

**VILNIAUS UNIVERSITETO MEDICINOS FAKULTETO  
VISUOMENĖS SVEIKATOS INSTITUTAS**

**Žymantė Jankauskienė**

**SLAUGYTOJŲ PROFESINĖ SOCIALIZACIJA  
UŽTIKRINANT PRAKTINĘ VEIKLĄ**

**Daktaro disertacija  
Biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata (10B)**

**Vilnius, 2009**

**Disertacija rengta 2004-2008 metais.**

**Disertacija ginama eksternu.**

**Mokslinis konsultantas:**

prof. habil. dr. Algirdas Juozulynas (Vilniaus universitetas, biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata – 10B)



procesą vertinimas .....	101
5.4. Slaugytojų požiūrio į profesinės socializacijos bei praktinės veiklos procesą vertinimas priklausomai nuo sociodemografinių rodiklių .....	125
6. REZULTATŲ APTARIMAS .....	149
IŠVADOS .....	161
REKOMENDACIJOS .....	163
LITERATŪRA .....	164
NAUDOTŲ DOKUMENTŲ SĄRAŠAS .....	180
PUBLIKACIJŲ DISERTACIJOS TEMA SĄRAŠAS .....	182
PRIEDAI .....	184

## LENTELĖS

1 lentelė	Profesinės socializacijos ir praktinės veiklos vertinimo diagnostinių kriterijų matrica .....	36
2 lentelė	Pirmosios praktinės veiklos dimensijų grupės diagnostiniai kriterijai ir juos atitinkantys anketos teiginiai .....	45
3 lentelė	Antrosios praktinės veiklos dimensijų grupės diagnostiniai kriterijai ir juos atitinkantys anketos teiginiai .....	53
4 lentelė	Trečiosios praktinės veiklos dimensijų grupės diagnostiniai kriterijai ir juos atitinkantys anketos teiginiai .....	62
5 lentelė	Respondentų pasiskirstymas pagal amžių .....	69
6 lentelė	Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą .....	70
7 lentelė	Respondentų pasiskirstymas pagal jų įstaigos priklausomybę sveikatos priežiūros grandžiai .....	70
8 lentelė	Respondentų pasiskirstymas pagal darbo stažą .....	70
9 lentelė	Respondentų pasiskirstymas pagal įstaigos, kurioje jie dirba, priklausomybę sveikatos priežiūros sektoriui (privatus, valstybinis) .....	71
10 lentelė	Respondentų pasiskirstymas pagal jų darbo krūvį etatais .....	71
11 lentelė	Tyrimo instrumento socialiniai - demografiniai kintamieji .....	74
12 lentelė	Tyrimo diagnostiniai kriterijai ir juos paaiškinančių anketos teiginių skaičius .....	75
13 lentelė	Likerto skalės fragmentas: teiginių vertinimas .....	75
14 lentelė	Tiriamųjų nuomonės, vertinant diagnostinio kriterijaus <i>Profesinė saviraiška ir saviugda</i> teiginius,	

	faktorizacija (N = 1151) .....	79
15 lentelė	Tiriamųjų nuomonės, vertinant diagnostinio kriterijaus <i>Profesinės veiklos motyvatoriai</i> teiginius, faktorizacija (N = 1300) .....	80
16 lentelė	Tiriamųjų nuomonės, vertinant diagnostinio kriterijaus <i>Profesiniai lūkesčiai</i> teiginius, faktorizacija (N = 1300) .....	82
17 lentelė	Tiriamųjų nuomonės, vertinant diagnostinio kriterijaus <i>Profesinis tobulėjimas</i> teiginius, faktorizacija (N= 1151) .....	84
18 lentelė	Tiriamųjų nuomonės, vertinant diagnostinio kriterijaus <i>Profesinė charakteristika</i> teiginius, faktorizacija (N = 1300) .....	86
19 lentelė	Tiriamųjų nuomonės, vertinant diagnostinio kriterijaus <i>Profesinė elgsena</i> teiginius, faktorizacija (N =1300) .....	87
20 lentelė	Tiriamųjų nuomonės, vertinant diagnostinio kriterijaus <i>Profesinė veikla</i> teiginius, faktorizacija (N= 1151) .....	89
21 lentelė	Tiriamųjų nuomonės, vertinant diagnostinio kriterijaus <i>Profesinių vertybių sistema</i> teiginius, faktorizacija (N = 1300) .....	91
22 lentelė	Tiriamųjų nuomonės, vertinant diagnostinio kriterijaus <i>Įstaigos strategija</i> teiginius, faktorizacija (N =1300) .....	93
23 lentelė	Faktorinės analizės būdu sudaryti diagnostinių kriterijų faktorai ir jų statistiniai rodikliai (vidutiniai įverčiai ir psichometrinės charakteristikos) (N= 1300) .....	95
24 lentelė	Diagnostinių kriterijų tarpusavio koreliacinė matrica.....	100
25 lentelė	Profesinio statuso įtaka požiūriui į slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos užtikrinimą (tikrinta neparametriniu <i>Kruskal-Wallis</i> ir $\chi^2$ testu) .....	126

26 lentelė	Išsilavinimo įtaka požiūriui į slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos užtikrinimą (tikrinta neparametriniu <i>Kruskal-Wallis</i> ir $\chi^2$ testu) .....	131
27 lentelė	Sveikatos priežiūros įstaigos geografinės vietos įtaka požiūriui į slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos užtikrinimui (tikrinta neparametriniu <i>Kruskal-Wallis</i> ir $\chi^2$ testu) .....	133
28 lentelė	Sveikatos sistemos grandies įtaka slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos sąlygų užtikrinimui (tikrinta neparametriniu <i>Kruskal-Wallis</i> ir $\chi^2$ testu) .....	137
29 lentelė	Darbo sektoriaus įtaka slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos sąlygų užtikrinimui (tikrinta neparametriniu <i>Kruskal-Wallis</i> ir $\chi^2$ testu) .....	140
30 lentelė	Darbo krūvio įtaka slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos sąlygų užtikrinimui (tikrinta neparametriniu <i>Kruskal-Wallis</i> ir $\chi^2$ testu) .....	143
31 lentelė	Respondentų amžiaus įtaka slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos sąlygų užtikrinimui (tikrinta neparametriniu <i>Kruskal-Wallis</i> ir $\chi^2$ testu) .....	144
32 lentelė	Darbo stažo įtaka slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos sąlygų užtikrinimui (tikrinta neparametriniu <i>Kruskal-Wallis</i> ir $\chi^2$ testu) .....	147
33 lentelė	Slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos vertinimo diagnostinių kriterijų bei juos paaiškinančių faktorių pavadinimai ir numeriai .....	149
34 lentelė	Diagnostinių kriterijų matricos spalvinis vertinimas .....	156

## PAVEIKSLAI

1 pav.	Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (LNSS) struktūros schema .....	34
2 pav.	<i>Sofarelli ir Brown 's</i> (1998) lyderiavimo modelis .....	48
3 pav.	Susidomėjusio darbuotojo charakteristikos ( <i>Robinson, 2004</i> ) .....	52
4 pav.	Medicinos darbuotojų parengimas ( <i>Lietuvos sveikatos statistika, 2006</i> ) .....	60
5 pav.	Slaugytojų skaičius 10000 gyv. ( <i>Lietuvos sveikatos statistika, 2006</i> ) .....	61
6 pav.	Tyrimo imties sudarymo ir darbo eigos algoritmas	67
7 pav.	Imties tūrio charakteristika pagal darbinį statusą .....	68
8 pav.	Respondentų pasiskirstymas pagal sveikatos priežiūros įstaigų, kuriose jie dirba/mokosi, geografinę vietą .....	69
9 pav.	Faktoriaus <i>Higieniniai motyvatoriai</i> vertinimas (N=1300) ....	102
10 pav.	Faktoriaus <i>Tikrieji motyvatoriai</i> vertinimas (N=1300) .....	103
11 pav.	Faktoriaus <i>Visuomeniniai motyvatoriai</i> vertinimas (N=1300) .....	104
12 pav.	Faktoriaus <i>Asmeninės ir profesinės savybės</i> vertinimas (N=1300) .....	105
13 pav.	Faktoriaus <i>Profesinė hierarchija</i> vertinimas (N=1300) .....	106
14 pav.	Faktoriaus <i>Profesinis aktyvumas</i> vertinimas (N=1300) .....	107
15 pav.	Faktoriaus <i>Darbinės veiklos analizė</i> vertinimas (N=1300) ....	108
16 pav.	Faktoriaus <i>Slaugytojo profesionalumas ir teikiamos paslaugos</i> vertinimas (N=1151) .....	109
17 pav.	Faktoriaus <i>Veiklos planavimas ir bendradarbiavimas</i> vertinimas (N=1151) .....	110
18 pav.	Faktoriaus <i>Kvalifikacijos tobulinimas ir karjeros galimybės</i> vertinimas (N=1151) .....	111



19 pav.	Faktoriaus <i>Profesinės vertybės ir įstaigos veikla</i> vertinimas (N=1300) .....	113
20 pav.	Faktoriaus <i>Profesinės vertybės ir bendradarbiavimas</i> vertinimas (N=1300) .....	114
21 pav.	Faktoriaus <i>Inovatyvus kvalifikacijos tobulinimas</i> vertinimas (N=1151) .....	115
22 pav.	Faktoriaus <i>Kvalifikacijos tobulinimo trikdžiai</i> vertinimas (N=1151) .....	116
23 pav.	Faktoriaus <i>Profesinės veiklos organizavimas</i> vertinimas (N=1300) .....	117
24 pav.	Faktoriaus <i>Darbinis mikroklimatas</i> vertinimas (N=1300) .....	118
25 pav.	Faktoriaus <i>Kvalifikacijos tobulinimo vietos</i> vertinimas (N=1151) .....	119
26 pav.	Faktoriaus <i>Inovatyvios kvalifikacijos tobulinimo formos</i> vertinimas (N=1151) .....	120
27 pav.	Faktoriaus <i>Tradicinis kvalifikacijos tobulinimas</i> vertinimas (N=1151) .....	121
28 pav.	Faktoriaus <i>Sveikatos priežiūros įstaigos materialieji ištekliai</i> vertinimas (N=1300) .....	122
29 pav.	Faktoriaus <i>Profesinis statusas reformos laikotarpiu</i> vertinimas (N=1300) .....	123
30 pav.	Faktoriaus <i>Slaugytojų emocinė būseną reformos laikotarpiu</i> vertinimas (N=1300) .....	124
31 pav.	Profesinio statuso įtaka respondentų požiūriui į slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos užtikrinimą ( <i>Kruskal-Wallis</i> testas) .....	126
32 pav.	Išsilavinimo įtaka požiūriui į slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos užtikrinimą ( <i>Kruskal-Wallis</i> testas) .....	129
33 pav.	Įstaigos geografinės vietos įtaka požiūriui į slaugytojų	

	profesinės socializacijos ir praktinės veiklos užtikrinimą ( <i>Kruskal-Wallis</i> testas) .....	132
34 pav.	Sveikatos sistemos grandies įtaka požiūriui į slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos užtikrinimą ( <i>Kruskal-Wallis</i> testas) .....	136
35 pav.	Darbo sektoriaus įtaka požiūriui į slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos užtikrinimą ( <i>Kruskal-Wallis</i> testas) .....	139
36 pav.	Darbo krūvio įtaka požiūriui į slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos užtikrinimą ( <i>Kruskal-Wallis</i> testas) .....	142
37 pav.	Amžiaus įtaka požiūriui į slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos užtikrinimą ( <i>Kruskal-Wallis</i> testas) .....	144
38 pav.	Darbo stažo (metais) įtaka požiūriui į slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos užtikrinimą ( <i>Kruskal-Wallis</i> testas) .....	147
39 pav.	Diagnostiniai kriterijai ir juos sudarantys faktoriai .....	151

## SANTRUMPOS

---

<b>SPSS</b>	Statistinis paketas socialiniams mokslams ( <i>Statistical Package for Social Sciences</i> )
<b>KMO</b>	<i>Kaiser-Meyer-Olkin</i> koeficientas
<b>proc.</b>	Procentas
<b>F</b>	Faktorius
<b>SAM</b>	Sveikatos apsaugos ministerija
<b>SP</b>	Sveikatos priežiūra
<b>SPR</b>	Sveikatos priežiūros reforma
<b>LNSS</b>	Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema
<b>ŠMM</b>	Švietimo ir mokslo ministerija
<b>PSO</b>	Pasaulinė sveikatos organizacija
<b>IT</b>	Informacinės technologijos
<b>SPŽI</b>	Sveikatos priežiūros žmogiškieji ištekliai
<b>r</b>	<i>Pearson 'o</i> koreliacijos koeficientas
<b>N</b>	Atvejų skaičius grupėje
<b>L</b>	Faktorinis svoris
<b>i/tt</b>	Testo žingsnio skiriamosios gebos rodiklis
<b>p</b>	Statistinis patikimumas
<b><math>\chi^2</math></b>	<i>Chi</i> kvadrato kriterijus

## PAGRINDINIAI TERMINAI IR SĄVOKOS

---

<b>Socializacija</b>	– tai procesas, kurio metu žmogus įsisavina vertybes, normas, elgesio vaidmenis ir modelius, būdingus tai visuomenei, kurioje jis gyvena. Tai tampa žmogaus elgesio ir veiklos motyvacijos pagrindu ( <i>Matulionis, 2003</i> ).
<b>Profesinė socializacija</b>	– tai procesas, kurio metu asmenys selektyviai įgyja vertybes, nuostatas, interesus, gebėjimus ir žinias, t.y. kultūrą tos profesinės grupės, kuriai jie priklauso ( <i>Merton, 1957</i> ).
<b>Profesionalizmas</b>	– tai specialus pasirengimas, mokėjimas dirbti kokį nors darbą, nuodugnus darbo išmanymas ( <a href="http://www.zodynas.tk">www.zodynas.tk</a> )
<b>Bendroji slaugos praktika</b>	– tai visiška slaugytojo atsakomybė už paciento slaugą, slaugymo planavimą ir organizavimą, kuomet bendrosios praktikos slaugytojas dirba savarankiškai valstybinių ir (ar) privačių asmens sveikatos įstaigų specialistų komandose, ugdymo, socialinės globos institucijose, bendruomenėje bei pacientų namuose (MN 28:2004 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“).
<b>Slaugytojas</b>	– asmuo, įgijęs slaugos studijų baigimo diplomą, taip pat bendrosios praktikos ir (ar) atitinkamą specialiosios praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją ( <i>Slaugos praktikos įstatymas, 2001</i> ).
<b>Motyvacija</b>	– tai yra noras kažką padaryti, kurį lemia veiksmo galimybė patenkinti poreikį ( <i>Robbins, 2003</i> ).
<b>Saviraiška</b>	– tai asmenų gebėjimas patenkinti savo poreikius „geriausiai darant tai, ką jie geba daryti“. Ši sąvoka realizavę asmenys pilnai gabumus panaudoja siekdami padidinti

	savo žmogiškąsias galimybes ( <i>Maslow, 1995</i> ).
<b>Saviugda</b>	– tai savęs ugdymas, tobulinimasis ( <a href="http://www.lkz.lt">www.lkz.lt</a> ).
<b>Vertybė</b>	– tai aiški ar numanoma samprata, savita ir patraukli asmeniui ar būdinga grupei, lemianti tam tikro veiklos metodo, vykdymo ir pabaigos pasirinkimą ( <i>Kluckhohn, 1951</i> ).
<b>Profesinis elgesys</b>	– tai iniciatyvos, vadybinių, tarpasmeninių ir organizacinių įgūdžių bei gebėjimų demonstravimas praktinėje aplinkoje ( <i>Dolan, 2003</i> ).
<b>Nuostata</b>	– tai susidaręs nusistatymas vienodomis aplinkybėmis elgtis vienodai ar panašiai ( <a href="http://www.lkz.lt">www.lkz.lt</a> ).
<b>Socializuotas slaugytojas</b>	– tai šiai profesijai atsidavęs asmuo, turintis aiškia slaugos perspektyvą, kuris, sprenddamas problemas, elgiasi kaip slaugytojas, įgijęs kritinio mąstymo įgūdžių ( <i>Saarmann, 1992</i> ).
<b>Sveikatos priežiūros priimtumas</b>	- tai valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų ir medicinos mokslo principų bei medicinos etikos reikalavimų atitikimą ( <i>Sveikatos sistemos įstatymas, 1994</i> ).
<b>Sveikatos priežiūros prieinamumas</b>	- tai valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios asmens sveikatos priežiūros paslaugų ekonominę, komunikacinę ir organizacinę priimtumą asmeniui ir visuomenei ( <i>Sveikatos sistemos įstatymas, 1994</i> ).
<b>Sveikatos priežiūros tinkamumas</b>	- tai valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų bei patarnavimų kokybę ir efektyvumą ( <i>Sveikatos sistemos įstatymas, 1994</i> ).

## 1. ĮVADAS

### Darbo aktualumas

Gyvenimo kokybės siekiančiai visuomenei sveikatos priežiūra yra pamatinė vertybė. Tai sritis, kur paslaugų kokybę dažniausiai vertina ekspertai, o ne paslaugų gavėjai, taigi, rezultatai gali būti matomi gana po ilgo laiko, kuriuos koreguoti būna per vėlu (*Lane, 2001*).

Prigimtinė žmogaus teisė yra turėti kuo geresnę sveikatą, sveiką aplinką, priimtina, prieinama ir tinkama sveikatos priežiūrą (*LR Sveikatos sistemos įstatymas, 1994*). Visos sveikatos priežiūros sistemos pagrindinis tikslas – užtikrinti šią žmogaus prigimtinę teisę.

1990 m. Lietuvoje atkūrus nepriklausomybę, pradėta formuoti sveikatos politika - pamažu atsisakyta finansavimo pagal griežtus sąmatos straipsnius, ekstensyvaus stacionarių paslaugų, sveikatos priežiūros specialistų skaičiaus augimo, pasyvios politikos, orientuotos tik į ligų gydymą, biomedicininio požiūrio į sveikatą. Dėmesys koncentruojamas į aktyvios politikos kūrimą. Į šį procesą aktyviai įtraukiamas pacientas/klientas, formuojamas holistinis, visa apimantis požiūris į sveikatą, jos tausojimą, išsaugojimą, užtikrinamas sveikatos priežiūros paslaugų teisumas, saugumas, kokybė, prieinamumas ir kt. (*Sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategija, 2004*). Šios nuostatos priimtos 1991 m. patvirtintoje Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje, kurioje taip pat numatytos sveikatos sistemos plėtojimo kryptys bei išskirti prioritetai: Lietuvos žmonių sveikatos tausojimas bei stiprinimas, ligų profilaktika, valdymo decentralizacija, sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacija, pirminės sveikatos priežiūros plėtra, sveikatos priežiūros specialistų rengimo pertvarka pagal ES standartus ir kt.

Viena iš pagrindinių sveikatos sistemos plėtotės krypčių - tai sveikatos priežiūros specialistų - slaugytojų - profesinio rengimo pertvarka pagal ES standartus, ypač dirbančių slaugytojų profesinės raiškos galimybių užtikrinimas. Sveikatos priežiūros sistemos reforma iškelė ir daugiau

uždavinių, t.y. slaugos personalo poreikio planavimas, specialistų licencijavimas, jų motyvavimas ir kt. (*Walker, 2000*).

Už slaugos specialistų rengimą atsakingos Sveikatos apsaugos ministerija (SAM), kaip pagrindinė specialistų užsakovė, bei Švietimo ir mokslo ministerija, vykdanči studijų kokybės priežiūrą. Svarbiausias uždavinys - priartinti sveikatos priežiūros specialistų rengimo programų turinį prie Europos Sąjungos šalių gyvenimo kokybės standartų. Pagrindiniai kvalifikaciniai reikalavimai bendrosios praktikos slaugytojams buvo įvardyti ES Direktyvoje 77/453 EEC birželio 27 d. *Dėl teisinio ir administracinio slaugytojų, atsakingų už bendrąją slaugą, veiklos koordinavimo*.

Sveikatos sektoriaus reformos, prasidėjusios 1980-aisiais – 1990-aisiais daugelyje Europos šalių ir pavadintos „globaline epidemija“, buvo nukreiptos į struktūrinius pokyčius, sąnaudų mažinimą, rinkos mechanizmų įdiegimą, paslaugų pasirinkimo galimybių didinimą. Žmogiškųjų išteklių valdymo reikšmė dažnai nebuvo įvertinta. Atlikta reformų analizė patvirtino, kad sveikatos priežiūros žmogiškieji ištekliai (SPŽI) yra strateginis sistemos kapitalas (*Martinez, Martineau, 1998; Mabey, Salaman, 1995*). Nuo paslaugas teikiančių žmonių profesionalumo ir motyvacijos pirmiausiai priklauso sveikatos sistemos veikla (*Martineau, Buchan, 2002*).

Diskutuojama ne tik apie galimybę turėti reikiamą sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų skaičių reikiamoje vietoje (*Janušonis, 2000*), tačiau vis labiau akcentuojama sėkminga darbuotojų vadyba, siekianti jų profesionalumą panaudoti įstaigos veiklos efektyvumui didinti, nes rinkos dėsniai pradeda galioti tokiose netradicinėse srityse kaip sveikatos priežiūra. Tai lemia išaugę klientų poreikiai, senstanti visuomenė, profesinių žinių gausa, atsirandanti konkurencija sveikatos paslaugų rinkoje, ribotas sektoriaus finansavimas, būtinybė efektyviau naudoti turimas lėšas, didėjanti sveikatos, kaip gyvenimo kokybės rodiklio, vertė (*Curley et al., 2002*).

Slaugos mokslas, arba slauga kaip disciplina ar profesija, reikalauja iš slaugytojų priimti sveikatos priežiūros organizacijos kultūrą profesinės socializacijos laikotarpiu. Organizacijos kultūra tapatinama su socializacija,

nes socialiniai pokyčiai neatsiejami susiję su asmens vertybių ir nuostatų įgijimu (Carney, 2006). Socializuotas slaugytojas yra pasišventęs šiai profesijai, išvelgia aiškia slaugos perspektyvą identifikuodamas ir sprenddamas problemas, galvoja kaip slaugytojas, turintis specifinių kritinio mąstymo įgūdžių (Saarmann, 1992). Profesinės socializacijos procesas yra vertingas tuo, kad jis leidžia individui tinkamai atlikti profesinį vaidmenį. Socializacijos proceso analizė padeda identifikuoti slaugytojų profesinės socializacijos bei praktinės veiklos užtikrinimo probleminius aspektus. Sisteminis proceso vertinimas sudaro prielaidas sėkmingai sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių vadybai, darbo produktyvumo didinimui. Socializacijos slaugos profesijoje trūkumas siejamas su darbuotojų kaita, pervargimu/išsekimu ir sumažėjusiu veiklos produktyvumu (Boyle et al., 1996; Kramer, 1974).

Sprendžiant šią mokslinę problemą, disertacijoje bandoma pagrįsti tokius *ginamuosius tyrimo teiginius*:

1. Slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos aspektams vertinti suformuluoti diagnostiniai kriterijai, kurie sudaro kompleksinį slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos vertinimo teorinį modelį.
2. Slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos vertinimo diagnostiniai kriterijai tarpusavyje susiję teigiamais koreliaciniais ryšiais.
3. Slaugytojų požiūrio analizė išryškina profesinės socializacijos aspektų vertinimo tendencijas.
4. Sociodemografiniai veiksniai daro įtaką slaugytojų profesinės socializacijos bei praktinės veiklos proceso vertinimui.

Šio disertacinio tyrimo objektas – slaugytojų profesinės socializacijos aspektai.



Disertaciniame tyrime taikyti šie metodai:

- Mokslinės literatūros analizė atlikta siekiant atskleisti slaugytojų profesinės socializacijos sampratą bei šiuolaikinį slaugytojo profesinį vaidmenį (naudota Reference Manager 11 kompiuterinė programa informacijos paieškai pagal raktinius žodžius - profesinė socializacija, pažangi slaugos praktika, slaugytojų profesinis rengimas, praktinė veikla, profesinės kvalifikacijos tobulinimas, profesinės veiklos motyvatoriai, profesinių vertybių sistema, sveikatos priežiūros žmogiškieji ištekliai, organizacijos kultūra - įvairiose duomenų bazėse: Blackwell Synergy, EBSCO Publishing, MEDLINE, Science Direct, Oxford Reference Online, ProQuest, SAGE Journals Online, Emerald.
- Dokumentų analizė taikyta aktualiausiems sveikatos politikos normatyviniams dokumentams (LR teisės aktams) nagrinėti. Informacija gauta išanalizavus slaugytojų profesinio rengimo, profesinės kvalifikacijos tobulinimo, praktinės veiklos teisinį reglamentavimą.
- Apklausa raštu atlikta siekiant atskleisti slaugytojų profesinės socializacijos bei praktinės veiklos užtikrinimo aspektus. Apklausta 1300 mišrios imties respondentų: 1012 slaugytojų praktikų, 139 vyresnieji slaugytojai, vadovai, 149 studijų *Bendrosios praktikos slauga* programos studentai.
- Apklaustos raštu statistinė duomenų analizė atlikta taikant SPSS 15.0 (*Statistical Package for Social Sciences*) programinį paketą.

### **Mokslinis naujumas**

Sveikatos priežiūros specialistų rengimo bei praktinės veiklos pertvarka pagal tarptautinius standartus, kaip teigiama Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje (1991), yra Lietuvos sveikatos sistemos reformos pradžia. Iš vienos pusės, tai užtikrina abipusį kvalifikacijos pripažinimą ir suteikia nevaržomo asmenų judėjimo laisvę; sveikatos priežiūros specialistų rengimo programų turinys priartinamas prie Europos Sąjungos šalių gyvenimo kokybės

standartų. Iš kitos pusės, ryškėja specialistų emigracijos ir imigracijos tendencijos, kurių valdymui reikia pasiruošti.

Slaugos mokslo reforma, bendrosios praktikos slaugytojų rengimas, teisinės bazės, reglamentuojančios specialistų teises, pareigas, atsakomybę, sukūrimas liudija, kad sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių vystymui skiriamas pakankamas dėmesys, tačiau menkas sveikatos sektoriaus finansavimas, netolygus žmogiškųjų išteklių pasiskirstymas, mažėjantis slaugytojų skaičius, didėjanti emigracijos tendencija išlieka aktualūs Lietuvos sveikatos politikos formuotojų darbotvarkės klausimai. Sėkmingas šios politikos įgyvendinimas priklauso nuo viešojo administravimo veiksmų efektyvumo.

Mokslinių darbų, kuriuose būtų sprendžiamos sveikatos priežiūros sistemos „darbo jėgos“ problemos, yra mažai, juose daugiau akcentuojami sveikatos sistemos aprūpinimo gydytojais klausimai. Slaugytojų, kaip didžiausios sveikatos priežiūros specialistų grupės, profesinio rengimo, profesinės saviraiškos ir saviugdų galimybių, profesinės socializacijos proceso eiga Lietuvos mokslininkų nėra pakankamai išnagrinėta. Pasaulinėje praktikoje daugelis besivystančių šalių kūrė įvairias strategijas ir planus. Deja, per daug sureikšminus strategijų turinį ir nepakankamai dėmesio skiriant pokyčių procesui, atsirado atotrūkis tarp žmogiškųjų išteklių politikos ir jos įgyvendinimo praktikos, kas nepalankiai veikia sveikatos priežiūros specialistų profesinę socializaciją bei praktinę veiklą (*Martinez, Martineau, 1998*).

### **Praktinis darbo reikšmingumas**

Prof. V. Janušonio (2007) nuomone, sveikatos apsaugos reformos esmė – tai sisteminių, struktūrinių pokyčių procesas, siekiant mažesnėmis sąnaudomis suteikti šalies gyventojams daugiau ir kokybiškesnių sveikatos priežiūros paslaugų. Sveikatos sistemos veikla priklauso nuo žmonių, teikiančių sveikatos priežiūros paslaugas, žinių, įgūdžių ir motyvacijos, t. y. profesinės socializacijos.

Slaugytojų profesinės socializacijos proceso analizė bei galimybė šį procesą susieti su praktinės veiklos užtikrinimu turi praktinę reikšmę:

- padeda identifikuoti slaugytojų profesinės socializacijos bei praktinės veiklos užtikrinimo probleminius aspektus;
- tyrimo rezultatai padės šalies sveikatos politikos formuotojams, sveikatos priežiūros įstaigų vadovams, padalinių administratoriams geriau suvokti realiai vyraujančias slaugytojų nuostatas ir objektyviau įvertinti esamą situaciją bei koreguoti sprendimus;
- parengtas slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos vertinimo teorinis modelis gali būti naudojamas kompleksiškai ar modifikuotas mokslininkams, sveikatos politikams, administratoriams bei įstaigų vadovams tyrinėjant kitų sveikatos priežiūros specialistų problemas.

## 2. DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI

### **Tikslas:**

įvertinti slaugytojų profesinės socializacijos aspektus užtikrinant praktinę veiklą.

### **Uždaviniai:**

1. Sudaryti teorinį kompleksinį slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos modelį, suformuluojant diagnostinius procesų vertinimo kriterijus.
2. Nustatyti slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos vertinimo diagnostinių kriterijų tarpusavio sąsajas.
3. Išanalizuoti slaugytojų požiūrio į profesinės socializacijos bei praktinės veiklos vertinimą aspektus.
4. Išnagrinėti sociodemografinių veiksnių įtaką slaugytojų profesinės socializacijos bei praktinės veiklos vertinimui.

### 3. LITERATŪROS APŽVALGA

Apibrėžus nagrinėjamą mokslinę problemą, literatūros apžvalgos pradžioje norėtusi suformuluoti probleminį klausimą, į kurį atsakyti padėtų mokslinių darbų šia tema analizė. Profesinės socializacijos samprata yra kompleksiška, todėl svarbu įvardyti, kokios yra esminės slaugytojų profesinės socializacijos charakteristikos, kurių vertinimas atskleidžia ir leidžia tirti praktinį proceso įgyvendinimą.

#### 3.1. SLAUGYTOJO PROFESINĖS SOCIALIZACIJOS SAMPRATA

Bendrajai prasme socializacija – tai procesas, kurio metu žmogus perima vertybes, normas, elgesio vaidmenis ir modelius, būdingus tai visuomenei, kurioje jis gyvena. Tai tampa žmogaus elgesio ir veiklos motyvacijos pagrindu (*Matulionis, 2003*).

Socializacijos profesinėse grupėse sąvoka tyrinėta daugelį metų. *Merton* pirmasis aprašė ir įvardijo tai kaip procesą, kurio metu asmenys selektyviai įgyja vertybes, nuostatas, interesus, gebėjimus ir žinias, t. y. perima kultūrą tos profesinės grupės, kuriai jie priklauso (*Merton, 1957; Melia, 1984*). Šio proceso pagrindas – sąveika su žmonėmis, kurie yra svarbūs individui.

Per pažinimo ir mokymosi procesą žmogus siekia savarankiškos profesinės veiklos, kad įgytų tam tikrą socialinį statusą. Formavimasis, auklėjimas, socializacija – tai sinonimai, tačiau sociologai pirmenybę teikia terminui socializacija, nes juo nusakomas ne tik veiksmų ir socialinių institutų poveikis, bet ir paties žmogaus aktyvumas formuojantis jo asmenybei (*Pruskus, 2004*).

Kiekvienas iš mūsų patiria tiek pirminę, tiek ir antrinę socializaciją. Pirminė socializacija yra susijusi su vaikyste, antrinė – su vėlesne integracija į visuomenę. Profesinė socializacija – tai individualus procesas, vadinamoji tretinė socializacija (*Jarvis, 1983*). Tretinė socializacija panaši į pirminę ir į

antrinę, tai individo santykis su visuomenei būdinga socialine kontrole. *Jarvis* (1983) kelia prielaidą, kad tai - procesas, kurio metu priimamas objektyvus realybės pasaulis, tampantis subjektyviai reikšmingas. Svarbią reikšmę čia turi normatyvinis procesas. Kylantis profesinio tapatumo jausmas rodo visuomenės kontrolę ir visuomenės savireguliaciją (*Cohen & Scull*, 1986). Todėl galima apibendrinti, kad profesija egzistuoja kaip galinga struktūrinė realybė, kai naujokai įtraukiami į procesą, formuojantį juos kaip profesionalus. Tokia struktūrinė analizė atsispindi 1950-1960 metais atliktuose profesinės socializacijos tyrimuose sveikatos priežiūros srityje (*Merton*, 1957; *Becker, Strauss*, 1956).

Profesinės socializacijos procesą, kaip teigia *Shuval* (1980), sudaro trys etapai: a) ankstyvasis socializacijos etapas, kai padedamas profesinės socializacijos pamatas, kurį formuoja vidurinė mokykla, vertybių samprata, vyraujantis profesijos (slaugos) įvaizdis visuomenėje; b) formaliosios socializacijos etapas, susidedantis iš pažintinės srities, kurios metu studentai ieško „vieno teisingo atsakymo“, ir sąveikos srities, kai mokomasi atitinkamos profesinės elgsenos; c) vėlyvosios socializacijos etapas, praktinės veiklos periodas po formaliosios socializacijos iki išėjimo į užtarnautą poilsį, kurio metu nagrinėjami ir vertinami socializacijos rezultatai.

Ankstyvuosiuose tiriamuosiuose darbuose aprašomi profesinės socializacijos formavimo procesai (*Hinshaw*, 1977), kuriuose dalyvaujantys asmenys yra kiek daugiau nei pasyvūs žinių gavėjai, gebėjimus įgyjantys per didaktinį mokymą ir pavyzdžius (*Eraut*, 1994, *Eraut, Boulay*, 1999). *Becher* (1989) pasiūlytas socialinės sąveikos požiūris pakeitė ankstyvesnes prielaidas apie vienodumą ir stabilumą (*Becker, Strauss*, 1956) ir įrodė nuolatinį profesinių grupių kitimą. Profesinių grupių tyrimai (*Wentworth*, 1980) sustiprino požiūrį į socializaciją kaip sąveiką, išskeltas tarpusavio sąveikos ir mokymo turinio poveikis praktikui.

Literatūros analizė rodo, kad yra mažai naujų tyrimų apie sveikatos priežiūros profesionalų profesinę socializaciją, nėra pakankamai diskutuojama apie tai, ką šis procesas apima (*Howkins, Ewens*, 1999). Dauguma tyrimų,

atliktų 1950-1960 metais, profesinę socializaciją pateikia kaip deterministinį procesą, formuojantį iš esmės pasyvų informacijos ir įgūdžių „gavėją“, tačiau pripažįstantį profesijos galią reguliuoti profesinę praktiką. Individų galimybės profesinės socializacijos procese ugdyti asmeninius veiksnius yra labai aiškios (*Simpson, 1967; Simpson et al., 1979; Clouder, 2003*).

Profesinė socializacija siejama su terminais *elgesio/kultūros elementų įgijimas* (*Hayden, 1995; Berry, 1990*) ar net *nuomonės/minties įdiegimas, susipažinimas* (*Sparkes, 2002*). *Hayden* (1995) bei *Sparkes* (2002) apžvelgia ir kritikuoja populiarių požiūrį į profesinę socializaciją ir, remdamiesi empiriniais tyrimais, gina požiūrį į *socializacijos kaip sąveikos* sampratą. Tai rimtas ginčo objektas (*Rawls, 2000*), kurio svarba akivaizdi jau *Becker* ir *Strauss* (1956) darbuose. Remdamiesi socialinių konstruktyvistų *Goffman* (1959/1971) bei *Bourdieu* (1993) darbais, *Hayden* (1995) ir *Sparkes* (2002) akcentuoja ne tik deterministinį ir represinį profesinės socializacijos aspektą, bet ir galimybę vystytis asmeniniams veiksniams. Šiuo metu yra daug literatūros apie profesinių žinių ugdymą (*Schon, 1983, 1987; Eraut, 1994*), mokymosi paramos sistemas (*Morton-Cooper & Palmer, 1993*) ir mokymosi konteksto įtaką profesinei socializacijai (*Lave & Wenger, 1991*).

Teorinis sveikatos priežiūros profesionalų profesinės socializacijos nagrinėjimas pradėtas 1960-aisiais, kai socialiniai psichologai tyrinėjo suaugusiųjų socializaciją medicininio ugdymo institucijose (*Henderson, 1966; Levinson, 1967; Omstead et al., 1969*). *Styles* (1982), tirdamas profesinės socializacijos charakteristikas ir lemiamus veiksnius, nustatė, kad yra svarbus ankstyvasis profesinės socializacijos etapas, kurio metu formuojasi jaunų žmonių profesinės nuostatos, vertybės, profesinė elgsena, įsitikinimai, pasišventimas darbui, stimuliuojama motyvacija, palaikanti veiklos produktyvumą ir nuolatinį profesinį tobulėjimą (*Melia, 1987; Conway, 1983; Narcisco, Fought, 1987*). *Glenn* (1980) ir *Bruhn* (1987) akcentavo, kad sveikatos ir švietimo sistemos turi bendradarbiauti, siekdamos formuoti pagrindinius įgūdžius, būtinus studentų profesinei socializacijai: kritinio mąstymo, bendravimo ir bendradarbiavimo, savišvietos, rašymo, lyderiavimo

komandoje, atsakomybės už mokymąsi (*Glenn, 1980; Bruhn, 1987*). Profesinių savybių vystymas ir vertinimas, kaip pagrindinė profesinės socializacijos charakteristika, yra sveikatos priežiūros studijų programų dėmesio centre (*Kasar, Clark, 2000*). Profesinės socializacijos procesas prasideda jau studentui pasirinkus studijas. Kai iš teorinio mokymo pereinama į praktikos bazes, šis procesas suintensyvėja. Grįžtamasis ryšys ir vertinimo procesas studentams gali suteikti informacijos apie jų pačių profesinį tobulėjimą (*Hageman, 1988; Crocker, Brodie, 1974*).

Profesinės socializacijos charakteristikas, pripažinus slaugos profesijos vaidmens kompleksškumą ir daugiaaspektiškumą, plačiai aprašė ir vertino slaugos krypties mokslininkai (*Taylor et al., 2001; Coudret et al., 1994; Lawler & Rose, 1987*). Bendri slaugos profesijos aspektai apima profesionalumą, orientaciją į paslaugas ir klientą, autonomiją bei kritinį mąstymą (*Hall, 1968*). Atliktų tyrimų rezultatai parodė, kad nevienodos profesinės socializacijos charakteristikos gali formuotis skirtingu metu, kritinis mąstymas daugiau priklauso nuo amžiaus nei nuo statuso, o vertybių formavimąsi lemia patirtis. Profesinė socializacija apima tam tikrų žinių ir įgūdžių, profesinio identiteto ir profesinių normų, būdingų tos profesijos atstovams, įgijimą (*Moore, 1970; Bucher, Strauss, 1961*). Šio kompleksinio proceso metu asmens elgesys ir savivoka keičiasi pagal grupės vertybes ir normas, atsisakoma paplitusių socialinių kultūrinių stereotipų ir priimama tai, kas būdinga konkrečios profesijos atstovams (*Cohen, 1981*). Visose profesinės socializacijos apibrėžtyse iškeliamą pagrindinę temą – vertybių aspektas, normos, kaip vertybių sukonkretinimo matas. Socializacijos procese vertybės keičiasi, asmuo perima profesijoje gerbiamas vertybes. *Saarmann* su bendraautoriais (1992) daro išvadą, kad socializaciją reikia nagrinėti kaip mokymo proceso ir patirties darbo vietoje funkciją. Akcentuodama slaugytojo profesinę socializaciją, *Stemple* (1988) apibrėžė keturis šio proceso aspektus: tarpusavio santykiai slaugytojas-klientas; mokslo tiriamasis darbas; bendradarbiavimas; nepriklausoma slaugos praktika.



Amerikos Slaugytojų asociacijai 1965 m. išleidus savo Veiklos nuostatus, atlikta daugybė mokslinių tyrimų, patvirtinančių, kad profesinė socializacija yra specifinis įgyjamo laipsnio padarinys (*Brooks, Shepherd, 1992; Just et al., 1989; Monnig, 1978; Welland, 1988; Grant, 1988; Hillery, 1991; Lawler, 1987; Lynn et al., 1989*). Norint pakelti slaugos, kaip profesijos, prestižą, svarbu žinoti, kada prasideda slaugytojų profesionalumas ir kaip jis gali būti sustiprintas. Reaktyvus požiūris leidžia teigti, kad profesionalumas formuojamas individualiam slaugytojui sąveikaujant su aplinka (*Fetzer, 2003*).

Profesionalumas yra vienas iš esminių profesinės socializacijos charakteristikų. Literatūroje pateikiama daug profesionalumo (profesinio tapatumo įgijimo) apibrėžčių ir kriterijų, dauguma teoretikų neigia, kad profesionalumas – tai *viskas arba nieko*. Pateikiamos penkios asmens profesionalumą veikiančios nuostatos: 1) profesinė organizacija – svarbiausias organas; 2) tikėjimas valstybine tarnyba; 3) tikėjimas savivalda; 4) vidinis nusiteikimas dirbti; 5) autonomija. Įvairių profesijų tyrimai parodė, kad profesinę elgseną veikia asmens santykis su šiomis penkiomis nuostatomis (*Hall, 1967*).

*Hall* (1967) profesionalumo charakteristika atitinka *Styles* (1982) ir kitų tyrėjų profesionalaus slaugytojo apibūdinimus. *Hall* modelį, aprašydami ir matuodami slaugytojų profesionalumą, panaudojo daugelis mokslininkų (*Snizek, 1972; Colucciello, 1990; McCloskey, McCain, 1987; Yoder, 1995*).

Profesinė socializacija – tai profesiją charakterizuojančių savybių, profesinių žinių, įgūdžių, vertybių, nuostatų ir elgesio normų įgijimo procesas. Skiriant profesinės grupės ir atskirų asmenų profesionalumą, teigiama, kad profesionalumas slaugos srityje gali būti pasiektas tik per atskirų jos asmenų profesionalumą (*Styles, 1982; Dumont, 1970*). Istoriskai atskirų slaugytojų profesionalumas patvirtinamas indukciniu būdu, t. y. daroma prielaida, kad profesinė socializacija vyksta profesinio mokymo metu, kol asmuo dar nesuvokia savo vaidmens, o profesinė socializacija vykdoma naudojant edukacinį modelį. Slaugos studentai formaliai mokomi būtinų profesinių žinių,

įgūdžių, vertybių, nuostatų ir elgsenos. Skatinant slaugos profesijos raidą, svarbu žinoti, kada prasideda slaugytojų profesionalumas ir kaip jį galima sustiprinti (*Du Toit, 1995*). Galima daryti prielaidą, kad individualaus slaugytojo bruožai sąveikauja su jį supančia aplinka, ir tokiu būdu formuojamas profesionalumas. Siekiant suprasti slaugytojų profesionalumą, atlikti aprašomieji koreliaciniai tyrimai. Nustatyta, kad darbo patirtį turinčių slaugytojų profesionalumas didesnis, o tarp profesinės patirties trukmės ir intensyvumo bei profesionalumo laipsnio stebimas statistiškai reikšmingas teigiamas ryšys (*Brooks, Shepherd, 1992; Settersten, 1991*). Tyrimų metu buvo patvirtinta hipotezė, kad egzistuoja stiprus teigiamas koreliacinis ryšys tarp suvoktos saviraiškos ir profesionalumo laipsnio (*Fetzer, 2003*).

*Lawler* išsamiau apibūdino profesinės socializacijos sampratą (vadinamasis „Pamatinis sveikatos priežiūros profesinių nuostatų aprašas“): orientacija į vartotoją; ryšys su kvalifikacija; aukštesni tikslai; kritinis mąstymas; atvirumas pokyčiams; gailestingumas ir atjautimas (*Lawler, 1988*). Šie aspektai svarbūs visiems profesiniams vaidmenims, tame tarpe ir slaugos.

Slaugos mokslas, arba slauga kaip disciplina ar profesija, reikalauja iš slaugytojų priimti sveikatos priežiūros organizacijos kultūrą jų profesinės socializacijos laikotarpiu. Organizacijos kultūra tapatinama su socializacija, nes socialiniai pokyčiai neatsiejamai susiję su asmens vertybių ir nuostatų įgijimu (*Carney, 2006*). Socializuotas slaugytojas yra pasišventęs šiai profesijai, išvelgia slaugos perspektyvą pastebėdamas ir sprenddamas problemas, galvoja kaip slaugytojas, turintis specifinių kritinio mąstymo įgūdžių (*Saarmann et al., 1992*). Socializacijos procesas yra vertingas tuo, kad jis leidžia individui tinkamai atlikti profesinį vaidmenį. Nepakankama socializacija slaugos profesijoje siejama su darbuotojų kaita, pervargimu/išsekimu ir sumažėjusiu veiklos produktyvumu (*Boyle et al., 1996; Kramer, 1974*).

### 3.2. ŠIUOLAIKINIS POŽIŪRIS Į SLAUGYTOJO PROFESINĮ VAIDMENĮ

Slaugytojo profesijos atsiradimas siejamas su *Florence Nightingale* vardu, kuri 1859 m. yra pasakiusi: „Daugybę kartų buvo sakoma ir rašoma, kad kiekviena moteris yra gera slaugė. Priešingai, aš manau, kad patys slaugos pagrindai yra beveik nežinomi“. Slaugos tikslas – tarnauti visuomenei, todėl ir žmonės, užtikrinantys šį procesą, stengiasi tenkinti visuomenės lūkesčius (*Strauss*, 1975). Kiekvienos šalies socialinės – ekonominės sąlygos nuolat kinta ir keičiasi, taip pat koreguodamos ir visuomenės narių poreikius bei aktyvumą spręsti problemas (*Olsson, Gullberg*, 1991; *Gerrish*, 1990). *Beardshaw* ir *Robinson* (1990) teigė, kad „naujosios slaugos šerdis – itin pabrėžiamas klinikinis slaugytojo, kaip globėjo, vaidmuo ir ypatingas slaugos indėlis gydant pacientą. Naujoji slauga siekia seniai egzistuojanti hierarchinį biurokratinį slaugos modelį pakeisti nauju, atitinkančiu individualius paciento poreikius“.

Nacionaliniai teisės aktai – Slaugos praktikos įstatymas (2001 m.), medicinos norma MN 28:2004 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ – slaugytoją apibrėžia kaip savarankišką specialistą, lygiavertį asmens sveikatos priežiūros specialistų komandos nari, įgijusį slaugos studijų baigimo diplomą, taip pat bendrosios praktikos ir (ar) atitinkamą specialiosios praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją bei gebanti vykdyti šias pagrindines funkcijas:

- slaugymas – problemos identifikavimas, planavimas, veiksmų, procedūrų numatymas ir jų įgyvendinimas, slaugos kontrolė ir vertinimas;
- mokymas, konsultavimas – tai slaugos proceso dalis, kuriai reikia specifinių žinių ir įgūdžių;
- vadovavimas – gali būti komandos lyderis, slaugos administratorius;
- tyrinėjimas – taikomieji tyrimai, kurie užtikrina grįžtamąjį ryšį, tobulėnes slaugos paslaugas.

Profesinį elgesį suponuoja iniciatyva, vadybiniai, tarpasmeniniai ir organizaciniai įgūdžiai bei gebėjimai veikti praktinėje aplinkoje (Dolan, 2003). Šiuolaikinis požiūris į slaugytojo profesinį vaidmenį lemia profesinio elgesio elementus, būtinus sėkmingai profesinei misijai įgyvendinti (Koenig et al., 2003). Išskiriami tokie pagrindiniai profesinio elgesio elementai:

1. Laiko valdymas – gebėjimas būti punctualiam, kiekvieną profesinį veiksma atlikti laiku.

2. Sistemingumas – gebėjimas išskirti prioritetus, organizuoti, veikti atsakingai, būti patikimam.

3. Praktinis darbas – akivaizdus susidomėjimas, aktyvus dalyvavimas, asmeninė investicija į klientą/pacientą ir jo priežiūros pasekmes.

4. Mokymasis – gebėjimas prisiimti atsakomybę už savo mokymąsi, motyvacijos rodymas.

5. Argumentavimas ir problemų sprendimas – gebėjimas reflektuoti, noras užduoti klausimus, analizuoti, sisteminti ir interpretuoti informaciją, suvokti, vertinti procesus.

6. Informacijos perdavimas – raštingumas, aiškumas, dokumentacijos pildymo įgūdžiai.

7. Iniciatyva – gebėjimas demonstruoti iniciatyvą ir lankstumą, ieškoti informacijos iš įvairių šaltinių.

8. Stebėjimo įgūdžiai – gebėjimas stebėti elgesį aktualiai informacijai gauti, mokėjimas tai išsakyti žodžiais.

9. Dalyvavimas priežiūros procese – gebėjimas duoti, gauti ir reaguoti į atsiliepimus, jei būtina, kreiptis patarimo, vadovautis tinkamais informacijos kanalais.

10. Žodinis bendravimas ir tarpasmeniniai įgūdžiai – gebėjimas bendrauti su kitais asmenimis, įsijautimas, ribų nustatymas, autoritetų paisymas, pagarba hierarchijai, kūno kalba ir nežodinis bendravimas.

11. Profesinės ir asmeninės ribos – gebėjimas pripažinti ir vykdyti asmeninius ir profesinius įsipareigojimus, prisiimti atsakomybę, dirbti komandoje, būti jautriam socialiniams ženklams (klientų užuominos).

12. Profesinės terminologijos vartojimas – gebėjimas gerbti konfidencialumą, tinkamai taikyti profesinę terminologiją bendraujant raštu ir žodžiu (*Koenig et al., 2003*).

Profesinio elgesio elementai sudaro prielaidas profesinei elgsenai, kuri po truputį formuojasi vykstant nuolatinei slaugytojo vaidmens savianalizei (*Koenig et al., 2003*). Pagrindiniai etapai, kada vyksta esminiai pokyčiai – tai klinikinė veikla, asmeninės emocijos ir edukacinis poreikis. Svarbu žinoti šiuos etapus ir jiems būdingus požymius, kad profesinės socializacijos procesas vyktų efektyviai visais slaugytojo profesinės veiklos tarpsniais. Labai svarbi pradedančio specialisto adaptacija darbinėje aplinkoje. Klinikiniame etape yra mokomasi, kaip nustatyti klinikinius veiksmus, labiau pasitikima taisyklėmis, rekomendacijomis ir standartais nei empirinėmis žiniomis. Emociškai pradedantis specialistas jaučiasi pakiliai, nes mokosi naujo profesinio vaidmens, siekia prisitaikyti, jis susirūpinęs dėl ateities (*Kyrkjebøa, Hage, 2005*). Pažengęs pradedantis slaugytojas klinikiniame etape tobulina profesinius įgūdžius, tačiau dar nėra platesnio požiūrio, ir dėmesys koncentruojamas į konkretų momentą. Nors jau pastebimi planavimo veiksmai, pradedami atpažinti situaciniai elementai, tačiau visa tai dar skiriasi nuo įgūdžių. Dėl gausybės žinių ir įgūdžių kompleksiško pradedantis slaugytojas gali jaustis sugniuždytas ir susirūpinęs dėl kompetencijų stygiaus, tačiau pradeda domėtis visomis procedūromis, laikosi darbo grafiko, jaučiasi komandos narys, pasitiki kitų nuomone. Šiame etape būtinas mokytojas – patyręs praktikas, kuris užtikrintų saugią aplinką klausimams užduoti bei padėtų stiprinti pasitikėjimą savimi, bendravimą, patvirtintų klinikinius sprendimus, patartų atliekant atitinkamas procedūras (*Gilmour et al., 2007; Owens et al., 1998; Park et al., 2007*).

Kompetentingas slaugytojas klinikiniame etape stiprina savo klinikinį supratimą, valdymą, organizacinius gebėjimus, įgūdžius, pradeda stiprinti gebėjimą iš anksto numatyti pacientų poreikius. Mažiau pasitiki kitų nuomone, tampa vis aktyvesnis komandos narys, lengviau bendrauja su gydytojais. Prisiima vis didesnę atsakomybę, riziką, tai leidžia kilti karjeros laiptais. Jei

nėra tokių perspektyvų, atsiranda profesinio sąstingio tikimybė. Taip pat slaugytojas gali jausti baimę dėl padidėjusios atsakomybės, o atsiradusi profesinė patirtis gali padidinti nerimą ypač etikos klausimais. Edukaciniai poreikiai didėja, nes reikia vystyti, plėtoti turimą empirinę patirtį (*Glen, Waddington, 1998*).

Šiuolaikinis slaugytojas siekia kritiškai ištirti, apsvarstyti ir atidžiai išnagrinėti praktinę veiklą bei ją vertinti (*Clinical Scholarship White Paper: Knowledge Work, in Service of Care, Based on Evidence, 1999*). Slaugos kultūra, skatinanti įrodymais pagrįstą praktiką, naudojama kaip pagrindinė priemonė efektyviam rezultatui pasiekti. Be to, siūloma slaugos praktiką, pabrėžiančią ritualus, tradicijas ir izoliuotą nesistemine klinikinę patirtį bei nepagrįstą nuomonę (*Stetler et al., 1998*), pakeisti į profesiją, kurios centre – intelektas (*Mohide, Coker, 2005*).

### **3.3. SLAUGYTOJŲ PROFESINĖS SOCIALIZACIJOS PRAKTIKOS KONTEKSTAS**

Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatyme (1994) apibrėžta prigimtinė žmogaus teisė turėti kuo geresnę sveikatą, sveiką aplinką, priimtina, prieinamą ir tinkamą sveikatos priežiūrą. Ši nuostata įvardijama kaip pagrindinis sveikatos sistemos tikslas. Esminiai sveikatos sistemos praktinės veiklos aspektai minimi jau Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje (1991), kurioje dėmesys koncentruojamas į aktyvios sveikatos politikos kūrimą, į šį procesą aktyviai įtraukiamas pacientas/klientas, formuojamas holistinis, visa apimantis požiūris į sveikatą, jos tausojimą, išsaugojimą, užtikrinamas sveikatos priežiūros paslaugų priimtumas, prieinamumas, tinkamumas.

Kaip įgyvendinti sveikatos sistemos tikslus, kaip patenkinti pacientų lūkesčius, panaudoti visas sveikatos sistemos galimybes? Lietuvos sveikatos sistemos įstatymas, priimtas Lietuvos Respublikos Seime 1994 m., reglamentavo Lietuvos nacionalinę sveikatos sistemą (LNSS), jos struktūrą, sveikatinimo veiklą, sveikatinimo veiklos valstybinį valdymą, sveikatos

saugos, stiprinimo ir atgavimo santykių teisinio reguliavimo ribas ir kt. Šio įstatymo antrojo skyriaus 7 straipsnis apibrėžė LNSS struktūrą:

- Sveikatinimo veiklos valdymo subjektai – tai vyriausybė, ministerijos, apskričių viršininkai, savivaldos institucijos, kontrolės subjektai;
- LNSS vykdomieji subjektai - tai veiklos licencijas turinčios sveikatos priežiūros ar farmacinės veiklos įstaigos;
- LNSS vykdomųjų subjektų veikla ir teikiamos paslaugos – asmens sveikatos priežiūra, visuomenės sveikatos priežiūra, farmacinė veikla, kitos paslaugos;
- LNSS ištekliai – tai materialieji ištekliai, subjektų turtas, biudžeto ištekliai, privalomojo sveikatos draudimo lėšos, duomenų bankai ir licencijas veiklai turintys specialistai, darbuotojai.

Šio įstatymo II dalies I skyriaus 15 straipsnyje apibrėžtos *sveikatinimo veiklos būtinosios sąlygos*, kurias privalo užtikrinti visi sveikatinimo veiklos subjektai. Tai *sveikatos priežiūros priimtinumas*, kurį Sveikatos sistemos įstatymas (1994) apibrėžia kaip valstybės nustatyta tvarka pripažįstamas sveikatos priežiūros sąlygas, kurios užtikrinamos sveikatos priežiūros paslaugų ir medicinos mokslo principų bei medicinos etikos reikalavimų atitiktimi. Visuose Lietuvos sveikatos sistemos veiklą reglamentuojančiuose teisės aktuose teigiama, kad sveikatos priežiūros paslaugas gali teikti tik Europos standartų reikalavimus atitinkantys specialistai.

Antroji sveikatinimo veiklos būtinoji sąlyga - *sveikatos priežiūros prieinamumas*. Tai valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios asmens sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei. *Andersen* ir bendraautorai (1983) vystė sąvokinį požiūrį į prieinamumo tyrimą. Prieita prie išvados, kad vertinant sveikatos priežiūros paslaugos prieinamumą turi būti atsižvelgta į daugybę kintamųjų, kuriuos galima padalyti į dvi grupes: vieną grupę sudaro savybės (charakteristikos, ypatybės), veikiančios sveikatos priežiūros naudojimą ir pasekmes (išdavas, rezultatus), pvz., asmeniniai ištekliai, pajamos ar draudimas, leidžiantys naudotis sistema.

Kita grupė sudaryta iš įgyvendintų prieinamumo rodiklių, kurie apima priemones, atspindinčias faktinį naudojimą (pvz., specialisto vizitas) ar priežiūros pasekmes (paciento pasitenkinimas). Prieinamumo problema nagrinėjama dviem požiūriais: kliento ir paslaugos teikėjo. Sveikatos priežiūros prieinamumo problema, su kuria susiduriama, išlieka pagrindinė, aktuali ir svarbi.

Trečioji sveikatinimo veiklos būtinoji sąlyga - *sveikatos priežiūros tinkamumas*. Tai valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų bei patarnavimų kokybę ir efektyvumą.

Sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategija (2004) pagrįsta baziniuose sveikatos priežiūros sistemos dokumentuose – Lietuvos sveikatos koncepcijoje (1991), Lietuvos sveikatos programoje (1998) ir Valstybės ilgalaikės raidos strategijoje (2002) – numatytais nuostatomis, kurios formuojamos orientuojantis į tai, kad 70 proc. visuomenės sveikatos priklauso nuo aplinkos ir gyvenamosios, 20 proc. – nuo genetinio paveldimumo ir 10 proc. - nuo medicinos veiklos rezultatų. Nors yra deklaruojama, kad sveikatos priežiūros sektoriaus veiklos rezultatai tik 10 proc. lemia visuomenės sveikatą, tačiau čia dirbantys profesionalai Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) 2000 m. pranešime buvo apibrėžti kaip „individai, užsiimantys populiacijos sveikatos palaikymu, apsauga ar gerinimu“. Sveikatos sektoriuje dirbantys sveikatos priežiūros specialistai yra pripažįstami kaip strateginis kapitalas ir lemiamas reformuojamos sveikatos sistemos elementas, todėl šalis turi priimti iššūkį – „turėti reikiamą kiekį paslaugų teikėjų, galinčių pademonstruoti reikiamus igūdžius reikiamu metu ir reikiamoje vietoje” (PSO, 2000).

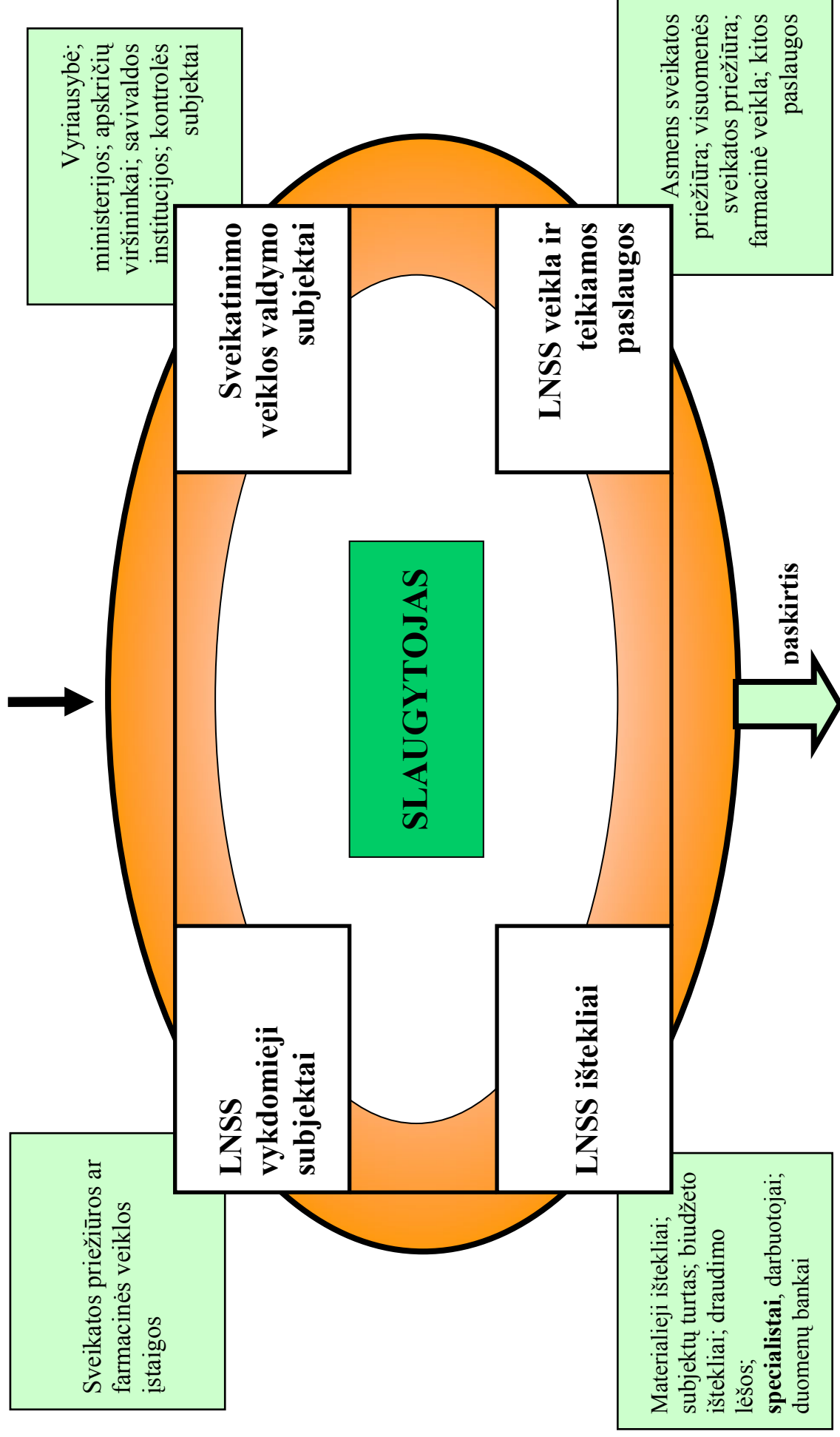
Nagrinėjant didžiausios Lietuvoje sveikatos priežiūros specialistų grupės - slaugytojų (jie sudaro apie 32 proc. visų specialistų, dirbančių sveikatos sektoriuje) - profesinės socializacijos proceso bei praktinės veiklos aspektus, reikia sistemiškai apžvelgti šio proceso sąsajas su pagrindiniu sveikatos sistemos tikslu. 1 paveiksle pateikta LNSS struktūros schema



vaizdžiai demonstruoja visų sistemos dalių (ir personalo) integralumą. Schemoje visos sudedamosios dalys tarpusavyje sujungtos, taip siekiama parodyti, kad kiekvienas subjektas yra svarbus, tiek atliekantis konkrečias tik jam deleguotas funkcijas, tiek bendradarbiaujant su kolegomis. Pati LNSS – tai ne atskirų struktūrinių vienetų suma, o glaudžiai tarpusavyje sąveikaujančių subjektų, siekiančių bendrų tikslų, visuma. Sistema dinamiška, sudėtinga, apimanti skirtingus hierarchinius lygmenis. Taip pat LNSS yra atvira ir veikiama šalies socialinės ekonominės situacijos bei kintančių visuomenės poreikių. 1 paveiksle pavaizduotame LNSS struktūros modelyje kaip centrinė figūra išskirtas slaugytojas, kurio profesinės socializacijos ir praktinės veiklos užtikrinimas nagrinėjamas šiame disertaciniame darbe. Taikant indukcinį metodą, bandoma nuo vienos profesinės grupės problemų pereiti prie holistinės, sisteminės analizės visos LNSS kontekste. Nagrinėjant sistemos dinamiką, svarbu suprasti sistemos elementų sąsajas ir modeliuoti šių sąsajų plėtotės tendencijas bei jas valdyti. Sisteminis požiūris sudaro prielaidas nagrinėti pagrindines slaugytojų profesinės socializacijos charakteristikas ne tik profesinio identiteto ribose, bet ir susieti tai su esminėmis Sveikatos sistemos įstatyme (2004) įvardytomis sveikatinimo veiklos būtinąsias sąlygas apibrėžiančiomis dimensijomis - sveikatos priežiūros paslaugų priimtimumu, prieinamumu ir tinkamumu. Sveikatinimo veiklos būtinąsias sąlygas privalo užtikrinti efektyviai funkcionuojanti LNSS su visais ją sudarančiais subjektais.

Šis modelis – tai ne receptas galimoms sveikatos sistemos subjektų problemoms spręsti. Tai teoriniu keliu sukonstruota schema, leidžianti sistemiškai pažvelgti bei, atliekant tolimesnius tyrinėjimus, išgryninti priežastinius pasekminius ryšius, vykstančius nacionalinėje sveikatos sistemoje. Visuminis požiūris leidžia ne tik vertinti slaugos specialistų profesinę socializaciją, bet numatyti efektyvius visos sistemos valdymo būdus (1 pav.).

# LIETUVOS NACIONALINĖS SVEIKATOS SISTEMOS (LNSS) STRUKTŪROS SCHEMA



Sveikatinimo veiklos būtinųjų sąlygų užtikrinimas

(licencija, sveikatos priežiūros prieinamumas, priimtinas, tinkamas, asmens sutikimas) (Ž. Jankauskienė, 2008)

1 pav. Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (LNSS) struktūros schema.

### 3.4. SLAUGYTOJŲ PROFESINĖS SOCIALIZACIJOS IR PRAKTINĖS VEIKLOS UŽTIKRINIMO TYRIMO TEORINIS PAGRINDIMAS

#### 3.4.1. DIAGNOSTINIŲ KRITERIJŲ SISTEMOS APIBŪDINIMAS

Ankstesniame poskyryje atskleista profesinės socializacijos samprata bei esminės slaugytojų profesinės socializacijos charakteristikos – profesinė kvalifikacija, nuolatinis profesinis tobulėjimas, profesinės vertybės, profesinės nuostatos. Šių charakteristikų raiškos proceso aspektus svarbu susieti bei nagrinėti slaugytojų praktinės veiklos kontekste. Šis procesas yra svarbus ne tik siekiant užtikrinti slaugytojų profesinį formavimąsi, bet ir esminiams sveikatos priežiūros įstaigos, sveikatos reformos tikslams įgyvendinti. Kiekybiniam nagrinėjamos problemos tyrimui buvo ieškoma modelio, kuris integruotų slaugytojų profesinės socializacijos charakteristikas, praktinės veiklos dimensijas ir atskleistų šių procesų vertinimo diagnostinius kriterijus. Atlikta literatūros analizė leido išgryninti esmines slaugytojų profesinės socializacijos procesą apibūdinančias charakteristikas, o praktinės veiklos dimensijas nagrinėti Nacionalinės sveikatos sistemos kontekste, apibrėžiant jas kaip sveikatos priežiūros priimtimumo, prieinamumo ir tinkamumo užtikrinimą. Sukurtas matricinis modelis leido visus anketos teiginius sujungti į vieną bendrą sistemą. Į matricos horizontalę perkeltos literatūros analizės metu išskirtos ir aptartos slaugytojų profesinės socializacijos charakteristikos – *Profesinė kvalifikacija*, *Profesinės vertybės* ir *Profesinės nuostatos*. Vertikaliają matricos ašį sudarė praktinės veiklos efektyvumą apibūdinančios dimensijos – *Sveikatos priežiūros priimtimumas*, *Sveikatos priežiūros prieinamumas* ir *Sveikatos priežiūros tinkamumas*.

Matricos horizontalėje įvardytos slaugytojų profesinės socializacijos charakteristikos papildomai pažymėtos pirmosiomis abėcėlės raidėmis, o vertikalėje išvardytos praktinės veiklos dimensijos - papildomai sunumeruotos arabiškais skaitmenimis. Matricos celėse pateikiami teoriniu būdu suformuluoti profesinės socializacijos ir praktinės veiklos vertinimo diagnostiniai kriterijai,

pažymėti raidės ir skaičiaus kombinacija, kuriems suteiktas sąlyginis pavadinimas, atspindintis nagrinėjamą tematiką (1 lentelė). Diagnostinius kriterijus paaiškina pirminiai anketos teiginiai, sujungti į apibendrintus faktorius (5 skyrius).

**1 lentelė.** Profesinės socializacijos ir praktinės veiklos vertinimo diagnostinių kriterijų matrica.

<b>Praktinės veiklos dimensijos</b>	<b>Slaugytojų profesinės socializacijos charakteristikos</b>		
	<i>A Profesinė kvalifikacija</i>	<i>B Profesinės vertybės</i>	<i>C Profesinės nuostatos</i>
<i>1 Sveikatos priežiūros priimtinumai</i>	<u>A1 Profesinė saviraiška ir saviugda</u> * P, V	<u>B1 Profesinės veiklos motyvatoriai</u> * P, V, S	<u>C1 Profesiniai lūkesčiai</u> * P, V, S
<i>2 Sveikatos priežiūros prieinamumas</i>	<u>A2 Profesinis tobulėjimas</u> * P, V	<u>B2 Profesinė charakteristika</u> * P, V, S	<u>C2 Profesinė elgsena</u> * P, V, S
<i>3 Sveikatos priežiūros tinkamumas</i>	<u>A3 Profesinė veikla</u> * P, V	<u>B3 Profesinių vertybių sistema</u> * P, V, S	<u>C3 Įstaigos strategija</u> * P, V, S

\* Diagnostinis kriterijus atskleidžiamas, remiantis: P – slaugytojų praktikų apklausos duomenimis; V – vyr. slaugytojų ir įstaigų vadovų apklausos duomenimis; S - studentų apklausos duomenimis.

Siekiant pagrįsti diagnostinių kriterijų matricos sudarymą teoriniu požiūriu bei susieti tai su klausimyno teiginiais, naudotais slaugytojų požiūriui vertinti, matrica suskirstyta į tris horizontaliai išdėstytas diagnostines grupes ir toliau nagrinėjami šias grupes sudarantys diagnostiniai kriterijai.

### 3.4.2. DIAGNOSTINIŲ KRITERIJŲ GRUPĖS

#### 3.4.2.1. Pirmoji praktinės veiklos dimensijų grupė - *Sveikatos priežiūros priimtinumumas*

Pirmojoje praktinės veiklos dimensijų grupėje - *Sveikatos priežiūros priimtinumumas* - išskirti trys slaugytojų profesinės socializacijos vertinimo diagnostiniai kriterijai:

##### AI Profesinė saviraiška ir saviugda

Saviraiška (*Self-Actualization*) atspindi asmenų gebėjimą patenkinti savo poreikius „geriausiai darant tai, ką asmenys geba daryti“. Savo realizavę asmenys visus gabumus panaudoja siekdami padidinti savo žmogiškąsias galimybes (*Maslow, 1995*). Jei slaugytojas saviraiškai naudotų įgimtą motyvaciją, slaugos profesinė socializacija būtų pažangesnė (*Styles, 1982*). Ištyrus ryšį tarp slaugos studentų saviraiškos ir reagavimo į stresą, paaiškėjo, kad nepakankama saviraiška buvo stipraus nerimo priežastis (*Sobol, 1978; Hurley-Wilson, 1988*). *Sobol* (1978) postulavo, kad mažiau įsitempęs, save realizuojantis asmuo turėtų daugiau intelektualinės ir asmeninės energijos plėtoti profesines vertybes ir įgūdžius, t. y. užsiimti profesine saviugda. *Bradby* (1990), atlikęs kiekybinius ir kokybinius profesinės socializacijos tyrimus su slaugos studentais, patvirtino *Sobol* (1978) išvadas ir teigė, kad kuo labiau išugdyta asmens savigarba ir profesinės saviraiškos motyvacija, tuo lengviau įgyvendinama profesinė socializacija.

Tikėtina, kad ir dirbantys slaugytojai patiria stresą, jaučia nerimą, neaiškumą, perėję iš švietimo aplinkos akademinės kultūros į darbo vietos profesinę kultūrą. Tikėtina, kad aukšto saviraiškos laipsnio slaugytojai adekvačiai reaguos į darbo vietos kultūrą ir sėkmingai formuos savo profesionalumą (*Schein, 1992; Lathlean, 1987; Bourbonnais, Kerr, 2007*).

Asmenims, pasižymintiems aukštu saviraiškos ir savigarbos lygiu, būdingas efektyvesnis realybės suvokimas, tolerancija nežinomumui ir

dviprasmybėms; savęs ir kitų suvokimas; minčių ir elgesio spontaniškumas; susikoncentravimas į išorines problemas, ištikimybė gyvenimo misijai; nešališkumas, pasireiškiantis kaip objektyvumas, nepriklausomas nuo aplinkos ir kultūros; solidarumas, simpatijos, prisirišimas prie žmonijos; prasmingi visuomeniniai ryšiai; demokratiška ir garbinga charakterio struktūra; humoro jausmas; kūrybiškumas (*Maslow, 1995*).

Kintant visuomenės demografinėi situacijai, didėjant žinių kompleksiskumui sveikatos priežiūros srityje, ryškėjant slaugytojų trūkumo problemai, atsiranda sveikatos priežiūros sistemos pertvarkymo poreikis. Tai sietina su naujų technologijų diegimu, kurių naudojimas suvokiamas kaip dalis sveikatos priežiūros sistemos pertvarkos, o ne tik paprastas procesų automatizavimas (*Courtney et al., 2005*). Tai gali optimizuoti slaugos procesus institucijose, dar daugiau – pakeisti santykius tarp slaugytojo ir paciento. Sąveikos tarp techninių įgūdžių, socialinio priimtumo ir darbo vietos kultūros rezultatas – slaugytojų darbo vietų technologinis modernizavimas (*Ward, Moule, 2007*).

Slaugytojų profesinės saviraiškos ir saviugdos pagrindai formuojasi jau studijų laikotarpiu, todėl Lietuvos Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje (1991) sveikatos priežiūros specialistų rengimo pertvarka buvo įvardyta kaip prioritetinga sveikatos reformos kryptis.

Sveikatos apsaugos ministerija (SAM), kaip pagrindinė specialistų užsakovė, bei Švietimo ir mokslo ministerija (ŠMM), vykdanči studijų kokybės priežiūrą, inicijavo sveikatos priežiūros specialistų rengimo programų turinio kaitą. Medicinos profesionalų profesinė kvalifikacija glaudžiai susijusi su sveikatos priežiūros paslaugų priimtumo principo užtikrinimu, kurį Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas (1994) apibrėžia kaip valstybės nustatyta tvarka pripažįstamas sveikatos priežiūros sąlygas, užtikrinančias sveikatos priežiūros paslaugų ir medicinos mokslo principų bei medicinos etikos reikalavimų atitiktį. Lietuvos sveikatos sistemos veiklą reglamentuojančiuose teisės aktuose, kuriuose yra įvardijamas sveikatos

priežiūros specialistų vaidmuo, teigiama, kad sveikatos priežiūros paslaugas gali teikti tik Europos standartų reikalavimus atitinkantys specialistai.

Slaugos specialistų rengimo pertvarka pagal tarptautinius standartus buvo svarbi sąlyga ne tik tikintis sėkmingo sveikatos reformos įgyvendinimo Lietuvoje, bet ir Lietuvos Respublikai siekiant narystės Europos Sąjungoje, užtikrinant abipusį slaugos specialistų kvalifikacijos pripažinimą ir suteikiant laisvo asmenų judėjimo galimybę vieningoje Europoje. Ypatingas dėmesys turėjo būti skiriamas dirbančių slaugytojų - pačios skaitlingiausios medicinos profesionalų grupės, kurių įgyta profesinė kvalifikacija neapėmė naujų slaugos specialisto veiklos sričių, profesinių kompetencijų, įvardytų ES Direktyvoje 77/453 EEC 1977 m. birželio 27 d. *Dėl teisinio ir administracinio slaugytojų, atsakingų už bendrąją slaugą, veiklos koordinavimo*, - profesinei raiškai užtikrinti.

Šiuo Lietuvos sveikatos sistemai svarbiu laikotariu Europos Sąjungos valstybės suteikė konsultacinę, metodinę pagalbą. Lietuvos Sveikatos apsaugos ministerija ir Danijos slaugytojų organizacija 1993 m. pasirašė bendradarbiavimo sutartį, kurios pagrindinis tikslas – įgyvendinti projektą „Pagrindinio slaugos studijų mokymo plano sudarymas ir slaugos teisiniai pagrindai“. Kolegos iš Danijos ir Vilniaus aukštesniosios medicinos mokyklos per 1994–1995 metus parengė naują studijų programą „Slauga“. Ši programa buvo pavadinta eksperimentine, o jos rezultatas – esminiai slaugos specialistų rengimo, taip pat ir tolimesnio slaugos proceso praktinio įgyvendinimo pokyčiai.

Esminiai bendrosios praktikos slaugytojų profesinio rengimo pokyčiai siejami ir su švietimo reformos eiga (*Becher, 1995*). Lietuvoje 2000 m. Aukštojo mokslo įstatymas (2000) įteisino binarinę aukštojo mokslo struktūrą, į aukštojo mokslo institucijų sistemą įsiliejo neuniversitetinės aukštosios mokyklos – kolegijos. Tokia aukštojo mokslo sistema įgalino lygiagrečiai funkcionuoti universitetines ir neuniversitetines studijas, efektyviau tenkinti rinkos poreikius, rengti įvairių profesijų žmones. Vilniaus kolegijos Sveikatos priežiūros fakulteto dėstytojai 2001 m. parengtė aukštojo neuniversitetinio

mokslo studijų *Bendrosios praktikos slauga* programą. Po 2002 m. vasario mėnesį įvykusio Europos komisijos vidaus rinkos Generalinio Direktorato TAIEX (*Technical Assistance Information Exchange Office*) vertinimo komisijos vizito, ši programa, atsižvelgus į ekspertų pastabas, dar kartą buvo patobulinta.

Taigi aplinkybės, veikiančios slaugos specialistų profesinę raišką, įskaitant lankstumą, atsakingumą, lyderiavimą, autonomiją ir mokymąsi visą gyvenimą, yra svarbios specialistams, siekiantiems išlikti besikeičiančiame sveikatos priežiūros sektoriuje (*Taylor, 2007*).

### B1 Profesinės veiklos motyvatoriai

Motyvacija – tai noras kažką padaryti, kurį lemia veiksmo galimybė patenkinti šį poreikį (*Robbins, 2003*). Motyvavimo koncepcijų formulavimas aktyviai pradėtas XX amžiaus šeštajame dešimtmetyje. Pirmųjų teorijų - *Poreikių hierarchijos* (*Maslow, 1943*) ir *Dviejų veiksmų* (*Herzberg, 1950*) - autoriai buvo plačiai pripažinti, teorijos taikytos praktiškai, kritikuotos. Šios teorijos priskiriamos ankstyvosioms motyvacijos teorijoms. Šiuolaikinės motyvavimo teorijos remiasi naujausiais darbuotojų motyvacijos aiškinimais. *McClellando* (1961) *Poreikių teorija* išskiria pagrindinius darbo motyvus, kurie glūdi kiekviename žmoguje – pasiekimų poreikį, valdžios poreikį, poreikį priklausyti. Darbdaviui privalu atsirinkti, kuris motyvas vyrauja, ir tada taikyti darbo pobūdį bei skatinti šių pasiekimų poreikį. *Tikslų iškėlimo* teoriją, teigiančią, kad ketinimai, pasireiškiantys kaip tikslai, gali tapti svarbiausiu motyvavimo šaltiniu, papildo *Paramos teorija*, įrodinėjančią, kad parama nulemia elgesį (*Robbins, 2003*). *Teisingumo teorijos* šalininkai mano, kad turi egzistuoti santykis tarp indėlio ir atlygio. Jei šis santykis, darbuotojo nuomone, yra toks kaip kolegos, situacija vertinama kaip teisinga. Daugelis mokslininkų remia *Lūkesčių teorija*, teigiančią, kad poreikio konkrečiai pasielgti intensyvumas priklauso nuo lūkesčio, t. y. veiksmą skatina konkretus rezultatas ir rezultato patrauklumas. Visų koncepcijų tikslas – pritaikyti jas praktiškai ir tikėtis efektyvios personalo veiklos. Tačiau praktinio pritaikomumo procesas



yra nulemtas daugelio išorinės aplinkos veiksnių, kuriuos būtina įvertinti, mažinti jų šalutinį poveikį, kad būtų įgyvendinti pagrindiniai siekiniai.

Sveikatos priežiūros paslaugų sektoriuje dirbantys profesionalai, Europos ekspertų nuomone, turi bendrų bruožų: tai žemas darbuotojų motyvacijos lygis, nepasitenkinimas atlygiu bei darbo sąlygomis; didelis fizinis ir psichologinis krūvis; dominuoja profesionalai; gana griežta subordinacija (priklausomybė ir hierarchiniai tam tikrų profesinių kategorijų santykiai); daugelyje šalių valstybė atlieka pagrindinio darbdavio funkciją; didelis sveikatos sektoriuje dirbančių moterų santykis; rinkos stoka; vykdo ypatingą misiją – daro įtaką žmonių sveikatai; teikiamomis paslaugomis naudojasi visa populiacija ir kt. (*Tzenga et al.*, 2002; *Bennett, Franko*, 1999).

Kaip teigia PSO ekspertai, sveikatos sistemos darbuotojai dažnai yra pasyvūs pokyčiams. Todėl kai kuriose šalyse sveikatos reformos buvo nesėkmingos vien dėl „kolektyvinio darbuotojų rezistentiškumo“ pokyčiams. Iš kitos pusės, darbuotojai buvo palikti kaip sprendimų priėmimo ir įgyvendinimo proceso stebėtojai (*A Guide to Rapid Assessment of Human Resources for Health. World Health Organization*, 2004).

*Buchan* ir kt. (1999, 2000) sveikatos priežiūros darbuotojams motyvuoti siūlo šias skatinimo formas: finansines (darbo užmokestis, kitos netiesioginės išmokos) ir nefinansines (studijų/tobulinimosi galimybės, lankstus darbo grafikas, karjeros planavimas, patraukli darbo aplinka ir kt.).

*Hicks* ir *Adams* (2001) pažymi sveikatos priežiūros sistemos darbuotojų profesinę vertę ir didelę įtampą, atsiradusią tarp finansinio skatinimo ir profesinės vertės. Kaip teigia minėti autoriai savo pranešime PSO seminare, sveikatos sistemos darbuotojų motyvacijos klausimas daugelio šalių sveikatos reformose neatsispindi. Skatinimo ir motyvacijos ryšį būtina atidžiai studijuoti ir sukurti motyvavimo modelį, apimantį individualios, visuomeninės ir organizacinės motyvacijos veiksnius. Autoriai pateikia *Bennet* ir *Franco* (1998) modelį, kurio pagrindu turi būti sukurta skatinimo sistema:

- Individo lygmuo – asmeninių poreikių tenkinimas; savęs suvokimas; lūkesčiai.

- Socialinė-kultūrinė aplinka – darbo užmokestis; pašalpos ir premijos; grįžtamasis ryšys apie darbą; organizacijos kultūra, visuomenės lūkesčiai ir grįžtamasis ryšys; pareigos suvokimas.
- Sveikatos sektoriaus reforma – tikslų ir valdymo sutapatinimas su asmeninėmis darbuotojų vertybėmis, darbuotojų misijos suvokimas (*Adams, Hicks, 1998*). Airijos ekspertai teigia, kad, siekiant išvengti kompetentingų darbuotojų kaitos, būtina taikyti įvairias skatinimo formas, lankstų darbo laiką, patrauklias mokymo ir tobulinimo schemas. Taip sveikatos sektorius taptų patrauklesne veiklos sritimi (*Jordan et al., 2006*).

### CI Profesiniai lūkesčiai

Profesijos pasirinkimą daugeliu atveju lemia vidiniai ir išoriniai veiksniai. Prie vidinių veiksnių galima priskirti šeimoje vyraujančias tradicijas, kurias dažnai tęsia vaikai, pasirinkę tėvų profesijas. Tačiau šiuolaikinėje visuomenėje, kuri dar vadinama „jaunų žmonių“ visuomene ir kuriai būdingas individualumas ir norėjimas realizuoti savo sumanymus, profesijos pasirinkimą lemia asmeninės savybės bei poreikis jaunam žmogui realizuoti patrauklioje veikloje. Iš dalies jaunų žmonių polinkius lemia socialinė – ekonominė šalies situacija, kultūrinės tradicijos ir kt. Sveikatos priežiūros sritis nuo seno pasižymi didžiuliu profesinių žinių bei įgūdžių poreikiu, kuris yra susijęs su humanistinėmis idėjomis. Siekdami tapti sveikatos priežiūros specialistais, jauni žmonės ryžtasi sudėtingoms studijoms bei fiziškai ir psichologiškai sunkiai, atsakingai profesinei veiklai (*McKenna et al., 2003*). Šią sritį pasirenka ir joje lieka dirbti tik tie, kurie pasiryžę mokytis ir siekti žinių visą gyvenimą, aukotis kitų visuomenės piliečių labui (*Chant et al., 2002*).

Studijų laikotarpiu įgyjamos žinios ir įgūdžiai, formuojasi profesinės vertybės bei nuostatos. Šis ankstyvasis profesinės socializacijos etapas padeda pagrindus tolimesnei profesinei karjerai (*Walker, 2005*).

Mokymo institucijos uždavinys – parengti savarankišką specialistą, kuris gebėtų taikyti įgytas žinias, įgūdžius, nuostatas, vertybes darbinėje

aplinkoje, turėtų profesinės saviraiškos bei nuolatinio profesinio tobulėjimo ambicijų.

Labai svarbus profesinės socializacijos etapas absolventams pereinant iš mokymosi į darbinę aplinką (*McCormack, Slater, 2006*). Šiame etape tyko daug pavojų, kurie pasireiškia adaptacijos proceso naujoje aplinkoje metu. Kiekvienas jaunas specialistas puoselėja tam tikrus profesinius lūkesčius, vieni iš kurių įgyvendinami, o kai kurie – ne (*Park et al., 2007*).

Vienas iš mokymo institucijos ir sveikatos priežiūros įstaigos bendradarbiavimo uždavinių – „amortizuoti“ veiksnius, galinčius neigiamai paveikti specialisto adaptaciją naujoje darbo vietoje (*Humphries, 1987*). Įvairių profesijų žmonėms šis procesas vyksta šiek tiek skirtingai. Slaugos studijų absolventai susiduria su šiais nepalankiai jų tolimesnę profesinę socializaciją lemiančiais veiksniais: perėjimas nuo daugeliu atveju imituojančios prie realios darbinės aplinkos; stebėtojo vaidmens keitimas į savarankiškai veikiančią bei atsakančią už savo veiksmus specialistą; teorinio mokymo atotrūkis nuo realios praktinės veiklos ir kt. (*Maben et al., 2006; Clayton et al., 1989*). Jaunieji slaugos specialistai patenka į streso kupiną aplinką, kurioje dažnai nebūna globėjų (dėstytojų), galinčių patarti ar padėti (*Walker, 1986; Vaughan, 1980; Block et al., 2005*). Šis pereinamasis laikotarpis, kuris gali trukti net iki kelerių metų, yra svarbus formuojantis profesinėms nuostatoms ir vertybėms, kurios ateityje lems specialisto profesinę elgseną. Darbdavys, norintis turėti profesionalų, lojalų darbuotoją, turi labai atsakingai įvertinti šias aplinkybes, sudaryti patrauklias darbo sąlygas, priskirti jauniems specialistams globėjus, aiškiai apibrėžti veiklos bei atsakomybės ribas, planuoti bei organizuoti profesinę veiklą (*Atkins, Williams, 1995*).

*Kiffen-Petersen* ir *Cordery* (2003) užsimena, kad darbuotojo pasitikėjimas organizacijos valdymu kiekvienoje nacionalinėje sveikatos sistemoje gali būti reikšmingas veiksnys, skatinantis jį didesnėms organizacinėms permainoms, apimančioms plačius struktūrinius, filosofinius ir vertybių pokyčius. Pažymima, kad pasitikėjimas valdymu, gebėjimas suvokti

(priimti) pokyčius ir įsipareigojimus organizacijai yra susijęs su sėkminga tos organizacijos veikla.

Kaip vystymosi dalis ir abipusio pasitikėjimo bei atsidavimo garantas, manoma, yra darbdavio gebėjimas patenkinti darbuotojo lūkesčius. Tai sudaro dalį psichologinės sutarties, kurios svarbus elementas yra gebėjimas pasitikėti, kad pažadai bus ištesėti (*Armstrong, 1999*). Akivaizdus pasitikėjimo pavyzdys, pagrįstas įsipareigojimų ir pažadų vykdymu (*Herriot et al., 1998*). Teisingumo ir dorumo problemos, kaip abipusio pasitikėjimo augimo veiksniai, taip pat svarbios pokyčių laikotarpiu (*Saunders, Thornhill, 2003*). Taigi, įvykdyti įsipareigojimai ir pažadai yra tiesiogiai susiję su pasitikėjimo kilimu, kuris (pasitikėjimas) yra būtinas sėkmingai įgyvendinant pokyčius profesinėje veikloje.

Vienas iš tokių darbdavių pažadų gali būti darbo sąlygų gerinimas (*improving working live*). Nacionalinės sveikatos sistemos ir darbo sąlygų gerinimo kontekste sukurtas rinkinys abipusių lūkesčių ir prielaidų tarp darbuotojų ir organizacijos (*Armstrong, Brown, 2001; Schein, 1978*). Svarbu, kad šį sandorį pirmiausia stengtųsi realizuoti pats darbdavys.

Labai svarbu tinkamai įvertinti ryšius tarp lūkesčių, įsipareigojimų ir pasitikėjimo darbo santykių kontekste. Organizacijose darbo santykiai, sukurti iš darbdavio ir darbuotojo lūkesčių, įvardijami kaip psichologinė sutartis. Tai nerašytų, dažnai neaiškių dvišalių lūkesčių tarp darbuotojo ir organizacijos rinkinys (*Armstrong, Brown, 2001; Guest, Conway, 2002; Schein, 1978*). Jis atspindi darbdavio ir darbuotojo įsitikinimus, vertybes, troškimus (*Smithson, Lewis, 2000*) ir pagrįstas darbuotojo nuostata pasiūlyti savo kompetenciją mainais į tai, ko jis tikisi gauti iš darbdavio (*Roehling, 1997*).

*Herriot et al. (1997)* teigia, kad, norint vystyti ir palaikyti abipusį pasitikėjimą bei įsipareigojimus, būtina patenkinti darbuotojo lūkesčius, sudarančius dalį psichologinės sutarties, ir apimančius elementus, kurie sudaro prielaidas lygioms galimybėms ir darbinio gyvenimo pusiausvyrai realizuoti. Pasitikėjimo pažadų valdymas *Armstrong (2000)* lemia darbuotojo saugumo,

užimtumo, teisingumo ir galimybių tobulėti poreikius. Darbdavių lūkesčiai yra kompetencija, pastangos, paklusnumas, atsidavimas ir ištikimybė.

Teoriškai aptarus pirmosios praktinės veiklos dimensijų grupės - *Sveikatos priežiūros priimtinumą* - diagnostinius kriterijus, toliau pateikiami klausimyno teiginiai, taikyti slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos užtikrinimui vertinti.

Visi pirmosios praktinės veiklos dimensijų grupės – *Sveikatos priežiūros priimtumas* - profesinės socializacijos vertinimo diagnostiniai kriterijai ir juos atitinkantys anketos teiginiai apibendrinti 2 lentelėje.

**2 lentelė.** Pirmosios praktinės veiklos dimensijų grupės diagnostiniai kriterijai ir juos atitinkantys anketos teiginiai.

Praktinės veiklos dimensijos	Slaugytojų profesinės socializacijos charakteristikos		
	<i>A. Profesinė kvalifikacija</i>	<i>B. Profesinės vertybės</i>	<i>C. Profesinės nuostatos</i>
<i>I Sveikatos priežiūros priimtumas</i>	<u>A1 Profesinė saviraiška ir saviugda</u>  Dalį kvalifikacijos tobulinimo laiko slaugytojas skiria bendriesiems gebėjimams ugdyti. Perspektyvi slaugytojo profesinės kvalifikacijos tobulinimo forma: naudojantis IT nuotoliniu būdu darbo vietoje. Kvalifikacijos tobulinimas taikant IT	<u>B1 Profesinės veiklos motyvatoriai</u>  Svarbiausias slaugytojo darbo motyvatorius – geras atlyginimas. Slaugytojo profesinėje veikloje svarbiausia – įdomus darbas. Slaugytojo profesinėje veikloje svarbiausia – gera darbinė atmosfera. Svarbiausias slaugytojo darbo	<u>C1 Profesiniai lūkesčiai</u>  Slaugytojo profesinė veikla atitinka darbinės karjeros lūkesčius, turėtus studijų laikotarpiu. Slaugytojo darbinė veikla puikiai organizuojama ir planuojama. Slaugytojo

	<p>darbo vietoje: yra asmeninis kompiuteris, kuriuo slaugytojas gali naudotis jam patogiu laiku.</p> <p>Slaugytojas motyvuotas tobulinti kvalifikaciją nuotoliniu būdu darbo vietoje, nes tai yra savirealizacijos išraiška, sąlygojanti profesionalumą.</p> <p>Kvalifikacijos tobulinimas nuotoliniu būdu darbo vietoje yra per daug sudėtingas procesas, nes nėra šiai veiklai specialiai skirto laiko.</p> <p>Kvalifikacijos tobulinimas nuotoliniu būdu darbo vietoje yra per daug sudėtingas procesas, nes nėra šiai veiklai specialiai skirto kompiuterio.</p>	<p>motyvatorius – socialinės garantijos.</p> <p>Svarbiausias slaugytojo darbo motyvatorius – karjeros galimybės.</p> <p>Slaugytojo profesinėje veikloje svarbiausia – asmeninio tobulėjimo galimybės.</p> <p>Slaugytojo profesinėje veikloje svarbiausia – teikiama nauda visuomenei.</p> <p>Svarbiausias slaugytojo darbo motyvatorius – darbo vietos garantijos.</p> <p>Slaugytojo profesinėje veikloje svarbiausia – jo profesija visuomenėje yra prestižinė.</p>	<p>darbinėje veikloje nustatytos aiškios veiklos bei atsakomybės ribos.</p> <p>Slaugytojo profesinėje veikloje darbo krūvis reglamentuojamas aiškiais kriterijais.</p> <p>Slaugytojo profesinėje veikloje darbo krūvis tiesiogiai susijęs su atlygiu už darbą.</p> <p>Darbdavio pagyrimas, padėrinimas motyvuoja slaugytoją siekti profesionalumo.</p>
--	--	--	--

### 3.4.2.2. Antroji praktinės veiklos dimensijų grupė - *Sveikatos priežiūros prieinamumas*

Antrojoje praktinės veiklos dimensijų grupėje - *Sveikatos priežiūros prieinamumas* - išskirti taip pat trys slaugytojų profesinės socializacijos vertinimo diagnostiniai kriterijai:

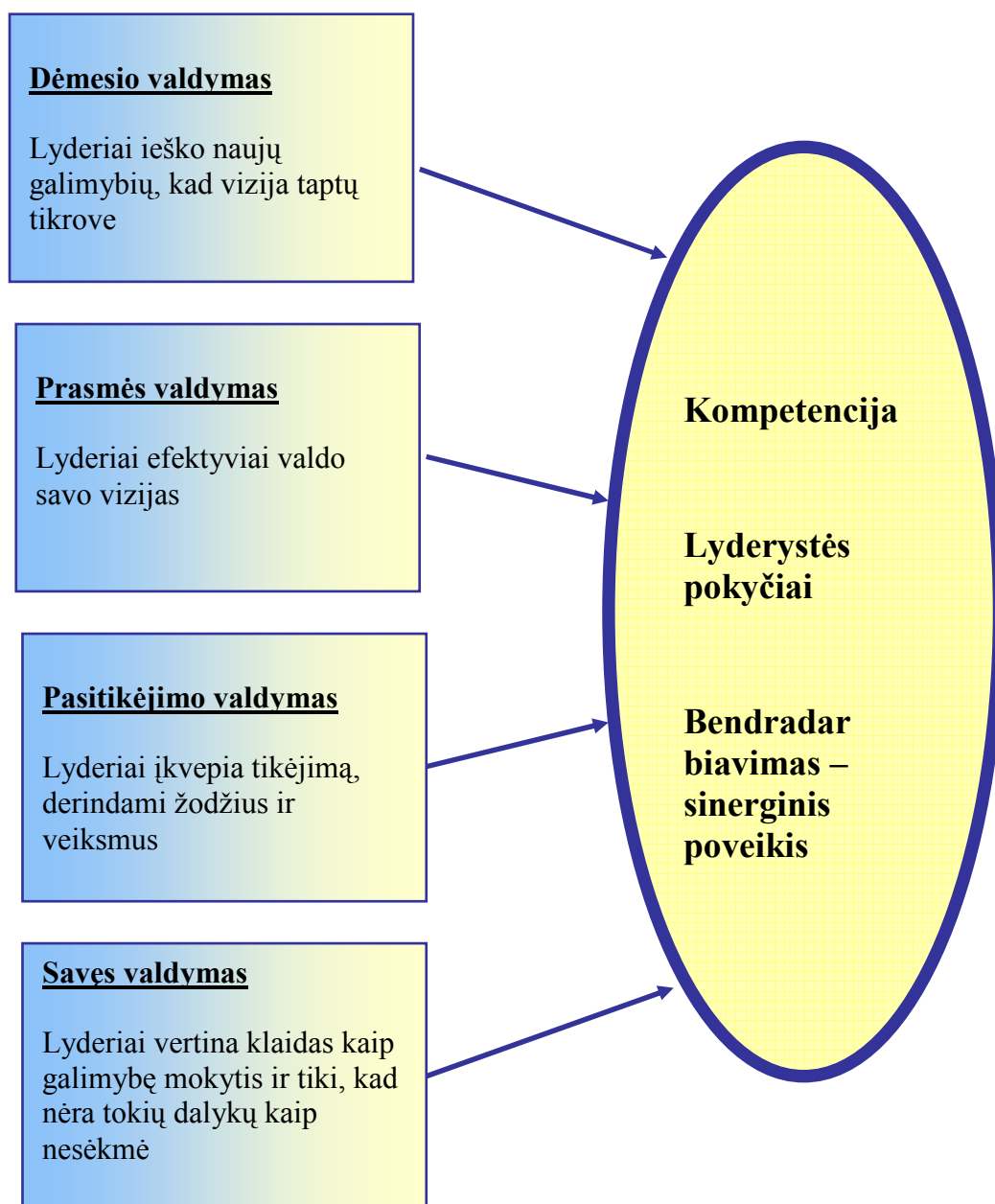
#### A2 Profesinis tobulėjimas

Ankstesniuose skyriuose buvo aptartas medicinos sesers profesijos virsmas į bendrosios praktikos slaugytojo profesiją. Šis procesas apėmė ne tik kiekybinius, bet ypač svarbius kokybinius profesijos pokyčius (*Stone, Knopke, 1978*). Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys slaugytojai per trumpą laikotarpį turėjo perimti pažangios slaugos praktikos patirtį, kurią kolegos Vakarų Europoje, JAV kaupė ne vienerius metus (*Duff, 1989*). Šis procesas tęsiasi ir dabar.

Sąvoka *Pažangi slaugos praktika* JAV egzistuoja nuo 1960-ųjų, o Anglijoje – nuo 1980-ųjų metų (*Daly, Carnwell, 2003*). Pirmieji pažangaus slaugytojo-praktiko ženklai Airijoje pasirodė 1998-aisiais (*Slaugos komisijos rekomendacijos, 1998*). Profesijos vaidmenų pažangioje slaugos praktikoje struktūros kūrimas tęsėsi kelerius metus. *Lloyd (2005)* mano, kad ateityje taip pat būtina plėtoti pažangią slaugos praktiką klinikinėje aplinkoje.

Kompetencija, vadovavimas ir bendradarbiavimas pažangios slaugos praktikoje, remiantis lyderiavimo modeliu, pateiktas 2 paveiksle (*Sofarelli, Brown, 1998*).

Esminės pažangaus slaugytojo praktiko savybės yra sinoniminės transformaciniam vadovavimo stiliui, ypač pabrėžtinus inovatyvumas, įžvalgumas, kompetencija ir pokyčių poreikis (*Watkins, 2000; Sofarelli, Brown, 1998*). Slauga iš orientuotos į užduotį kinta į komandinę slaugą arba pirmaeilę slaugą, apimančią holistinę sistemą, kurioje slaugytojas praktikas atlieka vadovaujamą funkciją.



2 pav. Sofarelli ir Brown (1998) lyderiavimo modelis.

Smith (2003) tvirtina, kad daugelis pažangių slaugytojų praktikų dirba komandoje su kitu medicinos personalu, todėl nuolatinis profesinis tobulėjimas yra sveikatos priežiūros komandos veiklos kokybės garantas (Callaghan, 2008).

Lietuvoje slaugos specialistai priskiriami licencijuojamų specialistų grupei. Tik pabaigęs studijas kiekvienas slaugytojas kreipiasi į Akreditavimo tarnybą prie SAM, kuri suteikia teisę verstis savarankiška profesine veikla. Ši



teisė suteikiama penkeriems metams. Per šį laikotarpį slaugytojas privalo ne tik verstis profesine veikla, bet sistemingai tobulinti profesinę kvalifikaciją. Šios nuostatos įteisintos Lietuvos Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje (1991), Sveikatos sistemos įstatyme (1994), Slaugos praktikos įstatyme (2001), Sveikatos ministro įsakymuose „Dėl slaugytojų profesinio tobulinimo, privalomo bendrosios ir (ar) specialiosios praktikos slaugytojų licencijų ir sertifikatų (kai jie privalomi) perregistravimo ar galiojimo atnaujinimo tvarkos ir masto nustatymo“ (2001), „Dėl sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimo ir finansavimo tvarkos“ (2002), medicinos normoje MN 28 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ (2004). Slaugytojų, kaip ir kitų licencijuojamų specialistų, kvalifikacijos tobulinimo tvarką koordinuoja Sveikatos apsaugos ministerija, vykdymas pavestas Slaugos darbuotojų tobulinimo ir specializacijos centrui. Per penkerių metų laikotarpį slaugytojas privalo profesinę kvalifikaciją tobulinti 60 val., iš kurių 60 proc. valandų turi sudaryti tobulinimasis formaliojo švietimo įstaigoje. Ne daugiau kaip 20 proc. valandų gali sudaryti tobulinimasis kitose, su profesine kvalifikacija susijusiose srityse (pvz., vadybos, kompiuterių valdymo ir kt.). Taip profesinės kompetencijos papildomos patobulintais bendraisiais gebėjimais. Vienam asmeniui iš valstybės biudžeto skiriama vienoda procentinė dalis (iki 75 proc.) lėšų, nepriklausomai nuo turimų licencijų ar kitų specialisto praktikai būtinų dokumentų skaičiaus. Likusias lėšas, susijusias su privalomu specialisto profesinės kvalifikacijos tobulinimu, turi skirti darbdaviai, rėmėjai ar pats asmuo. Tai yra tik minimalūs kvalifikacijos tobulinimo skaičiai, kurie realiai turėtų būti daug didesni, dėl nuolatinių technologinių, teorinių, praktinių pokyčių, vykstančių sveikatos sektoriuje.

Didelis dėmesys turėtų būti skiriamas tobulinimo programų turiniui, kurios atspindėtų tiek sektoriaus poreikius, tiek naujausius slaugos mokslo pasiekimus. Kita šių dienų problema – tai esant ribotam slaugos specialistų skaičiui darbo vietoje, organizuoti išvykstančių į kvalifikacijos tobulinimo renginius pavadavimą kitais darbuotojais bei padengti su tuo susijusias išlaidas.

Būtų efektyvu pagal galimybę kai kuriuos tobulinimo ciklus priartinti prie darbo vietų, t. y. rengti nuotolinio mokymo kursus ar drauge su aukštosiomis mokyklomis rengti konferencijas, seminarus darbo vietose (*Ward, Moule, 2007; Winskill, 2000*).

Slaugytojų profesinės kvalifikacijos tobulinimas sietinas su *sveikatos priežiūros prieinamumu*, kuris įstatyme apibrėžtas kaip valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų ekonominių, komunikacinių ir organizacinių priimtinumą asmeniui ir visuomenei.

## B2 Profesinė charakteristika

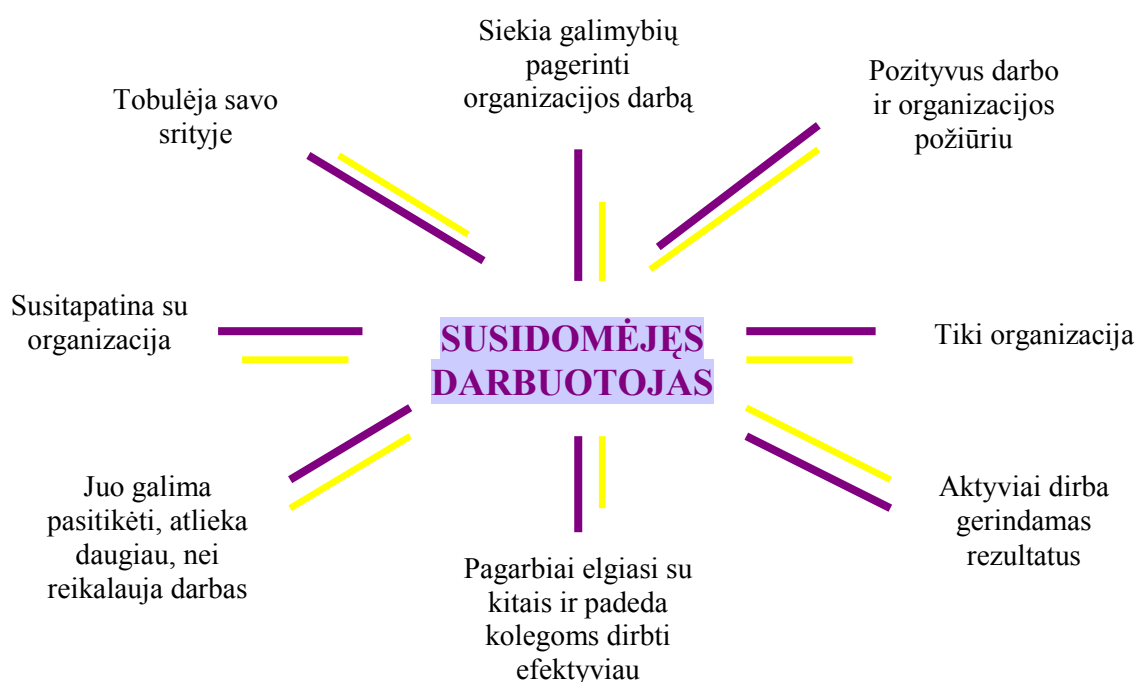
Šiuolaikiniam slaugytojui keliami profesiniai reikalavimai, glaudžiai susiję su slaugos standartų įgyvendinimu praktinėje veikloje (*Cooke, 2006*). Pagrindinis nacionalinis dokumentas, apibrėžiantis šių specialistų profesinę veiklą – tai medicinos norma MN 28:2004 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“. Šis dokumentas nustato bendrosios praktikos slaugytojo veiklos sritis, teises, pareigas, kompetenciją, atsakomybę ir yra privalomas bendrosios praktikos slaugytojams, jų darbdaviams, institucijoms, rengiančioms ir tobulinančioms šiuos specialistus bei kontroliuojančioms jų veiklą. Rengiant medicinos normą, buvo vadovautasi daugybę nacionalinių teisės aktų, taip pat labai svarbiais Lietuvai, kaip Europos Sąjungos narei, privalomais europiniais dokumentais: 2001 m. gegužės 14 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2001/19/EB, iš dalies pakeičiančia Tarybos direktyvas 89/48/EEB ir 92/51/EEB dėl profesinių kvalifikacijų pripažinimo bendrosios sistemos ir Tarybos direktyvas 77/452/EEB, 77/453/EEB, 78/686/EEB, 78/687/EEB, 78/1026/EEB, 78/1027/EEB, 80/154/EEB, 80/155/EEB, 85/384/EEB, 85/432/EEB, 85/433/EEB ir 93/16/EEB dėl bendrosios slaugos medicinos sesers, stomatologo, veterinarijos gydytojo, akušerės, architekto, farmacininko ir gydytojo profesijų. Toks didelis dėmesys europiniams dokumentams yra neatsitiktinis, kadangi šių specialistų rengimą reglamentuoja sektorinės

direktyvos, kuriomis privalo vadovautis visos šalys narės, tai laiduoja vieningą specialistų rengimą bei vienodą šios profesijos traktavimą visoje Europos Sąjungoje. Medicinos normos MN 28 4 skyriaus 5 ir 10 punktuose įvardyti esminiai slaugos specialisto veiklos aspektai – „bendroji slaugos praktika užtikrina visišką slaugytojo atsakomybę už paciento slaugą, slaugymo planavimą ir organizavimą“ ir „bendrosios praktikos slaugytojas dirba savarankiškai valstybinių ir (ar) privačių asmens sveikatos įstaigų specialistų komandose, ugdymo, socialinės globos institucijose, bendruomenėje bei pacientų namuose“. Kad slaugytojas galėtų atsakyti už šių esminių formuluočių įgyvendinimą, jam yra deleguotos plačios veiklos bei atsakomybės ribos, teisės, pareigos, kompetencijos. Medicinos normoje labai plačiai ir išsamiai išdėstyti visi momentai, kuriuos apibendrinus galima konstatuoti, kad slaugytojas savarankiškai vykdo ir atsako už paciento slaugymą, mokymą ir konsultavimą, vadovavimą profesinei veiklai bei jos tyrinėjimą.

## C2 Profesinė elgsena

Profesinė elgsena priklauso nuo slaugytojo profesionalumo, vertybių, nuostatų. Lietuvoje, vertinant profesinę elgseną bei suteikiant licenciją savarankiškai ją demonstruoti, yra atsižvelgiama tik į vieną profesinę elgseną lemiančių veiksnių – tai profesinę kvalifikaciją, kuri patikrinama pateikus diplomą bei patvirtintą profesinės kvalifikacijos tobulinimo valandų skaičių. Kvalifikacijos įgijimą įrodantis diplomai, kvalifikacijos tobulinimą liudijantys sertifikatai tarnauja kaip indikatoriai, pagal kuriuos sprendžiama, ar specialistas gali užsiimti savarankiška profesine veikla. Tačiau tai tik vienos profesinę elgseną veikiančios charakteristikos testavimas. Daugeliu atveju yra svarbios slaugytojo vertybės, nuostatos, lemiančios „norėjimą sugebėjimus realizuoti“ (Sakalas, 2003). Kiekviena karta be tradicinių vertybių pasižymi tarpinių vertybių įgijimu, kurias skatina išorės veiksniai. Jungtinių Valstijų mokslininkai yra pionieriai, nagrinėjantys šiuolaikinės darbo jėgos dominuojančias vertybes. Galime teigti, kad Lietuvoje yra susiklosčiusi savita kultūrinė aplinka, todėl dėsninčiai, galiojantys svetur, mums nelabai tinka.

Tačiau žmonės daugeliu atveju yra panašūs bei linkę įvairiose situacijose veikti panašiai. Vertybės formuoja asmens nuostatas, kurios yra vertinamojo pobūdžio. *Robbins* ir kt. (2003) mano, kad nuostatos gali būti: pasitenkinimas darbu, išitraukimas į darbą (kiek žmogus susitapatina su darbu ir kaip aktyviai jame dalyvauja), įsipareigojimas organizacijai (lojalumo organizacijai ir savęs sutapatinimo su ja rodiklis) ir kt. (3 pav.).



**3 pav.** Susidomėjusio darbuotojo charakteristikos, suderintos su įsipareigojimų formuluotėmis (*Robbins ir kt., 2003*).

Viena iš svarbiausių nuostatų – tai pasitenkinimas darbu, kuri atliktų tyrimų duomenimis lemia proto pastangų reikalaujantis darbas, tinkamas atlygis, skatinančios darbuotoją darbo sąlygos ir jį palaikantys kolegos. Mokslininkai teigia, kad aktyvi profesinė veikla ir deramas jos įvertinimas sukelia pasitenkinimą darbu, o ne atvirkščiai (*Faulkner, 1998*). Tačiau darbuotojai ieško darnos ir nuoseklumo, tai nagrinėja pažintinio disonanso teorija, kuri teigia, kad žmogus siekia mažinti disonansą ir jo sukeltą diskomfortą, bet jei individas mano, kad disonansas yra nekontroliuojamas, kad žmogus nieko čia negali pakeisti, tikėtina, jog jis bus linkęs keisti savo

nuostata, o nuostatos veikia elgesį ir ypač kai jaučiamas ilgalaikis socialinis spaudimas (Robbins, 2003).

Visi antrosios praktinės veiklos dimensijų grupės – *Sveikatos priežiūros prieinamumas* – profesinės socializacijos vertinimo diagnostiniai kriterijai ir juos atitinkantys anketos teiginiai pateikti 3 lentelėje.

**3 lentelė.** Antrosios praktinės veiklos dimensijų grupės diagnostiniai kriterijai ir juos atitinkantys anketos teiginiai.

Praktinės veiklos dimensijos	Slaugytojų profesinės socializacijos charakteristikos		
	A. Profesinės kvalifikacija	B. Profesinės vertybės	C. Profesinės nuostatos
2 Sveikatos priežiūros prieinamumas	<u>A2 Profesinis tobulėjimas</u>	<u>B2 Profesinė charakteristika</u>	<u>C2 Profesinė elgsena</u>
	Pagrindinė slaugytojo profesinės kvalifikacijos tobulinimo vieta – tai slaugos specialistų tobulinimo centras.	Sėkmingai konkuruoti profesinėje veikloje slaugytojui būtina profesinė kompetencija.	Slaugytojo profesionalumas užtikrina vadovų ir slaugytojų santykius.
	Pagrindinė slaugytojo profesinės kvalifikacijos tobulinimo vieta – tai Lietuvos kolegijų podiplominių studijų skyriai.	Slaugytojui sėkmingai konkuruoti profesinėje veikloje būtinas paklusnumas, pagarba hierarchijai.	Slaugytojo profesionalumas užtikrina santykius su klientais/pacientais.
	Pagrindinė slaugytojo profesinės kvalifikacijos tobulinimo vieta – tai Lietuvos universitetų	Slaugytojui sėkmingai konkuruoti profesinėje veikloje būtinas darbštumas, atsidavimas,	Slaugytojo profesionalumas užtikrina teikiamų paslaugų

	<p>podiplominių studijų skyriai.</p> <p>Pagrindinė slaugytojo profesinės kvalifikacijos tobulinimo vieta – tai profesinių draugijų organizuotos konferencijos.</p> <p>Kvalifikacijos tobulinimo formos: stažuotės, seminarai, kursai.</p> <p>Kvalifikacijos tobulinimo formos: konferencijos, paskaitos įstaigoje.</p> <p>Kvalifikacijos tobulinimo formos: nuotoliniu būdu per specializuotus žurnalus.</p> <p>Kvalifikacijos tobulinimo formos: nuotolinės studijos pasitelkus IT.</p> <p>Kvalifikacijos tobulinimo formos: nuolatinis savarankiškas kvalifikacijos tobulinimas.</p> <p>Kvalifikacijos</p>	<p>nuoširdumas.</p> <p>Slaugytojui sėkmingai konkuruoti profesinėje veikloje būtinas savarankiškumas, aktyvumas, bendradarbiavimas, komunikabilumas.</p> <p>Slaugytojui sėkmingai konkuruoti profesinėje veikloje būtinas kritinis mąstymas.</p>	<p>kokybę.</p> <p>Slaugytojo darbinė elgsena grindžiama aktyvumu.</p> <p>Slaugytojo darbinė elgsena grindžiama paklusnumu vadovams.</p> <p>Įstaigos aplinka, palankus mikroklimatas skatina slaugytoją tobulėti.</p> <p>Slaugytojo profesionalumas užtikrina slaugytojų tarpusavio santykius.</p> <p>Slaugytojas dalį darbo laiko skiria darbinės veiklos savianalizei, atlieka</p>
--	--	--	---

	tobulinimo formos: dalyvavimas moksliniuose tyrimuose, straipsnių rengimas, publikavimas, pristatymas konferencijose.		taikomuosius mokslo tyrimus.
--	--	--	---------------------------------

### 3.4.2.3. Trečioji praktinės veiklos dimensijų grupė - *Sveikatos priežiūros tinkamumas*

Trečiojoje praktinės veiklos dimensijų grupėje - *Sveikatos priežiūros tinkamumas* - išskirti taip pat trys profesinės socializacijos vertinimo diagnostiniai kriterijai:

#### A3 Profesinė veikla

Slaugytojų rengimą, jų profesinę veiklą Lietuvoje reglamentuoja daugybė nacionalinių bei tarptautinių teisės aktų. Daugelis jų jau buvo nagrinėti ankstesniuose disertacijos skyriuose. Tačiau profesinės veiklos reglamentavimas negali apsiriboti tik veiklos bei atsakomybės ribų apibrėžimu. Esminiai momentai yra susiję su galimybe slaugytojui efektyviai realizuoti save profesinėje aplinkoje. Veiklos efektyvumą lemia jos planavimas, organizavimas, vykdymas, finansavimas ir kt. 2007 metų balandžio mėnesį Lietuvos Respublikos Seimas ratifikavo 1977 m. birželio 21 d. Ženevoje priimtą „Slaugos personalo įdarbinimo ir darbo bei gyvenimo sąlygų konvenciją“. Lietuvos Respublika yra Tarptautinės darbo organizacijos narė. Šios organizacijos iniciatyva Lietuvoje buvo ratifikuotas slaugos specialistams svarbus dokumentas, kuris turėtų patvirtinti slaugos personalo svarbą saugant ir gerinant gyventojų sveikatą, o slaugos personalo darbdaviams – aktyviai prisidėti gerinant slaugos personalo įdarbinimo ir darbo sąlygas, taip pat

užtikrinti slaugos paslaugų tinkamumą. Konvencijos ratifikavimas įpareigoja šalių narių vyriausybes garantuoti slaugos personalo teises, užtikrinti slaugos personalo švietimą ir mokymą, užimtumą ir darbo sąlygas, siekti pakelti profesijos prestižą, garantuoti karjeros perspektyvas ir tinkamą atlygį. Kai kurios šios konvencijos nuostatos jau yra įgyvendintos, tačiau labai svarbi sritis – „darbo sąlygų, kurios galėtų pritraukti žmones ir skatintų nemesti šio darbo, įskaitant karjeros perspektyvas ir tinkamą atlygį, sukūrimas“ – dar lieka sveikatos politikų darbotvarkės klausimu. Pirmiausia reikėtų kalbėti apie darbo krūvių reglamentavimą. Pirmieji žingsniai jau pastebėti 2007 gruodžio 14 d. paskelbtas LR SAM įsakymas Nr. V-1026 „Dėl slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų patvirtinimo“.

Racionalus slaugytojų profesinės veiklos organizavimas, planavimas, reglamentavimas glaudžiai susijęs su valstybės išipareigojimu piliečiams užtikrinti tinkamą sveikatos priežiūrą, kuri apibrėžiama kaip valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų bei patarnavimų kokybę ir efektyvumą (*Woolley, 1978; While, 1994*).

### B3 Profesinių vertybių sistema

Išskirtinis slaugytojo profesijos bruožas – tai didelis vertybinis pamatas, ant kurio statoma visa profesinių žinių ir įgūdžių piramidė (*Boyar et al., 1989*). Ankstesniuose skyriuose buvo diskutuota apie asmens vertybių įtaką profesinei elgsenai, tačiau pati slaugytojo profesija darbuotojui taip pat kelia nemažus vertybinius, etikos reikalavimus.

Vertybė – tai aiški ar numanoma samprata, savita ir patraukli asmeniui ar būdinga grupei, lemianti tam tikro veiklos metodo, vykdymo ir pabaigos pasirinkimą (*Weis et al., 1993*). *Roehling (2000)* nustatė loginius teorinius savitarpio ryšius tarp vertybių, nuostatų ir savigarbos. Vertybės – lemiamas nuostatų ir elgsenos veiksnys. Vertybės yra pagrindinis veiksnys individualumui ir savigarbai ugdyti, jos gali būti išmatuotos empiriškai (*Weis,*



*Schank, 1997). Schwartz ir Bilsky vertybes įvardija kaip tikslus, tenkinančius asmens, socialinius ir visuomeninius poreikius (Schwartz, Bilsky, 1987).*

Pirmieji preliminarūs straipsniai apie slaugytojų profesijos kultūrą, normas, profesines vertybes pasirodė jau XX a. VI dešimtmečio pabaigoje (*Leininger, 1967, 1968*). Toliau šią temą vystė *Condon (1987), Schank su bendraautoriais (1996), Weis bei Schank (2000)* ir akcentavo tiek bendras, tiek ir specifines slaugos vertybes. Vertybės yra išmokstamos, kylančios iš asmens patirties bei formuojančios elgesio modelį (*Raths et al., 1966; Krathwohl et al., 1964*). Vertybės formuojasi pažintine ir emocine plotme, t. y. pagrįstos intelektu ir jausmais. Studentų vertybės modifikuojamos ir plėtojamos edukacinio proceso metu. Slaugos dėstytojai savo elgesiu demonstruoja atsidavimą vertybėms, suteikia galimybes slaugos studentams socializuotis, perimti profesijos vertybes.

Slaugytojų profesinėms vertybėms matuoti naudojama kritinėmis slaugos etikos kodekso, vertybių (*Krathwohl et al., 1964; Raths et al., 1966*), profesinių slaugos vertybių raidos (*O'Neil et al, 1993; Partridge, 1978; Strasen, 1989*) studijomis pagrįsta profesinių vertybių skalė (*Hendel, Gefen-Liban, 2003*). Profesinės vertybės yra veiksmų, kuriems praktikai ir profesinė grupė teikia pirmenybę, standartas, suteikiantis galimybę įvertinti slaugytojų profesinę elgseną (*Kelly, 1991*). Tyrėjų darbai davė pradžią tarptautiniam Slaugytojo profesinės etikos kodeksui sukurti, kurio pagrindu buvo parengtas nacionalinis Slaugytojo profesinės etikos kodeksas. Šiame Kodekse apibrėžiami moraliniai slaugos aspektai, lemiantys slaugytojo profesinės veiklos esmę bei vertybes. Dokumentas reglamentuoja slaugytojų profesinę bei moralinę atsakomybę vykdant pagrindinę pareigą – sveikatos stiprinimą, ligų prevenciją, sveikatos gražinimą ar skausmo malšinimą. Slaugytojo profesinės etikos kodekso nuostatos yra privalomos visiems slaugos specialistams. Profesinės etikos kodeksas ikūnija rinkinį idealų, kurių supratimas ir praktinis pritaikymas yra svarbiausias tikslas (*Meulenbergs, 2004*). Slaugytojų kodeksas pateikia slaugytojų ir klientų, visuomenės bei profesijos ryšių kryptį.

Kodekso buvimas vertinamas kaip profesinio tapatumo skiriamasis ženklas. Vertybės sujungia atskirus asmenis (*Strasen, 1989*). Vertybės – organizacijų pranašumo ženklas, suteikiantis joms gyvybingumo ir dinamikos (*Peters, Wateman, 1982*).

Slaugos vertybės ir jų ugdymo svarba išsamiai aprašoma literatūroje. Rekomenduojama, kad slaugytojų rengimo programose būtų numatytos galimybės lavinti jautrius ir kilniaširdžius, užjaučiančius praktikus (*Fagermoen, 1997*). Asmens vertybių ir jų poveikio slaugytojo elgsenai supratimas yra pagrindinė humanistinės slaugos sudedamoji dalis (*Lutz et al., 1991*).

### C3 Istaigos strategija

Lietuvoje netrukus po nepriklausomybės atkūrimo 1991 m. buvo priimta Nacionalinė sveikatos koncepcija (1991), kurioje numatytos sveikatos sistemos plėtojimo kryptys bei išskirti prioritetai. Sveikatos priežiūros sistemos reformos uždaviniuose kalbama apie personalo poreikio planavimą, specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimą, jų licencijavimą, personalo tarpusavio santykius bei paskatas dirbti (*Bučionienė, 2001*). Siekdami sklandžios reformos eigos, sveikatos politikai įvardija sveikatos priežiūros vadybos svarbą ir apibrėžia ją kaip praktinių, realių ir reikšmingų veiksmų planą, garantuojantį: darbuotojų kompetenciją teikti tinkamas sveikatos priežiūros paslaugas; motyvaciją teikti kokybiškas paslaugas; nuostatą siekti organizacijos tikslų; žmogiškųjų išteklių vadybos funkcijos nuoseklumas (*Martinez, Martineau, 1998*). Šių uždavinių įgyvendinimą apsunkina procesą veikiančių veiksnių valdymas – tai lėšų, susijusių su žmogiškaisiais ištekliais, panaudojimo veiklos efektyvinimas, tikslingas sveikatos priežiūros paslaugų teritorinis paskirstymas, šių paslaugų prieinamumas, žmogiškųjų išteklių politikos vystymas (*Egger et al., 2000*). Pavyzdžiui, Didžiojoje Britanijoje dėmesys buvo sukonzentruotas į profesinių kvalifikacijų peržiūrėjimą, išsilavinimo ir kompetencijų vertinimą, siekiant išvengti jų dubliavimo. Tai sukėlė didelį profesionalų pasipriešinimą, jų konfliktą su žmogiškųjų išteklių vadybininkais,

neturinčiais medicininio išsilavinimo. Taupant išlaidas su kai kurių kategorijų darbuotojais buvo sudaromos trumpalaikės sutartys, pereita prie vietinio darbo užmokesčio nustatymo sistemos, taip pat sudaromi kontraktai su firmomis, sumažintas aptarnaujančio, pagalbino personalo, teikiančio maitinimo, valymo paslaugas, kiekis. Deja, kai kurių pokyčių buvo atsisakyta (*Buchan, May, 1999*).

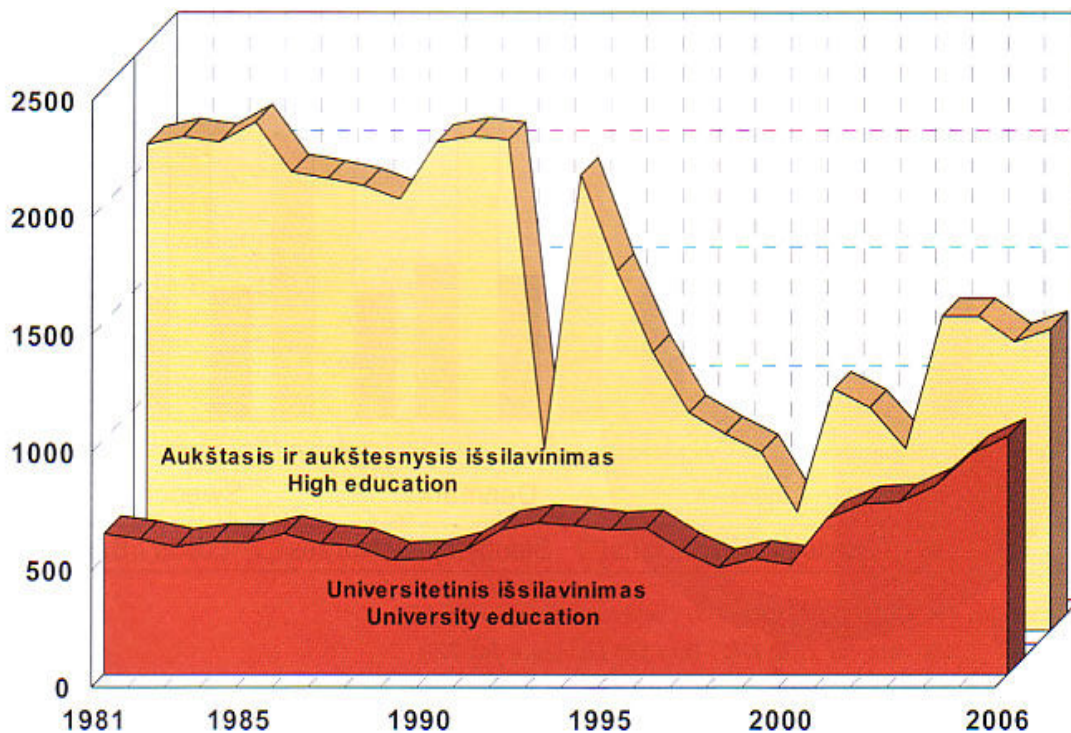
Autoriai *Martinez* ir *Martineau* (1998) išvardija veiksnius, galinčius lemti sąnaudų mažinimą ir efektyvumo didinimą, pvz., tiksli informacija apie personalo skaičių, kvalifikaciją, pasiskirstymą; išlaidų darbo užmokesčiui mažinimas; darbuotojų skaičiaus ir tipų poreikio nustatymo metodika; specialistų rengimo (tobulinimo) ir sveikatos sektoriaus poreikių koordinavimas; besiplečiantis privatus sektorius.

Reformos laikotarpis svarbus ne tik sveikatos politikams, įstaigų vadovams, bet ir eiliniams darbuotojams, kurie daugeliu atveju jaučiasi nesaugūs, pažeidžiami. Permainas reikia valdyti taip, kad bendraminčių, pasekėjų būrys didėtų, o ne mažėtų. Nuo 1990 metų Lietuvoje slaugytojų rengimo bei praktinės veiklos sritys patyrė greitas ir dramatiškas permainas, kurias lėmė ne tik reformos eiga, bet ir besikeičiantys klientų poreikiai, naujų žinių gausa, senstanti visuomenė ir kt. Pradėjus reformuoti sveikatos priežiūros sistemą, buvo atsisakyta ekstensyvaus specialistų rengimo modelio.

Nuo 1993 m. priėmimas į tuometines aukštesniąsias medicinos mokyklas buvo sumažintas daugiau negu du kartus. Nors reformos laikotarpiu situacija šiek tiek keitėsi, tačiau, nesant aiškios sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių politikos bei planavimo kriterijų, Lietuvos kolegijose rengiamų specialistų skaičius išlieka nesusijęs su sveikatos reformos eiga bei sistemos poreikiais (4 pav.).

4 paveiksle pateiktoje diagramoje matyti, kad universitetiniame sektoriuje rengiamų specialistų skaičius daugelį metų buvo gana stabilus, ir, po 2003 metais atlikto gydytojų poreikio perspektyvinio skaičiavimo, padidintas priėmimas į šias studijų programas. Kolegijose rengiamų specialistų, taip pat ir

slaugytojų, skaičiaus kreivė yra linkusi tai staiga kristi, tai vėl kilti, taigi, akivaizdu, kad planingumo šiame procese būta mažai.

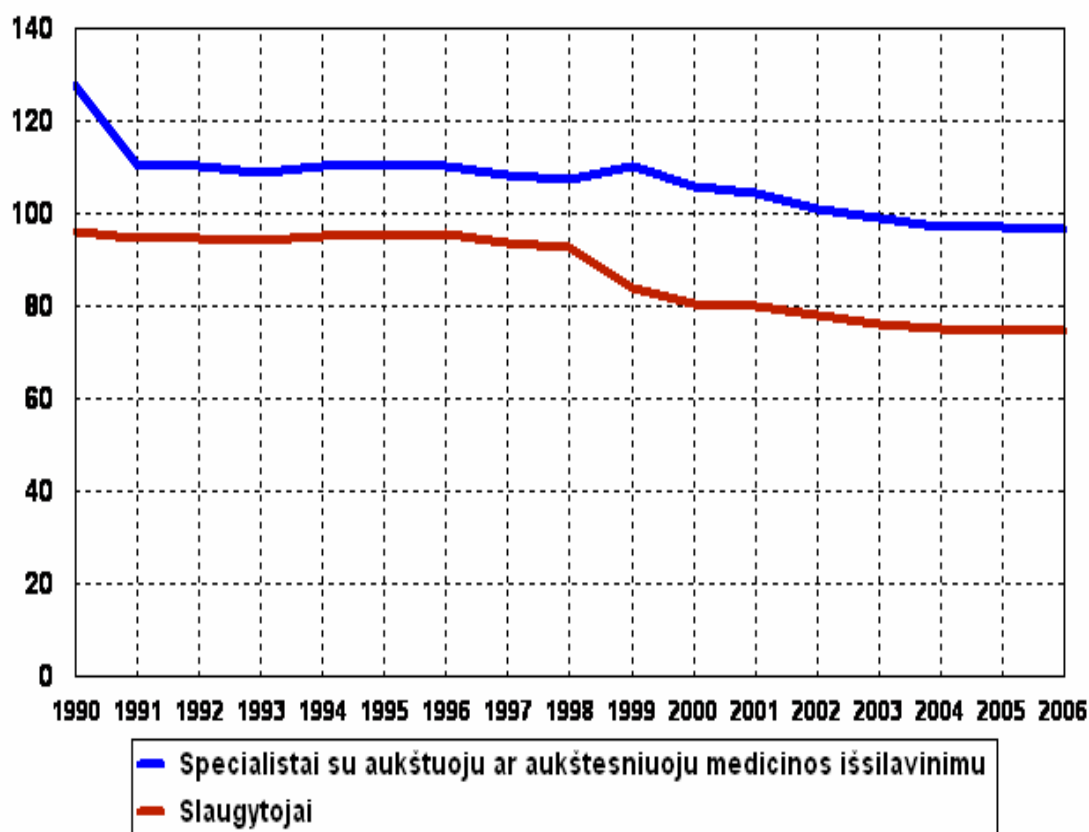


4 pav. Medicinos darbuotojų parengimas (*Lietuvos sveikatos statistika*, 2006).

Panašūs pokyčiai vyko ir praktinės veiklos sektoriuje. Intensyviai vykdant reformą, optimizuojant įstaigų tinklą, atliekant funkcijų persiskirstymą tarp skirtingų sveikatos priežiūros sektorių, keičiantis sveikatos priežiūros įstaigų pavaldumui (decentralizacija), valdymą perduodant į savivaldybių ar apskričių lygį, slaugytojų ir kitų specialistų poreikis nebuvo skaičiuojamas bei planuojamas. Ši aplinkybė nulėmė sveikatos priežiūros specialistų skaičiaus pokyčius darbo rinkoje. Lietuvos sveikatos informavimo centro duomenimis, 1993 m. slaugos specialistų skaičius buvo 30265, tačiau jau 2006 m. jų liko 25169 (sumažėjimas 16,8 proc.) (5 pav.).

„Jei aplinka būtų idealiai statiška, jei darbuotojų įgūdžiai ir gebėjimai visada būtų šiuolaikiniai ir nemenkėtų, jei rytdiena visada būtų lygiai tokia pat kaip ir šiandiena, organizacijos permainos vadovams būtų beveik neaktualios. Tačiau realus pasaulis yra audringas, ir organizacijos, norėdamos išlikti

konkurencingos, privalo pasirūpinti, kad jų nariai dinamiškai keistųsi“ (Robbins, 2003).



5 pav. Slaugytojų skaičius 10000 gyv. (Lietuvos sveikatos statistika, 2006).

2005 m. kovo 14–16 dienomis Tarptautinės slaugytojų Tarybos kvietimu (ICN - *International Council of Nurses*) Ženevoje (Šveicarija) susitiko vyriausybės, darbdavių, profesinių sąjungų, politikos analitikų, mokslininkų, profesinių slaugos organizacijų atstovai iš įvairių pasaulio regionų nustatyti prioritetus ir spręsti kritinio slaugytojų disbalanso ir trūkumo visame pasaulyje klausimus. Nutarta imtis neatidėliotinų veiksmų pasauliniu ir nacionaliniu lygmenimis. Visuotiniu lygmeniu: didinti resursus ir remti visapusiško žmogiškųjų išteklių tobulėjimo strategijas; stiprinti žmogiškųjų išteklių teikimo infrastruktūrą, įskaitant ir švietimą (ugdymą); formuoti strategines sąjungas tarp vyriausybės, agentūrų, įstatymų leidėjų ir asociacijų; sukurti žmogiškųjų išteklių planavimo ir valdymo kompetencijas; sukurti nacionalinę bazę vidaus pasiūlos ir paklausos problemoms valdyti; palaikyti

tarptautinį etiško darbo jėgos komplektavimo Kodeksą, efektyvų tarptautinio darbo jėgos judėjimo valdymą (kontrolę), tarptautinių įdarbinimo agentūrų reglamentavimą ir nepriklausomą kontrolę, atsižvelgti į tarptautinius darbo teisės aktus; pagerinti aukštos kokybės technologinės pagalbos prieinamumą. Nacionaliniu lygmeniu: apsvarstyti, kiek slaugos specialistų reikia nacionaliniams sveikatos poreikiams tenkinti; naudoti naujus slaugos modelius – išskirti pirminę slaugą ir naujas technologijas; atkreipti dėmesį į įgūdžių suderinamumą (mišrumą) ir perduoti kai kurias užduotis kitiems darbuotojams (decentralizacija); gerinti darbo krūvių paskirstymą ir darbo sąlygas.

Visi šios trečiosios praktinės veiklos dimensijų grupės - *Sveikatos priežiūros tinkamumas* - profesinės socializacijos vertinimo diagnostiniai kriterijai ir juos atitinkantys anketos teiginiai pateikti 4 lentelėje.

**4 lentelė** Trečiosios praktinės veiklos dimensijų grupės diagnostiniai kriterijai ir juos atitinkantys anketos teiginiai.

<b>Praktinės veiklos dimensijos</b>	<b>Slaugytojų profesinės socializacijos charakteristikos</b>		
	<i>A Profesinė kvalifikacija</i>	<i>B Profesinės vertybės</i>	<i>C Profesinės nuostatos</i>
<i>3 Sveikatos priežiūros tinkamumas</i>	<u>A3 Profesinė veikla</u> Slaugytojo profesinės kvalifikacijos tobulinimo procesas nepriklauso nuo licencijos galiojimo laiko. Profesinės kvalifikacijos tobulinimas užtikrina finansinę gerovę bei karjeros galimybes. Profesinės	<u>B3 Profesinių vertybių sistema</u> Nuo slaugytojų vertybių sistemos priklauso įstaigos strategijos įgyvendinimas. Slaugytojo vertybių sistema užtikrina įstaigos kultūrą ir darbuotojai susitapatina su	<u>C3 Įstaigos strategija</u> Slaugytojui sveikatos reformos tikslai yra aiškūs ir suprantami. Slaugytojui sveikatos reformos tikslai kelia neapibrėžtumo jausmą ir nerimą. Sveikatos reformos tikslai teigiamai veikia slaugytojo

	<p>kvalifikacijos tobulinimas stiprina profesinį statusą darbinėje aplinkoje. Įstaigoje sukurta dalinimosi gerąja patirtimi sistema tarp kolegų, grįžus iš kvalifikacijos tobulinimo renginių. Teikiamų paslaugų kokybės gerėjimą užtikrina slaugytojo profesinės žinios ir įgūdžiai. Saugi darbinė aplinka priklauso nuo slaugytojo profesinių žinių ir įgūdžių. Slaugytojo profesinės žinios ir įgūdžiai užtikrina įstaigos įvaizdžio ir vidinės kultūros gerinimą. Dalyvavimas priimančiais sprendimus priklauso nuo slaugytojo profesinių žinių ir įgūdžių. Slaugytojo profesinės žinios ir įgūdžiai užtikrina komandinio darbo organizavimą.</p>	<p>institucija. Sveikatos priežiūros paslaugų saugumas, kokybė ir prieinamumas priklauso nuo slaugytojo vertybių sistemos. Pasitikėjimu grįstą bendradarbiavimą su klientu-pacientu užtikrina slaugytojo vertybių sistema. Medicinos profesionalai vertina slaugytojo profesiją, siekiant pacientams/klientams teikiamų paslaugų kokybės. Slaugytojo profesiją medicinos profesionalai nepelnytai sumenkina, priskiria tik</p>	<p>darbinę veiklą bei profesinį statusą. Sveikatos reformos laikotarpiu slaugytojo profesinis savarankiškumas ir atsakomybės ribos darbinėje komandoje augo, plėtėsi. Optimalus slaugytojų skaičius, užtikrinantis sveikatos priežiūros įstaigos funkcionavimą. Įstaigoje teikiamų paslaugų kainos subalansuotos ir dengia realias darbo sąnaudas. Sveikatos priežiūros įstaigos finansavimo šaltiniai yra pakankami. Viešosios įstaigos statusas laiduoja racionalų finansinių išteklių panaudojimą. Pakankamas sveikatos priežiūros</p>
--	---	--	---

	<p>Įstaigos veiklos planavimas ir nepageidaujamų įvykių prevencija priklauso nuo slaugytojo profesinių žinių ir įgūdžių. Slaugytojo profesinės žinios ir įgūdžiai lemia bendradarbiavimą, grindžiamą formalia hierarchija.</p>	<p>pagalbines, asistuojančias funkcijas.</p>	<p>įstaigų materialinis techninis aprūpinimas. Slaugytojo teikiamos paslaugos įkainotos, už jas atsiskaito ligonių kasos. Slaugytojas įstaigoje vykstančius pokyčius reformos laikotarpiu priima drąsiai.</p>
--	--	--	---



## 4. TYRIMO METODIKA

### 4.1. BENDRA TYRIMO SCHEMA IR TIRIAMIEJI

Tiriamųjų imtį sudarė Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys slaugytojai praktikai, vyresnieji slaugytojai, vadovai bei Vilniaus kolegijos Sveikatos priežiūros fakulteto studijų *Bendrosios praktikos slauga* programos studentai. Tyrimas atliktas 2007 m. sausio – birželio mėnesiais.

Vienmomentis tyrimas buvo vykdomas septyniose Lietuvos apskrityse. Siekiant imties reprezentatyvumo ir įvertinus tyrimo poreikius, sveikatos priežiūros įstaigos bei juose dirbantys respondentai parinkti atsižvelgus į teikiamų paslaugų lygį (pirminis, antrinis, tretinis), geografinę vietą (didieji miestai, apskričių centrai, mažesni miesteliai, kaimo ambulatorijos), įstaigos priklausomybę sveikatos priežiūros sektoriui (valstybinis, privatus).

Tiriamųjų imtis apskaičiuota taikant matematinės statistikos lygtis. Tyrimų skaičius nustatytas pagal formulę:

$$n = \frac{t_p^2 \times s^2}{\Delta^2} \quad (1)$$

n - tyrimų skaičius;

$t_p$  - pasiklivimo koeficientas, lygus 1,96 (reikšmingumo lygmuo  $\alpha=0,05$ );

$\Delta$  - maksimali vidurkio pasikliautinio intervalo absoliuti paklaida, numatyta tyrėjo;

s - vidutinis standartinis nuokrypis.

Žvalgomojo tyrimo metu (n=70), naudojant SPSS programinį paketą, nustatytas kintamųjų požymių standartinis nuokrypis ir dispersija:  $s = 1,583$  ir  $s^2 = 2,506$  atitinkamai.

Pasirinkus leidžiamą santykinę paklaidą  $\delta=3\%$ , apskaičiuota absoliuti leidžiama tyrimo paklaida  $\Delta$ :

$$\Delta = \frac{\delta \times Me}{100} \quad (2)$$

Me – vidurinė reikšmė;

$\Delta$  - maksimali vidurkio pasikliautinio intervalo absoliuti paklaida, numatyta tyrėjo.

Tuomet:

$$\Delta = \frac{3 \times 3}{100} = 0,09 \quad (3)$$

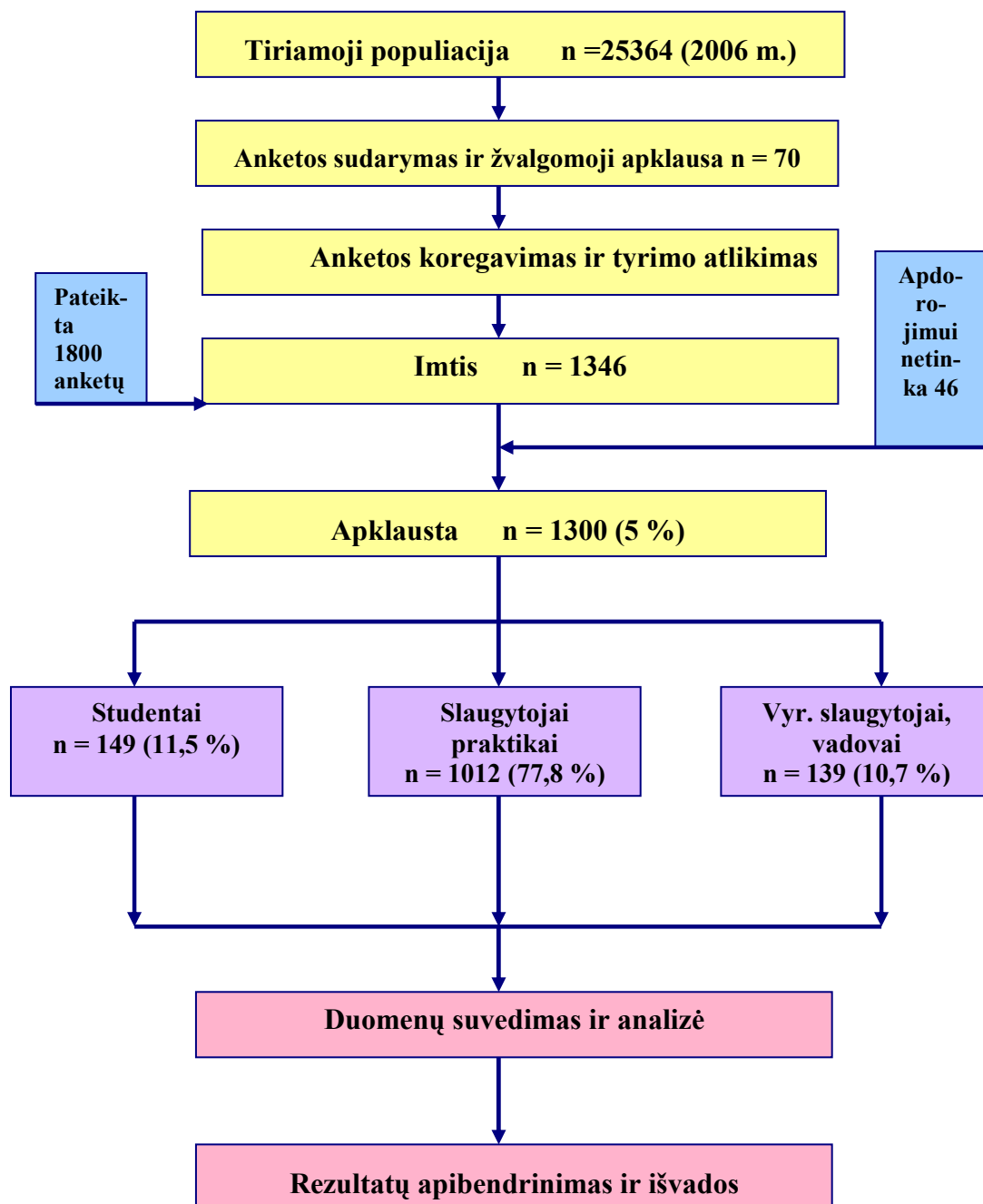
Įstačius nežinomųjų reikšmes į (1) formulę, apskaičiuotas tyrimų skaičius n:

$$n = \frac{1,96^2 \times 1,583^2}{0,09^2} = 1188,52 \quad (4)$$

Įvertinus gautus imties skaičiavimų rezultatus ir anketų grįžtamumą (ne mažesnę kaip 65 %), tyrimui atsitiktiniu būdu pasirinkta 1800 respondentų. Tyrimo klausimynus grąžino 1346 respondentai (grįžtamumas 74,8 %), 46 klausimynai pripažinti netinkamais tirti, todėl tyrimo analizei panaudota 1300 klausimynų. Tai sudaro 5 procentus visų Lietuvos sveikatos informavimo centro 2006 m. duomenimis registruotų slaugytojų, įskaitant Lietuvos aukštosiose mokyklose dienine studijų forma studijuojančius trečio ir ketvirto kursų studijų *Bendrosios praktikos slauga* programos studentus. Bendra tyrimo schema pavaizduota 6 pav.

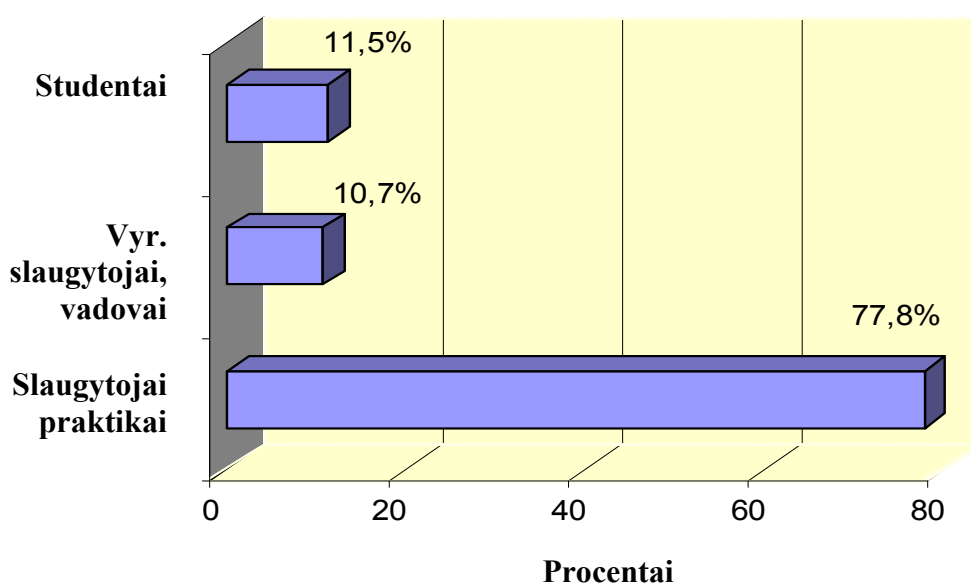
Tyrimo pradžioje respondentai buvo supažindinti su tyrimo tikslu, jiems buvo suteikta informacija apie tyrėją. Išsamiai paaiškinta, kaip užpildyti klausimyną, akcentuojant, kad tyrimo konfidencialumas bus garantuojamas.

Visi tiriamieji galėjo laisvai pasirinkti, ar dalyvauti tyrime. Dalis tiriamųjų klausimynus pildė jiems patogiu laiku ir tinkamoje vietoje. Pasirinkus tokį duomenų rinkimo kelią, tyrimas užtruko ilgiau nei buvo planuota, ir dalis klausimynų nebuvo gražinta.



6 pav. Tyrimo imties sudarymo ir darbo eigos algoritmas.

Respondentų grupės – slaugytojai praktikai, vyresnieji slaugytojai, vadovai ir studijų *Bendrosios praktikos slauga* programos studentai - pasirinkti dėl jų skirtingų veiklos bei atsakomybės ribų. Visi tyrime dalyvavę respondentai – moterys. Moterų dominavimas tyrimo imtyje santykinai viršija Lietuvos demografinę situaciją, tačiau atspindi realią padėtį slaugytojų tarpe. Išsami respondentų imties charakteristika pagal darbinį statusą pateikta 7 paveiksle.

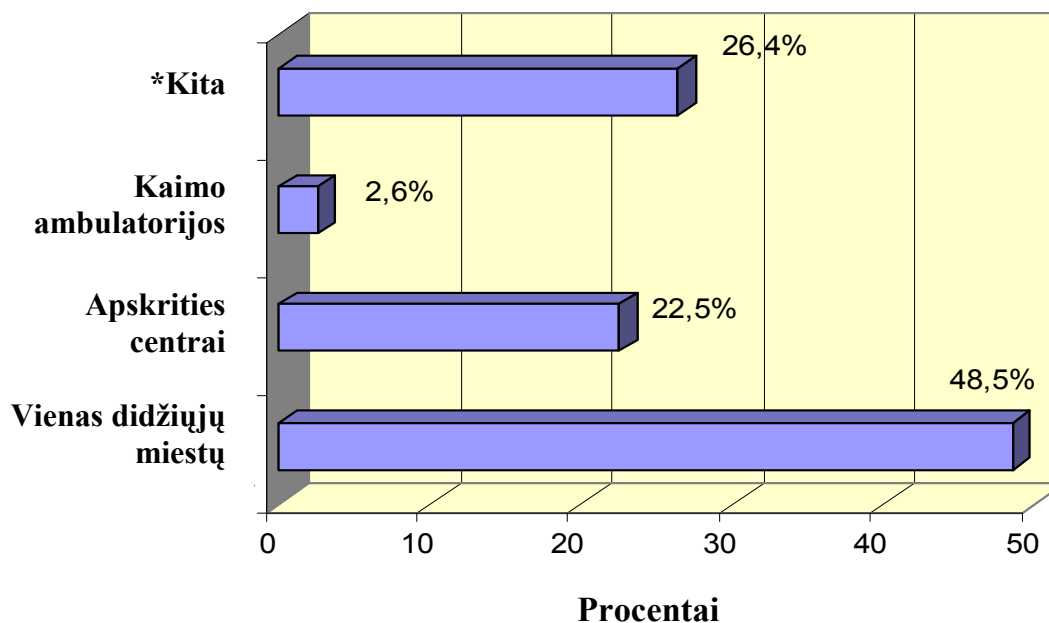


7 pav. Tyrimo imties tūrio charakteristika pagal darbinį statusą.

Didžiausią grupę - 77,8 % (1012 respondentų) - sudaro slaugytojai praktikai. Vyr. slaugytojų, vadovų ir studentų grupės yra panašaus dydžio, jas sudaro 10,7 % (139 asmenys) ir 11,5 % (149 asmenys) atitinkamai (7 pav.).

Respondentų pasiskirstymo charakteristika pagal sveikatos priežiūros įstaigos, kurioje respondentai dirba arba mokosi, geografinę vietą pateikta 8 paveiksle.

Beveik pusė respondentų 48,5 % (631 asmuo) dirba sveikatos priežiūros įstaigose, esančiose didžiuosiuose Lietuvos miestuose. Apskričių centrų bei mažesnių miestelių sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys respondentai sudaro 22,5 % ir 26,4 % (292 ir 343 asmenys) atitinkamai. Ir tik nedidelė dalis tiriamųjų (2,6 %, arba 34 respondentai) dirba kaimo ambulatorijose (8 pav.).



**8 pav.** Respondentų pasiskirstymas pagal sveikatos priežiūros įstaigų, kuriose jie dirba/mokosi, geografinę vietą.

\*Kita - mažesni miesteliai, nepriklausantys išvardintoms kategorijoms.

Svarbios tyrimo imties charakteristikos – respondentų amžiaus - duomenys pateikti 5 lentelėje.

**5 lentelė.** Respondentų pasiskirstymas pagal amžių.

Respondentų darbinis statusas	20-29 m.	30-39 m.	40-49 m.	50-59 m.	60-69 m.
Slaugytojai praktikai	58	386	360	189	19
<i>Iš viso, proc.</i>	<i>5,7</i>	<i>38,1</i>	<i>35,6</i>	<i>18,7</i>	<i>1,9</i>
Vyr. slaugytojai	5	41	56	33	4
<i>Iš viso, proc.</i>	<i>3,6</i>	<i>29,5</i>	<i>40,3</i>	<i>23,7</i>	<i>2,9</i>
Studentai	129	18	2	-	-
<i>Iš viso, proc.</i>	<i>86,6</i>	<i>12,1</i>	<i>1,3</i>	-	-
<i>Iš viso šios amžiaus grupės respondentai</i>	<i>192</i>	<i>445</i>	<i>418</i>	<i>222</i>	<i>23</i>
<i>Iš viso, proc. (N=1300)</i>	<i>14,8</i>	<i>34,2</i>	<i>32,2</i>	<i>17,1</i>	<i>1,8</i>

Svarbus šio tyrimo imties rodiklis yra respondentų išsilavinimas (6 lentelė).

**6 lentelė.** Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą.

	<b>Medicinos mokykla</b>	<b>Aukštesnioji medicinos mokykla</b>	<b>Kolegija</b>	<b>Universitetas</b>	<b>Kita (studentai)</b>
Respondentai	607	369	130	45	149
<i>Iš viso, proc. (N=1300)</i>	<i>46,7</i>	<i>28,3</i>	<i>10,0</i>	<i>3,5</i>	<i>11,5</i>

Tyrimo imtį apibrėžia ir sveikatos priežiūros įstaigos, kurioje dirba respondentai, priskyrimas tam tikrai sveikatos priežiūros sistemos grandžiai (7 lentelė).

**7 lentelė.** Respondentų pasiskirstymas pagal įstaigos, kurioje jie dirba, priklausomybę sveikatos priežiūros sistemos grandžiai.

	<b>Pirminio lygio sveikatos priežiūros paslaugos</b>	<b>Antrinio lygio sveikatos priežiūros paslaugos</b>	<b>Tretinio lygio sveikatos priežiūros paslaugos</b>	<b>Kita (sanatorijų darbuotojai)</b>	<b>Studentai</b>
Respondentai	395	515	202	39	149
<i>Iš viso, proc. (N=1300)</i>	<i>30,4</i>	<i>39,6</i>	<i>15,5</i>	<i>3,0</i>	<i>11,5</i>

Svarbus tyrimo imties rodiklis - tai respondentų darbo stažas pagal pasirinktą profesiją. Duomenys pateikti 8 lentelėje.

**8 lentelė.** Respondentų pasiskirstymas pagal darbo stažą.

<b>Darbo stažas, metai</b>	<b>0-4</b>	<b>5-9</b>	<b>10-14</b>	<b>15-19</b>	<b>20-24</b>	<b>25-29</b>	<b>30 m. ir daugiau</b>	<b>Studentai</b>
Respondentai	39	74	144	297	254	198	145	149
<i>Iš viso, proc. (N=1300)</i>	<i>3,0</i>	<i>5,7</i>	<i>11,1</i>	<i>22,8</i>	<i>19,5</i>	<i>15,2</i>	<i>11,2</i>	<i>11,5</i>

Respondentų pasiskirstymas pagal sveikatos priežiūros įstaigų priskyrimą tam tikram sektoriui (valstybinis, privatus) pateiktas 9 lentelėje.

**9 lentelė.** Respondentų pasiskirstymas pagal įstaigos, kurioje jie dirba, priklausomybę sveikatos priežiūros sektoriui (privatus, valstybinis).

<b>Sveikatos priežiūros sektorius</b>	<b>Valstybinis sektorius</b>	<b>Privatus sektorius</b>	<b>Kita (respondentas dirba abiejuose sektoriuose)</b>	<b>Studentai</b>
Respondentai	1028	85	38	149
<i>Iš viso, proc. (N=1300)</i>	<i>79,1</i>	<i>6,5</i>	<i>2,9</i>	<i>11,5</i>

Respondentų pasiskirstymas pagal darbo krūvį pateiktas 10 lentelėje.

**10 lentelė.** Respondentų pasiskirstymas pagal jų darbo krūvį (etatais).

<b>Darbo krūvis, etatais</b>	<b>&gt; nei 1,0 etatas</b>	<b>1,0 etatas</b>	<b>0,5 etato</b>	<b>Kita (&lt; nei 0,5 etato)</b>	<b>Studentai</b>
Respondentai	390	718	23	20	149
<i>Iš viso, proc. (N=1300)</i>	<i>30,0</i>	<i>55,2</i>	<i>1,7</i>	<i>1,6</i>	<i>11,5</i>

Apibendrinus respondentų pasiskirstymą pagal tokias tyrimo imties tūrio charakteristikas kaip darbinis statusas, sveikatos priežiūros įstaigos, kurioje jie dirba, geografinę vietą, teikiamų paslaugų lygį, sektorių, respondentų amžių, išsilavinimą, darbo stažą ir krūvį, galima teigti, kad šio disertacinio tyrimo imtis nenukrypsta nuo faktinių demografinių tendencijų bei atitinka tyrimo tikslus ir uždavinius.

## 4.2. TYRIMO PROCEDŪRA IR INSTRUMENTAS

Kiekybiniam tyrimui atlikti taikytas nestandartizuotas autorinis 82 klausimų klausimynas, kuriame klausimai suskirstyti į tris dalis: 1) instrukcija, 2) diagnostinių indikatorių dalis (72 uždaro tipo teiginiai), 3) demografinių klausimų dalis (10 uždaro tipo klausimų) (klausimyno pavyzdys pateiktas 1 priede). Klausimyno tekstas derintas su Lietuvos bioetikos komitetu prie Sveikatos apsaugos ministerijos, kuris konstatavo, kad šiuo klausimynu siekiama sužinoti respondentų kokybinius vertinimus, todėl komiteto leidimas nėra būtinas.

Siekiant nustatyti klausimyne pateiktų teiginių pagrįstumą, pradiniam tyrimo etape 2006 m. spalio mėnesį Vilniaus mieste buvo atliktas žvalgomasis tyrimas, kuriame dalyvavo 70 respondentų. Tyrimo rezultatai pristatyti išplėstiniame Lietuvos slaugos specialistų organizacijos vadovų posėdyje. Vadovus sudomino tyrimo tikslas, uždaviniai bei gauti preliminarūs rezultatai. Dėl šios priežasties didžiausia profesinė draugija Lietuvoje - Lietuvos slaugos specialistų organizacija - sutiko bendradarbiauti tolimesniuose tyrimo etapuose.

Žvalgomojo tyrimo metu buvo siekiama atsakyti į klausimą, ar klausimyno apimtis yra optimali. Klausimyno kintamųjų pripažinimas patvirtino tyrimo metodikos pagrįstumą, tačiau teko atsisakyti 6 teiginių, nes, vidinis jungtinės teiginių skalės tankis, įvertintas *Cronbach alpha* koeficientu, buvo mažesnis už 0,5, todėl tolimesnei statistinei analizei kai kurie teiginiai netiko.

Klausimyno instrukcijoje trumpai pristatytas tyrimo prasmingumas, tyrimo tikslas ir uždaviniai. Pabrėžtas tyrimo anonimiškumas. Visiems dirbantiems tiriamiesiems buvo pateiktas vienodo turinio klausimynas. Studentams pateiktas sutrumpintas klausimyno variantas, kuriame eliminuoti antros dalies pirmo skyriaus teiginiai (nuo 1 iki 33), susiję su profesinės kvalifikacijos tobulinimo procesu (2 priedas). Dėl šios priežasties disertacijos tyrimo rezultatų aptarimo dalyje, vertinant tris diagnostinius kriterijus –



*profesinė saviraiška ir saviugda, profesinis tobulėjimas, profesinė veikla* - respondentų imtis yra 1151. Likusius šešis diagnostinius kriterijus vertino 1300 respondentų. Klausimyno pradžioje pateiktas rekomenduojamas atsakymų žymėjimo pavyzdys.

Klausimyno teiginių homogeniškumas leido įvairaus darbinio statuso tiriamųjų atsakymus palyginti tarpusavyje. Teiginių turinį lėmė ankstesniuose disertacijos skyriuose aptarti mokslo duomenų bazėse išdėstyti argumentai, o taip pat konsultacijų su Mičigano universiteto Slaugos mokyklos profesore Violeta H. Barkauskas metu gauta informacija. Remiantis profesorės rekomendacijomis, buvo pritaikytos profesinių vertybių ir darbinės aplinkos tyrimų schemas, kurias naudoja ir Amerikos slaugytojų asociacija (<http://www.nursingworld.org/>).

Klausimyno teiginius sudaro 3 skyriai. Pirmajame skyriuje pateikti teiginiai, susiję su profesinių žinių bei įgūdžių įgijimo svarba slaugytojo profesinei socializacijai. Šiais teiginiais buvo siekiama išsiaiškinti pagrindines profesinės kvalifikacijos tobulinimo formas, vietas, kvalifikacijos tobulinimo trikdžius ir kt. Lietuvoje slaugytojų profesinė kvalifikacija bei jos tobulinimas yra pagrindinis indikatorius, kuriuo remiantis yra išduodama licencija savarankiškai profesinei veiklai. Antrojo skyriaus teiginiais buvo siekiama nustatyti profesinės veiklos motyvatorių svarbą, išryškinti būtinas asmenines bei profesines savybes, akcentuoti slaugytojo vertybių sąsajas su profesine veikla. Trečiajame skyriuje akcentuojama nuostatų svarba slaugytojo profesinei socializacijai, nuostatos siejamos su profesiniais lūkesčiais, profesine elgsena, sveikatos priežiūros įstaigos veikla. Klausimyno pabaigoje pateikti socialiniai-demografiniai kintamieji (11 lentelė).

**11 lentelė.** Tyrimo instrumento socialiniai - demografiniai kintamieji.

<b>Respondentai</b>	<b>Socialiniai - demografiniai kintamieji</b>	<b>Klausimų skaičius</b>
Slaugytojai praktikai.	Sveikatos priežiūros įstaigos teikiamų paslaugų lygis	1
Vyr.slaugytojai, vadovai.	Geografinė vieta	1
	Darbo stažas	1
	Išsilavinimas	1
Studentai	Statusas	1
	Sveikatos priežiūros sektorius (valstybinis, privatus)	1
	Darbo krūvis (etatais)	1
	Lytis	1
	Amžius	1
	Šeiminė padėtis	1
	<b>Iš viso:</b>	<b>10</b>

Tyrimo instrumento - klausimyno – teiginiai buvo panaudoti diagnostinių kriterijų matricai, integruojančiai slaugytojų profesinės socializacijos charakteristikas bei praktinės veiklos dimensijas, sukurti ir vertinti. Pasirinktas matricinis modelis suskirstytas į tris horizontalias grupes po tris diagnostinius kriterijus, kuriems atskleisti panaudotas skirtingas klausimyno teiginių skaičius. Išsami tyrimo instrumento struktūra pateikta 12 lentelėje.

Klausimyno teiginiams vertinti buvo pasirinkta Likerto skalė. Likerto skalės struktūra buvo sudaryta iš teiginių, kuriuos tiriamieji vertino išsakydami pritarimą - neapsisprendimą - nepritarimą. Pasirinktas penkių pakopų atsakymo formatas.

Mažiausias skaičius Likerto rangų skalėje (1) atitinka respondentų nuomonę „visiškai nepritariu“, didžiausias (5) – „visiškai pritariu“. Analizuojant gautus duomenis, taikyta atsakymų interpretacija: vertinimo tendencija, artėjanti prie skaičiaus 5, rodo tiriamųjų polinkį sutikti su siūlomu teiginiu, tuo tarpu vertinimo tendencija, artėjanti prie skaičiaus 1, rodo

tiriamųjų polinkį nepritarti siūlomam teiginiui. Vertinimas, artėjantis prie skaičiaus 3, rodo tiriamųjų neapsisprendimą ar nežinojimą, kaip tą teiginį vertinti (13 lentelė).

**12 lentelė.** Tyrimo diagnostiniai kriterijai ir juos paaiškinančių anketos teiginių skaičius.

<b>Diagnostiniai kriterijai</b>	<b>Vertinimui pateiktų teiginių skaičius</b>
Profesinė saviraiška ir saviugda	6
Profesinės veiklos motyvatoriai	9
Profesiniai lūkesčiai	6
Profesinis tobulėjimas	10
Profesinė charakteristika	5
Profesinė elgsena	8
Profesinė veikla	11
Profesinių vertybių sistema	6
Įstaigos strategija	11
<b>Iš viso:</b>	<b>72</b>

**13 lentelė.** Likerto skalės fragmentas: teiginių vertinimas.

<b>Teiginiai</b>	<b>1 balas</b> (visiškai nepritariu)	<b>2 balai</b> (neprita riu)	<b>3 balai</b> (nežinau, negaliu apsispręsti)	<b>4 balai</b> (pritariu)	<b>5 balai</b> (visiškai pritariu)
Slaugytojo profesinės žinios ir įgūdžiai užtikrina komandinio darbo organizavimą					+

### 4.3. STATISTINĖ TYRIMO DUOMENŲ ANALIZĖ

Statistiniai tyrimo duomenys buvo apdoroti SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) programine įranga (*SPSS for Windows 15.0*). Greta įprastinių aprašomųjų metodų tyrime buvo taikyti ir daugiamačiai statistiniai metodai: faktorinė analizė, koreliacinė analizė bei diskriminantinė analizė.

**Faktorinė analizė** šiame tyrime taikyta norint sutankinti pirminius tyrimo teiginius ir sudaryti faktorius, kurie apjungia į juos patenkančius teiginius. Vienas iš rodiklių, parodantis, ar diagnostinių kriterijų matrica tinka faktorinei analizei, yra *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) koeficientas. Kuo šio koeficiento reikšmė artimesnė vienetui, tuo labiau matrica tinkama faktorinei analizei (esant  $KMO < 0,5$ , faktorinė analizė nepriimtina). Faktoriaus aprašomoji galia arba sklaida rodo, kokią visumos dalį paaiškina tiriamasis objektas. Faktorius interpretuotinas, jei jis paaiškina ne mažiau kaip 10 proc. faktorių sudarančių teiginių sklaidos.

Pagrindiniai požymiai, liudijantys pavienių teiginių jungimo į diagnostinius kriterijus pagrįstumą, yra:

1) stipri teiginių tarpusavio koreliacija (nenumatanti neigiamų interkoreliacijų tarp teiginių galimybės) bei didelė tyrimo instrumento vidinė konsistencija, kurią parodo aukštos, artėjančios prie vieneto *Cronbach-alfa* koeficiento reikšmės ( $\alpha = 1,00$ );

2) dideli faktoriniai teiginių svoriai  $L$ , kurie yra koreliacijos koeficientas tarp teiginio ir išskirto faktoriaus;

3) aukšta į diagnostinį kriterijų jungiamų teiginių skiriamoji geba  $i/tt$ , kuri yra koreliacijos koeficientas tarp pavienio teiginio ir bendro diagnostinio kriterijaus;

4) neigiamų faktorinių svorių nebuvimas; teoriškai prasminga ekstrahuotų faktorių interpretacija (*Čekanavičius, Murauskas, 2003, 2004*).

Šiame tyrime naudotas principinių komponentių metodas ir VARIMAX rotacija, t.y. kintamųjų ašių pasukimas, ieškant maksimalios teiginių sklaidos.

**Koreliacinės analizės** metodas šiame tyrime buvo taikytas siekiant nustatyti diagnostinių kriterijų tarpusavio ryšį ir priklausomybės stiprumą. Tai pagalbinis tyrimo metodas, nes teiginių tarpusavio ryšiai ir vidinė struktūra buvo atskleista taikant aukščiau aprašytą metodą. Ryšių tarp dviejų požymių, matuotų intervalinėmis skalėmis, stiprumas vertintas *Pearson'o* koreliacijos koeficientu.

**Diskriminantinės analizės** metodas - tai daugiamatis statistinis metodas, kurio pagalba buvo detaliau tiriama, ar respondentų grupės skiriasi tarpusavyje pagal pritarimo laipsnį. Šis metodas leido nustatyti, ar tarpusavyje lyginamos grupės skiriasi viena nuo kitos pagal konkrečius požymius, įvertinti, kaip stipriai šie požymiai grupes skiria.

Tyrimo instrumentui buvo panaudotos ranginės skalės, todėl taikytos neparametrinių hipotezių tikrinimo procedūros. Statistinei hipotezei apie dviejų santykinų dažnių lygybę tikrinti taikytas *chi kvadrato* ( $\chi^2$ ) kriterijus. *Kruskal-Wallis* kriterijus panaudotas tikrinant hipotezę dėl dviejų ar daugiau imčių skirstinių lygybės. Visose statistinių hipotezių procedūrose nulinė hipotezė atmetama reikšmingumo lygmeniu  $p < 0,05$ .

## 5. TYRIMO REZULTATAI

### 5.1. SLAUGYTOJŲ PROFESINĖS SOCIALIZACIJOS IR PRAKTINĖS VEIKLOS VERTINIMO DIAGNOSTINIAI KRITERIJAI

Slaugytojų profesinės socializacijos charakteristikos ir praktinės veiklos dimensijos sudaro daugialypį požymių kompleksą. Faktorinės analizės metodas, taikytas kiekybiniam statistinių duomenų apdorojimui, leido sumažinti pradinių klausimyno teiginių skaičių ir pereiti prie apibendrintų tipų (vadinamųjų faktorių) nagrinėjimo neprarandant esminės informacijos. Didžiausią faktorinį svorį turintis klausimyno teiginys konkretaus faktoriaus turinio struktūroje yra esminis. Kiti teiginiai yra paaiškinantys, papildantys ar pagrindžiantys esminį teiginį. Gautiems faktoriams buvo suformuluoti tyrimo problematiką atspindintys sąlyginiai pavadinimai. Išskirti faktoriai parodo sutankintų teiginių tarpusavio ryšį, o kokybinę interpretaciją atlieka pats tyrėjas (Čėkanavičius, Murauskas, 2003, 2004).

Faktorinės analizės metodu kiekvieno matricos diagnostinio kriterijaus viduje buvo išskirti apibendrinti pradinių klausimyno teiginių tipai – faktoriai. Pirmajai praktinės veiklos dimensijai - *Sveikatos priežiūros priimtinumai* - teoriškai buvo sumodeliuoti trys diagnostiniai kriterijai, aprašantys tris slaugytojų profesinės socializacijos charakteristikas (profesinę kvalifikaciją, profesines vertybes, profesines nuostatas): 1) *profesinė saviraiška ir saviugda*; 2) *profesinės veiklos motyvatoriai*; 3) *profesiniai lūkesčiai*.

Diagnostinio kriterijaus *Profesinė saviraiška ir saviugda* psichometrinis tinkamumas įvertintas faktorinės analizės būdu, panaudojant pagrindinių komponentų metodą ir VARIMAX rotaciją. Faktorinės analizės metu kompiuterinė programa ekstrahavo 2 faktorius, paaiškinančius 59,1 proc. visų teiginių sklaidos (14 lentelė). Faktorinė analizė davė pakankamai prasmingai interpretuojamus rezultatus. Faktorių aprašomoji sklaida svyruoja nuo 32,4 proc. iki 26,7 proc. Pirmasis faktorius - F1, paaiškinantis net 32,4 proc. visų pirminių teiginių sklaidos, sujungė teiginius, akcentuojančius slaugytojų

profesinei saviraiškai ir saviugdai būtinas priemonės bei formas, o taip pat požiūrį į inovatyvų kvalifikacijos tobulinimą. Šiam faktoriui suteiktas sąlyginis pavadinimas - *Inovatyvus kvalifikacijos tobulinimas*.

**14 lentelė.** Tiriamųjų nuomonės, vertinant diagnostinio kriterijaus *Profesine saviraiška ir saviugda* teiginius, faktorizacija (N=1151).

<b>Faktoriai</b>		<b>F1</b>	<b>F2</b>	
<b>Faktoriaus paaiškinta sklaida</b>	<b>Faktorių sudarantys svoriai (L)</b> <b>Teiginių formuluotės</b>	<b>L</b>	<b>L</b>	<b>Faktoriaus nr. (23 lent.)</b>
<b>F1</b> <b>32,4 proc.</b>	<b>Faktoriaus pavadinimas – <i>Inovatyvus kvalifikacijos tobulinimas</i></b>			1.1
	Slaugytojas motyvuotas tobulinti kvalifikaciją nuotoliniu būdu darbo vietoje, nes tai yra savirealizacijos išraiška lemianti profesionalumą. Perspektyvi slaugytojo profesinės kvalifikacijos tobulinimo forma: naudojantis IT nuotoliniu būdu darbo vietoje.	0,823		
	Kvalifikacijos tobulinimas taikant IT darbo vietoje: yra asmeninis kompiuteris, kuriuo slaugytojas gali naudotis jam patogiu laiku.	0,762		
	Dalį kvalifikacijos tobulinimo laiko slaugytojas skiria bendriesiems gebėjimams ugdyti.	0,733		
<b>F2</b> <b>26,7 proc.</b>	<b>Faktoriaus pavadinimas – <i>Kvalifikacijos tobulinimo trikdžiai</i></b>			1.2

	Kvalifikacijos tobulinimas nuotoliniu būdu darbo vietoje yra per daug sudėtingas procesas, nes nėra šiai veiklai specialiai skirtas laikas.		0,894	
	Kvalifikacijos tobulinimas nuotoliniu būdu darbo vietoje yra per daug sudėtingas procesas, nes nėra šiai veiklai specialiai skirtas kompiuterio.		0,890	

Pastaba: Cronbach  $\alpha = 0,510$ ; KMO = 0,588; sferiškumo testas pagal Bartlett = 1212,6,  $p = 0,000$ . VARIMAX rotacija, bendroji paaiškinta sklaida - 59,1 proc.

Faktorius F2 sujungė teiginius, akcentuojančius galimus šio proceso trikdžius ir paaiškino 26,7 proc. sklaidos. Šis faktorius sąlyginai pavadintas *Kvalifikacijos tobulinimo trikdžiai* (14 lentelė).

Faktorizavus diagnostinio kriterijaus *Profesinės veiklos motyvatoriai* 9 teiginių įverčius, išskirti 3 faktoriai, paaiškinantys 62,16 proc. visų pirminių klausimyno teiginių sklaidos (15 lentelė).

**15 lentelė.** Tiriamųjų nuomonės, vertinant diagnostinio kriterijaus *Profesinės veiklos motyvatoriai* teiginius, faktorizacija (N=1300).

Faktoriai		F1	F2	F3	
Faktoriaus paaiškinta sklaida	Faktorių sudarantys svoriai (L) Teiginių formuluotės	L	L	L	Faktoriaus nr. (23 lent.)
F1 22,4 proc.	Faktoriaus pavadinimas – <i>Higieniniai motyvatoriai</i>	0,792			2.1
	Svarbiausias slaugytojo darbo motyvatorius - socialinės garantijos. Svarbiausias slaugytojo darbo motyvatorius - geras				



	atlyginimas. Slaugytojo profesinėje veikloje svarbiausia - gera darbinė atmosfera.	0,745  0,688			
<b>F2</b> <b>20,77 proc.</b>	<b>Faktoriaus pavadinimas –</b> <i>Tikrieji motyvatoriai</i>				2.2
	Slaugytojo profesinėje veikloje svarbiausia - teikiama nauda visuomenei.		0,771		
	Slaugytojo profesinėje veikloje svarbiausia - asmeninio tobulėjimo galimybės.		0,722		
	Slaugytojo profesinėje veikloje svarbiausia - įdomus darbas.		0,549		
<b>F3</b> <b>19,04 proc.</b>	<b>Faktoriaus pavadinimas –</b> <i>Visuomeniniai motyvatoriai</i>				2.3
	Slaugytojo profesinėje veikloje svarbiausia – jo profesija visuomenėje yra prestižinė.			0,908	
	Svarbiausias slaugytojo darbo motyvatorius - karjeros galimybės.			0,638	
	Svarbiausias slaugytojo darbo motyvatorius – darbo vietos garantijos.			0,570	

Pastaba: Cronbach  $\alpha = 0,783$ ; KMO = 0,799; sferiškumo testas pagal Bartlett = 2860,61, p = 0,000. VARIMAX rotacija, bendroji paaiškinta sklaida 62,16 proc.

Pirmasis faktorius F1, paaiškinantis 22,4 proc. visų teiginių sklaidos, akcentuoja higieninių motyvatorių svarbą profesinėje veikloje– tai socialinės

garantijos, geras atlyginimas, gera darbinė atmosfera. Šiam faktoriui suteiktas sąlyginis pavadinimas *Higieniniai motyvatoriai*.

Antrasis faktorius F2, paaiškinantis 20,77 proc. visų teiginių sklaidos, akcentuoja esminius slaugytojo profesijos pasirinkimo motyvus: pagalba visuomenei, įdomi profesinė veikla. Sąlyginai šis faktorius pavadintas *Tikrieji motyvatoriai*.

Trečiasis faktorius F3, paaiškinantis 19,04 proc. visų teiginių sklaidos, sujungė profesijos prestižą akcentuojančius teiginius. Sąlyginai šis faktorius pavadintas *Visuomeniniai motyvatoriai* (15 lentelė).

Diagnostinio kriterijaus *Profesiniai lūkesčiai* psichometrinių tinkamumą įvertinus faktorinės analizės būdu, programa ekstrahavo 2 faktorius, paaiškinančius 63,22 proc. visų pirminio klausimyno teiginių sklaidos (16 lentelė).

**16 lentelė.** Tiriamųjų nuomonės, vertinant diagnostinio kriterijaus *Profesiniai lūkesčiai* teiginius, faktorizacija (N=1300).

<b>Faktoriai</b>		<b>F1</b>	<b>F2</b>	
<b>Faktoriaus paaiškinta sklaida</b>	<b>Faktorių sudarantys svoriai (L)</b> <b>Teiginių formuluotės</b>	<b>L</b>	<b>L</b>	<b>Faktoriaus nr. (23 lent.)</b>
<b>F1</b> <b>45,88 proc.</b>	<b>Faktoriaus pavadinimas – <i>Profesinės veiklos organizavimas</i></b>			3.1
	Slaugytojo darbinė veikla puikiai organizuojama ir planuojama.	0,804		
	Slaugytojo profesinėje veikloje darbo krūvis reglamentuojamas aiškiais kriterijais.	0,798		
	Slaugytojo darbinėje veikloje nustatytos aiškos veiklos bei atsakomybės ribos. Slaugytojo profesinėje veikloje darbo krūvis tiesiogiai susijęs su atlygiu už	0,776		

	darbą. Slaugytojo profesinė veikla atitinka darbinės karjeros lūkesčius, turėtus studijų laikotarpiu.	0,671  0,633		
<b>F2</b> <b>17,34 proc.</b>	<b>Faktoriaus pavadinimas – <i>Darbinis mikroklimatas</i></b> Darbdavio pagyrimas, padaršinimas motyvuoja slaugytoją siekti profesionalumo.		0,986	3.2

Pastaba: Cronbach  $\alpha = 0,772$ ; KMO = 0,785; sferiškumo testas pagal Bartlett = 2106,16,  $p = 0,000$ . VARIMAX rotacija, bendroji paaiškinta sklaida 63,22 proc.

Pirmasis faktorius F1, paaiškinantis net 45,88 proc. visų teiginių sklaidos, akcentuoja profesinės veiklos organizavimo, planavimo, reglamentavimo, atsakomybės svarbą. Šiam faktoriui suteiktas sąlyginis pavadinimas *Profesinės veiklos organizavimas*.

Antrasis faktorius F2, paaiškinantis 17,34 proc. visų teiginių sklaidos, išskyrė teiginį, kuriuo reiškama darbuotojų skatinimo būtinybė. Sąlyginai šis faktorius pavadintas *Darbinis mikroklimatas*.

Antroji praktinės veiklos dimensija – ***Sveikatos priežiūros prieinamumas***. Šioje horizontalėje teoriškai sumodeliuoti trys diagnostiniai kriterijai: 1) *profesinis tobulėjimas*; 2) *profesinė charakteristika*; 3) *profesinė elgsena*.

Diagnostinio kriterijaus *Profesinis tobulėjimas* 10 teiginių įverčiai buvo faktorizuoti. Programa išskyrė tris faktorius, paaiškinančius 57,9 proc. visų pirminių klausimyno teiginių sklaidos (17 lentelė).

Pirmasis faktorius F1, paaiškinantis 22,2 proc. sklaidos, sujungė teiginius, apibrėžiančius profesinės kvalifikacijos tobulinimo vietas. Šis faktorius sąlyginai pavadintas *Kvalifikacijos tobulinimo vietos*.

Antrasis faktorius F2, paaiškinantis 20,4 proc. sklaidos, sujungė teiginius, įvardinančius profesinės kvalifikacijos tobulinimo formas. Šiam

faktoriui suteiktas sąlyginis pavadinimas *Inovatyvios kvalifikacijos tobulinimo formos*.

**17 lentelė.** Tiriamųjų nuomonės, vertinant diagnostinio kriterijaus *Profesinis tobulėjimas* teiginius, faktorizacija (N=1151).

<b>Faktoriai</b>		<b>F1</b>	<b>F2</b>	<b>F3</b>	
<b>Faktoriaus paaiškinta sklaida</b>	<b>Faktorių sudarantys svoriai (L)</b> <b>Teiginių formuluotės</b>	<b>L</b>	<b>L</b>	<b>L</b>	<b>Faktoriaus nr. (23 lent.)</b>
<b>F1</b> <b>22,2 proc.</b>	<b>Faktoriaus pavadinimas –</b> <i>Kvalifikacijos tobulinimo vietos</i>				4.1
	Pagrindinė slaugytojo profesinės kvalifikacijos tobulinimo vieta - tai Lietuvos kolegijų podiplominių studijų skyriai.	0,840			
	Pagrindinė slaugytojo profesinės kvalifikacijos tobulinimo vieta - tai Lietuvos universitetų podiplominių studijų skyriai.	0,839			
	Pagrindinė slaugytojo profesinės kvalifikacijos tobulinimo vieta - tai profesinių draugijų organizuotos konferencijos. Kvalifikacijos tobulinimo formos: dalyvavimas moksliniuose tyrimuose, straipsnių rengimas, publikavimas, pristatymas konferencijose.	0,544  0,495			
<b>F2</b>	<b>Faktoriaus pavadinimas –</b>				

<b>20,4 proc.</b>	<i>Inovatyvios kvalifikacijos tobulinimo formos</i>				4.2
	Kvalifikacijos tobulinimo formos: nuotoliniu būdu per specializuotus žurnalus.		0,796		
	Kvalifikacijos tobulinimo formos: konferencijos, paskaitos įstaigoje.		0,662		
	Kvalifikacijos tobulinimo formos: nuolatinis savarankiškas kvalifikacijos tobulinimas.		0,650		
	Kvalifikacijos tobulinimo formos: nuotolinės studijos pasitelkus IT.		0,595		
<b>F3 15,3 proc.</b>	<b>Faktoriaus pavadinimas –</b> <i>Tradicinis kvalifikacijos tobulinimas</i>				4.3
	Kvalifikacijos tobulinimo formos: stažuotės, seminarai, kursai.			0,786	
	Pagrindinė slaugytojo profesinės kvalifikacijos tobulinimo vieta - tai slaugos specialistų tobulinimo centras.			0,666	

Pastaba: Cronbach  $\alpha = 0,694$ ; KMO = 0,712; sferiškumo testas pagal Bartlett = 2285,7,  $p = 0,000$ . VARIMAX rotacija, bendroji paaiškinta sklaida 57,9 proc.

Trečiasis faktorius F3, paaiškinantis 15,3 proc. sklaidos, sujungė teiginius, akcentuojančius tradicines kvalifikacijos tobulinimo formas bei tradicines kvalifikacijos tobulinimo vietas. Šiam faktoriui suteiktas sąlyginis pavadinimas *Tradicinis kvalifikacijos tobulinimas* (17 lentelė).

Faktorizavus penkis diagnostinio kriterijaus *Profesinė charakteristika* teiginius, programa ekstrahavo du faktorius, paaiškinančius 64,61 proc. visų teiginių sklaidos. Faktorizacijos rezultatai atsispindi 18 lentelėje.

**18 lentelė.** Tiriamųjų nuomonės, vertinant diagnostinio kriterijaus *Profesinė charakteristika* teiginius, faktorizacija (N=1300).

<b>Faktoriai</b>		<b>F1</b>	<b>F2</b>	
<b>Faktoriaus paaiškinta sklaida</b>	<b>Faktorių sudarantys svoriai (L)</b> <b>Teiginių formuluotės</b>	<b>L</b>	<b>L</b>	<b>Faktoriaus nr. (23 lent.)</b>
<b>F1</b> <b>43,94 proc.</b>	<b>Faktoriaus pavadinimas – <i>Asmeninės ir profesinės savybės</i></b>			5.1
	Slaugytojui sėkmingai konkuruoti profesinėje veikloje būtinas savarankiškumas, aktyvumas, bendradarbiavimas, komunikabilumas.	0,863		
	Slaugytojui sėkmingai konkuruoti profesinėje veikloje būtinas kritinis mąstymas.	0,758		
	Slaugytojui sėkmingai konkuruoti profesinėje veikloje būtinas darbštumas, atsidavimas, nuoširdumas.	0,714		
	Sėkmingai konkuruoti profesinėje veikloje slaugytojui būtina profesinė kompetencija.	0,599		
<b>F2</b> <b>20,67 proc.</b>	<b>Faktoriaus pavadinimas – <i>Profesinė hierarchija</i></b>			5.2
	Slaugytojui sėkmingai konkuruoti profesinėje veikloje būtinas paklusnumas, pagarba hierarchijai.		0,984	

Pastaba: Cronbach  $\alpha = 0,638$ ; KMO = 0,693; sferiškumo testas pagal Bartlett = 1231,42,  $p = 0,000$ . VARIMAX rotacija, bendroji paaiškinta sklaida 64,61 proc.

Pirmasis faktorius F1, paaiškinantis net 43,94 proc. sklaidos, sujungė teiginius, apibūdinančius slaugytojo profesinei veiklai būtinas kompetencijas: savarankiškumą, aktyvumą, bendradarbiavimą, komunikabilumą, kritinį mąstymą ir kt. Šiam faktoriui suteiktas pavadinimas *Asmeninės ir profesinės savybės*.

Antrasis faktorius F2, paaiškinantis 20,67 proc. sklaidos, išskyrė vieną teiginį, charakterizuojantį profesinę hierarchiją. Šiam faktoriui sąlyginai buvo suteiktas pavadinimas *Profesinė hierarchija*.

Diagnostinio kriterijaus *Profesinė elgsena* buvo faktorizuoti 8 teiginiai. Programa ekstrahavo du faktorius, paaiškinančius 51,24 proc. visų kintamųjų sklaidos. Faktorizacijos rezultatai pateikti 19 lentelėje.

Pirmasis faktorius F1, paaiškinantis 34,4 proc. sklaidos, sujungė teiginius, atspindinčius slaugytojo profesionalumo sąsajas su teikiamų paslaugų kokybe, bendradarbiavimu profesinėje komandoje. Šiam faktoriui buvo suteiktas pavadinimas *Profesinis aktyvumas*.

Antrasis faktorius F2, paaiškinantis 16,85 proc. sklaidos, sujungė teiginius, apibūdinančius darbinės veiklos analizės procesą. Šiam faktoriui buvo suteiktas sąlyginis pavadinimas *Darbinės veiklos analizė*.

**19 lentelė.** Tiriamųjų nuomonės, vertinant diagnostinio kriterijaus *Profesinė elgsena* teiginius, faktorizacija (N=1300).

		<b>Faktoriai</b>	<b>F1</b>	<b>F2</b>	
<b>Faktoriaus paaiškinta sklaida</b>	<b>Faktorių sudarantys svoriai (L)</b>	<b>L</b>	<b>L</b>	<b>Faktoriaus nr. (23 lent.)</b>	
<b>F1</b> <b>34,4 proc.</b>	<b>Faktoriaus pavadinimas – <i>Profesinis aktyvumas</i></b>				6.1
	Slaugytojo profesionalumas užtikrina santykius su klientais/pacientais.	0,810			
	Slaugytojo profesionalumas užtikrina teikiamų paslaugų kokybę.	0,774			

	Slaugytojo profesionalumas užtikrina slaugytojų tarpusavio santykius.	0,640		
	Slaugytojo profesionalumas užtikrina vadovų ir slaugytojų santykius.	0,622		
	Slaugytojo darbinė elgsena grindžiama aktyvumu.	0,620		
	Įstaigos aplinka, palankus mikroklimatas skatina slaugytoją tobulėti.	0,543		
<b>F2</b> <b>16,85 proc.</b>	<b>Faktoriaus pavadinimas – Darbinės veiklos analizė</b>			6.2
	Slaugytojas dalį darbo laiko skiria darbinės veiklos savianalizei, atlieka taikomuosius mokslo tyrimus.		0,760	
	Slaugytojo darbinė elgsena grindžiama paklusnumu vadovams.		0,727	

Pastaba: Cronbach  $\alpha = 0,727$ ; KMO = 0,796; sferiškumo testas pagal Bartlett = 2058,69,  $p = 0,000$ . VARIMAX rotacija, bendroji paaiškinta sklaida 51,24 proc.

Trečioji praktinės veiklos dimensija – *Sveikatos priežiūros tinkamumas*. Šioje horizontalėje teoriškai sumodeliuoti trys diagnostiniai kriterijai: 1) *profesinė veikla*; 2) *profesinių vertybių sistema* ir 3) *įstaigos strategija*.

Vienuolika diagnostinio kriterijaus *Profesinė veikla* teiginių buvo faktorizuoti. Kompiuterinė programa ekstrahavo tris faktorius, paaiškinančius 53,4 proc. visų pirminių klausimyno teiginių sklaidos. Faktorizacijos rezultatai pateikti 20 lentelėje.

Pirmasis faktorius F1, paaiškinantis 25,5 proc. sklaidos, sujungė teiginius, kuriuose slaugytojo profesionalumas siejamas su teikiamų paslaugų kokybe, saugia darbine aplinka, komandiniu darbu. Šiam faktoriui buvo suteiktas pavadinimas *Slaugytojo profesionalumas ir teikiamos paslaugos*.



Antrasis faktorius F2, paaiškinantis 14,7 proc. sklaidos, sujungė teiginius, siejančius slaugytojo profesionalumą ir bendradarbiavimą, profesinės veiklos planavimą. Šiam faktoriui suteiktas pavadinimas *Veiklos planavimas ir bendradarbiavimas*.

**20 lentelė.** Tiriamųjų nuomonės, vertinant diagnostinio kriterijaus *Profesinė veikla* teiginius, faktorizacija (N=1151).

<b>Faktoriai</b>		<b>F1</b>	<b>F2</b>	<b>F3</b>	
<b>Faktoriaus paaiškinta sklaida</b>	<b>Faktorių sudarantys svoriai (L)</b> <b>Teiginių formuluotės</b>	<b>L</b>	<b>L</b>	<b>L</b>	<b>Faktoriaus nr. (23 lent.)</b>
<b>F1</b> <b>25,5 proc.</b>	<b>Faktoriaus pavadinimas –</b> <i>Slaugytojo profesionalumas ir teikiamos paslaugos</i>				7.1
	Slaugytojo profesinės žinios ir įgūdžiai užtikrina įstaigos įvaizdžio ir vidinės kultūros gerinimą.	0,789			
	Teikiamų paslaugų kokybės gerėjimą užtikrina slaugytojo profesinės žinios ir įgūdžiai.	0,715			
	Saugi darbinė aplinka priklauso nuo slaugytojo profesinių žinių ir įgūdžių.	0,695			
	Slaugytojo profesinės žinios ir įgūdžiai užtikrina komandinio darbo organizavimą.	0,690			
Dalyvavimas priimant sprendimus priklauso nuo slaugytojo profesinių žinių ir įgūdžių.	0,591				
	Įstaigoje sukurta dalinimosi gerąja patirtimi sistema tarp				

	kolegų, grįžus iš kvalifikacijos tobulinimo renginių.	0,363			
<b>F2</b> <b>14,7 proc.</b>	<b>Faktoriaus pavadinimas –</b> <i>Veiklos planavimas ir bendradarbiavimas</i>				7.2
	Slaugytojo profesinės žinios ir įgūdžiai lemia bendradarbiavimą, grindžiamą formalia hierarchija. Įstaigos veiklos planavimas ir nepageidaujamų įvykių prevencija priklauso nuo slaugytojo profesiniu žinių ir įgūdžių.		0,851		
			0,600		
<b>F3</b> <b>13,1 proc.</b>	<b>Faktoriaus pavadinimas –</b> <i>Kvalifikacijos tobulinimas ir karjeros galimybės</i>				7.3
	Profesinės kvalifikacijos tobulinimas užtikrina finansinę gerovę bei karjeros galimybes. Slaugytojo profesinės kvalifikacijos tobulinimo procesas nepriklauso nuo licencijos galiojimo laiko.			0,755	
	Profesinės kvalifikacijos tobulinimas stiprina profesinį statusą darbinėje aplinkoje.			0,598	
				0,528	

Pastaba: Cronbach  $\alpha = 0,767$ ; KMO = 0,845; sferiškumo testas pagal Bartlett = 2850,7,  $p = 0,000$ . VARIMAX rotacija, bendroji paaiškinta sklaida 53,4 proc.

Trečiasis faktorius F3, paaiškinantis 13,1 proc. sklaidos, sujungė teiginius, atspindinčius profesionalumo ir darbinio statuso kaitos galimybes.

Šis faktorius sąlyginai pavadintas *Kvalifikacijos tobulinimas ir karjeros galimybės* (20 lentelė).

Diagnostinio kriterijaus *Profesinių vertybių sistema* psichometrinis tinkamumas įvertintas faktorinės analizės būdu. Faktorinės analizės metu kompiuterinė programa ekstrahavo 2 faktorius, paaiškinančius 61,12 proc. visų pirminių klausimyno teiginių sklaidos (21 lentelė).

**21 lentelė.** Tiriamųjų nuomonės, vertinant diagnostinio kriterijaus *Profesinių vertybių sistema* teiginius, faktorizacija (N=1300).

		<b>Faktoriai</b>		
<b>Faktoriaus paaiškinta sklaida</b>	<b>Faktorių sudarantys svoriai (L)</b>	<b>F1</b>	<b>F2</b>	<b>Faktoriaus nr. (23 lent.)</b>
	<b>Teiginių formuluotės</b>	<b>L</b>	<b>L</b>	
<b>F1</b> <b>40,99 proc.</b>	<b>Faktoriaus pavadinimas – Profesinės vertybės ir įstaigos veikla</b>			8.1
	Nuo slaugytojų vertybių sistemos priklauso įstaigos strategijos įgyvendinimas.	0,808		
	Slaugytojo vertybių sistema užtikrina įstaigos kultūrą ir darbuotojai susitapatina su institucija.	0,808		
	Sveikatos priežiūros paslaugų saugumas, kokybė ir prieinamumas priklauso nuo slaugytojo vertybių sistemos.	0,750		
	Medicinos profesionalai vertina slaugytojo profesiją, kaip būtinybę pacientams/klientams teikiamų paslaugų kokybės.	0,590		
<b>F2</b> <b>20,13 proc.</b>	<b>Faktoriaus pavadinimas – Profesinės vertybės ir bendradarbiavimas</b>			8.2

	Slaugytojas dalį darbo laiko skiria savo darbinės veiklos analizavimui, atlieka taikomuosius mokslo tyrimus.		0,926	
	Slaugytojo darbinė elgsena grindžiama paklusnumu vadovams.		0,548	

Pastaba: Cronbach  $\alpha = 0,697$ ; KMO = 0,746; sferiškumo testas pagal Bartlett = 1730,19,  $p = 0,000$ . VARIMAX rotacija, bendroji paaiškinta sklaida 61,12 proc.

Pirmasis faktorius F1, paaiškinantis net 40,99 proc. visų kintamųjų sklaidos, sujungė teiginius, kuriuose slaugytojų vertybių sistema siejama su sveikatos priežiūros įstaigos veikla, teikiamų paslaugų klientams/pacientams kokybe. Šiam faktoriui suteiktas sąlyginis pavadinimas *Profesinės vertybės ir įstaigos veikla*.

Antrasis faktorius F2, paaiškinantis 20,13 proc. sklaidos, sujungė teiginius, akcentuojančius vertybių ir profesinio bendradarbiavimo sąsajas. Sąlyginai šis faktorius pavadintas *Profesinės vertybės ir bendradarbiavimas* (21 lentelė).

Diagnostinio kriterijaus *Įstaigos strategija* 11 teiginių buvo faktorizuoti. Kompiuteris ekstrahavo tris faktorius, paaiškinančius 56,1 proc. visų kintamųjų sklaidos. Faktorizacijos rezultatai pateikti 22 lentelėje.

Pirmasis faktorius F1, paaiškinantis 25,84 proc. sklaidos, sujungė teiginius, pažymintčius sveikatos priežiūros įstaigų materialųjį aprūpinimą, slaugytojo teikiamų paslaugų kainas. Šiam faktoriui suteiktas sąlyginis pavadinimas *Sveikatos priežiūros įstaigos materialieji ištekliai*.

Antrasis faktorius F2, paaiškinantis 20,58 proc. sklaidos, sujungė teiginius, charakterizuojančius slaugytojo profesinės veiklos pokyčius sveikatos reformos laikotarpiu. Sąlyginai šis faktorius pavadintas *Profesinis statusas reformos laikotarpiu*.

22 lentelė. Tiriamųjų nuomonės, vertinant diagnostinio kriterijaus *Įstaigos strategija* teiginius, faktorizacija (N=1300).

Faktoriai		F1	F2	F3	
Faktoriaus paaiškinta sklaida	Faktorių sudarantys svoriai (L) Teiginių formuluotės	L	L	L	Faktoriaus nr. (23 lent.)
<b>F1</b> <b>25,84 proc.</b>	<b>Faktoriaus pavadinimas –</b> <i>Sveikatos priežiūros įstaigos materialieji ištekliai</i>				9.1
	Sveikatos priežiūros įstaigos finansavimo šaltiniai yra pakankami.	0,768			
	Pakankamas sveikatos priežiūros įstaigų materialinis techninis aprūpinimas.	0,717			
	Viešosios įstaigos statusas laiduoja racionalų finansinių išteklių panaudojimą.	0,694			
	Slaugytojo teikiamos paslaugos įkainotos, už jas atsiskaito ligonių kasos.	0,685			
	Įstaigoje teikiamų paslaugų kainos subalansuotos ir dengia realias darbo sąnaudas.	0,631			
	Slaugytojas įstaigoje vykstančius pokyčius reformos laikotarpiu priima drąsiai.	0,449			
<b>F2</b> <b>20,58 proc.</b>	<b>Faktoriaus pavadinimas –</b> <i>Profesinis statusas reformos laikotarpiu</i>				9.2
	Sveikatos reformos laikotarpiu slaugytojo profesinis savarankiškumas ir atsakomybės ribos darbinėje				

	komandoje augo, plėtėsi. Sveikatos reformos tikslai teigiamai veikia slaugytojo darbinę veiklą bei profesinį statusą. Slaugytojui sveikatos reformos tikslai yra aiškūs ir suprantami. Optimalus slaugytojų skaičius, užtikrinantis sveikatos priežiūros įstaigos funkcionavimą.		0,769  0,764  0,723  0,451		
<b>F3</b> <b>9,7 proc.</b>	<b>Faktoriaus pavadinimas –</b> <i>Slaugytojų emocinė būseną reformos laikotarpiu</i>				9.3
	Slaugytojui sveikatos reformos tikslai kelia neapibrėžtumo jausmą ir nerimą.			0,947	

Pastaba: Cronbach  $\alpha = 0,778$ ; KMO = 0,861; sferiškumo testas pagal Bartlett = 3431,58,  $p = 0,000$ . VARIMAX rotacija, bendroji paaiškinta sklaida 56,1 proc.

Trečią faktorių F3, paaiškinantį 9,7 proc. sklaidos, sudaro teiginys, apibūdinantis slaugytojų emocinę būklę sveikatos reformos laikotarpiu. Šis faktorius sąlyginai pavadintas *Slaugytojų emocinė būseną reformos laikotarpiu* (22 lentelė).

Faktorinės analizės metodo pagalba sutankinus pradinių teiginių skaičių, sudaryti tyrimo diagnostinius kriterijus atspindintys 22 faktoriai. Faktorinės analizės rezultatai leido nustatyti trijose praktinės veiklos dimensijose išryškėjusius 22 slaugytojų profesinę socializaciją bei praktinę veiklą apibūdinančius aspektus. Tyrimo metu sudaryti faktoriai pateikti 23 lentelėje. Diagnostinių kriterijų faktorių vidinės konsistencijos koeficientas *Cronbach alfa* svyruoja nuo 0,361 iki 0,799.

**23 lentelė.** Faktorišės analizės būdu sudaryti diagnostinių kriterijų faktoriai ir jų statistiniai rodikliai (vidutiniai įverčiai ir psichometrinės charakteristikos) (N=1300).

Diagnostinis kriterijus		N	Mean	Cronbach $\alpha$	i/tt	L (faktoriinis svoris)	r min	r	r max
<b>Fakto- riaus Nr.</b>	<b>Faktoriaus pavadinimas</b>								
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>A1 Profesinė saviraiška ir saviugda (1)</b>		6							
<b>1.1.</b>	Inovatyvus kvalifikacijos tobulinimas	4	3,11	0,631	0,354- 0,049	0,823- 0,389	0,125	0,296	0,520
<b>1.2.</b>	Kvalifikacijos tobulinimo trikdžiai	2	3,38	0,746	0,353	0,894- 0,890	-	0,595	-
<b>B1 Profesinės veiklos motyvatoriai (2)</b>		9							
<b>2.1.</b>	Higieniniai motyvatoriai	3	4,31	0,708	0,417- 0,240	0,745- 0,688	0,303	0,477	0,551
<b>2.2.</b>	Tikrieji motyvatoriai	3	4,07	0,602	0,227- 0,110	0,771- 0,549	0,274	0,335	0,444
<b>2.3.</b>	Visuomeniniai motyvatoriai	3	3,37	0,623	0,205- 0,169	0,809- 0,570	0,330	0,356	0,383

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>C1 Profesiniai lūkesčiai (3)</b>									
<b>3.1.</b>	Profesinės veiklos organizavimas	5	2,67	0,799	0,472- 0,286	0,804- 0,633	0,313	0,443	0,584
<b>3.2.</b>	Darbinis mikroklimatas	1	-	-	-	0,986	-	-	-
<b>A2 Profesinis tobulėjimas (4)</b>									
<b>4.1.</b>	Kvalifikacijos tobulinimo vietos	4	2,86	0,695	0,413- 0,141	0,840- 0,495	0,213	0,361	0,607
<b>4.2.</b>	Inovatyvios kvalifikacijos tobulinimo formos	4	3,23	0,663	0,284- 0,144	0,796- 0,595	0,135	0,326	0,479
<b>4.3.</b>	Tradicionis kvalifikacijos tobulinimas	2	4,19	0,497	0,117	0,786- 0,666	-	0,342	-
<b>B2 Profesinė charakteristika (5)</b>									
<b>5.1.</b>	Asmeninės ir profesinės savybės	4	4,26	0,725	0,463- 0,163	0,863- 0,599	0,253	0,397	0,568
<b>5.2.</b>	Profesinė hierarchija	1	-	-	-	0,984	-	-	-
<b>C2 Profesinė elgsena (6)</b>									
<b>6.1.</b>	Profesinis aktyvumas	6	4,03	0,772	0,431- 0,215	0,810- 0,543	0,224	0,361	0,573
<b>6.2.</b>	Darbinės veiklos analizė	2	2,70	0,361	0,480	0,760- 0,727	-	0,220	-



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>A3 Profesinė veikla (7)</b>									
7.1.	Slaugytojo profesionalumas ir teikiamos paslaugos	6	4,09	0,768	0,459-0,129	0,789-0,363	0,200	0,370	0,610
7.2.	Veiklos planavimas ir bendradarbiavimas	2	3,33	0,531	0,132	0,851-0,600	-	0,363	-
7.3.	Kvalifikacijos tobulinimas ir karjeros galimybės	3	3,76	0,394	0,088-0,031	0,755-0,528	0,128	0,184	0,273
<b>B3 Profesinių vertybių sistema (8)</b>									
8.1.	Profesinės vertybės ir įstaigos veikla	4	3,49	0,745	0,468-0,123	0,808-0,590	0,262	0,422	0,631
8.2.	Profesinės vertybės ir bendradarbiavimas	2	4,09	0,374	0,53	0,926-0,548	-	0,230	-
<b>C3 Įstaigos strategija (9)</b>									
9.1.	Sveikatos priežiūros įstaigos materialieji išteklių	6	2,36	0,793	0,408-0,238	0,768-0,449	0,255	0,390	0,534
9.2.	Profesinis statusas reformos laikotarpiu	4	2,79	0,685	0,353-0,117	0,769-0,451	0,249	0,352	0,483
9.3.	Slaugytojų emocinė būsena reformos laikotarpiu	1	-	-	-	0,947	-	-	-

Pastaba: 1 – faktoriaus numeris; 2 – faktoriaus pavadinimas; 1-2 - diagnostinio kriterijaus pavadinimas; 3 (N) - teiginių skaičius;

4 (**Mean**) - faktoriaus valentingumas, išreikštas aritmetiniu vidurkiu; 5 (**Cronbach-α**) - testo vidinės konsistencijos koeficientas; 6 (**i/itt**) - testo žingsnio skiriamosios gebos rodiklis; 7 (**L**) - faktorinis svoris; 8 (**r min**) - minimali koreliacija tarp klausimų (koeficientas); 9 (**r**) - vidutinė koreliacija tarp klausimų (koeficientas); 10 (**r max**) - maksimali koreliacija tarp klausimų (koeficientas).

## 5.2. SLAUGYTOJŲ PROFESINĖS SOCIALIZACIJOS IR PRAKTINĖS VEIKLOS DIAGNOSTINIŲ KRITERIJŲ TARPUSAVIO SĄSAJOS

Šiame poskyryje bus aptariama, kaip, taikant koreliacinės analizės metodą, pavyko nustatyti statistinius ryšius tarp tyrimo diagnostinių kriterijų.

Ieškant statistinių sąryšių tarp teiginių, sujungtų į diagnostinius kriterijus, taikytas koreliacinės analizės metodas, t.y. skaičiuotas *Pearson'o* koreliacijos koeficientas. Atsižvelgiant į nemažą diagnostinių kriterijų skaičių bei didžiulę jų bendros interkoreliacinės matricos apimtį (iš viso tyrime yra 9 diagnostiniai kriterijai ir 22 faktoriai), disertacijoje pateikiami tik diagnostinių kriterijų koreliacinės analizės rezultatai (24 lentelė). Interkoreliacinėje matricoje nėra itin aukštų koreliacijos koeficientų, dominuoja silpno ir vidutinio dydžio statistiniai sąryšiai. Tarp kriterijų dominuoja teigiamas funkcinis ryšys. Gauti koreliacijos koeficientai yra statistiškai reikšmingi.

Reikšmingi statistiniai ryšiai atsiskleidė tarp visų interkoreliacinės matricos akučių, išskyrus ryšį tarp *Profesinės saviraiška ir saviugda* ir *Profesinės veiklos motyvatoriai*, tarp kurių abipusė koreliacija nėra statistiškai reikšminga. Gauti duomenys leidžia daryti prielaidą, kad visi diagnostiniai kriterijai silpniau ar stipriau veikia vienas kitą. Stipresni ryšiai yra tarp tokių diagnostinių kriterijų, kaip: *Profesinių vertybių sistema* ir *Profesinė charakteristika* ( $r=0,604$ ,  $p<0,01$ ), *Profesinė elgsena* ( $r=0,566$ ,  $p<0,01$ ) ir *Profesinė veikla* ( $r=0,561$ ,  $p<0,01$ ). Vidutinio stiprumo statistiniai ryšiai atsiskleidė tarp diagnostinių kriterijų *Profesinė veikla* ir *Profesinė charakteristika* ( $r=0,535$ ,  $p<0,01$ ) bei *Profesinė elgsena* ( $r=0,523$ ,  $p<0,01$ ). Galima daryti prielaidą, kad slaugytojų profesinė veikla ypatingai sietina su šiai profesijai būtinų asmeninių savybių, kompetencijų, įgūdžių įgijimu, profesinių vertybių formavimusi, kurie lemia specialisto profesinę elgseną.

Sveikatos politikos požiūriu reikšmingas ryšys tarp diagnostinio kriterijaus *Profesiniai lūkesčiai* ir *Įstaigos strategija* ( $r=0,588$ ,  $p<0,01$ ). Ši koreliacija nurodo, kad asmeninius profesinius lūkesčius lemia ne tik

individualios kiekvieno darbuotojo nuostatos ir vertybės, o taip pat sveikatos priežiūros įstaigos veikla, jos finansavimo šaltiniai, materialinio techninio aprūpinimo lygis, slaugytojo teikiamų paslaugų kainos, už kurias atsiskaito ligonių kasos.

Išryškėję reikšmingi statistiniai ryšiai leidžia daryti prielaidą, kad tik sisteminis aplinkybių vertinimas gali palankiai susieti sveikatos politikos teoriją ir jos įgyvendinimo praktiką, o tuo pačiu ir sėkmingą slaugytojų profesinės socializacijos bei jų praktinės veiklos užtikrinimo procesą.

24 lentelė. Diagnostinių kriterijų tarpusavio koreliacinė matrica.

Diagnostiniai kriterijai	Profesinė saviraiška ir saviugda	Profesinės veiklos motyatoriai	Profesiniai lūkesčiai	Profesinis tobulėjimas	Profesinė charakteristika	Profesinė elgsena	Profesinė veikla	Profesinių vertybių sistema	Įstaigos strategija
A1	B1	C1	A2	B2	C2	A3	B3	C3	
Profesinė saviraiška ir saviugda	1,00	0,580	0,400**	0,137**	0,263**	0,271**	0,248**	0,133**	
Profesinės veiklos motyvatoriai	1,00	0,244**	0,304**	0,466**	0,375**	0,382**	0,423**	0,207**	
Profesiniai lūkesčiai	1,00	1,00	0,279**	0,262**	0,472**	0,232**	0,322**	0,588**	
Profesinis tobulėjimas			1,00	0,265**	0,279**	0,308**	0,326**	0,295**	
Profesinė charakteristika				1,00	0,537**	0,535**	0,604**	0,182**	
Profesinė elgsena					1,00	0,523**	0,566**	0,394**	
Profesinė veikla						1,00	0,561**	0,181**	
Profesinių vertybių sistema							1,00	0,256**	
Įstaigos strategija								1,00	

Pastaba: \*\* abipusė koreliacija reikšminga, kai  $p < 0,01$

### 5.3. SLAUGYTOJŲ POŽIŪRIO Į PROFESINĖS SOCIALIZACIJOS PROCESĄ VERTINIMAS

Ankstesniame poskyryje, taikant faktorinės analizės metodą, buvo atskleista sukonstruotų diagnostinių kriterijų vidinė požymių struktūra, jų psichometrinė kokybė, tačiau neparodyta, kaip respondentai vertino tuos požymius. Respondentų požiūrių vertinimas yra aktualus, tiriant slaugytojų profesinę socializaciją veikiančius veiksnius bei šio proceso sąsajas su praktine veikla.

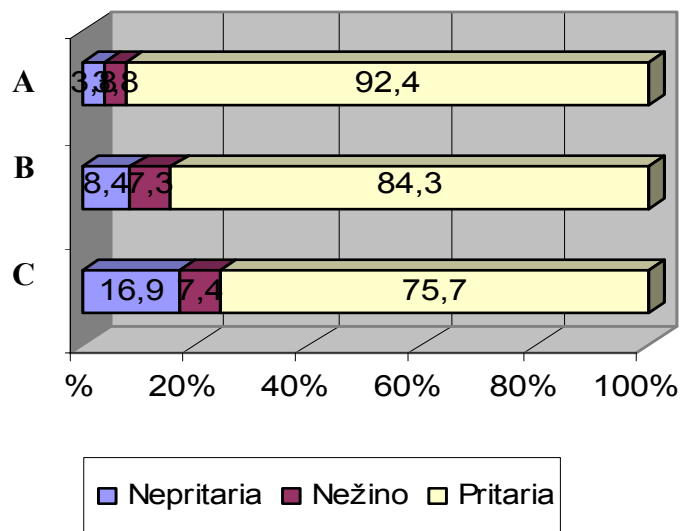
Šiame skyriuje bus aptariamas kiekvienas faktorius ir tiriamųjų nuomonės pasiskirstymas, vertinant aptariamo faktoriaus teiginius.

Sudarant slaugytojų profesinės socializacijos vertinimo diagnostinių kriterijų reitingus, aprašomosios statistikos metodai buvo naudoti pavienių teiginių lygmenyje. Nustatytos tendencijos pateiktos stulpelinėmis diagramomis (9-30 pav.). Paveiksluose procentinė išraiška „*pritaria*“ gauta susumavus atsakymų „*pritariu*“ ir „*visiškai pritariu*“ procentines išraiškas, atitinkamai „*nepritaria*“ jungia atsakymų „*nepritariu*“ ir „*visiškai nepritariu*“ procentines išraiškas. Apibendrinus respondentų požiūrį, išryškėjo tiriamųjų palankiai ir nepalankiai vertintos nagrinėjamų procesų tendencijos. Pradžioje bus aptariami pozityviai respondentų įvertinti slaugytojų profesinę socializaciją ir praktinę veiklą sąlygojantys aspektai, vėliau - tyrimo metu nustatytos negatyvios tendencijos.

#### **Palankiai slaugytojų įvertinti profesinės socializacijos ir praktinės veiklos aspektai**

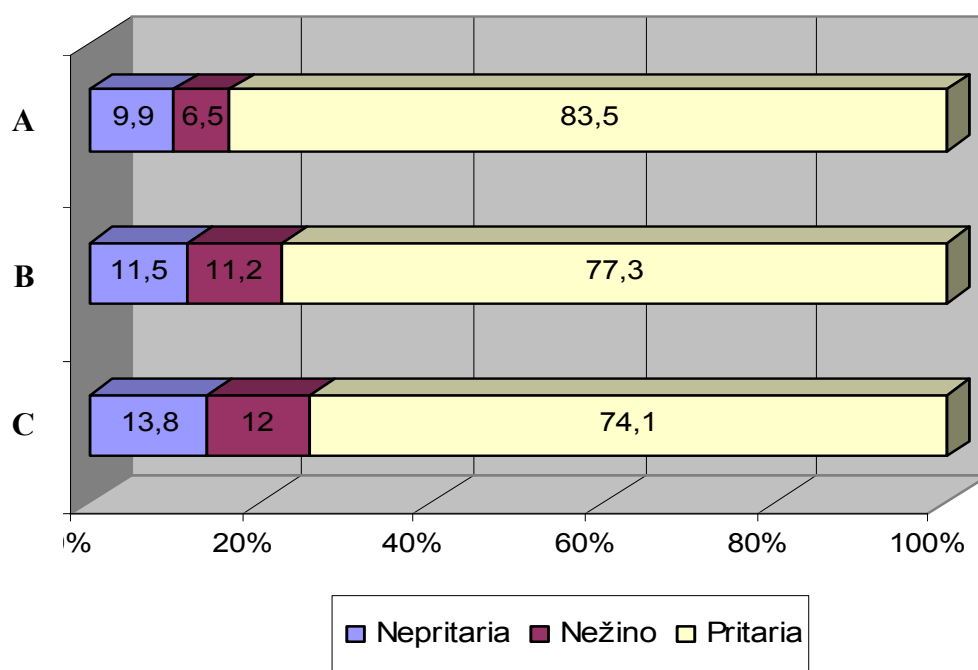
Kiekvienos veiklos sėkmė nemaža dalimi priklauso nuo motyvacijos, kuri skatina efektyviai veikti. Diagnostinį kriterijų *Profesinės veiklos motyvatoriai* sudarantys trys faktoriai (15 lentelė) tiriamųjų įvertinti kaip labai reikšmingi. Esminį kriterijaus faktorių *Higieniniai motyvatoriai* sudaro teiginiai, atspindintys svarbiausias slaugytojų profesinės veiklos aplinkybes (9 pav.). Tyrimo duomenys leidžia daryti prielaidą, kad į pirmą vietą yra

iškeliami higieniniai motyvatoriai, kurie yra labai svarbūs, tačiau mokslininkų priskiriami prie pagrindinius, tikruosius - darbo - motyvatorius stimuliuojančių veiksmų. Ši aplinkybė gali būti sietina su šalies socialine- ekonomine situacija, ilgus metus besitęsiančia sveikatos reforma, vidutiniu ar net žemu slaugytojų darbo užmokesčiu. Teiginiui, kad „slaugytojo profesinėje veikloje svarbiausia – gera darbinė atmosfera“, pritarė net 92,4 proc. respondentų. 84,3 proc. respondentų pritarė, kad „svarbiausias slaugytojo darbo motyvatorius - socialinės garantijos“. Trečioje vietoje pagal pritarimą (pritarė 75,7 proc.) yra teiginys, kad „svarbiausias slaugytojo darbo motyvatorius – geras atlyginimas“. Iš šių teiginių vertinimo galima daryti prielaidą, kad slaugytojams, kurių profesija pasižymi didžiuliu emociniu bei fiziniu krūviu ir kurių profesinė misija yra padėti bei užtikrinti slaugą, pagalbą kiekvienam besikreipiančiam, patiems ypatingai svarbi darbinė atmosfera bei saugumas darbo vietoje. Šią aplinkybę turėtų įvertinti darbdaviai, siekdami išlaikyti darbuotojus darbo vietose, tikėdamiesi jų lojalumo įstaigai bei sėkmingos specialistų profesinės raiškos.



**9 pav.** Faktoriaus *Higieniniai motyvatoriai* vertinimas (N=1300).  
 A - Slaugytojo profesinėje veikloje svarbiausia - gera darbinė atmosfera. Svarbiausias slaugytojo darbo motyvatorius: B - socialinės garantijos; C - geras atlyginimas.

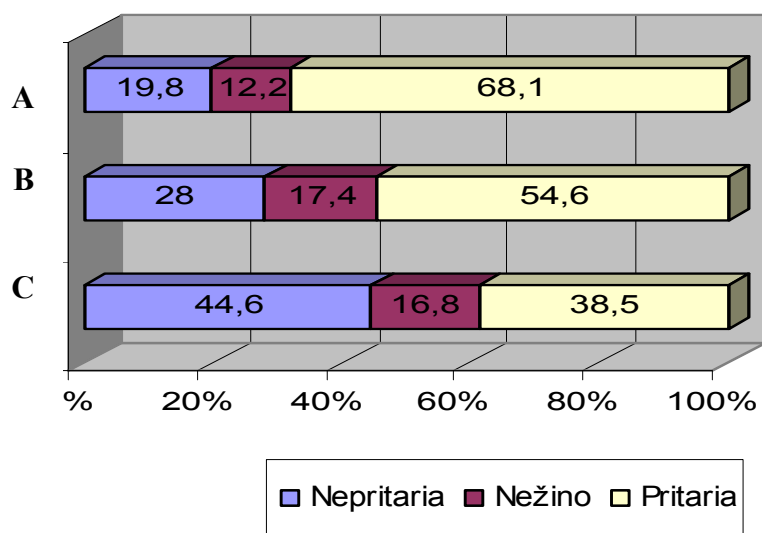
Antrasis diagnostinio kriterijaus *Profesinės veiklos motyvatoriai* faktorius *Tikrieji motyvatoriai* sujungė teiginius, akcentuojančius tikruosius profesinės veiklos motyvatorius - tai įdomus darbas, teikiama nauda visuomenei, asmeninio tobulėjimo galimybės (10 pav.). Gauti tyrimo duomenys leidžia teigti, jog du trečdaliai respondentų žino ir vertina tikruosius motyvatorius kaip pagrindinius profesinės veiklos motyvatorius, kurie yra svarbūs įgyvendinant specialisto profesinius tikslus, profesijos visuomeninį vaidmenį, t.y. būtinybė dalyvauti visuomenės sveikatinimo procese. Tai leidžia daryti prielaidą, kad svarbu akcentuoti slaugytojų profesinę misiją, šį procesą pradedant nuo pirmųjų profesijos pasirinkimo dienų mokymo institucijose ir toliau ugdant profesines nuostatas bei vertybes darbo vietoje.



**10 pav.** Faktoriaus *Tikrieji motyvatoriai* vertinimas (N=1300). Slaugytojo profesinėje veikloje svarbiausia: A – įdomus darbas; B – teikiama nauda visuomenei; C – asmeninio tobulėjimo galimybės.

Vertinant trečiąjį diagnostinio kriterijaus *Profesinės veiklos motyvatoriai* faktorių *Visuomeniniai motyvatoriai*, respondentų nuomonės išsiskyrė (11 pav.). Reitingo viršuje esantį teiginį, kad „svarbiausias slaugytojo darbo motyvatorius - garantijos dėl darbo vietos“, daugiau nei pusė

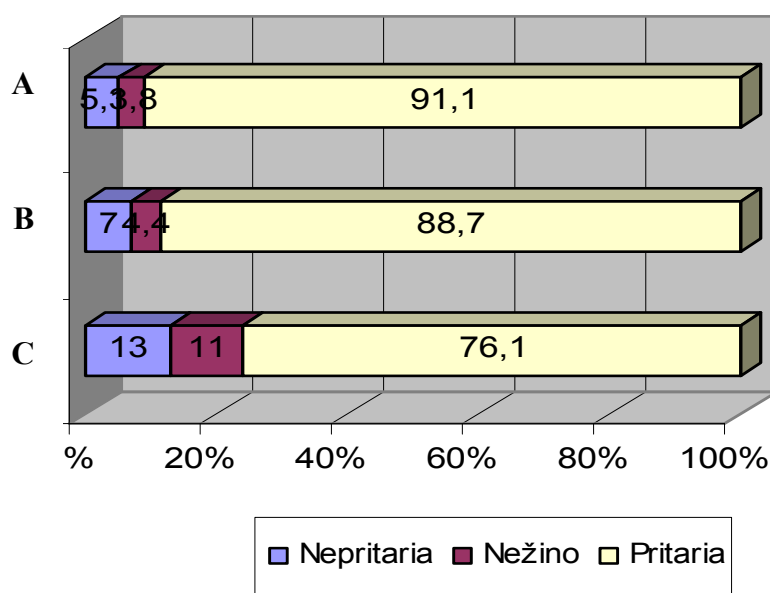
respondentų vertino palankiai. Tai leidžia daryti prielaidą, jog respondentai jaučią įtampą dėl per dešimtmetį susiformavusių tendencijų, kai dirbančių slaugytojų skaičius sveikatos sektoriuje sumažėjo net 16,8 %. Taip pat labai nuosaikiai respondentai vertino teiginį, kad „svarbiausias slaugytojo darbo motyvatorius - karjeros galimybės“ (pritarė 54,6 proc. respondentų). Reitingo apačioje esančio teiginio, kad „profesija yra prestižinė visuomenėje“, kuris faktorizacijos metu buvo išskirtas kaip esminis, vertinimas (pritarė 38,5 proc. respondentų), leidžia konstatuoti faktą, jog deramai neįvertinus šios problemos, ateityje galima sulaukti labai skaudžių pasekmių, kuomet jauni mūsų visuomenės piliečiai nebenorės rinktis šios profesijos, ne tik dėl didelio fizinio bei emocinio krūvio, bet ir dėl kritusio profesijos patrauklumo, prestižo, verslumo. Jau šiuo metu, analizuojant priėmimo į slaugos studijų programas tendencijas įvairiose aukštosiose mokyklose, stebimi šios problemos pirmieji požymiai, kuomet konkursiniai rodikliai neviršija vieno pretenduojančio į vieną siūlomą studijuoti vietą (<https://bp.lamabpo.lt>).



**11 pav.** Faktoriaus *Visuomeniniai motyvatoriai* vertinimas (N=1300). Svarbiausias slaugytojo darbo motyvatorius: A – garantijos dėl darbo vietos; B - karjeros galimybės; C – Slaugytojo profesinėje veikloje svarbiausia – profesija yra prestižinė visuomenėje.



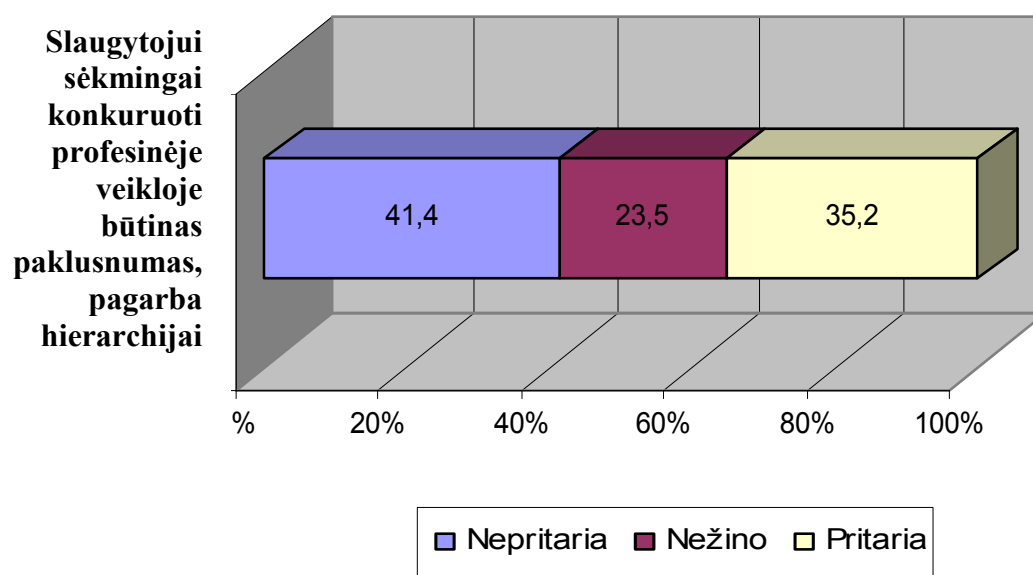
Diagnostinį kriterijų *Profesinė charakteristika* (18 lentelė, 2 faktoriai) sudarančio faktoriaus *Asmeninės ir profesinės savybės* teiginių vertinimo reitingas pateiktas 12 pav. Dauguma respondentų pritarė (91,1 proc.), jog slaugytojui sėkmingai konkuruoti profesinėje veikloje būtinas savarankiškumas, aktyvumas, bendradarbiavimas, komunikabilumas ir kritinis mąstymas (pritarė 76,1 proc.). Tai leidžia daryti prielaidą, jog respondentai puikiai suvokia, kokių asmeninių, profesinių savybių, bruožų reikia šiuolaikiniam slaugytojui, siekiančiam užtikrinti aktyvų profesinį profilį. Taip pat lieka aktualūs ir tradiciniai reikalavimai slaugytojo profesijai, ir tai stebima analizuojant teiginį (pritarė 88,7 proc. respondentų), kad „slaugytojui sėkmingai konkuruoti profesinėje veikloje būtinas darbštumas, atsidavimas, nuoširdumas.



**12 pav.** Faktoriaus *Asmeninės ir profesinės savybės* vertinimas (N=1300). Slaugytojui sėkmingai konkuruoti profesinėje veikloje būtinas: A – savarankiškumas, aktyvumas, bendradarbiavimas, komunikabilumas; B – darbštumas, atsidavimas, nuoširdumas; C – kritinis mąstymas.

Antrąjį diagnostinio kriterijaus *Profesinė charakteristika* faktorių *Profesinė hierarchija* sudaro tik vienas teiginys, kurio vertinimas pateiktas 13 pav. Respondentų nuomonė, vertinant šį teiginį, yra pakankamai

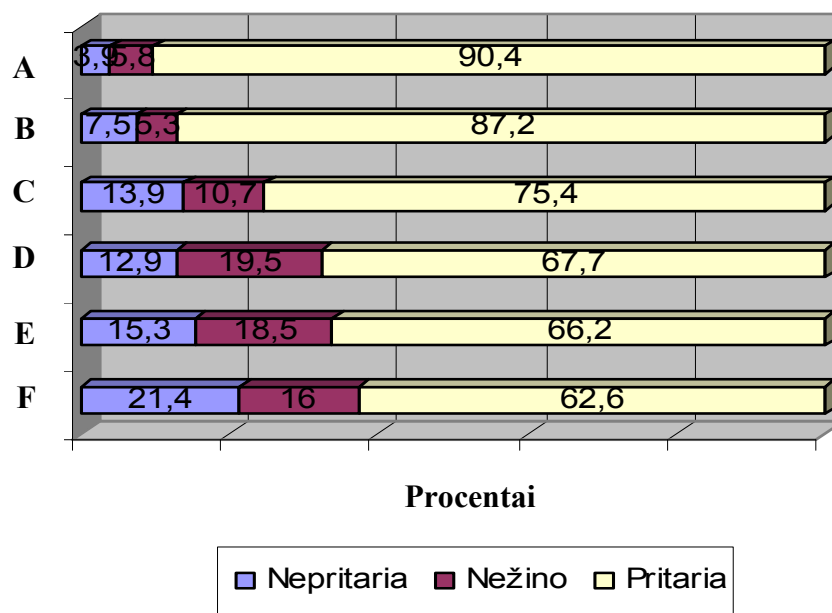
kategoriška. Tik trečdalis respondentų (35,2 proc.) pritarė teiginiui, kad „slaugytojui sėkmingai konkuruoti profesinėje veikloje būtinas paklusnumas, pagarba hierarchijai“. Galima daryti prielaidą, kad toks teiginio vertinimas yra susijęs su daugelį metų vyravusiu slaugytojų profesiniu statusu, kuomet pagrindinis uždavinys buvo tikslus įvairių pavedimų vykdymas. Šiuolaikinis slaugytojas – tai savarankiškas specialistas, taikantis įgytas profesines kompetencijas aiškiai apibrėžtose veiklos srityje. Šis naujas slaugytojo profesinis portretas gana sunkiai įgyvendinamas sveikatos priežiūros sistemoje.



13 pav. Faktoriaus *Profesinė hierarchija* vertinimas (N=1300).

Diagnostinį kriterijų *Profesinė elgsena* (19 lentelė, 2 faktoriai) sudarančio faktoriaus *Profesinis aktyvumas* teiginių vertinimo reitingas pateiktas 14 pav. Gauti tyrimo duomenys leidžia konstatuoti, jog slaugytojų profesinė elgsena grindžiama aktyvumu ir aiškiu savo profesinio vaidmens suvokimu. Teiginiams, jog „slaugytojo profesionalumas užtikrina teikiamų paslaugų kokybę, pritarė net 90,4 proc. respondentų, kad „slaugytojo profesionalumas užtikrina santykius su klientais/pacientais“, pritarė 87,2 proc. respondentų. Beveik du trečdaliai respondentų pritarė, jog „įstaigos aplinka, palankus mikroklimatas skatina slaugytoją tobulėti“ (pritarė 75,4 proc. respondentų), „slaugytojo darbinė elgsena grindžiama aktyvumu“ (pritarė

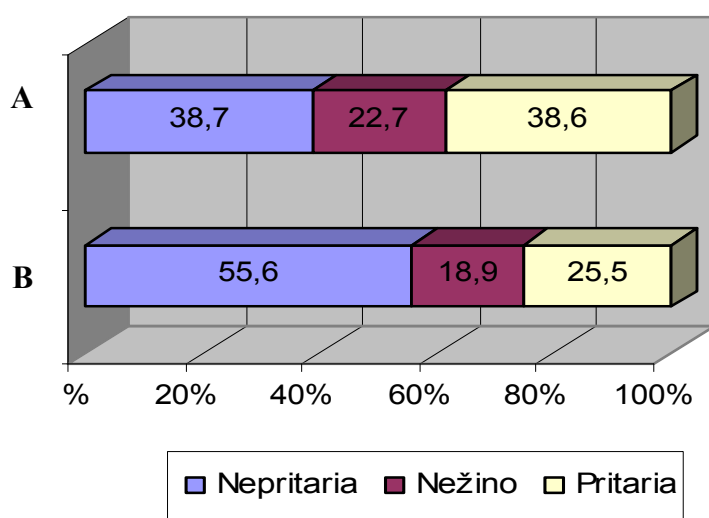
67,7 proc. respondentų), „slaugytojo profesionalumas užtikrina santykius su kolegomis“ (pritarė 66,2 proc. respondentų), „su vadovais“ (pritarė 62,6 proc. respondentų). Tai leidžia daryti prielaidą, jog realiai formuojasi savarankiškas, veiklus specialistas, kurio profesionalumas gali užtikrinti sėkmingą sveikatos priežiūros komandos darbą. Nacionaliniuose sveikatos politikos dokumentuose akcentuojama, jog sveikatos priežiūros paslaugas turi teikti kvalifikuoti, ES standartų reikalavimus atitinkantys specialistai. Tačiau realiai stebima situacija, kai nesudaromos galimybės demonstruoti pagal ES sektorines direktyvas įgytas kompetencijas realioje darbinėje veikloje. Šią aplinkybę reikėtų įvertinti bei siekti slaugytojo profesinės raiškos, nes šie procesai turi įtakos specialistų migracijai į kitas Europos šalis.



**14 pav.** Faktoriaus *Profesinis aktyvumas* vertinimas (N=1300). A – Slaugytojo profesionalumas užtikrina teikiamų paslaugų kokybę; B - Slaugytojo profesionalumas užtikrina santykius su klientais/pacientais; C - Įstaigos aplinka, palankus mikroklimatas skatina slaugytoją tobulėti; D - Slaugytojo darbinė elgsena grindžiama aktyvumu; E – Slaugytojo profesionalumas užtikrina slaugytojų tarpusavio santykius; F - Slaugytojo profesionalumas užtikrina vadovų ir slaugytojų santykius.

Antrąjį diagnostinio kriterijaus *Profesinė elgsena* faktorių *Darbinės veiklos analizė* sudaro du teiginiai, kurių vertinimas pateiktas 15 pav.

Teiginiui, kad „slaugytojo darbinė elgsena grindžiama paklusnumu vadovams“, pritarė tik trečdalis respondentų, likusieji respondentai šį teiginį vertino nepalankiai. Tačiau tik penktadalis respondentų pritarė teiginiui, jog „slaugytojas dalį darbo laiko skiria darbinės veiklos savianalizei, atlieka taikomuosius mokslo tyrimus“. Tai leidžia daryti prielaidą, kad, nors slaugytojai yra linkę profesinėje aplinkoje veikti aktyviai ir profesionaliai, tačiau daugiau nei pusė respondentų nemano, kad būtina analizuoti savo profesinę veiklą.

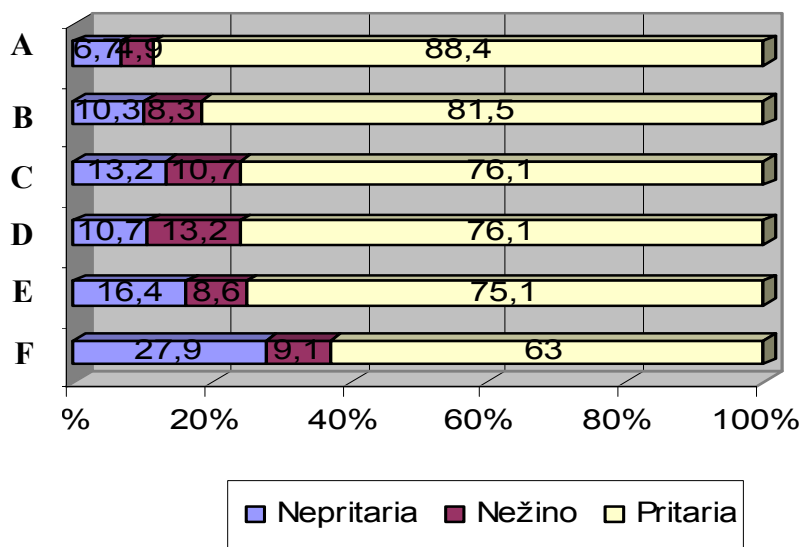


**15 pav.** Faktoriaus *Darbinės veiklos analizė* vertinimas (N=1300). A - Slaugytojo darbinė elgsena grindžiama paklusnumu vadovams; B - Slaugytojas dalį darbo laiko skiria darbinės veiklos savianalizei, atlieka taikomuosius mokslo tyrimus.

Vertinant faktoriaus *Slaugytojų profesionalumas ir teikiamos paslaugos*, kuris įeina į diagnostinį kriterijų *Profesinė veikla* (20 lentelė, 3 faktoriai), teiginius, respondentų nuomonė pasiskirstė pagal reitingą, pateiktą 16 pav.

Reitingo viršuje atsidūrė teiginiai, akcentuojantys slaugytojų profesinių žinių, įgūdžių ryšį su teikiamų paslaugų kokybe (pritarė 88,4 proc. respondentų), įstaigos įvaizdžiu ir vidine kultūra (pritarė 81,5 proc. respondentų), komandinio darbo organizavimu (pritarė 76,1 proc. respondentų), slaugytojų dalyvavimu sprendimų priėmimo (pritarė 76,1 proc. respondentų), saugia darbine aplinka (pritarė 75,1 proc. respondentų). Reitingo

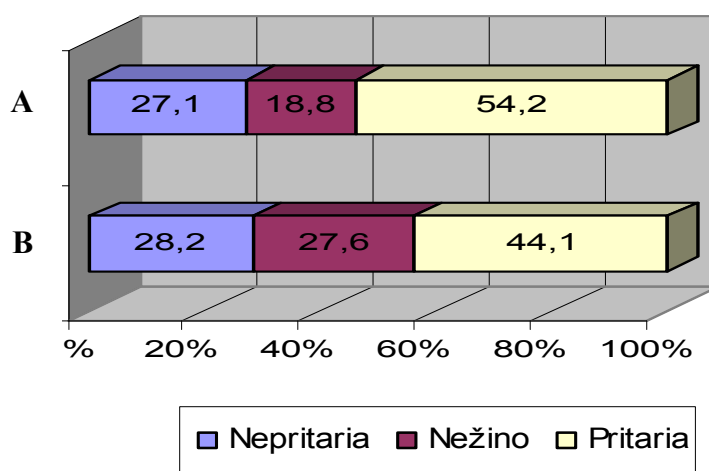
apačioje atsidūrė teiginys, jog „sveikatos priežiūros įstaigose yra sukurta dalinimosi „geraja“ patirtimi sistema tarp kolegų, grįžus iš kvalifikacijos tobulinimo renginių“ (pritarė 63,0 proc. respondentų). Šie tyrimo rezultatai leidžia daryti prielaidą, jog slaugytojai supranta ir pozityviai vertina savo profesionalumo įtaką jų profesinės veiklos gerinimui, sveikatos priežiūros įstaigos veiklai, sėkmingam komandiniam darbui, saugiai darbinei aplinkai.



**16 pav.** Faktoriaus *Slaugytojo profesionalumas ir teikiamos paslaugos vertinimas* (N=1151). A – Teikiamų paslaugų kokybės gerėjimą užtikrina slaugytojo profesinės žinios ir įgūdžiai; B - Slaugytojo profesinės žinios ir įgūdžiai užtikrina įstaigos įvaizdžio ir vidinės kultūros gerinimą; C - Dalyvavimas priimant sprendimus priklauso nuo slaugytojo profesinių žinių ir įgūdžių; D - Slaugytojo profesinės žinios ir įgūdžiai užtikrina komandinio darbo organizavimą; E – Saugi darbinė aplinka priklauso nuo slaugytojo profesinių žinių ir įgūdžių; F – Įstaigoje sukurta dalinimosi geraja patirtimi sistema tarp kolegų, grįžus iš kvalifikacijos tobulinimo renginių.

Tik daugiau nei pusės respondentų pritarimas teiginiui, kad yra sukurta dalinimosi „geraja“ patirtimi sistema tarp kolegų, grįžus iš kvalifikacijos tobulinimo renginių, leidžia daryti prielaidą, kad šiuolaikinėje žinių visuomenėje, kurios išskirtiniai bruožai - nenutrūkstamas naujos informacijos srautas, besikeičiantys visuomenės poreikiai, verčia darbuotoją ne tik patį kaupti informaciją, bet turimomis žiniomis dalintis su kolegomis, siekiant greitų, efektyvių profesinių sprendimų.

Antrąjį diagnostinio kriterijaus *Profesinė veikla* faktorių *Veiklos planavimas ir bendradarbiavimas* sudarančių teiginių vertinimo reitingas pateiktas 17 paveiksle. Šio faktoriaus teiginiai atskleidžia, kad slaugytojų profesionalumas siejamas su sveikatos priežiūros įstaigos veiklos planavimu, nepageidaujamų įvykių prevencija (pritarė 54,2 proc. respondentų), o taip pat tai užtikrina bendradarbiavimą, kuris grindžiamas formalia hierarchija. Šių teiginių vertinimas leidžia daryti prielaidą, kad kas antras slaugytojas yra linkęs įstaigos veiklos planavimą deleguoti kitiems komandos nariams, kurie ir būtų atsakingi už veiklos rezultatus bei nepageidaujamų įvykių prevenciją. Stebimas atsakomybės delegavimo momentas, nors teiginiui, kad „slaugytojo profesinės žinios ir įgūdžiai lemia bendradarbiavimą, kuris grindžiamas formalia hierarchija“, pritarė tik 44 proc. respondentų.

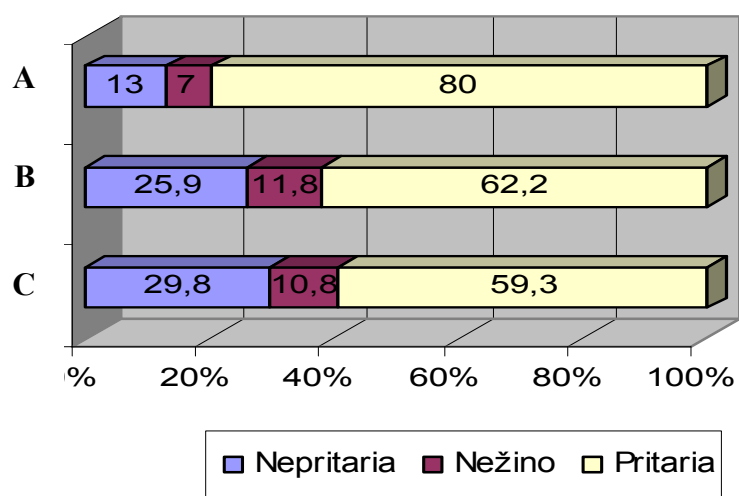


**17 pav.** Faktoriaus *Veiklos planavimas ir bendradarbiavimas* vertinimas (N=1151). A – Įstaigos veiklos planavimas ir nepageidaujamų įvykių prevencija priklauso nuo slaugytojo profesinių žinių ir įgūdžių; B – Slaugytojo profesinės žinios ir įgūdžiai lemia bendradarbiavimą, grindžiamą formalia hierarchija.

Tikintis pozityvių pokyčių profesinėje veikloje, būtina, kad slaugytojai priimtų formalios hierarchijos būtinybę, kaip vieną iš sėkmingos vadybos elementų, kuomet funkcijų pasidalinimas, aiškios veiklos ir atsakomybės ribos leidžia įstaigai sėkmingai veikti nuolat besikeičiančioje aplinkoje. Kiekvienas dirbantis privalo suprasti, jog jis yra sudėtinė sudėtingos sveikatos sistemos dalis, kurios sėkmingą veiklą lemia visų bendras, koordinuojantis darbas.

17 paveiksle pateikti duomenys leidžia teigti, jog tik kas antras slaugytojas jaučiasi vieningos sveikatos priežiūros komandos nariu, kuri siekia įstaigos strateginių tikslų užtikrinimo – paslaugų priimtino, prieinamo, tinkamo.

Trečiasis faktorius *Kvalifikacijos tobulinimas ir karjeros galimybės* sujungia teiginius, pabrėžiančius slaugytojų profesinį tobulėjimą bei profesinio statuso, karjeros galimybes. 18 paveiksle pateiktas respondentų vertinimo reitingas.



**18 pav.** Faktoriaus *Kvalifikacijos tobulinimas ir karjeros galimybės* vertinimas (N=1151). A - Profesinės kvalifikacijos tobulinimas stiprina profesinį statusą darbinėje aplinkoje; B - Slaugytojo profesinės kvalifikacijos tobulinimo procesas nepriklauso nuo licencijos galiojimo laiko; C - Profesinės kvalifikacijos tobulinimas užtikrina finansinę gerovę bei karjeros galimybes.

Reitingo viršuje yra teiginys – „profesinės kvalifikacijos tobulinimas stiprina profesinį statusą darbinėje aplinkoje“, kuriam pritarė 80 proc. respondentų. Toks stiprus pritarimas demonstruoja individualų kiekvieno slaugytojo supratimą, kad nuolatinis profesinis tobulėjimas yra jų profesionalumo garantas. Reitingo apačioje esantys teiginiai, kad „slaugytojo profesinės kvalifikacijos tobulinimo procesas nepriklauso nuo licencijos galiojimo laiko“ (pritarė 62,2 proc. respondentų) ir „profesinės kvalifikacijos tobulinimas užtikrina finansinę gerovę bei karjeros galimybes“ (pritarė

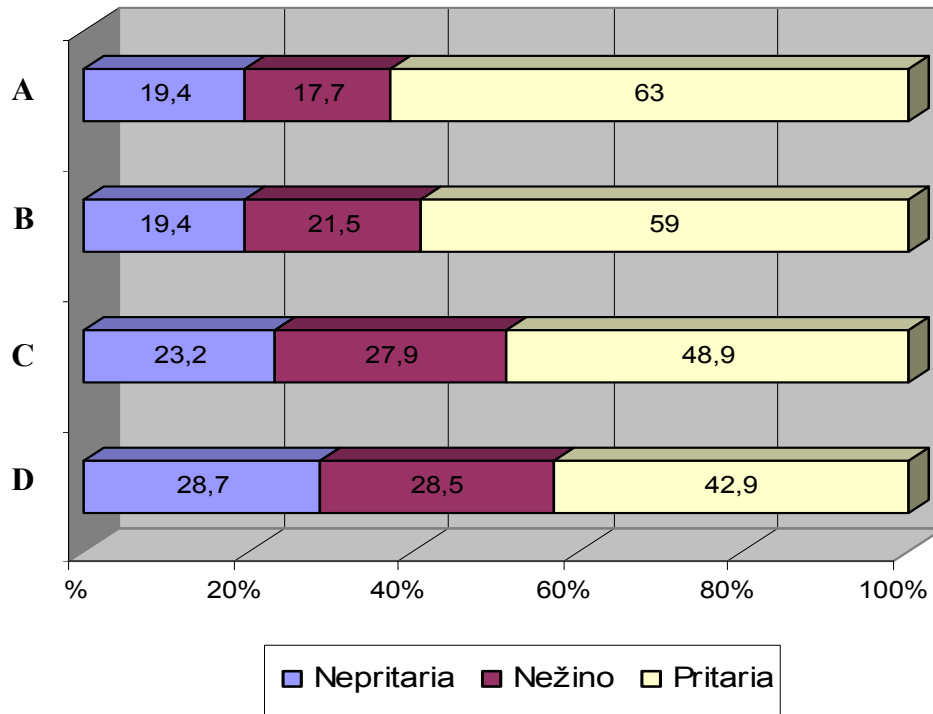
59,3 proc. respondentų), leidžia daryti prielaidą, kad nuosaikesnis teiginių vertinimas yra susijęs su išorinių veiksnių poveikiu, kurie lemia tiek slaugytojų profesinės kvalifikacijos tobulinimo procesą, tiek jų profesinės karjeros galimybes.

I diagnostinį kriterijų *Profesinių vertybių sistema* (21 lentelė, 2 faktoriai) įeinančio faktoriaus *Profesinės vertybės ir įstaigos veikla* teiginių vertinimo reitingas pateiktas 19 paveiksle. Du trečdaliai respondentų pritarė teiginiams, kad „medicinos profesionalai vertina slaugytojo profesiją, siekiant pacientams/klientams teikiamų paslaugų kokybės“ (pritarė 63 proc. respondentų) ir „sveikatos priežiūros paslaugų saugumas, kokybė ir prieinamumas priklauso nuo slaugytojo vertybių sistemos“ (pritarė 59 proc. respondentų). Reitingo apačioje yra teiginiai, kuriems pritarimą išreiškė mažiau nei pusė respondentų – tai, kad „slaugytojo vertybių sistema užtikrina įstaigos kultūrą ir darbuotojai susitapatina su institucija“ (pritarė 48,9 proc. respondentų) ir „nuo slaugytojų vertybių sistemos priklauso įstaigos strategijos įgyvendinimas“ (pritarė 42,9 proc. respondentų). Toks teiginių vertinimas leidžia daryti prielaidą apie išryškėjusią nuostatą, kad slaugytojai yra linkę daugiau pasitikėti savimi ir su jų profesionalumu bei teikiamomis paslaugomis susijusias profesines veiklas. Kuomet yra vertinami teiginiai, kuriuose slaugytojo profesionalumą, vertybių sistemą bandoma susieti su institucijos veikla, strateginių tikslų įgyvendinimu, stebimas atsargesnis, nuosaikesnis vertinimas. Sveikatos priežiūros įstaigų vadovai, sveikatos politikai turi įvertinti šią aplinkybę, siekdami efektyvaus sveikatos reformos tikslų įgyvendinimo. Darbuotojų lojalumas institucijai, jos tikslų suvokimas ir siekis juos įgyvendinti, ypač vykdomos reformos sąlygomis, kuomet bendraminčių gretos turi būti kuo didesnės, tampa svarbiu sėkmės rodikliu.

Faktoriaus *Profesinės vertybės ir bendradarbiavimas* teiginių vertinimo reitingas pateiktas 20 paveiksle. Išryškėjęs respondentų pritarimas teiginiui, kad „pasitikėjimu grįstą bendradarbiavimą su klientu/pacientu užtikrina slaugytojo vertybių sistema“ (pritarė 80 proc. respondentų), leidžia daryti prielaidą, jog slaugytojai tinkamai suvokia savo profesijos paskirtį, subtilumą,



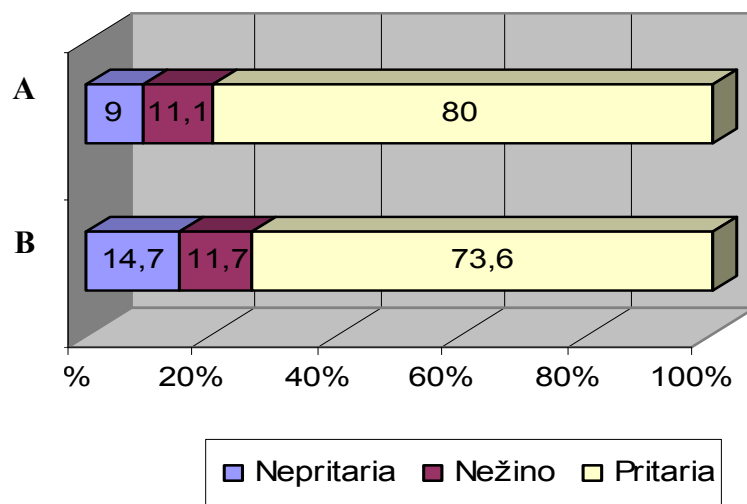
kur be profesionalumo yra būtinas bendradarbiavimo su klientu/pacientu elementas, siekiant aktyvaus paslaugos gavėjo dalyvavimo sveikatinimo/slaugymo procese.



**19 pav.** Faktoriaus *Profesinės vertybės ir įstaigos veikla* vertinimas (N=1300).

A - Medicinos profesionalai vertina slaugytojo profesiją, siekiant pacientams/klientams teikiamų paslaugų kokybės; B - Sveikatos priežiūros paslaugų saugumas, kokybė ir prieinamumas priklauso nuo slaugytojo vertybių sistemos; C - Slaugytojo vertybių sistema užtikrina įstaigos kultūrą ir darbuotojai susitapatina su institucija; D - Nuo slaugytojų vertybių sistemos priklauso įstaigos strategijos įgyvendinimas.

Tačiau aplinkybė, kuomet net du trečdaliai respondentų pritaria teiginiui, jog „slaugytojo profesija medicinos profesionalų požiūriu yra nepelnytai sumenkinta, priskiriant tik pagalbines, asistuojančias funkcijas“, atskleidžia nepakankamą sveikatos priežiūros komandos narių bendradarbiavimą, veiklos bei funkcijų pasidalinimą (20 pav.).



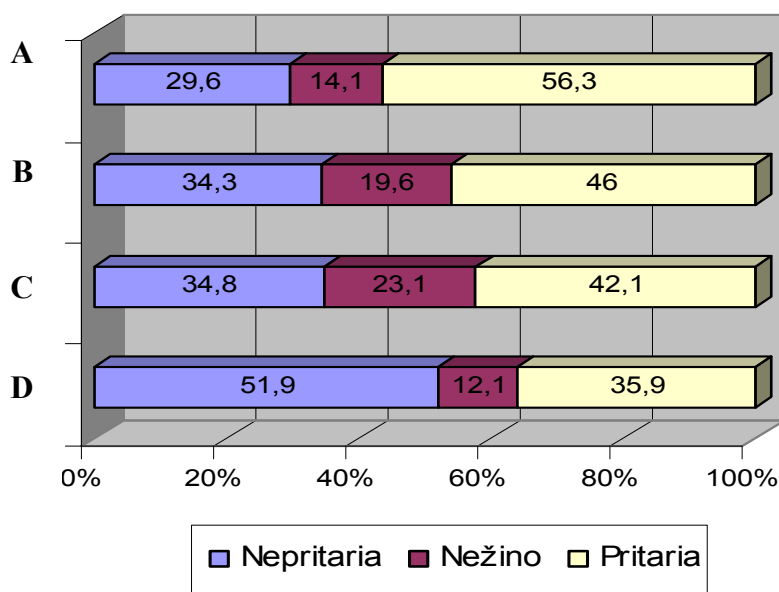
**20 pav.** Faktoriaus *Profesinės vertybės ir bendradarbiavimas* vertinimas (N=1300). A - Pasitikėjimu grįstą bendradarbiavimą su klientu/pacientu užtikrina slaugytojo vertybių sistema; B - Slaugytojo profesiją medicinos profesionalai nepelnytai sumenkina, priskiria tik pagalbines, asistuojančias funkcijas.

Toliau bus aptariami diagnostiniai kriterijai, kurių vertinime ryškėja negatyvūs nagrinėjamos problemos požymiai.

### **Probleminiai slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos užtikrinimo aspektai**

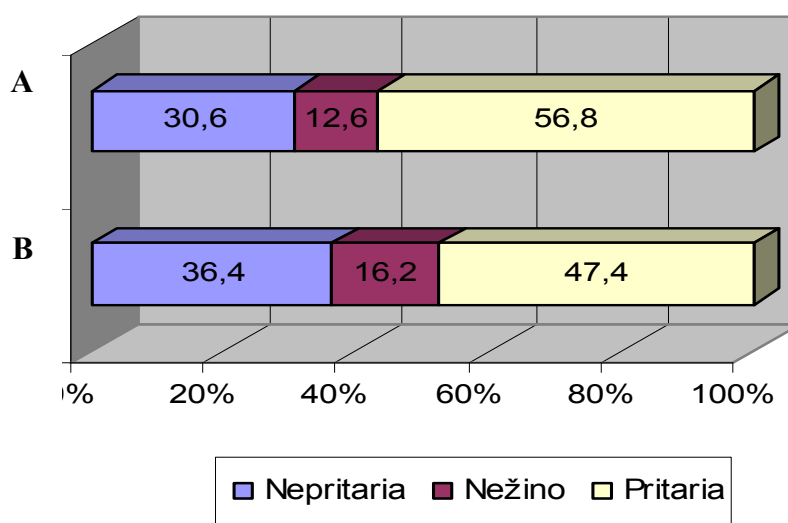
Diagnostinį kriterijų *Profesinė saviraiška ir saviugda* (14 lentelė, 2 faktoriai) sudarančio faktoriaus *Inovatyvus kvalifikacijos tobulinimas* teiginių vertinimo reitingas pateiktas 21 paveiksle. Šiek tiek daugiau kaip pusė respondentų pritarė nuostatai, jog „dalį kvalifikacijos tobulinimo laiko skiria bendrųjų gebėjimų ugdymui“. Tačiau teiginio, kad „perspektyvi slaugytojo profesinės kvalifikacijos tobulinimo forma: IT pagalba nuotoliniu būdu darbo vietoje“, vertinimas dar nuosaikesnis (pritarė 46 proc. respondentų). Šis duomenys leidžia daryti prielaidą apie ryškėjantį nepalankų respondentų požiūrį į inovatyvius kvalifikacijos tobulinimo metodus, kurie galėtų palengvinti bei daryti nuoseklesnę profesinės kvalifikacijos tobulinimo procesą. Profesinės saviraiškos ir saviugdos požiūriu aktualus reitingo apačioje esančio

teiginio, jog „slaugytojas motyvuotas tobulinti kvalifikaciją nuotoliniu būdu darbo vietoje, nes tai yra savirealizacijos išraiška, sąlygojanti profesionalumą“, vertinimas, kuriam pritarė tik 42,1 proc. respondentų. Tačiau nepalankiausiai įvertintas teiginys (nepritarė net 51,9 proc. respondentų ir 12,1 proc. nežino), kad „kvalifikacijos tobulinimui IT pagalba darbo vietoje yra personaliniai kompiuteriai, kuriais slaugytojas gali naudotis jam patogiu laiku“. Tai leidžia daryti prielaidą, kodėl ankstesnių teiginių vertinimas buvo toks nuosaikus ir kodėl iš dalies respondentai yra linkę nepritarti inovatyviems profesinės kvalifikacijos metodams. Sveikatos priežiūros įstaigų vadovai turėtų atsižvelgti į šią aplinkybę, nes kvalifikacijos tobulinimas darbo vietoje ne tik nesutrikdo įprasto darbo ritmo dėl dalies darbuotojų trūkumo, bet ir užtikrina nuolatinį profesinių žinių papildymą, aktualios informacijos paiešką bei darbinės veiklos analizę.



**21 pav.** Faktoriaus *Inovatyvus kvalifikacijos tobulinimas* vertinimas (N=1151). A - Dalį kvalifikacijos tobulinimo laiko slaugytojas skiria bendriesiems gebėjimams ugdyti; B - Perspektyvi slaugytojo profesinės kvalifikacijos tobulinimo forma: naudojantis IT nuotoliniu būdu darbo vietoje; C - Slaugytojas motyvuotas tobulinti kvalifikaciją nuotoliniu būdu darbo vietoje, nes tai yra savirealizacijos išraiška, sąlygojanti profesionalumą; D - Kvalifikacijos tobulinimas taikant IT darbo vietoje: yra asmeninis kompiuteris, kuriuo slaugytojas gali naudotis jam patogiu laiku.

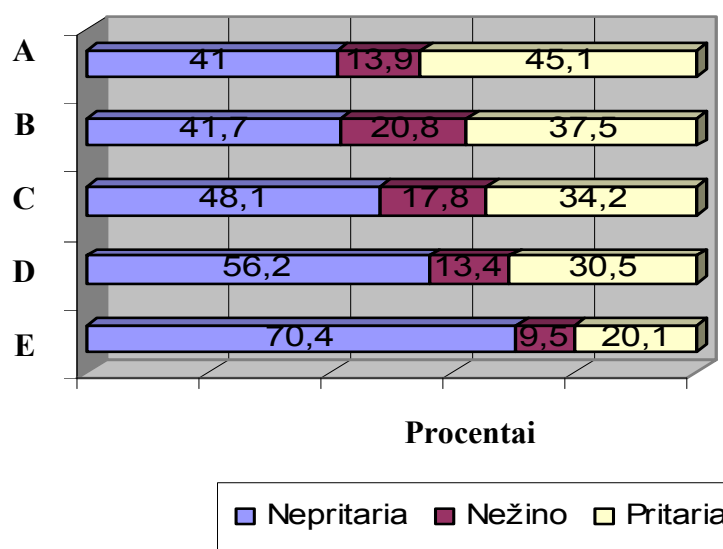
Antrojo diagnostinio kriterijaus *Profesinė saviraiška ir saviugda* faktoriaus *Kvalifikacijos tobulinimo trikdžiai* teiginių vertinimo reitingas pateiktas 22 paveiksle. Respondentai labiausiai pritarė teiginiams, jog „kvalifikacijos tobulinimas nuotoliniu būdu darbo vietoje yra per daug sudėtingas procesas, nes nėra šiai veiklai specialiai skirtas kompiuteris“ (pritarė 56,8 proc. respondentų), nes „nėra šiai veiklai specialiai skirtas laikas“ (pritarė 47,4 proc. respondentų). Šie duomenys leidžia daryti prielaidą, kad Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų aprūpinimas personaliniais kompiuteriais, kurie daugelyje viešojo administravimo įstaigų yra būtinybė, yra nepakankamas, o darbo krūvio planavime nėra realiai numatyta galimybė nors šiek tiek laiko skirti aktualios informacijos paieškai įvairiose duomenų bazėse. Kaip vertinti šio faktoriaus teiginius? Į šį klausimą turėtų atsakyti sveikatos politikai, įstaigų vadovai, galvodami apie išsamų reformos dalyvių informavimą bei sėkmingą sveikatos reformos tikslų bei uždavinių įgyvendinimą.



**22 pav.** Faktoriaus *Kvalifikacijos tobulinimo trikdžiai* vertinimas (N=1151). Kvalifikacijos tobulinimas nuotoliniu būdu darbo vietoje yra per daug sudėtingas procesas, nes: A - nėra šiai veiklai specialiai skirtas kompiuteris; B - nėra šiai veiklai specialiai skirtas laikas.

Diagnostinio kriterijaus *Profesiniai lūkesčiai* (16 lentelė, 2 faktoriai) faktoriaus *Profesinės veiklos organizavimas* teiginių vertinimo reitingas pateiktas 23 paveiksle. Gauti tyrimo duomenys leidžia konstatuoti, kad ryškėja

tendencija, jog slaugytojų profesiniai lūkesčiai, ypač tie, kurie susiję su efektyviu profesinės veiklos organizavimu, respondentų vertinami gana nepalankiai. Tik mažiau nei pusė (45,1 proc.) respondentų pritarė teiginiui, jog „slaugytojo darbinėje veikloje nustatytos aiškios veiklos bei atsakomybės ribos“, tik trečdalis respondentų pritarė teiginiam, kad „slaugytojo profesinė veikla atitinka darbinės karjeros lūkesčius, turėtus studijų laikotarpiu“ (pritarė 37,5 proc.), kad „slaugytojo darbinė veikla organizuojama ir planuojama“ (pritarė 34,2 proc.), kad „slaugytojo profesinėje veikloje darbo krūvis reglamentuojamas aiškiais kriterijais“ (pritarė 30,5 proc.).



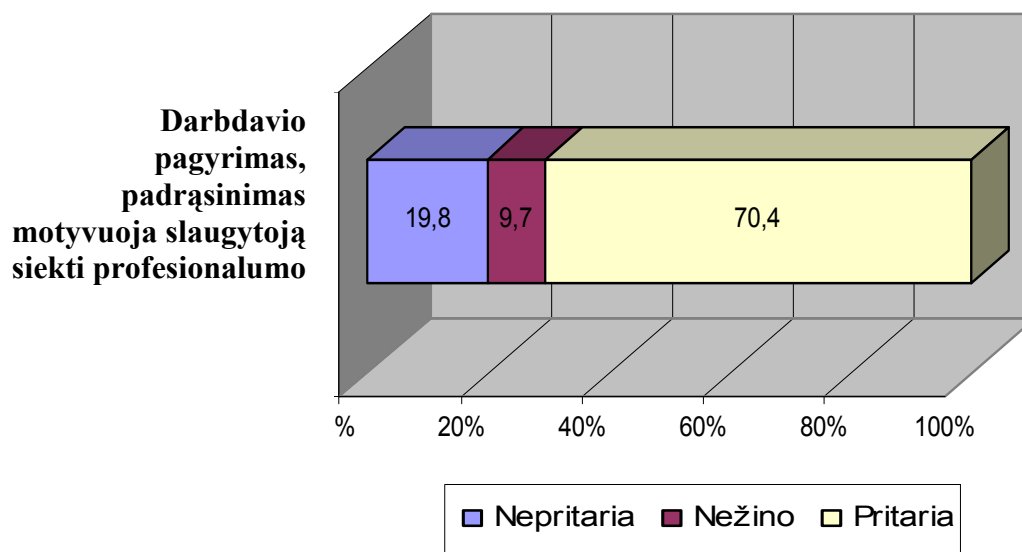
**23 pav.** Faktoriaus *Profesinės veiklos organizavimas* vertinimas (N=1300).

A - Slaugytojo darbinėje veikloje nustatytos aiškios veiklos bei atsakomybės ribos; B - Slaugytojo profesinė veikla atitinka darbinės karjeros lūkesčius, turėtus studijų laikotarpiu; C - Slaugytojo darbinė veikla puikiai organizuojama ir planuojama; D - slaugytojo profesinėje veikloje darbo krūvis: D - reglamentuojamas aiškiais kriterijais; E - tiesiogiai susijęs su atlygiu už darbą.

Reitingo apačioje esančiam teiginiui, jog „slaugytojo profesinėje veikloje darbo krūvis tiesiogiai susijęs su atlygiu už darbą“, pritarimą išreiškė tik penktadalis (20,1 proc.) respondentų (23 pav.). Tyrimo duomenys leidžia daryti prielaidą, kad, organizuojant slaugytojų praktinę veiklą, susiklostė kritinė situacija, kuri gali neigiamai atsiliepti specialistų motyvacijai, profesinėms nuostatoms, profesinei elgsenai, o tuo pačiu ir efektyviam

praktinės veiklos užtikrinimui. Ankstesniame tyrimo aptarimo etape buvo kalbama, kad slaugytojai puikiai supranta savo profesinį vaidmenį, jo įgyvendinimo aspektus, tačiau nepalankus profesinės veiklos organizavimo vertinimas blogina specialisto socializacijos procesą, ko padarinyje jie gali palikti šį sektorių, o jauni žmonės darbo šiame sektoriuje nepasirinkti dėl blogėjančio profesijos įvaizdžio bei kitų objektyvių priežasčių.

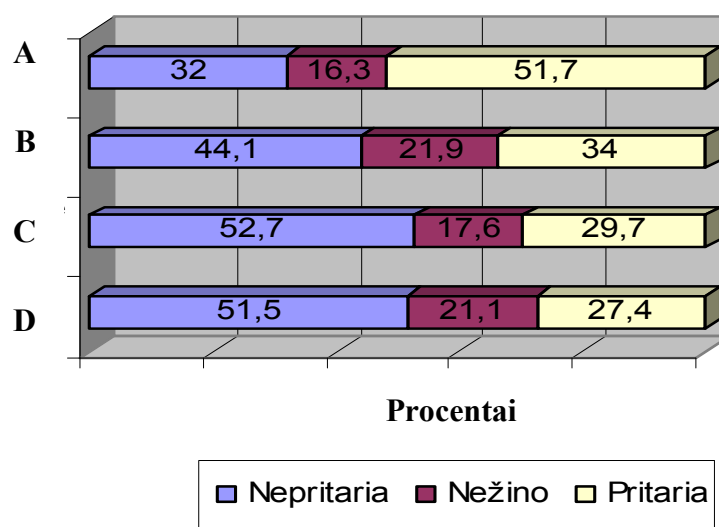
Dar vieną šio diagnostinio kriterijaus *Profesiniai lūkesčiai* faktorių *Darbinis mikroklimatas* sudaro vienas teiginys, kuris patvirtina prieš tai nagrinėto faktoriaus rezultatus. Vertinimo reitingas pateiktas 24 paveiksle. Tikintis sėkmingos, profesionalios slaugytojų veiklos yra būtinas ne tik racionalus veiklos planavimas, organizavimas, bet ypač darbinis mikroklimatas, kuris motyvuoja slaugytoją siekti profesionalumo. Tai pirmiausia turi sklisti iš darbdavio pusės, ir tam pritaria net du trečdaliai (70,4 proc.) respondentų.



**24 pav.** Faktoriaus *Darbinis mikroklimatas* vertinimas (N=1300).

Faktoriaus *Kvalifikacijos tobulinimo vietos*, įeinančio į diagnostinį kriterijų *Profesinis tobulėjimas* (17 lentelė, 3 faktoriai), teiginių vertinimo reitingas pateiktas 25 paveiksle. Gauti tyrimo duomenys leidžia daryti prielaidą apie ryškėjančias neigiamas profesinės kvalifikacijos tobulinimo užtikrinimo tendencijas, susijusias su profesinių draugijų, aukštųjų mokyklų įtraukimu į šį

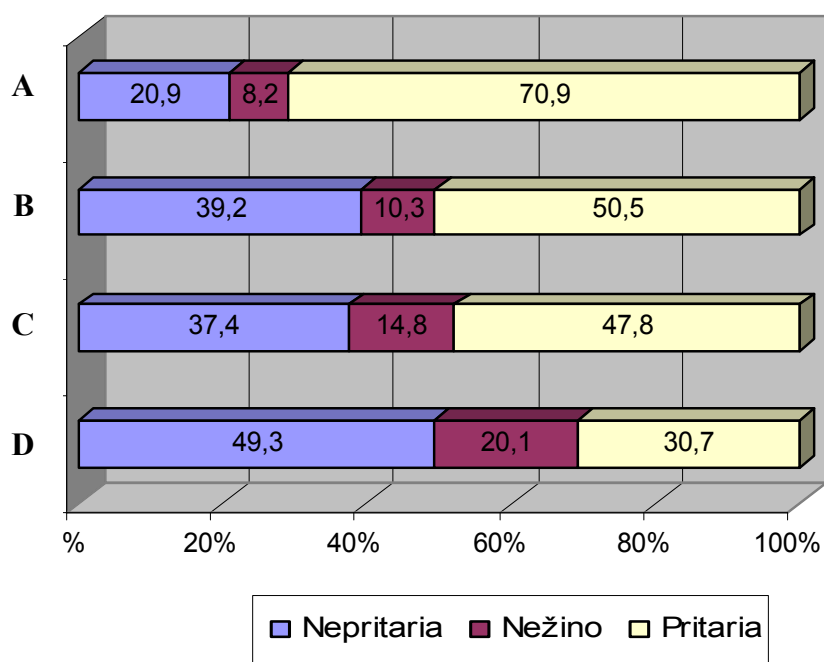
procesą. Teiginiams, kad „pagrindinė slaugytojo profesinės kvalifikacijos tobulinimo vieta - tai profesinių draugijų organizuotos konferencijos“ (pritarė 51,7 proc. respondentų), „Lietuvos kolegijų podiplominių studijų skyriai“ (pritarė 34,0 proc. respondentų), „Lietuvos universitetų podiplominių studijų skyriai“ (pritarė 27,4 proc. respondentų). Aukštosios mokyklos, kurios pradėjo slaugos praktikos reformą ir plėtoja slaugos mokslą Lietuvoje, labai nežymiai dalyvauja dirbančių profesionalų kvalifikacijos tobulinimo procese. Taip pat šią aplinkybę patvirtina tik trečdalis respondentų pritarimas teiginiui, kad „paplitusios kvalifikacijos tobulinimo formos: dalyvavimas moksliniuose tyrimuose, straipsnių rengimas, publikavimas, pristatymas konferencijose“. Aukštosios mokyklos turėtų aktyviau dalyvauti, diegiant slaugos mokslo bei praktikos pasiekimus, formuoti slaugytojų – tyrėjų vaidmenį, kurie gebėtų analizuoti savo profesinę veiklą, dalintis patirtimi su kolegomis.



**25 pav.** Faktoriaus *Kvalifikacijos tobulinimo vietos* vertinimas (N=1151). Pagrindinė slaugytojo profesinės kvalifikacijos tobulinimo vieta – tai: A - profesinių draugijų organizuotos konferencijos; B - Lietuvos kolegijų podiplominių studijų skyriai; D - Lietuvos universitetų podiplominių studijų skyriai; C - Kvalifikacijos tobulinimo formos: dalyvavimas moksliniuose tyrimuose, straipsnių rengimas, publikavimas, pristatymas konferencijose;

Antrąjį faktorių *Inovatyvios kvalifikacijos tobulinimo formos* sudaro keturi teiginiai, kurių vertinimo reitingas pateiktas 26 paveiksle. Beveik du

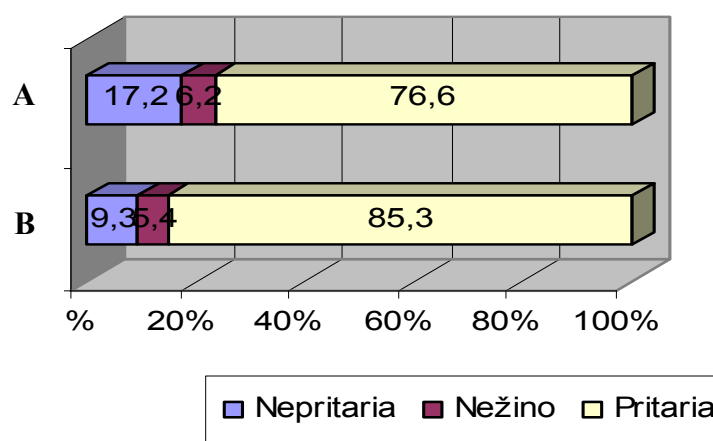
trečdaliai (70,9 proc.) respondentų pritarė, jog „inovatyvi kvalifikacijos tobulinimo forma: konferencijos, paskaitos įstaigoje“. Aplinkybė, kuomet pati sveikatos priežiūros įstaiga imasi iniciatyvos organizuoti kvalifikacijos tobulinimo renginius darbo vietoje, respondentų vertinama palankiai ir net įvardijama kaip inovatyvi. Tačiau tikrosios inovatyvios kvalifikacijos tobulinimo formos yra vertinamos nuosaikiau: tik pusė (50,5 proc.) respondentų pritarė „kvalifikacijos tobulinimo forma: nuotoliniu būdu per specializuotus žurnalus“, mažiau nei pusė (47,8 proc.) pritarė nuolatiniam savarankiškam kvalifikacijos tobulinimui ir tik trečdaliui (30,7 proc.) respondentų priimtinas kvalifikacijos tobulinimas taikant IT nuotoliniu būdu. Šiuo metu Europoje sėkmingai įgyvendinamos „Mokymosi visą gyvenimą“ memorandumo nuostatos ir viena iš pagrindinių priemonių, padedančių tai pasiekti, - tai įvairios nuotolinės studijos, kurios leidžia, nepasitraukiant iš darbo vietos, neatitrūkstam nuo šeimos, susipažinti, padiskutuoti aktualiomis profesinėmis temomis.



**26 pav.** Faktoriaus *Inovatyvios kvalifikacijos tobulinimo formos* vertinimas (N=1151). Kvalifikacijos tobulinimo formos: A - konferencijos, paskaitos įstaigoje; B - nuotoliniu būdu per specializuotus žurnalus; C - nuolatinis savarankiškas kvalifikacijos tobulinimas; D - nuotolinės studijos pasitelkus IT.



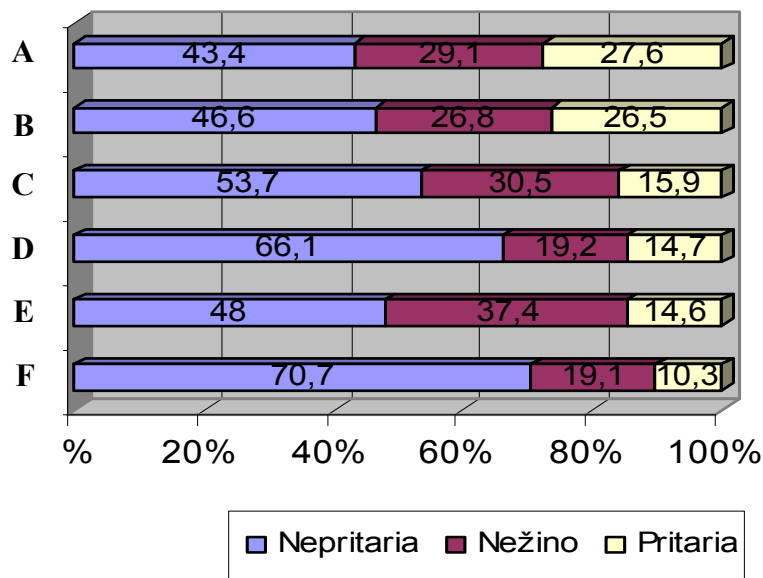
Trečiojo faktoriaus *Tradicinis kvalifikacijos tobulinimas* teiginių vertinimo reitingas pateiktas 27 paveiksle. Daugiau nei du trečdaliai respondentų pritarė abiem šio faktoriaus teiginiams ir tai galima įvardyti kaip neigiamą tendenciją, jog „pagrindinės kvalifikacijos tobulinimo formos: stažuotės, seminarai, kursai“ ir „pagrindinė slaugytojo profesinės kvalifikacijos tobulinimo vieta - tai slaugos specialistų tobulinimo centras“. Konkurencijos nebuvimas profesinės kvalifikacijos tobulinimo paslaugų rinkoje, tradicinių formų taikymas veda į teikiamos paslaugos kokybės mažėjimą, kaštų didėjimą, kuomet nemaža dalis darbuotojų išvyksta į stažuotes, kursus, palikdami ilgesniam ar trumpesniam laikui savo darbo vietą. Ši situacija turėtų keistis iš esmės, jei siekiama sėkmingos slaugytojų praktinės veiklos, o tuo pačiu sveikatos priežiūros priimtino, prieinamo ir tinkamo užtikrinimo.



**27 pav.** Faktoriaus *Tradicinis kvalifikacijos tobulinimas* vertinimas (N=1151).  
 A - Pagrindinė slaugytojo profesinės kvalifikacijos tobulinimo vieta – tai slaugos specialistų tobulinimo centras; B - Kvalifikacijos tobulinimo formos: stažuotės, seminarai, kursai.

Diagnostinio kriterijaus *Įstaigos strategija* (22 lentelė, 3 faktoriai) faktorių *Sveikatos priežiūros įstaigos materialieji išteklių* sudaro šeši teiginiai, kurių vertinimo reitingas pateiktas 28 paveiksle. Šio faktoriaus vertinimas išryškina ypatingai nepalankias tendencijas, susijusias su sveikatos priežiūros įstaigos statusu, materialiniu aprūpinimu bei sveikatos reformos eigos vertinimu. Tik trečdalis (27,6 proc.) respondentų pritarė teiginiui, jog

„slaugytojas įstaigoje vykstančius pokyčius reformos laikotarpiu priima drąsiai“. Nepalankų šio teiginio vertinimą iliustruoja sekančių teiginių vertinimas, kad „slaugytojo teikiamos paslaugos įkainotos, už jas atsiskaito ligonių kasos“ (pritarė 26,5 proc. respondentų), kad „įstaigoje teikiamų paslaugų kainos subalansuotos ir dengia realias darbo sąnaudas“ (pritarė 15,9 proc. respondentų), kad „pakankamas sveikatos priežiūros įstaigų materialinis techninis aprūpinimas“ (pritarė 14,7 proc. respondentų), kad „viešosios įstaigos statusas sąlygoja racionalų finansinių išteklių panaudojimą“ (pritarė 14,6 proc. respondentų), kad „sveikatos priežiūros įstaigos finansavimo šaltiniai yra pakankami“ (pritarė 10,3 proc. respondentų).

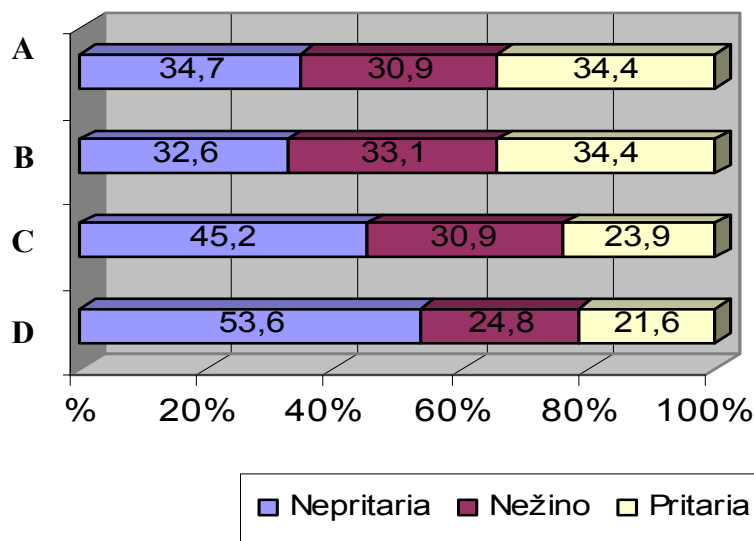


**28 pav.** Faktoriaus *Sveikatos priežiūros įstaigos materialieji ištekliai* vertinimas (N=1300). A - Slaugytojas įstaigoje vykstančius pokyčius reformos laikotarpiu priima drąsiai; B - Slaugytojo teikiamos paslaugos įkainotos, už jas atsiskaito ligonių kasos; C - Įstaigoje teikiamų paslaugų kainos subalansuotos ir dengia realias darbo sąnaudas; D - Pakankamas sveikatos priežiūros įstaigų materialinis techninis aprūpinimas; E - Viešosios įstaigos statusas laiduoja racionalų finansinių išteklių panaudojimą; F - Sveikatos priežiūros įstaigos finansavimo šaltiniai yra pakankami.

Apibendrinus šio faktoriaus teiginių vertinimą, galima pastebėti ryškėjusią tendenciją - sveikatos politikos teorija skiriasi nuo jos įgyvendinimo

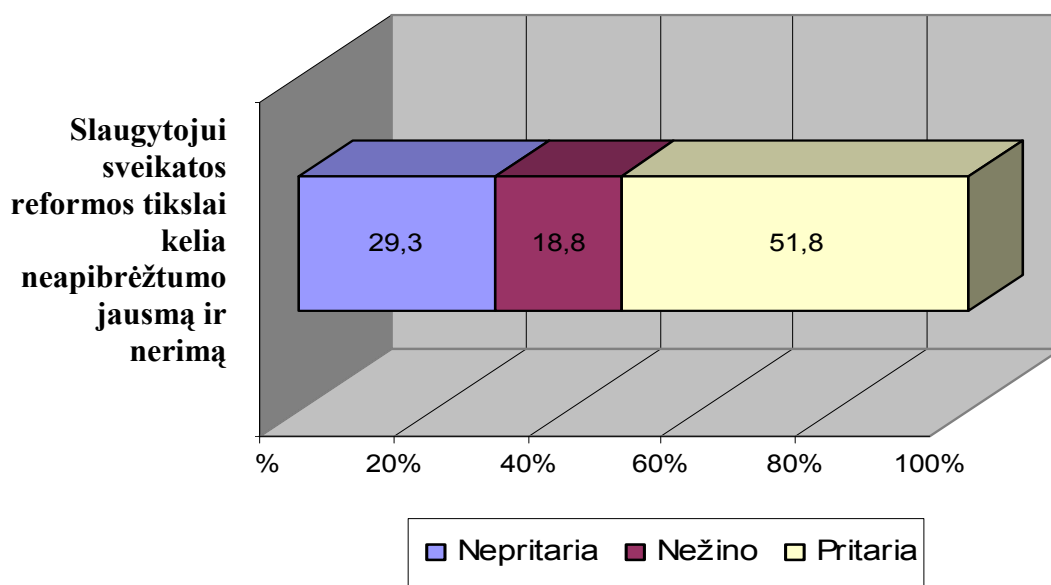
praktikos, ir tai yra nerimą keliantis požymis, darantis poveikį slaugytojų profesinei socializacijai ir jų praktinei veiklai.

Antrą diagnostinio kriterijaus *Ištaigos strategija* faktorių *Profesinis statusas reformos laikotarpiu* sudaro keturi teiginiai, ir jų reitingas pateiktas 29 paveiksle. Tyrimo duomenys leidžia pastebėti tendenciją apie sveikatos reformos laikotarpiu deklaruojamą slaugos specialisto savarankiškumą, prasiplėtusias veiklos bei atsakomybės ribas. Tik trečdalis (po 34,4 proc.) respondentų pritaria teiginiams, jog „slaugytojų skaičius optimalus ir užtikrina efektyvų sveikatos priežiūros įstaigos funkcionavimą“ ir kad „sveikatos reformos laikotarpiu slaugytojo profesinis savarankiškumas ir atsakomybės ribos darbinėje komandoje augo, plėtėsi“. Dar mažesnis pritariančiųjų procentas (23,9 proc. ir 21,6 proc.) teiginiams, kad „sveikatos reformos tikslai teigiamai veikia slaugytojo darbinę veiklą, profesinį statusą“ ir „slaugytojui yra aiškūs, suprantami sveikatos reformos tikslai“. Vėl juntamas ryškus atotrūkis tarp teorijos ir praktikos.



**29 pav.** Faktoriaus *Profesinis statusas reformos laikotarpiu* vertinimas (N=1300). A - Optimalus slaugytojų skaičius, užtikrinantis sveikatos priežiūros įstaigos funkcionavimą; B - Sveikatos reformos laikotarpiu slaugytojo profesinis savarankiškumas ir atsakomybės ribos darbinėje komandoje augo, plėtėsi; C - Sveikatos reformos tikslai teigiamai veikia slaugytojo darbinę veiklą bei profesinį statusą; D - Slaugytojui sveikatos reformos tikslai yra aiškūs ir suprantami.

Trečiąjį faktorių *Slaugytojų emocinė būseną reformos laikotarpiu* sudaro vienas teiginys, kurio vertinimas pateiktas 30 paveiksle. Gauti tyrimo duomenys leidžia išryškinti labai svarbią aplinkybę, kuomet net pusė respondentų (51,8 proc.) pritarė teiginiui, jog „slaugytojui sveikatos reformos tikslai kelia neapibrėžtumą ir nerimą“. Šis vertinimas yra logiška ankstesnių dviejų faktorių vertinimo išdava. Negatyvus sveikatos reformos, įstaigos strategijos vertinimas siejasi su emocine specialisto būseną. Tinkamai neįvertinus šios aplinkybės, galima tikėtis, kad asmenų, realiai įgyvendinančių sveikatos reformą, skaičius ateityje dar sumažės, mažės lojalumas pačiai sveikatos priežiūros įstaigai, kurios tikslus bei uždavinius privalu užtikrinti. Šios aplinkybės neigiamai paveiks slaugytojų profesinės socializacijos procesą per nuostatų, vertybių praradimą, praktinės veiklos efektyvumo mažėjimą.



**30 pav.** Faktoriaus *Slaugytojų emocinė būseną reformos laikotarpiu* vertinimas (N=1300).

#### 5.4. SLAUGYTOJŲ POŽIŪRIO Į PROFESINĖS SOCIALIZACIJOS PROCESĄ VERTINIMAS PRIKLAUSOMAI NUO SOCIODEMOGRAFINIŲ RODIKLIŲ

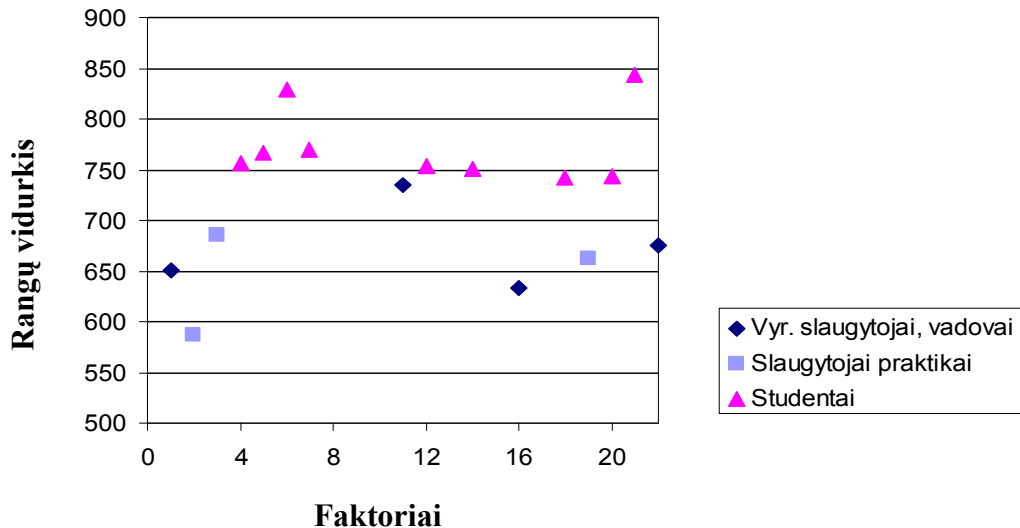
Tyrimė siekiama surasti tuos socialinius demografinius (*lytis, statusas, amžius, išsilavinimas, geografinė darbo vieta*) kintamuosius, kurie gali paaiškinti slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos sąlygų užtikrinimo aspektus. Demografinių socialinių veiksnių įtaka buvo tikrinama neparametriniais *Kruskal-Wallis* ir  $\chi^2$  testais, pasirinkus ( $p < 0,05$ ) reikšmingumo slenkstį.

Šiame poskyryje bus pristatytos hipotezės, aktualios slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos tyrime: 1) respondentų *profesinis statusas* daro įtaką profesinės socializacijos ir praktinės veiklos požymių vertinimui; 2) respondentų *išsilavinimas* daro įtaką profesinės socializacijos ir praktinės veiklos požymių vertinimui; 3) respondentų *geografinė darbo vieta* daro įtaką profesinės socializacijos ir praktinės veiklos požymių vertinimui; 4) respondentų *darbo vieta* (sveikatos sistemos grandis ir sektorius) bei *darbo krūvis* daro įtaką profesinės socializacijos ir praktinės veiklos požymių vertinimui; 5) respondentų *amžius* daro įtaką profesinės socializacijos ir praktinės veiklos požymių vertinimui; 6) respondentų *darbo stažas* daro įtaką profesinės socializacijos ir praktinės veiklos požymių vertinimui.

Viena iš hipotezių - *Respondentų profesinis statusas daro įtaką profesinės socializacijos ir praktinės veiklos vertinimui*. Tyrimo duomenys rodo, kad iškeltoji hipotezė pasitvirtino (25 lentelė). Šis sociodemografinis veiksnys darė įtaką 16 faktorių vertinimui (31 pav).

Paaiškėjo, kad, vertinant diagnostinio kriterijaus *Profesinė saviraiška ir saviugda* faktorių *Inovatyvus kvalifikacijos tobulinimas*, statistiškai reikšmingai išsiskyrė vyr. slaugytojų, vadovų ir slaugytojų praktikų požiūriai. Vyr. slaugytojai, vadovai palankiau vertina inovatyvų kvalifikacijos tobulinimą nei praktikai. Gali būti, kad tai lemia geresnis vyr. slaugytojų, vadovų informuotumas apie galimybes inovatyviu būdu tobulinti profesinę

kvalifikaciją. Taip pat tai gali būti susiję su geresniu vyr. slaugytojų ir vadovų aprūpinimu kompiuteriais bei jų darbo organizavimo principais. Tačiau slaugytojai praktikai pastebi ir labiau įvardija kliūtis profesinės kvalifikacijos tobulinimui inovatyviu būdu nei vyr. slaugytojai, vadovai.



**31 pav.** Profesinio statuso įtaka respondentų požiūriui į slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos užtikrinimą (*Kruskal-Wallis* testas).

*Profesinės veiklos motyvatorių* vertinimas išskyrė slaugytojų praktikų ir studentų nuomones. Slaugytojai praktikai labiau linkę išryškinti higieninių motyvatorių (socialinės garantijos, atlyginimas) svarbą, o studentai akcentuoja tikruosius (asmeninis tobulėjimas, nauda visuomenei) ir visuomeninius (profesijos prestižas, karjera) motyvatorius. Labai svarbu, kad studentai, pereidami iš mokymosi į darbinę aplinką, neprarastų šių tikrųjų profesinių motyvatorių, kurie yra esminiai slaugytojo darbe.

**25 lentelė.** Profesinio statuso įtaka respondentų požiūriui į slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos užtikrinimą (tikrinta neparametriniu *Kruskal-Wallis* ir  $\chi^2$  testu).

Faktoriai	Profesinis statusas	Rangų vidurkis M1/M2	Statistinė priklausomybė
Inovatyvus kvalifikacijos tobulinimas	Vyr. slaugytojai, vadovai	651,15	$\chi^2=8,52$ df=3 p=0,00
	Slaugytojai praktikai	563,94	

Kvalifikacijos tobulinimo trikdžiai	Slaugytojai praktikai Vyr. slaugytojai, vadovai	587,28 481,76	$\chi^2=12,73$ df=1 p=0,00
Higieniniai motyvatoriai	Slaugytojai praktikai Studentai	685,05 453,23	$\chi^2=55,91$ df=2 p=0,00
Tikrieji motyvatoriai	Studentai Slaugytojai praktikai	757,21 637,25	$\chi^2=14,5$ df=2 p=0,00
Visuomeniniai motyvatoriai	Studentai Slaugytojai praktikai	765,80 637,25	$\chi^2=16,49$ df=2 p=0,00
Profesinės veiklos organizavimas	Studentai Slaugytojai praktikai	828,74 628,99	$\chi^2=38,62$ df=4 p=0,00
Darbinis mikroklimatas	Studentai Slaugytojai praktikai	769,43 619,43	$\chi^2=34,11$ df=0 p=0,00
Asmeninės ir profesinės savybės	Vyr. slaugytojai, vadovai Slaugytojai praktikai	734,88 635,87	$\chi^2=9,10$ df=3 p=0,01
Profesinė hierarchija	Studentai Vyr. slaugytojai, vadovai	752,60 575,50	$\chi^2=17,53$ df=0 p=0,00
Darbinės veiklos analizė	Studentai Vyr. slaugytojai, vadovai	751,33 557,50	$\chi^2=19,79$ df=1 p=0,00
Veiklos planavimas ir bendradarbiavimas	Vyr. slaugytojai, vadovai Slaugytojai praktikai	633,13 566,42	$\chi^2=5,12$ df=1 p=0,02
Profesinės vertybės ir įstaigos veikla	Studentai Slaugytojai praktikai	742,46 624,87	$\chi^2=20,65$ df=3 p=0,00
Profesinės vertybės ir bendradarbiavimas	Slaugytojai praktikai Studentai	663,32 565,08	$\chi^2=9,37$ df=1 p=0,01
Sveikatos priežiūros įstaigos materialieji ištekliai	Studentai Vyr. slaugytojai, vadovai	742,86 625,10	$\chi^2=10,54$ df=5 p=0,04
Profesinis statusas reformos laikotarpiu	Studentai Vyr. slaugytojai, vadovai	842,81 592,08	$\chi^2=46,05$ df=3 p=0,00
Slaugytojų emocinė būsena reformos laikotarpiu	Vyr. slaugytojai, vadovai Studentai	675,83 566,32	$\chi^2=9,08$ df=0 p=0,01

Kaip nepalanki tendencija ankstesniame tyrimo etape yra išryškėjęs profesinės veiklos organizavimo vertinimas, tampriai susijęs su *profesiniais lūkesčiais*. Džiugu, kad studentai profesinės veiklos organizavimą vertina palankiau nei slaugytojai praktikai, tačiau, siekiant sėkmingos jų profesinės socializacijos naujose darbo vietose ir žinant kritišką slaugytojų praktikų vertinimą, svarbu šį procesą valdyti, kad jauni darbuotojai nenusiviltų ir nepaliktų šio sektoriaus. Taip pat studentai labiau nei slaugytojai praktikai pritaria darbinio mikroklimato svarbai, darbdavio padrašinimui, kuris motyvuoja siekti profesionalumo.

Vyr. slaugytojai ir vadovai labiau už slaugytojus praktikus reiškia pritarimą šiuolaikiniam slaugytojui būtinoms asmeninėms ir profesinėms savybėms. Tačiau studentai labiau nei vyr. slaugytojai, vadovai jaučia ir pritaria teiginiui, kad „be asmeninių, profesinių savybių, siekiant sėkmingai konkuruoti profesinėje veikloje, būtinas paklusnumas ir pagarba hierarchijai“. Daugelis Europos ekspertų, kaip skiriamąjį sveikatos paslaugų sektoriaus požymį, įvardija stiprius hierarchinius santykius tarp sveikatos priežiūros komandos narių. Siekiant sėkmingesnės jaunų specialistų socializacijos naujoje profesinėje aplinkoje, šį procesą reikia įvertinti ir valdyti.

Studijų laikotarpiu įgyti taikomųjų mokslinių tyrimų pradmenys paaiškina palankesnę studentų vertinimą, kad „profesinę veiklą būtina analizuoti ir vertinti“. Ši jų nuostata stipresnė net už vyr. slaugytojų ir vadovų, kurie iš dalies yra atsakingi už šios veiklos organizavimą.

Vyr. slaugytojai ir vadovai labiau pritaria profesinės veiklos planavimo ir bendradarbiavimo tarp sveikatos priežiūros komandos narių galimybėms, nes iš dalies jie patys atsakingi už šią veiklą, kuri turi būti paremta formalia hierarchija, priklausomai nuo kiekvienam specialistui priskirtos veiklos bei atsakomybės ribų.

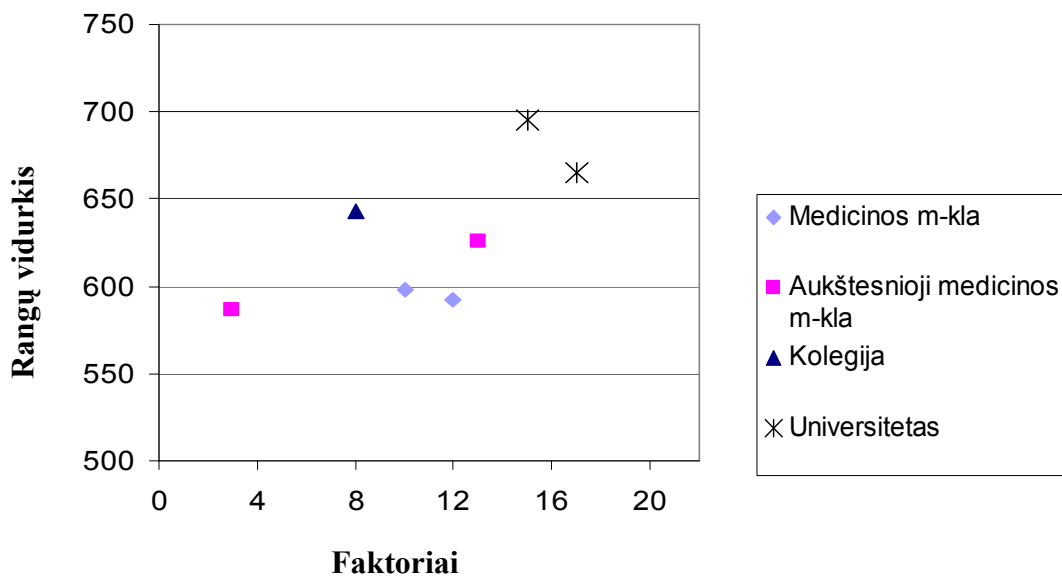
Labai svarbus studentų išreikštas pritarimas, kad „profesinės vertybės pozityviai siejamos su įstaigos veikla“. Šiuo atžvilgiu slaugytojų praktikų vertinimas yra nuosaikesnis. Svarbu puoselėti šią studentų nuostatą. Tačiau slaugytojai praktikai, įvertindami savo darbinę patirtį, labiau akcentuoja



vertybinių nuostatų svarbą bendradarbiavimui ir pritaria teiginiui, kad „medicinos profesionalų požiūriu slaugytojo profesija yra nepelnytai sumenkinta, priskiriant tik asistuojančias funkcijas“.

Studentai palankiau už vyr. slaugytojus ir vadovus pritaria sveikatos priežiūros įstaigų materialiniam aprūpinimui bei slaugytojų profesinės veiklos pokyčiams reformos laikotarpiu. Svarbu, kad šie vertinimai labai stipriai nepasikeistų realioje darbinėje aplinkoje, įvertinus, kad respondentai šį požymį vertino nepalankiai. Taip pat stebima įdomi vyr. slaugytojų ir vadovų nuostata ir išreikštas pritarimas, kad „slaugytojų emocinė būsena reformos laikotarpiu yra kelianti nerimą“ (25 lentelė). Svarbu, kad vadovai jaustų ir valdytų darbuotojų emocinę būseną, padėtų jiems socializuotis, siekiant sėkmingos jų praktinės veiklos.

Antroji hipotezė – *Respondentų išsilavinimas daro įtaką profesinės socializacijos ir praktinės veiklos vertinimui*. Tyrimo duomenys rodo, kad 7 faktorių vertinimui šis sociodemografinis kintamasis turėjo įtakos (32 pav.). Iškeltoji hipotezė pasitvirtino (26 lentelė).



**32 pav.** Išsilavinimo įtaka respondentų požiūriui į slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos užtikrinimą (*Kruskal-Wallis* testas).

Žemesnį išsilavinimą turintys respondentai yra linkę labiau pritarti higieniniams motyvatoriams (atlyginimas, socialinės garantijos), kaip svarbiausiems profesinėje veikloje, nei universitetinį išsilavinimą turintys respondentai.

Kolegiją baigę respondentai yra reiklesni profesinės kvalifikacijos tobulinimo kokybei ir labiau pritaria kvalifikacijos tobulinimui kolegijose, universitetuose, profesinių draugijų konferencijose, nei aukštesniųjų mokyklų absolventai. Tradiciniam kvalifikacijos tobulinimui slaugos specialistų tobulinimo centro organizuojamose seminaruose, stažuotėse, labiau pritaria žemesnį išsilavinimą turintys respondentai, baigę medicinos mokyklas. Iš šių vertinimų galima daryti prielaidą, kad, kylant slaugytojų išsilavinimui, didėja reikalavimai ir profesinės kvalifikacijos tobulinimo vietoms, formoms, kokybei.

Taip pat žemesnį išsilavinimą turintys respondentai labiau pritaria, kad „egzistuojanti profesinė hierarchija, paklusnumas leidžia slaugytojui sėkmingiau konkuruoti profesinėje veikloje“. Šis vertinimas leidžia daryti prielaidą, kad darbinėje aplinkoje juntamas nepasitikėjimas, komandinio darbo stoka, stiprus hierarchinis susiskirstymas. Vertinant profesinį aktyvumą, stipresnį pritarimą išreiškia aukštesniausias medicinos mokyklas baigusieji respondentai, lyginant su kolegijų absolventais.

Universitetų absolventai labiau už baigusius kolegijas, pritaria teiginiui, kad „slaugytojų profesionalumas veikia jų teikiamų paslaugų spektrą“. Iš to galima daryti prielaidą, kad aukštesnis išsilavinimas suteikia platesnes profesionalumo demonstravimo bei taikymo galimybes. Taip pat universitetinį išsilavinimą turintys respondentai labiau reiškia pritarimą, kad kvalifikacijos tobulinimas atveria platesnes karjeros galimybes bei stiprina profesinį statusą darbinėje aplinkoje. Ši aplinkybė leidžia daryti prielaidą, kad sveikatos priežiūros įstaigose siekti karjeros gali tik maksimalų, t.y. universitetinį išsilavinimą, turintys asmenys, tačiau tai gali nepalankiai atsiliepti kitų darbuotojų profesinei motyvacijai.

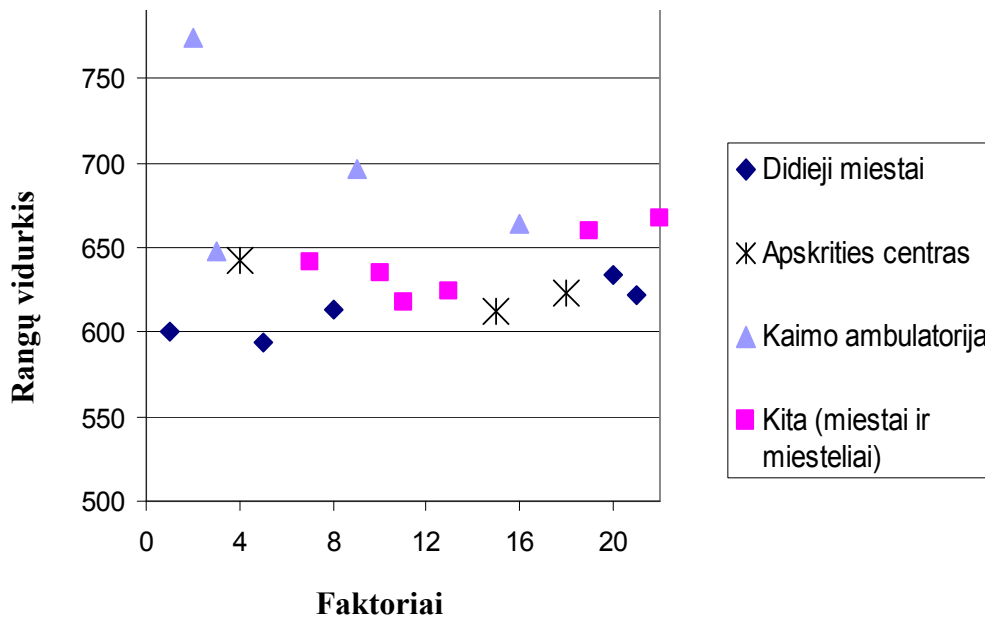
**26 lentelė.** Išsilavinimo įtaka respondentų požiūriui į slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos užtikrinimą (tikrinta neparametriniu *Kruskal-Wallis* ir  $\chi^2$  testu).

<b>Faktoriai</b>	<b>Išsilavinimas</b>	<b>Rangų vidurkis M1/M2</b>	<b>Statistinė priklausomybė</b>
Higieniniai motyvatoriai	Aukštesnioji medicinos m-kla Universitetas	586,95 425,30	$\chi^2=12,87$ df=2 p=0,01
Kvalifikacijos tobulinimo vietos	Kolegija Aukštesnioji medicinos m-kla	643,36 540,91	$\chi^2=9,82$ df=3 p=0,02
Tradicinis kvalifikacijos tobulinimas	Medicinos mokykla Universitetas	598,20 454,61	$\chi^2=10,99$ df=1 p=0,01
Profesinė hierarchija	Medicinos mokykla Universitetas	591,70 488,01	$\chi^2=10,87$ df=0 p=0,01
Profesinis aktyvumas	Aukštesnioji medicinos m-kla Kolegija	625,50 524,20	$\chi^2=14,10$ df=5 p=0,00
Slaugytojo profesionalumas ir teikiamos paslaugos	Universitetas Kolegija	695,06 513,08	$\chi^2=10,31$ df=5 p=0,02
Kvalifikacijos tobulinimas ir karjeros galimybės	Universitetas Aukštesnioji medicinos m-kla	664,93 539,68	$\chi^2=8,3$ df=2 p=0,04

Trečioji hipotezė - *Respondentų geografinė darbo vieta daro įtaką profesinės socializacijos ir praktinės veiklos vertinimui.* Tyrimo duomenys rodo, kad šis sociodemografinis kintamasis darė įtaką net 18 faktorių (33 pav.). Iškeltoji hipotezė pasitvirtino (27 lentelė).

Didžiųjų miestų respondentai labiau pritaria inovatyviam kvalifikacijos tobulinimui nei mažesniuose miestuose ir miesteliuose gyvenantys respondentai. Tai galima paaiškinti geresniu respondentų informuotumu bei galimybe susipažinti su inovatyviomis kvalifikacijos tobulinimo formomis. Kaimo ambulatorijose dirbantys respondentai labiau pritaria teiginiams, kurie sąlygoja kvalifikacijos tobulinimo kliūčių atsiradimą. Iš šio vertinimo galima daryti prielaidą, kad ambulatorijose dirbančių respondentų aprūpinimas kompiuteriais, kuriuos respondentai galėtų naudoti patogiu laiku kvalifikacijos

tobulinimui, yra problematiškesnis už apskričių centruose dirbančius respondentus.



**33 pav.** Įstaigos geografinės vietos įtaka respondentų požiūriui į slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos užtikrinimą (*Kruskal-Wallis* testas).

Kaimo ambulatorijose dirbantys respondentai labiau pritaria higieniniams motyvatoriams, kaip pagrindiniams profesinės veiklos stimulatoriams. Lyginant didžiųjų miestų ir kaimo ambulatorijų darbuotojų atlyginimus, galima daryti prielaidą, kad šie motyvatoriai kaimo bendruomenėse dirbantiems slaugytojams yra aktualesni. Apskričių centrų sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys respondentai reiškia didesnę pritarimą tikriesiems profesinės veiklos motyvatoriams nei didžiųjų miestų respondentai. Šią aplinkybę iš dalies gali lemti vykdoma sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacija, funkcijų perskirstymas, veiklos efektyvinimas ir didėjančios darbuotojų veiklos bei atsakomybės ribos. Didžiuosiuose miestuose dirbantys respondentai reiškia didesnę pritarimą teiginiams, kad „slaugytojo profesija yra prestižinė“, kad „svarbios profesinėje veikloje karjeros galimybės“. Kaimo ambulatorijų respondentų vertinimai yra nuosaikesni.

Taip pat mažų miestelių slaugytojai labiau reiškia pritarimą darbinio mikroklimato svarbai, būtent paskatinimo, padrąsinimo iš darbdavio pusės

svarbą. Apskričių sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys slaugytojai šiam teiginiui pritaria nuosaikiau.

Didžiųjų miestų respondentai labiau pritaria kvalifikacijos tobulinimui kolegijose, universitetuose nei mažų miestų respondentai. Šią aplinkybę galima paaiškinti geografiniu kolegijų bei universitetų išsidėstymu ir galimybe dalyvauti aukštųjų mokyklų organizuojamuose kvalifikacijos tobulinimo renginiuose. Įdomi aplinkybė stebima vertinant inovatyvias kvalifikacijos tobulinimo formas. Kaimo ambulatorijose dirbantys respondentai labiau pritaria šioms formoms už mažuose miesteliuose gyvenančius respondentus. Galima daryti prielaidą, kad kaimo ambulatorijų darbuotojai jaučia didesnę profesinę izoliaciją, todėl jų pritarimas kvalifikacijos tobulinimui nuotoliniu būdu bei galimybė pagerinti profesinio tobulėjimo procesą, profesinį statusą darbinėje aplinkoje, atrodo pakankamai patraukli. Tradiciniam kvalifikacijos tobulinimui labiau linkę pritarti mažų miestelių respondentai nei apskrities centruose dirbantys respondentai. Tai gali būti paaiškinama didesnėmis apskričių centrų sveikatos priežiūros įstaigų galimybėmis pasiūlyti darbuotojams įvairesnes kvalifikacijos tobulinimo formas.

**27 lentelė.** Sveikatos priežiūros įstaigos geografinės vietos įtaka respondentų požiūriui į slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos užtikrinimą (tikrinta neparametriniu *Kruskal-Wallis* ir  $\chi^2$  testu).

<b>Faktoriai</b>	<b>Įstaigos geografinė vieta</b>	<b>Rangų vidurkis M1/M2</b>	<b>Statistinė priklausomybė</b>
Inovatyvus kvalifikacijos tobulinimas	Didieji miestai Kita *	600,10 521,35	$\chi^2=13,62$ df=3 p=0,00
Kvalifikacijos tobulinimo trikdžiai	Kaimo ambulatorija Apskrities centras	773,84 560,74	$\chi^2=13,31$ df=1 p=0,00
Higieniniai motyvatoriai	Kaimo ambulatorija Didieji miestai	648,06 547,57	$\chi^2=9,57$ df=2 p=0,02

Tikrieji motyvatoriai	Apskritis centras Didieji miestai	641,89 549,89	$\chi^2=16,16$ df=2 p=0,00
Visuomeniniai motyvatoriai	Didieji miestai Kaimo ambulatorija	593,63 485,24	$\chi^2=8,11$ df=2 p=0,04
Darbinis mikroklimatas	Kita Apskritis centras	641,16 524,70	$\chi^2=24,46$ df=0 p=0,00
Kvalifikacijos tobulinimo vietos	Didieji miestai Kita	613,32 489,17	$\chi^2=33,31$ df=3 p=0,00
Inovatyvios kvalifikacijos tobulinimo formos	Kaimo ambulatorija Kita	695,56 524,05	$\chi^2=37,25$ df=3 p=0,00
Tradicinis kvalifikacijos tobulinimas	Kita Apskritis centras	635,23 529,18	$\chi^2=19,39$ df=1 p=0,00
Asmeninės ir profesinės savybės	Kita Didieji miestai	617,65 544,36	$\chi^2=10,20$ df=3 p=0,02
Profesinis aktyvumas	Kita Didieji miestai	624,47 521,77	$\chi^2=23,53$ df=5 p=0,00
Slaugytojo profesionalumas ir teikiamos paslaugos	Apskritis centras Kaimo ambulatorija	611,87 409,01	$\chi^2=20,94$ df=5 p=0,00
Veiklos planavimas ir bendradarbiavimas	Kaimo ambulatorija Apskritis centras	663,60 624,84	$\chi^2=13,65$ df=1 p=0,00
Profesinės vertybės ir įstaigos veikla	Apskritis centras Didieji miestai	623,37 540,44	$\chi^2=12,06$ df=3 p=0,01
Profesinės vertybės ir bendradarbiavimas	Kita Didieji miestai	660,29 511,47	$\chi^2=42,07$ df=1 p=0,00
Sveikatos priežiūros įstaigos materialieji ištekliai	Didieji miestai Kita	634,27 480,14	$\chi^2=45,53$ df=5 p=0,00
Profesinis statusas reformos laikotarpiu	Didieji miestai Kita	622,06 531,82	$\chi^2=17,80$ df=3 p=0,00
Slaugytojų emocinė būseną reformos laikotarpiu	Kita Apskritis centras	666,77 480,22	$\chi^2=55,21$ df=0 p=0,00

\* Kategorijai „kita“ yra priskirti miestai ir miesteliai, nepriskiriami didžiųjų miestų ir apskričių centrų kategorijai.

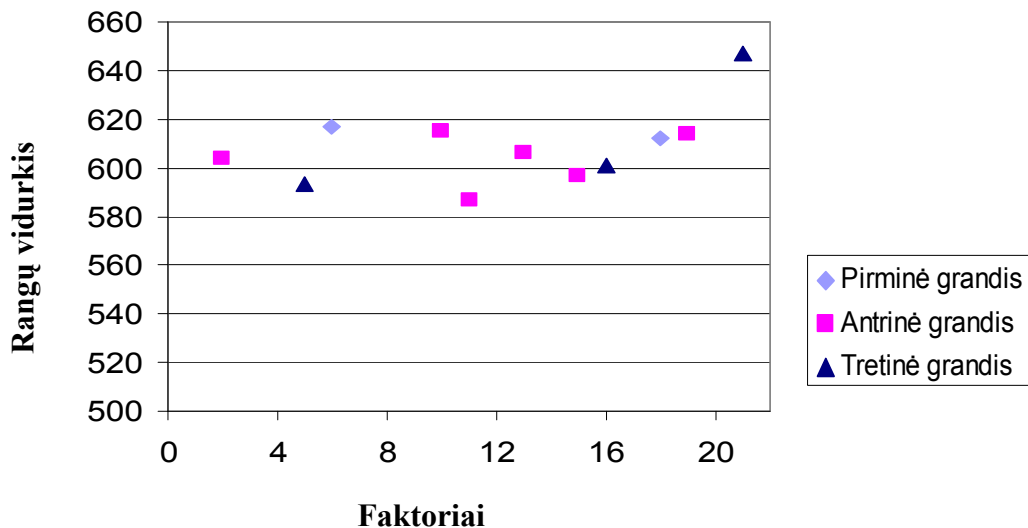
Mažuose miesteliuose dirbantys respondentai labiau pritaria šiuolaikiniam slaugytojui būtinų asmeninių ir profesinių savybių sąrašui nei didžiųjų miestų slaugytojai. Galima daryti prielaidą, kad mažesnių miestelių slaugytojai domisi ir puikiai supranta šiuolaikiniam slaugytojui keliamus profesinius reikalavimus.

Mažų miestelių respondentai labiau pritaria teiginiams, išreiškiantiems profesinio aktyvumo svarbą santykiams su pacientais, paslaugų kokybei, bendradarbiavimui su kolegomis nei kolegų iš didžiųjų Lietuvos miestų. Apskričių centruose dirbantys respondentai labiau pritaria teiginiams, kurie susieja slaugytojo profesionalumą ir teikiamų paslaugų spektrą. Kadangi kaimo ambulatorijose teikiamų paslaugų sąrašas yra žymiai siauresnis, tai ir jų vertinimas yra nuosaikesnis. Tačiau kuomet yra vertinami teiginiai, kalbantys apie profesinės veiklos planavimą ir bendradarbiavimą, stebimas stipresnis kaimo ambulatorijose dirbančių respondentų pritarimas. Galima daryti prielaidą, kad mažose kaimo ambulatorijose, kuriose dirba vienas ar tik keli sveikatos priežiūros komandos nariai, veiklos planavimas ir bendradarbiavimas vyksta sklandžiau nei didesnėse apskričių centrų sveikatos priežiūros įstaigose.

Profesinių vertybių svarbą bei poveikį įstaigos veiklai palankiau vertina apskričių centruose dirbantys slaugytojai. Didžiųjų miestų slaugytojų vertinimai yra nuosaikesni. Mažuose miesteliuose dirbantys slaugytojai labiau linkę pritarti teiginiams, kad „slaugytojo profesija yra nepelnytai sumenkinta, priskiriant tik pagalbines funkcijas“ nei didžiuosiuose miestuose dirbantys slaugytojai. Tačiau, vertinant materialųjį sveikatos priežiūros įstaigų aprūpinimą, kad „finansavimo šaltiniai pakankami“, kad „už teikiamas slaugytojų paslaugas atsiskaito ligonių kasos ir kt.“, mažų miestų slaugytojai tai vertina nuosaikiau už didžiųjų miestų slaugytojus. Šią aplinkybę galima paaiškinti geresniu didžiųjų miestų sveikatos priežiūros įstaigų materialiniu aprūpinimu. Tokios pačios vertinimo tendencijos stebimos, kuomet reiškiamas pritarimas teiginiams, apibrėžiantiems slaugytojų profesinio statuso pokyčius reformos laikotarpiu. Didžiųjų miestų slaugytojai yra linkę labiau pritarti vykstantiems pokyčiams už mažųjų miestų slaugytojus. Dėl anksčiau paminėtų

vertinimų gana logiškas stipresnis mažų miestelių slaugytojų pritarimas teiginiui, kad „reformos laikotarpiu jie jaučia neapibrėžtumą ir nerimą“ labiau už apskričių centruose dirbančius slaugytojus.

Ketvirtoji hipotezė - *Respondentų darbo vieta* (sveikatos sistemos grandis ir sektorius) *bei darbo krūvis daro įtaką profesinės socializacijos ir praktinės veiklos vertinimui*. Pirmiausiai apžvelgsime respondentų vertinimą priklausomai nuo jų sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamų paslaugų spektro ir dėl šios aplinkybės priskyrimo pačios įstaigos tam tikrai sveikatos sistemos grandžiai. Tyrimo duomenys rodo (28 lentelė), kad šis kintamasis turėjo įtakos vienuolikai faktorių (34 pav.)



**34 pav.** Sveikatos sistemos grandies įtaka respondentų požiūriui į slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos užtikrinimą (*Kruskal-Wallis* testas).

Antrinio lygio paslaugas teikiančiose įstaigose dirbantys slaugytojai labiau linkę pritarti teiginiams dėl kliūčių, kurios atsiranda siekiant kvalifikacijos tobulinimui panaudoti darbo vietose esančius kompiuterius bei specialiai tam skirtą laiką. Tretinio lygio paslaugas teikiančiose sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys slaugytojai labiau pritaria visuomeninių motyvatorių svarbai profesinėje veikloje nei slaugytojai, dirbantys kitose sveikatos priežiūros įstaigose.



**28 lentelė.** Sveikatos sistemos grandies įtaka slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos sąlygų užtikrinimui (tikrinta neparametriniais *Kruskal-Wallis* ir  $\chi^2$  testu).

<b>Faktoriai</b>	<b>Sveikatos sistemos grandis</b>	<b>Rangų vidurkis M1/M2</b>	<b>Statistinė priklausomybė</b>
Kvalifikacijos tobulinimo trikdžiai	Antrinė grandis Kita *	603,62 448,81	$\chi^2=12,53$ df=1 p=0,01
Visuomeniniai motyvatoriai	Tretinė grandis Kita	592,85 416,01	$\chi^2=11,11$ df=2 p=0,01
Profesinės veiklos organizavimas	Pirminė grandis Antrinė grandis	616,57 533,46	$\chi^2=15,23$ df=4 p=0,00
Tradicinis kvalifikacijos tobulinimas	Antrinė grandis Kita	614,55 525,65	$\chi^2=15,77$ df=1 p=0,00
Asmeninės ir profesinės savybės	Antrinė grandis Kita	586,83 406,42	$\chi^2=11,06$ df=3 p=0,01
Profesinis aktyvumas	Antrinė grandis Kita	605,53 375,96	$\chi^2=25,83$ df=5 p=0,00
Slaugytojo profesionalumas ir teikiamos paslaugos	Antrinė grandis Kita	597,04 404,04	$\chi^2=14,15$ df=5 p=0,00
Veiklos planavimas ir bendradarbiavimas	Tretinė grandis Kita	601,48 389,67	$\chi^2=14,52$ df=1 p=0,00
Profesinės vertybės ir įstaigos veikla	Pirminė grandis Kita	612,38 416,67	$\chi^2=24,24$ df=3 p=0,00
Profesinės vertybės ir bendradarbiavimas	Antrinė grandis Tretinė grandis	614,17 522,09	$\chi^2=15,16$ df=1 p=0,00
Profesinis statusas reformos laikotarpiu	Tretinė grandis Kita	647,05 515,04	$\chi^2=13,43$ df=3 p=0,00

\* Kategorijai „kita“ yra priskirtos respondentų įvardintos sveikatos priežiūros įstaigos – kaimo ambulatorijos, sanatorijos, skubios pagalbos stotys.

Pirminėje sveikatos sistemos grandyje dirbantys slaugytojai, labiau už dirbančiuosius antrinėje grandyje, linkę pritarti, kad profesinė veikla puikiai

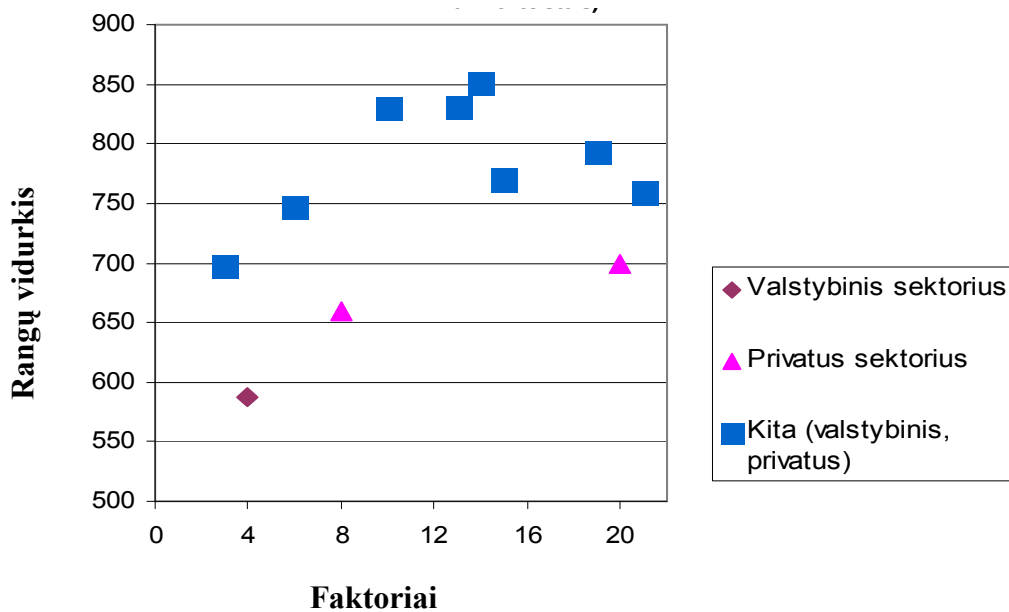
organizuojama, planuojama, kad darbo krūvis reglamentuojamas aiškiais kriterijais ir kt. Galima daryti prielaidą, jog palankesnę respondentų vertinimą sąlygojo sveikatos reformos laikotarpiu skiriamas dėmesys pirminei sveikatos priežiūrai. Taip pat antrinio lygio paslaugas teikiantys specialistai labiau pritaria tradiciniam kvalifikacijos tobulinimui slaugos specialistų tobulinimo centre.

Antrinės sveikatos sistemos grandies slaugytojai labiau nei kitose sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys specialistai, pritaria slaugytojams būtinų asmeninių ir profesinių savybių svarbai profesinėje veikloje ir taip pat labiau akcentuoja slaugytojo profesinio aktyvumo reikšmę teikiamų paslaugų kokybei, slaugytojo santykiams su klientais/pacientais, kolegomis, vadovais. Šių specialistų nuostatos stipriau išreikštos ir vertinant slaugytojo profesionalumo svarbą sveikatos priežiūros įstaigos veiklai, jos įvaizdžiui, paslaugų kokybei ir kt. Tretinio sveikatos sistemos grandies specialistai, labiau už kitose sveikatos priežiūros įstaigose dirbančius specialistus, akcentuoja veiklos planavimo ir bendradarbiavimo svarbą.

Pirminės grandies slaugytojai labiau pritaria slaugytojų vertybių sistemos įtakai įstaigos strategijos, kultūros, teikiamų paslaugų priimtimumo, prieinamumo, tinkamumo užtikrinimui, nei kitose sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys slaugytojai. Antrinės sveikatos sistemos grandies slaugytojai, labiau už tretinio sveikatos sistemos grandies specialistus, įvardija profesinių vertybių svarbą bendradarbiavimui tarp sveikatos priežiūros komandos narių ir pritaria teiginiui, kad „slaugytojo profesija medicinos profesionalų požiūriu yra nepelnytai sumenkinta, priskiriant tik pagalbines, asistuojančias funkcijas“. Tačiau tretinio sveikatos sistemos grandies specialistai išreiškė didesnę pritarimą teiginiui, kad „slaugytojo profesinis savarankiškumas ir atsakomybės ribos sveikatos reformos laikotarpiu augo, plėtėsi“, už kitose sveikatos sistemos įstaigose dirbančius specialistus.

Toliau apžvelgsime respondentų vertinimą priklausomai nuo jų sveikatos priežiūros įstaigos priklausomybės privačiam ar valstybiniam

sektoriui. Tyrimo duomenys rodo (29 lentelė), kad šis kintamasis turėjo įtakos vienuolikai faktorių (35 pav.).



**35 pav.** Darbo sektoriaus įtaka respondentų požiūriui į slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos užtikrinimą (*Kruskal-Wallis* testas).

Abiejuose sektoriuose dirbantys respondentai labiau už tik privačiame sektoriuje dirbančius slaugytojus akcentuoja higieninių motyvatorių (atlyginimas, socialinės garantijos) svarbą. Tai greičiausiai nulėmė stipresnį jų nuomonės pasireiškimą bei darbą keliuose sveikatos priežiūros įstaigose. Tik valstybiniame sektoriuje dirbantys slaugytojai, labiau nei abiejuose sektoriuose dirbantieji, išreiškė pritarimą tikrųjų motyvatorių (nauda visuomenei, asmeninio tobulėjimo galimybės, įdomus darbas) svarbą sėkmingai profesinei veiklai. Tačiau abiejuose sektoriuose dirbantys slaugytojai, turintys galimybę palyginti profesinės veiklos organizavimo ypatumus valstybinėse ir privačiose sveikatos priežiūros įstaigose, labiau už tik privačiose įstaigose dirbančius respondentus, išreiškė pritarimą, jog „slaugytojo profesinė veikla organizuojama, planuojama sklandžiai, darbo krūvis reglamentuotas aiškiais kriterijais“, kad „profesinėje veikloje yra nustatytos aiškios veiklos bei

atsakomybės ribos ir slaugytojo darbo krūvis tiesiogiai susijęs su atlygiu už darbą“.

**29 lentelė.** Darbo sektoriaus įtaka slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos sąlygų užtikrinimui (tikrinta neparametriniu *Kruskal-Wallis* ir  $\chi^2$  testu).

<b>Faktoriai</b>	<b>Darbo sektorius</b>	<b>Rangų vidurkis M1/M2</b>	<b>Statistinė priklausomybė</b>
Higieniniai motyvatoriai	Kita Privatus sektorius	696,79 530,04	$\chi^2=7,36$ df=2 p=0,03
Tikrieji motyvatoriai	Valstybinis sektorius Kita	587,29 455,13	$\chi^2=14,65$ df=2 p=0,00
Profesinės veiklos organizavimas	Kita Privatus sektorius	747,13 523,42	$\chi^2=12,41$ df=4 p=0,00
Kvalifikacijos tobulinimo vietos	Privatus sektorius Kita	659,79 419,53	$\chi^2=14,04$ df=3 p=0,00
Tradicinis kvalifikacijos tobulinimas	Kita Privatus sektorius	829,34 447,15	$\chi^2=37,80$ df=1 p=0,00
Profesinis aktyvumas	Kita Privatus sektorius	831,09 499,99	$\chi^2=27,36$ df=5 p=0,00
Darbinės veiklos analizė	Kita Privatus sektorius	851,08 582,65	$\chi^2=28,24$ df=1 p=0,00
Slaugytojo profesionalumas ir teikiamos paslaugos	Kita Valstybinis sektorius	768,61 567,76	$\chi^2=13,61$ df=5 p=0,00
Profesinės vertybės ir bendradarbiavimas	Kita Privatus sektorius	792,22 518,18	$\chi^2=19,90$ df=1 p=0,00
Sveikatos priežiūros įstaigos materialieji ištekliai	Privatus sektorius Kita	700,23 563,33	$\chi^2=13,26$ df=5 p=0,00
Profesinis statusas reformos laikotarpiu	Kita Privatus sektorius	759,38 520,92	$\chi^2=14,21$ df=3 p=0,00

\* Kategorijai „kita“ yra priskirti respondentai dirbantys tiek valstybiniam, tiek privačiam sektoriams priklausančiose sveikatos priežiūros įstaigose.

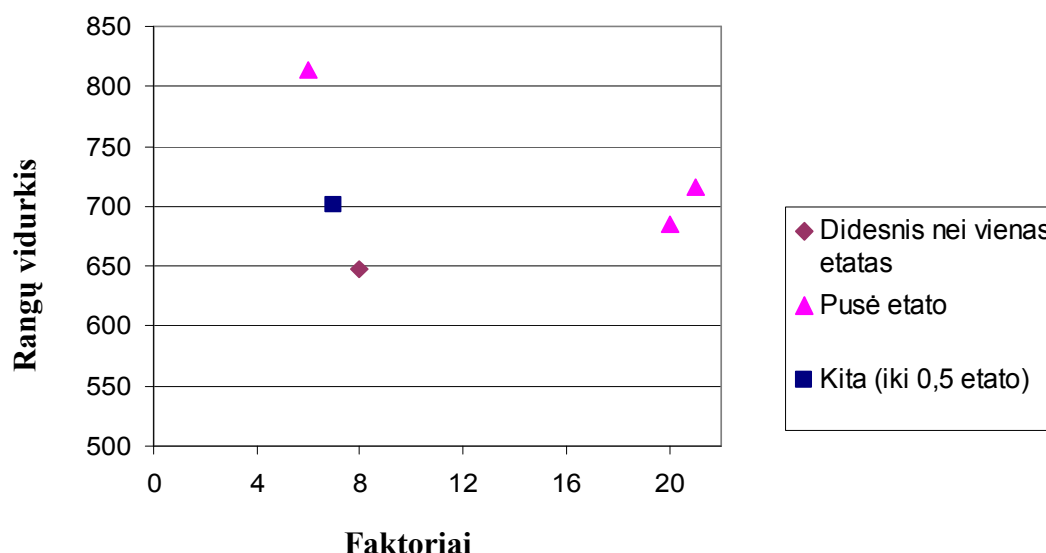
Privačiose sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys respondentai turi didesnes galimybes tobulinti profesinę kvalifikaciją aukštųjų mokyklų podiplominiuose skyriuose, ir jų pritarimas šiam teiginiui stipresnis už abiejuose sektoriuose dirbančius respondentus. Galima daryti prielaidą, kad galimybė privačios įstaigos darbdaviui pasirinkti kvalifikacijos tobulinimo paslaugos teikėją atveria kelius pasirinkti kokybiškas paslaugas. Kaip logiška šių aplinkybių aiškinimo tąsa yra stebimas atvirkštinis reiškinys, kuomet abiejuose sektoriuose dirbantys respondentai labai linkę pritarti tradiciniam kvalifikacijos tobulinimui slaugos specialistų tobulinimo centre, kurio teikiamos paslaugos yra dotuojamos Sveikatos apsaugos ministerijos, ir slaugytojai bei jų darbdaviai gauna šią paslaugą nemokamai.

Vertinant respondentų pritarimą teiginiams, akcentuojantiems profesinio aktyvumo svarbą slaugytojo teikiamų paslaugų kokybei, bendravimui su pacientais/klientais, kolegomis, vadovais, stebimas stipresnis pritarimas abiejuose sektoriuose dirbančių respondentų už tik privačiame sektoriuje dirbančius slaugytojus. Taip pat ši respondentų grupė labiau akcentuoja ir profesinės veiklos analizavimo būtinybę bei grįžtamojo ryšio svarbą gerinant teikiamų paslaugų kokybę.

Aktyvesnė abiejuose sektoriuose dirbančių respondentų pozicija stebima ir vertinant slaugytojo profesionalumo svarbą teikiamų paslaugų kokybei, komandinio darbo organizavimui, įstaigos kultūros gerinimui. Valstybiniame sektoriuje dirbančių respondentų šio faktoriaus vertinimai yra nuosaikesni. Galima daryti prielaidą, kad patirtis, įgyjama dirbant abiejuose sektoriuose, respondentams suteikia galimybę susipažinti su profesinės veiklos organizavimo ypatumais ir išsamiau vertinti slaugytojo profesionalumo svarbą šiame procese. Taip pat labiau išreikšta šių respondentų nuostata, kad „profesinės vertybės yra svarbios profesiniam bendradarbiavimui“ ir kad „slaugytojo profesija medicinos profesionalų požiūriu yra nepelnytai sumenkinta“, patvirtina anksčiau išsakytą prielaidą, kad galimybė lyginti ir įgyta patirtis leidžia tvirčiau reikšti nuomonę už tik privačiame sektoriuje dirbančius respondentus. Šios aplinkybės galėtų paaiškinti ir stipresnę tik

privačiame sektoriuje dirbančių respondentų pritarimą, kad „sveikatos priežiūros materialieji išteklių yra pakankami“, už abiejuose sektoriuose dirbančių respondentų vertinimą. Šie slaugytojai, vertindami faktorių apie profesinio statuso pokyčius reformos laikotarpiu, labiau akcentavo, jog „sveikatos reformos laikotarpiu slaugytojų profesinis savarankiškumas ir atsakomybės ribos darbinėje komandoje augo, plėtėsi“ už tik privačiame sektoriuje dirbančius respondentus.

Taip pat apžvelgsime respondentų vertinimą, priklausomai nuo jų darbo krūvio. Tyrimo duomenys rodo, kad tik penkiems faktoriams (36 pav.) šis kintamasis turėjo įtakos (30 lentelė).



**36 pav.** Darbo krūvio įtaka respondentų požiūriui į slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos užtikrinimą (*Kruskal-Wallis* testas).

Mažesniu darbinio krūviu dirbantys respondentai palankiau vertina profesinės veiklos organizavimą nei pilnu etatu dirbantys respondentai. Tačiau didesniu darbo krūviu dirbantys slaugytojai labiau akcentuoja darbinio mikroklimato svarbą, pagyrimo, padaršinimo iš darbdavio pusės būtinybę už respondentus, dirbančius tik pusę darbo krūvio. Slaugytojai, kurių darbinis krūvis didesnis nei vienas etatas, labiau už dirbančius vienu etatu, reiškia pritarimą profesinės kvalifikacijos tobulinimui Lietuvos aukštųjų mokyklų

podiplominiuose skyriuose. Taip pat mažesniu krūviu dirbantys respondentai (0,5 etatu), labiau už didesniu krūviu dirbančius respondentus pritaria, kad „sveikatos priežiūros įstaigų materialinis aprūpinimas pakankamas“, kad „slaugytojų profesinis statusas sveikatos reformos laikotarpiu augo, plėtėsi“.

**30 lentelė.** Darbo krūvio įtaka slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos sąlygų užtikrinimui (tikrinta neparametriniu *Kruskal-Wallis* ir  $\chi^2$  testu).

Faktoriai	Darbo krūvis	Rangų vidurkis M1/M2	Statistinė priklausomybė
Profesinės veiklos organizavimas	0,5 etato 1,0 pilnas etatas	814,48 549,94	$\chi^2=21,95$ df=4 p=0,00
Darbinis mikroklimatas	Kita 0,5 etato	700,68 521,26	$\chi^2=13,39$ df=0 p=0,00
Kvalifikacijos tobulinimo vietos	Didesnis nei 1,0 etatas 1,0 pilnas etatas	647,90 535,35	$\chi^2=29,46$ df=3 p=0,00
Sveikatos priežiūros įstaigos materialieji ištekliai	0,5 etato Kita	685,00 459,98	$\chi^2=14,07$ df=5 p=0,00
Profesinis statusas reformos laikotarpiu	0,5 etato 1,0 pilnas etatas	715,80 546,59	$\chi^2=15,57$ df=3 p=0,00

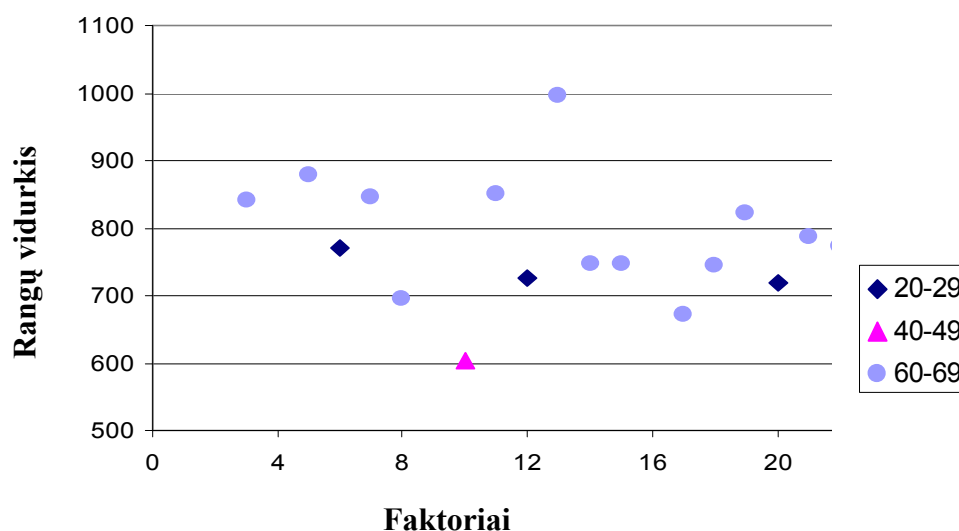
- *Kategorijai „Kita“ yra priskirtos vertės, nepriskirtos išvardintoms kategorijoms.*

Apibendrinus galima teigti, kad respondentų darbo vieta (sveikatos sistemos grandis ir sektorius) bei darbo krūvis daro įtaką profesinės socializacijos ir praktinės veiklos vertinimui. Tai patvirtina iškelta hipotezė.

Penktoji hipotezė - *Respondentų amžius daro įtaką profesinės socializacijos ir praktinės veiklos vertinimui.* Tyrimo duomenys rodo, kad septyniolikai faktorių (37 pav.) šis kintamasis darė įtaką. Iškeltoji hipotezė pasitvirtino (31 lentelė).

Vyriausios amžiaus grupės (60-69 metai) respondentai labiau reiškė pritarimą vertindami higieninių (atlyginimas, socialinės garantijos), visuomeninių (profesijos prestižas, karjeros galimybės) motyvatorių svarbą

profesinėje veikloje nei 20-29 metų, 30-39 metų respondentai. Galima daryti prielaidą, kad profesinę karjerą bebaigiančios slaugytojos įvardija pagrindinius motyvatorius, kurių optimalus derinimas sudaro prielaidas slaugytojų profesinei raiškai.



**37 pav.** Amžiaus įtaka respondentų požiūriui į slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos užtikrinimą (*Kruskal-Wallis* testas).

Jauniausios amžiaus grupės slaugytojos, pradedančios profesinę veiklą, reiškia didesnę palankumą teiginiams, akcentuojantiems, kad „slaugytojo profesinė veikla organizuojama ir planuojama“, kad „slaugytojo darbo krūvis reglamentuotas aiškiais kriterijais“ už 40-49 metų amžiaus respondentus. Tačiau vyriausieji respondentai akcentuoja darbinio mikroklimato svarbą, paskatinimo, padėrinimo iš darbdavio pusės būtinybę.

**31 lentelė.** Respondentų amžiaus įtaka slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos sąlygų užtikrinimui (tikrinta neparametriniu *Kruskal-Wallis* ir  $\chi^2$  testu).

Faktoriai	Amžius	Rangų vidurkis M1/M2	Statistinė priklausomybė
Higieniniai motyvatoriai	60-69 metai	841,74	$\chi^2=61,05$ df=2 p=0,00
	20-29 metai	473,52	



Visuomeniniai motyvatoriai	60-69 metai 30-39 metai	880,37 659,45	$\chi^2=24,99$ df=2 p=0,00
Profesinės veiklos organizavimas	20-29 metai 40-49 metai	770,11 566,67	$\chi^2=44,97$ df=4 p=0,00
Darbinis mikroklimatas	60-69 metai 30-39 metai	844,50 614,44	$\chi^2=16,20$ df=0 p=0,00
Kvalifikacijos tobulinimo vietos	60-69 metai 40-49 metai	695,28 519,93	$\chi^2=22,07$ df=3 p=0,00
Tradicinis kvalifikacijos tobulinimas	40-49 metai 20-29 metai	603,31 457,03	$\chi^2=12,45$ df=1 p=0,01
Asmeninės ir profesinės savybės	60-69 metai 20-29 metai	849,89 606,98	$\chi^2=13,09$ df=3 p=0,01
Profesinė hierarchija	20-29 metai 40-49 metai	725,56 596,28	$\chi^2=24,47$ df=0 p=0,00
Profesinis aktyvumas	60-69 metai 20-29 metai	996,63 624,45	$\chi^2=30,16$ df=5 p=0,00
Darbinės veiklos analizė	60-69 metai 40-49 metai	746,30 599,60	$\chi^2=14,93$ df=1 p=0,01
Slaugytojo profesionalumas ir teikiamos paslaugos	60-69 metai 20-29 metai	745,85 477,29	$\chi^2=15,06$ df=5 p=0,01
Kvalifikacijos tobulinimas ir karjeros galimybės	60-69 metai 20-29 metai	671,76 505,87	$\chi^2=10,31$ df=2 p=0,04
Profesinės vertybės ir įstaigos veikla	60-69 metai 40-49 metai	745,28 617,57	$\chi^2=16,05$ df=3 p=0,00
Profesinės vertybės ir bendradarbiavimas	60-69 metai 20-29 metai	822,61 523,15	$\chi^2=39,49$ df=1 p=0,00
Sveikatos priežiūros įstaigos materialieji ištekliai	20-29 metai 60-69 metai	718,62 496,22	$\chi^2=29,22$ df=5 p=0,00
Profesinis statusas reformos laikotarpiu	60-69 metai 40-49 metai	788,00 585,43	$\chi^2=36,83$ df=3 p=0,00
Slaugytojų emocinė būseną reformos laikotarpiu	60-69 metai 20-29 metai	774,35 580,09	$\chi^2=26,21$ df=0 p=0,00

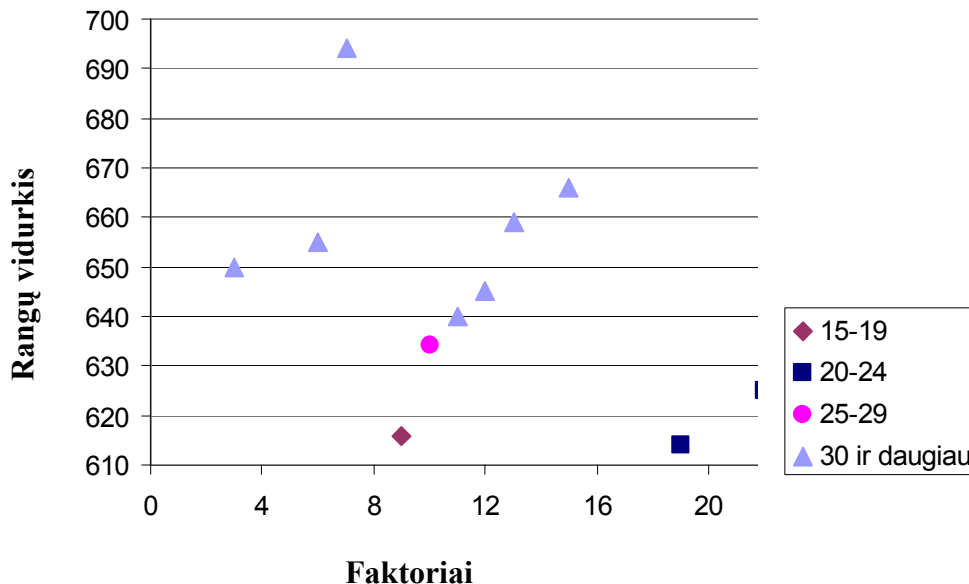
Vyriausios amžiaus grupės slaugytojai labiau pritaria profesinės kvalifikacijos tobulinimo galimybei aukštųjų mokyklų podiplominių studijų skyriuose, o 40-49 metų amžiaus slaugytojai, kurie buvo nuosaikesni, vertindami profesinės kvalifikacijos tobulinimą aukštosiose mokyklose, didesnę pritarimą išreiškė tradiciniam kvalifikacijos tobulinimui slaugos specialistų centre. Taip pat vyriausi respondentai, labiau už jauniausių respondentų grupę, reiškia pritarimą dėl šiuolaikiniam slaugytojam būtinų asmeninių ir profesinių savybių. Tačiau jauniausios grupės respondentai išreiškė didesnę pritarimą teiginiui, kad „slaugytojui sėkmingai konkuruoti profesinėje veikloje būtinas paklusnumas ir pagarba hierarchijai“, o tai gali neigiamai atsiliiepti jaunų slaugytojų socializacijai pereinant iš mokymosi į klinikinę, profesinę aplinką.

Taip pat vyriausios amžiaus grupės slaugytojai buvo aktyvesni vertindami faktorius, kurie apibrėžia ir akcentuoja profesinį slaugytojų aktyvumą, darbinės veiklos analizės svarbą, slaugytojų profesionalumo poveikį teikiamų paslaugų priimtinumui, prieinamumui, tinkamumui, taip pat išryškinantys slaugytojų profesinių vertybių ryšį su įstaigos veikla, bendradarbiavimu sveikatos priežiūros komandoje. Tačiau jauniausi respondentai labiau už vyriausiuosius pritarė teiginiams, kad „sveikatos priežiūros įstaigos materialieji ištekliai yra pakankami“, o pastarieji labiau akcentavo slaugytojų profesinius pokyčius sveikatos reformos laikotarpiu ir išreiškė didesnę pritarimą teiginiui, jog „sveikatos reformos tikslai kelia neapibrėžtumą ir nerimą“.

Šeštoji hipotezė - *Respondentų darbo stažas daro įtaką profesinės socializacijos ir praktinės veiklos vertinimui*. Tyrimo duomenys rodo, kad vienuolikai faktorių (38 pav.) šis kintamasis turėjo įtakos. Iškeltoji hipotezė pasitvirtino (32 lentelė).

Trisdešimties ir daugiau metų darbo stažą turintys respondentai, lyginant su turinčiais 5-9 metų darbo stažą, kaip pagrindinius slaugytojo profesinės veiklos motyvatorius įvardija atlyginimą, socialines garantijas. Taip pat didžiausią darbo stažą turintys respondentai labiau pritarė teiginiams, kad

„slaugytojų profesinė veikla organizuojama, planuojama“, kad „darbo krūvis reglamentuotas aiškiais kriterijais“ ir „profesinėje veikloje numatytos aiškios veiklos bei atsakomybės ribos“. Jie taip pat labiau akcentavo darbinio mikroklimato svarbą siekiant profesinių lūkesčių, nors abu šie faktoriai respondentų įvertinti nepalankiai.



**38 pav.** Darbo stažo (metais) įtaka respondentų požiūriui į slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos užtikrinimą (*Kruskal-Wallis* testas).

Respondentų darbo stažas tiesiogiai susijęs su jų amžiumi, todėl faktorių vertinimu, kuriuo pritariama profesinės kvalifikacijos tobulinimo galimybei aukštųjų mokyklų podiplominių studijų skyriuose, reiškiamas pritarimas šiuolaikiniam slaugytojui būtinoms asmeninėms ir profesinėms savybėms, apibrėžiamas ir akcentuojamas profesinis slaugytojų aktyvumas, slaugytojų profesionalumo įtaka teikiamų paslaugų priimtinumui, prieinamumui, tinkamumui. Slaugytojų profesinių vertybių ryšys su įstaigos veikla sutampa su vertinimais, aptartais nagrinėjant sąsajas tarp respondentų amžiaus ir slaugytojų profesinės socializacijos bei praktinės veiklos sąlygų.

**32 lentelė.** Darbo stažo įtaka slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos sąlygų užtikrinimui (tikrinta neparametriniu *Kruskal-Wallis* ir  $\chi^2$  testu).

Faktoriai	Darbo stažas	Rangų vidurkis M1/M2	Statistinė priklausomybė
Higieniniai motyvatoriai	30 metų ir daugiau 5-9 metai	650,46 443,41	$\chi^2=33,40$ df=2 p=0,00
Profesinės veiklos organizavimas	30 metų ir daugiau 25-29 metai	654,71 526,55	$\chi^2=15,41$ df=4 p=0,02
Darbinis mikroklimatas	30 metų ir daugiau 10-14 metų	693,63 506,48	$\chi^2=30,38$ df=0 p=0,00
Inovatyvios kvalifikacijos tobulinimo formos	15-19 metų 5-9 metai	615,86 494,82	$\chi^2=13,99$ df=3 p=0,00
Tradicinis kvalifikacijos tobulinimas	25-29 metų 0-4 metai	634,46 454,05	$\chi^2=19,11$ df=1 p=0,00
Asmeninės ir profesinės savybės	30 metų ir daugiau 0-4 metai	640,30 387,41	$\chi^2=20,37$ df=3 p=0,00
Profesinė hierarchija	30 metų ir daugiau 10-14 metų	645,36 498,35	$\chi^2=17,00$ df=0 p=0,01
Profesinis aktyvumas	30 metų ir daugiau 0-4 metai	659,01 443,14	$\chi^2=20,65$ df=5 p=0,00
Slaugytojo profesionalumas ir teikiamos paslaugos	30 metų ir daugiau 0-4 metai	666,41 394,50	$\chi^2=24,34$ df=5 p=0,00
Profesinės vertybės ir bendradarbiavimas	20-24 metai 0-4 metai	614,48 452,74	$\chi^2=24,81$ df=1 p=0,00
Slaugytojų emocinė būseną reformos laikotarpiu	20-24 metai 5-9 metai	625,46 503,76	$\chi^2=16,67$ df=0 p=0,01

Apibendrinant galima teigti, jog iškeltos hipotezės patvirtino: respondentų profesinis statusas, išsilavinimas, geografinė darbo vieta, sveikatos sistemos grandis ir sektorius, darbo krūvis, amžius, darbo stažas darė statistiškai reikšmingą įtaką profesinės socializacijos ir praktinės veiklos vertinimui. Tyrimo duomenys leidžia teigti, kad didžiausią poveikį profesinės socializacijos ir praktinės veiklos faktorių vertinimui turėjo respondentų darbo vietos geografinė priklausomybė.

## 6. REZULTATŲ APTARIMAS

Atliktas tyrimas – tai bandymas įvertinti slaugytojų, skaitlingiausios Lietuvoje sveikatos priežiūros profesionalų grupės, profesinės socializacijos proceso aspektus bei sąsajas su praktine veikla.

Proceso vertinimui, remiantis slaugytojų profesinės socializacijos ir sveikatos politikos teoriniais aspektais, sudaryta slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos vertinimo diagnostinių kriterijų matrica, kurios susikirtimo akutėse įvardyti šio proceso vertinimo diagnostiniai kriterijai. Tai yra pagrindas kiekybiniam tyrimui, ketinant šioje terpėje diagnozuoti slaugytojų profesinės socializacijos aspektus bei sąsajas su praktine veikla.

Duomenų apdorojimui pirmiausiai taikytas faktorinės analizės metodas, kuris leido, neprarandant esminės informacijos, sutankinti pradinių teiginių skaičių ir pereiti prie apibendrintų faktorių nagrinėjimo. Išskirti faktoriai parodo sutankintų pirminių anketos teiginių statistinį sąryšį. Nuo 72 pirminių klausimyno teiginių pereita prie 22 apibendrintų faktorių. Faktorinės analizės rezultatai leido nustatyti išryškėjusius esminius slaugytojų profesinę socializaciją veikiančius aspektus, demonstuojančius sąsajas su praktinės veiklos užtikrinimo ypatumais. Kiekvieną diagnostinį kriterijų paaiškina nuo dviejų iki trijų faktorių, kurių sklaida svyruoja nuo 10 iki 46 % ir vidutiniškai kiekvienas diagnostinis kriterijus paaiškina 58,76 procentai bendrosios pirminių teiginių sklaidos (39 pav.). 39 paveiksle pateikti 22 faktoriai, paaiškinantys 9 diagnostinius kriterijus (33 lentelė).

**33 lentelė.** Slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos vertinimo diagnostinių kriterijų bei juos paaiškinančių faktorių pavadinimai ir numeriai.

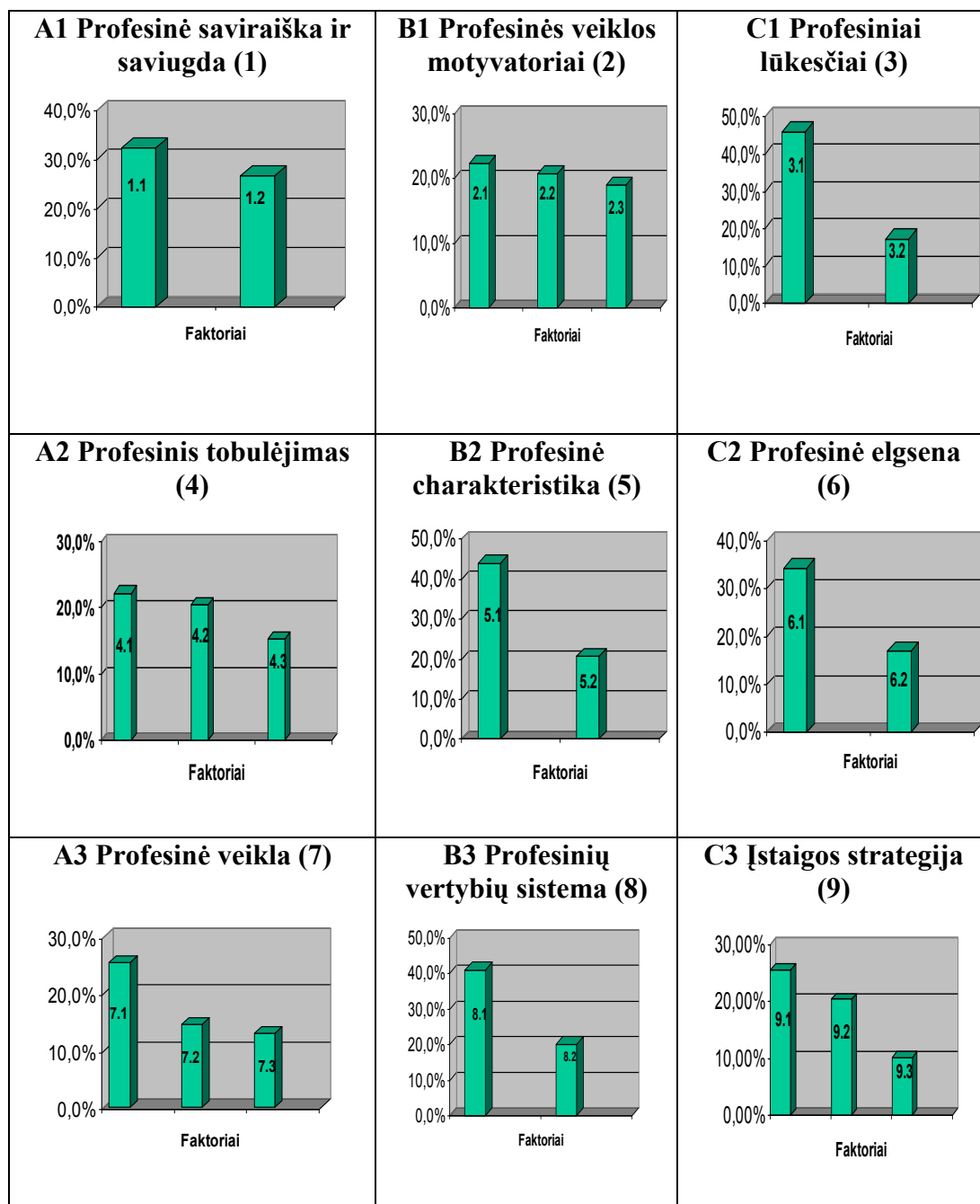
<b>Diagnostinio kriterijaus pavadinimas ir jo numeris</b>	<b>Faktoriaus pavadinimas ir jo numeris</b>
A1 Profesinė saviraiška ir saviugda (1)	1.1 Inovatyvus kvalifikacijos tobulinimas. 1.2 Kvalifikacijos tobulinimo trikdžiai.
B1 Profesinės veiklos motyvatoriai (2)	2.1 Higieniniai motyvatoriai.

	2.2 Tikrieji motyvatoriai. 2.3 Visuomeniniai motyvatoriai.
C1 Profesiniai lūkesčiai (3)	3.1 Profesinės veiklos organizavimas. 3.2 Darbinis mikroklimatas.
A2 Profesinis tobulėjimas (4)	4.1 Kvalifikacijos tobulinimo vietos. 4.2 Inovatyvios kvalifikacijos tobulinimo formos. 4.3 Tradicinis kvalifikacijos tobulinimas.
B2 Profesinė charakteristika (5)	5.1 Asmeninės ir profesinės savybės. 5.2 Profesinė hierarchija.
C2 Profesinė elgsena (6)	6.1 Profesinis aktyvumas. 6.2 Darbinės veiklos analizė.
A3 Profesinė veikla (7)	7.1 Slaugytojo profesionalumas ir teikiamos paslaugos. 7.2 Veiklos planavimas ir bendradarbiavimas. 7.3 Kvalifikacijos tobulinimas ir karjeros galimybės.
B3 Profesinių vertybių sistema (8)	8.1 Profesinės vertybės ir įstaigos veikla. 8.2 Profesinės vertybės ir bendradarbiavimas.
C3 Įstaigos strategija (9)	9.1 Sveikatos priežiūros įstaigos materialieji ištekliai. 9.2 Profesinis statusas reformos laikotarpiu. 9.3 Slaugytojų emocinė būseną reformos laikotarpiu.

Apibendrinant galima konstatuoti, kad faktorinės analizės metodo pagalba, neprarandant esminės informacijos, buvo sutankintas pradinių teiginių skaičius ir sudaryti tyrimo diagnostinius kriterijus atspindintys faktoriai.

Toliau ieškant statistinių sąryšių tarp teiginių, sujungtų į diagnostinius kriterijus, taikytas koreliacinės analizės metodas, t.y. skaičiuotas *Pearson'o* koreliacijos koeficientas. Apibendrinus rezultatus, išryškėjo reikšmingi statistiniai ryšiai tarp visų interkoreliacinės matricos akučių, išskyrus ryšį tarp profesinės saviraiškos ir saviugdos bei profesinės veiklos motyvatorių, tarp kurių abipusė koreliacija nėra statistiškai reikšminga. Gauti duomenys leidžia daryti prielaidą, kad visi diagnostiniai kriterijai silpniau ar stipriau susiję vienas su kitu. Koreliacinės analizės rezultatai leidžia daryti prielaidą, kad, vertinant slaugytojų profesinės socializacijos aspektus ir sąsajas su praktine veika, būtinas sisteminis aplinkybių vertinimas, kuris gali būti palankus

sveikatos politikos teorijai ir jos įgyvendinimo praktikai, o tuo pačiu ir sėkmingam slaugytojų profesinės socializacijos procesui.



**39 pav.** Diagnostiniai kriterijai ir juos sudarantys faktoriai (33 lentelė).

Kuo statistiniai ryšiai tarp diagnostinių kriterijų yra stipresni (pasirinkus reikšmingumo lygmenį  $p < 0,05$ ), tuo jų tarpusavio sąsajos reikšmingesnės, ir dėmesys, siekiant užtikrinti jų įgyvendinimą, turi būti didesnis. Šiuolaikiniam slaugytojui keliami profesiniai reikalavimai, tampriai susiję su slaugos

standartų įgyvendinimu praktinėje veikloje (Cooke, 2006). Įvertinus diagnostinių kriterijų koreliacinę matricą, matyti, kad tarpiausias ryšys stebimas tarp diagnostinio kriterijaus *Profesinė charakteristika*, kuris akcentuoja slaugytojo asmenines bei profesines savybes, ir diagnostinių kriterijų *Profesinė elgsena* ( $r=0,537$ ,  $p<0,01$ ), *Profesinė veikla* ( $r=0,535$ ,  $p<0,01$ ), *Profesinių vertybių sistema* ( $r=0,604$ ,  $p<0,01$ ). Vertybės formuoja asmens nuostatas, kurios yra vertinamojo pobūdžio ir, Robbins (2003) teigimu, jos gali būti: pasitenkinimas darbu, įsitraukimas į darbą (kiek žmogus susitapatina su darbu ir kaip aktyviai jame dalyvauja), įsipareigojimas organizacijai (lojalumo organizacijai ir savęs sutapatinimo su ja rodiklis) ir kt.

Taip pat stebimas vidutinio stiprumo ryšys tarp diagnostinio kriterijaus *Profesinė elgsena* ir *Profesinė veikla* ( $r=0,523$ ,  $p<0,01$ ), *Profesinių vertybių sistema* ( $r=0,566$ ,  $p<0,01$ ). Diagnostinis kriterijus *Profesinė veikla* tarpiai siejasi su diagnostiniu kriterijumi *Profesinių vertybių sistema* ( $r=0,561$ ,  $p<0,01$ ). Aktyvi profesinė veikla ir deramas jos įvertinimas sukelia pasitenkinimą darbu, o ne atvirkščiai (Faulkner, 1998). Visi paminėti diagnostiniai kriterijai respondentų įvardinti kaip reikšmingi ir vertinti palankiai. Vidutinio stiprumo ryšys tarp diagnostinių kriterijų *Profesiniai lūkesčiai* ir *Įstaigos strategija* ( $r=0,588$ ,  $p<0,01$ ), kuriuos respondentai įvertino nepalankiai, reikalauja išsamaus sisteminio vertinimo. Siekdami sklandžios reformos eigos, sveikatos politikai įvardija sveikatos priežiūros vadybos svarbą, kad darbuotojai būtų kompetentingi, motyvuoti teikti tinkamas sveikatos priežiūros paslaugas, kad žmogiškųjų išteklių vadybos funkcijos būtų nuoseklios (Martinez, Martineau, 1998). Tačiau šių uždavinių įgyvendinimą apsunkina procesą veikiančių faktorių valdymas. Pavyzdžiui, Didžiojoje Britanijoje dėmesys buvo sukonzentruotas į profesinių kvalifikacijų peržiūrėjimą, išsilavinimo ir kompetencijų vertinimą, siekiant išvengti jų dubliavimo. Tai sukėlė didelį profesionalų pasipriešinimą, todėl kai kurių pokyčių atsisakyta, siekiant išlaikyti specialistų lojalumą institucijai (Buchan, May, 1999).



Taikant faktorinės analizės metodą, buvo atskleista sukonstruotų diagnostinių kriterijų vidinė požymių struktūra, jų psichometrinė kokybė, tačiau neparodyta, kaip respondentai vertino tuos požymius. Respondentų požiūrių vertinimas yra aktualus, tiriant slaugytojų profesinę socializaciją veikiančius aspektus bei šio proceso sąsajas su praktine veikla. Tyrimo eigoje aptartas kiekvienas faktorius ir pademonstruota, kaip pasiskirstė tiriamųjų nuomonė, vertinant aptariamo faktoriaus teiginius. Aprašomosios statistikos metodai buvo naudoti pavienių teiginių lygmenyje. Apibendrinus respondentų požiūrį į faktorius apjungtoms teiginių grupėms, išryškėjo tiriamųjų palankiai ir nepalankiai vertintos nagrinėjamų procesų tendencijos.

Apibendrinant galima teigti, jog egzistuoja tokios pozityvios slaugytojų profesinę socializaciją ir tuo pačiu, kaip pasekminis ryšys, praktinės veiklos užtikrinimo tendencijos: slaugytojai supranta ir pozityviai vertina ne tik savo profesionalumo įtaką teikiamų paslaugų kokybei (pritarė net 90,4 proc. respondentų), bet ir sveikatos priežiūros įstaigos veiklos, įvaizdžio ir vidinės kultūros gerinimui (pritarė 81,5 proc. respondentų), sėkmingam komandiniam darbui (pritarė 76,1 proc. respondentų), saugiai darbinei aplinkai (pritarė 75,1 proc. respondentų). Stebimas individualus kiekvieno slaugytojo supratimas, kad nuolatinis profesinis tobulėjimas - tai jų profesionalumo garantas (pritarė 80 proc. respondentų).

Slaugytojams, kurių profesija pasižymi didžiuliu emociniu bei fiziniu krūviu ir kurių profesinė misija yra padėti bei užtikrinti slaugą, patiems yra svarbi darbinė atmosfera bei saugumas darbo vietoje. Kanados mokslininkų tyrimų rezultatai parodė, kad vieni svarbiausių veiksnių, dėl kurių didžioji dalis slaugytojų lieka dirbti – tai pasitenkinimas darbu bei organizacijos politika (*Sourdif, 2004*).

Pagrindiniai profesinės veiklos motyvatoriai apima profesinės veiklos turinį bei specialisto vaidmenį realizuojant profesinius tikslus. Jaučiamas nuosaikus slaugytojų profesijos prestižo (pritarė 38,5 proc. respondentų) bei karjeros galimybių vertinimas (pritarė 54,6 proc. respondentų). Atlikti tyrimai apie slaugytojų prestižą parodė, kad visuomenė slaugytojus suvokia labai

stereotipiškai (*Cunningham, 1999; Krebs et al., 1996; Tang et al., 1999*). Ši profesija kenčia nuo stereotipų, ir vyrauja nuomonė, kad šios profesijos atstovės moterys (jų yra dauguma) gali atlikti tik pagalbines asistuojančias funkcijas (*Takase, 2001*). Literatūroje pateikiami įvairūs šiuos stereotipus palaikantys faktoriai, įskaitant ir hierarchinę gydytojų – slaugytojų santykių struktūrą, kuri kyla dėl išsilavinimo lygio (*educational background*) (*Christman, 1998*), slaugos profesijos kilmės istoriją ir vaidmenį (*Darbyshire, 2000*), lyties vaidmens stereotipus (*Hallam, 1998*); žiniasklaidos tradicinio slaugytojo vaidmens sustiprinimą (*Darbyshire, 1997; Holmes, 1997*). Tiriant visuomenės stereotipinį poveikį slaugytojams, nustatyta, kad visuomenės suformuotų stereotipų poveikis slaugytojų suvokimui susijęs su jų savivokos, savigarbos, pasitenkinimo darbu plėtote, o taip pat ir su jų praktinės veiklos rezultatais. Apibendrinus rezultatus, nustatyta, kad reikia skatinti profesinę socializaciją ir teigiamą dirbančių asmenų savigarbą, kuri padeda apsisaugoti nuo neigiamo stereotipų poveikio slaugos praktikoje. Kuo didesnis neatitikimas tarp slaugytojų įvaizdžio visuomenėje ir slaugytojų savivokos, tuo žemesnė bus slaugytojų kolektyvinė savigarba bei pasitenkinimas darbu. Taip pat nustatytas profesijos prestižo, įvaizdžio neatitikimas tarp visuomenės stereotipų ir slaugytojų nuomonės apie save (*Takase et al., 2001, 2002*).

Tačiau respondentai puikiai suvokia, kokių asmeninių, profesinių savybių, bruožų reikia šiuolaikiniam slaugytojui, siekiančiam užtikrinti aktyvų profesinį profilį. Taip pat slaugytojai yra linkę daugiau pasitikėti savimi ir su jų profesionalumu bei teikiamomis paslaugomis susijusia profesine veikla. Slaugytojų profesinė elgsena grindžiama aktyvumu (pritarė 67,7 proc. respondentų) ir aiškiu savo profesinio vaidmens suvokimu, nors respondentai sutinka su nuostata, jog „slaugytojo profesija medicinos profesionalų požiūriu yra nepelnytai sumenkinta, priskiriant tik pagalbines, asistuojančias funkcijas“ (pritarė 73,6 proc. respondentų). Realiai formuojasi savarankiškas, veiklus specialistas, kurio profesionalumas gali užtikrinti sėkmingą sveikatos priežiūros komandos veiklą, o tuo pačiu praktinės veiklos efektyvumą. Australijos mokslininkai, atlikę tyrimą, nustatė, kad vienas iš veiksmų,

turėjusių įtakos slaugytojų pasitenkinimui darbu ir išlikimui sveikatos priežiūroje – tai profesinis savarankiškumas, autonomija (*O'Connell, Warelow, 2001, Aiken et al., 2004*).

Tyrimo eigoje išryškėjo negatyvios slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos tendencijos, kurios gali būti laikomos problemomis. Ryškėja neigiamas slaugytojų požiūris į inovatyvius kvalifikacijos tobulinimo metodus (pritarė 46 proc. respondentų), kurie galėtų palengvinti bei daryti nuoseklesnį profesinės kvalifikacijos tobulinimo procesą. Šį požiūrį iš dalies lemia tai, jog kvalifikacijos tobulinimui IT pagalba darbo vietoje nėra personalinių kompiuterių (pritarė 51,9 proc. respondentų ir 12,1 proc. nežino), kuriais slaugytojas gali naudotis jam patogiu laiku, o taip pat ir specialiai tam skirtu laiku (pritarė 56,8 proc. respondentų). Išryškėjo ribotos slaugytojų galimybės tobulinti profesinę kvalifikaciją aukštųjų mokyklų podiplominių studijų skyriuose (pritarė 34,0 proc. ir 27,4 proc. respondentų).

Vertinant slaugytojų profesinius lūkesčius, išryškėja nepalankios tendencijos, susijusios su profesinės veiklos organizavimu: neaiškios veiklos bei atsakomybės ribos ( pritarė 45,1 proc.), darbo krūvis neregamentuotas aiškiais kriterijais (pritaria 30,5 proc.), profesiniai lūkesčiai, turėti studijų laikotarpiu, darbinėje aplinkoje nepasiteisina (pritarė 37,5 proc.). Ž. Valiūnienės 2007 metais atlikto tyrimo apie psichologinio spaudimo raišką sveikatos priežiūros darbuotojų kolektyve duomenimis didelis darbo krūvis trečdaliui apklaustųjų yra psichologinio spaudimo atsiradimo priežastis. Taip pat tyrimo metu nustatyta, kad, siekiant šalinti psichologinio spaudimo įstaigoje apraiškas, būtina su darbuotojais derinti darbo krūvį, darbo atlikimo laiką. Šiai nuostatai pritarė kas antras tyrime dalyvavęs respondentas (*Valiūnienė, 2008*).

Tik trečdalis respondentų įstaigoje vykstančius pokyčius reformos laikotarpiu priima drąsiai. Nepalankų šio teiginio vertinimą iliustruoja sekantys pavyzdžiai: slaugytojo teikiamos paslaugos neįkainotos (pritarė 73,4 proc.), įstaigoje teikiamų paslaugų kainos nesubalansuotos ir nedengia realių darbo sąnaudų (pritarė 84,4 proc.). Taip pat stebima tendencija, jog sveikatos

reformos laikotarpiu tik deklaruojamas slaugos specialisto savarankiškumas, prasiplėtusios veiklos bei atsakomybės ribos (pritarė 34,4 proc.). Sveikatos priežiūros įstaigose nėra optimalaus slaugytojų skaičiaus (pritarė 65,6 proc.), kuris užtikrintų jų efektyvų funkcionavimą. Galima pastebėti labai svarbią aplinkybę, jog kas antras respondentas sveikatos reformos laikotarpiu jaučia neapibrėžtumą ir nerimą. Ž. Valiūnienės tyrimo duomenimis trečdalis sveikatos priežiūros darbuotojų išgyvena stresą, o ketvirtadalis - baimę ir netikrumą struktūrinių permainų metu (Valiūnienė, 2008).

Baigiant nagrinėti slaugytojų požiūrio vertinimą, norėusi grįžti prie pirminės diagnostinių kriterijų matricos ir, panaudojus spalvinę gamą, vizualiai apžvelgti susiklosčiusią situaciją. Žalia spalva pažymėti palankiai respondentų vertinti faktoriai ir tuo pačiu diagnostiniai kriterijai, o raudona spalva – diagnostiniai kriterijai, kuriuos vertindami respondentai išreiškė susirūpinimą (34 lentelė).

**34 lentelė.** Diagnostinių kriterijų matricos spalvinis vertinimas.

Praktinės veiklos dimensijos	Slaugytojų profesinės socializacijos charakteristikos		
	<i>A Profesinė kvalifikacija</i>	<i>B Profesinės vertybės</i>	<i>C Profesinės nuostatos</i>
<i>1 Sveikatos priežiūros priimtinumas</i>	<u>A1 Profesinė saviraiška ir saviugda</u> * P, V	<u>B1 Profesinės veiklos motyvatoriai</u> * P, V, S	<u>C1 Profesiniai lūkesčiai</u> * P, V, S
<i>2 Sveikatos priežiūros prieinamumas</i>	<u>A2 Profesinis tobulėjimas</u> * P, V	<u>B2 Profesinė charakteristika</u> * P, V, S	<u>C2 Profesinė elgsena</u> * P, V, S
<i>3 Sveikatos priežiūros tinkamumas</i>	<u>A3 Profesinė veikla</u> * P, V	<u>B3 Profesinių vertybių sistema</u> * P, V, S	<u>C3 Įstaigos strategija</u> * P, V, S

\* Diagnostinis kriterijus atskleidžiamas, remiantis: P – slaugytojų praktikų apklausos duomenimis; V – vyr. slaugytojų ir įstaigų vadovų apklausos duomenimis; S - studentų apklausos duomenimis.

Apibendrinus galima daryti prielaidas, kad slaugytojų profesinės socializacijos esmines charakteristikas (*Profesinė kvalifikacija, Profesinės nuostatos*) veikiančių probleminių diagnostinių kriterijų (*Profesinė saviraiška*

*ir saviugda, Profesiniai lūkesčiai, Profesinis tobulėjimas, Įstaigos strategija*) sisteminis vertinimas bei analizė galėtų padėti transformuoti slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos užtikrinimo procesą. Galima tikėtis, kad sėkminga slaugytojų profesinė saviraiška, saviugda, profesinių lūkesčių, pereinant iš mokymo aplinkos į darbinę, stimuliavimas, palankiai veiktų sveikatos priežiūros priimtinumą, kuris sąlygojamas medicinos, slaugos mokslų principų bei etikos reikalavimų užtikrinimu praktinėje veikloje.

Didesnis dėmesys nuolatiniam slaugytojų profesiniam tobulėjimui, decentralizuojant kvalifikacijos tobulinimo paslaugų teikimą ir sudarant galimybę pasirinkti paslaugą pagal poreikį, kokybę, pagerintų sveikatos priežiūros prieinamumą, kuris sąlygojamas sveikatos priežiūros paslaugų ekonominiu, komunikaciniu, organizaciniu priimtumu praktinėje veikloje.

Užtikrinant sveikatos priežiūros tinkamumą, kuris sąlygojamas sveikatos priežiūros paslaugų bei patarnavimų kokybės ir efektyvumo, būtina konsoliduoti medicinos profesionalų bei sveikatos priežiūros įstaigų potencialą, kad pavyktų užtikrinti valstybės nustatyta tvarka pripažįstamas sveikatos priežiūros sąlygas.

Taip pat tyrime buvo siekiama surasti tuos socialinius demografinius kintamuosius (*lytis, statusas, amžius, išsilavinimas, geografinė darbo vieta*), kurie gali paaiškinti slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos sąlygų užtikrinimo ypatumus. Demografinių socialinių veiksnių įtaka buvo tikrinama neparametriniais *Kruskal-Wallis* ir  $\chi^2$  testais, pasirinkus ( $p < 0,05$ ) reikšmingumo slenkstį.

Buvo iškeltos hipotezės, aktualios slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos užtikrinimo tyrime: 1) *Respondentų profesinis statusas daro įtaką profesinės socializacijos ir praktinės veiklos vertinimui*; 2) *Respondentų išsilavinimas daro įtaką profesinės socializacijos ir praktinės veiklos vertinimui*; 3) *Respondentų geografinė darbo vieta daro įtaką profesinės socializacijos ir praktinės veiklos vertinimui*; 4) *Respondentų darbo vieta (sveikatos sistemos grandis ir sektorius) bei darbo krūvis daro įtaką profesinės socializacijos ir praktinės veiklos vertinimui*; 5) *Respondentų amžius daro*

*įtaką profesinės socializacijos ir praktinės veiklos vertinimui; 6) Respondentų darbo stažas daro įtaką profesinės socializacijos ir praktinės veiklos vertinimui.*

Aptariant iškeltą pirmąją hipotezę, stebima, kad *respondentų profesinis statusas* darė įtaką 16 faktorių vertinimui (31 pav.).

Svarbu akcentuoti aktyvų studentų požiūrį, kuris pasireiškė vertinant net devynis iš 16 požymių – tai *profesiniai motyvatoriai, profesinės veiklos organizavimas, darbinės veiklos analizavimas, darbinis mikroklimatas* ir kt. Palankesnis jaunų žmonių požiūris leidžia daryti prielaidą, kad mokymosi institucijoje studentų profesinės socializacijos procesas vyksta palankiai, ugdomi atsakingi, motyvuoti, aktyvūs specialistai. Įvertinus šią aplinkybę, svarbu šias nuostatas sėkmingai plėtoti darbinėje aplinkoje, kad profesiniai lūkesčiai, turėti studijų laikotarpiu, pasiteisintų ir darytų palankesnę patį profesinės socializacijos procesą.

Antrosios hipotezės sociodemografinis veiksnys - *respondentų išsilavinimas* - daro įtaką 7 faktorių vertinimui (32 pav.).

Stebimas gana tolygus respondentų nuomonių pasiskirstymas. Respondentai įgiję išsilavinimą iki aukštojo mokslo reformos, labiau akcentuoja higieninius motyvatorius, tradicinį profesinės kvalifikacijos tobulinimą, profesinę hierarchiją. Respondentai, turintys aukštojo mokslo diplomus, labiau išskiria kvalifikacijos tobulinimo vietas, profesionalumo ir teikiamų paslaugų ryšį, karjeros galimybes.

Trečioji hipotezė - *Respondentų geografinė darbo vieta daro įtaką profesinės socializacijos ir praktinės veiklos užtikrinimo požymių vertinimui* - pasitvirtino ir turėjo įtakos net 18 požymių (faktorių) vertinimui (33 pav.).

Lietuvos sveikatos paslaugų sektoriuje įvardijamos problemos, susijusios su netolygiu specialistų pasiskirstymu tarp miesto ir kaimo. Stebimas aktyvesnis mažuose miestuose ir miesteliuose dirbančių respondentų vertinimas. Pastarieji labiau akcentuoja darbinį mikroklimatą, tradicinį profesinės kvalifikacijos tobulinimą, asmenines ir profesines savybes, profesinį aktyvumą, emocinę būseną reformos laikotarpiu. Didžiuosiuose miestuose

dirbantys slaugytojai labiau pažymi inovatyvų profesinės kvalifikacijos tobulinimą, kvalifikacijos tobulinimo vietas, visuomeninius motyvatorius, sveikatos priežiūros materialiuosius išteklius. Apibendrinus galima teigti, kad požymiai, darantys įtaką specialistų profesinės socializacijos procesui, priklausomai nuo sveikatos priežiūros įstaigos geografinės vietos, yra reikšmingi ir verti sisteminio vertinimo bei analizės.

Aptariant ketvirtą hipotezę - *Respondentų darbo vieta* (sveikatos sistemos grandis ir sektorius) *bei darbo krūvis daro įtaką profesinės socializacijos ir praktinės veiklos užtikrinimo požymių vertinimui* - pirmiausiai apžvelgsime respondentų vertinimą, priklausomai nuo jų sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamų paslaugų spektro ir dėl šios aplinkybės pačios įstaigos priskyrimo tam tikrai sveikatos sistemos grandžiai. Tyrimo duomenys rodo, kad vienuolikai požymių (faktorių) šis kintamasis turėjo įtakos (34 pav.).

Aktyvesnis antrinio lygio paslaugas teikiančių respondentų vertinimas gali būti sietinas su sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacija. Šie respondentai akcentavo profesinės kvalifikacijos tobulinimo trikdžius, tradicinį profesinės kvalifikacijos tobulinimą, asmenines ir profesines savybes, profesinį aktyvumą, profesionalumą ir teikiamas paslaugas, profesines vertybes.

Taip pat buvo nagrinėtas respondentų vertinimas priklausomai nuo jų sveikatos priežiūros įstaigos priklausomybės privačiam ar valstybiniam sektoriui. Tyrimo duomenys rodo, kad vienuolikai požymių (faktorių) šis kintamasis turėjo įtakos (35 pav.).

Respondentų, dirbančių abiejuose sektoriuose, vertinimai buvo reikšmingiausi ir gali būti paaiškinama esančia galimybe lyginti. Jie labiau akcentavo higieninius motyvatorius, profesinės veiklos organizavimą, profesinį aktyvumą, profesinės veiklos analizavimą, slaugytojo profesionalumą ir teikiamas paslaugas, profesinių vertybių sistemą, profesinį statusą.

Darbo krūvio įtaka taip pat nagrinėta vertinant ketvirtą hipotezę. Šis kintamasis turėjo įtakos tik penkiems požymiams (36 pav.).

Vertinant teiginius priklausomai nuo respondentų darbo krūvio, požūriai labai stipriai neišsiskyrė. Mažesniu darbo krūviu dirbantys

respondentai labiau pritarė profesinės veiklos organizavimui, profesiniam statusui reformos laikotarpiu bei sveikatos priežiūros materialiesiems ištekliams.

Penktoji hipotezė - *Respondentų amžius daro įtaką profesinės socializacijos ir praktinės veiklos užtikrinimo požymių vertinimui*. Tyrimo duomenimis šis veiksnys turėjo įtakos septyniolikai požymių (37 pav.).

Ženkliai išsiskyrė vyriausių respondentų grupė, kurių vertinimai buvo labiau išreikšti vertinant net trylika požymių iš septyniolikos. Šis sociodemografinis veiksnys tampriai siejasi su dar vienu veiksnium, kuris buvo nagrinėtas vertinant iškeltą šeštą hipotezę - tai *respondentų darbo stažas*. Tyrimo duomenys rodo, kad vienuolikai požymių šis kintamasis turėjo įtakos (38 pav.).

Aktyviausi vertintojai buvo didžiausią darbo stažą turintys respondentai. Tiek vyriausio amžiaus, tiek didžiausią darbo stažą turintys respondentai akcentavo profesinius motyvatorius, profesinės veiklos organizavimą, darbinį mikroklimatą, kvalifikacijos tobulinimą, asmenines ir profesines savybes, profesinį aktyvumą, profesionalumą, profesines vertybes bei faktorius, turinčius įtakos įstaigos strategijai. Galima teigti, kad patirtis yra esminis dalykas, vertinant slaugytojų profesinę socializaciją ir praktinę veiklą užtikrinančius požymius. Tai patvirtina ir pasaulyje atlikti demografinių kintamųjų ir profesinių vertybių tarpusavio sąryšio, užtikrinančio profesinę socializaciją, kaip lemiamą slaugytojų raidos aspektą, tyrimai (*Shinyashiki GT et al., 2006*).

Apibendrinant galima teigti, jog iškeltos hipotezės pasitvirtino: respondentų profesinis statusas, išsilavinimas, geografinė darbo vieta, sveikatos sistemos grandis ir sektorius, darbo krūvis, amžius, darbo stažas darė statistiškai reikšmingą įtaką profesinės socializacijos ir praktinės veiklos požymių vertinimui. Tyrimo duomenys leidžia teigti, kad didžiausią įtaką profesinės socializacijos ir praktinės veiklos požymių vertinimui turėjo respondentų darbo vietos geografinė priklausomybė.



## IŠVADOS

1. Slaugytojų profesinei socializacijai ir praktinei veiklai vertinti mokslinės literatūros studijų ir pirminių tyrimo klausimyno teiginių pagrindu sukurtas teorinis modelis bei suformuluoti devyni profesinės socializacijos charakteristikas ir praktinės veiklos dimensijas sujungiantys diagnostiniai kriterijai: profesinė saviraiška ir saviugda, profesinės veiklos motyvatoriai, profesiniai lūkesčiai, profesinis tobulėjimas, profesinė charakteristika, profesinė elgsena, profesinė veikla, profesinių vertybių sistema, įstaigos strategija. Kiekvienas diagnostinis kriterijus paaiškina vidutiniškai 58,76 procento bendrosios tyrimo instrumento teiginių sklaidos.

2. Tarp daugumos teorinio modelio interkoreliacinės matricos diagnostinių kriterijų, naudojamų slaugytojų profesinei socializacijai ir praktinei veiklai vertinti, taikant koreliacinės analizės metodą, nustatyti reikšmingi teigiami statistiniai ryšiai ( $p \leq 0,01$ ), kurie patvirtina sąsajas tarp slaugytojų profesinės socializacijos charakteristikų ir praktinės veiklos dimensijų.

3. Apibendrinus slaugytojų požiūrį į profesinę socializaciją bei praktinės veiklos užtikrinimą, atskleisti palankūs ir nepalankūs šių procesų vertinimo tendencijų aspektai:

3.1. palankūs aspektai – slaugytojai akcentuoja profesinių motyvatorių svarbą, profesinę elgseną grindžia aktyvumu ir aiškiu savo profesinio vaidmens suvokimu. Slaugytojo profesionalumas siejamas su teikiamų paslaugų kokybe, saugia darbine aplinka, sėkmingu komandiniu darbu, įvardijama profesinių vertybių svarba profesinėje veikloje.

3.2. nepalankūs aspektai –slaugytojų profesinės saviugdos ir saviraiškos procesas, kuris užtikrina nuoseklų profesinį tobulėjimą, panaudojant Lietuvos aukštųjų mokyklų (universitetų ir kolegijų) potencialą, yra apsunkintas. Profesiniai lūkesčiai, turėti studijų laikotarpiu, pasiteisino tik kas trečiam tiriamajam, ir tik kas ketvirtas slaugytojas įstaigoje vykstančius pokyčius

reformos laikotarpiu priima drąsiai, pritardamas, kad slaugytojo teikiamos paslaugos yra įkainotos, įstaigoje teikiamų paslaugų kainos subalansuotos ir dengia realias darbo sąnaudas.

4. Atlikus tyrimą, taikant neparametrinės analizės metodus ( $p < 0,05$ ), nustatyta, kad sociodemografiniai veiksniai lemia slaugytojų požiūrį į profesinę socializaciją ir praktinės veiklos užtikrinimą. Didžiausią įtaką daro geografinė darbo vieta, amžius, respondentų darbinis statusas, antroje vietoje - sveikatos sistemos grandis ir sektorius, darbo stažas, trečioje – išsilavinimas ir darbo krūvis.

## REKOMENDACIJOS

1. Slaugytojų profesinės socializacijos ir praktinės veiklos užtikrinimo procesas yra sudėtingas ir daugiakompleksinis. Būtų tikslinga išsamiau patyrinėti šį procesą, atskirų diagnostinių kriterijų lygmenyje, pavyzdžiui, tik profesinių lūkesčių, profesinės saviraiškos ir saviugdos ir t.t. Tokie tyrimai atskleistų gilesnius nagrinėjamos temos aspektus, kurių gal nepavyko atskleisti šiame tyrime.

2. Perspektyvoje atliekant slaugytojų profesinės socializacijos tyrimus, giliau išnagrinėti šio proceso užtikrinimo prielaidas, priklausomai nuo sociodemografinių veiksnių.

3. Sukurtą tyrimo instrumentą išbandyti kaimyninėse šalyse. Atlikti lyginamieji tyrimai šalyje, tiek už jos ribų, leistų atskleisti slaugytojų profesinės socializacijos bei praktinės veiklos užtikrinimo ypatumų įvairovę, savitumą, tendencijas, palyginti pokyčius.

4. Slaugytojams praktikams analizuoti savo profesinę veiklą, skleisti patirtį bei domėtis kolegų patirtimi.

5. Ypatingą dėmesį skirti sveikatos priežiūros reformos tikslų, uždavinių sklaidai sveikatos priežiūros įstaigų lygmenyje, o į procesų eigos aptarimus įtraukti kuo daugiau eilinių vykdytojų.

6. Decentralizuoti slaugytojų profesinės kvalifikacijos tobulinimo proceso valdymą, suteikiant galimybę pasirinkti paslaugą pagal poreikį, kokybę.

7. Atkreipti dėmesį į tyrimo metu išryškėjusius nepalankius respondentų vertinimus, išsamiau analizuoti priežastis bei galimas pasekmes.

## LITERATŪRA

1. Adams, O.; Hicks, V. (1998). Pay and Non-Pay Incentives, Performance and Motivation. *Health Policy and Planning*, 13, 107–120.
2. Akein HL., Buchan J., Sochalski j.,Nichols B., Powell M. (2004). Trends in International Nurse Migration. *Health Affairs*, 23(3), 69-77.
3. American Nurses' Association. (1965). Education for Nursing. *American Journal of Nursing*, 65(12), 106-111.
4. Andersson, P.E. (1993). The Perspective of Student Nurses and Their Perceptions of Professional Nursing During the Nurse Training Programme. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 808-815.
5. Armstrong, M. (1999). A Handbook of Human Resource Management Practice, Kogan Page, London.
6. Armstrong, M. (2000). Performance Management: Key Strategies and Practical Guidelines, Kogan Page, London.
7. Armstrong, M.; Brown, D. (2001). New Dimensions in Pay Management. CIPD Publishing, ISBN 0852928831, 9780852928837.
8. Atkins, S.; Williams, A. (1995). Registered Nurses' Experiences of Mentoring Undergraduate Nursing Students. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1006-1015.
9. Beardshaw, V.; Robinson R. (1990). New for Old?: Prospects for Nursing in the 1990's. King's Fund Institute, London.
10. Becher, T. (1989). Academic Tribes and Territories. Milton Keynes, Open University Press.
11. Becher, T. (1995). The Internalities of Higher Education. *European Journal of Education*, 30 (4), 395-406.
12. Becker, H.S.; Strauss, A.L. (1956). Careers, Personality, and Adult Socialization. *The American Journal of Sociology*, 62 (3), 253-263.
13. Bennett, S.; Franko, L.M. (1998). Public Sector Health Worker Motivation and Health Sector Reform: a Conceptual Framework. Major Applied Research 5, Technical Paper 1. Beehtsda, MD: ABT Associates.
14. Bennett, S.; Franko, L.M. (1999). Summary Proceedings: Workshop on

- Health Worker Motivation and Health Sector Reform. Major Applied Research 5, Working Paper 2. Beehtsda, MD: ABT Associates.
15. Berry, J. (1990). Psychology of Acculturation. In J. Berman (Ed.), Nebraska Symposium on Motivation: Cross Cultural Perspectives, 201-234. Lincoln: University of Nebraska.
  16. Block, L.M.; Claffey, C.; Korow, M.K.; McCaffrey, R. (2005). The Value of Mentorship Within Nursing Organizations. *Nursing Forum*, 40 (4), 134-140.
  17. Bourbonnais, F.F.; Kerr, E. (2007). Preceptoring a Student in the Final Clinical Placement: Reflections from Nurses in a Canadian Hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1543-1549.
  18. Bourdieu, P. (1993). *Sociology in Question*. Sage, London.
  19. Boyar, D.; Sentuna, B.; Palsin, H. (1989). Accelerated LPN-RN Nursing Education: is Role Socialization Lost Along the Way? *Journal of Nurse Education*, 28, 361-365.
  20. Boyle, D.K.; Popkess-Vawter, S.; Taunton, R.L. (1996). Socialization of New Graduate Nurses in Critical Care. *Heart and Lung*, 25, 141-154.
  21. Bradby, J. (1990). Status Passage into Nursing: Another View of the Process of Socialization into Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 1220-1225.
  22. Brooks, K.; Shepherd, J. (1992). Professionalism Versus General Critical Thinking Abilities of Senior Nursing Students in Four Types of Nursing Curricula. *Journal of Professional Nursing*, 8, 87-95.
  23. Bruhn J.G. (1987). The Changing Limits of Professionalism in Allied Health. *Journal of Allied Health*, 16, 111-118.
  24. Buchan, J. (1999). Determining Skill Mix: Lessons from an International Review. *Health Resources Delivery*, 3, 80-90.
  25. Buchan, J.; Ball, J.; O'May, F. (2000). Determining Skill Mix in the Health Workforce: Guidelines for Managers and Health Professionals. Issues in Health Services Delivery Paper No 3. Department of Organisation of Health Services Delivery, Geneva, WHO.
  26. Buchan, J.; May, F. (1999). Globalisation and Healthcare Labour Markets: a Case Study from the United Kingdom. *Human Resources for Health*

- Development*, 3, 199-209.
27. Bucher, R.; Strauss, A. (1961). Professions in Process. *American Journal of Sociology*, 66 (4), 325-334.
  28. Bučiūnienė, I. (2001). Strateginis žmogiškųjų išteklių planavimas // Sveikatos priežiūros įstaigų personalo vadyba: konferencija. Kaunas, 2001-04-(27-28).
  29. Callaghan, L. (2008). Advanced Nursing Practice: an Idea Whose Time has Come. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (2), 205-213.
  30. Carney, M. (2006). Understanding Organizational Culture: the Key to Successful Middle Manager Strategic Involvement in Health Care Delivery? *Journal of Nursing Management*, 14, 23-33.
  31. Čekanavičius, V.; Murauskas, G. (2003, 2004). Statistika ir jos taikymai (2 dalys). Vilnius. ISBN 9986-546-93-1; ISBN 9955-491-16-7.
  32. Chant, S.; Jenkinson, T.; Randle, J.; Russell, G. (2002). Communication Skills: Some Problems in Nursing Education and Practice. *Journal of Clinical Nursing*; 11, 12-21.
  33. Christman, L. (1998). Who is a Nurse? [Journal of Nursing Scholarship](#), 30 (3), 211-214.
  34. Clayton, G.M.; Broome, M.E.; Ellis, L.A. (1989). Relationship Between a Preceptorship Experience and Roles Socialization of Graduate Nurses. *Journal of Nursing Education*, 28, 72-75.
  35. Clouder, L. (2003). Becoming Professional: Exploring the Complexities of Professional Socialization in Health and Social Care. *Learning in Health and Social Care*, 2 (4), 213-222.
  36. Cohen, H.A. (1981). The Nurse's Quest for a Professional Identity. Addison-Wesley, Menlo Park, California.
  37. Cohen, S.; Scull, A. (1986). Social Control and the State: Historical and Comparative Essays. Blackwell, Oxford.
  38. Colucciello, M.L. (1990). Socialization into Nursing: a Developmental Approach. [Nursing Connections](#), 3 (2), 17-27.
  39. Condon, E.H. (1987). A Phenomenological Analysis of the Experience of Being Caring in a Nurse-Client Interaction. *Dissertation Abstracts International*, 49, 73B. (UMI No. 8800194).

40. Conway, M.E. (1983). Socialization and Roles in Nursing *In Annual Review of Nursing Research* (Werley M & Fitzpatrick J eds), Springer, New York, 183-208.
41. Cooke, H. (2006). The Surveillance of Nursing Standards: An organisational case study. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 975-984.
42. Coudret, N. A.; Fuchs, P. L.; Roberts, C. S.; Suhrheinrich, J. A.; White, A. H. (1994). Role Socialization of Graduating Student Nurses: Impact of a Nursing Practicum on Professional Role Conception. *Journal of Professional Nursing*, 10, 342-349.
43. Courtney, K.L.; Demiris, G.; Alexander, G.L. (2005). Information Technology Changing Nursing Processes at the Point-of-Care. *Nursing Administration Quarterly*, 29 (4), 315-322.
44. Cragg, C.E (1991). Professional Resocialization of Post-RN Baccalaureate Students by Distance Education. *Journal of Nursing Education*, 30, 256-260.
45. Crocker, L.M.; Brodie, B.J. (1974). Development of a Scale to Assess Student Nurses' Views of the Professional Nursing Role. *Journal of Applied Psychology*, 59, 233-235.
46. Cunningham, A. (1999). Nursing Stereotypes. *Nursing Standard*, 13, 46-47.
47. Curley, A.; McClure, G.; Spence, D. (2002). Management Issues in Healthcare. The New NHS: Modern, Definable? A Questionnaire to Assess Knowledge and attitudes to the new NHS, *Clinician in Management*, 11, 15-23.
48. Daly, W.M.; Carnwell, R. (2003). Nursing Roles and Levels of Practice: a Framework for Differentiating Between Elementary, Specialist and Advancing Nursing Practice. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 158-167.
49. Darbyshire, P. (1997). Qualitative Research: Is it Becoming a New Orthodoxy? [\*Nursing Inquiry\*](#), 4 (1), 1-2..
50. Darbyshire, P. (2000). User-Friendliness of Computerized Information Systems. *Computers in Nursing*, 18(2), 93-99.
51. Davis-Martin, S. (1990). Research on the Differences Between

- Baccalaureate and Associate Degree Nurses In *Review of Research in Nursing Education* vol III (Clayton G & Baj D eds), National League for Nursing, New York.
52. Dolan, G. (2003). Assessing Student Nurse Clinical Competency: will we ever get it right? *Journal of Clinical Nursing*, 12, 132-134.
  53. Du Toit, D. (1995) A Sociological Analysis of the Extent and Influence of Professional Socialization on the Development of a Nursing Identity Among Nursing Students at two Universities in Brisbane, Australia. *Journal of Advanced Nursing* 21, 164-171.
  54. Duff, V (1989). Perspective Transformation: the Challenge for the RN in the Baccalaureate Program. *Journal of Nursing Education* 28 (1), 38-39.
  55. Dumont, M. (1970). The Changing Face of Professionalism. In L. Netzer (Ed.), *Education, Administration and Change*, 20-26. New York: Harper & Row.
  56. Egger, D.; Lipson, D.; Adams, O (2000). Achieving the Rightbalance: the Role of Policy-making Processes in Managing Human Resources for Health Problems *World Health Organization, Geneva*, 73-78.
  57. Eraut, M. (1994). *Developing Professional Knowledge and Competence*. Falmer, London.
  58. Eraut, M.; du Boulay, B. (1999). *Developing the Attributes of Medical Professional Judgement and Competence*. Department of Health, London.
  59. ES Direktyva 77/453 EEC 1977 m. birželio 27 d. „Dėl teisinio ir administracinio slaugytojų, atsakingų už bendrąją slaugą, veiklos koordinavimo”
  60. Fagermoen, M. S. (1997). Professional Identity: Values Embedded in Meaningful Nursing Practice. *Journal of Advanced Nursing*, , 25, 434-441.
  61. Faulkner, A. (1998). *Effective Interaction with Patients*, 2nd edn. Churchill Livingstone, London.
  62. Fetzer, S. J. (2003). Professionalism of Associate Degree Nurses: the Role of Self-Actualization. *Nursing Education Perspectives*, New York, 24 (3), 139-143.
  63. Fox, R.; Henderson, A.; Malko-Nyhan, K. (2005). They Survive Despite the Organizational Culture, not Because of it’: A Longitudinal Study of



- New Staff Perceptions of What Constitutes Support during the Transition to an Acute Tertiary Facility *International Journal of Nursing Practice*; 11, 193-199.
64. Gerrish, C. (1990). Fumbling Along. *Nursing Times*, 86, 35-37.
  65. Gilmour, J. A.; Kopeikin, A.; Douche, J. (2007). Student Nurses as Peer-Mentors: Collegiality in Practice. *Nurse Education in Practice*, 7, 36-43.
  66. Glen, S.; Waddington, K. (1998). Role Transition from Staff Nurse to Clinical Nurse Specialist: a Case Study. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 283-290.
  67. Glenn, N.D. (1980). Values, Attitudes, and Beliefs. In: *Constancy and Chance in Human Development*. Cambridge: Harvard University Press.
  68. Global Nursing Workforce Project. The Global Nursing Review Initiative: Policy Options and Solutions (2005). Supported by the Burdett Trust for Nursing, International Council of Nurses, Project Communiqué No. 3, Geneva.
  69. Goffman, E. (1959/1971) *The Presentation of Self in Everyday Life*. Penguin, London.
  70. Gould, D.; Berridge, E.-J.; Kelly, D. (2007). The National Health Service Knowledge and Skills Framework and its Implications for Continuing Professional Development in Nursing. *Nurse Education Today*, 27, 26-34.
  71. Grant, A. (1988). Professionalism in Traditional and RN-BSN Completion Students in California. (Doctoral Dissertation, University of Texas at Austin, 1988). *Dissertation Abstracts International*, 89, 01324.
  72. Guest, D.E.; Conway, N. (2002). Communicating the Psychological Contract: an Employer Perspective. [\*Human Resource Management Journal\*](#), 12 (2), 22-38.
  73. Hageman, P.A. (1988). Ratings of Clinical Clerkship Feedback by Allied Health Faculty and Students. *Journal of Allied Health*, 17, 115-119.
  74. Hall, D.C. (1980). The Nature of Nursing and the Education of the Nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 5, 149-159.
  75. Hall, R. H. (1967). Concepts of Professionalism. Unpublished manuscript.
  76. Hall, R. H. (1968). Professionalism and Bureaucratization. *American Sociological Review*, 33, 92-104.

77. Hallam, J. (1998). From Angels to Handmaidens: Changing Constructions of Nursing's Public Image in Post-War Britain. *Nursing Inquiry*, 5 (1), 32-42.
78. Hayden, J. (1995). Professional Socialisation and Health Education Preparation. *Journal of Health Education* 26, 271–278.
79. Hendel, T., Gefen-Liban, D. (2003). Getting Ready for the Future: Assessing and Promoting Graduate Students' Organizational Values. *Nurse Education Today* 23, 482-491.
80. Henderson, V. (1966). *The Nature of Nursing*. Collier-MacMillan, London.
81. Herriot, P.; Hirsh, W.; Reilly, P. (1998). *Trust and Transition: Managing Today's Employment Relationship*, Wiley, Chichester.
82. Herriot, P.; Manning, W. E. G.; Kidd, J. M. (1997). The Content of the Psychological Contract. *British Journal of Management*, 8 (2), 151-162.
83. Hicks, V.; Adams, O. (2001). Pay and Non-pay Incentives, Performance and Motivation. Prepared for the Global Health Workforce Strategy Group. World Health Organization, Geneva.
84. Hillery, S. (1991). Factors Associated with Professional Role Socialization of Nurses. (Doctoral dissertation, Iowa State University, 1991). Dissertation Abstracts International, 91, 26199.
85. Hinshaw, A.S. (1977). Socialization and Resocialization of Nurses for Professional Nursing Practice. In *Socialization and Resocialization of Nurses for Professional Nursing Practice* (NLN Publication No. 15-1659, 1-15). New York: National League for Nursing.
86. Holmes, C. (1997). Ode to the School of Nursing, Geelong Campus, Deakin University, Victoria. *Nursing Inquiry*, 4 (1), 2-2.
87. Howkins, E. J.; Ewens, A. (1999). How Students Experience Professional Socialisation. *International Journal of Nursing Studies*, 36 (1), 41-50.
88. Humphries, A. (1987). The Transition from Student to Qualified Nurse. Unpublished BSc thesis, University of Leicester, Leicester.
89. Hurley-Wilson, B.A. (1988). Socialization for Roles. In M.E. Hardy & M.E. Conway (Eds.), *Role Theory: Perspectives for Health Professionals* (2nd ed., pp. 73-110). Norwalk, CT: Appleton and Lange.

90. Janušonis V. (2007). Galimybės integruoti sveikatos priežiūros išteklius regionuose, siekiant kokybiškesnių paslaugų gyventojams. Sveikatos priežiūros reforma: visuomenės lūkesčiai, vykdytojų ir ekspertų vertinimai. LRS, Vilnius, 61-68. ISBN 978-9986-18-157-6.
91. Janušonis, V. (2000). Sveikatos apsaugos sistemos organizacijų valdymas: XXI amžių pasitinkant. – Klaipėda: Klaipėdos rytas. – 265 p.
92. Jarvis, P. (1983). Professional Education. Croom Helm Ltd, Provident House.
93. Jordan, A.; McCall J.; Moore, W.; Reid, H.; Stewart, D. (2006). Health Systems in Transition: the Northern Ireland report. WHO, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
94. Just, G.; Adams, E & De Young, S. (1989). Faculty Practice Nurse Educators' Views and Proposed Models. *Journal of Nursing Education*, 28(4), 161-168.
95. Kasar, J.; Clark, E.N. (2000). Developing Professional Behaviors. Thorofare, NJ: Slack Incorporated.
96. Kelly, B. (1991). The Professional Values of English Nursing Undergraduates. *Journal of Advanced Nursmg* 16, 867-872.
97. Kiffen-Petersen, S.A.; Cordery, J.L. (2003). Trust, Individualism and Job Characteristics as Predictors of Employee Preference for Teamwork. *International Journal of Human Resource Management*, 14 (1), 93-116.
98. Koenig, K.; Johnson, C.; Morano, C.; Ducette, J. (2003). Development and Validation of a Professional Behavior Assessment. *Journal of Allied Health*, 32 (2), 86-89.
99. Kramer, M. (1968). Nurse Role Deprivation: A symptom of Needed Change. *Social Science and Medicine*, 2, 461-474.
100. Kramer, M. (1974). Reality Shock: Why Nurses Leave Nursing? C.V. Mosby, St Louis.
101. Krathwohl, D.R.; Bloom, B.S.; Masia, B.B. (1964). Taxonomy of Educational Objectives: the Classification of Educational Goals. - New York: Longman.
102. Krebs, L. U.; Myers, J.; Decker, G.; Kinzler, J.; Asfahani, P.; Jackson, J. (1996). The Oncology Nursing Image: Lifting the Mist. *Oncology Nursing*

- Forum*, 23, 1297-1304.
103. Kyrkjebøa, J. M.; Hage, I. (2005). What We Know and What They Do: Nursing Students' Experiences of Improvement Knowledge in Clinical Practice. *Nurse Education Today*, 25, 167-175.
  104. Lane, J. E. (2001). Viešasis sektorius: sąvokos, modeliai, požiūriai. Vilnius, Margi raštai.
  105. Lathlean, J. (1987). Are You Prepared to be a Staff Nurse? *Nursing Times*, 83, 25-27.
  106. Lave, J.; Wenger, E. (1991). Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation. Cambridge University, Cambridge, Massachusetts.
  107. Lawler, T.F. (1987). Effecting Change in a Community Hospital: Implications for Staff Development. *Journal of Continuing Education of Nurses*, 18 (2), 59-63.
  108. Lawler, T.G.; Rose, M.A. (1987). Professionalization: a Comparison Among Generic Baccalaureate, ADN, and RN/BSN Nurses. *Nurse Education*, 12(3), 19-22.
  109. Lawler, TG. (1988). Measuring Socialization to the Professional Nursing Role. In O.L. Strickland & C.F. Waltz (Eds.), *Measurement of Nursing Outcomes: Vol. 2. Measuring Nursing Performance: Practice, Education, and Research*, 32-53. New York: Springer.
  110. Leininger, M. (1967). The Culture Concept and its Relevance to Nursing. *Journal of Nursing Education*, 6(2), 27-37.
  111. Leininger, M. (1968). The Significance of Cultural Concepts in Nursing. *Minnesota League for Nursing Bulletin*, 6, 3-12.
  112. Levinson, H.M. (1967). Unionism, Concentration and Wage Changes: Toward a Unified Theory. *Industrial and Labor Relations Review*, 20, 198-205.
  113. Lloyd Jones M. (2005) Role Development and Effective Practice in Specialist and Advanced Practice Roles in Acute Hospital Settings: Systematic Review and Meta-Synthesis *Journal of Advanced Nursing*, 49 (2), 191–209.
  114. Lutz, E.; Elfrink, V.; Eddy, D. (1991). Research on Values and Values Education. In P. Baj & G. Clayton (Eds.), *Review of research in nursing*

- education: Vol. IV (107-139). New York: National League for Nursing.
115. Lynn, M. R.; McCain, N. L.; Boss, B. J. (1989). Socialization of RN-BSN Image, *Journal of Nursing Scholarship*, 21, 232-237.
  116. Maben, J.; Latter, S.; Macleod, C. J. (2006). The Theory–Practice Gap: Impact of Professional–Bureaucratic Work Conflict on Newly-Qualified Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 55 (4), 465–477.
  117. Mabey, C.; Salaman, G. (1995). Strategic Human Resource Management, Blackwell, Oxford.
  118. Martineau, T.; Buchan, J (2002). Human Resources and the Success of Health Sector Reform. *Human Resources for Health Development*, 4 (3).
  119. Martinez, J.; Martineau, T. (1998). Rethinking Human Resources: an Agenda for the Millenium. *Health Policy and Planning*, 13(4), 345-358.
  120. Maslow, A. (1995). Motivation and Personality (3rd ed.) New York: Harper & Row.
  121. Matulionis, A. V. (2003). Sociologija. Homo Liber, Vilnius.
  122. McCloskey, J.C.; McCain, B.E. (1987). Satisfaction, Commitment and Professionalism of Newly Employed Nurses *Journal of Nursing Scholarship*, 19 (1), 20-24.
  123. McCormack, B.; Slater, P. (2006). An Evaluation of the Role of the Clinical Education Facilitator. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 135-144.
  124. McKenna, B.G.; Smith, N.A.; Poole, S.J.; Coverdale, J.H. (2003). Horizontal Violence: Experiences of Registered Nurses in their First Year of Practice. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (1), 90-96.
  125. Melia, K.M. (1984). Student Nurses' Construction of Occupational Socialisation. *Sociology of Health and Illness*, 6 (2), 132-151.
  126. Melia, K.M. (1987). Learning and Working: the Occupational Socialisation of Nurses. Tavistock Publications, London.
  127. Merton, R.K. (1957). The Role-Set: Problems in Sociological Theory. *The British Journal of Sociology*, 8 (2), 106-120.
  128. Meulenbergs, T.; Verpeet, E.; Schotsmans, P.; Gastmans, C. (2004). Professional Codes in a Changing Nursing Context: Literature Review. *Journal of Advanced Nursing*, 46 (3), 331-336.
  129. Mohide, E. A.; Coker, E. (2005). Toward Clinical Scholarship: Promoting

- Evidence-Based Practice in the Clinical Setting. *Journal of Professional Nursing*, 21 (6), 372-379.
130. Monnig, Sr.G. (1978). Professionalism of Nurses and Physicians. In N. Chaska (Ed.), *Nursing Profession: Views Through the Mist*, 35-49. New York: McGraw-Hill.
  131. Moore, W.E. (1970). *The Professions Roles and Rules*. Russel Sage, New York.
  132. Morton-Cooper, A.; Palmer, A. (1993). *Mentorship and Preceptorship: a Guide to Support Roles in Clinical Practice*. Blackwell, Oxford.
  133. Narcisco, Throwe A.; Fought, S.G. (1987). Landmarks in the Socialization Process from RN to BSN. *Nurse Educator*, 12, 15-18.
  134. NCNM (2001). *Framework for the Establishment of Advanced Nurse Practitioner and Advanced Midwife Practitioner Posts*. National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery, Dublin.
  135. Nesler, M.S.; Hanner, M.B.; Melburg, V.; McGowan, S. (2001). Professional Socialization of Baccalaureate Nursing Students: Can Students in Distance Nursing Programs Become Socialized? *Journal of Nursing Education*, 40 (7), 293-302.
  136. Norman, I. J.; Watson, R.; Murrells, T.; Calman, L.; Redfern, S. (2002). The Validity and Reliability of Methods to Assess the Competence to Practise of Pre-Registration Nursing and Midwifery Students. *International Journal of Nursing Studies* 39, 133-145.
  137. O'Connell B., Warelow P. (2001). Challenges of Measuring and Linking Patient Outcomes to Nursing interventions in Acute Care Settings. *Journal of Nursing and Health Science*, 3:113-116.
  138. O'Neill, E.; Morrison, H. & McEwen, A. (1993). *Professional Socialization and Nurse Education: An Evaluation. Executive Summary*, School of Education, The Queen's University of Belfast.
  139. Olsson, H.M.; Gullberg, M.T. (1991). Nursing Education and Definition of the Professional Nursing Role. *Nurse Education Today*, 11(1), 30-36.
  140. Omstead, A.; Paget, M.A. (1969). Some Theoretical Issues in Professional Socialization. *Journal of Medical Education*, 44, 663-669.
  141. Owens, B. H.; Herrick, C. A.; Kelley, J. A. (1998). Prearranged

- Mentorship Program: Can It Work Long Distance? *Journal of Professional Nursing*, 14 (2), 78-84.
142. Park, J.R.; Chapple, M.; Wharrad, H.; Bradley, S. (2007). Early Nursing Career Experience for 1994–2000 Graduates from the University of Nottingham. *Journal of Nursing Management*, 15, 414-423.
  143. Partridge, K.B. (1978). Nursing Values in a Changing Society. *Nursing Outlook*, 26 (6), 350-360.
  144. Peters, T.J.; Wateman R.H. (1982). In Search of Excellence. Harper and Row, New York.
  145. Pruskus V. (2004). Sociologija. Vilniaus teisės ir verslo kolegija.
  146. Raths, L.E.; Harmin, M.; Simon, S.B. (1966). Values and Teaching: Working with Values in the Classroom - - CE Merrill Books.
  147. Rawls, A. (2000) Harold Garfinkel. In: *The Blackwell Companion to Major Social Theorists* (ed. G. Ritzer), 545-576. Blackwell, Oxford.
  148. Robbins, S. P. (2003). Organizacinės elgsenos pagrindai. Poligrafija ir informatika.
  149. Roehling, M.V. (1997). Conceptualizing the Psychological Contract: The Identification and Empirical Investigation. - Doctoral Dissertation, Michigan State University, East Lansing.
  150. Roehling, M.V.; Cavanaugh, M. A.; Moynihan, L.M.; Boswell, W. R. (2000). The Nature of the New Employment Relationship: A Content Analysis of the Practitioner and Academic Literatures. *Human Resource Management*, 39 (4), 305-320.
  151. Rogers, W. (1995). The Psychological Contract of Trust, Part 1, *Executive Development*, 8 (1), 15-19.
  152. Saarmann, L.; Freitas, L.; Rapps, J.; Riegel, B. (1992). The Relationship of Education to Critical Thinking Ability and Values Among Nurses: Socialization into Professional Nursing. *Journal of Professional Nursing*, 8, 26-34.
  153. Sakalas, A. (2003). Personalo vadyba. Margi raštai, Vilnius.
  154. Saunders, M.N.K.; Thornhill, A. (2003). Organisational Justice, Trust and the Management of Change: An Exploration. *Personnel Review*, 32 (3), 360-375.

155. Schank, M. J.; Weis, D.; Ancona, J. (1996). Reflecting Professional Values in the Philosophy of Nursing. *Journal of Nursing Administration*, 26(7/8), 55-60.
156. Schein, E. (1978). *Career Dynamics: Matching Individual and Organizational Needs* Addison-Wesley, Reading, MA.
157. Schein, E. (1992). *Organizational Culture and Leadership*. 2nd edn. San Francisco: Jossey Bass.
158. Schein, E.H. (1978). *Career Dynamics: Matching Individual and Organizational Needs*, Addison-Wesley, Reading, MA.
159. Schon, D. A. (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. Basic Books, London.
160. Schon, D. A. (1987). *Educating the Reflective Practitioner*. Jossey-Bass, San Francisco.
161. Schwartz, S.; Bilsky, W. (1987). Towards Universal Psychological Structure of Human Values. *Journal of Personality & Social Psychology*, 53, 550-562.
162. Segrott, J.; McIvor, M.; Green, B. (2006). Challenges and Strategies in Developing Nursing Research Capacity: A Review of the Literature *International Journal of Nursing Studies*, 43, 637-651.
163. Settersten, L. (1991). Professionalism of Nurse Practitioners. *Journal of American Academy of Nurse Practitioners*, 3, 145-151.
164. Shinyashiki, GT, Mendes, IAC, Trevizan, MA, Day, RA (2006). Professional Socialization: Students Becoming Nurses. *Rev Latino-am Enfermagem Julho-agosto*; 14(4), 601-607.
165. Shuval, J.T. (1980). *Entering Medicine. The Dynamics of Transition*. Pergamon Press, Oxford.
166. Sigma Theta Tau International. (1999). *Clinical Scholarship White Paper: Knowledge Work, in Service of Care, Based on Evidence*. Indianapolis, IN: Sigma Theta Tau International.
167. Simpson, I. H. (1967). Patterns of Socialization into Professions: The Case of Student Nurses. *Sociological Inquiry*, 37(1), 47-54.
168. Simpson, I.; Back, K.; Ingles, T.; Kerckhoff, A.; McKinney, J. (1979). *From Student to Nurse*. Cambridge University Press, New York.



169. Smith, O. (2003). Advanced Nursing Practice in Emergency Care. *The All Ireland Journal of Nursing and Midwifery*, 2, 40-44.
170. Smithson, J.; Lewis, S. (2000). Is Job Insecurity Changing the Psychological Contract? *Personnel Review*, 29 (6), 680-702.
171. Sniezek, E. (1972). Hall's Professionalism Scale: an Empirical Reassessment. William Western Kentucky University, *American Sociological Review*, 37, 109-114.
172. Sobol, E. (1978). Self-Actualization and the Baccalaureate Nursing Student's Response to Stress. *Nursing Research*, 27, 235-244.
173. Sofarelli, D.; Brown, D. (1998). The Need for Nursing Leadership in Uncertain Times. *Journal of Nursing Management.*, 6(4), 201-207.
174. Sparkes, V.J. (2002). Profession and Professionalisation. *Physiotherapy*, 88, 481-492.
175. Sourdif J. (2004). Predictors of Nurses' Intent to Stay at Work in a University Health Center. *Nurs Health Sci*, 6(1):59-68.
176. Stemple, J. (1988). Measuring Nursing Care Role Orientation. In O.L. Strickland & C.F. Waltz (Eds.). *Measurement of Nursing Outcomes. Vol. 2: Measuring Nursing Performance. Practice, Education, and Research*, 19-31. New York: Springer.
177. Stetler, C.; Brunell, M.; Giuliano, K.; Morsi, D.; Prince, L.; Newell-Stokes, V. (1998). Evidence-Based Practice and the Role of Nursing Leadership. *Journal of Nursing Administration*, 28, 45-51.
178. Stone, H.; Knopke, H. (1978). Data Gathering Instruments for Evaluation Educational Programs in the Health Sciences. Unpublished Manuscript, University of Wisconsin, Madison.
179. Strasen, L. (1989). Self Concept Improving the Image of Nursing. *Journal of Nursing Administration*, 19 (1), 4-5.
180. Strauss, A.L. (1975). The Nurse as Care-Giver Managerial Agent vs. Therapist. In Marcella Z. Davis, Marlene Kramer and Anselm L. Strauss (eds.). *Nurses in Practice; A Perspective on Work Environments*; 129-133. St. Louis; Mosby.
181. Styles, M. (1982). Professionalism and Professionhood. In Styles M. (Ed.) *On Nursing: Toward a New Endowment*, 7-9, Louis: Mosby.

182. Takase, M.; Kershaw, E.; Burt, L. (2001). Nurse-Environment Misfit and Nursing Practice. *Journal of Advanced Nursing*; 35 (6), 819-826.
183. Takase, M.; Kershaw, E.; Burt, L. (2002). Does Public Image of Nurses Matter? *Journal of Professional Nursing*, 18 (4), 196-205.
184. Tang, K.C.; Dufield, C.; Chen, X.; Choucair, S.; Creegan, R.; Mark, C.; Lesley, G. (1999). Nursing as a Career Choice: Perceptions of School Students, Speaking Arabic, Serbo-Croatian, Spanish, Turkish or Vietnamese at Home. *Australian Health Review* 22, 107-121.
185. Taylor, C. A. (2007). Collaborative Approach to Developing “Learning Synergy“ in Primary Health Care. *Nurse Education in Practice*, 7, 18-25.
186. Taylor, H. R.; Westcott, E.; Bartlett, H. P. (2001). Measuring the Socialization of Graduate and Diplomate Nurses Using the Corwin Role Orientation Scale *Journal of Advanced Nursing*, 33 (1), 20-28.
187. Tzenga, H.-M.; Ketefianb, S.; Redman, R. W. (2002). Relationship of Nurses’ Assessment of Organizational Culture, Job Satisfaction, and Patient Satisfaction with Nursing Care *International Journal of Nursing Studies*, 39, 79-84.
188. Vaughan, B. (1980). Newly Qualified Staff Nurses: Factors Affecting Transition. Unpublished MSc thesis, University of Manchester, Manchester.
189. Valiūnienė, Ž. (2008). Psichologinio spaudimo raiška sveikatos priežiūros darbuotojų kolektyve. *Sveikatos mokslai*, 6(60),1983-1987.
190. Walker, B.J. (2000). The Impact of Systems Redesign on Staff, Patient and Financial Outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 30, 77-89.
191. Walker, C.A. (1986). The Newly Qualified Staff Nurse's Perception of the Transition from Student to Trained Nurse. Unpublished MSc thesis, University of Manchester, Manchester.
192. Walker, K. (2005). Reaching for the Stars: Career Advancement and the Registered Nurse. *International Journal of Nursing Practice*, 11 (4), 185-190.
193. Ward, R.; Moule, P. (2007). Supporting Pre-Registration Students in Practice: A Review of Current ICT Use. *Nurse Education Today*, 27, 60-67.

194. Watkins, M.J. (2000). Competency for Nursing Practice. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 338-343.
195. Weis, D.; Schank, M.; Eddy, D.; Elfrink, V. (1993). Professional Values in Baccalaureate Nursing Education. *Journal of Professional Nursing*, 9, 336-342.
196. Weis, D.; Schank, M.J. (1997). Toward Building an International Consensus in Professional Values. *Nurse Education Today*, 17, 366-369.
197. Weis, D.; Schank, M.J. (2000). An Instrument to Measure Professional Nursing Values. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(2), 201-204.
198. Welland, B. (1988). Professionalism in graduates of diploma, associate degree and baccalaureate nursing programs. (Doctoral dissertation, Northern Illinois University, 1988). Dissertation Abstracts International, 88, 22376.
199. Wentworth, W.M. (1980). Context and Understanding: An Inquiry Into Socialization Theory. - Greenwood Pub Group.
200. While, A.E. (1994). Competence Versus Performance: Which is More Important? *Journal of Advanced Nursing*, 20, 525-531.
201. Winskill, R. (2000). Is Competency Based Training/Education Useful for Workplace Training? *Contemporary Nurse*, 9 (2), 115-119.
202. Woolley, A.S (1978). From RN to BSN Faculty Perceptions. *Nursing Outlook*, 26,103-108.
203. World Health Organization (2004). A Guide to Rapid Assessment of Human Resources for Health. Geneva.
204. World Health Organization. 2000. The World Health Report. Health Systems: Improving Performance. Geneva:
205. Yoder, L.H. (1995). Staff Nurses' Career Development Relationships and Self-Reports of Professionalism, Job Satisfaction, and Intent to Stay. *Nursing Research.*, 44(5), 290-292.
206. [www.who.int/health-services-delivery/inbalances/report.pdf](http://www.who.int/health-services-delivery/inbalances/report.pdf)
207. <http://www.nursingworld.org/>.

## NAUDOTŲ DOKUMENTŲ SĄRAŠAS

1. Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo (1991). Lietuvos Aukščiausios Tarybos nutarimas Nr. I-1939.
2. Dėl teisinio ir administracinio slaugytojų, atsakingų už bendrąją slaugą, veiklos koordinavimo (1977). ES Direktyva 77/453 EEC birželio 27 d.
3. Dėl slaugytojų profesinio tobulinimo, privalomo bendrosios ir (ar) specialiosios praktikos slaugytojų licencijų ir sertifikatų (kai jie privalomi) perregistravimo ar galiojimo atnaujinimo tvarkos ir masto nustatymo (2001). LR SAM įsakymas Nr.512.
4. Dėl slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų patvirtinimo (2007). LR SAM įsakymas Nr. V-1026.
5. Dėl sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimo ir finansavimo tvarkos (2002). LR SAM įsakymas Nr. 132.
6. Dėl sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programos patvirtinimo.(2008). LR SAM įsakymas Nr. V-160.
7. Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo (2003). LR Vyriausybės nutarimas Nr.335.
8. Dėl strateginio sveikatos priežiūros ir farmacijos žmonių išteklių planavimo Lietuvoje 2003-2020 m. programos patvirtinimo pakeitimo (2005). LR SAM įsakymas Nr.V-891.
9. LR Aukštojo mokslo įstatymas (2000).Vilnius: Valstybės žinios Nr.27-715.
10. LR SAM 2007-2009 metų sutrumpintas strateginis veiklos planas (2007). LR Vyriausybės nutarimas Nr.140.
11. Lietuvos Slaugos politikos strategija. Gairės (2005). Kaunas. KMU.
12. Lietuvos Sveikatos programa (1998). Vilnius: Valstybės žinios Nr.64-1842.
13. LR Slaugos praktikos įstatymas (2001). Vilnius: Valstybės žinios Nr.62-2224.
14. LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (1998). Vilnius: Valstybės žinios Nr.109-2995.
15. LR Sveikatos sistemos įstatymas (1994). Vilnius: Valstybės žinios Nr.63-1231.

16. Medicinos norma MN28:2004 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ (2004). LR SAM įsakymas Nr.V-437.
17. Mokymosi visą gyvenimą memorandumas (2001). Europos komisija. Vilnius.
18. Slaugos personalo įdarbinimo ir darbo bei gyvenimo sąlygų konvencija 1977 m. birželio 21 d. (2007). LR Vyriausybės nutarimas Nr.X-1082. Vilnius: Valstybės žinios Nr.49-1885.
19. Slaugytojo profesinės etikos kodeksas. <http://www.bioetika.sam.lt>
20. Sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategija (2004). LR SAM įsakymas Nr. V-718.
21. Tolesnės sveikatos sistemos plėtros 2007-2015 metų metmenys. Projektas.

## PUBLIKACIJŲ DISERTACIJOS TEMA SĄRAŠAS

Lietuvos mokslo tarybos patvirtinto sąrašo tarptautinėse duomenų bazėse referuojamuose leidiniuose:

1. Jankauskienė, Žymantė; Kubilienė, Erika; Juozulynas, Algirdas; Venalis, Algirdas. Slaugytojų profesinė socializacija užtikrinant praktinę veiklą // *Medicina*/ 2008, priimtas spaudai.
2. Jankauskienė, Žymantė; Kubilienė, Erika; Juozulynas, Algirdas. Slaugytojų darbinis statusas, lemiantis profesinės socializacijos aspektų vertinimą // *Sveikatos mokslai* / ISSN 1392-6373. 2008, nr. 6(60), p. 2063-2072. [INCLUDED in INDEX COPERNICUS DATABASE].
3. Jankauskienė, Žymantė; Kubilienė, Erika; Karenauskaitė, Violeta; Juozulynas, Algirdas. Slaugos specialistų profesinė raiška sveikatos reformos vyksmo sąlygomis // *Sveikatos mokslai* / ISSN 1392-6373. 2007, nr. 5(52), p. 1238-1242. [INCLUDED in INDEX COPERNICUS DATABASE].
4. Jankauskienė, Žymantė; Gostevičienė, Birutė; Matuizienė, Jurgita; Juozulynas, Algirdas. Vilniaus miesto slaugytojų amžius, išsilavinimas ir poreikis // *Sveikatos mokslai* / ISSN 1392-6373. 2006, nr. 4(45), p. 251-254. [INCLUDED in INDEX COPERNICUS DATABASE].
5. Jankauskienė, Žymantė; Juozulynas, Algirdas; Kubilienė, Erika; Rotomskis, Ričardas. Inovacinių technologijų taikymo galimybės siekiant slaugos specialistų europinio kvalifikacijų skaidrumo // *Sveikatos mokslai* / ISSN 1392-6373. 2005, nr. 3(40), p. 37-42. [INCLUDED in INDEX COPERNICUS DATABASE].
6. Jankauskienė, Žymantė; Prapiestis, Jonas; Juozulynas, Algirdas; Liepuonienė, Rita. Sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių politikos vystymasis // *Sveikatos mokslai* / ISSN 1392-6373. 2005, nr. 2(39), p. 70-75. [INCLUDED in INDEX COPERNICUS DATABASE].

Kituose recenzuojamuose mokslo leidiniuose:

7. Jankauskienė, Žymantė; Gostevičienė, Birutė. Slaugos specialistų rengimo raida // *SLAUGA. Mokslas ir praktika.* / Slaugos darbuotojų tobulinimosi ir specializacijos centras. Vilnius. ISSN 1648-0570. 2007, nr.12(132), p. 10-11.
8. Jankauskienė, Žymantė; Gostevičienė, Birutė; Užaitė, Laima. Sveikatos priežiūros specialistų rengimo problemos Lietuvos kolegijose. Žmonių

- ištekliai sveikatos priežiūroje // Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2006 / ISSN 1648-7338. Vilnius, 2007, p. 48-50.
9. Jankauskienė, Žymantė; Kubilienė, Erika. Slaugos specialistų profesinė raiška besimokančioje visuomenėje // Slauga:mokslas ir mokymasis: tarptautinė mokslinė-praktinė konferencija / ISBN 978-9955-419-27-3.Vilnius, VU Medicinos fakultetas, 2007, p. 5-7.
  10. Jankauskienė, Žymantė; Kubilienė, Erika; Juozulynas, Algirdas. Partnerystės įtaka sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių reformai// Šiuolaikinės tarptautinės sąveikos formos viešajame sektoriuje: tarptautinė mokslinė-praktinė konferencija/ ISBN 9955-19-044-2. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2006, p. 84-91.
  11. Jankauskienė, Žymantė; Kubilienė, Erika; Karenauskaitė, Violeta; Rotomskis, Ričardas. Vocational Education and Training of Nurses in Lithuania: Possibilities of ICT Appliance Seeking for Transparency of European Qualifications // European Educational Research Journal, Education on-line (BEJ) / 2005, ISSN 1474 -9041. <http://www.leeds.ac.uk/educol/documents/150768.htm>
- Publikuoti ir pristatyti tarptautinėse konferencijose:
12. Jankauskienė, Žymantė; Kubilienė, Erika; Karenauskaitė, Violeta; Rotomskis, Ričardas. Mokymasis visą gyvenimą stiprinant slaugos specialistų profesinę socializaciją. Kas skatina aukštojo mokslo vystymąsi konkurencingame pasaulyje? // 28-asis Europos aukštojo mokslo vadybos ir tarpinstitucinių tyrimų asociacijos forumas / Roma, “Libera Università Internazionale Degli Studi Sociali”, 2006, p. 1-12. CD-Rom.
  13. Jankauskienė, Žymantė; Kubilienė, Erika. Neatsiejamas nuo darbo mokymas – slaugos specialistų tobulinimo perspektyva // Sveikatos priežiūros specialistų rengimas – praeitis, dabartis, ateitis, tarptautinės konferencijos medžiaga / ISBN 9955-519-59-2. Vilnius, Vilniaus kolegija, 2005, p. 5-17.
  14. Jankauskienė, Žymantė; Kubilienė, Erika. Innovative Technologies with a View to Professional Socialization of Nursing Specialists. // Tarptautinės konferencijos medžiaga / ISBN 9984-19-813-8. Ryga, Rygos medicinos kolegija, 2005, p. 17-21.

## **PRIEDAI**



Vilniaus kolegijos  
Sveikatos priežiūros fakultetas

Tyrimo pavadinimas  
**Slaugytojo profesinės socializacijos vertinimas**

Anketa

Gerbiamieji,

maloniai prašome įvertinti anketoje pateiktus teiginius, išreikšdami savo pritarimą ar nepritarimą balais. Užpildytos anketos padės išsiaiškinti Jūsų nuomonę apie profesinį statusą veikiančius faktorius, problemas, padės įvertinti esamą situaciją žmogiškųjų išteklių politikos požiūriu bei ieškoti būdų esamai situacijai pagerinti. Anonimiškumą ir konfidencialumą garantuojame.

Slaugytojo **profesinė socializacija** – procesas, kurio metu įgyjamos žinios, gebėjimai, vertybės ir vaidmenys, užtikrinantys slaugytojų profesionalumą bei jo pokyčius.

**Tikslas** - įvertinti slaugytojo profesinę socializaciją.

**Uždaviniai:**

1. Apibrėžti profesinių žinių įgijimo bei profesinių įgūdžių lavinimo svarbą slaugytojų profesinei socializacijai.
2. Įvertinti slaugytojo vertybių poveikį profesinei veiklai.
3. Išsiaiškinti profesines nuostatas bei jų svarbą slaugytojo profesinei socializacijai.
4. Išsiaiškinti slaugytojo požiūrį į veiksnius, lemiančius profesinę socializaciją.
5. Ištirti slaugytojo profesinės socializacijos įtaką teikiamų paslaugų kokybei.

Atsakymų žymėjimo pavyzdys:

<b>Teiginiai</b>	<b>1 balas (visiškai nepritariu)</b>	<b>2 balai (nepritariu)</b>	<b>3 balai (nežinau, negaliu apsispręsti)</b>	<b>4 balai (pritariu)</b>	<b>5 balai (visiškai pritariu)</b>
Dalį kvalifikacijos tobulinimo laiko slaugytojas skiria bendriesiems gebėjimams ugdyti.	+				

Prašome savo pritarimo konkrečiam teiginiui laipsnį įvertinti balais. Vienam teiginiui įvertinti naudokite tik vieną iš penkių balų.

**I. Profesinių žinių bei įgūdžių įgijimo svarba slaugytojo profesinei socializacijai**

<b>Teiginiai</b>	<b>1 balas (visiškai nepritariu)</b>	<b>2 balai (nepritariu)</b>	<b>3 balai (nežinau, negaliu apsispręsti)</b>	<b>4 balai (pritariu)</b>	<b>5 balai (visiškai pritariu)</b>
Pagrindinė slaugytojo profesinės kvalifikacijos tobulinimo vieta – tai slaugos specialistų tobulinimo centras.					
Pagrindinė slaugytojo profesinės kvalifikacijos tobulinimo vieta – tai Lietuvos kolegijų podiplominių studijų skyriai.					
Pagrindinė slaugytojo					

<b>Teiginiai</b>	<b>1 balas (visiškai nepritariu)</b>	<b>2 balai (nepritariu)</b>	<b>3 balai (nežinau, negaliu apsispręsti)</b>	<b>4 balai (pritariu)</b>	<b>5 balai (visiškai pritariu)</b>
profesinės kvalifikacijos tobulinimo vieta – tai Lietuvos universitetų podiplominių studijų centrai.					
Pagrindinė slaugytojo profesinės kvalifikacijos tobulinimo vieta – tai profesinių draugijų organizuotos konferencijos.					
Dalių kvalifikacijos tobulinimo laiko slaugytojas skiria bendriesiems gebėjimams ugdyti (psichologinių, pedagoginių, kompiuterinio raštingumo, užsienio kalbos).					
Kvalifikacijos tobulinimo formos: stažuotės, seminarai, kursai.					
Kvalifikacijos tobulinimo formos: konferencijos, paskaitos įstaigoje.					
Kvalifikacijos tobulinimo formos: nuotoliniu būdu per specializuotus žurnalus.					
Kvalifikacijos tobulinimo formos: nuotolinės studijos pasitelkus IT.					

<b>Teiginiai</b>	<b>1 balas (visiškai nepritariu)</b>	<b>2 balai (nepritariu)</b>	<b>3 balai (nežinau, negaliu apsispręsti)</b>	<b>4 balai (pritariu)</b>	<b>5 balai (visiškai pritariu)</b>
Kvalifikacijos tobulinimo formos: nuolatinis savarankiškas kvalifikacijos tobulinimas.					
Kvalifikacijos tobulinimo formos: dalyvavimas moksliniuose tyrimuose, straipsnių rengimas, publikavimas, pristatymas konferencijose.					
Perspektyvi slaugytojo profesinės kvalifikacijos tobulinimo forma: naudojantis IT nuotoliniu būdu darbo vietoje.					
Kvalifikacijos tobulinimas taikant IT darbo vietoje: yra asmeniniais kompiuteriais, kuriuo slaugytojas gali naudotis jam patogiu laiku.					
Slaugytojas motyvuotas tobulinti kvalifikaciją nuotoliniu būdu darbo vietoje, nes tai yra savirealizacijos išraiška lemianti profesionalumą.					
Kvalifikacijos tobulinimas					

<b>Teiginiai</b>	<b>1 balas (visiškai neprita- riu)</b>	<b>2 balai (neprita- riu)</b>	<b>3 balai (neži- nau, negaliu apsi- spręsti)</b>	<b>4 balai (prita- riu)</b>	<b>5 balai (visiškai pritarau)</b>
nuotoliniu būdu darbo vietoje yra per daug sudėtingas procesas, nes nėra šiai veiklai specialiai skirto laiko.					
Kvalifikacijos tobulinimas nuotoliniu būdu darbo vietoje yra per daug sudėtingas procesas, nes įstaigose nėra specialiai tam skirtų kompiuterių.					
Slaugytojo profesinės kvalifikacijos tobulinimo procesas nepriklauso nuo licencijos galiojimo laiko.					
Profesinės kvalifikacijos tobulinimą slaugytojas sieja su finansine gerove bei karjeros galimybėmis.					
Profesinės kvalifikacijos tobulinimas stiprina slaugytojo profesinį statusą darbinėje aplinkoje					
Įstaigoje sukurta dalinimosi gerąja patirtimi sistema tarp kolegų, grįžus iš kvalifikacijos tobulinimo renginių.					

<b>Teiginiai</b>	<b>1 balas (visiškai neprita- riu)</b>	<b>2 balai (neprita- riu)</b>	<b>3 balai (neži- nau, negaliu apsi- spręsti)</b>	<b>4 balai (prita- riu)</b>	<b>5 balai (visiškai pritarium)</b>
Teikiamų paslaugų kokybės gerėjimą užtikrina slaugytojo profesinės žinios ir įgūdžiai.					
Saugi darbinė aplinka įstaigoje priklauso nuo slaugytojo profesinių žinių ir įgūdžių.					
Slaugytojų profesinės žinios ir įgūdžiai užtikrina įstaigos įvaizdžio ir vidinės kultūros gerinimą.					
Dalyvavimas priimant sprendimus priklauso nuo slaugytojo profesinių žinių ir įgūdžių.					
Slaugytojo profesinės žinios ir įgūdžiai užtikrina komandinio darbo organizavimą.					
Įstaigos veiklos planavimas ir nepageidaujamų įvykių prevencija priklauso nuo slaugytojo profesinių žinių ir įgūdžių.					
Slaugytojo profesinės žinios ir įgūdžiai lemia bendradarbiavimą, grindžiamą formalia hierarchija.					

## II. Slaugytojo vertybių poveikis profesinei veiklai

<b>Teiginiai</b>	<b>1 balas (visiškai nepritariu)</b>	<b>2 balai (nepritariu)</b>	<b>3 balai (nežinau)</b>	<b>4 balai (pritariu)</b>	<b>5 balai (visiškai pritariu)</b>
Svarbiausias slaugytojo darbo motyvatorius - geras atlyginimas.					
Slaugytojo profesinėje veikloje svarbiausia – įdomus darbas.					
Slaugytojo darbe svarbiausia yra gera darbinė atmosfera.					
Svarbiausias slaugytojo darbo motyvatorius - socialinės garantijos.					
Svarbiausias slaugytojo darbo motyvatorius - karjeros galimybės.					
Svarbiausia slaugytojui darbe yra asmeninio tobulėjimo galimybės.					
Slaugytojo darbe svarbiausia yra teikiama nauda visuomenei.					
Svarbiausias slaugytojo darbo motyvatorius – darbo vietos garantijos.					
Slaugytojo profesinėje veikloje svarbiausia – jo profesija visuomenėje yra					

<b>Teiginiai</b>	<b>1 balas (visiškai nepritariu)</b>	<b>2 balai (nepritariu)</b>	<b>3 balai (nežinau)</b>	<b>4 balai (pritariu)</b>	<b>5 balai (visiškai pritariu)</b>
prestižinė.					
Sėkmingai konkuruoti profesinėje veikloje slaugytojui būtina profesinė kompetencija.					
Slaugytojui sėkmingai konkuruoti profesinėje veikloje būtinas paklusnumas, pagarba hierarchijai.					
Slaugytojui sėkmingai konkuruoti profesinėje veikloje būtinas darbštumas, atsidavimas, nuoširdumas					
Slaugytojui sėkmingai konkuruoti profesinėje veikloje būtinas savarankiškumas, aktyvumas, bendradarbiavimas, komunikabilumas.					
Sėkmingai konkuruoti profesinėje veikloje, slaugytojui būtinas kritinis mąstymas.					
Nuo slaugytojo vertybių sistemos priklauso įstaigos strategijos įgyvendinimas.					



<b>Teiginiai</b>	<b>1 balas (visiškai nepritariu)</b>	<b>2 balai (nepritariu)</b>	<b>3 balai (nežinau)</b>	<b>4 balai (pritariu)</b>	<b>5 balai (visiškai pritariu)</b>
Slaugytojo vertybių sistema užtikrina įstaigos kultūrą ir darbuotojai susitapatina su institucija.					
Sveikatos priežiūros paslaugų saugumas, kokybė ir prieinamumas priklauso nuo slaugytojo vertybių sistemos.					
Pasitikėjimu grįstą bendradarbiavimą su klientu/pacientu užtikrina slaugytojo vertybių sistema.					
Medicinos profesionalai vertina slaugytojo profesiją, kaip būtinybę pacientams/klientams teikiamų paslaugų kokybės.					
Slaugytojo profesiją medicinos profesionalai nepelnytai sumenkina, priskiria tik pagalbines, asistuojančias funkcijas.					

### III. Nuostatų svarba slaugytojo profesinei socializacijai

<b>Teiginiai</b>	<b>1 balas (visiškai neprita- riu)</b>	<b>2 balai (neprita- riu)</b>	<b>3 balai (nežinau)</b>	<b>4 balai (prita- riu)</b>	<b>5 balai (visiškai pritaru)</b>
Slaugytojo profesinė veikla atitinka darbinės karjeros lūkesčius, turėtus studijų laikotarpiu.					
Slaugytojo darbinė veikla puikiai organizuojama ir planuojama.					
Slaugytojo darbinėje veikloje nustatytos aiškios veiklos bei atsakomybės ribos.					
Slaugytojo profesinėje veikloje darbo krūvis reglamentuojamas aiškiais kriterijais.					
Slaugytojo darbinėje veikloje darbo krūvis tiesiogiai susijęs su atlygiu už darbą.					
Darbdavio pagyrimas, padėsinimas motyvuoja slaugytoją siekti profesionalumo.					
Slaugytojo profesionalumas užtikrina vadovų ir slaugytojų santykius.					
Slaugytojų profesionalumas užtikrina jo santykius su klientais/pacientais.					
Slaugytojo profesionalumas užtikrina teikiamų paslaugų kokybę.					
Slaugytojo darbinė					

<b>Teiginiai</b>	<b>1 balas (visiškai neprita- riu)</b>	<b>2 balai (neprita- riu)</b>	<b>3 balai (nežinau)</b>	<b>4 balai (prita- riu)</b>	<b>5 balai (visiškai pritarium)</b>
elgsena grindžiama aktyvumu.					
Slaugytojo darbinė elgsena grindžiama paklusnumu vadovams.					
Įstaigos aplinka, palankus mikroklimatas, skatina slaugytoją tobulėti.					
Slaugytojo profesionalumas užtikrina slaugytojų tarpusavio santykius.					
Slaugytojas dalį darbo laiko skiria savo darbinės veiklos analizavimui, atlieka taikomuosius mokslo tyrimus.					
Slaugytojui sveikatos reformos tikslai yra aiškūs ir suprantami.					
Slaugytojui sveikatos reformos tikslai kelia neapibrėžtumo jausmą ir nerimą.					
Sveikatos reformos tikslai teigiamai veikia slaugytojo darbinę veiklą bei profesinį statusą.					
Sveikatos reformos laikotarpiu slaugytojo profesinis savarankiškumas ir atsakomybės ribos darbinėje komandoje augo, plėtėsi.					

<b>Teiginiai</b>	<b>1 balas (visiškai neprita- riu)</b>	<b>2 balai (neprita- riu)</b>	<b>3 balai (nežinau)</b>	<b>4 balai (prita- riu)</b>	<b>5 balai (visiškai pritarium)</b>
Optimalus slaugytojų skaičius, užtikrinantis sveikatos priežiūros įstaigos funkcionavimą					
Įstaigoje teikiamų paslaugų kainos subalansuotos ir dengia realias darbo sąnaudas					
Sveikatos priežiūros įstaigos finansavimo šaltiniai yra pakankami.					
Viešosios įstaigos statusas laiduoja racionalų finansinių išteklių panaudojimą.					
Pakankamas sveikatos priežiūros įstaigų materialinis techninis aprūpinimas					
Slaugytojo teikiamos paslaugos įkainotos, už jas atsiskaito ligonių kasos.					
Slaugytojas įstaigoje vykstančius pokyčius reformos laikotarpiu priima drąsiai.					

#### **IV. Demografiniai duomenys (darbo vieta, stažas, kvalifikacija, amžius, šeiminei padėtis).**

1. Kurioje sveikatos priežiūros sistemos grandyje Jūs dirbate:

- pirminėje (poliklinika, pirminės sveikatos priežiūros centras)
- antrinėje (klinikinė ligoninė)
- tretinėje (universitetinė ligoninė)
- kita (parašykite).....

2. Jūsų Sveikatos priežiūros įstaiga yra:

- viename iš didžiųjų Lietuvos miestų.
- apskrities centre
- kaimo ambulatorija
- kita (parašykite).....

3. Jūsų darbo stažas pagal pasirinktą specialybę:

- 0-4 metai
- 5-9 metai
- 10-14 metų
- 15-19 metų
- 20-24 metai
- 25-29 metai
- 30 ir daugiau

4. Jūs esate baigęs/usi:

- medicinos mokyklą
- aukštesniąją medicinos mokyklą
- kolegiją
- universitetą
- kita (parašykite).....

5. Šiuo metu Jūsų užimamos pareigos:

- slaugytojas praktikas
- vyr. slaugytojas
- direktoriaus pavaduotojas slaugai
- įstaigos vadovas gydytojas
- įstaigos vadovas slaugytojas
- kita (parašykite).....

6. Šiuo metu Jūs dirbate:

- valstybiniame sektoriuje

- privačiame sektoriuje
- kita (parašykite).....

7. Koku etatiniu krūviu dirbate iš viso (įskaitant visas darbovietes):

- didesniu nei vienu pilnu etatu
- vienu pilnu etatu
- pusę etato
- kita (parašykite).....

8. Jūsų lytis:

- moteris
- vyras

9. Kuriai amžiaus grupei Jūs priklausote:

- 20-29
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- 60-69
- vyresni

10. Šeiminė padėtis:

- vedęs/ištekėjusi
- nevedęs/netekėjusi
- išsiskyres/usi
- kita.....

Nuoširdžiai dėkojame už atsakymus.

Vilniaus kolegijos  
Sveikatos priežiūros fakultetas

Tyrimo pavadinimas  
**Slaugytojo profesinės socializacijos vertinimas**

Anketa

Gerbiamieji,

maloniai prašome įvertinti anketoje pateiktus teiginius, išreikšdami savo pritarimą ar nepritarimą balais. Užpildytos anketos padės išsiaiškinti Jūsų nuomonę apie profesinį statusą veikiančius faktorius, problemas, padės įvertinti esamą situaciją žmogiškųjų išteklių politikos požiūriu bei ieškoti būdų esamai situacijai pagerinti. Anonimiškumą ir konfidencialumą garantuojame.

Slaugytojo **profesinė socializacija** – procesas, kurio metu įgyjamos žinios, gebėjimai, vertybės ir vaidmenys, užtikrinantys slaugytojų profesionalumą bei jo pokyčius.

**Tikslas** - įvertinti slaugytojo profesinę socializaciją .

**Uždaviniai:**

1. Apibrėžti profesinių žinių įgijimo bei profesinių įgūdžių lavinimo svarbą slaugytojų profesinei socializacijai;
2. Įvertinti slaugytojo vertybių poveikį profesinei veiklai;
3. Išsiaiškinti profesines nuostatas bei jų svarbą slaugytojo profesinei socializacijai.
4. Išsiaiškinti slaugytojo požiūrį į veiksnius, lemiančius profesinę socializaciją;
5. Ištirti slaugytojo profesinės socializacijos įtaką teikiamų paslaugų kokybei.

Atsakymų žymėjimo pavyzdys:

<b>Teiginiai</b>	<b>1 balas (visiškai nepritariu)</b>	<b>2 balai (nepritariu)</b>	<b>3 balai (nežinau, negaliu apsispręsti)</b>	<b>4 balai (pritariu)</b>	<b>5 balai (visiškai pritariu)</b>
Dalį kvalifikacijos tobulinimo laiko slaugytojas skiria bendriesiems gebėjimams ugdyti.	+				

Prašome savo pritarimo konkrečiam teiginiui laipsnį įvertinti balais. Vienam teiginiui įvertinti naudokite tik vieną iš penkių balų.

### **I. Slaugytojo vertybių poveikis profesinei veiklai**

<b>Teiginiai</b>	<b>1 balas (visiškai nepritariu)</b>	<b>2 balai (neprita- riu)</b>	<b>3 balai (neži- nau)</b>	<b>4 balai (prita- riu)</b>	<b>5 balai (visiškai prita- riu)</b>
Svarbiausias slaugytojo darbo motyvatorius - geras atlyginimas.					
Slaugytojo profesinėje veikloje svarbiausia – įdomus darbas.					
Slaugytojo darbe svarbiausia yra gera darbinė atmosfera.					
Svarbiausias slaugytojo darbo motyvatorius - socialinės garantijos.					
Svarbiausias slaugytojo darbo motyvatorius - karjeros galimybės.					



<b>Teiginiai</b>	<b>1 balas (visiškai nepritariu)</b>	<b>2 balai (neprita- riu)</b>	<b>3 balai (neži- nau)</b>	<b>4 balai (prita- riu)</b>	<b>5 balai (visiškai prita- riu)</b>
Svarbiausia slaugytojui darbe yra asmeninio tobulėjimo galimybės.					
Slaugytojo darbe svarbiausia yra teikiama nauda visuomenei.					
Svarbiausias slaugytojo darbo motyvatorius – darbo vietos garantijos.					
Slaugytojo profesinėje veikloje svarbiausia – jo profesija visuomenėje yra prestižinė.					
Sėkmingai konkuruoti profesinėje veikloje slaugytojui būtina profesinė kompetencija.					
Slaugytojui sėkmingai konkuruoti profesinėje veikloje būtinai paklusnumas, pagarba hierarchijai.					
Slaugytojui sėkmingai konkuruoti profesinėje veikloje būtinai darbštumas, atsidavimas, nuoširdumas					

<b>Teiginiai</b>	<b>1 balas (visiškai nepritariu)</b>	<b>2 balai (nepritariu)</b>	<b>3 balai (nežinau)</b>	<b>4 balai (pritariu)</b>	<b>5 balai (visiškai pritariu)</b>
Slaugytojui sėkmingai konkuruoti profesinėje veikloje būtinas savarankiškumas, aktyvumas, bendradarbiavimas, komunikabilumas.					
Sėkmingai konkuruoti profesinėje veikloje, slaugytojui būtinas kritinis mąstymas.					
Nuo slaugytojo vertybių sistemos priklauso įstaigos strategijos įgyvendinimas.					
Slaugytojo vertybių sistema užtikrina įstaigos kultūrą ir darbuotojai susitapatina su institucija.					
Sveikatos priežiūros paslaugų saugumas, kokybė ir prieinamumas priklauso nuo slaugytojo vertybių sistemos.					
Pasitikėjimu grįstą bendradarbiavimą su klientu/pacientu užtikrina slaugytojo vertybių sistema.					
Medicinos profesionalai vertina slaugytojo profesiją, kaip būtinybę pacientams/klientams teikiamų					

<b>Teiginiai</b>	<b>1 balas (visiškai nepritariu)</b>	<b>2 balai (neprita- riu)</b>	<b>3 balai (neži- nau)</b>	<b>4 balai (prita- riu)</b>	<b>5 balai (visiškai prita- riu)</b>
paslaugų kokybės.					
Slaugytojo profesiją medicinos profesionalai nepelnytai sumenkina, priskiria tik pagalbines, asistuojančias funkcijas.					

## II. Nuostatų svarba slaugytojo profesinei socializacijai

<b>Teiginiai</b>	<b>1 balas (visiškai nepritariu)</b>	<b>2 balai (nepritariu)</b>	<b>3 balai (nežinau)</b>	<b>4 balai (pritariu)</b>	<b>5 balai (visiškai pritariu)</b>
Slaugytojo profesinė veikla atitinka darbinės karjeros lūkesčius, turėtus studijų laikotarpiu.					
Slaugytojo darbinė veikla puikiai organizuojama ir planuojama.					
Slaugytojo darbinėje veikloje nustatytos aiškios veiklos bei atsakomybės ribos.					
Slaugytojo profesinėje veikloje darbo krūvis reglamentuojamas aiškiais kriterijais.					
Slaugytojo darbinėje veikloje darbo krūvis tiesiogiai susijęs su atlygiu už darbą.					

<b>Teiginiai</b>	<b>1 balas (visiškai nepritariu)</b>	<b>2 balai (nepritariu)</b>	<b>3 balai (nežinau)</b>	<b>4 balai (pritariu)</b>	<b>5 balai (visiškai pritariu)</b>
Darbdavio pagyrimas, padėrinimas motyvuoja slaugytoją siekti profesionalumo.					
Slaugytojo profesionalumas užtikrina vadovų ir slaugytojų santykius.					
Slaugytojų profesionalumas užtikrina jo santykius su klientais/pacientais.					
Slaugytojo profesionalumas užtikrina teikiamų paslaugų kokybę.					
Slaugytojo darbinė elgsena grindžiama aktyvumu.					
Slaugytojo darbinė elgsena grindžiama paklusnumu vadovams.					
Įstaigos aplinka, palankus mikroklimatas, skatina slaugytoją tobulėti.					
Slaugytojo profesionalumas užtikrina slaugytojų tarpusavio santykius.					
Slaugytojas dalį darbo laiko skiria savo darbinės veiklos analizavimui, atlieka taikomuosius mokslo tyrimus.					

<b>Teiginiai</b>	<b>1 balas (visiškai nepritariu)</b>	<b>2 balai (nepritariu)</b>	<b>3 balai (nežinau)</b>	<b>4 balai (pritariu)</b>	<b>5 balai (visiškai pritariu)</b>
Slaugytojui sveikatos reformos tikslai yra aiškūs ir suprantami.					
Slaugytojui sveikatos reformos tikslai kelia neapibrėžtumo jausmą ir nerimą.					
Sveikatos reformos tikslai teigiamai veikia slaugytojo darbinę veiklą bei profesinį statusą.					
Sveikatos reformos laikotarpiu slaugytojo profesinis savarankiškumas ir atsakomybės ribos darbinėje komandoje augo, plėtėsi.					
Optimalus slaugytojų skaičius, užtikrinantis sveikatos priežiūros įstaigos funkcionavimą					
Įstaigoje teikiamų paslaugų kainos subalansuotos ir dengia realias darbo sąnaudas					
Sveikatos priežiūros įstaigos finansavimo šaltiniai yra pakankami.					
Viešosios įstaigos statusas laiduoja racionalų finansinių išteklių panaudojimą.					
Pakankamas sveikatos					

<b>Teiginiai</b>	<b>1 balas (visiškai nepritariu)</b>	<b>2 balai (nepritariu)</b>	<b>3 balai (nežinau)</b>	<b>4 balai (pritariu)</b>	<b>5 balai (visiškai pritariu)</b>
priežiūros įstaigų materialinis techninis aprūpinimas					
Slaugytojo teikiamos paslaugos įkainotos, už jas atsiskaito ligonių kasos.					
Slaugytojas įstaigoje vykstančius pokyčius reformos laikotarpiu priima drąsiai.					

### **III. Demografiniai duomenys**

1. Jūsų lytis:

- moteris
- vyras

2. Kuriai amžiaus grupei Jūs priklausote:

- 20-29
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- 60-69
- vyresni

3. Šeiminė padėtis:

- vedęs/ištekėjusi
- nevedęs/netekėjusi
- išsiskyres/usi
- kita.....

Nuoširdžiai dėkojame už atsakymus.