

# BENDRUOMENĖS SLAUGYTOJO IR ŠEIMOS GLOBĖJO PARTNERYSTĖ

Lina Jankauskienė<sup>1</sup>, Lolita Rapolienė<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup>Klaipėdos universitetas, <sup>2</sup>Klaipėdos jūrininkų sveikatos priežiūros centras

## Santrauka

Pasaulyje vykstant demografiniams amžiaus pokyčiams ir ilgėjant gyvenimo trukmei, kyla vis daugiau socialinių ir ekonominių šio reiškinio sąlygojamų problemų. Daugėjant senų, neįgalių, keliomis lėtinėmis ligomis sergančių žmonių, tampa aktualu teikti sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas namuose. Slauga, orientuota į visą šeimą, sudaro sąlygas numatyti galimybes keistis informacija apie pagrindinius slaugos komponentus, rūpintis vaikais ir šeimomis, įskaitant pagarbą, bendradarbiavimą, paramą ir pasitikėjimą slaugomu asmeniu ir jį prižiūrinčiu šeimos globėju. Svarbiausia problema – nepakankama bendruomenės slaugytojo ir asmens globėjo partnerystė.

**Tikslas** – išanalizuoti bendruomenės slaugytojo ir šeimos globėjo partnerystės ryšį ir jo svarbą.

**Medžiaga ir metodai.** Atlikta mokslinės literatūros apžvalga, remiantis *Springer Link*, *PubMed*, *Medline*, *BMJ Journals* duomenų bazėse rasta informacija, susijusia su slaugytojo ir šeimos globėjo (*family caregiver*) santykiais; taikyta aprašomoji 35 šaltinių analizė.

**Rezultatai.** Slaugos praktikai pripažįsta, kad į sveikatos priežiūrą būtina įtraukti šeimos narius. Dėl tinkamai neįteisintų ir neišplėtotų slaugos paslaugų namuose ilgėja pacientų buvimo stacionare laikas, brangsta jų gydymas ir reabilitacija, kyla psichologinių problemų. Slaugos namuose procese dalyvauja tam nepasirengę visuomenės nariai, kurie susiduria su psichologinėmis, pedagoginėmis, medicininėmis, socialinėmis ir finansinėmis problemomis. Dėl jų slaugantys asmenys patiria stresą, izoliaciją, praranda darbinį įgūdį, dažnai jiems trūksta žinių ir gebėjimų jas išspręsti arba naudojami netinkami sprendimo metodai. Nustatyta, kad dėl didelio darbo krūvio ir veiklos, tiesiogiai nesujusios su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu, slaugytojo vaidmens neapibrėžtumo ar komunikacinių savybių trūkumo bendruomenės slaugytojai nepajėgia efektyviai atlikti savo pareigų paciento namuose; nepakankamas jų vaidmuo padedant priimti sprendimus pacientui ir jo šeimos nariams; mažai dėmesio skiriama bendradarbiavimui su šeimos globėjais; konfliktų kyla dėl neformalių slaugytojų patirties nepripažinimo, vaidmenų nesutapimo, griežtai apibrėžtų funkcijų ar prieštarų šeimos globėjų profesinių lūkesčių. Bendruomenės slaugytojas turėtų tapti tarpdisciplininės komandos lyderiu ir turi unikalią galimybę bei moralinę pareigą tarnauti kaip paciento ir jo šeimos narių advokatas svarbiausiais jų gyvenimo momentais.

**Išvados.** Siekiant efektyvaus slaugymo proceso būtina tinkama slaugytojo ir šeimos globėjo partnerystė, apimanti kompleksinius, dinamiškus ir daugialypius ryšius. Bendruomenės slaugytojas turi tapti veiksmų, susijusių su slaugomu asmeniu, koordinatoriumi ir tiekėju, tyrėju ir konsultantu, sveikatos mokytoju ir lyderiu.

**Reikšminiai žodžiai:** bendruomenės slaugytojas, šeimos globėjas, partnerystė.

## IVADAS

Lietuvos gyventojų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė per visą XX a. pailgėjo maždaug trimis dešimtmečiais, tačiau vidutinė sveiko gyvenimo (t. y. be ligų ir negalios) trukmė yra viena trumpiausių Europoje. Daugėjant senų, neįgalių, lėtinėmis ligomis sergančių žmonių, aktualu teikti sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas jų pačių namuose [1]. Lietuvoje išlaidos asmenų iki 60 metų sveikatos priežiūrai

labai mažai didėja, sulaukusių 70 metų – padvigubėja, o sulaukusių 80 metų – išauga keturis kartus. Vienas svarbiausių bendrų, integruotų slaugos, socialinių ir psichosocialinių paslaugų poreikį skatinančių veiksnių yra vyresnių nei 65 metų asmenų sergamumas lėtinėmis ligomis [2]. Lietuvos statistikos departamento duomenimis, 2014 m. neįgaliesiems apgyvendinti globos įstaigose skirta 31,9 mln. eurų, arba 9,6 proc. daugiau nei 2013 m. 2014 m. išlaidos, skirtos pagalbai į namus ir socialinei globai namuose neįgaliesiems, sudarė 1,2 mln. eurų, arba 9,1 proc. daugiau nei 2013 m. [3]. 80 proc. vyresnio amžiaus gyventojų serga trimis ar daugiau lėtinių ligų, todėl kartu sunaudojami dideli sveikatos priežiūros ištekliai. Dėl efektyvesnės tokių pacientų priežiūros į

**Adresas susirašinėti:** Lina Jankauskienė  
Klaipėdos universiteto  
Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos katedra  
H. Manto g. 84, 92294 Klaipėda  
El. p. linacka911@gmail.com

diagnozės orientuoti specializuotos priežiūros modeliai keičiami į pacientus sutelktais priežiūros modeliais, vis svarbesnis vaidmuo priimant sprendimus tenka pačiam pacientui ir jo šeimos nariams. Slauga, orientuota į visą šeimą, sudaro sąlygas numatyti galimybes keistis informacija apie pagrindinius slaugos komponentus, rūpintis vaikais ir šeimomis, įskaitant pagarbą, bendradarbiavimą, paramą ir pasitikėjimą. Slaugos praktikai pripažino, kad į sveikatos priežiūrą būtina įtraukti šeimos narius [4]. Dėl tinkamai neįteisintų ir neišplėtotų slaugos paslaugų namuose ilgėja pacientų buvimo stacionare laikas, brangsta jų gydymas ir rehabilitacija, kyta psichologinių problemų. Slaugant namuose dalyvauja tam nepasirengę visuomenės nariai (šeima, giminės, draugai, kaimynai) [5]. Šiuos asmenis užsienio autoriai vadina šeimos slaugytojais arba šeimos globėjais (angl. *family caregivers*).

Svarbu saugoti šeimą, sudaryti galimybes pagyvenusio amžiaus žmonėms kiek galima ilgiau gyventi savo namuose savarankiškai. Suvokiama ir siekiama, kad pagyvenusio amžiaus žmonėmis rūpintųsi jų šeima, o visuomenė, valstybė tik padėtų [6]. Organizuojant lėtinėmis ligomis sergančių pacientų priežiūrą, labai svarbu atsižvelgti į paciento nuomonę, lūkesčius ir jo asmeninį patyrimą valdant savo ligą. Į pacientą orientuotos priežiūros plėtra yra svarbus sveikatos priežiūros reformos komponentas, siekiant optimaliais sveikatos priežiūros ištekliais garantuoti geriausią sveikatos priežiūros kokybę ir rezultatus [7].

Įvairiose šalyse slaugos paslaugas namuose teikia tiek formalūs, tiek neformalūs paslaugų teikėjai. Šiaurės Europos šalyse populiarūs formali slauga, nes pagyvenę asmenys pageidauja, kad slaugos paslaugas teiktų kvalifikuoti slaugos darbuotojai, o ne artimi giminės. Lietuvoje vyrauja neformali slauga (jos apimtis iki šiol nėra tiksliai įvertinta) ir institucinė slauga gydymo įstaigose, licencijuotų asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiama slauga namuose dar tik formuojasi [8]. Bendradarbiaudami su pacientu ir jo šeima, bendruomenės slaugytojai gali padėti spręsti šeimos globėjų ir jų slaugomų pacientų problemas, dėl kurių patiriamas nereikalingas stresas. Svarbiausia dabartinė problema – nepakankama bendruomenės slaugytojo ir asmens globėjo partnerystė. Bendruomenės slaugytojas turi tapti tarpdisciplininės komandos lyderiu ir turi unikalią galimybę bei moralinę pareigą tarnauti kaip paciento ir jo šeimos narių advokatas svarbiausiais jų gyvenimo momentais. **Tyrimo tikslas** – išanalizuoti bendruomenės slaugytojo ir šeimos globėjo partnerystės ryšį ir jo svarbą.

## MEDŽIAGA IR METODAI

Atlikta duomenų, susijusių su bendruomenės slaugytojų ir slaugomų pacientų / šeimos globėjų (*family caregivers*) bendradarbiavimu, paieška *SpringerLink*, *PubMed*, *Medline*, *BMJ Journals* duomenų bazėse nuo 2000 iki 2015 m. Naudoti terminai: „slaugytojas ir šeimos globėjas“, „slaugytojo partnerystė“, „slaugomo asmens priežiūra“, „paliatyvi slauga“. Atlikta 35 šaltinių aprašomoji sisteminė analizė.

## REZULTATAI

### Slaugos namuose poreikis

Senstant visuomenei, didėjant sergamumui lėtinėmis ligomis, daugėjant žmonių, turinčių negalią, ir vienišų asmenų, valstybei kasmet tenka didinti išlaidas sveikatos priežiūrai. Lietuvoje, kaip ir kitose ES šalyse, pagrindiniai visuomenės senėjimo iššūkiai sveikatos apsaugos sistemai turi kelis aspektus: tolydaus, pakankamo finansavimo, ligų prevencijos, gydymo, ilgalaikės globos ir slaugos paslaugų subalansuotos plėtros, paslaugų prieinamumo visiems visuomenės nariams užtikrinimas; sveikos gyvensenos propagavimas ir skatinimas [9]. Europos Komisijos priimtuose dokumentuose suformuluoti svarbiausi valstybių narių sveikatos apsaugos tikslai siekiant užtikrinti, kad senėjanti visuomenė gautų būtinas integruotas sveikatos priežiūros, socialines ir psichosocialines paslaugas. Visos ES šalys turi užtikrinti, kad paslaugos būtų prieinamos visiems piliečiams, garantuoti aukštą teikiamų paslaugų kokybę ir išlaikyti tolydų sveikatos apsaugos sistemų finansavimą [10].

Sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos namuose yra ekonomiškiausia paslaugų rūšis. Paslaugos namuose maždaug 10 kartų pigesnės nei stacionarinės paslaugos, teikiamos globos namuose ar slaugos ligoninėse. Pagyvensiems ir neįgaliems žmonėms, gyvenantiems šeimose, reikalinga palyginti nedidelė pagalba, nes dalį paslaugų suteikia šeima ir artimieji. Vienas iš svarbiausių veiksnių, formuojančių pagyvenusių ir senų žmonių priežiūros namuose poreikį, yra bendra žmogaus psichologija. Senstančiam žmogui būdingas sėslumas, todėl jis komfortiškai jaučiasi savoje aplinkoje, šalia šeimos narių ar artimųjų. Vyresnio amžiaus žmonės mažiau geba priimti informacijos, jaučiasi saugesni ir savarankiškesni pažįstamoje aplinkoje [11].

Visuomenėje kaskart vis dažniau kreipiamasi į institucinę globos sistemą, prašant pagalbos ir priežiūros pagyvensiems ir seniems žmonėms, kurie yra nesveiki, negali savimi pasirūpinti, neturi šeimos ar yra jos atstumti, neturi pakankamų finansinių

išteklį. Seno amžiaus pacientai, patekę į ligoninę ar globos namus, dažnai jaučiasi prislėgti, nori atsiverti palatos kaimynui ar slaugytojai. Jei slaugytoja jaučia, jog neišvengiamai gali / turi įvykti svarbus pokalbis su pacientu, svarbu, kad būtų pasirūpinta šiam pokalbiui tinkama aplinka ir pokalbio metu pašnekovams niekas netrukdytų [12]. Gyvendamas slaugos namuose ar slaugos ligoninėje žmogus praranda norą susidoroti su kasdienės buities keliamais uždaviniais, todėl labai svarbu kuo ilgiau jį slaugyti namų aplinkoje. Į stacionarią slaugos ar globos įstaigą žmogus turi būti siunčiamas tik tada, kai teikiamos paslaugos namie yra neveiksmingos ir neužtikrina jam reikiamo savarankiškumo lygio [13]. Socialines paslaugas namuose teikti naudingiau dėl jų kainos ir todėl, kad slaugomas žmogus gali nekeisti gyvenamosios vietos, o tai ypač svarbu pensinio amžiaus žmonėms.

Paciento slaugą turėtų planuoti slaugytojas, įvertinęs paciento poreikius ir gyvybines veiklas. Lietuvoje šiuo metu galioja tvarka, pagal kurią specializuotus nuolatinės slaugos ar nuolatinės priežiūros (pagalbos) poreikius nustato gydytojų konsultacinė komisija. Pacientams, kurių savarankiškumas yra visiškai sutrikęs, ne visuomet nustatomas nuolatinės slaugos poreikis. Dėl to jie negauna reikalingų nuolatinių slaugos paslaugų, kurios palengvintų jų būtį. Įstatymuose numatyta tvarka, kai namų slaugos poreikį nustato gydytojai, nematę paciento, remdamiesi tik Bartelio indeksu, nepadeda užtikrinti pacientams prienamų, kokybiškų ir efektyvių sveikatos priežiūros paslaugų [14].

Gydymo ir slaugymo paslaugos namie yra viena iš prioritetinių Nacionalinės sveikatos strategijos kryptių. Slaugymo paslaugų namie sistema tik pradeda kurti Lietuvoje, todėl išsamių mokslinių tyrimų dar nėra. Lietuvos sveikatos politikos strateginiuose dokumentuose pažymima, kad slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų labai trūksta, jas teikiančių įstaigų tinklas turi būti plečiamas. Lietuvos įstatymuose numatyta galimybė slaugymo ir globos paslaugas teikti atskirai, bet trūksta dėmesio joms integruoti, nėra sisteminio požiūrio. Kad slaugymo paslaugos namie būtų plačiai teikiamos, pirmiausia reikalingas palankus kontekstas:

- tinkama teisinė aplinka: priimti šias paslaugas reglamentuojantys teisiniai dokumentai;
- žmogiškieji ir materialiniai ištekliai: specialistai, turintys kvalifikaciją teikti šias paslaugas, ir finansinė-materialinė bazė;
- išsami slaugymo paslaugų poreikio analizė [13].

Pagal šalies įstatymus slaugymo paslaugas namie gali teikti bendruomenės slaugytojas (įgijęs tam

tikrą išsilavinimą ir licenciją), dirbantis licencijuotoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje. Papildomai bendruomenės slaugytojas turi gebėti organizuoti mokymą ir savarankiškai įvairaus amžiaus pacientus, jų šeimos narius ir bendruomenę mokyti, kaip stiprinti, palaikyti, išsaugoti sveikatą, teikti lėtinių ligų profilaktikos ir valdymo žinių, bendrauti ir bendradarbiauti su asmens sveikatos priežiūros ir kitas paslaugas teikiančiais specialistais [15]. Apžvelgus mūsų šalies slaugymo paslaugas namie galima paminėti, kad paslaugas teikia licencijuoti slaugytojai, dirbantys įvairiose sveikatos priežiūros įstaigose, bet dažniausiai – pirminės sveikatos priežiūros centruose ir poliklinikose. Tokias paslaugas teikiančių slaugytojų yra nedaug, palyginti su esamu slaugos poreikiu visuomenėje. Slaugymo namuose situacija ir poreikis nustatytas įvairių tyrimų metu. Dažniausiai neįgalų pacientą slaugo vaikai (48 proc.) ir sutuoktiniai (25 proc.), 14 proc. – giminaičiai, 9 proc. – bendruomenės slaugytojas ir 5 proc. – socialinis darbuotojas [14]. Taigi šeimos globėjo vaidmuo dažniausiai tenka vaikams ar sutuoktiniams. Įvertinus poliklinikos pacientų ir jų artimųjų lūkesčius nustatyta, kad pacientai norėtų slaugytojo paslaugų kelis kartus per savaitę; 76 proc. respondentų pageidautų, kad slaugytojas juos lankytų darbo dienomis dienos metu; 17,3 proc. apklausos dalyvių norėtų slaugos paslaugų darbo dienomis dienos ir nakties metu. Vertinant slaugos paslaugų poreikį nakties metu nustatyta, kad 78,2 proc. namuose slaugomų pacientų šios paslaugos būtų labai reikalingos, neatsižvelgiant į paciento amžių ar šeiminių padėtį [2].

### **Bendruomenės slaugytojo vaidmuo**

Lietuvoje slaugytojai rengiami pagal Europos Sąjungos standartus. Deja, teikiamų slaugymo paslaugų sistema dar nėra tinkamai reformuota. Ypač tai pastebima pirminėje sveikatos priežiūros grandyje – kol kas dar neįkurtos ligonių kasų finansuojamos visavertės slaugos namie tarnybos, veikiančios visą parą ir švenčių dienomis, trūksta privačiai dirbančių slaugytojų.

Bendruomenės slaugytojų funkcijos gali būti labai įvairios. Jos pirmiausia priklauso nuo bendruomenės narių poreikių bei pačių slaugytojų pasirengimo ir patirties. Bendruomenės slaugą įgyvendina bendruomenės slaugytojas, kuris atlieka ne tik visas bendrosios praktikos slaugytojo funkcijas, bet dar turi ir papildomų uždavinių: organizuoja, planuoja ir vykdo namų slaugą, lėtinių ligonių ilgalaikę priežiūrą, pagal

savo kompetenciją konsultuoja ligonius slaugos ir sveikatos klausimais. Bendruomenėje slaugytojas organizuoja ir įgyvendina sveikatos programas. Slaugytojas tampa tarpdisciplininės komandos lyderiu ir turi unikalią galimybę bei moralinę pareigą tarnauti kaip paciento ir jo šeimos narių advokatas svarbiausiais jų gyvenimo momentais [16]. Savo darbe bendruomenės slaugytojai derina klinikinės slaugos elementus, sveikatos mokymo, sveikatos vadybininko ir kitus įgūdžius. Labai svarbus darbo principas – dirbti komandoje, bendradarbiauti su kitais specialistais (gydytojais, socialiniais darbuotojais ir pan.) [17]. Bendruomenės slaugytojai stengiasi maksimaliai patenkinti pacientų lūkesčius vizitų metu, tačiau besiplečiančios ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų apimtys verčia galvoti apie naujas paslaugų teikimo formas. Didelę sveikatos priežiūros specialistų darbo dalį užima veikla, tiesiogiai nesusijusi su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu: registracija pas gydytojus, informavimas apie galimybes gauti paslaugas, dokumentų pildymas, tvarkymas, apskaita. Poliklinikos slaugytojų apskaitos duomenimis, didžiąją dalį savo veiklos jie atlieka kabinate šalia gydytojo – apie 63 proc. (procedūriniame – 34 proc.), o bendruomenėje – tik 3 proc. [18].

Ligonų mokymas, literatūros duomenimis, yra pagrindinė prevencijos priemonė. Ne tik ligonis, bet ir ligonio artimieji turi domėtis liga ir jos slauga, nes progresuojant ligai ligonis neįvertina savo būklės ir tai už jį turi padaryti globėjai. Būtinai bendradarbiaujamas, kurio metu šeima aktyviai įtraukiama į sveikatos priežiūros programą. Slaugos specialistai turi stengtis sukurti aplinką, galinčią teikti ligoniui ir jo artimiesiems viltį. Viltis sunkiomis aplinkybėmis kartais gali reikšti labai daug [20]. Dauguma sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų pritaria teiginiui, kad pacientų sveikatos mokymas padėtų išvengti kai kurių ligų, pagerintų ligų baigtis, sutrumpintų hospitalizacijos laiką, sumažintų ligos atkryčių skaičių, tačiau asmens sveikatos priežiūros įstaigose trūksta žinių, įgūdžių ir tradicijų, kad sveikatos ugdymo priemonės būtų įgyvendinamos efektyviai [1]. Slaugos procese mokymas taip pat turi būti pagrįstas veiksmingo mokymo sąlygomis, o slaugytojo uždavinys – ne tik tinkamai perteikti žinias, informaciją, bet ir visapusiškai pažinti pacientą [21]. D. Kalibatienė [13] nurodo šias bendruomenės slaugytojo profesinės veiklos paciento namuose sritis:

- slaugomo paciento pagrindinė (bazinė) slauga – tai gyvybinių funkcijų priežiūra nepriklausomai nuo pagrindinės ligos;

- gydytojo paskirtų medicininių procedūrų atlikimas;
- asmens (šeimos) konsultavimas – tai slaugytojo teikiama paslauga, kai kartu su asmeniu ar šeimos nariais analizuojama probleminė slaugos situacija ir ieškoma veiksmingų problemos sprendimo būdų pagal kompetenciją;
- trumpalaikės, terminuotos priežiūros plano pagal ūmias paciento ligas įgyvendinimas;
- ilgalaikės priežiūros plano pagal paciento lėtines ligas ir negalios laipsnį įgyvendinimas, dispanseziracijos plano vykdymas;
- paliatyviosios pagalbos įgyvendinimas;
- rūpinimasis paciento artimųjų ir šeimos sveikata;
- paciento ir jo artimųjų mokymas gyventi prisitaikant prie lėtinės ligos ar negalios, slaugos veiksmų, savirūpa.

Lankydami pacientus namuose, slaugytojai įvertina esamą situaciją, moko savirūpos, atlieka procedūras, teikia paramą šeimos nariams, vaidina svarbų vaidmenį skausmo mažinimo bei valdymo procese. Kai slaugos tęstinumas priklauso nuo šeimos, slaugytojas įvertina šeimos stipriąsias bei silpnąsias vietas ir stengiasi pagerinti šeimos teikiamos slaugos efektyvumą. Jei pasveikimas neįmanomas, globoja pacientus, sudarydami sąlygas taikiai ir garbingai numirti [19]. Anot A. Čiočienės, šeimos slaugytojai bendruomenėje vadovaujasi pagrindiniais principais, padedančiais suprasti kompleksinius, dinaminius ryšius tarp šeimos ir atskirų šeimos narių sveikatos. Šie principai:

- šeimos slauga apima sveikus ir sergančius šeimos narius;
- šeimos slaugytojai supranta individo ir šeimos sveikatos ryšius. Globodami atskirus sergančius ir sveikus narius, slaugytojai taip pat stebi visą šeimą;
- šeimos slaugytojai domisi šeimos praeities, dabarties ir ateities įgūdžiais bei patirtimi;
- šeimos slaugytojai atsižvelgia į šeimos, bendruomenės platesnį vertinimą bei kultūrinį kontekstą;
- šeimos slaugytojai vertina šeimos narių ryšius ir išskiria asmenis bei šeimų grupes, kurie nepasiekia maksimalios sveikatos;
- slaugytojai stengiasi siekti šeimos narių pasitikėjimo ir paramos;
- slaugytojai supranta, kad šeimos nario, kuriam būdingi daugybiniai simptomai, sveikatos būklė gali kisti, todėl slaugos veiksmai taip pat turės keistis;
- slaugytojai turi gebėti nustatyti prioritetinius sveikatos tikslus šeimoje ir bendruomenėje [19].

Tiriant, kokios pagalbos norėtų sergantieji, nustatyta, kad 82 proc. respondentų pageidauja artimesnio bendravimo su slaugos specialistu, 8 proc. tiriamųjų reiktų daugiau fizinės pagalbos, 16 proc. – psichologinės pagalbos ir 32 proc. asmenų pageidautų išsamesnio informavimo apie ligą ir jos pasekmes [20].

### Slaugytojo patiriamos problemos

Bendruomenės slaugytojai patiria didelį darbo krūvį, dėl to neretai pritrūksta laiko visapusiškai padėti šeimos globėjams. Neadekvačiai dideli darbo krūviai slaugytojams neleidžia pasiekti puikių darbo rezultatų pirminės asmens sveikatos priežiūros grandyje [25].

Nepaisant didėjančio supratimo, kad pacientų mokymas yra integracinė kasdienės slaugos ir priežiūros dalis, dažnai pacientai turi mažai žinių gydymo ir profilaktikos klausimais. Pacientų mokymui gali turėti įtakos tam tikri veiksniai. Pirma, patys pacientai nesuinteresuoti, kai slaugytojai ar kiti sveikatos priežiūros darbuotojai kalba apie jų elgsenos pakeitimą, moko savirūpos, aiškina apie jų susirgimą. Antra, slaugytojams vykdyti mokymo funkciją gali trukdyti laiko stoka, nesudarytos darbo sąlygos, mokymo patirties ir žinių trūkumas [22].

Pirminės sveikatos priežiūros grandyje dirbantys slaugytojai turi daug bendravimo įgūdžių, tačiau jie neišnaudojami, nes slaugytojai spaudžiami didinti darbo efektyvumą ir našumą. Bendraujant renkami tik duomenys apie pacientą, o ne skatinamas paslaugų teikėjo ir paciento santykių betarpiškumas, moko laikytis nurodyto gydymosi ar aptariamas ligos valdymo efektyvumas. Į pacientą orientuota priežiūra yra dalis sveikatos priežiūros reformos, siekiant pagerinti sveikatos priežiūros kokybę, sukurti paslaugų išteklius taupantį modelį, remiantis pažangia slaugos praktika [7].

Savo darbe slaugytojas susiduria su įvairiais pacientais. Jie gydomi intensyviai ar ilgą laiką, kenčia dėl savo ligos, yra nepagydomi, mirštantys. Neretai slaugytojas susiduria su tokiais pacientų ir artimųjų klausimais, į kuriuos atsakyti atrodo neįmanoma, bet jis privalo rasti atsakymus į visus paciento klausimus. Todėl slauga yra ne tik menas, bet ir mokslas [23].

Pagrindiniai veiksniai, trukdantys slaugytojams apmokyti pacientus ir globėjus, yra nesudarytos tam tinkamos darbo sąlygos, slaugytojų žinių stoka ir laiko trūkumas bei pacientų nepasitikėjimas slaugytojais. Slaugytojai pabrėžė nepakankamą bendravimą, taip pat slaugytojų ir gydytojų bei slaugytojų ir pacientų bendradarbiavimą. Tai gali turėti įtakos pacientų mokymui [24].

Slaugytojui tenka morališkai padėti pacientams ir jų giminaičiams, o to neįmanoma atlikti nesusiformavus vertybių sistemos [16]. Slaugytojai susiduria su sunkumais ir vertindami dvasinius pagalbos būdus, nes ši slaugos sritis apima milžinišką įvairios ir labai skirtingos pagalbos priemonių kiekį. Gali būti, kad dvasingumą sunku aiškiai išskirti iš bendros slaugos ir priežiūros būdų. Slaugos dokumentai priklauso nuo taikomo slaugos modelio ir nuo turimų dokumentų ar užrašų pobūdžio, jų tinkamumo ir lankstumo. Todėl slaugos vertinimas labai priklauso nuo kiekvieno individualaus slaugytojo. Dar prieš pradėdant praktinę veiklą, reikia išmokyti slaugytojus prisiimti atsakomybę, o vėliau nuolat skatinti praktiškai vertinti savo veiklą, supažindinti darbuotojus su nuolat kintančiais ir tobulėjančiais vertinimo standartais. Juk dvasinė slauga niekuo nesiskiria nuo kitų slaugos sričių. Svarbu, kad slaugytojai gebėtų įveikti savo sąmonės kontrolės užtvarą, tą kontrolės mechanizmą, kuris suveikia kiekvieną kartą pradėjus kalbėti ar rašyti apie dvasingumą, dvasinius poreikius ir dvasinės pagalbos teikimo būdus. Dokumentai yra labai svarbūs vėlesnei analizei ir vertinimui [26].

Senyvo amžiaus žmogui slaugytojas dažnai yra vienintelis galimas pašnekovas. Tokio amžiaus pacientai be galo laukia šių pokalbių, nes tai – vienintelė galimybė aptarti daugelį pacientui svarbių dalykų. Slaugytojai dažnai išklauso begalę pasakojimų. Jie gali neigiamai paveikti darbuotoją, kurio darbo diena ir taip labai sunki. Kasdien klausyti, klausinėti, nuraminti seną žmogų gali būti labai sunku. Senyvo amžiaus žmonės dažniausiai turi daug laiko, jie gali kantriai laukti momento pakalbėti su slaugytoju, o slaugytojai, pavargę nuo šių pokalbių, pradeda svajoti apie kitokį darbą. Manoma, kad senyvo amžiaus žmonės nediferencijuoja personalo ir artimųjų ir su slaugos darbuotojais bendrauja kaip su šeimynykščiais žmogiškąja prasme [12]. Paprastai slaugytojas dėl darbo krūvio ir laiko trūkumo siekia išvengti gilaus bendravimo. Svarbu, kad jis būtų pasirėngęs iš anksto priimti pokalbį tokį, koks jis įvyks, be išankstinės nuomonės, be teisės teisti [12]. Slaugomiesiems ir šeimos globėjams specialistų neverbalinėje kalboje yra svarbus akių kontaktas, šypsena, maloni veido išraiška; jie neigiamai vertina tolerancijos ir kantrybės stoką, kuri dažniausiai pasireiškia pakeltu kalbėjimo tonu [11].

### Šeimos globėjo situacija

Teikti slaugos paslaugas artimiesiems jų pačių namuose yra nelengvas uždavinys – šeimos nariai tam pa neformaliais slaugytojais, globėjais, kurie prisiima

didžiulę atsakomybę, rūpinasi artimu, nors jie anksčiau niekada nieko panašaus nebuvo darę, kiekvienas veiksmas kasdien papildomas naujomis žiniomis. Slaugytojo vaidmuo šiame procese svarbus, nes jie turi kovoti už šiuos pacientus ir mokyti jų šeimos narius [27], kadangi specifinių žinių trūkumas slaugymo procese kelia daug nereikalingo streso [21]. Informacija turi būti pateikiama suprantama kalba ir būdu, be medicininių terminų, kad būtų išvengta nereikalingo streso [11]. Nėra blogų ar gerų būdų slaugyti, tačiau praktika rodo, jog tam tikrų paprastų patarimų laikymasis gali labai palengvinti tiek ligonio, tiek jo šeimos narių dalį, pagerinti paties paciento ir jį slaugančių artimųjų gyvenimo kokybę [21].

Šeimos globėjas, slaugymo procese susidurdamas su daugybe problemų, patiria stresą, kuris emociškai ir fiziškai sekina. Kad sveikas sutuoktinis turi palaikyti ligonį, to tikisi ne tik aplinkiniai, bet ir sergantis asmuo. Vis dėlto kartais tai padaryti labai sunku, nes ligonio artimąjį užvaldo įvairūs jausmai: liūdesys, pyktis, neviltis, depresinės reakcijos, nusivylimas ir pan. Jis taip pat išgyvena netektį, t. y. artimojo sveikatos netektį. Dažnai ir stipriai keičiasi sveikojo sutuoktinio gyvenimas: žlunga susikurti tikslai, planai, gali atsirasti priklausomybės nuo sergančio šeimos nario jausmas, apribojami kontaktai su kitais žmonėmis ir veikla, keičiasi tarpusavio santykiai. Ateitis dažnai tampa neaiški, neapibrėžta [28].

Apsisprendimas slaugos reikalaujantį šeimos narį slaugyti namuose liečia visus tos šeimos narius. Tam, kad šeimynai būtų lengviau prisitaikyti prie galimų pasikeitimų namuose, jie visi turėtų dalyvauti planuojant slaugą namuose ir atliekant parengiamuosius darbus. Jau pačioje slaugos situacijos pradžioje labai svarbu teisingai suvokti gaunamą informaciją ir nurodymus, o tam reikia laiko.

- Gydančio gydytojo prašoma suteikti išsamią informaciją apie ligos eigą ir apie gydymo bei reabilitacijos galimybes.
- Ligonį kasa konsultuoja dėl galimos paramos teikimo.
- Slaugytojai pataria, kaip geriau organizuoti slaugą namuose, ir perteikia pagrindines žinias apie ligonio slaugymą konkrečiu atveju [24].
- Bendruomenės slaugytojų kasdienis arba nereguliarus dalyvavimas slaugant ligonį namuose gali labai palengvinti šeimos narių darbą ir tuo pačiu juos apsaugoti nuo pervargimo. Ši pagalba labai efektyvi tuo atveju, jeigu slaugyti reikia be pertraukų visas 24 valandas arba ligoniui yra būtinos sudėtingos procedūros [24].

Kadangi šeima – tarpusavio ryšių sistema, bet koks vieno nario gyvenimo pokytis atsiliepia ir kitiems šeimos nariams. Būtinybė įsijausti į slaugytojo vaidmenį sukelia psichologines, socialines, finansines pasekmes ir veikia sveikatą. Didžiulių finansinių nuostolių gali būti ir dėl nemažų išlaidų priežiūrai, ir dėl sutrumpėjusios darbo dienos. Nemažai dėmesio skiriama slaugytojui, kuriam tenka didžiulis krūvis. Jo psichologinę būseną lemia fizinis krūvis, emociniai sunkumai, riboti socialiniai ryšiai ir finansinės problemos. Materialinius ir psichosocialinius šeimos išteklius dažnai tenka skirti sergančiojo priežiūrai, o ne kitų šeimos narių reikmėms. Pagalba šioms šeimoms turi dvigubą naudą: sumažina slaugytojui tenkantį krūvį, neigiamą poveikį visai šeimai bei tikimybę, kad ligonis bus perkeltas į gydymo įstaigą [30]. Ilgainiui reikia įvertinti esamą situaciją, vis iš naujo nuspręsti, ar naudojamos slaugos priemonės bei slaugą atliekančių asmenų jėgos yra tinkamos, ar reikalinga papildoma parama iš šalies. Kai slaugantis asmuo pervertina savo paties sveikatos būklę, nepaiso galimo rizikos faktoriaus, nesivadovauja reikiama informacija apie susidariusią padėtį bei kompetencija, pervargimas neišvengiamas. Slaugantysis privalo savo paties sveikatą bei savo poreikius vertinti taip pat rimtai, kaip ir ligonio norus bei lūkesčius. Turėti laisvo laiko, skirti jį savo pomėgiams, susitikimams su draugais – visa tai svarbu norint užtikrinti gerą slaugančiojo asmens savijautą. Tokie poilsio momentai padeda lengviau įveikti sunkią slaugančiojo kasdienybę [29]. Reikia laiko, kantrybės ir visų šeimos narių pastangų, siekiant susigrąžinti šeimos gyvenimo pusiausvyrą ir kontrolės jausmą. Artimiesiems dažnai trūksta informacijos ir žinių, kaip padėti ir bendrauti su sergančiuoju. Svarbu suprasti patiriamus jausmus dėl sergančiojo, nes artimųjų neigiami jausmai ir noras jų išvengti komplikuoja įtraukimą į gydymą ir priežiūrą [31]. Netinkamai bendraudami jie nesugeba ar nenori priimti jiems siunčiamos informacijos, neatsako į ją, nesuvokia bendravimo prasmės ir poreikio [13].

Nustatyta, kad pacientams ir jų globėjams neužtenka informacijos apie ligą tiek gulint ligoninėje, tiek išvykstant į namus ir gydantis namuose. Nors pripažįstama, kad pacientų ir globėjų mokymas yra sudėtinė kasdienės slaugos ir priežiūros dalis, deja, dažnai pacientai ir globėjai turi mažai žinių slaugos, gydymo ir profilaktikos klausimais [1].

Dauguma slaugytojų į klausimus, susijusius su liga ar paciento priežiūra, gali atsakyti remdamiesi medicininėmis žiniomis. Tačiau dažnai paciento

globėjo toks atsakymas netenkina, jis nori platesnio, išsamesnio atsakymo, kuris suteiktų vilties, nuraminėtų [26]. Lietuvoje psichosocialinės paslaugos pacientams artimiesiems neteikiamos, tačiau pabrėžiama, kad pacientų šeimos nariams ir artimiesiems, kurie nuolat rūpinasi savo ligoniu, ypač reikalingos paslaugos, leidžiančios pailsėti nuo kasdienės paciento priežiūros [2]. Dėl šios priežasties slaugomo asmens artimieji taip pat tampa izoliuoti, kaip ir pacientai, retai turi galimybę išeiti iš namų, praranda socialinius ir darbo įgūdžius. Todėl būtina psichosocialinių paslaugų pacientams artimiesiems plėtra, itin svarbu mokyti artimuosius kurti socialinius tinklus ir skatinti jų socialinį dalyvavimą, mažinti priklausomybę nuo ilgą laiką glojamo sergančio asmens [2].

Tiriant artimųjų, prižiūrinių pacientų namuose, psichinę būklę atspindinčių atsakymų pasiskirstymą, nustatyta, kad dauguma (84,1 proc.) artimųjų ir šeimos narių jaučiasi prislėgti, 85 proc. artimųjų patiria nerimą (iš jų net 54,1 proc. nerimą jaučia nuolatos), 84,1 proc. (iš jų net 49,6 proc. – nuolatos) tiriamųjų jaučia įtampą. 80 proc. apklaustų asmenų nurodė, kad nuo tada, kai pablogėjo jų namuose prižiūrimo artimojo būklė, jų pačių fizinė sveikata taip pat pablogėjo (iš jų 40 proc. – fizinė sveikata labai pablogėjo). 73 proc. artimųjų nurodė, kad jaučia baimę, susijusią su mirtimi; 80,9 proc. asmenų teigė, kad pradėjus slaugyti savo giminaitį jų pačių interesai susiaurėjo [2]. Tai rodo, kad šeimos globėjams neužtenka gautamos pagalbos, jiems būtinos ir psichosocialinės paslaugos, kurios šiuo metu Lietuvoje neteikiamos.

### **Tinkamos bendruomenės slaugytojo ir šeimos globėjo partnerystės prielaidos**

Bendruomenės slaugytojų užduotis – stebėti savo bendruomenės pacientus ir padėti jiems sėkmingai senti [12]. Bendruomenės slaugytojų funkcijos pirmiausia priklauso nuo bendruomenės narių poreikių bei pačių slaugytojų pasirengimo ir patirties. Paslaugas bendruomenėje teikiantys slaugytojai pirmiausia turi išnagrinėti pacientų poreikius dėl namų slaugos.

Sveikatos ir socialinės priežiūros paslaugų kokybę lemia tiek organizaciniai, techniniai ir finansiniai ištekliai, tiek itin svarbūs tarpasmeniniai veiksniai. Specialistas, teikdamas paslaugas vyresnio amžiaus žmonėms, turėtų siekti sukurti gerą tarpasmeninį ryšį, gauti patikimą informaciją, reikalingą problemai įvertinti, priimti su priežiūra susijusius sprendimus, suteikti išsamią ir suprantamą informaciją apie priežiūros taktiką, elgsenos pokyčius bei ateities perspektyvas. Labai svarbu, jog specialistai, dirbantys

su vyresnio amžiaus paslaugų gavėjais, turėtų labai gerus bendravimo įgūdžius, nes sveikatos priežiūros paslaugų gavėjams ir teikėjams svarbu bendrauti, kad gautų, apsiikeistų patikima informacija, reikalinga numatant problemas bei darant svarbius sprendimus, susijusius su sveikti tinkamų sąlygų sudarymu ir sveikatos palaikymo veiklos koordinavimu [11]. Tačiau tarpusavio bendravimas ne visuomet būna efektyvus. Sveikatos specialistai turi išmanyti bendravimo raišką ir žinoti, kaip geriausia elgtis su pagyvenusiais ir senais pacientais bei jų artimaisiais tuo metu, kai jie yra nusivylę, pikti, prislėgti ar jiems sunku bendrauti su aplinkiniais asmenimis [11]. Bendravimo metu išryškėja svarbiausi ligonio slaugos poreikiai, slaugytojai planuoja jo priežiūrą, o artimieji gali efektyviau slaugyti.

Pasak A. Čiočienės [19], patikimi ir artimi slaugytojų ir šeimų ryšiai įrodė, kad slaugytojai gali būti įtakingi gynėjai numatant šeimos sveikatai tinkamiausią sveikatos politiką. Tačiau efektyviam slaugytojų darbui būtina suprasti šeimos sąvoką ir funkcijas. Šeimos struktūros ir funkcijos nuolat kinta priklausomai nuo išorinės aplinkos ir socialinių poreikių. Tačiau kad ir kas kistų, šeimos, kaip svarbaus socialinio vieneto, koncepcija išlieka beveik visose bendruomenėse. Slauga, orientuota į visą šeimą, sudaro sąlygas numatyti galimybes keistis informacija apie pagrindinius jos komponentus, rūpintis vaikais, pagyvenusiais ir šeimomis, įskaitant pagarbą, bendradarbiavimą, paramą ir pasitikėjimą. Slaugos praktikai pripažino, kad į sveikatos priežiūrą būtina įtraukti šeimos narius [4].

Bendradarbiavimo procesas, kurio metu šeima aktyviai įtraukiama į savo sveikatos priežiūrą, keičia tradicinį požiūrį, pagal kurį gydytojai ir slaugytojai yra ekspertai, sprendžiantys, kas tinka šeimai ir jos nariams. Šeimos nori būti įtrauktos ir informuotos slaugos paslaugų vartotojos. Šeimos dalyvavimo sveikatos apsaugoje apimtis gali labai priklausyti nuo esamos situacijos ar sveikatos problemos. Situacijose, kurioms būdingos nedidelės ūmios problemos, slaugytojas paprastai koncentruojasi į individą. Tačiau esant lėtinėms ligoms, rimtoms ūminėms arba gyvenimo būdo problemoms slaugytojas į slaugą turi įtraukti visą šeimą [19].

Slaugytojas, rūpindamasis ir bendraudamas su pacientais bei jų šeimos nariais, perteikia priežiūrai reikalingą informaciją [16]. Kuo daugiau išsamesnės informacijos sukaupia ligonį slaugantys artimieji, tuo teisingesnius sprendimus susidariusioje slaugos situacijoje jie pajėgūs priimti [29].

Partnerystė sieja ne tik bendruomenės slaugytoją ir pacientą, kuriam reikalinga sveikatos priežiūra, bet ir šeimos globėją, suinteresuotą padėti sergančiam nariui. Tai glaudus tarpusavio bendradarbiavimas siekiant bendro tikslo – efektyvaus slaugymo proceso. Partnerystės modelis – abipusis dalyvavimas [32]. Šeimos globėjo dalyvavimo sąvokos turinys sudaro partnerišką slaugytojo ir šeimos globėjo santykių modelio pagrindą. Šeimos globėjo dalyvavimo (dar kartais vadinamos partnerystės) teorinis modelis remiasi prielaida, kad globėjai nori būti aktyvūs sveikatos priežiūros metu ir tai naudinga ne tik jiems, bet ir slaugomam nariui. Globėjui dalyvaujant sprendimų priėmimo procese vyksta svarbus vertybinių sveikatos orientacijų keitimasis ir savitarpio supratimas. Pagal pacientų dalyvavimo modelį nei gydytojas, nei bendruomenės slaugytojas, nei kitas sveikatos profesionalas nepretenduoja žinoti, kas geriau pacientui, neatsižvelgę į jo paties ar globėjo nuomonę. Sveikatos profesionalų užduotis – ne tik gydyti, bet ir sužinoti paciento prioritetus bendraujant, diskutuojant ar tariantis.

Dvasingumo koncepcijos ir slaugos būdų negalima nepaisyti. Pacientai, jų globėjai ir slaugytojai linkę labai atsargiai aptarti dvasinius reikalus. Kartais perdėtas dėmesys gali būti skiriamas tiems dalykams, kurių pats pacientas visai nenori giliau tyrinėti, tuo sudarant bendravimo barjerą. Todėl slaugytojai privalo stengtis empatiškai bendrauti, tinkamai pildyti visus dokumentus ir aprašyti dvasinę slaugą, kad būtų galima geriausiai koordinuoti, planuoti ir vertinti visą slaugos procesą bei jo veiksmingumą [26].

## REZULTATŲ APTARIMAS

Literatūros analizės metu nustatyta, kad bendruomenės slaugytojai turi daug bendravimo įgūdžių, tačiau jie neišnaudojami, nes slaugytojai spaudžiami didinti darbo efektyvumą ir našumą. Slaugytojai susiduria su sunkumais vertindami dvasinius pagalbos būdus, nes ši slaugos sritis apima didžiulį įvairios ir labai skirtingos pagalbos priemonių kiekį. Neretai slaugytojas išgirsta tokių pacientų ir artimųjų klausimų, į kuriuos atsakyti atrodo neįmanoma. Būtent senyvame amžiuje, padidėjus žmogaus jautrumui, bendravimo klaidos, pasakytas šiurkštesnis žodis gali sukelti bendruomenės slaugytojo ir šeimos globėjo priešpriešą, nepasitikėjimą vienas kitu. Dėmesys, bendravimas, suteikta informacija, skirtas laikas, informacijos suprantamumas yra susiję ne tik su pacientų, bet ir su juos globojančių artimųjų lūkesčiais. Tai reikšmingi pasitenkinimo paslaugomis kriterijai [33].

Šeimos globėjai, prižiūrintys neįgalius asmenis savo namuose, tampa izoliuoti, praranda socialinius ir darbo įgūdžius. Specifinių žinių trūkumas slaugymo procese kelia daug nereikalingo streso. Jų psichologinę būseną lemia fizinis krūvis, emociniai sunkumai, riboti socialiniai ryšiai ir finansinės problemos. Materialinius ir psichosocialinius šeimos išteklius dažnai tenka skirti sergančiojo priežiūrai, o ne kitų šeimos narių reikmėms.

Mokymas – tai kryptinga, planinga ir sisteminga ugdytojų ir ugdytinių sąveika, siekiant suteikti žinių, kaip stiprinti ar grąžinti sveikatą ir kaip apsaugoti nuo ligų arba palengvinti slaugymo procesą. Pacientas ir jį globojantis asmuo turi teisę gauti išsamią ir adekvačią informaciją apie sveikatą ir jos išsaugojimą, gydymą ir priežiūrą, t. y. tą informaciją, kuri padėtų jiems tinkamai pasirinkti ir kuri leistų užtikrinti visų pacientų, nepriklausomai nuo išsilavinimo, gyvenamosios vietos ir kalbos, vienodą galimybę gauti sveikatos priežiūros paslaugas [34]. Mokymas skirtas padėti pacientams ir jų šeimoms suprasti ligą ir gydymą, bendradarbiauti su sveikatos priežiūros specialistais, gyventi sveikai ir palaikyti bei pagerinti gyvenimo kokybę [31].

Pacientams teikiama informacija gana dažnai neatitinka jų išsilavinimo ir poreikių. Kasdienėje praktikoje neįvertinamas pacientų sveikatos raštingumo lygis ir pacientas gauna informaciją, kuri neatitinka jo raštingumo įgūdžių. Nustatyta, kad kas penktas (19,9 proc.) nepakankamo sveikatos raštingumo ir kas dešimtas (9,4 proc.) pakankamo sveikatos raštingumo pacientas teigia, jog slaugytojai bendraudami vartoja daug sudėtingų medicininių terminų. Mokslinių tyrimų duomenimis, pacientai, kurių žemas sveikatos raštingumo lygis, negali pripažinti šios problemos arba gėdijasi ją atskleisti kitiems. Atsakymai į klausimą „Ar dažnai prašote, kad slaugytojai pakartotų Jums rūpimą informaciją?“ rodo, jog „visada ir dažnai“ prašo pakartoti tik 22 proc. nepakankamo sveikatos raštingumo, 12,5 proc. – ribinio sveikatos raštingumo ir 9,1 proc. – pakankamo sveikatos raštingumo pacientų ( $p < 0,05$ ) [35]. Tyrimo duomenimis, 22,7 proc. respondentų, kurių nepakankamas sveikatos raštingumo lygis, ir 16,6 proc. tirtų asmenų, įgijusių pakankamą sveikatos raštingumo lygį, niekada arba tik kartais supranta ligoninėje esančius medicininius užrašus ir pavadinimus [35].

Gerai organizuotos slaugos namie paslaugų teikimo sistemos trūkumas Lietuvoje yra viena iš didžiausių sveikatos priežiūros problemų, stabdančių bendrą sveikatos priežiūros sistemos raidą. Neįmanoma



gerai įvykdyti sveikatos priežiūros reformos, neatliktus slaugos sistemos esminių pertvarkymų. Siekiant sumažinti gydytojų darbo apimtį ir padidinti slaugytojų profesinės veiklos sėkmingumą, būtina kurti namų slaugos tinklą, kuris apimtų įvairaus amžiaus ir įvairiomis ligomis sergančius pacientus visą parą jų namuose.

Partnerystės funkcijos liečia ne tik pacientą, bendruomenės slaugytoją ir šeimos globėją. Bendradarbiaujant šeima aktyviai įtraukiama į specifinę slaugymo procesą ir pakeičia ne tik paciento, bet ir savo tradicinę požiūrį į sveikatos priežiūrą.

## IŠVADOS

1. Bendruomenės slaugytojo vaidmuo platus, o patiriamas darbo krūvis labai didelis. Jis atlieka ne tik visas bendrosios praktikos slaugytojo funkcijas, bet ir organizuoja, planuoja ir vykdo namų slaugą, lėtinių ligonių ilgalaikę priežiūrą, pagal savo

kompetenciją konsultuoja ligonius slaugos ir sveikatos klausimais.

2. Šeimos globėjai slaugymo procese susiduria su daugybe problemų, dėl kurių tampa izoliuoti, praranda socialinius ir darbo įgūdžius. Šeimos globėjams neužtenka gaunamos bendruomenės slaugytojo pagalbos, jiems būtinos ir psichosocialinės paslaugos.
3. Partnerystė sieja ne tik bendruomenės slaugytoją ir pacientą, kuriam reikalinga sveikatos priežiūra, bet ir šeimos globėją, suinteresuotą padėti sergančiam nariui. Siekiant efektyvaus slaugymo proceso, būtina tinkama slaugytojo ir šeimos globėjo partnerystė, kuri apima kompleksinius, dinamiškus ir daugialypius ryšius. Bendruomenės slaugytojas turi tapti veiksmų, susijusių su slaugomu asmeniu, koordinatoriumi ir tiekėju, tyrėju ir konsultantu, sveikatos mokytoju ir lyderiu.

*Straipsnis gautas 2016-04-06, priimtas 2016-06-27*

## Literatūra

1. Montvydaitė M, Mockienė V. Mokomosios intervencijos poveikis pagyvenusių žmonių savarankiškumui. *Visuomenės sveikata*. 2013;1:56-61.
2. Kudukytė-Gasperė R, Štaras K. Integruotų slaugos ir psichosocialinių paslaugų poveikis namuose slaugomiems sunkios būklės pacientams ir jų šeimos nariams. Atvejo analizė VšĮ Centro poliklinikoje. *Sveikatos mokslai*. 2015;25:15-23.
3. Lietuvos statistikos departamentas. Socialinė apsauga Lietuvoje 2013. Vilnius, 2014. Prieiga per internetą: <<http://osp.stat.gov.lt/services-portlet/pub-edition-file?id=3748>>.
4. Gieskienė B, Istomina N, Jurgutis A. Į pacientą ir jo šeimą orientuotos sveikatos priežiūros vaidmuo valdant lėtines neinfekcines ligas. *Visuomenės sveikata*. 2012;1:106-109.
5. Margelienė D. Šeimos / bendruomenės slaugytojų paslaugų poreikio nustatymo bendruomenėje sociologinė apklausa. 2002;4:5-8.
6. Galdikienė N. Bendruomenės slauga. *Mokomoji knyga*. Kaunas, 2011.
7. Lein C, Wills CE. Using patient-centered interviewing skills to manage complex patient encounters in primary care. *Journal of the American academy of nurse practitioners*. 2007;19(5):215-220 [žiūrėta 2015 m. balandžio 5 d.], PubMed. Prieiga per internetą: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1745-7599.2007.00217.x/abstract>>.
8. Šileikaitė S, Kudukytė-Gasperė R. Slaugos paslaugų teikimo modernizavimo problemos – Vilniaus miesto Centro poliklinikos patirtis. *Sveikatos mokslai*. 2011;21(6):131-41.
9. The future of health care and care systems for the elderly: guaranteeing accessibility, quality and financial viability. COM, 2001 [žiūrėta 2015 m. gegužės 1 d.]. Prieiga per internetą: <[http://ec.europa.eu/employment\\_social/soc-prot/healthcare/healthcareen.htm](http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/healthcare/healthcareen.htm)>.
10. Supporting national strategies for the future of health care and care for the elderly. Joint report by the Commission and the Council. Social security & social integration [žiūrėta 2015 m. gegužės 1 d.]. Prieiga per internetą: <[http://www.monitoringris.org/documents/strat\\_reg/eu251.pdf](http://www.monitoringris.org/documents/strat_reg/eu251.pdf)>.
11. Piščalčienė V, Krasuckienė D, Lamsodienė E ir kt. Pagyvenusių ir senų asmenų bendravimo patirties su sveikatos ir socialinės priežiūros specialistais vertinimas. *Sveikatos mokslai*. 2014;6:5-16.
12. Smaidžiūnienė D. Bendravimas su senais žmonėmis ir slauga. *Sauga. Mokslas ir praktika*. 2006;3(111):7-10.
13. Kalibaitienė D ir kt. Šeimos sveikatos enciklopedija. Kaunas, 2011.
14. Jurkuvienė R, Rupkuvienė S. Slaugos namuose poreikio nustatymas ir Bartelio indeksas kaip kriterijus. *Sveikatos mokslai*. 2010;1:2909-2915.
15. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl MN 57:2011 „Bendruomenės slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“. Valstybės žinios. 2011;V-650.
16. Butėnas R, Žydžiūnaitė V. Vertybių refleksija slaugytojo veiklą reglamentuojančiuose dokumentuose. *Sveikatos mokslai*. 2013;1(23):166-172.
17. Tamošiūnas A, Milašauskienė Ž. Bendruomenė ir bendruomenės slauga. Kaunas, 2008.
18. Šisockienė B. Šeimos gydytojo komandos praplėtimas slaugos darbuotojais (vystymosi perspektyvos). *Sauga. Mokslas ir praktika*. 2011;6(174):10-11.
19. Čiočienė A. Bendruomenės slauga pirminėje sveikatos priežiūroje. *Sveikatos mokslai*. 2002;4:2-5.
20. Lukoševičienė R, Stonkus S, Matukienė V. Lėtinių inkstų nepakankamumu sergančių ligonių mokymo problemos aktualumas. *Sveikatos mokslai*. 2008;4:1770-1772.
21. Bartašiūnienė V, Petravičienė Z. Slaugos pedagogikos svarba slaugytojo darbe su senyvo amžiaus pacientais. *Sveikatos mokslai*. 2009;1(145):4-9.
22. Kriukelytė D, Tamošiūnienė R. Slaugytojų požiūris į pacientų apmokymą. *Sveikatos mokslai*. 2002;4:46-49.
23. Pukinskienė D. Slaugos procesas. *Klaipėda*, 2010.
24. Eidukienė G. Pedagoginis slaugytojo vaidmuo. *Sauga. Mokslas ir praktika*. 2005;7-8:6-7.
25. Šisockienė B. Šeimos gydytojo komandos praplėtimas slaugos darbuotojais (vystymosi perspektyvos). *Sauga. Mokslas ir praktika*. 2011;6(174):10-11.
26. Šeškevičius A, Valiulienė Ž. Dvasingumo raiška paliatyviojoje priežiūroje. *Sveikatos mokslai*. 2011;2(21):109-114.
27. Reinhard SC, Given B, Petlick NH et al. Supporting Family Caregivers in Providing Care. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr. Chapter 14. Available from: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2665/>>.
28. Venckienė K ir kt. Šeimos sveikatos enciklopedija. Kaunas, 2011.

29. Barden I, Vogel A, Wodraschke G. Ligonių slaugymas namuose. Kaunas, 2004.
30. Lemme, Barbara Hansen. Suaugusiojo raida. Kaunas, 2003.
31. Jancevič E. Slaugytojų vaidmuo padedant šeimai, auginančiai epilepsija sergantį vaiką: susitaikymas su liga ir mokymas. *Slauga. Mokslas ir praktika*. 2015;2(218):4-6.
32. Liubarskienė Z, Peičius E, Blaževičienė A ir kt. *Medicinos etika: mokomoji knyga*. Kaunas, 2008.
33. Drungilienė D, Slatvickaja N, Žiliukas G. Slaugos paslaugų atitiktis opioidinės priklausomybės pacientų lūkesčiams. *Sveikatos mokslai*. 2011;7(21):196-201.
34. Sondaitė J, Bukartienė L. Chirurginių pacientų mokymo poreikio įvertinimas. *Sveikatos mokslai*. 2012;3(22):155-158.
35. Zagurskienė D, Misevičienė I. Pacientų sveikatos raštingumo ir slaugytojų jiems teikiamos informacijos vertinimas. *Sveikatos mokslai*. 2008;3:1594-1598.

## The partnership of community nurses and family caregivers

Lina Jankauskienė<sup>1</sup>, Lolita Rapolienė<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup>*Klaipėda University, Faculty of Health Science, Department of Nursing, <sup>2</sup>Jūrininkų health care center, Klaipėda*

### Summary

The world is facing demographic changes and the rise of life expectancy resulting in increasing number of social and economic problems. Due to the growth of the old, disabled, suffering from the several chronic diseases people, especially becomes important to provide health care and social services in their homes. Focused to the whole family nursing makes possibilities to exchange information about the main. The most important problem-the lack of partnership in community nurse and family caregiver relationships.

**The aim of study.** To analyze material about community nurse and family caregiver partnership.

**Material and methodology.** Scientific literature review by searching Springer Link, PubMed, Medline, Sage Journals Online databases.

**Results.** It was found that because of the high workload, activities not directly related to health care services, uncertainty of nurse role, or lack of communication features, community nurses are unable to provide an effective care at patient's home; an insufficient role of nurse in helping to make decisions for the patient and his family members; little attention is paid for cooperation with family caregivers. Most findings suggest that conflicts arise when health professionals fail to recognize family caregivers' expertise, when roles overlap, when roles are defined rigidly, or when professional expectations of family caregivers are contradictory. Involvement of family members in health care is essential- nursing practice recognizes that. Because of duly legalized and narrowed provision of care services at home, patients stay in hospital

for longer time, treatment and rehabilitation become more expensive, and a psychological problems arise. Studies demonstrated that in the role of caregivers stand unprepared for this purpose society members, who need to deal with the psychological, pedagogical, medical, social, and financial problems. This results in stress, isolation, loss of job skills for caregivers; they often lack the knowledge and skills to solve that problems or taking inappropriate ways for dealing with them. Community nurse needs to become a leader in interdisciplinary team and has a unique opportunity and a moral obligation to serve as a patient and his family members' lawyer during the key moments in their life.

**Conclusion.** The partnership of community nurse and family caregiver needs to be adequate to ensure efficient nursing care. That relationships for frail elders are complex, dynamic, and multifaceted. They include interconnected types for the nurse by being coordinator, supplier, researcher, consultant, health teacher, and leader.

**Keywords:** community nurse, family caregiver, partnership.

**Correspondence to** Lina Jankauskienė  
Department of Nursing, Faculty of Health Science,  
Klaipėda University  
H. Manto str. 84, LT-92294 Klaipėda, Lithuania  
E-mail: linacka911@gmail.com

*Received 6 April 2016,  
accepted 27 June 2016*