

SVEIKATOS POLITIKA IR VALDYMAS

Mokslo darbai · Research Papers

HEALTH POLICY AND MANAGEMENT

12(1)

2025

ISSN 2029-3569 PRINT

ISSN 2029-9001 ONLINE

doi: 10.13165/SPV



Mykolas Romeris
universitetas



ISSN 2029-3569 PRINT
ISSN 2029-9001 ONLINE
DOI: 10.13165/SPV-25-12-1

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

SVEIKATOS POLITIKA IR VALDYMAS

MOKSLO DARBAI
2025 12(1)

Vilnius
2025

Sveikatos politika ir valdymas yra mokslo darbų leidinys, kurio tikslas yra skatinti mokslinį dialogą tarp Europos ir pasaulio mokslininkų, analizuoti sveikatos politikos ir vadybos mokslų problemas atspindinčias nacionalinį bei tarptautinį kontekstą bei aplinką, skleisti inovatyvių tyrimų patirtį, plėtoti tarpdisciplininius socialinių ir biomedicinos bei humanitarinių mokslų krypčių tyrimus.

Redaktorių kolegijos pirmininkė: prof. dr. Danguolė Jankauskienė

Redaktorių kolegijos nariai:

Prof. dr. Ilze Akota, Rygos Stradinio universitetas, Latvija

Doc. Dr. Paul Daniel Bartels, Danijos Aarhus regiono ligoninė, Europos sveikatos priežiūros kokybės asociacija

Samantha Beebe, Pensilvanijos Valstybinio universiteto Sveikatos ir žmogaus vystymosi padalinio Sveikatos elgsenos studijų programos koordinatorė, JAV

Prof. dr. Eglė Bilevičiūtė, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva

Prof. dr. Marija Čaplinskienė, Valstybinė teismo medicinos tarnyba, Lietuva

Prof. dr. Vilma Čingienė, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva

Prof. dr. Aistė Diržytė, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva

Doc. dr. Vytautas Dumbliauskas, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva

Prof. habil. dr. Vilius Jonas Grabauskas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Lietuva

Prof. dr. Vaiva Hendrixson, Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas, Lietuva

Dr. Anita Yskauskas, Pensilvanijos Valstybinio universiteto Sveikatos ir žmogaus vystymosi padalinio Sveikatos politikos ir administravimo studijų programos koordinatorė, JAV

Doc. dr. Audronė Janužytė, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva

Prof. dr. Egon Jonsson, Kalgary universitetas, Alberta universitetas, Sveikatos ekonomikos institutas, Kanada

Prof. habil. dr. Ramunė Kalėdienė, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Lietuva

Prof. dr. Gediminas Kazėnas, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva

Doc. dr. Diane Kelly, Duke universiteto Slaugos mokslų mokykla, Šiaurės Karolinos universiteto Gilling visuomenės sveikatos mokykla, JAV

Doc. dr. Kęstutis Miškinis, Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikos Pulmonologijos ir alergologijos centras, Lietuva

Prof. dr. Birutė Mockevičienė, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva

Dr. Gintarė Petronytė, Valstybinė ligonių kasa, Lietuva

Prof. Emeritas, habil. dr. Stasys Puškorius, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva

Prof. dr. Evanthia Sakellari, Vakarų Atikos universitetas, Graikija

Prof. dr. Aelita Skaržauskienė, Vilniaus Gedimino Technikos universitetas, Lietuva

Prof. dr. Andrius Stasiukynas, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva

Dr. Rasa Stundžienė, Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas, Lietuva

Doc. dr. Jekaterina Šteinmiller, Talino taikomųjų mokslų sveikatos universitetas, Estija

Prof. dr. Tadas Sudnickas, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva

Doc. dr. Indrė Trečiokienė, Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas, Lietuva
Prof. dr. Irena Žemaitaitytė, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva

Atsakingoji redaktorė: prof. dr. Natalja Istomina, Mykolo Romerio universitetas, Lietuva

Redakcijos adresas:

Mykolo Romerio universitetas
Politikos ir vadybos fakultetas
Politikos mokslų institutas
Ateities g. 20, LT-08303 Vilnius, Lietuva
El. paštas: pvf@mruni.eu

Interneto svetainė: <http://spv.mruni.eu>

Mokslo darbų leidinys **Sveikatos politika ir valdymas** leidžiamas nuo 2009 m., ir yra įtrauktas į EBSCO Publishing, Inc., International Index Copernicus, PROQUEST tarptautines duomenų bazes.



ISSN 2029-3569 PRINT
ISSN 2029-9001 ONLINE
DOI: 10.13165/SPV-25-12-1

MYKOLAS ROMERIS UNIVERSITY

HEALTH POLICY AND MANAGEMENT

RESEARCH PAPERS
2025 12(1)

Vilnius
2025

Mykolas Romeris university scientific journal **Health Policy and Management** aims to encourage a scientific dialogue between the European and global researchers; analyze the problems of health policy and management, reflecting national and international context and environment; disseminate innovative research experience, develop the research of interdisciplinary social and biomedical sciences and humanities.

Chair of the Editorial Board:

Prof. Dr. Danguolė Jankauskienė

Members of the Editorial Board:

Prof. Dr. Ilze Akota, Rīga Stradiņš University, Latvia

Assoc. Prof. Dr. Paul Daniel Bartels, Aarhus University Hospital, Denmark; European Health Care Quality Association

Samantha Beebe, Program Coordinator, Health Behavior Studies, Department of Health and Human Development, Pennsylvania State University, USA

Prof. Dr. Eglė Bilevičiūtė, Mykolas Romeris University, Lithuania

Prof. Dr. Marija Čaplinskienė, State Forensic Medicine Service, Lithuania

Prof. Dr. Vilma Čingienė, Mykolas Romeris University, Lithuania

Prof. Dr. Aistė Diržytė, Mykolas Romeris University, Lithuania

Assoc. Prof. Dr. Vytautas Dumbliauskas, Mykolas Romeris University, Lithuania

Prof. Habil. Dr. Vilius Jonas Grabauskas, Lithuanian University of Health Sciences, Lithuania

Prof. Dr. Vaiva Hendrixson, Faculty of Medicine, Vilnius University, Lithuania

Dr. Anita Yskauskas, Program Coordinator, Health Policy and Administration, Department of Health and Human Development, Pennsylvania State University, USA

Assoc. Prof. Dr. Audronė Janužytė, Mykolas Romeris University, Lithuania

Prof. Dr. Egon Jonsson, University of Calgary; University of Alberta; Institute of Health Economics, Canada

Prof. Habil. Dr. Ramunė Kalėdienė, Lithuanian University of Health Sciences, Lithuania

Prof. Dr. Gediminas Kazėnas, Mykolas Romeris University, Lithuania

Assoc. Prof. Dr. Diane Kelly, Duke University School of Nursing; Gillings School of Global Public Health, University of North Carolina, USA

Assoc. Prof. Dr. Kęstutis Miškinis, Center of Pulmonology and Allergology, Vilnius University Hospital Santaros Clinics, Lithuania

Prof. Dr. Birutė Mockevičienė, Mykolas Romeris University, Lithuania

Dr. Gintarė Petronytė, National Health Insurance Fund, Lithuania

Professor Emeritus, Habil. Dr. Stasys Puškorius, Mykolas Romeris University, Lithuania

Prof. Dr. Evanthia Sakellari, University of West Attica, Greece

Prof. Dr. Aelita Skaržauskienė, Vilnius Gediminas Technical University, Lithuania

Prof. Dr. Andrius Stasiukynas, Mykolas Romeris University, Lithuania

Dr. Rasa Stundžienė, Faculty of Medicine, Vilnius University, Lithuania

Assoc. Prof. Dr. Jekaterina Šteinmiller, Tallinn Health University of Applied Sciences, Estonia

Prof. Dr. Tadas Sudnickas, Mykolas Romeris University, Lithuania

Assoc. Prof. Dr. Indrė Trečiokienė, Faculty of Medicine, Vilnius University, Lithuania

Prof. Dr. Irena Žemaitaitė, Mykolas Romeris University, Lithuania

Executive and Managing Editor:

Prof. Dr. Natalja Istomina, Mykolas Romeris University, Lithuania

Address of Editorial board:

Mykolas Romeris university

Faculty of Policy and Management

Institute of Political Sciences

Ateities 20, LT-08303 Vilnius, Lithuania

E-mail: pvf@mruni.eu

Internet address: <http://hpm.mruni.eu>

The scientific journal **Health Policy and Management** is included in the EBSCO Publishing, Inc., International Index Copernicus, PROQUEST international databases.

TURINYS

LAURA GARDZIULEVIČIENĖ, AGOTA GIEDRĖ RAIŠIENĖ, SIGITA JURAVIČIŪTĖ Sveikatos, švietimo ir socialinių paslaugų šeimoms, auginančioms vaikus su negalia, ekosistemos spragos Lietuvos savivaldybėse.....	9
DOI: 10.13165/SPV-25-12-1-01	
ADELĖ MIKĖNAITĖ, RENATA ŠTURIENĖ, MARIUS ČIURLIONIS, NATALJA ISTOMINA Paslaugas namuose teikiančių slaugytojų vaidmuo įtariant pacientams demenciją: patirčių analizė	28
DOI: 10.13165/SPV-25-12-1-02	
ILONA OGURCOVA Pacientų elgsena – reformų rezultatyvumo indikatorius	42
DOI: 10.13165/SPV-25-12-1-03	
JUSTĖ KARBAUSKYTĖ, VIKTORIJA KIELĖ, NATALJA ISTOMINA Išplėstinės praktikos slaugytojų poreikiai ir lūkesčiai dėl kompetencijų tobulinimo galimybių	64
DOI: 10.13165/SPV-25-12-1-04	
JULIJA ANDREJEVA, RITA URBANAVIČĖ, ASTA UŽKURAITIENĖ, MINDIA KASRADŽE, VERONIKA BIČIUŠIENĖ Slaugytojų, dirbančių psichiatrijos ir terapijos profilio skyriuose, emocinio intelekto sąsajos su distresu	81
DOI: 10.13165/SPV-25-12-1-05	
KAMILĖ BALČIŪNAITĖ, RITA URBANAVIČĖ Slaugytojų psichosocialinių darbo aplinkos veiksnių sąsajos su psichikos sveikata ir jų valdymo padariniai: išplėstinė literatūros apžvalga	101
DOI: 10.13165/SPV-25-12-1-06	
REGINA JAROŠIENĖ, DANGUOLĖ JANKAUSKIENĖ, MARIJA ČAPLINSKIENĖ Devynioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos analizė sveikatos srityje.....	117
DOI: 10.13165/SPV-25-12-1-07	

CONTENT

LAURA GARDZIULEVIČIENĖ, AGOTA GIEDRĖ RAIŠIENĖ, SIGITA JURAVIČIŪTĖ Gaps in the Ecosystem of Health, Education, and Social Services for Families Raising Children With Disabilities in Lithuanian Municipalities	27
DOI: 10.13165/SPV-25-12-1-01	
ADELĖ MIKĖNAITĖ, RENATA ŠTURIENĖ, MARIUS ČIURLIONIS, NATALJA ISTOMINA The Role of Home Care Nurses in Suspecting Dementia in Patients: an Analysis of Experiences	40
DOI: 10.13165/SPV-25-12-1-02	
ILONA OGURCOVA Patient Behavior - an Indicator of Reform Effectiveness	63
DOI: 10.13165/SPV-25-12-1-03	
JUSTĖ KARBAUSKYTĖ, VIKTORIJA KIELĖ, NATALJA ISTOMINA Extended Practice Nurses' Needs and Expectations for Competence Development Opportunities.....	79
DOI: 10.13165/SPV-25-12-1-04	
JULIJA ANDREJEVA, RITA URBANAVIČĖ, ASTA UŽKURAITIENĖ, MINDIA KASRADZE, VERONIKA BIČIUŠIENĖ The Links of Emotional Intelligence of Nurses Working in Departments of Mental Health And Therapeutic Profile With Distress	99
DOI: 10.13165/SPV-25-12-1-05	
KAMILĖ BALČIŪNAITĖ, RITA URBANAVIČĖ Associations Between Psychosocial Work Environment Factors and Mental Health Among Nurses, and the Outcomes of their Management: an Extended Literature Review	116
DOI: 10.13165/SPV-25-12-1-06	
REGINA JAROŠIENĖ, DANGUOLĖ JANKAUSKIENĖ, MARIJA ČAPLINSKIENĖ The Analysis of the Nineteenth Program of the Government of the Republic of Lithuania in the Field of Health	131
DOI: 10.13165/SPV-25-12-1-07	

SVEIKATOS, ŠVIETIMO IR SOCIALINIŲ PASLAUGŲ ŠEIMOMS, AUGINANČIOMS VAIKUS SU NEGALIA, EKOSISTEMOS SPRAGOS LIETUVOS SAVIVALDYBĖSE

Laura Gardziulevičienė

Mykolo Romerio universiteto Vadybos ir politikos mokslų instituto doktorantė
Adresas: Ateities g. 20, LT-08303 Vilnius, Lietuva.
El. paštas: laura.g@mruni.eu

Agota Giedrė Raišienė

Mykolo Romerio universiteto Vadybos ir politikos mokslų instituto profesorė
Adresas: Ateities g. 20, LT-08303 Vilnius, Lietuva.
El. paštas: agotar@mruni.eu

Sigita Juravičiūtė

Mykolo Romerio universiteto Socialinės įtraukties ir lyderystės tyrimų laboratorijos tyrėja
Adresas: Didlaukio g. 55A, LT-08303 Vilnius, Lietuva.
El. paštas: sigita.juraviciute@mruni.eu

DOI: 10.13165/SPV-25-12-1-01

Santrauka

Šeimoms, auginančioms vaikus su negalia, būtina koordinuota sveikatos, švietimo ir socialinių paslaugų sistema, tačiau savivaldybių lygmeniu jos prieinamumas ir veikimo nuoseklumas Lietuvoje išlieka nevienodas. Šiame straipsnyje aprašomu tyrimu, remiantis institucinių ekspertų perspektyva, siekta ištirti, kaip dešimtyje Lietuvos savivaldybių organizuojamos ir prieinamos švietimo, sveikatos ir socialinės paslaugos šeimoms, auginančioms vaikus su negalia. Taikytas kokybinio tyrimo metodas: pusiau struktūruotais interviu apklausti 29 sveikatos, švietimo ir socialinių paslaugų sektorių ekspertai. Duomenys analizuoti teminės turinio analizės metodu, išskiriant paslaugų prieinamumo, planavimo ir koordinavimo, informacinės ir išteklių aplinkos aspektus. Nustatyta, kad teisės aktuose numatytas paslaugų spektras savivaldybėse įgyvendinamas skirtingu mastu. Visose trijose srityse kartojasi specialistų stoka ir strigties taško (angl. *bottleneck*) efektas, kai vienos

grandies trūkumas stabdo visą pagalbos procesą. Planuojant paslaugas dažniau remiamasi turimais ištekliais, o ne sistemingu poreikio vertinimu; pagalbos pradžia dažnai priklauso nuo tėvų iniciatyvos. Informacijos sklaida fragmentuota ir labiau pasiekia šeimas, turinčias didesnę informacinę kapitalą, todėl didėja teritorinės ir socialinės nelygybės rizika. Tyrimas, aprėpiantis kelias savivaldybes ir tris sektorius, parodo ne pavienes spragas, o pasikartojančią savivaldybių valdymo logiką, kuri palaiko reaktyvų ir fragmentuotą pagalbos modelį, ir išryškina kritines vietas, būtinas pereinant prie poreikiais grįsto, tarpinstituciškai koordinuoto paslaugų teikimo.

Raktiniai žodžiai: *vaikai su negalia, savivaldybės, paslaugų prieinamumas, tarpinstitucinis bendradarbiavimas.*

Įvadas

Vaikai su negalia ir jų šeimos patiria didesnę socialinės atskirties, riboto dalyvavimo ir paslaugų prieinamumo riziką, palyginti su bendra populiacija (World Health Organization, 2011). Tyrimai rodo, kad būtent tėvai dažniausiai prisiima pagrindinę vaikų priežiūros ir paslaugų koordinavimo našta, o ji sukuria papildomų emocinių, finansinių ir profesinių sunkumų (Ryan ir Quinlan, 2018). Šeimų gerovė ir jų galimybės dalyvauti darbo rinkoje ir visuomenės gyvenime tiesiogiai priklauso nuo to, kaip valstybė organizuoja ir užtikrina sveikatos, švietimo ir socialinės pagalbos paslaugas (Bronfenbrenner, 2005).

Tarptautiniuose dokumentuose ir tyrimuose pabrėžiama, kad efektyvi pagalba šeimoms, auginančioms vaikus su negalia, turi būti organizuojama kaip integruota sveikatos, švietimo ir socialinių paslaugų sistema. Jos pagrindą sudaro šeimų įgalinimas, partnerystė su specialistais ir koordinuotas paslaugų valdymas, leidžiantis derinti skirtingų sektorių išteklius ir mažinti fragmentaciją (UNICEF, 2021). Tokia sistema turi veikti ne tik nacionalinės politikos, bet ir savivaldos lygmeniu, nes būtent savivaldybės yra arti šeimų kasdienybės ir priima didelę dalį sprendimų, lemiančių realias pagalbos galimybes.

Pastarąjį dešimtmetį Lietuvoje įgyvendinamos sisteminės reformos, orientuotos į įtrauktį, šeimų įgalinimą ir negalios politikos modernizavimą, įskaitant negalios reformą, kuri keičia negalios nustatymo tvarką ir stiprina asmens su negalia dalyvumą visuomenėje (Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija, 2025; Lietuvos Respublikos Seimas, 2022). Kuriamos naujos paslaugų formos, atnaujinamos švietimo ir socialinės apsaugos nuostatos, stiprinamas įtraukties principas. Vis dėlto praktinis šių nuostatų įgyvendinimas savivaldybių lygmeniu išlieka nevienodas ir dažnai priklauso nuo regioninių finansinių, žmogiškųjų ir organizacinių išteklių (Lakkala ir kt., 2019). Tyrimai rodo, kad įtraukties įgyvendinimas priklauso nuo vietinių sprendimų ir išteklių, o institucionalizuotas paslaugų teikimo skirtumas tarp teritorijų lemia netolygias vaikų ir tėvų galimybes pasinaudoti formaliai suteiktomis teisėmis (Booth ir Ainscow, 2016).

Nepaisant augančio dėmesio paslaugų koordinavimui ir tarpinstitucinei partnerystei,

empiriniai duomenys, atskleidžiantys savivaldybių lygmens paslaugų organizavimo realybę, yra riboti. Daugumoje tyrimų analizuojamos atskiros paslaugų grandys arba tėvų patirtys, tačiau retai nagrinėjama, kaip savivaldybė funkcionuoja kaip tarpinstituciškai valdoma sveikatos, švietimo ir socialinių paslaugų ekosistema. Trūksta studijų, atskleidžiančių, kaip savivaldybių institucinių ekspertų – sprendimų priėmėjų ir paslaugų organizatorių – pozicijos ir praktikos lemia šeimų, auginančių vaikus su negalia, galimybes gauti pagalbą ar, priešingai, didina paslaugų fragmentacijos riziką.

Šiame straipsnyje dėmesys perkeliamas nuo pavienių paslaugų ar individualių šeimų istorijų prie savivaldybės kaip lokalsios paslaugų sistemos analizės. Remiantis Lietuvos savivaldybių pavyzdžiu, analizuojama, kaip sveikatos, švietimo ir socialinių paslaugų organizavimą ir prieinamumą šeimoms, auginančioms vaikus su negalia, vertina 29 institucinių ekspertų – savivaldybių administracijos, švietimo, sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų įstaigų atstovų – grupė. Tyrimo tikslas – ištirti sveikatos, švietimo ir socialinių paslaugų prieinamumą ir organizavimą šeimoms, auginančioms vaikus su negalia, Lietuvos savivaldybėse, atskleidžiant, kaip savivaldos lygmens sprendimai ir praktikos prisideda prie pagalbos tęstinumo, koordinavimo ir realių šeimų dalyvavimo galimybių.

Tyrime siekiama atsakyti į du pagrindinius klausimus: 1) kaip savivaldybių lygmens institucijų ekspertai vertina sveikatos, švietimo ir socialinių paslaugų prieinamumą bei organizavimą šeimoms, auginančioms vaikus su negalia, ir 2) kokius sisteminius barjerus ir palankias sąlygas jie įvardija, kalbėdami apie paslaugų planavimą, koordinavimą ir informacinę bei išteklių aplinką.

Straipsnį sudaro trys pagrindinės dalys. Pirmoje dalyje analizuojamos teorinės ir teisinės paslaugų šeimoms, auginančioms vaikus su negalia, prielaidos. Antroje dalyje pristatoma empirinio tyrimo metodologija. Trečioje dalyje pateikiama savivaldybių ekspertų interviu duomenų analizė. Straipsnio pabaigoje suformuluojamos pagrindinės išvados ir pasiūlymai politikos formuotojams ir savivaldybių praktikams.

1. Parama ir pagalba tėvams, auginantiems vaikus su negalia, paslaugų sistemos kontekste

Auginant vaiką su negalia, tėvams dažnai tenka perimti ne tik kasdienės priežiūros, bet ir paslaugų paieškos bei koordinavimo funkcijas, todėl jų fizinis, emocinis ir organizacinis krūvis tampa gerokai didesnis nei šeimose, kurios nesusiduria su negalios iššūkiais (Zhao ir kt., 2021). Tėvų psichologinė gerovė ir atsparumas glaudžiai siejasi su tuo, kiek prieinamų, koordinuotų ir veiksmingų paslaugų jie gauna iš švietimo, sveikatos ir socialinio sektorių institucijų (Andrews ir McMillan, 2013; Yu ir kt., 2021). Tyrimai rodo, kad tėvai dažnai jaučiasi palikti vieni su problema – jie priversti patys naviguoti fragmentuotoje sistemoje, kartoti savo istoriją skirtingoms institucijoms ir derinti tarpusavyje menkai susietas pagalbos formas (Geuze ir Goossensen, 2018).

Viešųjų paslaugų teikimas tėvams, auginantiems vaikus su negalia, laikomas tarpsektoriniu procesu, reikalaujančiu aiškos sąveikos tarp švietimo, sveikatos bei socialinio sektorių

ir skirtingų valdymo lygmenų institucijų (Petrescu, 2019; Kinder ir kt., 2021). Kinder ir kt. (2021) pabrėžia, kad efektyviam bendradarbiavimo ekosistemos valdymui būtinas į ryšius nukreiptas vadovavimas (angl. *relational leadership*), kuriantis pasitikėjimu, abipusiu mokymusi ir bendru tikslo suvokimu grįstus institucijų tarpusavio santykius. Tarpsektorinis bendradarbiavimas praktikoje dažnai susiduria su komunikacijos, atsakomybės pasidalijimo ir sprendimų priėmimo barjeriais, dėl kurių kiekviena institucija linkusi matyti tik savo veiklos segmentą, bet ne visos šeimos situaciją (Scott ir Merton, 2021; Petrescu, 2019). Tokiu atveju paramos tėvams kokybę lemia ne tiek pavienių paslaugų egzistavimas, kiek jų tarpusavio derinimas savivaldybės lygmeniu ir valdymas, remiantis ekosistemos logika. Šeimos patirtis tampa priklausoma nuo to, ar sistema funkcionuoja kaip koordinuotas pagalbos tinklas, ar kaip atskirų, tarpusavyje menkai susijusių grandžių rinkinys.

Daugelio šalių tyrimai atskleidžia, kad paslaugų prieinamumas dažnai priklauso nuo šeimos socialinio, informacinio ir emocinio kapitalo, o tai kuria nelygiavertes galimybes ir gilina socialinę atskirtį (Huus ir kt., 2017; Park ir Lee, 2022). Nors tėvai formaliai turi teisę inicijuoti vaiko poreikių vertinimą, praktikoje ši teisė neretai tampa pagrindine sąlyga apskritai pradėti paslaugų teikimo procesą (Huus ir kt., 2017). Tėvai, kurie dėl stigmatos, nepasitikėjimo institucijomis ar sunkios emocinės būklės vengia kreiptis, dažnai lieka be formalios paramos ir remiasi neformaliais pagalbos šaltiniais (Park ir Lee, 2022). O, pavyzdžiui, Šiaurės šalių įgalinančios politikos modeliai grindžiami kitokiu požiūriu: siekiama užtikrinti šeimų savarankiškumą, ilgalaikį palaikymą ir nuoseklų paslaugų tęstinumą, derinant skirtingų sektorių išteklius (Nordesjö, 2020). Kita vertus, Airijos kaimiškųjų savivaldybių praktika (McConkey ir kt., 2021) rodo, kad net ir ribotų išteklių sąlygomis į šeimą orientuotų paslaugų modelis, kai savivaldybė aktyviai identifikuoja šeimas ir inicijuoja koordinuotą pagalbą, žymiai sumažina tėvų izoliaciją, stresą ir padidina jų galimybes dalyvauti bendruomenės gyvenime. Skirtingos šalių patirtys atskleidžia, kad efektyvi paslaugų sistema pirmiausia turi veikti aktyviai, t. y. laiku identifikuoti šeimų poreikius ir sistemingai inicijuoti pagalbą, o ne perkelti visą atsakomybės našta tėvams.

2. Paslaugų sistema vaikus su negalia auginantiems tėvams Lietuvoje

2.1. Švietimo paslaugos

Teisiniu reguliavimu Lietuvoje įtvirtinama vaikų su negalia teisė į įtrauktį bendrojo ugdymo sistemoje. Numatoma galimybė lankyti artimiausią bendrojo ugdymo mokyklą, pritaikyti ugdymo programas, didinti švietimo pagalbos specialistų ir mokytojų padėjėjų skaičių, įtvirtinama mokyklų pareiga priimti vaikus su individualiais ugdymosi poreikiais (Lietuvos Respublikos Seimas, 2024; Švietimo, mokslo ir sporto ministerija, 2022). Lietuvos įtraukiojo ugdymo politika taip pat suderinta su tarptautiniais įsipareigojimais, ypač Jungtinių Tautų neįgaliųjų teisių konvencija, kurioje akcentuojamos lygios galimybės mokytis bendrojo ugdymo aplinkoje, o nacionaliniu lygmeniu įgyvendinamos reformos

vertinamos kaip sisteminis perėjimas nuo segreguoto prie įtraukiojo ugdymo modelio (European Agency for Special Needs and Inclusive Education, 2023).

Valstybinio audito rezultatai rodo, kad įtraukties tikslai įtvirtinti strateginiuose dokumentuose, tačiau praktinis jų įgyvendinimas susiduria su specialistų trūkumu ir netolygia paslaugų pasiūla regionuose, todėl reikalingas nuoseklus paslaugų kokybės ir prieinamumo stiprinimas (Valstybės kontrolė, 2020). Švietimo politikos dokumentuose akcentuojama, kad pagalba turi būti planuojama remiantis ankstyvu vaiko poreikių vertinimu ir tarpsektoriniu bendradarbiavimu, o ne vien tėvų iniciatyva kreipiantis į konkrečią įstaigą. Empiriniai tyrimai rodo, kad tėvų patirtys visgi ne visada sutampa su šia normine vizija. Tikrovėje pasirengimas įtraukiajam ugdymui ir realus vaiko priėmimas į bendrojo ugdymo mokyklą šeimoms dažnai tampa ilgo derinimosi, aiškinimosi ir papildomo emocinio krūvio procesu. Tėvai teigia, kad jiems tenka nuolat įrodinėti vaiko teisę mokytis kartu su bendraamžiais, ieškoti informacijos apie galimas pagalbos formas ir patiems koordinuoti skirtingų specialistų įsitraukimą (Raudeliūnaitė ir Gudžinskienė, 2022). Sprendimai dėl pritaikymo ir pagalbos neretai priimami pavėluotai, jau išryškėjus mokymosi nesėkmėms ar socialinėms problemoms, o ne iš anksto planuojant nuoseklią paramą vaikui ir šeimai (Raudeliūnaitė ir Gudžinskienė, 2022).

2.2. Sveikatos paslaugos

Sveikatos priežiūros sistemoje vaikams su negalia ir jų šeimoms yra įtvirtinta teisė gauti pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros, psichikos sveikatos, vaikų raidos ir ankstyvosios reabilitacijos, medicininės reabilitacijos bei kitas specializuotas paslaugas (Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, 1994; Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2022). Strateginiuose ir norminiuose dokumentuose pabrėžiamas kompleksinės pagalbos principas, pagal kurį parama šeimai turi būti organizuojama kuo arčiau jos gyvenamosios vietos, laiku identifikuojant vaiko raidos ar sveikatos sutrikimus ir užtikrinant nuoseklią, nenutrūkstamą pagalbos grandinę – nuo pirminės sveikatos priežiūros iki specializuotų paslaugų (Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija, 2014; Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2018). Vis dėlto tyrimai rodo, kad praktikoje paslaugos dažnai veikia atskiromis grandimis: šeimoms tenka savarankiškai derinti vizitų seką, ieškoti informacijos apie galimas paslaugas ir nešioti vaiko dokumentus tarp skirtingų įstaigų (Akavickas, 2021; Baranauskienė, 2021; Šedienė ir kt., 2020). Sveikatos paslaugų prieinamumas priklauso nuo gyvenamosios vietos ir šeimos išteklių, o laukimo eilės ir ribotas specialistų skaičius didina tėvų patiriamą įtampą (Akavickas, 2021; Šedienė ir kt., 2020). Be to, dalis tėvų susiduria su stigmatizuojančiomis nuostatomis sveikatos priežiūros įstaigose, pasireiškiančiomis abejonėmis dėl tėvų kompetencijos, menkinančiais komentarais ar formaliumi, distanciją pabrėžiančiu bendravimu (Baranauskienė, 2021). Tai mažina pasitikėjimą pagalbos sistema ir gali atgrasyti nuo pagalbos paieškos.

2.3. Socialinės paslaugos

Socialinių paslaugų srityje Lietuvoje deklaruojamas platus bazinių ir specializuotų paslaugų spektras šeimoms, auginančioms vaikus su negalia: bazinės konsultavimo, informavimo, dienos užimtumo, pagalbos į namus paslaugos ir specializuotos priemonės: atvejo vadyba, kompleksinės paslaugos šeimai, laikino atokvėpio, intensyvios krizių įveikos ir kitos bendruomeninės paslaugos, teikiamos gyvenamojoje savivaldybėje (Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, 2023). Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų įstatyme nustatyta, kad savivaldybės atsako už socialinių paslaugų teikimo organizavimą, gyventojų poreikių vertinimą bei socialinių paslaugų užtikrinimą jų gyvenamojoje vietoje (Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų įstatymas, 2006). Strateginiuose dokumentuose pabrėžiama deinstitutionalizacijos kryptis – perėjimas nuo institucinės globos prie šeimoje ir bendruomenėje teikiamos pagalbos, taip pat prevencinių paslaugų plėtra, siekiant laiku palaikyti šeimą, patiriančias sunkumų (Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija, 2014; Pivorienė, 2020). Vis dėlto vadinamuosiuose deinstitutionalizacijos žemėlapiuose daugelis savivaldybių neidentifikavo paslaugų plėtos vaikams su negalia, nors paslaugų trūkumas, pasak tyrėjų, akivaizdus (Piščalkienė ir Navickienė, 2019; Grigaitė ir Jurevičiūtė, 2020). Praktikoje matomas reaktyvus modelis: šeimos pagalbą gauna dažniausiai tik kai pačios išreiškia poreikį, sisteminis poreikio vertinimas neatliekamas iš anksto numatyto periodiškumu, o naujos bendruomeninės paslaugos neretai diegiamos bandomaisiais projektais (Miniauskaitė, 2021). Valstybės kontrolės audito ataskaitoje minima, kad net 75 proc. savivaldybių neanalizuoja socialinių paslaugų poreikio ir iš anksto nenumato plėtos kryptį, o 27 proc. neteikia viso teisės aktuose numatyto bazinių paslaugų paketo (Valstybės kontrolės audito ataskaita, 2022). Dėl to realus paslaugų turinys ir prieinamumas savivaldybėse skiriasi.

Be to, moksliniai tyrimai atskleidžia socialinių paslaugų tęstinumo ir koordinavimo stoką. Pagalba dažnai teikiama fragmentiškai, trūksta aiškos vieno langelio sistemos, užtikrinančios, kad šeima būtų palydima visame pagalbos kelyje nuo pirmojo kreipimosi iki ilgalaikio palaikymo (Piščalkienė ir Navickienė, 2019; Grigaitė ir Jurevičiūtė, 2020). Šeimoms, auginančioms vaikus su negalia, neretai tenka pačioms formuoti pagalbos tinklą, t. y. derinti sveikatos priežiūros, švietimo ir socialines paslaugas, ieškoti papildomų išteklių nevyriausybinėse organizacijose ir neformaliuose pagalbos tinkluose (Raudeliūnaitė, 2012; Piščalkienė ir Navickienė, 2019). Kitaip tariant, formaliai egzistuojanti sistema ne visada užtikrina lygias galimybes gauti pagalbą, o labiausiai pažeidžiamos šeimos rizikuoja likti paslaugų teikėjų dėmesio paraštėse.

3. Metodologija

Tyrimu siekta išanalizuoti sveikatos, švietimo ir socialinių paslaugų prieinamumą ir organizavimo šeimoms, auginančioms vaikus su negalia, ypatumus Lietuvos savivaldybėse.

Atsižvelgiant į tai, kad tyrimas orientuotas į institucijų atstovų patirtis ir sisteminių reiškinių supratimą, pasirinktas kokybinis tyrimo metodas, kuris leidžia giliau įsigilinti į reiškinio kontekstą ir prasmes (Creswell ir Poth, 2018). Duomenims rinkti naudoti pusiau struktūruoti interviu, nes jie suteikia galimybę palaikyti tyrimo kryptingumą, tačiau kartu leidžia dalyviams laisvai ir išsamiai atskleisti savo patirtis (Bryman, 2016; Kvale ir Brinkmann, 2015). Interviu klausimai buvo sugrupuoti į tris teminius blokus, atitinkančius pagrindines paslaugų sritis – sveikatos priežiūros, švietimo ir socialinių paslaugų. Tyrimo dalyvavo 29 ekspertai iš skirtingų Lietuvos savivaldybių, atrinkti tikslinė atranka, kuri rekomenduojama, kai siekiama apklausti asmenis, turinčius specifinių žinių nagrinėjamu klausimu (Etikan ir kt., 2016). Pristatant tyrimo rezultatus, interviu dalyvių vardai ir pavardės buvo užkoduoti raide C (Saunders ir kt., 2018) su priskirtu individualiu numeriu. Taip užtikrintas dalyvių konfidencialumas – tyrėjams interviu dalyvių vardai žinomi, tačiau besidomintiems tyrimo rezultatais asmenims neatskleidžiami. Aprašant tyrimo rezultatus, interviu dalyvių atstovaujama sritis žymima taip: švietimo paslaugos – ŠP, socialinės paslaugos – SP, sveikatos paslaugos – SVP (žr. 1 lentelę).

1 lentelė. Kokybinio tyrimo dalyvių pristatymas

Eil. Nr.	Savivaldybė	Pareigos	Atstovaujama paslaugų sritis
1.	A	Švietimo skyriaus vedėjas (C ¹)	ŠP
2.		Mokyklos vadovas (C ²)	ŠP
3.		Socialinės paramos skyriaus vedėjas (C ³)	SP
4.		Savivaldybės gydytojas (C ⁴)	SVP
5.		Visuomenės sveikatos biuro vadovas (C ⁵)	SVP
6.	B	Švietimo skyriaus vedėjas (C ⁶)	ŠP
7.		Mokyklos vadovas (C ⁷)	ŠP
8.		Visuomenės sveikatos biuro vadovas (C ⁸)	SVP
9.		Socialinės paramos skyriaus vadovas (C ⁹)	SP
10.	C	Švietimo skyriaus vedėjas (C ¹⁰)	ŠP
11.		Mokyklos vadovas (C ¹¹)	ŠP
12.		Savivaldybės gydytojas (C ¹²)	SVP
13.		Visuomenės sveikatos biuro vadovas (C ¹³)	SVP
14.		Socialinės paramos skyriaus vadovas (C ¹⁴)	SP
15.		Socialinių paslaugų centro vadovas (C ¹⁵)	SP
16.	D	Mokyklos vadovas (C ¹⁶)	ŠP
17.		Švietimo skyriaus vedėjas (C ¹⁷)	ŠP
18.		Socialinės paramos skyriaus vadovas (C ¹⁸)	SP

19.	E	Socialinių paslaugų centro vadovas (C ¹⁹)	SP
20.	F	Socialinės paramos skyriaus vadovas (C ²⁰)	SP
21.		Švietimo skyriaus vedėjas (C ²¹)	ŠP
22.	G	Švietimo skyriaus vedėjas (C ²²)	ŠP
23.	H	Socialinės paramos skyriaus vadovas (C ²³)	SP
24.		Švietimo skyriaus vedėjas (C ²⁴)	ŠP
25.		Savivaldybės gydytojas (C ²⁵)	SVP
26.	CH	Socialinės paramos skyriaus vadovas (C ²⁶)	SP
27.	I	Švietimo skyriaus vedėjas (C ²⁷)	ŠP
28.		Socialinės paramos skyriaus vadovas (C ²⁸)	SP
29.	J	Socialinės paramos skyriaus vadovas (C ²⁹)	SP

Visi interviu buvo įrašyti, transkribuoti ir analizuoti teminės turinio analizės metodu, vadovaujantis Brown ir Clarke (2006) rekomenduojamomis analitinėmis fazėmis: pažintimi su duomenimis, kodų generavimu, temų formavimu, temų peržiūra, temų apibrėžimu ir interpretavimu. Duomenys koduoti indukcinio principu, išryškinant reikšmingus teiginius, šie vėliau grupuoti į kategorijas ir subkategorijas (Nowell ir kt., 2017). Analizės procese išskirtos trys pagrindinės kategorijos: švietimo paslaugos, sveikatos paslaugos ir socialinės paslaugos, o kiekvienoje jų – po tris subkategorijas, atskleidžiančias esminius paslaugų aspektus: prieinamumą, paslaugų planavimą ir koordinavimą, informacinę ir išteklių aplinką. Šių kategorijų tarpusavio lyginimas leido identifikuoti sisteminius dėsningumus ir regioninių skirtumų poveikį paslaugų prieinamumui.

Tyrimas vykdytas vadovaujantis pagrindiniais socialinių mokslų etikos principais: savanorišku dalyvavimu, informuotu sutikimu, anonimiškumo ir konfidencialumo užtikrinimu (British Educational Research Association, 2018). Dalyviams buvo paaiškintas tyrimo tikslas, duomenų panaudojimo būdai ir suteikta galimybė bet kuriuo metu atsisakyti dalyvauti.

Vertinant tyrimo ribotumus, svarbu pažymėti, kad gauti duomenys atspindi institucinę perspektyvą – savivaldybių administracijos ir paslaugų įstaigų atstovų požiūrius. Tai gali lemti tam tikrą administracinį optimizmą ar institucinio šališkumo riziką. Ateities tyrimuose būtų tikslinga papildomai įtraukti tėvų ir nevyriausybinių organizacijų atstovų patirtis, siekiant visapusiškiau suprasti paslaugų prieinamumo ir tarpinstitucinio bendradarbiavimo problematiką. Vis dėlto pasirinkta metodologija sudarė prielaidas holistiškai ir sistemiškai atskleisti, kaip savivaldybių lygmeniu organizuojamos paslaugos vaikams su negalia ir jų šeimoms, kokie veiksniai lemia šios sistemos funkcionavimą ir kokie yra šeimų patiriamos prieinamumo nelygybės šaltiniai.

4. Tyrimo rezultatai

Tyrimo duomenų analizė atskleidė, kad Lietuvos savivaldybėse teikiamų sveikatos, švietimo ir socialinių paslaugų sistema šeimoms, auginančioms vaikus su negalia, pasižymi aiškiai apibrėžta struktūra, tačiau praktiniame lygmenyje išlieka fragmentuota, nevienalytė ir dažnai pagrįsta šeimų aktyvumu, o ne realiu poreikiu. Nors ekspertų atsakymai patvirtina, kad teisės aktuose numatytos paslaugos egzistuoja, jų prieinamumas ir veiksmingumas priklauso nuo savivaldybės finansinių, žmogiškųjų ir organizacinių išteklių.

Švietimo paslaugų srityje nustatyta, jog formaliai įgyvendinama įtraukties politika sudaro galimybę vaikams su negalia dalyvauti bendrojo ugdymo procese ir gauti švietimo pagalbos paslaugas. Vis dėlto praktikoje įtrauktis dažnai turi simbolinį pobūdį. Nemaža dalis informantų pabrėžė infrastruktūros ir aplinkos nepritaikymą, pavėžėjimo nepakankumą, o svarbiausia – specialistų (logopedų, specialiųjų pedagogų, psichologų) trūkumą, kuris riboja paslaugų tęstinumą ir kokybę. Pastebimas ir žemas tėvų įsitraukimo lygis: savivaldybių atstovai nurodė, kad tėvai dėl pagalbos kreipiasi itin retai, dažniausiai tik susidūrę su rimtomis problemomis. Šie rezultatai rodo, kad švietimo sistema perkelia didelę atsakomybės dalį tėvams, o tai tolina šeimas nuo paslaugų ir silpnina jų pasitikėjimą institucijomis (žr. 2 lentelę).

2 lentelė. Švietimo paslaugų analizė

Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiančios citatos
Švietimo paslaugų prieinamumas	Bendrojo ir neformaliojo ugdymo pasiūla	„Teikiame bendrojo ir neformaliojo ugdymo paslaugas“ (C1); „Neformalaus ugdymo būreliai, kuriuos organizuoja NVO“ (C2); „Organizuojamas šeimų užimtumas, veiklos šeimos centre“ (C6)
	Pagalbos paslaugos	„Specialioji pedagoginė, logopedinė, psichologinė pagalba“ (C9); „Veikia reabilitacijos paslaugos“ (C11); „Ankstyvosios raidos stacionaras“ (C4)
	Infrastruktūros pritaikymas	„Aplinka bei pavėžėjimas nepritaikyti“ (C5); „Trūksta užimtumo centrų vaikams“ (C9); „Trūksta įrangos ir patalpų specialiesiems poreikiams“ (C2)
Bendradarbiavimas	Su tėvais	„Kreipiasi nedažnai, per metus 2–4 tėvai“ (C15); „Labai retai... viena mama per 5 metus“ (C7); „Į savivaldybę kreipiasi retai“ (C1)
	Tarpsektorinis	„Teko tik vienu atveju bendradarbiauti“ (C6); „Nežinau apie jokių susitikimus“ (C10); „Tik esant problemai įsitraukiame tarpinstituciškai“ (C5)

	Informacijos sklaida	„Reikia komunikacijos ir informacijos sklaidos“ (C6); „Tėvai neišnaudoja informacijos galimybių“ (C7); „Informacija dažniausiai pasiekia vėlai“ (C1)
Ištekliai	Finansavimas	„Viskas remiasi į skiriamą finansavimą“ (C6); „Finansavimas turėtų būti didesnis“ (C2); „Trūksta lėšų aplinkos pritaikymui“ (C5)
	Specialistai	„Trūksta specialiojo pedagogo, psichologo“ (C1); „Nacionaliniu mastu nėra specialistų“ (C1); „Trūksta elgesio korekcijos specialistų“ (C2)
	Mokytojų padėjėjų kompetencija	„Padėjėjai nepakankamai kvalifikuoti“ (C2); „Trūksta mokymų personalui“ (C5); „Specialistų rengimas nepakankamas“ (C7)

Šaltinis: sudaryta autorių.

Sveikatos paslaugų srityje išryškėjo ryškus neatitikimas tarp deklaruojamos ir realios paslaugų prieigos. Reabilitacijos ir psichologinės pagalbos paslaugų trūkumas yra sisteminis ir beveik visose savivaldybėse pasireiškiantis reiškiny. Ilgos eilės, riboti specialistų ištekliai ir priverstinis perėjimas prie privačių paslaugų rodo, kad valstybėje strigties taško (angl. bottleneck) efektas užkerta kelią efektyviai pagalbos grandinei. Kartu nustatyta, kad tėvai dažniausiai tampa pagrindiniais paslaugų koordinatoriais ir informacijos ieškotojais, o tai sudaro papildomą emocinę ir administracinę našą. Paslaugų planavimas grindžiamas ne poreikio analize, o turimų pajėgumų logika, todėl sveikatos sistema reaguoja į problemą pavėluotai, o ne prevenciškai (žr. 3 lentelę).

3 lentelė. Sveikatos paslaugų analizė

Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiančios citatos
Sveikatos paslaugų prieinamumas	Reabilitacija ir terapija	„Jeigu nėra specialisto – paslauga neteikiama“ (C10); „Trūksta masažų, kineziterapijos, ergoterapijos“ (C4); „Tėvams tenka laukti eilėje“ (C12)
	Psichologinė pagalba	„Paslaugų tėvams beveik nėra“ (C12); „Tik bendros paskaitos ir mankštos“ (C7); „Trūksta psichoterapeuto“ (C4)
	Įtrauktis teikiant sveikatos paslaugas	„Negalime skirti asistento vasaros stovykloms“ (C12); „Vaikai su negalia ne visuomet priimami į programas“ (C11); „Tėvai turi dalyvauti paslaugų metu“ (C12)

Paslaugų planavimas	Poreikio vertinimas	„Poreikis nustatomas socialinių darbuotojų apsilankymo metu“ (C8); „Reaguojame tik gavę prašymus“ (C12); „Poreikio analizė nevykdoma sistemingai“ (C1)
	Duomenų rinkimas	„Statistikos nerenkame“ (C7); „Nėra informacijos apie konsultavimų apimtį“ (C12); „Informacija netiksli ir pavėluota“ (C11)
	Sprendimų logika	„Sprendimai paremti tėvų aktyvumu“ (C10); „Reikia daugiau valstybės atsakomybės“ (C13); „Specialistų rekomendacijos lieka popieriuje“ (C10)
Koordinavimas	Atvejo vadyba	„Vyksta bendradarbiavimas Vaiko gerovės komisijoje“ (C13); „Mėnesiniai susitikimai su supervizoriumi“ (C1); „Dalyvaujama bendrose supervizijose“ (C13)
	Informacijos paieška	„Tėvai patys atsakingi už informacijos susiradimą“ (C12); „Informacija gaunama dažniausiai per kitus tėvus“ (C7); „Tėvai stokoja skaitmeninių gebėjimų“ (C11)
	Tarpinstitucinis valdymas	„Kuriamas tarpinstitucinio bendradarbiavimo algoritmas“ (C1); „Formaliai bendradarbiaujama, bet ne praktiškai“ (C11); „Sprendimai priimami pavėluotai“ (C7)

Šaltinis: sudaryta autorių.

Socialinių paslaugų atveju dominuoja bazinio pobūdžio parama – dienos centrai, asmeninio asistento paslaugos, palydėjimas ir būsto pritaikymas. Tačiau beveik visose savi-valdybėse trūksta tėvams skirtų emocinių ir atokvėpio paslaugų, o jos yra kertinės užtikrinant šeimų psichologinį atsparumą ir galimybes dalyvauti darbo rinkoje ir visuomenėje. Dėl informacijos fragmentacijos paslaugos dažniausiai pasiekia tik tuos tėvus, kurie aktyviai jų ieško ir turi didesnę informacinę ir socialinę kapitalą. Tėvai, patiriantys emocinį šoką ar socialinę atskirtį, linkę paslaugomis nesinaudoti, nes nejaučia paramos ir institucinio palydėjimo (žr. 4 lentelę).

4 lentelė. Socialinių paslaugų analizė

Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiančios citatos
Paslaugų pasiūla	Bendrosios paslaugos	„Dienos socialinė priežiūra, kompleksinės paslaugos“ (C13); „Socialinė globa“ (C14); „Asmeninis asistentas teikiamas“ (C8)
	Specialios paslaugos	„Būsto pritaikymas vaikams su negalia“ (C3); „Paslauga „Vaikas plius“ veikia“ (C13); „Palydėjimo paslauga jaunuoliams“ (C13)
	Atokvėpio ir emocinės pagalbos trūkumas	„Reikia laikino atokvėpio“ (C14); „Trūksta psichosocialinės pagalbos“ (C9); „Trūksta savitarpio pagalbos grupių tėvams“ (C3)
Paslaugų planavimas	Poreikio vertinimas	„Poreikis nustatomas socialinių darbuotojų apsilankymo metu“ (C8); „Reaguojame tik gavę prašymus“ (C12); „Poreikio analizė nevykdoma sistemingai“ (C1)
	Vertinimo sistemingumas	„Atliekamos apklausos, bet epizodiškai“ (C3); „Nėra išsamios analizės“ (C18); „Trūksta centralizuotų duomenų“ (C9)
	Specialistų prieinamumas	„Trūksta psichologų“ (C9); „Nėra rusakalbų specialistų“ (C18); „Darbuotojų trūkumas dienos centruose“ (C3)
Informacijos prieinamumas	Informacijos kanalai	„Internete, spaudoje, per pažįstamus“ (C18); „Savivaldybės svetainėje“ (C9); „Per specialistus sveikatos įstaigose“ (C3)
	Informacijos nepasiekiamumas	„Kai kurie tėvai sunkiai priima negalią“ (C3); „Vengia kreiptis į institucijas“ (C3); „Mažai žino apie galimą pagalbą“ (C18)
	Institucijų pasyvumas	„Visa informacija teikiama tik tėvams kreipiantis“ (C9); „Tėvai turi patys ieškoti informacijos“ (C18); „Nėra vieno langelio sistemos“ (C3)

Šaltinis: sudaryta autorių.

Visų trijų sričių analizė atskleidė bendrą veikimo logiką: paslaugos dažniausiai pradedamos teikti tuomet, kai šeima pati inicijuoja pagalbos gavimo procesą ir geba rasti reikiamą informaciją. Taip sistema tampa reaktyvi, orientuota į problemos pasekmių valdymą, o ne prevenciją ir ankstyvą įsitraukimą. Specialistų trūkumas, informacijos neprieinamumas ir nepakankama tarpsektorinė koordinacija sukuria teritorinę ir socialinę nelygybę – šeimų patirtys labai skiriasi priklausomai nuo gyvenamosios vietos, gebėjimų ir emocinių išteklių. Tai leidžia teigti, jog nors paslaugų sistema yra plati ir kompleksiška, jos funkcionavimas realybėje priklauso nuo šeimos galimybių orientuotis sistemoje ir gebėjimo kovoti už teisę gauti pagalbą.

Išryškėjo dvi kartinės įžvalgos, jungiančios visas tris nagrinėtas paslaugų sritis. Pirmą, informantų pasakojimuose nuosekliai atsikartoja įtampa tarp institucinio ir poreikių grįsto valdymo modelio, sprendimai dažniau grindžiami turimais ištekliais ir pavienių gaisrų gesinimu, o ne nuolatine duomenimis pagrįsta poreikio analize ir prevencija. Antra, skirtingų savivaldybių ekspertai gana vienodai įvardija trūkstamas sistemos grandis: bendrą paslaugų poreikio vertinimo standartą, tarpsektorinį atvejo valdymo mechanizmą, nuoseklią specialistų rengimo ir išlaikymo regionuose strategiją ir aktyvų, o ne pasyvų informavimo ir komunikacijos modelį. Šios įžvalgos rodo, kad savivaldybių lygmens paslaugų sistema šiuo metu labiau stiprina esamas nelygybės struktūras, nei jas mažina, ir sudaro prielaidas tolesnei diskusijai apie tai, kaip pereiti prie labiau poreikiams grįsto ir tarpinstituciškai valdomo pagalbos modelio.

5. Diskusija

Šio tyrimo duomenys patvirtina literatūroje aprašytą dėsningumą, kad paslaugų prieinamumas šeimoms, auginančioms vaikus su negalia, pirmiausia priklauso nuo sistemos koordinuotumo, o ne vien nuo pavienių paslaugų egzistavimo. Integruota, šeimai palanki sistema turi mažinti tėvų naštą ir veikti kaip susieta pagalbos grandinė. O šio tyrimo savivaldybių ekspertų pasakojimai rodo, kad Lietuvoje ekosistemos logika dar neveikia. Pagalbos kelias dažniausiai nėra nuoseklus, o tėvai tampa pagrindiniais savo vaikų paslaugų koordinatoriais. Tai artima Geuze ir Goossensen (2018) įžvalgai, jog fragmentuotoje sistemoje tėvai priversti naviguoti tarp institucijų ir patys derinti tarpusavyje menkai susietas pagalbos formas.

Tyrimas taip pat praplečia Petrescu (2019) siūlomą požiūrį, kad viešosios paslaugos šeimoms yra tarpsektorinis reiškinys, kurio kokybę lemia visos paslaugų ekosistemos veikėjų sąveika. Lietuvos savivaldybių pavyzdys parodo, kad tarpinstitucinis valdymas dažnai lieka deklaratyvus: sveikatos, švietimo ir socialinių paslaugų grandys veikia lygiagrečiai. Bendradarbiavimas aktyvuojamas ne visais atvejais. Tokia situacija atitinka Scott ir Merton (2021) aprašytus tarpsektorinio bendradarbiavimo barjerus (komunikacijos, atsakomybės pasidalijimo, sprendimų priėmimo) ir rodo, kad problemą kuria neįtvirtinti koordinavimo mechanizmai.

Svarbi šio tyrimo sąsaja ir su Huus ir kt. (2017), Park ir Lee (2022) darbais, kuriuose pabrėžiamos paslaugų prieigos sąsajos su šeimų ištekliais. Šaltiniuose akcentuojama, kad, net turint formalią teisę inicijuoti poreikio vertinimą, praktikoje tai dažnai tampa būtina sąlyga apskritai pradėti pagalbos procesą, o šeimos, kurios dėl stigos ar psichoemocinio išsekimo nesikreipia, lieka be paramos. Tyrimo rezultatai šį mechanizmą patvirtina Lietuvos savivaldybėse: tėvų iniciatyva ir informaciniai gebėjimai tampa būtinybe, norint pasinaudoti paslaugų šeimai sistema. Tai reiškia, kad sistema nėra neutrali, ji struktūriškai palankesnė tiems, kurie turi didesnę informacinę ir socialinę kapitalą.

Sveikatos paslaugų grandyje tyrimo duomenys dera su Yu ir kt. (2021) pastebėjimu, kad

paslaugos funkcionuojančiose sistemose kartais negaunamos dėl organizacinių ir išteklių spragų. Lietuvos savivaldybėse tai atsiskleidžia per strigties taško efektą: vienos grandies specialistų trūkumas (ypač reabilitacijos ir psichologinės pagalbos) sustabdo visą pagalbos procesą ir šeimas stumia arba į ilgas eiles, arba į privačių paslaugų rinką. Ši įžvalga praplečia ankstesnes žinias tuo, kad parodo ne pavienių paslaugų deficitą, o grandinės trūkio logiką savivaldybės ekosistemoje.

Švietimo srityje tyrimo rezultatai nuosekliai papildo Lakkala ir kt. (2019) argumentą, kad įtraukusis ugdymas Lietuvoje formaliai progresuoja, bet praktikoje susiduria su infrastruktūros, specialistų ir organizacinių sprendimų spragomis. Savivaldybių ekspertų perspektyva rodo, kad įtrauktis neretai lieka dalinė dėl trijų priežasčių: nepritaikytos aplinkos, riboto pagalbos specialistų tinklo ir nesuderinto paslaugų planavimo. Tai leidžia įtraukti traktuoti kaip savivaldybės išteklių valdymo ir koordinavimo problemą.

Socialinių paslaugų kontekste tyrimas rezonuoja su Nordesjō (2020) ir Johansson ir Liljegren (2020) įžvalgomis apie socialinių paslaugų standartizavimo ir kokybės valdymo įtampas. Minėti autoriai pažymi, kad kai savivaldybės vertina paslaugas administraciniais rodikliais, o ne realiu pasiekiamumu ir intensyvumu, atsiranda priešara tarp deklaruojamos aprėpties ir šeimų patirties. Būtent tai matyti ir Lietuvos savivaldybėse, kurių paslaugų kataloge aiškiai neapibrėžiama emocinė parama, laikinas atokvėpis ir atvejo vadybininko pagalbos aprėptis.

Galiausiai tyrimas aktualizuoja įgalinančios politikos modelių (Nordesjō, 2020) ir situacijos Lietuvos savivaldybėse atotrūkį. Ankstesnėse studijose pabrėžiamas proaktyvus poreikio atpažinimas, ilgalaikė parama šeimoms ir paslaugų tęstinumas kaip bazinė modernių sistemų logika. Šiame tyrime išryškėjo priešinga kryptis: savivaldybių ekosistema veikia reaktyviai, o atsakomybė už paslaugų kompleksą perkelta šeimai. Tad šio tyrimo indėlis yra ir empirinis (atskleistos trijų sektorių spragos), ir conceptualus, nes parodo, kad Lietuvoje problema yra savivaldybių teikiamų paslaugų ekosistemos valdymas. Kartu svarbu apibrėžti tyrimo ribotumus. Šiame tyrime remiamasi institucinių ekspertų perspektyva dešimtyje Lietuvos savivaldybių, todėl jis neatspindi visų šeimų patirčių ir tyrime nedalyvavusių savivaldybių praktikų spektro. Vis dėlto pasikartojantys dėsningumai skirtingose savivaldybėse ir sektoriuose leidžia kalbėti apie sisteminius trūkumus, o ne pavienes problemas. Tolesnius tyrimus tikslinga papildyti tėvų, NVO balsu ir kiekybiniais prieinamumo rodikliais.

Išvados

Tyrimas parodė, kad analizuotose savivaldybėse sveikatos, švietimo ir socialinių paslaugų spektras formaliai yra panašus, tačiau jo realus įgyvendinimas skiriasi: paslaugų prieinamumas, intensyvumas ir tęstinumas yra nevienodas ir priklauso nuo savivaldybės žmoniškųjų, finansinių ir organizacinių išteklių.

Visose trijose paslaugų srityse dauguma informantų įvardijo specialistų trūkumą. Šis

trūkumas tiesiogiai siejamas su ribotu paslaugų pasiekiamumu, ilgomis laukimo eilėmis ir nepakankamu paslaugų intensyvumu, ypač reabilitacijos, psichologinės pagalbos ir švietimo pagalbos grandyse.

Švietimo srityje nustatyta, kad vaikams su negalia teikiamos švietimo pagalbos paslaugos ir sudaromos sąlygos mokytis bendrojo ugdymo įstaigose, tačiau praktinį jų dalyvavimą ugdymo procese riboja nepritaikyta infrastruktūra, pavėžėjimo spragos ir švietimo pagalbos specialistų bei kvalifikuotų mokytojų padėjėjų stygius. Sveikatos paslaugų srityje išryškėjo neatitikimas tarp deklaruojamų paslaugų ir realios prieigos: specializuotos reabilitacijos ir psichologinės pagalbos paslaugos daugelyje savivaldybių išlieka ribotos, o vienos paslaugų grandies stoka sutrikdo tolesnių paslaugų gavimą. Socialinių paslaugų srityje identifiukuota ganėtinai plati paslaugų pasiūla, tačiau ryškus emocinės pagalbos, laikino atokvėpio ir savitarpio paramos paslaugų trūkumas. Paslaugų poreikio vertinimas čia apibūdinamas kaip epizodinis, o informacijos apie paslaugas sklaida – priklausanti nuo tėvų iniciatyvos.

Bendrai vertinant tris sektorius, tyrimo duomenys rodo paslaugų koordinavimo ir planavimo nepakankamumą savivaldybių lygmeniu. Paslaugų plėtra dažniau ribojama turimų pajėgumų, o ne formuojama sisteminga poreikių stebėseną. Pagalbos teikimo pradžia daugumoje savivaldybių siejama su tėvų, auginančių vaikus su negalia, kreipimusi ir aktyviu įsitraukimu. Tėvai dažniausiai patys inicijuoja paslaugų gavimą, ieško informacijos ir derina skirtingų institucijų teikiamą pagalbą.

Rezultatai leidžia pagrįstai teigti, kad be perėjimo nuo institucinio prie poreikiais grįsto valdymo modelio paslaugų sistema išliks reaktyvi ir netolygiai prieinama, o tai palaikys socialinės ir teritorinės nelygybės riziką.

Tyrimo duomenys išryškino keturias savivaldybių lygmens sistemos stiprinimo dedamąsias, kurios padėtų pereiti prie nuoseklesnio ir labiau šeimų poreikius atitinkančio modelio: i) bendras paslaugų vertinimo standartas, ii) tarpsektorinio atvejo valdymo mechanizmas, iii) nuosekli paslaugas teikiančių specialistų politika regionuose ir iv) aktyvus informavimo modelis. Pokyčiai leistų paslaugų sistemai tapti vaikams su negalia auginančių šeimų pilnaverčio dalyvavimo visuomenėje prielaida.

Literatūra

1. Akavickas, J. (2021). Tėvų, auginančių proto negalią turintį vaiką, santykių su sveikatos specialistais patirtis. *Sveikatos mokslai*, 31(3), 33–38. <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2021.075>.
2. Andrews, A. B. ir McMillan, L. (2013). Evidence-based principles for choosing programs to serve parents in the child welfare system. *Administration in Social Work*, 37(2), 106–119. <https://doi.org/10.1080/03643107.2012.658536>.
3. Baranauskienė, I. (2021). Vaikų, turinčių negalią, diskriminacijos raiška Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje. *Specialusis ugdymas*, 1(42), 99–115. <https://doi.org/10.15388/se.v1i42.593>.
4. Booth, T. ir Ainscow, M. (2016). *The index for inclusion*. Bristol, UK: CSIE.

5. British Educational Research Association (BERA). (2018). *Ethical guidelines for educational research* (4th ed.). London, UK: BERA.
6. Braun, V. ir Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.
7. Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA: Sage.
8. Creswell, J. W. ir Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
9. European Agency for Special Needs and Inclusive Education. (2023). *Country report: Lithuania – Support and provision in inclusive education*. Odense, Denmark: European Agency for Special Needs and Inclusive Education. <https://www.european-agency.org>.
10. Etikan, I., Musa, S. A. ir Alkassim, R. S. (2016). Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, 5(1), 1–4. <https://doi.org/10.11648/j.ajtas.20160501.11>.
11. Geuze, L. ir Goossensen, A. (2019). Parents caring for children with normal life span threatening disabilities: A narrative review of literature. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(2), 279–297. <https://doi.org/10.1111/scs.12643>.
12. Grigaitė, U. ir Jurevičiūtė, G. (2020). *Neįgaliųjų socialinės integracijos veiklos rezultatai ir Jungtinių Tautų neįgaliųjų teisių konvencijos ir jos neprivalomo protokolo įgyvendinimo rezultatai 2019 metų stebėsenos ataskaitoje*. Žmogaus teisių stebėjimo institutas. http://www.ndt.lt/wp-content/uploads/ZTSL_ataskaita_po-pastabu_FINAL.pdf.
13. Huus, K., Olsson, L. M., Andersson, E. E., Granlund, M. ir Augustine, L. (2017). Perceived needs among parents of children with a mild intellectual disability in Sweden. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 19(4), 307–317. <https://doi.org/10.1080/15017419.2016.1167773>.
14. Yu, J. A., McKernan, G., Hagerman, T., Schenker, Y. ir Houtrow, A. (2021). Most children with medical complexity do not receive care in well-functioning health care systems. *Hospital Pediatrics*, 11(2), 183–191. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2020-0182>.
15. Johansson, S. ir Liljegren, A. (2020). Social service as glasshouses? On the use and consequences of the Open Comparison system in Swedish social services. *Financial Accountability & Management*, 37(3), 323–343. <https://doi.org/10.1111/faam.12277>.
16. Lakkala, S., Juškevičienė, A., Česnavičienė, J., Poteliūnienė, S., Ustilaitė, S. ir Uusiautti, S. (2019). Įtraukiojo ugdymo įgyvendinimas Lietuvoje: pagrindiniai mokytojų patiriami iššūkiai. *Acta Paedagogica Vilnensia*, 43, 37–56. <https://doi.org/10.15388/ActPaed.43.3>.
17. Kinder, T., Stenvall, J., Six, F. ir Memon, A. (2021). Relational leadership in collaborative governance ecosystems. *Public Management Review*, 23(11), 1611–1637. <https://doi.org/10.1080/14719037.2021.1879913>.
18. Kvale, S. ir Brinkmann, S. (2015). *InterViews: Learning the craft of qualitative research interviewing* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
19. Lietuvos Respublikos Seimas. (2014 m. birželio 26 d.). Nutarimas Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos patvirtinimo“.
20. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministras. (2006 m. balandžio 5 d.). Įsakymas Nr. A1-93 „Dėl Socialinių paslaugų katalogo patvirtinimo“.
21. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministras. (2023 m. rugsėjo 25 d.). Įsakymas Nr. A1-622 „Dėl asmens su negalia dalyvumo užtikrinimo 2024–2026 metų veiksmų plano patvirtinimo“ (suvestinė redakcija nuo 2025-09-30). <https://e-seimas.lrs.lt/portal/leгалAct/lt/TAD/304069f15bda11ee8e3cc6ee348ebf6d/asr>.

22. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. (2023). *Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugų Lietuvoje žemėlapis* (ataskaita).
23. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. (2022 m. gruodžio 7 d.). Įsakymas Nr. V-1828 „Dėl medicininės reabilitacijos ir antirecidyvinio sanatorinio gydymo paslaugų teikimo bendrųjų ir specialiųjų reikalavimų aprašų patvirtinimo“. Vilnius: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija.
24. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. (1994). Vilnius: Lietuvos Respublikos Seimas.
25. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija. (2025). *Negalios reforma – kas keičiasi žmonėms su negalia?* <https://socmin.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/socialine-integracija/negalios-reforma-ir-asmenu-su-negalia-itrauktis>.
26. Lietuvos Respublikos Seimas. (2022 m. gruodžio 20 d.). Nuo 2024 m. keisis negalios nustatymo tvarka (pranešimas žiniasklaidai). <https://sc.bns.lt/view/item/nuo-2024-m-keisis-negalios-nustatymo-tvarka-454196>.
27. Lietuvos Respublikos Seimas. (2024). Lietuvos Respublikos švietimo įstatymo Nr. I-1489 pakeitimo įstatymas. <https://e-seimas.lrs.lt>.
28. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija. (2014). *Perėjimo nuo institucinės globos prie šeimoje ir bendruomenėje teikiamų paslaugų neįgaliesiems ir vaikams be tėvų globos 2014–2020 m. veiksmų planas* (įsakymas Nr. A1-83).
29. Švietimo, mokslo ir sporto ministerija. (2022). *Ištraukusis ugdymas nuo 2024 metų: kokios pagalbos sulauks vaikai ir mokytojai* (informacinis pranešimas). <https://smsm.lrv.lt/lt/naujienos-1/pranesimai-ziniasklaidai-1/itraukusis-ugdymas-nuo-2024-metu-kokios-pagalbos-sulauks-vaikai-ir-mokytojai/>.
30. Valstybės kontrolė. (2020). *Asmenų su negalia socialinės integracijos audito ataskaita*. Vilnius: Valstybės kontrolė. <https://www.valstybeskontrolė.lt/LT/Product/Download/3883>.
31. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. (2000 m. gruodžio 14 d.). Įsakymas Nr. 728 „Dėl Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (su vėlesniais pakeitimais, įskaitant 2018 m. vasario 8 d. ir 2018 m. balandžio 19 d. įsakymus Nr. V-488).
32. McConkey, R., O'Hagan, P. ir Corcoran, J. (2021). The need for and the impact of a family-centred intervention for parents of children with developmental disabilities: A model project in rural Ireland. *Proceedings of the 3rd International Electronic Conference on Environmental Research and Public Health*. <https://doi.org/10.3390/ECERPH-3-09023>.
33. Miniauskaitė, R. (2021). *Socialinės paslaugas teikiančių nevyriausybiinių organizacijų galimybių įsitraukimui į deinstytucionalizacijos procesą modeliavimas* (magistro baigiamasis darbas). Vilniaus universitetas.
34. Nordesjö, K. (2020). Framing standardization: Implementing a quality management system in relation to social work professionalism in the social services. *Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance*, 44(3), 229–243. <https://doi.org/10.1080/23303131.2020.1734132>.
35. Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E. ir Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 1–13.
36. Park, G. A. ir Lee, O. N. (2022). The moderating effect of social support on parental stress and depression in mothers of children with disabilities. *Occupational Therapy International*, 2022, Article 5162954. <https://doi.org/10.1155/2022/5162954>.
37. Petrescu, M. (2019). From marketing to public value: Towards a theory of public service

- ecosystems. *Public Management Review*, 21(11), 1733–1752. <https://doi.org/10.1080/14719037.2019.1619811>.
38. Piščalkienė, V. ir Navickienė, L. (2019). Measures for children with disabilities and their parents' mental social health and social inclusion improvement, need and benefits. *Health Sciences in Eastern Europe*, 29(6), 5–11. <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2019.089>.
39. Pivorienė, J. (2020). Deinstitutionalization of the child care system in Lithuania. *International Journal of Child, Youth and Family Studies*, 11(4), 121–131. <https://doi.org/10.18357/ijcyfs114202019941>.
40. Raudeliūnaitė, R. (2012). Šeimų, auginančių vaikus su negalia, psichosocialinė situacija. Iš *SOCIN 2012: 1st International Interdisciplinary Conference on Social Innovations: Abstracts' book of Mykolas Romeris University research days 2012 "Social innovations: theoretical and practical insights"* (p. 248–249). Mykolas Romeris universitetas.
41. Raudeliūnaitė, R. ir Gudžinskienė, V. (2022). The experiences of parents in preparation of their child with autism spectrum disorder to attend primary school. *Pedagogika*, 147(3), 164–182. <https://doi.org/10.15823/p.2022.147.8>.
42. Ryan, C. ir Quinlan, E. (2018). Whoever shouts the loudest: Listening to parents of children with disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31(S2), 203–214. <https://doi.org/10.1111/jar.12354>.
43. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. (2024 m. kovas). *2023 metų veiklos ataskaita*. https://sam.lrv.lt/media/viesa/saugykla/2024/3/YV0K_S0rZec.pdf.
44. Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H. ir Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: Exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & Quantity*, 52(4), 1893–1907.
45. Scott, R. J. ir Merton, E. R. K. (2021). When the going gets tough, the goal-committed get going: Overcoming the transaction costs of inter-agency collaborative governance. *Public Management Review*, 23(11), 1640–1663. <https://doi.org/10.1080/14719037.2021.1879916>.
46. Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. (2023 m. sausio 17 d.). *Socialinės paslaugos šeimoms, auginančioms vaikus: ką svarbu žinoti?* <https://socmin.lrv.lt/lt/naujienos/socialines-paslaugos-seimoms-auginancioms-vaikus-ka-svarbu-zinoti-1/?lang=uk>.
47. Šedienė, P., Jurkuvienė, R., Butkevičienė, R., Danusevičienė, L. ir Gajdosikienė, I. (2020). Integruotos pagalbos modelio paieška epilepsija sergantiems ir raidos sutrikimų turintiems vaikams bei juos auginančioms šeimoms. *Health Sciences*, 30(5), 73–81.
48. United Nations Children's Fund. (2023). *Early childhood development – UNICEF vision for every child*. New York, NY: UNICEF. https://www.unicef.org/media/145336/file/Early_Childhood_Development_-_UNICEF_Vision_for_Every_Child.pdf.
49. Valstybės kontrolė. (2022). *Vaiko teisių ir interesų užtikrinimas globojant ir įvaikinant vaikus: Veiklos audito ataskaita Nr. VAE-8*. Vilnius: Valstybės kontrolė. <https://www.valstybeskontrole.lt/LT/Product/Download/4320>.
50. World Health Organization. (2011). *World report on disability*. Geneva, Switzerland: WHO Press.
51. Zhao, M., Fu, W. ir Ai, J. (2021). The mediating role of social support in the relationship between parenting stress and resilience among Chinese parents of children with disability. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51, 3412–3422. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04806-8>.

GAPS IN THE ECOSYSTEM OF HEALTH, EDUCATION, AND SOCIAL SERVICES FOR FAMILIES RAISING CHILDREN WITH DISABILITIES IN LITHUANIAN MUNICIPALITIES

Laura Gardziulevičienė
Mykolas Romeris University

Agota Giedrė Raišienė
Mykolas Romeris University

Sigita Juravičiūtė
Mykolas Romeris University

Summary

Families raising children with disabilities require a coordinated system of health, education, and social services; however, at the municipal level in Lithuania, the availability of these services and the consistency of their delivery remain uneven. The study presented in this article, based on the perspectives of institutional experts, aimed to examine how education, health, and social services for families raising children with disabilities are organized and accessed in ten Lithuanian municipalities. A qualitative research approach was applied: semi-structured interviews were conducted with 29 experts from the health, education, and social service sectors. The data were analyzed using thematic content analysis, focusing on aspects of service accessibility, planning and coordination, as well as the informational and resource environment. The findings indicate that the range of services stipulated in legislation is implemented to varying degrees across municipalities. In all three sectors, recurring shortages of specialists and a bottleneck effect were identified, whereby deficiencies at one point in the service chain hinder the entire support process. Service planning is more often based on available resources rather than systematic needs assessment, and the initiation of support frequently depends on parental initiative. Information dissemination is fragmented and tends to reach families with greater informational capital, thereby increasing the risk of territorial and social inequalities. This multi-municipality, cross-sectoral study reveals not isolated gaps but a recurring logic of municipal governance that sustains a reactive and fragmented model of support, and it highlights critical areas that must be addressed in the transition toward needs-based, interinstitutionally coordinated service provision.

Keywords: children with disabilities, municipalities, accessibility of services, inter-institutional collaboration.

PASLAUGAS NAMUOSE TEIKIANČIŲ SLAUGYTOJŲ VAIDMUO ĮTARIANT PACIENTAMS DEMENCIJĄ: PATIRČIŲ ANALIZĖ

Adelė Mikėnaitė

VŠĮ Šeškinės poliklinika, Šeškinės g. 24, LT-07156 Vilnius
Elektroninis paštas: adele.mikenaite@gmail.com,

Renata Šturienė

VŠĮ Šeškinės poliklinika, Šeškinės g. 24, LT-07156 Vilnius
Elektroninis paštas: renata.sturiene@mf.vu.lt

Marius Čiurlionis

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų instituto Slaugos katedra
M. K. Čiurlionio g. 21, LT-03101 Vilnius
Elektroninis paštas: marius.ciurlionis@mf.vu.lt

Natalja Istomina

Mykolo Romerio universiteto Vadybos ir politikos mokslų institutas
Ateities g. 20, LT-08303 Vilnius
Elektroninis paštas: natalja.istomina@mruni.eu

DOI: 10.13165/SPV-25-12-1-02

Santrauka

Demencija pastaruoju metu suvokiama ne tik kaip neurologinis sutrikimas, bet ir kaip globalus ilgalaikės sveikatos priežiūros iššūkis, turintis įtakos pacientų saugumui ir gyvenimo kokybei. Lietuvoje 2024 m. diagnozuota apie 43 000 demencijos atvejų, o iki 75 proc. jų lieka nenustatyti. Ankstyvas demencijos atpažinimas leidžia planuoti priežiūrą, mažinti komplikacijų riziką ir gerinti paciento pažinimo funkcijas. Pirminės sveikatos priežiūros (PSP) slaugytojai, teikiantys paslaugas namuose, dėl nuolatinio kontakto su pacientu tampa svarbia ankstyvosios diagnostikos grandimi. Straipsnyje analizuojama slaugytojų, teikiančių paslaugas namuose, patirtis savo iniciatyva įtariant demencijos ar kognityvinių sutrikimų požymius. Tyrimo tikslas – atskleisti šią patirtį.

Tyrimas atliktas taikant kokybinę fenomenologinę metodiką, orientuotą į slaugytojų, teikiančių paslaugas namuose, subjektyvias patirtis. Duomenys rinkti 2025 m. vasario–kovo mėn. pusiau struktūruotais, giluminiais interviu ($n = 10$), taikant tikslinę atranką ir „sniego gniūžtės“ metodą. Duomenų analizei naudota kokybinė turinio analizė.

Rezultatai atskleidė tris esmines temas: 1) kognityvinių sutrikimų požymių atpažinimas namų aplinkoje – slaugytojai dažniausiai identifikuoja atminties, mąstymo, elgesio, nuotaikos, orientacijos ir kasdienės veiklos pokyčius, remdamiesi savo, artimųjų pastebėjimais ir taikydami orientacinius klausimus ir naudodamiesi integruotais klausimynais kaip protinės būklės mini tyrimu (MMSE) ar Adendruko skale; 2) slaugytojo veiksmai įtarus demenciją – šeimos gydytojo informavimas, dokumentavimas, vizitų dažnumo koregavimas, saugios aplinkos užtikrinimas ir artimųjų mokymas; 3) sunkumai – laiko stoka, žinių trūkumas, vertinimo priemonių nebuvimas, stigminis artimųjų požiūris ir tarpdisciplininės komunikacijos stoka.

Tyrimas patvirtina slaugytojų vaidmens svarbą demencijos ankstyvajai diagnostikai ir atskleidžia poreikį standartizuoti vertinimo protokolus, stiprinti tarpdisciplininį bendradarbiavimą ir integruoti mokymus apie ankstyvąją demencijos simptomatiką.

Reikšminiai žodžiai: *kognityvinių funkcijų sutrikimai, demencija, ankstyvieji demencijos simptomai, slaugytojas, sveikatos priežiūros paslaugos namuose.*

Įvadas

Pastaruoju metu demencija suprantama ne tik kaip neurologinis sutrikimas, bet ir kaip globalus ilgalaikės sveikatos priežiūros iššūkis¹. Remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) statistiniais duomenimis, pasaulyje yra daugiau nei 57 mln. šia liga sergančių žmonių². Higienos institutas skelbia, jog Lietuvoje 2024 m. nustatyta apie 43 000 demencijos atvejų³. Tačiau oficialioji statistika apima tik jau diagnozuotus atvejus – apie 75 proc. demencijos atvejų vis dar lieka nenustatyti ir nediagnozuoti⁴.

Demencija – smegenų ligos sukeltas sindromas, kuriam būdingi pažintinių funkcijų, kaip antai atmintis, mąstymas, suvokimas, orientacija, kalba ir gebėjimas savarankiškai atlikti kasdienės veiklas, sutrikimai⁵. Atsižvelgiant į tai, kad demencijos eiga yra latentinė, jos

- 1 X. Bian, J. Wang ir J. Wang, „Translation and psychometric testing of the sense of competence in Dementia Care Staff Scale in Chinese amongst dementia care staff in nursing homes of China“, *BMC Geriatr.* 23, 1 (2023): 158. DOI: 10.1186/s12877-023-03845-x.
- 2 „Dementia“, World Health Organization, 2023, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.
- 3 Sergančių asmenų skaičius pagal diagnozių grupes, Higienos institutas, 2024, https://stat.hi.lt/default.aspx?report_id=168.
- 4 S. Gauthier ir kt., *World Alzheimer Report 2021: Journey through the diagnosis of dementia* (London, England: Alzheimer's Disease International, 2021), 224.
- 5 „Dementia“, World Health Organization, 2021, <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/dementia>.

ankstyvuosius simptomus pastebėti sudėtinga⁶. Ankstyvojoje stadijoje nustatyta demencija suteikia galimybę geriau planuoti priežiūrą ir prisitaikyti prie pokyčių ateityje⁷, be to, kaip pažymi „Lancet“ komisija, laiku nustatčius demenciją galima gerinti paciento pažinimo funkcijas, mažinti sujaudinimo ar depresijos tikimybę⁸, o ligą nustatčius pavėluotai ne tik apribojamos galimybės pasirošti ateičiai, bet ir gali kilti grėsmė paciento saugumui⁹.

PSP srityje dirbantys specialistai atlieka itin svarbų vaidmenį demencijos ankstyvosios diagnostikos procese – tai pirmieji asmenys, į kuriuos pacientai ar jų artimieji kreipiasi pasireiškus atminties ar elgesio pokyčių^{10, 11}. Daugumai asmenų, turinčių kognityvinių sutrikimų, yra skiriama slauga namuose¹², todėl slaugytojai, teikdami nepertraukiamas paslaugas paciento gyvenamojoje aplinkoje, gali pastebėti subtilius atminties, mąstymo ar kitus pokyčius, kurie gali būti pirminiai demencijos požymiai¹³. Būtent dėl šio tiesioginio ir nuolatinio kontakto su pacientu slaugytojo vaidmuo ligos ankstyvosios diagnostikos srityje tampa itin reikšmingas¹⁴. **Tyrimo tikslas** – atskleisti paslaugas namuose teikiančių slaugytojų patirtį, kai per šį procesą pacientams įtariama demencija. **Tyrimo objektas** – namuose pacientams paslaugas teikiančių slaugytojų patirtys, kai jiems kyla įtarimų dėl demencijos ar kognityvinių sutrikimų.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Taikytas kokybinis aprašomosios fenomenologijos tyrimas, orientuotas į slaugytojų subjektyvias patirtis teikiant slaugos namuose paslaugas, kai įtariami demencijos ar kognityvinių sutrikimų požymiai. Tyrimas atliktas 2025 m. vasario–kovo mėn. Dalyvių atranka buvo tikslinė, naudojant „sniego gniūžtės“ metodą^{15, 16}. Įtraukimo kriterijai: 1) bendro-

6 Bian ir kt., *op. cit.*

7 C. F. Aldus ir kt., *Undiagnosed dementia in primary care: a record linkage study* (Southampton (UK): NIHR Journals Library, 2020), 65–66, DOI: 10.3310/hsdr08200.

8 G. Livingston ir kt., „Dementia prevention, intervention, and care“, *Lancet* 390, 10113 (2017): 2673–2734, DOI: 10.1016/S0140-6736(17)31363-6.

9 R. Frost ir kt., „Implementing post diagnostic dementia care in primary care: a mixed-methods systematic review“, *Aging Ment Health* 25, 8 (2021): 1381–1394, DOI: 10.1080/13607863.2020.1818182.

10 L. Schwarzkopf ir kt., „Excess costs of dementia disorders and the role of age and gender - an analysis of German health and 57 long-term care insurance claims data“, *BMC Health Serv Res.* 12 (2012): 165, DOI: 10.1186/1472-6963-12-165.

11 N. I. Sodri ir kt., „Confidence in Dementia Management and Its Associated Factors among Primary Care Doctors in Malaysia“, *Int J Environ Res Public Health*, 16 (2022), DOI: 10.3390/ijerph19169995.

12 Alzheimer's association, „2019 Alzheimer's Disease Facts and Figures“, *Alzheimer's & Dementia* 15, 3 (2019): 321–387, DOI: 10.1016/j.jalz.2019.01.010.

13 M. Zolnoori ir kt., „HomeADScreen: Developing Alzheimer's disease and related dementia risk identification model in home healthcare“, *Int J Med Inform.* 177 (2023), DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2023.105146.

14 R. Butler ir kt., „Estimating Time Physicians and Other Health Care Workers Spend with Patients in an Intensive Care Unit Using a Sensor Network“, *Am J Med.* 131, 8 (2018): 972.e9-972.e15, DOI: 10.1016/j.amjmed.2018.03.015.

15 A. Blaževičienė ir kt., *Slaugos mokslinių tyrimų duomenų sklaida* (2-oji pataisyta ir papildyta laida, Kaunas: LSMU Leidybos namai, 2018), 20–26, 28, 73.

16 M. Q. Patton, *Qualitative research & evaluation methods: integrating theory and practice* (fourth edition, Thousand Oaks, California: SAGE publications, 2015), 451–452.

sios praktikos slaugytojas (BPS), teikiantis ambulatorines sveikatos priežiūros paslaugas namuose arba paliatyviosios sveikatos priežiūros paslaugas namuose; 2) patirtis, kai per slaugos namuose procesą įtariama demencija ar kognityviniai sutrikimai; 3) laisva valia išreikštas noras dalyvauti tyrime. 2024 m. spalio 25 d. gautas VU Medicinos fakulteto Mokslinių tyrimų etikos komiteto pritarimas Nr. (1.6 E)150000 S–729; 2024 m. gruodžio 17 d. ir 2025 m. sausio 24 d. – dviejų asmens sveikatos priežiūros įstaigų (ASPI) vadovų sutikimai. Duomenys buvo renkami laikantis mokslinės etikos principų, užtikrinant dalyvių teisių ir konfidencialumo apsaugą.

Duomenys rinkti taikant individualų (giluminį) pusiau struktūruotą interviu¹⁷. Interviu vyko ASPI patalpose, be pašalinių asmenų, galinčių trikdyti pokalbį ar daryti įtaką rezultatams. Su dalyviais susisiekti individualiai, derinant jiems patogų laiką. Prieš interviu pateikta detali informacija apie tyrimą, anonimiškumo užtikrinimą ir informuota apie garso įrašų darymą, gautas žodinis dalyvių sutikimas (n = 10). Interviu pradėti prašymu papasakoti apie patirtį teikiant slaugos namuose paslaugas ir įtarus demenciją ar kognityvinius sutrikimus. Toliau buvo taikomos iš anksto parengtos gairės ir užduodami lankstūs papildomi klausimai, adaptuojami pagal pašnekovo patirties turinį.

Iš viso dalyvavo 10 kriterijus atitinkančių slaugytojų (1 vyras ir 9 moterys). Informacijos prisisotinimas pasiektas po 10-ies interviu, todėl duomenų rinkimas nutrauktas – informacija ėmė kartotis^{18, 19}. Į tyrimą neįtraukti 8 asmenys, neatitikę kriterijų. Transkribuotas interviu tekstas analizuotas taikant kokybinę turinio analizę, sistemingai koduojant ir grupuojant temas, siekiant atpažinti fenomeno esmę ir kontekste formuojamas reikšmes.

Rezultatai

1. Kognityvinių sutrikimų požymių atpažinimas teikiant paslaugas namuose: slaugytojų patirties įžvalgos

Ilgalaikis ir reguliarus slaugytojo lankymasis paciento namų aplinkoje sudaro prielaidas anksti pastebėti subtilius, bet progresuojančius kognityvinių funkcijų pokyčius. Tai patvirtina ir tyrimo respondentai: *...tas toks nuolatinis lankymasis, tu matai tą pasikeitimą žmogaus...* (S1); *Kuo daugiau laiko praleidau su paciente, tuo labiau pradedi pastebėti...* (S5). Tokiame kontekste slaugytojai dažniausiai identifikuoja penkias pokyčių grupes: atminties (pvz., vaistų vartojimo rutinos sutrikimai, trumpalaikės atminties praradimas), mąstymo ir suvokimo (sudėtingesnių sakinių nesupratimas, neadekvatus turinys), elgesio ir nuotaiškos (agresyvumas, jautrumas), orientacijos laike ir erdvėje (dezorientacija, negebėjimas

17 W. M. Lim, „What Is Qualitative Research? An Overview and Guidelines“, *Australasian Marketing Journal* 33, 2 (2024), DOI: <https://doi.org/10.1177/14413582241264619>.

18 S. McLeod, „Phenomenology In Qualitative Research“, *Simply Psychology* (2024), DOI: 10.13140/RG.2.2.25457.90725.

19 I. Gaižauskaitė ir N. Valavičienė, *Socialinių tyrimų metodai: kokybinis interviu* (Vilnius: Registrų centras, 2016), 17–19, 315–318.

įvardyti dienos ar buvimo vietos) ir kasdienės veiklos (higienos, savirūpos, tvarkos mažėjimas). Šiuos aspektus taip pat iliustruoja tyrimo dalyvių teiginiai: ...*nebeprisimena, kad ji jau skambino prieš 2 minutes* (S2); ...*papasakoji ir nesupranta sudėtingesnių sakinių...* (S1); ...*neranda ir panikuoti pradeda, agresyvūs pasidaro* (S3); *Nuotaika pasikeitė turbūt dešimt kartų...* (S10); *Tvarkymasis tampa mažiau svarbus...* (S7).

Slaugytojui labai svarbi artimųjų pagalba nuolat stebint pacientą namų aplinkoje – jų įžvalgos papildomai patvirtina įtarimus ir padeda atpažinti demencijos požymius kasdienybėje: ...*jie [artimieji] ... didžiąją laiko dalį būna su tuo pacientu ir jie pastebi tuos požymius* (S3); *Na, artimieji, būna, patys pasako, kad kažkas ne taip, ir patvirtina įtarimus dėl užmaršumo* (S1). Dėl tokios bendradarbiavimo praktikos slaugytojo atliekamas kognityvinių funkcijų vertinimas tampa tikslesnis ir labiau pagrįstas. Kita vertus, siekdami objektyvumo ir nuoseklumo slaugytojai užduoda pavienius orientacinius klausimus ir pildo slaugos poreikių nustatymo klausimyną²⁰. Šios priemonės leidžia sistemingai tikrinti orientaciją laike, erdvėje, atmintį ir sprendimų priėmimą. Kai kurie specialistai savo iniciatyva naudoja MMSE ar Adendruko skales. Respondentai pažymi: ...*klausimai ... sufleruoja specialistui ir padeda atpažinti demenciją* (S5); ...*atlieku visą slaugos poreikių pervertinimą, kaip laike orientuojasi* (S1); *Naudoju Adenbruko, MMSE skales* (S6); ...*užduodu tuos tokius orientacinius klausimus ... tie klausimai yra iš MMSE skalės* (S9).

2. Slaugytojo, teikiančio paslaugas namuose, veiksmai įtarus demenciją

Kai teikiant paslaugas namuose įtariama demencija ar kognityvinių funkcijų sutrikimai, pirmieji slaugytojo veiksmai yra susiję su tarpdisciplininiu informavimu, dokumentavimu ir tęstinės pagalbos organizavimu. Informantai pabrėžė, kad įtarus pacientui demenciją labai svarbus komandos narių (šeimoms gydytojo, slaugytojo padėjėjo, kineziterapeuto, ergoterapeuto, socialinių darbuotojų) įtraukimas, kad priežiūra vyktų sklandžiai ir nepertraukiamai: ...*susisiekiu su šeimos gydytoja ir pasakau, kad man kelia įtarimų, neramina tokie simptomai* (S1); ...*slaugytojo padėjėja ar kitas komandos narys, aš jam jau visada prieš atvykimą pranešu, kad yra tokia situacija...* (S2); ...*komanda nusprendžia, kokių veiksmų imsis, kokios jam priežiūros reikia...* (S6); ...*bendradarbiaujame su socialiniais darbuotojais, nes jie daugiausiai tam dėmesio suteikia ... kad ją sutvarkyti, pasižiūrėti, pamokyti* (S8).

Dėl objektyvumo slaugytojas, įtaręs pacientui demenciją, taiko orientacinius klausimus ir slaugos poreikių vertinimo priemones, o jei reikia, savarankiškai naudoja kognityvines skales. Situacija dokumentuojama elektroninėje sveikatos sistemoje, kad šeimos gydytojas galėtų matyti pokyčius ir inicijuoti tolesnius veiksmus: ...*visus tokius pastebėjimus dokumentuojam „esveikatoje“, E025 formoje* (S8); ...*kai vertinu pacientės pakitusią protinę būklę, tai šitą viską dokumentuoju. Ir viską mato šeimos gydytojas* (S10). Kognityvinių funkcijų

20 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų ir šių paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, 2007 m. gruodžio 14 d., Nr. V-1026, galiojanti suvestinė redakcija nuo 2025-07-01, LRS, <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.311861/asr>.

pokyčiai verčia slaugytoją koreguoti darbo organizavimą – skiriamas ilgesnis ar papildomas vizito laikas, planuojami dažnesni apsilankymai, fiksuojama kontrolinė stebėseną: ... *vietoj vieno vizito paskiri du...* (S5); ...*stengiuosi ... bent kartą per savaitę nuvykti ir sužiūrėti, kad tikrai vartotų taisyklingai tuos vaistus* (S1). Siekdami holistinės priežiūros slaugytojai imasi praktinių priemonių, kad būtų palaikoma paciento savirūpa, saugumas ir kognityvinės funkcijos: aiškiau organizuoja vaistų vartojimą, rūpinasi mityba ir dienotvarkę, adaptuoja komunikaciją, pritaiko namų aplinką ir aktyviai įtraukia artimuosius: ...*tą pačią darbotvarkę kažkokią tai dienos nusistatyti ... surašyti ant lapelių ... ką po ko daryti* (S7); *Tai kilimas pašalinau, aštrių kampų kad nebūtų ir nesusižeistų* (S5); ...*bendravimas pasikeičia iš mano pusės su pacientu ... net menkiausias pasakytas ne tas žodis gali jį išprovokuoti* (S2).

Artimieji laikomi būtiniais nepertraukiamos priežiūros dalyviais – jie informuojami, skatinami kasdien kontroliuoti vaistų vartojimą, higienos procedūras ir padėti organizuoti slaugomo asmens užimtumą, prirėkus yra mokomi apie demenciją, jos eigą ir pagalbos būdus: ...*artimiesiems sakai, kad nu reikalinga pastovi jūsų priežiūra namuose, nes reikia pagirdyti, pamaitinti* (S8); ...*artimuosius paskatinam, kad ... pasakytų, kad vaistus jau išgėrė* (S3); ...*mokymas artimųjų apskritai, kas yra demencija, apie ką ši liga ir ko tikėtis ateityje...* (S7).

3. Sunkumai, su kuriais susiduria slaugytojas, teikiantis paslaugą namuose, įtardamas demenciją

Slaugytojai pabrėžia, kad namų aplinkoje kognityvinius sutrikimus ne visada pavyksta atpažinti, o tai gali paveikti teikiamų paslaugų kokybę: ...*sunku pamatyti tuos kognityvinius ar demencijos simptomus* (S4); ...*slaugytojas, nežinodamas ir neįvertindamas paciento būklės, gali teikti nepakankamas paslaugas* (S6). Esminė kliūtis – specializuotų demencijos vertinimo priemonių stoka ir neprivalomas jų taikymas slaugytojo praktikoje. Informantai akcentavo poreikį įteisinti privalomus testus, kad būtų galima nuolat ir kryptingai vertinti pokyčius: *Bet jeigu būtų privalomi testai specialūs, tarkim, kartą per metus pasidaryti tą MMSE ... galbūt atrastum ir pastebėtum tuos skirtumus* (S9); *Tokie privalomi testai specialūs padėtų tiksliau užduot kažkokių klausimų ... ir mes ... galėtume jau orientuotis, kad kažkas negerai...* (S10). Kartu pažymima, kad įstaigose tokios priemonės dažnai nenaudojamos ar nėra įdiegtos: ...*tokių instrumentų konkrečiai vertinimo, tai neteko naudoti ... tiesiog nėra tvarkos...* (S1).

Galimybės gilintis į kognityvinių sutrikimų simptomus riboja laiko trūkumas ir didelis krūvis – per vizitą dėmesys sutelkiamas į konkrečias procedūras, o galimos demencijos požymiai lieka nepastebėti: ...*nėra laiko niekada veltis į tą tokį gilinimąsi...* (S2); *Nėra pakankamai laiko, kad galėtum įsigilinti labiau, nes orientuojiesi ties konkrečia problema* (S3); ...*porą mėnesių kaip ir nebuvo pastebėti ženklai ... būtent atminties sutrikimų, nes dėmesys buvo nukreiptas į žaizdos priežiūrą* (S5). Prie to prisideda ir požiūris, kad kognityvinis vertinimas – „papildomas darbas“: ...*nemėgstama tikriausiai to papildomo popierizmo* (S5).

Kliūtimi tampa ir žinių trūkumas, dėl jo sudėtinga diferencijuoti demenciją, kai asmuo

serga daugeliu ligų (neaišku, ar pokyčiai susiję su demencija, ar gretutinėmis ligomis): ... žinių trūkumas ... būtent įtarti demenciją... (S1); Bet ko trūksta slaugytojams, tai – žinių ir supratimo, kad tai gali būti demencija... (S6). Tokiais atvejais kognityviniai simptomai klaidingai priskiriami senatvei: ...pamačius kažkokius pažinimo sutrikimus, tiesiog ... nurašau, kad tai ... dėl senyvo amžiaus (S4); Kartais sunku atskirti ... ar čia tiesiog ... senatviniai sutrikimai (S10). Informantai numato sprendimą – teminius mokymus: ...galbūt kažkokie mokymai išspręstų šitas problemas (S7); ...trūksta ir mokymų šia tema (S1); ...įstaiga galėtų suburti ir organizuoti, kaip atpažinti kognityvinius sutrikimus ... kad ir mes galėtume iš anksto tai pastebėti... (S4). Dalį įvardytų sunkumų lemia artimųjų elgsena ir stigminis požiūris – informacija slepiama, požymiai menkinami ar priskiriami „nuotaikai“ arba „neišsimiegojimui“: Kartais netgi slepia tam tikrą informaciją... (S7); ...pagrindinės frazės būna: ai čia šiandien neišsimiegojo, ai čia šiandien tokia nuotaika, bet šiaip viskas yra gerai... (S2); Bet [artimieji] vis galvoja, kad arba neišsimiegojo, arba spaudimas pakilo (S8). Kita vertus, artimieji kartais perima bendravimą – atsako už pacientą, koreguoja atsakymus ir taip iškraipo slaugytojo atliekamą vertinimą: ...mum reikiamą informaciją atsakinėja artimasis ... ir negali ... žinoti, kokia ta psichinė būklė paciento... (S2).

Galiausiai kyla ir tarpdisciplininės komunikacijos trukdžių – šeimos gydytojų nepasitikėjimas slaugytojų kompetencijomis, jų reakcijos stoka ar prastas pasiekiamumas gali stabdyti diagnostikos eigą ir pažeisti tęstinumą: ...paskambini ir sako: tiesiog nejaunas, normalu, senatviniai procesai... (S1); Vos ne netiki mano žodžiais... (S9); ...net nenuvažiavo pas tą pacientę įvertinti (S9); ...šeimos gydytojas su manimi nebendradarbiavo (S6); ...sudėtinga susisambinti ir pasikalbėti... (S10); ...skambinau kelias dienas ir nepavyko susisiekti (S5).

Rezultatų aptarimas

Slaugytojo profesinis vaidmuo lemia pareigą laiku pastebėti kognityvinius pokyčius, nes jis daugiausia laiko praleidžia su pacientu (ypač kai paslaugos teikiamos namuose) ir dažnai būna pirmasis kontaktas pasikeitus būklei^{21, 22}. Reguliarūs vizitai į namus leidžia pastebėti palaipsniui ryškėjančius pažinimo funkcijos pokyčius^{21, 23, 24}. Be to, ištirta, kad slaugytojų ir gydytojų atliekamo kognityvinių sutrikimų atpažinimo tikslumas yra panašus (atitinkamai 42 proc. ir 48 proc.)²⁵. Dažniausiai fiksuojami požymiai – naujos informa-

- 21 E. Zhao ir kt., „Detecting and managing cognitive impairment in cardiac patients: insights from qualitative interviews with nurses“, *Contemporary Nurse* 60, 6 (2024): 1–13, DOI: 10.1080/10376178.2024.2415896.
- 22 J. Manthorpe ir S. Iliffe, „Timely recognition of dementia: community nurses' crucial roles“, *Br J Community Nurs* 12, 2 (2007): 74–76, DOI: 10.12968/bjcn.2007.12.2.22818.
- 23 C. Gibson ir kt., „General practice nurse perceptions of barriers and facilitators to implementation of best-practice dementia care recommendations - a qualitative interview study“, *BMC Prim Care* 25, 1 (2024): 147, DOI: 10.1186/s12875-024-02401-9.
- 24 M. R. Steis ir kt., „Licensed Nurse and Nursing Assistant Recognition of Delirium in Nursing Home Residents With Dementia“, *Ann Longterm Care* 23, 10 (2015): 15–20.
- 25 F. C. W. Visser ir kt., „Recognition of cognitive dysfunction in hospitalised older patients: a flash mob study“, *BMC Geriatr.* 24, 1 (2024): 66, DOI: 10.1186/s12877-023-04588-5.

cijos įsiminimo sunkumai, pasikartojantis pasakojimas, kalbos ir kalbėjimo problemos²⁶, taip pat dažnas užmaršumas ir trumpalaikės atminties praradimas²⁷. Šio tyrimo rezultatai tai patvirtina: dominuoja trumpalaikės atminties sutrikimai, mąstymo, elgesio, nuotaikos, orientacijos ir kasdienės veiklos pokyčiai.

Kognityvinį vertinimą slaugytojai dažniausiai pradeda tik tuomet, kai kyla įtarimų. Tokiu atveju naudojami integruoti klausimynai ar orientaciniai klausimai – siekiant patvirtinti įtarimą, bet ne profilaktinei ar periodinei patikrai²⁵. Šio tyrimo rezultatai panašūs: slaugytojai naudojo integruotus klausimynus (MMSE ir Adenbruke) ir orientacinius klausimus siekdami patvirtinti įtarimus, bet ne periodiniam kognityvinių funkcijų tikrinimui. Reikšmingu informacijos šaltiniu laikomi artimųjų pastebėjimai, nes jie pacientą stebi nuolat²⁸. Šiame tyrime nustatyta, kad slaugytojai, išryškėjus slaugomo asmens pažinimo funkcijos pokyčių, taip pat pirmiausia kreipdavosi į artimuosius, kad galėtų pagrįsti ir patvirtinti įtarimus.

Įtarę kognityvinį sutrikimą, kitose šalyse slaugytojai pirmenybę teikia siuntimams į er-goterapeuto ar psichologo konsultacijai²⁰, pas neurologą arba šeimos gydytoją, kai kuriais atvejais – siuntimui į tyrimų centrą²⁹. Šio tyrimo rezultatai rodo, kad slaugytojai apie įtarimus informuodavo paciento šeimos gydytoją ir neskirdavo siuntimų pas kitus PSP specialistus, tikėtina, dėl galiojančių medicinos normų ir tiek BPS, tiek išplėstinės praktikos slaugytojo (IPS) kompetencijų ribojimų, neapimančių siuntimų išdavimo^{30, 31}. Vis dėlto tarptautiniai duomenys rodo, kad tolesnės priemonės turėtų apimti detalesnį vertinimą, priežiūros strategijų koregavimą ir paciento saugumo užtikrinimą²⁰, o slaugos planavimas dažnai orientuojamas į pažinimo funkcijų gerinimą²⁷. Taip pat svarbus nuolatinis būklės stebėjimas²⁸. Šio tyrimo duomenys šiuo aspektu sutampa.

Ne visi kognityviniai sutrikimai yra atpažįstami, nes vertinimas dažnai grindžiamas individualiomis žiniomis ir patirtimi²⁷. Žinių trūkumas lemia klaidingą požymių priskyrimą „natūraliam senėjimui“ ir tolesnio ištyrimo atidėjimą^{20, 25, 26, 32}. Literatūroje pabrėžiamas

26 E. Zhao ir kt., „Current Practices and Attitudes of Cardiac Nurses Regarding Cognitive Screening in Patients With Acute Coronary Syndrome“, *Heart Lung Circ.* 33, 7 (2024): 1050–1057, DOI: 10.1016/j.hlc.2024.01.017.

27 S. Brunton ir kt., „Perspectives of patients, care partners, and primary care physicians on management of mild cognitive impairment and mild Alzheimer’s disease dementia“, *Postgrad Med.* 135, 5 (2023): 530–538, DOI: 10.1080/00325481.2023.2217025.

28 A. L. B. Hanifa ir kt., „Nurses’ experiences of managing cognitive problems in intensive care unit patients: A qualitative study“, *Intensive Crit Care Nurs.* 79 (2023): 103508, DOI: 10.1016/j.iccn.2023.103508.

29 J. Scott ir A. M. Mayo, „Instruments for detection and screening of cognitive impairment for older adults in primary care settings: A review“, *Geriatr Nurs.* 39, 3 (2018): 323–329, DOI: 10.1016/j.gerinurse.2017.11.001.

30 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2019 „Bendrosios praktikos slaugytojas“ patvirtinimo“, 2011 m. birželio 8 d., Nr. V-591, galiojanti suvestinė redakcija nuo 2025-05-17 iki 2025-12-31, LRS, <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.401304/asr>.

31 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 160:2017 „Išplėstinės praktikos slaugytojas“ patvirtinimo“, 2017 m. liepos 7 d., Nr. V-852, LRS, <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/96b1d63166cf11e7a53b83ca0142260e>.

32 M. Sagbakken, R. S. Spilker ir T. R. Nielsen, „Dementia and immigrant groups: a qualitative study of challenges related to identifying, assessing, and diagnosing dementia“, *BMC Health Serv Res.* 18, 1 (2018): 910, DOI: 10.1186/s12913-018-3720-7.

nuoseklaus švietimo ir aiškių gairių poreikis (ypač PSP slaugytojams)^{33, 34}, o edukacija, kaip rodo duomenys, bent iš dalies pagerina atpažinimą³⁵. Šio tyrimo dalyviai vienareikšmiškai įvardijo mokymų (ypač apie ankstyvuosius demencijos simptomus) būtinybę – tai neprieštarauja turimiems įrodymams.

Veiklą apsunkina neaiškūs protokolai ir integruotų vertinimo priemonių trūkumas^{20, 25, 27, 28}. Praktikoje daugiausia dėmesio skiriama fiziologiniams poreikiams (saugai, higienai)²⁰,^{27, 36}, o pažinimo funkcijų vertinimas suvokiamas kaip papildomas, „popierizmui“ prilyginamas krūvis²⁵. Taip pat stokojama informacijos apie diagnostines priemones³¹. Prie vėluojančio reagavimo prisideda paciento neigimas, baimė dėl diagnozės ir stigminis šeimos požiūris^{21, 26, 31}; vertinimą namų aplinkoje komplikuoja artimųjų atsakymai paciento vardu. Situaciją pablogina nepakankamas keitimasis informacija sveikatos priežiūros grandinėje ir silpnas tarpdisciplininis bendradarbiavimas – tai atsispindi ir *šiamo tyrimo*³¹.

Išvados

1. Reguliarus slaugytojo paslaugų teikimas paciento namuose sudaro sąlygas laiku pastebėti demencijos požymius – atminties, mąstymo, elgesio, nuotaikos, orientacijos ir kasdienės veiklos pokyčius, kurie lemia tolesnį priežiūros organizavimą ir pritaikymą paciento poreikiams.
2. Kognityvinių sutrikimų identifikavimas leidžia slaugytojui organizuoti individualizuotą priežiūrą, aktyviai įtraukiant artimuosius ir tarpdisciplininę komandą, kad būtų užtikrinamas tęstinumas ir visapusiška pagalba pacientui.
3. Žinių apie ankstyvąją demencijos simptomatiką stoka, vertinimo priemonių trūkumas, stigminis artimųjų požiūris ir nepakankamas tarpdisciplininis bendradarbiavimas apsunkina slaugytojų dalyvavimą ankstyvo demencijos atpažinimo procese.

Rekomendacijos

1. Slaugytojams, teikiantiems paslaugas namuose, rekomenduojama reguliariai ir nuosekliai stebėti paciento kognityvines funkcijas, taikant standartizuotas vertinimo priemones (pvz., MMSE, Adenbruke), kad demencijos požymiai būtų pastebėti

33 J. Manthorpe, S. Iliffe ir A. Eden, „The implications of the early recognition of dementia for multiprofessional teamworking“, *Dementia* 2, 2 (2003): 163–179, DOI: 10.1177/1471301203002002003.

34 C. Jenkins, L. Ginesi ir B. Keenan, *Dementia Care at a Glance* (first edition, The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex, UK: John Wiley & Sons, 2016), 26–27.

35 C. Abley ir kt., „Training interventions to improve general hospital care for older people with cognitive impairment: systematic review“, *Br J Psychiatry* 214, 4 (2019): 201–212, DOI: 10.1192/bjp.2019.29.

36 K. K. Karungi ir kt., „Lay Health Workers in Community-Based Care and Management of Dementia: A Qualitative ‘Pre’ and ‘Post’ Intervention Study in Southwestern Uganda“, *Biomed Res Int.* (2022): 9443229, DOI: 10.1155/2022/9443229.

ankstyvoje stadijoje ir būtų galima pritaikyti tolesnį priežiūros planą pagal individualius poreikius.

2. Slaugytojams įtarus kognityvinius sutrikimus ar demenciją, organizuoti pacientui individualizuotą priežiūrą, aktyviai įtraukiant artimuosius ir tarpdisciplininę komandą, užtikrinant informacijos perdavimą ir priėmimą.
3. Slaugytojams siekti plėsti žinias dalyvaujant mokymuose, kurių turinį sudarytų temos, susijusios su kognityvinių sutrikimų ir demencijos ankstyvųjų simptomų apžinimu ir tam skirtą vertinimo priemonių naudojimu.

Literatūros sąrašas

1. Alzheimer's association. „2019 Alzheimer's Disease Facts and Figures“. *Alzheimer's & Dementia* 15, 3 (2019): 321–387. DOI: 10.1016/j.jalz.2019.01.010.
2. Abley, C., C. Dickinson, Z. Andrews, L. Prato, L. Lindley ir L. Robinson. „Training interventions to improve general hospital care for older people with cognitive impairment: systematic review“. *Br J Psychiatry* 214, 4 (2019): 201–212. DOI: 10.1192/bjp.2019.29.
3. Aldus, C. F., A. Arthur, A. Dennington-Price, P. Millac, P. Richmond, T. Dening, C. Fox, F. E. Matthews ir kt. *Undiagnosed dementia in primary care: a record linkage study* (Southampton (UK): NIHR Journals Library, 2020). DOI: 10.3310/hsdr08200.
4. Bian, X., J. Wang ir J. Wang. „Translation and psychometric testing of the sense of competence in Dementia Care Staff Scale in Chinese amongst dementia care staff in nursing homes of China“. *BMC Geriatr.* 23, 1 (2023): 158. DOI: 10.1186/s12877-023-03845-x.
5. Blaževičienė, A., L. Spirgienė, O. Riklikienė ir A. Vaškelytė. *Slaugos mokslinių tyrimų duomenų sklaida* (2-oji pataisyta ir papildyta laida, Kaunas: LSMU Leidybos namai, 2018).
6. Brunton, S., J. J. Pruzin, S. Alford, C. Hamersky, A. Sabharwal ir G. Gopalakrishna. „Perspectives of patients, care partners, and primary care physicians on management of mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease dementia“. *Postgrad Med.* 135, 5 (2023): 530–538. DOI: 10.1080/00325481.2023.2217025.
7. Butler, R., M. Monsalve, G. W. Thomas, T. Herman, A. M. Segre, P. M. Polgreen ir M. Suneja. „Estimating Time Physicians and Other Health Care Workers Spend with Patients in an Intensive Care Unit Using a Sensor Network“. *Am J Med.* 131, 8 (2018): 972.e9-972.e15. DOI: 10.1016/j.amjmed.2018.03.015.
8. „Dementia“. World Health Organization. 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.
9. „Dementia“. World Health Organization. 2021. <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/dementia>.
10. Frost, R., G. Rait, S. Aw, G. Brunskill, J. Wilcock, L. Robinson, M. Knapp, N. Hogan ir kt. „Implementing post diagnostic dementia care in primary care: a mixed-methods systematic review“. *Aging Ment Health.* 25, 8 (2021): 1381–1394. DOI: 10.1080/13607863.2020.1818182.
11. Gaižauskaitė, I. ir N. Valavičienė. *Socialinių tyrimų metodai: kokybinis interviu* (Vilnius: Registrų centras, 2016).
12. Gauthier, S., P. Rosa-Neto, J. A. Morais ir C. Webster. *World Alzheimer Report 2021: Jour-*

- ney through the diagnosis of dementia (London, England: Alzheimer's Disease International, 2021).
13. Gibson, C., D. Goeman, D. Pond, M. Yates ir A. Hutchinson. „General practice nurse perceptions of barriers and facilitators to implementation of best-practice dementia care recommendations - a qualitative interview study“. *BMC Prim Care* 25, 1 (2024): 147. DOI: 10.1186/s12875-024-02401-9.
 14. Hanifa, A. L. B., A. B. Alrø, A. Holm ir P. Dreyer. „Nurses' experiences of managing cognitive problems in intensive care unit patients: A qualitative study“. *Intensive Crit Care Nurs.* 79 (2023): 103508. DOI: 10.1016/j.iccn.2023.103508.
 15. Jenkins, C., L. Ginesi ir B. Keenan. *Dementia Care at a Glance* (first edition, The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex, UK: John Wiley & Sons. 2016).
 16. Karungi, C. K., E. K. Wakida, G. Z. Rukundo, Z. M. Talib, J. E. Haberer ir C. Obua. „Lay Health Workers in Community-Based Care and Management of Dementia: A Qualitative 'Pre' and 'Post' Intervention Study in Southwestern Uganda“. *Biomed Res Int.* (2022): 9443229. DOI: 10.1155/2022/9443229.
 17. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų ir šių paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. 2007 m. gruodžio 14 d., Nr. V-1026. Galiojanti suvestinė redakcija nuo 2025-07-01. LRS. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.311861/asr>.
 18. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2019 „Bendrosios praktikos slaugytojas“ patvirtinimo“. 2011 m. birželio 8 d., Nr. V-591. Galiojanti suvestinė redakcija nuo 2025-05-17 iki 2025-12-31. LRS. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.401304/asr>.
 19. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 160:2017 „Išplėstinės praktikos slaugytojas“ patvirtinimo“. 2017 m. liepos 7 d., Nr. V-852. LRS. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/96b1d63166cf1e7a53b83ca0142260e>.
 20. Lim, W. M. „What Is Qualitative Research? An Overview and Guidelines“. *Australasian Marketing Journal* 33, 2 (2024). DOI: <https://doi.org/10.1177/14413582241264619>.
 21. Livingston, G., A. Sommerlad, V. Orgeta, S. G. Costafreda, J. Huntley, D. Ames, C. Ballard, S. Banerjee ir kt. „Dementia prevention, intervention, and care“. *Lancet* 390, 10113 (2017): 2673–2734. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)31363-6.
 22. Manthorpe, J. ir S. Iliffe. „Timely recognition of dementia: community nurses' crucial roles“. *Br J Community Nurs.* 12, 2 (2007): 74–76. DOI: 10.12968/bjcn.2007.12.2.22818.
 23. Manthorpe, J., S. Iliffe ir A. Eden. „The implications of the early recognition of dementia for multiprofessional teamworking“. *Dementia* 2, 2 (2003): 163–179. DOI: 10.1177/1471301203002002003.
 24. McLeod, S. „Phenomenology In Qualitative Research“. *Simply Psychology* (2024). DOI: 10.13140/RG.2.2.25457.90725.
 25. Patton, M. Q. *Qualitative research & evaluation methods: integrating theory and practice* (fourth edition, Thousand Oaks, California: SAGE publications, 2015).
 26. Sagbakken, M., R. S. Spilker ir T. R. Nielsen. „Dementia and immigrant groups: a qualitative study of challenges related to identifying, assessing, and diagnosing dementia“. *BMC Health Serv Res.* 18, 1 (2018): 910. DOI: 10.1186/s12913-018-3720-7.
 27. Schwarzkopf, L., P. Menn, R. Leidl, S. Wunder, H. Mehlig, P. Marx, E. Graessel ir R. Holle.

- „Excess costs of dementia disorders and the role of age and gender - an analysis of German health and 57 long-term care insurance claims data“. *BMC Health Serv Res.* 12 (2012): 165. DOI: 10.1186/1472-6963-12-165.
28. Scott, J. ir A. M. Mayo. „Instruments for detection and screening of cognitive impairment for older adults in primary care settings: A review“. *Geriatr Nurs.* 39, 3 (2018): 323–329. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2017.11.001.
29. Sergančių asmenų skaičius pagal diagnozių grupes. Higienos institutas. 2024. https://stat.hi.lt/default.aspx?report_id=168.
30. Sodri, N. I., M. S. Mohamed-Yassin, M. Mohamad ir N. Baharudin. „Confidence in Dementia Management and Its Associated Factors among Primary Care Doctors in Malaysia“. *Int J Environ Res Public Health* 19, 16 (2022). DOI: 10.3390/ijerph19169995.
31. Steis, M. R., L. Behrens, E. M. Colancecco, J. Mogle, P. M. Mulhall, N. L. Hill, D. M. Fick ir A. M. Kolankowski. „Licensed Nurse and Nursing Assistant Recognition of Delirium in Nursing Home Residents With Dementia“. *Ann Longterm Care* 23, 10 (2015): 15–20.
32. Visser, F. C. W., M. E. A. van Eersel, L. Hempenius, N. A. Verwey, C. Band, J. M. van der Bol, K. Boudestein, S. C. van Dijk ir kt. „Recognition of cognitive dysfunction in hospitalised older patients: a flash mob study“. *BMC Geriatr.* 24, 1 (2024): 66. DOI: 10.1186/s12877-023-04588-5.
33. Zhao, E., J. Bloomfield, N. Lowres ir R. Gallagher. „Detecting and managing cognitive impairment in cardiac patients: insights from qualitative interviews with nurses“. *Contemp Nurse* 60, 6 (2024): 1–13. DOI: 10.1080/10376178.2024.2415896.
34. Zhao, E., N. Lowres, J. Bloomfield, J. Weddell, G. Tofter ir R. Gallagher. „Current Practices and Attitudes of Cardiac Nurses Regarding Cognitive Screening in Patients With Acute Coronary Syndrome“. *Heart Lung Circ.* 33, 7 (2024): 1050–1057. DOI: 10.1016/j.hlc.2024.01.017.
35. Zolnoori, M., Y. Barrón, J. Song, J. Noble, J. Burgdorf, M. Ryvicker ir M. Topaz. „HomeAD-Screen: Developing Alzheimer’s disease and related dementia risk identification model in home healthcare“. *Int J Med Inform.* 177 (2023). DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2023.105146.

THE ROLE OF HOME CARE NURSES IN SUSPECTING DEMENTIA IN PATIENTS: AN ANALYSIS OF EXPERIENCES

Adelė Mikėnaitė

Primary Healthcare Facility (Public Institution)

Renata Šturienė

Primary Healthcare Facility (Public Institution)

Marius Čiurlionis

Vilnius University

Natalja Istomina

Mykolas Romeris University

Summary

Dementia is now understood not only as a neurological disorder, but also as a global long-term healthcare challenge that affects patient safety and quality of life. In Lithuania, approximately 43,000 cases of dementia were diagnosed in 2024, but up to 75% of them remain undiagnosed. Early detection of dementia allows for care planning, reduces the risk of complications, and improves the patient's cognitive functions. Nurses working in primary health care who provide home care services become an important link in early diagnosis due to their constant contact with patients. This article analyzes the experience of nurses in the home care process when they suspect possible signs of dementia or cognitive impairment. The aim of the study is to reveal the experiences of nurses providing home care when dementia is suspected in patients during the home care process.

The study was conducted using a qualitative phenomenological methodology focused on the subjective experiences of nurses providing home care. Data were collected in February–March 2025 using semi-structured in-depth interviews (n=10), applying targeted selection and the snowball method. Qualitative content analysis was used for data analysis.

The results revealed three key themes: (1) recognition of signs of cognitive impairment in the home environment – caregivers most often identify changes in memory, thinking, behavior, mood, orientation, and daily activities, based on observations made by relatives, and use orientation questions and integrated questionnaires such as the Mini-Mental State Examination or the Adendruk scale as a mini-assessment of mental status; (2) actions taken by nurses when dementia is suspected – informing the family doctor, documenting, adjusting the frequency of visits, ensuring a safe environment, and educating relatives; (3) Challenges – lack of time, lack of knowledge, lack of assessment tools, stigmatized attitudes of relatives, and lack

of interdisciplinary communication.

The study confirms the importance of the role of nurses in the early diagnosis of dementia and reveals the need to standardize assessment protocols, strengthen interdisciplinary cooperation, and integrate training on the early symptoms of dementia.

Keywords: *cognitive impairment, dementia, early symptoms of dementia, nurse, home health care services.*

PACIENTŲ ELGSENA – REFORMŲ REZULTATYVUMO INDIKATORIUS

Ilona Ogurcova

Mykolas Romeris universitetas
Viešojo valdymo ir verslo fakultetas
Sveikatos tyrimų laboratorija
Ateities g. 20, LT-08303, Vilnius, Lietuva
Elektroninis paštas: iogurcova@mrui.eu

DOI: 10.13165/SPV-25-12-1-03

Santrauka

Šiame straipsnyje pristatomos 2024 metais atlikto reprezentatyvaus sociologinio tyrimo apie pacientų elgesį, įpročius, lūkesčius ir pasirinkimus Lietuvos nacionalinėje sveikatos priežiūros sistemoje (LNSS) išvados. Tyrimo tikslas – suprasti, kaip asmenys suvokia sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir organizavimą reformų ir popandeminių iššūkių kontekste. Išvados rodo, kad dauguma gyventojų, per pastaruosius trejus metus naudojęsi sveikatos priežiūros paslaugomis, susidūrė su problemomis, ypač COVID-19 pandemijos metu. Pirminė sveikatos priežiūra yra patikimiausia, tačiau antrinėje ambulatorinėje priežiūroje kyla daug kliūčių. Tyrimas pabrėžia, jog tenkinant pacientų poreikius reikia geriau koordinuotų, skaidresnių ir labiau integruotų paslaugų.

Reikšminiai žodžiai: *pacientų elgsena, gyvenimo eigos sveikata, sveikatos politikos formavimas, pacientų įtraukimas, socialinių ryšių poveikis sveikatai.*

Metodai

Reprezentatyvi internetinė ir telefoninė 1000 respondentų apklausa Lietuvoje atlikta 2024 m. birželio–liepos mėnesiais. Imtis atspindi Lietuvos gyventojus proporcingai pagal gyvenamąją vietą įvairiose savivaldybėse, lytį ir amžiaus grupes su minimaliu 95 proc. patikimumo intervalu ir 3 proc. paklaida. Internetinė apklausa: pacientų amžius: 18–65 m., N = 872. Telefoninė apklausa: pacientų amžius: 66–85 m./val., N = 128. Anketą sudarė 29

klausimai, suskirstyti į 6 kategorijas pagal temas: 1) bendroji socialinė ir demografinė; 2) sveikatos priežiūros paslaugų (SPP) naudojimo patirtis; 3) pacientų lūkesčių laikymasis; 4) paslaugų prieinamumas ir kokybė, pacientų nustatytos problemos; 5) paciento elgesys, gydytojų ir pacientų bendradarbiavimas; 6) bendras SPP įvertinimas per trejus metus.

Rezultatai

Per pastaruosius trejus metus sveikatos priežiūros paslaugomis naudojosi 99 proc. Lietuvos gyventojų, tačiau 47 proc. respondentų pandemijos metu susidūrė su problemomis gaudami SPP. Pacientai labiausiai naudojami ir yra patenkinti pirmine sveikatos priežiūra (PSP) (68 proc.), pasitiki tretinio lygio sveikatos priežiūros įstaigomis (69 proc.), fizine aplinka ir PSP įstaigų vieta (atitinkamai 79 proc. ir 75 proc.). Finansinis SPP prieinamumas pandemijos metu pablogėjo (patenkinti tik 40 proc. respondentų). Gydytojo specialistų laukimo laikas yra per ilgas: 71 proc. laukia mėnesį ar ilgiau. Tik 49 proc. pacientų patenkinti informacijos prieinamumu pandemijos metu, o 45 proc. – paslaugų organizavimu PSP įstaigose. Kaip problemą, jog institucijos nepakankamai bendradarbiauja, minėjo 41 proc. respondentų. Dauguma (71 proc.) pacientų naudojo tik viešojo sektoriaus įstaigų teikiamomis SPP.

Išvados

COVID-19 pandemija turėjo įtakos sveikatos sistemos prieinamumui ir kokybei Lietuvoje, kaip ir kitose šalyse. Ankstyvam sveikatos sistemos reformos, kuri pradėta pandemijos metu, vertinimui didelės įtakos turėjo problemos, su kuriomis LNSS susidūrė popandeminiu laikotarpiu: kadangi ilgą laiką SPP buvo neprieinamos, išaugo paslaugų poreikis, kilo finansinio prieinamumo ir registracijos pas gydytojus problemų, dėl kurių visuomenės pasitenkinimas SPP mažėjo.

Kalbant apie Lietuvos nacionalinę sveikatos priežiūros sistemą, PSP šalyje sėkmingai vystosi. Antrinė ambulatorinė sveikatos priežiūros sistema (SPS) šiame etape susiduria su didžiausiais iššūkiais tiek dėl specialistų prieinamumo, tiek dėl paslaugų kokybės vertinimo. Efektyvesnio ligoninių tinklo kūrimas neturėjo neigiamų pasekmių.

Pacientai gali daryti įtaką sistemai dalyvaudami ne tik priimant sprendimus kaip suinteresuotieji subjektai, bet ir teikdami vertingos informacijos apie savo patirtį, kuri labai svarbi politikos formuotojams ir viešosios politikos vykdytojams.

Raktiniai žodžiai: *orientacija į pacientą, vertybėmis pagrįsta sveikatos priežiūra, tvarumas, pacientų įpročiai, lūkesčiai, sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir vadyba.*

Įvadas

Pastaraisiais dešimtmečiais pasaulinės SPS susidūrė su daugybe iššūkių: nuo prieinamumo problemų iki finansavimo spragų ir poreikio neatidėliotinai kurti tvarius, pritaikomus ir lanksčius modelius¹. Reaguodamos į tai daugelis šalių taikė įvairias naujoves, pradėdamos nuo telemedicinos² integruotoje priežiūroje³ ar kitokių naujų vertybėmis grindžiamų sveikatos priežiūros (angl. *Value-Based Health Care (VBHC)*) metodų ar koncepcijų, pagal kurias pirmenybė teikiama pacientų gydymo rezultatams, taip siekdamas gerinti SPP kokybę, prieinamumą ir bendrą paslaugos vertę pacientui⁴. Šie metodai atitinka geriausią pasaulinę praktiką ir rodo, kad sutelkus dėmesį į pacientų poreikius pagerėja SPP kokybė ir dažnai sumažėja išlaidos per visą priežiūros ciklą. Toks į pacientą orientuotas dėmesys tiesiogiai prisideda prie geresnės sveikatos priežiūros kokybės ir prieinamumo⁵.

Analizuojant SPP sistemos struktūrą svarbu atsižvelgti ne tik į teikiamas paslaugas, bet ir į tai, kaip pacientai naudoja sistemą, formuojasi jų elgsena, ypač susidūrus su kliūtimis.

Mykolo Romerio universiteto Sveikatos tyrimų laboratorijoje periodiškai vykdomas tęstinis pacientų nuomonės tyrimas. Vertinama jų nuomonė apie paslaugų vartojimą, kokybę ir prieinamumą. Taip nuolat tiriamas Lietuvos sveikatos priežiūros reformų poveikis, vertinami visuomenės įpročiai, lūkesčiai ir nuomonė apie SPS kokybę ir prieinamumą^{6,7}. Pagrindiniai tyrimo klausimai yra šie: kaip pacientai naudoja SPP; koks yra jų pasitikėjimas ir pasitenkinimas sveikatos priežiūros sistema; kokių lūkesčių turi pacientai dėl SPP kokybės ir prieinamumo.

- 1 Martin Powell and Russell Mannion, „Modelling the Health Policy Process: One Size Fits All or Horses for Courses?“ *International Journal of Health Policy and Management* 12, no. 1 (2023): 1–5, <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2022.7580>; Vaida Servetkienė, Danguolė Jankauskienė, and Ilona Ogurcova, „Experience of the Lithuanian Population in Accessing Healthcare Services“, *Visuomenės sveikata* 1, no. 96 (2021): 40–53; Danguolė Jankauskienė, „Health Reform in Lithuania for the Value to the Patient“, *Medicine and Law* 42, no. 3 (2023): 531–538, <https://cris.mruni.eu/cris/entities/publication/a6dc0cd0-1904-47ea-a634-4b98d196db78>.
- 2 OECD Health Policy studies, *The COVID-19 Pandemic and the Future of Telemedicine* (OECD Publishing, Paris, 2023 m.), https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-covid-19-pandemic-and-the-future-of-telemedicine_ac8b0a27-en.
- 3 OECD ir European Commission, *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*, Health at a Glance: Europe (OECD, 2024 m.), <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>.
- 4 „Innovative Providers’ Payment Models for Promoting Value-Based Health Systems“, OECD, 2023 m. balandžio 2 d., https://www.oecd.org/en/publications/innovative-providers-payment-models-for-promoting-value-based-health-systems_627fe490-en.html.
- 5 Robert S. Kaplan ir Michael E. Porter, „How to Solve the Cost Crisis in Health Care“, *Harvard Business Review* 89, nr. 9 (2011 m.): 46–52, 54, 56–61 passim.
- 6 Danguolė Jankauskienė ir kt., *Pacientų įtraukties instrumentai sveikatos priežiūros paslaugų kokybei gerinti: Monografija* (Księgarnia Akademicka Publishing, 2023 m.), <https://doi.org/10.12797/9788381389501>; Servetkienė ir kt., „Experience of the Lithuanian population in accessing healthcare services“, Ilona Ogurcova ir kt., „KAIP DEŠIMTMEČIO SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖS POLITIKA IR PRIEINAMUMAS KURIA VERTĘ PACIENTUI“, *VISUOMENĖS SVEIKATA*, nr. 2 (2023 m.): 42–48.
- 7 „State of Health in the EU Lithuania Country Health Profile 2021“, žiūrėta 2024 m. spalio 27 d., https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_lt_english.pdf.

Pacientų elgsenos svarba

Pacientų elgsena turi įtakos sveikatos sistemos vystymuisi, sveikatos politikos formavimui ir įgyvendinimui. Pavyzdžiui, tyrimais nustatyta, kad pacientai, susidūrę su kalbos barjerais, patiria įvairių neigiamų pasekmių, pavyzdžiui, nesilaiko gydymo režimo, patiria didesnių gydymo išlaidų ir jų netenkina SPP⁸. Tai rodo, kad pacientų elgsena gali būti paveikta ne tik paslaugų kokybės, bet ir jų gebėjimo bendrauti su sveikatos priežiūros specialistais. Daugiadalykinės sveikatos priežiūros komandos nariai identifikuoja socialinius veiksnius, pavyzdžiui, finansinius sunkumus ir gyvenimo sąlygas, kurie trukdo pacientams aktyviai dalyvauti SPS⁹. Pacientai dažnai jaučiasi nesaugūs ir nepasitiki sveikatos sistema, tai gali lemti jų pasyvumą ir neigiamą požiūrį į gydymą¹⁰. Kitas tyrimas, nagrinėjantis etninių mažumų pacientų patirtis, atskleidė, kad kultūrinės stigos ir komunikacijos barjerai taip pat turi didelę įtaką pacientų elgsenai, kai jiems reikia medicinos paslaugų¹¹. Pacientai gali nesikreipti pagalbos, nes nežino, į ką kreiptis, arba bijoti, kad jiems nebus suteikta tinkama (jų vertinimu) pagalba¹². Galiausiai pacientams, turintiems ilgalaikių COVID-19 simptomų, dažnai trūksta informacijos ir jie nesugeba rasti tinkamų paslaugų, dėl to jų prieiga prie sveikatos priežiūros dar keblesnė¹³.

Šie aspektai pabrėžia, kad analizuojant SPP kokybę ir prieinamumą būtina atsižvelgti į pacientų elgseną ir patirtis, šitaip galima geriau suprasti, kaip spręsti problemas ir šalinti prieinamumo kliūtis.

Tiek klasikinės, tiek šiuolaikinės elgesio teorijos svarbios analizuojant pacientų elgseną sveikatos sistemoje. Pavyzdžiui, SPUR modelis, kuris remiasi Ajzeno planinio elgesio teorija, apima socialinius, psichologinius, naudojimo ir racionalius aspektus, kurie padeda suprasti pacientų elgsenos rizikas ir veiksnius¹⁴. Šis modelis gali būti naudingas kuriant interaktyvias skaitmenines programas pacientams, sergantiems lėtinėmis ligomis, ir pritaikant intervencijas pagal individualius poreikius. Be to, elgesio ekonomikos požiūriu, ypač Kahnemano ir Tverskio pasiūlyta perspektyvos teorija, gali paaiškinti, kodėl pacientai,

8 Amanti Baru Olani, Ararso Baru Olani, Takele Birhanu Muleta, Dame Habtamu Rikitu, and Kusa Gemedisa Disassa, „Impacts of Language Barriers on Healthcare Access and Quality among Afaan Oromoo-Speaking Patients in Addis Ababa, Ethiopia“, *BMC Health Services Research* 23 (2023): 39, <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09036-z>.

9 Rhea E. Powell ir kt., *A Qualitative Analysis of Interprofessional Healthcare Team Members Perceptions of Patient Barriers to Healthcare Engagement*, BioMed Central, 2016 m., <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1751-5>.

10 Powell ir kt., *A Qualitative Analysis of Interprofessional Healthcare Team Members Perceptions of Patient Barriers to Healthcare Engagement*.

11 Anna Robinson ir kt., „A Qualitative Exploration of the Barriers and Facilitators Affecting Ethnic Minority Patient Groups When Accessing Medicine Review Services: Perspectives of Healthcare Professionals“, *Health Expectations* 25, nr. 2 (2022 m.): 628–38, <https://doi.org/10.1111/hex.13410>.

12 Iris M. Brus ir kt., *Self-Perceived Barriers to Healthcare Access for Patients with Post COVID-19 Condition*, Research, BioMed Central, 2024 m., 1–16, <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11488-w>.

13 Brus ir kt., *Self-Perceived Barriers to Healthcare Access for Patients with Post COVID-19 Condition*.

14 Kevin Dolgin, „The SPUR Model: A Framework for Considering Patient Behavior“, *Patient Preference and Adherence* Volume 14 (2020 m. sausio): 97–105, <https://doi.org/10.2147/PPA.S237778>.

sveikatos priežiūros teikėjai ir technologijų kompanijos priima arba atmeta naujas skaitmenines sveikatos technologijas. Ši teorija nagrinėja sprendimų priėmimo procesus, susijusius su rizika ir neapibrėžtumu, ir gali suteikti vertingų įžvalgų apie elgesio motyvus¹⁵.

Taip pat svarbu pažymėti, kad virtualios sveikatos bendruomenės gali turėti įtakos žmonių sveikatos sprendimams. Informacijos pasirinkimas ir įgijimas gali prognozuoti vakcinacijos ketinimus, o sveikatos įsitikinimai, pavyzdžiui, suvokiamas rimtumas ir pažeidžiamumas, tiesiogiai veikia šiuos ketinimus¹⁶.

Galiausiai medicinos studentų požiūrio į kainų svarstymą priimant klininius sprendimus tyrimas atskleidžia, kad įvairūs veiksniai (pavyzdžiui, žinių trūkumas apie kainas ir normatyviniai įsitikinimai) gali turėti įtakos pacientų elgsenai¹⁷. Tai rodo, kad praktikoje taikoma elgesio teorija gali padėti geriau suprasti pacientų elgseną sveikatos sistemoje ir formuoti vertingesnius pacientams sprendimus.

Lietuvoje gyventojai turi laisvę rinktis gydymo įstaigą, nepaisant jos steigėjo ir finansavimo šaltinių. Galimybė visuomenei gauti informaciją apie gydymo įstaigų teikiamų paslaugų kokybę ir jų vertę pacientui yra svarbus asmens teisės ir laisvės rinktis gydymo įstaigą užtikrinimas¹⁸. Kaip ir kitose šalyse, LNSS kuria socialinę vertę, skatindama pasitikėti valstybe ir stiprindama jos autoritetą, socialinę sanglaudą ir suteikdama piliečiams saugumą¹⁹. Ilgalaiškiam SPS tvarumui užtikrinti Lietuva daug dėmesio skiria veiklos stebėsenai ir pacientų patirties vertinimui, įtraukdama pacientus į sprendimų priėmimą²⁰. Šis požiūris skatina pasitikėti ir stiprina atsparumą SPS, padėdamas sistemos, reaguojančios į visuomenės poreikius ir reikalavimus, pagrindą. Nuolat vertinant sveikatos priežiūros kokybę, efektyvumą ir prieinamumą, siekiama užtikrinti, kad sveikatos priežiūros sistemos reformos atitiktų visuomenės lūkesčius ir tenkintų socialinius tvarios SPS poreikius.

Sveikatos paslaugų srityje taikoma biheviorizmo teorija taip pat gali reikšmingai paveikti tiek paslaugų kokybę, tiek jų prieinamumą. Supratę elgesio pokyčių teoriją sveikatos specialistai gali geriau suprasti pacientų elgesį, dėl to gali būti efektyviau prižiūrimi pacientai. Pavyzdžiui, transteorinis modelis, kuris analizuoja elgesio pokyčių etapus, gali

15 Waqas Ullah Khan ir kt., „Understanding Decision-Making in the Adoption of Digital Health Technology: The Role of Behavioral Economics’ Prospect Theory“, *Journal of Medical Internet Research* 24, nr. 2 (2022 m.): e32714, <https://doi.org/10.2196/32714>.

16 Xiaoting Xu ir kt., „Understanding the Health Behavior Decision-Making Process with Situational Theory of Problem Solving in Online Health Communities: The Effects of Health Beliefs, Message Credibility, and Communication Behaviors on Health Behavioral Intention“, *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18, Nr. 9 (2021 m.): 4488, <https://doi.org/10.3390/ijerph18094488>.

17 Emmanuel Tan ir kt., „But What If You Miss Something ...?: Factors That Influence Medical Student Consideration of Cost in Decision Making“, *BMC Medical Education* 23, Nr. 1 (2023 m.): 437, <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04349-3>.

18 Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas I-1562, priimtas 1996 m. spalio 3 d., <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.31932/asr>. No Reference

19 Gabriele Prati ir Cinzia Albanesi, „For Sake of Youth and for Sake of Policies and Programmes. Why Youth Participation Is a Right, a Requirement and a Value Comment on ‚Between Rhetoric and Reality: Learnings From Youth Participation in the Adolescent and Youth Health Policy in South Africa‘“, *International Journal of Health Policy and Management* 12 (2023 m. gegužės): 7890, <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2023.7890>.

20 „State of Health in the EU Lithuania Country Health Profile 2021“, žiūrėta 2024 m. spalio 27 d., https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_lt_english.pdf.

būti taikomas vyresnių žmonių kritimų prevencijai, taip prisidedant prie geresnės sveikatos paslaugų kokybės²¹. Be to, elgesio pokyčių teorijos gali būti naudingos kuriant ir vertinant skaitmenines priemones, kurios skatina elgesio pokyčius sveikatos srityje. Skaitmeninės priemonės, paremtos elgesio pokyčių valdymo technikomis, gali gerinti pacientų išitraukimą ir lemti geresnius rezultatus²². Tyrimai rodo, kad skaitmeniniai asistentai, pvz.: pokalbių robotai (angl. *chatbot*) ar kt., kurie remiasi elgesio pokyčių teorijomis, gali efektyviai teikti pagalbą pacientams, ypač tiems, kuriems trūksta sveikatos paslaugų²³. Svarbu pažymėti, kad elgesio pokyčių teorijos gali identifikuoti ir spręsti kliūtis, su kuriomis susiduria pažeidžiamos socialinės grupės, taip galima mažinti sveikatos netolygumus²⁴. Tai gali apimti ne tik individualius elgesio pokyčius, bet ir platesnį socialinį ir aplinkos kontekstą, kuris veikia sveikatos paslaugų prieinamumą.

Apibendrinant elgesio pokyčių teorijos sveikatos politikoje ir vadyboje gali teigiamai paveikti sveikatos paslaugų kokybę ir prieinamumą, skatinti efektyvesnę pacientų elgesio valdymą ir gerinti paslaugų teikimą.

Metodika

Internetinės ir telefoninės apklausos metodais siekta įvertinti, kaip SPS veikė iš pacientų perspektyvos tyrimo laikotarpiu, ir nustatyti, kiek šios paslaugos atitiko pacientų lūkesčius įvairiais sveikatos sistemos lygmenimis.

Empirinio tyrimo duomenų rinkimas

2024 m. birželio 21 d. – liepos 19 d., N = 1000 respondentų. Internetinė apklausa: pacientų amžius: 18–65 m., N = 872. Telefoninė apklausa: pacientų amžius: 66–85 m./o, N = 128. Telefoninė apklausa organizuota, nes tik pusė vyresnio amžiaus gyventojų naudoja internetu²⁵.

21 David A. Sleet ir Ann M. Dellinger, „Using Behavioral Science Theory to Enhance Public Health Nursing“, *Public Health Nursing* 37, nr. 6 (2020 m.): 895–99, <https://doi.org/10.1111/phn.12795>.

22 Susan Michie ir kt., „Developing and Evaluating Digital Interventions to Promote Behavior Change in Health and Health Care: Recommendations Resulting From an International Workshop“, *Journal of Medical Internet Research* 19, nr. 6 (2017 m.): e232, <https://doi.org/10.2196/jmir.7126>.

23 Laura Martinengo ir kt., „Conversational Agents in Health Care: Scoping Review of Their Behavior Change Techniques and Underpinning Theory“, *Journal of Medical Internet Research* 24, Nr. 10 (2022 m.): e39243, <https://doi.org/10.2196/39243>.

24 K. Slim ir kt., „Conceptual Innovation: 4P Medicine and 4P Surgery“, *Journal of Visceral Surgery* 158, Nr. 3S (2021 m.): S12–17, <https://doi.org/10.1016/j.jvisurg.2021.01.003>.

25 „Gyvenimas internete – Oficialiosios statistikos portalas“, žiūrėta 2025 m. vasario 1 d., <https://osp.stat.gov.lt/skaitmenine-ekonomika-ir-visuomene-lietuvoje-2022/skaitmenine-visuomene-ir-verslas/gyvenimas-internete>.

Tikslinė grupė

Respondentai atrinkti atstovauti Lietuvos gyventojams proporcingai pagal gyvenamąją vietą, lytį ir amžiaus grupes. Tyrimo reprezentatyvumas užtikrintas su minimaliu 95 proc. patikimumo intervalu ir 3 proc. paklaida, įtraukiant 1115 respondentų iš įvairių savivaldybių. Duomenų bylą sudarė visų respondentų, kurie pildė klausimynus, įskaitant atmetus dėl to, kad per pastaruosius trejus metus nesinaudojo sveikatos priežiūros įstaigomis, atsakymai. Tačiau prieš analizę diskvalifikuotų respondentų duomenys buvo pašalinti, analizuoti tik visiškai užpildyti klausimynai.

Iš 1000 respondentų buvo 561 moteris, 437 vyrai ir 2 asmenys, save įvardiję kaip kitą lytį (t. y. 56 proc. moterų, 44 proc. vyrų ir 0,2 proc. kitų). Imtyje buvo ne mažiau kaip 97 proc. reprezentatyvių pagal lytį ir amžių, palyginti su Lietuvos statistikos departamento 2023 metų duomenimis²⁶. Imties pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą vertintas pagal gyventojų skaičių, konkrečiai išskiriant penkis didžiausius Lietuvos miestus: Vilnių, Kauną, Klaipėdą, Šiaulius ir Panevėžį. Palyginti su Statistikos departamento 2023 m. duomenimis, imties reprezentatyvumas pagal gyvenamąją vietą sudarė ne mažiau kaip 99 proc.²⁷. Dauguma (95 proc.) tyrime dalyvavusių respondentų buvo apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu.

Anonimiškumas ir duomenų apsauga

Surinkti duomenys nesieti nei su internetinės, nei telefoninės apklausų asmens duomenimis. Tyrime nerinkti jokie asmens duomenys, o IP adresai nebuvo matomi, renkami ir saugomi. Duomenys analizuoti tik atliekant bendrą vertinimą.

Surinkti duomenys apdoroti ir analizuoti taikant kiekybinius metodus, kad išvados būtų tikslios ir patikimos. Apklausos klausimai sistemingai koduoti, kad būtų aiškesni ir atsekami tvarkant ir analizuojant duomenis. Kiekvienam klausimui priskirtas unikalus kodas (pvz., K10), kuris nuosekliai naudotas analizuojant duomenis ir pateikiant rezultatus diagramose ir lentelėse. Laikytasi nuostatos, kad imties dydžio, kai $30 < n < 50$ nepakanka statistiškai reikšmingoms išvadoms padaryti, o $n < 30$ imties dydis yra labai mažas, duomenys yra tik iliustraciniai. Statistiniai testai atlikti stebimų duomenų modelių reikšmei nustatyti „IBM SPSS Statistics 29“ programine įranga ir „MS Excel“ iš „Office 365 ProPlus“ paketo. P vertė pasitelkta kaip pagrindinis statistinio reikšmingumo matas, o p riba buvo $\leq 0,05$. Taigi rezultatai, kurių p vertė mažesnė arba lygi 0,05, laikyti statistiškai reikšmingais, o tai rodo mažesnę nei 5 proc. tikimybę, kad stebimi rezultatai atsirado atsitiktinai. Rezultatai, kurie neatitiko šios statistinio reikšmingumo ribos ($p > 0,05$), toliau neanalizuoti.

26 „Rodiklių duomenų bazė – Oficialiosios statistikos portalas“, 2025 m., https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?hash=b1d86184-66ec-4931-be13-eaff3c3ca54d#.

27 „Gyvenimas internete – Oficialiosios statistikos portalas“, žiūrėta 2025 m. vasario 1 d., <https://osp.stat.gov.lt/skaitmenine-ekonomika-ir-visuomene-lietuvoje-2022/skaitmenine-visuomene-ir-verslas/gyvenimas-internete>.

Tyrimo instrumentas (anketa)

Apklauskos instrumento anketa sudaryta taip, kad respondentai įvertintų ne tik savo, bet ir šeimos narių (pvz., nepilnamečio vaiko ar kito globojamo asmens) patirtį bendraujant su sveikatos priežiūros įstaigomis. Klausimynas struktūrizuotas taip, kad galima būtų atskleisti pacientų įpročius, reakcijas (atskleidžiančias pasitikėjimą SPS ir pasitenkinimą SPP) ir sprendimų priėmimo modelius. Tyrimo imtis nustatyta pagal pacientų, kurie per pastaruosius trejus metus gavo SPP, demografinius rodiklius.

Anketą sudarė 29 klausimai, suskirstyti į 6 grupes pagal temas: 1) bendroji socialinė ir demografinė; 2) SPP naudojimo patirtis; 3) pacientų lūkesčių tenkinimas; 4) paslaugų prieinamumas ir kokybė, pacientų nustatytos problemos; 5) paciento elgesys, gydytojų ir pacientų bendradarbiavimas; 6) bendras SPP vertinimas. Kai analizuojamas sveikatos paslaugų prieinamumas, turima omenyje tiek geografinis (teritorinis, fizinis patekimas į gydymo įstaigas), tiek organizacinis (laukimo laikas, prieiga prie specialistų ir paslaugų), taip pat komunikacinis ir ekonominis aspektai²⁸. Klausimyno atskirų skalių (klausimų grupių) patikimumas (vidinis nuoseklumas) vertintas pagal Cronbacho α koeficientą. Apskaičiuotos Cronbacho α vertės yra šios: 0,75 – klausimų grupė (10 klausimų), įvertinanti patirtį, įgytą naudojantis SPP; 0,62 – klausimų apie pacientų lūkesčių patenkinimą grupė (14 klausimų); 0,91 – klausimų grupė apie paslaugų prieinamumą ir kokybės vertinimas (9 klausimai). Cronbacho α įverčiai parodė, kad vidinis klausimų grupių nuoseklumas yra priimtinas, t. y. klausimynas tinka sociologiniams tyrimams.

Kiekvienam klausimui respondentai skyrė balą nuo 1 iki 5 pagal Likerto skalę.

Duomenų reprezentatyvumui demografinėse ir socialinėse grupėse užtikrinti duomenų rinkiniai lyginti su Lietuvos statistikos departamento 2023 m. duomenimis²⁹. Tyrime atspindi pacientų demografiniai, socialiniai ir ekonominiai duomenys, kitos svarbios socialinės charakteristikos, kurios gali turėti įtakos atsakymams. Sociologinio tyrimo duomenis pagal sutartimi su Mykolo Romerio universiteto Sveikatos tyrimų laboratorija patvirtintą protokolą surinko UAB „Rait“.

Etikos klausimai

Telefoninės apklauskos anketa buvo užprogramuota „Alchemer“ sistemoje, į kurią neįkelti asmens duomenys. Skambinta atsitiktinai sugeneruotiems telefono numeriams, kurie valdyti atskirai ir atsieti nuo „Alchemer“ platformos, kurioje rinkti duomenys. Internetinei apklausai naudota internetinė platforma „IntraResearch“. Tyrimo metu duomenys nuasmeninti ir tvarkyti pagal MRU privatumo politiką ir akademinės etikos taisykles. Šiame tyrime laikytasi Helsinkio deklaracijoje (2013) išdėstytų principų. Dalyvavimas apklausoje

28 Ilona Ogurcova, Danguolė Jankauskienė, Vaida Servetkienė, „Kaip dešimtmečio sveikatos priežiūros paslaugų kokybės politika ir prieinamumas kuria vertę pacientui“, *Visuomenės sveikata*, Nr. 2 (2023): 42–48.

29 „Rodiklių duomenų bazė – Oficialiosios statistikos portalas“, Lietuvos statistikos departamentas, <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize>.

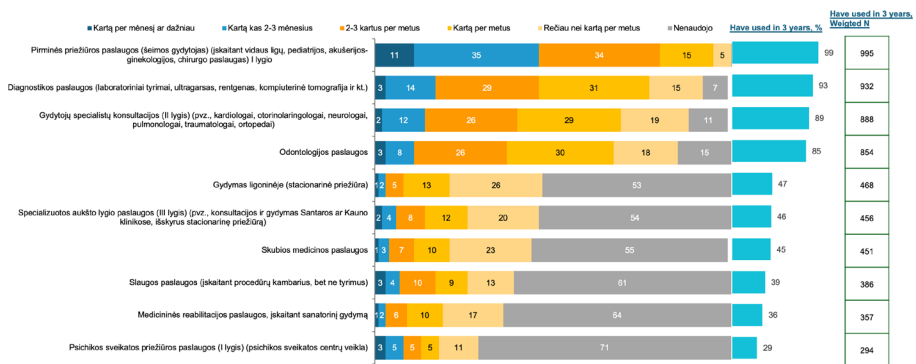
buvo visiškai savanoriškas ir visi respondentai davė informuoto asmens sutikimą, taigi jie buvo pakviesti dalyvauti savanoriškai ir galėjo bet kada pasitraukti iš apklausos arba nustoti pildyti klausimyną internetu. Klausimynas parengtas pagal: Europos Sąjungos šalių patirtį vertinti viešųjų paslaugų kokybę ir vartotojų pasitenkinimą šiomis paslaugomis; Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos parengtą Viešųjų paslaugų vartotojų pasitenkinimo indekso apskaičiavimo metodiką; ir Europos klientų pasitenkinimo valdymo pradmenis, kuriuos parengė Europos viešojo administravimo tinklas bendradarbiaudamas su Europos viešojo administravimo institutu.

Šis tyrimas buvo ne biomedicininis, todėl Lietuvos bioetikos komiteto pritarimo neprireikė.

Rezultatai

Pacientų patirtis ir įpročiai naudojantis SPP

Per pastaruosius trejus metus 99 proc. Lietuvos gyventojų naudojo PSP paslaugomis (I lygis). Iš jų 10 proc. tokiomis paslaugomis naudojo bent kartą per mėnesį, o trečdalis lankėsi kas 2–3 mėnesius. Kiek rečiau naudojo konsultacijomis su medicinos specialistais (II lygis) (89 proc.) ir odontologijos paslaugomis (85 proc.) (1 pav.).



1 pav. Naudojimosi sveikatos priežiūros paslaugomis dažnumas pagal paslaugos pobūdį.

Stipriausios sąsajos pastebėtos tarp specialistų konsultacijų (II lygis) ir specializuotų paslaugų (III lygis) (koreliacija 0,767), taip pat tarp „psichikos sveikatos paslaugų“ ir „socialinės pagalbos“ (koreliacija 0,641). Tai rodo, kad naudojantis šiomis paslaugomis dažnai tarpusavyje susijęs, taigi reikėtų persvarstyti antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros indikacijas ir siuntimų taisykles.

1 lentelė. Naudojimosi SPP dažnumas pagal paslaugos pobūdį.

Paslaugų kategorija	Kartą per mėnesį ar dažniau	Kartą kas 2–3 mėnesius	2–3 kartus per metus	Kartą per metus	Rečiau nei kartą per metus	Nenaudojo
Pirminės priežiūros paslaugos (šeimų gydytojas) (įskaitant vidaus ligų, pediatrijos, akušerijos-ginekologijos, chirurgo paslaugas) I lygio	11	35	34	15	5	1
Diagnostikos paslaugos (laboratoriniai tyrimai, ultragarsas, rentgenas, kompiuterinė tomografija ir kt.)	3	14	29	31	15	7
Gydytojų specialistų konsultacijos (II lygis) (pvz., kardiologai, otorinolaringologai, neurologai, pulmonologai, traumatologai, ortopedai)	2	12	26	29	19	11
Odontologijos paslaugos	3	8	26	30	18	15
Gydymas ligoninėje (stacionarinė priežiūra)	1	2	5	13	26	53
Specializuotos aukšto lygio paslaugos (III lygis) (pvz., konsultacijos ir gydymas Santaros ar Kauno klinikose, išskyrus stacionarinę priežiūrą)	2	4	8	12	20	54
Skubios medicinos paslaugos	1	3	7	10	23	55
Slaugos paslaugos (įskaitant procedūrų kambarius, bet ne tyrimus)	3	4	10	9	13	61

Medicininės reabilitacijos paslaugos, įskaitant sanatorinį gydymą	1	2	6	10	17	64
Psichikos sveikatos priežiūros paslaugos (I lygis) (psichikos sveikatos centrų veikla)	3	5	5	5	11	71

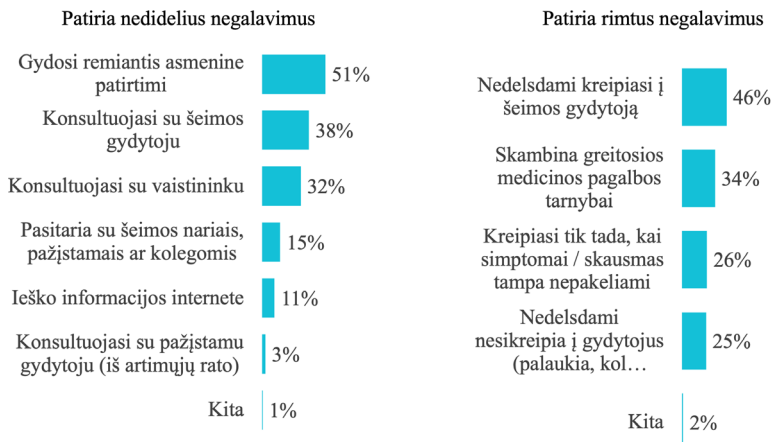
Pacientai dažniausiai naudojami paslaugomis, kuriomis tenkinami neatidėliotini ar specifiniai sveikatos poreikiai, pavyzdžiui, specialistų konsultacijomis ir skubiąja medicinos pagalba. Priešingai, socialinės ir psichinės sveikatos paslaugomis naudotasi rečiau. Todėl šių SPP prieinamumą būtų galima gerinti. Psichikos sveikatos centrų paslaugomis naudojasi mažiausiai; 29 proc. respondentų psichikos sveikatos I lygio paslaugomis naudojasi dažniau – 1 kartą per metus. Tik 1 iš 10 pacientų, gydymąs diagnozuotą ligą, konsultavo si su psichologu ar psichiatru. Dauguma pacientų (61 proc.) šiose konsultacijose pirmiausia tikėjosi gauti medicininį gydymą, 36 proc. siekė stabilizuoti savo psichinę sveikatą ir tik 3 proc. tikėjosi abiejų paslaugų. Psichologinės pagalbos moterys ieškojo dažniau nei vyrai.

Profilaktinis sveikatos patikrinimas, skiepai ir panašios paslaugos buvo pagrindinės apsilankymų sveikatos priežiūros įstaigose priežastys (63 proc., iš jų 13 proc. naudojosi tik šiomis paslaugomis) per tuos trejus metus. Pusė (52 proc.) respondentų kreipėsi pagalbos dėl ūmių ligų, sveikatos sutrikimų ar traumų, o 48 proc. lankėsi dėl periodinių receptų išrašymo, medicinos pagalbos priemonių ar procedūrų. Lėtinės ligos sudarė 43 proc. apsilankymų priežasčių.

34 proc. respondentų, daugiausia 18–24 metų suaugusieji, pasirinko mokamas paslaugas, teikiamas privačiose ir viešosiose įstaigose, nes manė, kad jos yra kokybiškesnės ir patikimesnės. Privačiomis SPP naudojosi 8 proc., o 21 proc. respondentų per pastaruosius trejus metus naudojosi tiek valstybinėmis, tiek privačiomis SPP. Privačios SPP dažniau teiktos 25–34 metų asmenims ir asmenims, kurių mėnesinės pajamos 1001–1500 EUR. Pacientai pirmiausia rinkosi mokamas paslaugas, kad greičiau gautų SPP ir išvengtų laukimo eilės (69 proc.). Vyriausi pacientai (65 metų ir vyresni) šią priežastį pasirinko gerokai dažniau.

Pacientų elgesys

Nors dauguma (72 proc.) pacientų laikosi visų paskyrimų ir gydytojo rekomendacijų, ketvirtadalis (26 proc.) laikosi tik kai kurių rekomendacijų, o 1 proc. visiškai nesilaiko. Rekomendacijų nesilaikymo priežastys: sunku keisti įpročius ar gyvenimo būdą (32 proc.), nebavartojama vaistų, nes pagerėjo ar nepagerėjo (30 proc.) arba pasireiškė šalutinis poveikis (28 proc.). Jauniausių (0–17 m.) pacientų tėvai labiau linkę iki galo laikytis visų nurodymų (2 pav.).



2 pav. Kairėje: paciento elgesys patiriant nedidelius negalavimus. Dešinėje – rimtus negalavimus.

Pacientai pasisakė norintys, jog jiems būtų suteikta galimybė dar kartą pasitikrinti dėl tų pačių simptomų: 29 proc. visiškai sutiko, o 52 proc. manė, kad tai priklauso nuo jų būklės. Dažniausi papildomos informacijos šaltiniai nustačius diagnozę yra paieška internete (53 proc.) ir specialistų konsultacijos (51 proc.). Papildomos informacijos internete gerokai dažniau ieško moterys.

Pacientų lūkesčiai ir pasitenkinimas SPP

Pacientai nurodė vidutinį pasitenkinimą SPP kokybe, ją įvertinę 3,7–3,8 balo (iš penkių). I ir III lygio SPP rodo didžiausią patenkintų vartotojų dalį, atitinkamai 68 proc. ir 69 proc. Tačiau tik 61 proc. pacientų II lygio SPP vertina teigiamai. 65 metų ir vyresnius pacientus tenkina visi sveikatos priežiūros lygmenys, o 35–44 metų respondentai mažiau patenkinti, ypač I lygio paslaugomis.

Bendras pacientų pasitenkinimas įvairiomis SPP yra vidutinis, o vidutinis lūkesčių įvertinimas svyruoja 3,3–4,1 balo penkiabalėje skalėje (2 lentelė).

2 lentelė. SPP lūkesčių patenkinimo vertinimas.

Paslaugos tipas	N- respon- dentų, kurie naudojosi šiomis paslaugomis, skaičius	Nenaudojo / nesilankė	Visiškai nepa- teisino lūkesčių	Nepateisino lūkesčių	Nei taip, nei ne	Pateisino lūkesčius	Visiškai pateisino lūkesčius
Diagnostinės paslaugos (laboratorinės, ultragarsinės, rentgeno, kompiuterinės tomografijos ir kt.)	N = 938	2	1	3	10	53	30
Odontologijos paslaugos	N = 861	7	2	5	11	47	28
Gydymas ligoninėje (stacionarinė priežiūra)	N = 479	17	2	5	14	37	24
Greitosios medicinos pagalbos paslaugos	N = 454	13	2	5	16	40	24
Slaugos paslaugos (įskaitant procedūrų kabinetus, bet išskyrus tyrimus)	N = 406	12	2	4	19	41	23
Šeimos gydytojo paslaugos (I lygis)	N = 1000	1	3	6	19	45	26
Specializuotos aukšto lygio paslaugos (III lygis)	N = 463	18	4	5	13	39	22
Medicininės reabilitacijos paslaugos, įskaitant sanatorinį gydymą	N = 366	13	2	7	18	34	26
Psichikos sveikatos priežiūros paslaugos (I lygis)	N = 292	20	4	6	17	33	20
Paslaugos slaugos įstaigose / paciento namuose	N = 1000	75	1	2	7	10	5
Medicinos specialistų konsultacijos (II lygis)	N = 891	6	4	8	19	44	19
Ugdymo procesas (sergant vaikų ligomis)	N = 96	52		3	17	20	8
Pacientų organizacijos	N = 1000	85	1	1	4	6	3
Socialinė parama	N = 1000	80	2	2	7	6	4

Psichologinė pagalba	N = 1000	80	1	2	6	7	3
Registracija, galimybė kreiptis į gydytojus	N = 1000		9	13	27	35	15

Labiausiai vartotojai patenkinti diagnostikos (83 proc.) ir odontologijos (81 proc.) paslaugomis. Kita vertus, psichologinė, socialinė pagalba, registracija (prieiga) pas gydytojus ir pan. paslaugos gauna žemiausius įvertinimus, tačiau tik pusė pacientų, kurie naudojosi šiomis paslaugomis per pastaruosius trejus metus, pateikė teigiamą grįžtamąjį ryšį. Jauni pacientai (18–24 m.) mažiau patenkinti šeimos gydytojo paslaugomis, o 35–44 metų asmenys – skubiosios pagalbos ir diagnostikos paslaugomis.

Diskusija

SPS efektyvumas Lietuvoje vertinamas nuosekliai stebint konkrečius rodiklius: ankstyvą ligų diagnostiką, prevencinių priemonių efektyvumą, išvengiamo mirtingumo mažinimą, visų SPP, įskaitant skubiąją medicinos pagalbą, prieinamumą ir kokybę. Šie ir kiti rodikliai analizuojami kasmet, kad būtų stebima pažanga ir įgyvendinamos tikslinės priemonės geresniems sveikatos rezultatams pasiekti³⁰. Kurdamą vertę visuomenei SPS turi gerinti prieinamumą, trumpinti laukimo laiką, labiau įtraukti pacientus į sprendimų priėmimą ir skatinti empatiją grindžiamą priežiūrą, kuri atitinka pacientų lūkesčius ir poreikius³¹.³² Tokios reformos skatintų pasitenkinimą SPP ir stiprintų visuomenės pasitikėjimą sistema³³. Privaloma periodinė pagrindinių veiklos rezultatų rodiklių stebėseną ir vertinimą. Šis 2024 m. apklausos vertinimas rodo ne tik ankstyvuosius reformų, bet ir COVID-19 pandemijos poveikio rezultatus. Tyrimo duomenys leidžia sužinoti, kaip vystosi sveikatos sistema ir kaip pavyko įgyvendinti sveikatos reformos tikslus.

Pacientų patirtis naudojantis SPP

Panašiai kaip ir 2021 m. tyrime pandemijos metu, dauguma Lietuvos gyventojų naudojo pirminės sveikatos priežiūros paslaugomis, dažniausiai – šeimos gydytojų kabinetuose ir poliklinikoje teikiamomis SPP. Faktas, kad dauguma gyventojų kreipiasi į šeimos gydytojus, atskleidžia ne tik jų svarbą, bet ir tai, kaip pacientų elgsena prisitaiko prie struktūrinių

30 Jankauskienė, D. (2023). Health reform in Lithuania for the value to the patient. *Medicine and Law*, 42(3), 531–538. <https://cris.mruni.eu/cris/entities/publication/a6dc0cd0-1904-47ea-a634-4b98d196db78>

31 „2014 – Creating new value with patients, carers and commu.pdf“, žiūrėta 2025 m. sausio 27 d., <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/pdf/2016/07/creating-new-value-with-patients.pdf>.

32 „VALUE-BASED METHODOLOGY FOR INTEGRATED CARE SUPPORTED BY ICT | VALUECARE | Project | Fact Sheet | H2020“, CORDIS | European Commission, 2025 m., <https://cordis.europa.eu/project/id/875215>.

33 Irene Papanicolas ir kt., „An Analysis Of Survey Data From Eleven Countries Finds That ‘Satisfaction’ With Health System Performance Means Many Things“, *Health Affairs* 32, nr. 4 (2013 m.): 734–42, <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1338>.

sistemos apribojimų – riboto specialistų prieinamumo ar sudėtingo paslaugų integralumo. Svarbu įvertinti, ar pirminė sveikatos priežiūra vystosi teisinga kryptimi, įgyvendindama tikslą patenkinti 80–90 procentų gyventojų sveikatos priežiūros poreikių³⁴. Reikėtų daugiau mokslinių tyrimų šiuo klausimu. Atrodo, šiame etape šeimos gydytojams gali prireikti kitų ne medicinos specialistų (socialinių darbuotojų, atvejo vadybininkų, gyvenimo būdo specialistų ir administratorių) pagalbos.

Džiugu, kad profilaktinis sveikatos patikrinimas buvo dažniausia priežastis lankytis pas šeimos gydytojus net COVID -19 pandemijos metu, o tai rodo, kad pirminės sveikatos priežiūros reformos vyksta teisingu keliu. Šios išvados, susijusios su prevencija, pirmą kartą pastebėtos šalyje, vadinasi, visuomenės sveikatos reformos taip pat duoda teigiamų rezultatų. Svarbu pažymėti, kad tyrimas atliktas ankstyvame popandeminiame etape, klausiant apie pastarųjų trejų metų patirtį. Skiepijimas COVID-19 pandemijos metu buvo viena iš pagrindinių SPP ir visuomenės sveikatos funkcijų. Svarbu žinoti, kaip reformos metu keičiasi šeimos gydytojo darbas ir pacientų poreikiai. Tačiau pastebėta, kad nemažai pacientų naudoja viešosiomis paslaugomis, kurios, jų pačių teigimu, ne visada užtikrina greitą ir kokybišką priežiūrą. Privačios medicinos paslaugos sparčiai vystosi: 2021 m. jomis naudojosi tik 4 proc. respondentų, o iki 2024 m. naudotojų padaugėjo iki 8 proc.

Konsultacijų skaičiaus dinamika atskleidžia reikšmingus SPP pokyčius skirtingais COVID-19 pandemijos laikotarpiais. Šias tendencijas išryškina Visuomenės sveikatos stebėsenos informacinės sistemos (konkrečiai skyriaus „Sveikatos priežiūros įstaigų veikla: vizitai pas gydytojus 1998–2023 m.“) duomenys. Prieš pandemiją, 2019 m., buvo suteikta 26,6 mln. SPP (vidutiniškai 9,5 konsultacijos vienam gyventojui). Tačiau dėl su pandemija susijusių apribojimų SPP skaičius 2020 m. krito iki 17,1 mln. (6,1/1 gyv.), o dar 6 mln. SPP suteiktos nuotoliu. 2021 m. pastebėtas nedidelis augimas: 18,2 mln. SPP (6,48/1 gyv.) ir 7,7 mln. nuotolinių SPP. Panaikinus su pandemija susijusius apribojimus, SPP skaičius 2022 m. išaugo iki 23,4 mln. (8,28/1 gyv.), o nuotolinių SPP skaičius krito iki 5,5 mln. 2023 m. ši tendencija tęsėsi: 24,6 mln. SPP (8,7/1 gyv.) ir 3,3 mln. nuotolinių SPP³⁵. Šie skaičiai rodo, kad po pandemijos SPP pamažu grįžta į įprastą darbo režimą. Tačiau auga poreikis dažniau lankytis pas gydytojus. Ši pacientų elgsena yra laikina ir sukelta pandemijos, tačiau ją reikia transformuoti artimiausioje ateityje. II specializuoto lygio paslaugos išlieka labai populiarios – jomis naudojasi aštuoni iš dešimties respondentų, vadinasi, PSP reikia toliau tobulinti savo komandas ir mažinti biurokratiją, kad šeimos gydytojai spręstų daugiau pirminių sveikatos problemų savo įstaigose.

Siūloma daugiau dėmesio skirti ne tik pirminės SPP prieinamumui ir kokybei gerinti, užtikrinant, kad sveikatos politikos prioritetas būtų paslaugos, teikiančios didesnę vertę pacientams, bet ir specialistų konsultacijoms antrinės sveikatos priežiūros srityje.

34 World Health Organization, *Quality in Primary Health Care* (World Health Organization, 2018 m.), <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/quality.pdf>.

35 „Gyvenimas internete – Oficialiosios statistikos portalas“, žiūrėta 2025 m. vasario 1 d., <https://osp.stat.gov.lt/skaitmenine-ekonomika-ir-visuomene-lietuvoje-2022/skaitmenine-visuomene-ir-verslas/gyvenimas-internete>.

Auga psichikos sveikatos priežiūros, slaugos, reabilitacijos paslaugų ir būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų skaičiai. Pastaraisiais metais šių sričių reformoms skirta daug dėmesio. 2021 m. apklausos duomenimis, dauguma respondentų nesinaudojo psichikos SPP. Rečiau naudojosi ir slaugos, reabilitacinio gydymo ar sanatorinio gydymo, labai nedaug – skubiosios medicinos pagalbos paslaugomis. 2024 m., įgyvendinus reformas, kas trečias asmuo naudojo reabilitacijos ir kas ketvirtas psichikos sveikatos paslaugomis.

Pacientų elgesys

Gydytojų kompetencija ir medicinos personalo elgesys yra pagrindiniai sveikatos priežiūros kokybės ir saugos sėkmės veiksniai³⁶. Elgesys su pacientais taip pat gavo aukštus įvertinimus (du trečdaliai respondentų patenkinti). Vienas iš paslaugų, kuriančių vertę pacientui, formavimo elementų yra paslaugų šalių santykiai per empatiją. Vis dar neišlaikomas bendravimo su medicinos personalu ryšys. Empatiją galėtų skatinti aktyvesnis nevyriausybių organizacijų, atstovaujančių pacientų interesams, dalyvumas. Empatijos elementas taip pat yra svarbus sveikatos paslaugų kokybės aspektas. Daugelis mokslinių tyrimų rodo, kad empatiški santykiai gali pagerinti paciento sveikatą³⁷. Bendri Harvardo suaugusiųjų vystymosi tyrimo (*angl. Harvard Study of Adult Development, HSAD*) ir Gyvenimo eigos tyrimų fondo (*angl. Life Span Research Foundation, LRF*) ilgalaikių suaugusiųjų tyrimų rezultatai rodo, kad aukštos kokybės socialinių ryšių palaikymas yra reikšmingas veiksnys, siejamas su geresne sveikata ir ilgesne gyvenimo trukme^{38, 39}. *Visuomenė gali skatinti diegti tokias vertybes kaip empatiški santykiai SPS.*

Pacientų pasitenkinimas

Remdamasis neurologijos ir atvejų tyrimų duomenimis, knygos *Lūkesčių efektas* autorius Davidas Robsonas pateikė įrodymų, kad mūsų lūkesčiai daro didelę įtaką kasdieniam elgesiui, ilgalaikiams tikslams, net sveikatai ir gyvenimo trukmei⁴⁰. Pacientų pasitenkinimą

36 Alan H. Rosenstein ir Michelle O'Daniel, „A Survey of the Impact of Disruptive Behaviors and Communication Defects on Patient Safety“, *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 34, Nr. 8 (2008 m.): 464–71, [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(08\)34058-6](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(08)34058-6); Ariane Schenk ir kt., „Patient Behaviour in Medication Management: Findings from a Patient Usability Study That May Impact Clinical Outcomes“, *British Journal of Clinical Pharmacology* 86, nr. 10 (2020 m.): 1958–68, <https://doi.org/10.1111/bcp.13946>; Sarah L. Clever ir kt., „Does Doctor–Patient Communication Affect Patient Satisfaction with Hospital Care? Results of an Analysis with a Novel Instrumental Variable“, *Health Services Research* 43, Nr. 5p1 (2008 m.): 1505–19, <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2008.00849.x>.

37 Med. dr. Robert Waldinger ir dr. Marc Schulz, *Geras gyvenimas. Ko mus išmokė ilgiausias pasaulyje laimės tyrimas* (New York: Simon & Shuster, 2023 m.).

38 Med. dr. Robert Waldinger ir dr. Marc Schulz, *Geras gyvenimas. Ko mus išmokė ilgiausias pasaulyje laimės tyrimas*.

39 „The Harvard Study of Adult Development“, Lifespan Research Foundation, žiūrėta 2025 m. sausio 4 d., <https://www.lifespanresearch.org/harvard-study/>.

40 David Robson, *Lūkesčių efektas (The Expectation Effect How Your Mindset Can Transform Your Life by David Robson)* (Eugrimas, 2022 m.).

gali stipriai paveikti jų lūkesčiai, kurie savo ruožtu priklauso nuo daugelio veiksnių: prioritetų, asmenybės bruožų ir ankstesnės patirties⁴¹. Kokybės vertinimus lūkesčiai gali paveikti neigiamai, tačiau lūkesčių analizė atskleidžia įvairių SPP kokybės vertinimo aspektų koreliacijas. Tyrimo dalyvius mažiausiai tenkino paslaugų organizavimas COVID-19 pandemijos metu, finansinis paslaugų prieinamumas.

Tyrimo išvados suteikia galimybę visuomenei aktyviai dalyvauti SPP tobulinimo procese, kuris pacientams kuria vertę. Pacientai gali pakeisti sistemą. Reikšmingi pokyčiai, pavyzdžiui, trumpesnis laukimo laikas, aktyvesnis pacientų dalyvavimas ir empatijos stiprinimas, sudėtingos ir integruotos paslaugos gali prisidėti prie labiau į pacientą orientuotos SPS. Dalyvavimas laikomas ne tik teise, bet ir vertybe, taigi sveikatos sistemos reformos turėtų būti orientuotos į paciento poreikius ir įtraukti visuomenę į sprendimų priėmimą⁴². Rekomenduojama dirbti sveikatos priežiūros įstaigų tinkluose ir taip gerinti pacientų gydymo būdus. Pacientų ir kitų suinteresuotųjų šalių įtraukimas į sprendimų priėmimą yra esminis LNSS patobulinimo faktorius. *Sustiprindami pacientų ir jų atstovų balsą galime geriau atpažinti jų poreikius ir nustatyti prioritetus.*

Kita vertus, teikiamos sudėtingos SPP užtikrina vientisumą su kitų sektorių ir pramonės šakų paslaugomis (švietimo, socialinės apsaugos, maisto saugos, infrastruktūros plėtros). SPP sudėtingumas ir vientisumas gali pagerinti jų kokybę ir prieinamumą. Kiti tyrėjai taip pat atkreipia dėmesį į tarpdisciplininių partnerių bendradarbiavimą, kuris sprendžia sudėtingas sveikatos problemas ir užtikrina veiksmingesnę sveikatos politiką⁴³.

Mokslininkai nagrinėjo idėją, kad SPS reformos yra galimybės „perkalibruoti“ socialines vertybes. Jomis grįstų sprendimų diegimas per sveikatos sistemą gali sukurti teigiamus socialinius pokyčius, atitinkančius visuomenės poreikius⁴⁴.

Šios išvados ypač neramina, nes pacientų lūkesčių patenkinimas yra teisinė pareiga pagal Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir sveikatos žalos atlyginimo įstatymą⁴⁵. Problemų (sunkumai gauti specialistų, pirminę sveikatos priežiūrą ir institucijų bendradarbiavimo stoka) rodo, jog nesilaikoma šių teisinių reikalavimų. Labai svarbu šalinti sisteminius trūkumus, kad būtų daugiau pacientų pasitenkinimo, geresni sveikatos priežiūros rezultatai, o teisės aktuose nustatyti įsipareigojimai būtų vykdomi.

41 Karolis Ažukaitis, Skaistė Lekešytė, ir Giedrė Pūrienė, „Patient-reported measures to improve healthcare quality: a literature review“, *Visuomenės sveikata* 1, Nr. 92 (2021): 21–34.

42 Prati ir Albanesi, „For Sake of Youth and for Sake of Policies and Programmes. Why Youth Participation Is a Right, a Requirement and a Value Comment on “Between Rhetoric and Reality”.

43 Prati ir Albanesi, „For Sake of Youth and for Sake of Policies and Programmes. Why Youth Participation Is a Right, a Requirement and a Value Comment on “Between Rhetoric and Reality”.

44 Christopher J L Murray ir kt., „Five Insights from the Global Burden of Disease Study 2019“, *The Lancet* 396, nr. 10258 (2020 m.): 1135–59, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31404-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31404-5).

45 Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas I-1562, priimtas 1996 m. spalio 3 d., <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.31932/asr>.

Išvados

Tyrimas atskleidė, kad analizuojamu laikotarpiu SPP naudojosi 99 proc. gyventojų; 47 proc. pandemijos metu patyrė sunkumų gaudami paslaugas, tai rodo SPS jautrumą sutrikimams. Didžiausias pasitenkinimas fiksuotas pirminėje (68 proc.) ir tretinėje (69 proc.) grandyse, o antrinėje – žemiausias (61 proc.), todėl būtent šiam lygiui reikalingos tobulinimo priemonės. Specialistų laukimo trukmė tebėra didelė problema – 71 proc. laukė ≥ 1 mėn.; 49 proc. patenkinti informacijos prieinamumu pandemijos metu, 45 proc. – PSP paslaugų organizavimu. 34 proc. respondentų rinkosi mokamas paslaugas (8 proc. – tik privačias; 21 proc. – mišriai), dažniausiai siekdami greitesnės prieigos (69 proc.). 41 proc. įvardijo nepakankamą institucijų bendradarbiavimą. Psichikos sveikatos paslaugomis naudojosi rečiausiai, tik ~ 1 iš 10 gydant diagnozuotą ligą konsultavosi su psichologu (psichiatru). Dauguma pacientų laikosi gydytojo rekomendacijų (72 proc.), tačiau 26 proc. laikosi iš dalies; nesilaikymo priežastys – sunku keisti įpročius (32 proc.), nebevartojami vaistai, nes (ne)pagerėjo (30 proc.) ar atsirado šalutinių reiškinių (28 proc.). Šiuos elgsenos rodiklius siūlome įtraukti į reformų poveikio stebėseną.

Pacientai – ne tik paslaugų gavėjai, bet ir vertingos informacijos šaltiniai. Jų atsiliepiamai apie patirtį sveikatos sistemoje tampa esminiu viešosios politikos formuotojų įrankiu, vertinančiu reformų poveikį ir spragas. Pacientų pasyvumas, aktyvumas ar paslaugų vengimas turi būti interpretuojami kaip struktūriniai signalai – ne abejingumas, o elgsenos reakcija į SPP prieinamumo (geografinio, komunikacinio, administracinio, ekonominio) apribojimus.

Atsižvelgiant į nustatytus pacientų elgsenos pokyčius rekomenduojama:

1. Įtraukti pacientų elgsenos stebėseną į sveikatos sistemos reformų įgyvendinimo vertinimo rodiklius, fiksuojant paslaugų paieškos elgsenos, registracijos nutraukimo dažnio, spontaniško kreipimosi į privačius SPP teikėjus ir kt. aspektus.
2. Sukurti nacionalinę pacientų elgsenos stebėsenos sistemą, pasitelkiant kiekybinius (apklausos, registrų analizė) ir kokybinius (PREM, PROM, fokus grupės) duomenis.
3. Analizuoti elgsenos duomenis kaip sisteminius indikatorius, kurie padėtų modeliuoti paslaugų organizavimą, ypač pirminės sveikatos priežiūros komandų sudėtį (pvz., įtraukiant atvejo vadybininkus, socialinius darbuotojus ar gyvenimo būdo specialistus).
4. Galiausiai vertinti pacientų elgseną ne tik kaip sveikatos rezultatų pasekmę, bet ir kaip reformų poveikio rodiklį, kuris gali inicijuoti tiek mikrolygmens (organizacinis), tiek makrolygmens (politinis) pokyčius.
5. Pacientų elgsena tampa neatsiejamu sistemos vertinimo ir tobulinimo komponentu. Ji yra ne tik sveikatos sistemos būklės atspindys, bet ir aktyvus, dinamiškas veiksnys, kurį būtina įtraukti į visų lygių sveikatos politikos sprendimų priėmimą ir vertinimą.

Literatūros sąrašas

1. Brus, I. M., Spronk, I., Polinder, S., et al. (2024). Self-perceived barriers to healthcare access for patients with post-COVID-19 condition. *BMC Health Services Research*. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11488-w>
2. Clever, S. L., Jin, L., Levinson, W., & Meltzer, D. O. (2008). Does doctor–patient communication affect patient satisfaction with hospital care? Results of an analysis with a novel instrumental variable. *Health Services Research*, 43(5 Pt 1), 1505–1519. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2008.00849.x>
3. Dolgin, K. (2020). The SPUR model: A framework for considering patient behavior. *Patient Preference and Adherence*, 14, 97–105. <https://doi.org/10.2147/PPA.S237778>
4. European Commission. (2021). State of Health in the EU: Lithuania – Country Health Profile 2021. https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_lt_english.pdf (Žiūrėta 2024 m. spalio 27 d.).
5. European Commission. (2025). VALUECARE – Value-based methodology for integrated care supported by ICT (project fact sheet). *CORDIS*. <https://cordis.europa.eu/project/id/875215>
6. Jankauskienė, D. (2023). Health reform in Lithuania for the value to the patient. *Medicine and Law*, 42(3), 531–538.
7. Jankauskienė, D., Mockevičienė, B., Servetkienė, V., et al. (2023). Pacientų įtraukties instrumentai sveikatos priežiūros paslaugų kokybei gerinti: Monografija. Kraków: Księgarnia Akademicka Publishing. <https://doi.org/10.12797/9788381389501>
8. Kaplan, R. S., & Porter, M. E. (2011). How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review*, 89(9), 46–61.
9. Khan, W. U., Shachak, A., & Seto, E. (2022). Understanding decision-making in the adoption of digital health technology: The role of behavioral economics' prospect theory. *Journal of Medical Internet Research*, 24(2), e32714. <https://doi.org/10.2196/32714>
10. KPMG International. (2016). Creating new value with patients, carers and communities: Being realistic about redistribution. <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/pdf/2016/07/creating-new-value-with-patients.pdf> (Žiūrėta 2025 m. sausio 27 d.).
11. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, I-1562. (1996). <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.31932/asr>
12. Lifespan Research Foundation. (n. d.). The Harvard Study of Adult Development. <https://www.lifespanresearch.org/harvard-study/> (Žiūrėta 2025 m. sausio 4 d.).
13. Martinengo, L., Jabir, A. I., Goh, W. W. T., et al. (2022). Conversational agents in health care: Scoping review of their behavior change techniques and underpinning theory. *Journal of Medical Internet Research*, 24(10), e39243. <https://doi.org/10.2196/39243>
14. Michie, S., Yardley, L., West, R., Patrick, K., & Greaves, F. (2017). Developing and evaluating digital interventions to promote behavior change in health and health care: Recommendations from an international workshop. *Journal of Medical Internet Research*, 19(6), e232. <https://doi.org/10.2196/jmir.7126>
15. Murray, C. J. L., Abbafati, C., Abbas, K. M., et al. (2020). Five insights from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1135–1159. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31404-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31404-5)

16. OECD, & European Commission. (2024). Health at a glance: Europe 2024 (State of Health in the EU). Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>
17. OECD. (2023). The COVID-19 pandemic and the future of telemedicine. Paris: OECD Publishing. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-covid-19-pandemic-and-the-future-of-telemedicine_ac8b0a27-en
18. OECD. (2023, balandžio 2). Innovative providers' payment models for promoting value-based health systems. https://www.oecd.org/en/publications/innovative-providers-payment-models-for-promoting-value-based-health-systems_627fe490-en.html
19. Oficialiosios statistikos portalas. (2025). Gyvenimas internete. <https://osp.stat.gov.lt/skaitmenine-ekonomika-ir-visuomene-lietuvoje-2022/skaitmenine-visuomene-ir-verslas/gyvenimas-internete> (Žiūrėta 2025 m. vasario 1 d.).
20. Oficialiosios statistikos portalas. (2025). Rodiklių duomenų bazė. <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?hash=b1d86184-66ec-4931-be13-eaff3c3ca54d> (Žiūrėta 2025 m.).
21. Ogurcova, I., Servetkienė, V., & Jankauskienė, D. (2023). Kaip dešimtmečio sveikatos priežiūros paslaugų kokybės politika ir prieinamumas kuria vertę pacientui. *Visuomenės sveikata*, (2), 42–48.
22. Papanicolas, I., Cylus, J., & Smith, P. C. (2013). An analysis of survey data from eleven countries finds that 'satisfaction' with health system performance means many things. *Health Affairs*, 32(4), 734–742. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1338>
23. Powell, M., & Mannion, R. (2023). Modelling the health policy process: One size fits all or horses for courses? *International Journal of Health Policy and Management*, 12(1), 1–5. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2022.7580>
24. Powell, R. E., Doty, A., Rovner, R. J. C. W., & Rising, K. L. (2016). A qualitative analysis of interprofessional healthcare team members' perceptions of patient barriers to healthcare engagement. *BMC Health Services Research*, 16, Article 1. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1751-5>
25. Prati, G., & Albanesi, C. (2023). For sake of youth and for sake of policies and programmes: Why youth participation is a right, a requirement and a value – Comment on 'Between rhetoric and reality'. *International Journal of Health Policy and Management*, 12, 7890. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2023.7890>
26. Robinson, A., Elarbi, M., Todd, A., & Husband, A. (2022). A qualitative exploration of the barriers and facilitators affecting ethnic minority patient groups when accessing medicine review services: Perspectives of healthcare professionals. *Health Expectations*, 25(2), 628–638. <https://doi.org/10.1111/hex.13410>
27. Robson, D. (2022). Lūkesčių efektas: Kaip jūsų mąstysena gali pakeisti gyvenimą (The Expectation Effect). Vilnius: Eugrimas.
28. Rosenstein, A. H., & O'Daniel, M. (2008). A survey of the impact of disruptive behaviors and communication defects on patient safety. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 34(8), 464–471. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(08\)34058-6](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(08)34058-6)
29. Schenk, A., Eckardt-Felmborg, R., Steinhagen-Thiessen, E., & Stegemann, S. (2020). Patient behaviour in medication management: Findings from a patient usability study that may impact clinical outcomes. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 86(10), 1958–1968. <https://doi.org/10.1111/bcp.13946>
30. Servetkienė, V., Mockevičienė, B., Černovas, A., & Jankauskienė, D. (2021). Experience of

- the Lithuanian population in accessing healthcare services. *Visuomenės sveikata*, 1(96), 40–53.
31. Sleet, D. A., & Dellinger, A. M. (2020). Using behavioral science theory to enhance public health nursing. *Public Health Nursing*, 37(6), 895–899. <https://doi.org/10.1111/phn.12795>
 32. Slim, K., Selvy, M., & Veziant, J. (2021). Conceptual innovation: 4P medicine and 4P surgery. *Journal of Visceral Surgery*, 158(3S), S12–S17. <https://doi.org/10.1016/j.jvisc-surg.2021.01.003>
 33. Tan, E., Ng, W. M., Soh, P. C., Tan, D., & Cleland, J. (2023). ‘But what if you miss something ...?’: Factors that influence medical student consideration of cost in decision making. *BMC Medical Education*, 23(1), 437. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04349-3>
 34. Waldinger, R., & Schulz, M. (2023). *The good life: Lessons from the world’s longest scientific study of happiness*. New York, NY: Simon & Schuster.
 35. World Health Organization. (2018). Quality in primary health care. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/quality.pdf>
 36. Xu, X., Li, H., & Shan, S. (2021). Understanding the health behavior decision-making process with situational theory of problem solving in online health communities: The effects of health beliefs, message credibility, and communication behaviors on health behavioral intention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4488. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094488>

PATIENT BEHAVIOR – AN INDICATOR OF REFORM EFFECTIVENESS

Ilona Ogurcova

Mykolas Romeris University

Summary

This article presents the findings of a representative study conducted in Lithuania in 2024, exploring patient behaviour, habits, expectations, and choices within the national health-care system. The aim of the study is to understand how individuals perceive access to and the organization of healthcare services in the context of ongoing reforms and post-pandemic challenges. Findings show that while most residents used healthcare services in the past three years, many experienced issues, especially during the COVID-19 pandemic. Primary care is the most trusted, but major bottlenecks remain in secondary outpatient care. The study highlights the importance of better coordination, transparency, and integration of services to meet patients' needs.

Keywords: *patient behavior, healthcare expectations, service access, healthcare reform, Lithuania.*

IŠPLĖSTINĖS PRAKTIKOS SLAUGYTOJŲ POREIKIAI IR LŪKESČIAI DĖL KOMPETENCIJŲ TOBULINIMO GALIMYBIŲ

Justė Karbauskytė

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų institutas
M. K. Čiurlionio g. 21, Vilnius, Lietuva
Elektroninis paštas: karbauskytejuste@gmail.com

Viktorija Kiele

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų institutas
M. K. Čiurlionio g. 21, Vilnius, Lietuva
Vilniaus kolegijos Sveikatos priežiūros fakultetas
Didlaukio g. 45, LT-08303 Vilnius
Elektroninis paštas: viktorija.kiele@mf.vu.lt

Natalja Istomina

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų institutas
M. K. Čiurlionio g. 21, Vilnius, Lietuva
Mykolo Romerio universiteto Vadybos ir politikos mokslų institutas
Adresas: Ateities g. 20, LT-08303 Vilnius, Lietuva
Elektroninis paštas: natalja.istomina@mrui.eu

10.13165/SPV-25-12-1-04

Santrauka

Sudėtingėjant sveikatos priežiūros paslaugoms ir stiprėjant tarpdisciplininių komandų reikšmei, išplėstinės praktikos slaugytojai tampa vis svarbesne sveikatos sistemos grandimi. Jų kompetencijų tobulinimo galimybės Lietuvoje dar neaiškiai apibrėžtos, o tai riboja specialistų profesinio tobulėjimo galimybes ir efektyvų jų potencialo panaudojimą praktikoje.

Šio tyrimo tikslas – identifikuoti išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijų tobulinimo galimybių poreikius ir lūkesčius.

Tyrimas atliktas taikant kokybinį metodą – pusiau struktūruotą interviu, parengtą

remiantis mokslinės literatūros analize. Jis vyko 2024 m. lapkričio – gruodžio mėn. nuotoliniu būdu. Dalyvavo 10 išplėstinės praktikos slaugytojų iš įvairių sveikatos priežiūros sričių. Duomenys analizuoti taikant indukcinį kokybinės turinio analizės metodą, laikantis Helsinkio deklaracijos principų.

Tyrimas atskleidė, kad išplėstinės praktikos slaugytojai siekia tobulinti praktinius įgūdžius pagal specializacijas, ypač pabrėždami komunikacijos ir vadybos svarbą. Praktinis mokymas laikomas būtinu, o žinių atnaujinimas – neišvengiamu. Kaip efektyviausios mokymosi formos išskirtos simuliacinės veiklos, mentorystė ir tarptautinis bendradarbiavimas. Pagrindinės identifiukuotos kliūtys susijusios su neaiškiu profesiniu statusu, ribota informacijos apie mokymosi galimybes prieiga ir darbdavių neįsitraukimu.

Nustatyta, kad išplėstinės praktikos slaugytojai sieja kompetencijų tobulinimo poreikius ir praktinių įgūdžių stiprinimą psichikos sveikatos, greitosios pagalbos ir intensyviosios terapijos srityse. Jie išreiškia lūkesčius dėl specializuotų kursų, ypač komunikacijos ir komandų valdymo temomis. Šiems poreikiams įgyvendinti reikia aiškiau reglamentuoti profesinį vaidmenį, veiksmingesnės informacijos sklaidos ir kryptingo švietimo institucijų, darbdavių ir politikos formuotojų bendradarbiavimo, taip užtikrinant išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijų augimą ir profesinės tapatybės stiprinimą.

Reikšmingi žodžiai: išplėstinės praktikos slaugytojas, kompetencijų tobulinimas, profesiniai lūkesčiai, mokymosi poreikiai, mokymosi galimybės ir iššūkiai.

Įvadas

Šiuolaikinėje sveikatos priežiūros sistemoje, pasižyminčioje technologine pažanga, ilgesne gyvenimo trukme ir augančiais visuomenės lūkesčiais, išplėstinio vaidmens slaugytojų (IPS) funkcijos vis svarbesnės. Kadangi paslaugos tampa kompleksiškesnės, reikia teikti kokybišką, pacientų poreikius atitinkančią priežiūrą, tam reikia ne tik išsamių žinių, bet ir gebėjimo jas taikyti dinamiškose klinikinėse situacijose¹. IPS gali reikšmingai padėti įgyvendinti visuomenės lūkesčius ir gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Išplėstinės praktikos slaugytojas – tai bendrosios praktikos arba specializuotas slaugytojas, įgijęs papildomą aukštąjį išsilavinimą (magistro laipsnį), turintis pažangių ekspertinių žinių, sudėtingų sprendimų priėmimo įgūdžių ir klinikinės praktikos kompetencijų. Dėl šių gebėjimų IPS ypač tinka vadovaujančioms pareigoms integruotos sveikatos priežiūros modeliuose: jie koordinuoja ir tobulina priežiūrą, stiprina pacientų, sergančių lėtinėmis ir sudėtingomis ligomis, savivaldos įgūdžius ir sveikatos raštingumą². Tyrimai rodo, kad IPS

- 1 Nabizadeh-Gharghozar Z, Alavi NM, Ajorpaz NM. Clinical competence in nursing: A hybrid concept analysis. *Nurse Education Today*. 2021; 10:1(0).528 DOI: 10.1016/j.nedt.2020.104728.
- 2 Bales G, Hasemann W, Kressig RW, Mayer H. Scope of practice, competencies and impact of advanced practice nurses within APN-led models of care for young and middle-aged adult patients with multimorbidity and/or complex chronic conditions in hospital settings: a scoping review. *BMJ Open*. 2025 m.;15(4):e091170. DOI: 10.1136/bmjopen-2024-091170

veikla siejama su geresniais pacientų sveikatos rezultatais, jie geriau supranta apie ligas ir teikiamas paslaugas. Be to, dirbdami komandose jie yra ekonomiškai efektyvi sudėtingo ir daug resursų reikalaujančio sveikatos priežiūros valdymo alternatyva^{3,4}. IPS savarankiškai atlieka diagnostines, gydomąsias ir konsultacines funkcijas ir glaudžiai bendradarbiauja su daugiadisciplinėmis komandomis. Įvairių šalių patirtis patvirtina, kad IPS reikšmingai gerina paslaugų prieinamumą, kokybę ir pacientų pasitenkinimą^{4,5}. Nepaisant jų svarbos sveikatos sistemoje, Lietuvoje šių specialistų kompetencijų tobulinimo galimybės yra ribotos. Jų integracija dar neišplėtotą, trūksta nuoseklių specializuotų mokymų ir informacijos apie profesinio tobulėjimo galimybes. Todėl sunkiau IPS stiprinti profesinę tapatybę, silpsta motyvacija ir ribotai panaudojamas jų potencialas praktikoje⁶. Šios aplinkybės išryškina poreikį sistemingai įvertinti IPS poreikius ir lūkesčius, susijusius su kompetencijų tobulinimu.

Reaguojant į kintančią sveikatos sistemą, Lietuvoje įsigaliojo nauji slaugytojų kvalifikacijos tobulinimo reikalavimai. Jie skiria dėmesio ne tik klinikinėms, bet ir bendrosioms profesinėms kompetencijoms, pavyzdžiui, komunikacijai, lyderystei ir etikai⁷. Šie pokyčiai atspindi sisteminių poslinkių nuo techninių funkcijų prie holistinės, pacientą įtraukiančios priežiūros, kurioje IPS tampa koordinuojančiu ir mokančiu specialistu. Nepaisant šių pokyčių, IPS Lietuvoje vis dar susiduria su ribota specializuotų mokymų pasiūla. Dažnai siūlomos tobulinimosi programos orientuotos į bendrosios praktikos slaugos poreikius ir neatliepia IPS funkcijų specifikos⁸. Tyrimų duomenimis, daugiausia dėmesio turėtų būti skiriama psichikos sveikatos, skubiosios pagalbos ir intensyviosios terapijos kompetencijoms plėtoti, komunikaciniams ir vadybiniais gebėjimams stiprinti⁹. IPS taip pat išskiria aiškaus profesinio statuso ir žinių atnaujinimo svarbą. Daugelį iššūkių lemia išoriniai veiksniai: finansinių išteklių trūkumas, darbdavių nepalaikymas, nepatogūs mokymų

3 McIntosh D, Startsmann LE, Perraud S. Mini Review of Integrated Care and Implications for Advanced Practice Nurse Role. *Open Nurs J*. 2016 m.;10:78–89. DOI: 10.2174/187443460160101078

4 Jokiniemi K, Hølge-Hazeltan B, Kristofersson GK, Frederiksen K, Kilpatrick K, Mikkonen S. Core competencies of clinical nurse specialists: a comparison across three Nordic countries. *J Clin Nurs*. 2021 Dec;30(23–24):3601–10. DOI: 10.1111/jocn.15882.

5 Taylor I, Bing-Jonsson P, Wangensteen S, Finnbakk E, Sandvik L, McCormack B, ir kt. The selfassessment of clinical competence and the need for further training: A cross-sectional survey of advanced practice nursing students. *Journal of Clinical Nursing*. 2020; 29(3–4):545–55. DOI: 10.1111/jocn.15095

6 Juškevičiūtė G, Kielė V, Žalalienė J, Kučinskienė A. Išplėstinės praktikos slaugytojų profesinių kompetencijų tobulinimo galimybės. *Sveikatos mokslai*, 2022; 32(2):104–109. DOI: <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2022.060>

7 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. Įsakymas Nr. 132 „Dėl sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimo ir jo finansavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. 2002 m. kovo 18 d. Prieiga per internetą: [https://eseimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.162988:contentReference\[oaicite:4\]{index=4}](https://eseimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.162988:contentReference[oaicite:4]{index=4})

8 Mrayyan MT, Abunab HY, Abu Khait A, Rababa MJ, Al-Rawashdeh S, Algunmeeyn A, et al. Competency in nursing practice: a concept analysis. *BMJ Open*. 2023;13(6):e067352. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-067352.

9 Feng RC, Chen MJ, Chen MC, Pai YC. Critical thinking competence and disposition of clinical nurses in a medical center. *J Nurs Res*. 2010 Jun;18(2):77–87. DOI: 10.1097/JNR.0b013e3181dda6ff.

grafikai ir informacijos apie galimybes stygius^{10,11,12}. Toks kontekstas riboja IPS galimybes planuoti profesinį tobulėjimą ir slopina ilgalaikio kvalifikacijos kėlimo motyvaciją. IPS kompetencijų tobulinimas neatsiejamas nuo praktinių mokymosi formų, apimančių simuliacijas, probleminių mokymąsi, mentorystę ir tarptautinius mainus. Dalyvavimas šiose veiklose ugdo savarankiškumą, sprendimų priėmimo gebėjimus ir stiprina pasitikėjimą profesine veikla^{9,13}. Praktinio taikymo svarba pabrėžiama kaip būtina efektyvaus žinių įsisavinimo sąlyga. Vienas iš esminių iššūkių – kompetencijos neatitinka teorinio mokymo ir praktikos reikalavimų. Tyrimai rodo, kad IPS dažnai negali įgyti reikalingų įgūdžių, nes jie rengiami kartu su bendrosios praktikos slaugytojais, o ne pagal specializuotas programas¹⁴. 2022 m. tyrimas Lietuvoje atskleidė, kad šalyje trūksta IPS poreikius atitinkančių mokymų, todėl specialistai priversti tenkintis jiems nepritaikytomis mokymosi formomis¹⁵.

Literatūroje pažymima, kad specializuoti, teminiai mokymai, pavyzdžiui, psichikos sveikatos ar lėtinių ligų valdymo, stipriai gerina paslaugų kokybę ir prieinamumą¹⁶. Tai rodo būtinybę kurti teminiu turiniu grįstas, IPS poreikius atliepiančias programas, užtikrinančias aukštą profesinę praktiką. IPS taip pat pabrėžia tarptautinio bendradarbiavimo, kaip reikšmingos profesinio augimo priemonės, svarbą. Tokios veiklos skatina tarpdisciplininį mąstymą, kultūrinį jautrumą, globalų požiūrį į slaugytojo vaidmenį. Tarptautinė literatūra išskiria kelis sėkmingo kompetencijų tobulinimo aspektus: lanksčius mokymus, prieigą prie skaitmeninių šaltinių, mentorystės sistemų stiprinimą ir tarptautinę integraciją. Šie veiksniai leidžia ne tik adaptuoti mokymosi procesus prie realios praktikos sąlygų, bet ir stiprina profesinį identitetą ir pasitikėjimą savimi IPS veikloje^{17,18}. Tarpkultūrinė patirtis ir tarptautiniai mainai plečia profesines žinias, gerina gebėjimą reaguoti į įvairių pacientų poreikius, prisideda prie IPS savarankiškumo plėtros ir užtikrina kokybiškas

10 Parsa Yekta Z, Ramezani Badr F, Khatoni A. Nursing students' viewpoints about their clinical competencies and its achievement level. *Iran J Nurs Res*. 2007;1(3):7–14

11 Mlambo M, Silén C, McGrath C. Lifelong learning and nurses' continuing professional development, a meta-synthesis of the literature. *BMC Nurs*. 2021 m. balandžio 14 d.;20(1):62.

12 Green JK, Huntington AD. Online professional development for digitally differentiated nurses: An action research perspective. *Nurse Educ Pract*. 2017 m. sausio;22:55–62.

13 Hutton A, Veenema TG, Gebbie K. Review of the International Council of Nurses (ICN) Framework of Disaster Nursing Competencies. *Prehosp Disaster Med*. 2016; 31(6):680–3. DOI: 10.1017/S1049023X1600100X.

14 Leonardsen ACL, Blågestad IK, Brynhildsen S, Olsen R, Gunheim-Hatland L, Gregersen AG, et al. Nurses' perspectives on technical skill requirements in primary and tertiary healthcare services. *Nursing Open*. 2020;7(5):1424–30. DOI: 10.1002/nop.2513

15 Juškevičiūtė G, Kielė V, Žalalienė J, Kučinskienė A. Išplėstinės praktikos slaugytojų profesinių kompetencijų tobulinimo galimybės. *Sveikatos mokslai*, 2022; 32(2):104–109. DOI: <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2022.060>

16 Casey M, O'Connor L, Cashin A, Smith R, O'Brien D, Nicholson E, et al. An overview of the outcomes and impact of specialist and advanced nursing and midwifery practice, on quality of care, cost and access to services: A narrative review. *Nurse Education Today*. 2017 Sep 1;56:35–40. DOI: 10.1016/j.nedt.2017.06.004

17 Wheeler KJ, Miller M, Pulcini J, Gray D, Ladd E, Rayens MK. Advanced practice nursing roles, regulation, education, and practice: a global study. *Ann Glob Health*. 2022 Jun 16;88(1):42. DOI:10.5334/aogh.3698

18 World Health Organization, Regional Office for Europe. Building better together: roadmap to guide implementation of the Global Strategic Directions for Nursing and Midwifery in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021. Prieiga per internetą: <https://iris.who.int/handle/10665/350207>

paslaugas^{19,20}. Nepaisant išorinių kliūčių, IPS Lietuvoje aktyviai siekia kelti kvalifikaciją: dalyvauja neformaliuose mokymuose, ieško informacijos savarankiškai, įsitraukia į profesinius tinklus. Tai rodo stiprią vidinę motyvaciją ir pasiryžimą užtikrinti profesionalumą. Atsižvelgiant į šiuos iššūkius nuo 2025 metų Lietuvoje diegiama nacionalinė sveikatos priežiūros specialistų kompetencijų valdymo platforma. Tai centralizuota skaitmeninė sistema, kurios funkcijos apims kvalifikacijos tobulinimo duomenų stebėseną, palengvins licencijų atnaujinimą, kaupis mokymų informaciją ir prieigą prie profesinio tobulėjimo istorijos. Tokia platforma turėtų padėti efektyviau valdyti mokymosi galimybes, mažinti administracinę našlą ir sistemingai užtikrinti kompetencijų augimą tiek individualiu, tiek instituciniu lygmenimis²¹. Šiuo tyrimu siekiama atskleisti pagrindinius IPS kompetencijų tobulinimo poreikius ir lūkesčius.

Tyrimo tikslas – identifikuoti išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijų tobulinimo galimybių poreikius ir lūkesčius.

Tyrimo klausimai

1. Kaip išplėstinės praktikos slaugytojai identifikuoja profesinių kompetencijų tobulinimo poreikius pagal savo klinikinės specializacijos sritį?
2. Kokius mokymosi būdus išplėstinės praktikos slaugytojai vertina kaip veiksmingiausius kompetencijoms tobulinti?
3. Kokie yra išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijų tobulinimo galimybių ir profesinio augimo lūkesčiai?

Tyrimo medžiaga ir metodai

Subjektyviai tiriamųjų patirčiai, nuomonei ir motyvams suprasti pasirinktas kokybinis interviu. Tyrimo duomenys buvo renkami taikant pusiau struktūruotą interviu metodą. Tai lanksti pokalbio forma, kai vyksta laisvas tyrėjo ir dalyvio dialogas, leidžiantis tyrėjui užduoti papildomų klausimų ar pateikti komentarų pagal pokalbio eigą. Šis metodas leidžia išsamiau suprasti dalyvių patirtis, požiūrį ir išgyvenimus, susijusius su slaugytojų kompetencijų tobulinimo galimybių poreikiais ir lūkesčiais. Taip pat ištirti išplėstinės praktikos slaugytojų patirtį, jų mokymosi iššūkius ir profesinio tobulėjimo sąlygas. Klausimai parengti pagal atliktą sisteminę literatūros apžvalgą, vadovaujantis PRISMA gairėmis, kurios užtikrina nuoseklumą, patikimą ir metodiškai pagrįstą šaltinių atranką²². Publikacijų ieškota šiose duomenų bazėse: „PubMed“, „ScienceDirect“, „Wiley Online Library“, CINAHL, „Web of Science“. Analizuoti 2018–2025 m. publikuoti straipsniai anglų kalba pagal šiuos paieškos raktažodžius ir jų derinius: „advanced practice nurses“ AND („competence“ OR

19 Kilpatrick K, Savard I, Audet L-A, Costanzo G, Khan M, Atallah R, et al. A global perspective of advanced practice nursing research: a review of systematic reviews. *PLoS One*. 2024 Jul 2;19(7):e0305008. DOI: 10.1371/journal.pone.0305008.

20 Hovland OJ, Johannessen B. What impact did a student exchange have on participating nurses in the longer term? *Sykepleien Forskning*. 2021;16:e-86982. DOI:10.4220/Sykepleienf.2021.86982en

21 Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos. SPS licencijų sąrašas <https://licencijavimas.vaspvt.gov.lt/License/PublicSpecialistIndex>

22 Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021 29;372:n71. DOI:10.1136/bmj.n71

„skills“) AND („professional development“ OR „continuing education“) AND („expectations“ OR „challenges“).

Prieš pagrindinį tyrimą atliktas bandomasis tyrimas su išplėstinės praktikos slaugytoju, kuris leido įvertinti, ar interviu klausimai tinka ir ar sklandi tyrimo eiga. Po bandomojo tyrimo minimaliai patikslintos klausimų formuluotės. Interviu organizuoti per nuotolinę platformą „Microsoft Teams“ suderintu laiku, ramiomis sąlygomis, kad dalyviai nepatirtų psichologinės įtampos. Prieš tyrimą su dalyviais bendrauta iš anksto: suderinta interviu data, aptarta eiga, pateikti pagrindiniai klausimai ir informuota apie tyrimo tikslą. Interviu metu vadovautasi iš anksto parengtu klausimų planu, tačiau išsamesniems ir gilesniems atsakymams gauti lanksčiai reaguota į pokalbio eigą, t. y. esant poreikiui, užduoti papildomi, į planą neįtraukti klausimai. Tai suteikė galimybę ne tik išplėsti tyrimo turinį, bet ir geriau suprasti tiriamųjų patirtis ir nuomones. Respondentai supažindinti su tyrimo tikslu ir paskirtimi, o jų dalyvavimas tyrime buvo visiškai anonimiškas. Interviu trukmė buvo apie 30–50 minučių (vidutiniškai 41 min.), tai užtikrino atvirus ir sąžiningus atsakymus. Bendra įrašų trukmė buvo 6 val. 50 min. Baigiamojo darbo tyrimo metu apklausti išplėstinės praktikos slaugytojai, dirbantys sveikatos priežiūros įstaigose, kad būtų detalai ištirti išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijų tobulinimo galimybių poreikiai ir lūkesčiai. Imties dydis nustatytas pagal informacijos prisotinimo principą, t. y. kai dalyvių atsakymuose pasikartoja panašios išvalgos apie pagrindines interviu gaires, apklausos toliau nebevykdomos²³. Taikant sniego gniūžtės atrankos metodą dalyviai turėjo galimybę rekomenduoti kitus tinkamus respondentus, kurie norėtų dalyvauti tyrime ir pateikti reikšmingų duomenų, susijusių su tyrimo tema.

1 lentelė. Tyrimo imties atrankos kriterijai

Tiriamieji	Atrankos kriterijai	Atmetimo kriterijai
Išplėstinės praktikos slaugytojai	Turi aktyvią licenciją	Slaugos studentai
	Baigę studijas ne anksčiau kaip prieš 5 metus	Bendrosios praktikos slaugytojai
	Tyrimo dalyviai, sutikę dalyvauti	

Taikant tiriamųjų atrankos ir atmetimo kriterijus (1 lentelė), apklausta 10 skirtingų specializacijų išplėstinės praktikos slaugytojų. Interviu įrašyti ir transkribuoti, o surinkti duomenys analizuoti turinio analizės metodu.

Rezultatai atskleidė, kad dauguma (9 iš 10) tyrime dalyvavusių informantų buvo moterys. Vienas tyrimo dalyvis buvo vyras. Taip pat vertintas respondentų pasiskirstymas pagal amžių. Amžiaus vidurkis – 28 metai, o amžiaus ribos svyravo nuo 26 iki 30 metų. 8 respondentai priklausė 27–29 metų amžiaus grupei. Daugumos dalyvių profesinė patirtis svyravo nuo 1 iki 4 metų, o vidutinis darbo stažas buvo 2,9 metų. Tai rodo, kad dauguma

23 Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2013. 610 p. DOI:10.1097/NNR.0000000000000459

respondentų turi santykinai nedidelę, tačiau jau įgytą praktinę patirtį sveikatos priežiūros srityje. Tyrimo metu nagrinėta ir slaugytojų specializacija. Pirminės sveikatos priežiūros srityje dirbo 5 respondentai, skubiojoje pagalboje – 3 respondentai, anestezijos ir intensyviosios terapijos srityje – 2 respondentai. Nors tiriamųjų imtis nedidelė, ji laikytina reprezentatyvia, nes apima skirtingo amžiaus, darbo patirties ir profesinės specializacijos slaugytojus, kurie aktyviai tobulina savo srities profesinius gebėjimus. Duomenų analizei pasirinktas indukcinis kokybinės turinio analizės metodas²⁴. Tyrimo metu surinkti pusiau struktūruoto interviu duomenys įrašyti mobiliąją garso įrašymo programa „Voice Recorder & Memos Pro“. Visi tyrimo dalyviai prieš interviu informuoti apie įrašymą ir davė sutikimą. Duomenų anonimiškumas užtikrintas „ARX Data Anonymization Tool“. Dalyvių atsakymai užkoduoti, priskiriant unikalius identifikatorius: kiekvienas respondentas sunumeruotas nuo 1 iki 10, o specializacijos pažymėtos specifiniais raidiniais kodais: „S“ (skubioji pagalba), „A“ (anestezija ir intensyvioji terapija) ir „P“ (pirminė sveikatos priežiūra). Šis metodas užtikrina, kad net darbo autoriams dalyvių tapatybė išliktų nežinoma. Garso įrašai transkribuoti pažodžiui, išlaikant natūralią kalbėseną ir netaisant kalbos formuluočių. Transkripcijos metu vadovautasi iš anksto apibrėžtais principais. Cituojamos tik pasirinktos sakinių dalys žymėtos simboliu „“, rodančiu, kad teksto atkarpa sutrumpinta. Tyrimo duomenys sistemingai struktūruoti ir pateikti lentelėse pagal pagrindines temas, suskirstytas į kategorijas ir subkategorijas, kurios iliustruojamos autentiškais interviu dalyvių citatomis.

Tyrimo rezultatai

Išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijų tobulinimo galimybių poreikiai. Analizuojant tyrimo dalyvių pasisakymus išryškėjo specifiniai profesinių kompetencijų tobulinimo poreikiai, susiję tiek su teoriniu pasirengimu, tiek su praktinių įgūdžių giliniu konkrečiose srityse (2 lentelė). Dauguma respondentų pabrėžė, kad šiuo metu dominuojančios bendrosios mokymo programos dažnai neatitinka jų profesinės veiklos poreikių. Aiškiai išreiškė pageidavimą dalyvauti mokymuose, orientuotuose į konkrečias klininkines sritis kaip skubioji pagalba, anestezija ar psichikos sveikata. Kartu pastebėta, kad kai kurie IPS dažnai atlieka koordinatoriaus ar komandos vadovo funkcijas, tačiau jų pasirengimas tokiam vaidmeniui – ribotas. Pasak tiriamųjų, vadovavimo, komandinio darbo planavimo ir organizacinių įgūdžių ugdymas nėra sistemingai įtrauktas į kompetencijų tobulinimo programas.

24 Gaižauskaitė I, Valavičienė N. Socialinių tyrimų metodai: kokybinis interviu. Vilnius: Registrų centras; 2016. 391 p. ISBN: 978-9955-30-205-6. Prieiga per internetą: https://www.researchgate.net/publication/323915563_Socialiniu_tyrimu_metodai_kokybinis_interviu_vadovelis

2 lentelė. Profesinio išplėstinės praktikos slaugytojų tobulėjimo ir įgūdžių tobulinimo poreikiai

Kategorija	Subkategorija	Reikšmingi teiginiai
Profesinių įgūdžių sritis	Specializacijos sritys	„<...> labai trūksta anestezijos ir intensyvios terapijos kursų“ (5S) „<...> būtų gerai, jei būtų daugiau kursų pagal sritis, ne tik bendri“ (9A) „<...> norisi, kad būtų daugiau mokymų ne apie viską bendrai, o pagal specializacijas“ (8S)
	Psichologinė sveikata	„<...> norėčiau daugiau kursų apie psichikos sveikatą, ypač krizines situacijas“ (2P)
	Skubiosios pagalbos suteikimas	„<...> kursai apie skubią pagalbą būtini, šita sritis labai greitai keičiasi“ (7A)
Komunikaciniai ir vadybiniai įgūdžiai	Pacientų konsultavimas	„<...> labiausiai trūksta kursų, kaip kalbėtis su pacientu, kaip paaiškinti diagnozes“ (6S)
	Lyderystė	„<...> reikėtų lyderystės mokymų, nes IPS turi gebėti koordinuoti komandą“ (4P)
	Komandos valdymas	„<...> IPS turi mokėti organizuoti darbą su komanda, to nėra mokoma“ (3P)

Tyrimo analizė atskleidė išplėstinės praktikos slaugytojų įžvalgas apie mokymosi metodus, kurie svarbūs ne tik perduodant turinį, bet ir užtikrinant jo supratimą ir ilgalaikį įsisavinimą (3 lentelė). Tiriamieji pabrėžė, kad simuliacinės veiklos yra vienas efektyviausių būdų pasirengti realioms klinikinėms situacijoms. Respondentų teigimu, tokie metodai suteikia galimybę saugioje aplinkoje eksperimentuoti, įgyti pasitikėjimo ir įtvirtinti reikalingus praktinius įgūdžius. Praktiniai užsiėmimai išskirti kaip viena svarbiausių mokymosi dalių. Dalyviai pabrėžė, kad vien teorinių žinių ir stebėjimo nepakanka, mokymasis turi apimti aktyvų įsitraukimą ir praktinį veikimą. Toks požiūris siejamas su efektyvesniu žinių įsisavinimu ir galimybe įvertinti savo gebėjimus realiomis ar simuliuotomis klinikinėmis sąlygomis. Aptardami mokymų kokybę dalyviai pabrėžė, kad vien teorinių žinių nepakanka. Akcentavo, kad mokymasis turėtų būti grindžiamas inovatyviais metodais, kurie skatintų aktyviai įsitraukti ir modeliuotų praktines situacijas. Buvo išreikštas interaktyvesnių sprendimų, įskaitant integruotą virtualią realybę ir skaitmenines platformas, lūkestis. Toks požiūris atskleidžia siekį ne tik įsisavinti informaciją, bet ir lavinti sprendimų priėmimo gebėjimus realioms situacijoms artimame kontekste. Teoriniai mokymai įvertinti kaip vertingi, tačiau dažnai nesusieti su praktine kasdienybe, todėl išryškėjo aiškus labiau subalansuoto teorijos ir praktikos derinio poreikis.

3 lentelė. Išplėstinės praktikos slaugytojų įžvalgos apie profesinio tobulėjimo mokymo metodus ir technologijas

Kategorija	Subkategorija	Reikšmingi teiginiai
Mokymosi patirties gerinimas	Simuliacijos	„<...> simuliacijos – tai geriausias būdas pasiruošti realiems atvejams“ (1P) „<...> simuliacijos leidžia pasirengti kritinėms situacijoms“ (5S)
	Praktikiniai užsiėmimai	„<...> praktika labai svarbi, nes teorija niekada to nepakeis“ (1P)
Šiuolaikinio mokymo galimybės	Interaktyvūs metodai	„<...> reikėtų naujesnių mokymo metodų, daugiau interaktyvumo“ (2P)
	Skaitmeninės technologijos mokyme	„<...> būtų įdomu, jei būtų taikomos šiuolaikinės platformos ar virtuali realybė, pvz.: tokie, kaip VR akiniai“ (9A)
Teorinių žinių taikymas	Teoriniai kursai	„<...> teorijos netrūksta, bet trūksta jos taikymo praktikoje“ (10P)

Išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijų tobulinimo galimybių lūkesčiai. Analizuojant tyrimo dalyvių įžvalgas išryškėjo išplėstinės praktikos slaugytojų lūkesčiai, susiję su aiškiu profesiniu statusu, darbdavių palaikymu ir tarptautinių galimybių plėtojimu (4 lentelė). Viena iš dominuojančių temų – būtina atskirti išplėstinės praktikos slaugytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų (BPS) funkcijas. Neapibrėžtas profesinis vaidmuo, pasak dalyvių, kelia painiavą praktikoje ir riboja profesijos veiksmingumą. Ypač daug dėmesio skirta medicinos normos atnaujinimui ir teisiniam įtvirtinimui, kuris laikomas būtina sąlyga IPS kvalifikacijos plėtrai: „Pirmas žingsnis būtų medicinos normos pakeitimas ir kompetencijų išplėtimas. Kol tai neįvyksta, nėra net pagrindo kalbėti apie kvalifikacijos kėlimą“ (4P), o kitas pridūrė: „nėra atnaujintos medicinos normos, nėra ir ateities“ (9A). Išplėstinės praktikos slaugytojų pasisakymuose išryškėjo profesinio pripažinimo tema, apimanti ir IPS matomumą sveikatos priežiūros sistemoje. Dalyviai atkreipė dėmesį į tai, kad IPS vaidmuo sveikatos sistemoje neaiškus nei kolegoms, nei visuomenei. Trūksta informacijos apie šių specialistų atsakomybes, funkcijas ir kompetencijas, o tai kenkia profesiniam matomumui ir pripažinimui. Tyrimo metu nustatyta, kad išplėstinės praktikos slaugytojai vertina tarptautinę patirtį kaip svarbų kompetencijų plėtros įrankį. Mokymasis užsienyje, dalyvavimas bendruose projektuose ir kontaktas su kitų šalių specialistais, pasak respondentų, padeda įgyti ne tik žinių, bet ir suteikia platesnį profesinį požiūrį. Taip pat iškeltas informacijos apie tobulėjimo galimybių prieinamumo lūkestis. Respondentai dažnai susiduria su fragmentiška, ne visa ar sunkiai randama informacija apie kompetencijų tobulinimo galimybes. Dėl to sunkiau planuoti mokymus ir tai riboja galimybes kryptingai tobulinti

kompetencijas. Dalyviai siūlė sprendimus: kurti bendrą informacinę sistemą, kurioje būtų galima rasti struktūruotą ir aiškiai IPS kompetencijas atspindinčią informaciją. Tokia sistema, jų nuomone, padėtų ne tik lengviau orientuotis mokymų pasiūloje, bet ir stiprintų nacionalinį profesinės veiklos koordinavimą.

4 lentelė. Išplėstinės praktikos slaugytojų profesinio tobulėjimo sąlygų ir statuso pripažinimo lūkesčiai

Kategorija	Subkategorija	Reikšmingi teiginiai
IPS pripažinimo siekis	IPS nežinomumas tarp kolegų ir visuomenėje	„<...> visuomenė nežino, kad tokia profesija egzistuoja“ (2P) „<...> norėčiau, kad gydytojai ir pacientai pradėtų vertinti IPS kitaip“ (4P)
Teisinio ir institucinio įtvirtinimo poreikis	Funkcijų atskyrimo poreikis	„<...> kol nėra aiškos ribos tarp IPS ir BPS, tol nebus tvarkos“ (5S)
	Institucinis ir teisinis pripažinimas	„<...> reikia keisti įstatymus, kad mūsų profesija būtų lygiavertė“ (6S) „<...> svarbu, kad būtų pripažinta ir instituciniu lygmeniu“ (7A)

Rezultatų aptarimas (diskusija)

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad išplėstinės praktikos slaugytojai yra motyvuoti tobulėti, tačiau susiduria su sistemine kliūtimi, taip pat aptariamomis literatūroje. Kadangi sveikatos paslaugos tampa kompleksiškos, IPS turi nuolat gilinti žinias ir įgūdžius²⁵, tačiau Lietuvoje šių specialistų vaidmuo vis dar ribojamas, nes nepakanka tobulinimosi galimybių ir stokojama profesinio pripažinimo²⁶. Vienas iš svarbiausių išreikštų poreikių – specializuoti, praktikai pritaikyti mokymai. Tiriamųjų teigimu, kvalifikacijos kėlimo programos dažnai yra pernelyg bendros ir neatitinka specifinių išplėstinės praktikos reikalavimų, todėl jie pasigenda kursų pagal konkrečias specializacijas (pvz., psichikos sveikatos ar skubiosios pagalbos). Literatūros duomenys rodo, kad kvalifikacijos tobulinimas neretai nepritaikytas IPS poreikiams²⁷, todėl tenka mokytis kartu su bendrosios praktikos slaugytojais, o

25 Nabizadeh-Gharghozar Z, Alavi NM, Ajorpaz NM. Clinical competence in nursing: A hybrid concept analysis. *Nurse Education Today*. 2021; 10:1(0).528 DOI: 10.1016/j.nedt.2020.104728.

26 Juškevičiūtė G, Kielė V, Žalalienė J, Kučinskienė A. Išplėstinės praktikos slaugytojų profesinių kompetencijų tobulinimo galimybės. *Sveikatos mokslai*, 2022; 32(2):104-109. DOI: <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2022.060>

27 Mrayyan MT, Abunab HY, Abu Khait A, Rababa MJ, Al-Rawashdeh S, Algunmeeyn A, et al. Competency in nursing practice: a concept analysis. *BMJ Open*. 2023;13(6):e067352. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-067352.

galiausiai neįgyjami visi reikalingi įgūdžiai²⁸. Taip pat pabrėžtas poreikis tobulinti lyderystės ir komandinio darbo gebėjimus, ir tai dera su naujais nacionaliniais IPS kompetencijų reikalavimais²⁹. Literatūroje nurodoma, kad specializuoti mokymai, pavyzdžiui, lėtinių ligų valdymo, gerina paslaugų kokybę ir prieinamumą³⁰. Tai leidžia manyti, kad Lietuvoje būtina peržiūrėti IPS kvalifikacijos kėlimo programas, kad jos atitiktų klinikinės praktikos poreikius, kitaip IPS potencialas lieka neišnaudotas.

Ne mažiau svarbi tema – praktinis pasirengimas. Apklaustųjų nuomone, vien teorijos nepakanka tvirtiems įgūdžiams įgyti, būtini praktiniai mokymai, pavyzdžiui, simuliacijos. Šis poreikis atitinka literatūros išvagas: praktinis žinių taikymas laikomas būtina efektyvaus mokymosi sąlyga, o simuliacijos ir probleminis mokymas pripažįstami veiksmingais metodais, ugdančiais klinikinį mąstymą ir pasitikėjimą^{31,32}. Hutton ir kt. (2016), Wheeler ir kt. (2022) tyrimai taip pat teigia, kad praktinė veikla apibūdinama kaip būtina sąlyga IPS gebėjimams lavinti^{33,34}.

Be to, dalyviai neretai nežino, kur ieškoti informacijos apie kvalifikacijos kėlimo kursus, todėl siūlo sukurti centralizuotą informacinę platformą. Toks informacijos stygius literatūroje įvardijamas kaip reikšminga kliūtis, mažinanti galimybes ir motyvaciją tobulėti^{35,36,37}. Reaguojant į šią situaciją nuo 2025 m. Lietuvoje diegiama sveikatos priežiūros specialistų kompetencijų platforma – centralizuota sistema, skirta kvalifikacijos tobulinimo procesams sekti, kaupti ir administruoti³⁸. Nors tyrimas atliktas dar prieš įdiegiant šią platformą, respondentų išsakyti poreikiai patvirtina, jog tokia sistema būtina. Mokslinėje literatūroje pažymima, kad vieninga informacinė sistema gali padėti geriau planuoti mokymus, kelti

28 Leonardsen ACL, Blågestad IK, Brynhildsen S, Olsen R, Gunheim-Hatland L, Gregersen AG, et al. Nurses' perspectives on technical skill requirements in primary and tertiary healthcare services. *Nursing Open*. 2020;7(5):1424–30. DOI: 10.1002/nop.2.513

29 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. Įsakymas Nr. 132 „Dėl sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimo ir jo finansavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. 2002 m. kovo 18 d. Prieiga per internetą: <https://eseimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.162988:contentReference{oacite:4}{index=4}>

30 Casey M, O'Connor L, Cashin A, Smith R, O'Brien D, Nicholson E, et al. An overview of the outcomes and impact of specialist and advanced nursing and midwifery practice, on quality of care, cost and access to services: A narrative review. *Nurse Education Today*. 2017 Sep 1;56:35–40. DOI: 10.1016/j.nedt.2017.06.004

31 Feng RC, Chen MJ, Chen MC, Pai YC. Critical thinking competence and disposition of clinical nurses in a medical center. *J Nurs Res*. 2010 Jun;18(2):77–87. DOI: 10.1097/JNR.0b013e3181dda6ff.

32 Hutton A, Veenema TG, Gebbie K. Review of the International Council of Nurses (ICN) Framework of Disaster Nursing Competencies. *Prehosp Disaster Med*. 2016; 31(6):680–3. DOI: 10.1017/S1049023X1600100X

33 Hutton A, Veenema TG, Gebbie K. Review of the International Council of Nurses (ICN) Framework of Disaster Nursing Competencies. *Prehosp Disaster Med*. 2016; 31(6):680–3. DOI: 10.1017/S1049023X1600100X.

34 Wheeler KJ, Miller M, Pulcini J, Gray D, Ladd E, Rayens MK. Advanced practice nursing roles, regulation, education, and practice: a global study. *Ann Glob Health*. 2022 Jun 16;88(1):42. DOI: 10.5334/aogh.3698.

35 Parsa Yekta Z, Ramezani Badr F, Khatoni A. Nursing students' viewpoints about their clinical competencies and its achievement level. *Iran J Nurs Res*. 2007;1(3):7–14.

36 Mlambo M, Silén C, McGrath C. Lifelong learning and nurses' continuing professional development, a meta-synthesis of the literature. *BMC Nurs*. 2021 m. balandžio 14 d.;20(1):62.

37 Green JK, Huntington AD. Online professional development for digitally differentiated nurses: An action research perspective. *Nurse Educ Pract*. 2017 m. sausio;22:55–62.

38 Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos. SPS licencijų sąrašas <https://licencijavimas.vaspvt.gov.lt/License/PublicSpecialistIndex>.

motyvaciją ir mažinti administracinę našta^{39,40,41}.

Respondentai taip pat pabrėžė aiškiaus profesinio statuso ir pripažinimo stoką, kuri, jų nuomone, glaudžiai susijusi su tuo, kad neatskirtos išplėstinės praktikos ir bendrosios praktikos slaugytojų funkcijos. Dėl to ne tik kolegos, bet ir visuomenė iki galo nesuvokia IPS vaidmens. Tyrimų duomenimis, Lietuvos sveikatos sistemoje aiškiai neįtvirtinta IPS pozicija, tad sunkiau į ją integruoti šių specialistų veiklą⁴². O tarptautinė patirtis rodo, kad šalys, kuriose IPS funkcijos aiškiai reglamentuotos, pasiekia geresnių pacientų priežiūros rezultatų, slaugytojų indėlis pripažįstamas ir vertinamas^{43,44}. Taigi be teisinio reglamentavimo IPS profesija Lietuvoje gali išlikti periferinė, todėl politikos formuotojams būtina imtis konkrečių veiksmų, kad išnaudotų šių specialistų potencialą pacientų priežiūros kokybei gerinti. Aiški profesinė tapatybė stiprina IPS motyvaciją, padeda įtvirtinti jų vaidmenį tarpdisciplininėje komandoje ir sudaro sąlygas efektyviai įgyvendinti išplėstinės praktikos principus⁴⁵. Tarptautinio bendradarbiavimo galimybės respondentų įvardytos kaip reikšmingas profesinės raidos veiksnys. Pasak dalyvių, mokymasis iš užsienio kolegų ir dalyvavimas tarptautiniuose mokymuose suteikia galimybę įgyti pažangių žinių ir plėsti profesinį akiratį. Šie aspektai atliepia ir ankstesnių tyrėjų, pavyzdžiui, Wheeler ir kt. (2022), Kilpatrick ir kt. (2024), išvadas, kurios pabrėžia, kad tarptautinė patirtis ne tik skatina kultūrinį jautrumą ir tarpdisciplininį mąstymą, bet ir stiprina profesinį tapatumą^{46,47}. Dalyvavimas tokiose veiklose sudaro sąlygas gerajai praktikai perimti, inovacijoms diegti ir IPS savarankiškumui skatinti, kartu gerinant teikiamų paslaugų kokybę⁴⁸. Tyrimo rezultatai taip pat išryškino darbdavių palaikymo svarbą. Dalyviai pabrėžė, kad kvalifikacijos tobulinimas tampa individualia atsakomybe, kai trūksta institucinio dėmesio ar finansavimo.

39 Green JK, Huntington AD. Online professional development for digitally differentiated nurses: An action research perspective. *Nurse Educ Pract*. 2017 m. sausio;22:55–62.

40 Wheeler KJ, Miller M, Pulcini J, Gray D, Ladd E, Rayens MK. Advanced practice nursing roles, regulation, education, and practice: a global study. *Ann Glob Health*. 2022 Jun 16;88(1):42. DOI: 10.5334/aogh.3698.

41 World Health Organization, Regional Office for Europe. Building better together: roadmap to guide implementation of the Global Strategic Directions for Nursing and Midwifery in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021. Prieigą per internetą: <https://iris.who.int/handle/10665/350207>

42 Juškevičiūtė G, Kielė V, Žalalienė J, Kučinskienė A. Išplėstinės praktikos slaugytojų profesinių kompetencijų tobulinimo galimybės. *Sveikatos mokslai*. 2022; 32(2):104–109. DOI: <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2022.060>.

43 Jokiniemi K, Hølge-Hazeltan B, Kristofersson GK, Frederiksen K, Kilpatrick K, Mikkonen S. Core competencies of clinical nurse specialists: a comparison across three Nordic countries. *J Clin Nurs*. 2021 Dec;30(23–24):3601–10. DOI: 10.1111/jocn.15882.

44 Taylor I, Bing-Jonsson P, Wangensteen S, Finnbakk E, Sandvik L, McCormack B, ir kt. The selfassessment of clinical competence and the need for further training: A cross-sectional survey of advanced practice nursing students. *Journal of Clinical Nursing*. 2020; 29(3–4):545–55. DOI: 10.1111/jocn.15095.

45 Wheeler KJ, Miller M, Pulcini J, Gray D, Ladd E, Rayens MK. Advanced practice nursing roles, regulation, education, and practice: a global study. *Ann Glob Health*. 2022 Jun 16;88(1):42. DOI: 10.5334/aogh.3698.

46 Wheeler KJ, Miller M, Pulcini J, Gray D, Ladd E, Rayens MK. Advanced practice nursing roles, regulation, education, and practice: a global study. *Ann Glob Health*. 2022 Jun 16;88(1):42. DOI: 10.5334/aogh.3698.

47 Kilpatrick K, Savard I, Audet L-A, Costanzo G, Khan M, Atallah R, et al. A global perspective of advanced practice nursing research: a review of systematic reviews. *PLoS One*. 2024 Jul 2;19(7):e0305008. DOI: 10.1371/journal.pone.0305008.

48 Hovland OJ, Johannessen B. What impact did a student exchange have on participating nurses in the longer term? *Sykepleien Forskning*. 2021;16:e-86982. DOI:10.4220/Sykepleienf.2021.86982en.

Toks palaikymo stygius atitinka literatūroje nurodomas kliūtis: ribotą finansavimą, nepalankią darbdavio poziciją ir nelankstų darbo grafiką, kurie gerokai sunkina galimybes mokytis^{49,50,51}. Respondentai akcentavo, kad tikslinga darbdavių parama (kursų kompensavimas, lankstesnis darbo laikas ar mentorystės iniciatyvos) galėtų paskatinti profesinį augimą. Tyrimai taip pat pabrėžia, kad būtent palaikymo ir mentorystės sistemos yra vieni svarbiausių veiksnių, skatinančių slaugytojų kompetencijų plėtrą⁵². IPS kompetencijų plėtra neturėtų būti palikta tik pačių specialistų atsakomybei, būtina sisteminė darbdavių ir politikos parama.

Tyrimo apribojimai

Mažai dalyvių. Nors tyrime dalyvavo 10 IPS atstovų ir pasiektas duomenų prisotinimas, ribota imtis natūraliai mažina galimybę formuluoti visos profesinės grupės apibendrinimą. Be to, dėl nevienodo įvairių IPS specializacijų atstovavimo kai kurie aspektai galėjo likti neatskleisti.

Dalyvių įsitraukimo iššūkiai. Ieškant tyrimo dalyvių pastebėta, jog jie vangiai įsitraukia, t. y. kai kurie atsisakė dalyvauti dėl laiko trūkumo ar darbo krūvio. Ši aplinkybė paveikė atranką ir kartu atspindi intensyvų profesinį gyvenimą.

Trumpi ir atsargūs dalyvių atsakymai. Nors interviu trukmė atitiko kokybinio tyrimo reikalavimus (vidutiniškai 30–50 min.), kai kurie dalyviai pateikė gana lakoniškus atsakymus ir ne visada giliau išreiškė savo poziciją. Todėl tai galėjo atsiliepti kontekstinių duomenų gilumui ir turtingumui.

Visgi net ir nedidelės apimties duomenys leido identifikuoti reikšmingas tendencijas, atspindinčias IPS profesinio tobulėjimo situaciją Lietuvoje. Maža imtis, kuri būdinga kokybiniams tyrimams, leidžia giliau pažvelgti į reiškinį ir išryškinti svarbiausias temas, kurios galėtų tapti išsamesnių tyrimų atspirties tašku. Ateityje rekomenduotina atlikti kiekybinį tyrimą pagal šiame darbe išryškėjusias temas. Tada būtų galima patikimiau apibendrinti išvadas ir įvertinti pokyčius laike. Šio tyrimo rezultatai suteikia vertingų įžvalgų, kurios gali būti panaudotos kuriant IPS kompetencijų ugdymo strategijas, apimančias edukacinį, organizacinį ir politikos lygmenis.

49 Parsa Yekta Z, Ramezani Badr F, Khatoni A. Nursing students' viewpoints about their clinical competencies and its achievement level. *Iran J Nurs Res.* 2007;1(3):7–14.

50 Mlambo M, Silén C, McGrath C. Lifelong learning and nurses' continuing professional development, a meta-synthesis of the literature. *BMC Nurs.* 2021 m. balandžio 14 d.;20(1):62.

51 Green JK, Huntington AD. Online professional development for digitally differentiated nurses: An action research perspective. *Nurse Educ Pract.* 2017 m. sausio;22:55–62.

52 Wheeler KJ, Miller M, Pulcini J, Gray D, Ladd E, Rayens MK. Advanced practice nursing roles, regulation, education, and practice: a global study. *Ann Glob Health.* 2022 Jun 16;88(1):42. DOI: 10.5334/aogh.3698.

Išvados

1. Pagrindiniai išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijų tobulinimo poreikiai siejami su jų klinikinėmis specializacijomis. Identifikuotas teminių, praktikai pritaikytų mokymų trūkumas ir poreikis stiprinti psichikos sveikatos, skubiosios pagalbos ir intensyviosios terapijos žinias.
2. Efektyviausiomis mokymosi formomis laikomos: simuliacinės veiklos, mentorystė, tarptautinis bendradarbiavimas ir praktiniai užsiėmimai, kurios lavina sprendimų priėmimo gebėjimus realioms situacijoms artimomis sąlygomis. Darbdaviams ir mokymo institucijoms tikslinga integruoti simuliacinius metodus ir mentorystės modelį į nuolatinio tobulinimo procesus.
3. Išplėstinės praktikos slaugytojai taip pat išreiškė lūkesčius, susijusius su aiškiau įtvirtintu profesiniu statusu, labiau įsitraukusiais darbdaviais ir geresne informacijos apie mokymosi galimybes sklaida. Sveikatos politikos formuotojams rekomenduotina stiprinti teisinį ir institucinį išplėstinės praktikos slaugytojų statusą, užtikrinant specialistų lūkesčius ir visuomenės pripažinimą.

Literatūra

1. Nabizadeh-Gharghozar Z, Alavi NM, Ajorpaz NM. Clinical competence in nursing: A hybrid concept analysis. *Nurse Education Today*. 2021; 10:1(0):528 DOI: 10.1016/j.nedt.2020.104728.
2. Bales G, Hasemann W, Kressig RW, Mayer H. Scope of practice, competencies and impact of advanced practice nurses within APN-led models of care for young and middle-aged adult patients with multimorbidity and/or complex chronic conditions in hospital settings: a scoping review. *BMJ Open*. 2025 m.;15(4):e091170. DOI: 10.1136/bmjopen-2024-091170
3. McIntosh D, Startzman LE, Perraud S. Mini Review of Integrated Care and Implications for Advanced Practice Nurse Role. *Open Nurs J*. 2016 m.;10:78–89. DOI: 10.2174/187443460160101078
4. Jokiniemi K, Hølge-Hazelton B, Kristofersson GK, Frederiksen K, Kilpatrick K, Mikkonen S. Core competencies of clinical nurse specialists: a comparison across three Nordic countries. *J Clin Nurs*. 2021 Dec;30(23–24):3601–10. DOI: 10.1111/jocn.15882.
5. Taylor I, Bing-Jonsson P, Wangenstein S, Finnbakk E, Sandvik L, McCormack B, ir kt. The selfassessment of clinical competence and the need for further training: A cross-sectional survey of advanced practice nursing students. *Journal of Clinical Nursing*. 2020; 29(3–4):545–55. DOI: 10.1111/jocn.15095
6. Juškevičiūtė G, Kielė V, Žalalienė J, Kučinskienė A. Išplėstinės praktikos slaugytojų profesinių kompetencijų tobulinimo galimybės. *Sveikatos mokslai*, 2022; 32(2):104–109. DOI: <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2022.060>
7. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. Įsakymas Nr. 132 „Dėl sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimo ir jo finansavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. 2002 m. kovo 18 d. Prieiga per internetą: [https://eseimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.162988:contentReference\[oaicite:4\]{index=4}](https://eseimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.162988:contentReference[oaicite:4]{index=4})

8. Mrayyan MT, Abunab HY, Abu Khait A, Rababa MJ, Al-Rawashdeh S, Algunmeeyn A, et al. Competency in nursing practice: a concept analysis. *BMJ Open*. 2023;13(6):e067352. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-067352.
9. Feng RC, Chen MJ, Chen MC, Pai YC. Critical thinking competence and disposition of clinical nurses in a medical center. *J Nurs Res*. 2010 Jun;18(2):77–87. DOI: 10.1097/JNR.0b013e3181dda6f6.
10. Parsa Yekta Z, Ramezani Badr F, Khatoni A. Nursing students' viewpoints about their clinical competencies and its achievement level. *Iran J Nurs Res*. 2007;1(3):7–14
11. Mlambo M, Silén C, McGrath C. Lifelong learning and nurses' continuing professional development, a metasynthesis of the literature. *BMC Nurs*. 2021 m. balandžio 14 d.;20(1):62.
12. Green JK, Huntington AD. Online professional development for digitally differentiated nurses: An action research perspective. *Nurse Educ Pract*. 2017 m. sausio;22:55–62. a metasynthesis of the literature. *BMC Nursing*. 2021; 20(1):62. DOI: 10.1186/s12912- 021-00579-2.
13. Hutton A, Veenema TG, Gebbie K. Review of the International Council of Nurses (ICN) Framework of Disaster Nursing Competencies. *Prehosp Disaster Med*. 2016; 31(6):680–3. DOI: 10.1017/S1049023X1600100X.
14. Leonardsen ACL, Blågestad IK, Brynhildsen S, Olsen R, Gunheim-Hatland L, Gregersen AG, et al. Nurses' perspectives on technical skill requirements in primary and tertiary healthcare services. *Nursing Open*. 2020;7(5):1424–30. DOI: 10.1002/nop2.513
15. Casey M, O'Connor L, Cashin A, Smith R, O'Brien D, Nicholson E, et al. An overview of the outcomes and impact of specialist and advanced nursing and midwifery practice, on quality of care, cost and access to services: A narrative review. *Nurse Education Today*. 2017 Sep 1;56:35–40. DOI: 10.1016/j.nedt.2017.06.004
16. Wheeler KJ, Miller M, Pulcini J, Gray D, Ladd E, Rayens MK. Advanced practice nursing roles, regulation, education, and practice: a global study. *Ann Glob Health*. 2022 Jun 16;88(1):42. DOI: 10.5334/aogh.3698
17. World Health Organization, Regional Office for Europe. Building better together: roadmap to guide implementation of the Global Strategic Directions for Nursing and Midwifery in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021. Prieiga per internetą: <https://iris.who.int/handle/10665/350207>
18. Kilpatrick K, Savard I, Audet L-A, Costanzo G, Khan M, Atallah R, et al. A global perspective of advanced practice nursing research: a review of systematic reviews. *PLoS One*. 2024 Jul 2;19(7):e0305008. DOI: 10.1371/journal.pone.0305008.
19. Hovland OJ, Johannessen B. What impact did a student exchange have on participating nurses in the longer term? *Sykepleien Forskning*. 2021;16:e-86982. DOI:10.4220/Sykepleienf.2021.86982en
20. Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos. SPS licencijų sąrašas <https://licencijavimas.vaspvt.gov.lt/License/PublicSpecialistIndex>
21. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021 29;372:n71. DOI: 10.1136/bmj.n71
22. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2013. 610 p. DOI: 10.1097/NNR.0000000000000459

EXTENDED PRACTICE NURSES' NEEDS AND EXPECTATIONS FOR COMPETENCE DEVELOPMENT OPPORTUNITIES

Justė Karbauskytė

Vilnius University

Viktorija Kieľė

Vilnius University Vilnius College

Natalja Istomina

Vilnius University

Mykolas Romeris University

Summary

With the increasing complexity of healthcare services and the growing importance of interdisciplinary teams, advanced practice nurses are becoming an increasingly significant component of the healthcare system. In Lithuania, opportunities for the development of advanced practice nurses' competencies remain insufficiently defined, which limits their professional development and hinders the effective utilization of their potential in clinical practice.

The aim of this study was to identify the needs and expectations of advanced practice nurses regarding opportunities for competency development.

A qualitative research design was employed using semi-structured interviews developed based on a review of scientific literature. The study was conducted online between November and December 2024. A total of ten advanced practice nurses representing different healthcare fields participated. The data were analyzed using an inductive qualitative content analysis method, in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. The findings revealed that advanced practice nurses seek to strengthen practical skills according to their areas of specialization, with particular emphasis on communication and management. Practical training is perceived as essential, and knowledge updating as inevitable. Simulation-based activities, mentorship, and international collaboration were identified as the most effective learning formats. Key barriers were related to the lack of a clearly defined professional status, limited access to information about learning opportunities, and insufficient employer engagement.

The study found that advanced practice nurses associate competency development needs with enhancing practical skills in mental health, emergency care, and intensive care settings. They expressed expectations for specialized courses, particularly those focused on communication and team management. Meeting these needs requires clearer regulation of the professional role, more effective information dissemination, and coordinated collaboration between educational institutions, employers, and policy-makers to ensure the growth of advanced

practice nurses' competencies and the strengthening of their professional identity.

Keywords: *advanced practice nurse, competency development, professional expectations, learning needs, learning opportunities, learning challenges.*

SLAUGYTOJŲ, DIRBANČIŲ PSICHIATRIJOS IR TERAPIJOS PROFILO SKYRIUOSE, EMOCINIO INTELEKTO SĄSAJOS SU DISTRESU

Julija Andrejeva

Klaipėdos valstybinės kolegijos Sveikatos mokslų fakulteto
Reabilitacijos ir estetinės terapijos katedra, Slaugos katedra
Dariaus ir Girėno g. 8, LT-92255 Klaipėda
Elektroninis paštas: julija.andrejeva@ku.lt

Rita Urbanavičė

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų instituto Slaugos katedra
M. K. Čiurlionio g. 21, LT-03101 Vilnius
Elektroninis paštas: rita.urbanavice@mf.vu.lt

Asta Užkuraitienė

Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos katedra
Dariaus ir Girėno g. 8, LT-92255 Klaipėda
asta.uzkuraitiene@ku.lt

Mindia Kasradze

Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos katedra
Dariaus ir Girėno g. 8, LT-92255 Klaipėda
mindia.kasradze@ku.lt

Veronika Bičiušienė

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų institutas
M. K. Čiurlionio g. 21, LT-03101 Vilnius
veronika.biciusiene@mf.vu.lt

Santrauka

Distresas slaugytojams dažnai kyla dėl didelio darbo krūvio, emocinių sunkumų ir sisteminių sveikatos apsaugos problemų. Nevaldomas distresas ilgainiui lemia ne tik slaugytojų psichikos ir fizinės sveikatos sutrikimus, bet ir darbo kokybės blogėjimą, pacientų nepasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis. Emocinis intelektas, apimantis gebėjimą atpažinti, suprasti ir valdyti tiek savo, tiek kitų emocijas, gali turėti reikšmingos įtakos slaugytojų psichikos sveikatai ir gebėjimui susidoroti su darbe kylančiais sunkumais. Atsižvelgiant į augantį emocinio intelekto svarbos pripažinimą sveikatos priežiūros srityje, aktualu įvertinti slaugytojų emocinį intelektą ir jo sąsajas su slaugytojų patiriamu distresu. Tyrimo tikslas – nustatyti slaugytojų, dirbančių psichiatrijos ir terapijos profilio skyriuose, emocinio intelekto sąsajas su distresu.

Naudojant anoniminę anketinę apklausą raštu, atliktas kiekybinis tyrimas Klaipėdos regiono sveikatos priežiūros įstaigose, teikiančiose antrinio ir tretinio lygių sveikatos priežiūros paslaugas. Anketa buvo sudaryta remiantis standartizuotais klausimynais. Tyrime dalyvavo 166 slaugytojai. Tyrimo duomenų statistinei analizei buvo naudojama SPSS programos 24.0 versija. Tyrimas atliktas laikantis mokslinių tyrimų etikos reikalavimų.

Nustatyta, kad slaugytojų emocinis intelektas yra susijęs su jų patiriamu distresu. Slaugytojai savo emocinį intelektą vertino aukščiau nei vidutiniškai, geriausiai įvertindami emocijų panaudojimą, o silpniausiai – kitų žmonių emocijų valdymą. Nustatyta, kad slaugytojams dažniausiai pasireiškiantys distreso požymiai – nuovargis, miego sutrikimai, nerimas, skausmas, silpnumas ir sunkumas susikaupti. Psichiatrijos skyriuose dirbantys slaugytojai dažniau nei dirbantys terapijos profilio skyriuose nurodė prasčiau valdantys emocijas ir patiriantys miego sutrikimų, skausmą, depresiją ir silpnumą. Skirtingi emocinio intelekto komponentai parodė ryšį su skirtingais distreso aspektais: prastesnis emocijų suvokimas buvo susijęs su dažnesniais miego sutrikimais, o žemesnė emocijų kontrolė terapijos profilio skyriuose – su dažnesniu nerimu ir depresija. Kita vertus, geresnė emocijų kontrolė lėmė retesnę nerimą.

Tyrimas parodė, kad emocinis intelektas turi reikšmingą sąsają su slaugytojų patiriamu distresu. Emocinio intelekto stiprinimas gali reikšmingai sumažinti nerimo riziką ir distreso simptomų intensyvumą, todėl emocinio intelekto ugdymas turėtų būti įtrauktas į slaugytojų profesinio tobulėjimo programas ir psichikos sveikatos stiprinimo iniciatyvas sveikatos priežiūros įstaigose.

Reikšminiai žodžiai: *slaugytojai, emocinis intelektas, distresas, psichikos sveikata.*

Įvadas

Distresas – ilgalaikė neigiama streso forma, kuri atsiranda, kai individas negeba

adekvačiai susidoroti su išoriniais ar vidiniais stresoriais¹. Sveikatos priežiūros sektoriuje dirbančių specialistų patiriamas distresas dažnai yra susijęs su emociniu pervargimu, perdegimo sindromu, mažėjančiu pasitenkinimu darbu, blogėjančia bendra savijauta ir didina psichikos sveikatos sutrikimų – depresijos, nerimo, emocinio išsekimo – riziką². Didžiausią stresą sukelia psichologinė ar fizinė prievarta, susidūrimas su mirtimi, personalo trūkumas, didelis pacientų skaičius, infekcijų baimė, naktinės pamainos, prastas darbo sąlygų vertinimas ir maži atlyginimai³. Be to, situaciją dar labiau apsunkina sisteminės problemos, tokios kaip nepakankamas darbuotojų skaičius, riboti ištekliai ir darbo kultūra, kurioje dažnai prioritetas teikiamas produktyvumui, o ne darbuotojų gerovei⁴. Įvardyti veiksniai sukelia įvairius psichoemocinius ir fiziologinius simptomus, tokius kaip miego sutrikimai, nuovargis, nerimas, virškinamojo trakto problemos, galvos skausmai, sumažėjęs imunitetas^{5, 6, 7}. Distresas darbe gali turėti ilgalaikių pasekmių, kaip antai didesnė rizika susirgti depresija, nerimo sutrikimu, fiziniais sveikatos sutrikimais^{8, 9}. Distresas taip pat lemia pasitenkinimo darbu mažėjimą ir darbuotojų kaitos rodiklio didėjimą^{10, 11, 12}, sumažėjusią darbo kokybę ir dažnesnes medicinines klaidas¹³. Visi šie sveikatai neigiami veiksniai gali būti sušvelninti tik integruojant į profesinę praktiką emocinį atsparumą ir emocinį intelektą¹⁴. Todėl būtina stiprinti slaugytojų emocinį atsparumą ir lavinti emocinį intelektą, nes jis prisideda prie efektyvesnio darbo krūvio valdymo ir geresnės asmens psichikos sveikatos.

Emocinis intelektas yra gebėjimas atpažinti, suprasti ir reguliuoti tiek savo, tiek kitų žmonių emocijas¹⁵. Gebėjimas tinkamai suprasti savo emocinę būseną ir ją kontroliuo-

- 1 Selje, H. *Stress in Health in Disease*. Woburn, MA: ButterworthHeinemann.1976. <https://doi.org/10.1016/C20130062639>
- 2 Mata, D. A., Ramos, M. A., Bansal, N., Khan, R., Guille, C., Di Angelantonio, E., & Sen, S. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: A systematic review and metaanalysis. *JAMA*, 2015. 314(22), 2373–2383. PMID: 29505159. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.15845>
- 3 Starc, J. Stress Factors among Nurses at the Primary and Secondary Level of Public Sector Health Care: The Case of Slovenia. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 2018. 6(2), 416–422. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2018.100>
- 4 West, C. P., DyrbyeT. D. Shanafelt, „Physician burnout: Contributors, consequences and solutions“, *Journal of Internal Medicine* 283, 6 (2018): 516–529. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/joim.12752>.
- 5 G. N. Bolado ir kt., „Stress level and associated factors among nurses working in the critical care unit and emergency rooms at comprehensive specialized hospitals in Southern Ethiopia, explanatory sequential mixed-method study“, *BMC Nursing* 23, 1 (2023), <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01371-7>.
- 6 N. S. Schutte, J. M. Malouff ir N. Bhullar, „The Assessing Emotions Scale“, iš *Assessing Emotional Intelligence* (Berlin: Springer, 2009), 119–134, http://dx.doi.org/10.1007/978-0-387-88370-0_7.
- 7 A. Kudriašova ir N. Fatkulina, „Slaugytojų emocinio intelekto įtakos slaugymo procesui analizė“, *Sveikatos mokslai* 32, 2 (2022): 83–91, <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2022.057>.
- 8 Mata, *supra note*, 2.
- 9 R. L. Spitzer ir kt., „A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7“, *Archives of Internal Medicine* 166, 10 (2006): 1092–1097, <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>.
- 10 Mata, *supra note*, 2.
- 11 Spitzer, *op. cit.*
- 12 Kudriašova, *op. cit.*
- 13 *Ibid.*
- 14 I. Šleinytė ir A. Mikaliūkštienė, „The Effect of Nurses Stressogenic Factors and Psychoemotic State on Care Cooperation“, *Sauga. Mokslas ir praktika* 3, 306 (2023): 9–14. <https://doi.org/10.47458/Sauga.2022.3.14>.
- 15 Kudriašova, *op. cit.*

ti lemia sėkmingesnę prisitaikymą prie sudėtingų situacijų, efektyvesnę bendravimą su pacientais ir kolegomis, geresnę psichoemocinę savijautą^{16, 17}. Esant žemam emocinio intelekto lygiui, slaugytojas gali būti mažiau atsparus stresui, o tai didina perdegimo riziką, silpnina santykius su pacientais, mažina darbo kokybę¹⁸. Slaugytojų darbe emocinis intelektas veikia kaip apsauginis veiksnys, mažinantis distresą^{19, 20}, emocinius, somatinius pokyčius – nuo virškinimo ar širdies veiklos sutrikimų iki viso organizmo išsekimo²¹. Šiuolaikinėje praktikoje akcentuojamos ne tik distreso ir streso valdymo strategijos, bet ir būtinybė kurti darbo aplinką, kuri skatintų darbuotojų gerovę, psichologinį atsparumą ir emocinę kompetenciją^{22, 23}. Tai reiškia, kad emocinio intelekto ugdymas galėtų būti integruotas į slaugytojų mokymo programas ar organizacinius sprendimus sveikatos priežiūros įstaigose. **Tyrimo tikslas** – nustatyti slaugytojų, dirbančių psichiatrijos ir terapijos profilio skyriuose, emocinio intelekto sąsajas su distresu.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Tyrimo metodas ir tiriamųjų imties sudarymas. Atliktas kiekybinis tyrimas naudojant anoniminę anketinę apklausą raštu. Tyrimo duomenys buvo renkami Klaipėdos regiono sveikatos priežiūros įstaigose, teikiančiose antrinio ir tretinio lygių sveikatos priežiūros paslaugas. Tyrimui pasirinktas netikimybinės, tikslinės patogiosios imties atrankos būdas. Respondentų atrankos kriterijai: slaugytojai, dirbantys psichiatrijos ar terapijos profilio skyriuose; slaugytojai, dirbantys su suaugusiais pacientais; slaugytojai, tyrimo metu dirbantys Klaipėdos apskrityje; slaugytojai, dirbantys stacionare; slaugytojai, laisva valia sutinkantys dalyvauti tyrime. Remiantis T. Yamane formule ir taikant 5 proc. paklaidą, nustatyta, kad reprezentatyvus dalyvių skaičius yra 169: 102 slaugytojai, dirbantys terapijos profilio skyriuose, ir 67 slaugytojai, dirbantys psichiatrijos profilio skyriuose. Buvo išdalyta 200 anketų. Tyrime dalyvavo 166 dalyviai: 94 slaugytojai, dirbantys terapijos profilio skyriuose, ir 72 slaugytojai, dirbantys psichiatrijos profilio skyriuose.

Klausimyno struktūra. Siekiant įvertinti slaugytojų emocinį intelektą, buvo naudojama emocijų vertinimo skalė (angl. *The Assessing Emotions Scale*). Klausimyną sukūrė N. S. Schutte, J. M. Malouff ir N. Bhullar²⁴. Skalė laisvai prieinama internete. Ji sudaryta iš 33 klausimų, kurių intensyvumą reikėjo įvertinti pagal 5 balų Likerto skalę. Skalė yra

16 Šleinytė, *op. cit.*

17 M. Panagioti ir kt., „Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: A systematic review and meta-analysis“, *JAMA Internal Medicine* 178, 10 (2018): 1317–1330, <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.3713>.

18 Kudriašova, *op. cit.*

19 Šleinytė, *op. cit.*

20 Panagioti, *op. cit.*

21 Kudriašova, *op. cit.*

22 Šleinytė, *supra note*, 14.

23 Panagioti, *supra note*, 17.

24 Schutte, *supra note*, 6.

padalyta į 4 subskales, pagal kurias matuojamas emocijų suvokimas, savo emocijų valdymas, kitų žmonių emocijų valdymas, emocijų panaudojimas. Bendra balų suma gali svyruoti nuo 33 iki 165 balų (iš jų 12, 15 ir 40 klausimų atsakymų variantai yra apversti). Kiekvieno emocinio intelekto komponento įverčio vidutinė vertė apskaičiuojama kaip teiginių įverčių suma, padalyta iš komponentą atspindinčių teiginių skaičiaus. Kuo šis skaičius didesnis, tuo labiau išreikštas emocinis intelektas.

Slaugytojų nerimui įvertinti pasirinkta generalizuoto nerimo sutrikimo skalė – 7 (angl. *The Generalized Anxiety Disorder scale* – 7)²⁵. Lietuviška skalės versija laisvai prieinama internete, todėl jai atkurti, versti, vaizduoti arba platinti papildomo leidimo nereikia. Tai 7 klausimų priemonė, kurioje kiekvienas atsakymas yra įvertinamas skalės balais nuo 0 iki 3, atsižvelgiant į nerimo simptomų dažnumą per pastarąsias dvi savaites (nuo 0 = „visai nekamavo“ iki 3 = „beveik kiekvieną dieną“). Bendras įverčio suminis balas gali būti nuo 0 iki 21. Didėsnis suminis balas rodo didesnę nerimo sutrikimą. Suminiai balai: 5 – lengvas nerimo sutrikimas, 10 – vidutinio sunkumo nerimo sutrikimas, 15 – sunkus nerimo sutrikimas.

Slaugytojų darbe patiriamo distreso lygiui įvertinti buvo pasirinkta distreso simptomų skalė (angl. *General Symptom Distress Scale*), kuri parodo, kokie simptomai vargina darbuotojus. Klausimynas susideda iš 18 distreso simptomų, kurių intensyvumą reikėjo įvertinti pagal 10 balų Likerto skalę. Įverčiai svyruoja nuo 1 (visiškai nevargino) iki 10 (labai vargina). Klausimyno autoriaus teisės priklauso T. A. Badger²⁶. Gautas klausimyno autorės leidimas naudotis klausimynu. Taip pat gautas leidimas naudotis skalės vertimu į lietuvių kalbą.

Statistinė analizė. Tyrimo duomenų statistinei analizei buvo naudojama SPSS (angl. *Statistical Package for Social Science*) programos 24.0 versija. Diagramoms atvaizduoti naudota programa MS Excel 2010. Kintamųjų normalumui tikrinti buvo naudojamas Kolmogorovo ir Smirnovio testas, asimetrijos ir eksceso koeficientai. Testai parodė, kad kintamųjų normalumo prielaida netenkinama, todėl darbe buvo naudojami neparametriniai testai. Naudoti šie duomenų analizės būdai:

1. Aprašomoji statistika (dažnių lentelės, duomenų padėties charakteristikos). Dažnių lentelės naudotos siekiant pamatyti respondentų atsakymų pasiskirstymus, rezultatai pateikiami procentais ir dažniais (n). Iš duomenų padėties charakteristikų naudotas vidurkis (M), mediana (Me), minimali, maksimali reikšmės. Statistiškai patikima reikšmė laikoma, kai $p < 0,05$.
2. Lyginimai tarp populiacijos grupių (Manno ir Whitney'aus testas, χ^2 testas). Metodas naudotas ieškant skirtumų tarp dviejų populiacijos grupių (Manno ir Whitney'aus testas). Siekiant nustatyti nominalių kintamųjų procentinius pasiskirstymus buvo sudaromos kryžminės lentelės ir duomenys analizuojami pagal χ^2

25 Spitzer, *supra note*, 9.

26 T. A. Badger, C. Segrin ir P. Meek, „Development and validation of an instrument for rapidly assessing symptoms: The general symptom distress scale“, *Journal of Pain and Symptom Management* 41 (2011): 535–548, <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.06.011>.

kriterijų bei Fisherio kriterijų (esant 2 x 2 kryžminėms lentelėms), Z testą su Bonferroni korekcija.

3. Statistinių ryšių nustatymo testai (Spearmano testas). Šie testai naudoti norint patikrinti hipotezes, kuriose teigiama, jog yra statistinis ryšys tarp kintamųjų. Spearmano koreliacija naudota ryšiui tarp skalių vertinimų ir demografinių veiksnių bei ranginių kintamųjų nustatyti.

Etikos užtikrinimas. Tyrimui atlikti gautas Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos katedros Etikos komisijos, Klaipėdos apskrities antrinio ir tretinio lygių sveikatos priežiūros įstaigų vadovų leidimai, tyrime naudotų klausimynų autorių leidimai. Respondentai tyrime dalyvavo laisva valia. Kiekvienas dalyvis galėjo bet kuriuo metu pasitraukti iš tyrimo. Naudotas anoniminis klausimynas, kuriame dalyvių nebuvo neprašoma nurodyti asmenį identifikuojančių duomenų. Kilus klausimų, dalyviai galėjo bet kuriuo metu susisiekti su tyrėjais anketoje nurodytais kontaktais. Tyrimo rezultatai pateikti apibendrintai.

Tyrimo rezultatai

1.1. Slaugytojų socialinės ir demografinės charakteristikos

Tyrime dalyvavo 166 slaugytojai: 72 slaugytojai (43,4 proc.), dirbantys psichiatrijos profilio skyriuose, ir 94 slaugytojai (56,6 proc.), dirbantys terapijos profilio skyriuose. Didžioji dauguma jų buvo moterys (98,8 proc.). Slaugytojų amžiaus vidurkis buvo $49,57 \pm 11,19$ metų (jauniausiam – 22 m., vyriausiam – 70 m.). Vidutinis darbo stažas buvo $26,47 \pm 12,95$ metų. Daugiau nei pusė (54,2 proc.) slaugytojų turėjo aukštesniąjį išsilavinimą, 24,1 proc. – aukštąjį neuniversitetinį, 21,7 proc. – aukštąjį universitetinį. 58,4 proc. dalyvių buvo bendrosios praktikos slaugytojai, 34,9 proc. – psichikos sveikatos slaugytojai, 3,6 proc. – vyresnieji slaugos administratoriai, 3 proc. – vyresnieji psichikos sveikatos slaugos administratoriai. Didžioji dauguma (81,9 proc.) slaugytojų dirbo pamainomis, 18,1 proc. dirbo dienomis.

1.2. Slaugytojų emocinio intelekto vertinimas

Slaugytojai, dirbantys psichiatrijos profilio skyriuose ($M = 3,8$), savo emocijų suvokimą vertino statistiškai reikšmingai geriau negu slaugytojai, dirbantys terapijos profilio skyriuose ($U = 2511$; $Z = -2,851$; $p = 0,004$) ($p < 0,05$). Taip pat slaugytojai, dirbantys psichiatrijos profilio skyriuose ($M = 3,87$), geriau negu slaugytojai, dirbantys terapijos profilio skyriuose ($M = 3,68$), vertino bendrą emocinį intelektą ($U = 2713,5$; $Z = -2,186$; $p = 0,029$). Vis dėlto palyginus kitus emocinio intelekto aspektus statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta ($p > 0,05$) (žr. 1 lentelę).

1 lentelė. Emocinio intelekto skalių vertinimas atsižvelgiant į slaugytojų darbo profilį

Simptomai	Terapijos (n = 94)		Psichiatrijos (n = 72)		U	p
	M	Vidutiniai rangai	M	Vidutiniai rangai		
Emocijų suvokimas	3,57	74,21	3,8	95,63	2511	0,004*
Savo emocijų valdymas	3,81	78,32	3,97	90,26	2897,5	0,112
Kitų žmonių emocijų valdymas	3,51	79,19	3,66	89,13	2978,5	0,185
Emocijų panaudojimas	3,91	78,29	4,09	90,31	2894	0,109
Bendras emocinis intelektas	3,68	7,37	3,87	92,81	2713,5	0,029*

* $p < 0,05$.

Tyrimu nustatyta (žr. 2 lentelę), kad kuo aukštesnis slaugytojų išsilavinimas, tuo geresni savo emocijų valdymo ($r = 0,207$; $p = 0,007$), kitų žmonių emocijų valdymo ($r = 0,162$; $p = 0,037$), emocijų panaudojimo ($r = 0,171$; $p = 0,028$) ir bendro emocinio intelekto rodikliai ($r = 0,198$; $p = 0,011$). Analizuojant atskirai pagal darbo profilį nustatyta, kad kuo aukštesnis slaugytojų, dirbančių psichiatrijos profilio skyriuose, išsilavinimas, tuo geresni emocijų suvokimo ($r = 0,349$; $p = 0,003$), savo emocijų valdymo ($r = 0,401$; $p < 0,001$), kitų žmonių emocijų valdymo ($r = 0,308$; $p = 0,008$), emocijų panaudojimo rodikliai ($r = 0,330$; $p = 0,005$) ir aukštesnis bendras emocinis intelektas ($r = 0,414$; $p < 0,001$). Vis dėlto reikšmingų sąsajų tarp dirbančiųjų terapijos profilio skyriuose emocinio intelekto vertinimo komponentų ir išsilavinimo, amžiaus ir darbo stažo nenustatyta ($p > 0,05$).

2 lentelė. Slaugytojų emocinio intelekto vertinimų sąsajos su išsilavinimu, amžiumi, darbo stažu

Sąsajos	Amžius			Išsilavinimas			Darbo stažas		
	TP	PP	B	TP	PP	B	TP	PP	B
Emocijų suvokimas	-0,123	0,014	-0,025	0,055	0,349**	0,130	-0,179	0,016	-0,044
Savo emocijų valdymas	-0,088	0,103	-0,008	0,123	0,401**	0,207**	-0,172	-0,064	-0,102
Kitų žmonių emocijų valdymas	-0,122	0,054	-0,028	0,104	0,308**	0,162*	-0,159	0,082	-0,041

Emocijų panaudojimas	-0,128	0,158	-0,012	0,105	0,330**	0,171*	-0,189	0,073	-0,067
Bendras emocinis intelektas	-0,128	0,083	-0,024	0,105	0,414**	0,198*	-0,202	0,019	-0,080

Lentelėje pateikiami Spearmano koreliacijos koeficientai. TP – terapijos profilis, PP – psichiatrijos profilis, B – bendra imtis, * < 0,05, ** 0,01.

3 lentelė. Emocinio intelekto skalių vertinimas atsižvelgiant į slaugytojų darbo pobūdį ir pareigas

Simptomai	Slaugos administratoriai (n = 11)		Slaugytojai (n = 155)		U	p
	M	Vidutiniai rangai	M	Vidutiniai rangai		
Emocijų suvokimas	4	111,91	3,65	81,48	540	0,042*
Savo emocijų valdymas	4,31	118,95	3,85	80,98	462,5	0,011*
Kitų žmonių emocijų valdymas	3,97	118,68	3,55	81	465,5	0,012*
Emocijų panaudojimas	4,26	106,95	3,97	81,84	594,5	0,092
Bendras emocinis intelektas	4,12	118,27	3,74	81,03	470	0,013*
Simptomai	Dieninis (n = 30)		Pamaininis (n = 136)		U	p
	M	Vidutiniai rangai	M	Vidutiniai rangai		
Emocijų suvokimas	3,84	99,47	3,63	79,98	1561	0,044*
Savo emocijų valdymas	4,04	96,4	3,85	80,65	1653	0,103
Kitų žmonių emocijų valdymas	3,75	99,45	3,54	79,98	1561,5	0,044*
Emocijų panaudojimas	4,16	100,13	3,95	79,83	1541	0,035*
Bendras emocinis intelektas	3,93	99,07	3,73	80,07	1573	0,050

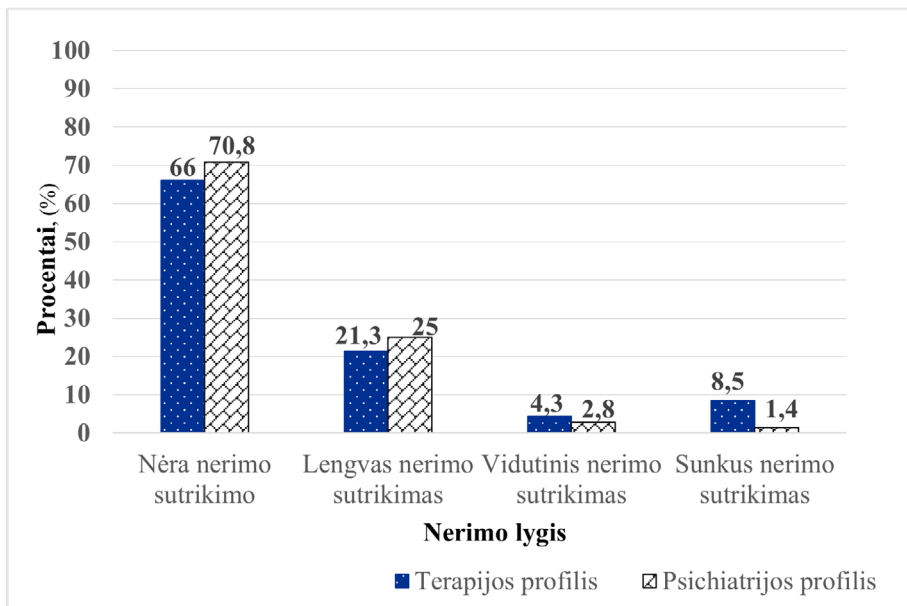
* $p < 0,05$.

Nustatyta, kad slaugos administratoriai statistiškai reikšmingai geriau negu slaugytojai vertino emocijų suvokimą (atitinkamai $M = 4$ ir $M = 3,65$; $U = 540$; $Z = -2,033$; $p = 0,042$), savo emocijų valdymą (atitinkamai $M = 4,31$ ir $M = 3,85$; $U = 462,5$; $Z = -2,540$; $p = 0,011$), kitų žmonių emocijų valdymą (atitinkamai $M = 3,97$ ir $M = 3,55$; $U = 465,5$; $Z = -2,522$; $p = 0,012$) ir bendrą emocinį intelektą (atitinkamai $M = 4,12$ ir $M = 3,74$; $U = 470$;

$Z = -2,484$; $p = 0,013$) ($p < 0,05$). Taip pat nustatyta kad slaugytojai, dirbantys dienomis, statistiškai reikšmingai geriau nei slaugytojai, dirbantys pamainomis, vertino emocijų suvokimą (atitinkamai $M = 3,84$ ir $M = 3,63$; $U = 1561$; $Z = -2,015$; $p = 0,044$), kitų žmonių emocijų valdymą (atitinkamai $M = 3,75$ ir $M = 3,54$; $U = 1561,5$; $Z = -2,016$; $p = 0,044$) ir emocijų panaudojimą (atitinkamai $M = 4,16$ ir $M = 3,95$; $U = 1541$; $Z = -2,104$; $p = 0,035$; $p < 0,05$) (žr. 3 lentelę).

1.3. Slaugytojų nerimo sutrikimo vertinimas

Lyginant slaugytojų, dirbančių psichiatrijos ir terapijos profilių skyriuose, nerimo simptomus nustatyta, kad lengvą nerimo sutrikimą patyrė 25 proc. psichiatrijos ir 21,3 proc. terapijos profilio skyriuose dirbančių slaugytojų (žr. 1 pav.). Galima teigti, kad reikšmingo skirtumo vertinant skirtinguose skyriuose dirbančių slaugytojų generalizuoto nerimo sutrikimus nenustatyta ($\chi^2 = 4,450$; $df = 3$; $p = 0,217$).



1 pav. Slaugytojų generalizuoto nerimo sutrikimo vertinimas procentais

Tyrimu nustatyta, kad tarp slaugytojų (bendroje imtyje) nerimo sutrikimo ir amžiaus ($r = -0,158$; $p = 0,042$) nustatytas statistiškai reikšmingas neigiamas silpnas ryšys ($p < 0,05$). Galima teigti, kad kuo jaunesnis slaugytojų amžius, tuo didesnę nerimą jie jaučė. Taip pat galima teigti, kad kuo aukštesnis slaugytojų išsilavinimas, tuo nerimas didesnis ($r = 0,214$; $p = 0,006$). Terapijos ir psichiatrijos profilio skyriuose dirbančių slaugytojų

nerimo pasireiškimo sąsajas analizuojant atskirai, nustatyta, kad kuo aukštesnis psichiatrijos profilio slaugytojų išsilavinimas, tuo didesnis buvo nerimo pasireiškimas ($r = 0,250$; $p = 0,034$). Daugiau reikšmingų ryšių nenustatyta ($p > 0,05$). Taip pat tarp nerimo pasireiškimo ir darbo stažo statistiškai reikšmingų ryšių nenustatyta nei bendroje imtyje, nei atskirai pagal skirtingus profilius, todėl galima teigti, kad darbo stažas neturėjo sąsajų su nerimo sutrikimo pasireiškimu ($p > 0,05$).

1.4. Slaugytojų distreso raiška

Vertinant distreso simptomų intensyvumą nustatyta (žr. 4 lentelę), kad slaugytojai, dirbantys terapijos profilio ($M = 0,64$) skyriuose, dažniau negu dirbantieji psichiatrijos profilio skyriuose jautė apetito stoką ($M = 0,29$) ($U = 2818$; $Z = -2,683$; $p = 0,007$). Tačiau ieškant skirtumų su kitais distreso simptomais nustatyta, kad jų pasireiškimo intensyvumas tarp slaugytojų, dirbančių terapijos ir psichiatrijos profilio skyriuose, reikšmingai nesiskyrė ($p > 0,05$).

4 lentelė. Slaugytojų distreso simptomų intensyvumo vertinimų skirtumai priklausomai nuo darbo profilio

Simptomai	Terapijos (n = 94)		Psichiatrijos (n = 72)		U	p
	(M)	Vidutiniai rangai	(M)	Vidutiniai rangai		
Nuovargis	3,48	85,13	3,24	81,38	3231	0,605
Miego sutrikimai	2,52	84,53	2,28	82,15	3287	0,745
Skausmas	1,71	79,57	2,32	88,63	3015	0,209
Galvos skausmas	1,64	87,54	1,47	78,23	3004,5	0,191
Nerimas	1,78	83,34	1,76	83,71	3369	0,959
Depresija	0,53	81,52	0,69	86,08	3198	0,399
Sunkumas susikaupti ar prisiminti	1,23	84,88	1,31	81,69	3254	0,649
Apetito stoka	0,64	89,52	0,29	75,64	2818	0,007*
Pykinimas	0,21	82,69	0,33	84,56	3307,5	0,666
Vėmimas	0,06	83,65	0,15	83,31	3370	0,878
Vidurių užkietėjimas	0,35	83,85	0,33	83,04	3351	0,860
Viduriavimas	0,14	84,3	0,17	82,46	3309	0,533
Tirpimas ir dilgčiojimas	0,79	82,19	1,1	85,21	3261	0,642
Odos bėrimai ir žaizdos	0,46	84,05	0,63	82,78	3332	0,785

Rankų, kojų, plaštakų ir pėdų tinimas	0,56	82,4	1,04	84,93	3281	0,671
Silpnumas	1,47	83,69	1,53	83,25	3366	0,950
Dusulys	0,38	82,75	0,46	84,48	3313,5	0,691
Kosulys	0,64	85,28	0,6	81,17	3216,5	0,453

* $p < 0,05$.

1.5. Slaugytojų emocinio intelekto ir distreso sąsajos pagal darbo profilį

Siekiant nustatyti slaugytojų emocinio intelekto, nerimo pasireiškimo, distreso simptomų intensyvumo vertinimų tarpusavio sąsajas buvo atlikta Spearmano koreliacinė analizė bendroje slaugytojų imtyje ir atskirai tarp dirbančiųjų terapijos ir psichiatrijos profilio skyriuose. Nustatyti statistiškai reikšmingi, tačiau silpni neigiami koreliaciniai ryšiai ($p < 0,05$) (5 lentelė). Galima teigti, kad kuo žemesnis buvo slaugytojų (bendroje imtyje) savo emocijų valdymas, tuo dažniau jiems pasireiškė miego sutrikimai ($r = -0,200$; $p = 0,010$), galvos skausmas ($r = -0,170$; $p = 0,029$), nerimas ($r = -0,160$; $p = 0,039$), depresija ($r = -0,264$; $p = 0,001$), buvo sunku susikaupti ir prisiminti ($r = -0,179$; $p = 0,021$), dažniau kamavo pykinimas ($r = -0,204$; $p = 0,008$), tirpimas, dilgčiojimas ($r = -0,199$; $p = 0,010$), rankų, kojų, plaštakų, pėdų tinimas ($r = -0,183$; $p = 0,019$), kosulys ($r = -0,177$; $p = 0,023$).

5 lentelė. Slaugytojų emocinio intelekto, nerimo pasireiškimo, distreso simptomų intensyvumo vertinimų sąsajos (bendroje imtyje)

Sąsajos	Emocijų suvokimas	Savo emocijų valdymas	Kitų žmonių emocijų valdymas	Emocijų panaudojimas	Emocinis intelektas
Nuovargis	0,012	-0,062	0,008	0,061	0,016
Miego sutrikimai	-0,060	-0,200**	-0,029	-0,018	-0,087
Skausmas	-0,003	-0,145	-0,068	-0,105	-0,085
Galvos skausmas	-0,052	-0,170*	0,035	-0,095	-0,074
Nerimas	0,021	-0,160*	0,047	0,121	0,010
Depresija	-0,050	-0,264**	-0,087	0,077	-0,090
Sunkumas susikaupti ar prisiminti	-0,122	-0,179*	-0,017	0,019	-0,066
Apetito stoka	-0,071	-0,151	-0,049	-0,069	-0,107
Pykinimas	-0,022	-0,204**	-0,074	0,050	-0,066
Vėmimas	0,020	-0,050	-0,027	-0,074	-0,021
Vidurių užkietėjimas	-0,074	-0,106	-0,015	0,045	-0,037

Viduriavimas	0,115	0,009	0,050	0,080	0,102
Tirpimas ir dilgčiojimas	-0,066	-0,199*	-0,050	-0,050	-0,098
Odos bėrimai ir žaizdos	-0,039	0,002	-0,008	0,129	0,018
Rankų, kojų, plaštakų ir pėdų tinimas	-0,072	-0,183*	-0,086	-0,019	-0,110
Silpnumas	0,075	-0,125	0,048	0,078	0,009
Dusulys	0,025	-0,057	0,074	0,072	0,022
Kosulys	0,008	-0,177*	-0,051	0,042	-0,051

Lentelėje pateikiami Spearmano koreliacijos koeficientai. * < 0,05, ** 0,01.

Nustatyti statistiškai reikšmingi silpni teigiami koreliaciniai ryšiai vertinant slaugytojų nerimo pasireiškimą ir distreso simptomų intensyvumą ($p < 0,05$) (žr. 6 lentelę). Galima teigti, kad kuo sunkesnis buvo slaugytojų (bendroje imtyje) nerimo sutrikimas, tuo dažniau kamavo nuovargis ($r = 0,366$; $p < 0,001$), miego sutrikimai ($r = 0,294$; $p < 0,001$), galvos skausmas ($r = 0,283$; $p < 0,001$), nerimas ($r = 0,654$; $p < 0,001$), depresija ($r = 0,540$; $p < 0,001$), buvo sunku susikaupti ($r = 0,489$; $p < 0,001$), dažniau pasireiškė apetito stoka ($r = 0,336$; $p < 0,001$), pykinimas ($r = 0,246$; $p = 0,001$), silpnumas ($r = 0,391$; $p < 0,001$), dusulys ($r = 0,197$; $p = 0,011$), kosulys ($r = 0,283$; $p < 0,001$).

Rezultatai parodė, kad kuo sunkesnis buvo slaugytojų, dirbančių psichiatrijos profilio skyriuose, nerimo sutrikimas, tuo dažniau kamavo nuovargis ($r = 0,510$; $p < 0,001$), miego sutrikimai ($r = 0,364$; $p = 0,002$), galvos skausmas ($r = 0,337$; $p = 0,004$), nerimas ($r = 0,726$; $p < 0,001$), depresija ($r = 0,596$; $p < 0,001$), buvo sunku susikaupti ar prisiminti ($r = 0,574$; $p < 0,001$), dažniau pasireiškė silpnumas ($r = 0,375$; $p = 0,001$), kosulys ($r = 0,287$; $p = 0,011$).

Tyrimo analizė taip pat atskleidė, kad kuo sunkesnis buvo slaugytojų, dirbančių terapijos profilio skyriuose, nerimo sutrikimas, tuo dažniau juos kamavo nuovargis ($r = 0,262$; $p = 0,011$), miego sutrikimai ($r = 0,250$; $p = 0,015$), galvos skausmas ($r = 0,218$; $p = 0,035$), nerimas ($r = 0,621$; $p < 0,001$), depresija ($r = 0,532$; $p < 0,001$), buvo sunku susikaupti ar prisiminti ($r = 0,424$; $p < 0,001$), dažniau pasireiškė apetito stoka ($r = 0,430$; $p < 0,001$), pykinimas ($r = 0,305$; $p = 0,003$), silpnumas ($r = 0,407$; $p < 0,001$), dusulys ($r = 0,238$; $p = 0,021$), kosulys ($r = 0,263$; $p = 0,010$).

6 lentelė. Slaugytojų nerimo pasireiškimo ir distreso simptomų intensyvumo vertinimų sąsajos

Sąsajos	Nerimo sutrikimai		
	TP	PP	B
Nuovargis	0,262*	0,510**	0,366**
Miego sutrikimai	0,250*	0,364**	0,294**

Skausmas	0,007	0,094	0,035
Galvos skausmas	0,218*	0,337**	0,283**
Nerimas	0,621**	0,726**	0,654**
Depresija	0,532**	0,596**	0,540**
Sunku susikaupti ar prisiminti	0,424**	0,574**	0,489**
Apetito stoka	0,430**	0,109	0,336**
Pykinimas	0,305**	0,186	0,246**
Vėmimas	0,109	0,068	0,094
Vidurių užkietėjimas	-0,012	0,078	0,032
Viduriavimas	-0,029	0,100	0,028
Tirpimas ir dilgčiojimas	0,172	0,097	0,140
Odos bėrimai ir žaizdos	0,158	0,087	0,130
Rankų, kojų, plaštakų ir pėdų tinimas	0,074	0,162	0,109
Silpnumas	0,407**	0,375**	0,391**
Dusulys	0,238*	0,172	0,197*
Kosulys	0,263*	0,297*	0,283**

Lentelėje pateikiami Spearmano koreliacijos koeficientai. TP – terapijos profilis, PP – psichiatrijos profilis, B – bendra imtis, * < 0,05, ** 0,01.

Nustatyta, kad kuo geriau slaugytojai (bendroje imtyje) gebėjo valdyti savo emocijas, tuo jų nerimo sutrikimas buvo retesnis ir lengvesnis ($r = -0,209$; $p = 0,007$). Tą patį galima patvirtinti ir apie slaugytojus, dirbančius terapijos profilio skyriuose ($r = -0,209$; $p = 0,043$). Vis dėlto slaugytojams, dirbantiems psichiatrijos profilio skyriuose, šis ryšys buvo nereikšmingas ($p > 0,05$). Ryšio su kitais emocinio intelekto vertinimo komponentais nerimo sutrikimo lygis taip pat neturėjo ($p > 0,05$) (žr. 7 lentelę).

7 lentelė. Slaugytojų nerimo pasireiškimo ir emocinio intelekto vertinimų sąsajos

Sąsajos	Nerimo sutrikimai		
	TP	PP	B
Emocijų suvokimas	-0,071	-0,044	-0,078
Savo emocijų valdymas	-0,209*	-0,171	-0,207**
Kitų žmonių emocijų valdymas	0,039	0,009	0,016
Emocijų panaudojimas	0,042	0,124	0,053
Bendras emocinis intelektas	-0,080	-0,028	-0,074

Lentelėje pateikiami Spearmano koreliacijos koeficientai. TP – terapijos profilis, PP – psichiatrijos profilis, B – bendra imtis, * < 0,05, ** 0,01.

Rezultatų aptarimas

Atliktas tyrimas parodė, kad psichiatrijos profilio skyriuose dirbantys slaugos specialistai pasižymėjo aukštesniu emocinio intelekto lygiu, ypač pagal emocijų suvokimo ir bendro emocinio intelekto rodiklių vertinimą. Šie slaugytojai savo emocijų panaudojimą įvertino geriausiai, o kitų žmonių emocijų valdymą – silpniausiai. Abiejų tiriamų profilių skyriuose dirbančius slaugytojus lyginant atskirai, nustatyta, kad emocijų suvokimą ir emocinį intelektą geriau vertino psichiatrijos profilio skyriuose dirbantys slaugytojai. Vertinant emocinio intelekto lygį pagal slaugytojų pareigas nustatyta, kad slaugos administratorių emocinis intelektas yra aukštesnis nei slaugytojų. Taip pat nustatytos emocinio intelekto sąsajos su profesijos rezultatais: aukštesnis emocinis intelektas tiesiogiai koreliuoja su geresniais asmeniniais ir profesiniais rezultatais. Tai pagrindžia ir kiti moksliniai tyrimai – juose atskleista, kad slaugytojai, turintys aukštą emocinį intelektą, dažniau užmezga prasmingus santykius su pacientais, efektyviau sprendžia konfliktus, lengviau prisitaiko prie pokyčių ir greičiau reaguoja į stresines situacijas^{27, 28}. Kiti mokslininkai^{29, 30} teigia, kad psichiatrijos profilio skyriuose dirbančių slaugos specialistų aukštesnis emocinio intelekto suvokimas gali būti susijęs su reguliariais kontaktais su pacientų emocinėmis krizėmis, reikalaujančiomis pažangaus emocinio dekodavimo. Mayerio ir Salovey'aus modelis³¹, kuriuo rėmėsi kiti mokslininkai, patvirtina, kad emocijų identifikavimas yra pagrindinė emocinio intelekto komponentė, lemianti sėkmingą adaptaciją stresinėse situacijose^{32, 33}.

Per mūsų tyrimą nustatyta, kad slaugytojams per paskutines porą savaitių beveik kiekvieną dieną buvo sunku atsipalaiduoti arba pasireiškė nerimumas, nerimastingumas ar didelė įtampa. Taip pat beveik pusę slaugytojų kelias dienas per porą savaitių kamavo greitas susierzinimas ar dirglumas, per didelis nerimavimas dėl įvairių dalykų. Kiek mažiau nei pusę slaugytojų negalėjo sustabdyti nerimo ar jo kontroliuoti. Lietuvos mokslininkų atliktas tarptautinis lyginamasis tyrimas su 187 slaugytojais atskleidė, kad Lietuvos slaugytojų patiriamas vidutinis streso lygis (3,25–3,26 balo) atitinka tarptautinius rodiklius. Tyrime

27 E. Lipickytė, S. Sabaliauskas ir M. Klyčmuradov, „The relationship between nurse leadership and emotional intelligence: a literature review“, *Slauga. Mokslas ir praktika* 4, 318 (2023), <https://doi.org/10.47458/slauga.2023.4.16>.

28 Kudriašova, *supra* note, 7.

29 Y. Selvi ir kt., „Influence of night shift work on psychologic state and quality of life in health workers“, *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 33 3 (2020): 238–243, <https://doi.org/10.5350/DAJPN2010230403t>.

30 A. E. Raghubir, „Emotional intelligence in professional nursing practice: A concept review using Rodgers's evolutionary analysis approach“, *International Journal of Nursing Sciences* 5, 2 (2018): 126–130, <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.03.004>.

31 J. D. Mayer, P. Salovey ir D. R. Caruso, „Emotional intelligence: New ability or eclectic traits?“, *American Psychologist* 63, 6 (2008): 503–517, <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.6.503>.

32 Raghubir, *op. cit.*

33 F. Turjuman ir B. Alilyyani, „Emotional Intelligence among Nurses and Its Relationship with Their Performance and Work Engagement: A Cross-Sectional Study“, *Journal of Nursing Management* (2023), <https://doi.org/10.1155/2023/5543299>.

kaip pagrindiniai streso šaltiniai buvo išskirti darbo reikalavimai ir santykiai darbe³⁴.

Terapijos skyriuose dirbančių slaugytojų distresas daugiausia buvo susijęs su fizinių simptomų kumuliacija (nuovargis, miego sutrikimai), o psichiatrijos profilio skyrių slaugytojų – su moralinėmis dilemomis. Nustatyta, kad slaugytojai, dirbantys dienomis, savo emocijų suvokimą, kitų žmonių emocijų valdymą ir emocijų panaudojimą vertino geriau negu slaugytojai, dirbantys pamainomis. Kiti atlikti tyrimai rodo, kad net 66–79 proc. slaugytojų įvairiose šalyse skundžiasi prasta miego kokybe, o tai yra glaudžiai susiję su nuolatinio streso, depresijos ir nerimo simptomais^{35, 36}. Distreso dinamika ir skyrių profiliniai skirtumai gali būti paaiškinti remiantis kitų tyrėjų³⁷ atliktu tyrimu, kuriame teigiama, jog nors terapijos profilio skyriai siejami su mažesniu akustiniu stresu, kumuliacinės fizinės ir emocinės apkrovos (pvz., ilgalaikė lėtinėmis ligomis sergančių pacientų priežiūra) sukelia unikalų išsekimą.

Vertinant distreso simptomų intensyvumą nustatyta, kad slaugytojai, dirbantys terapijos profilio skyriuose, dažniau negu slaugytojai, dirbantys psichiatrijos profilio skyriuose, jautė apetito stoką. Vis dėlto ieškant skirtumų su kitais distreso simptomais išsiaiškinta, kad jų pasireišimo intensyvumas abiejų profilių skyriuose reikšmingai nesiskyrė. Kiti tyrėjai nustatė, kad nuolatinis nuovargis, sumažėjusi energija yra susiję su naktinėmis pamainomis, sutrikusiu cirkadiniu ritmu ir poilsio trūkumu³⁸. Lyginant abiejų profilių slaugytojų distreso simptomų intensyvumo sąsajas su jų išsilavinimu, amžiumi, darbo stažu matyti, kad kuo mažesnis slaugytojų, dirbančių terapijos profilio skyriuose, amžius, tuo dažniau pasireiškė apetito stoka, odos bėrimai, žaizdos, silpnumas. Taip pat kuo aukštesnis išsilavinimas, tuo dažniau slaugytojams pasireiškė depresija, apetito stoka, o kuo mažesnis darbo stažas, tuo dažniau pasitaikydavo apetito stoka, odos bėrimai ir žaizdos. Slaugytojų distreso simptomų intensyvumo vertinimus lyginant pagal darbo pobūdį (dieninis, pamaininis) ir pareigas (slaugos administratoriai ir slaugytojai) statistiškai reikšmingų skirtumų nepastebėta. Kitų tyrėjų tyrimų rezultatai panašūs: fizinės sveikatos priežiūros ligoninėse dirbantys slaugytojai patiria didesnę stresą nei psichikos sveikatos priežiūros ligoninėse dirbantys slaugytojai^{39, 40}. Gerokai didesnius slaugytojų streso balus lemia su personalu susijusios

34 N. Galdikiene ir kt., „Experienced stress among nursing teams in primary health care“, *Clinical Nursing Studies* 4, 1 (2016): 81–90, <https://doi.org/10.5430/cns.v4n1p81>.

35 T. Segon ir kt., „Sleep quality and associated factors among nurses working at comprehensive specialized hospitals in Northwest, Ethiopia“, *Frontiers in Psychiatry* 13 (2022), <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.931588>.

36 K. Sagherian, H. Cho ir L. M. Steege, „The insomnia, fatigue, and psychological well-being of hospital nurses 18 months after the COVID-19 pandemic began: A cross-sectional study“, *Journal of Clinical Nursing* 33, 1 (2024): 273–287, <https://doi.org/10.1111/jocn.16451>.

37 A. R. Babapour, N. Gahassab-Mozaffari ir A. Fathnezhad-Kazemi, „Nurses' job stress and its impact on quality of life and caring behaviors: a cross-sectional study“, *BMC Nursing* 21, 1 (2022), <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00852-y>.

38 X. Li, J. Han ir H. Lin, „The effects of psychological flexibility and night shifts on mental health and well-being in nurses“, *PLoS ONE*, 19 (2024), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0313634>.

39 S. Ifthikhar, „Comparison of perceived stress between nurses working in medical and psychiatric wards“, *JPMA – The Journal of the Pakistan Medical Association* 70, 11 (2020): 1952–1955.

40 C. Mayhew ir D. Chappell, „Violence in the workplace“, *The Medical Journal of Australia* (2015): 346–347, <https://doi.org/10.5694/mja14.01227>.

problemos, ateities perspektyvos ir nepasitenkinimas darbu. Terapijos profilio skyriaus slaugytojai patyrė daugiau streso nei psichikos sveikatos įstaigų slaugytojai⁴¹.

Mūsų tyrimo rezultatai parodė, kad emocinio intelekto stiprinimas gali trečdaliu sumažinti nerimo riziką ir ketvirtadaliu – distreso simptomų intensyvumą. Taip pat, kalbant apie psichiatrijos profilio slaugytojus, nustatyta, kad kuo vyresnis amžius, tuo dažniau pasireiškėdavo dusulys, rankų, kojų, plaštakų, pėdų tinimas. Kaip teigia kiti mokslininkai⁴², efektyvus streso valdymas reikalauja kompleksinių sprendimų: asmeninių įgūdžių lavinimo, organizacinės paramos, psichologinės pagalbos ir nuolatinio profesinio tobulėjimo. Tik integruotas požiūris gali užtikrinti slaugytojų gerovę ir aukštą pacientų priežiūros kokybę. Išanalizavus mūsų tyrimo rezultatus padaryta išvada, kad kuo geriau slaugytojai gebėjo valdyti savo emocijas, tuo jų nerimo sutrikimas buvo retesnis ir lengvesnis. Tą patį galima tvirtinti ir apie slaugytojus, dirbančius terapijos profilio skyriuose. Slaugytojams, dirbantiems psichiatrijos profilio skyriuose, šis ryšys buvo nereikšmingas. Šie mūsų tyrimo rezultatai rodo mokymų apie streso įveikas būtinybę. Kiti mokslininkai taip pat pažymi, kad teigiamos streso įveikos strategijos gali sumažinti neigiamą profesinio streso poveikį psichikos sveikatai. Pavyzdžiui, atsitiktinių imčių kontroliuojamas tyrimas su 111 slaugytojų pademonstravo kognityvinės elgesio terapijos veiksmingumą mažinant nerimo lygį paminėtų slaugytojų populiacijoje⁴³, o intervencijos, skirtos streso įveikos įgūdžiams ugdyti, kaip nustatyta, gali padidinti slaugytojų gerovę ir sumažinti profesinį išsekimą⁴⁴. Atsižvelgiant į gautus mūsų tyrimo rezultatus, būtina sistemingai integruoti emocinio intelekto ugdymą į slaugytojų profesinio rengimo programas ir emocinės gerovės stiprinimo programas tiek mokymo programose, tiek sveikatos priežiūros įstaigose, siekiant mažinti distreso lygį ir gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

Išvados

1. Psichiatrijos profilio skyriuose dirbantys slaugos specialistai pasižymėjo aukštesniu emocinio intelekto lygiu nei terapijos profilio skyriuose dirbantys slaugytojai, ypač pagal emocijų suvokimo ir bendro emocinio intelekto rodiklius.
2. Terapijos profilio skyrių slaugytojų distresas daugiausia buvo susijęs su fizinių simptomų kumuliacija (nuovargis, miego sutrikimai), o psichiatrijos profilio skyrių slaugytojų – su moralinėmis dilemomis.
3. Emocinio intelekto stiprinimas gali trečdaliu sumažinti nerimo riziką ir ketvirtadaliu – distreso simptomų intensyvumą.

41 Šleinytė, *supra note*, 14.

42 Bolado, *supra note*, 5.

43 I. Truskauskaitė ir kt., „Longitudinal interplay between subjective stress, anxiety, depression, and well-being in internet-based stress recovery intervention for nurses“, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 53, 2 (2025): 174–183, <https://doi.org/10.1017/S1352465824000456>.

44 F. Jin, S. Ni ir L. Wang, „Occupational stress, coping strategies, and mental health among clinical nurses in hospitals: a mediation analysis“, *Frontiers in Public Health* 13 (2023), <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1150001>.

Rekomendacijos

1. Ugdyti slaugytojų emocinį intelektą įtraukiant emocinio intelekto kompetencijas į slaugytojų profesinio tobulinimo programas.
2. Sveikatos priežiūros įstaigose taikyti psichikos sveikatos stiprinimo priemones – terapijos skyrių darbuotojams akcentuoti fizinio perdegimo prevenciją (miegas, poilsis), o psichiatrijos skyrių – moralinio distreso mažinimą.
3. Reguliariai vertinti slaugytojų emocinę savijautą ir distreso lygį, taikant standartizuotus instrumentus, kad būtų galima anksti identifikuoti rizikos veiksnius ir taikyti tikslingas paramos priemones.

Literatūros sąrašas

1. Babapour, A. R., N. Gahassab-Mozaffari ir A. Fathnezhad-Kazemi. „Nurses’ job stress and its impact on quality of life and caring behaviors: a cross-sectional study“. *BMC Nursing* 21, 1 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00852-y>.
2. Badger, T. A., C. Segrin ir P. Meek. „Development and validation of an instrument for rapidly assessing symptoms: The general symptom distress scale“. *Journal of Pain and Symptom Management* 41 (2011): 535–548. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.06.011>.
3. Bolado, G. N., B. A. Ataro, C. K. Gadabo, A. S. Ayana, T. E. Kebamo ir W. M. Minuta. „Stress level and associated factors among nurses working in the critical care unit and emergency rooms at comprehensive specialized hospitals in Southern Ethiopia, explanatory sequential mixed-method study“. *BMC Nursing* 23, 1 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01371-7>.
4. Galdikiene, N., P. Asikainen, S. Balciunas ir T. Suominen. „Experienced stress among nursing teams in primary health care“. *Clinical Nursing Studies* 4, 1 (2016): 81–90. <https://doi.org/10.5430/cns.v4n1p81>.
5. Iftikhar, S. „Comparison of perceived stress between nurses working in medical and psychiatric wards“. *JPMA – The Journal of the Pakistan Medical Association* 70, 11 (2020): 1952–1955.
6. Jin, F., S. Ni ir L. Wang. „Occupational stress, coping strategies, and mental health among clinical nurses in hospitals: a mediation analysis“. *Frontiers in Public Health* 13 (2023). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1150001>.
7. Kudriašova, A. ir N. Fatkulina. „Slaugytojų emocinio intelekto įtakos slaugymo procesui analizė“. *Sveikatos mokslai* 32, 2 (2022): 83–91. <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2022.057>.
8. Li, X., J. Han ir H. Lin. The effects of psychological flexibility and night shifts on mental health and well-being in nurses. *PLoS ONE* 19 (2024). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0313634>.
9. Lipickytė, E., S. Sabaliauskas ir M. Klyčmuradov. „The relationship between nurse leadership and emotional intelligence: a literature review“. *Slauga. Mokslas ir praktika* 4, 318 (2023). <https://doi.org/10.47458/slauga.2023.4.16>.
10. Mayer, J. D., P. Salovey ir D. R. Caruso. „Emotional intelligence: New ability or eclectic traits?“ *American Psychologist* 63, 6 (2008): 503–517. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.6.503>.

11. Mayhew, C. ir D. Chappell. „Violence in the workplace“. *The Medical Journal of Australia* (2015): 346–347. <https://doi.org/10.5694/mja14.01227>.
12. Mata, D. A., M. A. Ramos, N. Bansal, R. Khan, C. Guille, E. Di Angelantonio ir S. Sen. „Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: A systematic review and metaanalysis“. *JAMA* 314, 22 (2015): 2373–2383. PMID: 29505159. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.15845>.
13. Panagioti, M., K. Geraghty, J. Johnson ir kt. „Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: A systematic review and meta-analysis“. *JAMA Internal Medicine* 178, 10 (2018): 1317–1330. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.3713>.
14. Raghubir, A. E. „Emotional intelligence in professional nursing practice: A concept review using Rodgers's evolutionary analysis approach“. *International Journal of Nursing Sciences* 5, 2 (2018): 126–130. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.03.004>.
15. Sagherian, K., H. Cho ir L. M. Steege. „The insomnia, fatigue, and psychological well-being of hospital nurses 18 months after the COVID-19 pandemic began: A cross-sectional study“. *Journal of Clinical Nursing* 33, 1 (2024): 273–287. <https://doi.org/10.1111/jocn.16451>.
16. Schutte, N. S., J. Malouff ir N. Bhullar. „The Assessing Emotions Scale“. Iš *Assessing Emotional Intelligence*, 119–134. Berlin: Springer, 2009. http://dx.doi.org/10.1007/978-0-387-88370-0_7.
17. Segon, T., H. Kerebih, F. Gashawu, B. Tesfaye, G. Nakie ir T. Anbesaw. „Sleep quality and associated factors among nurses working at comprehensive specialized hospitals in North-west, Ethiopia. *Frontiers in Psychiatry* 13 (2022). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.931588>.
18. Selje, H. *Stress in Health in Disease*. Woburn, MA: ButterworthHeinemann, 1976. <https://doi.org/10.1016/C20130062639>.
19. Selvi, Y., P. G. Özdemir, O. Özdemir, A. Aydın ir L. Beşiroğlu. „Influence of night shift work on psychologic state and quality of life in health workers“. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 33, 3 (2020): 238–243. <https://doi.org/10.5350/DA-JPN2010230403t>.
20. Spitzer, R. L., K. Kroenke, J. B. Williams ir B. Löwe. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine* 166, 10 (2006): 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>.
21. Starc, J. Stress Factors among Nurses at the Primary and Secondary Level of Public Sector Health Care: The Case of Slovenia. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences* 6, 2 (2018): 416–422. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2018.100>.
22. Šleinytė, I. ir A. Mikaliūkštienė. „The Effect of Nurses Stressogenic Factors and Psychoemotional State on Care Cooperation“. *Slauga. Mokslas ir praktika* 3, 306 (2023): 9–14. <https://doi.org/10.47458/Slauga.2022.3.14>.
23. Truskauskaite, I., A. Dumarkaitė, A. Nomeikaite, G. Andersson ir E. Kazlauskas. „Longitudinal interplay between subjective stress, anxiety, depression, and well-being in internet-based stress recovery intervention for nurses“. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 53, 2 (2025): 174–183. <https://doi.org/10.1017/S1352465824000456>.
24. Turjuman, F. ir B. Alilyyani. „Emotional Intelligence among Nurses and Its Relationship with Their Performance and Work Engagement: A Cross-Sectional Study“. *Journal of Nursing Management* (2023). <https://doi.org/10.1155/2023/5543299>.
25. West, C. P., L. N. Dyrbye ir T. D. Shanafelt. „Physician burnout: Contributors, consequences and solutions“. *Journal of Internal Medicine* 283, 6 (2018): 516–529. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/joim.12752>.

THE LINKS OF EMOTIONAL INTELLIGENCE OF NURSES WORKING IN DEPARTMENTS OF MENTAL HEALTH AND THERAPEUTIC PROFILE WITH DISTRESS

Julija Andrejeva
Klaipėda State College

Rita Urbanavičė
Vilnius University

Asta Užkuraitienė
Klaipėda University

Mindia Kasradze
Klaipėda University

Veronika Bičiušienė
Vilnius University

Summary

Distress among healthcare professionals often arises due to high workloads, emotional challenges, and systemic issues within the healthcare system. Over time, unmanaged distress leads not only to mental and physical health disorders but also to decreased work quality and reduced patient satisfaction. Emotional intelligence, which includes recognizing, understanding, and managing one's and others' emotions, can significantly impact nurses' mental health and ability to cope with work pressures. Considering the increasing recognition of the importance of emotional intelligence in healthcare, it is relevant to assess nurses' emotional intelligence and its relationship with the distress they experience. The study aimed to determine the links of emotional intelligence of nurses working in departments of mental health and therapeutic profile with distress.

A quantitative study was carried out using an anonymous written questionnaire survey in health care institutions of the Klaipėda region providing secondary and tertiary level health care services. The questionnaire was based on standardized questionnaires. One hundred sixty-six nurses took part in the survey. The statistical program package "SPSS 24.0 for Windows" was used for data analysis. The research was performed following the ethical principles.

It was established that nurses' emotional intelligence is associated with the distress they experience. Nurses rated their emotional intelligence above average, with the highest scores in the use of emotions and the lowest in managing others' emotions. The most common signs

of distress among nurses included fatigue, sleep disturbances, anxiety, pain, weakness, and difficulty concentrating. Nurses working in psychiatric wards exhibited poorer emotional regulation and more frequently experienced sleep disturbances, pain, depression, and weakness compared to those working in therapeutic wards. Different components of emotional intelligence were linked to various aspects of distress: poorer emotional perception was associated with more frequent sleep disturbances, while lower emotional control in therapeutic wards was related to higher incidences of anxiety and depression. Conversely, better emotional control was linked to less frequent anxiety.

The study revealed that emotional intelligence has a significant association with the distress experienced by nurses. Strengthening emotional intelligence can significantly reduce the risk of anxiety and the severity of distress symptoms; therefore, the development of emotional intelligence should be incorporated into nurses' professional development programs and mental health promotion initiatives within healthcare institutions.

Keywords: Nurses, Emotional Intelligence, Distress, Anxiety, Mental health.

SLAUGYTOJŲ PSICHOSOCIALINIŲ DARBO APLINKOS VEIKSNIŲ SĄSAJOS SU PSICHIKOS SVEIKATA IR JŲ VALDYMO PADARINIAI: IŠPLĖSTINĖ LITERATŪROS APŽVALGA

Kamilė Balčiūnaitė

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto
Sveikatos mokslų institutas
M. K. Čiurlionio g. 21, Vilnius, Lietuva
Elektroninis paštas kamile.balciunaite@mf.stud.vu.lt

Rita Urbanavičė

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto
Sveikatos mokslų institutas
M. K. Čiurlionio g. 21, Vilnius, Lietuva
Elektroninis paštas rita.urbanavice@mf.vu.lt

DOI: 10.13165/SPV-25-12-1-06

Santrauka

Slaugytojams keliama aukšti profesiniai reikalavimai, o jų kasdienę veiklą nuolat veikia įvairūs psichosocialiniai darbo aplinkos veiksniai. Dėl to šių veiksmų valdymas tampa būtina sveikatos priežiūros darbuotojų gerovės ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybės dalimi. Straipsnyje analizuojami trys pagrindiniai psichosocialiniai darbo aplinkos veiksniai – darbo krūvis, darbas naktinėmis pamainomis ir emocinis krūvis – ir jų sąsajos su slaugytojų psichikos sveikata. Remiantis naujausiais moksliniais šaltiniais nagrinėjama, kaip šių veiksmų intensyvumas susijęs su didesne slaugytojų distreso, nerimo, perdegimo ir depresijos rizika ir kokios valdymo priemonės gali padėti sumažinti neigiamą poveikį sveikatai. Dėmesio skiriama darbo organizavimo, pamainų planavimo, išteklių paskirstymo ir emocinės paramos mechanizms, užtikrinantiems psichologinį saugumą ir gerą emocinę savijautą.

Literatūros apžvalga atskleidžia, kad psichosocialiniai darbo aplinkos veiksniai yra esminiai slaugytojų psichikos sveikatos rizikos šaltiniai. Darbo krūvis, naktinės pamainos ir emocinis krūvis didina distreso, nerimo, perdegimo ir depresijos riziką. Veiksmingas šių

veiksmų valdymas yra būtinas siekiant apsaugoti darbuotojų gerovę ir užtikrinti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas.

Siekiant gerinti slaugytojų psichikos sveikatą rekomenduojama taikyti kompleksines priemones: optimizuoti darbo krūvį, racionaliai planuoti pamainų grafiką, visų pirma mažinant ilgalaikį naktinį darbą, stiprinti organizacinę ir socialinę paramą, diegti streso valdymo ir emocinės paramos programas. Šios priemonės padeda kurti tvarią darbo aplinką, mažinti personalo kaitą ir didinti pacientų saugumą.

Reikšminiai žodžiai: *slaugytojai, psichosocialiniai darbo aplinkos veiksniai, darbo krūvis, naktinės pamainos, emocinis krūvis, psichikos sveikata, valdymas.*

Įvadas

Sveikatos priežiūros sektorius yra veikiamas daugybės svarbių psichosocialinių darbo aplinkos veiksnių. Slaugytojai dažnai susiduria su dideliu darbo intensyvumu, naktinėmis pamainomis ir nuolatinio emocinio krūvio, kuris kyla iš būtinybės reguliuoti savo emocijas, valdyti konfliktines situacijas ir palaikyti emocinį ryšį su pacientais¹. Reiklūs darbo aplinkos veiksniai gali greitai padidinti su darbu susijusį stresą, sumažinti darbo gerovę, neigiamai paveikti psichikos sveikatą, sukelti tokias būsenas kaip distresas, nerimas, perdegimas ar depresija². Kita vertus, teigiami psichosocialiniai darbo aplinkos veiksniai – tokie kaip palaikantis vadovavimas, konstruktyvūs santykiai su kolegomis, aiškus pareigų pasiskirstymas, subalansuotas darbo krūvis, profesinio augimo galimybės ir pozityvi organizacinė kultūra – gali padėti mažinti stresą, stiprinti psichologinį atsparumą, didinti pasitenkinimą darbu ir padėti išlaikyti gerą slaugytojų psichikos sveikatą³.

Slaugytojai yra viena svarbiausių sveikatos priežiūros sistemos grandžių, todėl jiems tenkantys darbo intensyvumo, naktinių pamainų ir emocinės naštos padariniai tiesiogiai veikia pacientų saugumą ir paslaugų kokybę. Pervargimas, sutrikęs darbo ir poilsio balansas ir emocinis išsekimas daro įtaką tiek darbuotojo savijautai, tiek profesinei veiklai.

Tema itin aktuali slaugos profesijai, sveikatos vadybininkams, nes slaugytojams keliama aukšti darbo reikalavimai, tenka didelė atsakomybė ir stiprūs įsipareigojimai. Veikiant psichosocialiniams darbo aplinkos veiksniams, atsiranda nuolatinis pervargimas dėl didelio krūvio, sutrinka darbo ir poilsio režimas dėl darbo naktimis, kyla emocinis nuovargis. Šie neigiami sveikatai padariniai ne tik mažina darbuotojų gerovę, bet ir turi tiesioginį poveikį

1 K. Lonnqvist ir kt., „Psychosocial work characteristic profiles and health outcomes in registered nurses at different stages of their careers: a cross-sectional study“, *BMC Health Services Research* 25 (2025): 214.

2 M. Guardiano ir kt., „Working Conditions and Wellbeing among Prison Nurses during the COVID-19 Pandemic in Comparison to Community Nurses“, *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19, 17 (2022): 10955.

3 I. Paskarini ir kt., „Burnout among nurses: Examining psychosocial work environment causes“, *J Public Health Res* 12, 1 (2023): 1–8.

pacientų saugumui ir teikiamų paslaugų kokybei⁴. Slaugytojams tenkantis didelis darbo krūvis, naktinės pamainos ir emocinė našta tiesiogiai paveikia jų emocinę būklę ir gebėjimą teikti kokybišką priežiūrą⁵. Atsižvelgiant į aptartus padarinius slaugytojų sveikatai, būtina tinkama vadyba sveikatos priežiūros sektoriuje.

Nors tarptautiniu mastu atlikta daug tyrimų, kuriuose nagrinėjamos slaugytojų psichosocialinių darbo aplinkos veiksnių sąsajos su jų psichikos sveikata, Lietuvoje iki šiol nebuvo parengta literatūros apžvalgos, apimančios šių trijų veiksnių visumą. Taigi šia apžvalga siekiama užpildyti tyrimų spragą, sistemingai išanalizuojant mokslinius įrodymus apie darbo krūvio, naktinių pamainų ir emocinio krūvio poveikį slaugytojų distresui, nerimui, perdėgimui ir depresijai. Tikimasi, kad tokia analizė ne tik atskleis ryšius tarp psichosocialinių veiksnių ir slaugytojų psichikos sveikatos, bet ir suteiks praktinės vertės Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų vadybai – padės kurti efektyvias slaugytojų psichikos sveikatos valdymo ir gerinimo strategijas.

Tyrimo klausimas – kaip psichosocialiniai darbo aplinkos veiksniai (darbo krūvis, naktinės pamainos, emocinis krūvis) siejasi su slaugytojų psichikos sveikata (distresu, nerimu, perdėgimu, depresija) ir kokie yra jų valdymo padariniai.

Tyrimo tikslas – įvertinti slaugytojų psichosocialinių darbo aplinkos veiksnių sąsajas su psichikos sveikata ir jų valdymo padarinius.

Metodai. Kaip darbo metodas taikyta išplėstinė literatūros apžvalga, apimanti Lietuvos ir užsienio mokslinių šaltinių analizę, jų palyginimą, gautų duomenų sintezę ir apibendrinimą. Straipsnių paieška vykdyta 2025 m. liepos–rugsėjo mėnesiais tarptautinėse duomenų bazėse „PubMed“ ir „Web of Science“. Įtraukti straipsniai atitiko šiuos kriterijus: empiriniai tyrimai (kiekybiniai arba kokybiniai), 2020–2025 m. publikuoti straipsniai anglų arba lietuvių kalba, kuriuose nagrinėjamas darbo krūvio, naktinių pamainų ar emocinio krūvio poveikis psichikos sveikatai. Neįtraukti tyrimai: nesusiję su slaugytojais, sisteminės apžvalgos ar metaanalizės, konferencijų santraukos, tezės, nepublikuoti darbai ar straipsniai, kurių nėra laisvai prieinamas visas tekstas. Straipsnių atrankos ir analizės procesas vykdytas vadovaujantis PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) sisteminės apžvalgos principais.

1. Psichosocialiniai slaugytojų darbo aplinkos veiksniai ir jų valdymo vaidmuo

Darbo aplinka nuolat kinta ir daro įvairiapusį poveikį darbuotojams, tarp jų ir slaugytojams. Šiuolaikinės sveikatos priežiūros įstaigose didėja reikalavimai įvairiose srityse:

- 4 X. Zhang ir kt., „The influence of psychosocial work environment, personal perceived health and job crafting on nurses' well-being: a cross-sectional survey study“, *BMC Nursing* 23 (2024): 373.
- 5 A. Soto-Rubio, MdC. Giménez-Espert ir V. Prado-Gascó, „Effect of Emotional Intelligence and Psychosocial Risks on Burnout, Job Satisfaction, and Nurses' Health during the COVID-19 Pandemic“, *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17, 21 (2020): 7998.

slaugytojų profesija reikalauja ne tik techninių ir klinikinių žinių, bet ir intensyvaus emocinio išitaikymo, gebėjimo greitai reaguoti į nuolat besikeičiančias situacijas, priimti operatyvius sprendimus ir susidoroti su dažniais gyvybei pavojingais atvejais⁶. Psichosocialiniai darbo aplinkos veiksniai šiuo metu laikomi vienais reikšmingiausių darbuotojų saugos ir sveikatos iššūkių, nes jie glaudžiai susiję su stresu, kuris atsiranda dėl darbo. Tinkamas šių veiksnų valdymas darbo aplinkoje gali reikšmingai sumažinti darbuotojų patiriamus psichikos sveikatos sutrikimus⁷.

Kaip nurodo Tarptautinė darbo organizacija, psichosocialiniai darbo aplinkos veiksniai –tai sąveikos tarp darbo aplinkos, darbo turinio, organizacinių sąlygų ir darbuotojų gebėjimų, poreikių, kultūros ir asmeninių, su darbu nesusijusių aplinkybių, kurios per darbuotojų suvokimą ir patirtį gali daryti įtaką tiek fizinei, tiek psichikos sveikatai, darbo rezultatams ir patenkinimui darbu. Kiti mokslininkai teigia, kad psichosocialiniai darbo aplinkos veiksniai – tai darbo projektavimo, organizavimo ir valdymo, taip pat jų socialinio ir aplinkos konteksto aspektai, kurie gali kelti psichologinę, socialinę ar fizinę žalą ir yra nuolatinė darbinio gyvenimo dalis⁸.

Remiantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymu „Dėl psichosocialinių rizikos veiksnių tyrimo metodinių nurodymų patvirtinimo“⁹, psichosocialiniai rizikos veiksniai skirstomi į penkias pagrindines kategorijas, tačiau literatūros apžvalgoje pasirinktos nagrinėti trys psichosocialinės darbo aplinkos veiksnių kategorijos – darbo krūvis, darbas naktinėmis pamainomis ir emocinis krūvis, nes šie veiksniai mokslinėje literatūroje dažnai įvardijami kaip pagrindiniai ir reikšmingiausi streso šaltiniai slaugytojų profesijoje, turintys didelę įtaką jų psichikos sveikatai ir profesiniams rezultatams. Kitos kategorijos, tokios kaip darbo aplinkos sąlygos, darbo turinys (pvz., monotoniškumas, sprendimų priėmimo laisvė) ar tarpusavio santykiai, neįtrauktos dėl mažesnio tiesioginio poveikio streso lygiui ir praktinėms problemoms. Be to, darbo krūvis ir emocinis krūvis apima tam tikrus socialinius ir organizacinius aspektus, todėl šių kategorijų veiksniai yra platus ir lemiami. Šių psichosocialinių veiksnių analizė leidžia geriau suprasti slaugytojų darbo iššūkius ir kurti efektyvias darbingumo didinimo ir gerovės gerinimo priemones.

Svarbu suprasti, kad psichosocialiniai veiksniai yra organizacijos valdymo ir žmogiškųjų išteklių klausimas, o ne tik individuali darbuotojo atsakomybė. Nuo jų poveikio priklauso ne tik darbuotojų sveikata, bet ir teikiamų paslaugų kokybė, pacientų saugumas ir personalo kaita. Tvarti darbo aplinka ir didelis organizacijos atsparumas gali būti užtikrinamas

6 M. Elovainio ir kt., „Psychosocial work environment as a dynamic network: a multi-wave cohort study“, *Scientific Reports* 12 (2022): 12982.

7 T. L. Asgeirsdottir, A. Buason ir A. M. Johannsdottir, „Valuing the Wellbeing Associated with Psychosocial Factors at Work“, *Applied Research in Quality of Life* 18 (2023): 1737–1759.

8 A. Vassilev, T. Barratt ir J. Burgess, „Psychosocial workplace hazards and industrial relations: An introduction“, *Journal of Industrial Relations* 67, 2 (2025): 177–201.

9 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2005 m. rugpjūčio 24 d. įsakymas Nr. V-699/A1-241 „Dėl psichosocialinių rizikos veiksnių tyrimo metodinių nurodymų patvirtinimo“, LRS, žiūrėta 2025 m. liepos 8 d., <http://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.261219/iLIsPcdBQY>.

tik taikant veiksmingus vadybos modelius. Vadybinis požiūris neapsiriboja vien problemų identifikavimu, bet padeda ieškoti praktinių sprendimų, tokių kaip efektyvesnis darbo planavimas, racionalus išteklių paskirstymas, organizacinės kultūros stiprinimas ir nuolatinis darbuotojų palaikymas¹⁰.

Apibendrinant galima teigti, kad kintančioje darbo aplinkoje psichosocialiniai darbo aplinkos veiksniai, kaip antai darbo krūvis, naktinės pamainos ir emocinis krūvis, daro reikšmingą poveikį slaugytojų psichikos sveikatai. Šių veiksnių analizė padeda geriau suprasti slaugytojų patiriamus profesinius iššūkius ir sudaro jų gerovei stiprinti skirtą valdymo priemonių pagrindą.

2. Darbo krūvio sąsaja su slaugytojų psichikos sveikata

Vienas iš psichosocialinių darbo aplinkos veiksnių, turinčių įtakos slaugytojų psichikos sveikatai, yra darbo krūvis. Sveikatos priežiūros sistema šiuo metu susiduria su didėjančia slaugos paslaugų paklausa, o kartu būtina efektyviai valdyti žmogiškuosius išteklius, užtikrinti paslaugų kokybę ir kontroliuoti sąnaudas. Kai darbo reikalavimai viršija turimus išteklius, didėja darbo krūvis. Slaugytojų darbo krūvis apibrėžiamas kaip laikas ir priežiūra, kuriuos slaugytojas gali skirti (tiesiogiai ir netiesiogiai) pacientams, darbo aplinkai ir profesiniam tobulėjimui¹¹. Darbo krūvis gali būti kokybinis, susijęs su reikalingų įgūdžių ir pastangų pobūdžiu atliekant darbo užduotis, arba kiekybinis, apimantis darbo kiekį ir jo atlikimo greitį. Darbo krūvį lemia daugybė veiksnių, kai kuriuos jų išmatuoti yra lengviau. Pavyzdžiui, nustatytas ryšys tarp darbo krūvio ir slaugytojo priežiūrimų pacientų skaičiaus, pacientų priežiūros sudėtingumo ir pacientų izoliacijos, o dideli darbo krūviai reiškia, kad slaugytojai dažnai vienu metu atlieka kelias užduotis, jiems trūksta laiko ir tenka rūpintis didesniu skaičiumi pacientų¹². Toliau aptariami empirinių tyrimų duomenys, atskleidžiantys darbo krūvio sąsajas su distresu, nerimu, perdegimu ir depresija.

Distresas. Tyrimai rodo, kad didelis darbo krūvis yra glaudžiai susijęs su distreso didėjimu. Keli tyrimai parodė, kad jo lygis didėja, kai slaugytojams skiriama papildomų ir nereikalingų užduočių¹³. Taip pat kai kurie tyrimai atskleidžia, kad distresas ypač ryškus tarp slaugytojų, dirbančių valstybinėse ligoninėse, kuriose trūksta personalo ir slaugytojai neturi galimybių dalyvauti sprendimų priėmimo procesuose. Distresas išryškėja dėl nepakankamų žmogiškųjų ir materialinių išteklių organizacinėje aplinkoje, o didėjanti

10 B. Aust ir kt., „How effective are organizational-level interventions in improving the psychosocial work environment, health, and retention of workers? A systematic overview of systematic reviews“, *Scand J Work Environ Health* 49, 5 (2023): 315–329.

11 D. Ivziku ir kt., „What determines physical, mental and emotional workloads on nurses? A cross-sectional study“, *J Nurs Manag* 30 (2022): 4387–4397.

12 P. Griffiths ir kt., „Nursing workload, nurse staffing methodologies and tools: A systematic scoping review and discussion“, *International Journal of Nursing Studies* (2020), doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103487.

13 D. M. S. Pinto ir kt., „Satisfaction and Workload as Predictors of Psychological Distress in Professionals of Psychosocial Care Centers During the COVID-19 Pandemic“, *Nursing Reports* 14, 4 (2024): 3968–3983, doi:10.3390/nursrep14040290.

atsakomybė gali lemti darbo ir gyvenimo kokybės prastėjimą¹⁴. Tyrimas, atliktas Omano valstybės ligoninėje, atskleidė, kad slaugytojų, turinčių mažiau atsakomybės, darbo ir asmeninio gyvenimo kokybė yra aukštesnė, distreso lygis mažesnis, o tie, kuriems tenka didesnė atsakomybė, ypač stacionarinės priežiūros srityje, patiria priešingą poveikį¹⁵. Svarbu pabrėžti, kad distresą lemia ne tik objektyvūs darbo krūvio rodikliai, bet ir subjektyvus darbo naštos suvokimas – kaip slaugytojas pats vertina savo galimybes susidoroti su užduotimis. Pavyzdžiui, Nigerijoje atliktame tyrime nustatyta, kad psichologinį distresą labiau paaiškina subjektyvus darbo krūvio suvokimas, o ne faktiniai darbo krūvio pokyčiai¹⁶. Tai rodo, kad svarbu ne tik mažinti darbo krūvį, bet ir stiprinti slaugytojų gebėjimą valdyti stresą ir subjektyvų naštos jausmą.

Nerimas. Padidėjęs darbo krūvis glaudžiai susijęs su nerimo simptomais. Per Lietuvoje Buivydienės ir bendraautorių atliktą tyrimą nustatyta, kad beveik pusė slaugytojų patyrė nerimą, o daugiau nei šeštadalio dalyvių nerimo lygis buvo aukštas arba labai aukštas¹⁷. Autorių teigimu, tokie veiksniai kaip darbo krūvis daro didelę įtaką slaugytojų gerovei – slaugytojai susiduria su rimtais psichikos sveikatos sutrikimais, ypač nerimu. Panašūs rezultatai gauti ir Nepale atliktame tyrime – nustatyta, kad sveikatos priežiūros darbuotojai, tarp jų ir slaugytojai, dėl netolygiai paskirstyto darbo krūvio patiria sunkių nerimo simptomų¹⁸. Svarbu paminėti, kad Irano mokslininkų atliktame tyrime nustatyta, jog nors bendras slaugytojų darbo krūvis buvo gan didelis, reikšminga koreliacija tarp nerimo ir krūvio pasireiškė tik laikinoje darbo krūvio dimensijoje¹⁹. Tai reiškia, kad būtent laikini darbo šuoliai (pavyzdžiui, susiję su COVID-19 pandemijos pakilimais, viršvalandžiais ar staigiais darbo grafiko pasikeitimais) smarkiai susiję su didėjančiu nerimo lygiu.

Perdegimas. Tyrimai rodo, kad slaugytojai, patiriantys didelį darbo krūvį, gerokai dažniau išgyvena ir profesinį perdegimą. Jordanijoje atlikto tyrimo tyrėjai teigia, kad būtent slaugytojų trūkumas yra svarbus veiksnys, didinantis darbo krūvį, o tai savo ruožtu gali lemti profesinį perdegimą²⁰. Graikijoje atliktas tyrimas rodo, kad darbo krūvis, susijęs ne tik su slaugytojų trūkumu, bet ir viršvalandžiais, gali išsekinti sveikatos darbuotojus ir

14 Z. R. Fard ir kt., „The association between nurses’ moral distress and sleep quality and their influencing factor in private and public hospitals in Iran“, *J Educ Health Promotion* 9 (2020): 268.

15 M. A. Al-Maskari, J. U. Dupo ir N. K. Al-Sulaimi, „Quality of Work Life Among Nurses: A case study from Ad Dakhiliyah Governorate, Oman“, *Sultan Qaboos Univ Med J*. 20, 4 (2020): e304-e311, doi:10.18295/squmj.2020.20.04.005.

16 N. Takada ir kt., „The relationship Between Workload and Subjective Burden on Nurses’ Psychological Distress During the Early Stages of the COVID-19 Pandemic“, *Nursing Forum* 1 (2025): 1–8.

17 A. Buivydienė ir kt., „Connections between job satisfaction and depression, anxiety, and stress among nurses“, *Frontiers in Psychology* 16 (2025): 1548993.

18 M. Bhandari ir kt., „Depression, Anxiety and Stress among Nurses Providing Care to the COVID-19 Patients: A Descriptive Cross-sectional Study“, *J Nepal Med Assoc* 60, 246 (2022): 151–154.

19 M. Rafiee ir kt., „The effect of COVID-19 anxiety on nurses’ productivity determinants through perceived workload and individual job performance: A Bayesian mediation analysis“, *Heliyon* 10, 14 (2024): e34099.

20 M. M. Alzoubi ir kt., „Moderating role of relationships between workloads, job burnout, turnover intention, and healthcare quality among nurses“, *BMC Psychol* 12 (2024): 495.

ilgainiui sukelti profesinį perdegimą²¹. Panašius rezultatus gavo ir Vokietijoje tyrimą atlikę mokslininkai – jie nustatė, kad didesni kiekybiniai darbo reikalavimai buvo susiję su aukštesniu perdegimo lygiu²².

Depresija. Padidėjęs darbo krūvis taip pat susijęs su depresijos simptomais. Vieno tyrimo, atlikto Nepalo valstybėje, duomenimis, tarp slaugytojų, teikusių priežiūrą COVID-19 pacientams, nustatytas ypač didelis depresijos paplitimas, o jų patiriamas darbo krūvis ir riboti sveikatos sistemos ištekliai, tokie kaip nepakankamas personalo skaičius, reikšmingai prisidėjo prie sunkių psichikos sveikatos sutrikimų išsivystymo²³. Panašūs rezultatai gauti ir kituose tyrimuose: nustatyta, jog padidėjęs darbo krūvis ir ilgos darbo valandos reikšmingai koreliuoja su depresijos simptomais tarp slaugos specialistų skirtingose sveikatos priežiūros įstaigose²⁴.

Apibendrinant galima teigti, kad darbo krūvis yra svarbus psichosocialinis darbo aplinkos veiksnys, darantis neigiamą poveikį slaugytojų psichikos sveikatai. Tyrimai nuosekliai rodo, jog tiek objektyvūs, tiek subjektyvūs darbo krūvio aspektai sietini su didesniu distresu, nerimo simptomais, profesiniu perdegimu ir depresija.

3. Darbo naktinėmis pamainomis sąsaja su slaugytojų psichikos sveikata

Be darbo krūvio, dar vienas psichosocialinis darbo aplinkos veiksnys, kuris daro reikšmingą poveikį slaugytojų psichikos sveikatai, yra darbas naktinėmis pamainomis. Būtent slaugytojo profesija yra viena iš tų, kurios paprastai susijusios su naktiniu darbu²⁵. Naktinės pamainos dažniausiai apibrėžiamos kaip darbas, vykstantis nuo 18 valandos vakaro iki 6 valandos ryto. Lietuvoje slaugytojai renkasi darbo grafiką atsižvelgdami į asmeninius poreikius – svarbu patogus darbo laikas ir daugiau laisvų dienų, leidžiančių derinti darbą su šeima, o pagrindinė priežastis rinktis darbą naktinėmis pamainomis – didesnis apmokėjimas²⁶. Naktinis darbas trikdo kortizolio ir melatoninino ciklus, kurie tiesiogiai veikia miego kokybę. Nepakankamas miegas po darbo naktinėje pamainoje yra dažna problema tarp naktį dirbančių slaugytojų, o miego trūkumas turi neigiamą poveikį sveikatai, ypač psichikos. Naktinis darbo grafikas sukelia ne tik biologinių iššūkių, susijusių su cirkadinio ritmo

21 P. Galanis ir kt., „Increased Job Burnout and Reduces Job Satisfaction for Nurses Compared to Other Healthcare Workers after the COVID-19 Pandemic“, *Nurs. Rep* 13 (2023): 1009–1100.

22 E. Diehl ir kt., „The relationship between workload and burnout among nurses: The buffering role of personal, social and organisational resources“, *PloS ONE* 16, 1 (2021): e0245798.

23 Bhandari ir kt., *op. cit.*

24 M. Marvaldi ir kt., „Anxiety, depression, trauma-related, and sleep disorders among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis“, *Neurosci Biobehav Rev* 126 (2021): 252–264.

25 J. Peng ir kt., „Need for cognition moderates the impairment of decision making caused by nightshift work in nurses“, *Sci Rep* 12 (2022): 1756.

26 R. Juozapavičienė ir O. Daujotaitė, „Slaugytojų naktinio darbo įtaka fizinei ir psichosocialinei sveikatai“, *Sveikatos mokslai* 29, 6 (2019): 160–165.

sutrikimais, jis turi sąsają su distresu, didina nerimą, stresą, stiprina nuovargį, o ilgainiui gali lemti perdegimą ir depresijos simptomų atsiradimą²⁷. Toliau pateikiami empirinių tyrimų duomenys, parodantys naktinių pamainų sąsajas su psichikos sveikatos sutrikimais.

Distresas. Tyrimai rodo, kad naktinis darbas turi įtakos distresui. Taivane atliktas tyrimas, kuriame dalyvavo psichiatrijos slaugytojai, parodė, kad naktinis darbas labai veikia darbo gerovę – miego trūkumas ir nuolatinis darbo spaudimas didina distresą²⁸. Mokslininkai Nigerijoje nustatė, kad naktinės pamainos turi aiškiai pastebimą poveikį slaugytojų psichikos sveikatai, lemia didesnę psichologinę distresą²⁹. Palestinos mokslininkų atliktas tyrimas parodė, jog darbas naktinėmis pamainomis trikdo biologinius cirkadinius ritmus ir blogina miego kokybę, o tai sustiprina psichologinę distresą³⁰. Lenkų atlikta sisteminė literatūros apžvalga išryškino, kad distresas, atsirandantis dėl darbo naktinėmis pamainomis, ne tik neigiamai veikia slaugytojų psichinę sveikatą, bet ir mažina darbo efektyvumą ir gali kelti riziką pacientų saugumui³¹.

Nerimas. Naktinis darbo grafikas glaudžiai susijęs ir su nerimu. Kinijoje atliktas tyrimas parodė, jog miego sutrikimai ir unikalūs naktinio darbo stresoriai prisideda prie nerimo³². Panašios sąsajos tarp naktinių pamainų ir nerimo nustatytos ir Etiopijos mokslininkų atliktame tyrime³³.

Perdegimas. Naktinės pamainos didina profesinio perdegimo riziką. Pietų Korėjoje atliktas tyrimas parodė, kad darbas naktinėmis pamainomis didina slaugytojų perdegimo riziką, o didelis psichologinis atsparumas ir socialinė parama reikšmingai mažina perdegimo lygį³⁴. Mokslininkai Jordanijoje nustatė, kad slaugytojai, dirbantys naktinėmis pamainomis, patiria aukštesnę perdegimo lygį, palyginti su dieniniu grafiku dirbančiais kolegomis³⁵.

Depresija. Darbas naktinėmis pamainomis taip pat prisideda prie depresijos simptomų atsiradimo. Saudo Arabijos tyrėjai nustatė, jog naktinių pamainų sukelta prasta miego kokybė gali būti priežastis, kodėl slaugytojai, dirbantys naktinėmis pamainomis, patiria

27 M. A. Salman ir M. R. Ahmad, „The Correlation Between Night Shift Work Schedules, Sleep Quality, and Depression Symptoms“, *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 19 (2023): 1565–1571.

28 C. C. Chen ir kt., „The impact of night shifts on the physical and mental health of psychiatric medical staff: the influence of occupational burnout“, *BMC Psychiatry* 25 (2025): 256.

29 L. E. Ugwu, E. S. Idemudia ir M. C. C. Onyedibe, „Decoding the impact of night/day shiftwork on well-being among healthcare workers“, *Sci Rep* 14 (2024): 10246.

30 J. Al-Hrinat ir kt., „The impact of night shift stress and sleep disturbance on nurses' quality of life: case in Palestine Red Crescent and Al-Ahli Hospital“, *BMC Nursing* 23 (2024): 24.

31 K. Czyż-Szypienbejl ir W. Medrzycka-Dabrowska, „The Impact of Night Work on the Sleep and Health of Medical Staff—A Review of the Latest Scientific Reports“, *J Clin Med* 13, 15 (2024): 4505.

32 Y. Li ir kt., „Effects of Factors Related to Shift Work on Depression and Anxiety in Nurses“, *Public Health* 10 (2022): 926988.

33 A. Misganaw ir kt., „Exploring factors affecting nurse anxiety in Northwest Ethiopia: a multicenter study“, *Front. Psychiatry* 15 (2024): 1434701.

34 Y. S. Min ir kt., „Occupational and psychological factors associated with burnout in night shift nurses“, *Psychiatry Investig* 20, 10 (2023): 965–973.

35 H. Khatatbeh ir kt., „Paediatric nurses' burnout and perceived health: The moderating effect of the common work-shift“, *Nursing Open* 9, 3 (2022): 1679–1687.

didesnį depresijos simptomų dažnį nei tie, kurie dirba tik dieninėmis pamainomis³⁶. Svarbu paminėti, kad italų tyrėjai nustatė, jog ilgalaikis naktinis pamaininis darbas siejamas su padidėjusia slaugytojų depresijos rizika, ypač moterims, o dirbant daugiau nei penkerius metus šios pamainos riziką patirti depresinį sutrikimą padidino daugiau nei šešis kartus, palyginti su darbuotojais, nedirbančiais naktinėmis pamainomis³⁷.

Apibendrinant galima teigti, kad darbas naktinėmis pamainomis daro reikšmingą neigiamą poveikį slaugytojų psichikos sveikatai, trikdydamas biologinius cirkadinius ritmus ir miego kokybę. Tai lemia didesnę distresą, nerimą, perdegimą ir netgi depresijos simptomų atsiradimą.

4. Emocinio krūvio sąsaja su slaugytojų psichikos sveikata

Įtakos slaugytojų psichikos sveikatai turi ne tik darbo krūvis ir darbas naktinėmis pamainomis. Reikšmingą vaidmenį atlieka ir emocinis krūvis. Emocinis krūvis yra svarbus kasdienis slaugytojų darbo aplinkos elementas, slaugytojams nuolat tenka skirti emocijų pastangų atliekant pareigas (t. y. rūpinantis pacientais ir rodant rūpestį jais)³⁸. Emocinis krūvis reiškia tai, kiek emociškai įtemptų situacijų darbuotojui tenka patirti dėl savo darbo³⁹. Dažnai slaugytojams tenka slopinti emocijas, kad galėtų veiksmingai rūpintis pacientais ir prisitaikyti prie organizacijos tikslų, o dėl to jie patiria emocinį krūvį⁴⁰. Empiriniai tyrimai patvirtina teiginį, kad emocinis krūvis gali susilpninti teigiamą darbo ar asmeninių veiksmų poveikį darbo rezultatams⁴¹. Emocinis krūvis apima subjektyvius procesus ir gali paveikti fizinius įgūdžius, sukeldamas nuovargį ir funkcinės klaidas⁴². Toliau aptariami empirinių tyrimų duomenys, parodantys emocinio krūvio sąsajas su distresu, nerimu, perdegimu ir depresija.

Distresas. Tyrimai rodo, kad didelis emocinis krūvis didina distresą. Slaugytojai nuolat susiduria su pacientų kančia ir mirtimi – tai yra emociškai varginanti patirtis. Kinijos mokslininkai nustatė, kad tuomet, kai slaugytojams tenka išoriškai reikšti emocijas, neati-tinkančias jų tikrosios emocinės patirties, nukenčia nuoširdumas, o tai didina psichologinio

36 S. M. Alreshidi ir A. M. Rayani, „The Correlation Between Night Shift Work Schedules, Sleep Quality, and Depression Symptoms“, *Neuropsychiatr Dis Treat* 19 (2023): 1565–1571.

37 E. Vitale ir kt., „How shift work influences anxiety, depression, stress and insomnia conditions in Italian nurses: an exploratory study“, *Acta Biomed* 94, 2 (2023): e2023102.

38 N. Gillet ir kt., „The effects of job demands on nurses' burnout and presenteeism through sleep quality and relaxation“, *Journal of Clinical Nursing* 29, 3–4 (2020): 583–592.

39 Y. X. Ni, „Relationship between job demands, work engagement, emotional workload and job performance among nurses: A moderated mediation model“, *International Nursing Review* 71, 4 (2024): 924–932.

40 K. L. Edward, G. Hercelinskyj ir J. A. Giandinoto, „Emotional labour in mental health nursing: an integrative systematic review“, *International Journal of Mental Health Nursing* 26, 3 (2017): 215–225.

41 C. L. Nwanzu ir S. S. Babalola, „Examining the moderating role of workload in the relationship between emotional intelligence and caring behavior in healthcare organizations“, *International Journal of Business Science & Applied Management* 15, 1 (2020): 17–29.

42 L. Wang ir kt., „The impact of perceived workload on nurse presenteeism and missed nursing care: the mediating role of emotional intelligence and occupational stress“, *BMC Nursing* 24 (2025): 863.

distreso ir nuovargio riziką⁴³. Irane COVID-19 pandemijos metu atliktas tyrimas atskleidė, kad slaugytojai, kurie dažnai turi slėpti tikrąsias emocijas, vaidinti arba dirbti „emociskai“ (tiek giliai, tiek paviršutiniškai), gerokai dažniau patiria psichologinį distresą⁴⁴. Turkijoje atliktas tyrimas parodė, kad slaugant pacientus patiriamas emocinis poveikis ir būtinybė slėpti tikruosius jausmus sukelia emocinį disonansą, kuris prisideda prie slaugytojų psichologinio distreso⁴⁵.

Nerimas. Padidėjęs emocinis krūvis susijęs ir su nerimo simptomų didėjimu. Pietų Korėjoje atliktas tyrimas parodė, kad slaugytojams, kurie patiria didesnę emocinę krūvį, dažnai tenka slopinti pyktį, kad atitiktų profesinius ir organizacinius lūkesčius, o pyktis gali sukelti nuolatinį jo apmąstymą, kuris savo ruožtu didina nerimo simptomus⁴⁶. Mokslininkai Jungtinėje Karalystėje nustatė, kad operacinės slaugytojų emocinis darbo krūvis buvo reikšmingai susijęs su padidėjusiu nerimo lygiu, tačiau slaugytojų situacijos suvokimo gebėjimai išlieka aukšti⁴⁷. Japonų mokslininkai nustatė, kad slaugytojai susiduria su įvairiais emociniais iššūkiais, įskaitant neigiamas emocijas, kurios gali prisidėti prie nerimo lygio padidėjimo⁴⁸.

Perdegimas. Tyrimai rodo, kad emocinis krūvis yra susijęs su profesiniu perdegimu. Pietų Korėjos slaugytojų tyrimas parodė, kad emocinis darbo krūvis yra glaudžiai susijęs su perdegimu, o ši ryšį iš dalies paaiškina subjektyvi sveikatos būklė ir suvokta organizacinė parama⁴⁹. Irane atliktas tyrimas taip pat atskleidė, kad slaugytojų emocinis darbas yra reikšmingai susijęs su perdegimu: gilus emocijų vaidinimas per pagrindinius savęs vertinimus mažina perdegimo riziką, o paviršinis vaidinimas, esant žemam savęs vertinimui, stiprina emocinį išsekimą ir mažina asmeninį pasiekimo pojūtį⁵⁰. Mokslininkai Lenkijoje nustatė, kad slaugytojų patiriamas emocinis darbo krūvis, ypač paviršinio emocijų vaidinimo forma, yra tiesiogiai susijęs su perdegimu⁵¹.

43 Z. Ren ir kt., „Emotional labor, fatigue, and presenteeism in Chinese nurses: the role of organizational identification“, *BMC Nursing* 23 (2024): 673.

44 H. Ebrahimi, F. Rahmani ir K. Ghorbani, „Relationships between nurses' perceived social support, emotional labor, presenteeism, and psychiatric distress during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study“, *BMC Psychology* 13 (2025): 458.

45 A. T. Yildiz ir L. Dinc, „Emotional labor among Turkish nurses: A cross-sectional study“, *Nursing Inquiry* 30, 3 (2022): e12544.

46 J. E. Kim, J. H. Park ir S. H. Park, „Anger Suppression and Rumination Sequentially Mediates the Effect of Emotional Labor in Korean Nurses“, *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16, 5 (2019): 799.

47 L. P. Tseng, M. T. Chuang ir Y. C. Liu, „Effects of noise and music on situation awareness, anxiety, and the mental workload of nurses during operations“, *Appl Ergon* 99 (2022): 103633.

48 J. Honda ir kt., „Aspects of emotional labor of public health nurses engaged in interpersonal support“, *Nurs Open* 10, 2 (2022): 1048–1059.

49 M. N. Kim ir kt., „Emotional Labor and Burnout of Public Health Nurses during the COVID-19 Pandemic: Mediating Effects of Perceived Health Status and Perceived Organizational Support“, *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19, 1 (2022): 549.

50 E. Saei, S. Sarshar ir R. T. Lee, „Emotional labor and burnout among nurses in Iran: core self-evaluations as mediator and moderator“, *Hum Resour Health* 22 (2024): 14.

51 G. Wojcik, A. Wontorczyk ir I. Baranska, „Job Demands, Resources and Burnout Among Polish Nurses During the Late Wave of COVID-19 Pandemic: The Mediating Role of Emotional Labor“, *Front. Psychiatry* 13 (2022): 931391.

Depresija. Emocinis krūvis taip pat didina depresijos simptomų riziką. Turkijoje COVID-19 pandemijos metu atliktas tyrimas parodė, kad nors emocinės pastangos (ypač profesionaliai valdant emocijas) gali sumažinti slaugytojų depresijos simptomus, antrinė trauminė įtampa ir darbas COVID-19 skyriuose reikšmingai padidina depresijos riziką⁵². Mokslininkai Kinijoje nustatė, kad slaugytojų emocinis krūvis, lydimas polinkio į savęs kaltinimą, ruminaciją ar katastrofizavimą, didina depresijos simptomų riziką⁵³. Tyrimas, atliktas Pietų Korėjoje, taip pat patvirtina, kad didėjantis emocinis krūvis gali prisidėti prie slaugytojų depresijos simptomų atsiradimo⁵⁴.

Apibendrinant galima teigti, kad emocinis krūvis yra nuolatinis slaugytojų darbo aplinkos elementas, apimantis emocijų valdymą ir poreikį slėpti tikruosius jausmus prižiūrint pacientus. Tyrimai įvairiose šalyse rodo, kad emocinis krūvis yra glaudžiai susijęs su didesniu distresu, nerimu, perdegimu ir padidėjusia depresijos simptomų rizika, todėl jis yra reikšmingas slaugytojų psichikos sveikatai veiksny.

Išvados

Psichosocialiniai darbo aplinkos veiksniai – darbo krūvis, darbas naktinėmis pamainomis ir emocinis krūvis – turi reikšmingą neigiamą poveikį slaugytojų psichikos sveikatai, didina distreso, nerimo, perdegimo ir depresijos atsiradimo riziką. Todėl siekiant mažinti slaugytojų streso lygį, stiprinti psichologinį atsparumą ir gerinti slaugytojų gerovę ir darbo kokybę būtina efektyviai valdyti šiuos veiksnius. Organizacinės priemonės, tokios kaip darbo krūvio reguliavimas, pamainų planavimas, emocinės paramos teikimas, gali smarkiai pagerinti slaugytojų psichikos sveikatą ir sumažinti su darbu susijusias rizikas.

Literatūros sąrašas

1. Al-Hrinat, J., A. M. Al-Ansi, A. Hendi, G. Adwan ir M. Hazzaimeh. „The impact of night shift stress and sleep disturbance on nurses’ quality of life: case in Palestine Red Crescent and Al-Ahli Hospital“. *BMC Nursing* 23 (2024): 24.
2. Al-Maskari, M. A., J. U. Dupo ir N. K. Al-Sulaimi. „Quality of Work Life Among Nurses: A case study from Ad Dakhiliyah Governorate, Oman“. *Sultan Qaboos Univ Med J.* 20, 4 (2020): e304–e311. doi:10.18295/squmj.2020.20.04.005.

52 A. N. Yilmaz ir kt., „Investigating the relationship between the depression levels of midwives and nurses and their emotional labor and secondary traumatic stress levels in the COVID-19 pandemic period with structural equation modelling“, *Archives of Psychiatric Nursing* 40 (2022): 60–67.

53 Q. Q. Wang ir kt., „Anxiety, depression, and cognitive emotion regulation strategies in chinese nurses during the COVID-19 outbreak“, *J Nurs Manag* 29, 5 (2021): 1263–1274, doi:doi.org/10.1111/jonm.13265.

54 M. Kwon ir Y. Song, „Impact of Emotional Labor and Positive Psychological Capital on the Turnover Intention of Nurses Caring for Patients with COVID-19: A Descriptive Survey Study“, *Journal of Nursing Management* 1 (2024): 1–7.

3. Alreshidi, S. M., ir A. M. Rayani. „The Correlation Between Night Shift Work Schedules, Sleep Quality, and Depression Symptoms“. *Neuropsychiatr Dis Treat* 19 (2023): 1565–1571.
4. Alzoubi, M. M., K. Al-Mugheed, I. Oweidat, T. Alrahbeni, M. M. Alnaeem, A. A. Saeed Alabdullah, S. M. Farghaly Abdelallem ir A. Hendy. „Moderating role of relationships between workloads, job burnout, turnover intention, and healthcare quality among nurses“. *BMC Psychol* 12 (2024): 495.
5. Asgeirsdottir, T. L., A. Buason ir A. M. Johannsdottir. „Valuing the Wellbeing Associated with Psychosocial Factors at Work“. *Applied Research in Quality of Life* 18 (2023): 1737–1759.
6. Aust, B., J. L. Moller, M. Nordentoft, K. B. Frydendall, E. Bengtsen, A. B. Jensen, A. H. Garde, M. Kompier, M. Semmer, R. Rugulies ir S. O. Jaspers. „How effective are organizational-level interventions in improving the psychosocial work environment, health, and retention of workers? A systematic overview of systematic reviews“. *Scand J Work Environ Health* 49, 5 (2023): 315–329.
7. Bhandari, M., U. Yadav, T. Dahal ir A. Karki. „Depression, Anxiety and Stress among Nurses Providing Care to the COVID-19 Patients: A Descriptive Cross-sectional Study“. *J Nepal Med Assoc* 60, 246 (2022): 151–154.
8. Buivydienė, A., L. Rapolienė, M. Truš ir A. Jakavonytė-Akstinienė. „Connections between job satisfaction and depression, anxiety, and stress among nurses“. *Frontiers in Psychology* 16 (2025): 1548993.
9. Chen, C. C., L. Y. Ping, Y. L. Lan ir C. Y. Huang. „The impact of night shifts on the physical and mental health of psychiatric medical staff: the influence of occupational burnout“. *BMC Psychiatry* 25 (2025): 256.
10. Czyż-Szyphenbejl, K., ir W. Medrzycka-Dabrowska. „The Impact of Night Work on the Sleep and Health of Medical Staff—A Review of the Latest Scientific Reports“. *J Clin Med*. 13, 15 (2024): 4505.
11. Diehl, E., S. Rieger, S. Letzel, A. Schablon, A. Nienhaus, L. C. Escobar Pinzon ir P. Dietz. „The relationship between workload and burnout among nurses: The buffering role of personal, social and organisational resources“. *PloS ONE* 16, 1 (2021): e0245798.
12. Ebrahimi, H., F. Rahmani ir K. Ghorbani. Relationships between nurses' perceived social support, emotional labor, presenteeism, and psychiatric distress during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *BMC Psychology* 13 (2025): 458.
13. Edward, K. L., G. Hercelinskyj ir J. A. Giandinoto. „Emotional labour in mental health nursing: an integrative systematic review“. *International Journal of Mental Health Nursing* 26, 3 (2017): 215–225.
14. Elovainio, M., C. Hakulinen, K. Komulainen, M. Kivimäki, M. Virtanen, J. Ervasti ir T. Oksanen. „Psychosocial work environment as a dynamic network: a multi-wave cohort study“. *Scientific Reports* 12 (2022): 12982.
15. Fard, Z. R., A. Azadi, Y. Veisani ir A. Jamshidbeigi. „The association between nurses' moral distress and sleep quality and their influencing factor in private and public hospitals in Iran“. *J Educ Health Promotion* 9 (2020): 268.
16. Galanis, P., I. Moisoglou, A. Katsiourmpa, I. Vraha, O. Siskou, O. Konstantakopoulou, E. Meimeti ir D. Kaitelidou. „Increased Job Burnout and Reduces Job Satisfaction for Nurses Compared to Other Healthcare Workers after the COVID-19 Pandemic“. *Nurs. Rep.* 13 (2023): 1009–1100.

17. Gillet, N., T. Huyghebaert-Zouaghi, C. Réveillère, P. Colombat ir E. Fouquereau. „The effects of job demands on nurses' burnout and presenteeism through sleep quality and relaxation“. *Journal of Clinical Nursing* 29, 3–4 (2020): 583–592.
18. Griffiths, P., C. Saville, J. Ball, J. Jones, N. Pattison ir T. Monks. „Nursing workload, nurse staffing methodologies and tools: A systematic scoping review and discussion“. *International Journal of Nursing Studies* (2020). doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103487.
19. Guardiano, M., P. Boy, G. Shapirshteyn, L. Dobrozdravic, L. Chen, H. Yang, W. Robbins ir J. Li. „Working Conditions and Wellbeing among Prison Nurses during the COVID-19 Pandemic in Comparison to Community Nurses“. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19, 17 (2022): 10955.
20. Honda, J., A. Sasaki, S. Tsuda, M. Matsuyama ir K. Morita. „Aspects of emotional labor of public health nurses engaged in interpersonal support“. *Nurs Open* 10, 2 (2022): 1048–1059.
21. Yilmaz, A. N., Y. A. Derya, S. Altıparmak, E. G. Cihan ir H. G. Oztas. „Investigating the relationship between the depression levels of midwives and nurses and their emotional labor and secondary traumatic stress levels in the COVID-19 pandemic period with structural equation modelling“. *Archives of Psychiatric Nursing* 40 (2022): 60–67.
22. Yyldiz, A. T., ir L. Dinc. „Emotional labor among Turkish nurses: A cross-sectional study“. *Nursing Inquiry* 30, 3 (2022): e12544.
23. Ivziku, D., M. de Maria, F. M. Pia Ferramosca, A. Greco ir R. Gualandi. „What determines physical, mental and emotional workloads on nurses? A cross-sectional study“. *J Nurs Manag* 30 (2022): 4387–4397.
24. Juozapavičienė, R., ir O. Daujotaitė. „Slaugytojų naktinio darbo įtaka fizinei ir psichosocialinei sveikatai“. *Sveikatos mokslai* 29, 6 (2019): 160–165.
25. Khatatbeh, H., S. Hammoud, M. Khatatbeh, A. Olah ir A. Pakai. „Paediatric nurses' burnout and perceived health: The moderating effect of the common work-shift“. *Nursing Open* 9, 3 (2022): 1679–1687.
26. Kim, J. E., J. H. Park ir S. H. Park. „Anger Suppression and Rumination Sequentially Mediates the Effect of Emotional Labor in Korean Nurses“. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16, 5 (2019): 799.
27. Kim, M. N., Y. S. Yoo, O. H. Cho ir K. H. Hwang. „Emotional Labor and Burnout of Public Health Nurses during the COVID-19 Pandemic: Mediating Effects of Perceived Health Status and Perceived Organizational Support“. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19, 1 (2022): 549.
28. Kwon, M., ir Y. Song. „Impact of Emotional Labor and Positive Psychological Capital on the Turnover Intention of Nurses Caring for Patients with COVID-19: A Descriptive Survey Study“. *Journal of Nursing Management* 1 (2024): 1–7.
29. Li, Y., Y. Wang, X. Lv, R. Li, X. Guan, L. Li, J. Li ir Y. Cao. „Effects of Factors Related to Shift Work on Depression and Anxiety in Nurses“. *Public Health* 10 (2022): 926988.
30. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2005 m. rugpjūčio 24 d. įsakymas Nr. V-699/A1-241 „Dėl psichosocialinių rizikos veiksnių tyrimo metodinių nurodymų patvirtinimo“. LRS. Žiūrėta 2025 m. liepos 8 d. <http://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.261219/iLIsPcdBQY>
31. Lonnqvist, K., T. Sinervo, A. M. Kaihlanen ir M. Elovainio. „Psychosocial work characteristic profiles and health outcomes in registered nurses at different stages of their careers: a cross-sectional study“. *BMC Health Services Research* 25 (2025): 214.

32. Marvaldi, M., J. Mallet, C. Dubertret, M. R. Moro ir S. B. Guessoum. „Anxiety, depression, trauma-related, and sleep disorders among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis“. *Neurosci Biobehav Rev* 126 (2021): 252–264.
33. Min, Y. S., H. A. Lee, S. C. Kwon, I. Lee, K. Kim, J. S. Kim, J. H. Han ir H. Y. Lee. „Occupational and psychological factors associated with burnout in night shift nurses“. *Psychiatry Investig* 20, 10 (2023): 965–973.
34. Misganaw, A., M. Hailu, G. Bayleyegn, M. Aderaw, Z. A. Yigzaw, T. Alemu ir L. Asmare. „Exploring factors affecting nurse anxiety in Northwest Ethiopia: a multicenter study“. *Front. Psychiatry* 15 (2024): 1434701.
35. Ni, Y. X., Y. Xu, L. He, Y. Wen ir G. Y. You. „Relationship between job demands, work engagement, emotional workload and job performance among nurses: A moderated mediation model“. *International Nursing Review* 71, 4 (2024): 924–932.
36. Nwanzu, C. L., ir S. S. Babalola. „Examining the moderating role of workload in the relationship between emotional intelligence and caring behavior in healthcare organizations“. *International Journal of Business Science & Applied Management* 15, 1 (2020): 17–29.
37. Paskarini, I., E. Dwiyantri, D. A. Syaiful ir D. Syanindita. „Burnout among nurses: Examining psychosocial work environment causes“. *J Public Health Res* 12, 1 (2023): 1–8.
38. Peng, J., H. Lu, J. Zhang, Y. Shao, L. Wang ir J. Lv. „Need for cognition moderates the impairment of decision making caused by nightshift work in nurses“. *Sci Rep* 12 (2022): 1756.
39. Pinto, D. M. S., L. G. Lourencao, L. P. Eid, M. A. Z. Ponce, J. C. Andre, E. B. M. Tiol, B. C. C. Giacon-Arruda, Gd. O. Arruda, Md. G. G. Souza, N. S. G. Md. S. Sasaki ir kt. „Satisfaction and Workload as Predictors of Psychological Distress in Professionals of Psychosocial Care Centers During the COVID-19 Pandemic“. *Nursing Reports* 14, 4 (2024): 3968–3983. doi:10.3390/nursrep14040290.
40. Rafiee, M., T. Eskandari, E. A. Mahmood, M. Zokaei, M. Falahati ir M. H. Khalilzadeh Naghneh. „The effect of COVID-19 anxiety on nurses' productivity determinants through perceived workload and individual job performance: A Bayesian mediation analysis“. *Helvion* 10, 14 (2024): e34099.
41. Ren, Z., C. Zhou, X. Zhang, A. Yang, W. Li ir H. Liu. „Emotional labor, fatigue, and presenteeism in Chinese nurses: the role of organizational identification“. *BMC Nursing* 23 (2024): 673.
42. Saei, E., S. Sarshar ir R. T. Lee. „Emotional labor and burnout among nurses in Iran: core self-evaluations as mediator and moderator“. *Hum Resour Health* 22 (2024): 14.
43. Salman, M. A., ir M. R. Ahmad. „The Correlation Between Night Shift Work Schedules, Sleep Quality, and Depression Symptoms“. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 19 (2023): 1565–1571.
44. Soto-Rubio, A., Md. C. Giménez-Espert ir V. Prado-Gascó. „Effect of Emotional Intelligence and Psychosocial Risks on Burnout, Job Satisfaction, and Nurses' Health during the COVID-19 Pandemic“. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17, 21 (2020): 7998.
45. Takada, N., S. Sugiyama, Y. Hara, M. Yamada, Y. Nihei ir K. Asakura. „The relationship Between Workload and Subjective Buren on Nurses' Psychological Distress During the Early Stages of the COVID-19 Pandemic“. *Nursing Forum* 1 (2025): 1–8.
46. Tseng, L. P., M. T. Chuang ir Y. C. Liu. „Effects of noise and music on situation aware-

- ness, anxiety, and the mental workload of nurses during operations“. *Appl Ergon* 99 (2022): 103633.
47. Ugwu, L. E., E. S. Idemudia ir M. C. C. Onyedibe. „Decoding the impact of night/day shift-work on well-being among healthcare workers“. *Sci Rep* 14 (2024): 10246.
48. Vassiley, A., T. Barratt ir J. Burgess. „Psychosocial workplace hazards and industrial relations: An introduction“. *Journal of Industrial Relations* 67, 2 (2025): 177–201.
49. Vitale, E., R. Lupo, G. Artioli, R. Mea, P. Lezzi, L. Conte ir G. De Nunzio. „How shift work influences anxiety, depression, stress and insomnia conditions in Italian nurses: an exploratory study“. *Acta Biomed* 94, 2 (2023): e2023102.
50. Wang, L., Q. Huang, Y. Zhang, J. Liu ir C. Chen. „The impact of perceived workload on nurse presenteeism and missed nursing care: the mediating role of emotional intelligence and occupational stress“. *BMC Nursing* 24 (2025): 863.
51. Wang, Q. Q., Y. Y. Fang, H. L. Huang, W. J. Lv, X. X. Wang, T. T. Yang, J. M. Yuan, G. Ying, R. L. Qian ir Y. H. Zhang. „Anxiety, depression, and cognitive emotion regulation strategies in chinese nurses during the COVID-19 outbreak“. *J Nurs Manag* 29, 5 (2021): 1263–1274. doi:doi.org/10.1111/jonm.13265.
52. Wojcik, G., A. Wontorczyk ir I. Baranska. „Job Demands, Resources and Burnout Among Polish Nurses During the Late Wave of COVID-19 Pandemic: The Mediating Role of Emotional Labor“. *Front. Psychiatry* 13 (2022): 931391.
53. Zhang, X., C. Zhang, J. Gou ir S. Y. Lee. „The influence of psychosocial work environment, personal perceived health and job crafting on nurses' well-being: a cross-sectional survey study“. *BMC Nursing* 23 (2024): 373.

ASSOCIATIONS BETWEEN PSYCHOSOCIAL WORK ENVIRONMENT FACTORS AND MENTAL HEALTH AMONG NURSES, AND THE OUTCOMES OF THEIR MANAGEMENT: AN EXTENDED LITERATURE REVIEW

Kamilė Balčiūnaitė,
Vilnius University

Rita Urbanavičė
Vilnius University

Summary

Nurses face high occupational demands, and their professional activities are continuously influenced by various psychosocial work environment factors. Consequently, managing these factors becomes a crucial component of healthcare personnel's well-being. This article examines three primary psychosocial work environment factors—workload, night shifts, and emotional strain—and their associations with nurses' mental health. Drawing on recent scientific literature, the study analyzes how the intensity of these factors correlates with increased risks of distress, anxiety, burnout, and depression among nurses, as well as managerial strategies that can mitigate their negative impact. Emphasis is placed on the importance of work organization, shift scheduling, resource allocation, and emotional support systems to ensure psychological safety and positive emotional well-being.

The literature review reveals that psychosocial work environment factors are key contributors to nurses' mental health risks. Workload, night shifts, and emotional burden increase the likelihood of distress, anxiety, burnout, and depression. Effective management of these factors is essential to reduce adverse effects on employee well-being and to ensure the provision of high-quality healthcare services. The review highlights that managing psychosocial factors is not only a matter of employee health but also an organizational management concern, making its integration vital for fostering a sustainable and nurse-friendly work environment.

To improve nurses' mental health, it is important to implement comprehensive managerial interventions: optimizing workload, ensuring rational shift scheduling—particularly by limiting prolonged night work—strengthening organizational support and social assistance, as well as incorporating stress management and emotional support programs. These measures contribute to creating a sustainable work environment, reducing staff turnover, and enhancing patient safety.

Keywords: nurses, psychosocial work environment, workload, night shifts, emotional burden, mental health, management.

DEVYNIOLIKTOSIOS LIETUVOS RESPUBLIKOS VYRIAUSYBĖS PROGRAMOS ANALIZĖ SVEIKATOS SRITYJE

Regina Jarošienė

Santaros klinikų filialas Nacionalinis vėžio centras

Elektroninis paštas: regina.jarosiene@nvc.santa.lt

Danguolė Jankauskienė

Mykolo Romerio universiteto Viešojo valdymo ir verslo fakultetas,

Vadybos ir politikos mokslų institutas

Elektroninis paštas: djank@mruni.eu

Marija Čaplinskienė

Mykolo Romerio universiteto Viešojo valdymo ir verslo fakultetas,

Vadybos ir politikos mokslų institutas

Elektroninis paštas: marijapap@mruni.eu

DOI: 10.13165/SPV-25-12-1-07

Santrauka

Straipsnyje pateikiama Devynioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos (toliau – Vyriausybės programa) sveikatos srities analizė. Atliktame tyrime taikytas kokybinio tyrimo metodas, naudojant pusiau struktūruotus interviu su informantais ekspertais, turinčiais reikšmingą patirtį ir kompetencijas sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo srityse ir atstovaujančiais sveikatos politikos pagrindinėms suinteresuotosioms šalims. Siekiant tyrimo tikslo ir uždavinių, pusiau struktūruotame interviu informantams pateikti originalūs klausimai. Transkribuoto interviu medžiaga analizuota suskirstant atsakymus į kategorijas ir subkategorijas ir atliekant atsakymų vertinimą.

Tyrimo tikslas – įvertinti naujos Vyriausybės programos sveikatos politikos srities turinio kokybę ir pateikti rekomendacijas dėl jos įgyvendinimo. Uždaviniai: įvertinti, kiek Vyriausybės programa atspindi aktualiausius socialinius ekonominius ir geopolitinius iššūkius, kaip užtikrina sveikatos politikos tęstinumą, kokių didžiausių iššūkių gali kilti ją įgyvendinant ir kokios yra prognozuojamos sėkmės ir nesėkmės.

Rezultatai. Vyriausybės programa iš esmės atspindi pagrindines sveikatos sistemos problemas, tačiau trūksta aiškos strateginės vizijos, sėkmės rodiklių ir tarpsektorinio suderinamumo su kitomis viešosios politikos sritimis. Politikų ir ekspertų nuomonės rodo, kad didžiausi iššūkiai yra ne tik reformų turinys, bet ir jų įgyvendinimo mechanizmai.

Reikšminiai žodžiai: sveikatos politika, sveikatos sistemos reforma, regioninė nelygybė, sveikatos finansavimas, prevencinė medicina, specialistų trūkumas, e. sveikata ir inovacijos, tarpinstitucinis bendradarbiavimas.

Įvadas

Sveikatos politika yra viena iš svarbiausių viešosios politikos sričių, tiesiogiai veikiančių gyventojų gyvenimo kokybę, socialinę sanglaudą ir ekonominį šalies stabilumą^{1, 2}. Kiekvienos Vyriausybės programa turi įtakos sveikatos sistemai, jos plėtrai ir reformoms³. Devynioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programoje, patvirtintoje Seimo nutarimu⁴, keliama svarbūs tikslai sveikatos srityje, tačiau kyla klausimas, kiek ji atliepia realius sveikatos sistemos iššūkius, strateginius tikslus ir finansines galimybes. Lietuvoje formuojant kiekvieną Vyriausybę atspindi arba kairiųjų, arba dešiniųjų kryptį politikos ideologijos. Tai lemia rinkėjų pasirinkimai, o jie kiekvieną kadenciją keičiasi: išrenkami ir dominuoja arba dešiniųjų, arba kairiųjų kryptį politikai, sudarantys atitinkamas koalicijas. Todėl formuojant sveikatos politiką labai svarbus tęstinumas ir strateginių šalies dokumentų laikymasis. Tik taip galima užtikrinti nuoseklią ir mokslo įrodymais pagrįstą sveikatos politiką.

Tęstinumas yra vienas iš kertinių sveikatos politikos formavimo principų, garantuojantis ilgalaikį efektyvumą, sisteminių nuoseklumą ir tvarumą. Literatūroje tęstinumas dažnai minimas kaip būtina sąlyga siekiant ilgalaikių reformų, pacientų sveikatos gerinimo ir sveikatos sistemų stabilumo. Daugelis autorių teigia, kad sveikatos politika, orientuota tik į trumpalaikius tikslus (pvz., politinius ciklus), tampa fragmentuota ir nestabili. O tęstinumas leidžia įgyvendinti ilgalaikes reformas, kurios gali trukti dešimtmečius (pvz., sveikatos priežiūros sistemos pertvarkymai), kaupti institucines žinias, padedančias išvengti pasikartojančių klaidų, užtikrinti politikos vertinimą – ilgalaikės politikos iniciatyvos gali būti

1 I. Kickbusch ir D. Gleicher, *Governance for health in the 21st century* (World Health Organization, Regional Office for Europe, 2012).

2 OECD, *Health for Everyone? Social Inequalities in Health and Health Systems* (OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, 2019), <https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en>.

3 I. Kickbusch, „Health in All Policies: the evolution of the concept of horizontal health governance“, iš *Implementing Health in All Policies* (Adelaide, 2010), 11–23.

4 Lietuvos Respublikos Seimo 2024 m. gruodžio 12 d. nutarimas dėl Devynioliktosios Vyriausybės programos patvirtinimo, Nr. XV-54, TAR, žiūrėta 2025 m. sausio 16 d., <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/0b418d-c0b89811ef88c08519262548c4>.

tinkamai įvertintos, nes turima pakankamai duomenų apie jų poveikį^{5,6}.

Politikos tęstinumas glaudžiai susijęs su politine valia ir instituciniu stabilumu. Literatūroje pabrėžiama, kad dažnai keičiantis politinei valdžiai reformos pertraukiamos, nepriklausomai nuo jų efektyvumo, prarandama ekspertinė ir organizacinė atmintis, būtina nuosekliai sprendimų priėmimui, didėja sveikatos priežiūros sistemos fragmentacija, nes nauji sprendimai gali prieštarauti ankstesniems⁷.

Sveikatos politika turi ne tik institucinių, bet ir praktinių tęstinumo aspektų – ypač svarbus yra pacientų priežiūros tęstinumas, lemiantis geresnius pacientų sveikatos rezultatus (visų pirma sergančių lėtinėmis ligomis), mažesnes sveikatos sistemos sąnaudas ilgalaikėje perspektyvoje, didesnę pasitikėjimą sveikatos sistema. Tai įmanoma tik tada, kai ir politiniai sprendimai yra tęstiniai – palaikomos ilgalaikės programos (pvz., prevencijos iniciatyvos, šeimos gydytojo modelio stiprinimas ir kt.)⁸.

Pasaulio sveikatos organizacija (PSO)⁹ ir Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (EBPO)¹⁰ pabrėžia institucinio tęstinumo reikšmę, nes jis leidžia kurti ir palaikyti integruotas sveikatos sistemas, kurios nėra priklausomos nuo politinių ciklų, skatina pasitikėjimą tarp politikos formuotojų, paslaugų teikėjų ir visuomenės, leidžia įgyvendinti įrodymais grįstą politiką, nes kaupiami ir analizuojami ilgalaikiai duomenys.

Sveikatos politikos tęstinumas yra būtinas tiek struktūriniam sistemų vystymuisi, tiek praktiniam pacientų aptarnavimo efektyvumui. Be jo politikos sprendimai tampa nenuoseklūs ir dažnai neveiksmingi, prarandami finansiniai ir žmogiškieji ištekliai, blogėja visuomenės sveikatos rodikliai. Todėl ilgalaikė politinė valia gali užtikrinti institucinį stabilumą ir aiškią sveikatos srities strateginę kryptį, kuri nekeičiama dėl trumpalaikių interesų.

Taigi yra svarbu įvertinti kiekvienos naujos Vyriausybės programos turinio kokybę sveikatos politikos srityje, atskleisti jos stiprybes ir silpnybes užtikrinant tęstinumą.

Mokslinėje literatūroje ir ankstesniuose tyrimuose akcentuojama, kad sėkminga sveikatos politika turi būti grindžiama ilgalaikė strategine vizija, finansiniu tvarumu ir skaidriu viešojo ir privačiojo sektoriaus bendradarbiavimu. Pasak Greer ir kolegų¹¹, sveikatos sistemų valdymas efektyviausias tuomet, kai politiniai sprendimai yra nuoseklūs, orientuoti į ilgalaikius rezultatus ir paremti strateginiu planavimu. Pasaulio sveikatos organizacija¹² taip

5 S. L. Greer, M. Wismar ir J. Figueras (eds), *Strengthening Health System Governance: better policies, stronger performance* (Maidenhead: Open University Press, 2016).

6 R. B. Saltman, A. Durán ir H. F. W. Dubois, *Governing Public Hospitals: reform strategies and the movement towards institutional autonomy. Observatory Studies 25* (World Health Organization, Regional Office for Europe, 2011), žiūrėta 2025 m. sausio 21 d., <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ac24fb95-6a15-41fa-98c1-9e973ac4b060/content>.

7 Kickbusch ir Gleicher, *supra* note, 1.

8 J. L. Haggerty ir kt., „Continuity of care: a multidisciplinary review“, *BMJ* 327, 7425 (2003): 1219–1221. DOI: 10.1136/bmj.327.7425.1219.

9 World Health Organization, *Health Systems Governance for Universal Health Coverage: Action Plan* (WHO, 2014), žiūrėta 2025 m. sausio 29 d., <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HSS-HSF-2014.01>.

10 OECD, *Tackling Wasteful Spending on Health* (Paris: OECD Publishing, 2017), <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>.

11 Greer ir kt., *supra* note, 5.

12 World Health Organization, *Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage* (WHO, 2010).

pat pabrėžia finansinį tvarumą kaip esminį sveikatos sistemų universalumo ir atsparumo komponentą. O Saltman, Durán ir Dubois¹³ pažymi, kad aiškiai reglamentuotas ir skaidrus viešojo ir privačiojo sektorių bendradarbiavimas padeda pasiekti didesnę sveikatos paslaugų efektyvumą ir prieinamumą.

Taip pat svarbus tarpsektorinis požiūris, integruojantis sveikatos priežiūros sistemą su socialinės apsaugos ir ekonominės politikos priemonėmis.

Šiame tyrime siekiama patikrinti, kiek naujosios Vyriausybės programa atitinka šiuos principus, ar ji užtikrina sveikatos politikos tęstinumą ir kokie yra jos įgyvendinimo iššūkiai.

Tyrimo tikslas – įvertinti Devynioliktosios Lietuvos Vyriausybės programos turinio kokybę sveikatos politikos srityje ir pateikti rekomendacijos dėl jos įgyvendinimo. Uždaviniai: įvertinti, kiek Vyriausybės programa atspindi aktualiausius socialinius ekonominius ir geopolitinius iššūkius, kaip ji užtikrina sveikatos politikos tęstinumą, kokių didžiausių iššūkių gali kilti ją įgyvendinant ir kokios yra prognozuojamos sėkmės ir nesėkmės.

Empirinio tyrimo objektas – Vyriausybės programos sveikatos politikos sritis.

Metodologija ir metodai

Siekiant objektyvaus, struktūrizuoto ir ideologiškai neangažuoto vertinimo, kuris galėtų būti naudojamas kaip nepriklausomas informacijos šaltinis, pasirinktas kokybinis sociologinis tyrimas. Tyrime dalyvavo 17 informantų ekspertų. Ekspertų atranka atlikta taikant ne mažiau kaip 10 metų patirties sveikatos politikos formavimo ir ekspertinio vertinimo srityje kriterijų (t. y. geras žinomumas sveikatos politikos formavimo, įgyvendinimo ir vertinimo sferoje, sveikatos politikos srities išmanymas).

Taigi, informantai ekspertai atrinkti pagal patirties ir atstovavimo kriterijus, pasirenkant ir įtraukiant pagrindines suinteresuotąsias šalis: 7 politiką formuojančių institucijų atstovus (3 skirtingų kadencijų Seimo Sveikatos reikalų komiteto, 3 SAM, 1 LRVK), 5 politiką įgyvendinančių institucijų atstovus (1 VLK, 2 ligoninių, 2 poliklinikų), 3 NVO atstovus (2 pacientų organizacijų, 1 medikų organizacijų), 2 akademinės bendruomenės atstovus.

Ekspertų grupę sudarė aukšto lygio specialistai, turintys reikšmingą patirtį sveikatos politikos formavimo, įgyvendinimo ir vertinimo srityse.

Ekspertų amžiaus vidurkis – 51 metai (nuo 39 iki 65 metų), vidutinis darbo stažas sveikatos politikos srityje – 20 metų (nuo 10 iki 40 metų). Tyrimui buvo naudojamas pusiau struktūruoto interviu metodas, leidžiantis gauti išsamesnius ekspertų vertinimus ir įžvalgas apie naujosios Vyriausybės programos turinį ir jos įtaką sveikatos sistemos raidai.

Informantams ekspertams buvo pateikti tokie klausimai:

1. Kaip manote, kiek tinkamai ši programa atspindi Lietuvos dabartinius socialinius-ekonominius sveikatos priežiūros iššūkius, vertinant ir geopolitinę situaciją?

13 Saltman ir kt., *supra* note, 6.

2. Kiek, jūsų nuomone, ši programa užtikrina buvusios sveikatos politikos tęstinumą ir suderinamumą su nacionaliniais strateginiais dokumentais: Strateginio valdymo įstatymu¹⁴, Nacionaliniu pažangos planu¹⁵, nacionalinėmis pažangos programomis¹⁶, kaip antai Sveikatos stiprinimo ir paslaugų kokybės gerinimo programa?
3. Kuriose srityse tikėtės didžiausių įgyvendinimo iššūkių? Kuriose srityse, jūsų nuomone, bus didžiausių nesutarimų arba reikės reikšmingo suinteresuotųjų šalių įtraukimo?
4. Kokiose srityse numatote didžiausią sėkmę ar nesėkmę? Kokie veiksniai galėtų tai lemti?

Per interviu su ekspertais, trukusį nuo 30 iki 45 minučių, surinkta medžiaga transkribuota ir pateikiama turinio analizėje, suskirsčius atsakymus į kategorijas ir subkategorijas. Ekspertų pateikti duomenys yra konfidencialūs, o jų atsakymai atspindi apibendrintoje turinio analizėje. Analizė suskirstyta į keturias pagrindines dalis, atitinkančias esminius klausimus (pateiktus pirmiau). Kiekvienas klausimas nagrinėjamas remiantis politikų ir kitų sektorių atstovų nuomonėmis, pateikiant jų vertinimus ir apibendrinant išvagas.

Ekspertų interviu atliko šio straipsnio autorės 2024 m. gruodžio 12–20 dienomis.

Rezultatai

Šioje analizėje nagrinėjama, kaip Devynioliktosios Vyriausybės programos sveikatos politika atspindi esminius sveikatos apsaugos sistemos iššūkius ir kokią įtaką gali turėti jos įgyvendinimas.

1. Socialiniai ir ekonominiai sveikatos priežiūros iššūkiai. Pirmuoju klausimu siekiama įvertinti, ar Vyriausybės programa tinkamai atspindi dabartinius socialinius ir ekonominius sveikatos priežiūros iššūkius Lietuvoje, atsižvelgiant į geopolitinius veiksnius¹⁷.

14 Lietuvos Respublikos strateginio valdymo įstatymas, 2020 m. birželio 25 d., Nr. XIII-3096, LRS, žiūrėta 2024 m. gruodžio 21 d., <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/90386d20bab711ea9a12d0dada3ca61b>.

15 Lietuvos Respublikos Vyriausybė, „2021–2030 metų nacionalinis pažangos planas“, žiūrėta 2024 m. gruodžio 23 d., <https://e-seimas.lrs.lt/rs/legalact/TAP/c9165070f6ad11ebb4af84e751d2e0c9>.

16 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, „2022–2030 metų plėtros programa: sveikatos priežiūros kokybės ir prieinamumo gerinimas“, žiūrėta 2024 m. gruodžio 23 d., <https://www.lrs.lt/sip/get-file?guid=6ac652e6-bba9-47ee-a204-2de5ea69fbfc>.

17 „Europos socialinis tyrimas: Lietuva, 2024“, European Social Survey, žiūrėta 2024 m. gruodžio 28 d., <https://www.europeansocialsurvey.org/about/country-information/lithuania/lithuanian>.

1 lentelė. Socialinių ir ekonominių iššūkių atspindėjimas Devynioliktosios Vyriausybės programoje.

Kategorija	Pagrindžiantis faktas ar teiginys	Pastabos, išvados
Kiek programa atspindi socialinius ir ekonominius sveikatos priežiūros iššūkius	Vyriausybės programa iš esmės atspindi esminius sveikatos sistemos iššūkius.	Pagrindinė problema – reformų tęstinumas ir dermės su kitais sektoriais trūkumas. Trūksta tarpsektorinio bendradarbiavimo su socialinės apsaugos sistema, ypač dėl ilgalaikės priežiūros paslaugų integracijos į savivaldybių struktūras ¹⁸ .
	Gyventojų senėjimas – programa atspindi šią problemą, tačiau nėra aiškios strategijos dėl ilgalaikės priežiūros paslaugų (toliau – IPP) integracijos.	Nepaisant demografinių iššūkių pripažinimo, ilgalaikės priežiūros paslaugų plėtrą stabdo aiškaus veiksmų plano, finansavimo modelio ir specialistų planavimo stoka.
Dabartinių aktualių iššūkių ir problemų atspindėjimas	Socialinė nelygybė – regioniniai skirtumai ir prieinamumo problemos pripažįstamos, tačiau trūksta aiškių priemonių joms spręsti.	Nors socialinės nelygybės ir regioninio prieinamumo problemos pripažįstamos, trūksta konkrečių priemonių regioninės sveikatos infrastruktūrai stiprinti ir paslaugų veiksmingumui užtikrinti.
	Psichikos sveikata – programoje įvardyti psichikos sveikatos prioritetai, tačiau ji nepakankamai apima specialistų trūkumo problemą.	Nepaisant psichikos sveikatos prioritetų įvardijimo, programa neapima konkrečių veiksmų, susijusių su specialistų trūkumo mažinimu ir paslaugų kokybės gerinimu ¹⁹ .

Apibendrinimas: nors programoje identifikuotos pagrindinės sveikatos sistemos problemos, jai trūksta išsamios strateginės vizijos ir aiškių įgyvendinimo mechanizmų. Nėra pakankamai išspręsti socialinės nelygybės, ilgalaikės priežiūros ir finansinio tvarumo klausimai, išlieka neaiškūs geopolitiniai aspektai.

2. Sveikatos politikos tęstinumas ir suderinamumas su strateginiais dokumentais

18 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, „Sveikatos sistemos reformų planavimo ir įgyvendinimo apžvalga“, 2023, žiūrėta 2024 m. gruodžio 28 d., <https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Sveikatos%20sistemos%20reform%C5%B3%20ap%C5%BEvalga.pdf>.

19 Vyriausybės strateginės analizės centras (STRATA), „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelis“, 2022, žiūrėta 2024 m. gruodžio 28 d., <https://strata.gov.lt/wp-content/uploads/2024/01/20220629-asmens-sveikatos-prieziuros-paslaugu-teikimo-modelis.pdf>.

2 lentelė. Strateginių dokumentų suderinamumo analizė

Kategorija	Pagrindžiantis faktas ar teiginys	Pastabos, išvados
Politiniai iššūkiai sveikatos sektoriuje	Finansavimas, privalomojo sveikatos draudimo (toliau – PSD) įmokų didinimas, reformų strateginis suderinamumas.	Neapibrėžtas finansavimas ir PSD įmokų klausimai atskleidžia strateginio pasirengimo krizėms stoką sveikatos politikoje.
Regionų ir centrų santykis	Regioninės ligoninės mažiau konkurencingos, didėjantis centralizavimas.	Didėjantis sveikatos priežiūros centralizavimas mažina regioninių ligoninių konkurencingumą ir riboja pacientų galimybes gauti paslaugas arti namų.
Specialistų trūkumas regionuose	Trūksta paskatų specialistams dirbti regionuose.	Jei nebus užtikrinta tinkama regioninė politika, didės sveikatos priežiūros nelygybė.
Privačiojo ir viešojo sektorių balansas	Neaiškus viešojo ir privačiojo sektorių bendradarbiavimas.	Aiškūs ir vienareikšmiai finansavimo bei reguliavimo kriterijai padėtų išvengti teisinių nesutarimų tarp sveikatos priežiūros įstaigų ir institucijų viešajame ir privačiajame sektoriuose.

Apibendrinimas: nors programa dera su nacionaliniais strateginiais dokumentais, tačiau trūksta aiškių reformų eigos ir sėkmės matavimo kriterijų.

3. Pagrindiniai sveikatos politikos įgyvendinimo iššūkiai

3 lentelė. Sveikatos politikos įgyvendinimo iššūkiai

Kategorija	Pagrindžiantis faktas ar teiginys	Pastabos, išvados
Specialistų planavimas	Trūksta aiškos strategijos dėl specialistų pritraukimo į regionus.	Dėl aiškos specialistų planavimo strategijos stokos ypač kenčia regionai – būtina plėtoti skaitmeninius sprendimus ir tikslingą specialistų rengimo sistemą.
Biurokratizmo mažinimas	Tai etapinis pokyčių diegimas, reikalaujantis nuoseklumo ir stebėsenos.	Norint efektyviai mažinti biurokratizmą, reikia kryptingo, tęstinio darbo, pagrįsto procesų analize ir tinkamais stebėsenos mechanizmais.
Eilių mažinimas	Politinėje arenoje ši problema hiperbolizuota.	Siekiant realiai mažinti eiles, o ne tik eskaluoti problemą viešojoje erdvėje, būtina sukurti aiškų metodologinį pagrindą ir įdiegti veiksmingas eilių stebėsenos priemones.

Apibendrinimas: didžiausi įgyvendinimo iššūkiai yra specialistų skaičiaus planavimas, biurokratijos mažinimas ir pacientų eilių optimizavimas.

4. Prognozuojamos sėkmės ir nesėkmės

4 lentelė. Prognozuojamos reformų sėkmės ir nesėkmės

Kategorija	Pagrindžiantis faktas ar teiginys	Pastabos, išvados
Viešųjų ir privačių įstaigų santykis	Norima reguliuoti, bet trūksta veiksmų kontrolės srityje.	Siekiant efektyvaus viešojo ir privačiojo sektorių balanso, svarbu ne tik kurti reguliavimo sistemas, bet ir užtikrinti realų teisės aktų laikymąsi. Norint užtikrinti efektyvų specialistų rengimą, reikia mažinti universitetų komercinę orientaciją ir stiprinti valstybės dalyvavimą planuojant sistemai reikalingas profesijas.
Specialistų rengimas	Universitetai pernelyg orientuoti į komerciją.	Nors atlyginimų didinimas viešajame sektoriuje reikalauja didelių išteklių ir gali susilaukti finansų sektoriaus pasipriešinimo, jis būtinas, norint užtikrinti darbuotojų motyvaciją ir sistemos stabilumą.
Viešojo sektoriaus darbuotojų atlyginimų didinimas	Reikės reikšmingų biudžeto išteklių.	

Apibendrinimas: nors tam tikros reformų kryptys, tokios kaip sveikatos priežiūros sistemos skaitmenizavimas ir psichikos sveikatos paslaugų plėtra, pasižymi dideliu potencialu, jas sėkmingai įgyvendinti trukdo esminiai struktūriniai iššūkiai. Tarp jų svarbiausi – tvaraus finansavimo mechanizmų stoka, nepakankamas specialistų rengimo sistemos efektyvumas ir netolygus regioninių paslaugų prieinamumas. Be to, aiškos viešojo ir privačiojo sektorių sąveikos strategijos nebuvimas kelia riziką, kad atsiras teisinių ginčų, ir gali lemti reformų įgyvendinimo tempų lėtėjimą.

Išvados

Atlikta analizė parodė, kad nors Devynioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos sveikatos srityje suformuluotos svarbios strateginės kryptys, jos įgyvendinimas susidurs su reikšmingais iššūkiais. Vienas jų – ribotas programos suderinamumas su kitomis nacionalinėmis strategijomis ir nepakankamas suinteresuotųjų šalių įtraukimas, galintys lemti koordinacijos stoką ir reformų dubliavimą ar konfliktus praktikoje. Tokie trūkumai gali pasireikšti sprendžiant e. sveikatos, žmogiškųjų išteklių valdymo ar paslaugų regionuose plėtros klausimus, jei jie nebus derinami su jau veikiančiomis programomis.

Svarbus išlikis ir efektyvaus politinio valdymo bei racionalaus išteklių paskirstymo

klausimas. Šiuo aspektu svarbu ne tik politinė valia, bet ir instituciniai gebėjimai valdyti pokyčius – t. y. gebėjimas užtikrinti tvarią reformų eigą per nuoseklų planavimą, tarpinių tikslų nustatymą, atsakomybės paskirstymą ir nuolatinę rezultatų stebėseną. Tokios sistemos sėkmingai taikomos, pavyzdžiui, Švedijoje, kur reformų vertinimas grįstas objektyviais kokybės ir prieinamumo rodikliais, o sprendimų priėmimas – ilgalaikėmis sveikatos poreikių analizėmis. Estijos e. sveikatos strategijos įgyvendinimo sėkmė glaudžiai susijusi su ankstyvu tarpžinybiniu bendradarbiavimu ir aiškiai suderintu veiksmų planu. O Suomijoje, siekiant išvengti specialistų trūkumo regionuose, taikoma nacionalinė planavimo sistema, suderinanti specialistų rengimo universitetuose apimtį su regioniniais sveikatos sistemos poreikiais.

Devynioliktosios Vyriausybės sveikatos politikos programa yra strateginis dokumentas, kuriame nurodomos bendrosios kryptys ir tikslai, tačiau nepateikiami aiškiai suformuluoti įgyvendinimo mechanizmai. Tai būdinga daugeliui politinių programų – jos orientuojamos į ilgalaikius siekius, tačiau paliekama pakankamai lankstumo, kad būtų galima reaguoti į besikeičiančias aplinkybes. Ši programa nėra išimtis – joje deklaruojami svarbūs sveikatos sistemos prioritetai, tokie kaip finansinio tvarumo užtikrinimas, specialistų pritraukimas į regionus, e. sveikatos plėtra ir viešojo sektoriaus stiprinimas, tačiau trūksta aiškių terminų, matavimo rodiklių ir konkretizuotų veiksmų.

Politinės programos dažnai paliekamos atviros interpretacijoms, nes politikai siekia išlaikyti manevro laisvę. Tai leidžia reaguoti į nenumatytas situacijas – nuo geopolitinių krizių iki ekonominių svyravimų ar visuomenės nuostatų kaitos. Pavyzdžiui, programoje neaiškiai apibrėžta, kaip bus sprendžiamos ilgalaikės finansavimo problemos, tačiau kartu numatoma galimybė keisti privalomojo sveikatos draudimo (PSD) modelį ar perskirstyti biudžeto lėšas pagal ekonominę situaciją. Toks lankstumas leidžia prisitaikyti prie dinamiškos aplinkos, įskaitant pandemijas, migracijos krizes ar technologinius proveržius. Visgi dėl aiškių išpareigojimų stokos kyla rizika, kad daugelis numatytų reformų liks tik politiniais pažadais arba bus įgyvendinamos fragmentiškai, priklausomai nuo tuo metu esančių valdžios prioritetų.

Apibendrinant išvadas galima teigti, kad programa atlieka svarbų vaidmenį formuojant sveikatos politikos kryptį, tačiau jos realus poveikis priklausys nuo aiškiai apibrėžtų veiksmų planų, reguliarios pažangos stebėsenos, institucinės atsakomybės paskirstymo ir geresnės sąsajos su kitomis politikos priemonėmis. Be šių elementų strateginiai tikslai gali likti abstrakčiomis gairėmis, o jų rezultatai taps matomi tik ilguoju laikotarpiu, jei apskritai bus pasiekti.

Rekomendacijos

Remiantis atlikta analize ir išvadomis, pateikiamos rekomendacijos, kaip stiprinti sveikatos politikos formavimą ir užtikrinti, kad Devynioliktosios Vyriausybės programa būtų ne tik strateginis dokumentas, bet ir realiai įgyvendinama priemonių sistema.

1. Strateginės vizijos konkretizavimas ir įgyvendinimo mechanizmų aiškumas:
 - 1.1. suformuluoti aiškesnius tikslus ir veiksmų planą, išskiriant konkrečius rodiklius, pagal kuriuos bus vertinama reformų pažanga;
 - 1.2. aiškiai nurodyti už kiekvieną numatytą pokytį atsakingas institucijas, numatomus terminus ir finansavimo šaltinius, kas atspindėta priemonių plane;
 - 1.3. užtikrinti strategijos tęstinumą, kad ilgalaikių reformų nepaveiktų politiniai ciklai;
 - 1.4. parengti nuoseklų įgyvendinimo planą LRV, SAM ir institucijų lygmeniu, apimančią aiškiai apibrėžtus veiklos etapus (pvz., teisės aktų parengimas, bandomųjų projektų įgyvendinimas, nacionalinis plėtros etapas), tarpinius ir galutinius tikslus, aiškius vertinimo rodiklius, reguliarios stebėsenos ir koregavimo mechanizmus.
2. Finansinio tvarumo užtikrinimas:
 - 2.1. parengti subalansuotą sveikatos finansavimo modelį, kuriam būtų numatyti realūs pajamų šaltiniai, o ne tik abstrakti idėja apie PSD²⁰ įmokų didinimą;
 - 2.2. svarstyti alternatyvius finansavimo modelius, įskaitant viešojo ir privačiojo sektorių bendradarbiavimą ten, kur tai gali padidinti paslaugų efektyvumą;
 - 2.3. aiškiau apibrėžti progresinių mokesčių nustatymo poveikį sveikatos sistemai, kad šis mechanizmas nebūtų deklaruojamas be konkrečios įgyvendinimo strategijos;
 - 2.4. nustatyti ilgalaikius finansinius įsipareigojimus dėl medikų darbo užmokesčio didinimo, kad ši priemonė nebūtų priklausoma tik nuo ekonominio ciklo svyravimų;
 - 2.5. įtraukti sveikatos specialistų rengimo programų finansavimą į strateginį valstybės planavimą²¹, nustatant tikslines studijų vietas pagal regioninius poreikius, kaip tai daroma kitose valstybėse, pvz., Suomijoje;
 - 2.6. numatyti specifinius finansavimo šaltinius, tokius kaip ES fondai, valstybinės ir privačios investicijos, siekiant palengvinti visų pirma skaitmenizavimo ir psichikos sveikatos paslaugų plėtrą.
3. Tarpsektorinio bendradarbiavimo stiprinimas:
 - 3.1. stiprinti sveikatos ir socialinės apsaugos sistemų integraciją, ypač ilgalaikės priežiūros srityje, siekiant spręsti demografinius iššūkius;
 - 3.2. planuojant reformas, numatyti koordinuotą veiklą, ypač su Švietimo, mokslo ir sporto ir Socialinės apsaugos ir darbo ministerijomis, kad būtų kuriamos kompleksinės priemonės sveikatos problemoms spręsti;

20 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, *supra note*, 18.

21 Vyriausybės strateginės analizės centras (STRATA), „Sveikatos priežiūros specialistų poreikio prognozavimo modelio adaptavimas“, 2023, žiūrėta 2024 m. gruodžio 30 d., https://strata.gov.lt/wp-content/uploads/2024/01/20231211_Tyrimoataskaita_Sveikatosprieziuros specialistuporeikioprognozavimomodelioadaptavimasasmenssveikatosprieziurosistaigutinklo.pdf.

- 3.3. sukurti tarpinstitucinę darbo grupę, kuri koordinuotų sveikatos sistemos modernizavimą ir reformų įgyvendinimą, ir į ją įtraukti tiek politikus, tiek ekspertus ir sveikatos priežiūros institucijas.
4. Regioninės sveikatos politikos stiprinimas:
 - 4.1. parengti aiškų specialistų pritraukimo į regionus modelį, apimančią finansines paskatas, būsto kompensavimą, geresnes karjeros galimybes, darbo sąlygų gerinimą ir mentorystės programas jauniems specialistams²²;
 - 4.2. plėtoti telemedicinos paslaugas ir nuotolinę sveikatos priežiūrą, siekiant mažinti regioninius netolygumus²³;
 - 4.3. patobulinti ir sukurti efektyvų pacientų pavėžėjimo modelį²⁴, kuris užtikrintų, kad pacientai laiku patektų į gydymo įstaigas, ir taip mažintų sveikatos priežiūros prieinamumo atotrūkį tarp miesto ir regionų;
 - 4.4. regioninėse psichikos sveikatos įstaigose plėtoti komandų modelį (psichologas, psichiatras, socialinis darbuotojas), taikant tikslines finansines, ir ne tik, paskatas ir prioritetinį valstybės finansavimą jų įsteigimui ir veiklai²⁵.
 - 4.5. numatyti infrastruktūros stiprinimo programas regioninėms gydymo įstaigoms, orientuotas į ilgalaikės priežiūros, slaugos ir psichikos sveikatos paslaugų plėtrą.
5. Viešojo ir privačiojo sektorių balanso aiškumas:
 - 5.1. aiškiai apibrėžti privačių ir viešųjų gydymo įstaigų santykį, kad nebūtų nesąžiningos konkurencijos ar teisinio neapibrėžtumo dėl PSD fondo lėšų naudojimo;
 - 5.2. numatyti aiškias privačių sveikatos priežiūros įstaigų reguliavimo taisykles, kurios leistų užtikrinti pacientų teisių apsaugą, tačiau skatintų inovacijas ir paslaugų kokybės gerinimą;
 - 5.3. sukurti aiškias viešųjų ir privačių gydymo įstaigų bendradarbiavimo formas – bendros prevencijos programos, inovatyvių paslaugų testavimas, bendra infrastruktūros plėtra.
6. Skaitmenizavimas ir inovacijų plėtra:
 - 6.1. numatyti ilgalaikį e. sveikatos ir psichikos sveikatos paslaugų finansavimo modelį, apimančią ES investicijas, valstybės biudžetą ir privačias investicijas, ypač regioniniuose centruose²⁶;

22 *Ibid.*

23 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, *supra note*, 18.

24 Lietuvos savivaldybių asociacija, „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų tinklo ir paslaugų optimizavimo“, raštas Seimo Valstybės valdymo ir savivaldybių komitetui, 2024, žiūrėta 2025 m. sausio 2 d., <https://www.lrs.lt/sip/getfile?guid=41196e97-f0eb-40af-a1fe-233c1e23c8e4>.

25 „Europos socialinis tyrimas: Lietuva, 2024“, *supra note*, 17.

26 J. Kazlauskas, Lietuvos Respublikos Vyriausybės veiklos prioritetai: kaip analizuoti jų įgyvendinimo procesą ir rezultatus, 2024, žiūrėta 2024 m. gruodžio 24 d., https://www.academia.edu/11993109/lietuvos_respublikos_vyriausybės_veiklos_prioritetai_kaip_analizuoti_jų_įgyvendinimo_procesą_ir_rezultatus.

- 6.2. investuoti į dirbtinio intelekto ir duomenų analitikos sprendimus, kurie padėtų priimti duomenimis grįstus sveikatos politikos sprendimus²⁷;
- 6.3. sukurti sveikatos priežiūros inovacijų fondą, skatinantį mokslo ir technologijų diegimą sveikatos sektoriuje²⁸.
7. Politikos tęstinumo ir reformų stebėsenos mechanizmai:
 - 7.1. sukurti nepriklausomą sveikatos reformų stebėsenos sistemą, kuri vertintų, kaip įgyvendinamos programoje numatytos priemonės;
 - 7.2. užtikrinti, kad reformų įgyvendinimas nebūtų priklausomas vien nuo politinių ciklų – būtina ne tik pagal Strateginio valdymo įstatymą įtvirtinti sveikatos politikos strateginius dokumentus, kurie galiotų ne tik vieną kadenciją, bet ir prižiūrėti jų įgyvendinimą;
 - 7.3. didinti visuomenės įtraukimą į sveikatos politikos formavimą, stiprinant sveikatos raštingumo programas, pacientų organizacijų vaidmenį ir informavimo kampanijas.

Išvados dėl rekomendacijų įgyvendinimo

Šios rekomendacijos padėtų mažinti Devynioliktosios Vyriausybės programos trūkumus ir paversti ją realiai įgyvendinama strategija. Kadangi dabartinėje programoje pateikiami tik bendri tikslai, būtina aiškiai suformuluoti reformų įgyvendinimo mechanizmus, finansavimo planus ir stebėsenos rodiklius.

Sėkmingas reformų įgyvendinimas priklausys nuo:

- a) politinės valios ir strateginio planavimo tęstinumo;
- b) aiškaus ir tvaraus sveikatos sistemos finansavimo modelio;
- c) efektyvaus tarpsektorinio bendradarbiavimo ir specialistų įtraukimo į sprendimų priėmimą;
- d) regioninės politikos stiprinimo, mažinant sveikatos paslaugų netolygumus;
- e) inovatyvių sprendimų ir skaitmenizavimo diegimo sveikatos sektoriuje.

Reikšmingiausias iššūkis išlieka politinė neapibrėžtumo rizika – jei reforma bus vykdoma be aiškių įsipareigojimų ir konkrečių priemonių, ilgalaikės problemos sveikatos sektoriuje gali likti neišspręstos ir būti nukeltos į būsimas politines kadencijas.

Todėl esminis prioritetas – neapsiriboti vien strateginių sveikatos politikos tikslų formulavimu, bet užtikrinti aiškiai struktūruotą jų įgyvendinimo planą, apimančią atsakomybės pasiskirstymą, finansavimo šaltinius, stebėsenos mechanizmus. Tai leistų siekti ilgalaikės reformų naudos visuomenei.

27 Vyriausybės strateginės analizės centras (STRATA), *supra note*, 21.

28 M. Petrauskas, „Teorinis analizės pagrindas: kaip analizuoti Lietuvos Respublikos Vyriausybės veiklos prioritetų įgyvendinimą?“, iš *Kada reformos virsta pokyčiais? Politinis dėmesys, palaikymo koalicijos ir lyderystė A. Kubiliaus vyriausybės veiklos 2008–2012 m. laikotarpiu*, Vitalis Nakrošis; Egidijus Barcevičius; Ramūnas Vilpišauskas (red.) (Vilniaus universiteto leidykla, 2024), 18–44, *žiūrėta 2024 m. gruodžio 27 d.*, https://www.researchgate.net/publication/299271766_Teorinis_analizes_pagrindas_kaip_analizuoti_Lietuvos_Respublikos_Vyriausybės_veiklos_prioritetu_igyvendinima.

Šaltiniai

1. „Europos socialinis tyrimas: Lietuva.“ European Social Survey. Žiūrėta 2024 m. gruodžio 28 d. <https://www.europeansocialsurvey.org/about/country-information/lithuania/lithuanian>.
2. Greer, S. L., M. Wismar ir J. Figueras, J. (eds.). *Strengthening Health System Governance: Better Policies, Stronger Performance*. Maidenhead: Open University Press, 2016.
3. Haggerty, J. L., R. J. Reid, G. K. Freeman, B. H. Starfield, C. E. Adair ir R. McKendry. „Continuity of care: a multidisciplinary review“. *BMJ* 327, 7425 (2003): 1219–1221. DOI: 10.1136/bmj.327.7425.1219.
4. Kazlauskas, J. Lietuvos Respublikos Vyriausybės veiklos prioritetai: kaip analizuoti jų įgyvendinimo procesą ir rezultatus. 2024. Žiūrėta 2024 m. gruodžio 24 d. https://www.academia.edu/11993109/lietuvos_respublikos_vyriausybės_veiklos_prioritetai_kaip_analizuoti_jų_įgyvendinimo_procesą_ir_rezultatus.
5. Kickbusch, I. „Health in All Policies: The Evolution of the Concept of Horizontal Health Governance“. Iš *Implementing Health in All Policies*, 11–23. Adelaide, 2010.
6. Kickbusch, I. ir D. Gleicher. *Governance for Health in the 21st Century*. World Health Organization, Regional Office for Europe, 2012. Žiūrėta 2025 m. sausio 22 d. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf.
7. Lietuvos Respublikos Seimo 2024 m. gruodžio 12 d. nutarimas dėl Devynioliktosios Vyriausybės programos patvirtinimo. Nr. XV-54. TAR. Žiūrėta 2025 m. sausio 16 d. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/0b418dc0b89811ef88c08519262548c4>.
8. Lietuvos Respublikos strateginio valdymo įstatymas. 2020 m. birželio 25 d., Nr. XIII-3096. LRS. Žiūrėta 2024 m. gruodžio 21 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/90386d-20bab711ea9a12d0dada3ca61b>.
9. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. „2022–2030 metų plėtros programa: sveikatos priežiūros kokybės ir prieinamumo gerinimas“. Žiūrėta 2024 m. gruodžio 23 d. <https://www.lrs.lt/sip/getfile?guid=6ac652e6-bba9-47ee-a204-2de5ea69fbfc>.
10. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. „Sveikatos sistemos reformų planavimo ir įgyvendinimo apžvalga“. 2023. Žiūrėta 2024 m. gruodžio 28 d. <https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Sveikatos%20sistemos%20reform%C5%B3%20ap%C5%BEvalga.pdf>.
11. Lietuvos Respublikos Vyriausybė. „2021–2030 metų nacionalinis pažangos planas“. 2020. Žiūrėta 2024 m. gruodžio 23 d. <https://e-seimas.lrs.lt/rs/legalact/TAP/c9165070f6ad11eb-b4af84e751d2e0c9>.
12. Lietuvos savivaldybių asociacija. „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų tinklo ir paslaugų optimizavimo“. Raštas Seimo Valstybės valdymo ir savivaldybių komitetui. 2024. Žiūrėta 2025 m. sausio 2 d. <https://www.lrs.lt/sip/getfile?guid=41196e97-f0eb-40af-a1fe-233c1e23c8e4>.
13. Lietuvos savivaldybių asociacija. „Pacientų pavėžėjimo paslauga – jau visose savivaldybėse“. 2024. Žiūrėta 2025 m. sausio 2 d. <https://www.lsa.lt/pacientu-pavezejimo-paslauga-jau-visose-savivaldybese/>.
14. OECD. *Health for Everyone? Social Inequalities in Health and Health Systems*. Paris: OECD Publishing, 2019. <https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en>.

15. OECD. *Tackling Wasteful Spending on Health*. Paris: OECD Publishing, 2017. <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>.
16. Petrauskas, M. „Teorinis analizės pagrindas: kaip analizuoti Lietuvos Respublikos Vyriausybės veiklos prioritetų įgyvendinimą? Iš *Kada reformos virsta pokyčiais? Politinis dėmesys, palaikymo koalicijos ir lyderystė* A. Kubiliaus vyriausybės veiklos 2008–2012 m. laikotarpiu. Vitalis Nakrošis, Egidijus Barcevičius, Ramūnas Vilpišauskas (red.), 18–44. Vilniaus universiteto leidykla, 2024. Žiūrėta 2024 m. gruodžio 27 d. https://www.researchgate.net/publication/299271766_Teorinis_analizes_pagrindas_kaip_analizuoti_Lietuvos_Respublikos_Vyriausybes_veiklos_prioritetu_igyvendinima.
17. Saltman, R. B., A. Durán ir H. F. W. Dubois (eds.). *Governing Public Hospitals: Reform Strategies and the Movement Towards Institutional Autonomy. Observatory Studies* 25. World Health Organization, Regional Office for Europe, 2011. Žiūrėta 2025 m. sausio 21 d. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ac24fb95-6a15-41fa-98c1-9e973ac4b060/content>.
18. Vyriausybės strateginės analizės centras (STRATA). „Sveikatos priežiūros specialistų poreikio prognozavimo modelio adaptavimas“. 2023. Žiūrėta 2024 m. gruodžio 30 d. https://strata.gov.lt/wp-content/uploads/2024/01/20231211_Tyrimoataskaita_Sveikatosprieziuros specialistuporeikio prognozavimomodelio adaptavimas asmens sveikatos priežiūros sist. taigutinklo.pdf.
19. Vyriausybės strateginės analizės centras (STRATA). „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelis“. 2022. Žiūrėta 2024 m. gruodžio 28 d. <https://strata.gov.lt/wp-content/uploads/2024/01/20220629-asmens-sveikatos-prieziuros-paslaugu-teikimo-modelis.pdf>.
20. World Health Organization. *Health Systems Governance for Universal Health Coverage: Action Plan*. WHO, 2014. Žiūrėta 2025 m. sausio 29 d. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HSS-HSF-2014.01>.
21. World Health Organization. *Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*. WHO, 2010.

THE ANALYSIS OF THE NINETEENTH PROGRAM OF THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF LITHUANIA IN THE FIELD OF HEALTH

Regina Jarošienė

National Cancer Institute, Santariškės Clinics Branch,

Danguolė Jankauskienė

Mykolas Romeris University

Marija Čaplinskienė

Mykolas Romeris University

Summary

This study applies a qualitative research approach using semi-structured expert interviews to evaluate the quality of the health policy content in the Nineteenth Government Program of Lithuania. The primary objective is to assess how well the program reflects key challenges in the healthcare system and whether it provides a coherent and feasible strategy for implementing reforms.

The research was conducted in two stages. The first stage involved analyzing the opinions of policymakers, including three former Ministers of Health, a former Vice Minister of Health, members of the Seimas Health Affairs Committee, a government health policy advisor, and independent legal experts. The second stage incorporated perspectives from representatives of hospitals, polyclinics, non-governmental organizations (NGOs), and the academic community to provide a broader evaluation.

The findings indicate that while the program identifies major healthcare challenges—such as demographic aging, regional disparities, financial sustainability, and mental health issues—it lacks a clear implementation strategy and specific success indicators. The program primarily outlines strategic directions but does not define concrete mechanisms for achieving its goals. Policymakers have deliberately left room for adjustments in response to unforeseen circumstances, including geopolitical crises, economic fluctuations, and technological advancements.

Key concerns include the ambiguity of healthcare financing solutions, the unclear balance between public and private sector engagement, and the insufficient integration of long-term care into social services. Furthermore, the program lacks a structured approach to addressing regional inequalities in healthcare access and does not specify measurable targets to track reform progress.

The study concludes that the success of the proposed reforms will depend on political commitment, financial resources, and the establishment of an effective implementation framework.

Without a clearly defined plan and monitoring mechanisms, the program risks remaining a set of aspirational goals rather than achieving tangible policy outcomes.

Keywords: *Health policy, healthcare system reform, regional disparities, healthcare financing, preventive medicine, specialist shortages, e-health and innovations, intersectoral cooperation.*

INFORMACIJA AUTORIAMS

1. Rankraštis pateikiamas OJS sistemoje adresu <http://sms.mruni.eu>, parengtas Microsoft Word programa Times New Roman 12 pt raidžių dydžio šriftu. Rankraštis turi būti suformatuotas 1,5 intervalu vienoje A4 formato lapo pusėje, iš visų kraštų paliekant ne siauresnes kaip 25 mm paraštes. Straipsnio apimtis 12-18 puslapių (apie 45 600 spaudos ženklų), mokslinių recenzijų – 2-7 puslapių (apie 20 000 spaudos ženklų), puslapiai sunumeruojami. Atskiru redaktorių kolegijos nutarimu gali būti leidžiama spausdinti ir didesnės apimties mokslinius straipsnius bei mokslines recenzijas.
2. Atskirame Word dokumente reikia įkelti duomenis apie autorių (-ius): vardas ir pavardė, darbovietė ir jos adresas, telefonas (darbo ir mobilus), faksas, elektroninis paštas. Šie duomenys reikalingi, kad užtikrinti tiesioginį ir operatyvų redaktorių kolegijos, recenzentų bei leidybos darbuotojų (kalbos redaktorių, maketuotojų) bendravimą su autoriais. Jeigu autorių yra daugiau kaip vienas, prašome nurodyti asmenį, atsakingą už korespondenciją su redaktorių kolegija.
3. Paveikslų, schemų, diagramų, lentelių, nuotraukų plotis negali būti didesnis kaip 84 mm (per teksto stulpelį) arba 175 mm (per visą puslapį). Tinkamiausi grafinių rinkmenų formatai – Tagged Image Format File (TIFF), Word for Windows, Corel Draw, Excel. Nuotraukos (spalvotos ir nespalvotos) turi būti geros kokybės, ryškios ir tinkamos reprodukuoti. Paveikslai, schemos, diagramos, lentelės, nuotraukos numeruojami eilės tvarka. Paveikslų, schemų, diagramų, nuotraukų pavadinimai nurodomi jų apačioje, lentelių – viršuje.
4. Priimtą spaudai straipsnį autorius turi pataisyti, atsižvelgdamas į recenzentų ir redaktorių pastabas, arba motyvuotai paaiškinti, kodėl į jas nebuvo atsižvelgta. Pataisytą rankraštį autorius įkelia į OJS sistemą per dvi savaites po recenzijos gavimo.

AUTHOR GUIDELINES

1. The authors should submit a manuscript through OJS submission system at the address <http://ss.mruni.eu>, written in Microsoft Word application in Times New Roman fonts, size - 12 pt. The manuscript should be 1,5 spaced on one side of an A4 list of paper, margins at least 25 mm. The manuscript should be 12-18 pages (approximately 45 600 symbols), scholarly reviews should be 2-7 pages (approximately 20 000 symbols), the pages must be numbered. Upon a separate permission of the board of editors, a longer article or scholarly review may be published.
2. Information on the author(s) should be provided in a separate page Word document: name and surname, place of employment and its address, number of the work and mobile telephones, fax, email. This data is necessary to ensure the direct and operative communication of the board of editors, scholarly reviewers and publishers (language editors, and layout editors) and the author(s). In case there are

several authors, the person responsible for communication with the board of editors should be indicated.

3. The width of the pictures, schemes, diagrams, tables should not exceed 84 mm (per column) or 175 mm (per page). The best suitable formats of graphic files: Tagged Image Format File (TIFF), Word for Windows, Corel Draw, Excel. Photographs (colour and monochrome) must be of a good quality, sharpness and suitable for reproduction. Pictures, schemes, diagrams, tables and photographs are numbered in an alphabetical order. Titles of pictures, schemes, diagrams, and photographs are indicated at their bottom, and titles of tables are placed at the top of the table.
4. The author(s) must correct an accredited article in accordance with the commentaries of the reviewers and editors or provide a substantiated explanation, why they choose to avoid suggested corrections. The revised version of the article should be resubmitted to the OJS system within two- week period after the reception of the review.

SVEIKATOS POLITIKA IR VALDYMAS

Mokslo darbai

2025 12(1)

ISSN 2029-3569 PRINT

ISSN 2029-9001 ONLINE

Redagavo UAB „Skrivanek“

Maketavo: Martynas Švarcas

Išleido Mykolo Romerio universitetas

Ateities g. 20, Vilnius

Puslapis internete www.mruni.eu

HEALTH POLICY AND MANAGEMENT

Research papers

2025 12(1)

ISSN 2029-3569 PRINT
ISSN 2029-9001 ONLINE

Edited: UAB „Skriyanek“
Layout: Martynas Švarcas

Mykolas Romeris University
Ateities 20, Vilnius
Website: www.mruni.eu

