

**VILNIAUS PEDAGOGINIS UNIVERSITETAS
PEDAGOGIKOS IR PSICHOLOGIJOS FAKULTETAS
EDUKOLOGIJOS KATEDRA**

Nijolė Bielinienė

**SLAUGYTOJŲ KOMPETENCIJOS KAITOS TENDENCIJOS
VISUOMENĖS POREIKIŲ RAIDOS KONTEKSTE**

Magistro darbas

Vilnius, 2007

**VILNIAUS PEDAGOGINIS UNIVERSITETAS
PEDAGOGIKOS IR PSICHOLOGIJOS FAKULTETAS
EDUKOLOGIJOS KATEDRA**

**SLAUGYTOJŲ KOMPETENCIJOS KAITOS TENDENCIJOS
VISUOMENĖS POREIKIŲ RAIDOS KONTEKSTE**

**Magistro darbas
Socialiniai mokslai, edukologija (07S)**

Magistro darbo autorius Nijolė Bielinienė.....

Magistro darbo vadovas doc. dr. Regina Proškuvienė.....

Raktažodžiai: slaugytojas, kompetencija, slaugos paslaugos, pacientai, vertinimas

Santrauka

Slaugytojo, dirbančio bendruomenėje ar paciento šeimoje kompetencija įgauna didelę vertę slaugos kontekste. Šio specialisto kompetencijos glaudžiai susiję su slaugytojų teikiamų paslaugų apimtimi, paslaugų kokybe bei jų prieinamumu paslaugų gavėjams. Slaugytojo kompetenciją sudaro žinios, gebėjimai ir įgūdžiai, kuriuos įgyja baigęs slaugos studijų programą, įgijęs bendrosios praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją, nuolat ją tobulindamas, atsižvelgiant į nuolatinę slaugos mokslo ir praktikos pažangą. Kadangi slaugytojai turi dirbti visuomenės sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo kryptimi, todėl jiems būtinos naujos kompetencijos: pedagoginės, psichologijos, socialinės, vadybos, taip pat ir kitos papildomos žinios, kurias įgyja nuolat tobulindamasis. Profesinių kompetencijų dėka slaugytojai gali jaustis lygiaverčiais sveikatos priežiūros komandos nariais, tokiu būdu kelia specialybės savarankiškumą ir prestižą. Visuomenės poreikių kaita sąlygoja šių specialistų paslaugų apimtį. Kompetencijos vertinimo tyrimas yra nauja ir Lietuvoje mažai nagrinėta tema, o slaugytojų studijų programos visuomenės poreikių kaitos kontekste niekada nebuvo nagrinėtos, t.y. nebuvo lyginamos tarpusavyje pagal išsilavinimo lygius, programos planus ir turinį, suteikiamą profesinę kvalifikaciją. Temos mokslinį naujumą sudaro tai, kad nuo slaugytojų išsilavinimo lygio ir visuomenės poreikių kaitos priklauso teikiamų paslaugų apimtys, jų kokybė bei prieinamumas paslaugų gavėjams, o tai įtakoja visą sveikatos priežiūros sistemos kokybę. Tyrimo tikslas – įvertinti slaugytojų kompetencijų kaitą visuomenės poreikių raidos kontekste. Tyrimo objektas apėmė slaugytojų kompetencijų, keičiantis visuomenės poreikiams, plėtrą. Realizuojant tyrimą buvo atlikta mokslinės literatūros, mokslinių publikacijų ir teisės aktų analizė; 3 skirtingų išsilavinimo lygių studijų programų turinių analizė ir lyginimas; 120 slaugytojų ir 120 pacientų apklausa pagal pateiktą klausimyną. Atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad slaugytojai, baigę medicinos mokyklą prieš 20-40 metų įgijo mažiau kompetencijų, o bendrosios praktikos slaugytojų programą baigę slaugytojai įgijo naujų bendrųjų bei specialiųjų – vadybos, administravimo, pedagogikos, psichologijos, sociologijos ir kitų kompetencijų bei jų paslaugos geriau tenkina visuomenės poreikius.

Trends of Nurses' Competence Fluctuation in the Context of the Development of the Community Demands

Key words: nurse, competence, nursing service, patients, evaluation

Summary

The nurse's competence, who is working in the Community or in the patient's family, becomes of utmost value in terms of care background. This specialist's competence is closely related to the scope and the quality of nurses' rendered services as well as their availability to services recipients. The nurse's competence consists of knowledge, capabilities and skills, which have been acquired after the completion of care studies program and general practice nurse's professional qualification, with its continual improvement on the basis of a continuous headway in care science and practice. Nurses must work for the public health preservation and enhancement, therefore, new competencies are obligatory to them: pedagogic, psychological, social, managerial and other additional knowledge, which is being acquired during continuous training. Thanks to professional competencies, nurses may feel equally-valued members of a health supervision team. In this way, a self-dependence and a prestige of this specialty are being raised. The scope of these specialists' services is stipulated by the fluctuation of the community demands. In scientific terms, an investigation of competence evaluation is a new, low-investigated subject in Lithuania. The nurses studying programs have never been analyzed in the context of the fluctuation of the community demands i. e. they have not been compared mutually pursuant to education levels, program plans and content, awarded professional qualification. A scientific novelty of the subject is that the scope of rendered services, their quality and availability to services recipients depend upon the nurses' education level and the fluctuation of the community demands. All this chain influences the quality of the whole health supervision system. A given goal of the investigation is to evaluate the fluctuation of the nurses' competencies in the context of the development of the community demands. The presented investigation has been aimed at distinguishing the different education levels of care science with the acquired nurses' competencies. The investigation object has enclosed the development of the nurses' competencies in the light of the fluctuating community demands. By performing the investigation, an analysis of scientific literature, publications and legal regulations have been done; the analysis and the comparison of studying program content from 3 different education levels have been performed; as well as interviewing of 120 nurses and 120 patients has been conducted pursuant to a prepared questionnaire. The outcomes of the performed investigation

have showed that the nurses, who graduated from medical schools 20-40 years ago, have acquired less competencies. Meanwhile the nurses, who completed general practice nurses programs, have acquired new general and special (managerial, administrative, pedagogic, psychological, sociological and other) competencies and their services better meet the community's demands.

TURINYS

Magistro darbe naudojamos pagrindinės sąvokos	7
Įvadas	9
1. Slaugos veiklos ir visuomenės poreikių kaitos teoriniai pagrindai	13
1.1. Slaugytojų kompetencijos apibrėžtis.....	13
1.2. Profesinio slaugos instituto vystymosi stadijos.....	14
1.3. Slaugos proceso kaitos charakteristikos.....	17
1.4. Visuomenės poreikių slaugai plėtra.....	22
1.5. Esminių švietimo sistemos principų ir slaugytojų veiklos sąsajos.....	24
2. Slaugytojų rengimo kaitos apžvalga	27
2.1. Gailestingųjų seserų rengimo Lietuvoje istoriniai aspektai.....	27
2.2. Medicinos seserų rengimas.....	31
2.3. Bendrosios praktikos slaugytojų rengimas.....	34
2.4. Gailestingųjų seserų, medicinos seserų ir bendrosios praktikos slaugytojų studijų programų palyginimas	41
3. Slaugytojų kompetencijos visuomenės poreikių kontekste	52
3.1. Tyrimo organizavimas ir metodika.....	52
3.2. Slaugytojų ir pacientų charakteristika.....	54
3.3. Slaugytojų kompetencijų tyrimas: slaugytojų ir pacientų vertinimas.....	61
Išvados	76
Rekomendacijos	77
Literatūros sąrašas	78
Priedai	85

MAGISTRO DARBE NAUDOJAMOS PAGRINDINĖS SĄVOKOS

Aukštoji mokykla – studijų ir mokslo įstaiga, rengianti specialistus su aukščiau išsilavinimu Aukštojo mokslo įstatymo nustatyta tvarka. (Aukštojo mokslo įstatymo 2 str. 2 d.).

Bakalauras – kvalifikacinis laipsnis, suteikiamas asmeniui, išėjusiam nuosekliųjų universitetinių studijų pirmosios pakopos studijų programą, taip pat asmuo, turintis bakalauro kvalifikacinį laipsnį. (Aukštojo mokslo įstatymo 2 str. 3 d.).

Diplomas – asmens įgytą kvalifikaciją ir mokslo laipsnį liudijantis pažymėjimas, išduodamas baigus pagrindines studijas, specialiąsias profesines studijas, magistrantūrą, vientisąsias studijas, meno aspirantūrą, apgynus daktaro disertaciją. (Aukštojo mokslo įstatymo 2 str. 4 d.).

Formalusis švietimas – švietimas, vykstantis pagal teisės aktų nustatyta tvarka patvirtintas ir įregistruotas ugdymo programas, kurias baigus įgyjamas pradinis, pagrindinis, vidurinis, aukštesnysis arba aukštasis išsilavinimas ir (ar) kvalifikacija. (Švietimo įstatymo 2 str. 4 d.).

Kvalifikacija – kvalifikacinis laipsnis (bakalauro, profesinio bakalauro, magistro, meno licenciato) ir (arba) profesinė kvalifikacija, suteikiami baigus atitinkamos pakopos nuosekliąsias studijas. (Aukštojo mokslo įstatymo 2 str. 6 d.).

Kvalifikacinis laipsnis – laipsnis (bakalauro, profesinio bakalauro, magistro, meno licenciato), suteikiamas asmeniui, baigusiam atitinkamos nuosekliųjų studijų pakopos (išskyrus doktorantūrą) programą. (Aukštojo mokslo įstatymo 2 str. 7 d.).

Kompetencija – mokėjimas atlikti tam tikrą veiklą, remiantis įgytų žinių, įgūdžių, gebėjimų, vertybinių nuostatų visuma. (Švietimo įstatymo 2 str. 6 d.).

Neuniversitetinės studijos – pagrindinės, į praktinę veiklą orientuotos profesinės studijos aukštojoje mokykloje, sudarančios sąlygas įgyti taikomaisiais moksliniais tyrimais ir (ar) taikomąja moksline veikla grindžiamą profesinio bakalauro kvalifikacinį laipsnį ir (arba) profesinę kvalifikaciją. (Aukštojo mokslo įstatymo 2 str. 13 d.).

Profesinė kvalifikacija – profesinis pasirengimas, įgyjamas baigus pagrindines studijas, specialiąsias profesines ar vientisąsias studijas, taip pat magistrantūrą, rezidentūrą ar meno aspirantūrą. (Aukštojo mokslo įstatymo 2 str. 18 d.).

Profesinis bakalauras – kvalifikacinis laipsnis, suteikiamas asmeniui, baigusiam nuosekliųjų neuniversitetinių studijų programą aukštojoje mokykloje, taip pat asmuo, turintis profesinio bakalauro kvalifikacinį laipsnį. (Aukštojo mokslo įstatymo 2 str. 30 d.).

Sauga – asmens sveikatos priežiūros dalis, apimanti sveikatos ugdymą, stiprinimą ir išsaugojimą, ligų ir rizikos veiksnių profilaktiką, sveikų ir sergančių asmenų fizinę, psichinę ir socialinę priežiūrą. (Slaugos praktikos įstatymo 2 str. 1 d.).

Studijų programa – tam tikros krypties studijų turinio, metodų ir priemonių, studijoms pasitelkiamo akademinio ir profesinio personalo bei materialių galimybių visuma, taip pat šios visumos aprašymas. (Aukštojo mokslo įstatymo 2 str. 24 d.).

Slaugytojas – asmuo, įgijęs slaugos studijų baigimo diplomą, taip pat bendrosios praktikos ir (ar) atitinkamą specialiosios praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją. (Slaugos praktikos įstatymo 2 str. 2 d.).

Švietimas – veikla, kuria siekiama suteikti asmeniui visaverčio savarankiško gyvenimo pagrindus ir padėti jam nuolat tobulinti savo gebėjimus. Mokyti – prigimtine kiekvieno žmogaus teise. (Švietimo įstatymo Pirmojo skirsnio Bendrosios nuostatos).

Ugdymas – mokymas, lavinimas, įgūdžių, gebėjimų ir vertybinių nuostatų formavimas. (Švietimo įstatymo 2 str. 36 d.).

IVADAS

Temos aktualumas

Slaugytojo, dirbančio bendruomenėje ar paciento šeimoje kompetencija įgauna didelę vertę slaugos kontekste. Šio specialisto kompetencijos glaudžiai susiję su slaugytojų teikiamų paslaugų apimtimi, paslaugų kokybe bei jų prieinamumu paslaugų gavėjams. Slaugytojo kompetenciją sudaro žinios, gebėjimai ir įgūdžiai, kuriuos įgyja baigęs slaugos studijų programą, įgijęs bendrosios praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją, nuolat ją tobulindamas, atsižvelgiant į nuolatinę slaugos mokslo ir praktikos pažangą. Slaugytojai turi dirbti visuomenės sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo kryptimi, todėl jiems būtinos naujos kompetencijos: pedagoginės, psichologijos, socialinės, vadybos ir kitos papildomos žinios, kurias įgyja nuolat tobulinantis. Profesinių kompetencijų dėka slaugytojai gali jaustis lygiaverčiais sveikatos priežiūros komandos nariais, tokiu būdu kelia specialybės savarankiškumą ir prestižą.

Slaugytojų kompetencijos svarbios ir Europos Sąjungos keliamų reikalavimų šiai profesijai kontekste. Europos Sąjungos sutarties 8a bei 48-58 straipsniuose yra įteisintas laisvo asmenų judėjimo principas. Remiantis bendra rinkos ekonomikos taisykle, kiekvienas asmuo gali laisvai pasirinkti profesiją, o norint užsiimti tam tikra profesine veikla, reikia turėti atitinkamą kvalifikaciją (Europos Sąjungos dokumentai, 2000, 4 p). Slaugytojo profesija yra valstybės reguliuojama profesija. Šie specialistai priklauso laisvajam asmenų judėjimui, todėl jų rengimas turi atitikti minimalius slaugytojų rengimui ir praktiniam darbui keliamus reikalavimus. Slaugytojai pagal įgytą bendrosios praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją gali teikti slaugos paslaugas visose Europos valstybėse narėse, o slaugos paslaugų teikimo kokybė visiems asmenims turi būti vienodai kvalifikuota.

Dar viena temos aktualumą sąlygojančių veiksnių – visuomenės poreikių kaita, todėl tema svarbi ir paslaugų gavėjams, kurie nebe tie, kokie buvo prieš 20-40 metų, jie yra reiklūs teikiamoms paslaugoms ir nesutinka, kad jiems teiktų paslaugas abejotinos kvalifikacijos slaugytojai. Pacientams atliekant vis sudėtingesnes procedūras, kvalifikuotai ir pagal reikalavimus dirbti su naujomis technologijomis, būtinas papildomas pasirengimas. Nekvalifikuotų slaugytojų darbo rinkoje negali būti, nes jie neatitiktų visuomenės poreikių, todėl privalo nuolat tobulintis ar net papildomai studijuoti.

Tema aktuali ir įdomi moksliniu bei istoriniu aspektu.

Temos mokslinis naujumas

Moksliniu aspektu kompetencijos vertinimo tyrimas yra nauja ir Lietuvoje mažai nagrinėta tema, o slaugytojų studijų programos visuomenės poreikių kaitos kontekste niekada

nebuvo nagrinėtos, t.y. nebuvo lyginamos tarpusavyje pagal išsilavinimo lygius, programos planus ir turinį, suteikiamą profesinę kvalifikaciją.

Temos mokslinį naujumą sudaro ir tai, kad nuo slaugytojų išsilavinimo lygio ir visuomenės poreikių kaitos priklauso teikiamų paslaugų apimtys, jų kokybė bei prieinamumas paslaugų gavėjams, o tai įtakoja visą sveikatos priežiūros sistemos kokybę.

Remiantis Mokymosi visą gyvenimą užtikrinimo strategija ir atsižvelgiant į visuomenės poreikius, slaugos studijų bei tobulinimosi programos turi būti nuolat peržiūrimos, koreguojamos, plėtojamas specialistų rengimo institucijų tinklas, atnaujinama jų bazė.

Magistro darbo tyrimas dar kartą patvirtina slaugytojų būtinybę nuolat tobulintis, aktyviai domėtis socialinių, švietimo ir kitų mokslų, įtakančių slaugos mokslą ir praktiką, naujovėmis.

Tyrimo tikslas – įvertinti slaugytojų kompetencijų kaitą visuomenės poreikių raidos kontekste.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išanalizuoti slaugytojų profesijos sampratos kaitą.
2. Išnagrinėti slaugytojų rengimo programas visuomenės kaitos raidoje.
3. Įvertinti slaugytojų kompetencijų plėtrą ir naudą paslaugų gavėjams.
4. Išanalizuoti visuomenės slaugos paslaugų poreikius.

Tyrimo objektas apėmė slaugytojų kompetencijų, keičiantis visuomenės poreikiams, plėtrą.

Tyrimo teiginiai

1. Medicinos seserų studijų programas baigusiesiems slaugytojams trūksta kompetencijų.
2. Slaugytojų kompetencijos turi atitikti paslaugų gavėjų (visuomenės) poreikius.

Tyrimo metodai. Siekiant realizuoti darbe užsibrėžtą tikslą ir uždavinius, naudojami šie metodai:

1. Teoriniai: mokslinės literatūros, mokslinių publikacijų, teisės aktų, slaugos specialistų studijų programų analizė.
2. Empiriniai: respondentų apklausa, naudojant mišraus tipo nestandartizuotus klausimynus su atviro ir uždaro tipo klausimais.
3. Matematinės statistikos: anketinės apklausos duomenys analizuoti naudojant SPSS for Windows (15.0) programinę įrangą, gautų duomenų analizė ir rezultatų interpretavimas.

Tyrimo imtis – paprastoji atsitiktinė, jos dydis – 240 tiriamųjų. Tyrimas atliktas dviem imtimis – apklausta 120 skirtingo išsilavinimo lygio slaugytojų ir 120 įvairiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose besigydančių pacientų. Visos anketos gražintos analizei.

Darbo struktūra. Darbą sudaro santrauka, summary, pagrindinės sąvokos, įvadas, 3 skyriai, 7 lentelės, 21 paveikslas, 5 išvados, 4 rekomendacijos, literatūros sąrašas, 14 priedų. Darbo apimtis – 83 lapai.

Pagrindinių tyrimų apžvalga

Su slauga ir slaugytojais susijusių mokslinių tyrimų atlikta labai nedaug. Slaugos moksliniai tyrimai atliekami 4 universitetuose: Kauno Vytauto Didžiojo, Kauno medicinos, Klaipėdos ir Vilniaus universiteto Medicinos fakultete. Kauno Vytauto Didžiojo universitete 2000 m. Laima Sajienė gynė socialinių mokslų daktaro disertaciją, kurios tema buvo „Slaugos institucija visuomenės sveikatos koncepcijoje: profesinio rengimo kaitos dimensijos“ (Sajienė, 2000). Tai pirmasis mokslinis darbas Lietuvoje, skirtas slaugos institucijos ir slaugytojų profesinio rengimo problemoms tirti, išryškinant ugdomojo aspekto svarbą slaugoje. 2003 m. Kauno Technologijos universitete socialinių mokslų daktaro disertaciją gynė Vilma Žydžiūnaitė, kurios tema buvo „Komandinio darbo kompetencijų edukacinė diagnostika ir jų vystymo, rengiant slaugytojus, pagrindimas“ (Žydžiūnaitė, 2003). Šie moksliniai darbai buvo skirti slaugos institucijos ir slaugytojų profesinio rengimo problemoms tirti, išryškinant ugdomojo aspekto svarbą slaugoje.

Nors Lietuvoje slaugos mokslinių tyrimų atlikta dar labai nedaug, 2002 m. Ženevoje (Šveicarija) vyko labai svarbi Europos slaugos mokslininkų darbo grupės konferencija, kurioje slaugos mokslininkai (slaugytojai) iš Europos, JAV, Australijos, Azijos, Pietų Amerikos žemynų aptarė dvejų metų mokslinių tyrimų rezultatus, diskutavo apie naujoves slaugos tyrimų metodologijoje bei pristatė jau įvykdytų mokslinių projektų rezultatus (Ward, 2002). Lietuvai šioje darbo grupėje atstovavo Lietuvos slaugos specialistų organizacijos diplomuota slaugytoja, socialinių ir edukologijos mokslų daktarė V. Žydžiūnaitė. JAV slaugos profesorė Debbie H. Ward (2002) slaugos mokslinių tyrimų metu išsiaiškino svarbų aspektą – sparčiai plėtojantis ekonominiam, politiniam, demografiniam, kultūriniam, komerciniam spaudimui, pacientai slaugos paslaugoms tampa reiklesni (Žydžiūnaitė, 2002).

Vienas pastarojo dešimtmečio pokyčių yra paciento transformacija: pasyvus slaugos paslaugų priėmėjas tampa reikliu slaugos paslaugų vertintoju. Slaugos profesorė Debbie H. Ward (2000) atliko šio pokyčio paciento požiūriu tyrimą, siekdama išsiaiškinti, kas šiuos kitimus lėmė, kaip jie veikia slaugos praktikos raidą ir pačius slaugytojus, ar slaugytojai pasirengę priimti tokią naują situaciją.

Magistro darbe nagrinėjami ir pateikiami slaugytojų kompetencijų tyrimai, lyginamos skirtingo išsilavinimo lygio studijų programos. Patikrinami teiginiai:

1. slaugytojų programų kaita, jų tobulinimas buvo neišvengimas procesas, nes kintant visuomenės poreikiams, šiuolaikinės slaugos paslaugoms teikti medicinos seserų studijų programas baigusiesiems slaugytojams nepakanka kompetencijų.

2. Aukštos profesinės kompetencijos slaugytojas teikia kokybiškas paslaugas ir atitinka paslaugų gavėjų poreikius. Tai duoda akivaizdžią naudą patiems slaugytojams ir slaugos paslaugų gavėjams, t.y. mūsų visuomenei.

Teorinis tyrimo pagrindimas

Nagrinėjant slaugytojų kompetencijas, pirmiausiai tikslinga vadovautis Lietuvos Respublikos švietimo įstatymu (Žin., 1991, Nr. 23-593; 2003, Nr. 63-2853), nes kompetencijos įgyjamos sėkmingai baigus atitinkamas studijas ir įgijus profesinę kvalifikaciją. Todėl minėto įstatymo 3 straipsnio 1 ir 2 punktai iškelia svarbius švietimo tikslus, tai:

1) išugdyti kiekvienam jaunuoliui vertybines orientacijas, leidžiančias tapti doru, siekiančiu žinių, savarankišku, atsakingu, patriotiškai nusiteikusiu žmogumi, išlavinti dabartiniam gyvenimui svarbius jo komunikacinius gebėjimus, padėti įsisavinti žinių visuomenei būdingą informacinę kultūrą, užtikrinant gimtosios ir užsienio kalbų mokėjimą, informacinį raštingumą, taip pat šiuolaikinę socialinę kompetenciją ir gebėjimus savarankiškai kurti savo gyvenimą;

2) nustatyti jaunuolio kūrybinius gebėjimus ir pagal tai padėti jam įsigyti profesinę kvalifikaciją ir kompetenciją, atitinkančią šiuolaikinį kultūros bei technologijų lygį ir padedančią jam įsitvirtinti ir sėkmingai konkuruoti tolydžio kintančioje darbo rinkoje, perteikti šiuolaikinius technologinius, ekonominius bei verslo kultūros pagrindus, būtinus šalies ūkio pažangai, konkurencingumui bei subalansuotai raidai laiduoti, sudaryti sąlygas nuolat tenkinti pažinimo poreikius ir tobulėti mokantis visą gyvenimą.

1. SLAUGOS VEIKLOS IR VISUOMENĖS POREIKIŲ KAITOS TEORINIAI PAGRINDAI

1.1 Slaugytojų kompetencijos apibrėžtis

Slaugytojo kompetencija yra įvertinimas, nusakantis slaugytojo, kaip konkrečios srities žinovo, gebėjimą atlikti tam tikrą veiklą. Ji sudaro šios profesijos pagrindą. Taigi, kompetencija apibūdina slaugytojo profesinį statusą ir charakterizuoja jo žinių, gebėjimų, suvokimo lygmenį, realiai atitinkantį atliekamų užduočių ar problemų sprendimo reikalavimus. Slaugytojo profesinę kompetenciją sudaro šie komponentai: bendrosios ir specializuotos profesinės žinios, bendrieji ir specialieji gebėjimai, bendroji slaugos vystymo vizija, slaugos, kaip konkretaus darbo vizija, požiūriai ir vertybės (Žydžiūnaitė, 1999, 2002).

Vykstantys dinamiški pokyčiai visos Lietuvos gyvenimo srityse yra lydimi sveikatos priežiūros sistemos reformos, kurioje ypač akcentuojama slaugytojų veiklos kaita. Tradicinė slaugytojų veikla nebeįstengia patenkinti sparčiai kintančių žmogaus poreikių sveikatos priežiūrai. Palaipsniui didėja prieštaravimas tarp išsilavinimo, kurio slaugytojams reikėtų, kad jie galėtų prisitaikyti prie vis sudėtingėjančio veiklos pasaulio, ir išsilavinimo, kurį jie gauna profesinio rengimo įstaigose (Bydam, 2000).

„Didžiausia mūsų vertybė – sveikata. Esu įsitikinęs, kad tik bendradarbiaudami, sutelkę politikų, administratorių, sveikatos priežiūros darbuotojų, visuomenės atstovų iniciatyvą ir patirtį, sėkmingai sutvarkysime mūsų šalies sveikatos apsaugą, tęsime pradėtus darbus ir sieksime naujų tikslų“, teigia Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras Rimvydas Turčinskas (2006). Pasak ministro, Parlamentui pritarus Vyriausybės siūlymui žymiai padidinti sveikatos apsaugos finansavimą, didesnės lėšos bus skiriamos gyventojų sveikatos paslaugų prieinamumui bei kokybei gerinti. Sveikata – vertybė, ne tik ligų ir fizinių trūkumų nebuvimas, bet ir fizinė, dvasinė bei socialinė žmonių gerovė, tad saugoti ją reikia bendromis pastangomis. O saugoti, tausoti padeda sveikatos priežiūros specialistai – gydytojai, slaugytojai ir kiti specialistai, teikiantys gydymo ir slaugos paslaugas.

Šioje dalyje apžvelgiama slaugytojų profesijos kaita, jų rengimo ypatumai, teikiama tarptautinė pagalba rengiant ir tobulinant slaugytojus bei mokslinių tyrimų svarba, profesinių kompetencijų reikšmė ir visuomenės poreikių plėtra.

Pasaulyje slaugos paslaugas teikia per 6 mln slaugytojų. 1994-1995 m. Pasaulio sveikatos organizacija atliko tyrimus, kurioje dalyvavo 190 pasaulio šalių. Rezultatai parodė, kad per 50 proc. sveikatos priežiūros paslaugų teikia slaugytojai. Tai rodo, kad be šių specialistų paslaugų sutriktų visa sveikatos priežiūros sistema (Žydžiūnaitė, 2003).

1.2 Profesinio slaugos instituto vystymosi stadijos

Slaugos intensyvaus vystymosi pradžia yra 19 a. pabaiga. Nuo to laiko profesinis slaugos institutas vystėsi pereinamas kelias stadijas:

Praktikos stadija (nuo 1899 m.). Vakarų šalių versijoje slauga kaip profesinė veikla pripažįstama 19 a. pab. – 20 a. pr., kai F. Nightingale (Anglija) organizavo moterų grupę Krymo kare slaugyti sužeistų kareivių. F. Nightingale akcentavo higieną kaip slaugos tikslą. Rytų šalių versijoje slaugos vystymuisi turėjo įtakos R. Bent Saad Al-Islamiah (Arabija), kuri lydėjo pranašą Mahometą Islamo karuose ir slaugė sužeistuosius bei subūrė moteris, slaugiusias sergančius ir neįgalius žmones. R. Saad Al – Islamiah slaugą orientavo į pirmosios pagalbos suteikimą, ilgalaikį slaugymą asmens sveikimo periodu bei mokė moteris pirmosios pagalbos ir slaugos pagrindų. Praktikos stadijoje slaugos misija apibrėžta kaip priežiūros ir komforto suteikimas skatinant žmonių išgyjimą, gerą savijautą bei sveikatos aplinkos sukūrimą, kuri padeda sumažinti kančią ir skausmą (Joung, 2001). F. Nightingale 1946 m. paskelbė pirmąjį teorinį aprašą apie slaugos praktiką.

Edukologijos stadija. Nuo 1990 m. pradedami kelti klausimai, susiję su slaugytojų išsilavinimo ir slaugos studijų curriculum: kaip transformuoti slaugos praktiką į curriculum ir kokiais būdais mokyti būsimus slaugytojus. Antroje šio amžiaus pusėje daugelio Europos šalių pedagogikoje pasirodė „curriculum“ sąvoka, gerokai papildžiusi požiūrį į ugdymo procesą. Sąvoka „curriculum“ Lietuvos pedagogikoje yra pakankami nauja, todėl suprantamas šios srities mokslininkų ir praktikų nepasitikėjimas ne tik jos pačios, bet ir esmės, kurią ji nusako, atžvilgiu. Pastaruoju metu Lietuvoje minėtą sąvoką bandoma prilyginti sąvokai „ugdymo turinys“, kuri sudaro mokymo tikslų, turinio, metodų, mokomosios medžiagos, mokymo organizavimo ir kontrolės visumą yra žiūrima kaip į nuolat kintančią ir atsinaujinančią sistemą (Laužackas, 1997).

Slaugos mokslinių tyrimų stadija. Nuo 1923 m. užtikami užsienio šalyse atliktų tyrimų pradmenys; o nuo 1950 m. jose formaliai įteisunami moksliniai slaugos tyrimai.

Slaugos teorijos stadija. Nuo 1952-1955 m. fundamentalūs klausimai apie slaugos misiją ir jos tikslus tiriami ir nagrinėjami giliau, teorijos sisteminamos, bandoma ieškoti atskirties tarp biomedicinos ir slaugos, formuojami slaugos ryšiai su socialiniais mokslais. Studijuojantieji slaugą, biologijos ir socialinius mokslus turi studijuoti kaip pamatinius (Roper, 1999).

Slaugos filosofijos stadija. Nuo 1959 m. slaugytojai pradeda reflektuoti konceptualius slaugos praktikos aspektus, siekia išryškinti slaugos žinių prigimtį bei kongruenciją tarp slaugos

žinių bei tyrimo metodologijų (Allen, 1986). Šioje stadijoje slaugytojams buvo svarbu suvokti slaugos teorijos ir tyrimų metodologijos filosofinius pagrindus bei įtvirtinti filosofinį požiūrį slaugoje.

Integravimo stadija. Ši stadija prasidėjo nuo 1976 m. ir pasižymėjo keliomis charakteristikomis: a) struktūrinių slaugos disciplinų elementų bei specifinių specializacijos sričių identifikavimu; b) slaugos studijų programų bei modulių kūrimu integruojant teoriją, tyrimus ir praktiką; c) slaugos teorijų vertinimu; d) slaugos unikalumą atspindinčių konceptų išskyrimu; e) koncentravimusi į slaugos specializacijas; f) slaugos konceptų tikslinimu.

Pateiktos profesinio slaugos instituto vystymosi stadijos parodo, jog slauga yra ne tik praktinė, bet ir mokslinė disciplina. Slaugai vis didesnės įtakos turi sociologija, socialinė psichologija, edukologija, filosofija, antropologija, etnologija, etika, religijotyra, ekonomika, organizavimo ir vadybos teorijos bei administracinė teisė. Pasak V. Žydžiūnaitės (2006), „slauga – tai veikla, kurią vykdant, slaugytojams būtinos atitinkamos kompetencijos, kvalifikacijos, padedančios realizuoti fizinę ir intelektualinę veiklą, atsižvelgiant į socialinius, kultūrinius, psichologinius bei aplinkos veiksnius. O vienas iš slaugytojo aukštą kompetenciją atspindinčių kriterijų yra gebėjimas atlikti tyrimus, analizuoti ir apibendrinti tyrimų duomenis bei pateikti konkrečias rekomendacijas, remiantis tyrime gautais rezultatais.

Sparčiai kintantys kvalifikaciniai reikalavimai medicinos darbuotojams, kuriuos nulemia sparti medicinos mokslo pažanga ir socialinė visuomenės kaita, verčia tobulinti profesinį rengimą. Universitetams būdinga liberalaus ugdymo idėja – siejamas ne tik su žinių teikimu ir jų perpratimu, įgūdžių formavimu, bet ir naujų mokslo žinių kūrimu bei jų taikymu praktikoje. Juk slaugos mokslas nuolat vystosi, keičiasi, tobulėja (Šeškevičius, 2006). Tai pateikiama 2 dalies skyriuose.

Pagrindinis slaugytojo uždavinys – padėti asmenims, šeimoms ir žmonių grupėms įvertinti ir siekti fizinės, protinės, dvasinės ir socialinės sveikatos atsižvelgiant į jų darbo ir gyvenimo sąlygas. Dėl to vystomos ir atliekamos tokios funkcijos, kurios stiprintų ir išsaugotų sveikatą, užkirstų kelią ligoms. Taip pat teikiamos paslaugos ligos ir reabilitacijos laikotarpiams, atsižvelgiant į fizinius, protinius ir socialinius gyvenimo aspektus. Rūpinamasi sveikaisiais, sergančiais, turinčiais negalią ir mirštančiais (Šeškevičius, 2006).

Studijoms universitete būdinga intelektualinė dėstytojų ir studentų veikla. Jau bakalauro studijų metu įsisavinami mokslinės veiklos metodai, rašomi kursiniai darbai, projektai bei bakalauro baigiamieji tiriamieji darbai. Slaugos magistrantūros studijų metu realizuojama mokslinė veikla ir pasiruošiama studijuoti doktorantūroje, taikomi ne tik kiekybiniai mokslo tyrimo metodai, bet ir kokybiniai. Doktorantų rengimas kelia specialybės prestižą, daro postūmį

slaugos mokslui ir praktikai. Kauno medicinos universitete slaugos daktaro laipsnį apsigynė jau 3 slaugytojai.

Slauga kaip mokslas ne tik Lietuvoje, bet ir daugelyje pasaulio šalių žengia pirmuosius žingsnius. Lietuvoje slaugos mokslas pasireiškė tik atgavus nepriklausomybę. Iki to laikotarpio slauga buvo svarbi tik slaugytojų rengėjams – mokymo institucijoms bei slaugos praktikams. Toks požiūris stabdė visos sveikatos priežiūros sistemos plėtojimą. Šiuo metu politikai jau supranta slaugytojų rengimo ir jų teikiamų paslaugų svarbą bei numatė skirti slaugos paslaugų teikimui didesnes investicijas. Medicinoje įdiegus moderniausias diagnostikos technologijas pasitvirtino, kad vien tiksliai nustatyti ligą yra per mažai, reikalingas brangus gydymas, sudėtingi tyrimai, dažnai chirurginis (pvz. širdies, inkstų ir kitų organų transplantacija) gydymas. Atlikus tokias sudėtingas procedūras ar operacijas stengiamasi išvengti galimų komplikacijų. Daugelis pavyzdžių liudija ir patvirtina, kad po sudėtingų intervencijų, sunkių ligonių išgyjimą lemia slaugytojų paslaugų kokybė. Net visai beviltiški ligoniai, labai gerai slaugomi dažnai gražinami į gyvenimą.

Lietuvoje vis labiau įsitvirtina humanistinė ir demokratinė visuomenės samprata. Dėl socialinių, ekonominių, kultūrinių pokyčių atsiranda nauji žmogaus bei visuomenės sveikatos priežiūros reikalavimai. Sovietmečiu nusistovėjusi sveikatos samprata keičiasi. Tuometinė Lietuvos, kaip ir daugelio postkomunistinių šalių, sveikatos priežiūros situacija buvo tokia kad, jei žmogus gydomas stacionare, kažkodėl pamirštama mokyti pacientus gerinti, palaikyti sveikatą bei rūpintis savimi. Slauga buvo suprantama kaip techniniai veiksmai pagal gydytojų nurodymus (Šeškevičius, 2006). 1978 metais Alma-Atos deklaracija įpareigojo įvairių šalių vyriausybes peržiūrėti veiklos sveikatos srityje planus. Remiantis deklaracijos rekomendacijomis ir naujausiomis Pasaulinės Asamblėjos išvadamis apie bendrą įvairių žinybų veiklą sveikatos labui, 1986 metais buvo parengtas kitas politinis dokumentas – Otavos Chartija, kuris išplėtė supratimą apie sveikatos stiprinimą. Chartijoje pabrėžiama, kad, siekiant stiprinti gyventojų sveikatą, būtina kurti sveikatą palaikančią politiką, aplinką, stiprinti bendruomenės veiklą, ugdyti asmeninius įgūdžius ir perorientuoti sveikatos priežiūrą į sveikatos išsaugojimą, o ne ligų gydymą (Šniukaitė, 1998). Šia linkme ir turi dirbti medicinos darbuotojai, ypač slaugytojai. Pasak Sveikatos apsaugos Darbuotojų Chartijos (1997) „sveikatos apsaugos darbuotojas turi rūpintis savo santykiais su pacientu, kad jo žmogiškosios savybės prisidėtų prie profesinių žinių ir kad jo išmanymas taptų veiksmingesnis giliau pažįstant ligonį“.

Europos integracijos procesai, sparti Lietuvos visuomenės kaita, darbo rinkos pokyčiai daro įtaką visuomenei, skatina siekti kuo aukštesnio išsimokslinimo. 1990 m. Kauno medicinos universitete buvo įkurtas Slaugos fakultetas (dekanas prof. A. Šeškevičius). Šis universitetas buvo pirmasis, rengiantis slaugytojus su akademinio išsilavinimu ir suteikiantis slaugos

bakalauro laipsnį. Studijos universitete yra labai vertingos, nes paruošti specialistai įgyja Europoje pripažintą tarptautinę kvalifikaciją. Įvertinant visuomenės poreikius, universitetai rengia specialistus, kurių studijos pagrįstos mokslo žiniomis, o absolventai, įsilieję į visuomenę, padeda ją keisti. Pagal universitetinio mokslo reikalavimus paruošiami aukštos kvalifikacijos specialistai, galintys taikyti mokslo žinias praktikoje, platinti ir kurti slaugos mokslą (Šeškevičius, 2006).

Nuo 1995 m. 3 universitetai – Kauno medicinos, Klaipėdos ir Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas ir 6-ios kolegijos pradėjo rengti bendrosios praktikos slaugytojus pagal atnaujintas slaugos studijų programas, atitinkančias Europos Sąjungos Tarybos direktyvas. Slaugos studijų universitetuose trukmė – 4 m., o kolegijose – 3,5 m. Kolegijos, tik pusę metų ilgiau rengdamos slaugytojus, jautėsi „nuskriaustos pačios ir tuo pačiu – jų slaugytojai“, nes pagal teisės aktus negalėjo suteikti bakalauro laipsnio. Tačiau, pakeitus Aukštojo mokslo įstatymą, nuo 2007 m. sausio 1 d. akredituotos kolegijos jau gali suteikti profesinio bakalauro laipsnį. Pirmuosius diplomus 73 slaugytojams 2007 m. vasario 26 d. jau įteikė Vilniaus kolegijos Sveikatos priežiūros fakultetas.

Nors universitetinės slaugos studijos per 15 metų ištobulėjo, priartėdamos prie Vakarų Europos studijų standartų, tačiau slaugos praktika, ypač provincijose, atsilieka. Tik universitetinėse klinikose ir kai kuriose ligoninėse pasikeitė slaugytojų darbo specifika – jie dokumentuoja savo darbą, slaugytojai tapo savarankiškesni, pakito darbo apimtis bei tikslai – daugiau laiko skiriama sveikos gyvensenos pacientų mokymui.

Paskutiniai dešimtmečio pokyčiai visuomenėje neginčijamai įrodė naujų specialistų poreikį sveikatos priežiūros sistemoje (Šeškevičius, 2006).

1.3 Slaugos proceso kaitos charakteristikos

Slaugoje viso pasaulio mastu, nors ir skirtingais tempais, vyksta kaita ir jos kontekste išryškėja šios slaugos proceso kaitos charakteristikos:

1. slaugos praktika;
2. slaugytojų mokymas ir mokymasis;
3. slaugos mokslas;
4. slaugos politika.

Išsamiau panagrinėsime kiekvieną charakteristiką.

1. Slaugos praktika. Pasauliniu mastu slaugos praktika koncentruojasi į sveikatą ir į žmogų, remiasi sisteminiu problemų sprendimo metodu. Slaugytojai turi būti „generalistais“, įvaldžiusiais platų rinkinį multidisciplininių kompetencijų. Lietuvoje slaugos praktiką

reglamentuojantys dokumentai yra adekvatūs pasaulinėms tendencijoms, tačiau realioje praktikoje slaugytojai neturi galimybių pritaikyti įgytų multidisciplininių kompetencijų (Žydžiūnaitė, 2006). Dvidešimt pirmajame amžiuje slaugos praktikos kryptys yra: sveikatos stiprinimas ir ligų prevencija; individų, šeimų, bendruomenių įtraukimas į sveikatos priežiūrą; multiprofesinis komandinis darbas; sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimas ir adekvatus technologijų panaudojimas; autonomiška slaugytojų veikla ligoninėse ir bendruomenėse. Slaugos paslaugos koncentruojasi į sveikatą, o ne į ligą, o slaugos praktika orientuota ne į užduočių vykdymą, o į pacientą. Paminėtos slaugos praktikos kaitos kryptys parodo, jog slaugytojai turi įvaldyti platų kompetencijų rinkinį ir sugebėti dirbti tiek svarankiškai (Slaugos praktikos įstatymas), tiek bendradarbiaujant su kitų profesijų atstovais. Tai reiškia tradicinio slaugytojo vaidmens transformaciją nuo gydytojo tarnaitės ar gydytojo asistento link autonomiško specialisto, sugebančio įnešti unikalų, išskirtinį indėlį į sveikatos priežiūrą bei lygiaverčiai dirbti sveikatos priežiūros komandoje su įvairių profesinių sričių specialistais. Lietuvoje esminiu slaugos praktikos performuotoju, išleidusiu slaugytojų darbo krūvio, atliekamų procedūrų metodikas, laikoma Lietuvos slaugos specialistų organizacija. Tai ypač svarbu, kai daug dėmesio skiriama sveikatos priežiūros paslaugų kokybei (Žydžiūnaitė, 2003).

2. Slaugytojų mokymas ir mokymasis. Šiandien ne tik Europos, bet ir viso pasaulio slaugytojams praktikams keliamas esminis reikalavimas – įgyti aukštąjį universitetinį slaugos išsilavinimą, t.y. bazinis slaugytojo įgytas kvalifikacinis laipsnis turi būti slaugos bakalauras. Kaip rodo Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) tyrimų studijos (1997) rezultatai, kuo aukštesnis šalies išsivystymo lygmuo, tuo didesnis dėmesys skiriamas slaugytojų išsilavinimui. PSO strategija teigia, kad visi slaugytojai – praktikai, dėstytojai, vadybininkai – privalo įgyti profesinį pasirengimą aukštojo universitetinio mokslo institucijose, nes tik taip tradicinė slaugos, kaip praktinės veiklos samprata pradės „irti“ ir formuosis samprata, jog slauga pirmiausiai yra mokslas. Slauga svariai gali prisidėti įgyvendinant Sveikatos visiems strategiją. Ši strategija siekia sveikatos tarnybų perorientavimo į pirminę sveikatos priežiūrą, t.y. visų sveikatos priežiūros darbuotojų mokymo perorientavimą.

3. Slaugos mokslas. Slaugos mokslas JAV formaliai pripažintas apie 1950-uosius metus, Skandinavijos šalyse, Jungtinėje Karalystėje, Australijoje – apie 1960 m., kitose Europos šalyse (nesovietinio bloko, išskyrus Slovėniją) bei Azijos, Pietų Amerikos, Afrikos žemynų šalyse slaugos mokslas „pagreitį“ įgavo apie 1970 m. Slaugos mokslas apima slaugos mokslinius tyrimus ir jo plėtojimas yra tarptautinis tikslas. Europoje ir JAV išryškėja integruotas požiūris į slaugos tyrimus, čia aktualizuojami tarpdisciplininiai tyrimai, parodant slaugos jungtį su kitų sričių mokslais – socialiniais ir humanitariniais. Šiandien yra tradicinė nuostata, jog slaugos mokslo tyrimams, kaip ir praktikai, aktualiausi biomedicinos srities aspektai. Daugiausia į

slaugos mokslinių tyrimų vykdymą investuoja aukšto ekonominio išsivystymo šalys, pvz. JAV, Kanada, Australija, Skandinavijos šalys, Jungtinė Karalystė, Airija, Šveicarija (Žydžiūnaitė, 2003). Pasauliniu mastu slaugos mokslas remiasi slaugos mokslinių tyrimų rezultatais, kai tyrimai yra orientuojami į slaugos multidiscipliniškumo išryškinimą, slaugos praktikos specifiką, slaugytojo profesiją, slaugos filosofiją. Bazinės slaugos mokslo žinios orientuojamos į slaugos praktiką, slaugos vadybą, edukologiją slaugoje, slaugos teoriją, slaugos filosofiją ir kt. Lietuvoje formuojamos slaugos mokslinių tyrimų strateginės kryptys bei slaugos mokslinių tyrimų politikos gairės orientuojasi į tarptautines tendencijas (Žydžiūnaitė, 2006). Universitetuose atliekami slaugos moksliniai tiriamieji darbai, atsižvelgiant į sunkių ligonių ir neįgaliųjų fizinius, socialinius, psichologinius ir dvasinius aspektus. Besikeičiančioje visuomenėje požiūris į šias problemas, atliktų mokslinių darbų įdiegimo į praktiką rezultatai, ekonominiai paskaičiavimai neginčijamai įrodo slaugos krypties mokslinių darbų perspektyvą. Slaugos moksliniuose tyrimuose taikomi tarptautiniame lygyje pripažinti funkcinės, psichologinės, dvasinės, socialinės pacientų būklės ir poreikių vertinimo kokybiniai ir kiekybiniai metodai, o taip pat ir šiuolaikinės informacinės ir biostatistinės metodikos. Lietuvoje jau egzistuoja šiuolaikinis visuomenės sveikatos problemų sprendimų suvokimas, vykdomų slaugos mokslinių darbų kompleksiskumas. Problemų sprendimui pritraukiami aukštos kvalifikacijos specialistai, tiriamas platus gyventojų kontingentas – vaikai, suaugusieji ir vyresnio amžiaus asmenys. Mokslinių darbų vykdymą sunkina vis dar egzistuojantis negatyvus požiūris pripažinti slaugą kaip mokslo objektą. Nepakankamas finansavimas, per mažas bendradarbiavimas su užsienio universitetų mokslininkais (Šeškevičius, 2006).

Nagrinėjant mokslinius tyrimus, išryškintos slaugytojų kompetencijų charakteristikos bei kompetencijų vystymo kryptys slaugytojų populiacijoje:

- **Slaugytojų kompetencijų charakteristikos:** elementai (žinios, įgūdžiai, gebėjimai, požiūriai, nuostatos, vertybės); komponentai (elgsenos ir mentalinis); kompetencijų perkeliamumas; kompetencijų (į)vertinimas.
 - Slaugos sampratą slaugytojai identifikuoja su pagalba, teikiama per pacientų mokymą, slaugymą, bendravimą bei konsultavimą.
 - Slaugymo kategorija atskiriama nuo slaugos sąvokos: slaugymas čia suvokiamas kaip techninės manipuliacijos, procedūros, o slauga kaip mokslas, akademinė disciplina, veiklos ir mokslinių tyrimų sritys.
 - Mokymas, respondentų teigimu, apima informavimo, konsultavimo ir mokymo funkcijas.
 - Bendravimas, nors ir išskirtas kaip atskira kategorija, tiriamųjų nuomone, nėra slaugos tikslas ar atskira slaugytojo funkcija.

- „Šerdiniu“ slaugos tikslu identifikuojamas sveikatos išsaugojimas.
- Ugdymo veiklą slaugytojai įvardija „raktine“ konkrečiose situacijose: palengvinant paciento adaptaciją; suteikiant pacientui psichologinį saugumą; motyvuojant pacientą prisiimti atsakomybę už savo sveikatos saugą; padedant įtvirtinti slaugytojo profesijos prestižą visuomenėje; įgalinant pačius slaugytojus plėtoti kompetencijas.

Verta prisiminti, kad bendrosiomis kompetencijomis (gebėjimais) vadinami plataus veikimo profilio žinių, mokėjimų, sugebėjimų bei asmeninių savybių dariniai, būdingi (reikalingi) ir pritaikomi ne kurioje nors vienoje, o daugelyje profesijų (Dubs, 1995; Jovaiša, Shaw, 1998; Laužackas, 1999).

4. Slaugos politika. Slaugytojai visose pasaulio šalyse susiduria su dideliais sunkumais, nors jų laipsnis skirtingas, t.y. šalys, yra skirtingose išsivystymo stadijose, o kultūra, politika, kalba ir kiti faktoriai lemia slaugos unikalumą. Nepaisant šito egzistuoja universalios temos, adekvačios kiekvienai šaliai:

* *Slaugytojų įgalinimas ir galia.* Kol kas yra mažai šalių, išskyrus Švediją, Suomiją, Norvegiją, Daniją Islandiją, JAV, Australiją, kuriose slaugytojai gali pilnaverčiai dalyvauti sveikatos priežiūros politikos, apimančios ir slaugą, sprendimų formavime bei priėmimo visuose sveikatos priežiūros lygmenyse. Formalios slaugytojų galios stoka vyriausybės lygmeniu kiekvienoje šalyje parodo, jog čia nėra slaugytojų įtakos priimant sprendimus bei ignoruojamas jų vaidmuo sveikatos priežiūros komandoje. Slaugytojai per mažai dalyvauja organizacijos personalo valdyme – jos narių santykių organizavime, jų elgesio supratime, paslaugų koordinavime ir atsakomybėje už juos siekiant organizacijos tikslų (Janušonis, 2000). Tačiau kai kuriose valstybėse slaugytojai yra labai gerbiami ne tik asmens sveikatos priežiūros įstaigose, bet ir valstybiniame lygmenyje ir užima aukštus politinius postus, pvz. Islandos sveikatos apsaugos ministrė yra slaugytoja.

* *Lytiškumas slaugoje.* Kiekvienoje pasaulio šalyje didžiąją daugumą slaugytojų sudaro moterys ir tik daugiau nei 10 proc. vyrų. Slauga praktiškai visur traktuojama kaip moterų darbas, ir pasižymi žemu atlygiu, žemu statusu, pripažinimo stoka, keletu neryškių galimybių karjerai.

* *Slaugos medikalizavimas.* Visoje Europos sveikatos sistemoje didesniu ar mažesniu mastu dominuoja medicina. Praktiškai kiekvienoje pasaulio šalyje ūmi medicinos pagalba ir gydymas gauna prestižo ir išteklių „liūto“ dalį. Ligoninių stacionarų skyriuose ar bendruomenėje slaugytojai dažniausiai traktuojami kaip gydytojo asistentai, kurių esminis darbas – vykdyti gydytojų nurodymus. Rūpesčio, priežiūros, globos, psichologinės paramos, mokymo ir kiti elementai, inkorporuojami slaugoje, yra „nematomi“ ir todėl nuvertinami. Biomediciną traktuojant kaip išskirtinę tradiciją slaugoje bus sunku patenkinti praktinius visuomenės narių

poreikius. Sveikatos priežiūros modelyje turi vyrauti profesijų lygiavertiškumas bei komandinio darbo tradicijos, pripažįstant slaugos autonomiją.

Pasaulio sveikatos organizacija pateikia sveikatos sąvoką „sveikata – ne tik ligų nebūvimas, tai fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė“. Remiantis šiuo šūkiu, sveikatos apsaugos politikai suformavo tokį siekį „užtikrinti prigimtine žmogaus teisę turėti sveiką aplinką, kuo geresnę sveikatą, priimtina, prieinama ir tinkama sveikatos priežiūra“. Tai rodo, kad į sveikatą gyventojai turi žiūrėti kitu aspektu ir jos išsaugojime būti aktyvūs.

Šiandieninė Lietuvos visuomenės sveikatos priežiūros situacija, kaip ir daugelio kitų postkomunistinių šalių, išsiskiria tuo, kad ji paveldėjo sovietmečio sveikatos priežiūros sistemoje vyravusį pasyvų žmonių požiūrį į savo sveikatą. Buvo teigiama, kad už paciento sveikatos būklę atsakomybę turi prisiimti tik gydytojas, slaugytojas, kiti sveikatos priežiūros specialistai, o pacientas – ne. Pažangių pasaulio šalių patirties analizė rodo, kad žmonių sveikatos priežiūrai būdingas lankstumas, ją tikslinga orientuoti į sveikus žmones, dar neturinčius sveikatos problemų. Žmogus, kaip sveikatos priežiūros sistemos subjektas, pats yra atsakingas už savo sveikatą, jos išsaugojimą ir stiprinimą. Tokia nuostata keičia sveikatos priežiūros sampratą, jos kryptį, tikslus ir uždavinius. Svarbus uždavinys – sukurti tokią sveikatos priežiūros sistemą, kuri leistų realizuoti žmogaus ir visuomenės sveikatos ugdymo idėją, t.y. sudarytų prielaidas žmonėms suvokti savo sveikatos problemas, savo vaidmenį sveikatos palaikymo ir stiprinimo procese, o kartu išsiugdyti nuostatą nuolat pačiam stiprinti savo sveikatą. Todėl vieną svarbiausių slaugytojo kompetencijų užima pedagoginiai gebėjimai. Ypač svarbu nustatyti ryšius tarp slaugos ir kitų visuomenės sveikatos priežiūros sričių. Remiantis Vakarų šalių slaugos institucijos pertvarkymo konceptualių pagrindų analize, galima išskirti šias pozicijas:

- Sekti visuomenės sveikatos priežiūros pertvarkos procesus ir kurti slaugos instituciją, užtikrinančią būtinas sąlygas visuomenei bei kiekvienam jos nariui sveikai gyventi. Slauga turi atliepti pokyčius visuomenėje.
- Apsispręsti dėl visuomenės, kokią norima matyti ateityje, ir kurti tokią slaugą, kuri vestų į ateities visuomenę. Šioje pozicijoje laikomasi nuomonės, kad sveikata yra socialinė ir ekonominė vertybė, nacionalinis turtas, todėl slaugos reformavimas turi daryti įtaką pokyčiams visuomenėje.

Slaugos konceptualizavimo linija išryškėja nagrinėjant pagrindinius sveikatos priežiūros reformos dokumentus: Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymą, Pirminės sveikatos priežiūros slaugos personalo darbo reorganizavimo tvarką. Šiuose dokumentuose atsispindi apsisprendimai visos Lietuvos sveikatos priežiūros atžvilgiu apskritai. Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją rengė Lietuvos gydytojų grupė, kurią įpareigojo Lietuvos gydytojų sąjunga. Tuo tarpu slaugos darbuotojai į šį darbą

nebuvo įtraukti. Todėl apie slaugos vietą sveikatos priežiūros sistemoje užsimenama vos vienu sakiniu, o tradiciniu visuomenės sveikatos priežiūros pagrindu ir toliau minimas gydymas.

Nors Lietuvoje patvirtintas Slaugos praktikos įstatymas, įgyvendinami 6 poįstatyminiai teisės aktai, vykdomas slaugytojų registravimas ir licencijavimas, tačiau profesiniame rengime slaugytojai nėra „raktiniai“ specialistai (Žydžiūnaitė, 2006).

Šiuo metu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijoje slaugą kuruoja jau du vyriausieji specialistai, tačiau Vyriausybės lygmenyje (Seime) nėra slaugos sritį atstovaujančių specialistų. Taigi slaugytojai Lietuvoje vis dar yra izoliuoti savo profesijos rėmuose ir formaliai Vyriausybės struktūrose ignoruojama slaugos instituto reikšmė vystant sveikatos priežiūros sistemą, orientuotą į pacientą, bendruomenę, kai joje slaugytojai yra esminiai specialistai (Žydžiūnaitė, 2003). Pasauliniu mastu slaugos politika apima: slaugos praktikos standartus, slaugytojų registravimo ir licencijavimo sistemą, profesinį ugdymą, slaugytojų užimamas pozicijas vyriausybiniam lygmenyje ir kt.

1.4 Visuomenės poreikių slaugai plėtra

Net ir efektyvi medicinos pagalba kartais negali tiek pacientui padėti, kiek pacientas pats sau. Mokslo įrodyta, kad tik 10 proc. pacientui gali padėti gydytojas ir kiti sveikatos priežiūros specialistai, o kiti 90 proc. priklauso nuo jo paties. Kokie bebūtų kvalifikuoti, kompetentingi slaugytojai, sveikata didele dalimi priklauso nuo žmogaus įsisamoninto noro būti sveiku. Socialinė padėtis, technologinė pažanga, psichologinė žmogaus branda, interesai, išsilavinimas, susiformavusi vertybių sistema – tai itin reikšmingos sąlygos sąmoningam žmogaus apsisprendimui savo sveikatos sampratos, jos palaikymo ir saugojimo atžvilgiu. Daugelis žmonių Lietuvoje nėra tam subrendę, stokoja informacijos, silpnai pažįsta save ir savo galimybes sveikatos ugdymo srityje, nenori prisiimti atsakomybės už savo sveikatą. Visa tai įtakoja visuomenės poreikius slaugai. Aktyvi asmenybės pozicija savo sveikatos atžvilgiu yra pagrindinis sveikos visuomenės veiksnys. Kaip rodo pasaulinė patirtis aukšto žmogaus ir visuomenės sveikatos lygio neįmanoma pasiekti geriausiais vaistais ir medicininėmis technologijomis. Siekiant pagerinti žmogaus ir visuomenės sveikatos būklę, pagrindinis dėmesys telktinas ne ligų gydymui, bet sveikatos išsaugojimui, palaikymui ir stiprinimui. Tačiau šiandienos problema yra žinių apie sveikatą stoka ir nesugebėjimas jas pritaikyti praktiniame gyvenime. Ryškėja tendencija, kad gera sveikata – ne medicininė, bet socialinė, psichologinė ir pedagoginė problema. Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) strategijoje didžiausias dėmesys skiriamas pirminei sveikatos priežiūrai, kurios tikslas – ugdyti žmogaus ir visuomenės savimonei ir nuostatas, kad žmogus yra ne tik savo sveikatos vartotojas, bet ir jos kūrėjas, atsakingas už jos

išsaugojimą ir stiprinimą (PSO 1,10). Tai formuoja žmonių naują požiūrį į visuomenės sveikatos priežiūros sistemą. Šiame etape ypač reikšminga slaugos institucija. Vienos konferencijoje slaugos klausimais 1988 m. buvo pažymėta, jog „<...> slaugytojai turi plėtoti naujas paslaugas ir savo veiklą nuo ligonių priežiūros perorientuoti į žmonių sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą (Sajienė, 2000). Slauga taps efektyvi tuomet, kai žmogaus ir visuomenės sveikatos ugdymas taps slaugos praktikos pagrindu (Konferencijos rezoliucija, 1988). Tačiau kaip medicinos seserys galėjo atsižvelgti į šias rekomendacijas, jei joms nebuvo dėstoma ir akcentuojama sveikatos mokymo svarba, prevencinis, profilaktinis darbas. Slaugytojai praktiškai tokių funkcijų nevykdė, visas dėmesys buvo telkiamas tik į ligonio susirgimą ir jo medikamentinį gydymą. Naujos slaugos studijų programos ir slaugos mokslas išskiriamas kaip nauja biomedicinos mokslų šaka, kurios negalima sutapatinti su kitomis medicinos sritimis. Priešingai medicinai, kurios objektas yra ligos, slaugos mokslo objektas yra žmogaus sveikata. Todėl slaugos darbuotojų veiklos kaita yra aktuali nūdienos problema. Naujos slaugos studijų programos padarė didžiulį perversmą ne tik patiems slaugytojams, bet ir davė didelę naudą visuomenei. Turėdami tiesioginį kontaktą su žmonėmis įvairiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose slaugytojai gali formuoti žmogaus požiūrį į savo sveikatą, padėti suvokti, kad sveikata – tai vertybė, ugdyti vertybines nuostatas, mokyti sveikatos palaikymo ir stiprinimo, gyvenimo būdo tobulinimo bei ankstyvos ligų profilaktikos. Slaugytojai, kaip profesinė grupė, dirba ne tik tiesioginį slaugos darbą, bet ir sveikatos priežiūros mokytojais, slaugos dėstytojais, slaugos praktikos mokytojais, administratoriais, o pastaruoju metu ir slaugos tyrėjais. Tam, kad galėtų efektyviai įgyvendinti įvairias sveikatingumo priemones, taikyti pažangius sveikatos ugdymo metodus, slaugytojams būtinos pedagoginės žinios, mokėjimai ir įgūdžiai (Sajienė, 2000). Kad būtų galima suplanuoti pacientui tinkamą slaugą, reikia žinoti, kokie veiksniai turi įtakos jo poreikiams atitinkamomis aplinkybėmis, nes kai kurie susiję su liga ar sužalojimu. Kiti poreikiai gali būti fizinio, psichikos, dvasinio, socialinio ar ekonominio pobūdžio. Tai pasako, kokių praktinių žinių ir įgūdžių, o taip pat ir bendražmogiškų vertybių turi turėti slaugytojas, atlikdamas savo darbą (Almas, 1999). Tik gerai parengti slaugytojai, įgiję pedagogikos, psichologijos, socialinių, vadybinių ir kitų gebėjimų gali efektyviai padėti visuomenei.

Lietuvos slaugytojai įsiliejo į Lietuvos slaugos specialistų organizaciją, Lietuvos slaugytojų vadovų sąjungą, Universitetinio mokslo slaugytojų ir kitas slaugytojų draugijas. Lietuvos slaugos specialistų organizacija priklauso Tarptautinei slaugytojų tarybai (TST), intensyviai plėtojami tarptautiniai ryšiai. Slaugytojų iniciatyva ir Sveikatos apsaugos ministerijos pritarimu buvo parengta ir patvirtinta daug teisės aktų. Praktiškai parengti visi pagrindiniai dokumentai: 2001 m. priimtas Lietuvos Respublikos Slaugos praktikos įstatymas, parengti 6 įstatymą įgyvendinantys teisės aktai ir slaugytojų veiklos medicinos normos, vykdomas

slaugytojų registras ir licencijavimas. Kartu su Švietimo ir mokslo ministerijos atstovais parengtas Bendrosios praktikos slaugytojų rengimo standartas, kuriuo vadovaujantis parengta ir tarptautiniu mastu pripažinta nauja slaugos studijų programa.

1.5 Esminių švietimo sistemos principų ir slaugytojų veiklos sąsajos

Lietuvos Respublikos švietimo įstatymo 5 straipsnis reglamentuoja švietimo sistemos principus, tai:

lygios galimybės, nes kiekvienam asmeniui valstybė laiduoja švietimo prieinamumą, bendrojo išsilavinimo bei pirmosios kvalifikacijos įgijimą ir sudaro sąlygas tobulinti turimą kvalifikaciją ar įgyti naują. Šiuo principu pasinaudoja slaugytojai. Jiems sudaromos sąlygos studijuoti dieninėse arba neakivaizdinėse studijose. Universitetai ir kolegijos sudaro galimybę ne tik studijuoti, bet ir tobulinti profesinę kvalifikaciją. Parengta ir patvirtinta virš 300 tobulinimosi programų. Taip pat puiki tobulinimosi forma yra seminarai ir mokslinės praktinės konferencijos. Švietimo įstaigos, siekdamos slaugytojams sudaryti geras tobulinimosi sąlygas, siunčia dėstytojų komandas net į sveikatos priežiūros įstaigas, kuriose vykdomas mokymas darbo vietos principu.

kontekstualumas, kuris įrodo švietimo sistemos glaudžią sąsają su krašto ūkinės, socialinės, kultūrinės raidos kontekstu, kartu su juo atsinaujina ir atitinka nuolat kintančias visuomenės reikmes. Kaip matysime iš darbo 2 dalies, visuomenės kaitoje keitėsi ir slaugytojų samprata. 1895 m. buvo pradėtos rengti gailėstingosios seserys, nuo 1960 metų – medicinos seserys, o nuo 1995 m. – bendrosios praktikos slaugytojai. Taip turėjo įvykti, nes keitėsi visuomenė, jos poreikiai ir interesai. Ši kaita reikalavo ir slaugos specialistų kitimo, profesinio augimo, tobulėjimo, t.y. kompetencijų plėtros. Mūsų šiuolaikinės visuomenės jau netenkintų ne tik gailėstingųjų seserų, bet ir medicinos seserų teikiamos paslaugos, todėl jų rengimo reforma buvo neišvengiama.

veiksmingumo principu švietimo sistema siekia geros kokybės rezultatų sumaniai ir taupiai naudodama turimus išteklius, nuolat vertindama, analizuodama ir planuodama savo veiklą, remdamasi veiksminga vadyba – tinkamais ir laiku priimamais sprendimais.

tęstinumas parodo sistemos lankstumą, atvirumą, pagrįstą įvairių formų ir institucijų sąveika, ji sudaro sąlygas kiekvienam asmeniui mokytis visą gyvenimą. Visos Lietuvos slaugytojai aktyviai mokosi Kauno medicinos universiteto Slaugos fakulteto podiplominėse studijose. Siekdamas padėti tobulintis, universitetas vykdo nuotoline tobulinimo studijas, kurios daugeliui slaugytojų yra priimtinos, nes tai patogi mokymosi forma. Jos pradėtos įgyvendinti nuo 1999 m. pateikiant mokomąją medžiagą leidinyje „Slauga ir sveikata“. Pirmųjų kursų

medžiaga – „LEMON. Slaugos mokomoji medžiaga“ į lietuvių kalbą išvertė ir išleido Pasaulio sveikatos organizacija kartu su Danijos slaugytojų organizacija. Šią programą baigė per 8 tūkstančius slaugytojų. Vėliau per šį žurnalą buvo surengti kursai „Bendravimas slaugos praktikoje“, „Slaugos procesas klinikinėje praktikoje“, o šiuo metu vykdoma „Roper slaugos modelis“ programa (Šeškevičius, 2006). Kadangi nuotolinis tobulinimosi būdas pasiteisino (kiekvienoje programoje mokosi per 3-4 tūkstančius slaugytojų), tobulinimąsi nuotoliniu būdu pradėjo vykdyti ir Slaugos darbuotojų tobulinimosi ir specializacijos centras prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Slaugytojų tobulinimasis nuotoliniu būdu, prenumeruojant žurnalą *Slauga. Mokslas ir praktika*“ jau 3 metus rengia slaugytojams tobulinimosi programas: „Tuberkuliozės profilaktika“, „Pirmoji pagalba“, „Sveika mityba“. Tokiu būdu mokantis sudaromos sąlygos dirbančiam asmeniui mokytis neatsitraukiant nuo darbo, niekur neišvykstant, esant vaiko auginimo atostogose ir kitais atvejais. Mokymasis per žurnalus – tai pats pigiausias ir patogiausias tobulinimosi būdas, kurį slaugytojų pavyzdžiu pradėjo vykdyti ir gydytojai.

Didelis ir labai svarbus švietimo reformos žingsnis – **švietimo prieinamumas dirbantiems asmenims** (Švietimo įstatymo 32 str.). Universitetams ir kolegijoms pradėjus rengti slaugytojus su aukštuoju išsilavinimu (universitetiniu ir neuniversitetiniu), siekiant nediskriminuoti ankstesnį išsilavinimą įgijusių slaugos specialistų, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. gegužės 25 d. įsakymu Nr. 254 „Dėl viduriniojo medicinos personalo ir jam prilygintų specialistų, dirbančių gydymo, diagnostikos ar profilaktikos darbu bei jaunesniojo medicinos personalo pervardijimo“, buvo pakeista medicinos sesers profesinė kvalifikacija į bendrosios praktikos slaugytojo. Visi – 26 tūkstančiai Lietuvos slaugos specialistų buvo pervardyti bendrosios praktikos slaugytojais, o papildomai įgiję specializacijas buvo įvardyti: vaikų, bendruomenės, anestezijos ir intensyviosios terapijos, psichikos sveikatos slaugytojais. Profesinis vardas buvo suvienodintas tam, kad nebūtų ignoruojamos ankstesnį išsilavinimą įgijusios medicinos seserys, nes jų yra didžiausia dalis, o vertinamos tik įgijusios aukštąjį išsilavinimą. Naujos pareigybės pavadinimas paskatino slaugos specialistus siekti papildomų profesinių žinių, todėl buvo patvirtintos naujos slaugos teorijos pagrindų tobulinimosi programos. Pagrindinės jų buvo: „Slaugos teorija ir praktika“ ir nuotolinio mokymosi programa – „Slauga (LEMON)“. Šios programos slaugos specialistams suteikė naujus slaugos teorijos pagrindus, kurių savo laiku medicinos seserys nesimokė. Be to, Švietimo ir mokslo ministerijai pritarus, pagal teisės aktus kolegijos įkūrė Podiplominių studijų centrus ir nuo 2002 m. pradėjo vykdyti Individualiąsias išlyginamąsias slaugos studijas. Į šias studijas noriai vyksta mokytis medicinos seserys, medicinos mokyklas baigusios prieš 20-30 metų. Jos išklauso 2 metų išlyginamąją slaugos studijų programą, išlaiko valstybinius egzaminus, rašo ir ginasi baigiamąjį darbą. Sėkmingai tai įvykdžiusios gauna aukštojo neuniversitetinio mokslo diplomą, įgyja

bendrosios praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją ir profesinio bakalauro laipsnį (nuo 2007 m. sausio 1 d.). Tokias studijas vykdo visų 6 kolegijų Sveikatos priežiūros fakultetų Podiplominių studijų centrai. Nors šios studijos mokamos, jos turi didelę paklausą slaugytojų tarpe. 2004 m. buvo atlikta apklausa (kurioje dalyvavo 100 slaugytojų) dėl mokymosi šiose studijose motyvacijos. Beveik visi apklausoje dalyvavę slaugytojai tokias studijas vertino labai gerai, o svarbiausi mokymosi motyvai buvo tokie: galimybė užimti aukštesnes pareigas, didesnė pagarba slaugytojui ir aukštesnis specialybės prestižas, darbo vietos garantas bei didesnis darbo užmokestis. Ne tik švietimo įstaigos sudaro galimybę mokytis neakivaizdiniu būdu, bet ir darbdaviai skatina tokias slaugytojų studijas. Kai kurie darbdaviai net suteikia pagal Atostogų įstatymą priklausančias mokamas atostogas mokslui, kiti – pasinaudoti teise į nemokamas atostogas.

Vienas iš labai svarbių momentų – **švietimo kokybė**. 2002 m. į Lietuvą buvo atvykusi Europos Sąjungos TAIEX (Technical Assistance Information Exchange Office. European Commission) ekspertų grupė, kuri vertino kolegijų ir universitetų slaugos studijų programų atitikimą Europos slaugytojų rengimo direktyvai. Šie ekspertai turėjo keletą pastabų ir pasiūlymų dėl kolegijų slaugos studijų programos. Kauno medicinos universiteto Slaugos fakulteto Slaugos studijų programa buvo įvertinta kaip atitinkanti Europos slaugytojų rengimo direktyvą, o įgytas laipsnis bei kvalifikacija suteikia teisę dirbti ES šalyse (Šeškevičius, 2006).

2. SLAUGYTOJŲ RENGIMO KAITOS APŽVALGA

2.1 Gailestingųjų seserų rengimo Lietuvoje istoriniai aspektai

Slaugos mokslas Lietuvoje dar labai jaunas mokslas, tačiau gailestingųjų seserų ir medicinos seserų rengimas Lietuvoje jau turi galias tradicijas. Daugiau kaip prieš 80 metų gailestingąsias seseris pradėjo ruošti Kauno gailestingųjų seserų mokykla. Tas rengimas tobulėjo, plėtėsi į kitus Lietuvos didžiuosius miestus, kūrėsi medicinos mokyklos. Tačiau sovietų laikais medicinos seserų rengimas buvo labai iškreiptas, medikalizuotas, orientuotas tik į ligonio gydymą, bet ne į jo slaugymą, ligų prevenciją.

Pirmosios rašytinės gailestingumo užuomazgos Lietuvoje aptinkamos beveik prieš penketą amžių. Kraštą, beje, kaip ir visą Europą, alino karai, kuriems reikėjo daug pinigų. Dėl to atsirasdavo masės beturčių, neįgaliųjų, vienišų žmonių. Jie bastėsi gatvėse, platino ligas. O gydytojų, juolab gydymo įstaigų, nebuvo.

Pirmąją ligoninės pobūdžio įstaigą „špitolę“ (lot. – hospitium – svečių kambarys, prieglauda), 1518 m. labdaros būdu Vilniuje įsteigė Krokuvos akademijos auklėtinis, medicinos ir filosofijos daktaras Martynas iš Dušnikų (Dušnikietis), vėliau tapęs dvasininku. Lietuvos didysis kunigaikštis Žygimantas Senasis šiam tikslui skyrė sklypą prie vadinamųjų „Šlapių vartų“ (dabartinės Vidaus reikalų ministerijos pastato teritorijoje). Špitolė turėjo tik 10 lovų. Tiesa, buvo įrengta vaistinė, virtuvė, koplyčia. Prie ligoninės užveistas sodas.

Po kelių metų Vilniuje atsirado antra – 70 lovų ligoninė – Šv. Trejybės špitolė, išlaikoma už važiavimą per Neries tiltą (jis buvo maždaug dabartinio Žaliojo tilto vietoje) mokesčių. Slenkant dešimtmečiams, dvasininkų, vienuolynų, įvairių bendruomenių rūpesčiu Vilniuje atsirado dar kelios ligoninės. Tik 18 a. antroje pusėje sukruto ir valstybė, ėmė domėtis gyventojų sveikata, ypač benamių. 1796-1799 m. buvo sujungtos kelios smulkios ligoninės ir Lukiškėse įkurtas Generalinis hospitalis, pavadintas ten buvusios Šv. Pilypo ir Jokūbo bažnyčios vardu, vėliau Šv. Jokūbo ligoninė (Lietuvos RK archyvas). Ši ligoninė buvo uždaryta 2004 metais.

1867 m. carinė Rusija prisijungė prie Ženevos konvencijos ir tais pačiais metais įkūrė Sužeistųjų ir sergančiųjų karių globos draugiją, kurią 1876 m. pavadino Rusijos Raudonojo Kryžiaus draugija. 1893 m. buvo priimti šios draugijos įstatai, numatantys pagalbą ne tik sužeistiems kariams kovų lauke, bet ir karo invalidams, taip pat nukentėjusiems nuo stichinių nelaimių gyventojams. Imperijos pakraščiuose, kurioje buvo ir Lietuva, dar daug metų teko laukti, kol ten išsižiebė Raudonojo Kryžiaus draugijos veiklos ugnelė.

1887 m. sausio 20 d. Kauno gubernatoriaus S. Suchodolskio iniciatyva įkuriamas Rusijos Raudonojo Kryžiaus Kauno Ponių komitetas („Damskij komitet“ – Rusijos Raudonojo Kryžiaus

Kauno valdybos 1911 m. dokumentai. Lietuvos RK archyvas). Jis turėjo vietos komiteto teises ir buvo pavaldus Kauno gubernijos Raudonojo Kryžiaus valdybai. Vietos komitetai buvo įsteigti visose 7 gubernijos apskrityse: be Kauno – Šauliuose, Panevėžyje, Telšiuose, Raseiniuose, Vilksmergėje (dabar Ukmergė) ir Novoaleksandrovske (dabar Zarasai). Komitetų valdybas sudarė žinomi bajorai, atsargos generolai, aukšti valdininkai, tik turtingųjų luomo atstovai (ne lietuviai). Lėšas kaupdavo karo atvejui. Iš periferijos vietos komitetų išsiskyrė šiauliečiai. 1899 m. prie miesto ligoninės Raudonojo Kryžiaus valdybos narys gydytojas H. Šupa savo vardu atidarė Raudonojo Kryžiaus ambulatoriją, skirtą miesto ir apskrities varguomenei. Per metus čia apsilankydavo apie 2200 ligonių. Labiau galintys už vizitą mokėdavo po 10 kapeikų, o 100 rublių metams ambulatorijai skirdavo ir miesto Raudonojo Kryžiaus valdyba. Visiški vargšai už paslaugas nieko nemokėdavo.

Kur kas plačiau reiškęsi Kauno Ponių komitetas, kuris suklestėjo pradėjus vadovauti Sofijai Veriovkina, Petro Veriovkino, imperatoriaus dvaro rūmininko, žmonai. Kadangi pats P. Veriovkinas buvo Kauno gubernijos Raudonojo Kryžiaus valdybos pirmininkas, jo žmonai nebuvo sunku į savo veiklą įtraukti įtakingus, turtingus asmenis. Ponių komitetas tapo pusiau valdiška organizacija, įgijusi nemažai privilegijų, dėl kurių ir miestas ir jo gyventojai turėjo naudos (Lietuvos RK archyvas).

Ponių komiteto ataskaitoje primenama, kad 1902 m. prie Raudonojo Kryžiaus bendruomenės atidaryta vaistinė, nuo 1904 m. sausio 7 d. ėmė veikti akių ligų gydykla, kuri ambulatorinę ir stacionarinę pagalbą teikė nemokamai. Tų pačių metų vasario 15 d., jau vykstant Rusijos – Japonijos karui, bendruomenė įsteigė laikinus gailestingųjų seserų kursus. 1907 m. Kauno Ponių komitetas nuosavybės teise įgyja žemės ir pastatą Laisvės al. 7 būsimajai Raudonojo Kryžiaus ligoninei. Komiteto veiklą labai gerai vertino imperatorienė Marija Fiodorovna, tuo metu buvusi oficiali viso Rusijos Raudonojo Kryžiaus globėja. Ji tarpininkavo, kad būtų patenkintas Kauno Raudonojo Kryžiaus gailestingųjų seserų bendruomenės prašymas suteikti jai Jo didenybės imperatoriaus Nikolajaus II vardą. 1910 m. liepos 21 d. caras ant prašymo brūkštelėjo „Su malonumu sutinku“. Visas dėmesys sutelkiamas Raudonojo Kryžiaus ligoninei plėsti. Tarp dirbusiųjų ligoninėje gydytojų buvo ir lietuvių: gydytojai Rokas Šliūpas, Jurgis Alekna, dantų gydytoja Julija Danijonaitienė, gailestingoji sesuo Ona Čebelytė. R. Šliūpas paskiriamas ambulatorijos skyriaus vedėju. 1918 m. balandžio 12 d. vokiečių valdžiai buvo įteiktas prašymas, kurį pasirašė dr. R. Šliūpas ir Nepriklausomybės akto signataras kun. K. Šaulys, leisti gyvuoti ir veikti Lietuvos Raudonojo Kryžiaus draugijai, o 1919 m. sausio 12 d. Kaune buvo sukviestas steigiamasis Lietuvos Raudonojo Kryžiaus draugijos susirinkimas (Lietuvos RK archyvas).

Gailestingosios seserys Vilniuje buvo pradėtos ruošti 1895 m. Po 2 metų gailestingųjų seserų kursai įsisteigė Kaune, kuriuose buvo dėstoma rusų kalba, o į juos stodavo daugiausia ne lietuvių tautybės merginos. Gailestingųjų seserų paieškomis ir rengimu rūpinosi Lietuvos Raudonasis Kryžius. Visos gailestingosios seserys, turinčios Lietuvos, Rusijos ar kitokio Raudonojo Kryžiaus pažymėjimus ir norinčios dirbti šalies sveikatos įstaigose, privalėjo įsiregistruoti Lietuvos Raudonojo Kryžiaus vyriausioje valdyboje ir gauti atitinkamus leidimus. 1919 m. pradėjusioje veikti Raudonojo Kryžiaus ligoninėje dirbo tik 2 gydytojai ir 5 gailestingosios seserys. Tuo metu ligoninėje buvo 120 lovų. 1920 m. pradžioje trumpi, tik 3 mėn. gailestingųjų seserų kursai veikė prie Karo ligoninės. Tačiau tokia gailestingųjų seserų parengimo trukmė buvo nepakankama, pasitvirtino bloga kursančių atranka. Tokia gailestingųjų seserų kvalifikacija netenkino, neatitiko garbingojo mediko vardo. Buvo numatyta į kursus priimti merginas maždaug 2 klasių gimnazijos mokslo, bet kai kurios mokinės mokėjo tik skaityti. Lietuvos Raudonojo Kryžiaus draugija sugriežtino atranką į gailestingųjų seserų kursus (kai kurios sąlygos iš 17 – privaloma mokėti lietuvių kalbą, turėti nors 2 gimnazijos klasių išsilavinimą, doros paliudijimą), mokslas buvo pratęstas iki 6 mėnesių (Paukštys, 2006).

1920 m. vasario 16 d. iš Panevėžio atvykęs gyd. Pranas Mažylis skiriamas Raudonojo Kryžiaus ligoninės vadovu ir imasi organizuoti gailestingųjų seserų kursus. Nuo 1921 m. gailestingųjų seserų mokslas prailgintas iki 1 metų, o nuo 1924 m. – iki 2 metų. 1932 m. kursai išaugo į Gailestingųjų seserų mokyklą, kurioje mokymas truko 2 metus. Kandidatės privalėjo turėti 6 gimnazijos klasių išsilavinimą. P. Mažylis pats sudarinėjo programas, ieškojo dėstytojų, gaminosi mokymo priemones, rinko kursų klausytojus. Stojančiosioms mokytis skelbė pagrindinius reikalavimus: sąžiningumo, mėgtų savo darbą, būti šiam darbui atsidavusios, pasišventusios (kalba originali). Pirmenybė buvo teikiama baigusioms gimnazijas. „Seserys turi mokėti atlikti visą ligoninės darbą, be to tvarkyti kambarius, ligonio lovą, teikti ligoniams įvairias paslaugas“, teigė mokyklos vadovas. Visas mokslas ir išlaikymas buvo nemokamas. Kursantėms buvo skiriamas butas Raudonojo Kryžiaus ar ligoninės bendrabutyje. Kursų klausytojos rytais dirbdavo ligoninėje, o kasdien po 2-4 val. po pietų klausėsi teorijos paskaitų. Teorijos mokymui buvo skiriama 500 val. Įstojus mokytis buvo nustatytas bandomasis laikotarpis – tai pirmieji 6 mokslo mėnesiai. Per tą laikotarpį pedagogų taryba turėjo įsitikinti ar kursantė yra tinkama pasirinktai profesijai, ar pakankamai stiprių nervų, ar turi reikiamų dvasinių savybių. Nemažai merginų šių bandymų neišlaikydavo. Nuo pat pirmųjų dienų kursantės privalėjo atlikti praktiką. Net 9 mėn. joms tekdavo dirbti chirurgijos ir terapijos palatose, 1-1,5 mėn. skirta susipažinti su virtuvės ir raštinės darbu, 2 mėn. – dirbti motinos ir vaiko sveikatos centruose, prieglaudose ir kitose įstaigose (Paukštys, 2006).

Gailestingųjų seserų rengimas vyko pagal tokią programą (1 lentelė):

Gailestingųjų seserų rengimo programa

Nr.	Mokymo dalykai
1.	Anatomija, fiziologija
2.	Kūno kultūra
3.	Ligonių slaugymas
4.	Bakteriologija
5.	Patologija
6.	Farmakologija su farmakognozija
7.	Socialinė medicina ir higiena
8.	Vidaus ir užkrečiamosios ligos
9.	Sterilizacija, dezinfekcija
10.	Pirmoji pagalba
11.	Fizikalinio gydymo metodai
12.	Chirurgija
13.	Vaikų ligos, jų priežiūra ir socialinė globa
14.	Akušerija, moterų ligos
15.	Veneros ir odos ligos
16.	Akių ligos
17.	Proto ligos ir ligonių slaugymas
18.	Kova su cheminiu karu
19.	Rentgenologija
20.	Raupų skiepijimas
21.	Neorganinė chemija

Kaip matome iš pateiktos lentelės, buvo dėstomi tik pagrindiniai dalykai: anatomija, fiziologija, higiena, ligonio slaugymas ir tvarkymas sergant įvairiomis ligomis, taip pat lietuvių ir lotynų kalbos, aritmetika. Baigusius kursus, atlikus visus praktikos darbus ir sėkmingai išlaikiusiems baigiamuosius egzaminus, buvo suteikiamos šios teisės: „kiekviena iš registruotų seserų gali eiti sesers pareigas valstybinėse ligoninėse bei gydymo įstaigose, privačiose ligoninėse ir gydymo įstaigose, sveikatos centruose arba užsiiminti slaugymu privačiai“ (Paukštys, 2006).

Nuo 1920 m. iki 1934 m. Lietuvos Raudonojo Kryžiaus gailestingųjų seserų kursus vedė gyd. P. Mažylis. Nuo 1934 m. iki 1940 m. – K. Šidlauskas, vėliau – gailestingoji sesuo K. Vitkauskaitė. Nuo 1941 m. gailestingųjų seserų kursai pertvarkomi į Kauno medicinos seserų mokyklą. Gailestingosios seserys įkūrė Lietuvos Raudonojo Kryžiaus gailestingųjų seserų draugovę, leido žurnalą „Gailestingoji sesuo“. Organizaciją globojo prezidento žmona S. Smetonienė. Lietuvos gailestingosios seserys buvo veiklios, užmezgė tarptautinius kontaktus, prisijungė steigiant Baltijos seserų komitetą, dalyvavo pasauliniuose kongresuose, Paryžiuje gailestingųjų seserų suvažiavime. Gailestingoji sesuo V. Monkutė ir K. Vitkauskaitė turėjo galimybę mokytis Florence Nightingale seserų kursuose Londone. Gavusios daug žinių, jas

perteikė Lietuvos gailestingosioms seserims. Ne viena gailestingoji sesuo buvo pripažinta tarptautiniu mastu ir apdovanota aukščiausiu taptautiniu apdovanojimu – slaugytojos Florence Nightingale ordinu. Tai liudija Rygos (Latvija) Medicinos muziejuje saugomas ordinas ir diplomai (8, 9, 10 priedas). Kaip pastebėjo pati slaugytoja F. Nightingale, slauga yra rūpinimasis žmogumi, o ne tik jo medicininių problemų sprendimas.

Dirbdama Šiaulių medicinos mokykloje dėstytoja, sveikindama absolventes V. Monkutė sakė: „Sesuo yra ligonio draugas. Nepalikite silpno ligonio vieno. Paimkite už rankos, paglostykite. Ateikite su vilties pilnu veidu, gerom akim. Kol dūšia kūne, tol viltis pas Dievą. Kada baigiasi daktaro platus kelias, lieka seselės siauras takelis“. Šie žodžiai atspindi visą šios gailestingosios seselės gyvenimo prasmę (Lietuvos Raudonojo Kryžiaus archyvas).

Nuo 1920 m. iki 1944 m. išleistos 24 laidos, parengta 630 gailestingųjų seserų. Sėkmingai išlaikiusios egzaminus, absolventės gaudavo Raudonojo Kryžiaus draugijos pažymėjimą, liudijantį apie gailestingosios sesers kvalifikacijos suteikimą. 1944 m. baigėsi labai svarbus, pamatinis gailestingųjų seserų rengimo laikotarpis ir prasidėjo medicinos seserų rengimas (Kauno kolegijos Metraštis). Po gailestingųjų seserų kursų baigimo praėjo 53 metai. Šiuo metu nėra nė vienos dirbančios gailestingosios sesers, išliko tik archyvinė medžiaga (Lietuvos Medicinos ir farmacijos istorijos muziejus), liudijanti jų mokymą. Magistro darbe (11, 12 priedas) pateikiamos dokumentų kopijos: gailestingosios sesers A. Antanavičiūtės liudijimas, kad ji tikrai buvo Lietuvos Raudonojo Kryžiaus gailestingųjų seserų kursų mokinė ir Lietuvos Raudonojo Kryžiaus draugijos pažymėjimas, išduotas M. Riaubaitei, baigusiai gailestingųjų seserų kursus.

Apibendrinant šią dalį atkreipiamas dėmesys į tai, kad gailestingųjų seserų rengimas sukūrė tvirtus pagrindus tolesniam šių specialistų rengimui, studijų programų tobulinimui. Šiuo metu Lietuvos Raudonojo Kryžiaus draugijoje jau nėra nė vienos dirbančios gailestingosios sesers, visos draugijoje dirbančios slaugytojos yra baigusios medicinos mokyklas ir įgijusios medicinos sesers profesinę kvalifikaciją.

2.2. Medicinos seserų rengimas

Pasibaigus gailestingųjų seserų rengimo laikotarpiui, šių specialistų rengimo tęstinumą užtikrino naujas, 40 metų trukęs medicinos seserų rengimo laikotarpis.

Pratęsiant nagrinėti Kauno Raudonojo Kryžiaus ligoninės, Lietuvos Raudonojo Kryžiaus draugijos ir Kauno Medicinos seserų mokyklos istorinius seserų rengimo aspektus, toliau apžvelgiame šios medicinos mokyklos statuso pasikeitimus, nes jie įtakojo specialistų rengimą. 1958 m. liepos 15 d. Ši mokykla vėl pakeitė pavadinimą į Respublikinę Kauno medicinos

mokyklą, nes rengė ir kitus specialistus: akušeres, medicinos felčerus, higienistus, laborantus, dantų technikus, farmacininkus.

1958-1959 m. pradėtos rengti medicinos seserys (priimtos 67 moksleivės). 1-oji medicinos seserų laida buvo išleista 1960 m. birželio 30 d. Ją baigė 56 medicinos seserys. Kauno medicinos mokykla, turėdama puikius dėstytojus, siekdama gerai parengti specialistus, kūrė reikiamus kabinetus: 1946 m. – Mikrobiologijos kabinetą, 1948 m. – Botanikos-farmakognozijos ir Chemijos laboratorijas, 1951 m. Chirurgijos kabinetą, 1953 m. – Vidaus ligų ir ligonių slaugymo kabinetą, 1954 m. – Higienos laboratoriją, 1962 m. – Farmakologijos laboratoriją, 1970 m. – Klinikinių tyrimų laboratoriją. Mokykloje dirbantys dėstytojai rūpinosi laboratorijų įranga, ieškojo mikroskopų, filmoskopų, švirkštų, kraujospūdžio aparatų, patys rengė vaizdines priemones (Kauno kolegija. Metraštis).

Lietuvoje politikai bei medicinos vedantieji specialistai daugiausiai dėmesio skyrė ligonių ligų gydymui, diagnostikos sričiai, o slaugos mokslo vystymui daugelį metų trūko tinkamo dėmesio ir palaikymo. Buvo manoma, kad tai nelabai svarbi sveikatos priežiūros sritis, menkai vertinama ir gerbiama, todėl investuoti į ją netikslinga.

Medicinos seseris Lietuvoje rengė 6 medicinos mokyklas: Kauno, Klaipėdos, Panevėžio, Šiaulių, Utenos ir Vilniaus. Visos šios mokyklos buvo savarankiškos mokymo institucijos, turinčios gražias šių specialistų rengimo tradicijas. Medicinos seserų studijos buvo labai medikalizuotos, nukreiptos tik į ligų gydymą, vaistų skyrimą, jų veikimą, gydytojo paskyrimų atlikimą, pagalbą gydytojui. Visiškai nebuvo profesinio savarankiškumo. Medicinos sesuo buvo pilnai priklausoma nuo gydytojo, talkino jam, negalėjo reikšti savo nuomonės dėl ligonio sveikatos būklės, neturėjo galimybės ligonio mokyti, jam patarti. Medicinos seserys, kurios savo darbo patirties ir profesinių žinių dėka tas funkcijas vykdavo, vistiek nebūdavo tinkamai įvertintos, gydytojų ir kitų kolegų pastebėtos. Už visą ligonio gydymosi eigą atsakomybę tekdavo tik gydytojui.

Medicinos seserų studijų programą visų TSRS respublikų medicinos mokykloms rengė ir tvirtino TSRS Aukštojo ir specialiojo vidurinio mokslo ministerija. Asmenims, baigusiems 8 vidurinės mokyklos klases medicinos seserų studijos truko 2 m. 10 mėn., o baigusiems vidurinę mokyklą – 1 metus ir 10 mėn.

Medicinos seserų rengimas vyko pagal tokią programą (2 lentelė):

2 lentelė

Medicinos seserų rengimo programa

Nr.	Mokymo ciklai	Mokymo dalykai
1.	Bendrojo išsilavinimo	1. Filosofijos žinių pagrindai 2. Mokslinio ateizmo pagrindai
2.	Bendrojo medicininio išsilavinimo	1. Lotynų kalba 2. Genetikos pagrindai 3. Anatomija ir fiziologija 4. Mikrobiologija 5. Farmakologija ir receptūra 6. Higienos pagrindai
3.	Specialiojo išsilavinimo	1. Bendroji ligonių slauga 2. Vidaus ligos ir ligonių slauga, patologijos pagrindai 3. Chirurginės ligos ir ligonių slauga 4. Vaikų ligos ir vaikų slauga 5. Akušerija ir ginekologija ir ligonių slauga 6. Infekcinės ligos ir ligonių slauga, epidemiologijos pagrindai 7. Nervų ir psichinės ligos ir ligonių slauga, medicininės psichologijos pagrindai 8. Odos ir veneros ligos ir ligonių slauga 9. Akių ligomis sergančių ligonių slauga 10. Ausų, nosies ir gerklės ligomis sergančių ligonių slauga 11. Fizioterapija, masažas ir gydomoji mankšta 12. Pirminis karinis – medicininis parengimas 13. Darbo sauga ir priešgaisrinė apsauga

Sėkmingai baigus medicinos sesers studijų programą, atlikus privalomąją mokomąją praktiką ir išlaikius 4 valstybinius egzaminus (filosofijos pagrindų, vidaus, chirurgijos, vaikų ligų ir slaugos), buvo išduodamas specialiojo viduriniojo mokslo diplomas ir suteikiama medicinos sesers kvalifikacija (13 priedas).

Medicinos mokyklos tobulėjo, kilo į aukštesnį išsilavinimo lygį. 1991 m. buvo panaikinti technikumai ir jų bazėje įkurtos aukštesniosios medicinos mokyklos, keitėsi reikalavimai studijų programoms (Bražiūnas, Burokas, 1998). Per 40 metų parengta apie 30 tūkstančių medicinos seserų.

1996–1998 m., Seime priėmus naujus įstatymus ir kitus teisės aktus, Lietuvos aukštesniosios medicinos mokyklos pasiruošė dar vienam, labai svarbiam naujam etapui – akreditacijai dėl aukštosios mokyklos (kolegijos) statuso. Pasirengimas akreditacijai buvo atsakingas ir sunkus: mokyklos privalėjo įsivertinti savo mokymo institucijos esamą situaciją, studijų programas, dėstytojų kvalifikaciją, mokymo bazę ir pasiūlyti galimus iškilusių problemų sprendimo būdus, nes turėjo atitikti aukštajai mokyklai keliamus reikalavimus.

Dalyvaujant šių mokyklų vertinime buvo stebimas dėstytojų profesionalumas rengiant studijų programas, mokomasias ir vaizdines priemones, plėtojant mokymo bazę. Dėstytojai akcentavo į jų pačių poreikį tobulėti tęsiant atitinkamas studijas pagal dėstomus dalykus.

Apibendrinant šią dalį galima teigti, kad atsižvelgiant į visuomenės poreikių didėjimą, neišvengiamai medicinos seserų rengimas turėjo tobulėti, t.y. kilti į aukštesnį lygį, privalėjo keistis esamos kompetencijos, reikėjo įgyti naujų, todėl studijų programų keitimasis buvo neišvengiamas. Sekančioje dalyje nagrinėjamas bendrosios praktikos slaugytojų rengimas pagal naują Bendrosios praktikos slaugos studijų programą.

2.3 Bendrosios praktikos slaugytojų rengimas

Europos integracijos procesai, sparti Lietuvos visuomenės kaita, darbo rinkos pokyčiai reikalauja, kad vis daugiau visuomenės narių turėtų kuo aukštesnį išsilavinimą. Naujų, ypač ugdomųjų kompetencijų įgijimui reikalingas naujas slaugytojų rengimo turinys, skatinantis jų kaip asmenybių tapsmą, profesinį mobilumą, atitinkantis pasaulines slaugos mokslo vystymosi tendencijas ir nuolat besikeičiančios visuomenės poreikius (Sajienė, 2000). Prieš 15 metų prasidėjo didžiosios slaugos mokslo reformos. Nė vienas medicinos mokslas taip greitai nekito ir netobulėjo, kaip slaugos mokslas. Kauno medicinos universiteto Slaugos fakultetas yra vienas jauniausių mūsų šalyje. 1990 m. Lietuvai paskelbus Nepriklausomybę, atsirado visos galimybės demokratiniais principais keisti ne tik šalies politiką, ekonomiką, švietimą, bet ir sveikatos priežiūros sistemą. Besikeičianti visuomenė pareikalavo naujo požiūrio į sveikatos saugojimą ir stiprinimą. Todėl kilo universitetinių slaugos studijų poreikis, kuriose būtų ugdomas holistinis požiūris į pacientą, kadangi slaugytojų ruošimas medicinos mokyklose jau buvo pasenęs. Įvertinus visuomenės poreikius, buvo nutarta Kauno medicinos universitete įdiegti trijų pakopų slaugos studijas, vykdomas pagal Vakarų Europos pripažintus principus – suteikiant slaugos bakalauro, slaugos magistro bei slaugos daktaro kvalifikacinius laipsnius (Šeškevičius, 2006). Tai pirmasis Lietuvoje universitetas, įkūręs Slaugos fakultetą (dekanu jau antrą kadenciją išrinktas prof. A. Šeškevičius) pradėjo rengti slaugytojus su universitetiniu išsilavinimu. Šis universitetas kėlė sau reikalavimus – paruošti ne tik aukštos kvalifikacijos specialistus, bet ir taikyti mokslo žinias praktikoje, jas platinti, o taip pat kurti slaugos mokslą, nes slauga kaip mokslas ne tik Lietuvoje, bet ir kai kuriose užsienio šalyse žengia pirmuosius savo žingsnius (Šeškevičius, 2006). Šiuo metu stebimas slaugytojų, kurie prieš 15-30 metų baigė medicinos seserų studijų programą, didelis noras pagal individualiąsias programas tęsti slaugos studijas kolegijose bei universitetuose pagal Europos Sąjungos studijų reikalavimus atitinkančią programą įgyjant naują diplomą ir bendrosios praktikos slaugytojo kvalifikaciją (14 priedas).

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos aukštojo mokslo įstatymu (Žin., 2000, Nr. 27-715) Lietuvoje aukštosios mokyklos yra dviejų tipų – universitetai ir kolegijos. Aukštoji mokykla organizuoja studijas, teikia kvalifikacijas, kurioms įgyti būtinas aukštasis išsilavinimas, vykdo mokslinius tyrimus ir (ar) taiko mokslinių tyrimų rezultatus, kaupia mokslo žinias, plėtoja kūrybinę veiklą bei kultūrą, puoselėja akademinės bendruomenės tradicijas.

Nuo 2000 m. slaugytojai rengiami tik aukštosiose mokyklose – kolegijose ir universitetuose, o nuo 2007 m. sausio 1 d., vadovaujantis Lietuvos Respublikos aukštojo mokslo įstatymu, kolegijos suteikia ne tik profesinę kvalifikaciją, bet ir profesinio bakalauro laipsnį. Rengiant aukštesniosiose medicinos mokyklose medicinos seseris, jų sėkmingą studijų baigimą lemdavo valstybinių egzaminų rezultatai. Aukštesniosios medicinos mokyklos, tapusios aukštosiomis ir vykdydamos neuniversitetines studijas, vadovaujantis Lietuvos Respublikos aukštojo mokslo įstatymu, organizuoja pagrindines, į praktinę veiklą orientuotas profesines slaugos studijas aukštojoje mokykloje, sudarančioje sąlygas įgyti taikomaisiais moksliniais tyrimais ir (ar) taikomąja moksline veikla grindžiamą profesinio bakalauro kvalifikacinį laipsnį ir (arba) profesinę kvalifikaciją. Studentų baigiamuosiuose darbuose tiriamos įvairaus amžiaus žmonių grupių žinios apie ligų prevenciją, sveikatos rizikos veiksnius, ligos valdymą. Nagrinėjami hospitalizuotų ligonių, sergančių įvairiomis ligomis slaugos poreikiai, veiksmai, slaugos proceso veiksmingumas bei komandinis darbas. Baigiamuosiuose darbuose pateikiami tyrimais pagrįsti ir slaugos praktikai aktualūs pasiūlymai bei rekomendacijos. Dažniausiai taikomi tyrimo metodai studentų baigiamuosiuose darbuose yra anketinė apklausa, stebėjimo, dokumentų analizė bei interviu metodas. Kolegijų dėstytojai kartu su studentais vykdo užsakomuosius tyrimus, kurių objektas yra bendruomenės slauga (Gostevičienė, 2006).

Lietuvoje slaugos mokslo kryptis yra nauja, turinti reikšmės ne tik akademinio lygiu, bet ir Lietuvos kultūrai, ūkiui, ekonomikai, nes daugiau ligonių tampa savarankiškesni, integruojasi visuomenėje, nereikalingos lėšos jų priežiūrai. Adekvačios, moksliskai pagrįstos slaugos priemonės iš esmės keičia sunkių ligonių ir neįgaliųjų apsitarnavimo galimybes, gerina gyvenimo pilnavertiškumą, harmonizuoja psichologinį klimatą šeimoje ir visuomenėje. Susipažinus su slaugytojus rengiančių institucijų misija, apibendrintai galima būtų suformuluoti tokią misiją – rengti ir tobulinti aukštos kvalifikacijos slaugos specialistus, suteikti žinių ir profesinių įgūdžių bei formuoti jų požiūrį ir vertybių sistemą, skatinant aktyviai dalyvauti moksliniuose tyrimuose; taip pat sveikatos politikoje, formuojant ir įgyvendinant sveikatos strategiją. O apibendrinant slaugos studijų tikslus, juos galima būtų pateikti tokius – paruošti profesionalus, sugebančius savarankiškai ir kritiškai įvertinti bei tenkinti įvairaus amžiaus sveikų žmonių, asmenų, esančių rizikos grupėje, bei sergančių įvairiomis somatinėmis ar psichikos ligomis, visuomenės bei atskirų jos grupių poreikius jų darbo vietose, mokyklose, namuose,

sveikatos centruose, ligoninėse, sanatorijose, poilsio namuose, pensionatuose, globos namuose ir kitose sveikatos priežiūros bei globos įstaigose, teikti sveikatos priežiūros paslaugas sunkiai sergantiems bei nepagydomiems asmenims ir padėti jiems oriai ir taikiai numirti.

Analizuojant naujas bendrosios praktikos slaugos studijų programas, aukštosios mokyklos programoms kelia tokius uždavinius: parengti aukštos kvalifikacijos specialistus, gebančius įgyvendinti Europos sveikatos politiką „Sveikata visiems XXI amžiuje“, bei Lietuvos sveikatos koncepcijoje išdėstytą strategiją: padėti asmenims, šeimoms ir žmonių grupėms apibrėžti ir siekti fizinės, protinės ir socialinės sveikatos, atsižvelgiant į besikeičiančias jų darbo ir gyvenimo sąlygas; gebėti išvystyti ir atlikti veiksmus, kurie užkirstų kelią ligoms; reabilitacijos metu stiprintų ir išsaugotų tuos fizinius, protinius ir socialinius gyvenimo aspektus, kurie susiję su sveikata, liga, negalia ir oria mirtimi (Šeškevičius, 2006).

Bendrosios praktikos slaugytojų rengimas vykdomas pagal tokį studijų planą (3 lentelė):

3 lentelė

Bendrosios praktikos slaugytojų programos studijų planas

Eil. Nr.	Mokymo ciklai	Dalyko (modulio pavadinimas)
1.	Bendrojo aukštojo išsilavinimo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Psichologija 2. Profesinė etika 3. Filosofija 4. Sociologija 5. Anatomija 6. Fiziologija 7. Informacinė komunikacija 8. Aplinkos sveikata 9. Užsienio kalbos 10. Mokslinių tyrimų metodologijos mokymo pagrindai 11. Teisės ir administravimo pagrindai 12. Biochemija 13. Biomedicininės fizikos ir radiologijos pagrindai
2.	Bendrųjų kvalifikacijų	<ol style="list-style-type: none"> 1. Slaugos pagrindai 2. Farmakologija 3. Bendrosios patologijos pagrindai 4. Bendruomenės slauga 5. Terapinė ir geriatrinė slauga 6. Dietetikos pagrindai 7. Pagyvenusio žmogaus slauga 8. Vaikas ir jo priežiūra 9. Vaikų slauga 10. Šeimos sveikata ir genetika 11. Akušerinė slauga 12. Paliatyvioji slauga 13. Onkologinė slauga 14. Chirurginė slauga 15. Neatidėliotina pagalba ir intensyvioji slauga

		16. Fizinė medicina ir rehabilitacija 17. Psichikos sveikatos slaugos pagrindai
3.	Profesinių veiklų	1. Vaiko priežiūra 2. Akušerinė slauga 3. Senų žmonių slauga 4. Terapinė slauga 5. Geriatriinė slauga 6. Pediatriinė slauga 7. Bendruomenės slauga 8. Psichikos sveikatos slauga 9. Chirurginė slauga 10. Neatidėliotina pagalba ir intensyvioji slauga 11. Pasirenkamoji praktika
4.	Priešdiplominė praktika ir baigiamojo darbo rengimas	
5.	Slaugos specializacijos	1. Anestezija ir intensyvioji slauga 2. Vaikų intensyvioji slauga 3. Bendruomenės slauga 4. Psichikos sveikatos slauga

Slaugos studijų trukmė universitete – 4 m. (160 kreditų, t.y. 6400 val.), o kolegijoje – 3,5 m. (140 kreditų, t.y. 4600 val.).

Pasak L. Sajienės (1999), slaugos studijų tikslai ir uždaviniai apibrėžia šiuolaikiniam slaugytojui keliamus reikalavimus ir yra siejamas su šių gebėjimų ugdymu:

- įvertinti paciento poreikius ir nustatyti jo savirūpos išgales;
- sudaryti paciento sveikatos priežiūros planą, teikti paslaugas, analizuoti ir vertinti paslaugų veiksmingumą;
- ugdyti sveikos gyvensenos įgūdžius, integruoti pagrindinius sveikatos grąžinimo ir stiprinimo principus bei metodus;
- gebėti bendrauti su pacientu, jo šeima ir bendradarbiauti komandinėje veikloje;
- atpažinti gyvybei pavojingas būkles, jas vertinti ir tinkamai reaguoti;
- atlikti skiriamas gydymo procedūras;
- skleisti profesinę patirtį ir ugdyti profesinę atsakomybę plėtojant reabilitacijos ir slaugos praktiką.

Tikslingas žmogaus keitimasis savo sveikatos supratimo, jos palaikymo ir stiprinimo kryptimi yra jo ugdymosi ir ugdymo problematika. Todėl ugdymo mokslų klasifikacijose sveikatos ugdymo aspektus tiriantiems mokslams derėtų suteikti jau gana dažnai vartojamus sveikatos priežiūros pedagogikos ir slaugos pedagogikos pavadinimus. Toks mokslo sričių išskyrimas naujame, pedagogikos sąvokų kontekste, verčia ieškoti tikslesnių kriterijų,

sąlygojančių jų apibrėžtumą, vietą bei tarpusavio sąveiką. Slaugos pedagogikos bei sveikatos priežiūros pedagogikos tyrimo objektas iki šiol nėra rimtai aptartas. Šios problematikos aktualumą sąlygoja naujos visuomeninių pokyčių tendencijos (Sajienė, 1999). Ugdymo sąvokos įvedimas į slaugos mokslo terminiją kai kam atrodo gana netikėtas. Tai suprantama, kadangi slaugytojų veikla visuomet buvo siejama su medicinos pagalba ligoniams. Tačiau pastaruoju metu nebestebina tai, jog visi mokslai, tarp jų ir slaugos mokslas, nėra uždari atsirandantiems požiūriams į jų tyrimo objektą ar integralumui su kitais mokslais. Žmogaus sveikatos palaikymo ir stiprinimo problematika susijusi su daugelio mokslų žiniomis.

Slaugos tikslas – gera žmonių ir visuomenės sveikata. Kaip rodo pasaulinė patirtis, šio tikslo neįmanoma pasiekti geriausiais vaistais ir medicininėmis technologijomis. Ryškėja tendencija, jos gera sveikata – tai ne medicininė, bet socialinė, pedagoginė ir psichologinė problema. Slaugytojai turi teikti vis daugiau paslaugų padedant maksimaliai pagerinti sveikatos būklę gerai besijaučiantiems, sveikiems žmonėms. Slaugytojas psichologiškai ir metodiškai vadovauja žmonėms, siekiantiems palaikyti ir išsaugoti tinkamą sveikatos lygį, skatina jų saviugdą. Tokiu būdu slauga tampa tokia veikla, kuria siekiama paveikti žmogų ir visuomenę sveikatos linkme. Slaugos procesą lydintys ugdomieji aspektai, tokie kaip informavimas, švietimas, mokymas, lavinimas, vadovavimas, įgūdžių ir įpročių formavimas, nuostatų sveikatos ir gyvenimo būdo atžvilgiu keitimas, sąmoningo žmonių požiūrio į ryšius ir dėsningumus tarp gyvenimo būdo, gyvenimo sąlygų ir ligų atsiradimo formavimas ir kt., reikalauja iš slaugytojo tokių gebėjimų kaip savarankiškumas, kūrybiškumas bei atsakomybės prisiėmimas. Akivaizdu, jog šitokia slaugytojo vaidmens samprata atskleidžia esminį prieštaravimą tarp dabartinės ir iki šiol buvusios medicininės pagalbos ir sveikatos priežiūros sampratos. Europos šalių konferencijoje slaugos klausimais priimtoje Vienos deklaracijoje (1993) teigiama, jog: „slauga bus efektyvi pirminėje sveikatos priežiūroje tuomet, kai sveikatos ugdymas taps slaugos praktikos pagrindu“, ypač dirbant bendruomenėje, ir kuomet slaugytojai prisiims atsakomybę už socialinius, slaugos aspektus bei išplės asmens sveikatos priežiūros sampratą. Sveikatos samprata ir jos ugdymas grindžiami vertybėmis, kurios yra paties žmogaus ir slaugytojo neatsiejama atsakomybės dalis. Sveikatos ugdymas negali būti susiaurinamas iki tam tikrų taisyklių mokymo, bet apimanti tokias ugdymo sritis kaip atsakomybės formavimas, savarankiškumo ugdymas, savęs pažinimo mokymas. Pagrindinis sveikatos ugdymo tikslas – ugdyti žmogų, kuris, saugodamas savo sveikatą, sveiką aplinką, realizuodamas sveikos gyvensenos principus, siektų ir gebėtų užtikrinti bei palaikyti atitinkamą savo sveikatos lygį. Šiuo pagrindu, 2000 m. Miunchene buvo priimta Slaugytojo ir akušerio priesaika (3 priedas), kurią priima šie specialistai diplomų teikimo metu.

Siekiant šio tikslo slaugytojų veiklai keliami atitinkami uždaviniai:

- atskleisti sveikatos prioritetą žmogaus vertybių sistemoje;
- ugdyti holistinę sveikatos sampratą;
- perteikti visuomenei žinias ir patirtį, apibūdinančias įvairiapusį žmogaus sveikatos ryšį su aplinka ir gyvenimo būdu;
- lavinti žmogaus gebėjimus savo sveikatos problemoms spręsti;
- ugdyti žmonių atsakomybę bei vidinį poreikį išsaugoti ir stiprinti savo sveikatą;
- ugdyti sveiką, subalansuotos plėtros principu grindžiamą visuomenės gyvenimo būdą;
- didinti visuomenės kompetenciją savo sveikatos priežiūros srityje ir skatinti ją dalyvauti priimant bei įgyvendinant politinius, ekonominius ir socialinius sprendimus.

Šie uždaviniai – daugelio diskusijų, nacionalinių ir tarptautinių konferencijų bei kitų renginių slaugos klausimais tema. Sėkmingas jų sprendimas įmanomas tik tuomet, kai sveikatos ugdymas yra nuoseklus ir planingas, kai yra kompetentingų slaugytojų, kurie gali diskutuoti sveikatos išsaugojimo klausimais, taikyti lanksčius sveikatos ugdymo metodus. Todėl **ugdymas – viena iš esminių slaugytojo veiklos funkcijų**. Kaip teigia B. Bitinas (1996), pedagogikos objektas pastaruoju metu nepaprastai išsiplėtė, ugdymo aspektą nesunku rasti kiekvienoje socialinės tikrovės srityje. Sveikatos priežiūroje ugdymas daro svarbią įtaką asmenybės socialiniam, kultūriniam, fiziologiniam ir dvasiniam tobulėjimui. Šiuolaikinės kultūros sklaida negalima be žinių apie sveikatą ir jai turinčius įtakos veiksnius. Žmogaus nuostatos savo sveikatos atžvilgiu, gyvenimo būdas yra sudėtinė kultūros dalis. Valia, jausmai, emocijos, vertybinės nuostatos, savęs suvokimas, savęs vertinimas ir t.t. tiesiogiai formuoja sveikatos sampratą ir nuostatas jos atžvilgiu (Sajienė, 2003).

Ugdymas, kaip žmogaus ir visuomenės sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo pedagoginė kategorija, kyla iš pastarųjų dešimtmečių holistinės sveikatos sampratos. Ugdymo esmė – žmogaus prigimtinių galių didinimas ir stiprinimas (Šalkauskis, 1932). Šia prasme vienas iš ugdymo objektų yra žmogaus sveikata. Žmogus, ignoruojantis savo sveikatos priežiūrą, ilgainiui tampa nepilnaverčiu, prastu visuomenės nariu (Šeškevičius, 1997). Vadinasi, viena iš fundamentaliųjų sveikatos kokybės užtikrinimo veiksnių yra slaugytojo pedagoginė kompetencija. Pedagoginė kompetencija – tai slaugytojo sugebėjimas kuo produktyviau bei efektyviau naudoti pacientų ir savo žinias bei mokymo priemones ir pasiekti rezultatų, kurie patenkintų sveikatos palaikymo ir stiprinimo poreikius bei tikslus. Slaugytojui svarbu suvokti pedagoginės veiklos kryptį, konkretų tikslą, mokėti sudaryti sveikatos priežiūros mokymo programas ir gebėti, lanksčiai taikant įvairius mokymo bei mokymosi metodus, organizuoti sveikatos priežiūros ir /ar slaugos mokymo procesą. Tuomet slaugytojo veikla bus efektyvi ir

įgalins tikėtis siekiamo rezultato – aukštesnio žmogaus ir visos visuomenės sveikatos lygio (Long, 1981). Ugdomoji slaugytojo veikla pasižymi tam tikromis specifinėmis charakteristikomis. Pedagoginiai gebėjimai skirtingose veiklos srityse vieni kitus papildo arba persidengia (Sajienė, 2000). Slaugytojų profesinėje veikloje sveikatos ugdymas vyksta keliuose lygmenyse: pirminis sveikatos priežiūros mokymas, kuris skirtas sveikiems žmonėms, siekiant užkirsti kelią ligoms. Jis susijęs ne tik su ligų prevencija, bet ir su žmogaus sveikatos stiprinimu; antrinis sveikatos priežiūros mokymas – tai paciento mokymas kaip elgtis esant vienokiai ar kitokiai sveikatos būklei, siekiant sustabdyti sveikatos blogėjimą ir padėti atstatyti pirminę paciento sveikatos būklę; tretinis sveikatos priežiūros mokymas – tai neįgaliųjų ar žmonių, kurių sveikatai jau nebėra realios galimybės visiškai atsistatyti, ir jų artimųjų mokymas, kaip panaudoti turimas galias ir išvengti nereikalingų apribojimų bei komplikacijų (Salvage, 1993).

Lietuvoje nuo 1997 m. brendo būtinybė pakeisti medicinos sesers, medicinos felčerio studijų programas ir šių specialistų pareigybes. Visos šalies mastu vyko apklausos, buvo intensyviai analizuojami tarptautiniai dokumentai, nes slaugytojų rengimo programos neatitiko Europos Tarybos direktyvų reikalavimų, ir mokymo įstaigos ekspertimento būdu pradėjo rengti bendrosios praktikos slaugytojus. Todėl, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 metų gegužės 25 d. įsakymu Nr. 245 „Dėl viduriniojo medicinos personalo ir jam prilygintų specialistų, dirbančių diagnostikos, gydymo ar profilaktikos darbu, bei jaunesniojo medicinos personalo pervardijimo“ (Žin., 1999, Nr. 47-1498), medicinos seserys, vaikų įstaigų medicinos seserys ir medicinos felčeriai buvo pervardyti bendrosios praktikos slaugytojais. Šios pareigybės suteikimas įpareigojo ankstesnį išsilavinimą įgijusius slaugos specialistus, turinčius didelę darbo patirtį (15 ir daugiau metų), papildomai mokytis. Tokios sąlygos buvo sudarytos reorganizavus aukštesniąsias medicinos mokyklas į kolegijas, kuriose buvo įkurti Podilominių studijų centrai ir sudaryta galimybė slaugos specialistams studijuoti pagal individualias – išlyginamąsias programas (studijų trukmė 2 m.), siekiant įgyti naujas kompetencijas ir gebėjimus, profesinėmis žiniomis nesiskirti nuo šiuo metu slaugos studijas baigiančių slaugytojų. Taip pat minėtiems slaugytojams buvo parengtos tobulinimosi programos, suteikiančios naujus slaugos teorijų pagrindus. Tokiu būdu anksčiau baigę studijas slaugos specialistai tapo apsaugoti nuo diskriminavimo naujų slaugytojų atžvilgiu. Lietuvos perėjimo į rinkos ekonomiką sąlygomis yra labai svarbus kintančios visuomenės narių pasirengimas nuolat mokytis (Stanišauskienė, 1997). Nuolatinio mokymosi idėją pildo kitos gyvenimiškos sferos, versdamos ją tobulinti vis plačiau ir sudėtingiau. Sistema, atitinkanti poreikių ir trūkstamų naujų žinių standartus, pritaikoma visuomenėje. Kuriant naujas mokslines žinias, atsižvelgiama į sistemą, nes per tai grįžtama į visuomenę. O visuomenės egzistencija parodo, ar teorija tinkama praktiniam gyvenimui (Brazauskaitė, 1997).

Apibendrinant šią dalį pasitvirtina, kad slauga – mokslas ir menas, reikalaujantis specifinių slaugos žinių, įgūdžių taikymo praktikoje, ji turi būti pagrįsta mokslinių tyrimų rezultatais. Būtina nuolat atlikti slaugos tyrimus tokių mokslo sričių požiūriais: humanitarinių ir socialinių (vadyba, edukologija, psichologija). Pasaulio sveikatos organizacijos pateiktoje Europos strategijoje pažymima, jog slaugytojai slaugos realizavimo kontekste privalo atlikti šiuos vaidmenis: slaugos/priežiūros tiekėjo, sprendimų priėmėjo, komunikatoriaus, bendruomenės lyderio, vadybininko. Šias kompetencijas ir gebėjimus slaugytojai įgyja sėkmingai baigę aukštojoje mokykloje bendrosios praktikos slaugos studijų programą.

2.4 Gailestingųjų seserų, medicinos seserų ir bendrosios praktikos slaugytojų studijų programų palyginimas

Vertinant slaugytojų rengimo programas pastebima ir pateikiama informacija, kaip Lietuvoje slaugos mokslas sunkiai „skinasi“ kelią, tačiau apie savarankiškai slaugytojų realizuojamą veiklą, jų mokslinius tyrimus kalbama kaip apie realią ateities perspektyvą.

Vakarų šalyse maždaug iki XX a. 6-to dešimtmečio pabaigos, o Lietuvoje iki 10-to dešimtmečio vidurio daugiau kaip 90 proc. visų slaugos studijų programų sudarė biomedicinos krypties dalykai. Slaugos studijose dominavo biologijos ir medicinos mokslų fragmentai, o toks išsilavinimo įgijimas nekėlė visuomenės pagarbos slaugytojo profesijai. Slaugytojas dažniausiai atlikdavo žmogaus – roboto, patarnautojo, vykdytojo funkciją, o mąstyti buvo palikta gydytojui. Taigi, slauga nebuvo laikoma mokslu, o vien tik techniniais įgūdžiais besiremianti praktika. Išsivysčiusiose pasaulio šalyse slauga šiandien suvokiama kaip mokslas, kuris turi savo teorinius pagrindus. Sparti Lietuvos visuomenės kaita, Europos integracijos procesai, ekonomikos reforma, informacinės visuomenės kūrimas, mokslo ir technikos pažanga verčia atsinaujinti visą Lietuvos švietimo sistemą, neišskiriant ir aukštojo mokslo.

Socialiniai ekonominiai pokyčiai šalyje kelia naujus reikalavimus asmens profesiniam pasirengimui ir skatina profesinio rengimo sistemos pokyčius. Kiekvienoje šalyje vykstantys socialiniai, ekonominiai ir politiniai pokyčiai daro įtaką sveikatos priežiūrai taip pat slaugos praktikai (WHO, 2001, 1998). Pasaulio šalys, siekiančios spręsti sveikatos priežiūros problemas, bet stokodamos lėšų, vis dažniau akcentuoja, jog sveikatos priežiūros specialistai, ypač slaugytojai, turi nepakankamai reikalingų žinių bei įgūdžių (Žydžiūnaitė, 2003, 2005). Vykstantys pokyčiai sveikatos priežiūroje sąlygoja slaugos mokslo praktikos pokyčius, tačiau šiandieninei visuomenei reikia slaugytojo, kuris būtų autonomiškas, meistriškai įvaldęs praktinius įgūdžius, galintis dirbti savarankiškai ir bendradarbiauti su kitų profesijų atstovais ir suteikiantis pirminę sveikatos priežiūrą įvairiose aplinkose (Žydžiūnaitė, 2004). Profesinis

rengimas turi būti operatyviai pritaikomas prie vis spartėjančių visuomenės ekonominių ir socialinių pokyčių bei galimybių, padedančių patenkinti vis naujus žmonių poreikius (Laužackas, 2000).

Pasaulio sveikatos organizacijos strategijoje (2000) nurodoma, jog bazinių slaugos studijų programos turi būti perorientuotos į pirminę sveikatos priežiūrą ir bendruomenę, siekiant parengti slaugytojus, sugebančius dirbti autonomiškai ne tik ligoninėse, bet ir bendruomenėse. Esminis žingsnis kuriant naują slaugos studijų programą – nuspręsti, kokių kompetencijų tikimasi iš slaugytojų. Pobazinės slaugos studijos turi orientuotis į šias sritis: vadybą, politiką, edukologiją, tyrimų metodologiją ir komandinį darbą. PSO strategija pažymi, jog pobazinių mokymo programų turinys privalo būti pagrįstas tyrimais, skatinantis tęstinai analizuoti ir mokytis iš patirties. PSO duomenimis pobazinėms slaugos studijoms didžiausią finansavimą skiria aukšto ekonominio išsivystymo lygmens šalys – pvz. Singapūras, Naujoji Zelandija, Japonija, Australija, Jungtinė Karalystė, Airija, Liuksemburgas, Norvegija, Monakas.

Taigi, ignoruojant slaugos mokslo svarbą, ignoruojamas slaugytojų galimybių plėtros aspektas: šiandienos Lietuvoje slauga dar įvardijama tik kaip praktika, kuri paverčiama įrankiu, padedančiu palaikyti medicinos sistemos, o ne visuminės sveikatos priežiūros sistemos, galią.

Rūpesčio, priežiūros, globos, psichologinės paramos, mokymo ir kiti elementai, inkorporuojami slaugoje, yra „nematomi“ ir todėl nuvertinami. Biomediciną traktuojant kaip išskirtinę tradiciją slaugoje bus sunku patenkinti praktinius visuomenės narių poreikius (Žydžiūnaitė, 2003). Tačiau slaugos filosofija „atitraukia“ slaugytojus nuo žmogaus „biologizavimo“; moko slaugytojus matyti žmogų integralų (fizinę, emocinę, mentalinę, dvasinę dimensijas). Socialiniai mokslai lemia efektyvų profesinės slaugos veiklos realizavimą, nes slauga inkorporuoja vadybos, psichologijos, edukologijos, sociologijos aspektus; įgalina slaugytojus nuolatiniam kompetencijų vystymui ir plėtojimui: slaugytojams nepakanka atlikti technines procedūras, čia būtina gebėti bendrauti ir bendradarbiauti, planuoti ir deleguoti, mokytis ir atlikti mokslinius tyrimus (Žydžiūnaitė, 2006). Tyrimų atlikimas yra apsunkintas vis dar egzistuojančia nuostata į slaugą kaip į mokslo sritį. Slaugos srityje stokojama slaugytojų – mokslininkų. Dėstytojai slaugytojai turi menkas žinias apie slaugos tyrimo metodus, o ne slaugytojai dėstytojai neturi ir bendrosios sampratos apie slaugytojos tyrimo metodų specifiką bei neretai juos tapatina su „kietaisiais“ biomedicinos mokslo tyrimais. Lietuvoje gyvuoja tyrimų ribotumas metodologiniu požiūriu (Šeškevičius, 2006). Šiandieną slaugos mokslinių tyrimų tikslai yra aiškūs: tai slaugos paslaugų kokybės gerinimas. Tai susiję su slaugytojų profesine kompetencija, naujomis technologijomis, darbo santykių, pagrįstų bendradarbiavimu, vystymu, komandinio darbo plėtojimu. Slaugytojų praktikų pasirengimas vykdyti tyrimus daugiau teorinis, nes mažai dėmesio skiriama praktikų mokymui. Tačiau iš pačių praktikų kyla individualios

iniciatyvos slaugos taikomiesiems tyrimams. Įvairiais aspektais slaugos tyrimų atlikimas universitetiniame lygmenyje tampa neretu reiškiniu akademinėje visuomenėje. Tačiau atliktų darbų (tyrinėjimų) taikymas praktikoje yra problema. Menkas darbų tęstinumas, studentai duomenis renka sveikatos priežiūros įstaigose, bendruomenėse, visuomenėje, tačiau rezultatai nepasiekia tų įstaigų administracijos, sveikatos priežiūros strategų, slaugos vadovų bei pačių slaugytojų praktikų. Slaugos taikomieji tyrimai turi tapti jungiamąja grandimi tarp visų suinteresuotų šio proceso dalyvių: universitetų, kolegijų bei slaugytojų praktikų (Steikūnienė, 2006). Slaugos krypties mokslinių darbų aktualumą lemia sveikatos priežiūros pasiekimai, ilgėjančios gyvenimo trukmės tikimybė bei augantis skaičius įvairaus amžiaus žmonių, susiduriančių su slaugos problemomis, į kurias iki šiol mūsų šalyje nebuvo skiriamas tinkamas dėmesys. Slaugos mokslas didelės reikšmės turi tiriant nuo gyvensenos ir elgesio priklausančias visuomenės sveikatos problemas. Todėl, vertinant sveikatą, be įprastų mirtingumo, sergamumo, neįgalumo rodiklių, svarbūs yra duomenys apie gyvensenos veiksnius, taip pat pačių žmonių požiūris į sveikatą, sveikatos rizikos veiksnius (rūkymą, viršsvorį, nepakankamą fizinį krūvį ir kt.), streso išgyvenimą, gyvenimo kokybę. Vykdam mokymą žmogus pats turi įvertinti ne tik savo negalavimus, funkcinį pajėgumą, socialinę bei psichologinę sveikatą, bet ir galimas sveikatos sutrikimo priežastis. Tarptautiniu mastu sukaupta mokslinė informacija akivaizdžiai įrodo, jog spręsti pagrindines šiuolaikinės visuomenės sveikatos problemas tiesiog neįmanoma, tenkinantis vien tik medicinos pagalbos teikimu. Lemiamas vaidmuo čia tenka slaugos mokslo sprendžiamos problemos, kaip sveikatos ugdymas, aplinkos sauga, ligų profilaktika.

Formuojant Nacionalinę sveikatos politiką, Lietuvoje nueitas ilgas mokslinių ieškojimų kelias, pradedant epidemiologiniais tyrinėjimais, profilaktinėmis, lėtinių neinfekcinių ligų mokslinėmis ir praktinėmis programomis, vykdytomis bendradarbiaujant su PSO bei kitais Europos universitetais. Šių tyrimų rezultatai neginčijamai rodo ir kitas problemų sprendimo tiesas – slaugytojo mokslininko vaidmenį, padedantį formuoti naują visuomenės požiūrį į sveikatos problemų sprendimą. Sveikata ir visuomenė veikia vienas kitą: visuomenės raida labai daug priklauso nuo jos sveikatos, o sveikata nuo visuomenės raidos. Ši nuostata 1998 m. buvo priimta PSO dokumente „Sveikata visiems XXI amžiuje“, kuriame numatyta sudaryti sąlygas žmonėms siekti ir palaikyti aukščiausią įmanomą sveikatos lygį. Tačiau paskutinių metų tyrimai rodo, kad labai lėtai kinta Lietuvos gyventojų požiūris į pačių žmonių galimybes stiprinti sveikatą: jos stiprinimo veikla nepakankamai suprantama kaip galimybių kontroliuoti ir stiprinti savo sveikatą suteikimas pačiam žmogui, sveikatos priežiūros sistemos darbuotojams atliekant konsultantų ir sveikatos mokytojų (slaugytojų) vaidmenį. Nors Lietuvos Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje yra išdėstyta strategija: padėti asmenims, šeimoms ir žmonių grupėms apibrėžti ir siekti fizinės, protinės, dvasinės ir socialinės sveikatos, atsižvelgiant į besikeičiančias jų darbo ir

gyvenimo sąlygas. Tai reikalauja gebėti išvystyti ir atlikti funkcijas, kurios užkerta kelią nesveikatai, ligoms ir sveikatos mokymo eigoje stiprina ir išsaugos tuos fizinius, protinius, dvasinius ir socialinius gyvenimo aspektus, kurie susiję su sveikata, liga, negalia ir mirtimi. Dėl šių priežasčių slaugos mokslas turėtų būti labiau populiarinamas visuose slaugos studijų lygiuose: pradedant pirmąja pakopa – bakalauro studijomis, tęsiant magistrantūros ir doktorantūros lygiuose (Šeškevičius, 2006). Universitetuose slaugos bakalauro studijų trukmė 4 metai, ne mažiau kaip 160 kreditų, 1999 m. pirmą kartą Lietuvoje Kauno medicinos universitete buvo įkurtos magistrantūros studijos, kurių trukmė 2 metai, 80 kreditų (iš jų 32 kreditai skirti tyrimų atlikimui), o nuo 2004 metų vykdomos 4 metų slaugos doktorantūros studijos, kuriose studijas tęsia 6 slaugos magistrantai.

Pagrindinis universitetinių įvairių lygmenų slaugos studijų programų tikslas yra parengti šalies aukštosioms mokykloms dėstytojus su universitetiniu slaugos išsilavinimu. Slaugą, kaip ir kiekvieną kitą mokslą dėstyti turi tos srities specialistai, t.y. slaugytojai, o ne gydytojai. Pasak prof. A. Šeškevičiaus (2006), „deja, bet šiuo metu slaugos specialistų rengime universitetuose ir kolegijose didžioji dalis dėsto gydytojų“. Tai prieštarauja tarptautiniams reikalavimams ir bendriesiems profesijos principams. Kitas labai svarbus universitetinių slaugos programų tikslas – pasiekti, kad slaugos specialistai po slaugos magistrantūros studijų tęstų slaugos mokslo tiriamąjį darbą, pvz. studijuotų doktorantūroje, taptų slaugos teoretikais su mokslo laipsniais, kas leistų vystyti nacionalines slaugos mokslo kryptis, sukurti bazę slaugos moksliniam tiriamajam darbui. Kol nebus sukurta tvirta mokslinė bei pedagoginė bazė, tol slaugos profesija nebus visiškai savarankiška ir stipri bei sunku bus vykdyti slaugos mokslinį darbą.

Išanalizavus gailestingųjų seserų bei medicinos seserų rengimo programas ir jas palyginus su bendrosios praktikos slaugytojų rengimo programa, galima teigti, kad pagal ankstesniųjų studijų reikalavimus negalėjo būti parengti tokios aukštos profesinės kvalifikacijos bei plačiaja prasme gerai išsilavinę ir išprusę asmenys, kaip šiuo metu studijuojantys aukštosiose mokyklose. Gailestingųjų seserų bei medicinos seserų rengimas neatitiko savarankiško specialisto reikalavimų, todėl šie specialistai buvo labai priklausomi nuo gydytojų, jiems negalima buvo konsultuoti, mokyti pacientų bei jiems patarti ir pan. Keičiantis visuomenės poreikiams, šiuolaikinei sveikatos priežiūros sistemai reikalingi universitetinio išsilavinimo slaugos profesionalai, kurie galėtų daryti įtaką bei organizuoti veiksmingą ir efektyvą slaugos sistemos funkcionavimą, dirbdami slaugos administratoriais, slaugos koordinatoriais, slaugos konsultantais bei slaugos tyrėjais. Dirbdami praktikoje, jie sugebėtų savarankiškai kūrybiškai pritaikyti šiuolaikinio slaugos mokslo ir praktikos principus, atitinkančius tarptautinius standartus, nuolat tobulintis ir diegti slaugos naujoves kasdieninėje pacientų priežiūroje. Universitetinis aukščiausio (daktaro) lygmens išsilavinimas reikalingas tiems slaugytojams, kurie

siekia karjeros mokslo – tiriamojo darbo ir/ar pedagogikos srityse. Tikslinga skatinti jaunos ir gabius žmones siekti slaugos mokslo daktarų, docentų, mokslo darbuotojų, profesorių vardų, kurti nacionalinio slaugos mokslo pagrindus, dirbti aukštos kvalifikacijos slaugos pedagogais, kurie ne tik profesionaliai perteiktų šiuolaikinio slaugos mokslo žinias, bet taip pat parengtų kokybiškus nacionalinius slaugos vadovėlius. Šiandien neretos priemonės studijoms yra parengtos nenuosekliai, netenkina mokymo medžiagos perteikimo kokybę. Labai svarbu, kad išskirta savarankiška slaugos mokslo šaka, nes tai suteikia teisę steigti slaugos doktorantūrą ir teikti mokslo laipsnius bei žymėti mokslo laipsnius diplomuose ir pedagoginių mokslo vardų atestatuose. Universitetuose bei kolegijose, kur vykdomos slaugos bakalauro, magistro ir doktorantūros programos, konkursuose slaugos disciplinų dėstymui ir priėmimui į pedagogines – mokslines darbo vietas prioritetas turi būti teikiamas slaugytojams, baigusiems slaugos magistantūros ir doktorantūros studijas asistento pareigybei, įgijusiems slaugos mokslų daktaro laipsnį lektoriaus, docento pareigybei, įvykdžiusiems habilitacijos procedūrą arba apsigynusiems habilitacinį darbą ir įvykdžiusiems profesoriaus vardui gauti keliamus reikalavimus – profesoriaus pareigybei. Be to, universiteto, universitetinėse ir klinikinėse ligoninėse turėtų būti įsteigiamos klinikinės slaugos konsultantų pareigybės. Šias pareigas užima slaugytojai, baigę dviejų – trijų pakopų slaugos studijas universitete, taip pat apgynę slaugos mokslo disertacijas. Taip būtų nuolat keliamas sveikatos priežiūros įstaigos slaugos praktikos lygis, dirbančių slaugytojų profesionalumas, diegiamos slaugos mokslo ir praktikos naujovės, skatinamas mokslo tiriamasis darbas, praktinės veiklos analizė ir savianalizė, kontrolė ir auditas. Gerėtų studentų mokymo bazė.

Slaugos moksliniai tyrimai ir tyrimų rezultatų taikymas yra slaugos profesinio vystymo bei vystymosi pagrindas. Slaugos moksliniai tyrimai turi būti taikomi siekiant įtvirtinti jų poziciją tarp kitų sveikatos srities tyrimų bei egzistuojančioje sveikatos priežiūros kokybės strategijoje. Taikomieji tyrimai grindžiami sveikatos paslaugų tyrimais išryškinant specifinių slaugos tyrimų poreikį. Slaugos mokslo žinių, besiremiančių tyriminiais įrodymais, poreikis sveikatos paslaugų sferoje nėra neribotas, todėl svarbu apibūdinti sveikatos priežiūros poreikius, kurių tenkinimą pacientų atžvilgiu gerintų atliekami slaugos moksliniai tyrimai (Kalibatienė, 2006).

Slaugos studijų programų analizė patvirtina, kad slaugytojų kompetencijos ir visuomenės poreikiai kito, t.y. plėtėsi medicinos seserų ir slaugytojų kompetencijos, augo visuomenės poreikiai. Šiandieną, modernių technologijų amžiuje, gailestingųjų seserų mokymą baigusios seserys negalėtų teikti paslaugų, nes jų profesinė kompetencija nepakankama ir neatitinka šandienos šalies išsivystymo lygio bei tarptautinių reikalavimų. Slaugytojo profesija išsiskiria veiklos specifiškumu, nauju jos pobūdžiu ir kintančiu slaugytojo vaidmeniu visuomenėje.

Sisteminis požiūris į slaugytojo veiklą įgalino atskleisti subjektyvųjų ir objektyvųjų jos aspektus, kurie pasak R. Laužacko ir kt. (1988, 1998), itin reikšmingi ne tik profesijos, bet ir profesinio rengimo sampratai. Šių prielaidų pagrindu apibrėžiamas naujas slaugytojo profesijos paveikslas. Jame išryškinti svarbiausi profesijos požymiai: veiklos objektas, darbo vieta, veiklos uždaviniai, funkcijos, darbo priemonės, kompetencijos, veiklos kvalifikacinė struktūra. Remiantis profesijos apibrėžimu (Laužackas, 1998), kad profesija yra atitinkamomis žiniomis, mokėjimais, gebėjimais ir įgūdžiais pagrįstos žmonių veiklos kombinacijos, teikiančios jiems pasitenkinimo, materialinio apsirūpinimo ir aktyvaus įsijungimo į visuomeninio gyvenimo struktūras prielaidas. Atkreiptinas dėmesys į sąvoką „žmonių veiklos kombinacijos“. Tai ypač reikšminga šiandieninės slaugos procesuose, kuriuose pernelyg medicininė, į ligonių priežiūrą orientuota slauga nebetenka prasmės, o slaugytojų veikloje ima dominuoti sveikatos ugdymo tikslai (Sajienė, 2000).

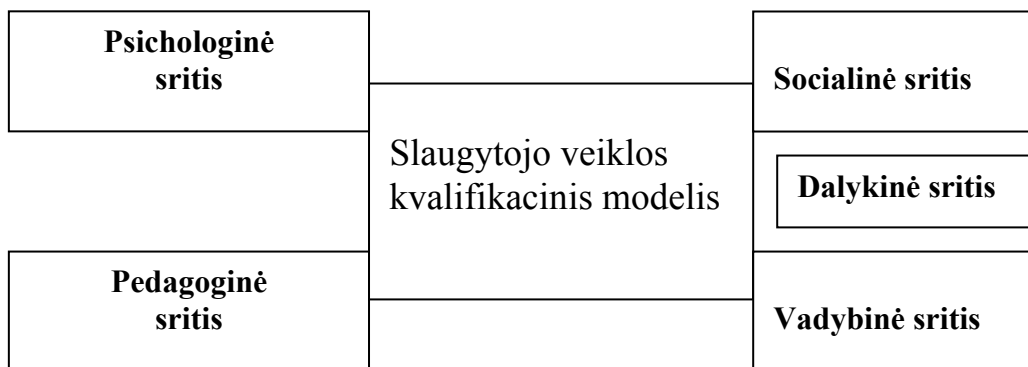
Lietuvoje ryškėja slaugytojų rengimo kelioms ugdymo sritims tendencijos (4 lentelė):

4 lentelė

Slaugos specialistų veiklos sritys

Veiklos sritis	Pareigos	Darbo vieta
Klinikinė slauga ir ligų profilaktika	Bendrosios praktikos slaugytojas Klinikinės slaugos koordinatorius	Ligoninė, poliklinika, ambulatorija, slaugos namai
Administravimas – valdymas	Vyriausiasis slaugytojas Direktorius slaugai Vyriausiasis specialistas slaugytojų darbo organizavimui	Universitetinės klinikos, ligoninės, poliklinikos, globos namai ir kt. gydymo įstaigos Sveikatos apsaugos ministerija slaugytojų kvalifikacinio tobulinimo centrai
Pedagoginis darbas	Slaugos dėstytojas Slaugos praktikos mokytojas Sveikatos priežiūros mokytojas	Kolegijos Kvalifikacijos tobulinimo kursai Studentų praktikos vieta (ligoninė, ir kt. įstaigos) Visuomenės sveikatos priežiūros centrai Sergančiųjų diabetu mokyklėlės Vaikų darželiai ir bendrojo lavinimo mokyklos
Mokslinė – tiriamoji veikla	Mokslinis bendradarbis	Universitetai, kolegijos

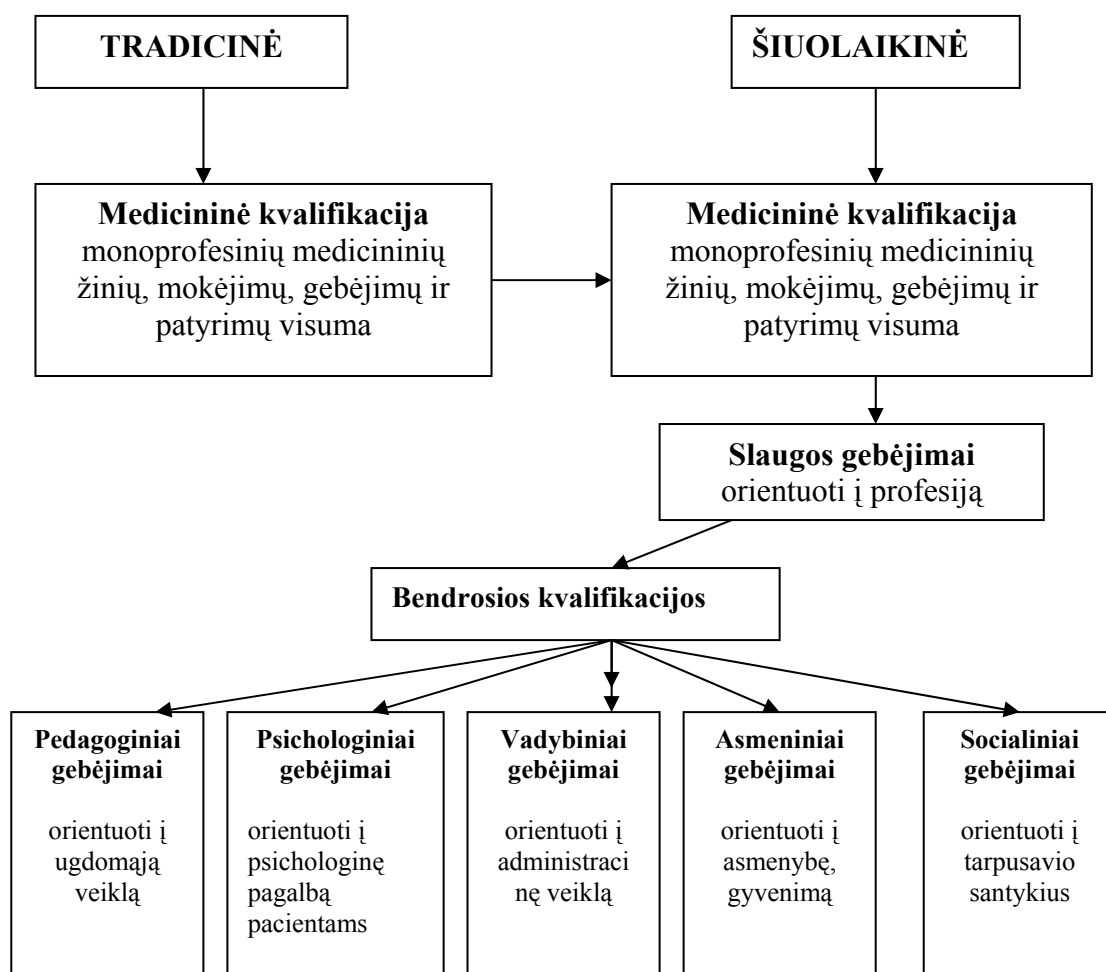
Pažymėtina, kad kvalifikacijos struktūra siejama su konkrečioje slaugytojo praktinėje veikloje atsirandančiomis veiklos funkcijų charakteristikomis. Nors kvalifikacijų apimtis skirtingose veiklos srityse yra skirtinga, tačiau jų pasikartojimas ir persidengimas leidžia apibrėžti formalųjį slaugytojo veiklos modelį (1 pav.).



1 pav. Slaugytojo veiklos kvalifikacinis modelis

Tačiau tyrimais atskleista ir realioji slaugytojo profesinės kvalifikacijos pusė. Empyrinių veiklos funkcijų ir kvalifikacijų tyrimą charakterizuoja svarbiausi slaugytojų rengimo kaitos parametrai – tai profesinės kvalifikacijos ir veiklos srities poreikius atliepiančios kompetencijos. Realiame slaugytojo profesinės veiklos modelyje dominuoja veiklos srities ir individo charakteristikų sąveika. Pasak L. Sajienės (2000), atkreiptinas dėmesys į slaugytojo asmenybės savybių svarbą. Vadinasi, kvalifikacijos sampratoje vis didesnę reikšmę įgauna subjektyvusis aspektas, kuris suprantamas kaip žmogaus charakteristika, atskleidžianti „jo asmenybės pilnumą, potencialumą ir kryptingumą tam tikros veiklos atžvilgiu“ (Laužackas, 1998). Tačiau ryškėja slaugytojo asmenybės idealo kaita. Anksčiau, atrenkant į gailėstingųjų seserų mokymą, merginoms ypač buvo svarbios asmeninės savybės – tik ypatingai gera reputacija, gerumas ir dvasingumas, paklusnumas, kuklumas, darštumas, rūpestingumas, kantrumas. Stojant studijuoti į medicinos seserų programą, tokia atranka nebuvo vykdoma. Šiuo metu, priimant į bendrosios praktikos slaugos studijas, taip pat tokio atrankos kriterijaus nėra. Dabar aktualizuojamas gebėjimas prisiimti atsakomybę, savarankiškumas, domėjimasis, kritinis mąstymas. Slaugytojų asmenybės savybių reikšmingumo tyrimas leidžia apibrėžti idealųjį slaugytojo asmenybės modelį, kuriam svarbūs tokie bruožai kaip kantrumas, savęs pažinimas, sąžiningumas, tolerancija, asmeninė atsakomybė, santykiai su žmonėmis, realistiniai tikslai. Vadinasi, slaugytojų profesiniame rengime svarbi orientacija ne tik į dalykinį studijų turinį, priemones ar metodus, bet ir į asmenybės formavimą filosofiniu, psichologiniu bei sociokultūriniu aspektais.

Remiantis slaugytojo profesinės kvalifikacijos sampratos kaitos tendencijomis ir L. Sajienės (2000) atlikto empirinio tyrimo rezultatais galima pateikti tokį slaugytojo kvalifikacijos struktūros kaitos modelį (2 pav.).



2 pav. Slaugytojo kvalifikacijos struktūros kaitos modelis

L. Sajienės tyrimas patvirtino, kad slaugytojų veiklos efektyvumą lemia jų dalykinio – pedagoginio rengimo turinio kryptingumas, todėl ugdymas – esminė slaugytojo veiklos funkcija. Pedagoginė veikla yra vienas svarbiausių ir prieštaringiausių slaugytojo vaidmens aspektų, pasižyminčių tam tikromis specifinėmis charakteristikomis. Jos esmė – ugdyti geros sveikatos, kaip vertybės, poreikį. Svarbu pažymėti, kad ugdomosios veiklos pobūdis skiriasi priklausomai nuo veiklos objekto. Bendrosios praktikos slaugytojų ugdomoji veikla nukreipta paciento sveikatos priežiūros mokymui, slaugos valdymo bei administravimo srityse dirbančiųjų – personalo kvalifikacijos tobulinimui, tuo tarpu slaugos dėstytojų ir slaugos praktikos mokytojų – slaugos, kaip profesijos, įgijimui bei studentų galimybių profesinės veiklos srityse plėtoti. Taigi slaugytojus, kaip ugdymo veikėjus, sąlyginai galima suskirstyti į dvi grupes: sveikatos priežiūros mokytojus ir profesijos mokytojus. Slaugos reforma Lietuvoje neįmanoma be kvalifikuotų

slaugos dėstytojų ir slaugos praktikos mokytojų. Pradėjus slaugytojus rengti universitetuose, jau parengta 350 slaugos bakalaurų, 40 slaugos magistrų, 3 slaugos mokslų daktarai. Tai dar kartą pabrėžia dalykinio pedagoginio slaugytojų rengimo svarbą.

Keičiantis slaugytojo profesinės kvalifikacijos struktūrai, kinta ir svarbiausios jų profesinio rengimo dimensijos. Prielaida efektyviai, atliepiančiai visuomenės poreikius slaugai – tinkamas slaugytojų profesinis rengimas, teikiantis perspektyvias dalykines ir pedagogines kvalifikacijas. Pedagoginės kvalifikacijos įgijimo poreikis reikalavo esminio slaugytojų rengimo turinio pertvarkymo. Taigi šiandieną, visuomenės poreikiams kintant, t.y. didėjant, turi būti plečiamos besimokančiųjų galimybės, laiduojant jų profesinį lankstumą ir pasirengimą nuolatiniam mokymuisi (Sajienė, 2000). Teisė mokytis ir gauti gyvenimui bei veiklai reikalingą informaciją yra prigimtinė žmogaus teisė, todėl švietimo sistema turi būti taip organizuota, kad kiekvienas žmogus, turįs savarankiško sprendimo teisę, bet kuriame savo amžiaus tarpsnyje ir bet kurioje geografinėje savo gyvenimo vietoje turėtų galimybę mokytis tokia forma, kokia jam labiausiai priinama, ir tokiu intensyvumu ir tempu, kuris atitinka jo gabumus ir galimybes. Švietimo sistema turi leisti žmogui vykdyti vieną pagrindinių savo priedermių – tobulinti save „nuo lopšio iki karsto“ (Sinkevičius, 1994). Atlikta nemažai mokslinių tyrimų, susijusių su nuolatinio suaugusiųjų mokymusi. Analizuojant suaugusiųjų motyvaciją tęstiniam mokymuisi, vienas svarbiausių mokymosi motyvų – noras pilnai panaudoti savo sugebėjimus (Beresnevičienė, 1995).

Lyginant gailestingųjų seserų, medicinos seserų ir bendrosios praktikos slaugytojų rengimo programas, stebimi ne tik programų dalykų skirtumai (ankstesnės programos negalėjo parengti tokių kompetentingų slaugytojų), bet ir tai, kad tuo metu medicinos mokyklos neturėjo modulinio mokymo sistemos. Tokia sistema vykdoma tik aukštosiose mokyklose. Pagrindinės modulio mokymo savybės – integralumas, intensyvumas, efektyvumas ir savarankiškumas. Remiantis modulinio principu, mokymo turinys suskaidomas į nedidelius, savarankiškus ir tarpusavyje susijusius mokymo elementus – modulius. Kiekvienas modulis turi aiškius mokymo tikslus, turinį, mokymo ir mokymosi būdus, įvertinimo sistemą. Kaip teigia R. Laužackas (2000), skirtingi modulių deriniai sąlygoja skirtingų kvalifikacinių profilių įgijimą, o tai ypač aktualu, nes, peržvelgus slaugytojų veiklos sritis (4 lentelė), matyti, jog atskira darbo vieta reikalauja skirtingos kvalifikacijos. Slaugytojo pedagoginės kompetencijos įgijimas padeda įgyti edulokogijos žinių, kurios pagrindu jie gebėtų nustatyti pedagogines slaugos problemas ir tinkamai jas spręsti.

Trumpai pateiksime principinį slaugytojo pedagoginės kvalifikacijos įgijimo projektą (3 pav.).

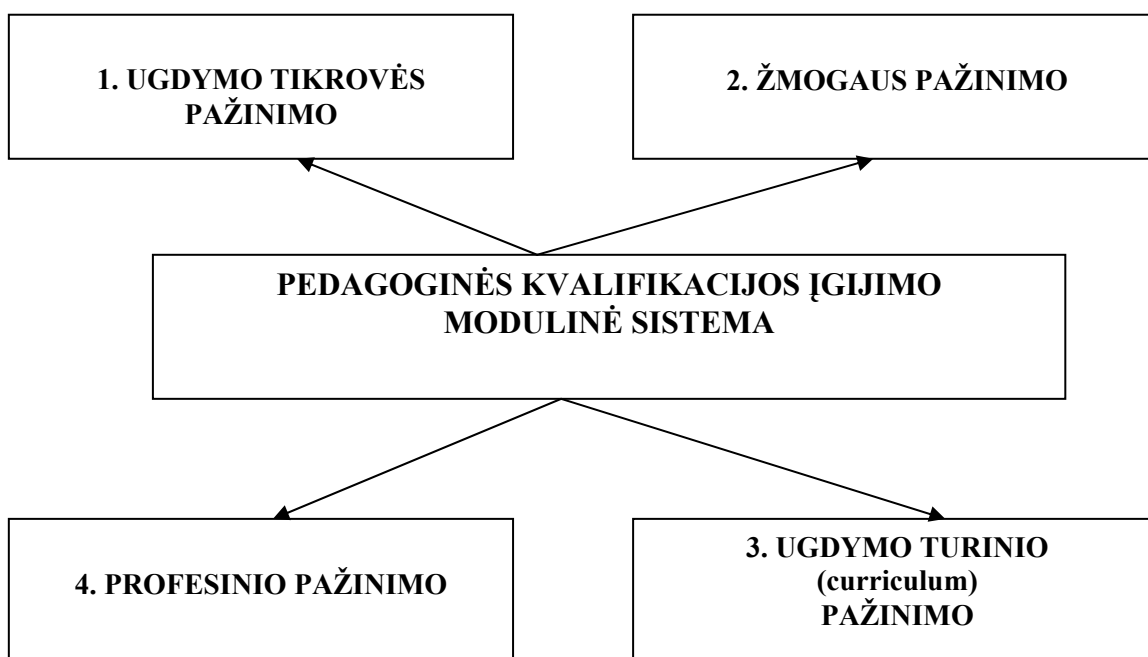
1. Ugdymo turinio pažinimo: ugdymo filosofija; ugdymo aksiologija; ugdymo gnoseologija; ugdymo sociologija.

2. Žmogaus pažinimo: pedagoginė antropologija; pedagoginė psichologija; psichopedagoginė žmogaus raidos analizė; psichodiagnostinis asmenybės pažinimas.

3. Ugdymo turinio (Curriculum) pažinimo: ugdymo tikslai ir uždaviniai; ugdymo turinio ir programų sudarymas; mokymo ir mokymosi planavimas; mokymo ir mokymosi metodai ir formos; įvertinimas.

4. Profesinio pažinimo: sveikatos filosofija; sveikatos koncepcijos ir ugdymas; slaugos modeliai ir ugdymas; slaugos pedagogika.

Modulinė edukologijos mokslo studijų programa atveria galimybes spręsti pedagoginės kvalifikacijos tobulinimo problemas. Dar Platono „Valstybėje“ skelbiama: ...gerai tvarkomoje visuomenėje nė vienas žmogus neturi laiko leisti savo gyvenimą sirgdamas ir gydydamasis“, todėl slaugytojai turi pasirengti tokiai veiklai, kurios tikslas – sveika visuomenė (Sajienė, 1997).



3 pav. Principinis slaugytojo pedagoginės kvalifikacijos įgijimo projektas

Ne mažesnis dėmesys slaugoje skiriamas slaugytojo gebėjimui taikyti multidisciplines žinias, atlikti vadybininko, administratoriaus – „organizuojančio specialisto vaidmenį“ bei praktikoje taikyti socialinius mokslus: vadybos, apimančios gebėjimą valdyti kompleksinį

pagalbos pacientui procesą; psichologijos, inkorporuojančios slaugytojo gebėjimą komunikuoti su pacientu, atsižvelgiant į jo poreikius, lūkesčius ir gebėjimą motyvuoti pacientą siekti kuo didesnės savirūpos; edukologijos, akcentuojančios slaugytojo žinias, kaip teikti slaugą, ko mokyti pacientą ir kokiose srityse tobulėti pačiam (Žydžiūnaitė, 2003). Laužackas, Pukelis (2000) teigia, kad profesinė kvalifikacija nuolat privalo būti atnaujinama (tobulinama) atsižvelgiant į darbo rinkos pokyčius. Ypatinę reikšmę įgauna problema, ar išsimokslinimas bei kvalifikacija atitinka esamus ir būsimus rinkos poreikius, nes įvairių technologijų efektyvus panaudojimas vis labiau priklauso nuo asmens profesinio pasirengimo kokybės. Aukštąjį mokslą įgiję asmenys darbo rinkoje konkuruoja geriausiai, tačiau egzistuoja aukštąjį išsilavinimą turinčios darbo jėgos pasiūlos ir paklausos suderinimo problema. Vadinasi, darbdaviai ne visada gali surasti reikalingos profesinės kvalifikacijos darbuotojų. Taigi išryškėja nuostata, jog specialistų rengimas, atsižvelgiant į darbo rinkos poreikius lieka aktuali problema (Staniulienė, 2006). Pasauliniu mastu ilgėjant gyventojų amžiui, atkreipiamas dėmesys į geriatrijos mokslo sritį, nagrinėjančią žmonių sveikatos išsaugojimo ir gerinimo priemones bei senatvės ligų profilaktiką, kliniką, gydymą ir socialinius aspektus. Geriatriją reikia skirti nuo gerontologijos, kadangi tai platesnė sąvoka, apimanti senėjimo teorijas, biologinę, fiziologinę, anatominę, biocheminę gerontologiją ir kt. – t.y. visą mokslą apie senėjimą (Bagdonas, 1998). Šioje srityje ypač kvalifikuotai, specialiai pasirengę slaugytojai teikia integruotas slaugos ir socialines paslaugas komandoje su socialiniais darbuotojais. Šios paslaugos labiausiai paklausios visame pasaulyje ir gerai vystomos.

Europos Sąjungoje slaugytojai sudaro vieną didžiausių sveikatos priežiūros specialistų grupę. Todėl jų rengimui, kvalifikacijos kėlimui, nuolatiniam tobulėjimui skiriama daug dėmesio. Lietuvos slaugytojai, sėkmingai įsilieję į ES slaugos erdvę, plėtoja tarptautinį bendradarbiavimą ir atstovavimą. Jiems atsiveria naujos galimybės pasinaudoti kitose šalyse sukauptą ingamete patirtimi, žiniomis, praktikos ir mokslo laimėjimais. Slaugytojams, specifinės ugdytojų grupės atstovams ir toliau lieka ypač aktuali yra jų edukologinio mokslinimo problema. Pasak L. Skaburskaitės, svarbiausias ir neišvengiamas dalykas – parengti naujo tipo slaugytoją, kurio veiklos esmė yra ne tarnavimas kitoms profesinėms grupėms, o savarankiškas, kvalifikuotas žmonių sveikatos ugdymas.

Vienas svarbiausių teiginių yra tai, kad mokymasis yra asmens biografijos ir socialinės patirties neatitikimas. Taigi šis neatitikimas verčia žmones klausinėti, dėl ko ir prasideda mokymasis. Tačiau ir klausinėjimas yra paradoksalus, nes abejojanti žmonija klausinėdama nuolat siekia aiškumo (Jarvis, 1989).

3. SLAUGYTOJŲ KOMPETENCIJOS VISUOMENĖS POREIKIŲ KONTEKSTE

3.1 Tyrimo organizavimas ir metodika

Siekiant įvertinti slaugytojų kompetencijas, buvo parengtos 2 anketos: anketa slaugytojams (1 priedas) ir anketa pacientams (2 priedas). Anketos sudarytos remiantis moksline teorine literatūra, teisės aktų analize. Anketose nustatytas tyrimo tikslas, pildymo instrukcija, garantuotas anonimiškumas. Slaugytojų anketą sudaro 2 dalys: bendroji informacija ir slaugytojo kompetencijos, viso 15 klausimų. Pacientų anketa sudaryta iš 1 dalies, 11 klausimų. Abi anketos sudarytos iš atviro, uždaro bei kombinuoto tipo klausimų.

Slaugytojo anketos klausimai susikirstyti į dvi dalis: bendrąją informaciją ir slaugytojo kompetencijų dalį:

1. Į bendrąją informaciją įeina demografinis blokas, kurį sudaro 4 klausimai apie: amžių, lytį, šeimyninę padėtį, gyvenamąją vietą. Kitą bendrąją informaciją sudaro 6 klausimai.

2. Slaugytojo kompetencijų dalį sudaro 5 klausimai: slaugytojo įsivertiniamis pagal kompetencijas, priežastys, trukdančios panaudoti turimas kompetencijas, bendradarbiavimas su specialistų komanda ir pacientų kreipimosi į slaugytoją motyvai.

Paciento anketos klausimai sudaryti iš 1 dalies, į kurią įeina demografinis blokas, sudarytas iš 4 klausimų apie: amžių, lytį, šeimyninę padėtį, gyvenamąją vietą. Kitą informaciją – apie slaugytojų paslaugų, kompetencijų vertinimą, kreipimosi į slaugytoją motyvus sudaro 7 klausimai.

Tyrimo metodai. Siekiant realizuoti darbe užsibrėžtą tikslą ir uždavinius, naudojami šie metodai:

1. Teoriniai: mokslinės literatūros, mokslinių publikacijų, teisės aktų, slaugos specialistų studijų programų analizė ir palyginimas.

2. Empiriniai: respondentų apklausa, naudojant mišraus tipo nestandartizuotus klausimynus su atviro, uždaro ir kombinuoto tipo klausimais.

3. Matematinės statistikos: anketinės apklausos duomenys analizuoti naudojant SPSS for Windows (15.0) programinę įrangą, gautų duomenų analizė ir rezultatų interpretavimas.

Tyrimo imtis – paprastoji atsitiktinė, jos dydis – 240 tiriamųjų. Tyrimas atliktas dviem imtimis – apklausta 120 skirtingo išsilavinimo lygio slaugytojų ir 120 įvairiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose besigydančių pacientų. Siekiant iširti slaugytojų kompetencijų svarbą ir

visuomenės poreikius, parengti pacientams ir slaugytojams mišraus tipo nestandartizuoti klausimynai. Apklausoje dalyvavo slaugytojai iš:

Lietuvos Raudonojo Kryžiaus draugijos – 20 slaugytojų ir 40 jų aptarnaujamų pacientų;

Biržų ligoninės –20 slaugytojų ir 20 pacientų;

Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos –20 slaugytojų ir 20 pacientų;

Vilniaus universiteto onkologijos instituto–20 slaugytojų ir 20 pacientų;

Antakalnio poliklinikos –20 pacientų;

Vilniaus miesto universitetinės ligoninės –20 slaugytojų;

Respublikinės Vilniaus psichiatrijos ligoninės –20 slaugytojų.

Kadangi dalinant anketas buvo tiesiogiai kepiamasi į šių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vyriausiuosius slaugos administratorius, visos išdalintos 240 anketų buvo užpildytos ir gražintos analizei.

Siektinas tyrimo rezultatas – slaugytojų kompetencijų atskleidimas, atsižvelgiant į tyrime dalyvaujančių slaugytojų ir pacientų apklausos duomenis bei išvadų ir rekomendacijų, kaip plėtoti profesines kompetencijas, parengimas.

Tyrimas etapai. Tyrimas vykdytas 2007 m. sausio – kovo mėn. šiais etapais:

Pirmajame etape siekiant pateikti slaugytojų kompetencijų kaitą ir išsiaiškinti slaugytojų kompetencijų svarbą visuomenės poreikiams tenkinti, išanalizuota pedagoginė, psichologinė, socialinė, medicininė, slaugos mokslinė literatūra, mokslinės publikacijos, teisės aktai, išnagrinėtos trejų išsilavinimo lygių – gailėstingųjų seserų, medicinos seserų ir bendrosios praktikos slaugytojų rengimo programos. Tuo vadovaujantis numatyti svarbiausi tyrimo uždaviniai, kurta diagnostinio tyrimo metodika.

Antrajame etape atliktas pilotinis tyrimas (anketinė apklausa), kuriame dalyvavo 20 slaugytojų ir 20 pacientų. Šio etapo tikslas – patikrinti sukurtos metodikos tinkamumą.

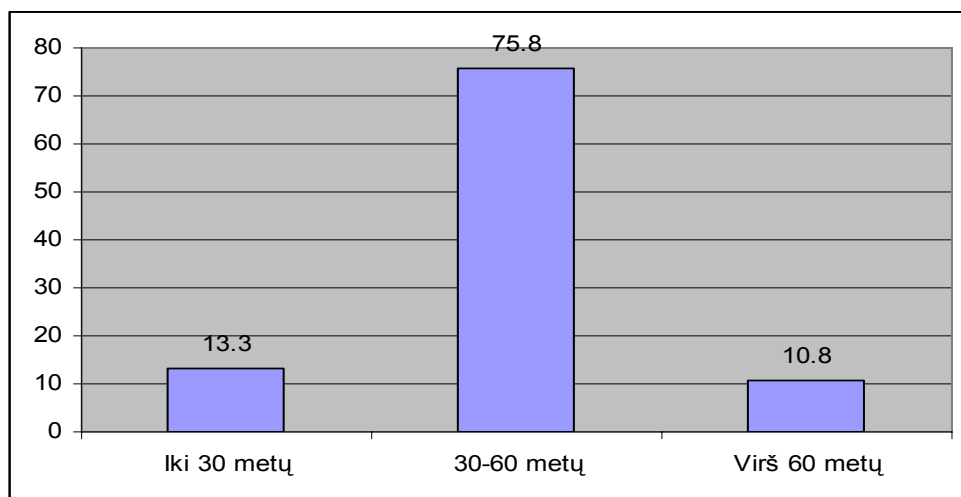
Trečiajame etape atliktas diagnostinis tyrimas, kurio pagrindinis tikslas – išsiaiškinti slaugytojų kompetencijas ir visuomenės galimybes gauti slaugytojų paslaugas. Šiame etape buvo vykdoma 100 slaugytojų ir 100 pacientų anketinė apklausa.

Ketvirtajame etape, remiantis moksline literatūra ir atlikta duomenų analize, pateiktas tyrimų rezultatų interpretavimas, numatomas šių rezultatų panaudojimas, suformuluotos išvados bei rekomendacijos.

3.2 Slaugytojų ir pacientų charakteristika

Slaugytojų demografiniai duomenys.

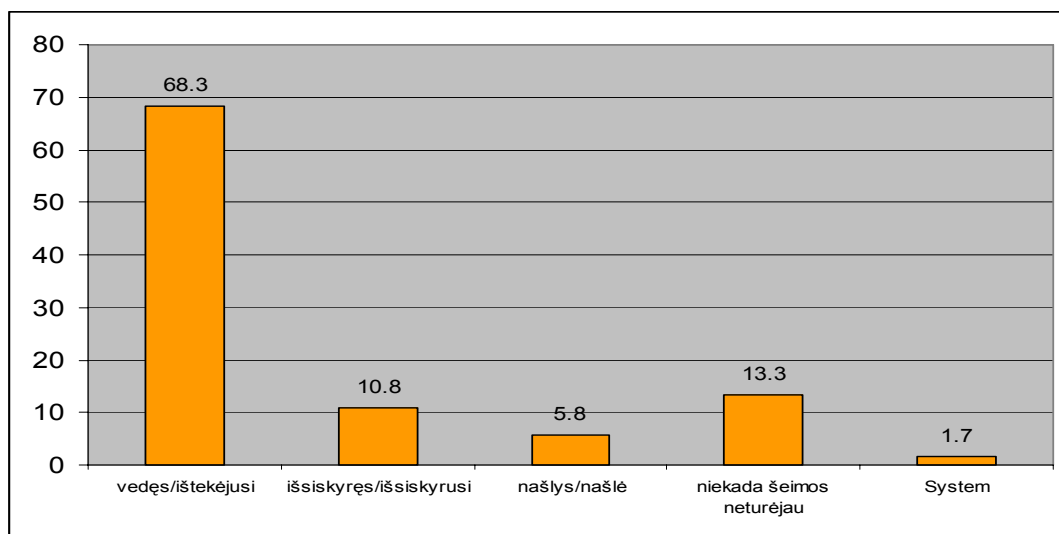
Slaugytojų, dalyvavusių anketinėje apklausoje pasiskirstymą pagal amžių (4 pav.) galima įvertinti išanalizavus atsakymus į pirmąjį anketos klausimą. Slaugytojai iki 30 metų amžiaus sudarė 13,3%. Sujungus 2 amžiaus tarpsnius: 30-45 metų ir 45-60 metų, didžiausią dalį – 30-60 metų sudarė 75,8% slaugytojų, o mažiausią (10,8%), kurių amžius buvo virš 60 m. Šie duomenys liudija slaugytojų didelę darbo patirtį, kurios vidurkis apie 30 metų. Tai patvirtina ir statistiniai duomenys: tarp respondentų amžiaus ir slaugytojų darbo patirties nustatytas statistiškai patikimas ryšys ($p < 0,01$).



4 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal amžių (procentais)

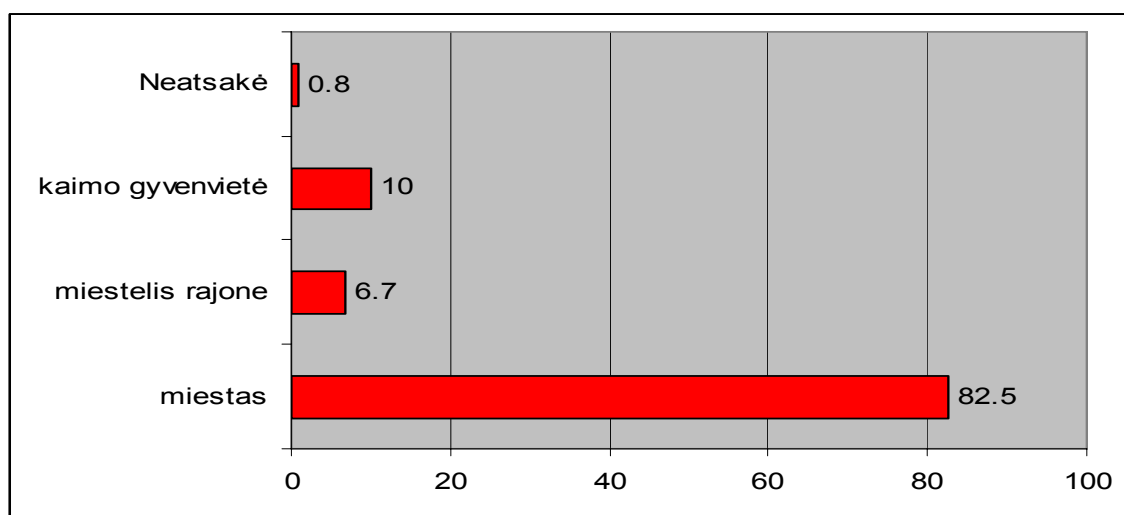
100% apklausoje dalyvavusių respondentų sudaro moterys, nes slaugytojo profesija yra moteriška profesija. Šiuo metu stebima tendencija šią profesiją papildyti vyrais, nes studijuoti pagal naujas slaugos studijų programas jau pareiškia norą ir jaunuoliai. Vykdam apklauą respondentų tarpe jų nebuvo.

Vertinant anketoje pateiktą informaciją apie slaugytojų šeimyninę padėtį (5 pav.), 68,3% respondentų turi šeimas; 10,8% išsiskyrusios; 5,8% našlės; 13,3% šeimos niekada neturėjo; 1,7% į šį klausimą neatsakė.



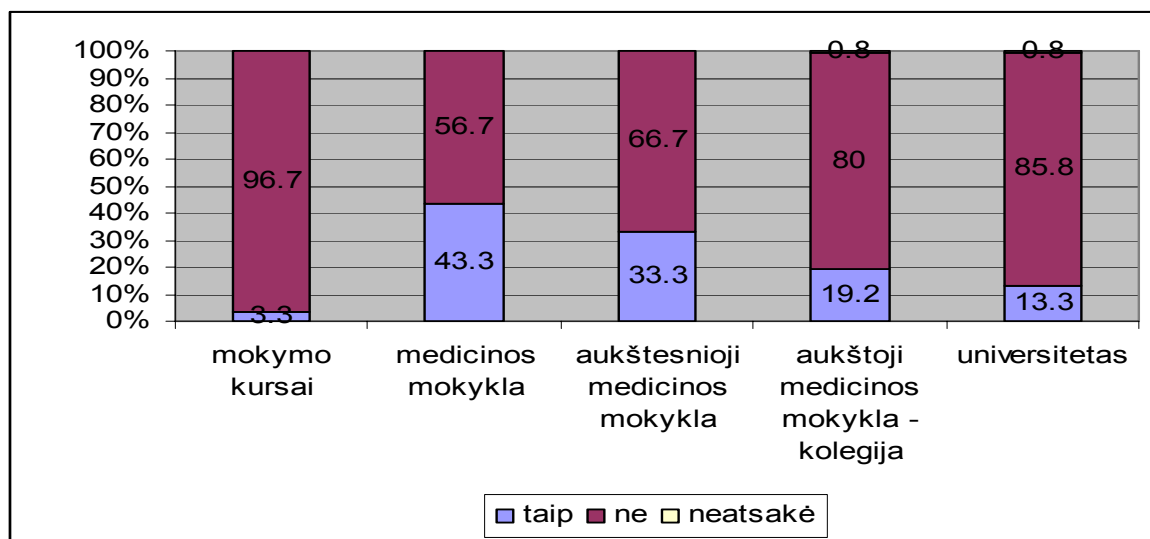
5 pav. Slaugytojų šeimyninė padėtis (procentais)

Išanalizavus slaugytojų anketinės apklausos duomenis apie jų gyvenamąją vietą (6 pav.), 82,5% slaugytojų gyvena mieste; 10% kaimo gyvenvietėje; 6,7% miestelio rajone; o 0,8% slaugytojų į šį klausimą neatsakė.



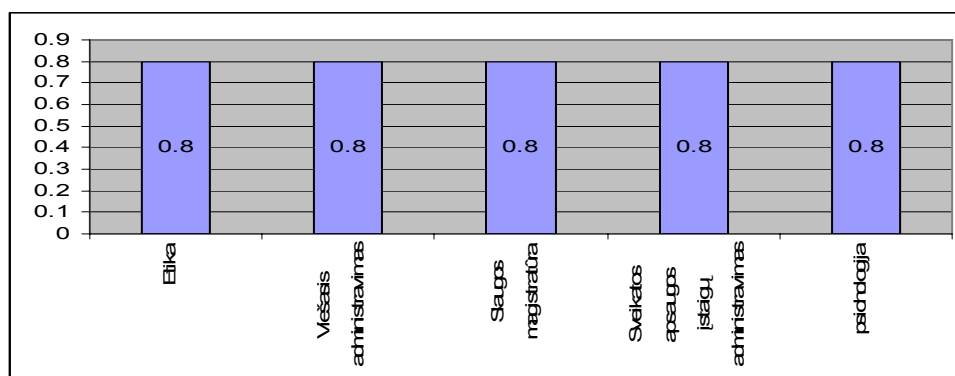
6 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą (procentais)

Slaugytojų įgytas išsilavinimas. Pagal anketinėje apklausoje pateiktus duomenis apie baigtą mokymo įstaigą (7 pav.), mažiausiai – 3,3% slaugytojų nurodė baigę mokymo kursus. Didžiausią dalį – 43,3% sudarė medicinos mokyklą baigę slaugytojai, 33,3% – aukštesniąją medicinos mokyklą, 19,2% – kolegijas ir 13,3% universitetus. Vertinimas leidžia teigti, kad didžioji dalis slaugytojų yra baigę medicinos mokyklą ir aukštesniąsias medicinos mokyklas, t.y. medicinos seserų studijų programą. Naująją slaugos studijų programą yra baigusi tik nedidelė dalis (3,25%) visų apklausoje dalyvavusių slaugytojų.



7 pav. Slaugytojų baigta mokymo įstaiga (procentais)

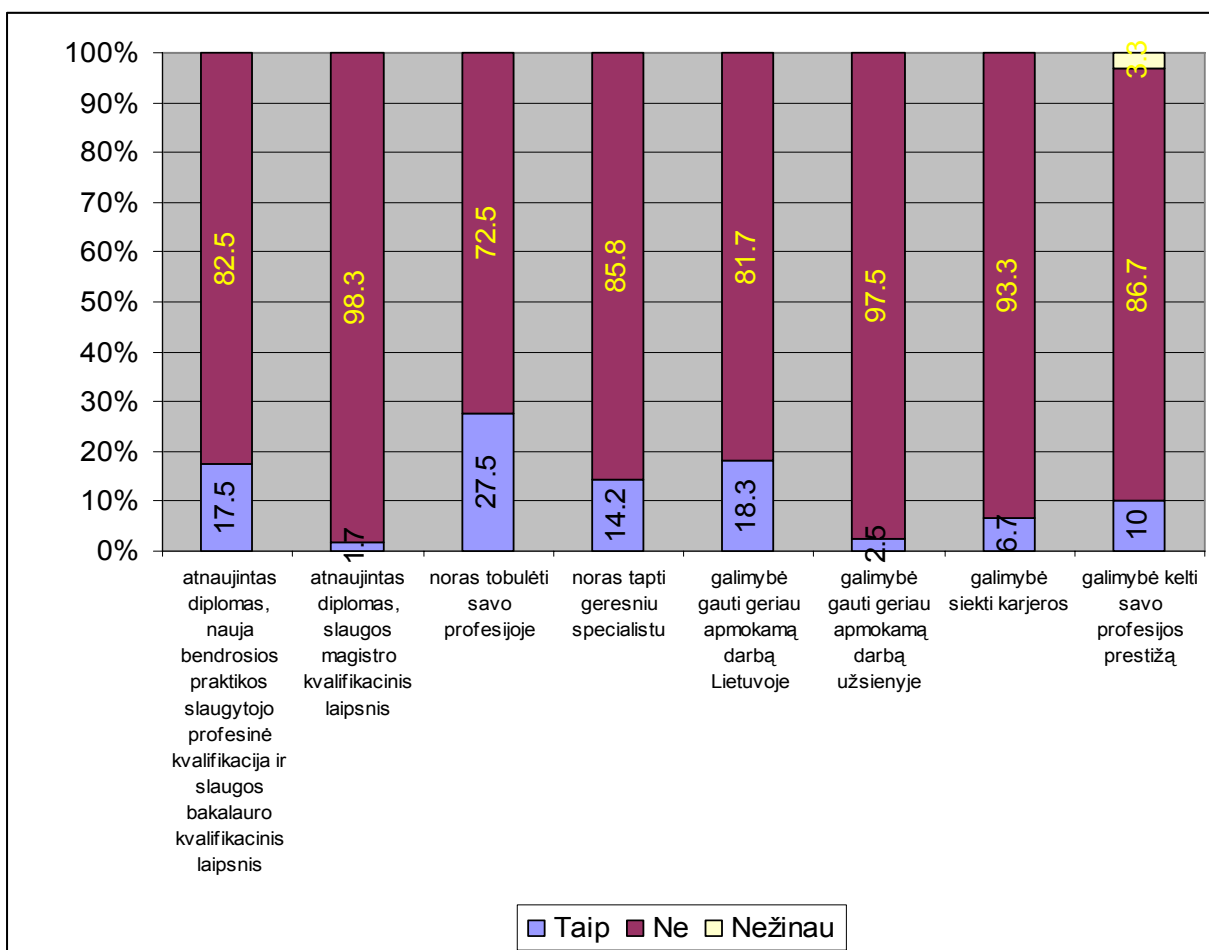
Analizuojant slaugytojų, tęsiančių studijas universitete, anketinės apklausos duomenimis (8 pav.), etikos, viešojo administravimo, slaugos magistrantūros, sveikatos apsaugos įstaigų administravimo bei psichologijos studijas pasirinko po 0,8% apklausoje dalyvavusių slaugytojų. Galima daryti prielaidą, kad šie slaugytojai, tęsdami studijas aukštojoje mokykloje, siekia profesinės karjeros.



8 pav. Slaugytojų studijos kitose specialybose (procentais)

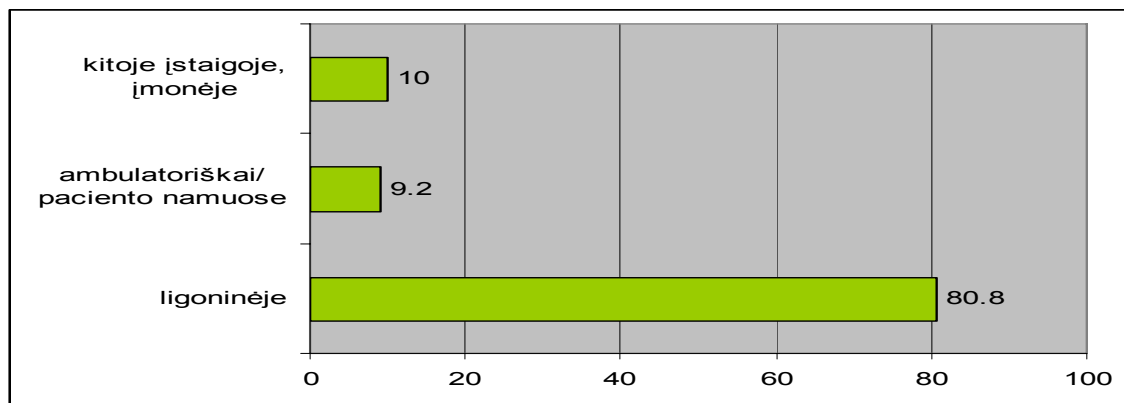
Slaugytojų, tęsiančių studijas kolegijoje ar universitete, mokymosi motyvacija.

Norėdami išsiaiškinti, kas paskatino respondentes tęsti mokymąsi kolegijoje ar universitete (9 pav.) tarp motyvų, skatinančių tęsti mokslą, 27,5% respondentų įvardija norą tobulėti savo profesijoje 18,3% studijuojančiųjų tikisi gauti geriau apmokamą darbą Lietuvoje; 17,5% siekia atnaujinti diplomą (tęsia studijas pagal individualiąją programą, nes turėjo medicinos sesers diplomą) ir įgyti naują, bendrosios praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją; 14,2% studijuojančiųjų pageidauja tapti geresniu specialistu; 10% tikisi kelti savo specialybės prestižą; 6,7% tęsiant studijas tikisi siekti karjeros; 2,5% slaugytojų galvoja apie darbą užsienyje, manydami, kad studijos padėtų lengviau įsitvirtinti darbo rinkoje; 1,7% slaugytojų tęsia antrosios pakopos studijas universitete rengdamiesi tapti slaugos pedagogais, siekia slaugos mokslininko karjeros. Respondentų duomenys rodo, kad aukštosiose mokyklose studijas tęsia dar nedidelė dalis slaugytojų, tačiau stebima teigiama tendencija tęstiniam mokymuisi.



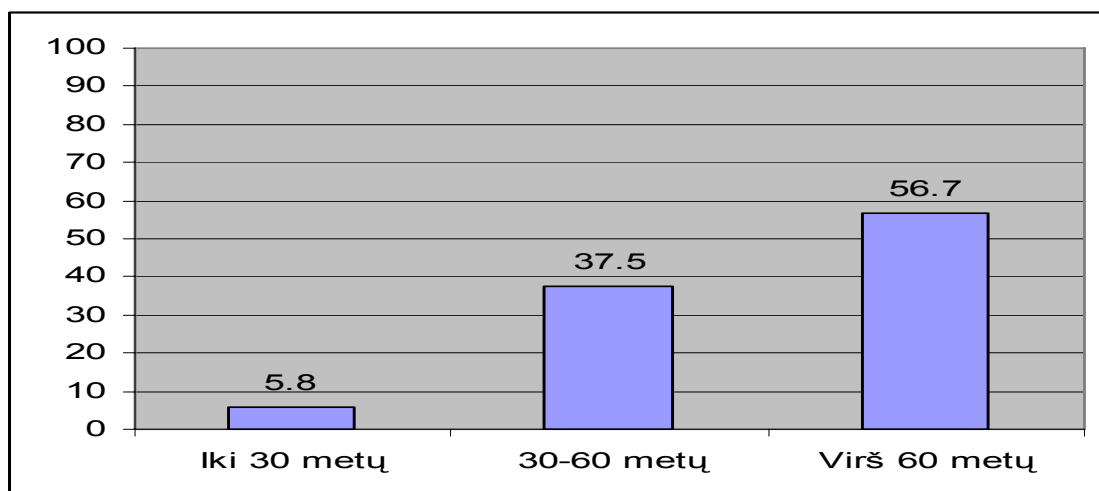
9 pav. Slaugytojų, tęsiančių studijas kolegijoje ar universitete, mokymosi motyvacija (procentais)

Apie paslaugų teikimą asmens sveikatos priežiūros įstaigose (10 pav.), respondentų anketinės apklausos duomenimis 80,8% slaugytojų teikia paslaugas ligoninėse, 9,2% – pacientų namuose, 10% – kitose įstaigose, įmonėse. Viso ambulatorines slaugos paslaugas teikia 19,2% slaugytojų. Iš pateiktų duomenų matyti, kad daugiausiai slaugos paslaugų teikiama ligoninėse.



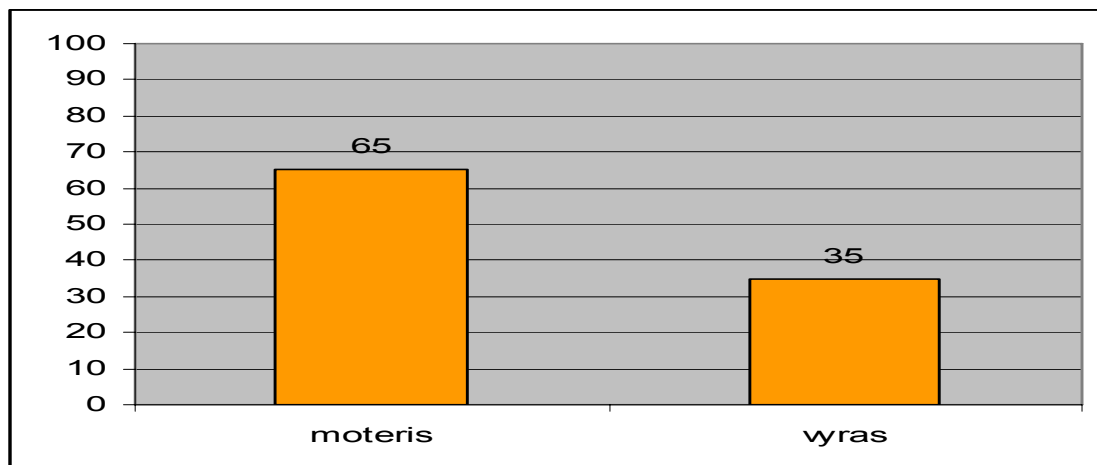
10 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal teikiamų paslaugų vietą (procentais)

Pacientų demografiniai duomenys. Pacientų, dalyvavusių apklausoje pasiskirstymą pagal amžių (11 pav.) galima įvertinti išanalizavus atsakymus į pirmąjį anketos klausimą. Pacientai iki 30 metų amžiaus sudarė 5,8%, 30-60 metų pacientų buvo 37,5%, o virš 60 m. amžiaus apklausoje dalyvavo 56,7%. Šie duomenys liudija, kad vyresnio amžiaus pacientams reikia daugiau slaugytojų paslaugų.



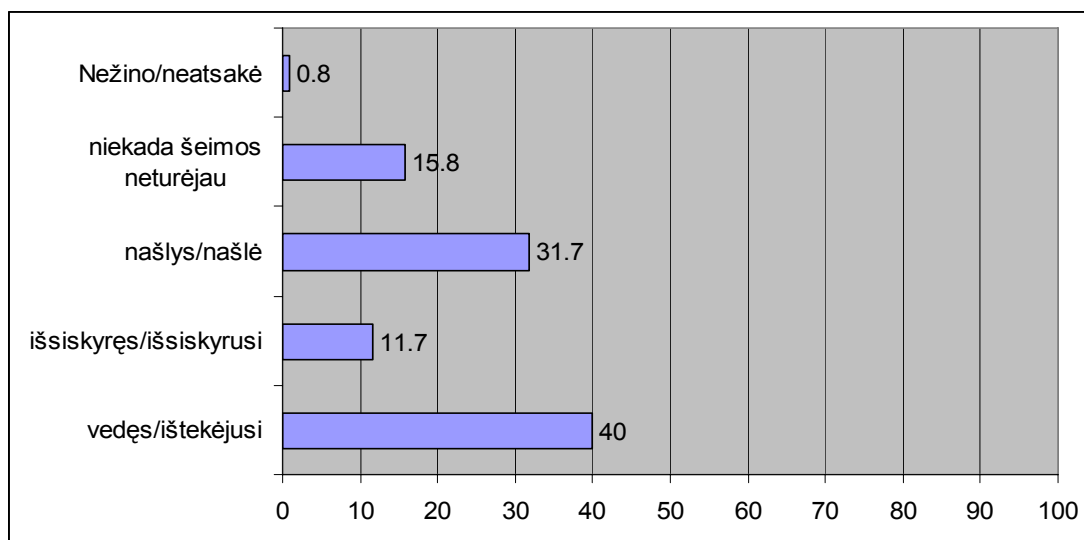
11 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal amžių (procentais)

Pacientų pasiskirstymas pagal lytį. Anketinėje apklausoje dalyvavusių respondentų tarpe (12 pav.) 65% sudarė moterys, o 35% – vyrai.



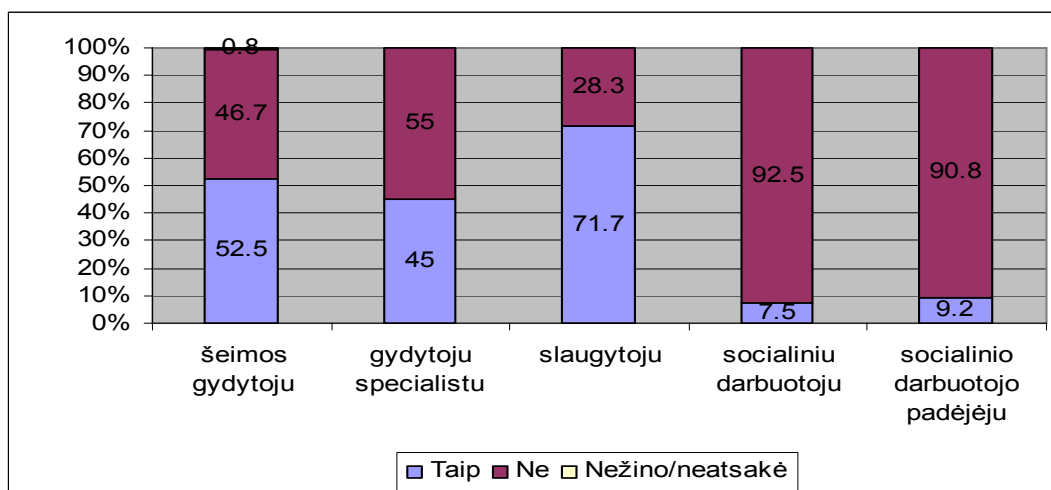
12 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal lytį (procentais)

Pacientų pasiskirstymas pagal šeimyninę padėtį. Analizuojant pacientų anketinės apklausos duomenis (13 pav.), daugiausiai – 40% respondentų sudaro šeimas turintys pacientai. 31,7% – našliai, 15,8% respondentų niekada nekūrė šeimos, 11,7% išsiskyrę, o 0,8% į šį klausimą neatsakė.



13 pav. Pacientų šeimyninė padėtis (procentais)

Pacientų pasiskirstymas pagal pagalbos teikimo poreikį. Apklausa parodė, kad daugiausia pacientų – 71,7% kreipiasi pagalbos ir bendrauja su slaugytoju, 52,5% – su šeimos gydytoju, 45,0% – su gydytojais specialistais (pagal susirgimų profilius), 9,2% respondentų nurodo socialinio darbuotojo padėjėjus, o 7,5% respondentų socialinius darbuotojus (14 pav.).



14 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal pagalbos teikimo poreikį (procentais)

Pacientų ir slaugytojų bendravimas bei pacientų kreipimosi į slaugytojus motyvai.

Analizuojant anketinius duomenis apie pacientų ryšius su slaugytojais (5 lentelė), stebimi pakankamai glaudūs tarpusavio kontaktai. Analizė rodo, kad dažniausiai (64,2%) pacientų kreipiasi į slaugytojus dėl informacijos ligos atveju. Dėl informacijos apie ligų prevenciją ir profilaktiką kreipiasi 28,3% pacientų. Taip pat 31,7% respondentų nurodė, kad kreipiasi į slaugytojus įvairiais klausimais, pvz. kai nepatogu kreiptis į konkrečius specialistus. Be to, pacientai (26,7%) į slaugytojus kreipiasi ir socialinės pagalbos klausimais. Galima daryti prielaidą, kad pacientai pasitiki slaugytojais ir vertina jų pagalbą įvairiais klausimais. Tai patvirtina visuomenėje susidariusią nuomonę, kad slaugytojai atlieka ir tarpininko vaidmenį (tarp paciento ir šeimos gydytojo, tarp paciento ir gydytojo specialisto, tarp paciento ir socialinio darbuotojo ar jo padėjėjo bei tarp paciento ir jo šeimos). Šis vaidmuo neretai padeda operatyviau reaguoti į paciento problemas ir tinkamai užtikrinti paciento poreikius.

Pacientų kreipimosi į slaugytojus motyvai

Pacientų kreipimosi į slaugytojus motyvai (procentais)	Dažnai	Kartais	Nežino	Neatsakė
Reikalinga informacija apie ligų prevenciją, profilaktiką	28,3	41,7	10,8	19,2
Reikalinga informacija ligos atveju	64,2	27,5	2,5	20,8
Reikalinga informacija socialinės pagalbos atveju	26,7	41,7	10,8	20,8
Nepatogu kreiptis į gydytoją specialistą įvairiais klausimais	31,7	44,2	5,0	19,2
Visai nesikreipia	5,0	21,7	7,5	65,8

Apklausoje dalyvavusiųjų pacientų tarpe 1,7% pacientų, kuriems iškyla įvairių klausimų, visada pirmiausiai kreipiasi į slaugytoją, o po 0,8% pacientų kreipiasi kai: iškyla klausimų, nori bendrauti, reikia atnešti maisto produktų.

3.3 Slaugytojų kompetencijų tyrimas: slaugytojų ir pacientų vertinimas

Slaugytojų turimos kompetencijos. Vadovaujantis Bendrosios praktikos slaugytojo rengimo standartu, 6 lentelėje pateikiamos įvairias mokymo įstaigas baigusių slaugytojų turimos kompetencijos. Nagrinėjant slaugytojų anketinės apklausos duomenis, geriausiai planuoja laiką ir organizuoja darbą mokymo kursus ir universitetą baigę slaugytojai, tai sudaro 100% tą išsilavinimą įgijusių respondentų. Tarp šių mokymo įstaigų ir šių gebėjimų nustatytas statistiškai patikimas ryšys ($p < 0,01$). Nagrinėjant vadybines, administravimo, pedagogines, psichologines ir socialines kompetencijas galima teigti, kad vadybinių, administracinių kompetencijų daugiausiai turi universitetą baigę slaugytojai (81,3%), mažiausiai (23,1%) – medicinos mokyklas baigę slaugytojai. Nagrinėjant pedagogines kompetencijas, taip pat daugiausiai jų turi aukštąjį išsilavinimą baigę slaugytojai (65% baigę kolegijas, 62,5% – respondentų universitetus), mažiausiai jų turi medicinos mokyklas baigę slaugytojai (15,8%). Nagrinėjant psichologines kompetencijas, taip pat daugiausiai jų turi (75,0%) aukštąsias mokyklas baigę slaugytojai. Informacines technologijas yra įvaldę (100%) universitetinį išsilavinimą turintys slaugytojai. Kolegijas baigę slaugytojai sudaro 86,4%, o mažiausiai kompetencijos informacinių technologijų srityje turi mokymo kursus bei medicinos mokyklas baigę slaugytojai (25,0% ir 32,6%). Užsienio kalbas taip pat geriausiai moka kolegijas ir universitetus baigę slaugytojai (56% ir 57,1%). Analizuojant prevencinio darbo vykdymą, geriausiai sveikos gyvensenos, sveikatos mokymo veiklą organizuoja universitetą baigę slaugytojai (93,8%). Nepakankamai tai atlieka medicinos mokyklas baigę slaugytojai (63,8%). Galima manyti, kad prevencinis darbas

sveikatos išsaugojimo, stiprinimo, mokymo srityse nepakankamas, nes slaugytojams, neturintiems aukštojo išsilavinimo, trūksta psichologinių, pedagoginių ir socialinių kompetencijų. Tai patvirtina ir mokymo programų palyginimas. Beveik 100% visų apklausoje dalyvavusių respondentų turi bendravimo ir bendradarbiavimo su pacientais bei jų šeimos nariais kompetenciją. Tai patvirtina statistiškai patikimą ryšį ($p < 0,01$) tarp šios kompetencijos ir mokymo įstaigos. Analizuojant anketinius duomenis apie slaugos praktikos ir mokslinių taikomųjų slaugos tyrimų atlikimą arba dalyvavimą juos atliekant, 87,5% universitetus baigę slaugytojai patys atlieka arba dalyvauja moksliniuose tyrimuose, kolegijas baigusius slaugytojų moksliniuose tyrimuose dalyvauja 57,1%. Medicinos ir aukštesniąsias medicinos mokyklas baigę slaugytojai moksliniuose tyrimuose dalyvauja mažiausiai (31%), nes pagal medicinos sesers studijų programą nebuvo dėstoma mokslinių tyrimų metodologija. Mokymo kursus baigę slaugytojai tokių tyrimų neatlieka. Remiantis gautais tyrimų duomenimis, kolegijas ir universitetus baigę slaugytojai geba parengti pacientus instrumentiniams ir laboratoriniams tyrimams (100%). Atliekant gydomąsias procedūras, 5 lentelėje nurodytų mokymo įstaigų slaugytojai puikiai atpažįsta gyvybei pavojingas būkles, vertina jas ir tinkamai reaguoja. Gaunami statistiškai patikimi duomenys ($p < 0,03$). Mokymo kursus baigusius slaugytojų kompetencijų vertinti ir patikimų duomenų gauti negalima, nes apklausoje iš 120 slaugytojų dalyvavo tik 4 mokymo kursus baigę slaugytojai.

6 lentelė

Slaugytojų išsilavinimo lygis ir turimos profesinės kompetencijos

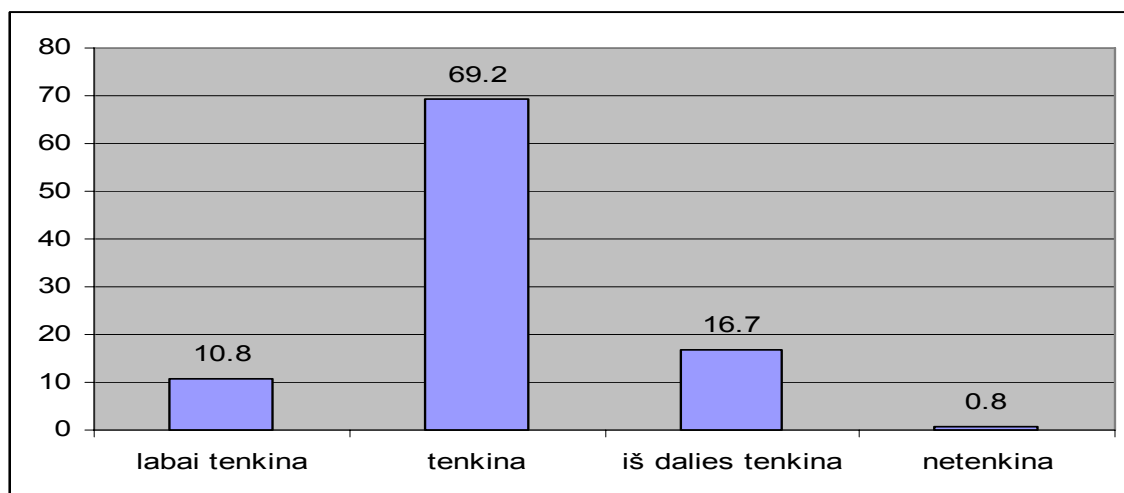
Turimos slaugytojo profesinės kompetencijos	Baigta mokymo įstaiga									
	Mokymo kursai		Medicinos mokykla		Aukštesnioji mokykla		Kolegija		Universitetas	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Geras laiko planavimas	4	100*	43	89,6	38	97,4	20	90,9	16	100*
Geras darbo organizavimas	4	100*	42	89,4	37	96,9	21	91,3	16	100*
Vadybiniai, administraciniai gebėjimai	2	66,7	9	23,1	16	47,1	8	42,1	13	81,3
Pedagoginiai gebėjimai	1	25	6	15,8	12	40	13	65	10	62,5
Psichologiniai gebėjimai	1	25	9	23,1	17	58,6	15	75	12	75
Socialiniai gebėjimai	1	25	6	15,4	15	51,7	14	70	10	62,5
Užsienio kalbų mokėjimas	0	0	6	14,3	14	48,3	12	57,1	9	56,3
Informacinių technologijų pagrindai	1	25	14	32,6	21	65,6	19	86,4	15	100*
Paciento gyvybinių poreikių įvertinimas	2	50	34	73,9	34	93,4	22	100*	16	100*
Paciento slaugos plano sudarymas ir slauga	4	100*	39	81,3	38	97,4	21	91,3	16	100*
Slaugymo veiksmingumo analizė ir vertinimas	4	100*	37	77,1	35	94	22	100	15	93,8
Sveikos gyvensenos įgūdžių ugdymas	3	90	30	63,8	28	75,7	15	68,2	15	93,8
Sveikatos tausojimo mokymo organizavimas ir įgyvendinimas	3	90	22	50	21	61,8	17	81	11	73,3
Bendravimas ir bendradarbiavimas su pacientais bei jų šeimos nariais	4	100*	45	93,8	36	95,3	21	91,3	16	100*
Pagrindinių sveikatos grąžinimo (reabilitacijos) ir stiprinimo principų bei	2	50	21	53,8	13	39,4	17	77,3	11	68,8

metodų į praktinę slaugytojo veiklą integravimas										
Profesinės slaugymo patirties skleidimas	4	100*	34	72,3	31	86,1	20	90,9	15	93,8
Bendravimas ir bendradarbiavimas komandinėje veikloje	4	100*	47	97,9	36	95,3	20	90,9	16	100*
Socialinio darbo organizavimas ir socialinės rūpybos principų į slaugytojo praktinę veiklą integravimas	3	90	28	68,3	14	42,4	14	66,7	10	62,5
Mokslinių taikomųjų slaugos tyrimų atlikimas arba dalyvavimas juos atliekant	0	0	14	31,8	10	31,3	12	57,1	14	87,5
Profesinės atsakomybės plėtojant slaugos praktiką ugdymas	4	100*	32	66,7	32	94,1	22	95,7	15	100*
Pacientų instrumentiniams ir laboratoriniams tyrimams parengimas	4	100*	40	76,9	37	96,9	22	100*	16	100*
Organizmo skysčių bei išskyrų tyrimams paėmimas	4	100*	39	75	38	97,0	23	100*	15	100*
Gyvybei pavojingų būklių atpažinimas, jų vertinimas ir reagavimas į jas	4	100*	51	98,1	39	98,0	23	100*	16	100*

* statistiškai patikimas ryšys tarp kompetencijos ir mokymo įstaigos

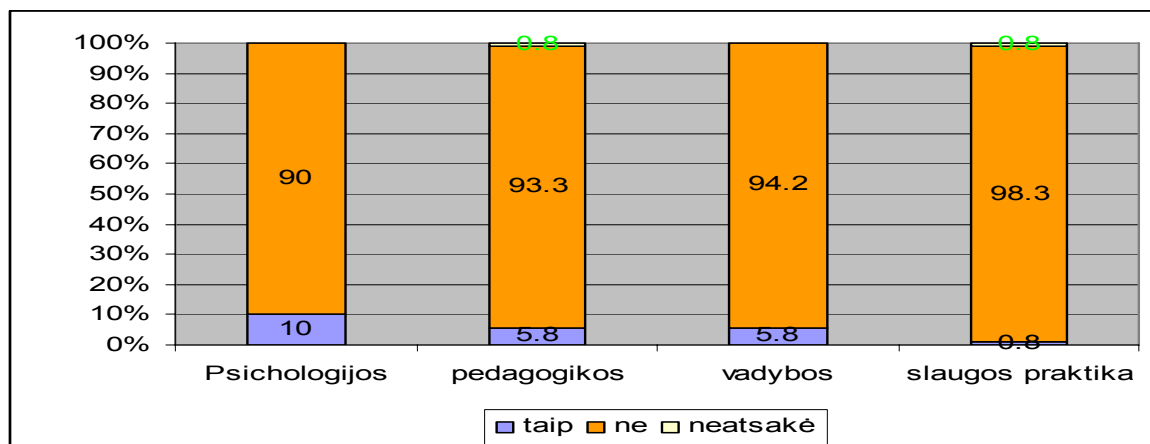
Iš pateiktos analizės galima daryti prielaidą, kad medicinos mokyklas arba aukštesniasias medicinos mokyklas (pagal medicinos seserų mokymo programas) baigę slaugytojai kompetencijų turi mažiau nei aukštasias mokyklas baigę slaugytojai. Tačiau šias mokymo įstaigas baigusiu slaugytojų dalis yra baigę ir aukštesnio išsilavinimo lygio mokymo įstaigą arba tęsia studijas kolegijose ar universitetuose. Tai patvirtina duomenys apie kai kurių kompetencijų turėjimą.

Paprašius įvertinti savo teikiamų paslaugų kokybę (15 pav.), tik 10,8% slaugytojų labai patenkintos savo teikiamomis paslaugomis, didžiąją dalį – 69,2% respondentų tenkina, 16,7% tenkina iš dalies, o 0,8% slaugytojų jų teikiamos paslaugos netenkina.



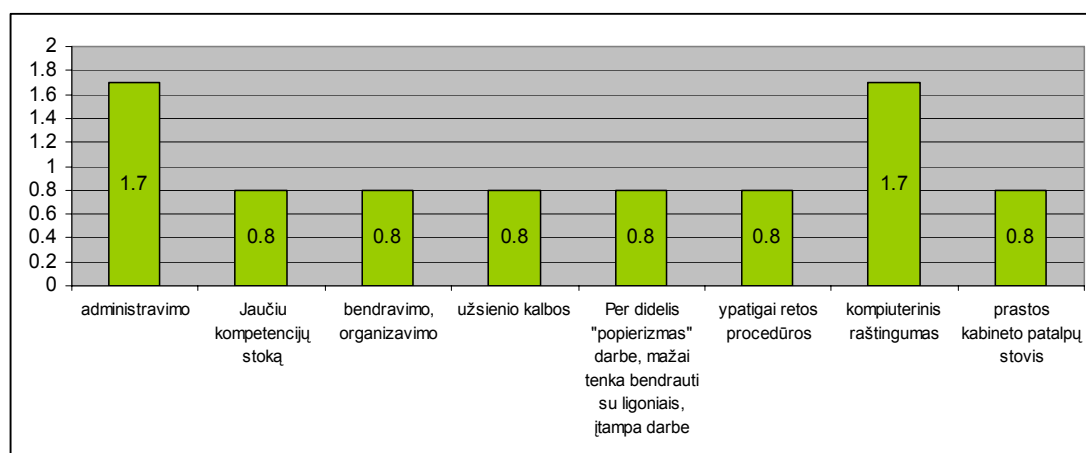
15 pav. Slaugytojų savęs įsivertinimas teikiamų slaugos paslaugų kokybės atžvilgiu (procentais)

Siekiant sužinoti slaugytojų, kurie iš dalies ar visai nepatenkinti savo teikiamų paslaugų, kokybe (16 pav.), 10% slaugytojų nurodė psichologijos, 5,8% pedagogikos, 5,8% vadybos žinių trūkumą. Galima manyti, kad šių kompetencijų stoką įvardijo medicinos sesers studijų programą baigę slaugytojai.



16 pav. Slaugytojai, iš dalies ar visai nepatenkinti savo teikiamų paslaugų kokybe (procentais)

Priežastys, trukdančios slaugytojams tinkamai atlikti savo funkcijas. Anketinėje apklausoje dalyvavę slaugytojai (17 pav.), kurie negali tinkamai panaudoti visų profesinių kompetencijų, išdėstė tokias priežastis: administravimo, darbo organizavimo, įvairių kompetencijų stoką (užsienio kalbų, kompiuterinio raštingumo ir kt.), per didelio „popierizmo“ darbe, kuris atima daug laiko ir jo trūksta bendravimui su ligoniais, retų procedūrų atlikimą, kompetencijos stoką, netenkinančias darbo sąlygas. Administravimo ir kompiuterinio raštingumo kompetencijų stoką įvardija po 1,7% slaugytojų, o bendravimo, darbo organizavimo, užsienio kalbų, darbo sąlygų ir kitas priežastis – po 0,8% respondentų.



17 pav. Priežastys, dėl kurių slaugytojai negali tinkamai atlikti savo funkcijų (procentais)

Nagrinėjant įvairaus amžiaus pacientų nuomonę apie slaugytojų kompetencijas (5 priedas), anketinėje apklausoje dalyvavę respondentai (11 pav.) negalėjo vertinti slaugytojo kaip labai kompetentingo, aukštos profesinės kompetencijos. Iki 30 metų amžiaus (85,7%), 30-60 metų (82,9%) ir vyresni kaip 60 metų amžiaus (64,1%) pacientai vertino slaugytoją labai gerai, aukštos profesinės kompetencijos. Neigiamų įvertinimų nebuvo.

Apie mokėjimą bendrauti su pacientais ir jų artimaisiais, 85,7% iki 30 metų amžiaus pacientų atsakė teigiamai, 14,3% – tiksliai į šį klausimą neatsakė. 30-60 metų amžiaus tarpsnio ir vyresni kaip virš 60 metų pacientai šią slaugytojų kompetenciją (100%) vertino labai gerai. Neigiamų įvertinimų nebuvo.

Slaugytojų gebėjimą gerai paaiškinti apie gydytojo paskirtus vaistus, procedūrų svarbą teigiamai įvertino 71,4% jaunesni kaip 30 metų amžiaus pacientai, 30-60 metų – 82,9%, vyresni kaip 60 metų – 64,1%. Neigiamų įvertinimų nebuvo.

Analizuojant pacientų nuomonę dėl slaugytojų mokėjimo paaiškinti kaip elgtis išgėrus vaistų arba po atitinkamų procedūrų, tik 7,5% 30-60 metų amžiaus ir 4,6% vyresni kaip 60 metų amžiaus pacientai negavo pilnos reikiamos informacijos. Tačiau ir neigiamų įvertinimų šių respondentų tarpe nebuvo. Visi pacientai iki 30 metų amžiaus (100%) šią informaciją gavo. Galima daryti prielaidą, kad informaciją apie elgesį išgėrus vaistų arba po atitinkamų procedūrų 30-60 m. ir vyresnio amžiaus pacientams reikia pakartoti kelis kartus ir įsitikinti ar pacientas ją išgirdo ir teisingai suprato, o pacientai iki 30 metų patys rodo iniciatyvą šią informaciją žinoti bei tuo domisi.

Remiantis anketinių duomenų analize, visų amžiaus grupių pacientai nurodo, kad slaugytojai kvalifikuotai ir švelniai atlieka slaugos procedūras ($p < 0,048$) bei skubiai ateina pakviesti pas pacientą arba atvyksta į jų namus ($p < 0,04$). Tarp pacientų amžiaus ir šios kompetencijos nustatytas patikimas ryšys.

Nagrinėjant sveikatos išsaugojimo, mokymo kompetencijų vertinimą, 14,3% jaunesnių nei 30 metų amžiaus pacientų įvardija šios kompetencijos stoką, 14,3% respondentų į šį klausimą neatsakė. Minėtą kompetenciją gerai vertina 71,4% šio amžiaus respondentų. Dauguma (82,1%) 30-60 metų amžiaus respondentų taip pat neblogai vertina sveikatos mokymo kompetenciją, o 17,9% šio amžiaus tarpsnio pacientų nežino ar slaugytojas gerai išaiškina sveikatos saugojimo, tausojimo svarbą. Vyresni nei 60 metų amžiaus pacientai (75,4%) tokią kompetenciją vertina teigiamai, 19,7% šio amžiaus pacientų į šį klausimą tiksliai negali atsakyti, o 4,9% šių respondentų teigia šios informacijos negaunantys. Galima daryti prielaidą, kad ne visi slaugytojai dirba prevencinį, profilaktinį darbą.

Analizuojant klausimą apie pacientų lankymą namuose, iki 30 metų pacientai šio klausimo neatsakė. Galima daryti prielaidą, kad šio amžiaus pacientai yra sveiki arba mažiau turi sveikatos problemų, todėl slaugytojų lankymasis jų namuose netikslingas. Kitų amžiaus tarpsnių respondentai atsakė (97,1% ir 82,3%), kad esant reikalui slaugytojas ateina. Apie pacientų nelankymą nurodė 8,1% virš 60 metų amžiaus pacientų.

Slaugytojų grubų, nemalonų elgesį su pacientais pastebėjo 1,7% vyresnių nei 60 metų amžiaus respondentų, o 98,3% šio amžiaus respondentų teigė priešingai ($p < 0,041$). Galima daryti prielaidą, kad slaugytojai mandagūs ir taktiški.

Visi anketinėje apklausoje dalyvavę respondentai, vengimo teikti paslaugas sunkiai sergantiems pacientams neišvardijo, tačiau negalėjo tiksliai apie tai pasakyti iki 30 metų amžiaus pacientų (14,3%), 30-60 metų – 5,6%, o virš 60 metų amžiaus – 3,2% respondentų. Remiantis apklausos duomenimis, daugelis respondentų – 85,7%, 94,4% ir 96,8% teigia, kad slaugytojai sunkiai sergantiems pacientams paslaugas teikia.

Prasto slaugos paslaugų teikimo neišvardijo nė vienas apklausoje dalyvavusių respondentų. Gerai – 85,7%, 91,7% ir 90,2% šias paslaugas įvardija visų amžiaus grupių respondentai. Negalintys į šį klausimą atsakyti sudaro 14,3%, 8,3% ir 9,8% apklausoje dalyvavusių respondentų.

Analizuojant klausimą apie atliekamų procedūrų prastą kokybę, blogos paslaugų kokybės neišvardijo nė vienas apklausoje dalyvavusių respondentų. Gerai – 97,2% paskirtų procedūrų kokybę įvardijo 30-60 metų amžiaus respondentų ir 96,7% vyresnių nei 60 metų amžiaus respondentų. Nežinantys kaip į šį klausimą atsakyti sudaro 2,8% ir 3,3% respondentų.

Anketinės apklausos duomenimis, iki 30 metų respondentų (57,1%) mano, kad slaugytojai atlieka prevencinį, profilaktinį darbą, o 42,9% to patvirtinti negali. 30-60 metų amžiaus respondentų (69,4%) mano, kad slaugytojai šį darbą atlieka, 27,8% šio amžiaus respondentų to patvirtinti negali, o 2,8% šio amžiaus respondentų įsitikinę, kad slaugytojai nedirba prevencinio, profilaktinio darbo. Analizuojant virš 60 metų amžiaus respondentų nuomonę apie slaugytojų atliekamą prevencinį profilaktinį darbą, 5,0% šio amžiaus respondentų įsitikinę, kad šio darbo slaugytojai neatlieka, 60,0% teigia, kad atlieka, o 35,0% šio amžiaus respondentų į šį klausimą tiksliai neatsakė. Remiantis respondentų apklausa galima daryti prielaidą, kad prevencinis profilaktinis darbas atliekamas nepakankamai, nes tai teigia 42,9%, 27,8% ir 35,0% pacientų. Galima manyti, kad šis darbas atliekamas nepakankamai, kadangi medicinos sesers studijų programas baigusiesiems slaugytojams trūksta pedagoginių kompetencijų.

Į anketos klausimą dėl slaugos paslaugų teikimo asocialiems asmenims, tik vyresni nei 60 metų amžiaus respondentai (1,7%) mano, kad asocialiems asmenims teikti paslaugas vengiama. Kitų amžiaus grupių pacientai – 57,1%, 63,9% ir 61,7% mano, kad asocialiems asmenims

slaugytojai paslaugas teikia, o 42,9%, 36,1% ir 36,7% respondentų nežino ar asocialūs asmenys šias paslaugas gauna.

Nagrinėjant klausimą, ar norėtų respondentai pakeisti slaugytoją kitu, iki 30 metų ir 30-60 metų amžiaus respondentai nenorėtų slaugytojo pakeisti kitu. Virš 60 metų amžiaus (1,6%) respondentų norėtų pakeisti slaugytoją, 86,9% respondentų nenorėtų, o 11,5% apie tai negali pasakyti. Galima daryti prielaidą, kad daugelis pacientų patenkinti slaugytojais ir jų paslaugomis.

Nagrinėjant pacientų nuomonę apie slaugytojų kompetencijas pagal jų gyvenamąją vietą (7 priedas), daugelis anketinėje apklausoje dalyvavusių respondentų, gyvenančių mieste, miestelio rajone ar kaimo gyvenvietėje (18 pav.), klausimą apie slaugytoją, kaip labai kompetentingą, aukštos profesinės kompetencijos, įvertino teigiamai. Mieste gyvenantys pacientai – 73,0%, miestelio rajone – 59,1%, o kaimo gyvenvietėje 87,5% respondentų slaugytoją vertino labai gerai. Neigiamų įvertinimų šiuo klausimu nebuvo, tačiau 27,0%, 40,9% ir 12,5% respondentų tiksliai į šį klausimą neatsakė

Apie mokėjimą bendrauti su pacientais ir jų artimaisiais, beveik visi apklausoje dalyvavę respondentai atsakė teigiamai. Mieste gyvenantys respondentai įvertino šią kompetenciją labai gerai (100%), taip pat gerai (95,5%) – miestelio rajone gyvenančių respondentų. 4,5% miestelio rajone gyvenančių respondentų negalėjo tiksliai atsakyti. Kaimo gyvenvietėje gyvenantys respondentai taip pat labai gerai (100%) įvertino mokėjimo bendrauti su pacientais ir jo artimaisiais slaugytojų kompetenciją. Neigiamų įvertinimų nebuvo.

Slaugytojų gebėjimą gerai paaiškinti apie gydytojo paskirtus vaistus, procedūrų svarbą teigiamai šią kompetenciją įvertino jaunesni nei 30 metų amžiaus pacientai (71,4%), 30-60 metų – 82,9%, vyresnių nei 60 metų – 64,1% pacientų. Neigiamų įvertinimų nebuvo.

Analizuojant pacientų, gyvenančių mieste nuomonę dėl slaugytojų mokėjimo paaiškinti kaip elgtis išgėrus vaistų arba po atitinkamų procedūrų, 93,3% šių respondentų atsakė teigiamai, 6,7% mieste gyvenančių respondentų į šį klausimą tiksliai neatsakė. Taip pat gerai (90,9%) slaugytojus vertino miestelio rajone gyvenantys respondentai. Tik 9,1% jų negalėjo tiksliai atsakyti. Kaimo gyvenvietėje gyvenantys respondentai taip pat teigiamai (94,4%) vertino šią slaugytojų kompetenciją, tik 5,6% jų į šį klausimą tiksliai neatsakė. Neigiamų įvertinimų šių respondentų tarpe nebuvo.

Nagrinėjant klausimą apie slaugytojų kvalifikuotai ir švelniai atliekamas slaugos procedūras, tik 1,3% mieste gyvenančių respondentų į šį klausimą tiksliai neatsakė, 98,7% respondentų minėtą kompetenciją įvertino labai gerai. Miestelio rajono ir kaimo gyvenvietės respondentai puikiai (100,0%) įvertino šią slaugytojų kompetenciją ($p < 0,032$). Šie duomenys rodo gyvenamosios vietovės ir šios kompetencijos patikimą ryšį.

Nagrinėjant sveikatos išsaugojimo, mokymo kompetencijų vertinimą, mieste gyvenantys pacientai (1,4%) įvardija šios kompetencijos stoką, 24,6% negali tiksliai atsakyti. Minėtą kompetenciją gerai vertina 73,9% mieste gyvenančių respondentų. Miestelio rajone gyvenantys respondentai taip pat neblogai vertina (81,0%) sveikatos mokymo kompetenciją, o 9,5% miestelio rajone gyvenančių pacientų į šį klausimą tiksliai neatsakė. 9,5% šių respondentų teigia, kad slaugytojai nedirba sveikatos mokymo ir išsaugojimo klausimais. Kaimo gyvenvietėje anketinėje apklausoje dalyvavusių respondentų tarpe 88,2% tokią kompetenciją vertina teigiamai, 5,9% respondentų nežino ar slaugytojas gerai išaiškina sveikatos saugojimo, tausojimo klausimus bei 5,9% šių respondentų teigia šios informacijos negaunantys. Galima daryti prielaidą, kad mieste, miestelio rajone bei kaimo gyvenvietėje gyvenantiems respondentams trūksta informacijos sveikatos mokymo, išsaugojimo ir stiprinimo klausimais, nes šios kompetencijos trūksta medicinos sesers studijų programą baigusiems slaugytojams.

Analizuojant klausimą apie pacientų lankymą namuose, teigiamai atsakė 94,4% mieste gyvenančių respondentų, 1,4% atsakė, kad slaugytojai neskuba jų aplankyti, o 4,2% negali to atsakyti. Miestelio rajone bei kaime gyvenantys respondentai puikiai (100%) vertino skubius slaugytojų apsilankymus pas juos ($p < 0,036$). Galima daryti prielaidą, kad ypač kaime gyvenantys pacientai gerai pažįsta savo slaugytojus ir esant reikalui suderina jų apsilankymus, nes kaime pacientus namuose lanko tik bendruomenės slaugytojai.

Slaugytojų grubų, nemalonų elgesį su pacientais pastebėjo 5,9% kaime gyvenančių respondentų, o 94,1% jų apie slaugytojų elgesį turi gerą nuomonę. Galima daryti prielaidą, kad slaugytojai mandagūs ir taktiški.

Visi anketinėje apklausoje dalyvavę respondentai, vengimo teikti paslaugas sunkiai sergantiems pacientams neįvardijo, tačiau 7,5% mieste gyvenančių respondentų negalėjo tiksliai apie tai pasakyti, 92,5% mieste gyvenančių respondentų teigia, kad slaugytojai nevengia teikti paslaugų sunkiai sergantiems pacientams. Miestelio rajone bei kaime gyvenantys respondentai (100%) teigia, kad slaugytojai sunkiai sergantiems pacientams paslaugas teikia ($p < 0,038$). Šie duomenys leidžia teigti, kad nustatytas patikimas ryšys tarp respondentų gyvenamosios vietovės ir šios slaugytojo kompetencijos.

Prasto slaugos paslaugų teikimo neįvardijo nė vienas mieste, miestelio rajone bei kaime gyvenančių ir apklausoje dalyvavusių respondentų. Gerai šias paslaugas įvardija mieste,

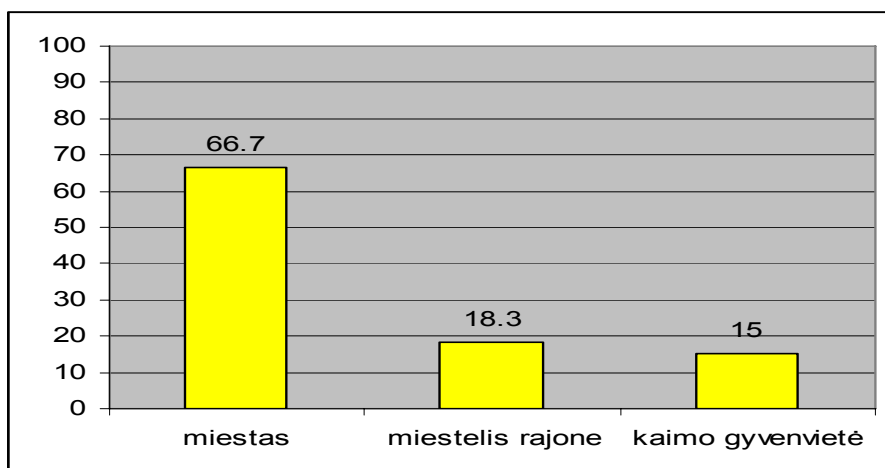
miestelio rajone bei kaime gyvenantys respondentai – 89,4%, 95,2% ir 88,2%. Negalintys tiksliai atsakyti sudaro 10,6% , 4,8% ir 11,8% šių respondentų.

Analizuojant klausimą apie atliekamų procedūrų prastą kokybę, blogai to neišvardijo nė vienas apklausoje dalyvavusių respondentų. Gerą paskirtų procedūrų kokybę išvardijo 95,5% mieste gyvenančių pacientų, o 4,5% šių respondentų į šį klausimą tiksliai neatsakė. Miestelio rajone ir kaime gyvenantys respondentai puikiai (100%) įvertino paskirtų procedūrų atlikimą ($p < 0,038$). Šie duomenys leidžia teigti, kad nustatytas patikimas ryšys tarp respondentų gyvenamosios vietovės ir šios slaugytojo kompetencijos.

Anketinės apklausos duomenimis, 1,5% mieste gyvenančių respondentų mano, kad slaugytojai atlieka prevencinį, profilaktinį darbą, o 60,0% teigia, kad šių funkcijų slaugytojai neatlieka, 38,5% šių respondentų į šį klausimą tiksliai neatsakė. Miestelio rajone 9,5% gyvenančių respondentų mano, kad slaugytojai šį darbą dirba, 66,7% šiame regione gyvenančių respondentų teigia, kad prevencinis, profilaktinis darbas nepakankamas. 23,8% miestelio rajone gyvenančių respondentų to nei patvirtinti nei paneigti negali. Kaime gyvenančių 5,9% respondentų mano, kad slaugytojai atlieka prevencinį, profilaktinį darbą, o 70,6% šio regiono apklausoje dalyvavusių respondentų įsitikinę, kad slaugytojai nedirba prevencinio, profilaktinio darbo, 23,5% respondentų į šį klausimą tiksliai neatsakė. Remiantis respondentų apklausa galima daryti prielaidą, kad prevencinis profilaktinis darbas atliekamas nepakankamai, nes didelė dalis pacientų – 60,0%, 66,7% ir 70,6% negauna informacijos sveikatos mokymo, išsaugojimo klausimais. Galima manyti, kad šis darbas atliekamas nepakankamai, nes medicinos sesers studijų programos baigusiams slaugytojams trūksta pedagoginių kompetencijų.

Į anketos klausimą dėl slaugos paslaugų asocialiems asmenims teikimo, 50,8% mieste gyvenančių respondentų teigia, kad asocialiems asmenims paslaugos teikiamos, o 49,2% to nežino. 76,2% miestelio rajone gyvenančių respondentų teigia, kad asocialiems asmenims paslaugos teikiamos, o 23,8% į šį klausimą tiksliai neatsakė. 5,9% kaime gyvenančių respondentų teigia, kad asocialiems asmenims paslaugų teikti vengiama, 88,2% šio regiono gyventojų teigia, kad asocialūs asmenys paslaugas gauna, o 5,9% tiksliai neatsakė.

Nagrinėjant klausimą, ar norėtų mieste, miestelio rajone bei kaime gyvenantys respondentai pakeisti slaugytoją kitu, 90,9% mieste gyvenančių respondentų nenorėtų slaugytojo pakeisti kitu, o 9,1% negalėjo tiksliai atsakyti. Miestelio rajone gyvenantys respondentai nenori pakeisti slaugytojo kitu. Kaime gyvenantys respondentai (5,9%) norėtų slaugytoją pakeisti, toks pat procentas respondentų į šį klausimą tiksliai neatsakė. Galima daryti prielaidą, kad daugelis pacientų patenkinti slaugytojais ir jų paslaugomis.



18 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą (procentais)

Nagrinėjant pacientų nuomonę apie slaugytojų kompetencijas pagal asmens sveikatos priežiūros įstaigose teikiamas paslaugas (6 priedas), į klausimus apie slaugytojų kompetencijas atsakė įvairiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose besigydantys respondentai (19 pav.). Anketinėje apklausoje dalyvavusių respondentų, kurie gydomi ligoninėse, klausimą apie slaugytoją, kaip labai kompetentingą, aukštos profesinės kompetencijos, 83,3% įvertino teigiamai, 16,7% respondentų į šį klausimą tiksliai neatsakė, neigiamų vertinimų nebuvo. Labai gerai slaugytoją vertino 78,9% namuose besigydančių pacientų, 21,1% respondentų į šį klausimą tiksliai neatsakė, neigiamų įvertinimų šiuo klausimu nebuvo. Kitose įstaigose (poliklinikose, ambulatorijose ir kt.) besigydantys pacientai klausimą apie slaugytoją, kaip labai kompetentingą, aukštos profesinės kompetencijos, teigiamai įvertino 30,0% respondentų, 70,0% respondentų į šį klausimą tiksliai neatsakė.

Apie bendravimo su pacientais ir jų artimaisiais kompetenciją, beveik visi anketinėje apklausoje dalyvavę respondentai atsakė teigiamai. Praktiškai ligoninėse, namuose bei kitose įstaigose bendraujantys su slaugytojais respondentai šią kompetenciją įvertino labai gerai (100%), neigiamų vertinimų nebuvo.

Slaugytojų gebėjimą gerai paaiškinti apie gydytojo paskirtus vaistus, procedūrų svarbą teigiamai šią kompetenciją įvertino (93,2%, 97,2% ir 85,0%) visose asmens sveikatos priežiūros įstaigose besigydantys pacientai. Neigiamų vertinimų nebuvo.

Analizuojant pacientų, besigydančių ligoninėje nuomonę dėl slaugytojų mokėjimo paaiškinti kaip elgtis išgėrus vaistų arba po atitinkamų procedūrų, 94,8% šių respondentų atsakė teigiamai, 5,2% šių respondentų tiksliai neatsakė. Taip pat gerai (97,1%) slaugytojus vertino namuose šias paslaugas gaunantys respondentai. Tik 2,9% jų tiksliai neatsakė. Kitose įstaigose

paslaugas gaunantys respondentai taip pat teigiamai (90,0%) vertino šią slaugytojų kompetenciją, tik 10,0% jų tiksliai neatsakė. Neigiamų vertinimų šių respondentų tarpe nebuvo.

Nagrinėjant klausimą apie slaugytojų kvalifikuotas ir švelniai atliekamas slaugos procedūras, ligoninėse, namuose bei kitose įstaigose besigydantys respondentai šią kompetenciją įvertino labai gerai (100%), neigiamų vertinimų nebuvo ($p < 0,044$). Nustatytas statistiškai patikimas ryšys tarp slaugytojų kompetencijų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų.

Nagrinėjant sveikatos išsaugojimo, mokymo ir stiprinimo kompetencijų vertinimą, minėtą kompetenciją neblogai vertina 77,8% ligoninėse besigydančių respondentų, 3,7% respondentų įvardija šios kompetencijos stoką, 18,5% tiksliai neatsakė. Namuose besigydantys respondentai neblogai (87,9%) vertina sveikatos mokymo kompetenciją, 12,1% jų tiksliai neatsakė, neigiamų vertinimų nebuvo. Kitose įstaigose šias paslaugas gaunantys respondentai (60,0%) vertino šią slaugytojų kompetenciją, 30,0% jų tiksliai neatsakė, o neigiamai vertino 10,0% šių respondentų. Galima daryti prielaidą, kad visose asmens sveikatos priežiūros įstaigose besigydantiems respondentams trūksta informacijos sveikatos mokymo, išsaugojimo ir stiprinimo klausimais, nes šios kompetencijos trūksta medicinos sesers studijų programą baigusiems slaugytojams.

Analizuojant klausimą apie skubų atvykimą pas pacientą, teigiamai (100,0%) atsakė ligoninėse ir kitose įstaigose besigydantys respondentai. Namuose besigydančius respondentus (88,6%) slaugytojai aplanko skubiai, 2,9% respondentų neaplanko, o 8,6% į šį klausimą tiksliai neatsakė ($p < 0,039$). Galima daryti prielaidą, kad slaugytojai esant reikalui privalo pacientus aplankyti ir juos aplanko.

Slaugytojų grubų, nemalonų elgesį su pacientais pastebėjo 2,0% ligoninėse besigydančių respondentų, o 98,0% jų apie slaugytojų elgesį turi teigiamą nuomonę. Namuose ir kitose įstaigose besigydantys pacientai neturi priekaištų dėl slaugytojų elgesio ($p < 0,048$). Stebimas statistiškai patikimas ryšys tarp slaugytojų elgesio ir paslaugų teikimo vietos. Galima daryti prielaidą, kad slaugytojai mandagūs ir taktiški.

Visi anketinėje apklausoje dalyvavę respondentai, vengimo teikti paslaugas sunkiai sergantiems pacientams neįvardijo, 90,2% respondentų teigiamai įvertino paslaugų teikimą, o 9,8% ligoninėse besigydančių respondentų tiksliai į šį klausimą neatsakė. Namuose bei kitose įstaigose besigydantys respondentai (100%) teigia, kad slaugytojai sunkiai sergantiems pacientams slaugytojai paslaugas teikia ($p < 0,049$). Stebimas statistiškai patikimas ryšys tarp sunkiai sergantiems pacientams paslaugų teikimo ir šių paslaugų gavimo vietos.

Prasto slaugos paslaugų teikimo neįvardijo ligoninėse, namuose bei kitose įstaigose besigydantys respondentai. Geras paslaugų teikimas, pacientų (86,0%) nuomone organizuojamas ligoninėse besigydantiems respondentams, 14,0% šių respondentų į šį klausimą tiksliai neatsakė.

Gerai organizuoja paslaugų teikimą namuose 91,2% respondentų, 8,8% šių respondentų į šį klausimą tiksliai neatsakė. Kitose įstaigose besigydantys pacientai (100,0%) priekaištų dėl paslaugų organizavimo neturi.

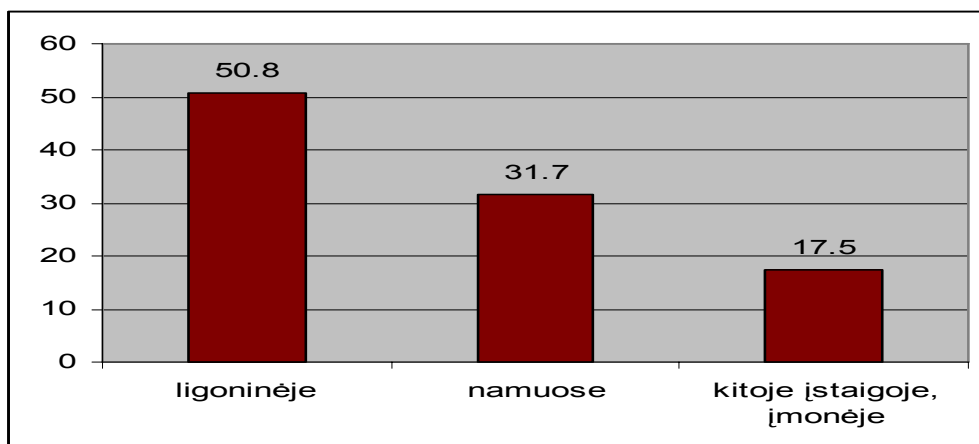
Analizuojant klausimą apie atliekamų procedūrų prastą kokybę, visi apklausoje dalyvavusieji respondentai gerai įvardijo procedūrų kokybę. Gerai paskirtų procedūrų kokybę įvardijo 96,0% ligoninėse besigydančių respondentų, 4,0% šių respondentų į šį klausimą tiksliai neatsakė. Gerai vertina procedūrų teikimą namuose 97,1% respondentų, 2,9% šių respondentų į minėtą klausimą tiksliai neatsakė. Kitose įstaigose besigydantys pacientai (100,0%) priekaištų dėl slaugos procedūrų kokybės neturi.

Anketinės apklausos duomenimis, 4,0% ligoninėse besigydančių respondentų mano, kad slaugytojai atlieka prevencinį, profilaktinį darbą, o 66,0% teigia, kad šių funkcijų slaugytojai neatlieka, 30,0% šių respondentų į minėtą klausimą tiksliai neatsakė. Namuose 3,0% besigydančių respondentų mano, kad slaugytojai šį darbą dirba, 60,6% respondentų teigia, kad prevencinis, profilaktinis darbas nepakankamas. 36,4% respondentų to patvirtinti negali. Kitose įstaigose besigydančių respondentų (5,0%) mano, kad slaugytojai atlieka prevencinį, profilaktinį darbą, 60,0% šių respondentų įsitikinę, kad slaugytojai nedirba prevencinio, profilaktinio darbo, o 35,0% respondentų į minėtą klausimą tiksliai neatsakė. Remiantis respondentų apklausa galima daryti prielaidą, kad prevencinis profilaktinis darbas atliekamas nepakankamai, nes didelė dalis pacientų (66,0%, 60,6% ir 60,0%) negauna informacijos sveikatos mokymo, išsaugojimo klausimais. Galima manyti, kad šis darbas atliekamas nepakankamai, nes medicinos sesers studijų programos baigusiesiems slaugytojams trūksta pedagoginių kompetencijų.

Į anketos klausimą dėl slaugos paslaugų asocialiems asmenims teikimo, 2,0% ligoninėse besigydančių respondentų teigia, kad asocialiems asmenims paslaugos vengiamos teikti, 71,4% teigia, kad paslaugos teikiamos, o 26,5% šių respondentų į minėtą klausimą tiksliai neatsakė. 47,1% namuose besigydantys pacientai teigia, kad paslaugos teikiamos, o 52,9% į minėtą klausimą neatsakė. Kitose įstaigose besigydantys respondentai (65,0%) teigia, kad paslaugos teigiamos, o 35,0% šių respondentų į minėtą klausimą tiksliai neatsakė.

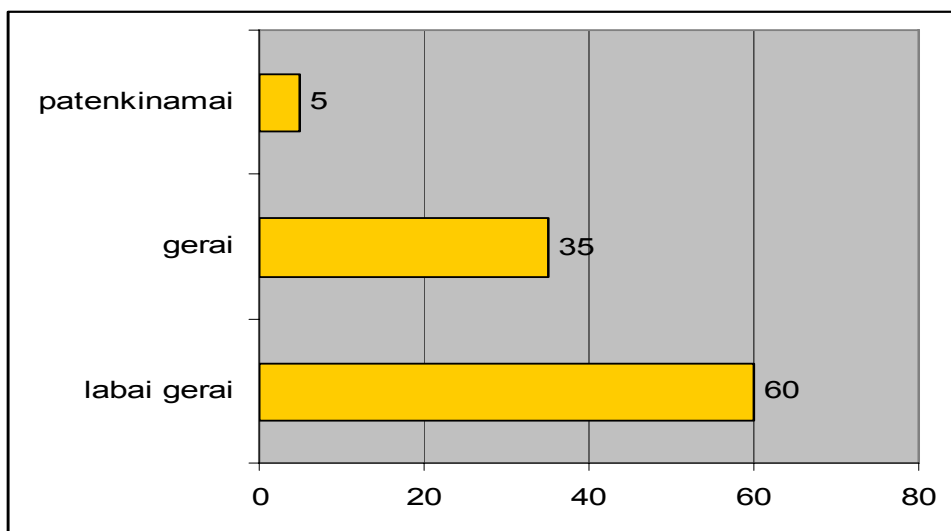
Nagrinėjant klausimą, ar norėtų ligoninėse, namuose ar kitose įstaigose besigydantys respondentai pakeisti slaugytoją kitu 2,0% šių respondentų norėtų slaugytoją pakeisti, 98,0% nenorėtų slaugytojo pakeisti kitu. 85,3% namuose besigydantys respondentai pakeisti slaugytoją nenorėtų, o 14,7% šių respondentų į minėtą klausimą tiksliai neatsakė. Kitose įstaigose besigydančių respondentų (90,0%) nenorėtų pakeisti slaugytoją, o 10,0% šių respondentų į

minėtą klausimą tiksliai neatsakė. Galima daryti prielaidą, kad daugelis pacientų patenkinti slaugytojais ir jų paslaugomis, nepriklausomai nuo vietos, kur jos teikiamos.



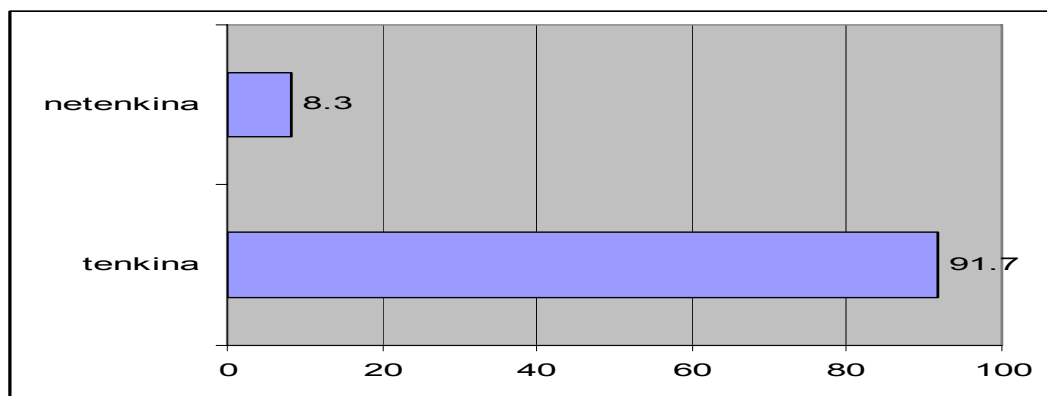
19 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal teikiamų slaugos paslaugų vietą (procentais)

Pacientų nuomonė apie šiuo metu slaugytojų teikiamų paslaugų kokybę. Analizuojant pacientų nuomonę apie šiuo metu slaugytojų teikiamų paslaugų kokybę (20 pav.), 60% apklausoje dalyvavusių respondentų slaugytojų teikiamas paslaugas įvertino labai gerai, 35% gerai, o 5% patenkinamai. Galima daryti prielaidą, kad dauguma slaugytojų patenkinti paslaugomis.



20 pav. Pacientų nuomonė apie šiuo metu slaugytojų teikiamų paslaugų kokybę (procentais)

Bendra pacientų nuomonė apie slaugytojų teikiamų paslaugų kokybę. Pacientų anketinės apklausos tyrimo rezultatais remiantis (21 pav.), 91,7% pacientų tenkina teikiamos slaugytojų paslaugos, o 8,3% respondentų slaugytojų teikimos paslaugos netenkina. Galima daryti prielaidą, kad daugumą pacientų paslaugomis patenkinti.



21 pav. Bendra pacientų nuomonė apie slaugytojų teikiamų paslaugų kokybę (procentais)

Priežastys, dėl kurių pacientai nepatenkinti slaugytojų teikiamų paslaugų kokybe. Remiantis anketinės apklausos duomenimis (7 lentelė), 8,3% visų apklausoje dalyvavusių pacientų netenkina slaugytojų paslaugos. 0,8% šių respondentų nepatenkinti slaugytojų teikiamomis paslaugomis, nes jie aptarnauja per daug pacientų, netinkamai organizuojama visa sveikatos apsaugos sistema. Remiantis pacientų nuomone, kaip priežastį dėl prastos paslaugų kokybės 0,8% respondentų nurodo slaugos namų nebuvimą. Taip pat respondentai nurodo slaugytojų kai kurių kompetencijų trūkumą: 1,7% pacientų pastebi psichologijos žinių trūkumą, 0,8% – pedagoginių žinių stoką bei nepakankamą veiklą susirgimų prevencijos, savipagalbos srityje. 0,8% pacientų nurodo per didelius slaugytojų darbo krūvius, kurie labai riboja bendravimo galimybę. Taip pat pacientai nepatenkinti ribotu apsilankymų jų namuose skaičiumi, mažomis teikiamų paslaugų apimtis. Šie pacientai nepatenkinti visa sveikatos apsaugos sistema, menkina medicinos darbuotojų įvaizdį visuomenėje. Anketinė apklausa patvirtina (4 priedas), kad pedagoginių ir psichologinių kompetencijų trūkumas neigiamai įtakoja pacientų sveikatą. Galima daryti prielaidą, kad visuomenės poreikiai didėja, pacientai tampa reiklesni, o esant kai kurių slaugytojų nepakankamam išsilavinimui – trūksta kompetencijų (1 lentelė). Manoma, kad siekiant pašalinti pacientų nepasitenkinimo priežastis, būtina intensyviau ir glaudžiau dirbti su pacientais, vykdyti jų sveikatos mokymą, stiprinimą ir išsaugojimą, nuolatinį slaugytojų

tobulinimasi, mokymasi bei studijas pagal individualiasias slaugos studiju programas arba testines slaugos studijos aukštojoje mokykloje.

7 lentelė

Priežastys, dėl kurių pacientai nepatenkinti slaugytojų teikiamų paslaugų kokybe

Priežastys, dėl kurių pacientai nepatenkinti slaugytojų teikiamų paslaugų kokybe	Procentai
Slaugytojai aptarnauja per daug pacientų, netinkamai organizuojama visa sveikatos apsaugos sistema	0,8
Nėra slaugos namų	0,8
Psichologijos žinių trūkumas	1,7
Pedagoginių žinių trūkumas	0,8
Per mažai laiko skiriama pacientui, nes dideli darbo krūviai	1,7
Nepakankama informacija apie susirgimus, savipagalbą	0,8
Nepakankamas pacientų lankymas namuose, slaugytojų paslaugų trūkumas	0,8

Atliktas darbas išryškino ankstesnę ir naująją slaugos sampratą, lemiančią slaugytojų profesinio rengimo ir jų kompetencijų kaitą. Magistro darbe problema išspręsta, tačiau sparčiai kintantys visuomenės poreikiai įtakoja slaugytojų funkcijų plėtojimą ir profesinio rengimo kaitą bei mokslinių tyrimų slaugos srityje nuoseklų vykdymą.

IŠVADOS

1. Visuomenės raidoje keitėsi slaugytojo samprata ir jo veiklos modelis nuo techninio paskyrimų vykdytojo iki savarankiško specialisto, gebančio vertinti, analizuoti, mokyti, keisti asmenų turimą netinkamą požiūrį ir nuostatas į sveikatą, mokyti ją saugoti.

2. Visuomenės poreikių raida įtakojo slaugytojų rengimo programų kaitą, didesnę dėmesį skiriant naujų, būtinų šiuolaikinei slaugai, kompetencijų ir gebėjimų ugdymui bei išryškinimui.

3. Turimų slaugytojo kompetencijų lygis priklauso nuo įgyto išsilavinimo. Daugiausia kompetencijų, būtinų kokybiškam šiuolaikiškos slaugos atlikimui, turi aukštąjį universitetinį išsilavinimą įgiję slaugytojai. Baigusiems medicinos mokyklas jų trūksta.

4. Nuolat didėjant visuomenės slaugos paslaugų poreikiams, būtina plėtoti vadybines, psichologines, pedagogines, socialines ir kitas slaugytojų kompetencijas, kurios užtikrina kokybišką slaugą.

5. Slaugytojų kompetencijų plėtra tenkina paslaugų gavėjus ir visą sveikatos priežiūros sistemos organizavimą.

REKOMENDACIJOS

1. Realią slaugytojų rengimo kaitą tikslinga grįsti svarbiausiais jį sąlygojančiais parametrais: slaugos kaitos modeliu, iš profesijos tyrimų išplaukiančiomis ir visuomenės poreikius atitinkančiomis kompetencijomis, profesinio rengimo kaita.

2. Kad profesinis slaugytojų rengimas galėtų tenkinti naujos ir nuolat kintančios profesinės kvalifikacijos struktūros poreikius, slaugos studijų turinys turi būti lankstus ir mobilus.

3. Vykstant profesinio rengimo reformai tikslinga nustatyti, kad kolegijose būtų rengiami bendrosios praktikos slaugytojai, o universitetuose – slaugos administratoriai, vadybininkai, koordinatoriai, konsultantai, slaugos dėstytojai, slaugos praktikos mokytojai bei slaugos mokslininkai.

4. Tikslinga kolegijose vykdyti individualiąsias slaugos studijų programas slaugytojams, baigusiems studijas pagal senas – medicinos sesers, medicinos felčerio, vaikų įstaigų medicinos sesers rengimo programas. Tokiu būdu prieš daugelį metų studijas baigę slaugytojai įgytų būtinų kompetencijų, kurios šiuo metu įgyjamos baigus naują slaugos studijų programą. Šių kompetencijų plėtra tenkins nuolat kintančius visuomenės poreikius, padės siekti geresnės visuomenės narių sveikatos.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Antinienė D., Ausmanienė N., Jakštys J., Lekavičienė R., Lupeikienė L., Markevičienė E., Matulienė G., Paužienė E., Sokolovienė D., Vasiliauskaitė Z., Zajančauskaitė L. (2000). *Psichologija studentui*. Kauno Technologijos universitetas – Kaunas: Technologija.
2. Almas H. (1999). *Klinikinė slauga. I tomas.* – Vilnius: Charibdė.
3. Almas H. (1999). *Klinikinė slauga. II tomas.* – Vilnius: Charibdė.
4. Allen D., Benner P., Diekelman N. (1986). Three paradigms for nursing research: Methodological implications. In P. Chinn. *Nursing research methodology: Issues and implementations.* – Rockville, MD: Aspen Systems.
5. Bagdonas G., Čygaitė – Bruožienė I., Indrelienė N., Lesauskaitė V. ir kiti. (1998). *Geriatrija.* – Vilnius: Egalda.
6. Barden I., Vogel A., Wodraschke G. (2004). *Ligonių slaugymas namuose.* – Kaunas.
7. Beresnevičienė D. (1995). *Nuolatinis mokymasis Lietuvoje (psichologiniai pagrindai).* Monografija. – Vilnius.
8. Bydam J. (2000). *Pedagogika* – Vilnius: Charibdė.
9. Bitinas B. (1996). Apie edukologijos mokslo objektą. *Socialiniai mokslai. Edukologija.* 1(5). – Kaunas: Technologija.
10. Bončkutė R. (2001). *Studentų mokslinių darbų metodinės rekomendacijos.* Klaipėdos universitetas Humanitarinių mokslų fakultetas. – Klaipėda: Klaipėdos universitetas.
11. Brazauskaitė B., Riklickaitė A. ir kt. (1997). *Nuolatinis mokymasis – esamybės skleidinys į ateitį/Nuolatinis mokymasis besikeičiančioje visuomenėje: prielaidos ir prieštaravimai.* – Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas, p. 126-129.
12. Bražiūnas G., Burokas V., Dienys V. (1998). *Baltoji knyga. Profesinis rengimas.* Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerija. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija. – Vilnius.
13. Carper B. (1978). Practice oriented theory: part 1. Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science,* 1, 13-23.
14. Dienys V., Sajienė L. (1996). Lietuvos profesijos mokytojų kvalifikacija ir jos tobulinimo kryptys. *Mokytojas (dėstytojas) moderniam profesiniame rengime.* Kaunas: VDU, p.146-150.
15. *Europos Sąjungos dokumentai.* (2000). *Valstybės reguliuojamų profesijų pripažinimas.* – Vilnius.

16. Europos Tarybos direktyva 77/452/EEB Dėl bendrosios praktikos slaugytojų diplomų, pažymėjimų ir kitų oficialią kvalifikaciją patvirtinančių dokumentų abipusio pripažinimo, įskaitant priemones, padedančias veiksmingai naudotis įsisteigimo teise ir laisve teikti paslaugas.

17. Europos Tarybos direktyva 77/453/EEB Dėl įstatymų ir kitų teisės aktų nuostatų, reglamentuojančių bendrosios praktikos slaugytojų veiklą, derinimo.

18. Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2005/36/EB Dėl profesinių kvalifikacijų pripažinimo.

19. Furst M. (1999). *Psichologija*. – Vilnius.

20. Gostevičienė B., Matuizienė J., Zarankienė A., Šerpytienė G. (2006). Slaugos taikomųjų mokslinių tyrimų aspektai Vilniaus kolegijoje. Nacionalinė slaugos mokslinių tyrimų strategija 2006-2010. – Vilnius: Lietuvos slaugos specialistų organizacija, p. 31-32.

21. Young A. et al. (2001). *Connections: nursing research, theory, and practice*. London, Mosby.

22. Janušonis V. (2000). Sveikatos apsaugos sistemos organizacijų valdymas. XXI amžių pasitinkant. – Klaipėda: Klaipėdos universitetas.

23. Jarvis P. (2001). *Mokymosi paradoksai*. – Kaunas.

24. Jazdauskas A. Gailestingumo dešimtmečiai. Lietuvos Raudonojo Kryžiaus 1919-1989 metų veiklos istorijos dokumentinė apybraiža. Rankraštis, parengtas spaudai.

25. Kalibatiienė D. (2004). *Slaugos standartai. Mokomoji medžiaga*. – Vilnius: Vilniaus universitetas.

26. Kalibatiienė D. (2006). Slaugos mokslo strategija Vilniaus universitete. Nacionalinė slaugos mokslinių tyrimų strategija 2006-2010. – Vilnius: Lietuvos slaugos specialistų organizacija, p. 25-26.

27. Kardelis K. (1997). *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Vadovėlis*. – Kaunas: Kauno technologijos universitetas.

28. Kardelis K., Bagočiūnas S. (2000). Baigiamųjų darbų (kursinių, diplominių, magistro) rašymas ir įforminimas. Metodiniai patarimai LKKA studentams ir magistrantams Lietuvos kūno kultūros akademija. – Kaunas: LKKA.

29. Kauno medicinos universitetas. (2003). *Slaugos žinynas*. – Kaunas.

30. Kauno kolegijos Medicinos ir socialinių mokslų studijų centras. *Mokyklos Metraštis*.

31. Laužackas R. (1997). Profesinio ugdymo turinio reforma: didaktiniai bruožai. – Kaunas: Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerijos Profesinio mokymo metodikos centras. Vytauto Didžiojo universiteto Profesinio rengimo studijų centras.

32. Laužackas R. (2000). Mokymo turinio projektavimas. Standartai ir programos profesiniame rengime. – Kaunas: Vytauto Didžiojo universiteto Profesinio rengimo studijų centras. PHARE Profesinio mokymo reformos programos koordinavimo centras. Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerija.
33. Laužackas R., Danilevičius E., Gurskienė O. (2004). Profesinio rengimo reforma Lietuvoje. Parametrai ir rezultatai. – Kaunas: Vytauto Didžiojo universiteto leidykla.
34. Lietuvos Respublikos aukštojo mokslo įstatymas. // „Valstybės žinios“, 2000, Nr. 27-715.
35. Lietuvos Respublikos švietimo įstatymas. // „Valstybės žinios“, 1991, Nr. 23-593; 2003, Nr. 63-2853.
36. Lietuvos Respublikos slaugos praktikos įstatymas. // „Valstybės žinios“, 2001, Nr. 62-2224.
37. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. // „Valstybės žinios“, 2004, Nr. 115-4284.
38. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. (2004). Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 14 d. įsakymas Nr. V-437 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2004 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. // „Valstybės žinios“, 2004, Nr. 97-3597.
39. Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerija. (2002). Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2002 m. liepos 10 d. įsakymas Nr. 1302 „Dėl bendrosios praktikos slaugytojo rengimo standarto patvirtinimo“. // „Valstybės žinios“, 2004, Nr. 61-2208.
40. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. gegužės 25 d. įsakymas Nr. 245 „Dėl viduriniojo medicinos personalo ir jam prilygintų specialistų, dirbančių diagnostikos, gydymo ar profilaktikos darbu, bei jaunesniojo medicinos personalo pervardijimo“ // „Valstybės žinios“ Nr. 47-1498.
41. Lietuvos slaugos politikos strategija (2005). Gairės. Metodinės rekomendacijos. Nacionalinis slaugos politikos forumas. – Kaunas: Kauno medicinos universitetas.
42. Lietuvos Medicinos ir farmacijos istorijos muziejaus rinkiniai.
43. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (2000). Sveikata 21. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione. – Vilnius.
44. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (2004). Sveikatos apsauga Lietuvoje. Health care in Lithuania. – Vilnius.
45. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. (2006). Mūsų sveikatos apsauga. – Vilnius.

46. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (2006). Sveikatos apsauga Lietuvoje. – Vilnius.
47. Lietuvos slaugos specialistų organizacija (2000). Slaugytojo profesinės etikos kodeksas. – Vilnius.
48. Long L. & Proffit P. (1981). Understanding/Responding, a communication manual for nurses. Boston, MA, Jones and Bartlett Publishers.
49. Maceina A. (1992). Socialinė filosofija. Raštai 2. Vilnius: Mintis.
50. Medicinos Vēsturēs muziejus. Riga (Latvija).
51. Munich Declaration (2000). Nurses and Midwives – a Force for Health.
52. Pajarskienė B., Jankauskas R. (1993). Psichologijos žodynas. – Vilnius.
53. Paukštys S. J. (2006). Kaunas: Raudonojo Kryžiaus klinikinė ligoninė.– Kaunas.
54. Pukelis K., Laužackas R. (2000). Kvalifikacija ir kompetencija: samprata, santykis bei struktūra profesijos mokytojo veiklos kontekste. Profesinis rengimas. Tyrimai ir realijos, 3: p. 10-17.
55. Rienecker L, Jorgensen P.S. (2003). Kaip rašyti mokslinį darbą – Vilnius: Aidai.
56. Roper N., Logan W, Winifred , Alison J.(1996). Slaugos pagrindai: Nuo gyvenimo modelio iki slaugos modelio – Vilnius: Egalda.
57. Sajienė L. (2000). Slaugos institucija visuomenės sveikatos koncepcijoje: profesinio rengimo kaitos dimensijos. Daktaro disertacija. Socialiniai mokslai, edukologija (07S). – Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas.
58. Sajienė L. (1997). Slaugo pedagoginio parengimo modeliavimas nuolatinio sveikatos mokymo kontekste//Nuolatinis mokymasis besikeičiančioje visuomenėje: prielaidos ir prieštaravimai. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas, p. 142-144.
59. Sajienė L. (1997). Slaugos institucija ir jos vaidmuo asmenybės ugdymo ir ugdymosi procese//Asmenybės ugdymo edukologinės ir psichologinės tendencijos. Kaunas: LKKI, p. 35.
60. Sajienė L. (1999). Slaugytojo asmenybė ir jos ugdymas: kaitos aspektas//Socialinės kaitos procesai ir profesinio rengimo vyksmas. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas, 125-132.
61. Sajienė L. (2000). Slaugytojo profesinės veiklos ugdomieji aspektai//Ugdymo psichologija. Kaunas; Vytauto Didžiojo universitetas.
62. Sajienė L. (2003). Pedagoginės kompetencijos reikšmė siekiant slaugos efektyvumo// Sveikatos mokslai Nr. 6, p. 27-34.
63. Sajienė L. (2000). Slaugos dėstytojų rengimo Lietuvoje modeliavimas. Profesinis rengimas. Tyrimai ir realijos, 3: p. 26-33.
64. Salvage J. (1993). The Future Role of the Nurse in Europe. CINDI Connection.

65. Sargautytė R., Bieliauskaitė R. ir kt. (1999). Pasichologijos dėstymas: principai ir metodai. Metodinė priemonė dėstytojams. – Vilnius. Vilniaus universitetas.
66. Sinkevičius K. (1994). Mokyti, kad būtum//Savišvieta.
67. Staniulienė V., Galdikienė N., Virbalienė A. (2006). Kolegijos absolvantų (slaugytojų, kineziterapeutų) profesinių kompetencijų atitikimo darbo rinkai analizė. – Klaipėda. Klaipėdos kolegija.
68. Stankevičienė V. (2000). Diplominio darbo struktūra ir turinys. Patarimai diplomantams ir vadovams – Vilnius.
69. Stanišauskienė V. (1997). Pasirengimas nuolatiniam mokymuisi – prielaida sėkmingai karjerai//Nuolatinis mokymasis besikeičiančioje visuomenėje: prielaidos ir prieštaravimai. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas, p. 99-102.
70. Slauga (LEMON) 12 d. (1996). Slaugos mokomoji medžiaga. – Pasaulio sveikatos organizacija.
71. Steikūnienė R. (2006). Poreikis slaugos taikomiesiems tyrimams Lietuvoje. Nacionalinė slaugos mokslinių tyrimų strategija 2006-2010. – Vilnius: Lietuvos slaugos specialistų organizacija, p.40.
72. Slaugos darbuotojų tobulinimosi ir specializacijos centras (2002). Pagyvenusių žmonių slauga. Metodinė medžiaga. – Vilnius.
73. Šalkauskis St. (1932). Visuomeninis auklėjimas. Kaunas.
74. Šeščilienė I. (1997). Suaugusiųjų mokymosi motyvacijos ypatumai//Nuolatinis mokymasis besikeičiančioje visuomenėje: prielaidos ir prieštaravimai. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas, p. 40-45.
75. Šeškevičius A. (2006). Slaugos mokslo teorijos ir praktikos pažanga. Nacionalinė slaugos mokslinių tyrimų strategija 2006-2010. – Vilnius: Lietuvos slaugos specialistų organizacija, p. 27-30.
76. Šeškevičius A. (1997). Transition period: difficult steps to a new level nursing career. 3 European Conference for Nurse Managers, Brussels.
77. Šniukaitė D., Černiauskas G., Lukaševičiūtė I. ir kiti (1998). Slauga pirminėje sveikatos priežiūroje. – Vilnius: Charibdė.
78. Švietimo ir mokslo ministerija (1999). Lietuvos aukštasis mokslas. Baltoji knyga. – Vilnius.
79. Švietimo ir mokslo ministerija (2004). Mokymosi visą gyvenimą užtikrinimo strategija. UAB Sapnų sala, 2004.
80. Twinn Sh., Roberts B., Andrews S. (1996). Community Health Care Nursing. Principles for Practice.

81. Vesterdal A. (1996). Sveikatos priežiūra ir ligonių slauga – Vilnius: Charibdė.
82. Vienna Declaration on Nursing in Support of the European Targets for Health for all: cited in Salvage J., ed. (1993). Nursing in Action Strengthening nursing and midwifery to support health for all. Copenhagen, Denmark, World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe.
83. World Health Organization (1991). Health for all targets: the health policy for Europe. Updated edition. Copenhagen, World Health Organization, Regional Office for Europe, ISBN 92 890 1311 7.
84. World Health Organization (2001). Nurses and midwives for health. A WHO European strategy for nursing and midwifery education. Section 1 – Guidelines for Member States on the implementation of the strategy. – Copenhagen, Denmark: World Health Organization, Regional Office for Europe (document EUR/01/5019304).
85. World Health Organization (1998). Nursing education in the Eastern Mediterranean Region: guidelines on future directions. – Alexandria: World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean.
86. Žydžiūnaitė V. (1999). Bendrųjų gebėjimų (bendrųjų kvalifikacijų) koncepcijos Europos mokslinėse mokyklose: Sampratos problema. Socialinė – psichologinė adaptacija ir švietimo sistema. Socialinės kaitos procesai ir profesinio rengimo vyksmas. 2 kn. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas, p. 98-103.
87. Žydžiūnaitė V. (2001). Profesinių tyrimų metodologija. Metodinės nuorodos/Methodology of vocational/professional research. Methodical guidelines. – Kaunas: Technologija.
88. Žydžiūnaitė V. (2001). Slaugos mokslinių tyrimų metodologijos pagrindai. Mokomoji knyga/The basis of nursing research. Study book. – Vilnius: Slaugos darbuotojų tobulinimosi ir specializacijos centras.
89. Žydžiūnaitė V. (2002). Slaugos mokslinių tyrimų naujovės. – Vilnius: Lietuvos sveikata, 39, p.18.
90. Žydžiūnaitė V. (2002). Įgalinimas kaip slaugytojų kompetencijų vystymo dimensija. Specialusis ugdymas, 2002 a, 1 (6), p. 112-122.
91. Žydžiūnaitė V. (2002). Slaugytojų kompetencijų charakteristikos: edukologijos ir slaugos požiūriai. Sveikatos mokslai, 2002b, 4 (20), p. 53-59.
- Žydžiūnaitė V. (2003). Slaugos kaitos charakteristikos. – Vilnius: Sveikata Nr. 9, p. 40-41.
92. Žydžiūnaitė V. (2003). Slaugos mokslo ir studijų plėtra. – Vilnius: Slauga. Mokslas ir praktika, 5-6, p.14-15.

93. Žydžiūnaitė V. (2003). Refleksija apie atotrūkį tarp aukštųjų studijų ir praktikos: slaugytojų kompetencijų realizavimo trikdžiai. ISSN 1392-0758. Socialiniai mokslai: 5(42), p. 78-89.
94. Žydžiūnaitė V. (2003). Slaugos profesinio instituto kaita: stadijos ir dimensijos. – Vilnius: Sveikatos mokslai, 6, p. 41-47.
95. Žydžiūnaitė V. (2003). Komandinio darbo kompetencijų edukacinė diagnostika ir jų vystymo, rengiant slaugytojus, pagrindimas. Daktaro disertacija. Socialiniai mokslai, edukologija (07S). – Kaunas: Kauno technologijos universitetas.
96. Žydžiūnaitė V. (2004). Evaluative content analysis of the curriculum of vocational education with the view to the development of teamwork competencies. EDUCATION – LINE. (British Education Index – BEI. Serial Online, 1-12. ISBN 0853162417. Available at: <http://www.leeds.ac.uk/educol/documents/00003651.htm>)
97. Žydžiūnaitė V. (2006). Slaugytojų kompetencijų vystymo poreikis: kryptys ir tendencijos. Nacionalinė slaugos mokslinių tyrimų strategija 2006-2010. – Vilnius: Lietuvos slaugos specialistų organizacija, p. 34-37.

XXI AMŽIAUS SLAUGYTOJO (-OS) PRIESAIKA

Aš, XXI amžiaus slaugytojas (-a), pasižadu visas savo žinias, įgūdžius ir žmogiškumą skirti visuomenės sveikatai. Mano tikslas – siekti geresnės sveikatos visiems, dirbti kartu su visuomene, rūpintis, kad būtų užtikrinta kiekvieno žmogaus teisė į profilaktiką, slaugą ir gydymą. Drauge su slaugos ir akušerijos srityje dirbančiais savo kolegomis ir kitais sveikatos apsaugos specialistais aš nuolat stengsiuosi užtikrinti sveiką gyvenseną, sveiką darbo aplinką ir sveiką bendruomenę. Pagerėjusi kiekvieno žmogaus, šeimos ir bendruomenės sveikata bus mano sėkmės matas. Užuojauta, etiškumu paremta slauga bus nuolatinis mano vadovas.

Priimta 2000 m. Miunchene

Turimos slaugytojų kompetencijos (pacientų vertinimas)

Turimos slaugytojų kompetencijos	Taip		Ne		Nežino		Neatsakė	
	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.	N	Proc.
Labai kompetetingas slaugytojas, aukštos profesinės kvalifikacijos	81	67.5	0	0	31	25.8	8	6.7
Nuolat tobulina profesinę kvalifikaciją	31	25.8	3	2.5	73	60.8	13	10.8
Moka bendrauti su pacientais ir (ar) jų artimaisiais	118	98.3	1	0.8	0	0	1	.8
Bendrauja maloniai	117	97.5	0	0	0	0	3	2.5
Geba gerai paaiškinti apie gydytojo paskirtus veiksmus, procedūrų svarbą	107	89.2	8	6.7	0	0	5	4.2
Paaiškina kaip elgtis išgėrus vaistų arba po atitinkamų procedūrų	106	88.3	0	0	6	5.0	8	6.7
Kvalifikuotai ir švelniai atlieka slaugos procedūras	117	97.5	0	0	1	.8	2	1.7
Išaiškina sveikatos saugojimo, sveikatos mokymo svarbą	83	69.2	4	3.3	20	16.7	13	10.8
Sugeba paaiškinti kylančius klausimus, domisi tuo	99	82.5	1	0.8	13	10.8	7	5.8
Skubiai ateina pakviestas pas pacientą arba vyksta į paciento namus	108	90.0	1	0.8	3	2.5	8	6.7
Maloniai, mandagiai aptarnauja	114	95.0	0	0	0	0	6	5.0
Sunku prisikviesti, nelanko paciento namuose	5	4.2	92	76.7	7	5.8	16	13.3
Grubaus elgesio, nemalonus	1	0.8	102	85.0	0	0	17	14.2
Vengia teikti slaugos paslaugas sunkiai sergantiems asmenims	100	83.3	0	0	5	4.2	15	12.5
Prastai organizuoja paslaugų tiekimą	0	0	94	78.3	10	8.3	16	13.3
Atmestinais atlieka paskirtas procedūras	0	0	101	84.2	3	2.5	16	13.3
Nedirba prevencinio, profilaktinio darbo	4	3.3	65	54.2	34	28.3	17	14.2
Vengia teikti slaugos paslaugas asocialiems asmenims	1	0.8	64	53.3	38	31.7	17	14.2
Norėtų, kad slaugos paslaugas teiktų kitas slaugytojas	1	0.8	96	80.0	7	5.8	16	13.3

Įvairaus amžiaus tarpsnių pacientų nuomonė apie slaugytojų kompetencijas

5 priedas

Būdingos kompetencijos	Iki 30 metų			30-60 metų			Virš 60 metų			P
	Taip	Ne	Nežinau	Taip	Ne	Nežinau	Taip	Ne	Nežinau	
Labai kompetetingas slaugytojas, aukštos profesinės kvalifikacijos	85,7%	0,0%	14,3%	82,9%	0,0%	17,1%	64,1%	0,0%	35,9%	0,086
Nuolat tobulina profesinę kvalifikaciją	28,6%	14,3%	57,1%	28,9%	2,6%	68,4%	29,0%	1,6%	69,4%	0,097
Moka bendrauti su pacientais ir (ar) jų artimaisiais	85,7%	0,0%	14,3%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,083
Geba gerai paaiškinti apie gydytojo paskirtus veiksmus, procedūrų svarbą	71,4%	0,0%	28,6%	95,2%	0,0%	4,8%	93,9%	0,0%	6,1%	0,111
Paaiškina kaip elgtis išgėrus vaistų arba po atitinkamų procedūrų	100,0%	0,0%	0,0%	92,5%	0,0%	7,5%	95,4%	0,0%	4,6%	0,1
Kvalifikuotai ir švelniai atlieka slaugos procedūras	100,0%	0,0%	0,0%	97,7%	0,0%	2,3%	100,0%	0,0%	0,0%	0,048
Išaiškina sveikatos saugojimo, sveikatos mokymo svarbą	71,4%	14,3%	14,3%	82,1%	0,0%	17,9%	75,4%	4,9%	19,7%	0,098
Sugeba paaiškinti kylančius klausimus, domisi tuo	71,4%	14,3%	14,3%	93,0%	0,0%	7,0%	85,7%	0,0%	14,3%	0,104
Skubiai ateina pakviestas pas pacientą arba vyksta į paciento namus	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	93,9%	1,5%	4,5%	0,04
Sunku prisikviesti, nelanko paciento namuose	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	97,1%	2,9%	8,1%	82,3%	9,7%	0,085
Grubaus elgesio nemalonus	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	1,7%	98,3%	0,0%	0,041
Vengia teikti slaugos paslaugas sunkiai sergantiems asmenims	0,0%	85,7%	14,3%	0,0%	94,4%	5,6%	0,0%	96,8%	3,2%	0,118
Prastai organizuoja paslaugų tiekimą	0,0%	85,7%	14,3%	0,0%	91,7%	8,3%	0,0%	90,2%	9,8%	0,107
Atmestina atlieka paskirtas procedūras	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	97,2%	2,8%	0,0%	96,7%	3,3%	0,105
Nedirba prevencinio, profilaktinio darbo	0,0%	57,1%	42,9%	2,8%	69,4%	27,8%	5,0%	60,0%	35,0%	0,099
Vengia teikti slaugos paslaugas asocialiems asmenims	0,0%	57,1%	42,9%	0,0%	63,9%	36,1%	1,7%	61,7%	36,7%	0,099
Norėtų, kad slaugos paslaugas teiktų kitas slaugytojas	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	1,6%	86,9%	11,5%	0,063

Įvairiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose besigydančių pacientų nuomonė apie slaugytojų kompetencijas

6 priedas

Būdingos kompetencijos	ligoninėje			namuose			kitoje įstaigoje, įmonėje			
	Taip	Ne	Nežinau	Taip	Ne	Nežinau	Taip	Ne	Nežinau	P
Labai kompetingas slaugytojas, aukštos profesinės kvalifikacijos	83,3%	0,0%	16,7%	78,9%	0,0%	21,1%	30,0%	0,0%	70,0%	0,094
Nuolat tobulina profesinę kvalifikaciją	20,4%	5,6%	74,1%	54,5%	0,0%	45,5%	10,0%	0,0%	90,0%	0,092
Moka bendrauti su pacientais ir (ar) jų artimaisiais	98,3%	0,0%	1,7%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,043
Geba gerai paaiškinti apie gydytojo paskirtus veiksmus, procedūrų svarbą	93,2%	0,0%	6,8%	97,2%	0,0%	2,8%	85,0%	0,0%	15,0%	0,108
Paaiškina kaip elgtis išgėrus vaistų arba po atitinkamų procedūrų	94,8%	0,0%	5,2%	97,1%	0,0%	2,9%	90,0%	0,0%	10,0%	0,106
Kvalifikuotai ir švelniai atlieka slaugos procedūras	98,3%	0,0%	1,7%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,044
Išaiškina sveikatos saugojimo, sveikatos mokymo svarbą	77,8%	3,7%	18,5%	87,9%	0,0%	12,1%	60,0%	10,0%	30,0%	0,105
Sugeba paaiškinti kylančius klausimus, domisi tuo	89,7%	1,7%	8,6%	100,0%	0,0%	0,0%	60,0%	0,0%	40,0%	0,115
Skubiai ateina pakviestas pas pacientą arba vyksta į paciento namus	100,0%	0,0%	0,0%	88,6%	2,9%	8,6%	100,0%	0,0%	0,0%	0,039
Sunku prisikviesti, nelanko paciento namuose	9,8%	82,4%	7,8%	0,0%	90,9%	9,1%	0,0%	100,0%	0,0%	0,087
Grubaus elgesio nemalonus	2,0%	98,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,048
Vengia teikti slaugos paslaugas sunkiai sergantiems asmenims	0,0%	90,2%	9,8%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,049
Prastai organizuoja paslaugų tiekimą	0,0%	86,0%	14,0%	0,0%	91,2%	8,8%	0,0%	100,0%	0,0%	0,074
Atmestina atlieka paskirtas procedūras	0,0%	96,0%	4,0%	0,0%	97,1%	2,9%	0,0%	100,0%	0,0%	0,074
Nedirba prevencinio, profilaktinio darbo	4,0%	66,0%	30,0%	3,0%	60,6%	36,4%	5,0%	60,0%	35,0%	0,099
Vengia teikti slaugos paslaugas asocialiems asmenims	2,0%	71,4%	26,5%	0,0%	47,1%	52,9%	0,0%	65,0%	35,0%	0,096
Norėtų, kad slaugos paslaugas teiktų kitas slaugytojas	2,0%	98,0%	0,0%	0,0%	85,3%	14,7%	0,0%	90,0%	10,0%	0,06

Įvairiose vietovėse gyvenančių pacientų nuomonė apie slaugytojų kompetencijas

7 priedas

Būdingos kompetencijos	miestas			miestelis rajone			kaimo gyvenvietė			P
	Taip	Ne	Nežinau	Taip	Ne	Nežinau	Taip	Ne	Nežinau	
Labai kompetetingas slaugytojas, aukštos profesinės kvalifikacijos	73,0%	0,0%	27,0%	59,1%	0,0%	40,9%	87,5%	0,0%	12,5%	0,091
Nuolat tobulina profesinę kvalifikaciją	31,9%	1,4%	66,7%	23,8%	4,8%	71,4%	23,5%	5,9%	70,6%	0,094
Moka bendrauti su pacientais ir (ar) jų artimaisiais	100,0%	0,0%	0,0%	95,5%	0,0%	4,5%	100,0%	0,0%	0,0%	0,051
Geba gerai paaiškinti apie gydytojo paskirtus veiksmus, procedūrų svarbą	93,3%	0,0%	6,7%	90,9%	0,0%	9,1%	94,4%	0,0%	5,6%	0,091
Paaiškina kaip elgtis išgėrus vaistų arba po atitinkamų procedūrų	94,4%	0,0%	5,6%	95,5%	0,0%	4,5%	94,4%	0,0%	5,6%	0,095
Kvalifikuotai ir švelniai atlieka slaugos procedūras	98,7%	0,0%	1,3%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,032
Išaiškina sveikatos saugojimo, sveikatos mokymo svarbą	73,9%	1,4%	24,6%	81,0%	9,5%	9,5%	88,2%	5,9%	5,9%	0,084
Sugeba paaiškinti kylančius klausimus, domisi tuo	87,8%	0,0%	12,2%	81,8%	4,5%	13,6%	94,1%	0,0%	5,9%	0,088
Skubiai ateina pakviestas pas pacientą arba vyksta į paciento namus	94,4%	1,4%	4,2%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,036
Sunku prisikviesti, nelanko paciento namuose	4,5%	86,4%	9,1%	0,0%	95,2%	4,8%	11,8%	88,2%	0,0%	0,09
Grubaus elgesio nemalonus	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	5,9%	94,1%	0,0%	0,082
Vengia teikti slaugos paslaugas sunkiai sergantiems asmenims	0,0%	92,5%	7,5%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,038
Prastai organizuoja paslaugų tiekimą	0,0%	89,4%	10,6%	0,0%	95,2%	4,8%	0,0%	88,2%	11,8%	0,1
Atmestinai atlieka paskirtas procedūras	0,0%	95,5%	4,5%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,038
Nedirba prevencinio, profilaktinio darbo	1,5%	60,0%	38,5%	9,5%	66,7%	23,8%	5,9%	70,6%	23,5%	0,094
Vengia teikti slaugos paslaugas asocialiems asmenims	0,0%	50,8%	49,2%	0,0%	76,2%	23,8%	5,9%	88,2%	5,9%	0,079
Norėtų, kad slaugos paslaugas teiktų kitas slaugytojas	0,0%	90,9%	9,1%	0,0%	100,0%	0,0%	5,9%	88,2%	5,9%	0,093