

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

SVETLANA GREIČIENĖ

SLAUGYTOJŲ DALYVAVIMO SVEIKATOS POLITIKOJE
VERTINIMAS

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas

dr. Gintarė Petronytė

VILNIUS

2013

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

SVETLANA GREIČIENĖ

SLAUGYTOJŲ DALYVAVIMO SVEIKATOS POLITIKOJE
VERTINIMAS

Sveikatos politikos ir valdymo magistro baigiamasis darbas

Studijų programa 62602S112

Vadovas

_____ dr. Gintarė Petronytė

2013 11 21

Recenzentas

2013

Atliko

SPVmns2– 01gr.

_____ stud. S. Greičienė

2013 11 21

VILNIUS

2013

TURINYS

ĮVADAS	6
1. POLITINIO DALYVAVIMO ANALIZĖ	9
1.1. Politinio dalyvavimo samprata	9
1.2. Politinio dalyvavimo modeliai	11
2. SLAUGYTOJŲ POLITINIO DALYVAVIMO YPATUMAI	13
2.1. Slaugytojų politinį dalyvavimą įtakojantys veiksniai.....	13
2.2. Organizuotas politinis dalyvavimas	16
3. SLAUGOS POLITIKOS VYSTYMASIS LIETUVOJE	19
3.1. Slaugos politikos kryptys	19
3.2. Slaugos nevyriausybinės organizacijos ir jų vaidmuo sveikatos politikos formavime	25
4. SLAUGYTOJŲ DALYVAVIMO SVEIKATOS POLITIKOJE VERTINIMAS (KOKYBINIS TYRIMAS)	29
4.1. Tyrimo metodika ir organizavimas	29
4.2. Tyrimo rezultatai ir jų aptarimas	33
4.2.1. <i>Slaugos vystymasis sveikatos politikos kontekste</i>	33
4.2.2. <i>Slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje lygis</i>	36
4.2.3. <i>Slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje galimybės</i>	40
4.2.4. <i>Slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje modelis</i>	50
IŠVADOS	54
REKOMENDACIJOS	55
LITERATŪROS SARAŠAS	57
ANOTACIJA	64
ANNOTATION	65
SANTRAUKA	66
SUMMARY	68
PRIEDAI	70

LENTELĖS

1 lentelė. Slaugos studijų, mokslo ir praktikos problemos ir jų plėtros kryptys	23
2 lentelė. Informantų užimamos pareigos bei institucija.....	31
3 lentelė. Slaugos politikos prioritetinės kryptys	34
4 lentelė. Slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje lygis.....	38
5 lentelė. Pasiūlymai dėl slaugytojų dalyvavimo lygio didinimo sveikatos politikos formavime	40
6 lentelė. Slaugytojų dalyvavimo galimybės sveikatos politikoje.. ..	42
7 lentelė. Lietuvos slaugos specialistų organizacija ir jos veikla	44
8 lentelė. Slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje kliūtys	48

PAVEIKSLAI

1 pav. Pilietinis voliuntaristinis modelis. Ryšiai tarp veiksnių, įtakančių slaugytojo apsisprendimą organizuotam dalyvavimui	16
2 pav. 2012 m. Seimo rinkimuose dalyvavusių slaugytojų skaičius politinėse partijose	46
3 pav. Slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje modelis.....	51
4 pav. Lietuvos slaugos specialistų organizacijos struktūra.....	53

SANTRUMPOS

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

ES – Europos sąjunga

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija

LR – Lietuvos Respublika

MN – Medicinos norma

LSSO – Lietuvos slaugos specialistų sąjunga

LSSLA – Lietuvos sveikatą stiprinančių ligoninių asociacija

LUSD – Lietuvos universitetinio išsilavinimo slaugytojų draugija

AITSD – Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų draugija

IVADAS

Temos aktualumas. Lietuvoje, kaip ir daugelyje pasaulio valstybių, slaugytojos sudaro didžiąją dalį asmens sveikatos priežiūros specialistų. Higienos instituto Sveikatos informacijos centro 2011 m. duomenis, praktikuojančių slaugytojų buvo 23 713, t.y. 1,8 karto daugiau negu gydytojų ir 3,3 karto daugiau negu kitų specialistų, turinčių aukštąjį ar aukštesnįjį medicinos išsilavinimą.¹ Nepaisant slaugytojų daugumos sveikatos priežiūros sektoriuje, slaugytojų potenciali politinė galia lieka neišnaudota.²

Lietuvoje, kaip ir kitose šalyse, vykstant politiniams ir ekonominiams pokyčiams, įgyvendinant sveikatos priežiūros reformas, tampa aktualus slaugytojų dalyvavimas sveikatos politikoje. Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) Europos regioninis biuras nurodo, kad slaugytojai dalyvauja sprendimų priėmimo tik keliose Vidurio ir Rytų Europos šalyse, o kitose šalyse jie nedalyvauja. Remiantis PSO duomenimis, slaugytojų dalyvavimo lygis sveikatos politikoje mažėja³, todėl svarbu susirūpinti slaugytojų įtraukimu į sveikatos politikos procesą. Nors Vakarų šalyse, tokiose kaip Jungtinės Amerikos Valstijos ir Jungtinė Karalystė, slaugytojai padarė didelę pažangą darydami įtaką sveikatos politikai, jų dalyvavimo galimybės vis dar ribotos, be to, jie susiduria su didelėmis kliūtimis, pavyzdžiui, negatyviu požiūriu į slaugos specialybę ir slaugytojų dominavimą sveikatos politikos formavime.⁴ Atlikti slaugytojų politinio dalyvavimo tyrimai rodo, kad slaugytojų vaidmuo sveikatos politikos formavimo procese ribotas, ir slaugytojai labiau laikomi žmogiškaisiais ištekliais, kurie tik įgyvendina sveikatos politiką. Slaugos statusas ir susiformavęs įvaizdis visuomenėje turi įtakos slaugytojų ištraukimui į sveikatos politiką.⁵ Be to, slauga dažnai yra suvokiama, kaip apolitiškas procesas, kuris pirmiausiai orientuojasi į paciento poreikius ir jo prioritetus.

Daugiausiai slaugytojų politinis dalyvavimas buvo tiriamas Jungtinės Amerikos Valstijų ir Jungtinės Karalystės mokslininkų. Jau 1983 m. S.E. Archer nagrinėjo slaugos administratorių politinį dalyvavimą. C. Barry apibrėžė slaugytojų savybes, reikalingas įsitraukiant į sveikatos politiką. M. E. Cramer⁶, P. E. Block, D. Lamb – Mechanic⁷, M. Slack⁸ analizavo organizuotą slaugytojų politinį dalyvavimą.

¹ *Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2011m.* Vilnius: Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2012.

² Abood, S. Influencing health care in the legislative arena. *The Online Journal of Issues in Nursing*. 2007,12(1).

³ *Strengthening nursing and midwifery.* World Health Organization. Fifty-sixth World Health Assembly, 2003, <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22229908>> [žiūrėta 2013-02-16].

⁴ Dollinger, M. L. Professional association: Ethics, duty, and power. *Journal of the New York State Nurses Association*.2000, 31(2):28.

⁵ Kunaviktikul, W.; Nantsupawat, T.; Sngounsiritham, U. Knowledge and involvement of nurses regarding health policy development in Thailand. *Nursing and Health Sciences*. 2010,(2):221–227.

⁶ Cramer, M. E. Factors Influencing Organized Political Participation in Nursing. *Policy, Politics, & Nursing Practice*. 2002, 3:97-107.

Lietuvoje slaugytojų dalyvavimas sveikatos politikoje mažai analizuotas, nes slauga, kaip savarankiška profesija, buvo pripažinta pakankamai neseniai 2001 m. priėmus Slaugos praktikos įstatymą, kuris reglamentuoja slaugos praktikos teisinius pagrindus, slaugytojų pareigas ir teises. Vykdamas sveikatos priežiūros reformą, pagrindinis dėmesys buvo skiriamas slaugos studijų plėtrai, siekiant parengti slaugos specialistus, gebančius dirbti savarankiškai bei komandoje. To pasėkoje, šiuo metu Lietuvos universitetuose ir kolegijose ruošiami aukštos kvalifikacijos slaugytojai, atitinkantys ES standartus. Pažymėtina kad, slaugos praktika nuo slaugos mokslo vystymo labai atsilieka Lietuvoje. Todėl tampa aktualu, kad praktikuojančios slaugytojos aktyviau įsitrauktų į sprendimų priėmimo procesus.

Temos naujumas. Analizuojant slaugos politikos dokumentus, išryškėjo slaugytojams aktualios problemos, tačiau kaip slaugytojai dalyvauja politikoje, norėdami išspręsti kylančias problemas, yra netyrinėta. Šalies mastu tampa aktuali nepakankamo slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje problema.

Tyrimo objektas – slaugytojų dalyvavimas sveikatos politikoje.

Tyrimo dalykas – slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje vertinimas.

Darbo tikslas – ištirti slaugytojų dalyvavimą sveikatos politikoje.

Darbo uždaviniai:

1. Išanalizuoti slaugos politikos vystymąsi Lietuvoje.
2. Įvertinti slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje lygį.
3. Išanalizuoti slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje galimybes.
4. Parengti slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje modelį.

Tyrimo metodai:

- *Mokslinės literatūros, teisinių dokumentų analizė.* Literatūros paieška buvo atliekama internetinėse duomenų bazėse: EBSCOhost Research Databases, PubMed. Paieškos žodžiai: *political participation of nurses, nursing and politics, political involment of nurses, nursing power.*
- *Pusiau struktūrizuoto interviu metodas.* Naudojant jį, buvo siekiama sužinoti informantų nuomonę apie slaugytojų dalyvavimą sveikatos politikoje.
- *Kokybinis turinio (angl. content) analizės metodas,* leidžiantis formuluoti išvadas, remiantis analizuojamu tekstu.

⁷ Lamb–Mechanick, D.; Block, D.E. Professional membership recruitment: A marketing approach. *Nursing Economics*. 1984, 2.

⁸ Slack, M.; Murphy, J. Faculty influence and other factors associated with student membership in professional organizations. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 1995, 59.

- *Modeliavimo metodas.* Taikant jį buvo sukurtas slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje modelis.

Pirminė hipotezė. Slaugytojų dalyvavimo yra nepakankamas dėl informacijos, politinių igūdžių ir bendradarbiavimo su sveikatos politiką formuojančiomis institucijomis stokos.

Darbo struktūra. Darbą sudaro dvi pagrindinės dalys. Pirmojoje dalyje pateikiama politinio dalyvavimo samprata, pristatomi politinio dalyvavimo modeliai, taip pat analizuojami slaugytojų politinį dalyvimą įtakojantys veiksniai ir nagrinėjamas slaugytojų organizuotas politinis dalyvavimas. Be to, analizuojamas slaugos politikos vystymasis ir slaugos nevyriausybių organizacijų vaidmuo sveikatos politikos formavime Lietuvoje. Antrojoje dalyje vertinamas Lietuvos slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje lygis, analizuojamos slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje galimybės ir pristatomas sukurtas slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje modelis.

1. POLITINIO DALYVAVIMO ANALIZĖ

1.1. Politinio dalyvavimo samprata

Politinio dalyvavimo klausimai ypač domina sociologijos ir politikos mokslų sričių mokslininkus todėl, kad pilietinis dalyvavimas balsavimo metu tampa vienu iš svarbiausių demokratiškos valstybių pilietinės visuomenės raiškos būdų. Be rinkimų ir balsavimo svarbios ir kitos su politiniu dalyvavimu susijusios formos. Po Sovietų Sąjungos žlugimo įvairiose valstybėse ypač paplitusiai liberalios demokratijos ideologijai, viena iš svarbiausių aksiomų demokratiniam valdymui yra užtikrinti visuomenės platų dalyvavimą priimant sprendimus.⁹ Rinkimuose rinkėjų aktyvumas per pastaruosius dešimtmečius sumažėjo visose Europos valstybėse.¹⁰ Akademinės bendruomenės atstovams be rinkimų tapo įdomi ne tik rinkimų tematika, bet ir kitokios politinio dalyvavimo veiklos, kurios galėjo turėti įtaką sprendimų priėmimo procesui.

Nors literatūroje nėra vienos universalios politinio dalyvavimo sampratos, dažniausiai politinis dalyvavimas suprantamas kaip „politinis įsitraukimas“ arba „dalyvavimas priimant viešus sprendimus“. Apibūdiant politinį dalyvavimą, paprastai akcentuojamas arba praktiškas politinio dalyvavimo aspektas – balsavimas rinkimuose, įstojimas į politines organizacijas, teisė protestuoti, kalbos laisvė, arba tikslas – ko siekia dalyvaujanti pilietinė visuomenė. Pagrindinis politinio dalyvavimo tikslas yra „piliečių veikla, nukreipta įtakoti vyriausybės sprendimų priėmimo procesą“.¹¹

Politis dalyvavimas gali pasireikšti įvairiais veiksmais. Politinis dalyvavimas, tai:

- Balsavimas;
- Darbas ir prisidėjimas prie politinių kampanijų ir organizacijų;
- Kreipimasis į valstybinių institucijų pareigūnus;
- Dalyvavimas protestuose, piketuose demonstracijose;
- Neformalus bendras darbas, siekiant išspręsti bendruomenės problemas;
- Neatlygintinas darbas vietos savivaldos išrinktose ar paskirtose valdybose;
- Politinis aktyvumas dalyvaujant savanoriškose organizacijose.¹²

Literatūroje pateikiama keletas politinio dalyvavimo skirstymų į atskiras formas (tipologijas): konstitucines ir nekonstitucines; legalias ir nelegalias; prievartines ir neprievartines.¹³ Atsižvelgiant

⁹ Dahl, R. *On democracy*. New Haven: Yale University Press, 1998.

¹⁰ O'Toole, T.; Marsh, D.; Jones, S. Political literacy cuts both ways: The politics of nonparticipation among young people. *The Political Quarterly*. 2003, 74(3), 349–360.

¹¹ Huntington, S. P.; Nelson, J. M. (1976). *No easy choice: Political participation in developing countries*. Cambridge: Harvard University Press, 1976, p. 3.

¹² Verba et al. *Voice and Equality. Civic Voluntarism in American Politics*. London: Harvard UP, 1995.

¹³ Riekašius, R. Politinis dalyvavimas: samprata ir tipologija. *Klaipėdos universitetas*, 2011, p.1–34, <http://www.ku.lt/smf/files/2012/06/Riekasius_politinis-dalyvavimas_2011.pdf> [žiūrėta 2013-02-05].

ar tam tikri dalyvavimo veiksmai yra įtvirtinti įstatymuose, skiriami „konstituciniai“ ir „nekonstituciniai“ politinio dalyvavimo veiksmai. Paprasčiausiu „konstituciniu“ veiksmu laikomas balsavimas. Iš „nekonstitucinių“ veiksmų labiausiai paplitusios įvairios pilietinės iniciatyvos. Legitimų ir nelegitimų dalyvavimo formų išskyrimas apima subjektyvų vertinimo elementą, nes legitimumo pripažinimas – tai agreguota atskirų piliečių požiūrio į skirtingus veiksmus išraiška. Svarbus yra politinio dalyvavimo skirstymas į konvencinį ir nekonvencinį¹⁴ Konvencinis dalyvavimas apima įprastą elgesį, pasinaudojant vyriausybės suteiktomis priemonėmis. Galima remti vyriausybės veiksmus arba siekti juos paveikti per įvairias ceremonijas, parodant ištikimybę vyriausybei ir valstybei. Norėdami paveikti vyriausybės veiksmus, piliečiai gali: siekti gauti iš vyriausybės konkrečios naudos; siekti turėti įtakos renkantis vyriausybės narius ir politiką. Nekonvencinis politinis dalyvavimas apima netradicinį elgesį, kuris meta iššūkį vyriausybei arba ignoruoja vyriausybės komunikavimo kanalus. Įvairiose valstybėse skirtingai paplitęs toks politinio dalyvavimo tipas, bet iš esmės juo stengiamasi: išreikšti nepasitikėjimą politine sistema; parodyti stiprų savo politinių veiksmų efektyvumo pojūtį; išreikšti stipriai išvystytą grupės sąmonės pojūtį.¹⁵

Įsitraukiama į politinio dalyvavimo procesą dėl daugelio priežasčių. Piliečiams socializuojantis vyksta procesas, per kurį įgyjamos individualios politinės pažiūros. Socializacija gali vykti labai įvairiose vietose ir įvairiomis formomis, kaip, pavyzdžiui, šeimoje, stebint žiniasklaidą, mokyklose ar vyriausybės politikoje. Šiame procese daug lemia turimi išteklių ir pilietinės saviugdos įgūdžiai. Tradiciškai politinio dalyvavimo skirtumus lemia socioekonominis individo statusas. Asmenys, turintys aukštesnį išsilavinimą, daugiau uždirbantys arba dirbantys intelektualinį darbą, dažniau įsitraukia į politinį procesą.¹⁶ Nustatyta, kad politinis dalyvavimas priklauso ir nuo kitų socialinių demografinių veiksnių, tokių kaip amžius, lytis bei šeimyninė padėtis. Nepriklausomai nuo socioekonominio statuso, jaunesni asmenys rečiau įsitraukia į politikos procesą.¹⁷

¹⁴ Ten pat, p. 1–34.

¹⁵ Ten pat, p. 1–34.

¹⁶ *Political participation*, <<http://www2.fiu.edu/~milch002/CPO3643/outlines/participation.htm> [žiūrėta 2013-10-15].

¹⁷ Ten pat.

1.2. Politinio dalyvavimo modeliai

Politinį dalyvavimą sąlygojantys veiksniai yra daugelio teorinių ir empirinių studijų objektas. Sukurta nemažai politinio dalyvavimo modelių, kurie tarpusavyje susiję ir išskirti vieną modelį, kuris tiksliausiai apibrėžtų politinį dalyvavimą, yra sudėtinga. Paprastai visus modelius galima priskirti arba socioekonominio statuso modelių grupei arba mobilizavimo modelių grupei.

Socioekonominio statuso modelis. Daugelis politinio dalyvavimo empiriniai tyrimų remiasi „standartiniu socioekonominiu modeliu“, kurio kūrime didelį indėlį įnešė daugiausi Verba ir Nie.¹⁸ Šiame modelyje politinis dalyvavimas motyvuojamas turimais ištekliais (t. y. laiku, pinigais ir igūdžiais) ir pilietine orientacija – požiūriais į save ar politinę sistemą, kuri skatina piliečius imtis politinių veiksmų. Aukštą padėtį visuomenėje turinčius individus supa tokia socialinė aplinka, kurioje skatinamos ir diegiamos nuostatos bei politinio įsitraukimo normos, politinio dalyvavimo igūdžiai, todėl šie individai turi daugiau galimybių dalyvauti politikoje, lyginant su individualiais, priklausančiais žemesnei socialinei grupei.

Tyrimai, analizavę socialinių demografinių veiksnių sąsajas su politiniu dalyvavimu, parodė, kad gebėjimas valdyti savo mokymosi tikslus ir procesą, pajamas, didėja su amžiumi. Nevienareikšmiški rezultatai gauti analizuojant lyties, rasės ir tautybės įtaką politiniam dalyvavimui. Nustatyta, kad moterys rinkimuose balsuotų panašiai lyginant su vyrais¹⁹. Rasiniai skirtumai įvairiai įtakoja politinį dalyvavimą. Rasinės mažumos rečiau įsitraukia į politiką, negu baltieji.²⁰ Rasiniai skirtumai balsuojant procentine išraiška skiriasi nedaug.²¹

Daugelyje tyrimų pagrindinis dėmesys tenka igūdžiams bei motyvacijai, todėl politinio dalyvavimo modeliuose individualūs požymiai dominuoja tarp lemiamą reikšmę turinčių veiksnių. Kontekstiniai veiksniai, tokie, kaip pavyzdžiui, ar buvo prašyta dalyvauti ir individo buvimas kokioje nors institucijoje yra šalutiniai veiksniai, labai mažai turintys įtakos individo įsitraukimui į politikos procesą.²²

Mobilizavimo modelis. Remiantis šiuo modeliu politinį dalyvavimą nulemia individo aplinkos sukurtos politinės galimybės ir kontekstas. Individų asmeniniai ištekliai ir psichologinė

¹⁸ Verba, S., Nie, N. H. *Participation in America: Political Democracy and Social Equality*. New York: Harper & Row, 1972.

¹⁹ Leighley, J. E. „Social Interaction and Contextual Influences on Political Participation“, *American Politics Quarterly* 18: 459-75, 1990.

²⁰ Bobo, L., Gilliam, F. D. Jr. „Race, Sociopolitical Participation and Black Empowerment“, *American Political Science Review* 84: 377-93, 1990.

²¹ Teixeira, R. A. *Why Americans Don't Vote: Turnout Decline in the United States, 1960-1984*. New York: Greenwood Press, 1987.

²² Knoke, D. „Incentives in Collective Action Organizations“. *American Sociological Review* 53: 311-29, 1988.

motyvacija laikomi pagrindiniais veiksniais, įtakojančiais politinį dalyvavimą, bet jie apima šiek tiek kitokias koncepcines pozicijas. Pirma, socioekonominis statusas nulemia individo politines pažiūras, taip pat politinės mobilizacijos lygį ir pobūdį. Aukštą socioekonominę padėtį užimantys individai turi didesnius asmeninius išteklius. Be to, jie turi daugiau galimybių – per formalų institucinį (partijos, kampanijos, grupės) mobilizavimą arba neformalų mobilizavimą (politinės diskusijos) – panaudoti šiuos išteklius, įsitraukiant į politinį dalyvavimą. Tokiu būdu mobilizavimas tampa alternatyva politinėms pažiūroms kaip mechanizmas, kurio dėka vyksta sąveika tarp socioekonominio statuso ir politinio dalyvavimo. Antra, tyrimai, taikę šį modelį, leidžia teigti, kad politinis dalyvavimas praplečia individų politines pažiūras ir sukuria pozityvias individų pažiūras į politiką tada, kai jie patys dalyvauja. Tiek dėl mobilizavimo, tiek dėl politinio dalyvavimo didėja motyvacija turėti savo pažiūras ir tuo pačių keičiasi politinio dalyvavimo priežasčių eiliškumas, pradedama aiškiau suvokti kokią reikmę turi politiniai sprendimai ir kam reikėtų skirti prioritetą. Tokių procesų metu individas jau motyvuojamas ne tik „iš vidaus“, bet taip pat jo pasirinkimus veikia ir „išorės“ jėgos, kurių poveikio santykis yra abipusiškas.²³

Tyrimai rodo, kad išorinė motyvacija politiniame dalyvavime balsavimo metu yra didesnė tada, kai rinkimuose kandidatai turi apylyges galimybes, rinkimuose yra didelė politinė konkurencija, kampanijų išlaidos yra didelės ir vyksta keletas rinkimų vienu metu.²⁴ Nors daugumoje rinkimuose dalyvavusių rinkėjų tyrimuose mobilizavimas susiejamas su rinkimų kampanijų išlaidomis, keletas tyrimų nustatė, kad pokalbis su partijos nariu, kandidatu ar organizacija, taip pat padaro nemažą poveikį rinkėjo apsisprendimui dalyvauti rinkimuose.²⁵

²³ Rosenston, S. J., Hansen, J. M. *Mobilization, Participation, and Democracy in America*. New York: Macmillan, 1993.

²⁴ Boyd, R. W. „The Effects of Primaries and Statewide Races on Voter Turnout“ *Journal of Politics* 51: 730-39, 1989.

²⁵ Huckfeldt, R., Sprague, D. „Political Parties and Electoral Mobilization: Political Structure, Social Structure and the Party Canvass“ *American Political Science Review* 86: 70-86, 1992.

2. SLAUGYTOJŲ POLITINIO DALYVAVIMO YPATUMAI

2.1. Slaugytojų politinį dalyvavimą įtakojantys veiksniai

Lietuvoje, kaip ir daugelyje pasaulio valstybių, slaugytojos sudaro didžiąją dalį asmens sveikatos priežiūros specialistų. Higienos instituto Sveikatos informacijos centro 2011 m. duomenis, praktikuojančių slaugytojų buvo 23 713, t.y. 1,8 karto daugiau negu gydytojų ir 3,3 karto daugiau negu kitų specialistų, turinčių aukštąjį ar aukštesnįjį medicinos išsilavinimą.²⁶ Nepaisant slaugytojų daugumos sveikatos priežiūros sektoriuje, slaugytojų potenciali politinė galia lieka neišnaudota.²⁷ Šiuo metu, esant politiniams ir ekonominiams pokyčiams, vykstant sveikatos priežiūros reformoms, slaugytojams tiesiog būtina įsitraukti į sveikatos politikos procesą. Slaugos lyderiai ir dėstytojai turi suteikti slaugytojams galimybę didinti savo kompetencijas tokiose srityse, kaip sveikatos politika ir lyderystė.²⁸

IX a. vieną iš žymių slaugos lyderių Florence Nightingale (1820–1910) pasižymėjo ypatingu politiniu sumanumu ir įnešė svarbų indelį į sveikatos politiką, slaugą ir visuomenę. F.Nightingale iniciatyva buvo pradėtos esminės sveikatos priežiūros reformos armijoje, sukurta iš esmės nauja kariuomenės slaugos sistema, dėl to mirtingumas Britų armijoje karo metu sumažėjo nuo 427 iki 22 tūkst. kareivių. F. Nightingale skleidė visuomenėje naujas idėjas apie slaugą ir slaugytojas. Ji buvo įsitikinusi, kad slaugytojos turi ne tik atlikti techninius slaugos darbus, bet ir mokytis visą gyvenimą, būti inteligentiškos, savo žinias skirti geresnei ligonių priežiūrai bei dirbti savarankiškai (nebūti pavaldžios gydytojui). F. Nightingale slaugos sistema, įsigalėjusi Anglijoje, JAV ir kitose anglakalbėse šalyse, labai skyrėsi nuo Europos kontinentinės dalies šalių slaugos, kur gydymo ir slaugos procedūras skirdavo ir kontroliuodavo gydytojai, ir tai stabdė slaugos mokslo ir praktikos pažangą.²⁹ Lietuvos slaugos istorijoje nėra paminėta nei vieno tokio nusipelnusio slaugos lyderio, dažniausiai minimos gydytojų pavardės, kurie vadovavo slaugos mokykloms.

Slaugytojai dažniausiai įtakoja politiką per profesines organizacijas. Nepaisant didėjančio slaugytojų išsimokslinimo, sveikatos politikoje vis tiek dominuoja medicina ir gydytojai. Vis dar

²⁶ Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2011m. Vilnius: Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2012

²⁷ Abood, S. Influencing health care in the legislative arena. *The Online Journal of Issues in Nursing*. 2007,12(1).

²⁸ *The future of nursing: Leading change, advancing health*. Institute of Medicine, 2010, <www.iom.edu/nursing> [žiūrėta 2013-02-16].

²⁹ Kalibatiėnė, D. *Slaugos teorija*. Vniaus universitetas: Greita spauda, 2008, p. 70–72.

mažai dėmesio skiriama, kaip slaugytojai ir slaugos organizacijos įtakoja sveikatos priežiūros politiką valstybėje.³⁰

Slaugytojų dalyvavimą sveikatos politikoje lemia nemažai faktorių. S. Kofi savo monografijoje pateikia tokius faktorius, kaip valstybė, lytis, profesinis uždarumas, išsilavinimas, darbo aplinka, atlyginimas, kultūra ir profesijos socializacija.³¹

Valstybė. Valstybė suteikia teisėtumą slaugos profesijai, pvz., licencijuodama slaugytojų profesinę veiklą ir slaugos praktikos standartus. Slaugytojai yra ypač įtakojami vyriausybės ir jos politinio proceso, tačiau jie pasižymi politine apatija ir nesugebėjimu efektyviai naudoti politiką, kaip priemonę tikslams pasiekti^{32 33}.

Lietuvoje kuriant slaugos teisinę bazę buvo padaryta daug teigiamų žingsnių slaugos profesijos atžvilgiu. Valstybė taip pat remia slaugos specialistų rengimą ir kvalifikacijos tobulinimą. Šiuo metu Lietuvoje slaugos specialistus ruošia 3 universitetai (Vilniaus universitetas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas bei Klaipėdos universitetas) ir 6 kolegijos (Vilniaus kolegija, Kauno kolegija, Klaipėdos kolegija, Šiaulių kolegija, Panevėžio kolegija, Utenos kolegija).

Lytis. Lietuvoje, kaip ir visame pasaulyje, didžiąsą dalį slaugos specialistų sudaro moteriškos lyties atstovės. Todėl vertinant slaugytojų politinį dalyvavimą sveikatos politikoje, reikėtų išanalizuoti kokios moterų politinio dalyvavimo galimybės Lietuvoje.

„Moterų trūkumas politinio dalyvavimo, sprendimų priėmimo, aktualiose strateginio planavimo bei vadovavimo srityse pastaruoju metu yra viena aktualiausių mokslinių tyrimų sričių ne tik ES, bet ir Lietuvoje. Politinis dalyvavimas, įtaka ir sprendimų priėmimas – tai sritys, išsiskiriančios kaip „vyriškas“ profesinis laukas, todėl moterims įgyti politinio poveikio kompetencijas ir lygiaverčiai su vyrais dalyvauti sprendimų priėmime yra ypač sunku.“³⁴ Aktyvesnis moterų politinis dalyvavimas ne tiek užtikrina jų ekonominę nepriklausomybę, kiek prisideda prie ekonominio vystymosi ir socialinės apsaugos sistemų tvarumo, visuomenės gyvenimo kokybės.

Moterų politinį dalyvavimą lemia šalies politinė kultūra, tradicijos, visuomenėje gajūs požiūriai į lyčių vaidmenis, pačių moterų nuomonė apie savo galimybes realizuoti save politikoje ar atstovauti tam tikrus lūkesčius reiškiančiai socialinei grupei.

2007 m. Lietuvoje buvo atliktas tyrimas, kurio tikslas išsiaiškinti Lietuvos politiniame gyvenime vyraujančias lygių galimybių nuostatas, moterų politinio dalyvavimo veiksnius, galimybes

³⁰ Mechanic, C.; Reinhard, S. Contributions of nurses to health policy: Challenges and opportunities. *Nursing and Health Policy Review*. 2002, 1(1):7–15.

³¹ Koff, S. *Nurse Educators and Politics*. State University of New York Press, 2004, p. 30–35.

³² Brown, S. G. Incorporating political socialization theory into baccalaureate nursing education. *Nursing Outlook*. 1996, 44(1):20–23.

³³ Buerhaus, P. J. Teaching health care public policy. *Nursing & Health Care*. 1992, 6(3):304–309.

³⁴ Šidlauskienė, V. *Moterų politinės socializacijos projekcijos savivaldos tarybų rinkimuose*. Šiaulių universiteto Lyčių studijų centras, 2000, p. 17. <<http://archive.minfolit.lt/arch/21501/21545.pdf>> [žiūrėta 2013-02-14].

ir kompetencijas.³⁵ Tyrimo duomenimis, Lietuvoje moterys per mažai dalyvauja priimant įvairaus lygmens sprendimus, nevienodai atstovaujama moterims ir vyrams Lietuvos Respublikos Seime ir savivaldybių tarybose, trūksta moterų noro dalyvauti politinėje veikloje ir priimant sprendimus. Tyrimo metu buvo nustatyta:

- „Lietuvoje egzistuoja palankios teisinės prielaidos moterims dalyvauti politikoje, tačiau sąlygos realiai joje veikti nėra išreikštos.
- Politiniame dalyvavime moterims iškyta daug kliūčių ir barjerų dėl kasdienio gyvenimo sunkumų, laiko stokos, nes tenka pasirinkti tarp šeimos pareigų vykdymo ir politinės karjeros kelio, politinio išsilavinimo bei lėšų stokos, dėl tebevyraujančių stereotipų iš mūsų agrarinės kultūros, linkusios vyriškai, „kietai“ vadovauti, kontroliuoti [...].
- Moterų aktyviai politinei veiklai trūksta ne tik finansinių išteklių, bet svarbiausio politinio išprusimo, sąmoningumo ir pasirengimo bei visų rūšių paramos. Pasitikėjimo savimi trūkumas grindžiamas kovingumo dvasios stoka, ne kompetencijos baimė, šeimos padaršinimo ir paramos nebuvimas, konfliktų, ypač šmeižto, apkalbų, verbalinio ir fizinio smurto baimė.³⁶

Profesijos socializacija. Socializacijos procesas yra vertingas tuo, kad leidžia individui tinkamai atlikti profesinį vaidmenį. Turintis specifinių kritinio mąstymo elementų socializuotas slaugytojas yra pasišventęs savo profesijai, įžvelgia aiškia slaugos perspektyvą identifikuodamas ir sprenddamas problemas.³⁷

Jungtinėje Karalystėje buvo atliktas tyrimas, analizuojantis slaugytojų politinį dalyvavimą. Tyrimo metu buvo nustatyta, kad dauguma slaugytojų dalyvauja „low cost“ politinėje veikloje (balsavimas, politinės diskusijos), ir maža dalis teigė, kad kalba viešuose susirinkimuose, dalyvauja demonstracijose ir yra slaugos organizacijų nariai. Mažiau negu 40 proc. mano, kad galėtų daryti įtaką vietiniams sprendimams, trečdalis teigia, kad įtakotų valstybės ar nacionalinės valdžios sprendimus. Dauguma (80 proc.) apklaustų slaugytojų nurodė, kad slaugos studijose trūksta dalykų, susijusių su politika, ir jie yra neparuošti politiniam dalyvavimui.³⁸

³⁵ Projekto „Moterų politinių iniciatyvų skatinimas, siekiant proporcingo lyčių atstovavimo“ ataskaita, <<http://www.lsc.su.lt/ataskaitos/15-projekto-qmoter-politiki-iniciatyvos-skatinimas-siekiant-proporcingo-lyi-atstovavimoq-ataskaita>> [žiūrėta 2013-02-14].

³⁶ Ten pat.

³⁷ Saarmann, L.; Freitas, L.; Riegel, B. The Relationship of education to critical Thinking ability and Values among Nurses: Socialization into Professional Nursing. *Journal of Professional Nursing*. 1992, 8:26–34.

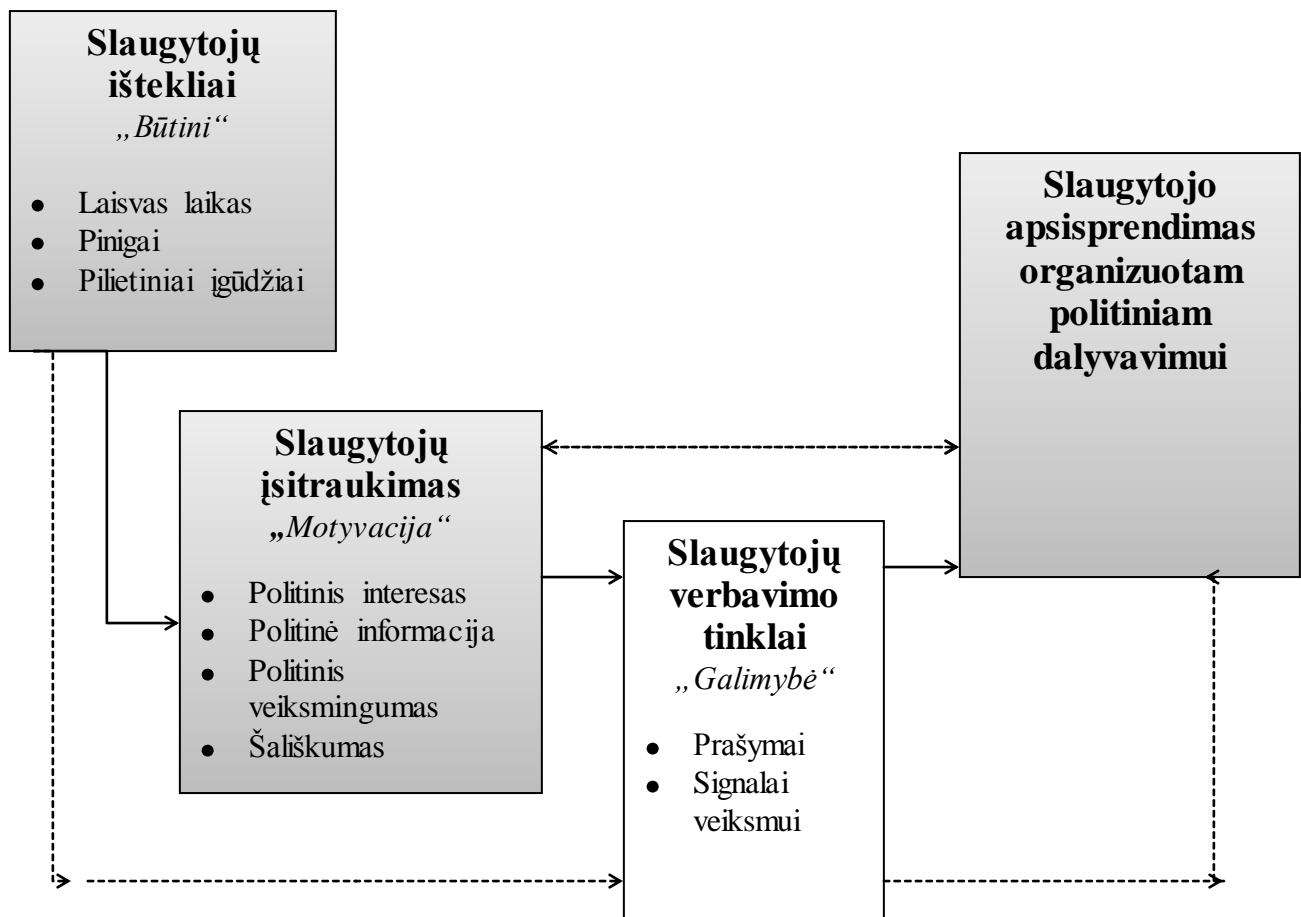
³⁸ Vandenhouten, C. L., et al. Political Participation of Registered Nurses. *Policy, Politics & Nursing Practice*. 2011, 12(3):159–167.

2.2. Organizuotas politinis dalyvavimas

Organizuotas politinis dalyvavimas yra vienas iš politinio dalyvavimo tipų. Jis susijęs su tokiomis veiklomis, kurios vykdomos per grupes ar asociacijas, kurių tikslai turi svarbią politinę reikšmę.

Pilietinis voliuntaristinis modelis. Konceptualinis organizuoto politinio dalyvavimo pagrindas yra pilietinis voliuntaristinis modelis, kuris apima tris veiksnius, turinčius įtakos organizuotam dalyvavimui:

- Išteklių (dalyvavimo galimybių ar tam skirtų lėšų buvimas);
- Įsitraukimas (turėjimas motyvacijos ar noro būti įtrauktam);
- Verbavimo tinklai (prašymai dalyvauti ar signalai veiksmui).



1 pav. Pilietinis voliuntaristinis modelis. Ryšiai tarp veiksnių, įtakančių slaugytojo apsisprendimą organizuotam dalyvavimui (Verba, Scholzman, Brady).³⁹

³⁹ S Verba, K. Scholzman & H. Brady, "Voice and Equality: Civic Voluntarism in American Politics," in Cambridge, MA.: Harvard University Press, , 1995.

Remiantis pilietiniu voliuntaristiniu modeliu (1 pav.), įsitraukimo procesas yra svarbus, bet ne pakankama sąlyga politiniam dalyvavimui. Politiniam dalyvavimui yra svarbūs tokie išteklių: laisvas laikas, pinigai ir pilietiniai įgūdžiai, be šių išteklių motyvacijos nebus. Atsižvelgiant į įsitraukimą ir išteklius, dalyviai turi būti įtraukti pasitelkus verbavimo tinklus.

M.E. Cramer atliktas tyrimas parodė, kad organizuotas slaugytojų politinis dalyvavimas yra nuspėjamas, kai slaugytojas yra pakankamai įsitraukęs (t.y. turi norą ir motyvaciją) ir adekvačius išteklius. Taip pat tyrimas atskleidė silpnus slaugytojų verbavimo tinklus organizuotam dalyvavimui.⁴⁰

Svarbiausiais slaugytojų organizuoto dalyvavimo veiksniais įvardijamas laisvas laikas ir vidinis efektyvumas. Vidinis politinis efektyvumas (*ang. internal political efficacy*) apibendrinamas, kaip individų savęs suvokimas: kiek pats individas jaučiasi galintis kontroliuoti politinius sprendimus.⁴¹ Vienas iš indikatorių parodančių vidinio politinio efektyvumo lygį – suvokimas, kiek nuo atskiro individo priklauso šalies politika.

Profesines asociacijos tradiciškai atstovauja savo narių interesus, taip „sukurdami kontaktą su visuomene“ ir įtakodami sveikatos priežiūros politiką.⁴² Toks organizuotas dalyvavimas suteikia galimybę įtakoti pokyčius ir koncentruoti bendrą narių veiklą.⁴³ Priklausomybė organizacijoms turi teigiamą poveikį slaugytojų politiniam dalyvavimui ir socializacijai su kitais slaugytojais nariais.⁴⁴ Slaugytojai, įsitraukę į organizuotą politinį dalyvavimą, savo narystę organizacijoje vertina kaip profesinį tobulėjimą, kuris yra vienas iš svarbiausių dalyvavimo politiko veiksnių.⁴⁵

Organizuotas dalyvavimas profesinėje asociacijoje gali padėti greičiau pasiekti tikslus, nes asociacija yra labiau patyrusi lobizme ir politiniame procese. Tokie kolektyviniai veiksmai suteikia didesnę politinę įtaką dėl didesnio narių skaičiaus ir išteklių.⁴⁶

Organizuotas dalyvavimas suteikia slaugytojoms galimybę vystyti savo politinę kompetenciją bendradarbiausiant su patyrusiais asociacijos nariais. Pasitikėjimas savo gebėjimas yra stipriai siejais su apsisprendimu priklausyti profesinei organizacijai ir dalyvauti jos veikloje.⁴⁷

⁴⁰ Cramer, M. E. Factors Influencing Organized Political Participation in Nursing. *Policy, Politics, & Nursing Practice*. 2002, 3(2):97–107.

⁴¹ Gilens, M.; Glaser, J.; Mendelberg, T. Having a say: Political Efficacy in the Context of Direct Democracy. *Paper Prepared for Delivery at the 2001 Annual Meeting of the American Political Science Association*. San Francisco, 2001.

⁴² Dollinger, M. L. A grounded theory study of nurse advocacy in health policy. *Doctoral dissertation*. 2006.

⁴³ Fowler, M. Professional association, ethics, and society. *Oncology Nursing Forum*. 1993, 20(10):13–19.

⁴⁴ Archer, S. E. A study of nurse administrator's political participation. *Journal of Nursing Research*. 1983, 5(1):65–75.; Daffin, P. Similarities and differences in political expectations and participation among nurses in clinical practice, education, and administration. *Dissertation Abstracts International*. 1988.

⁴⁵ Jordan, S. Membership expectations of the Vermont State Nurses Association and the American Nurses Association. *Vermont Registered Nurse*. 1992, 58 (2):3–5.

⁴⁶ Dollinger, M. Professional association: Ethics, duty, and power. *Journal of the New York State Nurses Association*. 2000, 31(2):28.

⁴⁷ Slack, M.; Murphy, J. Faculty influence and other factors associated with student membership in professional organizations. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 1995, 59:125–130.

Organizuotas dalyvavimas žymiai sustiprina moterų politinį aktyvumą, tuo tarpu mažai ar visai neturi įtakos vyrų politiniam aktyvumui.⁴⁸ Moterims priklausymas organizacijoms tarnauja kaip svarbus jėgų (galios) išlyginimas, nes organizacijos yra iniciatorės ir politinio elgesio stiprintojos.⁴⁹

Slaugytojai, kurie vertina savo profesiją, yra labiau motyvuoti prisijungti prie politiškai aktyvių profesinių asociacijų, nes mano, kad to "tikimasi iš profesionalios slaugytojos".⁵⁰

Išskiriami moterų dalyvavimo politikoje veiksniai: vyresnis amžius, didesnės pajamos ir aukštesnio lygio išsilavinimas. Organizuotas dalyvavimas per stiprią ir atstovaujамąją narystę turi galimybę sustiprinti slaugytojų įtaką politikoje ir sprendimų priėmime. Moterų užimtumas taip pat susijęs su politiniu aktyvumu. Moterys, užimančios administracines pareigas, labiau yra suinteresuotos ir aktyvios viešosios politikos procese.⁵¹

Slaugytojos galėtų aktyviau įsitraukti į teisės aktų kūrimą, jeigu dirbtų kartu, būtų efektyviau organizuotos ir susitelkusios įgyvendinant iškeltus tikslus.

⁴⁸ Schlozman, K., *et al.* Gender and citizen participation: Is there a different voice? *American Journal of Political Science*. 1995, 39(2):267–293.

⁴⁹ Hanley, B. Political participation: How do nurses compare with other professional women? *Nursing Economics*. 1987, 5(4):179–188.

⁵⁰ Lamb-Mechanick, D.; Block, D.E. Professional membership recruitment: A marketing approach. *Nursing Economics*. 1984, 2:398–402.

⁵¹ Barry, C. Profiles of nurses professionally involved in public policy. *Nursing Economics*. 1990, 8(2):174–176.

3. SLAUGOS POLITIKOS VYSTYMASIS LIETUVOJE

3.1. Slaugos politikos kryptys

Sauga dažnai yra suvokiama, kaip apolitiškas procesas, kuris pirmiausiai koncentruojasi į paciento poreikius ir prioritetus. Tačiau viskas, kas liečia saugą, nuo jos atsiradimo iki slaugytojų atliekamų veiksmų, laikoma politika.⁵² Lietuvos Slaugos praktikos įstatyme sauga apibrėžiama, kaip „asmens sveikatos priežiūros dalis, apimanti sveikatos ugdymą, stiprinimą ir išsaugojimą, ligų ir rizikos veiksnių profilaktiką, sveikų ir sergančių asmenų fizinę, psichinę ir socialinę priežiūrą“.⁵³

V Nacionalinėje sveikatos politikos konferencijoje slaugos politika buvo apibrėžta kaip „sveikatos politikos dalis, priemonių ir veiksmų visuma, užtikrinanti savalaikį kokybišką slaugos paslaugų prieinamumą ir tinkamumą“.⁵⁴

„Sveikatos politika yra sveikatos ir jos reikalų valstybinio tvarkymo teorija ir praktika, kuri įteisinama kaip bendroji valdymo funkcija, sveikatą pripažįstant socialine ir ekonomine vertybe“.⁵⁵ Lietuvoje sveikatos politiką formuoja ir įgyvendina Sveikatos apsaugos ministerija. Sveikatos apsaugos ministerijos atstovai teigia, kad „Nacionalinė slaugos politika tai, sudėtinė sveikatos apsaugos politikos dalis, įgyvendinama vadovaujantis PSO politikos „Sveikata visiems 21 amžiuje“ gairėmis, Slaugos praktikos įstatymu ir kitais teisės aktais.“⁵⁶

Slaugos politika vystosi lėtai, nes Lietuvoje nėra ilgalaikės sveikatos sistemos plėtros politikos tęstinumo, aiškaus funkcijų apribojimo tarp sveikatos politiką formuojančių ir ją įgyvendinančių institucijų, į valstybės nustatytą sveikatos prioritetą nepakankamai atsizvelgiama skirstant lėšas, silpnas tarpžinybinis bendradarbiavimas.⁵⁷

Iki 2001 m. slaugos praktika nebuvo apibrėžta. Kadangi nebuvo standartų ir reikalavimų slaugos praktikai, sunku buvo kontroliuoti paslaugų kokybę, slaugytojų profesinį tobulinimą, bei užtikrinti pacientų teises.⁵⁸ Todėl 2001 m. birželio 28 d. priimtas „Lietuvos Respublikos Slaugos praktikos įstatymas“, kuriuo buvo reglamentuota slaugos praktikos teisiniai pagrindai, slaugytojų

⁵² O'Byrne, P.; Holmes, D. The politics of nursing care: correcting deviance in accordance with the social contract. *Policy, politics & nursing practice*. 2009, 10:153–62.

⁵³ Slaugos įstatymas. *Valstybės žinios*. 2001, Nr. 62–2224.

⁵⁴ Bačkierienė, V.; Zagurskienė, D. Lietuvos slaugytojų vadovų sąjungos vaidmuo slaugos politikos įgyvendinime. *V Nacionalinė sveikatos politikos konferencija* 2006.

⁵⁵ Jankauskienė, D.; Pečiūra, R. *Sveikatos politika ir valdymas*. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007, p. 104.

⁵⁶ *Šiandien – Tarptautinė slaugytojų diena*. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija, <<http://sena.sam.lt/lt/main/news?id=142146>> [žiūrėta 2013-01-20].

⁵⁷ Šileikaitė, S. Slaugos paslaugų teikimo modernizavimo problemos – Vilniaus miesto Centro poliklinikos patirtis. *Sveikatos mokslai*, 2011, 21:131–143.

⁵⁸ Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos aškina masis raštas „Dėl Slaugos praktikos įstatymo projekto.“, 2001, Nr. IXP-577.

pareigos ir teisės, bei įteisinta slauga, kaip savarankiška profesija. Tačiau tai nereiškia, kad slauga ir slaugytojų teikiamos paslaugos nebuvo vertinamos ir plėtojamos anksčiau. Atgavus Lietuvai nepriklausomybę prasidėjo Nacionalinės sveikatos koncepcijos kūrimo bei jos įgyvendinimo etapas. Koncepcijoje yra paminėtas viduriniojo medicinos personalo, t.y. medicinos seserų bei felčerių, galimas ruošimas aukštosiose mokyklose.⁵⁹ 1990 m. Kauno medicinos akademija atsižvelgdama į Gailėstingųjų seserų draugijos prašymą ir vykdydama Lietuvos, Latvijos ir Estijos regioninio specialistų pasitarimo rekomendacijas, kreipėsi į Lietuvos sveikatos apsaugos ministeriją prašydami pradėti ruošti medicinos seseris su aukštuoju išsilavinimu. Jau tais pačiais metais rugsėjo 1 d. buvo priimti pirmieji studentai – 50 medicinos seserų.⁶⁰ Šis žingsnis atspindi vadybos poreikius gydymo įstaigose, kur vyr. medicinos sesuo atsakinga už dešimčių ar net šimtų vidurinėsios grandies specialistų darbą bei ženklus materialinius išteklius.⁶¹ Į medicinos mokyklą pradėta priiminėti tik vidurinę mokyklą baigusius jaunuolius. Jau tuo metu buvo konstatuota, kad kvalifikuotas slaugos personalas atlieka jam nebūdingas, specialios medicininės kvalifikacijos nereikalingas funkcijas.⁶²

„Per pirmąjį sveikatos priežiūros reformų dešimtmetį (1990–2000 m.) buvo atsisakyta vienu stipriausių viduriniojo personalo atstovų – felčerių. 1990–1991 m. Sveikatos apsaugos ministerijoje vyravo nuostata, kad, esant gerai išvystytam ambulatorijų ir poliklinikų tinklui, felčerių paslaugos daugelyje šalies vietovių tampa neberekalingomis. Ši nuostata lėmė tai, kad buvo nutrauktas felčerių rengimas medicinos mokyklose. Felčeriai buvo reikšminga sveikatos sistemos išteklių dalis visą pokario laikotarpį. Jų funkcijų nenykimas yra tarsi vieno iš didelių sveikatos priežiūros istorijos puslapių pabaiga.“⁶³

Slaugos vystymuisi įtakos turėjo, kad Lietuva viena pirmųjų ne tik iš buvusių sovietinių respublikų, bet ir apskritai naujų Vidurio bei Rytų Europos šalių tapo tikrąją PSO nare (1991 m.). Ko pasėkoje, vėliau užsimezgė glaudus kontaktas su Danijos slaugytojų organizacija, kuri nuo 1993 m. padėjo Lietuvai vystyti naujas slaugos studijų programas ir slaugos įstatyminę bazę. Pagrindinis bendradarbiavimo tikslas buvo parengti slaugytojų sertifikatus, diplomus bei egzaminus atitinkančius Europos sąjungos reikalavimus.⁶⁴ Lietuvos Sveikatos apsaugos ministerija ir Danijos slaugytojų organizacija 1993 m. pasirašė bendradarbiavimo sutartį, kurios pagrindinis tikslas buvo

⁵⁹ Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos 1991 m. spalio 30 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Nacionalinės Sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo.“ Vilnius. 1991, Nr.1939.

⁶⁰ *Slaugos fakulteto istorija ir dabartis*. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, <<http://smuni.lt/lt/struktura/medicinos-akademija/slaugos-fakultetas/fakulteto-istorija-ir-dabartis/>> [žiūrėta 2013-02-06].

⁶¹ *Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių-ekonominių pokyčių kontekste*. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2000, p. 232.

⁶² Ten pat, p.232.

⁶³ *Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių-ekonominių pokyčių kontekste*. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2000.

⁶⁴ Kapborg, I. The nursing education programme in Lithuania: voices of student nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2009, 32 (4): 857–63.

įgyvendinti projektą „Pagrindinio slaugos studijų mokymo plano sudarymas ir slaugos teisiniai pagrindai“. Atstovai iš Danijos slaugytojų organizacijos ir Vilniaus aukštesniosios medicinos mokyklos per 1994–1995 metus parengė naują studijų programą „Slauga“. Ši programa buvo pavadinta eksperimentine, nes ją įgyvendinant įvyko esminiai pokyčiai slaugos specialistų rengime ir slaugos praktikoje. Sukurtas pirmasis Lietuvoje profesinio rengimo standartas – slaugytojo rengimo standartas, išleisti vadovėliai, suorganizuoti kvalifikacijos tobulinimo kursai medicinos mokyklų dėstytojams ir būsimiems studentų praktikų vadovams.⁶⁵ 1996 m. pradėta dėstyti slaugos bakalauro programą ir Vilniaus universitete. Reikėtų paminėti, kad 1997 m. slauga buvo pripažinta kaip atskira mokslo kryptis (11B), tai sudarė galimybę steigti slaugos doktorantūrą, teikti mokslo laipsnius bei žymėti juos diplomuose.

1996 m. metais buvo patvirtinta MN 28:1996 „Bendrosios praktikos slaugytoja (slaugytojas)“. Tai pirmas teisinis dokumentas, kuriame įvardinta sąvoka – slaugytoja (-as), pakeitusi prieš tai ilgą laiką vartojamą sąvoką – medicinos sesuo. Kaip viena pagrindinė slaugytojos kompetencija šiame dokumente įvardinta „*gebėjimas nustatyti, suprasti pagrindinius nacionalinės ir tarptautinės sveikatos politikos principus bei jos ryšius su slauga, stengtis juos įgyvendinti*“.⁶⁶ Gaila, tačiau 2004 m. patvirtinus naują medicinos normą MN 28:2004 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“, ši slaugytojo kompetencija buvo išbraukta, ir liko tik kompetencija „*išmanyti šalies sveikatos politiką bei pagrindinius šalies sveikatos priežiūrą reglamentuojančius teisės aktus*“.⁶⁷

1991–2000 m. buvo sukurtos ir patvirtintos dar keturios medicinos normos, nustatančios skirtingų slaugytojų specializacijų funkcijas, pareigas, kompetencijas ir atsakomybės, t.y.:

- „Psichikos slaugytojas. Funkcijos, pareigos, teisės ir atsakomybė“ (MN 22:1997) (pakeista 2006 m.);
- „Vyriausioji ir vyresnioji slaugytoja – slaugos administratorė. Funkcijos, kompetencija, pareigos teisės ir atsakomybė“ (MN 5:1998) (neteko galios 2003 m.);
- „Bendruomenės slaugytoja (slaugytojas). Funkcijos, pareigos, teisės, kompetencija ir atsakomybė“ (MN 57:1998) (papildyta 2000 m. ir 2011 m.);
- „Anestezijos ir intensyvios slaugos slaugytoja. Funkcijos, kompetencija, pareigos, teisės ir atsakomybė“ (MN 60:1998).

Apžvelgus slaugos vystymąsi 1991–2000 m. galima teigti, kad per šį laikotarpį pagrindinis dėmesys buvo skiriamas slaugos specialistų rengimui tiek universitetuose, tiek mokyklose, bei naujų

1. ⁶⁵ *Kelias*. Informacinis leidinys. Vilnius: Lietuvos slaugos specialistų sąjunga, 2012.

⁶⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1996 m. gruodžio 4 d. įsakymas dėl medicinos normos MN 28:1996 „Bendrosios praktikos slaugytoja (slaugytojas)“ 1996, Nr. 634.

⁶⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 14 d. įsakymas dėl medicinos normos MN 28:2004 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė.“ 2004, Nr. V-437.

medicinos normų kūrimui. Pažymėtina, kad slaugos mokslas buvo plėtojamas ir toliau. Sekančio dešimtmečio sveikatos priežiūros reformos buvo labiau nukreiptos link slaugos praktikos vystymo.

„Pasibaigus pirmajam 2003–2005 m. sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapui ir įvertinus jo rezultatus buvo nustatyta, kad slaugos apimtys (slaugos ir globos ligoninėse) šalyje išaugo 15 proc. Vykstant reformai nebeliko daugelio medicinos punktų funkcijų kaimo vietovėse, Per antrąjį 2006–2008 m. sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapą buvo siekiama plėtoti slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų sistemą, bei siekiama, kad iki 2008 m. ne mažiau 80 proc. šių paslaugų būtų integruota į bendrojo pobūdžio ligonines ir ne mažiau 80 proc. šių paslaugų būtų teikiama kartu su socialinėmis paslaugomis. Šį procesą buvo planuojama skatinti tokiomis priemonėmis:

- sukuriant ir igyvendinant diferencijuotą slaugos paslaugų ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų sistemą;
- plėtojant slaugos paslaugas teikiamas pacientų namuose;
- plėtojant ambulatorinės slaugos apimtis ir formas;
- kuriant slaugos paslaugų dienos stacionarus.⁶⁸

2007 m. Sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V–1026 buvo nustatyti slaugos paslaugų teikimo reikalavimai, kuriais siekiama plėtoti paslaugų teikimą pacientų namuose. Taip pat 2008 m. įsakymu Nr. 476 buvo patvirtintas Slaugos paslaugų namuose apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašas, numatantis tokias paslaugas teikti ir apmokėti pacientams, gyvenantiems socialinės globos paslaugas teikiančiose įstaigose.⁶⁹

Tolesnėse sveikatos sistemos plėtros 2008–2015 m. metmenyse⁷⁰ teigiama, kad visgi stokojama paskatų plėtoti ambulatorines paslaugas, tokias kaip, ambulatorinė slauga, slauga namuose, todėl šios paslaugos beveik neplėtojamos.

Kaip nuoseklios slaugos politikos plėtros pavyzdį galima įvardinti Lietuvos sveikatą stiprinančių ligoninių asociacijos (LSSLA) iniciatyva pradėtas organizuoti nacionalines slaugytojų konferencijas.

Šiose konferencijose, susibūrus praktikos, akademinės bendruomenės ir mokslo atstovams, priimamos rezolucijos bei rengiami konceptualūs dokumentai. Pirmas Nacionalinis slaugos politikos forumas įvyko 2005 m., kurio metu buvo paruoštos Slaugos politikos gairės, pripažintos pagrindiniu slaugos politikos dokumentu, kurio tikslas trumpai apžvelgti susidariusias slaugos studijų, mokslo ir praktikos problemas bei pasiūlyti galimus sprendimus, numatyti slaugos plėtros

⁶⁸ Kumpienė, J; Sužiedelytė, O. *Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos restruktūrizavimas*. Sveikatos Sektorius Amžiu Sandūroje. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2010, p. 224.

⁶⁹ Kumpienė, J; Sužiedelytė, O. *Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos restruktūrizavimas*. Sveikatos Sektorius Amžiu Sandūroje. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2010, p. 224.

⁷⁰ *Tolesnės sveikatos sistemos plėtros 2008-2015 m. metmenys*, <http://jga.lt/uploads/studijos/Tolesnes_sveikatos_sistemos_pletros_2008_2015_.pdf> [žiūrėta 2013-03-06].

prioritetus, padėsiančius aktyviai bendradarbiauti institucijoms, plėtojančioms slaugos studijas, mokslą ir praktiką, bendradarbiavimą ir inicijuoti sveikatos priežiūros sistemos pokyčius.⁷¹

2006 m. Kauno medicinos universiteto (dabar Lietuvos sveikatos mokslų universitetas) Slaugos fakultetas ir Lietuvos slaugytojų vadovų sąjunga organizavo slaugos politikai skirtą konferenciją "Slaugos politikos įgyvendinimo aktualijos: problemos ir sprendimai".⁷² Joje dalyvavo buvęs LR Sveikatos apsaugos ministras, kuris pabrėžė „slaugos mokslo ir praktikos svarbą, kuri neišvengiamai įtakoja visa sveikatos sistemos reformos eigą ir pasekmes, todėl kvietė visus prisidėti rengiant teisės aktus ir aktyviai bendradarbiauti.“⁷³ Be to, buvo diskutuojamos slaugos politikos aktualijos: dideli slaugytojų darbo krūviai, mažinami slaugytojų darbo etatai.

Prabėgus penkeriems metams po įvykusio Nacionalinio slaugos politikos forumo, 2010 m. LSSLA iniciatyva suorganizuotoje IX Nacionalinėje slaugytojų konferencijoje atnaujintos Lietuvos slaugos politikos gairės ir priimtas dokumentas "Lietuvos slaugos studijų mokslo ir praktikos plėtros 2010–2015 metams kryptys"⁷⁴. Tai strateginis slaugos politikos plėtros dokumentas ir jame išdėstytos nuostatos taikomos formuojant ir įgyvendinant Lietuvos sveikatos politiką (1 lentelė).

1 lentelė. Slaugos studijų mokslo ir praktikos problemos ir jų plėtros kryptys

	Problemos	Plėtros kryptys
Slaugos studijos	Nėra apibrėžtos skirtingų edukacinių lygių slaugytojų kompetencijos ir jų ribos. Slaugytojų profesinės kvalifikacijos tobulinimas vyksta neišnaudojant podiplominių studijų galimybių universitetuose ir kolegijose. Slaugytojų skaičius yra nepakankamas.	Tobulinti ir plėtoti slaugos studijų programas, atsižvelgiant į ES direktyvą, PSO strategijas, LR įstatymus ir LR Vyriausybės nutarimus bei sveikatos priežiūros sistemos pokyčius. Plėtoti modernių mokymo metodų (nuotolinio, probleminio interdisciplininio ir kt.) taikymą slaugos studijose. Inicijuoti naujų teisės aktų, kurie apibrėžtų skirtingų edukacinių lygių slaugytojų teisės, pareigas, funkcijas ir atsakomybę. Stiprinti slaugos vadybos ir lyderystės kompetencijas.

1 lentelės tęsinys kitame puslapyje

⁷¹ Nacionalinio slaugos politikos forumo programa. Lietuvos slaugos specialistų organizacija, <<http://www.lssol.lt/?ac=events&id=20>> [žiūrėta 2013-02-10].

⁷² Konferencija "Slaugos politikos įgyvendinimo aktualijos: problemos ir sprendimai" <http://www.emedicina.lt/lt/konferencijos/konferencijos_gydytojui/slaugos_politikos_igyvendinimo_aktualijos_problemos_ir_sprendimai.html> [žiūrėta 2013-02-06].

⁷³ Bielinienė, N. Konferencija. Slaugos politikos įgyvendinimo aktualijos: problemos ir sprendimai. *Slauga. Mokslas ir praktika*. 2006, 10:6.

⁷⁴ Misevičienė, I., et al. Lietuvos slaugos studijų mokslo ir praktikos plėtros 2010–2015 metams kryptys: IX nacionalinė slaugytojų konferencija" *Metodinės Rekomendacijos / Lietuvos Sveikatą Stiprinančių Ligoninių Asociacija (LSSLA)*. Kaunas: Telkša, p. 12.

1 lentelės tęsinys

	Problemos	Plėtros kryptys
Slaugos mokslas	<p>Nekreipiamas dėmesys į sveikatos priežiūros paslaugų optimizavimo mokslinius tyrimus.</p> <p>Neigiamas nusiteikimas slaugą pripažinti kaip mokslo objektą.</p> <p>Nepakankami ryšiai tarp atskirų universitetų slaugos krypties, kitų sveikatos mokslų sričių mokslininkų.</p>	<p>Vadovautis ES sveikatos mokslinių tyrimų prioritetais.</p> <p>Skatinti tarpdisciplininius ir multidisciplininius mokslinius tyrimus, plėtojant slaugos mokslą.</p> <p>Inicijuoti slaugytojų mokslininkų Lietuvos slaugos mokslo komiteto įkūrimą slaugos mokslo plėtrai.</p> <p>Užtikrinti tyrimų rezultatų sklaidą specializuotuose leidiniuose, konferencijose ir seminaruose instituciniu, nacionaliniu ir tarptautiniu lygmenimis.</p>
Slaugos praktika	<p>Esami slaugą reglamentuojantys dokumentai riboja slaugytojų savarankiško darbo galimybes ir platesnių funkcijų priskyrimą.</p> <p>Nėra sukurtos vieningos slaugymo kokybės sistemos ir dokumentacijos.</p> <p>Nėra teisinės bazės slaugytojų kompetencijų plėtrai.</p> <p>Mažas atlyginimas ir dideli darbo krūviai skatina slaugytojų migraciją, trukdo slaugytojams siekti aukštų sveikatos priežiūros standartų bei maksimalaus pacientų pasitenkinimo gydymo įstaigose ir menkina profesijos prestižą.</p>	<p>Gerinti slaugos paslaugų kokybę ir prieinamumą, užtikrinti slaugos paslaugų testinumą ir slaugą namuose, pajungiant tarpprofesinį darbą komandoje, ypač pirminėje sveikatos priežiūros grandyje.</p> <p>Plėtoti ambulatorinę slaugą, siekiant sutrumpinti pacientų buvimo stacionare laiką.</p> <p>Tobulinti slaugo specialistų darbo apmokėjimo sistemą.</p> <p>Siekti slaugos specialistų atstovavimo visais valdymo lygiais.</p> <p>Stiprinti slaugytojų organizacijų, studijų, mokslo institucijų, sveikatos priežiūros įstaigų, valdžios atstovų ir visuomenės glaudų bendradarbiavimą.</p>

Šaltinis: Misevičienė, I. ir kiti. Lietuvos slaugos studijų, mokslo ir praktikos plėtros 2010–2015 metams kryptys: IX nacionalinė slaugytojų konferencija” *Metodinės Rekomendacijos / Lietuvos Sveikatą Stiprinančių Ligoninių Asociacija (LSSLA)*. Kaunas: Telkša.

Palyginus politikų ir slaugos mokslininkų nustatytas slaugos prioritetinės kryptis, galima teigti, kad jos nevisiškai sutampa. Šis faktas dar kartą patvirtina, kad nėra konstruktyvaus dialogo tarp sveikatos politiką formuojančių institucijų ir mokslo institucijų.

3.2. Slaugos nevyriausybines organizacijos ir jų vaidmuo sveikatos politikos formavime

Sveikatos priežiūros sektoriuje galima skirti kelias suinteresuotas grupes, dalyvaujančių slaugos politikos formavime:

- slaugytojai ir slaugos nevyriausybines organizacijos,
- gydytojai,
- pacientai bei jų atstovai,
- slaugos mokslo institucijos,
- valdžios institucijos, atsakingos už sveikatos politikos formavimą ir įgyvendinimą.

Visos išvardintos grupės turi savarankiškų ir dažnai besiskiriančių interesų. Tačiau Lietuvoje daugiausia slaugytojų interesus gina bei atstovauja būtent slaugos organizacijos. Lietuvos specialistų organizacija (LSSO) pagrindinė nevyriausybine slaugos organizacija buvo įkurta 1992 m. gruodžio 19 d. Organizacijos tikslas – dalyvaujant sveikatos priežiūros pertvarkos procesuose prisidėti prie sveikatos politikos formavimo, rūpintis slaugytojų bendruomenės profesiniais interesais. Be to ji siekia teisingo apmokėjimo už darbą, saugių ir sveikatai nekenksmingų darbo sąlygų, darbo santykių stabilumo, taip pat padeda kelti slaugytojų kvalifikaciją darbo teisės, organizacinės veiklos ir kitose srityse. Tai nepriklausoma nuo visų politinių partijų ir judėjimų, savanoriška dirbančių, studentų, netekusių darbo, išėjusių į pensiją slaugytojų profesinė sąjunga.⁷⁵ Organizacija vienija apie 10 000 narių.

LSSO sudaro 10 skyrių pagal Lietuvos Respublikos administracinį suskirstymą. Skyrių direktoriai su skyrių tarybos nariais koordinuoja LSSO pirminių grupių veiklą. Organizacijoje veikia Profesinių reikalų komitetas, Darbo ir socialinių reikalų komitetas ir Narystės plėtros komitetas. Lietuvos slaugos specialistų organizacija vadovaujasi 1993 m. priimtais įstatais. Vienas svarbiausių projektų turėjusių svarbios įtakos LSSO veiklos ir struktūros tobulėjimui, buvo 1993–1994 m. įgyvendintas „Lietuvos slaugos specialistų ir Danijos slaugytojų Organizacinis projektas“, kurio tikslas sukurti demokratiškais veiklos principais veikiančią slaugytojų organizaciją Lietuvoje. Šis projektas padėjo organizacijai sustiprėti iš vidaus bei pasiruošti tinkamai atstovauti slaugytojus tarptautiniu lygiu.⁷⁶ Lietuvos slaugos specialistų organizacija nuo 1994 m. yra Tarptautinės slaugytojų tarybos narė, nuo 1996 m. Europos slaugytojų asociacijų federacijos prie Europos sąjungos tikroji narė, nuo 1997 m.

⁷⁵ *Apie mus*. Lietuvos slaugos specialistų organizacija, <<http://www.lssol.t>> [žiūrėta 2013-02-16].

⁷⁶ *Kelias*. Informacinis leidinys. Vilnius: Lietuvos slaugos specialistų sąjunga, 2012, p. 9.

Europos slaugytojų ir akušerių nacionalinių asociacijų forumo prie Pasaulinės sveikatos organizacijos narė.⁷⁷

LSSO atstovai nuolat bendradarbiauja su LR Sveikatos apsaugos ministerija bei LR Sveikatos reikalų komitetu priimat naujus ar keičiant su slauga susijusius teisės aktus, teikia pasiūlymus. Dabartinė LSSO prezidentė D. Margelienė yra įtraukta į LR Sveikatos apsaugos ministerijos kolegijos – Sveikatos apsaugos ministro patariamąsios institucijos sudėtį. 1993 m. esminė slaugytojo profesijos vystymo problema buvo bazinis slaugos mokymas, kuris tuo metu neapėmė pagrindinių slaugos disciplinų – slaugos teorijos, slaugymo modelių ir savarankiškos slaugos praktikos ir neatitiko Pasaulinės sveikatos organizacijos strategijos „Sveikata visiems iki 2000“ nuostatų. LSSO kreipėsi pagalbos į Danų slaugytojų organizaciją ir karti su danų slaugos ekspertais pateikė ataskaitą bei projektą SAM apie Lietuvos slaugos mokymo sistemos pertvarkymą. Šis projektas padarė pirmus žingsnius siekiant slaugos studijų ir mokslo reformos.

Kad slaugos pertvarka vyktų planingai, LSSO pasiūlė SAM parengti „Slaugos mokslo bei praktikos raidos strategiją“. 1997 m. SAM ministro įsakymu buvo patvirtinta darbo grupė, kuri parengė pirmąjį šalyje slaugos strateginį projektą.

2012 m. įvykusio LSSO VIII-ojo Kongreso metu buvo išryškintos tokios slaugytojų problemos:

- „Neadekvatūs darbo užmokesčiai;
- LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtinto slaugytojų darbo krūvio nustatymo tvarkos aprašo nustatyti slaugytojų darbo krūviai neatitinka slaugytojų profesinių lūkesčių ir slaugos paslaugų užtikrinimo pacientams;
- Reformuojant sveikatos priežiūros sistemą, neskiriama dėmesio slaugos paslaugų plėtrai pirminėje sveikatos priežiūros grandyje ir naujų slaugytojų darbo vietų kūrimui;
- Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo apskaitos sistemoje nėra įtraukta slaugos paslaugų apskaitos ir finansavimo, apmokėjimo sistema yra neaiški;
- Nepilnai panaudojama slaugytojų kompetencija sprendžiant visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros problemas.⁷⁸

2000 m. buvo įkurta yra Lietuvos slaugytojų vadovų sąjunga, kurios tikslas suvienyti slaugytojų vadovus bendrai veiklai, reorganizuojant ir tobulinant teikiamas slaugos paslaugas, keliant slaugos prestižą visuomenėje. Šios sąjungos, vienijančios 160 narių, veikla:

⁷⁷ *Visuotinė lietuvių enciklopedija*. T.XIII. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidybos institutas, 2008, p. 322.

⁷⁸ *Lietuvos slaugos specialistų profesinės organizacijos VIII-ojo Kongreso Rezoliucija*, <<http://www.lss.lt/?ac=news&id=253>> [žiūrėta 2013-02-16].

- „Rengia suvažiavimus, seminarus, konferencijas, atstovauja sąjungos narių interesus įvairiose organizacijose, įstaigose, įmonėse ir su jomis bendradarbiauja, spausdina renginių medžiaga, metodinės rekomendacijas.
- Organizuoja ir koordinuoja slaugytojų vadovų pastangas keliant slaugos paslaugas ir šių paslaugų administravimą į aukštesnį profesinį lygį, aktyviai dalyvauja formuojant slaugos politiką, bando vienyti slaugytojų vadovų pastangas kartu su Sveikatos apsaugos ministerija, Gydytojų vadovų sąjunga, slaugos specialistų organizacijomis, savivaldybėmis ir suinteresuotomis visuomeninėmis organizacijomis, turint tikslą gerinti ir tobulinti slaugos specialistų veiklą.
- Gina sąjungos narių teises ir teisėtus interesus, plečia ryšius su kitomis vadovujančiomis medicinos darbuotojų organizacijomis užsienyje“.⁷⁹

2008 m. Vilniaus universiteto slaugos dėstytojų iniciatyva buvo įsteigta Lietuvos universitetinio išsilavinimo slaugytojų draugija (LUSD), kurios tikslas yra suvienyti universitetinio išsilavinimo slaugytojų pastangas, tobulinant ir reformuojant šalies slaugos sistemą, sprendžiant slaugos mokslo, mokymo ir praktikos problemas Lietuvoje, o taip pat integruojantis į tarptautinę veiklą. Pagrindiniai draugijos uždaviniai:

- „skatinti slaugos mokslo ir praktikos progresą šalyje, kuo plačiau supažindinti visuomenę su šiuolaikinio slaugytojo veikla;
- palaikyti glaudžius ryšius su šalies sveikatos apsaugos, švietimo sistemos ir kitomis valdymo institucijomis, konstruktyviai bendradarbiauti sprendžiant slaugos mokslo, mokymo ir praktikos problemas;
- aktyviai dalyvauti rengiant, svarstant ir tvirtinant teisinius dokumentus, reglamentuojančius slaugos sistemos funkcionavimą, įvairių specialybių slaugytojų darbo organizavimą, jų profesinį rengimą ir tobulinimą;
- dalyvauti slaugytojų su aukštuoju išsilavinimu atestavime ir licencijavime, įvertinant jų kvalifikaciją ir profesinę veiklą;
- organizuoti mokslines praktines konferencijas, suvažiavimus, seminarus, paremti ir finansuoti mokslines praktines komandiruotes“.⁸⁰

⁷⁹ Lietuvos slaugytojų vadovų sąjunga,

<http://www.emedicina.lt/lt/gydytojui/draugijos/lietuvos_slaugytoju_vadovu_sajunga.html> [žiūrėta 2013-02-16].

⁸⁰ LUSD draugija, <<http://www.raktazole.lt/main.php?p=1&page=55>> [žiūrėta 2013-02-16].

Rinkimai: moterys politikoje. 2012, <<http://naujienos.vu.lt/ivykiai/konferencijos/25637-rinkimai-moterys-politikoje>> [žiūrėta 2013-02-16].

Kitos Lietuvos slaugos organizacijos labiau orientuojasi į skirtingų slaugytojų specializacijų praktiką ir dalyvauja slaugos mokslo plėtroje. Štai keletas iš jų: Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų draugija (AITSD), Lietuvos operacinės slaugytojų draugija, Lietuvos psichikos sveikatos slaugytojų asociacija, Lietuvos neurochirurgijos slaugytojų sąjunga ir kt.

Apžvelgus Lietuvos slaugos organizacijas, galima teigti, kad Lietuvoje egzistuoja palankios aplinkybės slaugos specialistams dalyvauti organizuotai ir reikšti savo nuomonę įvairiuose asociacijose, kurias slaugytojai gali pasirinkti pagal savo specializacijos pobūdį. Visos slaugos organizacijos siekia dalyvauti sveikatos politikos formavimo procese bei atstovauti slaugytojų interesus.

4. SLAUGYTOJŲ DALYVAVIMO SVEIKATOS POLITIKOJE VERTINIMAS (KOKYBINIS TYRIMAS)

4.1. Tyrimo metodika ir organizavimas

Siekiant ištirti slaugytojų dalyvavimą sveikatos politikoje, buvo pasirinktas kokybinis tyrimas, taikant pusiau struktūrizuotą interviu metodą.

Interviu yra vienas svarbiausių metodų kokybiniuose tyrimuose. Šis metodas leidžia tyrėjui valdyti pokalbį, t.y. pakreipti informanto kalbą dominančiais klausimais ar problemomis. Tai vienas iš visuotinai pripažintų pagrindinių duomenų rinkimo būdų, kuomet apklausiami asmenys, "kurie dėl savo profesinės ir gyvenimo patirties turi didžiausią kompetenciją ir patikimiausią bei pakankamai išsamią informaciją apie tiriamą problemą".⁸¹

Interviu metodas yra pakankamai lankstus duomenų rinkimo būdas. Interviu savo pobūdžiu skiriasi pagal techniką, formą, tikslinę paskirtį, apklausiamųjų subjektų tipus. Lietuvos slaugytojų dalyvavimui sveikatos politikoje vertinimui pasirinkta pusiau struktūruoto interviu technika, siekiant kuo išsamiau ir detaliau įvykdyti užsibrėžtą tikslą. Buvo numatyti pagrindiniai klausimai, atitinkantys interviu temą, pokalbio metu buvo galimybė užduoti ir papildomų klausimų, susijusių su interviu tema. Tyrimui pasirinktas pusiau struktūruotas todėl, kad: informantai turėjo puikią galimybę išsamiau išdėstyti savo nuomonę; buvo didesnė galimybė gauti išsamesnius atsakymus, negu anketos metodu; buvo galimybė pakreipti kalbą rūpimu klausimu ir neleisti informantams nukrypti nuo temos.

Pagrindiniu tyrimo metodu informacijos rinkimui buvo pasirinktas pusiau struktūruotas interviu metodas, o kaip pagalbine priemone buvo pasirinkta apklausa el. paštu, kai atsakymai į klausimus pateikiami raštu.

Svarbu paminėti, kad buvo stengiamasi išvengti tam tikrų interviu metodo trūkumų, kaip subjektyvumo kriterijus, tyrėjo neprofesionalumas atliekant apklausą, duomenų rezultatų pateikimo patikimumo problema. Interviuotoja (S. Greičienė) nebuvo pažįstama nei su vienu iš tyrime dalyvavusių informantu, be to buvo stengiamasi užduoti klausimus tiksliai ir aiškiai.

Apibūdinant el.paštu atliktos apklausos, kai atsakymai pateikiami raštu, metodo pasirinkimą, reikia priminti, jog jis buvo pasirinktas, kaip papildomas, pagalbinis metodas, siekiant kuo informatyvesnio tyrimo. Visiems pasirinktiems informantams buvo išsiųstas laiškas su kvietimu

⁸¹ Tidikis, R. *Socialinių mokslų metodologija*. Vilnius: Lietuvos teisės universitetas, 2003, p. 467.

dalyvauti tyrime (Priedas 2), tačiau ne visi galėjo susitikti su interviuotoja dėl savo didelio darbo užimtumo. Šio metodo trūkumas tas, kad neesant tiesioginio bendravimo, daugelis galimų informantų vengia atsakinėti ir atsako į klausimus neišsamiai. Gautos informacijos atžvilgiu šis tyrimo metodas nėra itin informatyvus, tačiau visgi atskleidė tam tikrų reikšmingų aspektų. Atsakymai, gauti el. paštu, bus analizuojami kartu su interviu metu atskleista informacija.

Tyrimo eigos aprašymas

Slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje tyrimą galima suskirstyti į tokius etapus:

- *Klausimyno sudarymas;*
- *Informantų pasirinkimas;*
- *Pasiruošimas giluminiam interviu bei jo atlikimas;*
- *Duomenų apdorojimas ir analizė.*

Klausimyno sudarymas

Klausimai apklausai buvo pasirinkti atviro tipo, aiškūs ir konkretūs. Į klausimus informantai atsakinėjo asmeniškai, interviuotojai neprimetant savo subjektyvios nuomonės. Visiems informantams buvo užduodami tie patys klausimai.

Klausimai buvo sudaryti remiantis iškeltu tyrimo tikslu ir uždaviniais (Priedas 1). Visi interviu metu pateikti klausimai gali būti suskirstyti į kelias grupes. Kadangi slaugos politika yra sveikatos politikos dalis, tai pirma klausimų grupė (1,2) yra siekta sužinoti informanto nuomonę apie vykdomą slaugos politiką, jos vystymosi prioritetines kryptis bei veiksnius, turinčius didžiausią įtaką slaugos politikos vystymuisi. Antros grupės klausimai (3,4,5) yra skirti išaiškinti informanto nuomonę apie slaugytojų dalyvavimo galimybes ir lygį sveikatos politikoje, taip pat buvo stengiamasi sužinoti kokios problemos kyla, siekiant slaugytojams dalyvauti sveikatos politikos procese. Trečia klausimų grupė (6,7) buvo stengiamasi atskleisti kokios Lietuvos slaugos organizacijos dalyvauja politinių sprendimų priėmime, kokiais būdais jos įsitraukia ir su kokiomis institucijomis bendradarbiauja. Ir paskutiniu interviu klausimu (8) buvo prašoma informanto pateikti savo pasiūlymus, kaip padidinti slaugytojų dalyvavimo lygį sveikatos politikos formavime.

Informantų pasirinkimas

Siekiant kuo išsamesnio tyrimo, buvo nuspręsta kviešti dalyvauti tyrime informantus iš tokių institucijų, kurios darbuotojai dalyvauja sveikatos politikoje, o tiksliau, slaugos politikos formavime bei įgyvendinime.

Informantų atrankos kriterijai buvo šie:

- slaugos mokslinė ar praktinė veikla;
- aktyvus dalyvavimas slaugos politikoje;
- dalyvavimas priimant teisės aktus slaugos srityje.

Tyrimė dalyvavo 10 informantų: iš 6 informantų buvo paimtas interviu, o 4 – atsakymus atsiuntė el. paštu. Visos tyrimė dalyvavusios buvo moterys, turinčios aukštąjį universitetinį išsilavinimą. Informantų amžiaus vidurkis 45 metai, jauniausiam buvo 34 metų, o vyriausiam 58 metų. Informantų užimamos pareigos bei institucija yra pavaizduoti 2 lentelėje.

Komunikacija su informantais vyko elektroniniu paštu, t.y. siunčiant pakvietimo laiškus dalyvauti tyrimė (Priedas 2), pakartotinius pasiteiravimus, padėkojimo laiškus, o taip pat ir telefonu, pasitikslinant dėl susitikimo laiko.

2 lentelė. Informantų užimamos pareigos bei institucija

Nr.	Infor- mantai	Užimamos pareigos	Institucija
1.	A	Vyriausioji specialistė	SAM
2.	B	Vyriausioji specialistė	SAM
3.	C	Vadovė	Slaugos organizacija
4.	D	Slaugos draugijos pirmininkė, slaugos dėstytoja	Slaugos draugija, Universitetas
5.	E	Slaugos centro direktorė, slaugos dėstytoja	Universitetas
6.	F	Slaugos dėstytoja	Universitetas
7.	G	Slaugos dėstytoja	Universitetas
8.	H	Sveikatos priežiūros fakulteto dekanė	Kolegija
9.	I	Direktoriaus pavaduotoja slaugai	Asmens sveikatos priežiūros įstaiga
10.	Y	Profsąjungos pirmininkė, slaugytoja	Asmens sveikatos priežiūros įstaiga

Pasiruošimas giluminiam interviu bei jo atlikimas

Informantų apklausai buvo siekiama sukurti tam tikrą aplinką. Šiam tikslui dažniausiai buvo pasirenkamos informantų darbo vietos arba konferencijos salės. Interviu buvo atliekami neutraliuose patalpose, kur informantai neblaškomi ir netrukdomi galėtų atsakinėti į klausimus. Pirmiausia,

interviewotoja prisistatydavo ir supažindindavo informantą su vykdomu tyrimu, jo reikšmę bei svarbą, taip pat paprašydavo leidimo įrašinėti interviu diktofonu.

Tyrimas buvo vykdomas 2013 m. vasario mėnesį. Interviu trukmė 15 – 45 min.

Duomenų apdorojimas ir analizė

Tyrimo duomenys sudaro 6 informantų atsakymai gauti interviu metu ir 4 informantų atsakymai gauti elektroniniu paštu. Interviu įrašai buvo perrašyti, t.y atliktos interviu transkripcijos. Kokybinių duomenų analizei buvo taikomas turinio analizės (content) metodas, leidžiantis formuluoti išvadas remiantis analizuojamu tekstu. Turinio analizė apima 4 etapus: daugkartinį teksto skaitymą; esminių kategorijų išskyrimą remiantis „raktiniais“ žodžiais; kategorijų turinio skaidymas į subkategorijas; kategorijų ir subkategorijų interpretavimą bei pagrindimą remiantis tekstiniais įrodymais.⁸²

Tyrimo etikos principai

Vykdamas tyrimą, buvo laikomasi pagrindinių socialiniuose tyrimuose taikomų etikos principų:⁸³

- Išsaugomas informantų anonimiškumas ir konfidencialumas;
- Interviu buvo atliekami planingai, gavus informantų sutikimus dalyvauti tyrime;
- Buvo suteikta tiksli informacija apie atliekamo tyrimo tikslą bei pobūdį;
- Informuota, kad tyrimo rezultatai bus išsiųsti kiekvienam informantui elektroniniu būdu kovo pabaigoje.

⁸² Bitinas, B.;Rupšienė, L.;Žydžiūnaitė, V. *Kokybinių tyrimų metodologija*. Socialinių mokslų kolegija, 2008.

⁸³ Kardelis, K. *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. Kaunas:Judex, 2002.

4.2. Tyrimo rezultatai ir jų aptarimas

4.2.1. *Slaugos vystymasis sveikatos politikos kontekste*

Siekiant nustatyti informantų požiūrį į slaugytojų dalyvavimą sveikatos politikoje, buvo svarbu išaiškinti, kaip jie vertina slaugos politikos vystymąsi Lietuvoje. Todėl informantų buvo prašoma apibrėžti slaugos politiką. Visi vienareikšmiškai sutiko, kad slaugos politika yra sveikatos politikos dalis, tačiau neįdomi ir silpnai formuojama. Informantas A net teigė „...kad tokios slaugos politikos, kaip ir nėra, mes ją tik bandom įsivaizduoti, formuoti...“, o Informantas C pasidalino tokia savo patirtimi: „nepatinka sveikatos politikams, kai mes (organizacijos nariai) pradėdame kalbėti apie slaugos politiką. Toks įspūdis, kad stengiamasi išlaikyti tokią situaciją, kuri buvo anksčiau, t.y. kad liktų seselė, gydytojo nurodymų vykdytoja, ir nieko nesikeistų.“

6 iš 10 informantų nurodė, kad slaugos politika apima slaugos paslaugų reglamentavimą ir organizavimą: „...apima slaugos paslaugų teikimo planavimą, organizavimą, valdymą...“, „...priemonių ir veiksnių visuma panaudojant racionaliai turimus išteklius (slaugos technologijas ir žmogiškuosius išteklius) geresniems sveikatos rezultatams patenkinti, t.y. ir pacientus, ir bendruomenę, ir visuomenę.“, „tai priemonių ir veiksnių visuma, užtikrinanti savalaikį, kokybišką slaugos paslaugų prieinamumą ir tinkamumą.“, „tai įstatyminė bazė ir jos plėtra... praktikos kokybei gerinti...“, „...slaugos proceso organizavimas, planavimas, reglamentavimas.“ Kiti informantai išreiškė tokias nuomones: „slaugos politika daugiausiai koncentruojasi į slaugytojų, kaip skaitlingiausios sveikatos priežiūros specialistų grupės, personalo vadybą šioje srityje: kvalifikacijos tobulinimas, veiklos licencijavimas, ES standartus atitinkančių specialistų rengimas, profesinės veiklos teisinis reglamentavimas. Kitose srityse slaugos politika formuojama epizodiškai (personalo poreikio planavimo iniciatyvos, darbo krūvio reglamentavimas, slaugos paslaugos ir jų piniginė išraiška) arba visai neforemuojama.“ Vienas informantas teigė: „Slaugos politika yra orientuota į viešosios nuomonės formavimą apie tai kas yra slauga, slaugos profesijos teigiamo ir deramo įvaizdžio sukūrimą, slaugytojų dalyvavimą sveikatos priežiūros procesų valdyje.“

Informantų išvardintos pagrindinės slaugos politikos prioritetines kryptys daugiausiai susijusios su slaugos personalo vadyba ir slaugos paslaugų teikimu ir jų plėtra (3 lentelė). Tik vieno Informanto B pateikti įvardinti slaugos politikos prioritetai tiksliai atitiko dabartinės Vyriausybės programoje išvardintus slaugos politikos tikslus, t.y., „slaugytojų kompetencijų plėtra, slaugos paslaugų namuose

plėtra, slaugos ir palaikomojo gydymo plėtra ir paliatyviosios pagalbos plėtra“. Kitų informantų įvardinti prioritetai skyrėsi nuo Vyriausybės programoje iškeltų slaugos tikslų.

Taip pat reikėtų atkreipti dėmesį į dar vieną išskirtą slaugos politikos prioritetinę kryptį – slaugos profesijos prestižo gerinimą. Nors ši kryptis nėra įvardijama sveikatos politikos dokumentuose, bet turi didelę reikšmę slaugos vystymui Lietuvoje. Kuo slaugos profesijos prestižas menkesnis, tuo požiūris į pačius slaugytojus, į slaugos profesijos reikalingumą, yra labiau neigiamas. 2007 m. atlikto tyrimo metu buvo nustatytas nuosaikus slaugytojų profesijos prestižo (pritarė 38,5 proc. respondentų) bei karjeros galimybių vertinimas (pritarė 54,6 proc. respondentų), dar buvo atskleista, kad „slaugytojo profesija medicinos profesionalų požiūriu yra nepelnytai sumenkinta, priskiriant tik pagalbinio, asistuojančiojo funkcijas“ (pritarė 73,6 proc. respondentų).⁸⁴ Atlikti užsienio mokslininkų tyrimai apie slaugytojų prestižą parodė, kad visuomenė slaugytojus suvokia labai stereotipiškai. Ši profesija kupina stereotipų ir vyrauja nuomonė, kad šios profesijos atstovės moterys (jų yra dauguma) gali atlikti tik pagalbines asistuojančiojo funkcijas. Taip pat nustatytas profesijos prestižo, įvaizdžio neatitikimas tarp visuomenės stereotipų ir slaugytojų nuomonės apie save.⁸⁵

3 lentelė. Slaugos politikos prioritetinės kryptys

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Prioritetinės kryptys	Slaugos personalo vadyba	<p>„Naujų teisės dokumentų, kurie nustatytų skirtingų edukacinių lygių slaugytojų kompetencijos ribas, parengimą inicijavimas.“</p> <p>„...sukurti vieningą slaugymo kokybės sistemą, vienodą dokumentaciją, slaugymo standartus.“</p> <p>„Slaugos specialistų darbo aplinkos gerinimas, savarankiškumo stiprinimas, ypač pirminėje grandyje.“</p> <p>„Slaugytojams reikia daugiau savarankiškumo.“</p> <p>„Personalo poreikio planavimo iniciatyvos...“</p> <p>„Parengti projektą diferencijuotam darbo apmokėjimui įvertinti.“</p>

3 lentelės tęsinys kitame puslapyje

⁸⁴ Jankauskienė, Ž., et al. Slaugytojų profesinė socializacija užtikrinant praktinę veiklą. *Medicina*. 2010, 46:16–26.

⁸⁵ Takase, M.; Kershaw, E.; Burnt, L. Does public image of nurses matter? *Journal of Professional Nursing*. 2002, 18 (4):196–205.

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Prioritetinės kryptys	Slaugos paslaugos	<p>„Slaugos praktikos tobulinimas yra prioritetinė kryptis.“</p> <p>„Didžiulis dėmesys yra skiriamas pirminei sveikatos priežiūrai, kurią sudarytų slaugytojų kompetencijų plėtra, slaugos paslaugų namuose plėtra, slaugos ir palaikomojo gydymo plėtra ir paliatyviosios pagalbos plėtra.“</p> <p>„Slaugytojų kompetencijų plėtra...“</p> <p>„Slaugos teorijos atitikimas slaugos praktikai.“</p> <p>„Pažangios slaugos praktikos diegimas...“</p> <p>“...slaugos paslaugų plėtra pirminėje sveikatos priežiūroje.”</p>
	Slaugos profesijos prestižas	<p>„orientuota į viešosios nuomonės formavimą apie tai kas yra slauga, slaugos profesijos teigiamo ir deramo įvaizdžio sukūrimą.“</p> <p>„...slaugytojo profesijos prestižo gerinimas per įvairias priemones: mokslo patrauklumo gerinimas, visuomenės informavimas apie slaugytojo darbą.“</p> <p>„...reikia kelti slaugytojų prestižą.“</p>
	Bendradarbiavimas	<p>„Stiprinti slaugytojų profesinių organizacijų, studijų ir mokslo institucijų, sveikatos priežiūros įstaigų, valdžios atstovų ir visuomenės bendradarbiavimą.“</p> <p>„...slaugos specialistų dalyvavimas visose sveikatos politiką formuojančiose, koordinuojančiose ir įgyvendinančiose struktūrose vietiniame, regioniniame ir nacionaliniame lygmenyse.“</p> <p>„Tik bendradarbiaujant su įvairiomis institucijomis (sveikatos apsaugos ministerija, gydytojų vadovų sąjunga, slaugos specialistų organizacijomis, savivaldybėmis ir kitomis suinteresuotomis visuomeninėmis organizacijomis) galima formuoti slaugos politiką, spręsti aktualius klausimus.“</p>

Keli informantai pažymėjo, kad įvairių institucijų bendradarbiavimo stiprinimas yra viena iš prioritetinių slaugos politikos krypčių. Tarp sektoriaus bendradarbiavimo stygius akcentuojamas slaugos politikos strategijos dokumente „Lietuvos slaugos studijų, mokslo ir praktikos plėtros 2010–2015 metams kryptys“.⁸⁶ Šiame dokumente pabrėžiamas nepakankamas bendradarbiavimas tarp universitetų, kolegijų, sveikatos priežiūros įstaigų, valdžios atstovų ir visuomenės, tačiau bendradarbiavimo skatinimo priemonės slaugos politikos strateginiame dokumente neminimos.

⁸⁶ Misevičienė, I., et al. Lietuvos slaugos studijų, mokslo ir praktikos plėtros 2010–2015 metams kryptys: IX nacionalinė slaugytojų konferencija” *Metodinės Rekomendacijos / Lietuvos Sveikatą Stiprinančių Ligoninių Asociacija (LSSLA)*. Kaunas: Telkša, p. 12.

Kitas slaugos politikos svarbus prioritetas, informantų nuomone, yra slaugytojų kompetencijų plėtra bei savarankiškumo (autonomijos) stiprinimas. Tačiau Informantas B mano, kad „šiandien slaugytojai yra parengiami labai kompetetingai, universitetai turi labai geras rengimo bazines, sukaupę ilgametę patirtį. Ar praktika yra pasirengusi priimti tokias slaugytojas, ar sudarytos sąlygos įgyvendinti slaugytojų kompetencijas? Šitoje vietoje dar reikėtų padirbėti. Įstaigoje kartais net nesudaromos sąlygos, pvz. slaugytojų medicininių normų, kompetencijų įgyvendinimui. Todėl kartais viešoje erdvėje vyksta nesusikalbėjimas, kai kalbame apie **kompetencijų plėtrą**, bet ne apie **kompetencijų įgyvendinimą** slaugos praktikoje.“ O Informantas A tvirtina, kad SAM jau yra svarstomi slaugytojų kompetencijos plėtros klausimai – „LSMU parodė tokią teigiamą iniciatyvą, kad plėsti slaugytojų kompetencijas. Šiuo metu jau sudaroma darbo grupė, analizuojamas mano parengtas įsakymas, kur mes norėsime parengti pažangios slaugos praktikos, kur slaugytojai galės perimti dalį gydytojų atliekamų funkcijų ir įgyti papildomos kompetencijos.“

Valstybės vykdoma sveikatos politika 6 informantų buvo įvardinta kaip pagrindinis veiksnys, turintis įtakos slaugos politikos vystymuisi: „Sveikatos priežiūros politikos pokyčiai nacionaliniame lygmenyje.“, „Neteisingas finansavimas...“, „Manau turėtų įtakoti bendri sveikatos rodikliai..“, „Slaugytojų atlyginimas, jis yra per mažas.“, „neteisingas finansavimo modelis, slaugytojo paslaugos beveik neapmokestinamos.“, „Lietuvos, kaip ES valstybės, išipareigojimai ir tarptautinių organizacijų stebėsenos rezultatų įgyvendinimas.“. Informantas H pateikė tokią nuomonę: „Nacionaliniuose strateginiuose dokumentuose įvardinti išipareigojimai nėra nuosekliai vykdomi ir kinta, keičiantis politinei situacijai šalyje.“ „Požiūris į pačius slaugytojus..“, „...į slaugos profesiją, jos reikalingumą, jos indelį pacientui“ kelių informantų nuomone taip pat įtakoja slaugos politiką. Pažymėtina, kad „slaugos mokslo plėtra, aukštasis slaugytojų rengimas“ turi didelę įtaką slaugos politikai. Kuo aukštesnį išsilavinimą turės slaugytojai, tuo didesnė tikimybė, kad jie bus labiau politiškai bei visuomeniškai aktyvūs. Betarpiškas bendradarbiavimas taip pat buvo įvardintas kaip turintis nemažą poveikį slaugos politikai: „bendradarbiavimas su sveikatos apsaugos ministerija, gydytojų vadovų sąjunga, slaugos specialistų organizacijomis, savivaldybėmis ir kitomis suinteresuotomis visuomeninėmis organizacijomis.“

4.2.2. Slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje lygis

Klausimu „Kaip vertinate pačių slaugytojų dalyvavimo lygį sveikatos politikoje?“ siekta išsiaiškinti informantų nuomonę apie slaugytojų įsitraukimą į sveikatos politiką. Slaugytojų dalyvavimo

lygis sveikatos politikoje rodo slaugytojų įtaką sveikatos politikos formavime ir įgyvendinime. Atsižvelgiant, kad slaugytojai visų pirma yra Lietuvos valstybės piliečiai, o tik paskui tam tikros profesijos atstovai. Slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje lygio vertinimui galima panaudoti S. R. Arnsteino pasiūlytą visuomenės politinio dalyvavimo pakopų (*angl. a ladder of Citizen participation*) klasifikaciją.⁸⁷ Ši tipologija pateikia aštuonias pakopas (nuo manipulavimo iki piliečių kontrolės) ir skirstoma į tris laipsnius: nedalyvavimas, simbolinis dalyvavimas ir piliečių valdžia. Tyrimo metu gauti informantų atsakymai buvo suskirstyti remiantis šia S. R. Arnsteino tipologija.

„Žemiausioje (nedalyvavimo) lygmens manipulavimo pakopoje piliečiai supažindinami su esamomis programomis, paaiškinama, kad jos yra susijusios su piliečių poreikiais, ir nurodoma, kokį vaidmenį visuomenė turėtų atlikti. Tai daroma įtraukiant piliečių atstovus į patariamąsias grupes, komitetus ir kt. Terapijos pakopoje vietoje pastangų daryti įtaką visuomenei nepalankiai aplinkai yra siekiama pripratinti piliečius prie esamos situacijos „gydant“ jų nesugebėjimą prisitaikyti“. ⁸⁸ Didžioji dalis informantų pateiktų atsakymų apie slaugytojų dalyvavimą sveikatos politikoje atspindėjo būtent šį nedalyvavimo lygmenį. Teigiama, kad slaugytojams politika yra neįdomi, jie nedalyvauja, neįsitraukia į sprendimų priėmimo procesus, išlieka pasyvūs dalyviai (4 lentelė). Tokią nuomonę pateikė 7 informantai iš 10. Informantas Y išreiškė tokią nuomonę: „*Jeigu trumpai, tai dalyvavimo lygis labai žemas, bet nežinau ar tai blogai, slauga – daugiau praktinis darbas, o ne mokslas. Ir dar prastai apmokamas. Kai nuolat trūksta pinigų, laiko (nes tenka dirbti per kelis darbus), darbe trūksta elementarių darbo priemonių, prastai organizuotas darbas, daugybė bereikalingų darbų ir biurokratijos, kokia politika dar gali rūpėti.*“

⁸⁷ Arnstein, S. R. A Ladder of Citizen Participation. *JAIP*. 1969, 35(4):216–224.

⁸⁸ Stasiukynas, A. Visuomenės dalyvavimas Lietuvos elektros energetikos sektoriaus valdyme. *Viešoji politika ir administravimas*. 2010, 32:104–119.

4 lentelė. Slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje lygis

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Slaugytojų dalyvavimo lygis	Nedalyvavimas	<p>„...nelabai kam iš slaugytojų ta politika įdomi, reikia šeimas išlaikyti, darbas pakankamai sunkus, nebėra jėgų daužyti galvą į sieną, bijoma, kad už aktyvumą teks nukentėti.“</p> <p>„...dalyvavimo lygis labai žemas.“</p> <p>„Prastai vertinu. Slaugytojai per mažai rodo iniciatyvos, neišsako pilnai savo nuomonės, pasiūlymų. Išlieka pasyvūs dalyviai.“</p> <p>„Slaugytojai formuoja daug problemų, bet kitose etapuose slaugytojų dalyvavimo aš nematau.“</p> <p>„Į sprendimo priėmimo procesus jos neįsitraukia.“</p> <p>„Siekiamosios politikos stadijoje slaugos specialistų atstovavimas yra minimalus.“</p> <p>„Dalyvauja per darbo grupes SAM“.</p>
	Simbolinis dalyvavimas	<p>„Atstovauti slaugytojoms yra palanki terpė, tačiau pasigendu kartais konstruktyvių pasiūlymų, slaugos mokslu pagrįstų sprendimų.“</p> <p>„Politikos formalizavimo stadijoje slaugytojų atstovavimas yra realus, nes teisės aktų kūrime dalyvauja slaugytojų visuomeninių organizacijų atstovai, o jei nedalyvauja, tai priklauso formaliai su jomis derinti parengtų dokumentų projektus.“</p> <p>„Įvairovė asmenybių turėtų labiau keistis, nes kol kas dažniausiai deleguojami tie patys asmenys iš organizacijų vadovų (prezidentai, katedros vedėjai, dekanai), nepaisant jų ribotų kompetencijų slaugoje ir politikoje.“</p>

Aukštesnis visuomenės dalyvavimo pakopų lygmuo vadinamas simboliu dalyvavimu (*angl. tokenism*). Jo turinį sudaro trys pakopos: informavimas, konsultavimas ir nuteikimas savo naudai.⁸⁹ „Piliečių informavimas apie jų teises, pareigas, pasirinkimo galimybes yra pirmasis žingsnis, įtvirtinantis dalyvavimą, tačiau be grįžtamojo ryšio iš piliečių jis ir tampa tik pirmuoju žingsniu“.⁹⁰ Tai patvirtina Informanto H pateikta nuomonė „didžiausia atstovavimo galimybė yra naudojamosios politikos srityje, kuomet praktiškai yra įgyvendinama politika, tačiau esant minimaliam grįžtamajam ryšiui, slaugytojų dalyvavimas šiame etape tampa niekam nebeįdomus“. Informantas B mano, kad informacija slaugytojams yra lengvai prieinama „jeigu Seime yra svarstomi su slauga susiję įstatymai, tada yra viešai skelbiama ir galima teikti pasiūlymus. Čia jau pačios organizacijos turėtų sekti Seimo

⁸⁹ Arnstein, S. R. A Ladder of Citizen Participation. *JAIP*. 1969, 35(4):216–224.

⁹⁰ Stasiukynas, A. Visuomenės dalyvavimas Lietuvos elektros energetikos sektoriaus valdyme. *Viešoji politika ir administravimas*. 2010, 32:104–119.

duomenų bazėje tvarkaraščius. Ir tada spręsti ar nori pateikti nuomonę ar ne. SAM atstovai skaito konferencijose, seminaruose pranešimus, stengiasi paaiškinti kodėl buvo priimti tam tikri sprendimai“. Informuojant vėlyvose planavimo stadijose paprastai neatsiranda galimybės slaugytojams daryti didesnę įtaką rengiamoms programoms. Informantas C teigia, kad „mūsų organizacijai yra siunčiami SAM dokumentų, susijusių su slauga, projektai, prašoma pateikti savo pastabas, tačiau, deja, ne visada pavyksta tai padaryti išsamiai dėl laiko stygiaus, nes duodamos tik kelios dienos...“. „Siekdami piliečių politinio dalyvavimo valdžios atstovai įtraukia kelis „patogesnius“ piliečius į įvairias patariamąsias tarybas, komisijas ir kt., suteikdami jiems balsą, tačiau pasilikdami galutinio sprendimo teisę“.⁹¹ Taip atsitinka ir slaugos atstovais, dažniausiai į svarbius pasėdžius „deleguojami tie patys asmenys, dekanai, katedrų vedėjai, nepaisant jų ribotų kompetencijų slaugoje.“.

„Aukščiausio visuomenės dalyvavimo pakopos lygmens – piliečių valdžios (angl. *citizen power*) – išskiriamos trys pakopos: partnerystė (bendradarbiavimas), galios suteikimas ir piliečių kontrolė. Partnerystės pakopoje valdžios galios yra paskirstomos tarp piliečių ir oficialiosios valdžios atstovų, kurie bendradarbiauja planuojant ir priimant sprendimus“.⁹² Bendradarbiavimas tarp slaugytojų ir valdžios atstovų įmanomas, tik informantų nuomone jis yra labai menkas.

Būtent bendradarbiavimo stiprinimą informantai įvardino, kaip vieną iš pagrindinių slaugos politikos prioritetinių krypčių. „Suteiktos galios pakopa žymi situaciją, kai piliečiai turi lemiamą balsų skaičių priimant sprendimus, lyginant su oficialiais valdžios atstovais“.⁹³ Slaugytojų dalyvavimo šiai pakopai tikrai negalima būtų priskirti, nes sveikatos politikoje, taip pat slaugos politikoje, didžiausią galią turi kitos interesų grupės, pavyzdžiui, gydytojai, kurie ir turi lemiamą balsų skaičių. Nustatyta, kad žmonių grupė turėtų įtakos priimant sprendimus, reikia, kad ji sudarytų nemažiau 30 proc. nuo visos, priimančios sprendimus, visumos.⁹⁴

Informantų buvo prašoma pateikti pasiūlymus, kaip padidinti slaugytojų dalyvavimo lygį sveikatos politikos formavime. Informantų pasiūlymai pateikiami 5 lentelėje.

⁹¹ Stasiukynas, A. Visuomenės dalyvavimas Lietuvos elektros energetikos sektoriaus valdyme. *Viešoji politika ir administravimas*. 2010, 32:104–119.

⁹² Ten pat, p. 104-119

⁹³ Ten pat, p. 104-119.

⁹⁴ Ten pat, p. 104–119.

5 lentelė. Pasiūlymai dėl slaugytojų dalyvavimo lygio didinimo sveikatos politikos formavime

Pasiūlymai
<i>„Slaugytojų praktikų aktyvesnis domėjimas savo profesine veikla, sveikatos reformos eiga. Visuomeninių organizacijų veiklų konsolidavimas, į darbotvarkę įtraukiant ir su slaugos politika susijusius klausimus. Slaugytojų lyderių ugdymas.“</i>
<i>„Daugiau pasitikėjimo savimi, daugiau drąsos, parodyti, kas jie yra. Viešinti kuo daugiau informacijos, susijusios su slauga. Kartais būna tikrai apmaudu, kai taip stengėsi, parmušinėji tas slaugos magistro studijas, kad jų reikia... o jos vis dar nori likti seselėmis.“</i>
<i>„Drąsiai siūlyti problemų sprendimo būdus įvairiuose lygiuose, daugiau pasitikėti vieni kitais, aktyviai reikšti savo poziciją ir bendradarbiauti su kitais sveikatos priežiūros specialistais.“</i>
<i>„Slaugytojų dalyvavimas politikoje yra labai svarbus, jis savaime iškeltų profesiją, padidintų jos vertę pačioje visuomenėje. Be pačių slaugytojų to niekas nepadarys. Mums visom reikia kelti slaugytojų prestižą. Tik aktyvus organizuotas dalyvavimas gali daryti pokyčius.“</i>
<i>„Suteikti daugiau laisvės ir pripažinimo slaugos profesinei savivaldai.“</i>
<i>„Nors didžioji dalis slaugos proceso yra tiesiog praktinis juodas darbas ir visai nebūtina gerai išmanyti slaugos politines kryptis, kad gerai leistum vaistus ir perrišinėtum žaizdas. Politika turi užsiimti visuomenės nuomonės formavimu, strategijomis ir jų įgyvendinimu, maksimaliai atsižvelgiant į praktikų nuomonę. O kiekviena slaugytoja turi turėti galimybę tą nuomonę išreikšti nesudėtingu keliu ir nebijodama būti apkaltinta skundimu ar įstaigos diskreditavimu.“</i>

Dauguma respondentų siūlė slaugytojams būti aktyvesniais, labiau pasitikėti savo jėgomis ir drąsiai reikšti savo nuomonę, nes jeigu pačios slaugytojos nespės savo profesijos problemų ir neteiks pasiūlymų, tai už juos darys kiti, ne slaugos srities specialistai. Ir manymas, kad niekas nenori girdėti slaugytojų balso yra klaidingas, tai patvirtina ir Informanto Y pateiktas faktas „Man dar nebuvo, kad prašyčiau į kokį susitikimą – pasitarimą, kur dalyvauja medikų organizacijos, ir būtų atsakyta, kad nėr jums ką čia veikti. Bet sužinoti apie tokius renginius iš anksto ne visada pavyksta“.

4.2.3. Slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje galimybės

Siekiant įvertinti slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje galimybes informantų buvo klausama „Įvardinkite kokios yra slaugos specialistų dalyvavimo galimybės sveikatos politikoje. Kokios problemos ar kliūtys kyla, siekiant slaugytojams dalyvauti sveikatos politikos procese?“

Slaugytojų politinio dalyvavimo galimybes informantai vertina žymiai geriau negu esantį šiuo metu slaugytojų dalyvavimo lygį ir pabrėžia, kad galimybių tikrai yra, tik reikia jas išnaudoti. Pirmiausiai politinio dalyvavimo galimybes reikia išnaudoti savo darbovietėje, t.y. sveikatos priežiūros įstaigoje (6 lentelė). Pagal LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymą Lietuvos Nacionalinės sveikatos sistemos viešoji įstaiga privalo turėti **slaugos tarybą**, kaip patariamąjį valdymo organą. Slaugos tarybos narių skaičių, tarybos formavimo tvarką, narių teises ir pareigas, darbo apmokėjimo sąlygas bei atsakomybę nustato įstaigos įstatai. Slaugos taryba, kuri svarsto pacientų slaugos organizavimo ir tobulinimo klausimus, sudaroma iš įstaigos padalinių ir filialų slaugos specialistų. Ši taryba svarstomais klausimais gali teikti rekomendacinio pobūdžio pasiūlymus įstaigos administracijai. Jei įstaigos administracija su pasiūlymu nesutinka, slaugos taryba savo pasiūlymą gali pateikti įstaigos steigėjui.⁹⁵ Kaip pavyzdį, pateikiama ištrauka iš vienos sveikatos priežiūros įstaigos įstatų:

- „Įstaigos slaugos taryba steigama Vyriausiojo gydytojo įsakymu. Slaugos taryba sudaroma iš Įstaigos padalinių ir filialų slaugos specialistų, turinčių organizacinio ir praktinio darbo patirties. Slaugos taryba savo veikloje vadovaujasi Įstaigos slaugos tarybos nuostatais, kurie numato slaugos tarybos uždavinius, veiklos principus, narių teises ir pareigas.
- Įstaigos slaugos tarybai vadovauja slaugos tarybos pirmininkas – Vyriausiasis gydytojas arba jo įgaliotas administracijos darbuotojas.
- Slaugos taryba koordinuoja ir metodiškai vadovauja slaugos specialistams, dalyvauja problemų susijusių su pacientams teikiamomis slaugos paslaugomis, aptarimuose, priima sprendimus ir teikia pasiūlymus Vyriausiajam gydytojui dėl darbo kokybės gerinimo.
- Slaugos taryba taiko etikos ir profesines žinias, kurios nukreiptų reikiama linkme slaugos personalo mokymą, praktiką, slaugos paslaugų teikimą.
- Slaugos taryba dalyvauja aptariant ir sprendžiant slaugos personalo kvalifikacijos tobulinimo poreikius ir teikia pasiūlymus Vyriausiajam gydytojui.
- Slaugos taryba Vyriausiajam gydytojui rekomenduojamo pobūdžio pasiūlymus dėl svarstomų klausimų teikia raštu. Jei Vyriausiasis gydytojas su pasiūlymu nesutinka, slaugos taryba jį gali teikti Įstaigos steigėjui.“⁹⁶

⁹⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. *Valstybės žinios*.1998, Nr. 109-2995.

⁹⁶ *Viešosios įstaigos Palangos pirminės asmens sveikatos priežiūros centro įstatai*. 2010, <<http://www.palangospoliklinika.lt/index.php/lt/paspc/istatai>> [žiūrėta 2013-03-07].

Kai kurių šalies sveikatos priežiūros įstaigų internetinėse svetainėse yra skelbiami slaugytojų tarybos narių sąrašai. Taigi slaugytojos, norėdamos optimizuoti savo darbo sąlygas, teikiamas slaugos paslaugas, gali daryti įtaką per sveikatos priežiūros įstaigoje esančias slaugos tarybas.

Kitą galimybę dalyvauti sveikatos politikoje slaugytojams atveria įvairios slaugos nevyriausybinių organizacijos. Tam pritaria visi tyrime dalyvavę informantai.

6 lentelė. Slaugytojų dalyvavimo galimybės sveikatos politikoje

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Slaugytojų dalyvavimo galimybės	Sveikatos priežiūros įstaigos vidinė politika	<p>„Slaugytoja turi galimybę atstovauti savo interesus įvairiuose lygmenyse, pradedant savo darbovietėje, kada ji turi savo tiesioginį vadovą, slaugos administratorių, išreikšti savo pasiūlymus, kaip patobulinti slaugos procesą. Kitas etapas, pagal Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymą privalomos yra Slaugos tarybos, kurios sprendžia slaugos organizavimo ir kitus dalykus, tai daugiau patariamasis organas... galima teikti tuos pasiūlymus įstaigos vadovui, o jeigu balsas bus neišgirstas, galima teikti pasiūlymus įstaigos teigėjui, steigėjas gali būti labai įvairus.“</p> <p>„Mūsų ligoninės darbuotojai dalyvauja darbo grupėse SAM, rengiant įvairias metodikas, medicininės normas.“</p> <p>„...dalyvavimas... darbe...“</p> <p>„Žinoma reikia dalyvauti ir įstaigos politikos kūrime, kur pirmiausiai pats slaugytojas nelabai individualiai turi galimybę reikšti savo nuomonę, todėl mūsų organizacija visada siūlo steigti pirmines grupes, profsąjungą.“</p>
	Slaugos nevyriausybinių organizacijos	<p>„Kitas etapas yra bendruomeniškumas, tai kada slaugytojai priklauso savo profesinėms organizacijoms, profesinei sąjungai ar draugijai pagal savo prioritetus. Ir tada organizacija gali atstovauti labiau bendruomeninius visuomeninius klausimus.“</p> <p>„Yra daugybė slaugos specialistus vienijančių draugijų, profesinių sąjungų. Galima aktyviai dalyvauti jų veikloje. kreiptis į valstybės institucijas gali ir „paprasta slaugytoja“, bet didesnė tikimybė, kad bus išgirstas organizacijos balsas“.</p> <p>„Dalyvavimas dažniausiai priklauso nuo organizacijos sugebėjimo sekti informaciją ir aktyvumo.“</p>

6 lentelės tęsinys kitame puslapyje

6 lentelės tęsinys

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
	Slaugos nevyriausybinių organizacijos	<p>„Slaugytojų balsas galėtų būti girdimas tik per organizacijas ir draugijas, taip pat, jei yra autoritetingų, tarptautinių lygių nusipelnusių slaugos ekspertų, kurie dalyvauja SAM ir yra vertinama jų nuomonė.“</p> <p>„LR Seime slaugytojų interesus atstovauja LSSO prezidentė...“</p> <p>„Formaliai visos slaugos organizacijos ir jų nariai gali dalyvauti slaugos politikos formavime...“</p> <p>„Dalyvavimas profesinių organizacijų, bendrijų, draugijų veikloje...“</p>
Slaugytojų dalyvavimo galimybės	Politinės partijos	<p>„Savo dalyvavimą galime išreikšti partinėje veikloje. Politinė veikla atneša labai daug naudingos patirties.“</p> <p>„Taip pat dalyvavimas politinių partijų veikloje. Dalyvavimas ir darbas savivaldoje ir nacionaliniuose valdymo institucijose: ministerijoje, Seime...“</p>

Organizacija turi didesnę svorį lyginant su pavieniais asmenimis. Lietuvoje priskaičiuojama 11 slaugos organizacijų, atstovaujančių įvairių specializacijų slaugytojas:

- Lietuvos Slaugos Specialistų Sąjunga,
- Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų draugija,
- Lietuvos Neurochirurgijos Slaugytojų Sąjunga,
- Lietuvos Onkologijos Slaugytojų Draugija,
- Lietuvos Operacinės Slaugytojų Draugija,
- Lietuvos Psichikos Sveikatos Slaugytojų Asociacija,
- Lietuvos Slaugytojų Diabetologų Draugija,
- Lietuvos universitetinio išsilavinimo slaugytojų draugija,
- Slaugytojų Namuose Asociacija,
- Slaugytojų–Padėjėjų Profesinė Sąjunga "Solidarumas",
- Šakių Slaugytojų Sąjunga.

Pagrindine slaugos organizacija informantai įvardijo Lietuvos slaugos specialistų sąjungą, kuri nuolat bendradarbiauja su SAM. Beveik visi informantai (9 iš 10) pripažino ją, kaip pagrindinę (7 lentelė).

7 lentelė. Lietuvos slaugos specialistų organizacija ir jos veikla

Kategorija: LSSO
Subkategorija: Pripažinimas
<p>„LSSO paprastai kviečiama į visus pasitarimus, kai reikia formalaus medikų bendruomenės pritarimo, kitos organizacijos dalyvauja tik aktualiu joms klausimų ribose.“</p> <p>„LSSO, kaip didžiausi Lietuvoje slaugytojų organizacija yra žinoma vyriausybės mastu, ji yra žinoma visų buvusių ministrų, yra tarptautinės slaugytojų federacijos narė ir turi daug titulų. LSSO atstovai daugelio grupių deleguoti, dažnai būna Seimo Sveikatos reikalų komiteto pasitarimuose, Draudimo tarybos posėdžiuose, Vyriausybės įvairiuose pasitarimuose. LSSO padėjo rengti ir slaugos praktikos įstatymą.“</p> <p>„LSSO daugiausia dalyvauja. Yra sudaryta sutartis SAM su LSSO, kurios atstovai kviečiami dalyvauti pasitarimuose, kur sprendžiami slaugos klausimai.“</p> <p>„LSSO daugiausiai. Bent jau kitos gal būt daugiau vietiniame lygyje“</p> <p>„...Lietuvos slaugos specialistų organizacija, kuri yra profesinių sąjungų konfederacijos narė.“</p> <p>„Lietuvos slaugos specialistų organizacija dalyvauja politinių sprendimų priėmimo daugiau per narių socialinių problemų sprendimą.“</p> <p>“Europos sąjungos mastu mes (LSSO) dar dalyvaujame, nes mūsų organizacija (LSSO) priklauso Europos slaugytojų federacijai, 2 kartus metuose renkamės Briuselyje ir priimame sprendimus profesiniu, organizaciniu lygiu... kreipėmės į Europos parlamentą, į šalių prezidentus... Taip pat dalyvaujame Tarptautinėje slaugytojų taryboje, kuri jungia visas pasaulio slaugytojų organizacijas.“ „Mūsų organizacija (LSSO) atstovauja 51 proc. Lietuvos slaugytojų, tai yra nedaug.“</p> <p>„Pas mus organizacijoje (LSSO) yra pirminės grupės, tose grupėse kiekvienas iškelia savo problemą. Toliau yra pagal 10 apskričių, skyrių direktoriai, kurie organizuoja pirminių grupių susirinkimus, 1 kartą į ketvirtį pagal poreikį. Tada suformuluojamos bendros problemos, kurios iškeliamos Direktorių taryboje, kurioje renkamės 1 kartą per 2 mėn. Vėliau organizacijos vadovas tas problemas aptaria su Sveikatos apsaugos ministru. Pvz., neseniai priėmėme rezoliuciją, kurią nusiuntėm SAM ir Seimo Sveikatos reikalų komitetą. Per praeitą Seimo kadenciją, Vyriausybėje buvo sudaryta Nuolatinė darbo grupė slaugos problemoms spręsti, kurią sudarė mūsų organizacijos 3 atstovai ir 3 SAM atstovai.“</p> <p>„Galbūt LSSO... bet jos veikla apsiriboja vien tik kalbėjimu. Tai skaitlinga organizacija pagal slaugytojų skaičių.“</p> <p>„Tik po ilgų diskusijų LSSO prezidentė buvo pakviesta į Nacionalinę sveikatos tarybą, ir tik šiais metais, pirmą kartą – į Seimo Sveikatos reikalų komitetą.“</p> <p>isia turėtų būti LSSO, jos vaidmuo galėtų būti didžiulis ir įtakingas... SAM turi bendradarbiavimo sutartį su LSSO, kuri pasirašyta 2007 metais. Mes esame įsipareigoję jiems teikti informaciją, kas susiję su slauga. Jie irgi yra įsipareigoję teikti mums pagalbą. LSSO praktiškai visur yra kviečiami sprendžiant bendrus slaugos klausimus. Kai mes sprendžiame kažkokius specializuotus dalykus, tada mes kviečiame ir LSSO ir specialybines draugijas, kurios kartais gali suteikti daugiau tos ekspertinės pagalbos priimant tam tikrus sprendimus.</p>

Įvertinus LSSO veiklą pagal informantų atsakymus, galima teigti, kad ši organizacija yra vienintelė Lietuvoje, kuri turi ilgametę patirtį dalyvaujant slaugos politikos formavime (20 metų), jos narių yra

visoje Lietuvoje, organizacijai priklauso daugiau negu 50 proc. visų Lietuvos slaugytojų. LSSO atstovai dalyvauja Nacionalinės Sveikatos Tarybos, Seimo Sveikatos reikalų komiteto pasitarimuose, Draudimo tarybos bei Vyriausybės posėdžiuose ir kt. Keliami prielaida, kad kuo daugiau Lietuvos aktyvių slaugytojų vienys LSSO, tuo didesnės galimybės atsivers slaugytojoms įtakoti sveikatos politiką.

Kitos organizacijos, vienijančios įvairių specialybių slaugytojas, yra ne mažiau svarbios, nes jų nariai suteikia specifinę informaciją, kuri reikalinga sprendžiant tam tikros slaugos srities klausimus. Pavyzdžiui, Informantas B išskyrė Slaugytojų diabetologų draugiją „*Turiu labai gerą patirtį rengiant teisės aktus, pvz., diabetologų paslaugų teikimo reikalavimai, kuriame dalyvavimo tiek gydytojų endokrinologų draugijos atstovai ir slaugytojų diabetologų draugijos atstovai. Tada bendras pacientų problemas ir iš abiejų pusių bandėm žiūrėti, kaip galime išspręsti problemas (pvz. bazinės paslaugų kainos). Dabar slaugytojai diabetologai daugelį paslaugų gali teikti savarankiškai. Taigi galimybės yra didžiulės.*“ Atkreipiamas dėmesys, kad slaugytojo diabetologo paslaugos yra vienintelės slaugos paslaugos, kurioms gauti yra reikalingas gydytojo siuntimas.

Įrodyta, kad narystė organizacijose turi teigiamą poveikį slaugytojų politiniam dalyvavimui ir socializacijai su kitais slaugytojais nariais.⁹⁷ Slaugytojai, įsitraukę į organizuotą politinį dalyvavimą, savo narystę organizacijoje vertina kaip profesinį tobulėjimą, kuris yra vienas iš svarbiausių dalyvavimo privalumų politikoje.⁹⁸

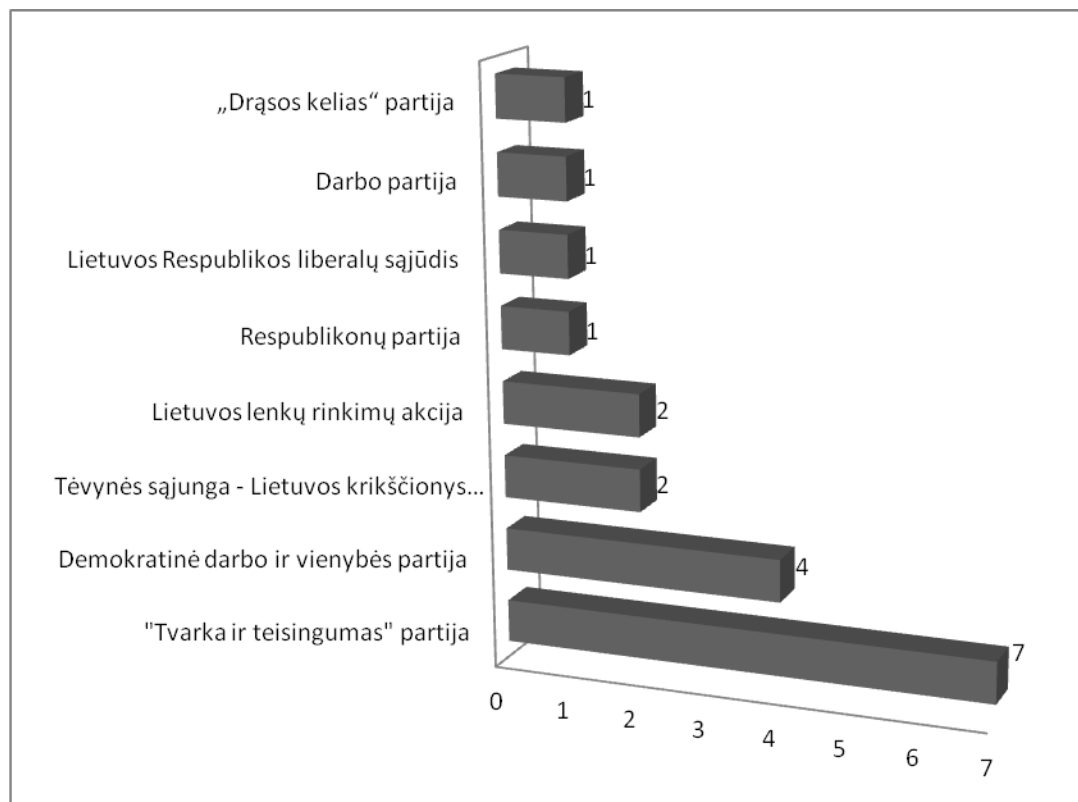
Klausimu „*Su kokiomis institucijomis, Jūsų nuomone, turėtų vykti (ar vyksta) slaugos organizacijų bendradarbiavimas, dalyvaujant sveikatos politikoje*“ buvo siekiama nustatyti institucijas su kuriomis slaugos organizacijos bendradarbiauja, sprendžiant įvairius slaugos politinius klausimus. Dauguma informantų paminėjo Sveikatos apsaugos ministeriją, kaip pagrindinę instituciją, su kuria slaugos organizacijos turi bendradarbiauti: „*SAM turėtų burti visas slaugos organizacijas, draugijas ir aktyviai dalyvauti slaugos politikos formavime*“, „*tai pat bendradarbiavimas vyksta ir su SAM, tačiau ministerija turi ir pavaldžių institucijų, t.y. Akreditavimo tarnyba, Valstybinė ligonių kasa, kurie daro tam tikras analizes, pasiūlymus, teisės aktų projektus*“. Vietos savivaldos institucijos buvo įvertintos ne mažiau svarbios negu SAM. Be to, bendradarbiavimas tarp pačių slaugos organizacijų ir su gydytojų organizacijomis, informantų nuomone, turėtų vykti nuolat: „*Pirmiausia turėtų būti bendra politika ir tarp bendrijų, nes yra daug draugijų ir tos nuomonės išsiskiria. Vienybės palinkėčiau, nes sunku būna*

^{97 97} Archer, S. E. A study of nurse administrator's political participation. *Journal of Nursing Research*. 1983, 5(1):65–75.; Daffin, P. Similarities and differences in political expectations and participation among nurses in clinical practice, education, and administration. *Dissertation Abstracts International*. 1988.

⁹⁸ Jordan, S. Membership expectations of the Vermont State Nurses Association and the American Nurses Association. *Vermont Registered Nurse*. 1992, 58 (2):3–5.

suderinti skirtingus požiūrius ir interesus.“, „Visuomeninės organizacijos turėtų konsoliduoti jėgas tarpusavyje, tuomet atstovavimas ir derybos su politikos formuotojais Seime ir politikos vykdytojais ministerijoje būtų solidesnis. Taip pat būtina bendradarbiauti su gydytojų sąjunga, su gydytojų vadovų sąjunga.“, „Siekiant bendro sveikatos politikos tikslo slaugytojai vieni sunkiai pajėgus kartais suformuluoti argumentuotus pasiūlymus, todėl apsijungimas (bendradarbiavimas) su gydytojų organizacijomis būtų labai naudingas.“

Informantai minėjo slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje galimybę įtraukiant į politines partijas. Slaugytojas, kaip ir kiekvienas Lietuvos pilietis, gali priklausyti tokiai partijai, kuri labiausiai atitinka jo pažiūras. Išanalizavus 2012 m. spalio 14 d. Lietuvos Respublikos Seimo rinkimų kandidatų sąrašus bei anketas daugiamandatėje apygardoje buvo nustatyta, kad visos dalyvavusios slaugytojos buvo moterys, iš jų 9 praktikuojančios slaugytojos ir 10 nepraktikuojančių (t.y. dirbančių pagal kitą specialybę, išėjusių į pensiją, bedarbių), tai sudarė 3 proc. nuo visų rinkimuose dalyvavusių moterų.



2 pav. 2012 m. Seimo rinkimuose dalyvavusių slaugytojų skaičius politinėse partijose

Šaltinis: sudaryta, remiantis LR Vyriausiosios rinkimo komisijos duomenimis

Daugiausia slaugytojų priklausė partijai Tvarka ir Teisingumas bei Demokratinėi darbo ir vienybės partijai (2 pav.). Slaugytojų kandidačių amžiaus vidurkis buvo 43 m. Nei viena slaugytoja į Seimą

nepateko. Pasak Seimo narės A. Zuokienės, moterys turėtų ateiti į politiką iš visuomeninio gyvenimo tam, kad turėtų daugiau patirties.⁹⁹ Todėl slaugytojoms dalyvavimas slaugos organizacijose turėtų būti pirmas etapas žengiant link profesionalios politikos.

Tyrimo metu taip pat buvo siekiama atskleisti slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje problemos ar kliūtis, todėl informantų klausima „*Kokios problemos ar kliūtys kyla, siekiant slaugytojams dalyvauti sveikatos politikos procese?*“. Dažniausiai informantai minėjo slaugytojų savybes, tokias kaip pasitikėjimo savimi, savo profesija stoka, lyderystės stoka, baimę (8 lentelė). Nors nei vienas informantas nepaminėjo to fakto, kad politiniam dalyvavimui turi reikšmės lytis. Moterys yra mažiau politiškai aktyvios negu vyrai. Lyčių galimybių plėtros centro atlikto tyrimo metu buvo nustatyta, kad pagrindinė moterų mažesnio dalyvavimo politiniame gyvenime priežastis yra jų didesnis rūpinimais šeima, nuovargis buityje. Tarp kitų dažniau minimų priežasčių yra šios: moterims turi mažiau galimybių (jų nereikia), taip priimta visuomenėje (tai vyrų reikalas), neleidžia vyrai. Kita vertus, tai galima paaiškinti ir pačių moterų nenorėjimu veikti, nesidomėjimu šios veiklos sritimi bei nepasitikėjimu savo jėgomis. Daugumos apklausoje dalyvavusių moterų (89 proc.) atsakymas į klausimą apie norą dalyvauti kokios nors partijos ar judėjimo veikloje buvo kategoriškas „ne.“ Neigiamas atsakymas yra motyvuojamas tokiais argumentais: neįdomu, nusibodo politika, amžiaus (per sena), nenori veltis į politiką – tai nešvarus dalykas, tam nėra laiko (dirba, mokosi, šeima), esu eilinis žmogus (tam reikia sugebėjimų). Kaip matyti, nenorą dalyvauti partijos ar judėjimo veikloje sąlygoja tiek objektyvūs dalykai, tokie kaip intereso stoka, tiek ir subjektyvūs (savęs nuvertinimas, pasitikėjimo stoka). Tik nežymi dalis (7 proc.) respondenčių moterų teigė, kad norėtų dalyvauti kokios nors partijos ar judėjimo veikloje.¹⁰⁰

Lyderystės stoka yra kita slaugytojų politinio dalyvavimo kliūtis, kurią paminėjo informantai. Lyderystė – tai procesas, kurio metu individualus žmogus daro įtaką grupės nariams, kad būtų įgyvendinti grupės ar organizacijos tikslai,¹⁰¹ arba tai reiškiny, nusakomas asmens dinamine jėga, iš esmės motyvuojančia ir koordinuojančia organizacijos narius siekti jos tikslų.¹⁰² Todėl į lyderystės sąvoką galima būtų įtraukti ir slaugytojų motyvaciją, ir aktyvumą, ryžtą bei pasitikėjimą savimi. Slaugos lyderis pasižymi šiais bruožais:

- atstovauja slaugytojams vadovo komandoje;

⁹⁹ Rinkimai: moterys politikoje. 2012, <<http://naujienos.vu.lt/ivykiai/konferencijos/25637-rinkimai-moterys-politikoje>> [žiūrėta 2013-02-16].

¹⁰⁰ „Lietuvos gyventojų apklausa: moterys ir politika. Lyčių galimybių plėtros centras, 2003, <http://www.gap.lt/main.php/id/805/lang/1> [žiūrėta 2013-02-05].

¹⁰¹ Chmiel, N. *Darbo ir organizacinė psichologija*. Vilnius: Poligrafija ir informatika, 2005.

¹⁰² Dubrin, J. *Leadership*. New Jersey: Houghton Mifflin Company, 1995.

- yra kompetentingas ir savarankiškas;
- aktyvus formuojant sveikatos politiką;
- geba nustatyti sveikatos priežiūros prioritetus;
- gina slaugos profesiją ir puoselėja jos prestižą;
- tobulėja pats ir sudaro sąlygas tobulėti kitiems;
- skatina nuolatinį slaugytojų mokymąsi siekiant pažangios slaugos praktikos;
- vadovaujasi demokratiškais principais dirbdamas su slaugytojais;
- uolus profesinėje veikloje.¹⁰³

Slaugos lyderiais turėtų tapti slaugos administratoriai, direktorių pavaduotojai slaugai bei slaugos dėstytojai ir mokslininkai. Slaugytojų lyderystė dažniausiai yra nagrinėjama slaugos praktikos kontekste, o ne politikos, ir siejama su gebėjimu daryti įtaką pacientams. Šiame darbe analizuojama politinė lyderystė ir gebėjimas daryti įtaką valdžios atstovams, priimančioms politinius sprendimus. Slaugytojų politinės lyderystės vystymuisi reikalingos dvi sąlygos: (1) dabartiniai politikos lyderiai turi pripažinti slaugytojus, kaip svarbius ir lygiaverčius partnerius, priimant su slauga susijusius sprendimus ir (2) patys slaugytojai turi laikyti save politiniais lyderiais, gebančiais identifikuoti problemas bei jas spręsti.¹⁰⁴

8 lentelė. Slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje kliūtys

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Dalyvavimo kliūtys/ problemos	Slaugytojų asmeninės savybės	„Trūksta laiko ir noro apskritai ta politika domėtis.“ „Galbūt pasitikėjimas savo profesija, galbūt lyderystės stoka, galbūt tikėjimas, kad tikrai galima kartu kažką padaryti.“ „Trūksta motyvacijos ir aktyvumo slaugytojų tarpe.“ „Gal išsilavinimo skirtumas. Juk gydytojas turi vieną išsilavinimą, o slaugytoja tris.“ „Pagrindinės kliūtys, mano nuomone, susijusios su lyderystės ir lyderių stygiumi.“
		„...kartais trūksta aktyvumo, kartais žinių, kartais vienybės.“ „Vis bijo, nes mano, kad atleis iš darbo.“ „Galbūt slaugytojos neturi patirties...“ „...trūksta ryžto, pasitikėjimo savimi“

8 lentelės tęsinys kitame puslapyje

¹⁰³ *Slaugytojos kuria naują lyderio paveikslą*. Lietuvos slaugos specialistų organizacija. 2005, <<http://www.lssso.lt/?ac=articles&id=6>> [žiūrėta 2013-02-06].

¹⁰⁴ Porter-Grady, T. *Leadership at all levels*. Nursing Management, 2011, p. 36.

8 lentelės tęsinys

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Dalyvavimo kliūtys/ problemos	Požiūris	<p>„Pirmiausia visuomenės ir tų pačių politikų požiūris į slaugą kaip mokslą.“</p> <p>„Požiūris į slaugytoją kaip į vidurinės grandies (teko girdėti iš kai kurių labai aukštų pareigūnų) specialistą. Žmonės dažnai žiūri atsargiai ir mano, kad slaugytojas turi dirbti ligoninėje, o ne dalyvauti politikoje.“</p> <p>„Ne visada išgirstama slaugytojų nuomonė.“</p> <p>„Visuomenė (ne tik gydytojai) labai sunkiai keičia požiūrį į slaugytojas (ir medicinos seserų pervadinimas į slaugytojas prie to tikrai neprisidėjo), jos vis dar laikomos gydytojų nurodymų vykdytojomis, kurios turi atlikti visą juodą darbą, tame tarpe ir padėjėjų. Tai esant tokiai visuomenės nuomonei net tie reti, slaugytojų pareiškimai viešumoje ypač kažkokiais aukštesnio lygio (politiniais) klausimais, vertinami kaip išsišokimai“</p>
	Hierarchiniai santykiai	<p>„Nėra tradicijų, dominuoja vadovai ir jų nuomonė, yra tam tikra konfrontacija ar konkurencija tarp didžiųjų miestų.“</p> <p>„Konkurencija tarp slaugytojų. Toks nesusikalbėjimas pačioje slaugos specialybėje.“</p> <p>„...kuomet reikia konsoliduoti jėgas, formuluojant problemas, nustatant prioritetus ir t.t., jėgos yra išskaidomos dėl siaurų tarpgrupinių interesų...“</p> <p>„Per daugelį metų susiformavę hierarchiniai santykiai tarp gydytojų ir slaugytojų.“</p> <p>„Galbūt slaugytojos... neturi žmogaus šalia, kuris paprotintų. Reikia paimti slaugytoją už rankos ir atvesti į organizaciją.“</p> <p>„Be abejo, slaugos vadovams lengviau dalyvauti priimančiam sprendimui, bet jos/jie turėtų įtraukti daugiau slaugytojų į šį procesą.“</p> <p>„Turi būti aktyvesnis slaugos specialistų organizacijų tarpusavio bendradarbiavimas.“</p> <p>„Pagrindinės kliūtys... susijusios... su išgalėjusiais siaurais tarpinstituciniais, tarpgrupiniais interesais.“</p>

Vardinant slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje kliūtis, informantai paminėjo visuomenės, politikų, gydytojų požiūrį į slaugytojus, kaip nesugebančius priimti savarankiškus sprendimus, apolitiškus sveikatos priežiūros dalyvius. Tačiau pažymėtina, kad šis požiūris nepasikeis, jeigu patys slaugytojai nesiims kryptingų veiksmų keičiant situaciją. Slaugos mokslas jau pakankamai yra

išvystytas Lietuvoje, taigi slaugytojai, baigę studijas, yra vertinami, kaip labai aukštos kvalifikacijos specialistai, kurie turi pakankamai žinių, kad galėtų jas pritaikyti savo profesijos tobulinimui.

Kitos kliūtys, trukdančios slaugytojams sėkmingai dalyvauti sveikatos politikoje, informantų nuomone, yra susiformavę įvairūs hierarchiniai santykiai: tarp pačių slaugytojų grupių, tarp gydytojų ir slaugytojų, tarp vadovų ir slaugytojų. Teigiama, kad sveikatos politikoje dominuoja gydytojai, vadovai, o slaugytojų nuomonės nepaisoma. Tačiau dabartinėje sveikatos priežiūros sistemoje slaugytojai, gydytojai, pacientai bei kiti sveikatos specialistai tarpusavyje susiję. Tik esant glaudžiam įvairių grupių tarpusavio bendradarbiavimui įmanoma efektyvi sveikatos priežiūra.

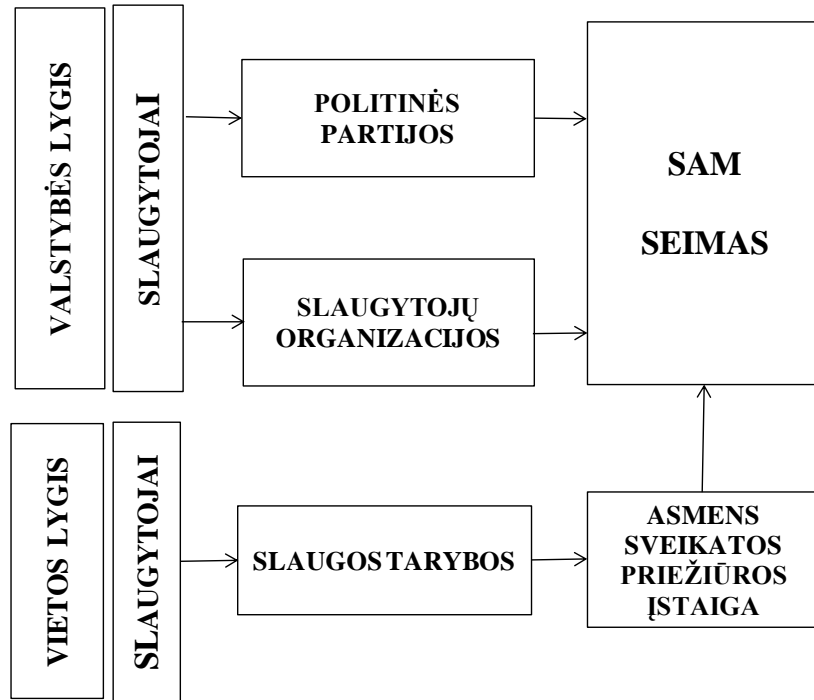
4.2.4. *Slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje modelis.*

Literatūroje nurodoma, kad modelis abstrakčiu būdu parodo socialinio reiškinio ryšius t. y. ryšius tarp sistemos elementų. Socialinių procesų modeliai nebūtinai tiksliai atspindi realųjį pasaulį, bet gali tapti įrankiu supaprastinant ir bandant suvokti socialinės tikrovės mechanizmus. Tiksliai sociologiškai arba ekonomiškai sukurtas formalusis modelis gali atnešti ir greitą finansinę arba politinę naudą. Socialiniuose moksluose modelis – tai bendriausio pobūdžio eskizas, kuriame pažymėti svarbiausi socialinio reiškinio bruožai.¹⁰⁵

Remiantis analizuota literatūra, atlikto tyrimo rezultatais ir taikant modeliavimo metodą, buvo sukurtas slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje modelis. Slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje modelis leis slaugytojams ir kitoms suinteresuotoms grupėms geriau suprasti savo politinio dalyvavimo galimybes.

Modelis apima du lygmenis: (I) vietos ir (I) valstybės (3 pav.). Vietos lygiu slaugytojų dalyvavimas vyksta per asmens sveikatos priežiūros įstaigų Slaugos tarybas, o valstybės lygiu įsitraukiant į politines partijas, slaugos nevyriausybinės organizacijas.

¹⁰⁵ Guogis, A. Modeliavimo reikšmė socialiniame moksle. *Viešoji politika ir administravimas*. 2002, 3:94–98.



3 pav. Slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje modelis

Slaugytojai turi teisę išreikšti savo valią balsuodami per Seimo ar Savivaldybės tarybos rinkimus, ir tokiu būdu išrinkti tokį atstovą ar partiją, kuri, jų nuomone, geriausiai atstovautų jų interesus valdžioje. Taip pat slaugytojai gali priklausyti politinei partijai ir patys būti išrinkti į LR Seimą ar Savivaldybės tarybą, kur turėtų žymiai daugiau įtakos ir galios sprendimų priėmimui.

Be to, slaugytojai gali pasinaudoti savo, kaip Lietuvos piliečių, teisėmis, į kurias įeina:

- dalyvavimas formuojant pagrindines valdžios įstaigas;
- galimybė pasinaudoti referendumo teise;
- teisė į peticiją;
- teisė inicijuoti įstatymą Seime ir pan.

Atkreipiamas dėmesys, kad šiomis teisėmis dauguma nesinaudoja dėl nežinojimo, apolitiškumo ar kitų priežasčių. Piliečiai, turintys rinkimų teisę, gali teikti Seimui įstatymo projektą ir jį Seimas privalo svarstyti. Inicijatyvinė grupė pateikia Vyriausiajai rinkimų komisijai prašymą, kuriame nurodoma, kokį įstatymą siūloma priimti, pakeisti ar papildyti. Taip pat piliečiai turi teisę į peticiją. Peticija – tai raštiškas pareiškėjo kreipimasis į Seimą, Vyriausybę ar vietos savivaldos valdžios ir valdymo institucijas, kai tam reikia priimti naują teisės aktą, pakeisti, papildyti ar pripažinti netekusiu galios galiojantį teisės aktą. Kreipimėsi gali būti reikalaujama ar siūloma spręsti tokius klausimus:

- žmogaus teisių ir laisvių apsaugos ar įgyvendinimo;
- valdžios ir valdymo institucijų reformavimo;
- kitus svarbius visuomenei, savivaldai ar valstybei klausimus.

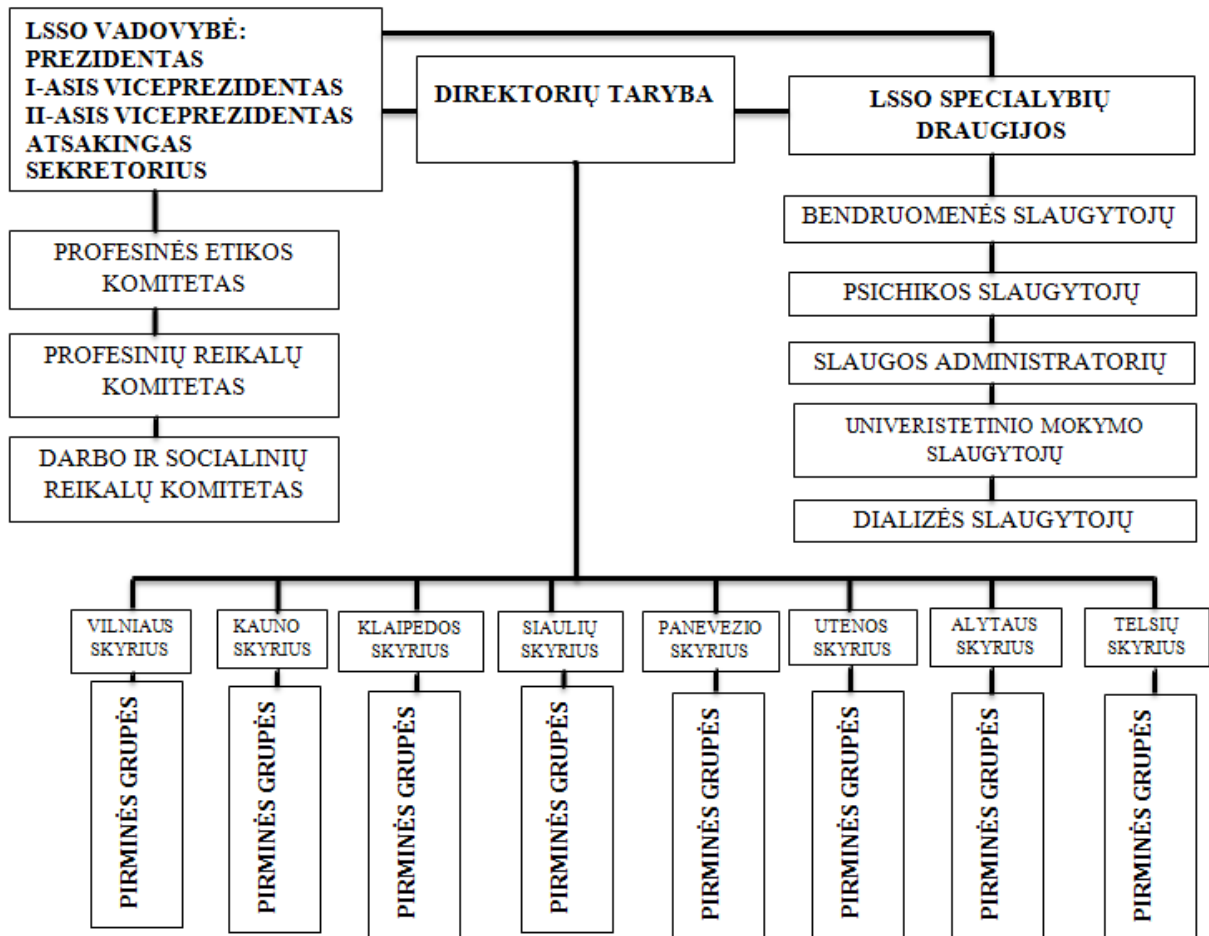
Tačiau viena reikšmingiausių teisių, susijusi su piliečių dalyvavimu sprendimu priėmimo – tai teisė gauti informaciją iš valstybės ir savivaldybės įstaigų, nes ši teisė yra susijusi ne tiek su įtaka valstybės politikai, kiek su galimybe sužinoti informaciją, kuri domina žmogų ir pareiškus savo nuomone tam tikru klausimu, pakreipti valdininkų priimamą sprendimą tam tikra linkme.¹⁰⁶

Veikdami kartu slaugytojai gali daryti didesnę įtaką valdžiai ir jos priimamiems sprendimams, todėl šiuolaikinėse valstybėse pagrindiniai organizuoto poveikio dariniai yra interesų grupės, nevyriausybines organizacijos ir politinės partijos. Pagrindinė Lietuvoje slaugos nevyriausybine organizacija yra Lietuvos slaugos specialistų organizacija (LSSO), kuri ne tik veikia, kaip profesinė sąjunga, kovojanti už slaugytojų teises bei geresnes darbo sąlygas, bet ir aktyviai dalyvauja slaugos mokslo plėtroje.

LSSO – tai tarsi vartai, pro kuriuos slaugytojai turi visas galimybes dalyvauti sveikatos politikos formavime. Nes LSSO jau turi ilgametę patirtį bendradarbiaujant su SAM ir kitomis valstybės institucijomis. Pati šios organizacijos struktūra yra slaugytojų politinio dalyvavimo *modelio dalis*, todėl jis aptariamas detaliau (4 pav.).

Organizacijos nariai iš įvairių miestų sveikatos priežiūros įstaigų gali jungtis į pirmines grupes, kuriuose aptariami slaugytojams aktualūs klausimai, iškeliamos problemos. Pirminių grupių susitikimus organizuoja skyrių direktoriai. Suformuluotos bendros problemos yra iškeliamos Direktorių taryboje. Vėliau organizacijos prezidentas tas problemas aptaria su Sveikatos apsaugos ministerija. LSSO savo viduje dar turi ir slaugytojų specialybines draugijas, tokias kaip, bendruomenės, psichikos, dializės, slaugos administratorių, universitetinio mokymo slaugytojų. Šiose draugijose slaugytojai gali aptarti klausimus, susijusius su konkrečia slaugytojų specializacija. Verta pastebėti, kad kai kurios LSSO draugijos dubliuojasi su kitomis veikiančiomis Lietuvoje slaugos organizacijomis, pvz., su Lietuvos psichikos sveikatos slaugytojų asociacija, su Lietuvos universitetinio išsilavinimo slaugytojų draugija, su Lietuvos slaugytojų vadovų sąjunga.

¹⁰⁶ Stračinskienė, L. *Piliečių dalyvavimo galimybės priimant sprendimus vyriausybės ir savivaldybės lygyje*. <http://www.civitas.lt/files/Tyrimas_Pilieciu_Dalyvavimo_Galimybes_Priimant_Sprendimus.pdf> [žiūrėta 2013-03-14]



4 pav. Lietuvos slaugos specialistų organizacijos struktūra

Šaltinis: *Kelias*. Informacinis leidinys. Vilnius: Lietuvos slaugos specialistų sąjunga, 2012

Taigi galima teigti, kad LSSO sudarytos visos sąlygos slaugytojams konsoliduotis, vienyti bendras jėgas ir atstovauti save įvairiose valdžios institucijose.

Slaugytojai gali dalyvauti ir dalyvauja sveikatos politikoje per slaugos nevyriausybines organizacijas. Tačiau tarp šių organizacijų yra būtina sustiprinti bendradarbiavimo ryšius, kad kiekviena galėtų pasidalinti savo dalyvavimo politikoje patirtimi bei rezultatais.

Taip pat slaugytojai turi teisę dalyvauti, įgyvendinant sveikatos politiką, sveikatos priežiūros įstaigoje, t.y. savo darbovietėje, per suformuotas Slaugos tarybas.

Slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje modelis yra teorinis, jį reikia išbandyti praktikoje, pradedant nuo gilesnių analizių, kurios leistų išaiškinti riboto slaugos organizacijų dalyvavimo priežastis.

IŠVADOS

1. Išanalizavus slaugos politikos vystymąsi Lietuvoje pažymėtina, kad įvyko svarbių pokyčių nuo slaugos specialistų rengimo, atitinkančio Europos Sąjungos standartus iki slaugos paslaugų teikimo reformavimo. Išskirtinos pagrindinės politikos kryptys: slaugos ir palaikomojo gydymo plėtra, ambulatorinės slaugos plėtra, slaugos paslaugų teikimo namuose plėtra. Pažymėtina, kad buvo suformuota teisinė bazė reglamentuojanti slaugos praktiką ir jos licencijavimą: priimtas slaugos praktikos įstatymas (2001 m.) ir įvairių specializacijų slaugytojų medicinos normos.
2. Slaugytojų dalyvavimas sveikatos politikoje yra nepakankamas. Jų dalyvavimą sveikatos politikoje galima priskirti nedalyvavimo (žemiausio) ir simbolinio (aukštesnio) dalyvavimo lygiams. Slaugytojai sveikatos politikoje dalyvauja netiesioginio dalyvavimo formomis – naryste slaugos organizacijose, darbu patariamose grupėse ir dalyvavimu pasitarimuose. Slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje negalima priskirti aukščiausiam dalyvavimo lygmeniui, kai įsitraukiama į sprendimų priėmimo procesus.
3. Sveikatos priežiūros sektoriuje slaugytojams sudarytos dalyvavimo sveikatos politikoje sąlygos. Nustatytos slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje galimybės – dalyvavimas nevyriausybinėse slaugos organizacijose, slaugos tarybose sveikatos priežiūros įstaigose ir politinių partijų veikloje. Tačiau slaugytojų dalyvavimą sveikatos politikoje riboja pagrindinės kliūtys: slaugytojų lyderystės stoka (maža motyvacija, aktyvumas ir pasitikėjimas savimi), susiformavęs visuomenės ir gydytojų požiūris į slaugytojus, kaip nesugebančius priimti savarankiškus sprendimus, apolitiškus sveikatos priežiūros dalyvius.
4. Slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje modelis apima du lygmenis – vietos ir valstybės. Vietos lygiu slaugytojai dalyvauja sprendimų priėmimo procesuose slaugos tarybose, įsteigtose sveikatos priežiūros įstaigose, o valstybės lygiu – įsitraukiant į politines partijas, slaugos nevyriausybines organizacijas. Dalyvavimas tiek vietos, tiek valstybės lygiu sudaro galimybes bendradarbiauti su institucijomis, formuojančiomis sveikatos politiką šalyje.

REKOMENDACIJOS

Slaugytojams

- Domėtis Lietuvoje vykstančiomis reformomis sveikatos priežiūros sektoriuje. Aktyviai įsitraukti į slaugos tarybų veiklą sprendžiant problemas ir teikiant pasiūlymus dėl slaugos paslaugų organizavimo ir jų kokybės gerinimo sveikatos priežiūros įstaigos lygyje.
- Siekiant didesnio slaugytojų interesų atstovavimo, stiprinti slaugos administratoriaus vaidmenį, nes jis yra tarpinė grandis tarp slaugytojų ir sveikatos priežiūros įstaigos administracijos.
- Tapti slaugos organizacijos nariu. Narystė organizacijoje sudaro sąlygas gauti informaciją, socializuotis su kitais slaugytojais nariais ir tapti politiškai aktyviu.

Slaugos nevyriausybinėms organizacijoms

- Sukurti vieningą internetinį tinklalapį, kuris reprezentuotų visas Lietuvoje veikiančias slaugos nevyriausybines organizacijas.
- Išsamiai informuoti organizacijos narius, pavyzdžiui, elektroniniais laiškais apie planuojamus ir įvykusius organizacijos susitikimus, jų metu priimtus sprendimus. Be to, reguliariai organizuoti organizacijos nariams mokymus įvairiomis temomis.
- Slaugos organizacijoms siūloma aktyviau bendradarbiauti tarpusavyje, rengti bendrus renginius, pavyzdžiui, vieną kartą per metus suorganizuoti slaugos organizacijų vadovų ar pirmininkų pasitarimą, kurio metu aptariamos slaugos aktualijos, dalijamasi gerosios praktikos pavyzdžiais.
- Nuolat sekti Sveikatos apsaugos ministerijos pateikiamą informaciją apie planuojamus posėdžius, nagrinėjančius slaugos klausimus ir aktyviai juose dalyvauti.

Mokslo institucijoms

- Į pirmosios pakopos slaugos studijų programas įtraukti, kaip pasirenkamąjį dalyką, Sveikatos politiką, o į antros pakopos studijas, kaip privalomą dalyką.
- Ugdyti slaugos lyderius, pavyzdžiui, taikyti Karališkojo slaugos koledžo parengtą politinės lyderystės programą. Skatinti slaugos studentus dalyvauti mokslinėse draugijose, mokslinėse slaugos konferencijose.

- Atlikti mokslinius tyrimus, vertinančius slaugos politiką, o taip pat slaugytojų dalyvavimą joje.

Sveikatos apsaugos ministerijai:

- Aktyviau dalyvauti SAM atstovams slaugos konferencijose ir informuoti slaugos specialistus apie priimtus, pakeistus, svarstomus teisės aktus, o taip pat įtraukti slaugos srities atstovus į sprendimų priėmimo procesus.

LITERATŪROS SARAŠAS

Teisės aktai:

1. Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos 1991 m. spalio 30 d. nutarimas “Dėl Lietuvos Nacionalinės Sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo.” Vilnius. 1991, Nr.1939.
2. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. Valstybės žinios.1998, Nr. 109–2995.
3. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos aiškinamasis raštas “Dėl Slaugos praktikos įstatymo projekto.”, 2001, Nr. IXP–577.
4. Tolesnės sveikatos sistemos plėtros 2008–2015 m. metmenys, <http://jga.lt/uploads/studijos/Tolesnes_sveikatos_sistemas_pletros_2008_2015_.pdf> [žiūrėta 2013–03–06].
5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1996 m. gruodžio 4d. įsakymas dėl medicinos normos MN 28:1996 “Bendrosios praktikos slaugytoja (slaugytojas).” 1996, Nr. 634.
6. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 14d. įsakymas dėl medicinos normos MN 28:2004 “Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė.” 2004, Nr. V–437.
7. Slaugos įstatymas. Valstybės žinios. 2001, Nr. 62–2224.

Mokslo darbai, pranešimai, straipsniai:

8. Abood, S. Influencing health care in the legislative arena. *The Online Journal of Issues in Nursing*. 2007,12(1).
9. Andersen, K. Working Women and Political Participation, 1952-1972. *American Journal of Political Science*. 19: 439-53, 1975.
10. Archer, S. E. A study of nurse administrator’s political participation. *Journal of Nursing Research*. 1983, 5(1).
11. Arnstein, S. R. A Ladder of Citizen Participation. *JAIP* . 1969, 35(4).
12. Boyd, R. W. „The Effects of Primaries and Statewide Races on Voter Turnout“. *Journal of Politics* 51: 730-39, 1989.
13. Brown, S. G. Incorporating political socialization theory into baccalaureate nursing education. *Nursing Outlook*. 1996, 44(1).

14. Buerhaus, P. J. Teaching health care public policy. *Nursing & Health Care*. 1992, 6(3).
15. Barry, C. Profiles of nurses professionally involved in public policy. *Nursing Economics*. 1990, 8(2).
16. Bačkierienė, V.; Zagurskienė, D. Lietuvos slaugytojų vadovų sąjungos vaidmuo slaugos politikos įgyvendinime. *V Nacionalinė sveikatos politikos konferencija 2006*.
17. Bielinienė, N. Konferencija. Slaugos politikos įgyvendinimo aktualijos: problemos ir sprendimai. *Slauga. Mokslas ir praktika*. 2006, 10.
18. Bobo, L., Gilliam, F. D. Jr. Race, Sociopolitical Participation and Black Empowerment. *American Political Science Review*. 84: 377-93, 1990.
19. Cramer, M. E. Factors Influencing Organized Political Participation in Nursing. *Policy, Politics, & Nursing Practice*. 2002, 3.
20. Dollinger, M. L. Professional association: Ethics, duty, and power. *Journal of the New York State Nurses Association*. 2000, 31(2).
21. Dollinger, M. L. A grounded theory study of nurse advocacy in health policy. *Doctoral dissertation*. 2006.
22. Daffin, P. Similarities and differences in political expectations and participation among nurses in clinical practice, education, and administration. *Dissertation Abstracts International*. 1988.
23. Fowler, M. Professional association, ethics, and society. *Oncology Nursing Forum*. 1993, 20(10).
24. Archer, M.; Glaser, J.; Mendelberg, T. Having a say: Political Efficacy in the Context of Direct Democracy. *Paper Prepared for Delivery at the 2001 Annual Meeting of the American Political Science Association*. San Francisco, 2001.
25. Guogis, A. Modeliavimo reikšmė socialiniame moksle. *Viešojo politika ir administravimas*. 2002, 3.
26. Hanley, B. Political participation: How do nurses compare with other professional women? *Nursing Economics*. 1987, 5(4).
27. Huckfeldt, R., Sprague, D. „Political Parties and Electoral Mobilization: Political Structure, Social Structure and the Party Canvass" *American Political Science Review*'. 86: 70-86, 1992.
28. Jordan, S. Membership expectations of the Vermont State Nurses Association and the American Nurses Association. *Vermont Registered Nurse*. 1992, 58 (2).
29. Jankauskienė, Ž., et al. Slaugytojų profesinė socializacija užtikrinant praktinę veiklą. *Medicina*. 2010, 46.

30. Kunaviktikul, W.; Nantsupawat, T.; Sngounsiritham, U. Knowledge and involvement of nurses regarding health policy development in Thailand. *Nursing and Health Sciences*. 2010,(2).
31. Kapborg, I. The nursing education programme in Lithuania: voices of student nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2009, 32 (4).
32. *Kelias*. Informacinis leidinys. Vilnius: Lietuvos slaugos specialistų sąjunga, 2012.
33. Knoke, D. Incentives in Collective Action Organizations. *American Sociological Review* 53: 311-29, 1988.
34. Lamb–Mechanic, D.; Block, D.E. Professional membership recruitment: A marketing approach. *Nursing Economics*. 1984, 2.
35. Leighley, J. E. Social Interaction and Contextual Influences on Political Participation. *American Politics Quarterly*. 18: 459-75, 1990.
36. O’Toole, T., Marsh, D., Jones, S. Political literacy cuts both ways: The politics of nonparticipation among young people. *The Political Quarterly*. 2003, 74(3), 349–360.
37. Milbrath, L.W., Goel, M. L. Political Participation. How and Why People Get Involved in Politics. Chicago: Rand McNally, 1977.
38. Mechanic, C.; Reinhard, S. Contributions of nurses to health policy: Challenges and opportunities. *Nursing and Health Policy Review*. 2002, 1(1).
39. Misevičienė, I., et al. Lietuvos slaugos studijų, mokslo ir praktikos plėtros 2010–2015 metams kryptys: IX nacionalinė slaugytojų konferencija. *Metodinės Rekomendacijos / Lietuvos Sveikata Stiprinančių Ligoninių Asociacija (LSSLA)*. Kaunas: Telkša.
40. O’Byrne, P.; Holmes, D. The politics of nursing care: correcting deviance in accordance with the social contract. *Policy, politics & nursing practice*. 2009, 10.
41. Parrot, B. Perspectives on postcommunist democratization. The consolidation of democracy in East–Central Europe. *Cambridge University Press*. 1997:1–39.
42. Saarmann, L.; Freitas, L.; Riegel, B. The Relationship of education to critical Thinking ability and Values among Nurses: Socialization into Professional Nursing. *Journal of Professional Nursing*. 1992, 8.
43. Slack, M.; Murphy, J. Faculty influence and other factors associated with student membership in professional organizations. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 1995, 59.
44. Stasiukynas, A. Visuomenės dalyvavimas Lietuvos elektros energetikos sektoriaus valdyme. *Viešoji politika ir administravimas*. 2010, 32.

45. Šileikaitė, S. Slaugos paslaugų teikimo modernizavimo problemos – Vilniaus miesto Centro poliklinikos patirtis. *Sveikatos mokslai*. 2011, 21.
46. Takase, M.; Kershaw, E.; Burnt, L. Does public image of nurses matter? *Journal of Professional Nursing*. 2002, 18 (4).
47. Teixeira, R. A. Why Americans Don't Vote: Turnout Decline in the United States, 1960-1984. *New York: Greenwood Press*, 1987.
48. Verba, S.; Scholzman, K.; Brady, H. Voice and Equality: Civic Voluntarism in American Politics. *Cambridge, MA.: Harvard University Press*, 1995.
49. Vandenhouten, C. L., et al. Political Participation of Registered Nurses. *Policy, Politics & Nursing Practice*. 2011, 12(3).
50. Waldron–Moore, P. Eastern Europe at the crossroads of democratic transition. *Comparative Political Studies*. 1999, 32.

Knygos:

51. Bitinas, B.; Rupšienė, L.; Žydžiūnaitė, V. *Kokybinių tyrimų metodologija*. Socialinių mokslų kolegija, 2008.
52. *Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių–ekonominių pokyčių kontekste*. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2000.
53. Chmiel, N. *Darbo ir organizacinė psichologija*. Vilnius: Poligrafija ir informatika, 2005.
54. Dahl, R. *On democracy*. New Haven: Yale University Press, 1998.
55. Huntington, S. P., Nelson, J. M. *No easy choice: Political participation in developing countries*. Cambridge: Harvard University Press, 1976.
56. Porter–Grady, T. *Leadership at all levels*. Nursing Management, 2011.
57. Nagel, N. J. *Participation*. New York, 1976.
58. Kalibatiėnė, D. *Slaugos teorija*. Vilniaus universitetas: Greita spauda, 2008.
59. Koff, S. *Nurse Educators and Politics*. State University of New York Press, 2004.
60. Milbrath, L.W., Goel, M. L. *Political Participation. How and Why People Get Involved in Politics*. Chicago: Rand McNally, 1977, p. 2.

61. *Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2011m.* Vilnius: Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2012.
62. Dekker, P.; Koopmans, R.; van den Broek, A. *Voluntary Associations, Social Movements and Individual Political Behaviour in Western Europe: A Micro–Macro Puzzle. Private groups and public life: social participation, voluntary associations and political involvement in representative democracies.* London:Rouledge, 1997.
63. Rosenstone, S.; Hansen, J. *Mobilization, Participation, and Democracy in America.* New York: MacMillan, 1993.
64. Sveikatos ekonomikos centras. *Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių– ekonominių pokyčių kontekste.* Vilnius, 2000.
65. Tidikis, R. *Socialinių mokslų metodologija.* Vilnius: Lietuvos teisės universitetas, 2003.
66. Verba et al. *Voice and Equality. Civic Voluntarism in American Politics.* London: Harvard UP, 1995.
67. *Visuotinė lietuvių enciklopedija.* T.XIII. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidybos institutas, 2008.
68. Kardelis, K. *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai.* Kaunas: Judex, 2002.

Internetiniai šaltiniai:

69. *Strengthening nursing and midwifery.* World Health Organization. Fifty–sixth World Health Assembly, 2003, <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22229908>> [žiūrėta 2013–02–16].
70. *The future of nursing: Leading change, advancing health.* Institute of Medicine, 2010, <www.iom.edu/nursing> [žiūrėta 2013–02–16].
71. *Apie mus.* Lietuvos slaugos specialistų organizacija, <<http://www.lso.lt/>> [žiūrėta 2013–02–16].
72. *Nacionalinio slaugo spolitikos forumo programa.* Lietuvos slaugos specialistų organizacija, <<http://www.lso.lt/?ac=events&id=20>> [žiūrėta 2013–02–10].
73. *Lietuvos slaugytojų vadovų sąjunga,* <http://www.emedicina.lt/lt/gydytojui/draugijos/lietuvos_slaugytoju_vadovu_sajunga.html> [žiūrėta 2013–02–16].

74. *Slaugos fakulteto istorija ir dabartis*. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, <<http://smuni.lt/lt/struktura/medicinos-akademija/slaugos-fakultetas/fakulteto-istorija-ir-dabartis/>> [žiūrėta 2013-02-06].
75. *Lietuvos gyventojų apklausa: moterys ir politika*. Lyčių galimybių plėtros centras, 2003, <http://www.gap.lt/main.php/id/805/lang/1> [žiūrėta 2013-02-05].
76. Projekto “*Moterų politikų iniciatyvos skatinimas, siekiant proporcingo lyčių atstovavimo*” ataskaita, <<http://www.lsc.su.lt/ataskaitos/15-projekto-qmoter-politiki-iniciatyvos-skatinimas-siekiant-proporcingo-lyi-atstovavimoq-ataskaita>> [žiūrėta 2013-02-14].
77. *LUSD draugija*, <<http://www.raktazole.lt/main.php?p=1&page=55>> [žiūrėta 2013-02-16].
78. Riekašius, R. Politinis dalyvavimas: samprata ir tipologija. *Klaipėdos universitetas*, 2011, p.1–34, <http://www.ku.lt/smf/files/2012/06/Riekasius_politinis-dalyvavimas_2011.pdf> [žiūrėta 2013-02-05].
79. *Rinkimai: moterys politikoje*. 2012, <<http://naujienos.vu.lt/ivykiai/konferencijos/25637-rinkimai-moterys-politikoje>> [žiūrėta 2013-02-16].
80. Konferencija “*Slaugos politikos įgyvendinimo aktualijos: problemos ir sprendimai*” <http://www.emedicina.lt/lt/konferencijos/konferencijos_gydytojui/slaugos_politikos_igyvendinimo_aktualijos_problemos_ir_sprendimai.html> [žiūrėta 2013-02-06].
81. *Slaugytojos kuria naują lyderio paveikslą*. Lietuvos slaugos specialistų organizacija. 2005, <<http://www.lso.lt/?ac=articles&id=6>> [žiūrėta 2013-02-06].
82. Stračinskienė, L. *Piliečių dalyvavimo galimybės priimant sprendimus vyriausybės ir savivaldybės lygyje*. <http://www.civitas.lt/files/Tyrimas_Pilieciu_Dalyvavimo_Galimybes_Priimant_Sprendimus.pdf> [žiūrėta 2013-03-14].
83. *Viešosios įstaigos Palangos pirminės asmens sveikatos priežiūros centro įstatai*. 2010, <<http://www.palangospoliklinika.lt/index.php/lt/paspc/istatai>> [žiūrėta 2013-03-07].
84. Šidlauskienė, V. *Moterų politinės socializacijos projekcijos savivaldos tarybų rinkimuose*. Šiaulių universiteto Lyčių studijų centras, 2000. <<http://archive.minfolit.lt/arch/21501/21545.pdf>> [žiūrėta 2013-02-14].
85. *Šiandien – Tarptautinė slaugytojų diena*. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija, <<http://sena.sam.lt/lt/main/news?id=142146>> [žiūrėta 2013-01-20].
86. *Lietuvos slaugos specialistų profesinės organizacijos VIII-ojo Kongreso Rezoliucija*, <<http://www.lso.lt/?ac=news&id=253>> [žiūrėta 2013-02-16].

87. *Political participation*, <<http://www2.fiu.edu/~milch002/CPO3643/outlines/participation.htm>
[žiūrēta 2013-10-15].

Greičienė S. Slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje vertinimas./ Sveikatos politikos ir valdymo magistro baigiamasis darbas. Vadovė dr. G. Petronytė. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2013, 72 p.

ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe vertinamas slaugytojų dalyvavimas sveikatos politikoje. Pirmojoje dalyje pateikiama politinio dalyvavimo samprata, pristatomi politinio dalyvavimo modeliai, taip pat analizuojami slaugytojų politinį dalyvavimą įtakojantys veiksniai ir nagrinėjamas slaugytojų organizuotas politinis dalyvavimas. Be to, analizuojamas slaugos politikos vystymasis ir slaugos nevyriausybinių organizacijų vaidmuo sveikatos politikos formavime Lietuvoje. Antrojoje dalyje vertinamas Lietuvos slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje lygis, analizuojamos slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje galimybės, o taip pat pristatomas sukurtas slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje modelis.

Pagrindiniai raktiniai žodžiai: slaugos politika, slaugytojų politinis dalyvavimas, slaugytojų slaugos nevyriausybinių organizacijų.

Greicienė S. Assessment of Nurses' Participation in Health Policy./ Final Master's Thesis in Health Policy and Management. Academic Supervisor dr. G. Petronytė. – Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Politics and Management, 2013, 70 p.

ANNOTATION

The final Master's thesis assessed the participation of nurses in health policy. The first part presents the concept of political participation, introduces the models of political participation and analyzes the factors, which influence the political participation of nurses, examines the organized political participation of nurses. Furthermore, the development of nursing policy and the role of nursing non-governmental organizations in formation of health policy in Lithuania are analyzed. The second part assesses the level of participation of Lithuanian nurses in health policy, analyzes the possibilities for nurses' participation in health policy and presents the developed model of nurses' participation in health policy.

Key concepts: nursing politics, political participation of nurses, nursing organizations.

Greičienė S. Slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje vertinimas./ Sveikatos politikos ir valdymo magistro baigiamasis darbas. Vadovė dr. G. Petronytė. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2013, 70 p.

SANTRAUKA

Lietuvoje, kaip ir daugelyje pasaulio šalių, slaugytojos sudaro didžiąją dalį asmens sveikatos priežiūros specialistų. Nepaisant slaugytojų daugumos sveikatos priežiūros sektoriuje, slaugytojų potenciali politinė galia lieka neišnaudota.

Tyrimo objektas – slaugytojų dalyvavimas sveikatos politikoje.

Tyrimo dalykas – slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje vertinimas.

Darbo tikslas – ištirti slaugytojų dalyvavimą sveikatos politikoje.

Darbo uždaviniai: Išanalizuoti slaugos politikos vystymąsi Lietuvoje. Įvertinti slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje lygį. Išanalizuoti slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje galimybes. Parengti slaugytojų sveikatos politikoje dalyvavimo modelį.

Darbo metodai: mokslinės literatūros, teisės aktų ir dokumentų analizė, kokybinis tyrimas, taikant pusiau struktūrizuotą interviu metodą, modeliavimo metodas.

Rezultatai. Išanalizavus slaugos politikos vystymąsi Lietuvoje pažymėtina, kad įvyko svarbių pokyčių nuo slaugos specialistų rengimo, atitinkančio Europos Sąjungos standartus iki slaugos paslaugų teikimo reformavimo. Išskirtinos pagrindinės politikos kryptys: slaugos ir palaikomojo gydymo plėtra, ambulatorinės slaugos plėtra, slaugos paslaugų teikimo namuose plėtra. Slaugytojų dalyvavimas sveikatos politikoje yra nepakankamas. Jų dalyvavimą sveikatos politikoje galima priskirti nedalyvavimo (žemiausio) ir simbolinio (aukštesnio) dalyvavimo lygiams. Slaugytojai sveikatos politikoje dalyvauja netiesioginio dalyvavimo formomis – naryste slaugos organizacijose, darbu patariamose grupėse ir dalyvavimu pasitarimuose. Tačiau slaugytojų dalyvavimą sveikatos politikoje riboja pagrindinės kliūtys: slaugytojų lyderystės stoka (maža motyvacija, aktyvumas ir pasitikėjimas savimi), susiformavęs visuomenės ir gydytojų požiūris į slaugytojų kaip nesugebančius priimti savarankiškus sprendimus, apolitiškus sveikatos priežiūros dalyvius. Slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje modelis apima du lygmenis – vietos ir valstybės. Vietos lygiu slaugytojai dalyvauja sprendimų priėmimo procesuose slaugos tarybose, įsteigtose sveikatos priežiūros įstaigose, o valstybės

lygiu – įsitraukiant į politines partijas, slaugos nevyriausybines organizacijas. Dalyvavimas tiek vietos, tiek valstybės lygiu sudaro galimybes bendradarbiauti su institucijomis, formuojančias sveikatos politiką šalyje.

Išvados. Slaugytojams sudarytos dalyvavimo sveikatos politikoje galimybės, tačiau dalyvavimo lygis išlieka nepakankamas dėl informacijos, politinių įgūdžių ir bendradarbiavimo su sveikatos politiką formuojančiomis institucijomis stokos.

Darbo struktūra. Darbą sudaro dvi pagrindinės dalys. Pirmojoje dalyje pateikiama politinio dalyvavimo samprata, pristatomi politinio dalyvavimo modeliai, taip pat analizuojami slaugytojų politinį dalyvavimą įtakojantys veiksniai ir nagrinėjamas slaugytojų organizuotas politinis dalyvavimas. Be to, analizuojamas slaugos politikos vystymasis ir slaugos nevyriausybinių organizacijų vaidmuo sveikatos politikos formavime Lietuvoje. Antrojoje dalyje vertinamas Lietuvos slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje lygis, analizuojamos slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje galimybės, o taip pat pristatomas sukurtas slaugytojų dalyvavimo sveikatos politikoje modelis.

Greicienė S. Assessment of Nurses' Participation in Health Policy./ Final Master's Thesis in Health Policy and Management. Academic Supervisor dr. G. Petronytė. – Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Politics and Management, 2013, 72 p.

SUMMARY

In Lithuania, as in most countries of the world, the nurses make a major part of health care professionals. Despite the majority of nurses in health care sector, the potential political power of nurses remains untapped.

Object of research – nurses' participation in health policy.

Subject of research – assessment of nurses' participation in health policy.

Aim of research – to explore nurses' participation in health policy.

Task of research: to analyze the development of nursing policy in Lithuania. To assess the level of nurses' participation in health policy. To analyze the possibilities of nurses' participation in health policy. To prepare the model of nurses' participation in health policy.

Methods of research: analysis of scientific literature, legislation and documents, qualitative research by applying semi-structured interview, modelling method.

Results. After analysing the development of health policy in Lithuania, it might be stated that important changes had taken place, starting from training the nursing professionals in compliance with European Union standards, and ending with reform of provision of nursing services. The following main policy areas are distinguished in this field: development of nursing and supportive treatment, development of outpatient nursing, development of provision of nursing services at home. The level of nurses' participation in health policy is insufficient. Their participation in health policy could be referred to non-participation (the lowest) and symbolic (higher) participation levels. The nurses tend to participate in the forms of indirect participation through the membership in nursing organizations and work groups. The main obstacles that reduce the participation of nurses in health policy is the lack of nurses' self-confidence, confidence in their profession, lack of leadership, the public view towards nurses as to ones, who are unable to make independent decisions, as to apolitical participants of health care. The model of nurses' participation in health policy includes two levels: (I) local and (I) state. In case of local level, the participation of nurses takes place through nursing councils of health care

institutions, while in case of state level, it takes place by getting involved in political parties, nursing non-governmental organizations.

Conclusions. The nurses are provided with possibilities of participation in health policy, however, the level of participation remains low due to lack of information, political skills and collaboration with institutions, which develop the health policy.

Thesis structure. The final Master's thesis assessed the participation of nurses in health policy. The first part presents the concept of political participation, introduces the models of political participation and analyzes the factors, which influence the political participation of nurses, examines the organized political participation of nurses. Furthermore, the development of nursing policy and the role of nursing non-governmental organizations in formation of health policy in Lithuania are analyzed. The second part assesses the level of participation of Lithuanian nurses in health policy, analyzes the possibilities for nurses' participation in health policy and presents the developed model of nurses' participation in health policy.

PRIEDAI

INFORMANTŲ INTERVIU KLAUSIMAI

1. Kaip Jūs apibrėžtumėte slaugos politiką? (savo žodžiais)
2. Kokios šiuo metu, Jūsų nuomone, slaugos politikos vystymosi *prioritetinės kryptys*?
Jūsų nuomone, kokie *veiksniai* turi didžiausią įtaką slaugos politikos vystymuisi?
3. Įvardinkite kokios yra slaugos specialistų *dalyvavimo galimybės* sveikatos politikoje. Kokia *Jūsų* dalyvavimo sveikatos politikoje *patirtis*?
4. Kaip vertinate pačių slaugytojų *dalyvavimo lygį* sveikatos politikoje? (formuojant problemas; nustatant prioritetus; priimant sprendimus, juos įgyvendinant ar vertinant)
5. Kokios *problemos ar kliūtys* kyla, siekiant slaugytojams dalyvauti sveikatos politikos procese?
6. Jūsų nuomone, kokios *slaugos organizacijos* dalyvauja politinių sprendimų priėmime? *Kokias būdais* jos įsitraukia į sprendimų priėmimo procesus?
7. Su kokiomis *institucijomis*, Jūsų nuomone, turėtų vykti (vyksta) slaugos organizacijų *bendradarbiavimas*, dalyvaujant sveikatos politikoje.
8. Kokie būtų *Jūsų pasiūlymai*, norint padidinti slaugytojų dalyvavimo lygį sveikatos politikos formavime.

KVIETIMAS DALYVAUTI TYRIME

Gerb. ...,

Kviečiame Jus dalyvauti tyrime, kurio tikslas įvertinti slaugytojų dalyvavimą sveikatos politikoje. Tyrime bus taikomas interviu metodas (trukmė apie 30 min.)

Būtume dėkingi už Jūsų sutikimą dalyvauti tyrime ir prašome informuoti apie Jūsų sprendimą iki š.m. vasario 15 d. Taip pat nurodykite Jums tinkančią tyrimui datą, laiką ir vietą.

Dėkoju už Jūsų atsakymą.

Su pagarba

Svetlana Greičienė

MRU sveikatos politikos ir valdymo studijų magistrantė

+370 602 25 329

svetlana.latyseva@gmail.com