

VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS
VIDAUS LIGŲ PAGRINDŲ IR SLAUGOS KATEDRA

SLAUGOS MAGISTRANTŪROS PROGRAMA

TVIRTINU

Katedros vedėja

prof. habil. dr. D.Kalibatiėnė

2006-06

SLAUGYTOJO VAIDMUO ORGANIZUOJANT SVEIKATOS
PRIEŹIŪRĄ SOCIALINĖJE ATSKIRTYJE ESANTIEMS ASMENIMS

SLAUGOS MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

Darbo vadovė:

Prof., habil. dr.

Danutė Kalibatiėnė

2006- 05- 31

Darbo autorė:

Slaugos magistrantūros

II kurso studentė

Violeta Bičkauskienė

2006-05 -31

VILNIUS 2006

TURINYS

SANTRAUKA.....	3
SUMMARY.....	4
1. ĮVADAS.....	5
2. LITERATŪROS APŽVALGA.....	8
2.1. Socialinė atskirtis ir skurdas Lietuvoje.....	8
2.1.1. Nedarbo lygis – vienas iš skurdo visuomenėje rodiklių.....	9
2.1.2. Ilgalaikio nedarbo ir sveikatos priežiūros ryšiai.....	9
2.2. Skurdo ir socialinės atskirties mažinimo politika Lietuvoje.....	13
2.3. Caritas ir jo reikšmė mažinant skurdo ir socialinės atskirties lygį.....	14
2.4. Socialinių ir sveikatos priežiūros paslaugų tinklas Vilniaus miesto savivaldybėje.....	17
3. TYRIMO METODOLOGIJA.....	20
3.1. Tyrimo objektas ir imtis.....	20
3.2. Tyrimo metodai.....	21
3.3. Tyrimo organizavimas.....	21
4. TYRIMO REZULTATAI.....	22
4.1. Nakvynės namuose gyvenančių ir <i>Carito</i> globojamų asmenų tyrimo rezultatai.....	22
4.2. Nakvynės namų ir <i>Carito</i> darbuotojų tyrimo rezultatai.....	41
4.3. Vilniaus miesto nakvynės namuose dirbančių slaugytojų kokybinio tyrimo rezultatai.....	48
5. TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS.....	53
6. IŠVADOS.....	55
7. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS.....	56
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	57
PRIEDAI.....	60

SANTRAUKA

SLAUGYTOJO VAIDMUO ORGANIZUOJANT SVEIKATOS PRIEŽIŪRĄ SOCIALINĖJE ATSKIRTYJE ESANTIEMS ASMENIMS

Violeta Bičkauskienė

Slaugos magistro baigiamasis darbas

Raktažodžiai: slaugytoja, slauga, sveikatos priežiūra, socialinė atskirtis.

Efektyvi ir tinkamai organizuota socialiai remtinų asmenų sveikatos priežiūra yra vienas iš veiksnių, galinčių sumažinti socialinę atskirtį. Slaugytojo vaidmuo šioje srityje yra labai svarbus, tačiau nepakankamai tyrinėtas.

Tyrimo tikslas buvo nustatyti slaugytojo vaidmenį organizuojant sveikatos priežiūrą socialinėje atskirtyje esantiems asmenims. Buvo tiriami socialinėje atskirtyje esančių asmenų sveikatos priežiūros ir slaugos poreikiai, ar šie poreikiai skiriasi priklausomai nuo lankomos socialinių paslaugų įstaigos, ištirtas slaugytojo pagalbos nakvynės namuose ir *Carito* skyriuose poreikis, išanalizuota, ar Vilniaus miesto nakvynės namuose teikiamos slaugos paslaugos atitinka klientų poreikius.

Tyrimas buvo atliktas 2005 - 2006 m. Vilniaus mieste esančiuose nakvynės namuose ir Vilniaus miesto parapijų *Carito* skyriuose. Anketavimo būdu ištirtos trys respondentų grupės: Vilniaus miesto nakvynės namuose, Vilniaus Arkivyskupijos Nakvynės namuose gyvenantys bei Vilniaus mieste esančiuose *Carito* skyriuose besilankantys asmenys, šiose įstaigose dirbantys asmenys ir Vilniaus miesto nakvynės namuose dirbančios slaugytojos. Tyrimui taikyta anoniminė standartizuota apklausos anketa. Anketa slaugytojams buvo sudaryta nestandartizuoto giliojo interviu metodu atlikus slaugytojų apklausą. Statistiniam duomenų apdorojimui buvo naudojama SPSS programinės įrangos 8.0 versija, vertintas statistinis duomenų patikimumas.

Atliktas tyrimas atskleidė, kad socialinėje atskirtyje esančių asmenų slaugos poreikiai dažniausiai susiję su širdies – kraujagyslių, peršalimo ir virusinėmis ligomis. Dauguma nakvynės namų ir *Carito* organizacijos klientų serga priklausomybės bei psichinėmis ligomis. Socialinėje atskirtyje esančių asmenų nuomone, slaugytojo pagalba socialines paslaugas teikiančioje įstaigoje yra reikalinga. Daugiau nei pusė tiriamųjų, iškilus klausimams bei sveikatos problemoms, dažnai kreiptųsi į slaugytoją. Slaugytojas ypatingą dėmesį turėtų kreipti ir į socialines paslaugas teikiančių įstaigų klientų sveikatos mokymą, nes ištirta, kad jų žinios apie sveikatos išsaugojimą, infekcines ir kitas ligas yra nepakankamos. Vilniaus miesto nakvynės namuose teikiamos slaugos paslaugos atitinka ištirtus klientų slaugos poreikius. Tai lemia slaugytojų pasiaukojantis darbas ir empatija klientų sveikatos problemų atžvilgiu.

SUMMARY

THE ROLE OF NURSES IN ORGANIZING THE MEDICAL CARE FOR SOCIALLY-EXCLUDED PEOPLE

Violeta Bičkauskienė

Keywords: a nurse, nursing, health care, social separation.

Effective and duly organized health care of socially supportable persons is one of the factors that may mitigate social separation. The role of a nurse in this sphere is very important, however, it is insufficiently explored.

The investigation was carried out seeking to identify the role of a nurse in organizing health care of persons upon social separation. The needs of persons upon social separation in health care and nursing services were explored, it was cleared up whether such needs differ dependently on the most frequently visited institution engaged in provision of social services, the need in an assistance of a nurse at kip houses and *Caritas* centers was examined and a conformity of the nursing services provided at Vilnius kip houses to the needs of the clients was verified.

The investigation was carried out in the years 2004-2006 at Vilnius municipal kip houses and at a Parish *Caritas* centers branch hereof. The data were collected by questioning three groups of respondents: persons residing at Vilnius municipal kip house and Vilnius Archbishopric kip house as well as persons frequenting Vilnius *Caritas* centers; persons employed at these institutions; the nurses engaged at Vilnius municipal kip house. An anonymic standardized questionnaire was chosen as the principal method of the investigation. The questionnaire for nurses was formed in course of interviewing the nurse according to the method of non-standardized deep interviewing. The interviewing was carried out in the years 2004-2006. Statistical data processing was carried out using SPSS software version 8.0; a statistical reliability of the data was assessed.

The completed investigation disclosed that the needs of persons upon social separation in nursing most frequently are related to cardiovascular, cold and viral diseases. Many clients of kip houses and *Caritas* organizations are ill with dependencies and mental diseases. In the opinion of persons upon social separation, an assistance of a nurse at an institution engaged in provision of social services is necessary. Over a half of the examined, should often address themselves to a nurse in cases of health problems. A nurse should pay a particular attention to health training of clients of institutions engaged in provision of social services, because their knowledge on health preservation, infectious and other diseases is not sufficient. Nursing services provides at Vilnius kip house conform to the needs of the examined clients. It is predetermined by selfless work of nurses and their empathy in respect of the health problems of their clients.

1. ĮVADAS

Lietuvos Respublikos 2004-2006 metų Nacionaliniame kovos su skurdu ir socialine atskirtimi veiksnių plane sakoma, kad informacija ir statistika apie socialinės rizikos asmenų skaičių, išlaidas jų socialinei integracijai yra nepilna ir gana fragmentiška. Todėl tiksliai įvertinti rizikos grupės asmenų poreikius socialinei paramai bei jų teikimo lygį sunkiai įmanoma [15]. Šiuo tyrimu tikėtasi prisidėti prie pastangų išsiaiškinti socialiai atskirtų asmenų sveikatos priežiūros paslaugų poreikius.

Kadangi Lietuvos Respublikos Vyriausybė, siekdama mažinti skurdo lygį ir socialinę atskirtį, numatė plėtoti pažangias, ypač nestacionarias, socialinių paslaugų formas, užtikrinant paslaugų kokybę, pagalbos tęstinumą ir visapusiškumą, tikėtina, kad plėsis nestacionarių socialinių paslaugų tinklas, kuriame sveikatos priežiūros paslaugos (ypač bendruomenės slaugos) bus neatsiejamos nuo socialinių paslaugų.

Siekiant apibendrinti sukauptas teorines žinias apie socialinėje atskirtyje esančių asmenų sveikatos priežiūrą, darbo teorinėje dalyje apžvelgiami su šia tema susiję Lietuvos Respublikos teisės aktai, Lietuvos Respublikos Vyriausybės veiklos planai bei strategija, esamas socialinių ir slaugos paslaugų ryšys dirbant su socialinėje atskirtyje esančiais asmenimis tiek valstybinėse institucijose, tiek nevyriausybiniuose organizacijose (NVO). Taip pat patekiami statistiniai duomenys skurdo lygiui ir sveikatos priežiūros poreikiams įvertinti. Kadangi sprendžiant Lietuvos gyventojų sveikatos klausimus visuose lygiuose – valstybės, apskričių, savivaldybių – yra aktualios ir socialinių ekonominių skirtumų, skurdo, nedarbo, visuomenės senėjimo bei kitos problemos, įtakojančios visuomenės sveikatos rodiklius, darbe analizuojamas ir skurdo bei nedarbo lygis.

Šiame darbe pagrindinis dėmesys skiriamas tik daliai socialinei atskirčiai priskiriamų asmenų. Domėtasi gyvenančiais Vilniaus mieste esančiuose nakvynės namuose bei Vilniaus Arkivyskupijos Carite besilankančiais asmenimis. Tarp šių asmenų yra ir iš įkalinimo įstaigų sugrįžusių, ir nuo narkotinių medžiagų bei alkoholio priklausomų žmonių, ir bedarbių, ir tiesiog mažas pajamas gaunančių asmenų. Todėl darbe apžvelgtos ir su šiomis socialinėmis grupėmis susijusios problemos.

Darbo aktualumas. Efektyvi ir tinkamai organizuota socialiai remtinų asmenų sveikatos priežiūra yra vienas iš veiksnių, galinčių sumažinti socialinę atskirtį. Slaugytojo vaidmuo šioje srityje yra labai svarbus, tačiau nepakankamai tyrinėtas.

Šio **darbo tikslas** – nustatyti slaugytojo vaidmenį organizuojant sveikatos priežiūrą socialinėje atskirtyje esantiems asmenims.

Tikslo buvo siekiama sprendžiant šiuos **uždavinius**:

1. Ištirti socialinėje atskirtyje esančių asmenų slaugos poreikius.
2. Ištirti, ar socialinėje atskirtyje esančių asmenų nuomone reikalinga jiems slaugytojo pagalba socialines paslaugas teikiančioje įstaigoje.
3. Nustatyti, ar skiriasi klientų poreikiai sveikatos priežiūros atžvilgiu priklausomai nuo dažniausiai lankomos socialines paslaugas teikiančios įstaigos.
4. Ištirti slaugytojo, kaip komandos nario, poreikį dirbant su socialiai remtiniais asmenimis Vilniaus miesto ir Vilniaus Arkivyskupijos Nakvynės namuose bei *Carito* skyriuose.
5. Išanalizuoti, ar Vilniaus miesto nakvynės namuose teikiamos slaugos paslaugos atitinka klientų poreikius.

Tyrimas buvo atliekamas remiantis **hipotezėmis**, kad:

- Socialinėje atskirtyje esančių asmenų žinios, apie sveikatos išsaugojimą ir palaikymą, yra nepakankamos.
- Tikslinga be socialinių paslaugų teikti ir bendruomenės slaugos paslaugas *Carito* skyriuose bei visuose nakvynės namuose, nepriklausomai nuo jų pavaldumo.

Darbo struktūra. Darbą sudaro įvadas, keturi skyriai, išvados, pasiūlymai, literatūros sąrašas ir priedai (anketų pavyzdžiai). Darbo apimtis – 69 puslapiai. Jame yra 21 lentelė ir 28 paveiksliai. Bibliografinį sąrašą sudaro 41 šaltinis.

Darbas atliktas 2004 – 2006 metais Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Vidaus ligų pagrindų ir slaugos katedroje, Vilniaus miesto nakvynės namuose “Kryžkelė” (Vilkpėdės g. 12), Vilniaus miesto nakvynės namų filiale (A. Kojelavičiaus g. 50), Vilniaus miesto nakvynės namuose “Sala” (T. Kosciuškos g. 8), Vilniaus Arkivyskupijos CARITAS Nakvynės namuose (Šv. Stepono g. 35/4), Švč. Jėzaus Širdies parapijos *Carite* (Vilnius, Gerosios Vilties g. 17), Švč. Mergelės Marijos Nekaltojo Prasidėjimo parapijos *Carite* (Vilnius, Sėlių g. 17), Šv. Jono Bosko parapijos *Carite* (Vilnius, Erfurto g. 3), Šv. Juozapo parapijos *Carite* (Vilnius, Tolminkiemio g. 4), Šv. Kryžiaus Atradimo parapijos *Carite* (Vilnius, Kalvarijų g. 329),

Šv. arkangelo Rapolo parapijos *Carite* (Vilnius, Šnipiškių g. 1) Vilniaus Arkivyskupijos CARITAS socialinėje tarnyboje (Šv. Stepono g. 35/4).

Padėka.

Nuoširdžiai dėkoju už pastabas ir patarimus rašant darbą darbo vadovei prof., habil. dr. D. Kalibatienei, už pasiūlymus, sudarant anketą socialines paslaugas teikiančių įstaigų klientams m. dr. A. Narvilienei, už nuoširdų priėmimą ir suteiktą informaciją Vilniaus miesto nakvynės namų “Sala” vedėjui V. Suchovej, Vilniaus miesto nakvynės namų filialo vedėjai J. Kulienei, Vilniaus Arkivyskupijos CARITAS Nakvynės namų administratoriui V. Sinkevič, Vilniaus Arkivyskupijos CARITAS direktoriui L. Kukuraičiui, už geranorišką sutikimą dalyvauti tyrime Vilniaus miesto ir Vilniaus Arkivyskupijos CARITAS Nakvynės namų bei Vilniaus miesto parapijų *Carito* darbuotojams ir klientams. Dėkoju visiems asmenims, prisidėjusiems, kad šis tyrimas būtų atliktas.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

2.1. Socialinė atskirtis ir skurdas Lietuvoje

Socialinė atskirtis – tai gana plati sąvoka, apimanti visus asmenis, kurių atsisako visuomenė, jei jų gyvenimo būdas neatitinka visuomenės normų arba jie negali palaikyti įprastos socialinės sąveikos dėl materialinių išteklių stygiaus, nepakankamo išsilavinimo ar panašiai. Socialinė atskirtis ir skurdas dažniausiai neatskiriami vienas nuo kito, nes skurdas veda į socialinę atskirtį, o socialinė atskirtis neretai veda į skurdą. Vadinasi, skurdo ir socialinės atskirties problemos spręstinos kartu. Socialinės atskirties integracija yra problema ne tik dėl valstybės ribotų finansinių galimybių, bet ir dėl visuomenės neigiamos požiūrio bei dalies socialinėje atskirtyje esančių asmenų pasyvumo esamos padėties keitimo atžvilgiu [20]. Svarbu visiems subjektams pripažinti, kad šiandien skiriamos išlaidos (beje, ne tik materialinės) atskirties mažinimui yra investicija į ilgalaikį gerovės augimą.

Europos Sąjungoje socialinė atskirtis apibrėžiama taip: Skurdo ir socialinės atskirties sąvoka nusako tokį žmonių gyvenimą, kai jie negali pilnai dalyvauti ekonominiame, socialiniame ir pilietiniame gyvenime, kai jų pajamos arba kiti išteklių (asmeniniai, šeimos, socialiniai ir kultūriniai) yra tiek nepakankami, kad žmonės negali džiaugtis tais gyvenimo standartais ir ta gyvenimo kokybe, kurie yra visuomenės, kurioje gyvena, norma. Tokioje situacijoje žmonės dažnai negali pilnai naudotis savo teisėmis [3].

2002 metais Lietuva įsijungė į Europos Sąjungos skurdo ir socialinės atskirties mažinimo procesą. Lietuvos Respublikos Vyriausybė kartu su Europos Komisijos Užimtumo ir socialinių reikalų direktoratu parengė Bendrąjį aprėpties memorandumą, kuriuo Lietuva įsipareigojo kurti Nacionalinį kovos su skurdu ir socialine atskirtimi veiksmų planą (NVP). NVP rengimo ir įgyvendinimo procesas apjungia Vyriausybės ir savivaldybių, socialinių partnerių, nevyriausybinių sektoriaus institucijų pastangas kovojant su skurdu ir socialine atskirtimi [15]. Šiame Nacionaliniame veiksmų plane Lietuva įvardina savo įsipareigojimus imtis visapusiškų įvairias sritis (užimtumą, švietimą, sveikatos apsaugą, socialinę apsaugą ir kt.) apimančių veiksmų silpniausių gyventojų grupių padėčiai pagerinti, jų galimybėms padidinti bei jų skurdui ir socialinei atskirčiai sumažinti.

Įvertindama esamą padėtį ir savo galimybes, visiškai išgyvendinti šias problemas greitu laiku Lietuva nesitiki, tačiau iki 2010 metų bendromis ir vis geriau koordinuotomis valstybės, nevyriausybinių organizacijų, socialinių partnerių bei pačių atskirtųjų pastangomis planuojama pasiekti ryškia pažangą [15]. Bus siekiama į šiuos procesus įtraukti ir visą pilietinę visuomenę. Tikimasi per šį dešimtmetį įveikti kraštutinį skurdą ir ženkliai sumažinti santykinį skurdą bei

socialinę atskirtį. Ilgalaikiuose tiksluose užsibrėžta socialinės atskirties grupėms priklausantiems asmenims užtikrinti ne tik reikalingas materialines gėrybes ar socialines paslaugas, bet ir galimybes įgyti tinkamą išsilavinimą, gauti geros kokybės sveikatos priežiūros paslaugas, turėti visuotinius standartus atitinkantį būstą, sveikas darbo sąlygas, galimybę rinktis ir daryti įtaką svarbiausiems gyvenimo sprendimams.

2.1.1. Nedarbo lygis – vienas iš skurdo visuomenėje rodiklių

Aukščiausias nedarbo lygis Lietuvoje buvo 1995 metais (nedarbo lygis – 17,1 %, užimtumo lygis – 55,2 %). Iki 1999 metų užimtumo rodikliai gerėjo, o 2002 metais darbo rinkoje įvyko persilaužimas: nedarbas sumažėjo iki 13,8 %, 2003 metais nukrito iki 12,4 %, 2004 metais iki 11,4 %, o 2005 metais krito iki 8,5 %. Nedarbo lygį atspindi ir valstybiniu socialiniu draudimu neapdrausti darbingo amžiaus asmenys, kurių skaičius 1995-2003 metais svyravo tarp 741 ir 827 tūkstančių [15, 21]. Lietuvos darbo biržos duomenimis 2004 metais tik 5 % visų įregistruotų bedarbių sudarė neįgalieji. Dar apie 3 % bedarbių sudarė iš įkalinimo įstaigų sugrižę asmenys.

Teritorinių darbo biržų specialistai orientuojant grįžusius iš įkalinimo įstaigų asmenis į darbo rinką susidūrė su problemomis, nes daugelis konsultuojamų asmenų, neturėdami jokio profesinio išsilavinimo, atsisakė mokytis darbo biržos finansuojamuose mokymo kursuose ir įsigyti paklausia darbo rinkoje profesiją. Darbo biržų patirtis rodo, kad šie asmenys suinteresuoti kuo ilgiau gauti bedarbio pašalpą, o ne susirasti darbą [11]. Nors nuo 2001 metų Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos vykdomoje “Nuteistų ir grįžusių iš kardomojo kalnimo vietų, pataisos darbų ir socialinės bei psichologinės adaptacijos 2001-2004 metų programoje” buvo numatytos priemonės įsteigti grįžusių iš įkalinimo įstaigų asmenų socialinės adaptacijos padalinius, steigti slaugos namus asmenims, sergantiems atvira tuberkuliozės forma bei kitomis užkrečiamomis ligomis, jos liko neįgyvendintos, nes šios programos vykdymui nebuvo skirtos lėšos atsakingoms institucijoms. Todėl buvo nuspręsta parengti naują programos priemonų planą, kuriame atsisakoma naujų padalinių steigimo ir pasirenkamas socialinių paslaugų buvusiems kaliniams rėmimas.

2.1.2. Ilgalaikio nedarbo ir sveikatos priežiūros ryšiai

Vienas skaudžiausių nedarbo rodiklių – ilgalaikis nedarbas, kuris labai glaudžiai susijęs su žemu išsilavinimo lygiu bei įgūdžių ir sugebėjimų trūkumu. 2003 metais apie 49% bedarbių

neturėjo darbo vienerius metus ir daugiau, ir apie 32 % bedarbių darbo neturėjo du ir daugiau metų. Ilgalaikis nedarbas įtakoja ir nepakankamą šių asmenų sveikatos priežiūrą, nes neretai jie būna neapdrausti valstybiniu socialiniu bei privalomuoju sveikatos draudimu, kas labai sumažina sveikatos priežiūros paslaugų spektrą. Kita vertus, ilgalaikių bedarbių rūpinimasis savo sveikata, sveika gyvensena yra nepakankamas. Tai patvirtina faktas, kad apie 70% naujai užregistruotų susirgusių tuberkulioze Lietuvoje yra nedirbantys asmenys. Dauguma jų gyvena asocialiai, piktnaudžiauja alkoholiu. Siekiant sumažinti sergamumą tuberkulioze nuo 66 naujų atvejų 100 000 gyventojų 2003 metais iki 55 atvejų 2006 metais, turi būti nuolat tobulinama tuberkuliozės kontrolė padidintos rizikos ja susirgti asmenų tarpe. Žinant, kad organizmo atspumą tuberkuliozei silpnina netinkama mityba, stresas, lėtinės vidaus organų ligos, cukrinis diabetas, alkoholio vartojimas, AIDS, rūkymas, asmens bei aplinkos higienos soka, nesudėtinga daryti išvadą, kad būtent socialiai remtini asmenys yra padidintos rizikos susirgti tuberkulioze grupėje. Čia svarbus vaidmuo tenka bendruomenės slaugytojai, kuri įtarusi tuberkuliozę, nukreipia pacientą pas bendrosios praktikos gydytoją, apylinkės terapeutą dėl tuberkuliozės diagnozės nustatymo bei ambulatoriškai stebi visus tuberkulioze sergančius pacientus ir kontroliuoja, kaip jie vartoja paskirtus vaistus [13]. PSO Europos regiono biuro 2000 metais išleistame leidinyje, skirtame didelio tuberkuliozės sergamumo Vidurio ir Rytų Europos regione analizei, nurodoma, kad tuberkuliozės kontrolės sistema tik tada veiksminga, jei ji integruota į sveikatos sistemos infrastruktūrą, ypač į pirminę sveikatos priežiūrą, suderinta su vykdoma sveikatos sistemos reforma ir tinkamai įvertintas slaugytojų vaidmuo [16].

Iš kitų Lietuvos miestų Vilnius išsiskiria specifine situacija dėl neapdraustų privalomuoju sveikatos draudimu telkimosi sostinėje. Šie piliečiai nuolat migruoja, dažnas jų neturi asmens dokumento, todėl statistinių duomenų apie jų skaičių Vilniuje nėra. Tokiems piliečiams patekus į ligonines, suteikiama būtinoji medicinos pagalba, už kurią apmoka Vilniaus teritorinė ligonių kasa. Vienas iš Vilniaus savivaldybės uždavinių – užtikrinti medicinos pagalbos teikimo finansavimą neapdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėse [39]. Reikia pažymėti, kad Vilniuje tuberkulioze ir sifiliu serga daugiau žmonių nei kituose Lietuvos miestuose.

Labai svarbu, kad kiekvienas dirbantysis su socialinėje asirtyje esančiais asmenimis ne tik profesionaliai atliktų savo darbą, bet ir bendradarbiautų su kitų žinybų darbuotojais. Apie tai, kad prižiūrint visuomenės sveikatą pirminėje grandyje būtinas bendruomenės (piliečių ar jų grupių, nevyriausybinių organizacijų) dalyvavimas, valstybinių visuomenės sveikatos, pirminės asmens sveikatos priežiūros institucijų, savivaldybės sveikatos, socialinio ir kitų sektorių bendradarbiavimas pažymima ir forumo “Visuomenės sveikata ir bendruomenė” rezoliucijoje [5]. Nacionaliniame kovos su skurdu ir socialine atskirtimi veiksmų plane pastebima, kad

sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai, teikdami medicininę pagalbą, neretai pirmieji susiduria su socialiai atskirtais asmenimis, tačiau dėl nepakankamo medicininės ir socialinės pagalbos įstaigų bei darbuotojų darbo koordinavimo šis pirminis informacijo apie ypatingai sunkiose sąlygose gyvenančius asmenis šaltinis nepakankamai efektyviai išnaudojamas [15].

Atsižvelgiant į PSO rekomendacijas, Lietuvos sveikatos uždavinius ir strategines kryptis buvo parengta Valstybinė tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės 2003-2006 metams programa. Šios programos artimieji tikslai – organizuoti efektyvią pirminę tuberkuliozės profilaktiką asmens sveikatos priežiūrose, vykdyti ankstyvą tuberkuliozės diagnostiką, užtikrinti, kad tuberkulioze sergantys asmenys būtų reguliariai ir nemokamai aprūpinami kokybiškais vaistais. Įgyvendinant tuberkuliozės programą, reikėtų aktyviau dirbti ryšių su visuomene bei visuomenės mokymo srityse. Informacija pacientams turi būti matoma ir suprantama. Šį darbą kompetentingai gali dirbti ir bendruomenės slaugytojos, dirbdamos su socialinės atskirties grupių asmenimis. Visuomenės saugumo požiūriu yra labai svarbu, kad visi tuberkulioze sergantys pacientai būtų gydomi nepriklausomai nuo jų socialinio statuso [16], t.y. nepriklausomai nuo to, ar jie apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu, ar ne.

Sveikatos draudimo įstatyme nustatyta, kad nepriklausomai nuo sveikatos draudimo nemokamai gydoma ne tik tuberkuliozė, sifilis, bet ir ŽIV/AIDS.

Būtina pastebėti, kad vykdant sveikatos apsaugos reformą ir mažinant ligoninių skaičių, turi būti stiprinamos ambulatorinės tarnybos. Šiuo metu kai kurie tuberkulioze sergantys pacientai iš ligoninių išrašomi nepaisant to, kad jie yra benamiai ir negali baigti gydymą ambulatoriškai [16]. Taigi, ryškėja ne tik nakvynės namų poreikis, bet ir nakvynės namų gyventojams teikiamų bendruomenės slaugytojos paslaugų poreikis. Tai pažymima ir Lietuvos higienos normoje HN 125:2004 “Socialinių paslaugų įstaigos: bendrieji saugos sveikatai reikalavimai”. Teigiama, kad socialinių paslaugų įstaigų paslaugų gavėjams turi būti užtikrintas asmens sveikatos paslaugų gavimo prieinamumas [12].

Viena iš pagrindinių socialinėje atskirtyje ir skurde esančių grupių – asmenys, neturintys gyvenamosios vietos (benamiai). 2001 metų gyventojų surašymo duomenimis iš viso buvo priskaičiuota 1250 benamių, kurių dauguma gyvena didesnius miestus turinčiuose rajonuose. Reikia pastebėti, kad savivaldybių duomenimis benamių skaičius Lietuvoje didesnis ir siekia 2150, o nakvynės namuose vietų skaičius nepakankamas. Benamiais buvo laikomi žmonės, neturintys nuolatinės gyvenamosios vietos ir lėšų bent minimaliam būstui išsinuomoti ar nusipirkti. Nakvynės namuose prieglobstį gavę asmenys buvo surašyti kaip institucinių namų gyventojai [22].

Kita daug problemų turinti ir visuomenėje sukelianti socialinės atskirties grupė – narkotikus vartojantys asmenys. Sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtintoje 2005-2008

metų Priklausomybės ligų programoje numatyta priklausomybės ligų centruose atlikti virusinių hepatitų, ŽIV, infekcinių ligų ir tuberkuliozės diagnostiką. Sveikatos draudimo įstatymas riboja sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą socialiai neapdraustiems asmenims, kurių daug yra tarp narkotikų vartotojų.

Pažeidžiamųjų grupių atstovavimo koalicija “Galiu gyventi” ir Narkomanų tarpusavio pagalbos iniciatyvos atliko tyrimą apie sveikatos paslaugų prieinamumą narkotikus vartojantiems ir bandantiems jų atsisakyti. Tyrimo duomenimis, daugiau nei pusė apklaustųjų pastaruoju metu kreipėsi į gydytoją dėl sveikatos problemų, trečdalis besikreipusiųjų dėl hepatito B, C reikalingos pagalbos negavo, 20 % sergančių tromboflebitu gavo tik pirmąją būtiną pagalbą ir toliau nesigydo [17]. Tos pačios koalicijos “Galiu gyventi” ir Nacionalinės sveikatos tarybos atliktu socialinio pakantumo tyrimu siekta iširti savivaldybių darbuotojų, sveikatos priežiūros, švietimo ir socialinio sektoriaus specialistų socialinio pakantumo lygį pažeidžiamų grupių (narkotikų vartotojų, iš įkalinimo įstaigų grįžusių, ŽIV infekuotų bei prostitucija besiverčiančių asmenų) atžvilgiu. Tyrimo duomenimis, respondentai labiausiai pakantūs iš įkalinimo vietų grįžusiems asmenims, o mažiausiai pakantūs vartojantiems narkotikus. Be to, paaiškėjo, kad daugiausia nepakantumo išskirtų pažeidžiamų grupių atstovai susilaukia iš sveikatos priežiūros specialistų. Daugelis apklaustųjų pripažino, kad neigiamos nuostatos šių grupių atžvilgiu keistųsi, jeigu pažeidžiamos grupės būtų geriau integruotos į visuomenę, būtų sukurta socialinės paramos, sveikatos ir kt. paslaugų sistema [18].

Abiejų tyrimų rezultatai verčia susimąstyti: kaip gali būti pozityviai vertinama narkotikus vartojančių asmenų sveikatos priežiūra, jei sveikatos priežiūros paslaugas teikiantys asmenys negatyviai nusiteikę pastarųjų atžvilgiu? Taip pat, žinodami tyrimo duomenis, neturėtume stebėtis, kad socialinėje atskirtyje esantys žmonės, net tuomet, kai reikia, neskuba kreiptis pagalbos į sveikatos priežiūros specialistus. Visa tai skatina galvoti, kad labai reikalingas sveikatos priežiūros paslaugų integravimas į socialines paslaugas teikiančias įstaigas, kuriose šie asmenys lankosi dažniau.

Socialiai neapdrausti asmenys gali gauti paslaugas tik priklausomai nuo to, koks tikslinis finansavimas skirtas iš valstybės ir savivaldybių biudžetų ar kitų fondų. Specializuotos nemokamos sveikatos priežiūros paslaugos dideliuose miestuose yra tik to miesto ar rajono gyventojams. Taigi, benamių ir asmenų, neturinčių asmens dokumento, sveikatos priežiūra yra labai apribota.

2.2. Skurdo ir socialinės atskirties mažinimo politika Lietuvoje

Prie skurdo mažinimo Lietuvoje prisideda ir dauguma nevyriausybinių organizacijų (NVO), kurios labai skiriasi savo kvalifikacija, veiklos efektyvumu, piliečių įtraukimo mastu. Nevyriausybinių organizacijų įtraukimas į socialinių problemų svarstymą ir sprendimą, socialinių paslaugų teikimą yra vienas iš Lietuvos Respublikos Vyriausybės uždavinių, kovojant su skurdu ir socialine atskirtimi. Pažymėtina, kad siekiant stiprinti NVO ir socialinių partnerių gebėjimus dalyvauti kovos su skurdu ir socialine atskirtimi procese numatoma įgyvendinti paslaugų pirkimą iš NVO bei remti NVO iniciatyvas organizuojant savanorišką veiklą, savanorių mokymą bei savanorių palaikymo priemones.

Apie visuomenės sveikatos stiprinimo veiklos skatinimą, bendruomenių, institucijų bei organizacijų partnerystę ir bendradarbiavimą yra kalbama ir Lietuvos politinių partijų Susitarime dėl visuomenės sveikatos stiprinimo už sveiką Lietuvą. Lietuvos Respublikos politinės partijos susitarė ne tik stiprinti bendruomenės vaidmenį sveikos gyvensenos ugdymo ir sveikatos stiprinimo procese, bet ir plėtoti visuomenės sveikatos mokslinius tyrimus ir informacinę sistemą [10].

Lietuvos Respublikos Vyriausybės užsibrėžta iki 2010 metų pasiekti, kad socialinio draudimo ir socialinės paramos sistemos būtų tarpusavyje koordinuotos bei aprėptų visus gyventojus. Taip pat numatyta suteikti galimybes asmenims, neturintiems sveikatos draudimo arba lėšų apmokėti gydymą, gauti medicinos ir socialines paslaugas. Rizikos grupių asmenų aptarnavimui siekiama plėsti pirminės sveikatos priežiūros kabinetų tinklą, tokiu būdu palengvinant jiems medicininių paslaugų prieinamumą. Kadangi didelės rizikos grupėms priklausantiems asmenims lengviausia naudotis teikiamomis “žemo slensčio” sveikatos priežiūros kabinetuose paslaugomis, ir jų tinklas turi būti plečiamas. Labai svarbu, kad socialinės aprėpties procese aktyviai dalyvautų ir patys socialiai atskirtieji, jie turi tapti lygiaverčiais partneriais visuose skurdo ir socialinės atskirties mažinimo etapuose. Tam reikšmingos įtakos turi Nevyriausybinių organizacijų, išsamios ir savalaikės informacijos sklaida. Vienas iš būdų užtikrinti, kad būtų atsižvelgiama į socialinėje atskirtyje esančių asmenų nuomonę priimant įvairius sprendimus, yra išplėsti įvairiais šioms grupėms aktualiais klausimais tyrimų ir apklausų vykdymą, kas padėtų išsiaiškinti socialiai atskirtųjų nuostatas įvairiais klausimais.

Susitarimo konferencijos “Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo tarpinis vertinimas” rezoliucijoje siūloma ieškoti ekonominių ir kitų paskatų, skatinančių piliečius prisiišti didesnę atsakomybę už savo sveikatą [23]. Skatinimo priemonės priklauso nuo žmonių

vertybių. Manau, kad racionalių pasiūlymų, kaip skatinti socialiai remtinus asmenis, galėtų pateikti su jais dirbanti bendruomenės slaugytoja.

Nacionaliniame kovos su skurdu ir socialine atskirtimi veikslių plane pažymima, kad svarbu ugdyti bei diegti sveikos gyvensenos įpročius bendruomenėje, ugdyti socialinės rizikos ir sveikatos rizikos asmenų prisitaikymo prie aplinkos gebėjimus, skatinant įsitraukti į pagalbos grupes, mokant savarankiškai įveikti asmens visuomenės sveikatos problemas [15]. Todėl planuojama remti visuomenės sveikatinimo projektus bei visuomenines organizacijas, kurios rūpinasi asmens bei visuomenės sveikatinimo ugdymu bei jų sveikata. Be to, pertvarkant sveikatos priežiūros sistemą, prioritetai turėtų būti teikiami pirminės sveikatos priežiūros bei visuomenės sveikatos stiprinimui, akcentuojami tokie aspektai kaip sveikatos stiprinimas, ligų prevencija, sveika aplinka ir darbo vieta [5].

Atsižvelgiant į tai, kad pagal Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 33 straipsnį visuomenės sveikatos stiprinimas apima sveikatos mokymą, informacijos apie sveiką gyvenimą sklaidimą, sveikos gyvensenos propagavimą, formavimą ir nuo elgsenos priklausomų visuomenės sveikatos rizikos veiksnių mažinimą [14], o pagal medicinos normą MN 57 : 1998 “Bendruomenės slaugytoja (slaugytojas). Funkcijos, pareigos, teisės, kompetencija ir atsakomybė” bendruomenės slaugytoja, dirbdama pirminėje sveikatos priežiūros grandyje, moko sveikos gyvensenos, pataria, kaip saugoti sveikatą ir išvengti ligų [13], teisinga daryti išvadą, kad dirbant su socialinėje atskirtyje esančiais asmenimis (tame tarpe ir nestacionariose socialinių paslaugų įstaigose), svarbus vaidmuo tenka bendruomenės slaugytojai.

Siekiant gerų rezultatų, būtina sąlyga – įvairių visuomenės grupių santaika, tolerancija, dialogas ir bendradarbiavimas.

2.3. *Caritas* ir jo reikšmė mažinant skurdo ir socialinės atskirties lygį

Žodis “*Caritas*” apibūdina meilę, aukojimą kitų gerovei, pagarbą kitam žmogui, nesuinteresuotą rūpinimąsi kitų gerove. Asmuo, skatinamas karitatyvinės meilės, stengiasi kitiems duoti, o ne iš jų gauti, kitus apdovanoti, o ne iš jų imti [19]. II Vatikano susirinkimo nutarimuose teigiama, kad Bažnyčia meilės darbus laiko savo teise ir pareiga, kurių niekas nekali pasisavinti [6]. Todėl čia ypatingai gerbiamas gailestingumas vargšams ir ligoniams. Anot to pačio susirinkimo nutarimų, karitatyvinė veikla tapo universali ir neatidėliotina, privalo apimti visus žmones ir visus reikalus. Teikiant paramą, turi būti gerbiama pagalba gaunančio žmogaus laisvė ir orumas, o intencija, kuri skatina veikti, neturėtų būti sutepta jokiu naudos siekimu ar

noru valdyti. Parama turėtų būti tvarkoma tokiu būdu, kad stokojantieji pamažu išsivaduotų nuo išorinės priklausomybės ir patys galėtų tvarkyti savo gyvenimą [6].

Lietuvos *Caritas* (lot. „*Caritas*“ – globojanti meilė) – Lietuvos Vyskupų Konferencijai pavaldi socialinės ir dvasinės paramos organizacija, vykdanči sociopastoracinius Katalikų Bažnyčios uždavinius [2]. Ji yra atitinkamų tarptautinių struktūrų – Caritas Internationalis ir Europos Caritas narys. Socialinę, medicininę, švietėjišką veiklą ir paramą vargstantiems *Caritas* pirmiausia supranta kaip krikščioniškųjų vertybių nuostatų praktinę išraišką.

Nepriklausomoje Lietuvoje prieš II pasaulinį karą *Caritas* federacija veikė nuo 1926 m. Ji jungė beveik visas katalikų švietimo ir labdaros organizacijas („Žiburio“, „Saulės“, Katalikių moterų, Šv. Vincento Pauliečio, Šv. Kūdikėlio Jėzaus, Kalinių globos draugijas, Ateitininkų federacijos labdaros būrelius, Ateitininkų susišelpimo fondą ir kt.).

1940 m. Sovietų Sąjungai okupavus Lietuvą, *Caritas* federacijos veikla buvo nutraukta.

1988 m. rugpjūčio 26 d. pagrindžio sąlygomis 7 moterų iniciatyvinė grupė, kurios įkvėpėja buvo Nekaltai Pradėtosios Švč. Mergelės Marijos Vargdienių seserų kongregacijos sesuo Albina Pajarskaitė, pasirašė Katalikiško moterų sambūrio *Caritas* įkūrimo aktą ir pradėjo šio sambūrio organizavimo darbus. 1989 m. gegužės 30 d. Katalikiškas moterų sambūris *Caritas* valstybinių institucijų buvo įregistruotas kaip juridinis asmuo. 1991 m. birželio 2 d. priimti nauji įstatymai ir patvirtintas naujas pavadinimas – Lietuvos *Caritas* federacija. Nuo šiol, kaip įprasta pasaulinėje praktikoje, *Caritas* organizacijos nariais galėjo tapti ir vyrai (anksčiau pagal įstatus tegalėję būti rėmėjais). Lietuvos *Caritas* federacija suvokiama kaip katalikų dvasininkų ir pasauliečių susivienijimas religiniam doroviniam visuomenės ugdymui, sprendžiant socialines problemas bei vystant karitatyvinę veiklą. Darbas vykdomas pasiskirsčius į 4 sekcijas (Šeimos, Auklėjimo, Tautos bendrijos atkūrimo, Vargo mažinimo). Nuo 1989 m. leidžiamas žurnalas „*Caritas*“ (nuo 1997 m. – „*Artuma*“).

1991 m. gegužės 23 d. Lietuvos *Caritas* federacija priimama tikruoju nariu į *Caritas Internationalis*.

1997 m. birželio 21-22 d. Kaune vykusiame Lietuvos *Caritas* federacijos suvažiavime patvirtintas pavadinimas Lietuvos *Caritas*. Organizacija visiškai integruota į Lietuvos Katalikų Bažnyčios struktūrą. Padaryta struktūrinių pakeitimų: nuo šiol organizacija susideda iš Lietuvos *Caritas* (centrinė įstaiga, kurios funkcijos – konsultuoti, koordinuoti ir atstovauti *Caritas* veiklą Lietuvoje ir užsienyje; vadovautis Bažnyčios socialiniu mokymu, įtakoti valstybės politiką) ir Vyskupijų *Caritas* autonomiškų organizacijų, vykdančių tiesioginius šalpos ir globos darbus savose teritorijose. Vyskupijų *Caritas* organizacijos veikia 7-iose Lietuvos vyskupijose (Kaišiadorių, Kauno, Panevėžio, Šiaulių, Telšių, Vilkaviškio ir Vilniaus). Kiekvienos vyskupijos *Caritas* vadovas yra vietos vyskupas, kuris paskiria *Caritas* direktorių.

Visoje Lietuvoje *Caritas* teikia socialines, medicininės, konsultacines paslaugas socialiai remtiniams visuomenės nariams; veikia platus tinklas labdaros valgyklų, vaistinių, slaugos, gydymo ir globos įstaigų, kurias *Caritas* išlaiko savarankiškai arba bendradarbiaudamas su savivaldybėmis, vyskupijų ir parapijų struktūromis, kitomis nevyriausybinėmis organizacijomis. Lietuvos *Caritas* veikla neapsiriboja vienkartinė pagalba nelaimės ištiktiems ar skurstantiems žmonėms. Šios organizacijos veiklos mastai apima programas, kuriomis siekiama iširti skausmingiausias skurdo bei atskirties priežastis ir pasiūlyti visuomenei praktinius šių problemų sprendimo modelius. Europos *Caritas*, kurios nariu yra ir Lietuvos *Caritas*, įvertinusi atskirų šalių atstovų patirtį ir siūlymus, Europos Sąjungai pateiktoje ataskaitoje "Skurdo Europoje veidai" išdėstė savo rekomendacijas ne tik ES, bet ir šalių vyriausybėms. Čia pastebima, kad pirminė sveikatos priežiūra turi būti visiems garantuota nekeliant finansinių klausimų [24].

Pagrindiniai Lietuvos *Caritas* veiklos finansavimo šaltiniai yra užsienio fondai (37 % visų gaunamų lėšų), valstybės struktūros (22.%), įvairios Lietuvos institucijos (12 %), privatūs rėmėjai (10 %) [8]. Šiuo metu *Caritas* struktūrose Lietuvoje dirba 3000 etatinių darbuotojų ir savanorių.

Nuo 2002 metų gegužės mėnesio Lietuvos *Caritas* vykdo projektą "Slauga ir globa namuose". Lietuvos *Caritas* projekto darbuotojai ir savanoriai paslaugas teikia vienišioms, socialiai remtiniams žmonėms ir ligoniams, esantiems paskutinėje onkologinių bei neuromotorinių ligų stadijoje. Komandoje dirba gydytojai konsultantai, bendruomenės slaugytojos, slaugytojos padėjėja ir socialinis darbuotojas. Darbuotojams talkina savanoriai, padedantys slaugomiesiems ir jų artimiesiems savo buvimu, empatija bei realia pagalba slaugant ir globojant ligonį [2].

Kiekvienoje Arkivyskupijoje *Caritas* veikia panašiomis kryptimis. Šiame darbe buvo tiriami Vilniaus Arkivyskupijos *Carito* darbuotojai ir jų globojami socialiai remiami asmenys. Vienas svarbiausių klientų, besilankančių *Carito* skyriuose yra marginalinėms grupėms priskiriami asmenys: narkomanai, alkoholikai, buvę kaliniai, benamiai. Vilniaus arkivyskupijoje per 2004 metus įvairios materialinės pagalbos buvo suteikta 3123 tokiems žmonėms. 524 žmonės buvo kasdien maitinami "Betanijos" labdaros valgykloje. Dar 180 žmonių pagal poreikį, maždaug 1-2 kartus per savaitę buvo teikiamos socialinės, psichologinės ar teisinės konsultacijos. 80 benamių gavo nakvynę ilgesniam laikui, o 150 nakvynė buvo suteikta laikinai (1-2 naktis) [26].

Vilniaus Arkivyskupijos *Caritas* yra įsteigęs nakvynės namus, kurių tikslas – suteikti nakvynę patiems vargingiausiems ir neturintiems savo namų Vilniaus miesto gyventojams. Nakvynės namai pradėjo savo veiklą 1999 metais lapkričio mėnesį. Nakvynės namuose šiuo metu gali nakvoti 50 žmonių. Nakvynės namų gyventojai turi atskirą lovą ir švarią patalynę. Taip pat gali naudotis dušais, išsiskalbti savo drabužius. Kiekvieną vakarą Nakvynės namų gyventojai gauna nemokamą vakarienę.

Vilniaus Arkivyskupijos *Carite* veikia vaikų ir paauglių dienos centras. Šio centro tikslas – priimti žmogų kaip vertybę, padėti jam adaptuotis socialinėje aplinkoje. Tikslu siekiama įtraukiant šeimą į pagalbos vaikui procesą, skatinant vaiko pasitikėjimą savimi, ugdant gyvenimo įgūdžius bei stengiantis puoselėti sveikos gyvensenos įgūdžius.

1996 m. įkurti Vilniaus Arkivyskupijos *Caritas* Motinos ir vaiko globos namai, kur moterys konsultuojamos, o jeigu reikia, ir apgyvendinamos su vaikais (maitinamos, aprūpinamos būtiniaisiais apyvokos daiktais). Šiuose globos namuose dirba socialiniai darbuotojai, psichologai, talkina savanoriai medikai, teisininkai.

Nuo 1994m. veikia Vilniaus Arkivyskupijos *Caritas* vaikų valgykla, o 2001m. įkurtas “Rūbų kambarys”. Čia taip pat vykdoma kalinių reintegracijos ir socializacijos programa bei projektas dėl pabėgėlių socialinės integracijos į Lietuvos visuomenę.

Ne viename interviu Kardinolas Audrys Juozas Bačkis užsimena, kad Vilniaus Arkivyskupijoje reikėtų ir jai priklausančių slaugos namų [1, 9]. Dabar šią viziją jau stengiamasi realizuoti.

2.4. Socialinių ir sveikatos priežiūros paslaugų tinklas

Vilniaus miesto savivaldybėje

Vilniaus miesto savivaldybės 2005-2007 metų veiklos strateginiame plane užsibrėžti penki tikslai [37], atskleidžiantys prioritėtines sritis Vilniaus savivaldybėje.

- **Užtikrinti švietimo visiems prieinamumą ir kokybę, mažinti socialinę atskirtį ir ugdyti bendruomenės sveikatą.**
- Sudaryti palankias sąlygas verslo plėtrai ir žinių visuomenės formavimui.
- Saugoti ir formuoti Vilniaus miesto savitumą, užtikrinti gerą aplinkos kokybę.
- Plėtoti inžinerinę ir susisiekimo infrastruktūrą.
- Padidinti miesto valdymo kokybę.

Pirmo tikslo įgyvendinimui skirtos šešios programos. Viena iš programų tai – socialinės apsaugos plėtojimas, skurdo bei socialinės atskirties mažinimas. Tenka pastebėti, kad mažiausias finansavimas numatomas sveikatos apsaugai nes, sveikatos paslaugas finansuoja Valstybinė ligonių kasa [37]. Tačiau analizuojant esamą pirminės sveikatos priežiūros padėtį, pabrėžiamas ir bendruomenės slaugytojų tarnybos būtinumas [36], kas turėtų sąlygoti slaugos paslaugų įkainių nustatymą.

Vilniaus mieste teikiamos ir bendrosios socialinės paslaugos (informacijos teikimas ir konsultavimas, maitinimo organizavimas, pagalba namuose bei globos pinigai), ir specialiosios, tarp kurių yra socialinės reabilitacijos paslaugos rizikos grupių asmenims, laikinojo apgyvendinimo paslaugos, maudymosi paslaugos.

Laikino gyvenimo paslaugos teikiamos neturintiems gyvenamosios vietos ar kurį laiką negalintiems ja naudotis asmenims šiose specialiose įstaigose: nakvynės namuose, krizių centruose, laikinojo apgyvendinimo įstaigose motinoms ir vaikams, laikinojo apgyvendinimo namuose nepilnametėms motinoms su kūdikiais, pabėgėlių priėmimo, socialinės integracijos bei reintegracijos centruose ir kt. [37]. Paslaugų gavėjai šiose įstaigose, mokėdami už paslaugas, gali gyventi iki pusės metų ar ilgiau.

Nuo 1993 metų veikiančius Vilniaus miesto nakvynės namus sudaro trys filialai. Pastebima, kad kiekvienais metais nakvynės namų klientų skaičius auga. Tai ryškiausiai atsiskleidžia tuose nakvynės namuose, kuriuose klientai kreipiasi vienai nakčiai. Tokius asmenis priima Vilniaus miesto nakvynės namai “Sala” [33,34,35] ir Vilniaus miesto nakvynės namų filialas A.Kojelavičiaus g. [27, 28, 29, 30, 31, 32]. Remiantis šių nakvynės namų metinėmis ataskaitomis buvo sudarytos 1 ir 2 lentelės, kuriose pateikiami duomenys atskleidžia nakvynės namų poreikį.

1 lentelė. Vilniaus miesto nakvynės namuose “Sala” apsilankusių asmenų BNGV* skaičius nuo 2003 m. kas ketvirtį

		I ketv.	II ketv.	III ketv.	IV ketv.
2003 m.	BNGV skaičius (iš jų atėjo patys)	2304 (2060)	796 (626)	313 (114)	1245 (936)
2004 m.	BNGV skaičius (iš jų atėjo patys)	2499 (2183)	1056 (831)	859 (613)	1615 (1296)
2005 m.	BNGV skaičius (iš jų atėjo patys)	2627 (2308)	1389 (1101)	767 (509)	1723 (1345)

* - be nuolatinės gyvenamosios vietos

Nakvynės namų “Sala” ataskaitoje išskiriamas skaičius asmenų, kurie patys kreipėsi prieglobsčio. Tarp klientų, neturinčių nuolatinės gyvenamosios vietos, gali būti ir tie asmenys, kurie tiesiog neturi registracijos vietos. Duomenys parodo, kad klientų skaičius priklauso nuo metų laiko bei pastebima, kad kasmet didėjo besikreipiančiųjų pagalbos skaičius.

2 lentelė. Vilniaus m. nakvynės namų filiale A. Kojelavičiaus g. apsilankančių klientų skaičius kasmet nuo 2000 metų.

Metai	Klientų skaičius	
	Ateina vienai nakčiai	Gyvena iki pusės metų
2000 m.	12 226	110
2001 m.	18 727	102
2002 m.	21 603	99*
2003 m.	23 647	105
2004 m.	25 035	103
2005 m.	26 737	64**

* - ilgėjo gyvenimo nakvynės namuose trukmė

** - atsidarė Vilniaus m. nakvynės namai "Kryžkelė"

Tokios pačios tendencijos pastebimos ir Vilniaus miesto nakvynės namų filiale A.Kojelavičiaus g. Dėl objektyvių priežasčių sumažėjo tik ilgai gyvenančių nakvynės namuose klientų skaičius.

Socialiai remtiniems asmenims Vilniaus miesto savivaldybės lėšomis dalinai kompensuojamos maudymosi ir maitinimo paslaugos. Už šias paslaugas dalinai turi susimokėti paslaugų gavėjas.

3. TYRIMO METODOLOGIJA

3.1. Tyrimo objektas ir imtis

Tyrimo objektas – slaugytojo vaidmuo organizuojant sveikatos priežiūrą socialinės atskirties asmenims.

Tiriamieji. Duomenys buvo renkami apklausiant tris grupes tiriamųjų - iš viso 115 respondentų. Pirma grupė - Vilniaus miesto nakvynės namuose, Vilniaus Arkivyskupijos CARITAS Nakvynės namuose gyvenantys bei Vilniaus mieste esančiuose *Carito* skyriuose besilankantys asmenys. Antra grupė - Vilniaus miesto nakvynės namuose, Vilniaus Arkivyskupijos Nakvynės namuose bei Vilniaus mieste esančiuose *Carito* skyriuose dirbantys asmenys (išskyrus slaugytojas). Trečia grupė – Vilniaus miesto nakvynės namuose dirbančios slaugytojos.

Tiriamųjų grupės buvo suformuotos taikant netikimybinę tikslinę atranką, t.y. buvo apklausti tie žmonės, kurie ne tik priklausė specifinėms tiriamųjų grupėms, bet ir buvo prieinami. Būtent tokią atranką sąlygojo generalinės visumos neaiškumo aplinkybė bei tiriamųjų grupių specifiškumas. Generalinė visuma nėra aiški dėl kelių priežasčių:

- nakvynės namuose asmenys gyvena ne pastoviai, todėl negali būti ir nekintančio šiai generalinei visumai priklausančių asmenų sąrašo;
- į *Carito* skyrius ateinančių asmenų skaičius negali būti tiksliai nustatytas, nes tie, kas lankėsi vienais metais nebūtinai lankosi kitais, nuolat ateina naujų asmenų. Be to, klientai registruojami šeimomis;
- socialinis statusas yra kintantis veiksnys.

Tai, kad buvo pasirinkti tik prieinami klientų atvejai, taip pat lėmė kelios priežastys:

- dalis asmenų nakvynės namuose nakvoja tik vieną naktį, vadinasi, yra tikimybė, kad šie asmenys nebuvo nakvynės namuose, kai buvo atliekamas tyrimas;
- dalis asmenų į nakvynės namus ateina ar būna atvežti apsvaigę, kas riboja dalyvavimo tyrime galimybes;
- dalis asmenų, gyvenančių nakvynės namuose bei besilankančių *Carite*, dėl įvairių priežasčių yra negatyviai nusiteikę tyrimo atžvilgiu.

Kadangi Vilniaus mieste esančiuose nakvynės namuose ir *Carito* skyriuose dirba tik 68 darbuotojai (tarp jų 6 slaugytojos), buvo apklausti visi asmenys, sutikę dalyvauti tyrime.

3.2. Tyrimo metodai

Darbe naudotasi šiais **tyrimo metodais**:

- Trijų tiriamųjų grupių standartizuota anketinė apklausa.
- Slaugytojų nestandartizuotas gilusis interviu.
- Slaugytojos vaidmuo dirbant su socialinėje atskirtyje esančiais asmenimis analizuotas trianguliacijos būdu, t.y. iš trijų pozicijų: kliento, socialinio darbuotojo ar kito komandos nario bei pačios slaugytojos.
- Statistiniam duomenų apdorojimui buvo naudojama SPSS programinės įrangos 8.0 versija. Analizuojant rezultatus buvo skaičiuojamas bendras atsakymų procentinis pasiskirstymas, statistinis duomenų patikimumas bei nustatomi statistiškai reikšmingi ryšiai tarp atskirų diagnostinių kintamųjų.

Pagrindiniu tyrimo metodu buvo pasirinkta anoniminė standartizuota anketa. Anketa slaugytojams buvo sudaryta nestandartizuoto giliojo interviu metodu atlikus slaugytojų apklausą. Tiriamųjų apklausos rezultatai pateikiami pagal klausimus, kurių konkrečios formuluotės atsispindi 1,2 ir 3 prieduose.

3.3. Tyrimo organizavimas

Mokslo tiriamasis darbas atliktas 2004 – 2006 metais Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Vidaus ligų pagrindų ir slaugos katedroje. Buvo išanalizuota pasaulinė ir šalies mokslo literatūra darbo tema. Aptarti su mokslinio darbo vadovu ir suformuluoti darbo tikslas, uždaviniai ir tyrimo metodai, sudarytos apklausos anketos. Respondentų apklausa atlikta Vilniaus miesto nakvynės namuose “Kryžkelė” (Vilkpėdės g. 12), Vilniaus miesto nakvynės namų filiale (A. Kojelavičiaus g. 50), Vilniaus miesto nakvynės namuose “Sala” (T. Kosciuškos g. 8), Vilniaus Arkivyskupijos CARITAS Nakvynės namuose (Šv. Stepono g. 35/4), Švč. Jėzaus Širdies parapijos *Carite* (Vilnius, Gerosios Vilties g. 17), Švč. Mergelės Marijos Nekaltojo Prasidėjimo parapijos *Carite* (Vilnius, Sėlių g. 17), Šv. Jono Bosko parapijos *Carite* (Vilnius, Erfurto g. 3), Šv. Juozapo parapijos *Carite* (Vilnius, Tolminkiemio g. 4), Šv. Kryžiaus Atradimo parapijos *Carite* (Vilnius, Kalvarijų g. 329), Šv. arkangelo Rapolo parapijos *Carite* (Vilnius, Šnipiškių g. 1) Vilniaus Arkivyskupijos CARITAS socialinėje tarnyboje (Šv. Stepono g. 35/4).

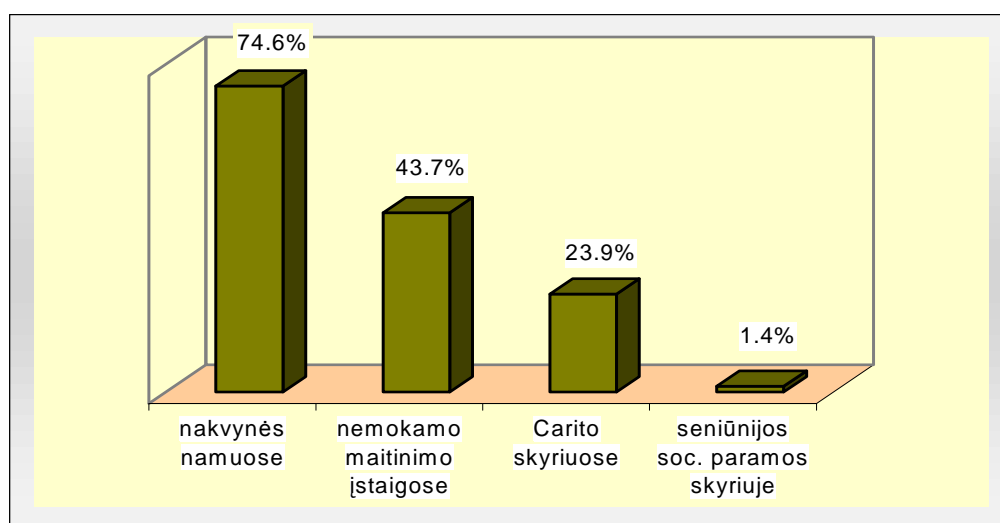
Visi respondentai buvo tiriami naudojant standartizuotas anketas. Dalis slaugytojų buvo tirtos du kartus – anketa pateikta po nestandartizuoto giliojo interviu.

4. TYRIMO REZULTATAI

Duomenys buvo renkami apklausiant tris grupes tiriamųjų - iš viso 115 respondentų: 71 Vilniaus mieste esančių nakvynės namų ir Vilniaus miesto parapijų *Carito* (toliau – socialines paslaugas teikiančios įstaigos) klientas, 38 Vilniaus mieste esančių nakvynės namų ir Vilniaus miesto parapijų *Carito* darbuotojai ir 6 Vilniaus miesto savivaldybei priklausančiuose nakvynės namuose dirbančios slaugytojos.

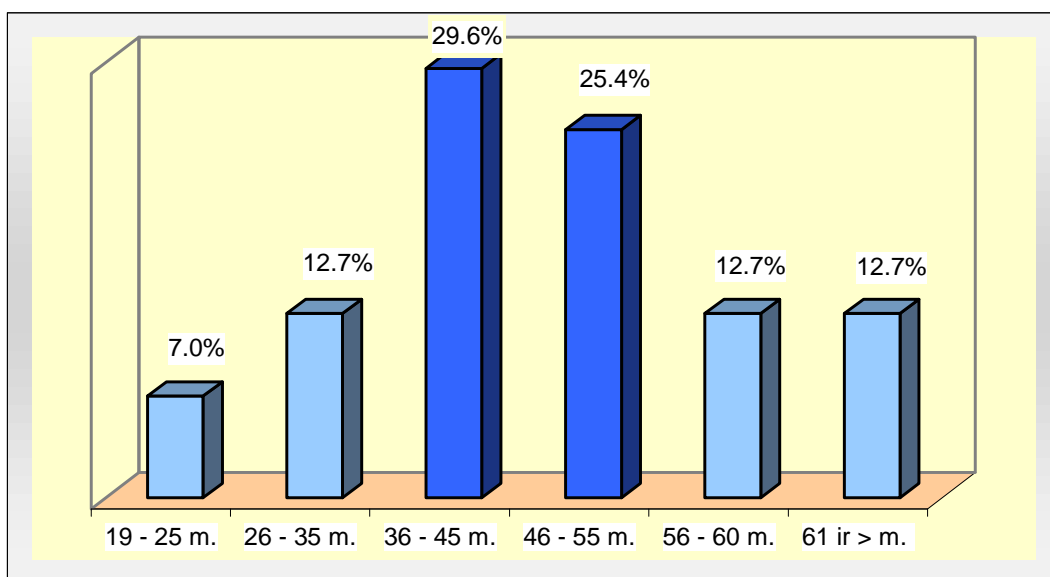
4.1. Nakvynės namuose gyvenančių ir *Carito* globojamų asmenų tyrimo rezultatai

Tyrimė dalyvavo Vilniaus savivaldybei ir Vilniaus Arkivyskupijai priklausančiuose nakvynės namuose gyvenantys bei Vilniaus Arkivyskupijos *Carito* padaliniuose besilankantys asmenys. Tarp jų 48 (67.6 %) - vyrai ir 23 (32.4 %) – moterys.



1 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal dažniausiai lankomas socialinių paslaugų įstaigas

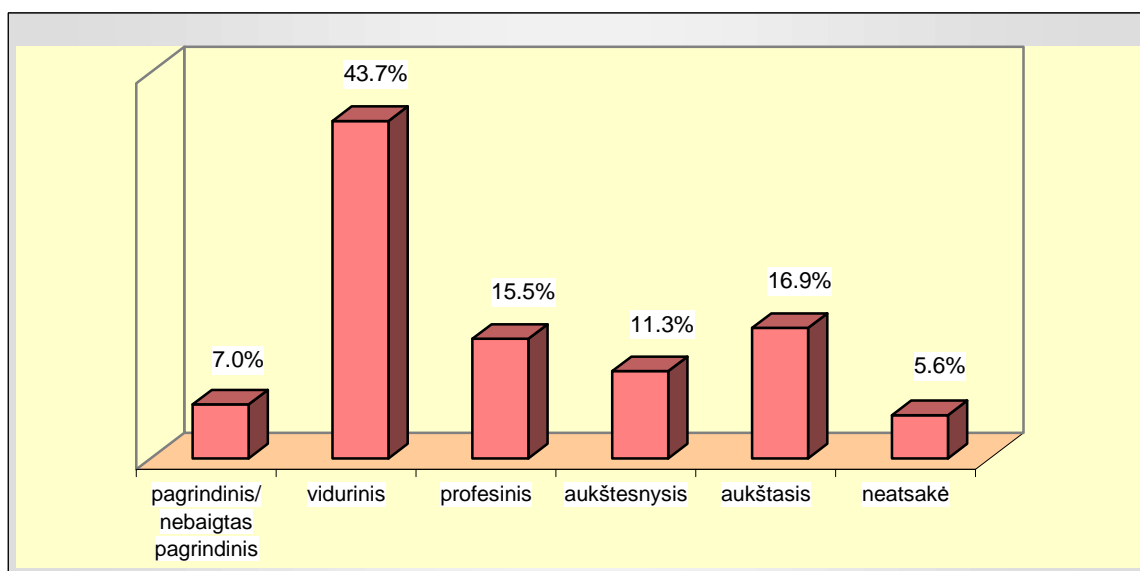
Iš visų minimų socialines paslaugas teikiančių įstaigų dažniausiai respondentai pastarąjį pusmetį lankėsi nakvynės namuose – 53 (74.6 %). tiriamieji. Į *Caritą* klientai ateina ne taip dažnai. Tik 17 (23.9 %) respondentų teigia, kad *Carite* lankosi dažnai ar labai dažnai (1 pav.). Tai galėjo lemti *Carito* savanorių darbo laikas – dažniausiai viena diena per savaitę. Nemokamo maitinimo įstaigose lankosi ir nakvynės namų gyventojai, ir *Carito* klientai, todėl 31 (43.7 %) respondentas paminėjo būtent šias įstaigas. Respondentų pasiskirstymas socialines paslaugas teikiančiose įstaigose yra statistiškai patikimas ($p < 0.01$).



2 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių

Daugiausiai respondentų priklausė amžiaus grupėms nuo 36 m. iki 45 m. – 21 (29.6 %) asmuo bei nuo 46 m. iki 55 m. – 18 (25.4 %) asmenų. Mažiausiai respondentų priklausė jauniausiai tiriamųjų grupei nuo 19 m. iki 25 m. – 5 (7.0 %) asmenys (2 pav.). Tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes yra statistiškai patikimas ($p < 0.01$).

Socialines paslaugas teikiančių įstaigų klientų pasiskirstymas pagal išsilavinimą taip pat buvo statistiškai reikšmingas ($p < 0.01$).



3 pav. Respondentų išsilavinimas

Žymi dauguma – 31 (43.7 %) klientas turi vidurinį išsilavinimą, tačiau reikia pastebėti, kad tiek pat procentų tiriamųjų yra įgyję specialybę, t.y. turi profesinį, aukštesnįjį ar aukštąjį išsilavinimą (3 pav.).

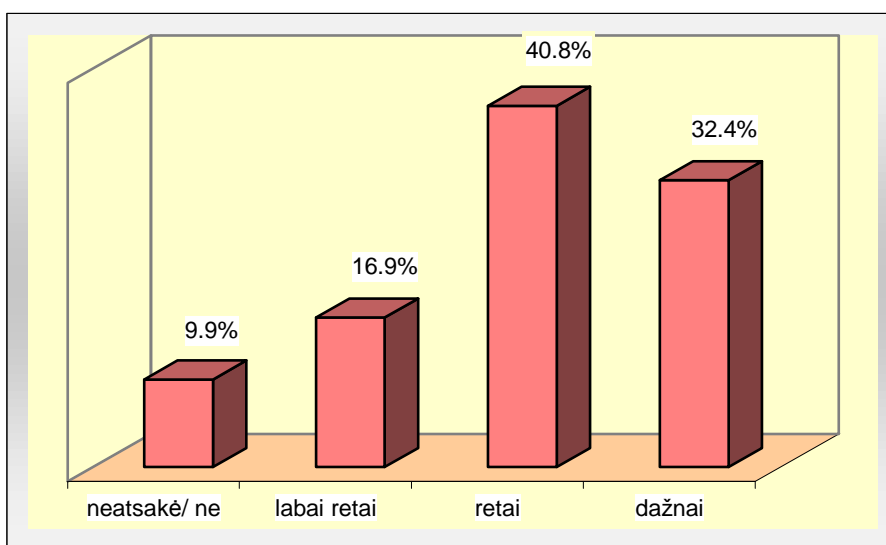
Nuo išsilavinimo neretai tiesiogiai priklauso gaunamos pajamos. Kadangi pajamų šaltinis atspindi ir asmenų socialinį draustumą, buvo pravartu sužinoti, kokie yra klientų pajamų šaltiniai. Respondentų pasiskirstymas pagal gaunamas pajamas statistiškai patikimas ($p < 0.01$).

3 lentelė. Respondentų gaunamos pajamos

Gaunamos pajamos	Respondentų skaičius	
	Absoliutus sk.	%
Už darbą (su socialiniu draudimu)	14	19.7
Už darbą (kaip laisvai samdomas darbuotojas)	12	16.9
Invalidumo pensija	14	19.7
Bedarbio pašalpa/ stipendija	4	5.6
Senatvės pensija	6	8.5
Socialinė ar našlaičio pašalpa/ už mažamečius vaikus	5	7.0
Neturi jokių pajamų	13	18.3
Neatsakė	3	4.3

Pastebėta, kad nėra ryškaus skirtumo tarp respondentų gaunamų pajamų šaltinių. Susumavus, kiek klientų neturi socialinio draudimo, t.y. į medikus gali kreiptis tik pirmos pagalbos, pastebima, kad 30 (42.2 %) asmenų yra socialiai neapdrausti. Iš jų 13 (18.3 %) neturi jokių pajamų, 12 (16.9 %) dirba be socialinio draudimo ir 5 (7.0 %) gauna kitas pašalpas, bet nepriklauso socialiai apdraustų asmenų grupei (3 lentelė).

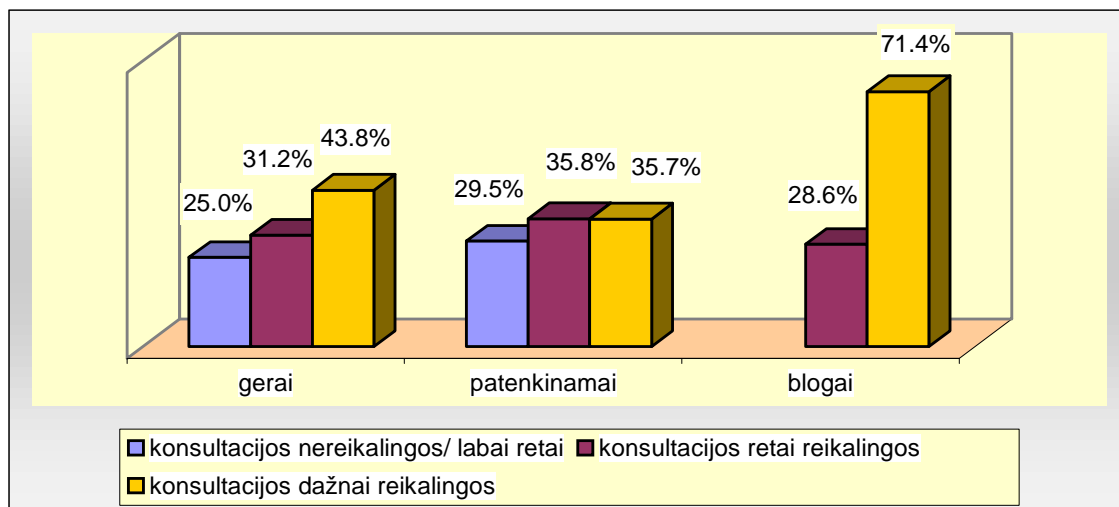
Nepaisant to, ar klientai turi ar neturi socialinį draudimą, konsultacijos sveikatos klausimais jiems reikalingos. Socialines paslaugas teikiančių įstaigų klientų pasiskirstymas pagal konsultacijų sveikatos klausimais poreikį yra statistiškai patikimas ($p < 0.01$).



4 pav. Konsultacijų sveikatos klausimais poreikis

Nors retai, bet konsultacijų poreikis yra 29 (40.8 %) tiriamiesiems. 23 (32.4 %) asmenys teigia, kad konsultacijos sveikatos klausimais jiems yra dažnai reikalingos (4 pav.). Konsultacijų

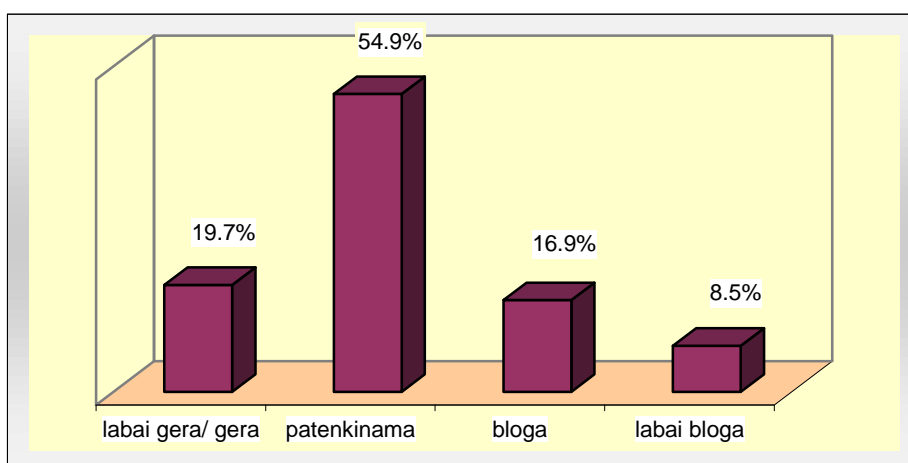
dažniau reketų tiems respondentams, kurie blogai vertina savo, kaip asmens, sveikatos priežiūrą (5 pav.).



5 pav. Konsultacijų sveikatos klausimais poreikis priklausomai nuo sveikatos priežiūros įvertinimo

5 (71.4 %) socialines paslaugas teikiančių įstaigų klientų, blogai vertinančių savo, kaip asmens, sveikatos priežiūrą, teigia, kad jiems dažnai reikalingos konsultacijos sveikatos klausimais. Skeptiškiausiai nusiteikę patenkinamai sveikatos priežiūrą vertinantys respondentai. Statistiškai patikimas ryšys tarp abiejų kintamųjų ($p < 0.01$). Taip pat pastebėta, kad blogiau savo sveikatos priežiūrą įvertino dažniau pas gydytojus besilankantys asmenys. Be to, gilesnė analizė atskleidė, kad 10 (66.7%) nesilankančių pas gydytoją, kaip ir 15 (71.4%) dažnai pas gydytoją besilankančių, socialines paslaugas teikiančių įstaigų klientų iškilus klausimams ar problemoms dažnai kreiptųsi į slaugytoją, dirbančią socialinių paslaugų įstaigoje.

Buvo svarbu pažvelgti, kaip socialinėje atskirtyje esantys asmenys vertina ne tik savo sveikatos priežiūrą, bet ir savo sveikatą.



6 pav. Socialinių paslaugų įstaigų klientų sveikatos įvertinimas

Dauguma jų – 39 (54.9 %) asmenys – patenkinamai vertina savo sveikatą. Labai gerai ar gerai sveikatą vertina 14 (19.7 %) respondentų (6 pav.). Socialines paslaugas teikiančių įstaigų klientų pasiskirstymas pagal savo sveikatos įvertinimą yra statistiškai patikimas ($p < 0.01$).

Manant, kad klientų sveikatos vertinimui gali turėti įtakos jų amžius, ieškota ryšių tarp respondentų sveikatos vertinimo ir amžiaus grupių.

4 lentelė. Sveikatos būklės įvertinimas priklausomai nuo amžiaus

Savo sveikatą respondentai vertina	Amžiaus grupės			
	19 –45 m.		46 –60 m. ir >	
	Absoliutus sk.	%	Absoliutus sk.	%
labai gerai/ gerai	8	19.9	6	16.7
patenkinamai	21	61.3	18	49.9
blogai	5	17.2	7	19.5
labai blogai	1	1.6	5	13.9

Nors patikimo ryšio tarp šių dviejų kintamųjų nėra, pastebima tendencija, kad kuo vyresni respondentai, tuo blogiau vertina savo sveikatą (4 lentelė).

Siekiant išanalizuoti slaugytojo vaidmenį organizuojant sveikatos priežiūrą socialinėje atskirtyje esantiems asmenims, respondentų klausta, kaip jie dažniausiai elgiasi kai sunegaluoja. Atsakymai į šį klausimą parodo, kokiomis priemonėmis tiriamieji pasikliauna labiausiai, kokios yra jų galimybės rūpintis savo sveikata.

5 lentelė. Dažniausias respondentų elgesys sunegalavus

Kai sunegaluoja, dažniausiai/ visada	Respondentų skaičius	
	Absoliutus sk.	%
Nesigydo niekuo	6	8.5*
Gydosi pats natūraliomis priemonėmis	18	25.4
Gydosi pats vaistais	11	15.5*
Kreipiasi į socialinį ar <i>Carito</i> darbuotoją	11	15.5*
Kreipiasi į gydytoją ne įstaigoje	4	5.6*
Kreipiasi į slaugytoją	4	5.6*
Kreipiasi į medikus poliklinikoje	30	42.3*
Kreipiasi į medikus ligoninėje	11	15.5*

* - $p < 0.02$

Patys natūraliomis priemonėmis gydos 18 (25.4 %) tiriamųjų. Patys, be medikų apžiūros ir nurodymo, vaistais gydos dar 11 (15.5 %) tiriamųjų. Dažniausiai socialines paslaugas teikiančių įstaigų klientai kreipiasi į medikus poliklinikoje – 30 (42.3 %) asmenų, o į slaugytoją tesikreipia 4 (5.6 %) klientai (5 lentelė).

Kita vertus, nustatyta, kad slaugytojų pagalba įvairiose socialines paslaugas teikiančiose įstaigose yra reikalinga. 58 (81.7 %) respondentai mano, kad slaugytojo pagalba šiose įstaigose

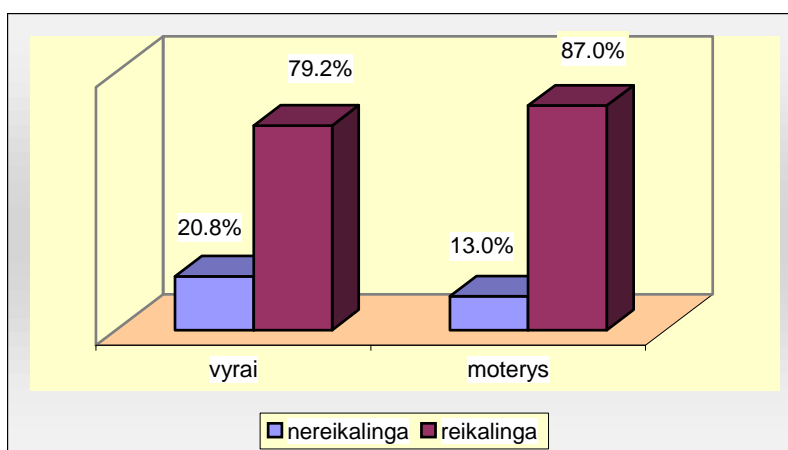
būtų reikalinga, o 13 (18.3%) tokio poreikio neišsako. Skirtumas tarp respondentų nuomonių šiuo klausimu yra statistiškai patikimas ($p < 0.01$).

Kadangi slaugytojo pagalbos poreikį gali įtakoti įvairūs veiksniai (amžius, lytis, sveikatos vertinimas, socialinis draustumas), ieškota ryšių tarp šių kintamųjų.

6 lentelė. Slaugytojo pagalbos poreikis pagal amžiaus grupes

Amžiaus grupės	Slaugytojų pagalba			
	Reikalinga		Nereikalinga	
	Absoliutus sk.	%	Absoliutus sk.	%
19 – 45 m.	26	74.3	9	25.7
46 – 61 m. ir >	32	88.9	4	11.1

Tarp respondentų amžiaus grupių ir slaugytojų pagalbos poreikio patikimo ryšio nėra. Tačiau pastebima, jog daugiau manančių, kad slaugytojo pagalba socialines paslaugas teikiančiose įstaigose yra reikalinga, tarp vyresnio amžiaus respondentų (6 lentelė).



7 pav. Slaugytojo pagalbos poreikis priklausomai nuo respondentų lyties

Nors pagal duomenis, pateiktus 7 diagramoje, matyti, kad dažniau slaugytojos pagalbos poreikį išsako moterys, reikia pastebėti, jog ir čia reikšmingo skirtumo nėra. Tas pat pasakytina apie respondentų pasiskirstymą tarp sveikatos įvertinimo ir slaugytojos pagalbos poreikio. Tačiau reikia pastebėti, kad kuo blogiau įvertinama sveikata, tuo stipresnis slaugytojo pagalbos poreikis. 11 (91.7 %) socialines paslaugas teikiančių įstaigų klientų, blogai įvertinusių savo sveikatą mano, kad slaugytojo pagalba šiose įstaigose yra reikalinga (7 lentelė).

7 lentelė. Slaugytojo pagalbos poreikis priklausomai nuo respondentų sveikatos

Savo sveikatą respondentai vertina	Slaugytojo pagalba			
	Reikalinga		Nereikalinga	
	Absoliutus sk.	%	Absoliutus sk.	%
labai gerai/ gerai	11	78.6	3	21.4
patenkinamai	31	79.5	8	20.5
blogai	11	91.7	1	8.3
labai blogai	5	83.3	1	16.7

Slaugytojų pagalbos poreikis respondentų tarpe nepriklauso nei nuo jų išsilavinimo, nei nuo to, kaip jie vertina savo, kaip kliento, sveikatos priežiūrą.

Atliekant tyrimą, buvo manoma, kad slaugytojo pagalba socialines paslaugas teikiančiose įstaigose dažniau reikalinga socialinio draudimo neturintiems asmenims.

8 lentelė. Slaugytojo pagalbos poreikis pagal respondentų gaunamas pajamas

Gaunamos pajamos	Slaugytojo pagalba			
	Reikalinga		Nereikalinga	
	Absoliutus sk.	%	Absoliutus sk.	%
Dirba su socialiniu draudimu	11	78.6	3	21.4
Dirba laisvai samdomu darbuotoju	10	83.3	2	16.7
Gauna invalidumo pensiją	14	100.0*	-	-
Gauna senatvės pensiją	5	83.3	1	16.7
Gauna bedarbio pašalpą/ stipendiją	4	100.0	-	-
Gauna socialinę/ našlaičio pašalpą/ už vaikus	4	80.0	1	20.0
Neturi jokių pajamų	11	84.6	2	15.4

- - $p < 0.05$

Analizuojant gautus duomenis paaiškėjo, kad šimtaprocentinį poreikį išsakė invalidumo grupę turintys respondentai, bedarbiai ir studentai. Statistiškai patikimas nuomonės skirtumas tarp asmenų, gaunančių invalidumo pensijas. Šie respondentai priklauso asmenų, turinčių socialinį draudimą, grupei. Kitas pajamas gaunančių tiriamųjų skaičiai tarpusavyje skiriasi nereikšmingai (8 lentelė).

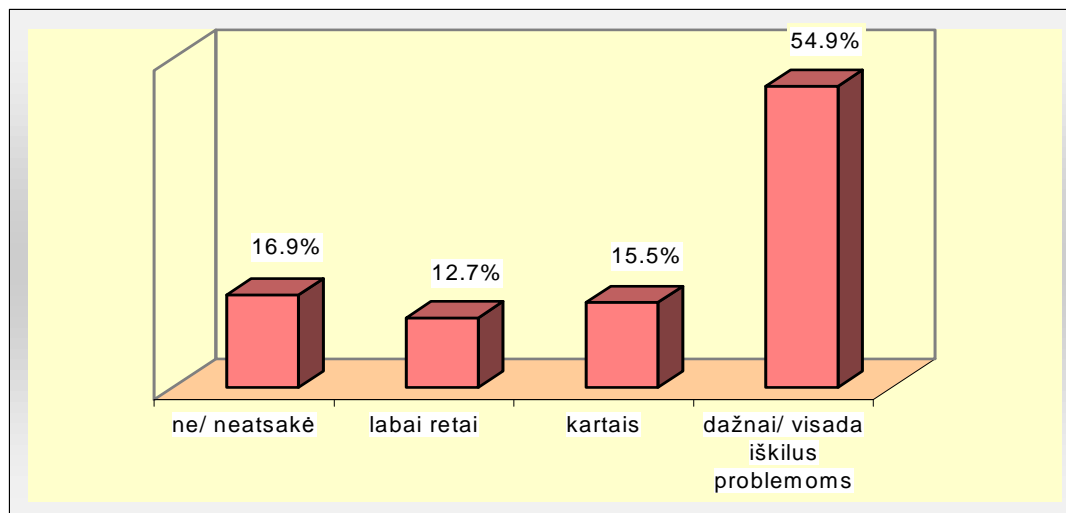
9 lentelė. Slaugytojo pagalbos poreikis pagal dažniausiai respondentų lankomas socialinių paslaugų įstaigas

Dažnai/ labai dažnai lankosi	Slaugytojo pagalba			
	Reikalinga		Nereikalinga	
	Absoliutus sk.	%	Absoliutus sk.	%
Nakvynės namuose	45	84.9	8	15.1
Nemokamo maitinimo įstaigose	27	87.1	4	12.9
Carito padaliniuose	14	82.4	3	17.6

Igyvendinant tyrimo uždavinius, buvo svarbu sužinoti, ar visose darbe minimose socialines paslaugas teikiančiose įstaigose klientams reikalinga slaugytojo pagalba. Statistiškai patikimai skiriasi duomenys tarp visų tirtų įstaigų ($p < 0.05$). Pagal duomenis, pateiktus 9 lentelėje, matyti, kad, nepriklausomai nuo įstaigos, kurioje dažniausiai lankosi respondentai, slaugytojo pagalba yra reikalinga. Stipriausias slaugytojo pagalbos poreikis pastebimas tarp tiriamųjų, dažnai besilankančių nemokamo maitinimo įstaigose. Taip teigia 27 (87.1 %) pastarieji klientai. Šiuos

duomenis derėtų papildyti faktu, kad prieš keletą metų asmenis, ateinančius į nemokamo maitinimo įstaigą “Betanija”, kelis kartus per savaitę konsultuodavo gydytojas savanoris.

Ne mažiau svarbu buvo išsiaiškinti, ar respondentai, gyvenantys nakvynės namuose ir besilankantys *Carito* padaliniuose, kreiptųsi į čia dirbančius slaugytojus.



8 pav. Slaugytojo pagalbos poreikio dažnumas respondentų tarpe

Dažnai ar visada, kai iškiltų klausimų bei problemų, į slaugytoją kreiptųsi 39 (54.9 %) tiriamieji. Kartais ar labai retai kreiptųsi dar 20 (28.2 %) klientų (8 pav.). Atsakymai į klausimą, ar kreiptųsi respondentai į slaugytoją, dirbantį socialines paslaugas teikiančioje įstaigoje, pasiskirstė statistiškai patikimai ($p < 0.01$).

Pastebima, kad ir šiuo klausimu moterys yra pozityviau nusiteikusios slaugytojų pagalbos atžvilgiu, tačiau skirtumas nėra statistiškai reikšmingas. 16 (69.6 %) respondenčių teigia, kad į slaugytoją kreiptųsi dažnai ar net visada iškilus klausimams ar problemoms. Neigiamai atsakė tik 2 (8.7 %) moterys. Tuo tarpu, tarp respondentų vyrų atsakymų skirtumai mažesni: 10 (20.8 %) jų teigia, kad niekada nesikreiptų į slaugytoją, dirbantį socialines paslaugas teikiančioje įstaigoje.

Ieškant ryšių, ar nuo respondentų amžiaus priklauso, kaip dažnai jie kreiptųsi į slaugytoją, dirbantį nakvynės namuose, *Carite* ar nemokamo maitinimo įstaigoje, paaiškėjo, kad tarp šių kintamųjų yra statistiškai reikšmingas skirtumas - $p < 0.05$ (10 lentelė).

10 lentelė. Slaugytojo pagalbos poreikio dažnumas priklausomai nuo klientų amžiaus

Respondentų amžiaus grupės	Pagalbos į slaugytoją kreiptųsi			
	Dažnai/ visada iškilus problemoms		Ne/ retai/ kartais	
	Absoliutus sk.	%	Absoliutus sk.	%
19 – 45 m.	15	42.9	20	57.1
46 – 61 m. ir >	24	66.7	12	33.3

Atsakymas, ar kreiptųsi respondentai į slaugytoją, tiesiogiai priklausė nuo jų amžiaus. Respondentai, priklausantys amžiaus grupėms nuo 46 metų, dažniau kreiptųsi į slaugytoją nei jaunesni kaip 45 metų. Kita vertus, pastebėta, kad atsakymas į šį klausimą nepriklauso nuo respondentų išsilavinimo ir nuo to, kaip jie vertina savo, kaip kliento, sveikatos priežiūrą.

Socialines paslaugas teikiančiose įstaigose besilankančių asmenų kreipimosi į slaugytoją dažnumas taip pat tiesiogiai priklauso nuo to, kaip jie vertina savo sveikatą (11 lentelė). Duomenų pasiskirstymas yra statistiškai patikimas ($p < 0.01$).

11 lentelė. Slaugytojo pagalbos poreikio dažnumas priklausomai nuo respondentų sveikatos

Savo sveikatą respondentai vertina	Pagalbos į slaugytoją kreiptųsi			
	Dažnai/ visada iškilus problemoms		Ne/ retai/ kartais	
	Absoliutus sk.	%	Absoliutus sk.	%
labai gerai/ gerai	4	28.6	10	71.4
patenkinamai	20	51.3	19	48.7
blogai	10	83.3	2	16.7
labai blogai	5	83.3	1	16.7

Kuo blogiau respondentai vertina savo sveikatą, tuo didesnė jų dalis teigia, kad į slaugytoją, dirbantį socialinę paramą teikiančioje įstaigoje, kreiptųsi dažnai ar visada iškilus problemos bei klausimams. 5 (83.3 %) labai blogai ir 10 (83.3 %) blogai savo sveikatą vertinančių tiriamųjų dažnai kreiptųsi į slaugytoją. Tuo tarpu, tą patį pažymėjo tik 4 (28.6 %) respondentai, labai gerai ar gerai vertinantys savo sveikatą.

Kadangi manyta, kad į slaugytoją socialinių paslaugų įstaigoje dažniau kreiptųsi klientai, neturintys socialinio draudimo, tirti ryšiai tarp šių kintamųjų (12 lentelė). Statistiškai reikšmingo skirtumo tarp atsakymų nėra.

12 lentelė. Slaugytojo paslaugų poreikio dažnumas priklausomai nuo respondentų pajamų

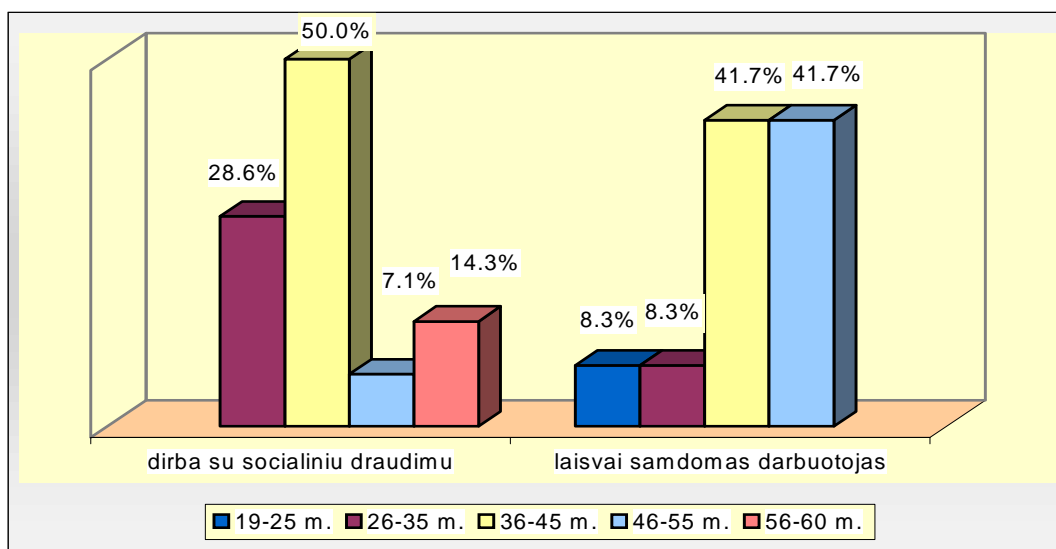
Gaunamos pajamos	Pagalbos į slaugytoją kreiptųsi			
	Dažnai/ visada iškilus problemoms		Ne/ retai/ kartais	
	Absoliutus sk.	%	Absoliutus sk.	%
Dirba su socialiniu draudimu	5	35.7	9	64.3
Dirba laisvai samdomu darbuotoju	7	58.3	5	41.7
Gauna invalidumo pensiją	10	71.4	4	28.6
Gauna senatvės pensiją	4	66.7	2	33.3
Gauna bedarbio pašalpą/ stipendiją	1	25.0	3	75.0
Gauna socialinę/ našlaičio pašalpą/ už vaikus	4	80.0	1	20.0
Neturi jokių pajamų	7	53.8	6	46.2

Mažiausiai tiriamųjų, atsakiusių, kad dažnai kreiptųsi į slaugytoją, yra tarp studentų, bedarbių, gaunančių pašalpą, bei dirbančių su socialiniu draudimu. Tai yra socialiai apdraustų asmenų grupės. Tačiau klientų, neturinčių jokių pajamų bei dirbančių be socialinio draudimo ir teigiančių, kad į slaugytoją kreiptųsi visada iškilus problemoms, skaičius nežymiai viršija penkiasdešimt procentų. Todėl ieškota atsakymo, kodėl beveik pusė socialinio draudimo neturinčių asmenų teigia, kad į slaugytoją, dirbantį jų lankomoje socialinėje įstaigoje kreiptųsi nedažnai ar visai nesikreiptų.

Gilesnė duomenų analizė parodė, kad respondentų, gaunančių bedarbio pašalpą ar stipendiją, atsakymas į klausimą, kaip dažnai kreiptųsi į slaugytoją, dirbantį socialinę paramą teikiančioje įstaigoje, nepriklauso nuo respondentų amžiaus, bet tiesiogiai priklauso nuo sveikatos įvertinimo.

Be to, visi 14 respondentų, dirbančių su socialiniu draudimu, savo sveikatą vertina kaip labai gerą, gerą ar patenkinamą. Taip pat savo sveikatą vertina 11 (91.7 %) respondentų, dirbančių laisvai samdomais darbuotojais, 10 (76.9 %) neturinčių jokių pajamų ir 3 (75.0 %) asmenys, gaunantys socialinę pašalpą ar stipendiją.

Reikia pastebėti, kad respondentų, dirbančių su socialiniu draudimu ir laisvai samdomais darbuotojais, tarpe daugiausiai yra asmenys, priklausantys amžiaus grupėms iki 45 metų.



9 pav. Respondentų, dirbančių su/ be socialinio draudimo, pasiskirstymas pagal amžių

Tarp dirbančiųjų su socialiniu draudimu 12 (78.6 %) respondentų yra iki 45 metų, o tarp dirbančių be socialinio draudimo – 7 (58.3 %) to pačio amžiaus asmenys (9 pav.). Dirbančių su socialiniu draudimu pasiskirstymo pagal amžių statistiškai patikimumas ($p < 0.05$).

Nevienodai dažnai slaugytojų paslaugomis naudotųsi respondentai gyvenantys nakvynės namuose, ateinantys į *Caritą* ar į nemokamo maitinimo įstaigą (13 lentelė).

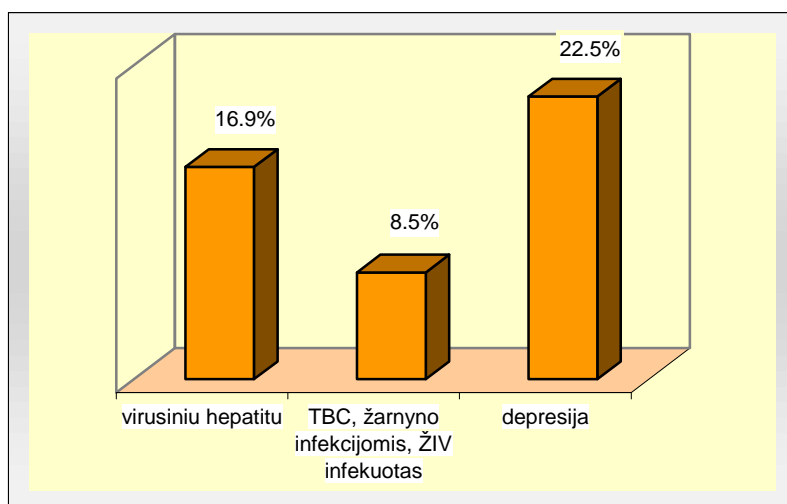
13 lentelė. Slaugytojo pagalbos poreikio dažnumas pagal dažniausiai lankomas įstaigas

Dažnai/ labai dažnai lankosi	Pagalbos į slaugytoją kreiptūsi			
	Dažnai/ visada iškilus problemoms		Ne/ retai/ kartais	
	Absoliutus sk.	%	Absoliutus sk.	%
Nakvynės namuose	33	62.3*	20	37.7*
Nemokamo maitinimo įstaigose	18	58.1	13	41.9
Carito padaliniuose	13	76.5*	4	23.5*

* - $p < 0.05$

13 (76.5 %) visų dažnai Carite apsilankančių asmenų dažnai ar visada iškilus problemoms kreiptūsi į slaugytoją. Taip pat atsakė ir 33 (62.3 %) respondentai, gyvenantys nakvynės namuose.

Siekiant išsiaiškinti socialines paslaugas teikiančių įstaigų klientų slaugos poreikius, tirta, kokiomis ligomis respondantai yra sirgę ar serga, dėl kokių sveikatos problemų dažniausiai kreipiasi į medikus, kokie negalavimai juos vargina.



10 pav. Klientai yra sirgę/ serga

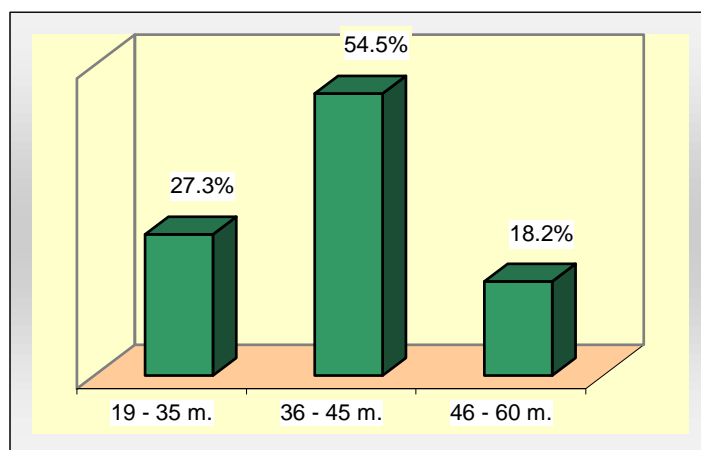
Ištirta, kad 16 (22.5 %) socialinių paslaugų įstaigų klientų yra sirgę ar serga depresija, 12 (16.9 %) yra sirgę virusiniu hepatitu, dar 6 (8.5 %) – TB ar žarnyno infekcijomis (į šį procentą įeina ir ŽIV infekuotas asmuo) (10 pav.). Respondentų, sirgusių minėtomis ligomis, pasiskirstymas yra statistiškai patikimas ($p < 0.01$).

Į medikus respondantai dažniausiai kreipiasi dėl profilaktinių patikrinimų – 19 (26.8 %) asmenų. Dėl širdies – kraujagyslių ligų dažnai į medikus kreipiasi 13 (18.3 %), o dėl virusinių bei peršalimo ligų – 11 (15.5 %) klientų. Kitos ligos, dėl kurių į medikus kreipiasi 9 (12.7 %) klientai - tai psichinės, nervų, ausų, akių, inkstų ligos. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal sveikatos problemas, dėl kurių dažniausiai tenka kreiptis į medikus yra statistiškai patikimas ($p < 0.01$).

14 lentelė. Slaugytojo pagalbos poreikio dažnumas priklausomai nuo dažniausių ligų

Ligos/ sveikatos problemos dėl kurių dažniausiai tenka kreiptis į medikus	Pagalbos į slaugytoją kreiptūsi			
	Dažnai/ visada iškilus problemoms		Ne/ retai/ kartais	
	Absoliutus sk.	%	Absoliutus sk.	%
Judamojo – atramos aparato ligos	5	100.0	-	-
Širdies – kraujagyslių, kraujodaros ligos	9	69.2	4	30.8
Virusinių bei peršalimo ligos	6	54.5	5	45.5
Kitų kvėpavimo takų ligos	3	75.5	1	24.5
Traumos	3	50.0	3	50.0
Kitos ligos	4	44.4	5	55.6
Perrišimo ir kitos procedūros, vaistų išrašymas	4	80.0	1	20.0
Profilaktinis patikrinimas, invalidumo pratęsimas	9	47.4	10	52.6

Pastebėta, kad visi klientai, dažniausiai į medikus besikreipiantys dėl judamojo – atramos aparato ligų bei 4 (80.0 %) besikreipiantys dėl įvairių procedūrų ar vaistų išrašymo, į slaugytoją, dirbančią socialinių paslaugų įstaigoje, kreiptūsi dažnai ar visada iškilus problemoms. Mažiausias procentas taip atsakusių klientų yra tarp tų, kurie dažniausiai kreipiasi į medikus dėl kitų ligų ar profilaktinių patikrinimų, invalidumo grupės pratęsimui - atitinkamai 4 (44.4 %) ir 9 (47.4 %) toms grupėms priklausantys respondents. 6 (54.5 %) asmenys, iš dažniausiai į medikus besikreipiančių dėl virusinių bei peršalimo ligų, taip pat teigia, kad iškilus problemoms kreiptūsi į slaugytoją (14 lentelė). Šis, palyginti nedidelis, procentas patvirtina 5 lentelėje pateiktus duomenis, kad nemažai klientų sunegalavę gydosi patys.



11 pav. Respondentai, dažniausiai į medikus besikreipiantys dėl virusinių, peršalimo ligų, pagal amžiaus grupes

Kita vertus, didžioji dalis 9 (81.8 %) iš 11 tiriamųjų, dažniausiai besikreipiančių dėl virusinių ar peršalimo ligų, yra jaunesni nei 46 metų (11 pav.). Tai yra, priklauso toms amžiaus grupėms, kurios rečiau kreiptūsi pagalbos į slaugytoją. Be to, visi šie respondentai savo sveikatą vertina labai gerai, gerai ar patenkinamai.

Kitas aspektas, kuriuo žvelgta į respondentų slaugos poreikius, tai dažniausiai juos varginančios sveikatos problemos. Skausmas vargina 27 (38.0 %) respondentus, kosulys – 26 (36.6 %), bloga nuotaika – 24 (33.8 %), o lėtinis nuovargis ir nemiga - atitinkamai 19 (26.8 %) ir 18 (25.4 %) tiriamųjų. Respondentų pasiskirstymas pagal dažniausiai varginančias sveikatos problemas statistiškai patikimas ($p < 0.05$)

15 lentelė. Slaugytojo pagalbos poreikio dažnumas priklausomai nuo sveikatos problemų

Respondentus dažnai vargina	Pagalbos į slaugytoją kreiptūsi			
	Dažnai/ visada iškilus problemoms		Ne/ retai/ kartais	
	Absoliutus sk.	%	Absoliutus sk.	%
Kosulys	19	73.1*	7	26.9*
Pakylanti temperatūra	4	50.0	4	50.0
Virškinimo sutrikimai	5	83.3	1	16.7
Skausmas	20	74.1*	7	25.9*
Bloga nuotaika	13	54.2	11	45.8
Nemiga	9	50.0	9	50.0
Lėtinis nuovargis	13	68.4	6	31.6

* - $p < 0.05$

Dažniausiai į slaugytoją, dirbančią socialinių paslaugų įstaigoje, kreiptūsi skausmo (20) ir kosulio (19) varginami klientai, nes tokių asmenų yra daugiausiai. Tarp šių asmenų nuomonės pasiskirsto statistiškai patikimai ($p < 0.05$). Tačiau didžiausia procentinė dalis besikreipiančių asmenų būtų tarp tų, kuriuos vargina virškinimo sutrikimai – 83.3 % (5). Rečiausiai kreiptūsi asmenys, kuriuos vargina dažnai pakylanti temperatūra, nemiga bei bloga nuotaika.

Taip pat analizuota, ar respondentų kreipimosi į slaugytoją dažnumas priklauso nuo ligų, kuriomis jie sirgo pastaraisiais metais (16 lentelė).

16 lentelė. Slaugytojo pagalbos poreikio dažnumas pagal pastaraisiais metais persirgtas ligas

Respondentai pastaraisiais metais sirgo	Pagalbos į slaugytoją kreiptūsi			
	Dažnai/ visada iškilus problemoms		Ne/ retai/ kartais	
	Absoliutus sk.	%	Absoliutus sk.	%
Širdies – kraujagyslių, kraujodaros ligomis	11	78.6*	3	21.4*
Infekcinėmis, virusinėmis, peršalimo ligomis	15	62.5	9	37.5
Kitomis kvėpavimo takų ligomis	7	87.5*	1	12.5*
Judamojo – atramos aparato ligomis	4	66.7	2	33.3
Urologinėmis, ginekologinėmis ligomis	3	60.0	2	40.0
Psichinėmis ligomis, turėjo psichologinių problemų	2	22.2*	7	77.8*
Turėjo traumų	3	42.9	4	57.1
Kitomis ligomis	5	62.5	3	37.5

* - $p < 0.05$

Daugiausiai besikreipiančių į slaugytoją būtų tarp respondentų, pastaraisiais metais sirgusių kvėpavimo takų ligomis – 7 (87.5 %) asmenys, širdies – kraujagyslių ligomis – 11 (78.6 %) asmenų. Kitos respondentų minimos ligos – tai endokrininės, virškinamojo trakto, akių, ausų, nervų ligos. Išskirtinai mažai (22.2 proc.) respondentų, pastaraisiais metais turėjusių psichologinių problemų ar sirgusių psichinėmis ligomis, iškilus sveikatos problemoms kreiptųsi į slaugytoją, dirbantį jų lankomoje įstaigoje.

Respondentų buvo klausama, ar jie pastaruoju metu perka vaistus. Šiuo klausimu siekta išsiaiškinti, ar respondentams reikalingi vaistai, ar jie gali jų nusipirkti, kokia dalis respondentų nesikreipia į medikus dėl vaistų.

Išaiškėjo, jog 22 (31.0 %) socialines paslaugas teikiančių įstaigų klientams pasitaiko, kad negali nusipirkti vaistų dėl pajamų stygiaus. 17 (23.9 %) respondentų perka vaistus savo nuožiūra, o 19 (26.8 %) jų neperka, nes mano, kad jiems jų nereikia. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal vaistų įsigijimo poreikius ir galimybes yra statistiškai patikimas ($p < 0.01$).

Ar respondentai perka vaistus, priklauso nuo jų amžiaus (17 lentelė).

17 lentelė. Respondentų, (ne)perkančių vaistų, pasiskirstymas pagal amžių

Respondentai vaistus	Amžiaus grupės			
	19 – 45 m.		46 – 61 m. ir >	
	Absoliutus sk.	%	Absoliutus sk.	%
Perka kompensuojamus	3	16.7*	15	83.3*
Perka pagal gydytojo paskyrimą	6	28.7*	15	71.3*
Perka pasitaręs tik su vaistininku	6	50.0	6	50.0
Perka savo nuožiūra	6	35.3	11	64.7
Neperka, nes nereikia	12	63.1	7	36.9
Neperka, nes neturi už ką nusipirkti	7	31.8	15	68.2

* - $p < 0.02$

12 (63.1 %) visų tiriamųjų, neperkančių vaistų, nes nereikia, priklauso amžiaus grupei iki 45 metų, o 15 (68.2 %) neperkančių vaistų dėl nepakankamų pajamų priklauso amžiaus grupei nuo 46 metų. Kiti duomenys parodo, kad vyresnio amžiaus socialinių paslaugų įstaigų klientai dažniau perka vaistus, labiau pasitiki savo žiniomis nei asmenys iki 45 metų.

18 lentelė. Slaugytojo pagalbos poreikis tarp respondentų neperkančių vaistų

Priežastys, kodėl neperka vaistų	Slaugytojo pagalba			
	Reikalinga		Nereikalinga	
	Absoliutus sk.	%	Absoliutus sk.	%
Nereikia	14	73.7	5	26.3
Neturi už ką nusipirkti	21	95.5*	1	4.5*

* - $p < 0.05$

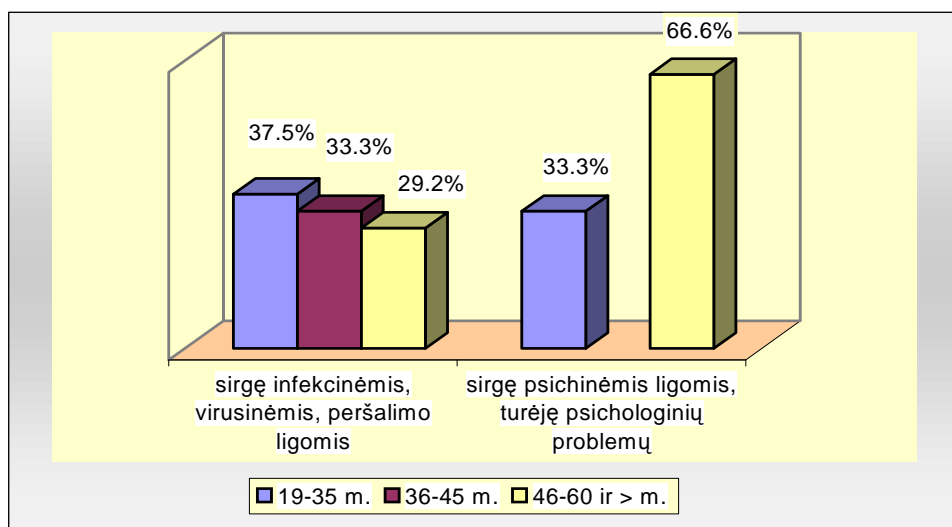
Tyrimo rezultatai parodė (18 ir 19 lentelės), kad 21 (95.5 %) asmens, neperkančio vaistų dėl pajamų stygiaus, nuomone slaugytojos pagalba socialines paslaugas teikiančioje įstaigoje yra reikalinga. 16 (72.7 %) jų kreiptusi į slaugytoją dažnai ar visada iškilus problemoms. Kitaip procentai pasiskirsto tarp respondentų, kurie neperka vaistų, nes mano, kad jiems jų nereikia. 14 (73.7 %) jų teigia, kad slaugytojos pagalba yra reikalinga, bet tik 5 (26.3 %) kreiptusi į slaugytoją iškilus problemoms ar klausimams.

19 lentelė. Slaugytojo pagalbos poreikio dažnumas tarp respondentų, neperkančių vaistų

Priežastys, kodėl neperka vaistų	Pagalbos į slaugytoją kreiptusi			
	Dažnai/ visada iškilus problemoms		Ne/ retai/ kartais	
	Absoliutus sk.	%	Absoliutus sk.	%
Nereikia	5	26.3*	14	73.7
Neturi už ką nusipirkti	16	72.7	6	27.3

* - p=0.01

Kadangi į slaugytoją, dirbantį socialinių paslaugų įstaigoje, nedažnai kreiptusi respondentai, pastaraisiais metais turėję psichologinių problemų (16 lentelė), buvo aktualu išsiaiškinti, kaip jie bei sirgę infekcinėmis, peršalimo ligomis pasiskirsto pagal amžiaus grupes (12 pav.).

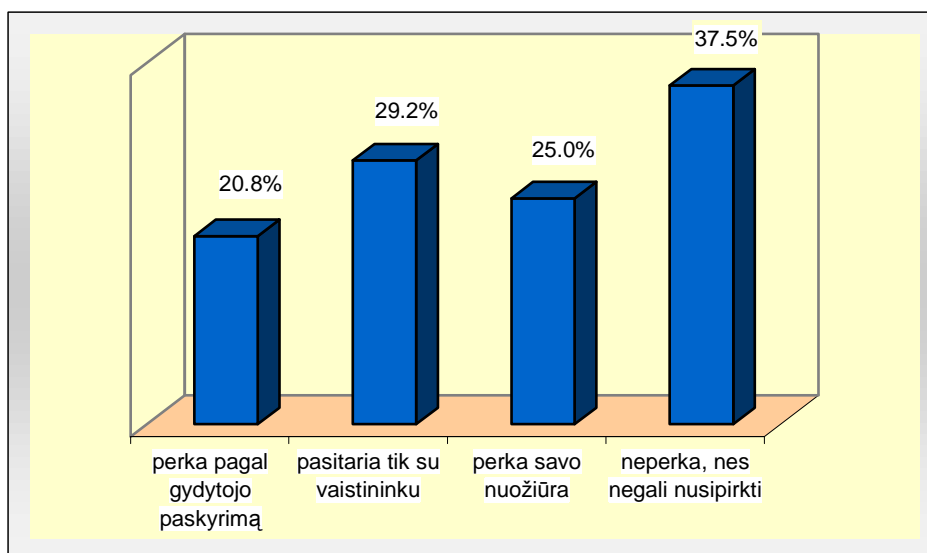


12 pav. Respondentai, pastaraisiais metais sirgę virusinėmis bei turėję psichologinių problemų pagal amžiaus grupes

Pastaraisiais metais sirgusių infekcinėmis, virusinėmis ar peršalimo ligomis asmenų tarpe daugiausiai – 17 (70.8 %) – priklauso amžiaus grupėms iki 45 metų. Tuo tarpu, 6 (66.6 %) tiriamieji, pastaraisiais metais turėję psichologinių problemų, priklauso amžiaus grupėms nuo 46 metų, o šių grupių asmenys linkę dažniau kreiptis į slaugytoją pagalbos (10 lentelė). Statistiškai patikimai pasiskirstė respondentai, sirgę minimomis ligomis, pagal amžių ($p < 0.02$). Pastebėta,

kad asmenų, pastaraisiais metais sirgusių infekcinėmis, virusinėmis, peršalimo ligomis bei turėjusių psichologinių problemų, didžioji dalis savo sveikatą vertina labai gerai, gerai ar patenkinamai. Tačiau statistiškai reikšmingo skirtumo tarp sveikatos įvertinimo analizuojamose respondentų grupėse nėra.

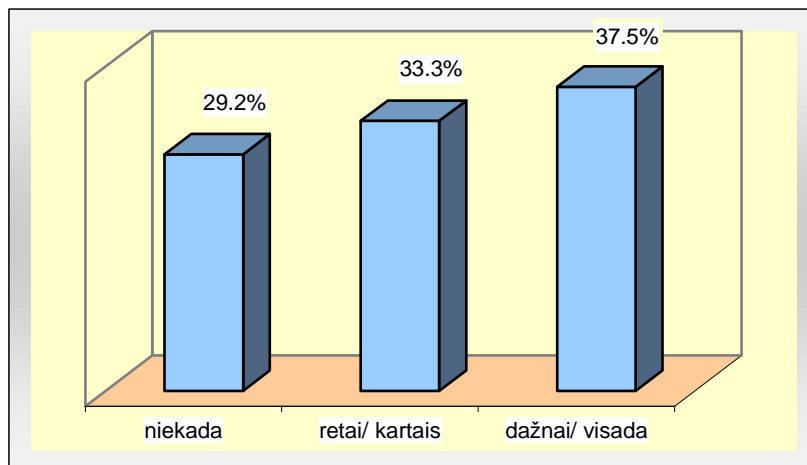
Peršalimo bei virusinėmis ligomis pastaraisiais metais sirgę asmenys buvo patyrinėti išsamiau.



13 pav. Respondentų, pastaraisiais metais sirgusių virusinėmis, peršalimo bei infekcinėmis ligomis, pasiskirstymas pagal požiūrį į vaistų pirkimą

9 (37.5 %) asmenys, pastaraisiais metais sirgę virusinėmis, peršalimo ar infekcinėmis ligomis, neperka vaistų dėl nepakankamų pajamų (13 pav.). Tokia pat dalis jų sunegalavę dažnai ar visada gydosi patys natūraliomis priemonėmis (14 pav.). Vaistus perka savo nuožiūra 6 (25.0 %) asmenys, o pasitarę tik su vaistininku – 7 (29.2 %). Respondentų, pasitariančių tik su vaistininku, pasiskirstymas yra statistiškai reikšmingas ($p < 0.05$).

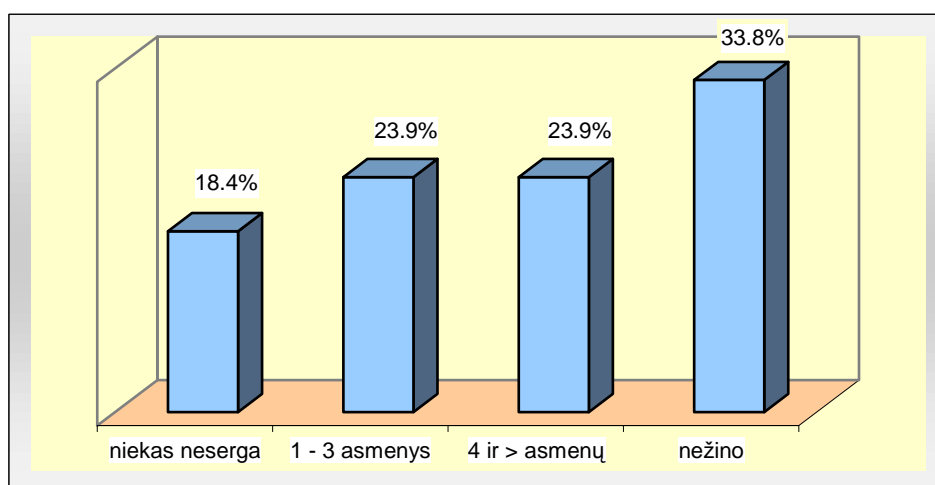
Dauguma socialines paslaugas teikiančių įstaigų klientų, pastaraisiais metais sirgusių infekcinėmis, virusinėmis ar peršalimo ligomis, sunegalavę nevengia gydytis patys natūraliomis priemonėmis (14 pav.): 9 (37.5 %) natūraliomis priemonėmis gydosi dažnai ar net visada, o 8 (33.3 %) retai ar kartais. Tiriamųjų, pastaraisiais metais sirgusių minėtomis ligomis, pasiskirstymas pagal natūralių gydymo priemonių naudojimą yra statistiškai patikimas ($p < 0.02$).



14 pav. Respondentų, pastaraisiais metais sirgusių virusinėmis, peršalimo bei infekcinėmis ligomis, pasiskirstymas pagal natūralių gydymo priemonių naudojimą

Kadangi nagrinėjamoje socialinėje atskirtyje esantys asmenys priklauso padidintos rizikos susirgti infekcinėmis ligomis grupei, analizuota, ar saugi respondentų aplinka šių ligų atžvilgiu.

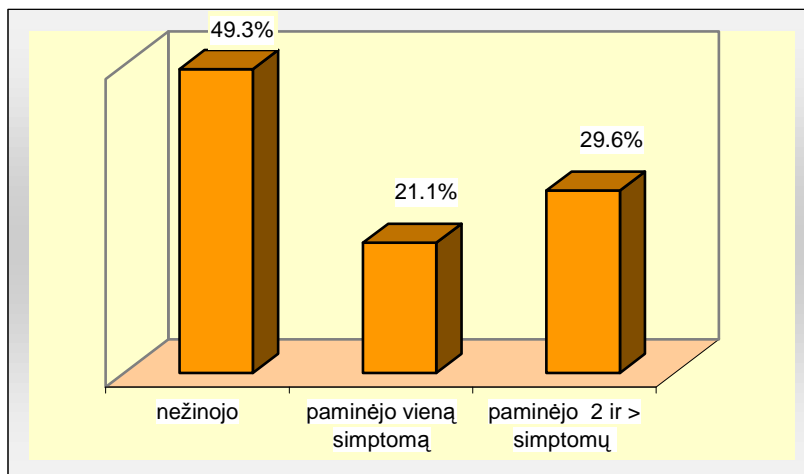
Pirmiausia, tirta, ar socialinių paslaugų įstaigų klientų aplinkoje yra sergančių tuberkulioze (15 pav.).



15 pav. Respondentų aplinkoje sergančių TB asmenų skaičius

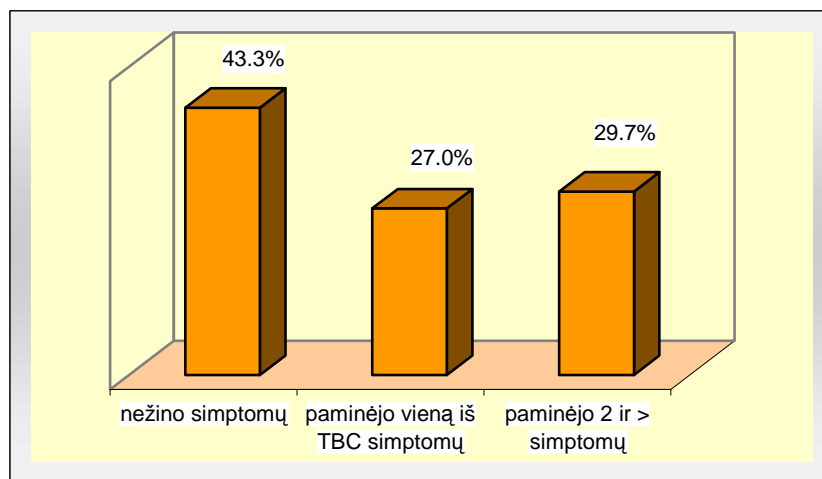
Tik 13 (18.4 %) respondentų buvo tikri, kad jų aplinkoje niekas neserga tuberkulioze. 24 (33.8 %) tiriamieji nežinojo, kas yra sirgęs, o dar 34 (47.8 %) teigia, kad tarp pažįstamų asmenų yra sirgusių ar sergančių TB.

Taip pat buvo svarbu sužinoti, ar respondentai žino tuberkuliozės simptomus (16 pav.).



16 pav. Respondentų paminėtų tuberkuliozės simptomų skaičius

Tyrimas parodė, kad 35 (49.3 %) tiriamieji nežino TB simptomų, t.y. paminėjo neteisingus simptomus arba pripažino nežinantys jų. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal paminėtų TB simptomų skaičių statistiškai patikimas ($p < 0.02$). Klausiant respondentų, ką jie žino apie tuberkuliozę, 37 (52.1 %) teigė, kad TB nustatoma tik pagal simptomus (20 lentelė). Tačiau paaiškėjo, kad 16 (43.3 %) pastarųjų klientų taip pat nežino tuberkuliozės simptomų (17 pav.).



17 pav. Paminėta TB simptomų tarp respondentų, teigiančių, kad TB nustatoma tik pagal simptomus

Respondentų žinios apie tuberkuliozę bei žarnyno infekcines ligas pateikiamos 20 lentelėje. Žinias gali lemti daugelis veiksnių. Šiame tyrime analizuota, ar žinioms turi įtakos respondentų amžius. Taigi, lentelėje ties kiekvienu teiginiu pateikiamas taip manančių visų respondentų skaičius, taip manančių 19 – 45 metų amžiaus respondentų skaičius bei vyresnių nei 45 metų respondentų skaičius.

20 lentelė. Respondentų žinios apie TB ir žarnyno infekcines ligas.

Respondentų žinios	Respondentų skaičius		Respondentų skaičius amžiaus grupėje			
			19-45 m.		46 –61 m. ir >	
	Sk.	%	Sk.	%	Sk.	%
TB neplinta	5	7.0*	5	14.3*	-	-
TB plinta per orą nuo žmogaus žmogui	58	81.7*	27	77.1	31	86.1
TB plinta per purvinas rankas	13	18.3*	2	5.8**	11	30.8**
TB neįmanoma nustatyti	2	2.8*	2	5.8	-	-
TB nustatoma tik pagal simptomus	37	52.1	19	55.1	18	50.4
TB nustatoma atlikus odos mėginį	18	25.4*	9	26.1	9	25.2
TB nustatoma pagal rentgenogramą	19	26.8*	5	14.5**	14	39.2**
TB gydoma ilgai gydytojo paskirtais vaistais	56	78.9*	31	89.9**	25	70.0**
TB nepagydoma/ pasveikstama savaime	6	9.9*	2	5.8**	4	14.5**
Nežinau TB simptomų	35	49.3*	17	49.3	18	50.4
Žarnyno infekcijos neplinta	2	2.8*	2	5.8	-	-
Žarnyno infekcijos plinta per orą	9	12.7*	4	11.6	5	14.0
Žarnyno infekcijos plinta per purvinas rankas	33	46.5	15	43.5	18	50.4
Žarnyno infekc. plinta per netinkamai paruoštą maistą	48	67.6*	22	63.8	26	72.8

* - $p < 0.02$

** - $p < 0.05$

Pastebima, kad kai kuriems teiginiams: tokiems kaip “TB neplinta”, “TB plinta per purvinas rankas”, “TB nustatoma pagal rentgenogramą”, “TB nepagydoma/ pasveikstama savaime”, - amžius yra reikšmingas veiksnys.

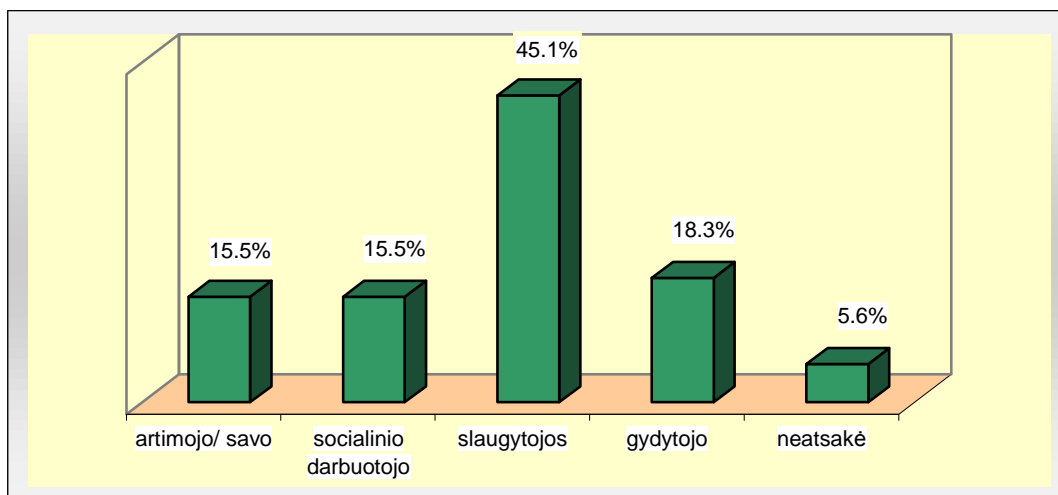
Sveikatos mokymas ir ugdymas – viena iš slaugytojos pareigų. Todėl tikslingai siekta išsiaiškinti socialines paslaugas teikiančių įstaigų klientų informacijos apie sveikatą šaltinius (21 lentelė).

21 lentelė. Informacijos apie sveikatą ir sveikatos priežiūrą šaltiniai

Informacijos apie sveikatą bei sveikatos priežiūrą šaltiniai	Respondentų skaičius	
	Absolūtus sk.	%
Žiūrėdamas TV	25	35.2*
Klausydamas radio laidų	14	19.7*
Skaitydamas knygas, straipsnius spaudoje, internete	13	18.3*
Diskutuodamas su draugais/ artimaisiais	20	28.2*
Iš socialinio/ <i>Carito</i> darbuotojo	11	15.5*
Iš gydytojo	28	39.4
Iš slaugytojo	12	16.9*
Man tai neįdomu, neaktualu	7	9.9*

* - $p < 0.02$

Daugiausiai respondentų informaciją apie sveikatą bei sveikatos priežiūrą gauna iš gydytojo ir žiūrėdami TV laidas – atitinkamai 28 (39.4 %) ir 25 (35.2 %) respondentai. 20 (28.2 %) tiriamųjų žinių apie sveikatą gauna diskutuodami su artimaisiais. Įdomu pastebėti, kad 13 (18.3 %) respondentų domėdamiesi sveikatos klausimais skaito knygas, straipsnius, naudojami internetu. Tuo tarpu, slaugytoja, kaip informacijos apie sveikatą ir sveikatos priežiūrą šaltinis, užima panašią poziciją kaip ir socialiniai darbuotojai. Iš slaugytojos informacijos sveikatos klausimais teigiamai 12 (16.9 %) tiriamųjų.



18 pav. Asmenys, kuriais respondentai labiausiai pasitikėtų, iškiltus klausimams apie sergančiojo priežiūrą

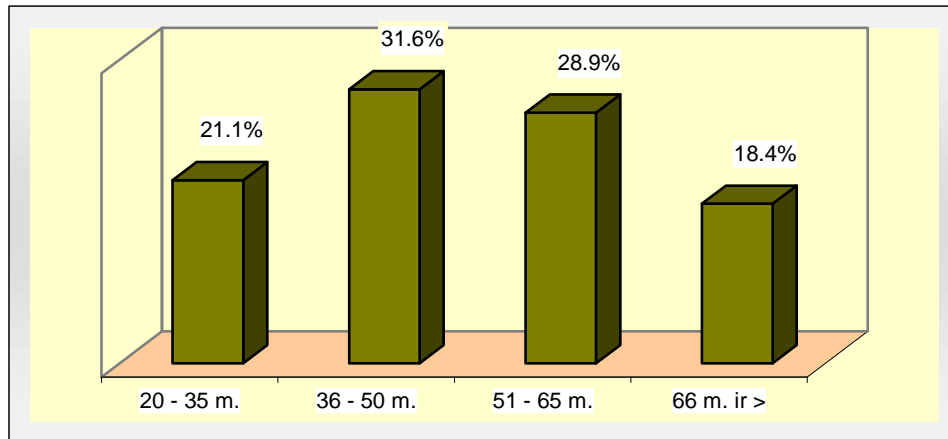
Tačiau slaugytojos patarimu, iškilus klausimams apie sergančiojo priežiūrą, respondentai pasikliautų labiausiai (18 pav.). Taip teigia 32 (45.1 %) tiriamieji. Pagal atsakymus, kuo labiausiai pasitikėtų, respondentai pasiskirstė statistiškai patikimai ($p < 0.01$).

4.2. Nakvynės namų ir *Carito* darbuotojų tyrimo rezultatai

Tyrimo dalyvavo 38 Vilniaus miesto ir Vilniaus Arkivyskupijos Nakvynės namų darbuotojai (išskytus slaugytojas, kurios buvo priskirtos kitai tiriamųjų grupei) bei Vilniaus Arkivyskupijos *Carito* darbuotojai. 11 (28.9 %) visų respondentų – vyrai, 27 (71.1 %) – moterys.

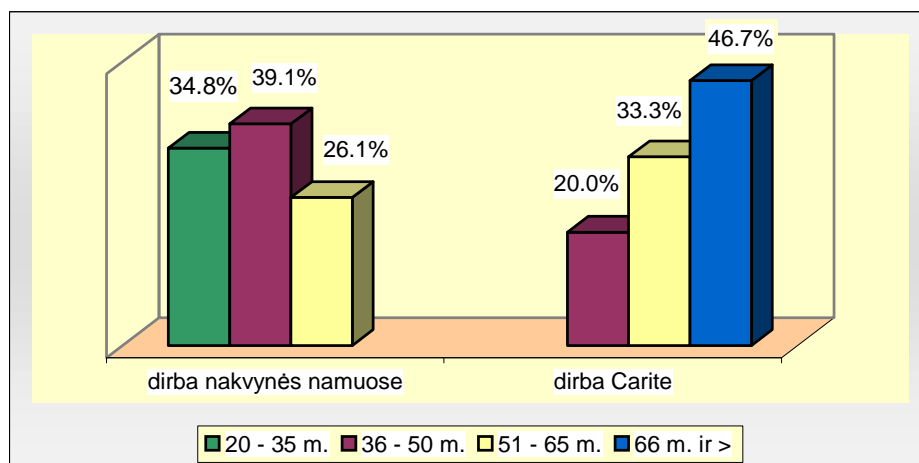
23 (60.5 %) tiriamieji dirba nakvynės namuose, 15 (39.5 %) – *Carito* skyriuose. Tarp nakvynės namų darbuotojų yra 3 (t.y. 7.9 % tiriamųjų) Vilniaus Arkivyskupijos Nakvynės namuose dirbantys asmenys.

Socialines paslaugas tekiančiose įstaigose dirbančių respondentų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes pateikiamas 19 paveiksle.



19 pav. Nakvynės namuose ir *Carite* dirbančių asmenų pasiskirstymas pagal amžių

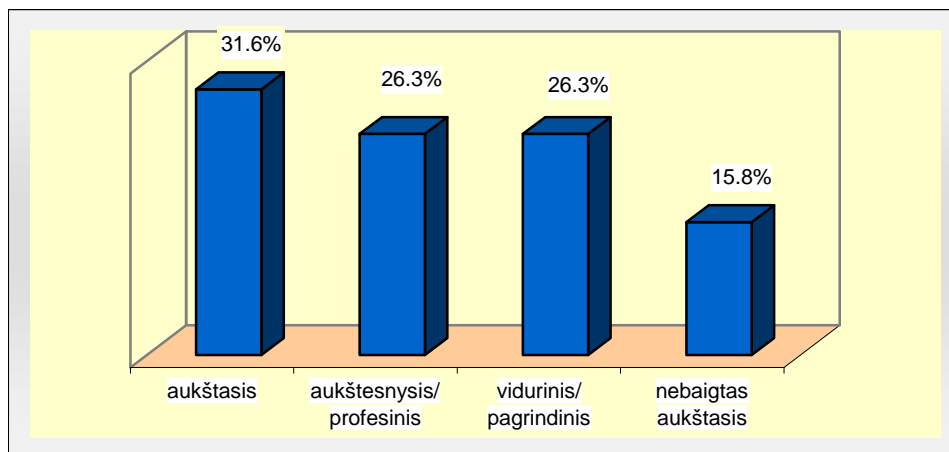
Daugiausiai respondentų - 12 (31.6 %) - priklauso amžiaus grupei nuo 36 iki 50 metų, mažiausiai – 7 (18.4 %) tiriamieji yra vyresni nei 66 metų. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių priklausomai nuo darbo vietos statistiškai patikimas ($p < 0.01$).



20 pav. Respondentų amžiaus grupės nakvynės namuose ir *Carite*. $p < 0.01$

Didžioji dalis - 17 (73.9 %) dirbančiųjų nakvynės namuose - jaunesni nei 51 metų amžiaus, o *Carito* darbuotojų tarpe – 12 (80.0 %) asmenų vyresni nei 50 metų (20 pav.).

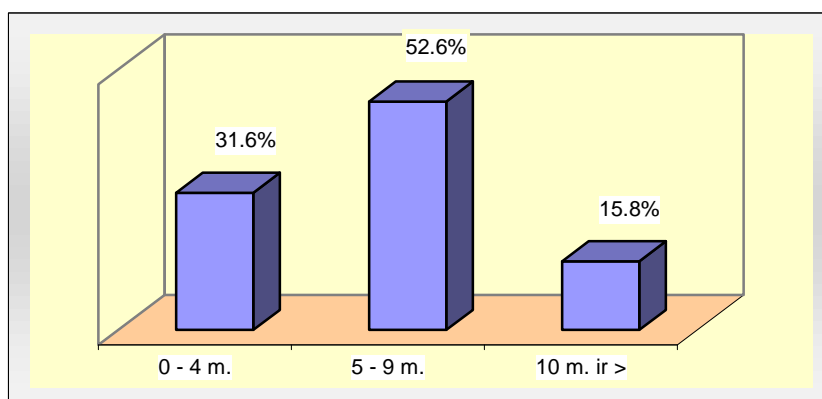
Dar vienas šios grupės tiriamųjų charakteristikos apibūdinimas – išsilavinimas. 12 (31.6 %) nakvynės namų ir *Carito* darbuotojų turi aukštąjį išsilavinimą, dar 6 (15.8 %) – nebaigtą aukštąjį išsilavinimą (21 pav.). Pastebėta, kad socialiniais darbuotojais nakvynės namuose dirba ir universitetų studentai.



21 pav. Nakvynės namuose ir *Carite* dirbančių asmenų pasiskirstymas pagal išsilavinimą

Vidurinių ar pagrindinių bei aukštesniųjų ar profesinių išsilavinimus yra įgyję po 10 (26.3 %) socialines paslaugas teikiančių įstaigų darbuotojų.

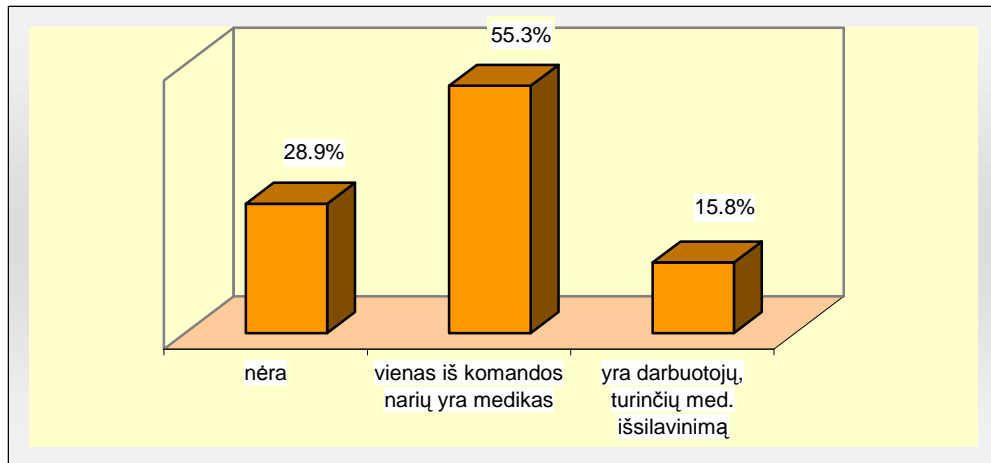
Daugiausiai tiriamųjų - 20 (52.6 %) darbuotojų su socialiai remtiniais asmenimis dirba 5 – 9 metus, 12 (31.6 %) dirba iki 4 metų (22 pav.).



22 pav. Nakvynės namuose ir *Carite* dirbančių asmenų darbo stažas

Mažesnę darbo stažą turinčiųjų grupėse didžiąją dalį sudaro nakvynės namų darbuotojai. Tuo tarpu, tarp respondentų, dirbančių socialinėje srityje daugiau kaip 10 metų, 5 (83.3 %) – *Carito* darbuotojai. Pagal darbo stažą respondentų pasiskirstymas statistiškai patikimas ($p < 0.02$).

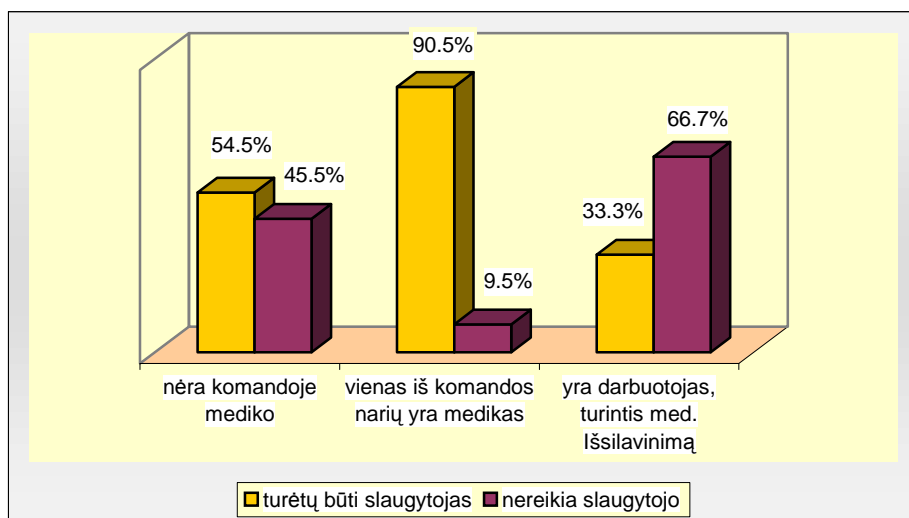
Ne visose tirtose socialines paslaugas teikiančiose įstaigose dirba slaugytojos.



23 pav. Respondentų komandoje yra/ nėra slaugytojas

Statistiškai patikimai pasiskirstė tiriamieji, atsakydami į klausimą, ar jų komandoje yra slaugytojas ar kitas medicininį išsilavinimą turintis darbuotojas ($p < 0.01$). 21 (55.3 %) respondentas teigia, kad dirba komandoje su slaugytoja (t.y. Vilniaus miesto nakvynės namų darbuotojai), 6 (15.8 %) tiriamieji pažymi, kad tarp jų yra medicininį išsilavinimą turinčių asmenų, bet jie nedirba komandiniu principu. 11 (28.9 %) respondentų teigia, kad jų komandoje slaugytojo nėra (23 pav.).

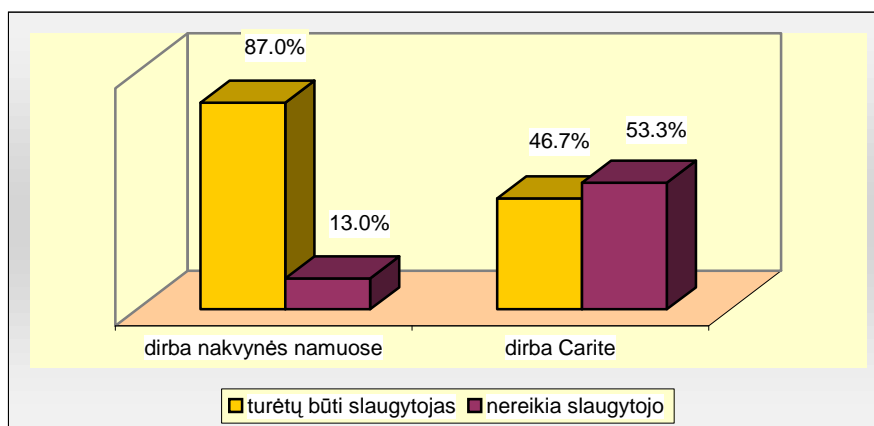
Nustatyta, kad didžioji dalis respondentų – 27 (71.1 %) – mano, kad dirbančiųjų su socialiai remtiniais asmenimis komandoje turi būti ir slaugytojas. Šis nuomonių skirtumas yra statistiškai patikimas ($p < 0.01$). Pastebėta, kad tiriamųjų nuomonė, ar jų darbo komandoje turėtų būti slaugytojas, priklauso ir nuo jų amžiaus, ir nuo socialinių paslaugų įstaigos, kurioje dirba respondentai, ir nuo to, ar komandoje jau yra slaugytoja.



24 pav. Slaugytojo, kaip komandos nario, poreikis priklausomai nuo esamos komandos

Analizuojant duomenis, pastebėta, kad tarp respondentų, kurių komandoje yra slaugytoja, 19 (90.5 %) teigia, kad ji turėtų būti komandoje. Taip pat teigia 6 (54.5 %) nakvynės namų ir *Carito* darbuotojai, kurių komandoje nėra slaugytojo ar kito medicininį išsilavinimą turinčio asmens bei 2 (33.3 %) tiriamieji, kurių tarpe yra medicininį išsilavinimą turinčių asmenų (24 pav.). Respondentų pasiskirstymas statistiškai patikimas ($p < 0.01$).

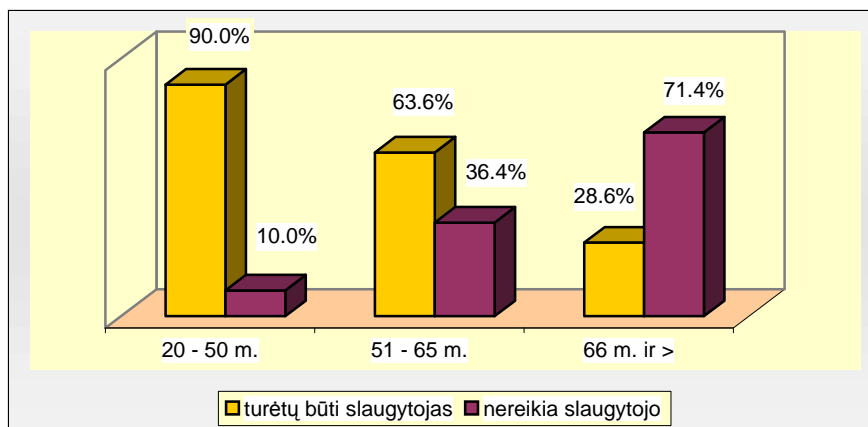
Respondentai, dirbantys nakvynės namuose ir *Carite* nevienodos nuomonės, ar dirbančiųjų su socialiai remtiniais asmenimis komandoje turėtų būti slaugytojas (25 pav.).



25 pav. Slaugytojo, kaip komandos nario, poreikis pagal respondentų darbo vietą

Statistiškai patikimai pasiskirsto respondentai socialines paslaugas teikiančiose įstaigose pagal išreikštą slaugytojo, kaip komandos nario, poreikį ($p < 0.01$). 20 (87.0 %) nakvynės namų darbuotojų mano, kad slaugytoja komandoje turi būti, o *Carito* darbuotojų didžioji dalis – 8 (53.3 %) – mano, kad slaugytojas jų komandoje nebūtinai.

Statistiškai patikimai skiriasi slaugytojo, kaip komandos nario, poreikis priklausomai nuo respondentų amžiaus ($p < 0.01$). Pastebėta, kad kuo vyresni respondentai, tuo dažniau abejojama slaugytojo poreikiu komandoje (26 pav.).



26 pav. Slaugytojo, kaip komandos nario, poreikis priklausomai nuo respondentų amžiaus

18 (90.0 %) socialines paslaugas teikiančių įstaigų 20 – 50 metų amžiaus darbuotojų teigia, kad slaugytojas šiose įstaigose yra reikalinga. Tuo tarpu, 5, o tai yra 71.4 % vyresnių nei 65 metų tiriamųjų mano, kad slaugytojo nereikia. Kadangi visi vyresni nei 65 metų respondentai yra *Carito* darbuotojai (žr. 20 pav.), galima teigti, kad šios tendencijos ypač ryškios *Carito* darbuotojų tarpe.

22 lentelė. Slaugytojo, kaip komandos nario, poreikis pagal respondentų amžių socialinių paslaugų įstaigose

Socialinių paslaugų įstaiga	Respondentų amžius	Slaugytoja komandoje			
		Turėtų būti		Nereikia	
		Absoliutus sk.	%	Absoliutus sk.	%
Nakvynės namuose	20 – 35 m.	6	75.0	2	25.0
	36 – 50 m.	9	100.0	-	-
	51 – 65 m.	5	83.3	1	16.7
<i>Carito</i> padalinyje	36 – 50 m.	3	100.0	-	-
	51 – 65 m.	2	40.0	3	60.0
	66 m. ir >	2	28.6	5	71.4

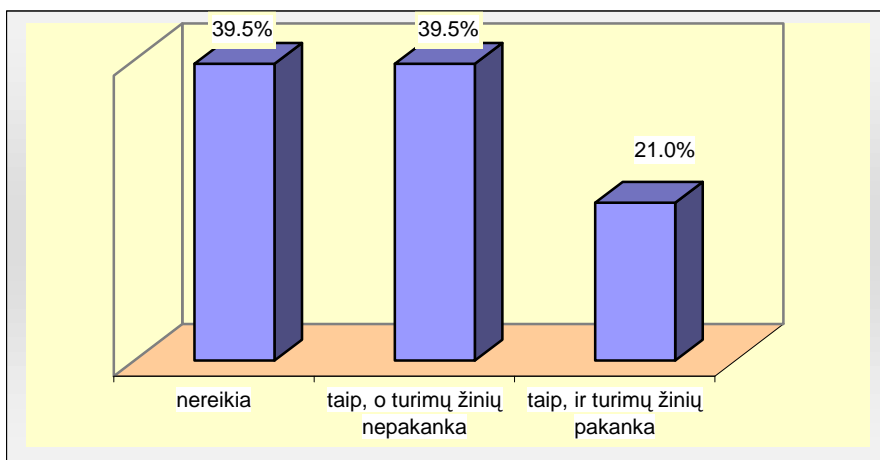
Minėtos atsakymų pasiskirstymo tendencijos išryškėjo vertinant tris kintamuosius: respondentų pasiskirstymą socialinių paslaugų įstaigoje pagal amžių bei jų nuomonę, ar reikalingas slaugytojas komandoje (22 lentelė). Visi 36 – 50 metų amžiaus respondentai, nepriklausomai nuo to, kur dirba, teigia, kad komandoje turėtų būti slaugytojas. Taip teigiančių procentas *Carito* darbuotojų tarpe didėjan amžiui labai staigiai krenta.

Siekiant ištirti slaugos paslaugų poreikį socialines paslaugas teikiančių įstaigų klientams, šių įstaigų darbuotojų klausta, su kokiomis sveikatos problemomis klientai susiduria dažniausiai. To paties buvo klausta ir pirmosios grupės tiriamųjų – klientų.

Statistiškai patikimas pasiskirstymas ($p < 0.01$) yra tarp respondentų, teigiančių, kad dažniausiai klientai serga psichinėmis ar priklausomybės ligomis (taip teigia 27 (71.1 %) tiriamieji), terapinėmis ligomis (7 (18.4 %) tiriamieji) ir teigiantys, kad klientai dažnai patiria traumas (11 (28.9 %) tiriamieji). Dar 19 (50.0 %) respondentų teigia, kad dažnai klientus vargina įvairios žaizdos, nušalimai, serga odos ir venerinėmis ligomis, 24 (63.2 %) darbuotojai mini peršalimo ligas.

Tos pačios klientų sveikatos problemos – priklausomybės ir psichinės ligos – respondentams kelia daugiausiai rūpesčių. 18 (47.4 %) tiriamųjų tarp daugiausiai rūpesčių keliančių ligų pažymėjo priklausomybės ligas, o 12 (31.6 %) psichines ligas bei psichologines klientų problemas.

Klientų sveikatos problemos bei medicininių žinių trūkumas gali sąlygoti slaugytojo, kaip komandos nario, poreikį. Todėl respondentų klausta, ar jiems prireikia medicininių žinių.

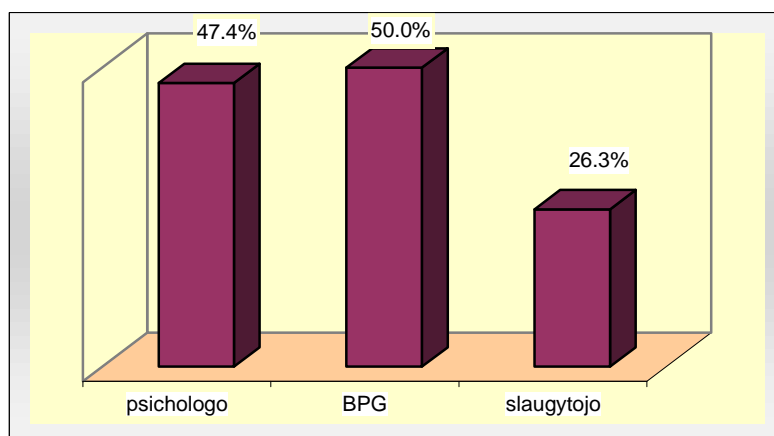


27 pav. Žinių apie sveikatą poreikis respondentų tarpe

15 (39.5 %) socialinių paslaugų įstaigų darbuotojų teigia, kad darbe jiems reikalingos medicininės žinios, ir jų jiems nepakanka. Tačiau tiek pat tiriamųjų atsakė, kad jiems medicininių žinių nereikia, nes klientai neišsako sveikatos problemų arba klientus sveikatos klausimais konsultuoja kitas komandos narys - slaugytoja (27 pav.).

Nedaug nakvynės namų ir *Carito* darbuotojų įvardino, kokių medicininių žinių jiems pritrūksta. 8 (21.1 %) tiriamieji teigia, kad pritrūksta psichologijos žinių, žinių apie psichines bei priklausomybės ligas, 6 (15.8 %) darbuotojams trūksta žinių apie peršalimo ir infekcines ligas. Dalis respondentų teigė, kad netrūksta jokių žinių, nes sveikatos klausimais klientų nekonsultuoja. Respondentų pasiskirstymas pagal žinių apie sveikatą poreikį yra statistiškai reikšmingas ($p < 0.01$).

Socialines paslaugas teikiančių įstaigų darbuotojų dar buvo klausiama, kokių specialistų trūksta komandoje dirbant su socialiai remtiniais asmenimis (28 pav.).



28 pav. Komandoje trūksta specialistų

Mažas skaičius teigiančių, kad komandoje trūksta slaugytojo yra dėl tos priežasties, kad 21 (55.3 %) respondentas paminėjo, kad jų komandoje jau yra slaugytojas (žr. 23 pav.). Kaip matyti pagal pateiktus duomenis, socialinių paslaugų įstaigose dirbantys asmenys labai norėtų dirbti komandoje su bendrosios praktikos gydytoju bei psichologu.

4.3. Vilniaus miesto nakvynės namuose dirbančių slaugytojų kokybinio tyrimo rezultatai

Tyrimė dalyvavo šešios slaugytojos, dirbančios Vilniaus miesto nakvynės namuose. Visos slaugytojos yra baigusios medicinos mokyklą: Vilniaus, Kauno, Utenos, Oriolo.

Slaugytojų bendras medicininio darbo stažas:

- 16 – 17 m. – 2 slaugytojos
- 35 – 37 m. – 2 slaugytojos
- 42 m. – 2 slaugytojos

Slaugytojų medicininio darbo stažas nakvynės namuose:

- 1 – 4 m. – 2 slaugytojos
- 5 – 6 m. – 3 slaugytojos
- 12 m. – 1 slaugytoja

Slaugytojų darbo krūvis nakvynės namuose:

- 1 etatas – 5 slaugytojos
- 1.5 etato – 1 slaugytoja

Trys slaugytojos papildomai dirba kitose medicininėse paslaugose teikiančiose įstaigose.

Slaugytojų darbo patirties respondentės yra įgyjusios:

- chirurginiuose skyriuose – 2 slaugytojos
- neurochirurginiame skyriuje – 1 slaugytoja
- operacinėje – 1 slaugytoja
- GMP (felčerė) – 1 slaugytoja
- gimdymo namuose, vaikų poliklinikoje,
vaikų l/d, motinos ir vaiko pensione – 2 slaugytojos
- pataisos namuose – 2 slaugytojos

Darbas šiuose skyriuose pravartus slaugytojoms savo specifinėmis žiniomis, kurios įgalina respondentes plačiau realizuoti savo patirtį. Vaikų poliklinikoje ir lopšelyje – darželyje, motinos ir vaiko pensionate bei gimdymo namuose dirbusios slaugytojos šiuo metu dirba Vilniaus miesto nakvynės namų filialuose, kuriuose klientai gyvena iki pusės metų, tame tarpe ir įvairaus

amžiaus moterys (viename iš filialų – moterys su vaikais). GMP ir pataisos namuose patirties įgyjusios slaugytojos dirba nakvynės namų filiale, kur leidžiama prisiglausti vienai nakčiai nepaisant apsvaigimo.

Slaugytojoms pateiktos anketos klausimus galima suskirstyti į kelias jungiančias temas:

1. Slaugos priemonės ir medikamentai.
2. Kvalifikacijos kėlimas ir žinių poreikis.
3. Klientų sveikatos problemos ir jų sprendimas.
4. Klientų informavimas ir sveikatos mokymas.
5. Slaugytojų sveikatos problemos ir saugi darbo aplinka.
6. Klientų sveikatos priežiūros organizavimo problemos ir jų sprendimo galimybės.

Tyrimo rezultatai pateikiami apjungiant respondenčių atsakymus pagal temas.

1. Slaugos priemonės ir medikamentai.

Slaugytojos, sprendamos nakvynės namų klientų sveikatos problemas, medikamentų naudoja labai minimaliai, nes dirbdamos bendrosios praktikos slaugytojomis labai ribotai gali skirti medikamentus be gydytojo paskyrimo. Todėl medikamentams skiriamos lėšos yra minimalios. Kita vertus, pavieniais atvejais, skatinamos atjautos, slaugytojos (ir socialiniai darbuotojai) pačios perka klientams reikalingus vaistus. Slaugytojos pažymi, kad pasigenda vaistų, nepriklausančių pirmosios pagalbos suteikimui nemedicininėje įstaigoje.

Respondentės pažymi, kad turėtų būti pakankamos atsargos vienkartinų švirkštų. Tai motyvuoja teigdamos, kad neretai klientams gydytojų paskiriami leidžiami vaistai, o švirkštai, kaip ir patys vaistai, jiems yra sunkiai įperkami.

Dėl dažnų pedikuliozės atvejų pritrūksta priemonių šiai problemai spręsti. Slaugytojos pastebi, kad ateinančių ar gyvenančių nakvynės namuose asmenų oda dažnai būna pažeista, atsiveria žaizdos. Pirminiam žaizdų sutvarkymui priemonių visada užtenka. Tačiau tvarsliaivos stoka patiriama, kai reikia perrišinėti žaizdas (ypač tromboflebitų atveju).

Nepaisant paminėto stygiaus, dvi slaugytojos pažymi, kad darbe slaugos priemonių nepritrūksta, nes atsargos papildomos visada, kai kreipiamasi į vyresniąją slaugos administratore, dirbančią kitame nakvynės namų filiale.

2. Kvalifikacijos kėlimas ir žinių poreikis.

Slaugytojos savarankiškai ieško informacijos, iškilusioms klientų sveikatos problemoms spręsti, tobulinasi ir kelia kvalifikaciją kursuose. Dažniausiai respondentėms prireikia žinių apie žaizdų priežiūrą, sveikatos būklės įvertinimą ir pirmosios pagalbos suteikimą, apie infekcines, virusines bei peršalimo ligas, apie širdies – kraujagyslių, priklausomybių bei neurologines ligas.

Viena slaugytoja su nakvynės namuose gyvenančiais asmenimis renka vaistinius augalus, juos tvarko ir saugo. Todėl šiai slaugytojai praverčia fitoterapijos žinios. Visoms minėtoms žinioms gilinti slaugytojos pageidautų ir kvalifikacijos kėlimo kursų.

Respondenčių nuomone, slaugytojos, dirbančios nakvynės namuose, turėtų įgyti bendruomenės slaugytojos kvalifikaciją, kad gautų daugiau teorinių žinių, kad galėtų efektyviau padėti klientams savo darbo vietoje. Pažymima, kad bendruomenės slaugytojos kvalifikacija reikalinga, nes daugelį klientų sveikatos problemų reikia spręsti savarankiškai – įvertinti problemą, priimti sprendimus, atitinkančius bendruomenės slaugytojos kvalifikaciją, funkcijas bei pareigas.

3. Klientų sveikatos problemos ir jų sprendimas.

Slaugytojos savarankiškai privalo spręsti įvairias klientų sveikatos problemas. Pirmoji pagalba bei pirminis žaizdos sutvarkymas – tai darbai, kuriuos dažnai atlieka slaugytojos, nepriklausomai nuo to, kuriuose nakvynės namuose dirba. Be to, slaugytojos rūpinasi patalpų, patalynės, čiužinių, klientų drabužių dezinfekcija.

Specifinės klientų sveikatos problemos iškyla slaugytojoms, dirbančioms nakvynės namuose, kur vienai nakčiai leidžiama prisiglausti ir apsvaigusiems nuo alkoholio ar narkotikų. Čia slaugytojos įvertina girtumo stadiją, abstinencijos sindromo sunkumą ir sprendžia, kokia pagalba yra reikalinga.

Vilniaus miesto nakvynės namuose, kur klientai gali gyventi iki pusės metų, slaugytojos turi galimybę geriau pažinti čia gyvenančius asmenis, jiems efektyviau padėti. Prieš apgyvendinant šiuose nakvynės namuose, visi klientai siunčiami atlikti tyrimus į TB bei odos ir venerinių ligų centrus. Slaugytojos kontroliuoja, kad visi asmenys turėtų gydytojo leidimą gyventi nakvynės namuose, kad laiku pakartotų paskirtus tyrimus. Šios respondentės rūpinasi, kad klientai būtų stacionarizuoti invalidumo nustatymui. Dažnai tenka slaugyti peršalimo ligomis sergančius asmenis, gydyti pedikuliozę. Yra galimybė sergančius apgyvendinti izoliatoriuje. Slaugytojos klientų sveikatos problemas pažymi klientų sveikatos lapuose. Taip pat pradedamos pildyti metinės suvestinės apie suteiktas slaugos paslaugas bei klientams diagnozuotas ligas.

Slaugytojos, įvertinusios klientų sveikatos būklę, esant reikalui kviečia GMP. Neretai socialinėje atskirtyje esantys asmenys dėl somatinių ligų nesikreipia į gydytojus arba jie nepriimami, nes neturi socialinio draudimo, asmens tapatybę liudijančio pažymėjimo. Todėl GMP slaugytojoms tenka kviesti, kai būklė būna jau labai sunki. Respondentės pažymėjo, kad GMP yra kvietusios dėl traumų, kraujavimų, bendro organizmo išsekimo, diabetinės komos, širdies – kraujagyslių ligų, alergijos, bronchinės astmos, kolikos priepuolių, epilepsijos priepuolių, intoksikacijos, apsinuodijimo alkoholio surogatais, vaikų infekcinių ligų.

4. Klientų informavimas ir sveikatos mokymas.

Klientams, gyvenantiems nakvynės namuose, slaugytojos ne tik teikia slaugos paslaugas, bet ir skaito paskaitas apie asmens higieną, TBC, pedikuliozę, tromboflebitą, ligų profilaktiką, imuniteto stiprinimą, vaistažoles, naujagimių ir vaikų ligas. Taip pat individualiai kalbasi su klientais jiems rūpimais sveikatos išsaugojimo bei problemų sprendimo klausimais.

Vienos nakties nakvynės namuose dažniausiai suteikiama informacija, kur sveikatos problemų turintys asmenys gali kreiptis dėl gydymo, žaizdų perrišimo. Šiuos asmenis priima vienoje Vilniaus m. poliklinikoje, kur sutvarkomos žaizdos, perrišamos, teikiamos konsultacijos, tereikia socialinės paramos centre pasiimti siuntimą. Socialinio draudimo neturintiems asmenims pagalbą teikia ir Motinos Teresės seserys.

Nors slaugytojos nevengia aiškinti klientams apie alkoholio žalą, tačiau apgailestaudamos pažymi, kad grįžtamojo ryšio nesulaukia. Neretai klientai, gavę informaciją, kur galėtų kreiptis dėl sveikatos problemų, nesugeba ja pasinaudoti.

5. Slaugytojų sveikatos problemas ir saugi darbo aplinka.

Penkios iš šešių slaugytojų nesijaučia saugios savo darbo vietoje. Nesaugumo jausmą sukelia pasitaikantis klientų agresyvumas, psichinėmis ligomis sergančių klientų neprognozuojamas elgesys, infekcinėmis ligomis sergantys asmenys. Pastaroji priežastis ypač aktuali vienos nakties nakvynės namuose, nes čia nereikalaujama pažymų iš TB ir odos – venerinių ligų centrų.

Slaugytojos, vardindamos savo sveikatos problemas, kurios galėjo kilti dėl darbo nakvynės namuose, minėjo gripą, plaučių uždegimą, anginą. Vienai slaugytojai įtariama TB. Sveikatos problemų priežastimis įvardinami ne tik sergantys klientai, bet ir šaltos patalpos. Keturios slaugytojos teigia, kad sveikatos problemų neturi.

6. Klientų sveikatos priežiūros organizavimo problemas ir jų sprendimo galimybes.

Vilniaus miesto nakvynės namuose dirbančios slaugytojos įvardino keletą sveikatos priežiūros, orientuotos į socialinėje atskirtyje esančius asmenis, organizavimo problemų.

- Viena dažniausių problemų – tai benamių stacionarizavimas bei apgyvendinimas pensionatuose, nes šie asmenys neretai neturi asmens tapatybę patvirtinančio dokumento, neturi socialinio draudimo.
- Klientai, kuriems paskirtas gydymas, dažnai neturi pakankamai pajamų paskirtiems vaistams įsigyti. Norėdamos spręsti šią problemą, slaugytojos, pagal savo galimybes, pačios pasirūpina, kad klientai gautų jiems reikalingų vaistų.

- Asmenų, neturinčių socialinio draudimo, sveikatos priežiūra šiuo metu tebesiremia medicinos darbuotojų altruizmu bei humaniškumu, nes šiems asmenims būtinajai medicininei pagalbai nepriklausančias paslaugas gali teikti tik neformaliai į savo darbą žiūrintys medikai.
- Nakvynės namuose dirbančiųjų komandoje trūksta psichologo.

Slaugytojos mano, kad nakvynės namų klientams būtų tikslingos chirurgo, BPG, psichologo, psichiatro toksikologo bei narkologo konsultacijos.

Viena slaugytoja, įvertindama klientų finansines problemas, mano, kad turėtų būti fondas, kuris finansuotų gydytojo paskirtus medikamentus asmenims, negalintiems jų įsigyti.

5. TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS

Tyrime nustatytos socialines paslaugas teikiančių įstaigų klientų charakteristikos nereikšmingai skiriasi nuo kitų tyrėjų atlikto benamių padėties Vilniaus mieste tyrimo duomenų [38]. Todėl tikėtina, kad nepaisant imties sudarymo būdo, gauti rezultatai atspindi paplitimą ir generalinėje visumoje.

Tyrime gauti rezultatai parodo, kad nakvynės namuose, nepriklausomai nuo jų pavaldumo, slaugos paslaugos yra reikalingos. Jomis dažniausiai naudotąsi klientai vyresni nei 46 metų amžiaus, blogai ar labai blogai vertinantys savo sveikatą, gaunantys invalidumo ar senatvės pensiją bei asmenys, neapdrausti privalomuoju sveikatos draudimu. Be šių patikimų duomenų išryškėjo ir kitos tendencijos, reikalaujančios gilesnių studijų.

Pastebėta, kad socialinių paslaugų įstaigų klientai, nesikreipiantys į gydytoją, kaip ir dažnai besikreipiantys, iškilus klausimams ar sveikatos problemoms dažnai kreiptųsi į slaugytoją, dirbančią jų lankomoje socialinių paslaugų įstaigoje. Tačiau darbe netirtos priežastys, kodėl šių įstaigų klientai nesilanko pas gydytoją. Tik pastebėta, kad 40.0 % visų nesilankiusių pas gydytoją sudaro laisvai samdomi darbuotojai, o 46.7 % – neperkantys vaistų, nes mano, jog jiems jų nereikia. Su kitais šiame darbe tirtais kintamaisiais patikimo ryšio nėra.

Nustatyta, kad retai į slaugytoją kreiptųsi nakvynės namų ir *Carito* klientai, pastaraisiais metais sirgę psichinėmis ligomis bei turėję psichologinių problemų. Tikėtina, kad tokį klientų požiūrį sąlygoja ne tik bendruomenės, sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų [40] stigmatizuojantis požiūris, bet ir šiomis ligomis sergančių asmenų savistigmatizacija [25, 40, 41]. Tyrime dalyvavusių asmenų socialinę izoliaciją lemia dvi priežastys: pirma, benamystė ar materialinis nepriteklus, antra, liga. Pastebėta, kad būtent šios klientų sveikatos problemos dirbantiems socialines paslaugas teikiančiose įstaigose kelia daugiausiai rūpesčių. Bendruomenės slaugytoja, dirbdama šiose įstaigose, galėtų kompetentingai įvertinti kliento slaugos poreikius bei suteikti reikiamą ir jos įgaliojimus atitinkančią pagalbą.

Pirmoji tiriamųjų grupė – socialines paslaugas teikiančių įstaigų klientai – priklauso didelės rizikos grupėms sveikatos netolygumų prasme [7]. Vienas iš sveikatos netolygumų apraiškų – padidinta rizika susirgti TB [4]. Tai patvirtina ir atlikto tyrimo rezultatai, nes tik 18.4 % tiriamųjų yra tikri, kad jų aplinkoje niekas neserga tuberkulioze. Be to, 49.3 % klientų nežino nei vieno šios ligos simptomo. Šie veiksniai gali įtakoti ne tik padidintą susirgimo tikimybę, bet ir uždelstą kreipimąsi į medikus. Nakvynės namuose gyvenantys asmenys yra saugesni TB užsikrėtimo atžvilgiu nei klientai, ateinantys vienai nakčiai. Tai sąlygota paslaugų teikimo organizavimo nakvynės namuose ypatumų. Pastarieji klientai priimami į nakvynės namus nepateikę gydytojo pažymos, patvirtinančios, jog jie gali gyventi kartu su kitais. Be to, šie

klientai neretai stacionarizuojami dėl TB esant stipriam organizmo išsekimui. Ši problema, tikėtina, dažniausiai susijusi su kliento abejingumu savo ir kitų sveikatos atžvilgiu. Tačiau, Pažeidžiamųjų grupių atstovavimo koalicijos “Galiu gyventi” ir Nacionalinės sveikatos tarybos atlikto socialinio pakantumo tyrimo rezultatai [18] verčia sudvejoti, ar sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose įstaigose dirbantys medikai visada holistiškai įvertina gyvenamosios vietos neturinčio asmens sveikatą.

Reikia pastebėti, kad darbe tirtos minimalios klientų žinios tik apie dalį infekcinių ligų. Tuo tarpu, bendruomenės slaugytojos darbo socialines paslaugas teikiančioje įstaigoje organizavimui būtų naudinga žinoti ir su kitomis sveikatos problemomis susijusias klientų žinias.

Tyrimė nėra lyginami klientų slaugos poreikiai, priklausomai nuo įstaigos, kurioje jie dažniausiai lankosi. Tolimesniuose tyrimuose *Carito* ir nakvynės namų klientai turėtų būti tiriami kaip dvi atskiros grupės, nes nakvynės namuose besilankantys asmenys turi galimybę kreiptis į čia dirbančią slaugytoją ir galėtų išsakyti nuomonę apie slaugos paslaugų teikimo trūkumus. Tuo tarpu, tik parapijų *Carito* skyriuose besilankantys asmenys neturi tokios patirties.

Antrosios tiriamųjų grupės – nakvynės namų ir *Carito* darbuotojų – tyrimo rezultatai parodė, kad slaugytojos, kaip komandos nario, poreikis ženkliai stipresnis tarp nakvynės namų darbuotojų, kurie dirba vienoje komandoje su bendrosios praktikos slaugytoja. Daugiau abejonių šiuo klausimu išreiškia *Carite* dirbančios vyresnio amžiaus savanorės. Manau, kad pagrindinė abejonių priežastis ta, kad šios savanorės bendruomenės slaugytojos funkcijas sutapatina su biomedicininio modelio slaugytojos – gydytojo paskyrimų vykdytojos – funkcijomis. Kita priežastis – *Carito* savanorės, turinčios medicininį išsilavinimą: karitietės, dirbančios kartu su šiomis savanorėmis, gali nepatirti ir slaugytojos, kaip komandos narės, stygiaus. Remdamasi tyrimo duomenimis ir karitatyvinio darbo patirtimi, manau, kad, tiriant slaugos paslaugų poreikį parapijų *Carito* skyriuose, tikslingiau tyrimą organizuoti stebėjimo metodu.

Reikia pastebėti, kad nakvynės namuose dirbančių slaugytojų darbo pobūdis sąlygoja jų poreikį įgyti bendruomenės slaugytojos kvalifikaciją. Siekiant objektyviai nustatyti socialines paslaugas teikiančių įstaigų klientų slaugos poreikius, reikėtų tobulinti teikiamų slaugos paslaugų dokumentaciją. Nustačius klientų poreikius, galima detalizuoti, kokių kvalifikacijos kėlimo kursų reikėtų slaugytojams, dirbantiems su socialinėje atskirtyje esančiais asmenimis.

6. IŠVADOS

1. Socialinėje atskirtyje esančių asmenų sveikatos priežiūros ir slaugos poreikiai dažniausiai susiję su širdies – kraujagyslių, peršalimo ir virusinėmis ligomis. Dauguma Vilniaus miesto nakvynės namų ir socialines paslaugas teikiančių *Carito* įstaigų klientų serga priklausomybės bei psichinėmis ligomis. Slaugytojas ypatingą dėmesį turėtų kreipti į socialines paslaugas teikiančių įstaigų klientų sveikatos mokymą, nes ištirta, kad jų žinios apie sveikatos išsaugojimą, infekcines ir kitas ligas yra nepakankamos.
2. Socialinėje atskirtyje esančių asmenų nuomone, slaugytojo pagalba socialines paslaugas teikiančioje įstaigoje yra reikalinga. Ši nuomonė nepriklauso nuo respondentų amžiaus, lyties, išsilavinimo, sveikatos būklės bei nuo to, ar asmenys yra apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu. Daugiau nei pusė jų, iškilus klausimams bei sveikatos problemoms, dažnai kreiptųsi į slaugytoją. Dažniau kreiptųsi vyresni nei 46 metų, blogai vertinantys savo sveikatą socialines paslaugas teikiančių įstaigų klientai.
3. Socialinės atskirties asmenų nuomonė dėl slaugytojo pagalbos socialines paslaugas teikiančioje įstaigoje reikalingumo nepriklauso nuo to, kokioje įstaigoje jie dažniausiai lankosi. Tačiau pagalbos į slaugytoją dažniau kreiptųsi asmenys, dažnai besilankantys *Carite*, kur slaugos paslaugos nėra teikiamos.
4. Dirbančiųjų įstaigose, teikiančiose socialines paslaugas socialiai remtiniams asmenims, nuomone, jų komandoje turėtų būti slaugytojas. Pastebėta, kad didesnė dalis vyresnių nei 66 metų *Carito* darbuotojų mano, kad slaugytojos paslaugos aptarnaujant klientus *Carito* padalinyje, nereikalingos. Reikėtų atlikti tolesnį tyrimą siekiant nustatyti tokios nuomonės priežastis.
5. Vilniaus miesto nakvynės namuose teikiamos slaugos paslaugos atitinka ištirtus klientų slaugos poreikius. Tai lemia slaugytojų pasiaukojantis darbas ir empatija klientų sveikatos problemų atžvilgiu. Sveikatos priežiūros ir slaugos paslaugų teikimo finansavimas turi būti reglamentuotas. Šios paslaugos neturėtų būti teikiamos vien tik darbuotojų asmeninės materialinės ir psichologinės gerovės sąskaita.

7. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

1. Teikti bendruomenės slaugos paslaugas nakvynės namuose, priklausančiuose ne tik savivaldybėms, bet ir nevyriausybinėms organizacijoms.
2. Tobulinti nakvynės namuose suteikiamų slaugos paslaugų dokumentavimą, kad būtų objektyviai įvertintini klientų slaugos poreikiai.
3. Remiantis nakvynės namų klientų slaugos paslaugų poreikiais, organizuoti kvalifikacijos kėlimo kursus slaugytojams, dirbantiems su socialinėje atskirtyje esančiais asmenimis.
4. Socialinėje atskirtyje esančių asmenų informuotumui didinti, parengti lankstinukus sveikatos išsaugojimo bei stiprinimo klausimais ir juos platinti socialines paslaugas teikiančiose įstaigose bei organizacijose.
5. Siekiant iširti, ar tikslinga teikti slaugos paslaugas *Carito* skyriuose, juose organizuoti tyrimą, paremtą stebėjimo metodu.

LITERATŪROS SĄRAŠAS:

1. Bačkis J. Interviu Katalikų radijo “Mažajai studijai” [interaktyvus]/ kalbino J. Sasnauskas, 2005. Prieiga per Internetą: <<http://vilnius.lcn.lt/arkivyskupas/kalbos/>>
2. Barden I., Vogel A., Wodraschke G. Ligonių slaugymas namuose/ Kaunas, 2004
3. European Commission, Communication to the Council, the European Parliament the Economic and Social Committet of the Region. RAF John Report on Social inclusion. 2001.
4. European Federation of National Organisations working with the Homeless.Tuberculosis and Homelessness [interaktyvus]/ Brussels, 2005. Prieiga per Internetą: <<http://www.feantsa.org/files/>>
5. Forumo “Visuomenės sveikata ir bendruomenė” rezoliucija [interaktyvus]/ Lietuvos Respublikos Seimas/ Vilnius, 2003 m. balandžio 24 d. Nr. N-9. Prieiga per Internetą: <<http://www.3lrs.lt>>
6. II Vatikano Susirinkimo nutarimai. Konstitucijos, dekretai, deklaracijos/ Rytų Aukštaitijos katalikų jaunimo centras/ Kaunas, 1994.
7. Jankauskienė D. Sveikatos netolygumai ir jų šalinimo galimybės/ Pranešimas skaitytas respublikinėje mokslinėje – praktinėje konferencijoje “Socialinė sveikata: dabartis ir perspektyvos”/ Vilnius, 2006.
8. Lietuvos Katalikų Bažnyčios informacijos centras. Lietuvos Caritas apibendrina savo rezultatus/ Bažnyčios žinios, 2004, Nr. 8 (200), p. 6-7.
9. Lietuvos Katalikų Bažnyčios informacijos centras. Vilniaus arkivyskupijos socialinės veiklos ataskaitos pristatymas/ Bažnyčios žinios, 2005, Nr. 10 (226), p. 7-9.
10. Lietuvos politinių partijų Susitarimas dėl visuomenės sveikatos stiprinimo už sveiką Lietuvą [interaktyvus]/ Lietuvos Respublikos Seimas, 2004. Prieiga per Internetą: <<http://www.3lrs.lt>>
11. Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. Integracija į Europos Sąjungą ir tarptautinis bendradarbiavimas/ Socialinis pranešimas/ Vilnius, 2002., p. 61-82
12. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas “Dėl Lietuvos higienos normos HN 125:2004 “Socialinių paslaugų įstaigos: bendrieji saugos sveikatai reikalavimai” patvirtinimo”/ 2004, Nr. V-57/ Valstybės žinios, 2004, Nr. 32.

13. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas “Dėl Lietuvos medicinos normos MN 57:1998 “Bendruomenės slaugytoja (slaugytojas) papildymo”/ 2000, Nr.671/ Valstybės žinios, 2000, Nr.102.
14. Lietuvos Respublikos Seimas. Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas/ 2002, Nr.IX-886/ Valstybės žinios, 2002, Nr.56.
15. Lietuvos Respublikos 2004-2006 metų Nacionalinis kovos su skurdu ir socialine atskirtimi veikslių planas [interaktyvus]. Prieiga per Internetą: <http://www.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/soc-incl/nap_incl_2004_lt.pdf>
16. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2003. Užkrečiamosios ligos ir kitos aktualios visuomenės sveikatos problemos/ Vilnius, 2004.
17. Pažeidžiamųjų grupių atstovavimo koalicija. Geros politikos ir patirties sklaida sprendžiant narkomanijos problemas/ Projekto rezultatų santrauka [interaktyvus]/ Vilnius, 2005. Prieiga per Internetą: <<http://www.galiugyventi.lt>>
18. Pažeidžiamųjų grupių atstovavimo koalicija. Koalicijos “Galiu gyventi” ir Nacionalinės sveikatos tarybos socialinio pakantumo tyrimas [interaktyvus]/ 2005. Prieiga per Internetą: <<http://www.galiugyventi.lt/new/>>
19. Pošus A. Žmogaus meilės/ Vilnius, 1995.
20. Соловьева З. Обитатели Ночлежки и других благотворительных организаций в перспективе социологии повседневности /ЦНСИ [interaktyvus]. 2001, Nr. 9 [žiūrėta 2006-03-20]. Prieiga per Internetą: <<http://www.indepsocres.spb.ru/>>
21. Statistikos Departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. Darnaus vystymosi rodikliai [interaktyvus]. 2004. Prieiga per Internetą: <<http://www.stat.gov.lt>>
22. Statistikos Departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. Benamiai: kiek jų ir kokie jie [interaktyvus] / Statistikos Departamento informacinis pranešimas, 2003. Prieiga per Internetą: <<http://www.std.lt/naujienos/>>
23. Susitarimo konferencijos “Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo tarpinis vertinimas” rezoliucija [interaktyvus]/ Lietuvos respublikos Seimas, 2005. Prieiga per Internetą: <<http://www.3lrs.lt>>
24. The Caritas Europa Report on poverty in Europe/ Caritas Internationalis [interaktyvus]. 2002. Prieiga per Internetą: <<http://www.caritas.org/>>
25. Thornicroft G., Tansela M. Mental Health Outcoma Measures/ Berlin, 1996.
26. Vilniaus arkivyskupija. Vilniaus arkivyskupijos socialinės veiklos ataskaita 2004/ Vilnius, 2005.

27. Vilniaus miesto nakvynės namų filialo metinė ataskaita [interaktyvus]/ Elektroninis pranešimas nuo: Janina Kulienė, 2000.
28. Vilniaus miesto nakvynės namų filialo metinė ataskaita [interaktyvus]/ Elektroninis pranešimas nuo: Janina Kulienė, 2001.
29. Vilniaus miesto nakvynės namų filialo metinė ataskaita [interaktyvus]/ Elektroninis pranešimas nuo: Janina Kulienė, 2002.
30. Vilniaus miesto nakvynės namų filialo metinė ataskaita [interaktyvus]/ Elektroninis pranešimas nuo: Janina Kulienė, 2003.
31. Vilniaus miesto nakvynės namų filialo metinė ataskaita [interaktyvus]/ Elektroninis pranešimas nuo: Janina Kulienė, 2004.
32. Vilniaus miesto nakvynės namų filialo metinė ataskaita [interaktyvus]/ Elektroninis pranešimas nuo: Janina Kulienė, 2005.
33. Vilniaus miesto nakvynės namų “Sala” metinė ataskaita [interaktyvus]/ Elektroninis pranešimas nuo: Vikentij Suchovej, 2003.
34. Vilniaus miesto nakvynės namų “Sala” metinė ataskaita [interaktyvus]/ Elektroninis pranešimas nuo: Vikentij Suchovej, 2004.
35. Vilniaus miesto nakvynės namų “Sala” metinė ataskaita [interaktyvus]/ Elektroninis pranešimas nuo: Vikentij Suchovej, 2005.
36. Vilniaus miesto savivaldybė. Esama pirminės sveikatos priežiūros padėtis ir jos plėtra 2001-2010m. [interaktyvus]. Prieiga per Internetą: <<http://www.vilnius.lt/new/>>
37. Vilniaus miesto savivaldybė, Lietuvos sutrikusio intelekto žmonių globos bendrija “Viltis”. Socialinės paslaugos vilniečiams/ Vilnius, 2005
38. Vilniaus miesto savivaldybės ekonomikos departamento ir Vilniaus pedagoginio universiteto regioninės geografijos katedros tyrimo ataskaita/ Socialinę paramą gaunančių asmenų ir bedarbių padėties Vilniaus mieste analizė/ Vilnius, 2003
39. Vilniaus miesto savivaldybė. Vilniaus miesto ir Lietuvos gyventojų sveikatą apibūdinančių rodiklių lyginamoji charakteristika. Bendrieji tikslai ir priemonės jiems įgyvendinti [interaktyvus]. 2005. Prieiga per Internetą: <<http://www.vilnius.lt/new/>>
40. Warner R. Šizofrenijos aplinka. Praktikos, politikos ir komunikacijos naujovės/ Vilnius, 2003.
41. Зозуля Т.В. Основы социальной и клинической психиатрии/ Москва, 2001.

PRIEDAI

1 priedas. Socialinės atskirties asmenų apklausos anketa

2 priedas. Dirbančių socialinės atskirties asmenų priežiūros ir globos įstaigose darbuotojų (be slaugytojų) apklausos anketa

3 priedas. Dirbančių socialinės atskirties asmenų priežiūros ir globos įstaigose slaugytojų apklausos anketa

1 priedas. Socialinės atskirties asmenų apklausos anketa

ANKETA

Gerbiamas respondente, siekdami išsiaiškinti sveikatos priežiūros organizavimo problemas socialiai remtinų asmenų tarpe, prašome Jūsų atvirai ir išsamiai atsakyti į šios anketo klausimus. Užtikriname, kad tyrimas anonimiškas. Tikiu, kad nuoširdūs Jūsų atsakymai padės spręsti esamas problemas ir gerinti sveikatos priežiūrą.

Jei nenurodyta kitaip, prašome **pažymėti tik vieną** tinkamą atsakymą/teiginį. Ačiū!

Vilniaus Universiteto Medicinos fakulteto
Slaugos magistrantė Violeta Bičkauskienė

- Ar jums būna reikalingos konsultacijos sveikatos klausimais?
 Ne Labai retai Retai
 Dažnai (kaip dažnai?).....
- Kaip dažnai lankotės pas gydytoją?
 Nesilankau Labai retai (1 kartą per metus ar rečiau)
 Retai (2-3 kartus per metus) Dažnai (vos ne kas mėnesį)
 Kita (įrašyti).....
- Dėl kokių priežasčių dažniausiai tenka kreiptis pagalbos į medikus (ne būtinai poliklinikoje)? Prašau įrašyti.
.....
- Kokiomis išvardintomis ligomis esate sirgęs arba sergate (gali būti keli variantai)?
 Virusiniu hepatitu (gelta) Tuberkulioze
 Žarnyno infekcijomis AIDS/ ŽIV infekuotas
 Depresija Cukriniu diabetu
 Kita (įrašyti).....
- Su kokiomis sveikatos problemomis susiduriate dažniausiai (gali būti keli variantai)?
 Vargina kosulys Bloga nuotaika
 Lėtinis nuovargis Nemiga
 Dažnai pakylanti temperatūra
 Virškinimo sutrikimai (vėmimas, viduriavimas)
 Skausmas (aprašykite, koks ir kur).....
 Kita (įrašyti).....
- Su kokiomis sveikatos problemomis susidūrėte pastaraisiais metais (kuo sirgote)?
Prašau įrašyti.
.....
.....
- Ar pastaruoju metu vartojate vaistus (gali būti keli variantai)?
 Taip, kompensuojamus Taip, perku pagal gydytojo paskyrimą
 Taip, perku pats pasitaręs su vaistininku Taip, perku savo nuožiūra
 Ne, nereikia Ne, nėra už ką nusipirkti
 Kita (įrašyti).....

8. Kai sunegalaujate, kur kreipiatės? Prašau pažymėti “+” kiekvienoje eilutėje.

	Nieka- da	Labai retai	Retai	Kartais	Dažniau- siai	Visada
1.Nesigydaū niekuo (palieku likimo valiai)						
2.Gydausi pats natūraliomis priemonėmis						
3.Gydausi pats vaistais						
4.Kreipiuosi į socialinį arba Carito darbuotoją						
5.Kreipiuosi į pažįstamą gydytoją (ne įstaigoje)						
6.Kreipiuosi į slaugytoją (t.y. med.seserį)						
5.Kreipiuosi į medikus poliklinikoje						
6.Kreipiuosi į medikus ligoninėje						
7.Kita (įrašyti).....						

9. Jei kiltų klausimų apie sergančiojo priežiūrą, ko patarimu pasikliautumėte labiausiai?

- Draugo/ pažįstamo Socialinio ar Carito darbuotojo
 Slaugytojos (t.y. med.sesers) Kita (įrašyti).....

10. Kaip vertinate savo sveikatą?

- Labai gerai Gerai Patenkinamai
 Blogai Labai blogai

11. Kaip vertinate savo, kaip asmens, sveikatos priežiūrą? Prašau įrašyti ir pakomentuoti.

.....

.....

.....

.....

12. Kur gaunate papildomą informaciją apie sveikatą ir sveikatos priežiūrą (gali būti keli variantai)?

- Per televiziją Diskutuojame su draugais/artimaisiais
 Per radiją Informuoja socialinis/Carito darbuotojas
 Informuoja gydytojas Informuoja slaugytoja (t.y. med. sesuo)
 Neįdomu/neaktualu Kita (įrašyti).....

13. Kiek Jums pažįstamų asmenų serga (ar sirgo) tuberkulioze?

- Nežinau, kokia tai liga Niekas neserga
 1-3 asmenys 4 ir daugiau asmenų
 Nežinau

14. Kokius žinote tuberkuliozės simptomus (kaip ši liga pasireiškia)? Prašau įrašyti.

.....

15. Kaip, Jūsų nuomone, plinta tuberkuliozė?
- Neplinta (t.y. ši liga neužkrečiama) Per orą nuo žmogaus žmogui
- Nuo gyvūnų žmogui Per purvinas rankas
16. Kaip diagnozuojama (nustatoma) tuberkuliozės infekcija (gali būti keli variantai)?
- Neįmanoma nustatyti Tik pagal simptomus (požymius)
- Atlikus odos mėginį (parausta dūrio vietoje) Kita (įrašyti).....
17. Kaip, Jūsų nuomone, gydoma tuberkuliozė?
- Ilgai gydytojo paskirtais vaistais
- Įvairiais vaistais, kuriuos laisvai galiu nusipirkti vaistinėje (nuo peršalimo, nuo pakilusios temperatūros ir pan.)
- Tuberkuliozė yra nepagydoma, todėl neverta gydyti
- Pasveikstama savaime (nesvarbu, ar gydysis, ar ne)
18. Kaip, Jūsų nuomone, plinta žarnyno infekcinės ligos (pvz., salmoneliozė, botulizmas) (gali būti keli variantai)?
- Neplinta (t.y. šios ligos neužkrečiamos) Per orą (čiaudint, kosint)
- Per purvinas rankas Per netinkamai paruoštą maistą
19. Kokios yra Jūsų gaunamos pajamos (gali būti keli variantai)?
- Dirbu (su socialinio draudimo pažymėjimu)
- Esu laisvai samdomas darbuotojas (be socialinio draudimo pažymėjimo)
- Gaunu invalidumo pašalpą (prašau pažymėti, kokią)
- I gr.
- II gr.
- III gr.
- Gaunu bedarbio pašalpą
- Gaunu senatvės pensiją
- Gaunu mėnesines išmokas už vaikus
- Neturiu jokių pajamų
- Kita (įrašyti).....
20. Kokiose socialinės paramos įstaigose per pastaruosius 6 mėnesius lankėtės ir kaip dažnai? Prašau pažymėti “+” ties kiekviena eilute.

	Nesilankau	Labai retai	Retai	Kartais	Dažnai	Labai dažnai
1.Nakvynės namuose						
2.Nemokamo maitinimo įstaigose						
3.Carito skyriuose						
4.Seniūnijos socialinės paramos skyriuose						
5.Kita (įrašyti).....						

21. Jūsų nuomone, ar reikalinga slaugytojų (t.y.med.seserų) pagalba asmenims, besilankantiems įvairiose socialinės paramos įstaigose (nakvynės namuose, Carito skyriuose ir pan.)? Prašau įrašyti ir pakomentuoti.

.....
.....
.....
.....

22. Ar kreiptumėtės pagalbos/konsultacijos į slaugytoją (t.y. med.seserį), dirbančią nakvynės namuose, Carito skyriuje? Kodėl?

- Ne, niekada.....
- Labai retai.....
- Kartais.....
- Dažnai.....
- Visada, kai iškiltų klausimų ar sveikatos problemų.....

23. Jūsų gyvenamoji vieta šiuo metu

- Nakvynės namai
- Nuosavas būstas
- Pas artimuosius/draugus
- Kita (įrašyti).....

24. Jūsų lytis

- Vyras
- Moteris

25. Jūsų amžius (prašau įrašyti).....

26. Jūsų išsilavinimas

- Pagrindinis
- Vidurinis
- Profesinis
- Aukštesnysis
- Aukštasis
- Kita (įrašyti).....

2 priedas. Dirbančių socialinės atskirties asmenų priežiūros ir globos įstaigose darbuotojų (be slaugytojų) apklausos anketa

ANKETA

Gerbiamas respondente, siekdami išsiaiškinti sveikatos priežiūros organizavimo problemas socialiai remtinų asmenų tarpe, prašome Jūsų atvirai ir išsamiai atsakyti į šios anketos klausimus. Užtikriname, kad tyrimas anonimiškas. Tikiu, kad nuoširdūs Jūsų atsakymai padės spręsti esamas problemas ir gerinti sveikatos priežiūrą.

Jei nenurodyta kitaip, prašome **pažymėti tik vieną** tinkamą atsakymą/teiginį. Ačiū!

Vilniaus Universiteto Medicinos fakulteto
Slaugos magistrantė Violeta Bičkauskienė

1. Su socialiai remtiniais asmenimis dirbate
 Vilniaus nakvynės namuose Parapijos Carito skyriuje
 Vilniaus Arkivyskupijos Carito nakvynės namuose
2. Koks Jūsų darbo su socialiai remtiniais asmenimis stažas? Prašau įrašyti.
.....
3. Jūsų lytis
 Vyras Moteris
4. Jūsų amžius (prašau įrašyti).....
5. Jūsų išsilavinimas (prašome įrašyti).....
6. Ar Jūsų komandoje yra slaugytojas ar kitas medicininį išsilavinimą turintis asmuo?
 Ne Taip, vienas iš komandos narių yra medikas
 Taip, yra socialinių/Carito darbuotojų, turinčių medicininį išsilavinimą
7. Ar Jums darbe reikia medicininų žinių?
 Ne, nes klientai sveikatos problemų neišsako
 Ne, nes sveikatos klausimais konsultuoja kitas komandos narys
 Taip, o turimų žinių nepakanka
 Taip, ir žinių turiu pakankamai
 Kita (įrašyti).....
8. Su kokiais sveikatos problemomis dažniausiai susiduria Jūsų klientai?
.....
.....
9. Kokios klientų sveikatos problemos Jums kelia daugiausiai rūpesčių?
.....
.....

10. Kokioms klientų sveikatos problemoms spręsti Jums pritrūksta žinių?

.....
.....

11. Jūsų nuomone, ar dirbančiųjų su socialiai remtiniais asmenimis komandoje turėtų būti slaugytojas?

- Ne, užtenka socialinio/Carito darbuotojo Taip, reikia
 Ne, reikia gydytojo Kita (įrašyti).....

12. Jūsų nuomone, kokių specialistų trūksta komandoje dirbant su socialiai remtiniais asmenimis (gali būti keli variantai)?

- Psichologo Kineziterapeuto
 Bendrosios praktikos gydytojo Gydytojų specialistų
 Slaugytojo Kita (įrašyti).....

Į 13-tą klausimą prašome atsakyti dirbančius nakvynės namuose.

13. Ar klientai, sergantys užkrečiamomis ligomis, Jūsų įstaigoje izoliuojami? Prašytume atsakymą pakomentuoti.

- Taip.....
 Ne, gyvena su visais.....
 Šie asmenys pas mus nepriimami.....
 Kita (įrašyti).....

3 priedas. Dirbančių socialinės atskirties asmenų priežiūros ir globos įstaigose slaugytojų apklausos anketa

ANKETA

Gerbiamos slaugytojos, siekdami išsiaiškinti sveikatos priežiūros organizavimo problemas socialiai remtinų asmenų tarpe, prašome Jūsų atvirai ir išsamiai atsakyti į šios anketos klausimus. Užtikriname, kad tyrimas anonimiškas. Tikiu, kad nuoširdūs Jūsų atsakymai padės spręsti esamas problemas ir gerinti sveikatos priežiūrą. Ačiū!

Vilniaus Universiteto Medicinos fakulteto
Slaugos magistrantė Violeta Bičkauskienė

1. Kokią (-ias) mokymo įstaigas baigėte ir kelintais metais?
.....
.....
2. Koks Jūsų bendras medicininio darbo stažas?
.....
3. Koks Jūsų darbo nakvynės namuose stažas?
.....
4. Kokių krūvių dirbate nakvynės namuose?
.....
5. Kokiuose dar skyriuose esate dirbusi ar dirbate šiuo metu?
.....
.....
6. Kokių slaugos priemonių, medikamentų pritrūkstate darbe? Kodėl jų pritrūksta?
.....
.....
.....
7. Kokių medicininių žinių Jums dažniausiai prireikia?
.....
.....
.....
8. Kokias klientų sveikatos problemas Jums tenka spręsti savarankiškai?
.....
.....
.....
9. Kokias procedūras Jūs atliekate dažniausiai ?
.....
.....
.....

10. Dėl kokių klientų sveikatos problemų tenka kviesti GMP?

.....
.....
.....

11. Ar teikiate klientams informaciją apie sveikatos priežiūrą, profilaktiką? Gal jiems skaitote paskaitas? Jūsų nuomone, ar reikalingas toks darbas? Kodėl?

.....
.....
.....
.....

12. Jūsų nuomone, ar reikėtų kvalifikacijos kėlimo kursų, orientuotų į slaugytojų darbą su socialinėje atskirtyje esančiais asmenimis? Jei taip, parašykite prašau, kokios temos būtų aktualios.

.....
.....
.....
.....
.....

13. Kokių specialistų Jūsų darbe trūksta **komandoje**?

.....

14. Kokių specialistų konsultacijos Jūsų klientams būtų reikalingos **nakvynės namuose**?

.....

15. Jūsų nuomone, ar nakvynės namuose dirbantys slaugytojai turėtų įgyti bendruomenės slaugytojo kvalifikaciją? Kodėl?

.....
.....
.....

16. Ar Jūs turite/turėjote sveikatos problemų, kurios galėjo kilti dėl darbo nakvynės namuose? Kokios tai problemos?

.....
.....
.....
.....

17. Ar Jūs jaučiatės saugi savo darbo vietoje? Kas tai lemia?

.....
.....
.....
.....

18. Kokias pastebėjote sveikatos apsaugos sistemos spragas organizuojant sveikatos priežiūrą socialinėje atskirtyje esantiems asmenims?

.....
.....
.....
.....

19. Kaip pasiūlytumėte šias problemas spręsti?

.....
.....
.....
.....
.....