



SLAUGA

mokslas ir praktika

2020 Nr. 3 (279)



LIETUVOS RESPUBLIKOS
SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJA



LIETUVOS SVEIKATOS
MOKSLŲ UNIVERSITETAS



KLAIPĖDOS UNIVERSITETO
SVEIKATOS MOKSLŲ
FAKULTETAS



LIETUVOS RESPUBLIKOS
ODONTOLOGŲ RŪMAI



Vilniaus universiteto ligoninė
SANTAROS KLINIKOS



SLAUGA. Mokslas ir praktika

Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų kompetencijų centro žurnalas, skirtas slaugos, akušerinės priežiūros, burnos priežiūros, reabilitacijos ir visuomenės sveikatos priežiūros specialistams



Lietuvos mokslo periodikos asociacija
The Association of Lithuanian Serials

Lietuvos mokslo periodikos asociacija

ISSN 1648-0570

Leidžiamas nuo 1997 m. sausio 1 d. Eina kartą per mėnesį.

Redaktorė

Teresė Gužauskienė

tel. 8 686 41 525; el. paštas tereseguzauskiene@gmail.com; redakcija@sskc.lt

Redakcija

Stilistė Agnė Arlauskaitė

Redakcijos adresas: Rūgių g. 1, LT-08418 Vilnius

Tel. (8 5) 271 1632, faks. (8 5) 271 2273. El. paštas redakcija@sskc.lt

MOKSLINĖ REDAKCINĖ KOLEGIJA

Mokslinė redaktorė – doc. dr. Viktorija Piščalkienė (Kauno kolegija)

Nariai

Doc. dr. Indrė Brasaitė (Klaipėdos universitetas)
Doc. dr. Vilma Brukienė (Lietuvos Respublikos odontologų rūmai)
Doc. dr. Raimundas Čepukas (Utenos kolegija)
Doc. dr. Nijolė Galdikienė (Klaipėdos valstybinė kolegija)
Dr. Vitalija Gerikienė (Šiaulių valstybinė kolegija)
Dr. Zita Gierasimovič (Vilniaus universitetas)
Prof. dr. Natalja Fatkulina (Vilniaus universitetas)
Doc. dr. Zyta Kuzborska (Vilniaus kolegija)
Doc. dr. Asta Mažionienė (Klaipėdos valstybinė kolegija)
Dr. Aldona Mikaliūkaitienė (Vilniaus universitetas)
Doc. dr. Simona Paulikienė (Vilniaus kolegija)
Prof. dr. Artūras Razbadauskas (Klaipėdos universitetas)
Prof. dr. Olga Riklikienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas)
Dr. Eglė Stasiūnaitienė (Vytauto Didžiojo universitetas)
Dr. Rasa Stundžienė (Vilniaus universitetas)
Dr. Renata Šturienė (Vilniaus universitetas)
Dr. Daiva Zagurskienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas)

REDAKCINĖ KOLEGIJA

Redakcinės kolegijos pirmininkė – Loreta Gudelienė-Gudelevičienė
(Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų kompetencijų centras)

Nariai

Rasa Alšauskienė (Lietuvos operacinių slaugytojų draugija)
Vida Augustinienė (Lietuvos pacientų organizacijų atstovų taryba)
Virginija Bulikaitė (Lietuvos slaugytojų diabetologų draugija)
Irena Dabulskienė (Lietuvos greitosios medicinos pagalbos įstaigų asociacija)
Virginija Gailienė (Gydytojo odontologo padėjėjų ir pagalbininkų draugija)
Vera Gerasimčik-Pulko (Lietuvos anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų draugija)
Ingrida Kupčiūnaitė (Panevėžio kolegijos Biomedicinos mokslų katedra)
Ilona Joneliūnienė (Lietuvos akušerių sąjunga)
Stasė Malakauskienė (Lietuvos operacinių slaugytojų draugija)
Rytis Malašauskas (Lietuvos paramedikų asociacija)
Danutė Margelienė (Lietuvos slaugos specialistų organizacija)
Rima Rozenbergaitė (Vaikų ligoninė, Vilniaus universiteto Santaros klinikų filialas)
Virginija Stankevičiūtė (Lietuvos akušerių sąjunga)
Odeta Vitkūnienė (Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija)

MOKSLINIAI STRAIPSNIAI SPAUSDINAMI NEMOKAMAI

Mokslinių straipsnių pateikimo tvarkos aprašą, autorių teisių patvirtinimo deklaraciją ir reikalavimus autoriams rasite internetinėje svetainėje adresu www.sskc.lt

„SLAUGA. Mokslas ir praktika“ galite užsiprenumeruoti visuose Lietuvos pašto skyriuose ir „PayPost“ skyriuose bei internetu www.prenumeruok.lt. Leidinio prenumeratos indeksas - 5105.

Redakcija neatsako už autorių nuomonę

SL 1005. 3,5 sp. l.

Maketavo ir spausdino UAB „BMK LEIDYKLA“, A. Mickevičiaus g. 5, 08119 Vilnius, www.bmkleidykla.lt
Tiražas 500 egz. Kaina 1,45 Eur

Turinys

MOKSLINIS STRAIPSNIS

Simona Žukauskienė, Sonata Čerkauskaitė

Onkologinių pacientų pooperacinių žaizdų gijimas – slaugytojų nuomonė4

2020-IEJI – SLAUGYTOJŲ IR AKUŠERIŲ METAI

Gyvenimas paskirtas mokslui ir žmonėms. Interviu su prof. Danute Kalibatiene7

Ülle Ernits, Kristi Puusepp, Kate-Riin Kont, Taimi Tulva

Estijos slaugos profesijos raida ir slaugytojų mokymo istoriniai, politiniai bei socialiniai aspektai8

SAVIŠVIETA

Daiva Žukauskienė

Namai ne visuomet yra *namai*13

Daiva Kriukelytė

Širdies ir kraujagyslių ligų prevencija. Slaugytojas – komandos narys14

SKLAIDA

Siekiant emocinės gerovės vaikams – per 200 priemonių ir veiklų16

Igyvendinę pokyčius, esame tarp geriausių17

LIETUVOS MEDICINOS BIBLIOTEKA PRISTATO

Janina Valančiūtė

„...kurti ir toliau eiti pasirinktu keliu“18

Kas padeda netikėtose situacijose?19

Onkologinių pacientų pooperacinių žaizdų gijimas – slaugytojų nuomonė

¹Simona Žukauskienė, ²Sonata Čerkauskaitė

¹Respublikinė Kauno ligoninė

²Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos

Raktažodžiai: onkologija, pacientai, pooperacinė slauga, žaizdų priežiūra.

Santrauka

Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis, onkologiniai susirgimai išlieka tarp pirmaujančių sergamumo ir mirtingumo priežasčių visame pasaulyje. Nuo vėžio kasmet miršta daugiau nei 7 mln. žmonių, taip pat kasmet išaiškinama daugiau nei 12 mln. naujų susirgimų piktybiniais navikais [1]. Vienas efektyviausių vėžio gydymo metodų yra chirurginis gydymas, kai vėžio audinys pašalinamas iš žmogaus organizmo [2]. Pooperacinis laikotarpis prasideda nuo operacijos pabaigos ir trunka iki pasveikimo arba prisitaikymo gyventi naujomis sąlygomis. Šis laikotarpis tęsiasi ir vyksta labai įvairiai, tai priklauso nuo daugelio priežasčių – ligos sunkumo ir pobūdžio, operacijos sudėtingumo ir rūšies bei bendros paciento būklės [3].

2018 m. lapkritį–gruodį atliktas momentinis kiekybinis tyrimas, siekiant nustatyti pagrindines slaugos problemas, prižiūrint pooperacines žaizdas pacientų, sergančių onkologinėmis ligomis. Tyrime dalyvavo 43 vienos didžiausios Kauno ligoninės slaugytojos, kurios slaugo pacientus po onkologinių operacijų. Slaugytojų nuomone, nustatyta, kad dažniausios pooperacinės žaizdos komplikacijos, pasitaikančios onkologinė liga sergantiems pacientams, – žaizdos kraštų paraudimas ir patinimas, žaizdos supūliavimas, karščiavimas ir skausmas, o rečiau – tempimo ir pulsavimo pojūčiai, čiuopiamas skausmingas sukietėjimas, šaltkrėtis. Taip pat nustatyta, kad dauguma slaugytojų mano, jog pagrindiniai veiksniai, lemiantys šių pacientų pooperacinių žaizdų komplikacijas, – aseptikos ir antiseptikos taisyklių nesilaikymas, hospitalinė infekcija bei spindulinė terapija, o didžiausią įtaką žaizdų gijimui turintys veiksniai yra susiję su paciento būkle, – imunitetas, cukrinis diabetas, amžius, anemija.

Išvadas

Vėžys (angl. *Cancer*) yra bendras terminas, vartojamas įvardyti didelėms ligų grupėms, kurioms būdingas nekontroliuojamas ląstelių dauginimasis, kai išstumiami ir naikinami aplinkiniai audiniai bei plintama per kraują ar limfą į kitas organizmo vietas, suformuojant metastazes [4]. Lietuvos gyventojų mirties priežasčių struktūroje onkologinės ligos užima antrą vietą. Dėl sergamumo šiomis ligomis dažnio ir vėlyvos diagnostikos svarbu tobulinti onkologinės pagalbos teikimą ir prieinamumą. Vilniaus universiteto Onkologijos instituto duomenimis, Lietuvoje kasmet diagnozuojama beveik 17 tūkst. naujų susirgimų onkologinėmis ligomis, o onkologinių pacientų skaičius mūsų šalyje siekia apie 70 tūkst. Beveik 20 proc. Lietuvos gyventojų mirčių (apie 8 tūkst. atvejų)

tenka mirtims nuo vėžinių ligų [5]. Onkologiniai susirgimai sukelia daugybę įvairių sutrikimų, kurie gali riboti paciento aktyvumą ir veiklą. Vėžiu sergantys pacientai dažnai patiria emocinį ir socialinį stresą, jų gyvybinių veiklų funkcijos, susijusios su fiziniais, emociniais, socialiniais ir pažintiniais poreikiais, suprastėja [6]. Bene efektyviausias vėžio gydymo metodas yra chirurginis gydymas, t. y. vėžio audinys pašalinamas iš žmogaus organizmo [2].

Temos aktualumas. Po onkologinės operacijos svarbu užtikrinti tinkamą pooperacinės žaizdos priežiūrą ir gijimą. Pagrindiniai žaizdos priežiūros principai yra galimų komplikacijų, tokių kaip žaizdos infekcijos ir žaizdos atsivėrimas, išvengimas. Piktybinių navikų gydymas pažeidžia odos vientisumą ir tai sukelia įvairių komplikacijų (pvz., niežulys, bendras epidermio bėrimas, hiperpigmentacija, infekcijų rizika ir kt.), dėl to sunkėja žaizdos gijimo procesas, kuriam įtakos taip pat turi veiksniai, susiję su paciento būkle (pvz., vyresnis amžius, nepakankama mityba, nejudrumas), bei gydymo procesai, iš kurių labiausiai odos vientisumą veikia radioterapija, todėl prižiūrint šių pacientų pooperacines žaizdas būtina atsižvelgti į visus gijimo procesui įtaką darančius veiksniai [7].

Darbo naujumas. Onkologijos srityje atliekama daug mokslinių tyrimų, susijusių su vėžinių susirgimų rizikos veiksniais ir profilaktika. Analizuojami ir vertinami nauji vaistai bei gydymo būdai. Nemažai tyrimų atliekama, siekiant įvertinti onkologinių pacientų pooperacinį laikotarpį ir gijimą. Dažniausiai atliekami tyrimai, kuriais vertinamas pooperacinis skausmas ankstyvuoju pooperaciniu laikotarpiu. Tačiau tiek Lietuvoje, tiek užsienyje mažai tirta pooperacinė onkologinių pacientų slauga, susijusi su operacinių žaizdų priežiūra ir gijimu. Kadangi slaugytojai, prižiūradami onkologinių pacientų pooperacines žaizdas, turi išmanyti žaizdų gijimo procesą, vertinti galimų komplikacijų rizikos veiksniai, šiuo tyrimu buvo siekiama nustatyti slaugytojų nuomonę apie onkologinių pacientų pooperacinių žaizdų gijimą.

Tyrimo tikslas – nustatyti slaugytojų nuomonę apie onkologinių pacientų pooperacinių žaizdų priežiūrą ir jų gijimą.

Tyrimo medžiaga ir metodai

2018 m. lapkritį–gruodį atliktas momentinis kiekybinis tyrimas, taikant tyrėjų sukurta tyrimo instrumentą – anoniminę anketinę apklausą raštu. Ja buvo siekiama nustatyti slaugytojų nuomonę apie dažniausias pooperacinių žaizdų komplikacijas bei jas lemiančius veiksniai. Taikant tikslinę imtį, tyrime dalyvavo vienos didžiausios Kauno ligoninės bendrosios praktikos 43 slaugytojos, slaugančios onkologinėmis ligomis sergančius pacientus. Tyrimui atlikti buvo gautas įstaigos, kurioje vykdytas tyrimas, leidimas. Taip pat gautas raštiškas Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Bioetikos centro pritarimas (Nr. BEC-KK(B)-06). Rezultatų analizė

atlikta, taikant „Microsoft Excel 2016“ biuro programą. Analizuojant ir pateikiant rezultatus, siekiant užtikrinti duomenų konfidencialumo principą, sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas nepateikiamas.

Rezultatai

Tyrimė daugiausiai dalyvavo vyresnio amžiaus bendrosios praktikos slaugytojos, kurių amžius per 50 metų (48,84 proc.), mažiausia grupė tiriamųjų buvo jauniausių slaugytojų, kurių amžius – 20–29 metai (6,97 proc.). Didžioji dalis respondentų buvo įgijusios aukštesniąjį išsilavinimą (74,42 proc.). Daugiau kaip pusė tyrimė dalyvavusių slaugytojų turėjo darbo stažą, didesnę nei 20 metų (74,42 proc.), labai maža dalis slaugytojų buvo dirbančių 5–10 metų (4,64 proc.). Beveik visos slaugytojos dirbo vieno etato darbo krūviu (79,08 proc.), mažesniu arba didesniu nei vieno etato krūviu dirbo labai mažai tyrimė dalyvavusių slaugytojų.

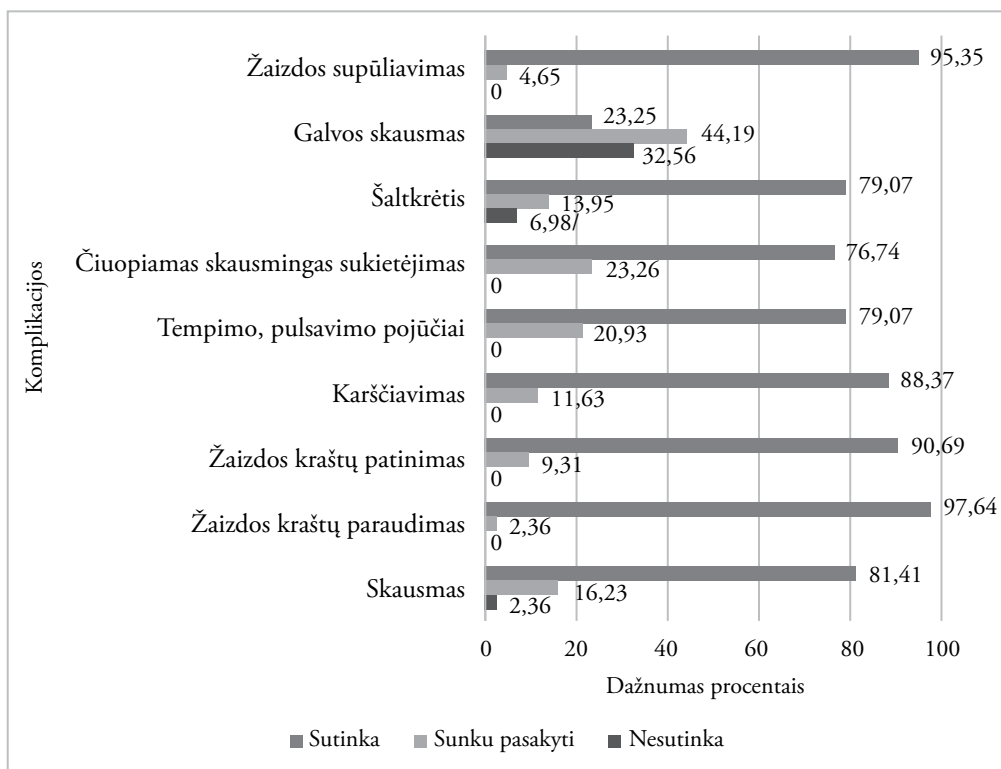
Tyrimo metu slaugytojų buvo klausiama, su kokiomis pooperacinių žaizdų komplikacijomis jos dažniausiai susiduria slaugydamos pacientus po onkologinių operacijų. Nustatyta, kad didžioji dalis slaugytojų teigia susiduriančios su žaizdos kraštų paraudimu (97,69 proc.), žaizdos supūliavimu (95,35 proc.), žaizdos kraštų patinimu (90,69 proc.), karščiavimu (88,37 proc.) bei skausmu (81,41 proc.). Mažesnę dalis nurodė, kad susiduria su tempimo, pulsavimo pojūčiais žaizdos srityje (79,07 proc.), šaltkrėčiu (79,07 proc.), čiuopiam skausmingą sukietėjimą žaizdos srityje (76,74 proc.). Dauguma slaugytojų (44,19 proc.) teigė, kad galvos skausmą sunku įvardyti kaip pooperacinę žaizdų komplikaciją (1 pav.).

Tyrimo metu taip pat buvo siekiama nustatyti, kokie gydymo ir slaugos proceso veiksniai, slaugytojų nuomone, turi didžiausią įtaką onkologinių pacientų pooperacinių žaizdų gijimui. Įvertinus slaugytojų atsakymus, nustatyta, kad

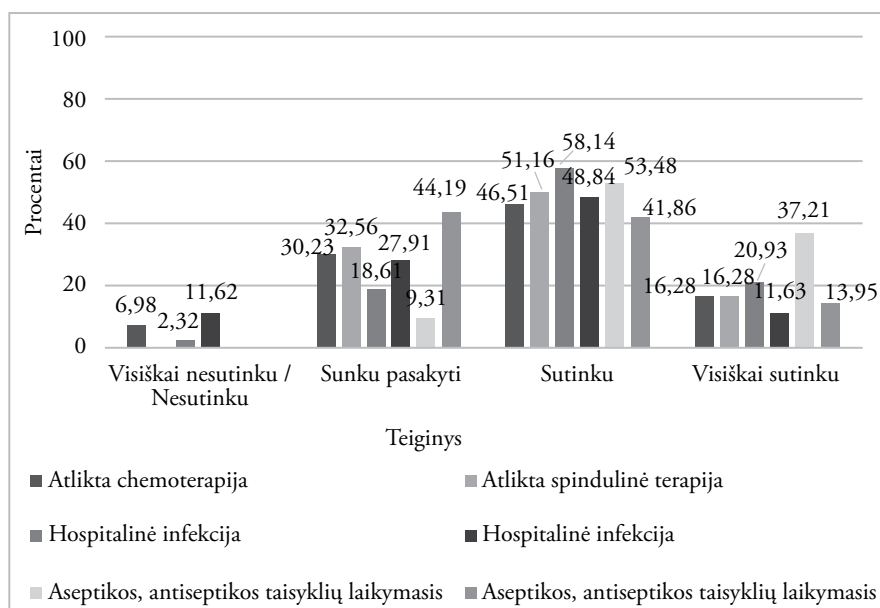
daugiausiai slaugytojų visiškai sutinka, jog aseptikos ir antiseptikos taisyklių laikymasis (37,21 proc.) bei hospitalinė infekcija (20,93 proc.) yra vieni iš lemiančių veiksnių, kurie sąlygoja onkologinių pacientų pooperacinių žaizdų gijimą. Taip pat daugelis slaugytojų sutinka, kad pastarieji minėti veiksniai turi įtakos onkologinių pacientų pooperacinių žaizdų gijimui, atitinkamai – 53,48 ir 58,14 proc. Daugiau kaip pusė (51,16 proc.) slaugytojų pritaria, kad ir spindulinė terapija yra vienas iš žaizdų gijimą lemiančių veiksnių. Tik labai nedidelė slaugytojų dalis (11,62 proc.) mano, kad antibiotikų poveikis neturi įtakos šių pacientų žaizdų gijimui bei žaizdų gijimo nelemia atlikta chemoterapija (6,98 proc.) (2 pav.).

Tyrimu taip pat buvo norima nustatyti, kokie su paciento būkle susiję veiksniai turi įtakos onkologinių pacientų pooperacinių žaizdų gijimui. Dalis slaugytojų visiškai sutiko, kad cukrinis diabetas (CD) šiems pacientams yra vienas iš žaizdų gijimą lemiančių veiksnių (37,21 proc.), taip pat ir imunitetas (30,23 proc.). Daugiau kaip pusė slaugytojų neabejojo, tai yra sutiko, jog anemija, CD ir paciento amžius daro įtaką onkologinių pacientų žaizdų gijimui, taip mano 55,81 proc. Daugiausiai slaugytojų sutinka, kad šių pacientų pooperacinių žaizdų gijimui turi įtakos pačių pacientų imunitetas (53,49 proc.). Tačiau net 44,19 proc. slaugytojų buvo sunku pasakyti, ar paciento nutukimas turi įtakos žaizdų gijimo procesui (3 pav.).

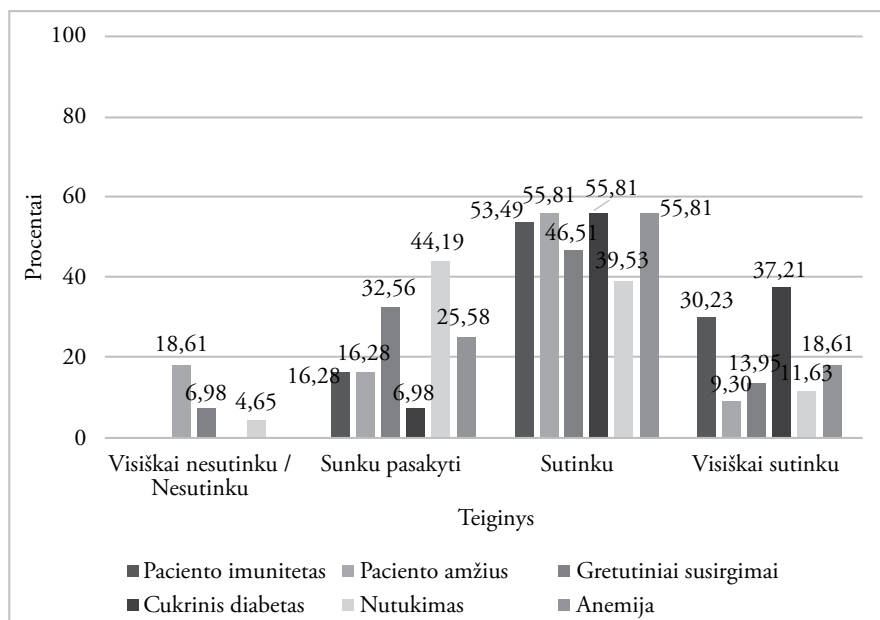
Taigi šiuo tyrimu nustatyta, kad slaugytojos dažniausiai susiduria su tokiomis onkologinių pacientų pooperacinių žaizdų komplikacijomis kaip žaizdos kraštų paraudimas, žaizdos supūliavimas, žaizdos kraštų patinimas, šiek tiek rečiau su karščiavimu ir skausmu. Didžiausią įtaką, slaugytojų nuomone, turi aseptikos ir antiseptikos nesilaikymas bei hospitalinė infekcija žaizdų gijimo proceso metu. O dažniausi veiksniai, lemiantys onkologinių pacientų pooperacinių žaizdų gijimą, susiję su paciento būkle, yra paciento imunitetas, CD, amžius bei anemija.



1 pav. Onkologinių pacientų pooperacinių žaizdų komplikacijos, slaugytojų nuomone



2 pav. Gydytojų ir slaugos proceso veiksniai, turintys įtakos onkologinių pooperacinių žaizdų gijimui, slaugytojų nuomone



3 pav. Veiksniai, susiję su paciento būkle, turintys įtakos onkologinių pooperacinių pacientų žaizdų gijimui, slaugytojų nuomone

Rezultatų aptarimas

S. Guo su kolega L. A. Di Pietro (2010) nurodė, kad žaizdų gijimui turi įtakos vietiniai ir sisteminiai veiksniai. Vietiniai veiksniai – tai tokie veiksniai, kurie išoriškai veikia žaizdos gijimą, o sisteminiai – susiję su paties paciento būkle. Autoriai kaip sisteminiai veiksniai nurodo amžių, lytį, stresą, išemiją, nutukimą, CD, vaistų vartojimą (pvz., gliukokortikoidų), imuninės sistemos sutrikimus (pvz., onkologinius susirgimus) bei mitybą. CD lemia opų ir žaizdų atsiradimą net 15 proc. visų sergančiųjų populiacijos, taip pat šis susirgimas turi didelę įtaką žaizdų gijimui, nes mažina imuninę atsaką, dėl to įvairios žaizdos gyja ilgiau ir lėčiau [8]. Šio tyrimo metu slaugytojos taip pat nurodė, kad CD yra vienas iš veiksnių, turintis įtakos onkologinių pacientų pooperacinių žaizdų gijimui.

Gydytojas chirurgas M. Jarutis (2005) teigia, kad dažniausi žaizdos infekcijos požymiai yra patinimas ir paraudimas žaizdos srityje, pulsuojantis skausmas ar tempimas, limfangitas – limfgyslių uždegimas – odoje matyti raudonos drūžės, vandeningo ar pūlingo sekreto skyrimasis iš žaizdos ar kaupimasis po oda, sritinių limfmazgių padidėjimas, nemalonus kvapas iš žaizdos, bendrieji infekcijos simptomai – karščiavimas bei šaltkrėtis [9]. Didžioji dalis tyrimo dalyvavusių slaugytojų taip pat nurodė šias komplikacijas kaip vienas iš dažniausių, su kuriomis jos susiduria slaugydamos onkologinius pooperacinius pacientus.

Apibendrinant galima teigti, kad ankstesniuose tyrimuose nustatyti žaizdų komplikacijų požymiai bei veiksniai, lemiantys pooperacinių žaizdų gijimą, yra tokie pat ir onkologiniams pacientams, tik šiems pacientams didesnę įtaką turi paciento imunitetas bei su gydymo procesu susiję veiksniai, tokie kaip spindulinė terapija.

Išvados

1. Nustatyta, kad, slaugytojų nuomone, dažniausios pooperacinės žaizdos komplikacijos, pasitaikančios onkologine liga sergantiems pacientams, – žaizdos kraštų paraudimas ir patinimas, žaizdos supūliavimas, karščiavimas ir skausmas, rečiau – tempimo ir pulsavimo pojūčiai, čiuopiamas skausmingas sukietėjimas žaizdos vietoje, šaltkrėtis.
2. Nustatyta, kad, slaugytojų nuomone, pagrindiniai veiksniai, lemiantys šių pacientų pooperacinių žaizdų komplikacijas, – aseptikos ir antiseptikos nesilaikymas, hospitalinė infekcija bei spindulinė terapija.
3. Didžiausią įtaką, slaugytojų nuomone, žaizdų gijimui turintys veiksniai, susiję su paciento būkle, yra imunitetas, cukrinis diabetas, amžius, anemija.

POSTOPERATIVE WOUND HEALING IN ONCOLOGY PATIENTS, ACCORDING TO NURSES

Keywords: oncology, patients, postoperative nursing, wound care.

Summary

According to the World Health Organization (WHO), oncological diseases remain among the leading causes of morbidity and mortality worldwide. More than 7 million people die each year from cancer, and more than 12 million new cases of malignant tumors are diagnosed each year [1]. One of the most effective cancer treatment methods is surgical treatment, when the cancer tissue is removed from the human body [2]. The postoperative period begins at the end of the operation and lasts until recovery or adaptation to new conditions. This period lasts and runs very differently, depending on many reasons – the severity and nature of the disease, the complexity and type of surgery, the overall condition of the patient [3].

In 2018, an instantaneous quantitative study was conducted in November - December to identify major care problems for postoperative wounds in patients with oncological diseases. The study included 43 nurses from one of the major Kaunas hospitals, who care for patients after oncological operations. According to the nurses, the most frequent complications of postoperative wounds occurring in patients with oncological disease are reddening and swelling of the wound edges, wound swelling, fever and pain, and, to a lesser extent, tension and pulsation, palpable hardening, chills. It has also been found that most nurses believe that the main factors contributing to the complications of these patients' postoperative wounds – non-compliance with aseptic and antiseptic rules, nosocomial infection and radiation therapy, and factors that have the greatest impact on wound healing, immunity, diabetes, age, anemia.

Literatūra

1. Steward B., Wild Ch. P. Global battle against cancer won't be won with treatment alone. Effective prevention measures urgently needed to prevent cancer crisis. World cancer report 2014. An IARC publication; 2014.
2. National Cancer Institute. Surgery to Treat Cancer; 2018. Prieiga per internetą: <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types/surgery>.
3. Dailidėnas D. J. Chirurginių ligonių slauga. Panevėžys; 2001.
4. World Health Organization. Cancer; 2018. Prieiga per internetą: <http://www.who.int/cancer/en/>.
5. Nacionalinis vėžio institutas; 2018. Prieiga per internetą: <http://www.nvi.lt/>.
6. Fialka-Moser V., Crevenna R., Korpan M., Quittan M. Cancer rehabilitation. Particularly with aspects on physical impairments. From the Department of Physical Medicine and Rehabilitation, University of Vienna, Austria; J Rehabil Med. 2003; 35: 153–162.
7. Hogle W. P. Principles of Skin Care and the Oncology Patient. Oncology Nursing Society; 2010. Nacionalinis vėžio institutas; 2018. Prieiga per internetą: <http://www.nvi.lt/>.
8. Guo S., DiPietro L. A. Factors Affecting Wound Healing. J Dent Res. 2010; 89(3): 219–229.
9. Jarutis M. Žaizdos ir jų priežiūra. Farmacija ir laikas. 2005.

2020-IEJI – SLAUGYTOJŲ IR AKUŠERIŲ METAI

Gyvenimas paskirtas mokslui ir žmonėms

Žurnalo „Sauga. Mokslas ir praktika“ puslapiuose svečiuojasi buvusi ilgametė mokslinės redakcijos narė Vilniaus universiteto profesorė Danutė Kalibatienė. Profesorę kalbina Loreta Gudelienė-Gudelevičienė.



Gerb. Profesore, Jūs su žurnalu „Sauga. Mokslas ir praktika“ nuo pirmųjų žurnalo žingsnių esate kartu. Redakcinei kolegijai patardavote tematikos, leidybos, dizaino ir kitais aktualiais klausimais. Priminkite mums, kas Jums tuomet įstrigo mūsų pasitarimų, susitikimų metu. Gal koks klausimas, įvykis, nuotaika?

Iš pasitarimų ir susitikimų didžiausią įspūdį man paliko žurnalo redkolegijos narių entuziazmas, didelis užsidegimas, karštos diskusijos ir noras, kad slaugos ir akušerijos profesijos Lietuvoje įgautų kuo didesnę prestižą, slaugos praktika

progresuotų ir pasiektų geriausių pasaulio sveikatos priežiūros įstaigų lygį. Buvo labai tikimasi ir dabar tikima, kad žurnalas padės slaugytojams ir akušeriams ne tik tobulinti profesines žinias, bet ir skatins domėjimąsi naujais slaugos mokslo pasiekimais, skatins aktyvesnę dalyvavimą slaugos mokslo tiriamajame darbe. Pasitarimuose diskusijos buvo įvairios, pavyzdžiui, apie tai, koks būtų tinkamesnis žurnalo viršelio apipavidalinimas – griežto dizaino, „moksliškas“ ar margaspalvis su slaugytojų ir slaugos praktikos aplinkos nuotraukomis. Toli gražu ne taip paprasta buvo apsispręsti. Nulėmė didžiulis noras, kad žurnalas būtų skirtas ne tik praktikams, bet ir slaugos mokslui. Vadovavomės nuostata, kad slaugos praktika tobulės tik tuomet, kai bus puoselėjamas ir aktyviai vykdomas slaugos mokslas.

Jūs visada buvote už mokslo pažangą. 1996 m. Vilniaus universitete pradėta slaugos bakalauro, 2001 m. – slaugos magistrantūros programos. Kodėl Jums rūpėjo ir rūpi slaugą?

Daug metų dirbu ne tik pedagoginį ir mokslinį, bet ir praktinį vidaus ligų gydytojo, gydytojo-konsultanto darbą. Iš jaunystės laikų, kuomet dirbau apylinkės terapeute rajone ar gydytoja ligoninių vidaus ligų skyriuose, labai gerai ir su didele pagarba prisimenu savo koleges slaugytojas. Šiltai prisimenu savo pirmąją kolegę slaugytoją Marytę Švenčionėlių poliklinikoje. Mudvi sutartinai rūpindavomės savo apylinkės pacientais, ir mums tas darbas gerai sekėsi. Bendradarbiavimas su Maryte ir kitais slaugytojais man paliko pirmą gilų supratimą apie tai, koks yra svarbus slaugytojo darbas, nors kartais ir per mažai pastebimas bei įvertinamas. Slaugytojų geranoriškumas, kolegialumas ne tik palengvindavo mano, kaip jaunos specialistės, profesinę veiklą, bet iš jų gaudavau ir gerų patarimų ligonių priežiūros, bendravimo klausimais, kurių ne visada galėdavai rasti vadovėliuose. Todėl, kai Vilniaus universitete imta svarstyti dėl slaugos studijų programų įkūrimo, man ši idėja buvo suprantama ir sava. Neabejojau ir neabejoju dabar, kad slaugytojams ir akušeriams reikia aukštesnio universitetinio išsilavinimo, nes medicinos ir slaugos praktika kasdien tobulėja ir sudėtingėja, slaugos mokslo ir praktikos žinių reikia vis daugiau.

Be daugelio knygų medicinos klausimais (Kalibatiene D. Kvėpavimo sistemos ligomis sergančiųjų slauga, 2001; Plevokas P., Kalibatiene D., Gradauskas A. Slaugytojo chirurgija, 2002; Kalibatiene D. Slaugos istorija, 2004; Kalibatiene D. Slaugos teorija, 2008; Klinikinė slauga. Sudaryt. ir red. D. Kalibatiene, 2008; D. Kalibatiene, A. Gradauskas, J. Šipylaitė. Bendroji chirurginė slauga, 2018, ir kt.), esate mokomosios knygos „Slaugos standartai“, kuri pasirodė 2004 m., autorė. Kas, Jūsų nuomone, pasikeitė per tą laiką slaugytojų profesijoje?

Iš tikrųjų, viena ir kartu su bendraautoriais esu išleidusi keletą knygų slaugytojams, paskelbusi straipsnių žurnaluose slaugos mokslo temomis. Dėstydami slaugos dalykus, pastebėjome, kad labai trūksta mokomosios medžiagos lietuvių kalba. Todėl daug laiko paskyriau vadovėlių rašymui, kuriuose pateikėme ne tik teorines žinias, bet ir praktinių įžvalgų, kurios rėmėsi mūsų studentų slaugytojų ir mūsų pačių patirtimi, stebint kasdieninį slaugytojų

darbą. Dėstant vieną ar kitą dalyką, būna džiugu klausyti mūsų slaugos studentų išsamias klinikinių situacijų analizes ir praktines įžvalgas, paremtas išstudijuota teorija. Džiugu klausytis absolventų pristatomų baigiamųjų darbų, kuriuos dažnai drąsiai galima pateikti publikacijai mokslo žurnaluose. Malonu stebėti, kaip per studijų metus slaugos studentai profesionaliai patobulėja, su koku užsidegimu atlieka mokslo tiriamuosius darbus.

Pastaraisiais metais slaugos praktika padarė didelę pažangą, tačiau slaugos organizavimo ir administravimo srityse yra tobulintinių ir taisytinų dalykų. Mano nuomone, organizuojant slaugos praktiką trūksta sisteminio požiūrio ir raidos strategijos politiniu lygmeniu, bet, manau, tai tik laiko klausimas.

Daug metų atidavėte slaugos specialistų ugdymui. O ko Jūs pati išmokote per tuos metus kaip gydytoja, kaip dėstytoja, kaip žmogus?

Dėstymas ir bendradarbiavimas su slaugytojais man davė didelės naudos – praplėtė žinių akiratį, suteikė gilesnį supratimą apie sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimą, asmeniškai dar labiau paskatino vertinti paciento poreikius ir problemas holistiškai, atkreipti dėmesį ne tik į jų fizinius negalavimus ir medicininės problemas, bet ir į psichologinius bei socialinius poreikius.

2020-ieji PSO paskelbti Slaugytojų ir akušerių metais. Ko palinkėtumėte slaugytojams ir akušeriams?

Visiems slaugytojams ir akušeriams linkiu stiprios sveikatos ir asmeninės laimės. Linkiu, kad jaustumėte pasitenkinimą dirbdami tokį svarbų žmonėms darbą, kad niekada nenusiviltumėte pasirinkta profesija. Linkiu, kad neišblėstų noras padėti ir pagelbėti savo pacientams, kad nepraeitų noras siekti profesinio tobulėjimo. Būkite pozityviai nusiteikę ir smalsūs.

Dėkojame Jums, gerb. Profesore, už ilgametį ir altruistišką darbą žurnalo mokslinėje redakcijoje, už geranoriškumą, kad žurnalas būtų kvalifikuotai parengtas ir profesionalus, kad būtų įdomus ir naudingas slaugos darbuotojams. Tikimės, kad dar pateiksite savo įžvalgų aktualiomis slaugos mokslo ir praktikos temomis žurnalo puslapiuose.

Širdingai linkime Jums kuo didžiausios sėkmės ir dėkojame už išsakytas mintis.

Estijos slaugos profesijos raida ir slaugytojų mokymo istoriniai, politiniai bei socialiniai aspektai

Ülle Ernits, Kristi Puusepp, Kate-Riin Kont, Taimi Tulva

Talino (Estija) sveikatos priežiūros kolegija

Pratarmė

Šio straipsnio tikslas – aprašyti slaugos ir slaugytojų rengimo raidą Estijoje, atsižvelgiant į socialinių ir politinių permainų kontekstą šalyje. Slaugos vystymosi Vakarų Europoje, Skandinavijos ir Baltijos šalyse istorinė apžvalga suteikia galimybę susipažinti su slaugos atsiradimo ir vystymosi ypatumais Estijoje. Didžiausias dėmesys skiriamas slaugos vystymuisi atkūrus nepriklausomybę, pabrėžiant tolesnes slaugymo ir

slaugos mokymo raidos perspektyvas. Ypač didelis dėmesys skiriamas paskutinio dešimtmečio slaugytojų emigracijai iš Estijos. Ši stiprėjanti tendencija gali sukelti problemų Estijos sveikatos priežiūros sistemai.

Rengiant šį straipsnį buvo naudojami duomenys, gauti apibendrinant atitinkamus straipsnius, knygas, ir tyrimų, atliktų keliose Europos šalyse ir turėjusius didžiausią įtaką Estijai, rezultatus. Istoriniai tyrimo metodai leido šiame straipsnyje pateikti dokumentuotą profesijos istorijos vaizdą svarbiais

jos vystymosi laikotarpiais. Istoriniais metodais remtasi analizuojant Estijos slaugos istoriją. Tyrimai apėmė istorinius dokumentus, senąją periodiką, knygas, kuriose buvo skelbiama medžiaga apie slaugymą ir slaugos mokymą.

Slaugymo praktikai ir slaugos mokymui Estijoje įtakos turėjo visos Europos slauga. Kadangi Antrasis pasaulinis karas keliems dešimtmečiams sutrikdė slaugos mokymą Europoje, pirmosios slaugos mokymo programos universitetuose atsirado XX a. 9-ajame dešimtmetyje. Šiuolaikiniam slaugos mokymo procesui didžiausią įtaką turėjo Bolonijos procesas (*Bologna process*), sudaręs prielaidas harmonizuoti slaugos mokymą, todėl reikalingą išsilavinimą įgiję Estijos slaugytojai gali dirbti visoje Europoje. Tai lėmė suaktyvėjusią profesionalių slaugytojų tarptautinę migraciją į aukštesnių pajamų šalis. Apskritai slaugos mokymas tampa vis labiau akademiškas, pirmieji Estijos slaugytojai jau gavo slaugos daktaro (PhD) laipsnį.

Yra išleista monografių apie slaugymo ir slaugos mokymo Estijoje istoriją, tačiau nėra daug apžvalginių straipsnių, lyginančių slaugymą ir slaugos mokymą su šiuolaikiniu slaugos mokymu Europoje. Šiuo straipsniu bandoma užpildyti šią spragą.

Slaugos ir slaugytojų mokymas atkūrus nepriklausomybę (nuo 1991 m.)

Žlugus Sovietų Sąjungai visos šalys dėl kuriam laikui sutrikusios ekonomikos ir didėjančios infliacijos patyrė ekonominį šoką (Healy & McKee, 1997)¹. Visos buvusios Sovietų Sąjungos respublikos turėjo sukurti naują nacionalinį identitetą, naujas konstitucijas, tautiškumo simbolius bei naujus veikimo būdus, įskaitant ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimą (Rechel, et al., 2014, p. 1).

Estijai atkūrus nepriklausomybę, sekant Europos edukacinių sistemų pavyzdžiais, pasikeitė ir sveikatos priežiūros mokymas (Ernits & Sepp, 2010). Pirmasis didysis pokytis įvyko 9-ojo dešimtmečio pradžioje, kai buvo atsisakyta slaugos mokymo programos, pagrįstos bendruoju lavinimu (2 metų ir 10 mėnesių trukmės), ir pereita prie programų, pagrįstų viduriniu išsilavinimu (1 metų ir 10 mėnesių trukmės) (Ernits & Sepp, 2010; Kannus & Varik, 2011). Tai buvo greitų tiek slaugymo organizavimo, tiek slaugos mokymo pokyčių laikotarpis.

Dar prieš atkuriant nepriklausomybę 1991 m., trijose Baltijos šalyse buvo atgaivintos slaugytojų draugijos. Jos su pasididžiavimu rėmėsi savo ankstesne istorija ir pasiekimais bei analizavo tarptautinę skirtingų slaugos modelių patirtį. Jų tikslas buvo pradėti reformas ir skatinti žmones įgyti profesinį išsilavinimą užsienyje, įskaitant papildomus kvalifikacijos tobulinimo kursus slaugytojams. Pirmą kartą buvo pabrėžta komandinio darbo slaugos procese svarba. 1993 m. Estijos slaugytojų asociacija Madride vėl tapo Tarptautinės slaugytojų sąjungos nare. 2000 m. buvo įkurta Estijos slaugytojų tyrėjų taryba (*Estonian Council of Nurse-researchers, ENU*). Tarybos tikslas buvo vystyti sveikatos priežiūros politiką ir įrodymais pagrįstą slaugą bei gerinti slaugos kokybę (Toode 2005, Toode 2015a). Kartu su Tartu universitetu, Socialinių

reikalų ministerijos aukštesnėmis mokymo įstaigomis ENU puoselėja įrodymais pagrįstą slaugą; dalyvauja rengiant teisės aktus ir identifikuojant slaugos poreikius; tobulina slaugos terminologiją bei harmonizuoja slaugos standartus ir kompetencijas. Taryba taip pat koordinuoja tarptautinius ryšius savo profesinėje srityje (Korran, 2008).

2011 m. ENU įkūrė Slaugytojų mokymo patariamąją tarybą (*Advisory Council of Nurses Training*). Patariamiosios tarybos uždavinys yra dalyvauti diskusijose, susijusiose su slaugos mokymo kokybe ir jos tobulinimu. Šiandien kolegos siūlo trijų lygių slaugos mokymą: bazinį, profesinį (sveikatos priežiūra (*health nursing*), psichikos sveikatos slauga, klinikinė slauga, intensyvi slauga) ir slaugos kompetencijų tobulinimą (Pruuden, 2011).

1996 m. pradėtas leisti žurnalas „Eesti Ode“ („Estijos slaugytojas“). Žurnalas leidžiamas keturis kartus per metus, jame publikuojama informacija apie įrodymais pagrįstą mediciną, straipsniai apie aukštųjų mokyklų studentų ir dėstytojų mokslinius darbus (Korran, jt 2008). Reikalingos informacijos taip pat galima rasti moksliniuose straipsniuose apie slaugą, publikuojamuose žurnale „Eesti Arst“ („Estijos gydytojas“).

Naujoji era atnešė didelių iššūkių tiek socialinei sferai, tiek sveikatos apsaugos sistemai bei mokymo institucijoms. Socialinis progresas buvo labai greitas ir intensyvus. Sveikatos apsaugos sistemos vystymasis glaudžiai susijęs su visuomenės vystymusi, įskaitant socialinę ir sveikatos priežiūros politiką. Labai išsiplėtė ir sustiprėjo Estijos slaugytojų sąjungos tarptautiniai kontaktai, ypač su Suomija, Švedija ir Danija (Ende, 2000).

Sveikatos priežiūros darbuotojai visada buvo svarbiausias reformos proceso elementas. Darbas sveikatos priežiūros sistemoje labai intensyvus, todėl reformos turi būti nukreiptos į darbuotojų skaičių, jų specialybes ir įgūdžių lygį, atlyginimus ir darbo sąlygas, taip pat į naujų darbuotojų rengimą bei licencijavimą. Slaugytojai yra pagrindinis daugumos sveikatos priežiūros sistemų ramstis, tačiau buvusioje Sovietų Sąjungoje jų parengimas buvo menkesnis, veikla buvo labiau ribojama nei Vakarų šalyse. Statistiką interpretuoti sunku, nes kvalifikuotų slaugytojų apibrėžimai skiriasi. Iki 9-ojo dešimtmečio vidurio slaugytojai buvo priskiriami „vidurinėsios grandies darbuotojams“, ši kategorija apėmė mažiau kvalifikuotus slaugytojus, kurie buvo rengiami tik vidurinį išsilavinimą teikiančiose mokymo institucijose (Healy & McKee, 1997).

Nepriklausomybės atkūrimas buvo visos Estijos sveikatos priežiūros sistemos pokyčių pradžia, sekant Europos edukacinių sistemų pavyzdžiais (Ernits, Sepp, 2010).

Kaip ir Vakarų Europoje, slaugos raida Estijoje pagrįsta žmogaus teisėmis, etika ir humanizmo supratimu. Teoriniu slaugos ir jos organizavimo Estijoje pagrindu tapo holistinis požiūris į žmogų (Rauhala, 1989; Kalkim et al., 2016), kurio tikslas – paciento gerovė ir pasveikimas. Įvairūs veiksniai, tokie kaip sveikata ir aplinka, daro įtaką pacientų gerovei. Kultūriniai aspektai taip pat laikomi svarbiais. Į šiuos veiksnius atsižvelgiama vystant slaugos mokslą. Šimtametės slaugos mokslo tradicijos nulėmė specifinę slaugos žinių bazę ir akademinį mokymą, kurio pagrindą sudaro šios žinios (Tomey & Alligood, 1998).

1991 m. Tartu universiteto Medicinos fakultete buvo įsteigtas Slaugos mokslų departamentas. 1991–1992 akademinių metais pradėtos slaugos mokslų studijos. Jos vyko pa-

¹ Literatūros šaltiniai (99 pozicijos), kuriais remiantis parengtas straipsnis, yra Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų kompetencijų centro Savišvietos organizavimo ir komunikacijos skyriuje.

gal 3 metų mokymo programą, pirmieji studentai jas baigė 1994 m. (Aro, 2006).

Slaugos profesorė Irene Kalninš iš Sent Luiso universiteto Misūrio valstijoje aprašė mokymo problemas, susijusias su profesinio slaugytojų rengimo aspektais posovietiniu laikotarpiu: „1991 m. trijose Baltijos šalyse pradėtos rengti naujos mokymo programos, prasidėjo studentų atranka. Už naujų programų įdiegimą buvo atsakingos senosios aukštesniojo mokslo institucijos. Ekonominės ir politinės aplinkybės reikalavo kiek įmanoma greičiau įdiegti naujas mokymo programas, tačiau to padaryti buvo neįmanoma be tyrimo ir planavimo etapų. Estijos, Latvijos ir Lietuvos dėstytojai, susipažinę su bakalauro mokymo programomis Skandinavijoje ir JAV, bandė pritaikyti jas atsižvelgdami į visų trijų šalių poreikius ir galimybes. Todėl nenuostabu, kad visos mokymo programos akcentavo daugiausia gydymo dalykus, tik nedidelė jų dalis buvo skirta slaugos svarbai išryškinti. Visose trijose aukštesniojo mokslo institucijose programoms vadovavo gydytojai, dauguma lektorių taip pat buvo gydytojai. Mokymo programose nepakankamai buvo skiriama dėmesio konceptualiai slaugos struktūrai, jos filosofijai ir pagrindinėms kompetencijoms. Vis dėlto su užsienio dėstytojų ir konsultantų pagalba, įvertinus studentų nuomonę, mokymo programos buvo sukurios gana greitai“ (Kalninš, 1995).

Kartu su Danijos dėstytojais medicinos mokyklose buvo pradėtos ruošti europinės slaugytojų rengimo programos. Slaugos mokymas buvo organizuojamas vidurinio mokslo pagrindų (1 metų ir 10 mėnesių trukmės), mokymo programas, kurios rėmėsi pagrindiniu išsilavinimu (2 metų ir 10 mėnesių trukmės), nustota taikyti. 1996–1997 akademiniiais metais medicinos mokyklos pradėjo mokymą profesinio aukštesniojo mokymo pagrindų. Nors pradžia buvo gana chaotiška ir komplikuota, bendradarbiaujant Danijos slaugytojų sąjungai, Estijos slaugytojų sąjungai ir Tartu universitetui buvo parengta bendra slaugos specialybių mokymo programa (3 metų ir 6 mėnesių trukmės) visoms mokykloms, vykdančioms slaugos mokymus. Dėstytojams buvo siūlomi papildomi mokymo kursai, kuriems vadovavo daugiausia slaugos dėstytojai iš Danijos (Ernits & Sepp, 2010; Kannus & Varik, 2011; Söder, 2013). 1996–1997 akademiniiais metais pradėjus dėstyti pagal profesinio aukštesniojo mokymo programas ir perėjus prie 3+2 sistemos, mokymo pagal diplomo ir bakalauro (BA) programas nebuvo reikalo tęsti, tad Tartu universitetas nustojo pagal jas mokyti.

Bakalauro mokymo programa universitete pradėta taikyti 1997–1998 akademiniiais metais, o magistro mokymo programa – 1998–1999 akademiniiais metais (Aro, 2006). Buvo sukurta nauja *Tempus Phare* projekto „Slaugos mokslų magistro studijos Tartu universitete, skirtos slaugos dėstytojams“ (*Tempus Phare project „Master’s studies in nursing science in Tartu University to educate nurse-lecturers“*) mokymo programa. Naujoji mokymo programa atitiko europinius standartus, akcentuojančius slaugos pedagogiką ir tiriamąjį darbą. Mokymas buvo organizuojamas bendradarbiaujant su dėstytojais iš trijų skirtingų šalių. Pagrindinį dalyką (slaugos mokslą) koordinavo Kuopio universitetas, slaugos didaktiką – Geteborgo universitetas, o papildomus dalykus – Tartu universitetas. Tikslas buvo parengti aukštąjį akademinį išsilavinimą įgijusius slaugytojus – specialistus, turinčius analitinių įgūdžių ir kritinį mąstymą, – galinčius daryti įtaką slaugos mokymui ir vystymuisi. Slaugytojų su akademinio išsilavinimu poreikis

atsirado vystantis sveikatos priežiūros sistemai. Slaugytojai su akademinio išsilavinimu buvo reikalingi, kad būtų užpildytos vyriausiųjų slaugytojų, slaugos administratorių ir kitos vadybininkų pozicijos, taip pat mokyti studijuojančiuosius slaugą (Ende, 2000).

Didžiausia sveikatos priežiūros sistemos reforma įvyko 1991–1998 m., kai mažos ligoninės, teikdavusios gydymo paslaugas, buvo uždarytos arba pertvarkytos į slaugos ligonines (Ruusmann, 2001, Eesti haiglavõrgu... 2002). Kita didelė reforma įvyko 1991–2002 m. po to, kai kartu su konsultacine kompanija *Scandinavian Care* buvo sudarytas ligoninių tinklo vystymo generalinis planas (*Hospital Master Plan*). Buvo numatytas ligoninių tinklo vystymasis per artimiausius 15 metų. Šio proceso pradžioje Estijoje buvo 115 ligoninių, kuriose buvo daugiau nei 14 000 lovų. Per dešimt metų ligoninių tinklas pasikeitė taip, kad liko tik 67 ligoninės su mažiau nei 10 000 lovų. Ligoninių ir lovų jose sumažėjimas iš tiesų buvo labai reikšmingas pokytis (Eesti haiglavõrgu... 2002).

Ligoninių pertvarkos tikslas buvo sudėtingų gydymo metodų centralizavimas, paprastesnių gydymo metodų decentralizavimas, ambulatorinių ir dienos paslaugų santykio sumažinimas ir stacionaro paslaugų santykio padidinimas, naujų efektyvių gydymo metodų įdiegimas ir slaugos reikšmės padidinimas (Eesti haiglavõrgu... 2002). Estijai atkūrus nepriklausomybę slauga tobulėjo kartu su sveikatos priežiūros sistemos ir ligoninių tinklo tobulėjimu. Ruošiant ligoninių pertvarkos planus sveikatos priežiūros darbuotojų, pirmiausia slaugytojų, poreikis buvo išanalizuotas kartu su mokymo institucijomis ir profesinėmis sąjungomis (Eesti haiglavõrgu... 2002).

Estijos visuomenės pokyčiai sukūrė keletą galimybių naujos sveikatos priežiūros politikos tobulinimui. Buvo išanalizuoti ankstesni pasiekimai, nuolat studijuojama istorija, siekiant šios analizės rezultatus perkelti į dabartį. „Mokymo turinį ir visą profesinę veiklą daugiausia lemia visuomenės sveikatos poreikiai, kuriuos savo ruožtu lemia kultūra ir resursų prieinamumas. Iššūkiai, su kuriais susiduria visuomenė, gali būti vertinami politiniu, religiniu, socialiniu ir ekonominiu aspektais. Pokyčiai visuomenėje daro įtaką slaugytojų darbui. Gyvensenos, sveikatos ir ligos koncepcijų pokyčiai daro įtaką slaugos profesijos vystymuisi“ (Krause & Salo, 1992, p. 67).

Bendrosios praktikos slaugytojų profesinis standartas, patvirtintas Sveikatos ir socialinės rūpybos akreditavimo tarnybos, buvo patvirtintas 1989 m. birželį. Profesinis standartas – tai reikalavimų, taikomų įgūdžiams, žinioms ir asmeninėms savybėms, rinkinys, kuris, kaip sutarė atitinkamos institucijos, būtinas dirbant tam tikru kvalifikacijos lygiu (Üldõe kutsesstandard, 1999). Profesiniai reikalavimai taikomi bendriesiems ir specialiesiems įgūdžiams ir atitinkamoms žinioms. Slaugytojo profesinį standartą sudaro įgūdžių ir žinių apie socialinį darbą, teises žinias ir kt. sąrašas.

Šiuolaikinėje Estijoje slaugytojas yra nepriklausomas ir kompetentingas, dirba su šeimomis ir bendradarbiauja kitose srityse; žino teisės aktus ir yra kontaktinis asmuo tarp įvairių institucijų. Dėl naujų profesinių reikalavimų būtina pabrėžti aspektus, susijusius su slaugytojo atliekamu socialiniu darbu. Slaugytojo darbą reguliuoja ne tik teisės aktai (Tervishoiuteenuste... 2001), bet ir Tarptautinis slaugytojų sąjungos etikos kodeksas (*International Code of Ethics of the Nurses’ Union*, 2006), kurio tikslas – paremti slaugytojus kasdienėje sprendimų priėmimo praktikoje. Estijai atkūrus nepriklausomybę, valstybės įtaka buvo gerokai mažesnė nei savanorių sektoriaus.

Viso šio laikotarpio tikslas buvo tapti nepriklausoma bendruomene, siekiant sukurti socialinės ir sveikatos priežiūros politiką, apimančią visas gyvenimo sritis. Tokį tikslą galima pasiekti tik tuomet, kai egzistuoja prasminga socialinės ir sveikatos priežiūros politika ir yra išsilavinusių bei kompetentingų sveikatos priežiūros darbuotojų (Tulva, 1995).

Modernizuojant sveikatos priežiūrą, ypač svarbūs teisės aktai. Sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo įstatymas (*Health Services Organization Act*), priimtas 2001 m., nustato sveikatos priežiūros organizavimo reikalavimus ir valdymo, finansavimo bei auditavimo tvarką (RT I 2001, 50, 284). Pagal šį įstatymą, sveikatos priežiūros darbuotojai – slaugytoju, gydytoju, odontologu, akušeriu, farmacininku ar farmacininko padėjėju – galima dirbti tik įsiregistravus sveikatos priežiūros institucijoje. Pagal šį įstatymą, pacientas yra fizinis asmuo, kuris kreipiasi ar gauna kokias nors sveikatos priežiūros paslaugas.

Naujos profesinio mokymo programų tendencijos

Remiantis Bolonijos deklaracija ir 3+2 sistema, Tartu universitetas įdiegė naują magistrų mokymo programą (2002). Naujojoje programoje daugiau akcentuojama slaugos vadyba ir pedagogika. Programos kūrimą, įskaitant užsienio specialistų pritraukimą ir dėstytojų rengimą, rėmė Estijos Respublika ir Europos Sąjunga (ES) (Aro, 2008). Baigusieji mokymus pagal magistro programą dirba dėstytojais profesinėse aukštesniojo mokslo institucijose, slaugos administratoriais ir slaugytojais ligoninėse. Kai kurie absolventai dirba Socialinės apsaugos ministerijos bei Švietimo ir mokslo ministerijos viešosiose įstaigose. 2004 m. medicinos mokyklos ruošėsi pirmajam tarptautiniam išoriniam įvertinimui (Ernits & Sepp, 2010; Söder, 2013). Išorinis įvertinimas buvo padalytas į mokymo institucijų vertinimą ir mokymo programų grupių įvertinimą. Tiek Talino, tiek Tartu medicinos mokyklos įvertinimas buvo sėkmingas, 2005 m. jos buvo pripažintos profesinėmis aukštojo mokslo institucijomis. Įstaigų pavadinimai pasikeitė į Talino sveikatos priežiūros kolegiją ir Tartu sveikatos priežiūros kolegiją (Ernits, 2015). Sveikatos priežiūros kolegijų mokymo programos 2009 m. buvo aprobuotos nacionaliniu mastu, tarptautinė akreditacija gauta 2011 m., tarptautinis kokybės įvertinimas atliktas 2016 m. (Bauman & Matissen, 2011).

Ligoninių tinklo pertvarka pagal Generalinį planą buvo baigta 2007 m. Iš buvusių 63 ligoninių 21 buvo slaugos ligoninė (Ruusmann, 2001; Normet, 2007). Ligoninės suskirstytos į regionines, centrines, daugiaprofilines ir vietines. Kai kuriuose regionuose veikia tik daugiaprofilinė ligoninė. Yra keturios centrinės ligoninės, dvi regioninės ligoninės ir trys vietinės ligoninės. Problema buvo sveikatos priežiūros personalo trūkumas, taip pat silpna infrastruktūra, nepakankamas ambulatorinių sveikatos paslaugų prieinamumas, nepateisinamai ilgas laukimo laikas ir menkas slaugos paslaugų prieinamumas (Normet, 2007).

Estijos slaugos vystymo strategijoje „Aštuoni žingsniai į žmonių gerovę“ (*Estonian Nursing Development Strategy „Eight Steps for Human Wellness“*) 2011–2020 m. pabrėžiamas slaugytojų, turinčių daktaro laipsnį, poreikis, nurodant, kad tokių slaugytojų turi būti daug, siekiant išplėtoti slaugos mokslą, kuris yra svarbi akademinė disciplina ir tvarumo garantas Estijoje. 2015 m. penki Estijos slaugytojai Suomijoje įgijo daktaro laipsnį (PhD), o du slaugytojai rengėsi apginti

daktaro disertacijas iš visuomenės sveikatos srities Tartu universitete (Veski, 2015). Šiandien Estijoje yra keturi sveikatos mokslų daktarai, kurių specializacija – slaugos mokslas (Hino, 2012; Toode, 2015; Demidenko, 2018; Ernits, 2018); jie studijavo Suomijoje ir dirbo slaugos administratoriais bei dėstytojais. Be to, Estijoje yra du medicinos mokslų daktarai (Freiman, 2017; Vorobjov, 2012), kurie studijavo Estijoje. Keletas praktikuojančių slaugytojų mokosi pagal kitas doktorantūros mokymo programas. Taigi, galima teigti, jog slaugos ateitis Estijoje yra šviesi.

Esama (2017 m. sausio 1 d.) pagrindinė slaugos mokymo programa atitinka aukštesniojo išsilavinimo (Kõrgharidusstandard 2008) ir ES direktyvos (EU 2005) reikalavimus. Mokymo programa (210 ECTS) integruoja teoriją su praktika: praktinis mokymas įvairiose sveikatos priežiūros ir socialinės priežiūros bei slaugos institucijose apima 50 proc. mokymo programos. Mokslinio tyrimo ir plėtros darbai yra neatsiejama programos dalis. Svarbiausias mokslinių tyrimo ir plėtros darbų tikslas yra slaugos praktika ir jos tobulinimas. Praktinis mokymas gali būti atliekamas tiek Estijoje, tiek užsienyje, nes abi sveikatos priežiūros kolegijos dalyvauja tarptautinio bendradarbiavimo ir mobilumo projektuose. Baigusieji gimnazijas rusų dėstomąja kalba gali studijuoti specialiose grupėse su pailginta mokymo trukme, kurios metu jie išmoka estų kalbą. Baigusieji mokymą pagal pagrindinę slaugos mokymo programą gali dirbti Estijoje visose sveikatos priežiūros ar kitose srityse.

Slaugytojai turi galimybę tęsti magistro studijas Tartu universitete ar užsienyje arba mokyti kvalifikacijos tobulinimo kursuose (Õe põhiõppe... 2011 ja 2017). Talino sveikatos priežiūros kolegija rengia NANDA slaugos diagnozių ir tyrimų simuliacinius mokymus ir jiems reikalingą programinę įrangą. Mokymo programos buvo parengtos glaudžiai bendradarbiaujant sveikatos priežiūros kolegijoms, vadovaujantis tais pačiais principais ir tomis pačiomis tendencijomis.

NANDA-I slaugos praktikoje ir slaugos mokyme

NANDA *International* (anksčiau vadinta Šiaurės Amerikos slaugos diagnozių asociacija (*North American Nursing Diagnosis Association*)) yra profesionali slaugytojų organizacija, standartizuojanti slaugytojų terminologiją. Įsteigta 1982 m., ji kuria, tyrinėja, platina ir atnaujiną slaugos diagnozių nomenklatūrą, kriterijus bei taksonomiją. Asociacijos tikslas – įdiegti slaugos diagnozes, apimančias ir praplečiančias visus slaugos praktikos aspektus nuo pagarbos profesijai didinimo iki dokumentacijos, atspindinčios slaugytojo profesionalumą, vientisumo užtikrinimo bei dokumentacijos tikslumo, būtino kompensacijoms. NANDA *International* egzistuoja, kad tobulintų, atnaujintų ir skatintų terminologiją, kuri tiksliai nusako slaugytojų klinikinius sprendimus. 2002 m. NANDA tapo NANDA *International*, taip sureaguota į didėjantį narių skaičių už Šiaurės Amerikos ribų. Dabar tiksliai santrumpa yra NANDA-I (NANDA internetinis puslapis: www.nanda.org).

Pirmasis Estijos ir NANDA kontaktas (Slaugos diagnozė: apibrėžimas ir klasifikacija (*Nursing Diagnoses: Definitions & Classification*)) įvyko 2000 m., kai atsirado poreikis mokyti slaugos proceso ir jos dokumentavimo. Buvo būtina rasti ir (arba) sukurti unikalią slaugos kalbą, besiremiančią slaugos terminologija. Patirtis ieškant diagnostikos sistemų ir

lyginant jų taikymą (Ingerainen jt, 2008; Puusepp, 2017) leido padaryti išvadą, kad būtų protinga išversti ir pritaikyti keletą egzistuojančių diagnostikos sistemų. Buvo pasirinkta NANDA, nes tai įrodymais pagrįsta klasifikacija, 1982 m. sukurta JAV. NANDA ir NANDA-I diagnozės ir toliau yra tyrinėjimo objektai, kas trejus metus NANDA papildoma ir atnaujinama (Herdman, 2013; Herman & Kamitsuru, 2016). Estija yra viena iš 16 šalių, kur NANDA-I diagnozės prieinamos valstybine kalba. Iki 2017 m. beveik trečdalis Estijos slaugytojų po bazinio slaugos mokymo ar kvalifikacijos tobulinimo kursų išlaikė NANDA-I pagrindų egzaminą (Puusepp, 2017).

Slaugos darbuotojų poreikis ir slaugytojų migracija

Visame pasaulyje slaugos specialistų labai trūksta. Slaugytojų migracija iš gimtųjų šalių į svečias šalis daro globalų poveikį sveikatos priežiūros sistemoms. Šį fenomeną lemia istoriniai, ekonominiai, socialiniai ir politiniai veiksniai. Migracija daro didelę įtaką tiek individualiu, tiek nacionaliniu lygmeniu (Hongyan et al., 2014).

Per visą žmonijos istoriją žmonės migravo, ieškodami geresnių gyvenimo sąlygų ar verčiami stichinių nelaimių, karų ar dėl prekybos žmonėmis. 2010 m. Tarptautinės migracijos organizacijos (*International Organization for Migration*) ataskaitoje apskaičiuota, kad ne savo gimtosiose šalyse gyvena apie 214 mln. žmonių, slaugos specialistų migracija yra šios didėjančios migracijos dalis (Kingma, 2007).

Slauga tampa vis labiau mobilią profesija, randanti savo vietą bet kurioje pasaulio dalyje, nes sveikatos priežiūros specialistai ir jų žinios yra universalios, todėl migracija tarp šalių tampa lengvesnė (Vörk jt, 2004, 8–10). Kasmet tūkstančiai slaugos specialistų migruoja, ieškodami didesnio atlyginimo ir geresnio darbo, palankesnės darbo aplinkos, karjeros galimybių, profesinio tobulėjimo, asmens saugumo, naujovių ir nuotykių (Kingma, 2007; Freeman jt, 2012). Slaugytojus į kitas šalis vilioja laisvos darbo vietos, profesinio tobulėjimo ar karjeros galimybės, jautri įdarbinimo politika, stabili socioekonominė aplinka, gyvenamosios kokybės, patrauklus darbo užmokestis ir socialinės bei pensijų garantijos. Tarp veiksnių, skatinančių specialistus išvykti iš gimtosios šalies, galima paminėti mažus atlyginimus, ribotas karjeros ir mokymosi galimybes, nepakankamus efektyviam darbui resursus, nestabilią ir (arba) pavojingą darbo aplinką, prastą socialinę ir (arba) pensijų garantijas. Tarptautinis slaugytojų migracijos centras (*International Centre for Nurse Migration*) nurodė, kad pirminės migracijos priežastys („išstumiantys“ veiksniai („push“ factors)) yra didesnių profesinio tobulėjimo galimybių siekimas ir didesnio atlyginimo už darbą poreikis (Haour-Knipe & Alero, 2008). Slaugytojų migracija į užsienį Estijos sveikatos apsaugos sistemai tapo rimta problema. Pagrindinė išvykimo į užsienį priežastis – atlyginimas už darbą. Kitos svarbios priežastys: galimybė papildomai tobulinti kvalifikaciją ir papildoma profesinė veikla, nepasitenkinimas gyvenimu Estijoje ar nepasitenkinimas konkrečia sveikatos priežiūros įstaiga (Adamson, 2014, 7).

Veikiantys ES teisės aktai skatina sveikatos priežiūros darbuotojų mobilumą ir migraciją, o Estijos kontekste tai reiškia vienakryptį judėjimą – iš Estijos. Tą patvirtina Estijos svei-

katos priežiūros institucijų išduoti profesinės kompetencijos sertifikatai. Be to, intensyvus keltų judėjimas tarp Talino ir Helsinkio leidžia vienu metu dirbti ir Estijoje, ir Suomijoje (Kliver et al., 2013).

Dėl sveikatos priežiūros specialistų stygiaus kai kuriose šalyse šiai problemai skiriamas ypač didelis dėmesys. Tai aplink Estiją esančios Skandinavijos valstybės, taip pat kitos ES šalys. Daugiausia slaugytojų išvyksta į Suomiją, Švediją, Daniją, Norvegiją, Didžiąją Britaniją ir kitas šalis (Kliver et al., 2013).

Norėdamos sumažinti darbo jėgos deficitą šios šalys ieško darbuotojų kitose šalyse, ir tie darbuotojai, kurių atlyginimai mažesni, lengvai sutinka dirbti siūlomus darbus (Vörk jt, 2004, p. 8). Paprastai slaugytojų migracija vyksta iš besivystančių šalių į išsivysčiusias šalis (Hongyan et al., 2014). PSO ataskaitoje (2006) nurodyta, kad tarptautinis slaugytojų įdarbinimas ir migracija daro įtaką aprūpinimui darbo jėga ir tapo svarbiu politikos aspektu.

Tarptautinio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos (*Organization for Economic Cooperation and Development*) analizė (2012) patvirtina, kad slaugytojų skaičius Estijoje yra mažesnis nei vidutinis, ir tai neleidžia didinti sveikatos priežiūros sektoriaus efektyvumo. Slaugytojų skaičius didėjo iki 2008 m., vėliau pradėjo mažėti: 2008 m. buvo 6,4 slaugytojai 1000 gyventojų, o 2010 m. jau tik 6,1. Tuo tarpu Europos vidurkis yra 8, o Suomijoje apie 15/1000 gyventojų, tad Estijos slaugytojai jaučia vis didėjančią darbo krūvį. Didėjant darbo krūviui slaugytojai pacientams gali skirti vis mažiau dėmesio (OECD: *Health at glance in Europe*, 2012, p. 72). Ilgalaikės ir reguliarios įdarbinimo kampanijos Suomijos ir Švedijos ligoninėse ir Estijos nedarbo draudimo fondo (*Estonian Unemployment Insurance Fund*) organizuojami užsienio kalbų kursai negerina situacijos.

Norint subalansuoti sveikatos priežiūros sistemą, būtina žinoti, kaip numatyti sveikatos priežiūros specialistų mokymo poreikius tiek kiekybiniu, tiek kokybiniu (turinio) aspektu. Planuojant rengimo poreikį būtina atsižvelgti į sveikatos priežiūros specialistų profesinę struktūrą. Dirbančiųjų slaugytojų amžiaus struktūra yra gana tolygi, didžiausią grupę sudaro 35–44 metų amžiaus darbuotojai.

Sveikatos priežiūros darbuotojų migracija į užsienį kelia pagrįstų klausimų dėl sveikatos priežiūros sistemos tvarumo. Estija iškėlė tikslą pasiekti 9 slaugytojų/1000 gyventojų rodiklį, tačiau per pastarąjį dešimtmetį šis santykis siekė tik 6–7 (Kliver et al., 2013). OECD šalyse narėse vienam gydytojui tenka vidutiniškai 3 slaugytojai. Estijoje gydytojų ir slaugytojų santykis visiškai iškreiptas: norint pasiekti vidutinį Europos santykį 3:1, Estijoje turėtų dirbti 4000 slaugytojų daugiau, nei dirba šiuo metu (Tulevikuvaade... 2017). Socialinių reikalų ministerija 2007–2008 m. parengė Nacionalinį sveikatos planą 2009–2020 (1), kuris tapo pagrindiniu planavimo dokumentu. Jame nurodyta, kad slaugos specialistų skaičius 1000 gyventojų yra vienas iš penkių plėtros rodiklių. Per 2011–2020 m. slaugytojų skaičius turi padidėti 50 proc. (nuo 6,4 iki 9 slaugytojų/1000 gyventojų).

Pagal „Development of Estonian Nursing Profession and Nurses' Training: Historical, Political and Social Perspectives“, in: Professional Studies: Theory and Practice“, 2019 / 5 (20) parengė Michailas Aizenas ir Loreta Gudeliienė-Gudelevičienė Sveikatos priežiūros ir farmacijos kompetencijų centras

2020-ieji – Vaikų emocinės gerovės metai

Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų kompetencijų centras dalyvauja Sveikatos apsaugos ministerijos programoje 2020-ieji Vaikų emocinės sveikatos metai. Atsiliepiant į šią iniciatyvą žurnale „Slauga. Mokslas ir praktika“ spausdinamas mokomųjų straipsnių ciklas (pirmas straipsnis „Ašaros – vaikiškų krizių vaistai“ paskelbtas Nr. 2) sveikatos priežiūros specialistams, apie vaikų psichologines krizes ir sutrikimus bei jų ankstyvąjį atpažinimą, pirmos emocinės pagalbos teikimą ir tęstinės pagalbos užtikrinimą vaikams. Ciklą parengė Geštalto psichoterapeutė Daiva Žukauskienė.

Namai ne visuomet yra namai

Daiva Žukauskienė

Socialinės ir emocinės komunikacijos centras



Didžiausias krizes vaikams tenka išgyventi nedarniose šeimose, skaudžiausiai juos žaloja artimieji ir stresas. Šeima lyg atskira valstybė saugo savo sienas ir vengia savo problemas nešti į išorę, todėl vaikai, augantys tokiose šeimose, laiku negauna palaikymo, dėmesio ir pagalbos. Pamatyti, atpažinti ir

mokėti suteikti pagalbą vaikui yra visų mūsų pareiga. Abejingumas kenčiančiam vaikui yra empatijos stygiaus, sudiržusios širdies savybė. Gaila, bet dažnai visuomenė tiesiog negeba atpažinti ženklų, kurie rodo, kad vaikas yra krizinės būsenos ar net tiesiogiai patiria smurtą ir prievartą.

Požymiai, rodantys, kad vaikas patiria prievartą, dažniausiai pasireiškia turint artimą kontaktą su tais, kurie smurtauja ar patiria smurtą. Tai yra:

- agresyvus elgesys, susierzinimo priepuoliai;
- abejingumas aplinkai, nusišalinimas nuo įvykių, bendravimo, aplinkos;
- perdėtas nuolaidžiavimas kitiems;
- neramus miegas, naktiniai košmarai;
- depresija, užsisklendimas savyje;
- šeimoje vykstančio gyvenimo laikymas paslapyje, bandymas izoliuotis nuo aplinkos, svetimų žmonių;
- kitų žmonių baimė, nenoras pasilikti vienam su kitais žmonėmis;
- vaikas laimingas ir atsipalaidavęs jaučiasi tik ten, kur nėra artimųjų;
- nedalyvavimas visuomeninėje veikloje, draugų neturėjimas;
- mokymosi rezultatai neatitinka vaiko gabumų;
- nepasitikėjimas suaugusiais žmonėmis;
- bėgimas iš namų, suicidiniai bandymai;
- mokyklos nelankymas, pesimistiniai pasisakymai;
- asocialus elgesys.

Šeimoje, kurioje kuris nors vienas suaugusysis smurtauja prieš kitą žmogų, vaikams nepavyksta išvengti smurto. Dažniausiai smurtauja vyrai (apie 70 proc.). Smurtautojas, net fiziškai neliesdamas artimoje aplinkoje esančio vaiko, prieš jį smurtauja pasyviai. Smurto aplinka visada paliečia joje gyvenantį vaiką – aktyviai arba pasyviai. 90 proc. vaikų smurtaujančioje aplinkoje yra matę arba patyrę smurtą patys. Vaikas, matęs smurtą, ir vaikas, patyręs smurtą, elgesiu, mąstymu ir emociniu fonu yra identiški. Apie 60 proc. vaikų patiria sužalojimų, bandydami apginti savo artimuosius, dažniausiai mamą arba už save jaunesnius brolius, seseris, augintinius.

Viena iš trijų nėsčių moterų susiduria su fizine prievarta.

Smurtą patyrusioms nėsčiosioms du kartus dažniau įvyksta persileidimas. Tokios moterys pagimdo mažo svorio arba nėsčiusius kūdikius.

Pagrindinis jausmas, kurį patiria traumuojami vaikai, yra baimė. Baimė gali pasireikšti įvairiai. Baimės kamuojami vieni vaikai užsisklendžia savyje, tampa vangūs ir apatiški, kiti priešingai, būna labai impulsyvūs ir agresyvūs. Saugioje ir ramioje aplinkoje vaikų baimės neišnyksta, jos sugrįžta prisiminimų blyksniais, naktiniais košmarais.

„Subjektyvi patirtis yra būtina tapatybės pajautimo ir sąmoningumo sąlyga“, teigia psichoterapeutas Jamesas Bugentalis. Psichika įjungia apsaugos mechanizmus ir stengiasi traumuojančius įvykius ištrinti iš atminties, palikdama joje pilkas užmaršties dėmes. Vaiko tapatybėje traumuojančios įvykiai taip pat palieka tuštumą, neberašoma asmeninė vaiko identiteto istorija. Psichoterapijoje tenka susidurti su suaugusiais žmonėmis, kurie neatsimena savo vaikystės arba neatsimena tik kai kurių savo gyvenimo etapų – ne visada, bet tai tikrai gali būti ženklas, kad žmogus yra patyręs skaudžių išgyvenimų. Kuo daugiau būta trauminių patirčių, tuo daugiau pilkų, tuščių atminties dėmių asmens istorijoje. Psichika retkarčiais prasklaido atminties rūką, ir tuomet išnyra prisiminimų blyksniai, kurie neduoda ramybės. Traumuotas vaikas auga fiziškai, bet nebevyksta jo tapatybės istorijos kūrimas. Suaugusį klausimą „kas esi TU?“ tokiame žmogui sunku atsakyti, nes žmogus yra jo istorija, o traumuoti vaikai neturi „savo“ istorijos, jie yra pamiršę save.

Namai, kuriuose smurtaujama, liejasi pyktis, aidai keiksmams, agresija vaikui tampa kalėjimu, kuriame jis jaučiasi uždarytas. Mažasis kalinys tampa šiurkštus ir užsispyręs, nesukalbamas ir visada pasiruošęs gintis. Namai praranda saugumą, todėl vaikai, kai tik gali, bėga iš jų lyg iš kalėjimo. Jiems daug mieliau būti pas draugus, gimines, net kaimynus. Vieni prieglobstį randa bibliotekose, mokyklose, o kiti netinkamose kompanijose, rūsiuose, garažuose – ten, kur jų nepasiekia nenusipėjama situacija. Nesaugumas tampa jausmu, lydinčiu visą gyvenimą. Nesijausdami saugūs vaikai save laiko beverčiais, niekam nereikalingais, tokiais, kuriuos galima žaloti ir skriausti, nes jie yra tiesiog niekas. Vidinė vertė nesusikuria nesaugioje aplinkoje.

Vaikai kopijuoja suaugusiųjų elgesį, todėl vaikai iš prievartą ir smurtą patiriančių šeimų vietoj jausmų naudoja fizinę agresiją. Pyktis ir agresija jie atsako į bet koki nepasitenkinimą situacija. Pyktis, konfliktuoti, ginčytis vaikai turėtų išmokyti namuose. Matydami netinkamą tėvų pavyzdį, jie ima elgtis taip pat kaip tėvai, tokiems vaikams normalu yra muštis, kai kažko nori, kai kažkas nepatinka, net tada, kai liūdi ar nuobodžiauja. Nemokėdami žodžių, kurie nusako jų jausmus, nuotaikas, jie griebiasi agresijos, garsiai šaukia, laužo daiktus. Vaikai, nema-

tydami tinkamo pavyzdžio, negeba išreikšti jausmų žodžiais, dažniausiai atpažįsta tik baimės ir pykčio jausmus.

Jautresni, daugiau empatijos turintys vaikai patys ištraukia į šeimos konfliktus, prisiima taikdario, gelbėtojo vaidmenį, stengiasi nutraukti konfliktinę situaciją, sutaisyti tėvus. Jie dažnai jaučia kaltę ir atsakomybę dėl to, kad suaugusieji pykstasi, smurtauja vienas prieš kitą. Vaikui labai sunku priimti vienos ar kitos pusės taisyklės, jis nori būti geras abiem tėvams, yra draskomas vidinio lojalumo kažkuriam iš konflikto dalyvių. Tokie vaikai neturi vaikystės, jie nekuria savęs, jie kovoja suaugusių žmonių kovas, mąsto jų mintimis ir jaučia jų jausmus. Susiliejęs su suaugusiuoju atima iš vaiko vaikystę, o kartu ir galimybę užaugti savarankiška asmenybe.

Kasdienė įtampa šeimoje sekina vaiko nervų sistemą, tokie vaikai perdega, būdami taikdariais ir dažniausiai mamos gynėjais. Jų perdegimas pasireiškia nusivylimu gyvenimu, savimi ir suaugusiais žmonėmis. Jie praranda tikėjimą ateitimi, netenka vilties, kad bus geriau, kad kada nors viskas baigsis. Žlunga jų tikėjimas, kad šeima gali būti taiki, darni, saugi, tokie vaikai ateityje sunkiai kurs savus santykius, nepasitikės kitu žmogumi.

Tėvai, kurie rūpinasi savo vaikais, nors ir neišvengia nedarnių santykių šeimoje, visai stengiasi apsaugoti vaikus nuo streso. Dažniausiai pasirenkama slapukavimo, nutylėjimo technika, kuri nėra tokia žalinga kaip atviras smurtas, prievarta, bet vis tiek žaloja. Vaikas ir mama – tai susisiekiantys indai. Jei mama jaučia nerimą, įtampą, baimę, tą patį jaučia ir vaikas, nors ir nežino nerimo priežasties. Disonansas tarp to, kas kalbama, ir to, kas vyksta, vaikui sukelia sumaištį. Dėl informacijos stokos situacija vertinama ne-

adekvačiai, į ją reaguojama netinkamai. Vaikai gyvena tame pačiame įtampos lauke, todėl paaiškinti jiems, kas vyksta, yra tiesiog būtina.

Nesantaiką šeimoje vaikai išgyvena kaip savo gyvenimo krizę. Ne visada tėvai gali jiems padėti ją įveikti. Geriausiai tokiai šeimai gali padėti specialistai. Pagalba būna labai įvairi, nes skirtingo amžiaus vaikams reikia ir skirtingų pagalbos būdų. Pagalba turi būti orientuota į vaiko saugios aplinkos atkūrimą, jei tai neįmanoma, – į jos pakeitimą. Vaikui, patiriančiam stresą, įtampą, reikalingas žmogus, kuriam jis gali išsipasakoti, kuris išklausys, nuramina, supranta vaiko jausmus ir elgesį, atsako į jo užduodamus klausimus. Vaikus labai kankina nežinomybė ir situacijos neapibrėžtumas, todėl tikslinga vaikui aiškinti, kas vyksta, ko galima tikėtis, kur gauti palaikymą ir pagalbą. Seneliai, vyresni broliai ir seserys yra puikūs pagalbininkai jaunesniam vaikui. Psichologai, psichoterapeutai, pedagogai, socialiniai darbuotojai, dvasininkai yra trūkstanti pagalbą grandis vyresniems vaikams. Vaikas, kuris turi suaugusio žmogaus užnugarį, lengviau išgyvena krizes. Tikru pagalbininku vaikui krizių metu gali būti bet kas, kas suteikia saugumą, apgina, bet kokie namai ar aplinka, kurioje vaikas gali nors trumpam užsimiršti, atgauti jėgas, emociškai sušilti, kas jį sustiprina, kad galėtų grįžti į savus namus. Laisvalaikis, savaitgaliai ar atostogos darnioje draugų šeimoje, pas gimines ar net stovykla vaikui yra laikas, kai jis gali atgauti jėgas, sustiprėti psichologiškai. Vaikai kaip ir suaugusieji nemėgsta gailesčio, bet mielai priima rūpestį ir meilę. Visos krizės anksčiau ar vėliau baigiasi, suteikti vaikui viltį, palaikyti jį yra visuomenės pareiga.

Širdies ir kraujagyslių ligų prevencija. Slaugytojas – komandos narys

Daiva Kriukelytė

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Slaugos ir rūpybos katedra

Rūkymas

Visame pasaulyje pagrindinės sveikatos problemos yra širdies ir kraujagyslių sistemos ligos (ŠKL), lemiančios 30 proc. visų mirčių. Manoma, kad 2030 m. neinfekcinės ligos sudarys daugiau kaip tris ketvirtadalius visų mirčių [1].

Remiantis naujausiais statistiniais Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis, pastebima, kad Lietuvos gyventojų mirties priežastys daug metų nesikeičia, t. y. pagrindinės mirties priežastys taip pat yra kraujotakos ligos, nuo kurių 2018 m. mirė daugiau nei pusė visų mirusiųjų (54,4 proc.). Iš visų mirusiųjų 2018 m. 22,3 proc. sudarė 16–64 m. (darbingo) amžiaus asmenys (33,1 proc. vyrų ir 12,2 proc. moterų). Nuo išeminių širdies ligų mirė 17,8 proc. darbingo amžiaus vyrų ir 10,9 proc. darbingo amžiaus moterų [2]. Taigi, ŠKL yra ne vien sveikatos problema, bet ir didelė ekonominė našta ne tik Lietuvoje, bet ir Europos Sąjungoje. Kasmetinė ŠKL priežiūra Europos Sąjungai kainuoja apie 192 milijonus eurų [3].

ŠKL sukeliantys valdomi (keičiamieji) rizikos veiksniai yra rūkymas, arterinė hipertenzija, fizinis neaktyvumas, netinkama mityba, nutukimas, dislipidemija, cukrinis diabetas, psichosocialiniai veiksniai. Nors šie rizikos veiksniai yra valdomi, vis dar sunku užkirsti jiems kelią ar juos kontroliuoti.

Straipsnio tikslas – apžvelgti ŠKL sukeliančius valdomus rizikos veiksnius bei slaugytojo vaidmenį ŠKL prevencijai.

Rūkymas yra viena dažniausių širdies ir kraujagyslių ligų bei mirties priežasčių visame pasaulyje. Rūkymas ypač didina ŠKL, periferinių kraujagyslių ligų, aortos aneurizmos, insulto ir kitų ligų riziką. Šių ligų ir mirčių galima išvengti nustojus rūkyti. Deja, visoje Europoje vis dar daugėja rūkančių moterų ir paauglių [4]. Vaikai mokyklose turėtų būti mokomi sveikos gyvensenos įpročių, įskaitant paskaitas apie rūkymo kenksmingumą, skatinant jaunos žmonės nepradėti rūkyti ar atsisakyti šio žalingo įpročio [6].

Yra keletas priemonių, kurios padėtų pacientui mesti rūkyti. Tai:

- individualūs patarimai;
- grupinė terapija;
- pakaitinė terapija nikotinu;
- antidepresantai (metimas rūkyti ir nikotino sutrikimas gali išprovokuoti depresiją);
- šeimos, sutuoktinio palaikymas.

Jei žmogus rūko, slaugytojai turėtų nustatyti priklausomybę nikotinui. Tam naudojamas 1991 m. Fagerstrom su bendraautoriais sukurtas testas (1 lentelė). Testą sudaro 6 klausimai, kurie vertinami nuo 0 iki 10 balų. Kuo daugiau balų, tuo priklausomybė didesnė. Svarbiausi yra pirmas ir ketvirtas klausimai [4].

1 lentelė. Testas nustatyti priklausomybę nikotinui

Klausimas	Atsakymas	Balai
1. Kada pabudęs ryte surūkote pirmąją cigaretę?	Per 5 min. Po 6–30 min. Po 31–60 min. Po 60 min.	3 2 1 0
2. Ar jums sunku nerūkyti draudžiamose vietose?	Taip Ne	1 0
3. Kelintos cigaretės jums sunkiausia atsisakyti?	Pirmosios rytą Bet kurios kitos	1 0
4. Kiek cigarečių surūkote per dieną?	31 21–30 11–20 10	3 2 1 0
5. Ar pabudęs per pirmąsias valandas rūkote daugiau negu kitu dienos metu?	Taip Ne	1 0
6. Ar rūkote, kai sergate ir didesnę dienos dalį praleidžiate lovoje?	Taip Ne	1 0

0–2 balai – labai maža priklausomybė; 3–4 balai – maža priklausomybė; 5 balai – vidutiniška priklausomybė; 6–7 balai – didelė priklausomybė; 8–10 balų – labai didelė priklausomybė

Įvertinus priklausomybę nikotinui, kitas žingsnis yra paruošti rūkantįjį pokyčiams. Visi rūkantys pacientai turėtų būti skatinami visam laikui mesti rūkyti. Kasdieninėje praktikoje rekomenduojama naudoti 5 A strategiją [4, 7]:

A – (angl. ASK) – paklausti paciento apie rūkymą. Kiekvieno susitikimo metu paklausti, ar pacientas nerūko, o rūkančio – apie rūkymo įpročius.

A – (angl. ASSESS) – įvertinti. Paklausti, ar pacientas nori mesti rūkyti. Jei nori mesti rūkyti, tuomet reikia padėti pacientui. Jei nenori mesti rūkyti, tuomet reikia nustatyti, kokios yra nenoro mesti rūkyti priežastys.

A – (angl. ADVISE) – patarti. Primygtinai raginti pacientą mesti rūkyti. Pasakyti pacientui, kad mesti rūkyti yra labai svarbu, norint išsaugoti savo sveikatą.

A – (angl. ASSIST) – padėti mesti rūkyti:

- pasakyti šeimai, draugams ir bendradarbiams, kad pacientas meta rūkyti;
- pašalinti tabako gaminius iš aplinkos. Pirmiausia pašalinti tabako gaminius iš ten, kur daugiausia praleidžia laiko (darbe, namuose, automobilyje). Namuose taip pat turi būti nerūkoma;
- mesti rūkyti labai sunku, kai namuose rūko kiti šeimos nariai;
- numatyti pokyčius, atsiradusius pirmomis nerūkymo dienomis. Tai nikotino abstinencijos simptomai;
- prireikus pasitarti su gydytoju dėl pakaitinės nikotino ar kitų vaistų terapijos;
- kadangi alkoholis yra susijęs su rūkymo atkryčiu, pacientui patarti vengti alkoholio vartojimo.

A – (angl. ARRANGE) – susitarti. Slaugytojas turėtų pasakyti pacientui, kad rašytų dienoraštį ir atsineštų jį į susitikimą.

Metimo rūkyti data turėtų būti nustatyta pirmojo susitikimo metu. Į datą turėtų būti atsižvelgiama kaip į svarbų įvykį, vykstantį paciento gyvenime. Pacientas turi pats apsispręsti ir pasiruošti: atsikratyti peleninės, cigarečių pakelių ir kitų su rūkymu susijusių daiktų.

Pavojinga ne tik rūkyti, bet ir būti prirūkytoje patalpoje. Pasyvus rūkymas padidina ŠKL riziką [5]. Nacionalinė tyrimų taryba (*National Research Council*), tirdama šlapime kotiną, susidarantį, kai organizmas suskaido nikotiną, nustatė, kad buvimas prirūkytoje aplinkoje yra tas pats, kas kiekvieną dieną surūkyti nuo 0,1 iki 1 cigaretės. Pasyvus rūkymas ypač pavojingas vaikams [8].

Arterinė hipertenzija

Arterinė hipertenzija (AH) yra vienas svarbiausių valdomų ŠKL rizikos veiksnių. Daugelyje išsivysčiusių šalių daugiau nei 30 proc. suaugusiųjų kenčia nuo AH. Rizika susirgti ŠKL padvigubėja padidėjus kraujo spaudimui: diastoliniam 10 mmHg ir sistoliniam 20 mmHg.

Europos kardiologų draugija yra pateikusi kraujo spaudimo ir arterinės hipertenzijos klasifikaciją (2 lentelė) [4].

2 lentelė. Kraujo spaudimo ir arterinės hipertenzijos klasifikacija pagal Europos kardiologų gaires

Kategorija	Sistolinis AKS (mmHg)	Diastolinis AKS (mmHg)
Optimalus	< 120	< 80
Normalus	120–129	80–84
Padidėjęs normalus	130–139	85–89
I° hipertenzija	140–159	90–99
II° hipertenzija	160–179	100–109
III° hipertenzija	≥ 180	≥ 110
Izoliuota sistolinė hipertenzija	≥ 140	< 90

Norint išvengti AH, svarbu nuo vaikystės maiste mažinti druskos kiekį, skatinti fizinį aktyvumą ir užkirsti kelią nutukimui. Kraujo spaudimas gali būti sumažintas keičiant gyvenimo įpročius ir vartojant vaistus nuo arterinio kraujo spaudimo. Tinkamus gyvenimo įpročius sudaro:

- mažesnis druskos vartojimas (< 5 g/dieną);
- mažesnis alkoholinių gėrimų vartojimas (10–30 g/d.);
- Viduržemio jūros dieta (daugiau omega 3 riebalų rūgščių);

- didesnis fizinis aktyvumas;
- nerūkymas;
- kūno svorio reguliavimas.

Pirminė profilaktika turėtų prasidėti nuo ankstyvojo amžiaus. Arterinė hipertenzija yra ne tik ŠKL rizikos veiksnys, bet ir mirčių nuo koronarinės ligos ar insulto rizikos veiksnys. Nustatyta KŠL rizikos klasifikacija, atsižvelgiant į arterinį kraujo spaudimą, rizikos veiksnius ir organų pakenkimus (jei yra) (3 lentelė) [4].

3 lentelė. KŠL rizikos klasifikacija

Arterinis kraujo spaudimas (mmHg)				
Kiti rizikos veiksniai, besimptomis organo pažeidimas ar liga	Padidėjęs normalus SKS 130–139 ar DKS 85–89	I° hipertenzija SKS 140–159 ar DKS 90–99	II° hipertenzija SKS 160–179 ar DKS 100–109	III° hipertenzija SKS ≥ 180 ar DKS ≥ 110
Nėra kitų rizikos veiksnių		Maža rizika	Vidutinė rizika	Didelė rizika
1–2 rizikos veiksniai	Maža rizika	Vidutinė rizika	Vidutinė, pereinanti į didelę riziką	Didelė rizika
≥ 3 rizikos veiksniai	Maža, pereinanti į vidutinę riziką	Vidutinė, pereinanti į didelę riziką	Didelė rizika	Didelė rizika
Organo pažeidimas, lėtinė inkstų liga (3 stadijos) ar cukrinis diabetas	Vidutinė, pereinanti į didelę riziką	Didelė rizika	Didelė rizika	Didelė, pereinanti į labai didelę riziką
Simptominė KŠL, lėtinė inkstų liga (≥ 4 stadija) ar cukrinis diabetas su organų pažeidimu ir (arba) rizikos veiksniais	Labai didelė rizika	Labai didelė rizika	Labai didelė rizika	Labai didelė rizika

SKS – sistolinis kraujo spaudimas, DKS – diastolinis kraujo spaudimas

Straipsnio tęsinį skaitykite žurnalo 4-ame numeryje.

SKLAIDA



2020-ieji – Vaikų emocinės gerovės metai

Siekiant emocinės gerovės vaikams – per 200 priemonių ir veiklų

2020-uosius Sveikatos apsaugos ministerijos (SAM) iniciatyva paskelbus Vaikų emocinės gerovės metais, įvairios šalies institucijos ir organizacijos įgyvendins per 200 veiklų, kuriomis siekiama ne tik atkreipti visuomenės dėmesį į vaikų emocinės gerovės svarbą, bet ir įgyvendinti konkrečias į

sisteminius pokyčius orientuotas priemones, stiprinant vaikų emocinę sveikatą. Tam šiandien (2020 m. vasario 4 d.) pritarė Ministrų kabinetas.

Sveikatos apsaugos ministro Aurelijaus Verygos teigimu, investicijos į vaikų emocinę gerovę – vertingos investicijos į

ateitį. Tad tai būtina daryti pasitelkiant visas įmanomas priemones, visais įmanomais lygiais.

„Džiaugiuosi, kad atsigręžiamo į tikrai svarbias, opias mūsų visuomenės problemas ir telkiamės įgyvendinti sisteminių pokyčių. To reikia, kad vaikai šeimose augtų laimingi ir mylimi, kad jaustųsi saugūs darželiuose, mokyklose, galų gale – gatvėse, kad patyčių kultūrą keistų tolerancija. Tam reikalingos visų – atsakingų institucijų, mokyklų, darželių, neformalaus ugdymo organizatorių ir, žinoma, tėvų – pastangos. Atskirai, po vieną, to nepadarysime. Tad asmeniškai dėkoju visiems, kurie matote galimybių prisidėti prie šio svarbaus mūsų ateičiai tikslo“, – sako ministras A. Veryga.

Vaikų emocinės gerovės metų minėjimo 2020 metais planu bus įgyvendinamos į sisteminių pokyčių orientuotos veiklos: inicijuojamas psichologinių problemų, krizių ir psichikos sutrikimų ankstyvasis atpažinimas ir pagalba mokyklose, stiprinamos mokyklų visuomenės sveikatos specialistų kompetencijos psichikos sveikatos srityje, socialinių ir emocinių kompetencijų bei tėvystės įgūdžių ugdymas, plečiama psichologinė pagalba mokyklose, pradedamos įgyvendinti įrodymais grįstos programos vaikams, kurie turi elgesio problemų, ir jų tėvams – tai Multidimensinė šeimos terapija, programa „Neįtikėtini metai“.

Plane daug dėmesio skiriama ir viešajai komunikacijai bei visuomenės įtraukimui: bus vykdoma kampanija, kuria bus siekiama atkreipti dėmesį į interneto poveikį vaikų emocinei gerovei, vaiko gerovę dar jam negimus, smurto prieš vaikus prevenciją ir kita.

Tikimasi, kad įgyvendinus sisteminių pokyčių priemones, plano poveikis bus ilgalaikis, o tolimesnės veiklos kryptys bus programuojamos šiuo metu rengiamose ilgalaikėse Plėtros programose.

Pasiūlymus planui aktyviai teikė visuomenė bei viešosios įstaigos visoje Lietuvoje. Iš viso gauta apie 1000 pasiūlymų iš beveik 300 skirtingų įstaigų ir institucijų. Į kvietimą teikti pasiūlymus atsiliepė savivaldybių administracijos, visuomenės sveikatos biurai, pedagoginės-psichologinės tarnybos,

viešosios bibliotekos, mokyklos, lopšeliai-darželiai ir kitos organizacijos. Jų iniciatyva Lietuvoje šiais metais bus organizuojamos konferencijos, mokymai, renginiai, užsiėmimai ir paskaitos patyčių ir smurto, psichoaktyvių medžiagų vartojimo prevencijos, tėvystės ir socialinių įgūdžių ugdymo ir kitomis temomis.

Priemonių planą įgyvendins SAM, Socialinės apsaugos ir darbo (SADM), Švietimo, mokslo ir sporto (ŠMSSM) ministerijos ir joms pavaldžios įstaigos, savivaldybės, universitetai bei kitos suinteresuotos įstaigos. Už veiklų įgyvendinimą bus atsakingos institucijos, pasiūliusios veiklas.

Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis, 10–20 proc. pasaulio vaikų ir paauglių patiria psichikos sveikatos sutrikimus, o pusė visų psichikos sveikatos sutrikimų prasideda iki 14 m. 2017–2018 m. duomenimis, Lietuvoje 13 proc. mokyklinio amžiaus vaikų ir paauglių turėjo emocinių ir elgesio sutrikimų.

Lietuvos mokinių Sveikatos ir gyvenimo (HBSC) 2018 metų tyrimas parodė, kad Lietuvoje kas ketvirtas vaikas vis dar patiria patyčias, o kas trečias vaikas patiria žemą emocinę gerovę. 2017 m. atliktas lyginamasis tyrimas apie vaikų gerovę Baltijos šalyse (Lietuva, Latvija, Estija) parodė, jog Lietuvoje vaikai dažniau nei jų bendraamžiai Latvijoje ir Estijoje jaučiasi vieniši, pikti, liūdni ir prislėgti. Kas penktas vaikas susiduria su neigiamais reiškiniais bendraujant su tėvais arba prastai sutaria su bendraamžiais, o kas ketvirtas neturi draugų ar pažįstamų, su kuriais galėtų leisti laisvalaikį.

PSO duomenys atskleidžia, jog vaikai, siekdami užmasuoti vienišumo, pykčio ir liūdesio emocijas, vis anksčiau pradeda vartoti psichiką veikiančias medžiagas, kurios susijusios su paauglių savižudybėmis. 2017 m. kas trečio Lietuvoje mirusio 15–19 m. žmogaus mirties priežastis buvo savižudybė. Nors 8 iš 10-ies vaikų prieš mėgindami žudyti apie tai užsimena, tačiau suaugusieji nemoka identifikuoti šių ženklų.

SAM Spaudos tarnybos inf.



Įgyvendinę pokyčius, esame tarp geriausių

Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – Akreditavimo tarnyba) yra viena iš pažangiausių ūkio subjektų veiklos priežiūros institucijų. Tai paaiškėjo po Ekonomikos ir inovacijų ministerijos atlikto priežiūros institucijų pažangumo vertinimo. Tokį aukštą rezultatą pasiekėme įgyvendinę realius pokyčius, kuriuos teigiamai įvertino pacientai bei medikai.

Ekonomikos ir inovacijų ministerijos atlikto tyrimo metu buvo vertinama, kaip ūkio subjektų veiklos priežiūrą atliekančios institucijos įgyvendina pažangias verslo priežiūrą atliekančias priemones ir kaip diegia įvairias moderniasias veiklos

praktikas, susijusias su verslo priežiūra. Viena iš tyrimo metu vertintų kategorijų buvo kokybiško interesantų konsultavimo užtikrinimas.

Akreditavimo tarnyba įdiegė konsultacijų telefonu įrašymo priemones, siekdama pagerinti darbuotojų teikiamų konsultacijų kokybę, sumažinti pokalbių trukmę ir neatsilieptų skambučių skaičių bei lengviau išspręsti galimus nesklandumus dėl suteiktos konsultacijos. Įdiegtos pokalbių įrašymo priemonės leidžia užtikrinti kokybiškesnę asmenų aptarnavimą, vienodą informacijos ir konsultacijų teikimą telefonu, objektyviau įvertinti suteiktų konsultacijų kokybę bei atlikti

analizę. Tai suteikia galimybę tobulinti konsultavimą, tarpusavyje dalytis gerą patirtimi, o svarbiausia, labiau patenkinti besikreipiančių asmenų lūkesčius. Esant tokiai konsultavimo tvarkai, turime grįžtamąjį ryšį, galime vertinti su klaidingu konsultavimu susijusius aspektus, nuolat tobulinti šį procesą. Respondentai gali pasirinkti jiems priimtinausią ir patogiausią konsultavimo priemonę.

Be to, įgyvendinta nemažai kitų, susijusių su verslo priežiūra, pažangių veiklos praktikų, tai yra sustiprinta metodinė pagalba ūkio priežiūros subjektams, patikrinimai tapo dar aiškesni ir skaidresni idiegos kontrolinius klausimynus, nustatyta aiškesnė poveikio priemonių ūkio subjektams skyrimo tvarka bei nustatyti, monitoruojami ir skelbiami Akreditavimo tarnybos veiklos ūkio subjektų priežiūros srityje efektyvumo ir rezultatyvumo rodikliai. Tai leido mums tapti dar patrauklesne įstaiga tiek pacientams, tiek medikams.

Atlikta anoniminė aptarnaujamų asmenų apklausa, kurios metu buvo įvertinta, ar, pagal respondentų nuomones, Akreditavimo tarnybos aptarnavimo kokybė atitinka vartotojų poreikius. Atliktos analizės rezultatai atskleidė, kad didžioji

dalį respondentų patenkinti Akreditavimo tarnybos asmenų aptarnavimu, o jiems suteikta informacija buvo profesionali, naudinga ir pakankama sprendžiant iškilusius klausimus. Akreditavimo tarnybos darbuotojų atsakymai buvo operatyviai parengti ir pateikti paklausėjams. Be to, lyginant su praėjusiais metais, Akreditavimo tarnybos respondentų aptarnavimo kokybė turi akivaizdžią tendenciją gerėti, tai yra padaugėjo respondentų, asmenų aptarnavimą vertinančių gerai ir manančių, kad juos aptarnavęs darbuotojas bendravo mandagiai, paslaugiai ir profesionaliai.

„Ekonomikos ir inovacijų ministerijos parengtoje naujoje Priežiūros institucijų pažangumo vertinimo švieslenteje pasiekėme ypatingą pažangą ir esame tarp geriausių. Reikiamų pokyčių įgyvendinimas buvo rimtas iššūkis, bet džiaugiamės puikiais rezultatais, kuriuos pastebėjo ir teigiamai įvertino pacientai, medikai bei įstaigos“, – sako Akreditavimo tarnybos direktorė Nora Ribokienė.

*Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai
tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos inf.*

LIETUVOS MEDICINOS BIBLIOTEKA PRISTATO

„...kurti ir toliau eiti pasirinktu keliu“

Janina Valančiūtė

Lietuvos medicinos biblioteka

Kovo 4 d. Lietuvos medicinos bibliotekoje atidaryta pirmoji Donatos Andriuškevičienės tapybos paroda. Joje eksponuojami 1998–2020 m. sukurti darbai. Paroda pavadinta „Vieno kambario istorijos“. Pagrindinis tapybos žanras – natiurmortai, kuriuose užfiksuoti autorę supantys daiktai. Toliau iš tos keturių sienų erdvės išeinama į gamtą. Miškas, pieva, ežeras... Jau kitokie potėpiai, kiti atspalviai. Žiūrint į D. Andriuškevičienės darbus sunku patikėti, kad tapyti ji pradėjo tik prieš penkiolika metų savo gyvenamajame kambaryje. Ji sako pomėgio tapybai, piešimui anksčiau neįėjusi.

D. Andriuškevičienė 1998 m. baigė Bibliotekų ir informacijos centrų vadybos magistro studijas Vilniaus universitete. Neturėjusi studijos, tapė iš natūros. Ji pasakoja: „Kartą regėjau sapną – pilną kambarį sodrių, didelio formato darbų, kurių, deja, pasiekti niekaip negaliu... Ši paroda – tarsi atsakas sapnui – kviečia kurti ir toliau eiti pasirinktu keliu“.

2016–2017 m. Donata mokėsi Savicko dailės mokykloje (piešimą dėstė grafikė Ugnė Žilytė). Vėliau privačiai studijavo tapybą pas dailininkę Kunigundą Dineikaitę. 2019 m. pradėjo nuotolines tapybos studijas (Kara Bullock Art School; Dennis Perrin Fine Art).

Netikėtai atsiradęs pomėgis tapyti įtraukė lyg verpetas. „Tapybos studijos ir savarankiškas darbas suteikia naujų patirčių, gebėjimą skaityti ir kalbėti vizualine kalba, – teigia parodos autorė. – Tai užsiėmimas, kuris niekada nesibaigia ir nenutrūksta (tarsi kalbos mokymasis, niekada negali pasakyti, kad jau išmokai), tai tarsi dviašmenis kalavijas (nutinka kūrybiniai pakilimai ir nuosmukiai). Tapyba man yra begalinė aistra, stebuklas. Tai tarsi tinklai, kuomet turi nuolat budėti ir laukti žuvies, o kartu tai kelionė į save, susitikimas su savimi.“



Parodos autorė Donata Andriuškevičienė šalia savo paveikslų.

Kas padeda netikėtose situacijose?



Kaip praeina tos dienos namuose? Jau vakare kyla klausimas – kaip nusiprausti? Jei judėjimas apribotas, net įprastas dušas tampa ne visiems pasiekiamas. O dar tenka saugoti, kad nesuslaptų žaizdos tvarščiai ar sugipsuota galūnė. Apvyniojimai ar maišeliai nėra patikimi, vanduo gali prasiskverbti pro tokią barjerą. Laimei, technologijų pažanga siūlo naujų sprendimų ir šioje srityje. Koją ar ranką nuo sušlapimo puikiai apsaugo užmaunamos daugkartinės apsaugos nuo vandens. Yra ir trumpų (jei sužeista plaštaka, dilbis, čiurna, blauzda), ir ilgų, uždengiančių visą ranką ar koją.

Slauga neapsiriboja tik tam tikrų medicininių manipuliacijų atlikimu. Slaugytojas yra pagalbininkas, kuris padeda susirgusiam, patyrusiam traumą ar operuotam asmeniui sveikti. Lengviau ar sunkiau sergama – slaugytojas visada greta.

Vidaus, lėtinės ligos trunka ilgai, tad pacientas turi išmokti gyventi su liga. Niekada nežinome, kada ir kur pakliūsime į situaciją, kai netikėtai ištinka trauma, būtina atlikti operaciją. Po jos slaugytojas ne tik atlieka gydytojų paskyrimus, bet padeda pasirūpinti ir higiena.

Po apsilankymo stacionare ar priėmimo skyriuje parvykus namo, kyla klausimų, apie kuriuos iš anksto nepagalvojome. Gydytojai išoperuoja, sutvarsto ar sugipsuoja ir, paskyrę gydymą, laukia apsilankymo pakartotiniam patikrinimui po keleto dienų.



Minkšto švelnaus plastiko „rankovė“ ar „kojinė“, užmaunama prieš vandens procedūras virš sužeidimo vietos, sandariai apspaudžia galūnę ir procedūros metu netrukdo, nes neturi jokių judesius ribojančių konstrukcijų. Apsaugas galima dėvėti net maudantis baseine, pvz., reabilitacijos procedūrų metu ar plaukiojant jūroje, ežere. Juk vandenyje galima pradėti stiprinti buvusius nejudrius raumenis, judesiai vandenyje lengvesni ir ne tokie skausmingi, o patikima apsauga vandens procedūras leidžia atlikti kada tik reikia. Apsaugų yra įvairių dydžių, todėl nesunku parinkti tinkančią tiek suaugusiam, tiek vaikui.

Apsaugos nuo vandens gali būti naudojamos ir kitokių susirgimų atvejais, pvz., kai sunkiai gyja žaizdos, opos, turint odos problemų, kai negalima šlapinti galūnės (pvz., įstatyti kateteriai, kurie laikomi keletą dienų).

Apsauga nuo vandens pravers ir pacientui vaikštinėjant lauke per lietų, darganą, kad nesusipurvintų ir nesusigadintų gipsas...

Jeigu negalime išvengti netikėtų traumų, tai bent jau galime pasinaudoti apsaugos priemonėmis, kad sveikti būtų patogiau.

