomus, besiiimantys gydymo vaistais, naudojantys įvairius tradicinius ir netradicinius gydymo būdus. Modelyje pabrėžiama, kad žmogaus elgesį dažniausiai lemia padariniai. Tačiau žmonės neretai neatsisako neigiamus padarinius sukeliančios elgsenos, pvz., rūkymas, vairavimas išgėrus ir pan. Elgsenos keitimą lemia stimulus keistis, baimė dėl esamos elgsenos, įsitikinimas, kad pokytis

bus naudingas, o neigiamų padarinių bus nedaug, taip pat gebėjimas pasikeisti. Po veikis žmogui priklauso nuo to, kiek jis jaučiasi pažeidžiamas, gali susirgti, susižeisti, atsidurti pavojuje (jautrumas) ir kiek rimtai vertinama liga, gauta trauma ar pavojus (rimtumas). Rizikos suvokimas ir įvertinimas yra svarbiausias veiksnys praktiškai taikant šį modelį. Dauguma žmonių labai rimtai nesistengia vertinti, ar jiems gresia pavojus. Tam turi įtakos asmeninė patirtis, galėjimas valdyti situaciją ir supratimas, kad liga gali būti pavojinga ir baigtis sunkiomis komplikacijomis ar net mirtimi. Sveikatos įsitikinimų modelyje akcentuojama, kad žmogui reikia postūmio keisti elgseną ar priimti su sveikata susijusius sprendimus.

Daugiau galite sužinoti: <http://www.enotes.com/public-health-encyclopedia/health-belief-model>.

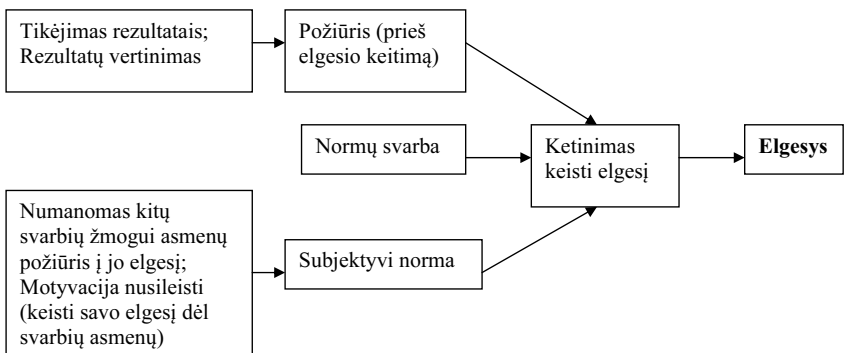


5 pav. Individualus suvokimas (pagal Rosenstock I., 1997).

Planuoto elgesio teorija

Ji dar gali būti vadinama **Protingo sprendimo teorija**. Šią teoriją, kaip ir Sveikatos įsitikinimų modelį, sukūrė socialiniai psichologai. 1960 m. Ajzen I. ir Fishbein M. savo teorijoje aiškino ryšius tarp žmogaus įsitikinimų, nuostatų, ketinimų ir elgesio. Prieš bet kokį žmogaus poelgį pirmiausiai atsiranda ketinimas vienaip ar kitaip pasielgti. Tai ketinimo ir realaus elgesio santykis. Ketinimai savo ruožtu nebūna bet kokie, jie taip pat priklauso nuo to, kiek žmogus suvokia galįs kontroliuoti savo elgesį, nuo subjektyvių normų (visuomenės normų vienokio ar kitokio elgesio atžvilgiu) ir nuo to, koks yra bendras žmogaus požiūris apie atitinkamą elgesį.

Planuoto sprendimo modelį paprasčiau suprasti, žinant **Motyvuoto elgesio teoriją**, kurią sukūrė Ajzen ir Fishbein. Jos esmė ta, kad žmonių elgseną (ketinimus vienaip ar kitaip elgtis) reguliuoja ketinimai, asmeninis požiūris ir normos (Ajzen I., 1991). Kiekvienas asmeninis požiūris remiasi tikėjimu, ir žmogus gali turėti tarpusavyje konfliktuojančių požiūrių į tam tikrą elgseną. Socialinės normos paveikia individo suvokimą apie tai, ką kiti galvos apie jo elgseną tam tikromis aplinkybėmis. Šios dvi didžiausios įtakos jungiasi į „ketinimą“ tam tikrai elgsenai, ir šis ketinimas prognozuoja būsimą elgseną. Taigi, įsitikinimai ir normatyvinių galimybių suvokimas yra ryšio tarp požiūrio ir elgsenos tarpininkas ir paaiškina, kodėl žmonės ne visuomet elgiasi pagal savo deklaruotus požiūrius. Motyvuoto elgesio teorijos schema pateikta 6 paveiksle.



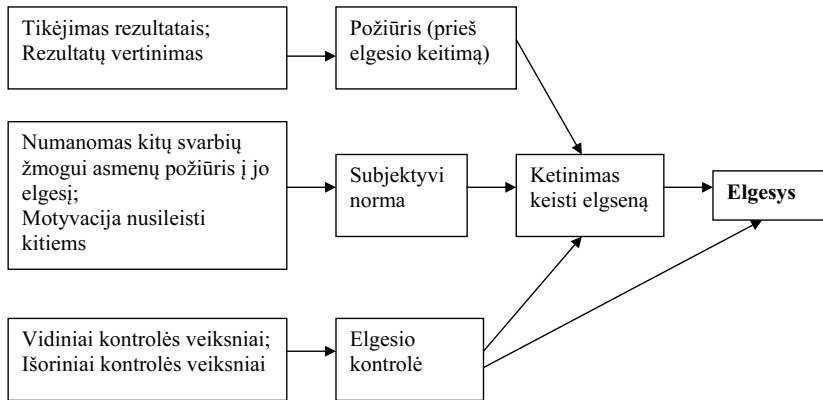
6 pav. Motyvuoto elgesio schema (pagal Ajzen & Fishbein, 1980).

Planuoto elgesio teorija praplečia motyvuoto elgesio teoriją ir leidžia paaiškinti individų sveikatos elgseną, kai elgseną kontroliuoja tik individo valia. 1991 m. Ajzen į motyvuoto elgesio modelį įtraukė dar vieną kintamąją – elgesio kontrolę. Kuo daugiau pats asmuo patiki galimybe kontroliuoti savo abejotiną elgesį, tuo didesnis pasirūšimas jį keisti. Suvokta elgesio kontrolė gali daryti tiesioginę įtaką elgsenai dėl

dviejų priežasčių. Pirma – asmenys su aukštesniu kontrolės lygiu sunkiau keičia elgseną ir ilgiau išlaiko ją, nei asmenys su žemesniu kontrolės lygiu. Antra – žmonės gali numatyti realias kliūtis sėkmingam elgsenos pakeitimui. Planuoto elgesio schema pateikta 7 pav.

Planuoto elgesio teorijoje atsispindi nuomonė, kad žmonės yra racionalūs ir sprendimus priima remdamiesi jiems prieinama informacija. Svarbu yra suprasti ir numatyti individo kontroliuojamą elgseną. Pagrindinis ir lemiamas veiksnys, nulemiantis individo elgseną, yra ketinimas. Ketinimas yra kognityvinė individo pasirengimo parodyti elgesį nuostata ir yra apibrėžiamas kaip:

- 1) požiūris į elgesį;
- 2) subjektyvios normos;
- 3) suvokta elgesio kontrolė.



7 pav. Elgesio modelio schema (pagal Ajzen, 1991)

Nuostatos arba įsitikinimai apie elgesį remiasi individo pozityviu ar negatyviu rodomo elgesio vertinimu. Jis turi ryšį su individo įsitikinimais apie elgesio pasekmes. Nuostatos teorijoje apibrėžiamos kaip jausmų, ketinimų ir suvokimo derinys. Suderinti su žiniomis šie faktoriai analizuoja rodomo elgesio priimtinumą pagal bipoliarią skalę – pozityvu/negatyvu arba – taip/ne. Lemiamas veiksnys nuostatoje yra individo deklaruojamas ryškiausias įsitikinimas. Asmens nuostata apie elgseną gali būti susijusi su prognozuojamomis pasekmėmis ir įsitikinimų tvirtumu. Įsitikinimai apie problemą/objektą formuojasi per visų minėtų charakteristikų, privalumų ir savybių tarpusavio sąsajas. Subjektyvios normos arba normatyviniai įsitikinimai yra socialinis spaudimas asmeniui elgtis vienaip ar kitaip. Individas prieš apsisprendamas kaip jam pasielgti, gali manyti, kad jo tėvai, draugai ar kiti artimieji galvos apie jo

elgesį – kiek jis atitinka jų požiūrį ir norus. Individui yra svarbi kitų nuomonė ir tai gali jį paskatinti elgtis taip, kaip to norėtų kiti. Pastebėta, kad žmonės dažniausiai ir elgiasi taip, kaip kiti tikisi kad jie pasielgs. Subjektyvios normos, kurias pripažįsta artimieji, yra jų daromo spaudimo pagrindas.

Socialinės psichologijos teorijų taikymas slaugoje daugiausiai susijęs su sveikatos stiprinimo sritimi. Slaugytojai, remdamiesi šiomis teorijomis, gali kurti įvairias strategijas ir programas, kurios padėtų žmonėms sąmoningai suprasti savo sveikatos problemas. Šios teorijos gali padėti slaugytojams keisti nesveiką žmonių elgseną į sveiką. Slaugytojai sveikatos stiprinimo klausimais turi patarti pacientams. Todėl slaugytojo požiūris į sveikatos stiprinimą turi būti daugiaprasmis: pokyčiai organizuojant pagalbą žmonėms stiprinant sveikatą, sveikatos politikos tobulinimas, ekonominė parama, žmogų supančios aplinkos apsauga. Be to, šios teorijos naudojamos atliekant mokslinius slaugos tyrinėjimus.

Daugiau galite sužinoti: <http://people.umass.edu/aizen/f&a1975.html>.

Apibendrinant teorijas, pasiskolintas iš psichologijos mokslo, teigtina, kad kiekvieną jų reprezentuoja skirtingą požiūrį į žmogų ir jo elgseną. Slaugytojams ir slaugos mokslininkams šios teorijos padeda praktinėje jų veikloje, kai kurios – kuriant naujas teorijas. Slaugytojams naudinga žinoti, kaip formuojasi žmogaus elgesys, nes, tuo remiantis, jie gali planuoti efektyvią paciento slaugą keičiant jo elgesį.

Kartojimo klausimai ir užduotys

1. Aptarkite grupėje atvejį, kai mokykloje dirbanti slaugytoja susiduria su 14 metų mergaite, vartojančia alkoholį. Padiskutuokite su kolegomis apie šią problemą. Pagalvokite, kokios socialinės psichologijos teorijos šiuo atveju būtų taikytinos? Kaip planuotumėte Jūs savo veiklą, jeigu būtumėte tos slaugytojos vietoje?

2. Aptarkite šį atvejį: 30 metų moteris greitosios pagalbos mašina atvežta į ligoninę. Nustatyta, kad ji perdozavo vaistų. Slaugytojas surinko duomenis apie pacientę, iš kurių paaiškėjo, kad moteris neseniai išsiskyrė su vyru ir liko viena su trim vaikais (18 mėnesių, 4 ir 14 metų), bedarbė. Moteris išgėrė saują gydytojo paskirtų raminančių vaistų tablečių. Kokias teorijas galima panaudoti šios pacientės slaugoje? Argumentuokite pasirinkimą.

3. Aptarkite atvejį: 65 metų moteris paguldyta į chirurginį skyrių krūties vėžio operacijai. Kai slaugytojas vertina jos būklę, pacientė išreiškia baimę ir depresiją. Kokias teorijas slaugytojas gali pritaikyti šiuo atveju? Jeigu pacientei būtų 25 metai – kokias tada teorijas slaugytojas galėtų panaudoti pacientės slaugai organizuoti? Kaip socialinės psichologijos teorijos gali būti panaudojamos krūties vėžio profilaktikoje?

Biomedicininų mokslų teorijos

Tai įvairios teorijos iš biologijos, medicinos, visuomenės sveikatos, fiziologijos, farmakologijos, be kurių slauga tiesiog neįmanoma. Tai akivaizdu ir F. Nightingale požiūryje į pacientų slaugą bei jų apsaugą nuo mikroorganizmų. XXI a. išliko tie patys mikroorganizmai, išsivystė įvairios vaistams atsparios jų formos, todėl ir toliau slaugytojas kartu su kitais specialistais rūpinasi, kad žmonės išvengtų užsikrėtimo, moko higieninio elgesio. Panašiu būdu į slaugą integruojasi ir kitų biomedicinos mokslų teorijos.

Apžvelgsime keletą teorijų, kurias suskirstysime į dvi pagrindines grupes: teorijas, kuriose nagrinėjamos ligų priežastys (pvz., mikroorganizmai, natūrali ligos istorija) ir teorijos, susijusios su fiziologija (pvz., stresas ir adaptacija, vėžio priežastys, skausmas).

Teorijos apie ligų priežastis

Slaugytojai kasdien susiduria su daugybe konceptų, principų, teorijų, susijusių su biologijos ir visuomenės sveikatos mokslais. Šios teorijos dažniausiai pagrindžia ligų atsiradimo priežastis ir vystymąsi. Tai ligų patogenezė, infekcijos, epidemiologija, rizikos veiksniai, profilaktika.

Teorijų apie ligų priežastis vystymasis

Liga apibrėžiama kaip būklė, kuri sutrikdo normalų organizmo funkcionavimą, pakenkia įvairias organizmo sistemas ar atskirus organus. Be to, ligų atsiradimas siejamas su organizmo nusilpimu ir negebėjimu adaptuotis aplinkoje. Ligos konceptas vystėsi ilgą laiką tarpą, idėjos apie ligų priežastis nuolat kito atsižvelgiant į kultūrą ir mokslo pasiekimus. Seniausiais laikais liga buvo siejama su Dievo valia. Pirmykščiai žmonės tikėjo, kad liga tai piktų dvasių darbas, todėl gydymui ir ligų profilaktikai dažnai naudojo burtus, magiją, užkalbėjimus, vėliau – įvairius augalus. Kai žmonės susibūrė į bendruomenes ir atskiras kultūrines grupes, susiformavo du pagrindiniai požiūriai į mediciną: 1) burtininkų ir dvasininkų, kurie buvo magijos ir religijos šalininkai; 2) pirmųjų gydytojų ir mokslininkų, kurie formavo empirinį – racionalųjį požiūrį į ligas. Pastarieji rėmėsi patyrimu bei stebėjimais. Pirmieji gydytojai buvo dvasininkai, juos pakeitė pasaulietiniai gydytojai. Šiuolaikinė medicina pirmiausia kilo iš racionaliosios – empirinės, o kai pradėjo remtis žmogaus kūno ir jo funkcijų tyrinėjimais, žengė mokslo keliu, gydymo praktika buvo paremta moksliniais tyrinėjimais, bet ne prietarais.

XVII a. William Harvey (1578–1657), anglų anatomas ir gydytojas, pademonstravo kraujo apytaką. Detalios žmogaus kūno, organų, ligų, įvairių procesų, kaip kvėpavimo, fiziologijos studijos greitai į mokslo veiklą patraukė daug tuo metu žinomų gydytojų ir kitų mokslininkų. Tarp jų nuolat vyko diskusijos apie žmogaus kūno savybes, ligų priežastis ir gydymą. Taip vadinamas medicininis modelis greitai vystėsi.

XIX a. pabaigoje mokslininkai išsiaiškino ir atskleidė daugelio infekcinių ligų priežastis. Vienas jų – Louis Pasteur (1822–1895), paskelbė mikrobu teoriją, kurioje jis teigė, kad specifiniai mikrobai sukelia specifines infekcines ligas. Tokiu būdu ligos priežasčių ieškojimas pasuko modernia kryptimi – vienas organizmas arba vienas veiksnys gali sukelti ligą. Toks požiūris paplito ne tik ligų diagnostikoje, gydyme, bet ir profilaktikoje. Šiuolaikinis požiūris į ligos priežastis yra platesnis – ligas sukelia daug priežasčių, pavyzdžiui, invaziniai veiksniai, organizmo atsparumas, genetika, aplinkos poveikis, elgesys. Teorijų ir modelių apie ligų priežastis labai daug. Apžvelgsime keletą iš jų.

Mikroorganizmų teorija ir infekcijos principai

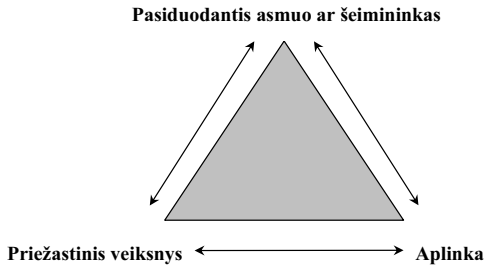
Louis Pasteur 1858 m. pirmasis paskelbė mikroorganizmų teoriją. Jis teigė, kad specifinis organizmas (pvz., mikrobas) geba sukelti infekcinę ligą. Dabar ši teorija atrodo visai paprasta, tačiau ji atvėrė kelią moderniosios medicinos progresui. Jos poveikis buvo nepaprastas, ji padėjo išvengti daugybės mirčių nuo infekcinių ligų. Mikroorganizmų teorija ir dabar taikoma infekcinių ligų ir pooperacinių infekcijų profilaktikai. Atidus, pagal griežtas taisykles atliekamas rankų plovimas, profilaktinis pooperacinių žaizdų gydymas antibiotikais, dezinfekcija ir daug kitų priemonių gali apsaugoti nuo įvairių komplikacijų, sukeliama mikroorganizmų. Kilus infekcinei ligai, siekiama išsiaiškinti jo sukėlėjus, plitimo būdus ir užkirsti kelią epidemijoms. Vienas dramatiškiausių pavyzdžių gali būti AIDS, kurio priežastis – žmogaus imunodeficitas sindromas, kurį sukelia specifinis virusas. Šis sindromas pirmą kartą nustatytas 1982 m. Ligos sukėlėjas ir jo plitimo būdai nustatyti, tačiau iki šiol nėra pakankamai veiksmingo gydymo, todėl pagrindinis dėmesys skiriamas profilaktikai. Panaši kempinligės padėtis, šia liga susergama, vartojant sergančių galvijų mėsą, šiuo metu sunkiai valdoma ir žarnyno infekcija, kurią sukelia specifinis, antibiotikams atsparus mikroorganizmas (*e. coli*).

Mikroorganizmų teorija plačiai naudojama atliekant slaugos mokslinius tyrimus, susijusius su infekcijos priežastimis, rizikos veiksniais, profilaktika, infekcinių ligų valdymu. Slaugytojai, dirbantys įvairiose sveikatos priežiūros srityse, kasdien taiko Mikroorganizmų teoriją – susiduria su infekcijų profilaktika, laikosi tam tikrų reikalavimų – higienos normų ir darbo instrukcijų (naudoja sterilias ir apsaugines pirštines, atsargiai elgiasi su pavojingais organizmo skysčiais, įvairiomis atliekomis, laikosi sterilumo, atlikdami procedūras, naudoja efektyvias dezinfekcines medžiagas, moko gyventojus higieninio elgesio ir pan.).

Epidemiologinio trikampio modelis

Tai klasikinis epidemiologinis modelis, kuris yra naudingas apibrėžiant ligą. Epidemiologinis trikampis iliustruoja trijų pagrindinių komponentų – šeimininko, faktoriaus/agento ir aplinkos tarpusavio ryšius (žr. 8 pav.) analizuojant ligos priežastis. Bet kurio komponento pasikeitimas gali paveikti ligos procesą. Pavyzdžiui,

jeigu į mokyklą (aplinka) išleidžiamas vaikas (šeimininkas), nepaskiepytas nuo tymų (veiksny/agentas), tai jis gali susirgti tymais. Ligos profilaktika pagal Epidemio-
loginio trikampio modelį yra: *išvengti išorinio faktoriaus poveikio, sustiprinti fizinės šeimininko galimybes pasipriešinti ir susilpninti aplinkos veiksnių, galinčių prisidėti prie ligos atsiradimo ir vystymosi, poveikį.*



8 pav. Klasikinis epidemologinis trikampis (pagal Ewen M., Wills E., 2011).

Šeimininko faktorius apima amžių, lytį, rasę/tautybę, vedybinius ryšius, ekonominę padėtį, imunizacijos būklę, gyvenimo būdą (pvz., maitinimąsi, sportą, higieną, profesiją, seksualinę sveikatą). Veiksny (agentas) – tai biologinių organizmų (bakterijų, virusų) buvimas/nebuvimas, išorinių fizinių veiksnių poveikis (radiacija, temperatūra, triukšmas) ir cheminių veiksnių poveikis (nuodai, alergenai, dujos). Aplinkos veiksniai – tai įvairūs fiziniai elementai ar ypatybės (klimatas, metų laikas, geologija), biologiniai objektai (gyvūnai, vabzdžiai, maistas, vaistai), arba socialinės/ekonominės aplinkybės (šeima, viešoji politika, profesija, kultūra).

Daugiau galite sužinoti: http://www.daviddarling.info/encyclopedia/H/Harvey_William.html; http://www.accessexcellence.org/RC/AB/BC/Louis_Pasteur.php.

Priežastinio ryšio voratinklis

Gali būti daug veiksnių, kurie paaiškina ligos ar negalios padarytą žalą. Jie kaip grandinė susiję vienas su kitu, ir tai buvo pavadinta „priežastinio ryšio voratinkliu“. Jau seniai pastebėta, kad lėtinių ligų, tokių, kaip širdies kraujagyslių, onkologinių ir kt. atsiradimui reikšmės turi daug įvairių veiksnių, kurie susiję vienas su kitu. Pavyzdžiui, širdies ligoms atsirasti gali turėti reikšmės: netaisyklinga mityba, nutukimas, mažas fizinis aktyvumas, rūkymas, emocinis stresas, diabetas, hipertenzija, aterosklerozė ir pan. Priežastinio ryšio voratinklis gali būti taikomas ir kitose srityse, susijusiose su sveikata, pvz., paauglių nėštumas. Aiškinantis jo priežastis, galima pastebėti įvairių veiksnių „voratinklį“: žinių apie nėštumą ir jo profilaktiką trūkumas paauglių tarpe, kontraceptinių priemonių trūkumas arba apsunkintas jų įsigijimas, bendraamžių spaudimas, žema savigarba, socialinės priežastys, alkoholio ir narko-

tikų vartojimas ir t. t. Galima stengtis paveikti tuos veiksnius, kurie yra susiję su nagrinėjama atvejais, kad išvengtų, sumažinti riziką mokant, informuojant asmenis saugoti savo sveikatą. Slaugytojai turi didelį dėmesį skirti sveikatos mokymui. Žinodami įvairių ligų ir būklių priežastinius ryšius, jie gali taikyti įvairias profilaktines strategijas. Slaugydamas sunkius, negalinčius judėti pacientus, slaugytojas įvertins jų pragulų atsiradimo riziką ir taikys profilaktines priemones joms išvengti.

Daugiau galite sužinoti: <http://duncansepidemiology.tripod.com/id9.html>

Natūrali ligos istorija

Ji paaiškina natūralų, nuolatinį ligos progresavimą. Pagal klasikinę ligos vystymosi modelį, ji turi du periodus: **prepatogenezę** ir **patogenezę**. Prepatogenezės stadija prasideda dar prieš tai, kai atsiranda ligos veiksnio ir žmogaus (šeimininko) tarpusavio interakcija. Pavyzdžiui, suaugęs vyras nuolat rūko, paauglė mergaitė anksti pradeda lytinį gyvenimą, ikimokyklinukas lanko tą pačią vaikų grupę, kurioje yra sergantis vaikas ir pan. Po nesisaugojimo ar tarpusavio ryšių prepatogenezė pereina į ankstyvąją patogenezę (pvz., atsiranda pokyčių plaučių audiniuose, nėštumas, vėjaraupiai), vėliau liga baigiasi pasveikimu, negalia ar mirtimi (plaučių vėžys, ankstyva motinystė, įgyjamas imunitetas vėjaraupiams). Žinant natūralų ligos progresavimą, galima imtis profilaktinių priemonių.

Yra trys profilaktikos lygiai: **pirminė profilaktika**, **antrinė profilaktika**, **treitinė profilaktika**, kurios siejasi su ligos stadijomis. Kiekvienas profilaktikos lygis siekia sustabdyti konkrečią patogenezės stadiją. Pirminės profilaktikos tikslas yra sveikatos palaikymas, nelaukiant, kol atsiras sveikatos problemų. Pirminė profilaktika gali būti **pagrindinis sveikatos palaikymas** (sveika mityba, tinkamos gyvenimo sąlygos, poilsis, fizinis aktyvumas) ir **specifinė apsauga** (pvz., imunizacija, vandens valymas, saugos diržų naudojimas vairuojant, burnos higiena). Antrinė profilaktika susijusi su ankstyvu išaiškinimu ir intervencijomis ankstyvosios patogenezės stadijoje, tai: įvairius tyrimai, patikrinimai (pvz., mamografija, cholesterolio kiekio tyrimas, cukraus kiekio tyrimas ir pan.) ir vėlesnės pastangos, siekiant apriboti ligos progresavimą (pvz., neatidėliotinas gydymas chemoterapija, vaistais). Treitinė profilaktika – tai pastangos pagerinti reabilitaciją ir sveikimą po ligos, sumažinti negalią ir ligos pasekmes.

Slaugytojams būtina žinoti ligos stadijas, profilaktikos rūšis ir tikslus, nes klinikinėje slaugoje ir pirminėje sveikatos priežiūroje dirbantys slaugytojai su tuo susiduria kasdien. Slaugytojai moko asmenis ir grupes sveikatos saugojimo visais profilaktikos lygiais (pvz., pagyvenusius asmenis moko griuvimų profilaktikos, jaunas moteris moko gimdos kaklelio vėžio profilaktikos, tėvus moko prižiūrėti ir taisyklingai maitinti vaikus ir pan.).

Fiziologijos mokslo teorijos

Homeostazė

Žmogaus organizmas yra sudėtinga daugiakomponentė biologinė sistema, kurios visi komponentai (atskiros funkcinės sistemos, organai, ląstelės, subląsteliniai elementai ir t. t.) normaliai gali egzistuoti tik tada, kai tobulai reguliuojamos jų funkcijos ir išlaikomas organizmo vidaus terpės dinaminis pastovumas – homeostazė. Terminas „*homeostasis*“ sudarytas iš dviejų žodžių: *homeo* – panašus, *stasis* – pastovus. Į medicinos literatūrą terminą įvedė 1929 m. JAV fiziologas Walter B. Cannon (1871–1945), tačiau vidinės terpės pastovumo reikšmę gyvam organizmui pirmasis suvokė fiziologas Claude Bernard (1813–1878). Jis pirmasis suprato ir paskelbė teoriją apie homeostazę.

Homeostazė – tai vidinės organizmo terpės, supančios ląsteles, pastovumas. Vidinę terpę sudaro kraujas, limfa, intersticinio, jungiamojo audinio, kremzlių bei kaulų skystis. Pagrindinė dalis yra vanduo. Pasikeitimus lemia aplinkos veiksniai (šaltis, karštis, triukšmas), o ypač patologiniai procesai. Norint išlaikyti vidinės terpės pastovumą, būtina išlaikyti normalų vandens kiekį, jonų kiekį, osmosinį slėgį, rūgščių–šarmų balansą. Bernard teigė, kad žmogaus organizmas privalo turėti gebėjimą išlaikyti vidinę aplinką, išsaugančią jo gyvybę (savireguliacijos procesus). Vidinės organizmo terpės pastovumas užtikrina normalias organizmo funkcijas: kvėpavimą, kraujotaką, virškinimą, išskyrimą, nervų reguliavimą, o taip pat normalią bioenergją, normalią organų ir audinių struktūrą. Homeostazės principais remiantis, teigiama, kad visos sveikos organizmo ląstelės, audiniai ir organai išlaiko statišką (nekintančią) vidinę aplinką. Fiziologiniai organizmo procesai yra dinamiški – širdies veikla, kraujo spaudimas, hormonų sekrecija, nervų jautrumas, susiję su vidiniais ar išoriniais pokyčiais. Gyvybę palaiko dinamiška įvairių reguliacinių organizmo procesų tarpusavio sąveika. Žmogaus organizmas palaiko homeostazę darniai veikiant įvairioms organų sistemoms (širdies ir kraujagyslių, kvėpavimo, endokrinei, imuninei ir neurologinei). Visos sistemos yra integruotos ir nuolat prisitaiko prie aplinkos pokyčių.

Slaugytojams svarbu žinoti, kodėl būtina palaikyti homeostazę (pvz., skysčių ir elektrolitų balansą, normalų gliukozės kiekį kraujyje, kalcio homeostazę ir pan.). Kaminski ir Hall 1996 m. atliko tyrimą apie teigiamą muzikos poveikį naujagimių miegui. Tyrimas buvo atliktas naujagimių slaugos skyriuje, kur dažniausia labai triukšminga. Hipotezė, kad nuolatinis triukšmas trukdo naujagimiams pasiekti fiziologinę ir psichologinę homeostazę, pasitvirtino – naujagimiai, kurie klausėsi muzikos, buvo ramesni.

Daugiau galite sužinoti: http://en.wikipedia.org/wiki/Walter_Bradford_Cannon;
<http://www.panarchy.org/cannon/homeostasis.1932.html>

Imuniteto teorijos

Imuninę sistemą sudaro grupė suderintų sistemų, kurios dalyvauja organizmo apsaugoje nuo infekcijos (baltymai, ląstelės, organai ir audiniai, kurie sąveikauja kaip sudėtingas ir dinamiškas tinklas). Imuninės sistemos tikslas yra neutralizuoti, pašalinti ar pakenkti mikroorganizmams, patekusiems į žmogaus organizmą. Imunitetas (lot. *immunis* – laisvumas nuo ko nors) – tai žmogaus gebėjimas apsisaugoti nuo viso to, kas jam genetiškai nepriimtina: nuo mikroorganizmų, virusų, parazitų, persodintų svetimų medžiagų – antigenų. Imuniteto veiklos pagrindas – atpažinti „sava“ ir „svetima“ (Adomaitienė D., Janulevičiūtė N. ir kt., 2001). Imunitetas – tai saugos sistema, kurios svarbiausia funkcija yra ląstelių diferenciacijos ir proliferacijos kontrolė bei mutavusių ląstelių sunaikinimas, t. y. organizmo apsauginės imuninės reakcijos padeda „išvalyti“ organizmą nuo antigenų, patekusių į jį iš išorės arba atsiradusių viduje. Antigenų organizme gali atsirasti dėl bakterijų, fermentų, vaistų ir kitokių cheminių preparatų, radiacijos poveikio. Jei imuninė sistema yra silpna, sutrinka organizmo augimas ir vystymasis, mažėja atsparumas infekcijoms, susidaro prielaidos susirgti onkologinėmis ligomis. Jei imuninė sistema nefunkcionuoja, sakoma, kad yra *imunodeficitas*.

Imuninė sistema yra labai sudėtingas mechanizmas. Ši kompleksinė sistema, antigenui patekus į organizmą, į gynybą įjungia kaulų čiulpus, blužnį, migdolines liaukas, adenoidus, apendiksą, limfmazgius, kraujagysles bei limfą. Imunitetas dažniausiai skirstomas į įgimtą ir įgytą. Įgimtas imunitetas būdingas tai pačiai gyvūnų rūšiai ir perduodamas iš kartos į kartą. Įgytas imunitetas nepaveldimas, jis gali būti pasyvus ir aktyvus. Pasyvus imunitetas susidaro, kai į organizmą patenka jau pasigaminusių antikūnių iš kito imunizuoto organizmo. Tokį imunitetą turi naujagimiai. Aktyvus imunitetas įgyjamas persirgus tam tikra infekcine liga arba imunizuojant (skiepijant) nuo tos ligos. Kitaip tariant, įgytas imunitetas būna natūralus (poinfekcinis) ir dirbtinis (povakcininis). Imuninė sistema saugo žmogų nuo ligų, nes ji gali atpažinti tai, kas sava ir kas svetima. Tačiau kartais imuninė sistema saugo per mažai ir išsivysto vėžys, arba saugo per daug – tada atsiranda *alergija*. Alergija – tai pakitusi organizmo reakcija į aplinką, kai padidėja jautrumas vienai ar kelioms genetiškai svetimoms organizmui medžiagoms po kartotinio sąlyčio su jomis. Imuninė sistema sukuria *antikūnius* tokioms medžiagoms, kurios paprastai nėra laikomos svetimomis. Antigenai, sukeltantys alergines reakcijas, vadinami *alergenais*.

Slaugytojams svarbu žinoti, kad imuninės sistemos sutrikdymas gali sukelti ligas. Veiksniai, slopinantys imunitetą yra šie: nevisavertė ir netaisyklinga mityba; alkoholio, tabako, narkotikų vartojimas; stresas, nuovargis; miego trūkumas; mažas fizinis aktyvumas; kenksmingos darbo sąlygos; radioaktyvi spinduliutė, kai kurie vaistai, antibiotikai.

Imuniteto teorijos naudojamos ir atliekant slaugos mokslinius tyrinėjimus.

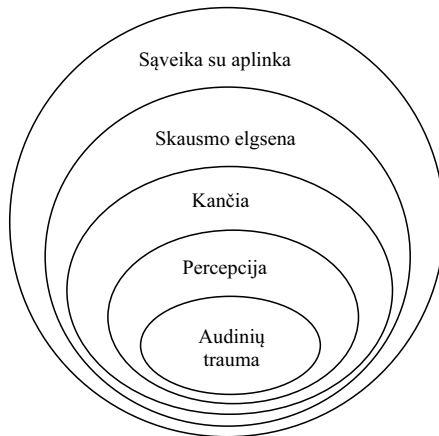
Skausmo valdymo teorija

Tarptautinė skausmo studijų asociacija skausmą apibrėžia kaip nemalonų sensorinį ir emocinį potyrį, susijusį su tikru ar menamu audinių pažeidimu arba nuskomas tais pačiais terminais kaip ir tikrasis pažeidimas. Vadinas skausmas – tai ir emocinis, ir sensorinis patyrimas vienu metu (Baublienė J., 2006). Sveikatos priežiūroje skausmui buvo ir yra skiriamas didelis dėmesys. Todėl juo domėjosi ne tik medikai, bet ir kitų sričių specialistai, atsirado įvairių skausmo teorijų. Vienos jų, daugiausia, ankstyvojo laikotarpio, akcentavo skausmo perdavimo kelius, o kitos, vėlyvesnės, bandė paaiškinti centrinį skausmo apdorojimą galvos smegenyse. 1600 m. prancūzų filosofas ir matematikas Rene Decarte paskelbė **skausmo specifiskumo teoriją**. Jis teigė, kad skausmo intensyvumas tiesiogiai priklauso nuo traumos dydžio. Ši teorija priimtina ir šiandien kai kuriais ūminio skausmo atvejais: adatos dūrio skausmas yra daug mažesnis nei nukirsto piršto, bet lėtinio skausmo paaiškinimui ši teorija netinka todėl, kad lėtinio skausmo atveju skausmas nėra proporcingas audinių pažeidimui, o jo intensyvumas gali būti labai didelis (Baublienė J., 2006). Kita žinoma skausmo teorija paskelbta 1800 m. Ji buvo grindžiama prielaida, kad kūno periferijoje yra nervų nervų galūnėlės, kurios veikia kaip skausmo receptoriai, perduodantys informaciją nervais.

1970 m. paskelbta kita – **biocheminė skausmo teorija**, kai buvo atrasti specifinių medžiagų, susijusių su skausmo slopinimu – endorfinų ir opioidų receptoriai. Slopinamoji sistema pradeda veikti informacijai apie skausmą pasiekus centrinę nervų sistemą. Tada išsiskiria specifinės į morfiną panašios medžiagos, kurios veikia receptorių, siekdamas mažinti skausmą.

1960 m. paskelbta **skausmo vartų kontrolės teorija** aiškina ryšius tarp skausmo ir emocijų, ji pripažino smegenų ir sąmonės įtaką skausmo suvokimui. Vartų teorija teigia, kad skausmo signalas nugaros smegenyse eina per vartus, kuriuose gali būti visai užblokuotas ir nepasiekti centrinės nervų sistemos. Tokiu atveju skausmo jutimo nebus arba centrinę nervų sistemą pasieks tik dalis informacijos ir tuo atveju skausmo intensyvumas bus mažesnis. Vartus gali uždaryti įvairūs veiksniai: storesnių nervinių skaidulų dirginimas, endorfinų išskyrimas. Vartai – ne fizinė sąvoka, bet simbolis, metafora, perteikianti sudėtingą skausminių impulsų plitimą žmogaus organizme. Laiku pradėjus gydymą skausmą malšinamaisiais vaistais, vartai gali būti uždaryti, ir žmogus nebejaus skausmo arba jis bus mažesnis.

Losser svogūno teorija teigia, kad skausmo sudėtinės dalys išsidėsčiusios lyg svogūno sluoksniai (žr. 10 pav.).



10 pav. Losser svogūno skausmo teorija (cit. Baublienė J., 2006)

Pažeisti audiniai ir nervo dirginimas yra centre, kitas sluoksnis – skausmo suvokimas, toliau kančia, skausmo elgsena ir sąveika su aplinka (Baublienė J., 2006). Šiuolaikinės skausmo teorijos apjungia vartų ir svogūno teorijas, skausmą aiškina mos kaip kelių veiksnių – fizinių, psichologinių, socialinių – sąveikos modelį.

Slaugos praktikai ir mokslininkai savo tyrinėjimuose dažnai nagrinėja skausmo valdymo problemas slaugoje, taikydami minėtas teorijas.

Daugiau galite sužinoti: <http://www.webmd.com/pain-management/default.htm>;
http://www.medicinenet.com/pain_management/article.htm

Apibendrinant medicinos mokslo teorijų sąsajas su slauga, teigtina, kad slaugytojai nuolat susiduria ir taiko su įvairias medicinos teorijas praktikoje ir slaugos mokslo tyrimuose. Įvairūs medicinos principai, konceptai ir teorijos yra taip giliai integruoti į slaugą, kad juos atskirti nuo jos yra neįmanoma. Biomedicininės teorijas, kurias naudoja slaugytojai, apima ligos priežasčių, fiziologijos ir psichologijos teorijas. Slaugytojas turi jas suprasti ir gebėti taikyti praktikoje ir moksliniuose tyrinėjimuose, nes visų sveikatos priežiūros specialistų tikslas vienas – kuo geresnę žmonių sveikata.

Kartojimo klausimai ir užduotys

1. Paieškokite šiuolaikiniuose slaugos žurnaluose ir internete mokslinių tyrimų, kuriuose būtų panaudotos biomedicinos mokslų teorijos. Paaiškinkite kokios teorijos buvo taikytos Jūsų ratuose moksliniuose tyrimuose.
2. Išanalizuokite pasirinktą grindžiamąją teoriją ir nustatykite, kokie konceptai, apibūdinti teorijoje, siejasi su biomedicininėmis, psichologijos ar fiziologijos teorijomis.
3. Remdamiesi savo patirtimi, padiskutuokite grupėje apie tai, kokios teorijos atsispindi šiuolaikinėje slaugos praktikoje.

VI TEMA. TEORIJŲ TAIKYMAS SLAUGOJE

Tikslas: temos studijos suteiks galimybę:

- Suprasti, kaip teorija veikia praktiką, kodėl jos yra neatskiriamos
- Paaikškinti sąvoką „teorija grįsta praktika“
- Analizuoti galimas atotrūkio tarp teorijos ir praktikos priežastis .

Teorija – tai procesas ir produktas. Kaip procesas teorija atlieka visą eilę veiklų ir įsitraukia į tarpusavio sąveiką, sekos fazes (konceptų analizę, ryšių konstravimą, ryšių patikrinimą ir patvirtinimą). Kaip produktas teorija iškelia eilę konceptų ir ryšių, kurie gali būti derinami ir apibrėžiami, paaiškinami, numatomi, priskirti fenomenui. Šia informacija vėliau galima vadovautis praktikoje. Tokioje praktikos srityje kaip slauga, teorija ir praktika yra neatskiriamos. Teorijos pritaikymas susijęs su tyrimais grindžiama praktika, kuri yra pagrindas tolesniam profesijos vystymui, ir autonomiškai slaugos praktikai plėtoti.

Teorija sukuria pagrindą slaugos realybei suprasti. Ji įgalina slaugytoją suprasti, kodėl taip atsitiko. Siekiant pailustruoti, kaip teorija yra įdiegiama praktikoje, Dale (1994) naudoja pavyzdį, kai slaugytojas žino anatomijos ir fiziologijos teorijas apie audinius, spaudimo poveikį jiems. Šios žinios skatina slaugytoją nustatyti, kaip gali susidaryti spaudimo žaizda. Remdamasis žiniomis, slaugytojas gali imtis profilaktinių priemonių. Tobulindami slaugos praktiką, slaugytojai privalo nagrinėti literatūrą, kritiškai vertinti mokslinių tyrimų rezultatus ir apjungti empirinę praktiką ir kontekstinę literatūros informaciją. Slaugytojai turi nuolatos tikrinti savo praktiką, ieškoti geresnių veiklos alternatyvų, jie negali sau leisti galvoti apie teoriją ir tyrimus kaip mėgstamą intelektualinę veiklą atskirai nuo klinikinės veiklos (Rosswurn & Larabee, 1999). Slaugytojai visada turi būti įsitikinę, kad teorija ir moksliniai tyrimai sudaro praktikai pagrindą. Taikant teoriją praktikoje gali kilti įvairių problemų. Jos susijusios su teorijos ir praktikos tarpusavio ryšiais, konceptais, nagrinėjamais teorijose, ribomis, skiriančiomis teoriją ir praktiką.

Teorijos ir praktikos ryšys slaugoje yra būtinas. Praktika yra slaugos teorijos vystymosi pagrindas, slaugos teorija turi būti patikrinta praktikoje. Sukurta slaugos teorija įdiegiama praktikoje ir po to patikrinama moksliniais tyrimais. Jau patikrinta slaugos teorija vėl taikoma praktikoje. Kaip teorija veikia slaugos praktiką tyrė įvairūs slaugos mokslininkai. Jų nuomone teorija

- Identifikuoja slaugos gavėjus/klientus
- Apibrėžia pagalbą ir situacijas, kuriose reikalinga slauga
- Nurodo, kokius duomenis rinkti ir kaip juos sugrupuoti
- Apžvelgia realias ir potencialias problemas, kurios turi būti apsvarstomos

- Padeda suprasti, analizuoti ir interpretuoti sveikatos situaciją
- Vadovauja formuluojant slaugos diagnozes
- Apibūdina, paaiškina ir kartais numato kliento galimybes
- Patvirtina objektyvius ir numatomus veiksmus
- Nurodo, kokie veiksmai ar intervencijos turi būti atlikti
- Kuria praktikos standartus
- Atskiria slaugą nuo kitų sveikatos priežiūros sričių
- Skatina atsakomybę ir pareigingumą slaugos priežiūroje
- Nustato slaugos tyrimų kryptis (pagal Fawcett, 1992; Kenney, 2006; Young et al., 2001, cit. Ewen M. & Wills M., 2011).

Vadovaujantis teorija, slaugytojui lengviau nagrinėti paciento situaciją, rinkti ir tvarkyti duomenis. Teorija skatina slaugytojus remtis naudinga informacija, atmetant nesusijusius su situacija duomenis. Teorija gali padėti analizuojant ir interpretuojant ryšius tarp duomenų ir numatomų veiksmų, būtinų planuojant paciento/kliento priežiūrą. Be to, teorija skatina slaugytoją planuoti ir įgyvendinti priežiūrą tikslingai ir aktyviai, jų veikla darosi produktyvesnė, slaugytojai darosi labiau pasirengę bendrauti su kitais sveikatos priežiūros specialistais, pacientais ir jų artimaisiais. Naudojami teorijas slaugytojai geriau supranta, kurie duomenys yra naudingi, kaip jie yra susiję tarpusavyje, kas gali būti numatoma ir kokios intervencijos yra reikalingos. Pavyzdžiui, slaugytojas, kuris dirba pogimdyviniame skyriuje, turi būti teoriškai pasirengęs tam atvejui, jeigu moteriai po gimdymo prasidėtų depresija. Slaugytojas turi žinoti pogimdyvinės depresijos rizikos veiksnius, požymius ir simptomus, taip pat įvairias jos valdymo strategijas. Be to, slaugytojas, įtardamas pogimdyvinę depresiją, turi žinoti, kokių papildomų duomenų reikia, norint išsiaiškinti specialius poreikius ir aplinkybes, sudaryti tinkamą slaugos planą. Panašiai ir kitose slaugos srityse, kaip pavyzdžiui, vaikų slaugoje. Tuo atveju slaugytojas, kuris jaunai mamai aiškina apie skiepų naudą, turi žinoti ir suprasti pagrindinius imunizacijos principus ir ligų profilaktiką. Jeigu mama rūpinasi dėl galimų komplikacijų po skiepų, slaugytojas turi jai suteikti papildomos informacijos, kuri padėtų suprasti galimas šalutines skiepų reakcijas ir komplikacijas remdamasis mokslinių tyrimų rezultatais. Tai padės motinai priimti informuotą sprendimą dėl kūdikio priežiūros.

Teorija grįsta slauga yra šiuolaikinė slauga. Tai reiškia, kad slaugytojai žino ir taiko praktikoje įvairias slaugos teorijas ir modelius, slaugos mokslo principus, taip pat psichologijos, biomedicinos, socialinių ir kitų mokslų teorijas ir modelius, siekdami efektyvios slaugos. Teorija informuoja praktikuojantį slaugytoją daryti tai, kas yra teisinga ir naudinga pacientui. Teorija gali paskatinti slaugytoją priimti informuotus sprendimus, kurie yra pagrįsti ir apgalvoti, patikrinti praktikoje, o ne remtis tik nuojauta, tradicijomis, paskyrimais. Siekdami tobulinti slaugą, slaugytojai pasirengę derinti teorines žinias, klinikinę patirtį, kritiškai vertinti. Slauga, kaip ir kiti

praktiniai dalykai, naudoja specialią teorijos ir praktikos kombinaciją, kurioje teorija vadovauja praktikai ir praktika pagrindžia teoriją. Slaugytojai turi mokytis teorijų ir jas taikyti, studijuoti mokslinius tyrimus ir jais naudotis slaugoje – tik tada slauga bus pilna. Slaugytojas, kuris naudos teorija grindžiamą praktiką, bus pasirengęs apibūdinti, paaiškinti, numatyti ir kontroliuoti veiksmus ir inicijuoti profilaktiką (Kikuchi, 2004). Teorija grindžiama slaugos praktika yra tikslinga ir kontroliuojama, ji apima profilaktinius veiksmus ir ją gali paaiškinti slaugytojas.

Kartais sunku nuspręsti, kur, kada ir kaip taikyti teoriją slaugos praktikoje. Tai gali būti tiesa pradedantiesiems slaugytojams ir slaugos studentams. Teorijos taikymas slaugos praktikoje reikalauja suprasti konceptus ir principus, susijusius su paciento/kliento, grupės ar bendruomenės poreikiais ir nustatyti, kada ir kaip panaudoti teorijos konceptus ir principus planuojant ir įgyvendinant slaugą.

Kriterijai, padedantys nuspręsti, kada teorija gali būti taikoma, yra įvairūs:

- 1) ar teorijos ir praktikos tikslai yra tokie pat?
- 2) ar teorijos kontekstas atitinka praktinės situacijos kontekstą?
- 3) ar atitinka konceptai?
- 4) ar teorijos teiginių pakanka, kad ji būtų praktinių veiksmų pagrindas?
- 5) ar teorija patikrinta moksliniais tyrimais?
- 6) kaip teorija gali paveikti slaugos praktiką ir skyriaus darbą?

Slaugytojas turi rasti atsakymus į šiuos klausimus. Teorijos pasirinkimas taikyti praktikoje yra procesas. Slaugytojas turi išnagrinėti teorijos tikslus ir palyginti juos su slaugos tikslais (praktikos standartais, asmenine nuomone). Pavyzdžiui, reabilitacijos slaugytojas, kuris slaugo pacientą po stuburo traumos, turi pasirinkti susidorojimo su problemomis ar adaptacijos teoriją. Slaugytojas turi išnagrinėti teorijos kontekstą ir jį palyginti su esama situacija. Pavyzdžiui, slaugos skyriaus slaugytojas yra susirūpinęs dėl to, kad jų skyriuje taikoma pochirurginio skausmo malšinimo teorija, kuri jo nuomone esamoje situacijoje netinkama. Be to, slaugytojui svarbu patikrinti, ar yra panašūs teorijos ir situacijos konceptai, atrinkti svarbiausius. Pavyzdžiui, slaugytojas netaikys tos pačios mokymo teprijos pacientui, sergančiam AIDS ir sveikam. Slaugytojas turi nuspręsti, ar teorija įvertinta ekspertų ir tinkama kaip slaugos veiksmų pagrindas konkrečiam atvejui. Pavyzdžiui, slaugytojas žino, kad, slaugant onkologinius pacientus, galima taikyti terapinį prisilietimą, tačiau jis turi patikrinti, ar yra atlikta tyrimų, panašių į esamą atvejį, ir tada nuspręsti. Pasirenkant teoriją taikyti praktikoje svarbu atkreipti dėmesį į literatūrą, kuria teorija remiasi, tyrimų išvadas ir rekomendacijas taikyti praktikoje. Pavyzdžiui, intensyvios slaugos skyriaus vyriausiasis slaugytojas, prieš nusprendamas hospitalinės infekcijos profilaktikai skyriuje naudoti brangias priemones, turi išnagrinėti literatūrą, patvirtinančią tų priemonių efektyvumą. Teorijų taikymas klinikinėje praktikoje susijęs su pokyčiais, todėl būtina juos numatyti ir įvertinti galimą jų įtaką skyriaus darbui.

Atotrūkis tarp teorijos ir praktikos ir jo šalinimas

Neapsant ilgų slaugos teorijų studijų, jų vystymosi ir evoliucijos dešimtmečių, teiginys „praraja“ tarp teorijos ir praktikos yra dažnai vartojamas slaugytojų tarpe (Billings D. & Kowalski K., 2006). Klinikinėje praktikoje nedažnai slaugytojai vartoja žodį „teorija“, „slaugos diagnozė“, „slaugos procesai“, nebent, kai to reikalauja administracija. Priežastys yra įvairios. Teorijas daugiausia kūrė ir populiarino slaugos edukatoriai, o ne praktikai, todėl teorija praktikų nuomone yra atskiras dalykas ir atskira veikla. Daugelis mokslininkų tiki, kad teorija ir praktika yra, arba turi būti susijusios tarpusavyje. Tačiau mokslininkų nuomone teorija yra „aukščiau“ už praktiką, ji yra „pranašesnė“ ir todėl turi „vadovauti“ praktikai, o praktika retai kada gali veikti teoriją. Tai pagimdė slaugytojų praktikų, kurie netikėjo tiesioginiu akademinų žinių ryšiu su praktika, nepasitikėjimą. Jų nuomone, teorija kartais iškraipo praktiką. Kartais slaugytojai galvoja, kad „idealiame“ slaugos teorijos pasaulyje slaugos praktika apibūdinama kitaip, nei yra. Be to, jie mano, kad praktika ir taip vystosi – be teorijos, kad geras teorijos išmanymas neužtikrina geros slaugos (Billings D. & Kowalski K., 2006).

Nuomonių gali būti ir turi būti įvairių, tačiau vis dėlto, nėra atotrūkio tarp slaugos teorijos ir praktikos – teoriniai slaugos principai slaugoje taikomi kasdien, nors slaugytojai kartais to nepripažįsta. Atotrūkis tarp teorijos ir praktikos turi būti pašalintas. Slaugytojo, kaip sveikatos priežiūros specialisto, veikla visuomenėje labai svarbi, todėl būtina skatinti svarbią teorijos – praktikos – mokslo sąveiką. Veiksniai, kurie tam kliudo gali būti: edukologinės problemos, bendradarbiavimo tarp mokslininkų, edukologų ir praktikų trūkumas, taip pat šiuolaikinės slaugos problemos. Per mažas dėmesys slaugytojų rengimo programose skiriamas slaugos teorijai, be to, anksčiau (ne bakalauro studijas) baigę slaugytojai, neturi žinių apie slaugos teorijas, nes nebuvo to mokomi medicinos mokyklose.

Kita minėto atotrūkio priežastis gali būti ta, kad dauguma slaugos teoretikų ir mokslininkų – tyrinėtojų neturi tiesioginio kontakto su klinikine slauga, todėl jų galimybės mažinti atskirtį tarp teorijos ir praktikos yra mažos. Iš kitos pusės – dauguma slaugos praktikų mažai ar visiškai neturi kontakto su slaugos teoretikais ir tyrinėtojais. Siekiant išspręsti šią problemą, būtina, kad kuriantys teorijas, ir atliekantys jų tyrinėjimus būtų įtraukti į slaugos praktiką. Tai būtų naudinga abiem pusėms. Dar viena problema, kuri gali turėti įtakos atotrūkio tarp teorijos ir praktikos atsiradimui, yra įvairūs pokyčiai sveikatos priežiūros sistemoje, ekonominiai sunkumai, taupymas, etatų mažinimo politika. Tuo tarpu visuomenėje didėja žmonių, kurie serga lėtinėmis ligomis, pagyvenusių skaičius, vyksta įvairių kultūrų ir rasių žmonių paplitimas šalyse, kuriose iki tol jų nebuvo, ar buvo pavieniai atvejai. Siekiant kuo efektyvesnės slaugos, būtina integruoti teoriją, mokslo tyrimus ir gerą patirtį (Melnyk B., Fineout-Overholt E., 2011; Perry D., 2004).

Daugiau galite sužinoti:

http://currentnursing.com/nursing_theory/application_nursing_theories.html;

<http://nursing.clayton.edu/eichelberger/nursing.htm>

Užduotis: Pasikalbėkite su slaugytojais, dirbančiais įvairiose slaugos srityse ir sužinokite jų nuomonę apie slaugos teorijos ir praktikos sąsajas. Aptarkite savo pokalbių rezultatus grupėje, padiskutuokite.

Literatūra

1. Isaacs S., Ploeg J. and Tomkins K. (2009). How can Rorty help nursing science in the development of a philosophical „foundation“? *Journal of Nursing Philosophy*, 10, p. 81–90.
2. Adomaitienė D., Janulevičiūtė N., Kazakevičius R., Vaičiuvėnas V. (2001). *Klinikinės imunologijos įvadas*. Kaunas: Šviesa.
3. Ajzen I. (1991). The theory of planned behavior. *Journal of Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, p. 179–211.
4. Alligood M. R., Tomey M. A. (2006). *Nursing Theory: Utilization and Application*. St. Louis: Mosby.
5. Alligood M. R., Choi E. C. (1998). *Evolution of nursing Theory*. St. Louis: Mosby.
6. Altman T. K. (2007). An evaluation of the seminal work of Patricia Benner: theory or philosophy? *Journal of Contemporary Nurse*, 25 (1–2), p. 23–114.
7. Artinian B. M., West K. S., Conger M. M. (2011). *The Artinian Intersystem Model. Integrating theory and Practice for the Professional Nurse*. New York: Springer Publishing company.
8. Austgard K. I. (2008). What characterises nursing care? A hermeneutical philosophical inquiry. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 314–319.
9. Baranova J. (2002). *Etika: filosofija kaip praktika*. Vilnius: Tyto alba.
10. Baublienė J. (2006). *Skausmo samprata ir gydymas*. Vaistų žinios, Vilnius.
11. Beaushamp T., Childress J. (2001). *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press.
12. Beckstead J. W., Beckstead L. G. (2006). A multidimensional analysis of the epistemic origins of nursing theories, models, and frameworks. *International Journal of Nursing Studies*, 40, p. 113–122.
13. Billings D., Kowalski K. (2006). Bridging the theory–practice gap with evidence–based practice. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 37 (6), p. 248–249.
14. Burke M., Eakes G., Hainsworth M. A. (1999). Milestones of chronic sorrow: Perspectives of Chronically ill and bereaved persons and family care–givers. *Journal of Family Nursing*, 5 (4), p. 374–387.
15. Burkhardt M. A., Nathaniel A. K. (2001). *Ethics and Issues in Contemporary nursing*. USA: Delmar Thompson Learning.
16. Chitty K. K. (2001). *Professional Nursing. Concepts and challenges*. Philadelphia: W. B. Saunders Company.

17. Chou M. H., Lee L. C. (2007). Initial Formation of Nursing Philosophies Following Fundamental clinical Practice: The Experience of Male nursing Students. *Journal of Nursing Research*, 15 (2), p. 12–17.
18. Craven R. F., Hirnle C. J. (2006). *Fundamentals of nursing. Human Health and function*. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins.
19. Creasia J. L., Parker B. (1996). *Conceptual Foundations of Professional Nursing Practice*. St. Louis: Mosby.
20. Curry M. K., Hunter Revell S. M., Roy C. (2009). Knowledge for the good of the individual and society: linking philosophy, disciplinary goals, theory, and practice. *Journal of Nursing Philosophy*, 11, p. 42–52.
21. Dale A. (1994). The theory–practice gap: The challenge for nurse teachers. *Journal of Advanced Nursing*, 20, p. 521–524.
22. Edwards S. (1997). What is philosophy of nursing? *Journal of Advanced Nursing*, 25, p. 1089–1093.
23. Elstad I., Torjuul K. (2009). The issue of life: Aristotle in nursing perspective. *Journal of Nursing Philosophy*, 10, p. 275–286.
24. Ewen M., Wills E. (2011). *Theoretical Basis for Nursing*. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins.
25. Fawcett J. (2000). *Analysis and evaluation of Nursing theories*. Philadelphia: Davis Company.
26. Fegermoen M. S. (1997). Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 25, p. 434–441.
27. Frisch N. C. (2001). Standards for holistic nursing practice: A way To thinkk about our Care that includes Complementary and Alternative modalities. *Journal of Issues in Nursing*, 6 (2), p. 53–61.
28. Gastmans C. (1998). Interpersonal relations in nursing: a philosophical–ethical analysis of the work of Hildetgard E. Peplau. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (6), p. 1312–1319.
29. Gastmans C. (2002). A Fundamental Ethical Approach to Nursing: some proposals for Ethics Education. *Journal of Nursing Ethics*, 9 (5), p. 494–507.
30. Green C. (2009). A comprehensive theory of the human person from philosophy and nursing. *Journal of Nursing Philosophy*, 10, p. 263–274.
31. Have H. A., Meulen R. H., Leeuwen E. (2009). *Medicinos etika*. Vilnius: Charibdė.
32. Henderson V. (1993). *Pagrindiniai slaugos principai*. Vilnius: SAM respublikinio leidybos ir spaudos paslaugų biuro spaustuvė.
33. Holliday M., Parker D. (1997). Florence Nightingale, feminism and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 26, p. 483–488.

34. Holt J., Clarke D. (2000). Philosophy and nursing: a useful transferable skill. *Journal of Nursing Philosophy*, 1, p. 76–79.
35. Jakušováitė I. (2001). *Medicina ir filosofija*. Kaunas: KMU leidykla.
36. June K. F. (2004). Towards a philosophic theory of nursing. *Journal of Nursing Philosophy*, 5, p. 79–83.
37. Kalibatiėnė D. (2004). *Slaugos istorija* Vilnius: UAB „Varosa“.
38. Kaminski J., Hall W. (1996). The effect of soothing music on the neonatal behavioral states in the hospital newborn nursery. *Neonatal Network*, 15 (1), p. 45–54.
39. Kikuchi J. F. (2004). Towards a philosophic theory of nursing. *Journal of Nursing Philosophy*, 5, p. 79–83.
40. Kolcaba K., Tilton C., Drouin C. (2006). Comfort theory: A unifying framework to enhance the practice environment. *Journal of Nursing Administration*, 36 (11), p. 538–544.
41. Laabs A. C. (2008). The community of nursing: moral friends, moral strangers, moral family. *Journal of Nursing Philosophy*, 9, p. 225–232.
42. Lanara V. (1981). *Heroism as a Nursing value. A philosophical perspective*. Athens: Sisterhood Evniki.
43. Lazarus R. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, p. 234–247.
44. Leininger M. (1993). Towards conceptualization of transcultural health care systems: concepts and a model. *Journal of Transcultural Nursing*, 4 (2), p. 32–40.
45. Leininger M. M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13 (3), p. 189–192.
46. Liubarskienė Z. (2005). *Normatyvioji medicinos etika*. Kaunas: KMU leidykla.
47. Mackey S. (2009). Towards an ontological theory of wellness: a discussion of conceptual foundations and implications for nursing. *Journal of Nursing Philosophy*, 10, p. 103–112.
48. McDonald L. (2006). Florence Nightingale as a social reformer. *History Today*, 56 (1), p. 9–15.
49. Meleis A. I. (1997). *Theoretical Nursing. Development and Progress*. Philadelphia: Lippincott.
50. Melnyk B. M., Fineout–Overholt E. (2011). *Evidence–Based Practice in nursing and Healthcare. A Guide to Best Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
51. Mishel M. H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Journal of Nursing Scholarship*, 22 (4), p. 256–262.

52. Paley J. (2002). Virtues of autonomy: the Kantian ethics of care. *Journal of Nursing Philosophy*, 3, p. 133–143.
53. Pearson A., Vaughan B. (1994). *Slaugymo modeliai. Konceptijos, teorija ir praktika*. Vilnius: Lietuvos slaugos specialistų organizacija.
54. Perry D. (2004). Self-transcendence: Lonergan's key to integration of nursing theory, research, and practice. *Journal of Nursing Philosophy*, 5 (1), p. 67–74.
55. Pesut B., Johnsons J. (2007). Reinstating the „Queen“: understanding philosophical inquiry in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 61 (1), p. 115–121.
56. Porter S. (2001). Nightingale realist philosophy of science. *Journal of Nursing Philosophy*, 2, p. 14–25.
57. Roper N., Logan W., Tierney A. (1999). *Slaugos pagrindai. Nuo gyvenimo modelio prie slaugos modelio*. Vilnius: Egalda.
58. Rosentock I. (1974). *Health belief model*. <http://www.utwente.nl/cw/theorieenoverzicht/>.
59. Rosswurm M. A., Larrabee J. H. (1999). A model for change to evidence-based practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 31 (4) p. 317–322.
60. Ruddy J. E. (1997). The nature of philosophy of science, theory and knowledge relating to nursing and professionalism. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (2), p. 243–250.
61. Samuels–Dennis J. M. (2007). Employment status, depressive symptoms, and the mediating/moderating effects of single mother's coping repertoire. *Journal of Public Health Nursing*, 24 (6), p. 491–502.
62. Smith K. V., Godfrey N. S. (2002). Being a good nurse and doing the right thing: a qualitative study. *Journal of Nursing Ethics*, 9 (3), p. 301–312.
63. Šalkauskis S. (1996). *Filosofijos apibrėžimas*. Lietuvos filosofinė mintis. Chrestomatija. Vilnius: Aidai.
64. Širinskienė A., Narbekovas A. (2007). *Medicinos etika*. Vilnius: Mykolo Romerio u–to leidykla.
65. Uys L. R., Smit J. H. (1993). Writting a philosophy of nursing? *Journal of Advanced Nursing*, 20, p. 239–244.
66. Vesterdal A. (1996). *Sveikatos priežiūra ir ligonių slauga*. Vilnius: Charibdė.
67. Watson J. (1997). The theory of human caring: Retrospective and prospective. *Journal of Nursing Science Quarterly*, 10 (1), p. 49–52.
68. Watson J. (2003). Love and Caring. *Journal of Nursing Administration Quarterly*, 27 (3), p. 197–202.
69. Wilson L., Kolcaba K. (2004). Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 19 (3), p. 164–173.
70. Wulf H. R., Pedersen S. A. (2001). *Medicinos filosofija*. Vilnius: Charibdė.

71. Žydžiūnaitė V. (2005). *Komandinio darbo kompetencijos ir jų tyrimo metodologija slaugytojų veiklos požiūriu*. UAB „Judex“, Kaunas.

Interneto šaltiniai

- http://www.nurses.info/nursing_theory_midrange_theories.htm
- <http://www.humanbecoming.org/index.html>
- <http://www.humanbecoming.org/site/default.html>
- http://currentnursing.com/nursing_theory/Newman_Health_As_Expanding_Consciousness.html
- http://www.nurses.info/nursing_theory_person_parse_rosemarie.htm
- http://currentnursing.com/nursing_theory/Patricia_Benner_From_Novice_to_Expert.html
- http://currentnursing.com/nursing_theory/nursing_theorists.html
- <http://nursing.clayton.edu/eichelberger/nursing.html>
- <http://www.freudlife.org/>
- <http://webspaceship.edu/cgboer/adler.html>
- <http://www.enotes.com/public-health-encyclopedia/health-belief-model>
- http://www.daviddarling.info/encyclopedia/H/Harvey_William.html
- <http://people.umass.edu/aizen/f&a1975.html>
- http://www.accessexcellence.org/RC/AB/BC/Louis_Pasteur.php
- <http://www.icnr.com/articles/the-nature-of-stress.html>
- <http://userpage.fu-berlin.de/~schuez/fohlen/KrohneStress.pdf>
- <http://duncansepidemiology.tripod.com/id9.html>
- http://en.wikipedia.org/wiki/Walter_Bradford_Cannon
- <http://www.panarchy.org/cannon/homeostasis.1932.html>
- <http://www.webmd.com/pain-management/default.htm>
- http://www.medicinenet.com/pain_management/article.htm
- http://psychology.wikia.com/wiki/Richard_S._Lazarus
- <http://www.csun.edu/~vcpsy/ooh/students/coping.htm>
- <http://www.straipsniai.lt/psichologija/puslapis/5026>
- <http://www.h-net.org/~hst203/documents/friedan1.html>
- <http://www.answers.com/topic/kate-millett>
- <http://www.answers.com/topic/chodorow-nancy>

Pabaigos žodis

Slaugos moksle ir praktikoje per keletą pastarųjų dešimtmečių įvyko reikšmingų pasikeitimų ne tik pasaulyje, bet ir Lietuvoje. Slauga tapo profesija ir akademinio dalyku. Šiuolaikinis slaugytojas savo veikloje taiko filosofijos, slaugos mokslo žinias, siekia vis naujų žinių, tobulina praktinius slaugos įgūdžius. Pagal Europos Sąjungos direktyvas slaugytojas turi įgyti bakalauro išsilavinimą. Vykdamas šias direktyvas tobulinamos slaugytojų ugdymo programos, diegiami pažangūs studijų metodai, plečiami studijų programoms įgyvendinti būtini materialiniai resursai. Šios slaugos studijoms skirtos knygos atsiradimas sietinas su minėtais pokyčiais. Jūs, knygos skaitytojai, esate būsimoji slaugytojų karta. Panaudodami vertingą slaugos mokslo palikimą, sieksite tobulinti slaugos mokslą bei praktiką. Tikiuosi, kad ši knyga, kad ir nedidele dalimi, paskatins Jus puoselėti vertybes, būtinas slaugytojo profesijai, žinias, įsitikinimus, profesionalumą ir troškimą būti gerais slaugytojais. Dėl ribotos knygos apimties apžvelgtos tik pagrindinės teorijos, taikomos slaugoje.

Autorė

2011 11 29. 8,75 leidyb. apsk. 1. Tiražas 100 egz.
Išleido ir spausdino „UAB Vitae Litera“, Kurpių g. 5-3, LT-44280 Kaunas
www.vitaelitera.lt, www.tuka.lt