

KLAIPĖDOS UNIVERSITETAS

Sveikatos mokslų fakultetas

Slaugos katedra

Jurgita Bičkaitienė

**SLAUGYTOJŲ NUOMONĖ APIE
KOMPETENCIJAS SLAUGANT ASMENIS,
SERGANČIUS ONKOLOGINĖMIS KRŪTŲ
LIGOMIS**

Slaugos studijų programos magistro baigiamasis darbas

Klaipėda, 2019

SANTRAUKA

Bičkaitienė J. Slaugytojų nuomonė apie kompetencijas slaugant asmenis, sergančius onkologinėmis krūtų ligomis. Slaugos magistro studijų programos baigiamasis darbas. Darbo vadovas doc. dr. A. Skarbalienė, Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2019. – 58 p.

Šiame baigiamajame darbe analizuojama slaugytojų nuomonė onkologinėmis krūtų ligomis sergančių asmenų priežiūros kompetencijos tema, aktualia visame pasaulyje, siekiant užtikrinti aukščiausią sergančių onkologinėmis krūtų ligomis asmenų priežiūros kokybę. Onkologinėmis krūtų ligomis susirgę žmonės susiduria su begale naujų ir jiems nesuprantamų reiškinių, keliančių sumaištį, nerimą. Slaugytojas – asmuo, kuris rūpinasi pagrindiniais paciento poreikiais, pirmasis sužino ir sprendžia iškilusias problemas. Lietuvoje asmenimis, sergančiais onkologinėmis krūtų ligomis, rūpinasi bendrosios praktikos slaugytojai, nes krūties vėžio slaugytojo specializacijos mūsų šalyje kol kas nėra. Kokius sergančių onkologinėmis krūtų ligomis asmenų poreikius išskiria Lietuvos slaugytojai? Ar užtenka kompetencijų juos spręsti?

Tyrimo tikslas – išanalizuoti onkologinių krūtų ligų srityje dirbančių slaugytojų nuomonę apie kompetencijas slaugant sergančiuosius onkologinėmis krūtų ligomis.

Tyrimo metodika. Atliktas kokybinis tyrimas, taikant grindžiamosios teorijos metodologiją. Naudoti instrumentai: nestruktūrizuoto interviu planas. Tyrimui pasirinktos dvi stacionarios ir viena ambulatorinė sveikatos priežiūros įstaiga. Atlikta interviu su 19 slaugytojų. Į tyrimą įtrauktas vienas elektroninis laiškas. Tyrimas atliktas laikantis etikos principų.

Tyrimo rezultatai. Slaugytojams aktualiausi yra asmenų, sergančių onkologinėmis krūtų ligomis, informacijos gavimo ir emocinės paramos poreikiai. Slaugytojas, dirbantis su asmenimis, sergančiais onkologinėmis krūtų ligomis, turi pasižymėti tam tikromis asmeninėmis savybėmis. Komunikavimas nustatytas kaip centrinė kategorija. Aptarti slaugytojo komunikavimo su pacientais, jų artimaisiais bei gydytojais aspektai. Įvardyti komunikavimą ribojantys veiksniai. Įvertinta slaugytojų nuomonė apie krūties vėžio slaugytojo specializacijos reikalingumą.

Išvada. Asmenų, sergančių onkologinėmis krūtų ligomis slaugoje svarbu tinkamas komunikavimas ir emocinė parama. Slaugytojai nurodo psichologinių žinių trūkumą.

Reikšminiai žodžiai: onkologinės krūtų ligos, krūties vėžys, slauga, komunikavimas, emocinė parama, grindžiamoji teorija.

SUMMARY

Bičkaitienė J. Nurses' Opinion on Competencies in Caring for Persons with Oncological Breast Disease. Nursing master's studies program final paper. Scientific paper adviser assoc. prof. dr. A. Skarbalienė, Klaipėda University: Klaipėda, 2019. – 58 p.

In this final paper author analyzes the topic of nurses' opinion on competencies in caring for persons with oncological breast disease what is a relevant issue world-wide to ensure the highest quality in breast cancer care. Persons that have been diagnosed with breast cancer face with a variety of new and incomprehensible phenomena that cause confusion and anxiety. A nurse is a specialist who takes care of the basic patient's needs and is the first to know about the patients' problems as well as to solve them. In Lithuania, care for people with oncological breast disease is provided by the general practice nurses as breast cancer nurse specialization is not yet available in our country. Following to this, the author raises two problematic questions: what are the needs of people with oncological breast disease from the nurses' perspective? Do the nurses in our country have the necessary competencies to meet those needs?

The purpose of the research – to analyze nurses' opinion on competencies in caring for persons with oncological breast disease.

Research methods. A qualitative research was performed, based on the Grounded Theory methodology. Research tool: *unstructured interview*. Two inpatient and one outpatient healthcare facilities were selected for the study. Interviews were done with 19 general practice nurses. The study included one email. The research was conducted in compliance with ethical principles.

Results of the research. Based on nurses' point of view, the most common needs of people with oncological breast disease are the need for information and emotional support. The importance for nurses to have particular personal qualities was highlighted. Communication was identified as the central category. Aspects of nurse communication with patients, their relatives and physicians were discussed. Factors limiting communication were identified. Nurses' opinion on the need for breast cancer nurse specialization was assessed.

Conclusions. Proper communication and emotional support are important elements in the care of people with oncological breast disease. Regarding to this, nurses indicated a lack of psychological knowledge.

Keywords: Oncological Breast Disease, Breast cancer, nursing, communication, emotional support, Grounded Theory.

TURINYS

IVADAS	5
I. TEORINĖ DALIS	7
1.1. Asmenų, sergančių onkologinėmis krūtų ligomis, poreikiai	7
1.2. Slaugytojų vaidmenys asmenų, sergančių onkologinėmis krūtų ligomis, priežiūroje	10
1.3. Slaugytojų profesinės kompetencijos samprata	17
1.3.1. Slaugytojų profesinės kvalifikacijos tobulinimas	18
1.3.2 Specializuota slauga. Naujos specializacijos sukūrimo galimybės.....	19
1.4. Krūties vėžio slaugytojų rengimas	22
II. EMPIRINĖ DALIS	25
2. 1. Tyrimo metodika	25
2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos	28
2.1.2. Tyrimo metodai	29
2.1.3. Tyrimo instrumentas	29
2.1.4. Tyrimo procesas/eiga	32
2.1.5. Tyrimo etika	33
2.2. Tyrimo rezultatai.....	33
2.2.1. Slaugytojų nuomonė apie asmenų, sergančių onkologinėmis krūtų ligomis, poreikius.	36
2.2.2. Slaugytojų nuomonė apie slaugytojų kompetenciją.....	39
2.2.3. Slaugytojų nuomonė apie krūties vėžio slaugytojo specializaciją	46
2.2.4. Grindžiamosios teorijos metodo nauda tyrimui	47
2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas	49
IŠVADOS	52
REKOMENDACIJOS	53
LITERATŪRA	54
PRIEDAI	

IVADAS

Onkologinės krūtų ligos yra labiausiai paplitusios onkologinės moterų ligos pasaulyje. Kasmet onkologinės krūtų ligos paveikia 2,1 mln. žmonių. Onkologinės krūtų ligos – dažniausia su onkologiniais susirgimais susijusių moterų mirties priežastis. Paskaičiuota, kad 2018 m. nuo onkologinių krūtų ligų mirė 627 000 moterų - tai sudaro apie 15% visų moterų nuo onkologinių ligų mirčių. Kasmet susirgusių onkologinėmis krūtų ligomis skaičius visame pasaulyje didėja. 1% visų sergančiųjų onkologinėmis krūtų ligomis yra vyrai (World Health Organization, 2019).

Lietuvoje kasmet diagnozuojama apie 2,5 tūkstančio naujų onkologinių krūtų ligų atvejų. Higienos instituto duomenimis, 2017 m. Lietuvoje buvo diagnozuoti 2832 nauji onkologinių krūtų ligų atvejai, tais pačiais metais nuo onkologinių krūtų ligų mirė 491 asmuo. 2018 m. onkologinės krūtų ligos diagnozuotos 2684 moterims ir 43 vyrams (Higienos institutas, 2019).

Temos aktualumas. Tema aktuali tiek paciento, tiek slaugytojo požiūriu. Onkologinėmis krūtų ligomis susirgę žmonės susiduria su begale naujų ir jiems nesuprantamų reiškinių. Neaiškumas visada kelia sumaištį, nerimą, baugina. Slaugytojas – asmuo, kuris rūpinasi pagrindiniais paciento poreikiais, pirmasis sužino ir sprendžia iškilusias problemas. Onkologinėmis krūtų ligomis sergančių asmenų poreikiai reikalauja specifinių žinių, supratimo ir gebėjimų juos sprendžiant. JAV ir Europos medikų organizacijos yra parengę gairių krūties vėžio slaugytojams (krūties priežiūros slaugytojams) rengti.

Tyrimo problema. Lietuvoje asmenimis, sergančiais onkologinėmis krūtų ligomis, rūpinasi bendrosios praktikos slaugytojai, nes krūties vėžio slaugytojo specializacijos mūsų šalyje kol kas nėra. Tyrimo esmė – išsiaiškinti, kaip patys slaugytojai vertina savo profesinę situaciją. Kokius sergančių onkologinėmis krūtų ligomis asmenų poreikius išskiria, ar užtenka kompetencijų juos spręsti.

Tyrimo objektas – slaugytojų nuomonė.

Tyrimo subjektas – Onkologinių krūtų ligų srityje dirbančių slaugytojų kompetencijos.

Tyrimo tikslas – Išanalizuoti onkologinių krūtų ligų srityje dirbančių slaugytojų nuomonę apie kompetencijas slaugant sergančiuosius onkologinėmis krūtų ligomis.

Tyrimo uždaviniai:

1. Nustatyti slaugytojų nuomonę apie sergančiųjų onkologinėmis krūtų ligomis poreikius.
2. Išnagrinėti slaugytojų nuomonę apie slaugytojų kompetencijas.
3. Išanalizuoti slaugytojų nuomonę apie krūties vėžio slaugytojo specializaciją.
4. Įvertinti grindžiamosios teorijos metodo naudą tyrimui.

Hipotezė atliekant grindžiamosios teorijos (GT) tyrimą nėra keliama iš anksto. Grindžiamosios teorijos metodologiją taikantis tyrėjas nėra suformulavęs tyrimo objektą apibūdinančių išankstinių teiginių (hipotezių), o ieško tų idėjų, kurios slypi surinktuose duomenyse (Bitinas 2013, p. 314).

Tyrimo metodai:

1. Mokslinės literatūros, Lietuvos Respublikos įstatymų analizė.
2. Kokybinis tyrimas, taikant grindžiamosios teorijos metodologiją. Vadovaujamasi struktūruota (plėtojamąja), t. y. Strausso ir Corbin (1987) bei konstruktyviaja, t. y. Charmaz (2000) grindžiamosios teorijos versija.

Tyrimo duomenys renkami:

- a) nestruktūrizuotu interviu, tema „Kas yra krūties vėžio slaugytojas?“, nukreipiant tyrimo dalyvius į pacientų poreikių, slaugytojų kompetencijų, naujos specializacijos temas;
- b) elektroninių laiškų analizė, jei tyrimo dalyviai pageidautų išsakyti vėliau, jau pasibaigus interviu, išilusias mintis.

I. TEORINĖ DALIS

1.1. Asmenų, sergančių onkologinėmis krūtų ligomis, poreikiai

Kiekviena liga, o ypač onkologinė, didelis išbandymas žmogui. Žinia apie onkologinę ligą sukelia visą eilę psichologinių reakcijų, netikėtų tiek pačiam sergančiajam, tiek jo artimiesiems. Žmogus, sužinojęs apie vėžio diagnozę, taip pat jo artimieji, išgyvena panašius jausmus, kaip ir netekus artimo žmogaus. Šveicarų psichiatrė Elisabeth Kubler - Ross išskyrė penkias sielvarto stadijas, kurias išgyvena galias psichologines krizes patiriantys žmonės:

1. Neigimo fazėje pacientas, ar jo artimieji vengia išgirstos informacijos, bando ją ignoruoti, nepriima realybės, bando paneigti nustatytą diagnozę.
2. Pykčio stadijoje kaltinamas likimas, Dievas, aplinkiniai. Kartais pykstama ant savęs.
3. Derėjimosi stadijoje bandoma atidėti likimo nuosprendį, išpirkti savo kaltę.
4. Depresijos stadijoje suvokiama, kad situacija neišvengiama. Patiriamas liūdesys, širdgėla.
5. Priėmimo stadijoje prisitaikoma prie ligos pakeisto gyvenimo ritmo.

Natūralu, kai susirgęs žmogus, ar jo artimieji giliau ar lengviau išgyvena šį psichikos savireguliacijos procesą. Kai žmogus „užstringa“, itin pasineria į kurią nors stadiją, reikalinga papildoma pagalba. Pasak autorės, neigimo ir pykčio fazė susijusi su ypatingai dideliu informacijos ir komunikavimo poreikiu, derėjimosi stadijoje svarbiausia emocinė parama, o depresijos apimtam žmogui ir jau siekiančiam susitaikymo su užklupusia bėda reikia tinkamo nukreipimo ir gairių, kaip elgtis toliau (Kubler – Ross, 2014).

Daug neigiamų psichologinių reakcijų moterims sukelia krūties netekimas. Sun ir kt. (2017) savo straipsnyje nurodo, kad psichologines reakcijas sukelia neatitikimas tarp „realaus, esamo savęs suvokimo“ ir „idealaus savęs suvokimo“. Dideli kūno pokyčiai po mastektomijos labai padidina atotrūkį tarp realios ir idealios savimonės, kas lemia tapatybės pasikeitimą, kuris išprovokuoja emocines kančias, pasikeitusias socialines sąveikas. Netekties reakcijos priklauso ir nuo socialinio konteksto, kuris diktuoja, ko netenka moteris, praradusi krūtį. JAV moterų krūties betekimą sieja su pakitusiu seksualumu ir intymių santykių praradimu, Australijos moterų sielvartauja dėl prarastos kūno simetrijos, kas reiškia kultūrinio grožio nebuvimą, Brazilijoje krūties netekusi moteris patiria socialinę gėdą dėl mažesnio darbingumo. Moters krūtys reiškia moteriškumą, taip pat yra motinos – moters, galinčios išnešioti ir puoselėti naują gyvybę simbolis. Netekusios krūties moteris susiduria su pakitusiu moteriškumo ir motiniškumo identitetu (Sun et al. 2017).

Jei tik įmanoma, siekiama atlikti krūtį tausojančią operaciją, pašalinant ne visą liauką, o tik dalį jos. Kai pašalinama visa krūtis, galimybė ją atstatyti turėtų būti apsvarstyta pilnai sugijus žaizdai. Pasak daktarės krūtų chirurgės Agnės Čižauskaitės, krūties atstatymas po krūties pašalinimo

operacijos tampa vienu svarbiausių ligonės gyvenimo kokybės pagerinimo aspektų. Šių dienų krūties chirurgijoje vyrauja keli pagrindiniai krūties rekonstrukcijos metodai, tai – krūties rekonstrukcija savais audiniais, rekonstrukcija implantais bei mišrus (Čižauskaitė, 2017).

Po operacinio gydymo pacientams dar dažnai tenka iškęsti spindulinę terapiją. Ji atliekama siekiant užtikrinti kliniškai neaptinkamų vėžio ląstelių lokalią kontrolę po operacijos. Spindulinė terapija sumažins krūties vėžio pasikartojimo tikimybę iki 70%. Spindulinė terapija gali apimti krūtį, pažastį arba krūtinės sieną. Dažniausiai varginantis radioterapijos poveikis yra odos reakcija, panaši į nudegimą saulėje. Šios reakcijos gali būti įvairios: nuo lengvo paraudimo iki sunkaus nudegimo saulėje simptomų, tokių kaip skausmas, niežėjimas ir lupimasis. Gali būti drėgnas arba sausas, pleiskanotas odos sluoksnis, sukeliantis sausumą ir pleiskanojimą, stiprų niežėjimą, paraudimą ir galimą šlapiavimą. Slaugytojai turi išmokyti pacientus, kad oda būtų sausa ir sudrėkinta. Spindulinė terapija gali sukelti nuovargį, ypač gydymo pabaigoje. Jei radiacija apima pažastį, gali atsirasti limfedema (Miller-Hoover, 2017).

Sergantieji onkologinėmis krūčių ligomis susiduria ir su pačios ligos įtakotais sunkumais, ir su gydymo sukeltomis komplikacijomis. Šalutinis neigiamas chemoterapijos poveikis priklauso nuo vaisto rūšies, dozės ir gydymo trukmės. Dažnas nepageidaujamas sisteminės chemoterapijos poveikis pasireiškia dėl to, kad chemoterapija veikia ne tik vėžines ląsteles, bet ir kitas sveikas greitai besidalijančias kūno ląsteles (Miller-Hoover, 2017). Aprašomi galimi šalutiniai chemoterapinio gydymo poveikiai: neutropenija (dėl chemoterapinio vaisto mielosupresinio poveikio sumažėjęs neutrofilų kiekis kraujyje, sąlygojantis neatsparumą infekcijoms), pykinimas ir vėmimas, viduriavimas, plaukų slinkimas, stomatitas (burnos gleivinės pažeidimas, žaizdelės), nuovargis, alerginės reakcijos, periferinė neuropatija (nervų galūnėlių pažeidimas, pasireiškiantis sumažėjusiu pirštų galiukų jautrumu, tirpimu, deginimo jausmu ir kt.), ekstravazacija (intraveninio preparato patekimas į aplinkinius audinius, sukeliantis stiprias audinių reakcijas) (Roe, Lennan, 2014). Krūties vėžiui gydyti dar gali būti skiriama hormonų terapija, biologinė terapija.

Psichinės paciento būklės pokyčiai gydant krūties vėžį gali būti susiję su tuo, kaip chemoterapija pakeičia kasdieninį gyvenimą. Neapibrėžtumas dėl gydymo rezultatų taip pat gali įtakoti pacientų ir jų šeimų jausmus. Fizinių simptomų buvimas dažnai gali turėti neigiamą poveikį asmens psichologinei gerovei. Kūno pokyčiai dėl svorio pakitimo, plaukų slinkimo, odos tekstūros, nagų pokyčių, patiriamo nuovargio, suformuotų stomų ir kūno dalies praradimo gali sukelti psichologines problemas. Pasikeičia asmens savęs suvokimas, reikia priimti naują save. (Roe, Lennan, 2014).

Pasibaigus aktyviam gydymo etapui, taikomas ilgalaikis stebėjimas. Onkologinėmis krūčių ligomis sergančius asmenis rekomenduojama pakartotinai tirti kas 3–4 mėnesius pirmuosius dvejus metus, kas 6 mėnesius – trečiaisiais ir ketvirtaisiais metais, vėliau – kartą per metus. Chemoterapiją

taikantis gydytojas atsako už tolesnį paciento stebėjimą ir, jei reikia, papildomų tyrimų ir gydymo skyrimą. Tęsti gydytojų specialistų skirtą gydymą kompensuojamaisiais vaistais, išrašyti sisteminio gydymo ir hormonų terapijos kompensuojamųjų vaistų, jei liga neprogresuoja ir nėra gydymo netoleravimo požymių, gali šeimos gydytojas. Esant ligos progresavimo įtarimui, pacientas turi būti nuodugniai ištirtas (LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl krūties piktybinio naviko ambulatorinio gydymo kompensuojamaisiais vaistais tvarkos aprašo patvirtinimo, 2011).

Pacientų poreikiai esant pažengusiai onkologinei krūties ligai. Vertinant sergančiųjų onkologinėmis krūčių ligomis poreikius, svarbu, ar pacientui diagnozuota ankstyva, ar pažengusi onkologinė krūties liga. Pažengusi onkologinė krūties liga apima ir lokaliai išplitusį krūties vėžį (III stadijos), ir metastazavusį krūties vėžį (IV stadijos) (ESMO, 2018).

Kai kurie autoriai išplitusia vadina tik IV stadijos (kai yra atokių metastazių) onkologinę krūties ligą (Brasiūnienė, 2018). Autoriai iš Jungtinės Karalystės teigia, jog „antrinio vėžio“ pavadinimas pacientams skamba priimtinau nei „metastazavusio“, todėl savo straipsniuose naudoja ir „antrinio“ ir „metastazavusio“ vėžio terminus (Pennery, Wheeler, 2012). Lieka neaiškumų dėl pažengusios – išplitusios – metastazavusios – antrinės onkologinės krūties ligos sąvokų taikymo. Naudojant šias sąvokas, ypač, kai sakoma, kad onkologinė krūties ligoma „išplitusi“, būtų tikslinga patikslinti, apie kurią onkologinės krūties ligos stadiją kalbama. Ženkliai skiriasi pacientų, kuriems diagnozuota lokaliai išplitusi (III stadijos) ir atokiai išplitusi - metastazavusi (IV stadijos) onkologinė krūties liga, išgyvenamumas, gydymo priemonių parinkimas, slaugos, paramos, socialinės pagalbos poreikis.

Nors gydoma, metastazavusi (IV stadijos) onkologinė krūties liga išlieka beveik nepagydoma. Asmenų, sergančių metastazavusia onkologine krūties liga vidutinis išgyvenamumas yra 3 metai ir 5 metų išgyvenamumas tik 25% (ESMO, 2018).

Nacionaliniame vėžio institute dirbanti daktarė onkologė chemoterapeutė Birutė Brasiūnienė savo pranešime taip pat pateikia pacientų, kuriems diagnozuotos onkologinės krūčių ligos, išgyvenamumo statistiką. 2012 metų duomenimis, 5 metus nuo ligos diagnozavimo išgyvena tik 22% IV ligos stadija sergančių pacientų, atitinkamai diagnozavus III stadijos onkologinę krūties ligą – 5 metų išgyvenamumo vidurkis siekia 72%. Reiktų paminėti, kad išgyvenamumui įtakos turi ne tik onkologinės krūties ligos stadija, bet ir biologinis vėžio tipas bei daugelis kitų faktorių. Daktarė B. Brasiūnienė nurodo, jog gydant išplitusiomis (IV stadijos) onkologinėmis krūčių ligomis sergančius pacientus, kokybišką gydymą geriausiai užtikrina tinkamai funkcionuojantis ryšys tarp grandžių: pacientas – paciento artimieji – aplinka – medicinos personalas. Ilgo gydymosi metu reikėtų padėti pacientui išlaikyti adekvačią gyvenimo kokybę. Nuolat edukuoti pacientus dėl sveiko gyvenimo būdo principų (judėjimas, mityba, svorio kontrolė ir t.t.) (Brasiūnienė, 2018).

Australijoje darbui su sergančiaisiais metastazavusiomis onkologinėmis krūčių ligomis sukurtas atskiras metastazavusio krūties vėžio slaugytojo vaidmuo ir priežiūros modelis (Monash Health, 2014).

Jungtinėje Karalystėje taip pat ypatingas dėmesys skiriamas sergančių metastazavusiomis onkologinėmis krūties ligomis poreikiams. Nurodoma, jog pacientai, kuriems diagnozuota metastazavusi onkologinė krūties liga, turi turėti galimybę gauti:

- klinikinės slaugos specialisto teikiamą informaciją apie ligą, gydymo ir paramos galimybes. Gauti nuolatinę paramą ir reikalingą informaciją;
- daugiadisciplininės komandos dalyvavimą, kuri aptars konkretų paciento atvejį ir suteiks tinkamą priežiūrą. Komandoje turi būti onkologijos ir paliatyvios pagalbos grupių nariai;
- užtikrintą paslaugos tęstinumą tarp ligoninės ir bendruomenės paslaugų. Šeimos gydytojas turi būti informuotas apie paciento būklę, paramos bei priežiūros poreikį;
- laiku ir raštiškai pateikiamą informaciją apie visus gydymo ir priežiūros aspektus, įskaitant priežiūros planą, ir aiškiai nurodytą gydymo tikslą, šalutinį poveikį ir siekiamą poveikį gerovei;
- reguliarių emocinės būklės vertinimą ir tinkamo lygio psichologinę pagalbą tada, kai jos reikia, ypač tada, kai liga diagnozuojama, esant ligos progresavimui, ar pasikeitus gydymui;
- informaciją apie veikiančias paramos grupes nacionaliniu ir konkrečios vietovės lygmeniu, galimybę bendrauti su kitais antrine onkologine krūties liga sergančiais žmonėmis tiesiogiai, telefonu ar kitomis priemonėmis;
- paliatyvią pagalbą ir nuolatinį simptomų valdymą, esant reikalui – paliatyvią priežiūrą;
- pagalbą ir patarimus, susijusius su antrinės onkologinės krūties ligos poveikiu ne tik pačiam sergančiajam, bet ir jo artimiesiems. Esant reikalui, pagalba ar parama turi būti suteikta ir sergančiojo partneriui, vaikams, šeimos nariams, draugams;
- socialinę bei teisinę pagalbą – informaciją apie išmokas, teises darbe pagal diskriminacijos dėl negalios įstatymus;
- informaciją apie pradedamą taikyti ar keičiamą gydymą, kokie klinikiniai tyrimai, susiję su siūlomu gydymo būdu yra atlikti (Pennery, Wheeler, 2012).

1.2. Slaugytojų vaidmenys asmenų, sergančių onkologinėmis krūties ligomis, priežiūroje

Slaugytojas – asmuo, kurį pacientas sutinka visuose etapuose, pradedant nuo prevencijos, diagnozavimo, gydymo, baigiant tolimesniu stebėjimu ar paliatyvia priežiūra. Kiekvienas etapas – naujas iššūkis onkologinėmis krūties ligomis sergantiems asmenims, atimantis daug laiko ir jėgų, paskatinantis naujos informacijos bei įvairiapusės paramos poreikį. Slaugytojo užduotis - kiekvieną paciento problemą pastebėti, įvertinti ir padėti įveikti.

Krūties priežiūros slaugytojai turi būti prieinami visą paciento kelią nuo diagnozės nustatymo iki gydymo ir tolesnių veiksmų, siekdami padėti praktiniais patarimais, emocine parama, paaiškinimu dėl tolimesnio gydymo plano ir informacija apie galimus šalutinius gydymo reiškinius. Krūties priežiūros slaugytojai turi būti prieinami pranešimo apie diagnozę metu ir esant ligos atkryčiui ar progresavimui. Jie turi dalyvauti medicininės daugiadalykės komandos komisijose, taip pat turėtų būti prieinami tolesnėse klinikose. Krūties priežiūros slaugytojai turi dalyvauti rengiant protokolus, informacinę medžiagą pacientams. (Wilson et al., 2013).

Didžioji Britanija buvo pirmoji šalis, apibrėžusi krūties vėžio slaugytojo (BCN) vaidmenis. Jos pavyzdžiu pasekė Švedija, Nyderlandai, JAV, Australija. (Kadmon, 2017)

Australijoje krūties vėžio slaugytojo (čia Breast Care Nurse – krūties priežiūros slaugytojo) specializacija atsirado 1990 metais. Australijos onkologinių krūtų ligų srityje dirba pažangios praktikos lygio slaugytojai – klinikinės slaugos specialistai arba klinikinės slaugos konsultantai (Luck et al., 2016). 2013 metais Ahern T., Gardner A. ir Courtney M. (2015) atlikdami tyrimą paskaičiavo, kad Australijoje yra apie 400 krūties vėžio slaugytojų.

Pagrindinės Australijos krūties vėžio slaugytojų veiklos:

- klinikinis darbas ir valdymo planavimas;
- klinikinio darbo planavimas ir konsultavimas;
- klinikinė lyderystė;
- moksliniai tyrimai;
- edukacinė veikla. (Luck et al., 2016)

Didžiausios problemos, su kuriomis susiduria krūties vėžio slaugytojai Australijoje – labai dideli atstumai iki pacientų ir darbo vietos, iki krūties vėžio centrų, taip pat iki tobulinimosi kursus organizuojančių įmonių. Slaugytojams, gyvenantiems atokiai nutolusiuose regionuose, rekomenduojama daugiau veiklų - pacientų konsultacijų, dalyvavimo multidisciplininės komandos aptarimuose bei tobulinimosi kursuose – atlikti nuotoliniu būdu, panaudojant išmaniąsias technologijas (Ahern, Gardner, Courtney, 2015).

2016 metais Laurettos Luck ir bendraautorių atlikto tyrimo rezultatai rodo, jog Australijoje dirbantys krūties vėžio slaugytojai išskiria pagrindinius keturis atliekamus vaidmenis: klinikinio eksperto, priežiūros koordinatoriaus, paciento mokytojo (edukologo) ir paciento advokato. (Luck et al., 2016)

EUSOMA nurodomi krūties vėžio slaugytojo vaidmenys:

- klinikinio praktiko;
- vadovo (lyderio, konsultanto);
- edukologo;
- tyrėjo (Cataliotti, 2007).

Didžiojoje Britanijoje vienoje Londono ligoninių atliktas tyrimas, kuriuo nustatyta, kiek darbo laiko kokioms veikloms skiria pažengusio krūties vėžio slaugytojai. Didžiąją dalį – net 79% viso darbo laiko skiriama klinicinei veiklai, 13% administraciniams procesams, 4% konsultavimui, 2% edukacinei ir 2% tiriamajai veiklai. (Pennery, Wheeler, 2012).

Šveicarijoje 2013 metų vasarą įvairių sričių specialistų konsultantų grupė iš 34 žmonių dirbo ties I lygio krūties vėžio slaugytojo vaidmenimis bei kriterijais, apibrėždama juos pagal EUSOMOS rekomendacijas bei remdamasi darbo aprašymais ir esamais modeliais tarptautiniu ir nacionaliniu lygiais.

Pagrindinės I lygio krūties vėžio slaugytojo veiklos:

- sudėtinga klinikinė veikla su pacientais ir šeimomis;
- rekomendacijų / įrodymų taikymas;
- pagalba atliekant tyrimus;
- kokybės valdymas komandoje;
- kolegų mokymas ir tobulinimas;
- tarpinstitucinis bendradarbiavimas ir viešieji ryšiai;
- dalyvavimas lyderystės iniciatyvose ir tarpprofesinis bendradarbiavimas;
- etinių sprendimų priėmimas.

Pagrindinės II lygio krūties vėžio slaugytojo veiklos:

- visos I lygio krūties vėžio slaugytojo kompetencijos;
- kokybės valdymas savo skyriuje / darbo vietoje;
- bendradarbiavimas kuriant gaires ir kokybės standartus;
- dalyvavimas slaugos tyrimuose ir kliniškai pagrįstų rezultatų pateikimas;
- vadovavimas ir tarpprofesinis bendradarbiavimas;
- atsakomybė už etiškų sprendimų priėmimą (Eicher et al., 2013).

Krūties vėžio slaugytojo klinikinio praktiko vaidmenį sudaro:

- Specifinė klinikinė patirtis (išsamios žinios ir supratimas apie krūties vėžį);
- Pacientų vertinimas, teikiant paramą pacientams ir jų šeimos nariams;
- Krūties priežiūros slaugos standartų įgyvendinimas ir gerinimas;
- Parama pacientams priimant informuotus sprendimus;
- Suvokimas apie kitų medicininės komandos narių vaidmenis, ir, esant reikalui, nukreipimas pas juos. (Cataliotti, 2007).

Londone dirbančios krūties vėžio slaugytojos klinikinis darbas apima fizinius aspektus (simptomų kontrolę, rekomenduotą priežiūrą, asistavimą, rezultatų aptarimą, procedūrų atlikimą ir daugelį kitų veiklų), psichologinius aspektus (nuovargio valdymas, klinikinių pasirinkimų rėmimas,

distreso įveikos, naujienų pranešimas, krizių intervencija, konsultavimas), socialinius aspektus, ryšius organizacijos viduje ir su kitomis organizacijomis, dvasinius aspektus (Pennery, Wheeler, 2012).

Australijos Klinikinė krūties vėžio slaugytojų praktika apima žaizdų tvarstymą, seromos punktavimą, dreno pašalinimą, rankos apimčių matavimus ir chemoterapijos atlikimą. Krūtų priežiūros slaugytojai palaiko ilgalaikius santykius su pacientais ir jų artimaisiais. (Luck et al., 2016)

Helen Roe ir Elaine Lennan (2014) apžvelgia Jungtinės Karalystės patirtį gerinant paslaugų kokybę chemoterapinį gydymą gaunantiems pacientams. Aiški sisteminga Jungtinės Karalystės Sveikatos departamento politika ragino sveikatos specialistus specializuotis ir plėtoti paslaugas plečiant ir savo profesines ribas. Slaugytojams buvo sudarytos galimybės visapusiškai dalyvauti vertinant ir kontroliuojant pašalinius chemoterapijos poveikius pacientams. Pagrindinė slaugytojų užduotis – konsultuoti pacientą tarp chemoterapijos kursų, naudojant atitinkamus paciento būklės klausimynus bei toksiškumo lenteles tinkamai įvertinti paciento patiriamus pašalinius poveikius ir parinkti geriausią taktiką – stebėti, spręsti iškilusias problemas, ar nukreipti pacientą gydytojo konsultacijai (Roe, Lennan 2014).

Turkijoje atliktas eksperimentinis tyrimas onko-psichologinės slaugos poveikio įvertinimui pacientams, gaunantiems radioterapinį gydymą. Nustatyta, jog pacientai, kurie po radioterapijos 6 mėnesius buvo konsultuojami telefonu ir mokomi pykčio įveikos strategijų, psichologiškai jautėsi geriau, nei kontrolinės grupės - negavusios telefoninių konsultacijų - pacientai. Tyrime vertinti pacientų pykčio valdymo įgūdžiai, depresijos pasireiškimo bei savivertės lygmenys. Vertinimui naudota Spielberger pykčio išraiškos skalė, Beck depresijos aprašas, Rosenberg savivertės skalė. Teigiamai įvertintas palaikymas ir konsultacijos telefoninių pokalbių metu. Pacientai išmoko valdyti pyktį, be to - pajuto, kad nėra vieniši. (Ozkan et al., 2014)

JAV esant dideliame sergamumui onkologinėmis krūtų ligomis, išplėtotą slaugytojų veiklą onkologinių krūtų ligų prevencijos ir profilaktikos srityse. Melissa Paquin, Tracy Fasolino, Mary Beth Steck (2019) savo straipsnyje aptarinėja onkologinių krūtų ligų rizikos vertinimo modelius, kuriuos naudoja onkologinėmis krūtų ligų profilaktikos srityje dirbantys slaugytojai. Nėra vieno universalaus rizikos vertinimo modelio. Skirtingi modeliai paremti skirtingų kriterijų vertinimu. Kai kurie modeliai apima genetinio paveldėjimo riziką, kiti - ir šeiminės onkologinės krūties ligos paveldėjimo riziką. Išsamios konsultacijos metu gali būti nustatomos indikacijos genetiko konsultacijai. Kai kurie onkologinių krūtų ligų rizikos vertinimo modeliai padeda nustatyti asmenis, kuriems gali būti naudinga chemoprevencija (Paquin, Fasolino, Steck, 2019).

JAV autorių straipsniuose dažnai minimas slaugytojo, dirbančio su onkologinėmis krūtų ligomis sergančiais pacientais, navigatoriaus vaidmuo. Jaennine M. Brant ir kt. (2016) nagrinėja paciento perėjimo nuo stacionarios į ambulatorinę priežiūrą aspektus. Slaugytojai – navigatoriai stebi pacientus tris ar šešis mėnesius, pradedant nuo pirminio gydymo pabaigos. Sudaromas priežiūros

planas, pagal kurį slaugytojas susisieks su pacientu. Iškilus klausimams, pacientas gali paskambinti slaugytojui. Daugiausia slaugytojams teko spręsti problemas, susijusias su pacientų energijos stoka, miego sutrikimais, seksualinio gyvenimo nesklandumais. Slaugytojai padėjo pacientams, turintiems viršsvorį, imtis priemonių svorio mažinimui, taip sumažindami limfedemos riziką bei pagerindami bendrą pacientų savijautą. Tyrimo autoriai nurodo, jog pacientai patenkinti suteikta stebėjimo paslauga. Ypač gerai paslaugą vertino tie pacientai, kurie į slaugytojus kreipėsi dažniau (Brant et al., 2016).

Krūties vėžio slaugytojo vadovavimo (lyderiavimo/konsultavimo) vaidmenis sudaro:

- Buvimas pavyzdžiu kolegoms ir studentams;
- Mentorstės teorijos ir idėjų supratimas;
- Aktyvus personalo lavinimas;
- Geriausias išteklių panaudojimas;
- Kitų motyvavimas ir įkvėpimas;
- Pokyčių vietos lygmeniu skatinimas;
- Daugiadalykio požiūrio rėmimas (Cataliotti, 2007).

Australijos krūties vėžio slaugytojų darbe koordinavimas apima visą bendravimą su pacientais laiką – nuo diagnozavimo, gydymo, iki priežiūros tęstinumo bei paliatyvios pagalbos teikimo. Krūties vėžio slaugytojai save laiko svarbiausiu kontaktiniu asmeniu priežiūros tęstinumo metu. Koordinavimo vaidmuo apima diagnostikos procedūras, chirurgiją, medikamentinę ir spindulinę terapiją, ryšius su bendrosios praktikos gydytojais, psichologinėmis tarnybomis, dietologais ir socialiniais darbuotojais. Krūties vėžio slaugytojai teigia, kad ryšių užmezgimas ir palaikymas – nepakankamai įvertintas ir daug laiko sąnaudų reikalaujantis darbas (Luck et al., 2016).

Parama pacientams priimant informuotus sprendimus EUSOMOS priskirta prie klinikinių slaugytojo vaidmenų, tačiau ji susijusi su paciento interesų atstovavimu prieš kitus komandos narius. Tarpininko tarp gydytojo ir paciento, taip pat tarp paciento ir kitų organizacijų – advokato vaidmuo reikalauja lyderio savybių, todėl jis aptartas šiame poskiryje.

Australijos krūties vėžio slaugytojoms paciento advokato arba gynėjo vaidmuo tenka, kai reikia užtikrinti, kad pacientas laiku gautų reikiamą gydymą. Šiam vaidmeniui priskiriami ir socialiniai aspektai teikiant paslaugas atokiau nuo ligoninių gyvenantiems pacientams (Luck et al., 2016).

Paciento advokato vaidmuo tenka slaugytojui ir tuomet, kai reikia pasirūpinti, kad būtų išgirsta ir priimta paciento nuomonė, ypač tais atvejais, kai iškyla klausimų dėl diagnozavimo ar gydymo taktikos. Sergančiuosius onkologinėmis krūties ligomis bei juos gydančius ir slaugančius nuolat lydi įvairios etinės dilemos. Pirmieji etiniai klausimai iškyla prevencinių programų metu. Diskutuojama ir apie dėl profilaktinės patikros atsiradusią krūties ligų hiperdiagnostiką (angl. overdiagnosis), per daug

aktyvų gydymą radus pakitimų mamogramose (angl. overtreatment). Mamografija nustato ankstyvą onkologinę ligą, bet nenusako, ar tas liga progresuos, ar jis pavojinga (Gudavičienė, Steponavičienė, Lachej, 2015).

Onkologinių ligų diagnozavimo ir gydymo metu prieš imantis bet kokių sprendimų nuolat vertinama galima nauda – žala. Balansavimui tarp atlikti – neatlikti įtaką darančius veiksnius savo straipsnyje aptarė Francesco Attena (2019). Dvi paradigmas, tarp kurių nuolat kyla konfliktai, jis pavadino „padaryti daugiau priemonių - geriau“, bei „padaryti daugiau – nereiškia, kad geriau“. Yra bent septyni tarpusavyje susiję klausimai, turintys įtakos konfliktams tarp paradigminėse diskusijose dėl onkologinių krūties ligų patikrinimo: mokslinių tyrimų ir praktikos atskyrimas; moterims teikiamos informacijos trūkumas; kaip „politinis teisingumas“ gali turėti įtakos sveikatos politikos pasirinkimui; profesiniai interesai; abejonės dėl veiksmingumo; nesuderinamumas tarp žalos ir naudos; ir sunkumai priimančiam dichotominius sprendimus su atskirais kintamaisiais (Attena, 2019).

Dalį etinių dilemų galima išspręsti įtraukiant pacientus į sprendimų dėl diagnozavimo procedūrų ar gydymo taktikos apsprendimo priėmimą. Izraelyje atlikta studija, kurios dalyvės – moterys po mastektomijos. Siekta iširti sprendimo priėmimo stilius ir įsitraukimo į sprendimo priėmimą lygmenis, sprendžiant dėl krūties rekonstrukcijos. Teigiama, kad pacientams labai svarbus sprendimų priėmimo procesas, ypač kai yra skirtingų gydymo galimybių, ar kai kyla abejonų dėl siekiamų rezultatų. Slaugytojo užduotis – suteikti pacientui informacijos pagal pageidaujamą sprendimų priėmimo stilių bei skatinti pacientą aktyviai dalyvauti sprendimo dėl rekonstrukcijos priėmimo procese, labiau atsižvelgiant į asmeninius paciento pageidavimus, nei sociodemografinius rodiklius. Slaugytojai turi išmanyti apie paciento sprendimų priėmimo poreikius, pacientų sprendimų priėmimo stilius. Kad pacientas galėtų lygiaverčiai bendradarbiauti, svarbi sprendimų priėmimo aplinka. Todėl pabrėžiama slaugytojo indėlio kuriant gerus paciento – gydytojo – slaugytojo tarpusavio santykius svarba (Kadmon et al., 2016).

Slaugytojų paciento advokato vaidmuo ryškus ir socialinėje sferoje. Asmenys, kuriems diagnozuota onkologinė liga, patiria nemažai diskriminacijos. Socialinėje aplinkoje diskriminacija susijusi su pablogėjusiomis galimybėmis išlaikyti darbo vietą ar susirasti naują darbą, su galimybėmis gauti paskolą, būti apdraustiems, gauti dirbtinio apvaisinimo paslaugas ar įsivaikinti. Slaugytojas, susidūręs su problemomis, kurių išspręsti neturi kompetencijos, turėtų pasitelkti pagalbą kitų specialybių ar institucijų darbuotojus, arba pas juos nukreipti pacientą.

Australijos slaugytojos daug darbinių situacijų išsprendžia nuotoliniu būdu. Jos nurodo, jog daug laiko praleidžia tiesioginėms, telefoninėms ir elektroninėms konsultacijoms. Ir net 30% laiko užima dalyvavimas daugiaprofilinės (daugiadalykės) komandos aptarimuose (Ahern T., Gardner A., Courtney M., 2015).

Krūties vėžio slaugytojo edukologo vaidmenį sudaro:

- Indėlis į krūties priežiūros švietimo planavimą ir vykdymą;
- Efektyvus darbuotojų, studentų, pacientų ir jų šeimos narių mokymas;
- Talkinimas ruošiant mokomąją medžiagą pacientams ir darbuotojams;
- Talkinimas vertinant pacientų ir darbuotojų mokymo strategijas. (Cataliotti, 2007).

Australijos krūties vėžio slaugytojai savo edukologinį vaidmenį atlieka aiškindami pacientams jų tyrimų rezultatus, intervencijų, gydymo niuansus, taip pat atlikdami kitų slaugytojų, studentų, pacientų grupių ir organizacijų švietimą. (Luck et al., 2016)

Australijos krūties priežiūros slaugytojai teikia pacientams konsultacijas, kurių metu suteikia informacijos, susijusios su perioperaciniu periodu. Janie Brown, Gay Refeld ir Alannah Cooper (2018) savo tyrimu nustatė, kad svarbu ne tik konsultacijos turinys, bet ir koku būdu, bei kuriuo metu ji suteikta. Tyrime nurodyta, kad pacientai informaciją gavo trimis skirtingais būdais: prieš operaciją konsultaciją „akis į akį“, prieš operaciją gavo konsultaciją telefonu, arba konsultuoti krūties priežiūros slaugytojo buvo tik po operacijos. Tyrimo rezultatai parodė, kad geriausiai pacientai vertina „akis į akį“ konsultacijas prieš operaciją, tokių konsultacijų metu gauna aukštos kokybės žinias, emocinę bei praktinę paramą. (Brown, Refeld, Cooper, 2018)

Lietuvos autorių Fabijanskienės, Jaruševičienės, Valiaus (2012) straipsnyje apie perioperacinio nerimo mažinimo strategijas, teigiama, jog nerimui mažinti taikomos įvairialypės intervencijos, kurios be tiesioginio nerimo mažinamojo poveikio turi ir kitų palankių poveikių. Esminis, beveik visas taikytas intervencijas vienijantis komponentas – informacijos suteikimas pacientui. Autoriai išskyrė šiuos pacientams suteikiamos informacijos elementus:

- procedūrinį (paaiškina įvykių seką);
- jutiminį (apibūdina galimus jūtimus operacijos metu ir po jos);
- emocinį (kuria pacientui draugišką aplinką);
- edukacinį (supažindina pacientą su esama patologija ir skatina aktyviai dalyvauti gydymo procese);
- informavimą apie potencialią riziką (nusako planuojamą operacijos trukmę bei galimą operacinę riziką ir komplikacijas) (Fabijanskienė, Jaruševičienė, Valius, 2012).

Krūties vėžio slaugytojo tyrėjo vaidmenį sudaro:

- Įrodymais grįstos praktikos svarbos įvertinimas;
- Žinios apie mokslinius tyrimus ir kai kurie kritinės analizės įgūdžiai;
- Dalyvavimas mokslinių žurnalų klubų veiklose;
- Indėlis į audito ir kokybės sistemų iniciatyvas;
- Veiksmingo praktiko veikla;
- Pastovus žinių багаžo atnaujinimas;

- Dalyvavimas slaugos tyrimų projektuose ir klinikiniuose tyrimuose (Cataliotti, 2007).

Tyrėjo vaidmuo dažnai nurodomas kaip išskirtinė aukštos kategorijos slaugytojų veikla. Ir priešingai - tai, koks slaugytojo indėlis į slaugos projektus, kokybės sistemos tobulinimą, įrodymais grįstą praktiką, mokslinių žurnalų klubų veiklą, taip pat lemia jo kategoriją (Royal College of Nursing, 2007). Kita vertus, kiekvienas slaugytojas atlieka tyrėjo vaidmenį tobulindamas savo kvalifikaciją ir užsiimdamas veiksmingo praktiko veikla.

1.3. Slaugytojų profesinės kompetencijos samprata

Slaugos kompetencija apima pagrindinius gebėjimus, kurie yra būtini slaugytojo vaidmeniui vykdyti. Kompetencija yra gebėjimas, įgytas per patirtį ir mokymąsi. Kompetencijos sąvoka atskleidžiama dviem etapais:

- 1) potencialūs gebėjimai, kurie gali veiksmingai veikti tam tikromis aplinkybėmis;
- 2) motyvacija parodyti savo naudingumą naudojant šiuos gebėjimus.

Kita vertus, slaugytojo kompetencija yra elgesio charakteristika, pagrįsta jo interesais ir patirtimi, kurią įtakoja jo motyvacija ir požiūris. Tai yra optimalus elgesio bruožas, kuris gali sukelti pasiekimus. Kompetencija (gebėjimas) yra prielaida ugdyti kompetenciją (elgesio charakteristikas). Slaugos kompetencijos gali būti suskirstytos pagal šias tris teorijas:

- biheviorizmo - reiškia kompetenciją kaip gebėjimą atlikti individualius pagrindinius įgūdžius ir vertinimą demonstruojant tuos įgūdžius;
- bruožų teorijos - vertina kompetenciją kaip individualius bruožus, būtinus veiksmingai atlikti pareigas (žinios, kritinio mąstymo įgūdžiai ir kt.)
- holizmo - vertina kompetenciją kaip elementų grupę, įskaitant žinias, įgūdžius, požiūrius, mąstymo gebėjimus ir vertybes, kurių reikia tam tikruose kontekstuose.

Slaugos kompetencija paprastai laikoma kompleksine žinių integracija, įskaitant profesinį vertinimą, įgūdžius, vertybes ir požiūrį, nurodant, kad holizmas yra plačiai priimtas. Slaugos praktikoje slaugytojai privalo pritaikyti savo įgytas žinias, įgūdžius ir įgimus individualius bruožus kiekvienai situacijai ir sugebėti pritaikyti šias žinias ir įgūdžius skirtingomis aplinkybėmis (Fukada 2018).

LR Švietimo įstatyme kompetencija apibrėžiama kaip gebėjimas atlikti tam tikrą veiklą, remiantis įgytų žinių, mokėjimų, įgūdžių, vertybinių nuostatų visuma (LR Švietimo įstatymas, 1991). Bendrosios praktikos slaugytojo veiklą reglamentuojančioje Lietuvos medicinos normoje nurodoma, jog „bendrosios praktikos slaugytojo profesinę kompetenciją sudaro žinios, gebėjimai ir įgūdžiai, kuriuos jis įgyja bendrosios praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją suteikiančių studijų metu bei nuolat tobulindamas įgytą profesinę kvalifikaciją, atsižvelgdamas į nuolatinę slaugos mokslo ir praktikos pažangą“ (Lietuvos medicinos norma MN 28:2019).

LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymu „Dėl medicinos normų rengimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ 10.9.4 dalyje nurodoma, jog medicinos normose apibrėžiant, ką asmens sveikatos priežiūros specialistas turi gebėti pagal įgytą profesinę kvalifikaciją, turi būti atsižvelgta į slaugos mokslo pažangą, „geruosius Europos Sąjungos pavyzdžius bei tarptautinius ir (ar) Europos sveikatos priežiūros specialistų organizacijų parengtus specialistų mokymo standartus.“ (LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl medicinos normų rengimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“, 2016).

1.3.1. Slaugytojų profesinės kvalifikacijos tobulinimas

Slaugytojas kompetencijai būtinas žinias, gebėjimus ir įgūdžius gauna įgydamas ir nuolat tobulindamas savo kvalifikaciją. Slaugytojo profesinės kvalifikacijos tobulinimas apibrėžtas Lietuvos Respublikos teisės dokumentais. „Profesinės kvalifikacijos tobulinimas – neformalusis švietimas, kuriuo siekiama pagilinti ar atnaujinti profesinei veiklai reikalingas žinias, gebėjimus bei praktinius įgūdžius“ (LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimo ir jo finansavimo tvarkos“, 2002)

Bendrosios praktikos slaugytojo profesinės kvalifikacijos privalomojo tobulinimo trukmė – ne mažiau kaip po 60 val. kas penkeri metai. Slaugytojai, kurie nesivertė teisėta slaugos praktika daugiau kaip dvejus metus per paskutinius penkerius metus, siekdami užtikrinti licencijos sąlygų laikymąsį, turi licencijavimo tarnybai pateikti duomenis apie 100 val. trukmės kvalifikacijos tobulinimą. (LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl slaugos praktikos licencijavimo taisyklių patvirtinimo, 2009).

„Tobulinimosi formos yra šie renginiai: kursai, stažuotės, paskaitos, tobulinimo renginiuose skaitomi pranešimai, publikacijos recenzuojamuose mokslo žurnaluose ir leidiniuose, mokslinės praktinės konferencijos, konferencijos, seminarai, suvažiavimai, dalyvavimas rengiant teisės aktų projektus Ministerijoje ar jai pavaldžiose įstaigose, taip pat studijų dalykai, kuriuos studijuoja ar yra baigę specialistai, turintys tos pačios studijų krypties anksčiau įgytą profesinę kvalifikaciją. Tobulinimas gali vykti ir nuotoliniu būdu, ir asmeniui fiziškai dalyvaujant“ (LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimo ir jo finansavimo tvarkos“, 2002)

Analizuojant esamą (2016 m.) situaciją nuogastaujama dėl slaugytojų kvalifikacijos tobulinimo problemų. „Darbdaviai neužtikrina sąlygų slaugytojams tobulinti savo kvalifikaciją: slaugytojai dažnai neatleidžiami nuo darbo mokymosi metu, nepadengiamos mokymosi išlaidos. Dažnai slaugytojai ir darbdaviai tik formaliai žiūri į kvalifikacijos tobulinimą, todėl slaugytojai kvalifikaciją tobulina bet kokiose srityse“. (LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl nacionalinės slaugos politikos 2016-2025 metų gairių patvirtinimo“, 2016).

“Ministerija, siekdama patenkinti specialistų tobulinimosi poreikius ir atsižvelgdama į skiriamas valstybės biudžeto lėšas, specialistui kas penkerius metus (licencijos ar kito specialisto profesinei veiklai būtino dokumento išdavimo bei privalomo pranešimo apie tobulinimąsi laikotarpiu) pagal bazinę kainą apmoka iki 60 proc. specialisto profesinės kvalifikacijos privalomojo tobulinimosi valandų. Likusią išlaidų dalį padengia kitas juridinis ar fizinis asmuo arba pats specialistas. Sveikatos priežiūros ar farmacijos įstaigos, įmonės, planuodamos kitų metų biudžetą, atsižvelgdamos į specialistų tobulinimosi poreikį, numato lėšas specialistų tobulinimuisi (rekomenduojama ne mažiau kaip vieną procentą įstaigos darbo užmokesčio fondo). Vidutinį darbo užmokestį moka ir komandiruotės išlaidas padengia įstaiga, siunčianti specialistą tobulintis, Lietuvos Respublikos Vyriausybės nustatyta tvarka. Gali būti organizuojami mokami tobulinimosi kursai ar kiti renginiai, už kuriuos moka patys specialistai, sveikatos priežiūros ar farmacijos įstaigos arba kitos organizacijos.” (LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimo ir jo finansavimo tvarkos“, 2002)

2018 m. rugpjūčio 31 d. buvo pasirašyta Lietuvos nacionalinės sistemos šakos kolektyvinė sutartis, pagal kurią sveikatos įstaigos įsipareigoja slaugytojo kvalifikacijos tobulinimui suteikti ne mažiau kaip 10 darbo dienų per 5 metus, mokant vidutinį darbo užmokestį. Sutartį pasirašė 271 Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaiga (Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos šakos kolektyvinė sutartis, 2018).

1.3.2. Specializuota slauga. Naujos specializacijos sukūrimo galimybės

Lietuvoje bendrąja slaugos praktika besiverčiantis slaugytojas gali įgyti norimą specializuotos slaugos srities specializaciją pabaigęs kursų, arba tapti išplėstinės praktikos slaugytoju, pabaigęs išplėstinės praktikos magistrantūros studijas.

2010 metų sausio 1 d. įsigaliojusi įsakymu Lietuvoje patvirtintos penkios specializuotos slaugos sritys, kuriose gali dirbti bendrosios praktikos slaugytojai, turinys galiojančią bendrosios slaugos praktikos licenciją ir atitinkamos slaugos specializacijos įgijimą patvirtinantį dokumentą:

- anestezija ir intensyvioji slauga;
- bendruomenės slauga;
- operacinės slauga;
- psichikos sveikatos slauga;
- skubioji medicinos pagalba.

Specializacijos kursus pagal atitinkamas neformaliojo švietimo programas rengia aukštosios mokyklos (LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl specializuotos slaugos sričių sąrašo

patvirtinimo“, 2009). Visos penkios slaugos specializacijos turi patvirtintas medicinos normas, kuriomis turi vadovautis specialiaja slaugos praktika užsiimantys slaugytojai.

2014 m. liepos 4 d. Sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtintos išplėstinės slaugos praktikos gairės, pagal kurias nuo 2015 m. rugsėjo 1 d. universitetuose, rengiančiuose gydytojus, pradėti rengti išplėstinės praktikos slaugytojai, kuriems numatoma suteikti daugiau funkcijų ir kompetencijų. Lietuvos sveikatos mokslų universitete 2019 metais magistrantūros studijas baigė jau trečia išplėstinės praktikos slaugytojų laida. 2019 metais rugsėjo mėn. išplėstinės praktikos slaugytojai pradėti rengti ir Vilniaus universitete. Studijuodami slaugytojai gali pasirinkti vieną iš trijų išplėstinės slaugos praktikos šakų:

išplėstinė slaugos praktika priminėje priežiūroje;

išplėstinė slaugos praktika anestezijoje ir intensyviojoje terapijoje;

išplėstinė slaugos praktika skubioje medicinoje.

2016 metais gegužės 9 d. išplėstinės praktikos slaugyto profesija įtraukta į reglamentuojamų profesijų sąrašą. 2017 metais patvirtinta išplėstinės praktikos slaugytojo medicinos norma MN 160:2017. Nuo 2018 metų liepos 1 d. pradėjo veikti postai - darbo vietos, skirtos išplėstinės slaugos praktikos absolventams pagal medicinos normose numatytas kompetencijas. Pasak profesorės Aurelijos Blaževičienės, išplėstinės slaugos praktikos slaugytojai pasižymi savybėmis, kurios slaugos praktiką kilsteli į lygmenį, kuris tenkintų šiuolaikinę sveikatos priežiūros sistemą ir jai keliamus iššūkius:

- profesinis savarankiškumas;
- mokslo įrodymais pagrįstos slaugos taikymas kasdienėje veikloje;
- lyderystė ir gebėjimas taikyti naujas technologijas teikiant sveikatos priežiūros paslaugas;
- gebėjimas identifikuoti skirtumus tarp slaugos ir medicininės priežiūros;
- gebėjimas mokyti ir konsultuoti pacientus;
- kritinis mąstymas. (Blaževičienė, 2019)

PSO Europos regiono biurui remiant sudarytame valstybėms – narėms skirtame techniniame vadove „Strateginės slaugytojų ir akušerių vaidmens stiprinimo Europos regione kryptys siekiant „Sveikata 2020“ tikslų“ teigiama, jog svarbu pirmenybę teikti slaugytojų karjeros galimybėms, gerinančioms pacientų priežiūrą ir didinančioms įsitraukimą į sveikatos priežiūros paslaugų plėtrą. Pagerinti sveikatos ugdymo, gydymo bei neinvazinės ir chirurginės priežiūros prieinamumą galima taikant papildomus mokymus, sukuriant naujus slaugytojų ir akušerių vaidmenis (Pasaulio sveikatos organizacija, 2015).

„Nacionalinėse slaugos politikos 2016-2025 metų gairėse“ nurodoma, jog vienas iš veiksmų, nepalankių slaugos kokybei bei pacientų saugumui užtikrinti, yra „maža darbo vietų diferenciacija pagal slaugytojų įgytą išsilavinimą ir kompetencijas“. „Nacionalinės slaugos politikos 2016-2025 metų gairės“ kaip vieną svarbiausių uždavinių, padėsiančių pagerinti slaugos kokybę, nurodo slaugos paslaugų ir

slaugytojų savarankiškumo plėtimą, dėl ko planuojama: „įtraukti daugiau slaugos paslaugų į asmens sveikatos priežiūros įstaigų slaugos paslaugų teikimo reikalavimus įvairiuose asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo lygiuose“; „peržiūrėti esamų slaugos paslaugų finansavimą bei numatyti naujų slaugos paslaugų finansavimą“; „esant poreikiui, kurti naujas medicinos normas, reglamentuojančias slaugytojo teises, pareigas, kompetenciją ir atsakomybę“; „didinti ir diferencijuoti slaugytojų darbo užmokestį, atsižvelgiant į darbo pobūdį, stažą ir išsilavinimą“ (LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl nacionalinės slaugos politikos 2016-2025 metų gairių patvirtinimo“, 2016 m.).

Ar Lietuvoje gali atsirasti daugiau specializuotos slaugos sričių? Vadovaujantis šiuo metu galiojančiais įstatymais, naujos slaugytojų specializacijos iniciatoriais gali būti slaugytojų sąjungos arba draugijos. Turi būti parengtas specializuotos slaugos srities neformaliojo švietimo programos aukštojoje mokykloje projektas ir medicinos normos, pagal kurią specializuotos srities slaugytojas dirbs, projektas. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakyme „Dėl specializuotos slaugos sričių sąrašo patvirtinimo“ nurodoma, kad „specializuotos slaugos sričių sąrašas gali būti papildomas nauja slaugos sritimi“. Turi būti parengti naujos slaugos srities specialistų rengimo programos ir medicininės normos projektai, suderinti su aukštąja slaugytojus rengiančia mokykla bei slaugytojų profesine sąjunga ar draugija. Ar pritarti pateiktiems projektams, sprendžia Sveikatos apsaugos ministerija (LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl specializuotos slaugos sričių sąrašo patvirtinimo“, 2009).

Naujos medicinos normos rengimo ar esamos pakeitimo iniciatoriumi gali būti bet kuris asmuo. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymu „Dėl medicinos normų rengimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“, fiziniams ir juridiniams asmenims suteikta teisė siūlyti Sveikatos apsaugos ministerijai naujų medicinos normų rengimą, pakeitimą, peržiūrėjimą ar panaikinimą. „Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos, bendradarbiaudama su LR sveikatos apsaugos ministerija, įvertina medicinos normų rengimo, keitimo ar panaikinimo poreikį, taip pat fizinių ir juridinių asmenų pateiktus pasiūlymus dėl medicinos normų rengimo, keitimo ar pripažinimo netekusiomis galios, parengia medicinos normų rengimo planą.“ Slaugos medicinos norma turi būti suderinta su ne mažiau kaip dviem mokslo ir studijų institucijomis, rengiančiomis slaugos specialistus, slaugos draugijomis, Valstybine ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos, Akreditavimo tarnyba, kitomis suinteresuotomis institucijomis. (LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl medicinos normų rengimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“, 2016).

Metodikos, pagal kurią būtų galima prognozuoti, kiek ir kokių sveikatos priežiūros specialistų tikslinga ruošti, kol kas Lietuvoje neturime. Vienas iš iki šiol sėkmingai įgyvendinamų Lietuvos „Nacionalinės slaugos politikos 2016-2025 metų gairių“ tikslų – sukurti slaugytojų poreikio prognozavimo sistemą. 2022-2025 metais planuojama parengti slaugytojų poreikio prognozavimo metodiką ir įdiegti ją asmens sveikatos priežiūros įstaigų bandomuosiuose projektuose. Už priemonių

įgyvendinimą atsakinga Sveikatos apsaugos ministerija, universitetai bei Higienos institutas (LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl nacionalinės slaugos politikos 2016-2025 metų gairių patvirtinimo“, 2016 m.).

1.4. Krūties vėžio slaugytojų rengimas

Didžioji Britanija – pirmoji šalis, kurioje 1980 metais pradėti ruošti krūties priežiūros slaugytojai (Kadmon, 2017). Šioje šalyje su sergančiaisiais onkologinėmis krūtų ligomis dirba suformuotos krūties priežiūros specialistų komandos (*unit*). Esant geriems tokios priežiūros rezultatams, Didžiosios Britanijos pavyzdžiu EUSOMOS darbo grupė, sudaryta iš Europos krūties priežiūros ekspertų parengė reikalavimų krūties vėžio centrams gaires (EUSOMA, 2000). Dar 2000 metais EUSOMOS nurodyta, kad su sergančiaisiais onkologinėmis krūtų ligomis turėtų dirbti profesionali komanda, kurią sudaro pagal nurodytas gaires parengti sveikatos priežiūros specialistai: radiologas (*Breast radiologist*), radiotechnologas (*Breast diagnostic radiographer*), krūties vėžio slaugytojas (*Breast care nurse*), krūtų chirurgas (*Breast surgeon*), patologas (*Breast pathologist*), chemoterapeutas (*Breast medical oncologist*), radioterapeutas (*Breast radiation oncologist*), medicinos fizikas (*Breast medical physicist*) (Cataliotti, 2007). Viena onkologinių krūtų ligų specialistų komanda turėtų būti suformuota 150-iai naujai diagnozuotų onkologinių krūtų ligų atvejų per metus (neįskaitant anksčiau diagnozuotos ligos, ligos atkryčių, ar tik kai kurioms paslaugoms į sveikatos priežiūros įstaigą atvykstančių onkologinių krūtų ligų pacientų) (EUSOMA, 2000).

EUSOMOS parengtose gairėse teigiama, jog vienai onkologinių krūtų ligų specialistų komandai reikalingi bent du krūties vėžio slaugytojai, arba du slaugytojai šimtui naujai diagnozuotų onkologinių krūtų ligų atvejų per metus (EUSOMA, 2000). Krūties priežiūros specialistu slaugytoją galima laikyti tada, kai jis visą darbo laiką skiria krūties ligomis sergančiųjų priežiūrai (visas laikas skaičiuojamas remiantis standartiniu savaitiniu visu darbo laiku, kaip apibrėžta nacionalinėje kolektyvinėje sutartyje dėl darbo laiko) (Wilson et al., 2013).

„European Journal of Cancer“ publikuotas EUSOMOS vardu sudarytos darbo grupės 2006 m. parengtos onkologinių krūtų ligų srityje dirbančių sveikatos priežiūros specialistų rengimo standartų gairės. Pagrindinis rengimo standartų gairių tikslas – užtikrinti asmenų, sergančių onkologinėmis krūtų ligomis priežiūros kokybę, ją standartizuoti. To tikimasi pasiekti tinkamai paruošus sveikatos priežiūros specialistus. Gairės nustato kiekvienam specialistui privalomas minimalias teorines ir praktines žinias onkologinių krūties ligų gydymo ir priežiūros srityje, taip pat numatomi specialistų kompetencijų vertinimo kriterijai (Cataliotti, 2007).

EUSOMA krūties vėžio slaugytojų rengimo gairėse nurodomi minimalūs reikalavimai besirengiantiems tapti krūties vėžio slaugytojais:

- turėti pirmą slaugytojo kvalifikacinį laipsnį;
- turėti bakalauro ar aukštesnį išsilavinimą;
- turėti mažiausiai dvejų metų priežiūros vėžio srityje patirtį;
- šiuo metu dirbti įstaigoje, kurioje gydomi asmenys, sergantys onkologinėmis krūčių ligomis (Cataliotti, 2007).

Vokietijoje pirmieji krūties vėžio slaugytojai buvo pradėti ruošti 2006 m. rugsėjo mėn. Charite krūties gydymo centre. Kursas suskirstytas į 5 modulius, sudarančius 264 valandas ir trunka 9 mėnesius. Pirmas modulis suteikia žinių apie mokslinio tyrimo principus, komunikacijos ir elgesio strategijas, emocines reakcijas. Antras ir trečias moduliai suteikia žinių apie onkologinės ligos gydymą, skausmo valdymą, gydymo komplikacijas. Ketvirtą modulio metu atkreipiamas dėmesys į pažengusios onkologinės ligos gydymą, psichosocialines ir alternatyvias paramos galimybes. Penktas modulis skirtas aptarti krūties vėžio slaugytojų vaidmenims ir tarpdisciplininiam bendradarbiavimui (Voigt et al., 2011).

Austrijoje krūties vėžio slaugytojo specializacija atsirado 2010 m. Tirol klinikų sveikatos specialistų Vakarų mokymo centras rengia krūties vėžio slaugytojų tęstinio mokymo (specializacijos) kursus. Studijų trukmė – vieneri metai. Mokymus sudaro 280 teorinių ir 40 praktikos valandų. Studijos vyksta ciklais – keturi savaitės trukmės ciklai, tarp kurių savarankiškas mokymasis, praktika bei projektinio darbo rašymas.

Mokymo metu įgyjamos fiziologijos, patologijos, onkopsichologijos, socialinės, komunikavimo ir slaugos žinios, susijusios su onkologinėmis krūčių ligomis, taip pat suteikiama svarbiausių atvejo vadybos žinių. Įgiję specializaciją slaugytojai gali prižiūrėti pacientus ir jų artimuosius pradedant laikotarpiu prieš diagnozavimą ir lydėti juos visą ligos procesą. Slaugytojo paskirtis - mokyti prevencijos, apie ligos gydymą ir su liga bei gydymu susijusius simptomus, padėti pacientams sumažinti pašalinius gydymo poveikius, informuoti pacientus apie gydymo galimybes ir medicinines intervencijas.

Taikomi šie priėmimo į specializacijos studijas reikalavimai:

- sveikatos priežiūros ir slaugos diplomas;
- dvejų metų profesinė patirtis;
- pagrindiniai darbo kompiuteriu įgūdžiai (ir prieiga prie interneto)

(Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe der Tirol Kliniken GmbH, 2019).

Šveicarijoje rengiami dviejų lygių krūties vėžio slaugytojai – I lygio - klinikinės praktikos specialistai krūties vėžio slaugytojai (*la clinicienne spécialisée l'Infirmière Référente pour le Cancer du Sein*) ir II lygio - klinikinės slaugos ekspertai krūties vėžio slaugytojai (*l'experte en soins infirmière clinicienne spécialisée l'Infirmière Référente pour le Cancer du Sein*). Be pradinio, bakalauro išsilavinimo, I lygio krūties vėžio slaugytojui reikalinga:

- komunikavimo mokymai (minimaliai 3 dienos);

- podiplominės onkologijos/ senologijos studijos (minimaliai 35 kreditų);
- praktika su sergančiais onkologinėmis krūtų ligomis (minimaliai 3600 val.);
- slaugytojo veiklos su sergančiais onkologinėmis krūtų ligomis aprašymas.

Reikalavimai II lygio Šveicarijos krūties vėžio slaugytojų pasirengimui:

- komunikavimo mokymai (minimaliai 3 dienos);
- slaugos magistro studijos (minimaliai 90 kreditų);
- praktika su sergančiais onkologinėmis krūtų ligomis (minimaliai 3600 val.);
- slaugytojo klinikinės praktikos su sergančiais onkologinėmis krūtų ligomis aprašymas.

(Eicher et al., 2013)

Didžiojoje Britanijoje slaugytojams suteikiama savarankiškumo ir įpareigojimų darbe pagal tai, kokią išsilavinimą bei kokią praktinę patirtį jie turi. Londono Karališkojo slaugos koledžo parengtame slaugytojų darbo gide nurodomi minimalūs reikalavimai keturioms krūties vėžio slaugytojų kategorijoms:

Kompetetingas slaugytojas – patirtis krūtų priežiūros srityje 6-12 mėnesių, registruotos slaugytojos išsilavinimas. Registruotas bendrosios praktikos slaugytojas, siekiantis profesinio ar akademinio progreso.

Patyręs / įgūdęs krūtų priežiūros slaugytojas – Patirtis krūtų priežiūros srityje 2 metai, patirtis moterų priežiūros, onkologijos ar chirurgijos srityje. Krūtų priežiūros slaugytojo diplomas (EBN A11) ar jam tolygus. Pageidautinas bakalauro laipsnis.

Vyresnysis praktikas / ekspertas klinikinės slaugos specialistas – 5 metai kvalifikuotos praktikos, pageidautina – pastarieji 2 metai krūtų priežiūros srityje. Pageidautinas bakalauro ar magistro išsilavinimas.

Slaugytojas konsultantas – 5 metai krūtų slaugytojo darbas. Akademinis lygis – magistras ar aukštesnis.

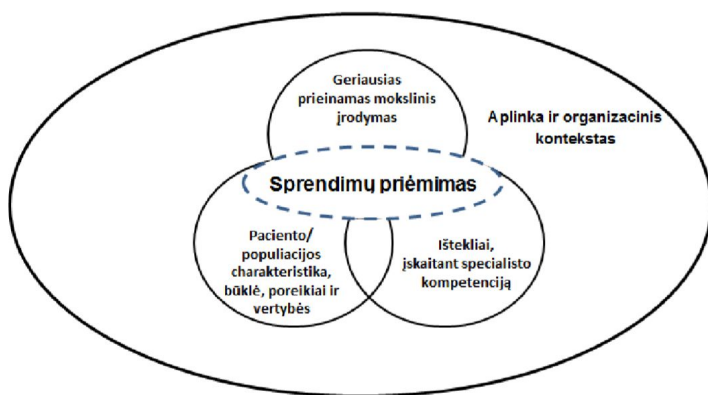
Londono Karališkojo slaugos koledžo sudaryti reikalavimai krūties vėžio slaugytojų kompetencijoms apima bendrąsias žinias bei įgūdžius bei 13 klinikinių standartų (sričių): šeimos istorija, gerybiniai krūtų susirgimai, krūtų patikra, diagnozavimas, krūtų chirurgija, seromų gydymas, krūties ir spenelio rekonstrukcija, sisteminis gydymas, ligalaikis stebėjimas, limfedema, metastazavusi liga, griūvančios žaizdos, psichologinė pagalba (įskaitant psichosocialinius ir psichoseksualinius aspektus) (Royal College of Nursing, 2007).

II. EMPIRINĖ DALIS

2.1. Tyrimo metodika

Teorinis tyrimo pagrindimas. Atlikdami tyrimą pirmiausia turime žinoti, ko iš jo tikimės. Duomenys, kuriuos renkame, turi užpildyti spragą – turi atspindėti tai, ko nagrinėdami reiškinių nerandame literatūroje. Norėdami kuo geresnės slaugos krūties vėžiu sergantiems pacientams, keliame klausimą – koks turi būti slaugytojas, dirbantis su asmenimis, sergančiais onkologinėmis krūčių ligomis? Pasitelkus M. J. Satterfield ir kt. (2009) įrodymais grįstos praktikos modelį, matomas globalus nagrinėjamos temos vaizdas. Geros praktikos pavyzdžius randame straipsniuose, kuriuose aprašomas krūties vėžio slaugytojo darbas. Pasiremdami F. G. Abdellah slaugos filosofija, susiplanuojame galimas pokalbio kryptis, kad sužinotume, kaip su krūties vėžio pacientais dirba Lietuvos slaugytojai, ir ką jie mano apie savo kompetencijas. Tyrimui atlikti taikome grindžiamąją teoriją.

Rengiant darbą apie krūties vėžio slaugytojo kompetencijas, vadovaujamasi **M. J. Satterfield ir kt. (2009) įrodymais grįstos praktikos modeliu (1 pav.).**



1 pav. Įrodymais grįstos praktikos modelis, sudaryta remiantis Satterfield et al., 2009

Paciento/ populiacijos charakteristika, būklė, poreikiai ir vertybės. Šiame darbe aptariama sergančiųjų onkologinėmis krūčių ligomis populiacija. Išskiriami etapai, kurie skiriasi informacijos ir paramos pacientams poreikio lygmeniu bei turiniu. *Tyrimu* siekiama išsiaiškinti, kokius sergančiųjų onkologinėmis krūčių ligomis poreikius akcentuoja Lietuvoje dirbantys slaugytojai.

Geriausias prieinamas mokslinis įrodymas. Cituojami tarptautinių organizacijų dokumentai, reglamentuojantys krūties vėžio slaugytojų darbą ir profesinį rengimą. Nagrinėjami moksliniai straipsniai, kuriuose rašoma apie šalių, turinčių praktikuojančius krūties vėžio slaugytojus, patirtis. Gilinamasi į krūties vėžio slaugytojų darbo specifiką, vaidmenis, kompetencijas, rengimą.

Ištekliai, įskaitant specialisto kompetenciją. Tyrimu siekiama sužinoti, kaip Lietuvos slaugytojai vertina savo darbo su sergančiais onkologinėmis krūties ligomis kompetencijas, kaip jas tobulina, ką norėtų keisti. Analizuojama, ar tokias pat slaugytojų kompetencijas nurodo šiuo metu galiojančios medicinos normos.

Aplinka ir organizacinis kontekstas. Šiame darbe remtasi idėja, kad slauga, požiūris į slaugytoją ir pačio slaugytojo požiūris į savo darbą yra įtakojamas begalės išorinių veiksnių bei istoriškai susiformavusių aplinkybių. Turime unikalią savo šalies situaciją, kurios fone formavosi slauga, kaip viena iš sveikatos priežiūros sistemos dalių. Įdomu, kaip Lietuvos slaugytojai patys vertina savo autonomiją vykdant tiesioginės slaugos veiksmus, gerinant slaugos praktiką, vystant slaugos mokslą, įtakojant slaugos politiką. Teorinėje dalyje nagrinėjami Lietuvos Sveikatos apsaugos ministro įsakymai, susiję su sergančiųjų krūties vėžiu diagnostikos ir gydymo organizavimu, su slaugytojų profesinių kompetencijų reglamentavimu, naujų slaugytojų kompetencijų patvirtinimo galimybėmis. Tyrimu siekiama sužinoti slaugytojų nuomonę apie veiksnius, įtakančius slaugytojų, dirbančių su asmenimis, sergančiais onkologinėmis krūties ligomis, kompetencijas.

Sprendimų priėmimas. Atsakymas į klausimą – kokios turėtų būti Lietuvos slaugytojų, dirbančių su asmenimis, sergančiais onkologinėmis krūties ligomis, kompetencijos? Apjungus teorinėje dalyje nagrinėtas temas bei duomenis, gautus atlikus empirinį, slaugytojų praktine patirtimi išreikšta nuomone paremtą tyrimą, padaromos išvados apie tai, kokios galėtų būti Lietuvoje dirbančio krūties vėžio slaugytojo kompetencijos, koku būdu ir kuria kryptimi jos gali būti plečiamos.

Ruošiantis tyrimui vadovaujamas F. G. Abdellah slaugos filosofija, apibūdinama kaip į pacientą nukreipta slauga. Ji yra viena pirmųjų slaugos mokslininkių, kuri rėmėsi savo tyrinėjimais transformuodama slaugos teoriją, praktinę slaugą ir slaugytojų rengimą. Pagal F. G. Abdellah., slauga yra pagrįsta menu ir mokslu, kurie formuoja slaugytojo požiūrį, intelektualines kompetencijas ir techninius įgūdžius, ugdo norą ir sugebėjimą padėti žmonėms, sergantiems ar sveikiems, tenkinant jų sveikatos poreikius. Į slaugą įtraukiami ir pacientų artimieji, akcentuojamas jų mokymas. Ryškėja slaugytojo kaip komandos nario vaidmuo planuojant kuo geresnę sveikatą visiems. Akcentuojama paciento emocinių bei socialinių problemų sprendimo svarba. F. G. Abdellah teigė, kad pokyčiai būtini ir slaugytojų rengime, pabrėžė tęstinio slaugytojų mokymo svarbą (Pukinskienė 2011 p. 42; Craven, Hirnle 2006).

Tyrimas apima slaugytojo požiūrį į asmenų, sergančių onkologinėmis krūties ligomis poreikius, su jais susijusias slaugytojų kompetencijas, profesinio tobulėjimo galimybes bei nuomonę apie naujos – krūties vėžio slaugytojo – specializacijos atsiradimo reikalingumą ir svarbą.

Tyrimui pasirinkta grindžiamoji (besirutuliojanti, besiplėtojanti) teorija, leidžianti atvirai, be išankstinio nusistatymo pažvelgti į tyrimo dalyvių patirtis, atskleisti jų nuomones. Kadangi

yra daug grindžiamosios teorijos versijų, kyla daug nesusipratimų – kas yra grindžiamoji teorija, ir kuo ji išsiskiria nuo kitų tyrimų. Metodologai pripažįsta, jog grindžiamoji teorija yra vienas iš labiausiai nesuprantamų kokybinių tyrimų metodų. E. F. Olshansky (2015) įneša šiek tiek aiškumo, nurodydamas tris pagrindinius grindžiamosios teorijos bruožus:

1. Grindžiamoji teorija yra metodas, skirtas generuoti dominančio reiškinių teoriją arba teorinį paaiškinimą. Ši gauta teorija yra sukonstruota iš duomenų ar pagrįsta duomenimis.
2. Grindžiamoji teorija yra tarsi analizės vadovas. Svarbiausia yra tai, kad tyrėjas aktyviai sąveikauja su duomenimis, naudodamas pasikartojantį ir nuolatinį duomenų rinkimo ir analizės procesą. Tai yra, kai renkami duomenys, prasideda analizė; tęsiant analizę, toliau renkami duomenys, o tai lemia tolesnę duomenų analizę.
3. Tyrėjas tikrai turi daug idėjų ir išankstinių įsitikinimų. Iššūkis yra atpažinti tas idėjas ir atskirti dalyvių pasakojimus nuo to, ką tyrėjas jau mano esant „tiesa“ (Olshansky, 2015).

Tyrimų, atliktų taikant grindžiamąją teoriją, aprašymas. Grindžiamoji teorija - ne itin dažnai pasirenkamas tyrimo būdas. Grindžiamosios teorijos, kaip ir kitų kokybinių slaugos tyrimų tikslas yra ne informacijos kaupimas, o supratimo apie slaugai svarbius reiškinius augimas (Miller, 2011). Kanadoje atliktas tyrimas, kuriuo siekta paaiškinti, kaip slaugytojai reaguoja į neapibrėžtumą savo praktikoje. Cranley, Doran, Tourangeau, Kushniruk ir Nagle (2012) tyrime neapibrėžtumo pripažinimas apėmė paciento situacijos vertinimo, atspindėjimo, apklausos ir (arba) negalėjimo prognozuoti procesus. Slaugytojų atsakas į neapibrėžtumą parodė pažinimo ir emocines strategijas, naudojamas valdyti netikrumą. Tyrimo rezultatai rodo, kad svarbu pripažinti netikrumą ir turėti kolegialią paramą, siekiant valdyti neapibrėžtumą. Teorija papildė mūsų supratimą apie neapibrėžtumo, strategijų ir rezultatų, susijusių su netikrumo valdymu, pripažinimo procesus ir įtakančius veiksnius. Ši teorija skatina klinikinės praktikos neapibrėžtumo slaugos perspektyvą. Teorija yra svarbi slaugytojams, kurie susiduria su netikrumu ir sudėtingais klinikiniais sprendimais, vadovams, kurie remia slaugytojus klinikinių sprendimų priėmimo procese, ir tyrėjams, kurie tiria būdus, kaip pagerinti sprendimų priėmimą ir priežiūrą. Tokie tyrimai yra būtini profesijai, nes jie vienu metu sprendžia slaugytojų globalaus pobūdžio problemas (Cranley et al., 2012).

Alvita Nathaniel savo tyrimui apie slaugytojų patiriamą moralinę kančią taip pat pasirinko grindžiamąją teoriją. Ji siekė išsiaiškinti reiškinius, susijusius su slaugytojų patiriamomis moralinėmis kančiomis, kai žinodamos teisingą sprendimą negali pasielgti kaip joms atrodo tinkama, arba kai turi dalyvauti veiksmuose, kurie joms atrodo moraliai nepriimtini (Nathaniel, 2015).

Grupė slaugos mokslininkų iš Brazilijos savo tyrimu siekė suprasti ir išanalizuoti krūties vėžiu sergančių moterų slaugos priežiūrą atliekant paliatyviąją chemoterapiją. Tyrimui buvo naudojama grindžiamoji teorija. Buvo apklaustos aštuonios slaugytojos ir dešimt pacientų iš vieno Nacionalinio vėžio instituto padalinių, Rio de Žaneire, Brazilijoje. Duomenų analizė parodė penkias konceptualias

kategorijas, susijusias su slaugos valdymu, tinkamos pacientų priežiūros parinkimu. Nustatyta, jog slaugytojai vaidina svarbų vaidmenį priežiūros valdyme ir padeda atidžiau pažinti tokius poreikius, teikdami pirmenybę gyvenimo kokybei. Mokslininkų akiratyje atsidūrė emocinė parama, slaugytojų komunikavimo su pacientu ypatumai ir pasitikėjimas slaugos specialistais (Cirilo et al., 2016).

Izraelyje atliktas kokybinis tyrimas, vertinantis krūtų priežiūros slaugos specialistų darbą iš pacientų perspektyvos. Atlikta pacientų padėkos laiškų analizė, papildyta trimis interviu. Nustatyti trys krūtų priežiūros slaugos specialistų vaidmenų aspektai: instrumentinis, kognityvinis (pažintinis) bei emocinis (Admi, Zohar, Rudner, 2011).

2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos

Grindžiamojoje teorijoje naudojamas tikslinės teorinės atrankos metodas, t.y. atranka pagrįsta naujų empirinių duomenų poreikiu. Tyrėjas po kiekvieno interviu analizuoja surinktus duomenis ir juos koduoja. Taip pat rašo atmintines. Visi duomenys yra nuolat lyginami ir jų pagrindu formuojami konceptai (kategorijos). Atranka vykdoma viso tyrimo metu, pagal tai, kokių duomenų trūksta, kol gaunamas pilnas jų įsotinimas. Teorinis įsotinimas reiškia, kad daugiau neberandama jokių papildomų duomenų, kurių pagalba tyrėjas galėtų plėtoti kitas kategorijos savybes. Naudojamos įvairios duomenų rinkimo strategijos (interviu, stebėjimas, laišakai, dienoraščiai ir kt.), tačiau surinkti duomenys turi pagrįsti formuluojamą teoriją, t. y. duomenys turi būti detalūs, gerai apibūdinti tiriamą procesą (Žydzžiūnaitė, Sabaliauskas 2017).

Tyrimo dalyviai – Lietuvos slaugytojai, dirbantys su sergančiais krūtų vėžiu.

Tyrimui atlikti pasirinktos dvi Lietuvos ligoninės, kur pacientai gauna su krūtų vėžiu susijusias paslaugas nuo diagnozavimo, chirurginio bei sisteminio gydymo, iki ilgalaikio stebėjimo arba paliatyvios slaugos. Tyrimo dalyviai buvo slaugytojai, dirbantys ambulatorijos, chemoterapijos, dienos chemoterapijos, chirurgijos, radioterapijos, paliatyvios slaugos skyriuose. Tyrimo eigoje, vykdamas teorinę atranką, atsirado poreikis apklausti slaugytojus, dirbančius pirminėje asmens sveikatos priežiūros grandyje. Itraukta viena įstaiga, teikianti pirminės sveikatos priežiūros paslaugas. Viso apklausta 20 slaugytojų. Vienas tyrimo dalyvis eliminuotas iš tyrimo dėl pokalbio turinyje pateiktų detalių, kurios gali atskleisti tyrimo dalyvio tapatybę. Darbe pateikti duomenys, surinkti pokalbių su 19-a dalyvių metu. Visi apklausos dalyviai atitinka imties reikalavimus – yra slaugytojai ir dirba su onkologinėmis krūtų ligomis sergančiais asmenimis. Priklausomai nuo skyriaus specifikos, tyrimo dalyviai nurodė, jog sergantieji onkologinėmis krūtų ligomis sudaro 5-100% visų jų pacientų.

1 lentelė. Socialiniai tyrimo dalyvių duomenys

Analizuojami požymiai			Skaičius/metai
Tyrimo dalyvių skaičius			19
Tyrimo dalyvių amžius (metais)		Intervalas	39-58
		Vidurkis	46,8
Darbo stažas (metais)	Medicinoje	Intervalas	15-40
		Vidurkis	25,5
	Pastarojoje darbo vietoje	Intervalas	2-40
		Vidurkis	15
		Išsilavinimas (skaičius)	
Medicinos mokykla, aukštesnysis		5	
Aukštasis neuniversitetinis		3	
Aukštasis universitetinis		3	
Magistras		3	
Pareigos (skaičius)	Bendrosios praktikos slaugytoja		16
	Vyresnioji slaugos administratorė		3

2.1.2. Tyrimo metodai

1. Lietuvos Respublikos įstatyminių aktų analizė, mokslinės literatūros analizė. Duomenų bazės, kuriomis buvo naudojamosi analizuojant mokslinę literatūrą ir gautus tyrimo rezultatus: MEDLINE, Health Source: Nursing/ Academic Edition, Scholar Google, Springer Link, EBSCO Publishing. Raktiniai paieškos žodžiai: krūties vėžys, slaugytojų kompetencijos, grindžiamoji teorija.

2. Kokybinis tyrimas, paremtas grindžiamosios teorijos metodologija. Pasirinkta A. Strausso ir J. Cobin struktūruota grindžiamoji teorija, dar vadinama besiplėtojančia, besirutuliojančia (Žydzūnaitė, Sabaliauskas 2017; Ramalho ir kt. 2015), ji papildoma konstruktyviaja Charmaz GT versija (Žydzūnaitė, Sabaliauskas 2017; Charmaz 2000).

Atliekamas nestruktūrizuotas interviu. Nurodoma galimybė tyrimo dalyviams savo mintis, kilusias po interviu, išreikšti elektroniniais laiškais. Tyrimo dalyviai skatinami parašyti „tai, ko nepasakiau interviu metu“ darbo su sergančiais krūties vėžiu tema.

2.1.3. Tyrimo instrumentas

Tyrimui atlikti naudojamas magistrinio darbo autoriaus sudarytas nestruktūrizuoto interviu planas (I priedas). Pasiruošta galimoms pokalbių temoms – pacientų poreikiai, slaugytojų tobulėjimas, darbe reikalingos kompetencijos, krūties vėžio slaugytojo specializacija. Kiekvienas tyrimo dalyvis skatintas kalbėti tik jį dominančiom temom ir laisvai inicijuoti kitas, tyrėjo neįvardytas, su tyrimu susijusias temas. Pasirinktas nestruktūrizuotas interviu, kad būtų galima aprėpti iš anksto nenumatytas nagrinėjamos temos sritis, svarbias tyrimo dalyviams.

Siekiant sukurti jaukesnę pokalbio atmosferą, padaryti pokalbį žaismingesniu, „suformuoti palankią aplinką, padedančią tyrėjui ir tyrimo dalyviui bendrauti“ (Brinkman, Kvale, 2015;

Žydžiūnaitė, Sabaliauskas, 2017), kiekvienai tyrimo dalyvei pokalbio eigoje buvo užduoti penki atviro tipo klausimai. Klausimai buvo suformuluoti teiginių, kuriuos reikia pabaigti, forma:

1. Jei nebūčiau slaugytoja, būčiau...
2. Pacientai mane myli už tai, kad...
3. Savo darbe jaučiuosi atsakinga už...
4. Ypač laiminga savo darbe jaučiuosi, kai...
5. Mano ypatingas gebėjimas -

Klausimai ne tik pajvairino pokalbį, jie leido apklausos dalyvėms pajusti, kad svarbu, ką jos galvoja, kaip jaučiasi, ko nori. Labiau paskatino atsiverti. Tai klausimai, į kuriuos atsakydamos slaugytojos labiau atsiskleidė kaip asmenybės ir sukūrė įvairialypį apklausos dalyvių paveikslą.

Klausimo „Kas yra krūties vėžio slaugytojas?“ loginis pagrindimas. Formuluotė paprasta, gerai suprantama, turinti savyje visų nagrinėjamos temos dalių aspektus:

- suprantama, kad kalbama apie sergančiųjų krūties vėžiu slaugą;
- suvokiama, kad klausimas nukreiptas į konkrečias slaugytojo veiklos sritis;
- klausimo formuluotė reiškia Lietuvoje dar neegzistuojančios specializacijos pavadinimą. Ji

turėtų paskatinti tyrimo dalyvius pareikšti savo nuomonę apie krūties vėžio slaugytojo specializacijos svarbą.

Terminas „krūties vėžio slaugytojas“ naujas Lietuvoje. Platesnė jo prasmė - visi slaugytojai, slaugantys sergančiuosius krūties vėžiu. Praktikoje šita termino prasmė nėra naudojama. JAV, Šveicarijoje (*l'Infirmière Référente pour le Cancer du Sein*) Jungtinėje Karalystėje, Airijoje, Suomijoje, Australijoje, Vokietijoje ir kitose šalyse terminai „*breast cancer nurse*“ (krūties vėžio slaugytojas), „*breast care nurse*“ (krūtų priežiūros slaugytojas) arba „*specialist breast nurse*“ (krūtų slaugos specialistas) naudojami kaip slaugytojo specializacijos pavadinimas. Šio tyrimo metu naudojamos abi termino „krūties vėžio slaugytojas“ prasmės, priklausomai nuo to, kaip jį traktuoja tyrimo dalyviai.

Tyrėjo nešališką, įtakos nedarančią poziciją užtikrina suvokimas, kad reikalinga būtent paties tyrimo dalyvio nuomonė. Į tyrimo dalyvių bandymą sužinoti tyrėjo nuomonę ar bandymą iš tyrėjo gauti tyrimo rezultatus galinčios įtakoti informacijos, tyrėjas turėtų atsakyti: „O kaip Jūs pats manote?“, „Man svarbi būtent Jūsų nuomonė“...

Tyrėjas vadovaujasi suvokimu, kad tyrimo dalyvių nuomonė nagrinėjamu klausimu gali nesutapti, netgi būti visiškai priešinga tyrėjo nuomonei, prieštarauti jo lyg šiol sukaupitai patirčiai, susiformavusioms nuostatoms, įsitikinimams. Nepaisant to, tyrėjas pasirengęs kiekvieną tyrimo dalyvį išklausyti, išgirsti ir fiksuoti autentiškas tyrimo dalyvių išsakytas mintis, nuomones, patirtis. Daugiau gilinamasi į tyrimo dalyvio išsakytas naujas, dar nenagrinėtas su tyrimo klausimu susijusias detales, taip iškeliant naujas kategorijas. Naujos kategorijos toliau pildomos pateikiant klausimus

kitiems tyrimo dalyviams. Svarbiausia – kuo išsamiau sudaryti bendrą tyrinėjamos temos vaizdą, remiantis tyrimo dalyvių patirtimis. Tik interviu pabaigoje, išklausius tyrimo dalyvio nuomonę bei aptarus, ar tyrimo dalyvis buvo teisingai suprastas, ar daugiau nieko neketina papasakoti tyrimo tema, galima tyrimo dalyvio paklausti, ar jis turi klausimų tyrėjui. Tyrimo dalyviui pageidaujant, plačiau papasakoti apie tyrimo esmę, pasidalinti tyrimo tema sukauptomis asmeninėmis patirtimis, žiniomis. Nauja informacija, tyrėjo pateikta tyrimo dalyviui, gali paskatinti diskusiją, ir gauti rezultatai bus nulemti sąveikos. Siekiant suteikti pagrindines reikšmes gautiems duomenims, naudojamos dviejų GT versijų teikiama privalumais.

Remiantis struktūruota (plėtojamąja) GT, t. y. Strausso ir Corbin (1987) GT versija, tyrėjas, pradeda tyrimą turėdamas žinių ir nuostatų nagrinėjama tema, bet nuo jų atsiriboja rinkdamas ir koduodamas duomenis. Čia pabrėžiama pirminių empirinių duomenų svarba (Žydzūnaitė, Sabaliauskas 2017; Strauss, Corbin 1987). Pasirinkus skruktūruotos GT kryptį, būtų apsiribojama duomenų, gautų iki sąveikos, analize.

Remiantis konstruktyviaja GT, t. y. Charmaz GT versija (2000), svarbi sąveika tarp tyrimo dalyvių ir tyrėjo. Būtent sąveika produkuoja duomenis ir prasmes, kurias tyrėjas stebi ir apibūdina. Tyrėjas aprašo interviu situacijoje vykusias sąveikas, asmeninį poveikį bei sampratas, atsiskleidusias jam bendraujant su tyrimo dalyviu (Žydzūnaitė, Sabaliauskas 2017; Charmaz 2000). Vadovaujantis konstruktyviaja GT, interviu būtų panašus į dviejų asmenų diskusiją konkrečia tema, pasikeitimą žiniomis bei nuomonėmis.

Tyrimo eigoje nagrinėjamas esamos situacijos vaizdas (kilęs iš pirminių, tyrimo dalyvių pateiktų duomenų), bei analizuojama, kokius pokyčius sąlygojo tyrimo dalyvio bei tyrėjo sąveika. Išnaudotos struktūruotos GT galimybės atrasti „iš duomenų išskylančią“ (Strauss A. L., Corbin J. M. 1987) realybę, bei užfiksuoti konstruktyviosios GT metodo skatinamos sąveikos įtakotas tyrimo dalyvių bei tyrėjo reakcijas. Atliekant tyrimą atidžiai stebėta kiekvieno dalyvio reakcija į temas, klausimų formuluotes. Metodologiniai tyrimo atlikimo niuansai aprašyti kartu su rezultatais.

Atmintinėse aprašomos ryškesnės interviu detalės, pokalbio metu ar po jo kilusios idėjos. Pasižymima, kokius klausimus reiktų užduoti kitam pašnekovui, į kurias temas pasigilinti, kaip formuluoti klausimus. Atmintinių turinys magistriniame darbe nėra cituojamas, tačiau jis – pagrindinis darbo eigos aprašymų šaltinis.

Tik vienas tyrimo dalyvis pasidalino savo mintimis, kilusiomis po interviu, šie duomenys taip pat įtraukti į tyrimą. Gauti nauji duomenys paskatino teorinę atranką. Elektroniniam laiškui nebuvo suteiktas atskiras slapyvardis, jis nagrinėtas kaip pokalbio tęsinys.

Iš viso įrašyta 503 min. pokalbių. Trumpiausias pokalbis truko 11 min., ilgiausias – 67 min., vidurkis 26,5 min.

2.1.4. Tyrimo procesas/ eiga

Tyrimas atliktas nuo 2018 metų rugsėjo mėn. iki 2019 gruodžio mėn. šiais žingsniais, kurie aprašyti adaptavus V. Mockienės, D. Drungilienės, A. Martinkėno (2014, p. 64) metodologijos nurodymus:

1. Temos pasirinkimas. 2018 m. rugsėjo mėn. – 2018 m. spalio mėn. Svarstoma, kokią temą pasirinkti, kaip ją suformuluoti. Suformuluota tema: „Slaugytojų informuotumas apie sergančiųjų onkologinėmis krūties ligomis priežiūrą“.

2. Mokslo šaltinių atranka, analizė. 2018 m. spalio mėn. – 2019 m. gruodžio mėn. Rinkta literatūra suformuluota tema, analizuota. Ieškoma kito temos formulavimo, labiau atitinkančio ketinamą nagrinėti temą. Domimasi ir kokybiniais, ir kiekybiniais tyrimų metodais. Ieškoma anketų, atitinkančių nagrinėjamą temą. Nuspręsta taikyti grindžiamosios teorijos tyrimo metodą.

3. Tyrimo plano rengimas ir instrumento sudarymas. 2019 m. vasario mėn. – 2019 m. kovo mėn. Grindžiamosios teorijos metodo studijavimas. Mokslinių darbų, atliktų remiantis grindžiamąja teorija paieška ir analizė. Performuluotas darbo temos pavadinimas: „Slaugytojų nuomonė apie kompetencijas slaugant sergančiuosius krūties vėžiu“. Pasirinkta tyrimo dalyvių grupė. Sudarytas nestruktūrizuoto interviu planas.

4. Tyrimo duomenų rinkimas. 2019 m. rugsėjo mėn. – 2019 m. spalio mėn. Atliekamas interviu tyrimas. Nepertraukiamai atliekami interviu, analizuojami duomenys, keičiamas interviu turinys bei kryptys. Iškilus poreikiui, ieškoma literatūros apie nagrinėjamus reiškinius, analizuojama.

5. Tyrimo duomenų analizė, rezultatų interpretavimas bei pateikimas. 2019 m. rugsėjo mėn. – 2019 m. lapkričio mėn. Duomenys analizuojami pradedant nuo pirmo interviu. Koduojama ir rašomos atmintinės. Pirmiausia atliekamas atvirasis kodavimas – generuojamos iš pirminių duomenų kilusios idėjos, jos formuluojamos kodais. Visi duomenys ir kodai nuolat lyginami. Jų pagrindu formuojami konceptai (kategorijos). Į tyrimą įtraukiami elektroniniai laišakai. Vienne laiške buvo pateikta idėjų dėl teorinės atrankos, jomis pasinaudota.

6. Tyrimo rezultatų palyginimas. 2019 m. spalio mėn. -2019 m. lapkričio mėn. Suformuojami ir pavaizduojami konceptų ryšiai, rašomos teorinės atmintinės ir performuluojami konceptai.

7. Išvadų ir rekomendacijų parengimas. 2019 m. lapkričio mėn. – gruodžio mėn. Išvados suformuluotos pagal iškeltus uždavinius. Aptiriamos ir iš anksto nenumatytos, grindžiamosios teorijos produkuotos išvados.

8. Baigiamojo darbo ataskaitos parengimas. 2019 m. lapkričio mėn. – gruodžio mėn.

2.1.5 Tyrimo etika

Siekiant nepažeisti tyrimo etikos principų buvo kreiptasi į Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Etikos komisiją dėl leidimo atlikti apklausą. Etikos komisija raštu patvirtino tyrimui paruoštą interviu planą, pritarė magistro baigiamojo darbo tyrimo atlikimui. Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto vardu buvo raštu kreiptasi į 5 įstaigas, kurioje planuojama atlikti tyrimą, vadovus, prašant leisti įstaigose atlikti magistro baigiamojo darbo interviu tyrimą. Gavus įstaigos vadovų sutikimą raštu, trijose įstaigose pradėtas tyrimas.

Atliekant interviu buvo laikomasi nuostatos, kad nagrinėjamas klausimas nėra svarbesnis už tyrimo dalyvio gerovę. Tiriamųjų saugumas užtikrintas laikantis Helsinkio deklaracijos bei V. Žydzūnaitės, S. Sabaliausko (2017) nurodytų kokybinių tyrimų etikos principų:

- Pagarbos asmens privatumui principas – tyrimo dalyvių pasiteirauta, ar tikrai tyrime dalyvauja savanoriškai, niekieno neverčiami. Informuoti, kad gali nesutikti dalyvauti tyrime, kad gali nesutikti atsakyti į klausimus, kurie jam sukeltų nepatogumų ar nutraukti pokalbį. Tyrimo dalyviai buvo informuoti, jog turi teisę pasirinkti, kiek ir kokios informacijos atskleis tyrėjui.
- Atliekant tyrimą vengta bet kokio spaudimo. Dalyviai nebuvo diskriminuojami dėl pažiūrų, rasės, tautybės, lyties, religijos.
- Konfidencialumo ir anonimiškumo principas – buvo užtikrinta, kad visa interviu atskleista informacija bus naudojama tik tyrimo tikslams. Neviešinami asmeniniai duomenys, nutraukiant ryšį tarp duomenų ir juos suteikusio asmens. Tyrimo dalyviams suteikiami slapyvardžiai.
- Geranoriškumo ir nusiteikimo nekenkti tiriamajam asmeniui principas – siekta apsaugoti tyrimo dalyvius nuo galimos fizinės, psichinės, socialinės žalos. Tyrimo metu siekta, kad dalyviai jaustųsi laisvai ir nepatirtų jokio spaudimo.
- Teisingumo principas – buvo užtikrinta, kad tiriamieji įsitrauktų į tyrimą savo noru, jaustųsi lygiaverčiai, suprastų dalyvavimo tyrime teikiamą naudą. Plačiai papasakota apie tyrimą, atsakyta į visus tyrimo dalyvių klausimus. (Žydzūnaitė, Sabaliauskas, 2017)

2.2. Tyrimo rezultatai

Kai tarp rimtų, darbinių temų netikėtai suskamba labiau asmeninis klausimas, pokalbio dalyvis gauna žinutę – „man svarbus Tu. Ką Tu galvoji, kaip Tu jautiesi, kaip Tu viską matai“. Tikėtina, kad oficialiai nuomonei vietos neliks, gausim autentiškų duomenų. Taip pat sužinosim, kokie žmonės dirba su onkologinėmis krūtų ligomis sergančiais asmenimis.

Jei nebūčiau slaugytoja, būčiau... Visos slaugytojos aiškiai žinojo, kuo būtų, jei nebūtų slaugytojomis. Akimirksniu jos prisimindavo tą laiką, kai reikėjo rinktis profesiją. Kiekviena turėjo antrą, kartais ir trečią variantą. Keletas slaugytojų savo atsakymą siejo su dabartiniais pomėgiais. Atsakymai buvo įvairūs. Dvi slaugytojos sakė, jog rinktųsi artimas profesijas – viena būtų masažuotoja, kita – socialinė pedagogė. Viena slaugytoja teigė, jog būtų veterinarė. Kitų slaugytojų „atsarginės“ profesijos su medicina nesusijusios. Net trys slaugytojos kažkada dvejojo ties slaugytojos ir darželio auklėtojos profesija. Viena būtų tapusi mokytoja, viena – rusų kalbos mokytoja, viena - istorike ir viena – matematike. Jei mano kalbintos slaugytojos nebūtų tapusios slaugytojomis, galėjome turėti policininkę, kalnų gelbėtoją, buhalterę, dizainerę, konditerę, apželdintoją, floristę ir galbūt dvi kirpėjas. Nei viena slaugytoja (nei prisimindama profesijos rinkimosi momentą, nei vadovaudamasi dabartiniais pomėgiais) nepasakė, kad būtų gydytoja.

Pacientai mane myli už tai, kad... Pirma slaugytojų reakcija į klausimą buvo dvejopa. Vienos slaugytojos iš karto sutiko, kad pacientai jas myli, ir galėjo pasakyti – už ką: „iš tikrųjų jie mane myli. Turbūt už nuoširdumą, už atvirumą, už paprastumą...“ Kitos slaugytojos turėjo pagalvoti, už ką jas myli pacientai. Jos jautėsi nepatogiai prašomos pačios įvardyti savo teigiamas savybes ar atliekamas paslaugas, dėl kurių turėtų būti pacientų mėgiamos: „čia pacientai turėtų atsakyti“. Viena slaugytoja teigė, jog pacientams „tiesiog patinku kaip žmogus, arba ne“. Slaugytojų nuomone, jos yra mėgiamos pacientų už šias savybes: nuoširdumą (x4), paprastumą (x2), atvirumą (x2), švelnumą (x2), draugiškumą (x2), kompetetingumą (x2), sąžiningumą (x2), konkretumą, gerumą, švelnumą, atidumą... Taip pat slaugytojos mano, jog turėtų būti pacientų mylimos už tai, kad: su pacientais elgiasi taip, kaip norėtų, kad su jomis elgtųsi; susidraugauja su jais; bendraudamos palaiko akių kontaktą; pakalba paprastom temom; išklauso; viską paaiškina; padaro savo darbą; nesipyksta; bendrauja; visada stengiasi padėti... Dar slaugytojos nurodo pacientams suteikiamą prisirišimo ir saugumo jausmą: „kasdien esu su jais. Kurie ilgai gydosi, tikrai susigyvenam. Žino, kad atvažiuos kaip į namus“; „kai jiems būna sunku, aš visada būnu šalia“. Trys slaugytojos net nedvejodamos teiginį „pacientai mane myli už tai, kad...“ pabaigė „...ir aš juos myliu“.

Teiginys ***Savo darbe jaučiuosi atsakinga už...*** savo pratęsimu sulaukia akimirksniu: „už pacientą“ (vienas populiariausių atsakymų); „už ligonių sveikatą“; „už savo darbą“; „visą slaugą ir ne tik“. Slaugytojos jaučiasi atsakingos ne tik už tiesioginių savo pareigų atlikimą, sprendimų priėmimą, bet ir už kitų kolegų atliekamą darbą, taip pat už tarpusavio santykius, už darbo inventorių, dokumentaciją, už konkrečius darbinius veiksmus, bei už tai, „kad viskas sklandžiai vyktų, kad viskas būtų padaryta“.... „Už viską“ – populiariausias atsakymas, kurį nesvarstydamas (kai kurios dar papildydamos) ištarė beveik pusė pokalbio dalyvių. „Už savo darbą. Už kiekvieną savo pacientą. Visiškai atsakingas. Todėl, kad skyriuje guli, tu ir atsakingas už jį.“

Ypač laiminga savo darbe jaučiuosi, kai... Klausimas atskleidė slaugytojų empatiją. Dažnai slaugytojos jaučiasi laimingos dėl savo pacientų – kai abejonių kėlęs augliukas nustatomas kaip nepiktybinis, kai nestebima ligos progresavimo, kai pasiekama ligos remisijos: „...*kai pacientui ateina atsakymas geras*“ (x3). „*Kartais taip apsidžiaugiu už pacientės, kai gydytoja pasako: „mes džiaugiamės už jus. Viskas tvarkoj. Liga stabili”.* Čia yra smagiausia.“ „*Pacientai net nustemba – ar Jums ne visvien? Man ne visvien.*“ „*Kai žmogui iš tikrųjų yra gerai. Kai žmogui iš tikrųjų yra sustabdoma liga, kai pasveiksta ir gyvena pilnavertį gyvenimą. Kai žmogus nugali šitą ligą ir gali grįžti į savo gyvenimą.*“ „*Kai pacientai atsisveikina, kai gydymas baigtas*“. Slaugytojos laimingos, kai gali pačios pasidžiaugti savo atliktu darbu: „*kai viskas sekasi. Kai padedi kažkuo žmogui. Kai paklausė, ir atsakei – kai suteikei žmogui norimos informacijos;*“ „*kai žinau, kad kažkam pagelbėjau;*“ „*kai viską spėju padaryti*“. Slaugytojos laimingos, jei pamaina praiena sklandžiai: „*kai diena gerai praeina, nieko blogo neatsitiko;*“ „*be didelių stresų;*“ „*be dejonų ligonių, be skausmų. Kai ramu viskas, kai gera;*“ „*kai viskas sekasi. Ir pacientui, ir kolektyvui;*“ „*kai pacientai malonūs, ir nuotaika geresnė;*“ „*kai pacientai patenkinti, kai nėra nesklandumų. Kai nėra pikty.*“ Kad jaustųsi laimingos, slaugytojom reikia jausti atgalinį ryšį iš savo pacientų: „*kai žmogus išeidamas dėkoja už nuoširdų slaugytojų ir viso kolektyvo elgesį, nuoširdų darbą;*“ „*kai pacientas išvažiuodamas ateina padėkoti – jūs man padėjot, mane prakalbinot;*“ „*kai išeina iš mūsų laimingas, sako, kad viskas pas mus labai gerai;*“ „*padėka paciento – kai jiems gerai, kai jaučiam, kad padėjom;*“ „*kai visi mano pacientai yra laimingi, kai žiūri ir sako: „Jūs tikrai dirbat savo darbą. Esat savo vietoj.*“ Aš myliu savo darbą. Labai myliu savo darbą“. Viena slaugytoja paminėjo, kad laiminga savo darbe yra dėl žmonių, su kuriais kartu dirba - „*turiu gerą kolektyvą. Kolektyvas – mano laimingas loterijos bilietas.*“ Viena slaugytoja pastebėjo, kad laiminga jaučiasi tada, kai nėra pavargusi. Dvi slaugytojos pripažino, kad laimingiausios yra tada, kai darbas baigiasi ir gali eiti namo.

Teiginys: „**Mano ypatingas gebėjimas -...**“ pokalbio metu dažniau nuskambėdavo kaip klausimas: „Kokių turit ypatingų gebėjimų?“, arba: „Ar turit ypatingų gebėjimų?“. Nors klausimas buvo užduodamas pokalbiui baigiantis, kai pašnekovas jau pakankamai atsivėręs, kaskart sukeldavo pasipriešinimą: „*nežinau. Gal kiti gali pasakyti*“, arba „*niekuom neišsiskiriu. Esu eilinė paprasta slaugytoja*“. Nors ką tik pašnekovė pasakojo, kad puikiai suranda prastas venas ir kolegės ją kviečiasi į pagalbą, kita – kad jai atsiveria pacientai, viską išsipasakoja ir tampa ramesni, trečia – kad sugeba suvaldyti konfliktines situacijas, ir t.t. - savo gebėjimų slaugytojos nelaiko kažkuo ypatingu.

Klausimas buvo keičiamas į „mano stiprioji pusė“, „apie mane sako, kad tik aš taip moku padaryti“, „man geriausiai sekasi.“ Perklausus kitais žodžiais dauguma slaugytojų vis tiek kuklinosi - „*kaip čia pats save girsi*“. Galiausiai ypatingiems gebėjimams priskyrėme slaugytojų asmenines savybes: greitą reakciją, optimizmą, gebėjimą bendrauti, gebėjimą išklausyti, perfekcionizmą. Išskirtinai leidome sau laikyti darbinėse situacijose reikalingus gebėjimus: „*gebėjimas išreikalausiti,*

kad ir kiti viską padarytų geriausiai“, „pavadoju vyresniąją. Susitvarkau“, „jausmas nuspėti, teisingai priimti sprendimus. Gebėjimas pamatyti. Išdirbta nuojauta“, „problematiškų venų radimas“, „lengva ranka (apie vaistų leidimą)“, gebėjimas susibendrauti su pacientais – „manęs žmonės laukia, pasiilgsta“, „moku išklausyti. Mane siunčia ten, kur vystosi konfliktinės situacijos“, „gerai susitvarkau su naujomis IT sistemomis“, „greit persiorientuoju, pokyčius priimu kaip natūralų dalyką.“ Taip pat džiugina darbe realizuojamas gebėjimas „skyrių papuošti Kalėdoms, kad žmonės pradžiuginti, nuotaiką suteikti kiekvienais metais, atmosferą sukurti. Jie mato, džiaugiasi. Labai džiaugiasi.“

Slaugytojos turi ir kitų, su savo darbu nesusijusių gebėjimų, kuriuos pačios lengviau pripažįsta kaip ypatingus: gražiai piešia, kepa tortus, skaniai gamina, daro šukuosenas...

2.2.1. Slaugytojų nuomonė apie asmenų, sergančių onkologinėmis krūtų ligomis, poreikius

Pokalbių metu slaugytojų buvo prašoma atsakyti, kokią jų slaugomų pacientų dalį sudaro sergantieji krūties vėžiu, apibūdinti, kuo išsiskiria ši pacientų grupė, kokių poreikių jie turi. Taip pat prašoma detalizuoti, kokių klausimų joms pateikia krūties vėžiu sergantys žmonės, kokios informacijos jiems suteikiama, kokios jų problemos yra sprendžiamos, kokios priemonės ir kokie specialistai pasitelkiami pacientų poreikiams patenkinti.

Suprantamas, konkretus klausimas: „Kokie Jūsų pacientų poreikiai?“ slaugytojoms skambėjo nepriimtina. Jos stengdavosi pasikongretinti kas tuo klausiama, perklausti, reikalavo paaiškinti klausimo esmę, bijojo atsakyti neteisingai. Vėliau, įsibėgėjus tyrimui, pastebėta, kad ne konkretūs, o kaip tik – lakoniški klausimai produkuoja turiningesnius atsakymus, nes geriau priimami pokalbio dalyvių. Lakonišką klausimą sugalvoti sunkiau. Jis atsiranda savaime, kai tyrėjas atlieka daugiau apklausų, pats pasijaučia laisviau, jo kalba darosi laisvesnė, kasdieniškesnė. Suradus tinkamą lakonišką klausimą, iš pašnekovo nebereikia „traukti“ atsakymo. Jis kalba.

„Kokie Jie – Jūsų pacientai?“ – klausimas, kuris net nesusimąščius paskatino atsakyti, jog „jie išskirtiniai. Jie patys geriausi, patys nuoširdžiausi. Jie tokie žmonės... jau paliesti tos negeros ligos, tai jie jau nuskriausti likimo“ (Solė). *Pacientės palyginti gan jaunos, gal stiprios moterys* (Eirė). *Dažni tai jauno amžiaus moterys, turinčios vaikų* (Saga). Slaugytojos apibūdino ir fizinius, matomus ligos ir pašalinio gydymo efekto požymius: *dažnai jau po chemoterapijos - be plaukų, be gražių nagų. Oda suskilinėjusi. Tokias mes jas matome. Pervargusios, nusilpusios* (Hlinė). *Kartais būna limfedema. (Jodrė). Po chemijos jau ateina su trumpom šukuosenom* (Jordė). *Netekę plaukų. Nusilpęs organizmas. Trapesnės. Pažeidžiamos fiziškai...* (Snotra)

Slaugytojos, pasakodamos apie savo pacientų patiriamus išgyvenimus, puikiai apibūdino jų emocinę būklę. Slaugytojų pasakojimai suskirstyti pagal skyriaus profilius ir pateikti 3 lentelėje.

Slaugytojos nurodė, kad pacientai ilgai negali patikėti, kad serga. Pradžioj jie net negali užduoti adekvačių klausimų. Kartais į operacinę važiuodamas žmogus dar tiki, kad diagnozuojant įvyko klaida, kad operacijos metu ligos neras, kad jis sveikas. Suvokę kad serga, pacientai dažnai tampa pikti. Slaugytojos pasakojo atvejų, kai pacientai buvę itin pikti. Tada su jais labai sunku bendrauti. Neteikę sveikatos, plaukų, pavydi juos turintiems. Taip pat slaugytojos pasakojo, kad chemoterapija - tas momentas, kada pacientas tampa ramesnis, pradeda susitaikyti su tuo, kad serga, susigyventi su esama padėtimi. Dauguma onkologinėmis krūčių ligomis sergančių asmenų chemoterapiją gauna dienos stacionaruose. Ligoninėje reikia likti tik labai silpnos būklės pacientams. Pastarąsias pacientes slaugytojos apibūdino kaip depresiškas, jaučiančias nepilnavertiškumą. Paliatyvus skyriaus slaugytojos pasakojo, jog net mirdamos pacientės nesužinojo, kuo serga. O gal tiesiog ligą neigė iki paskutinio atodūsio?

Tyrimo eigoje slaugytojai atskleidžia dažniausiai pacientų užduodamus klausimus – išryškėja informacijos, emocinės, psichologinės paramos, socialinės bei dvasinės pagalbos poreikiai. Slaugytojai taip pat nurodo dažniausias pokalbių su sergančiais krūčių onkologinėmis ligomis temas. Jos suskirstytos pagal skyriaus profilius ir pateiktos 2 lentelėje.

2. lentelė. Pacientų užduodami klausimai slaugytojoms. Informacijos suteikimo temos

Skystis	Pacientų užduodami klausimai	Slaugytojų suteikiama informacija
Ambulatorinis sk.	<i>Kaip gyvensiu pasibaigus gydymui? (Frigė) Ar galima atvykimo laiką paderinti? (Varė) Kartais patys nežino ko reikalauja (Skadi)</i>	<i>Eilių valdymo tvarka (Frigė) Kada kur ateiti (Varė) Kur kas yra (Fila) Apie mitybą, prevenciją (Skadi)</i>
Chirurgijos sk.	<i>Kaip jausiuos po operacijos? Ar man skaudės? (Snotra) Ar nakčiai gali likti artimieji? (Snotra) Kiek laiko reikės būti ligoninėje? (Snotra) Kas toliau? (Snotra) Kur gauti POLA kortelę? (Eirė) Kiek man liko gyventi? (Eirė) Ką daryti kad netintų ranka? (Notė)</i>	<i>Prieš, pooperacinė būklė (Hlinė) Kada keltis po rekonstrukcijos, kada užsidėti korsetą, kaip judėti (Hlinė) Kaip elgtis po suleisto radioizotopo (Snotra). Kur kreiptis dėl perrišimo (Snotra) Dažniausių komplikacijų požymiai, ką daryti. (Snotra) Pas kokius gydytojus kada eiti (Snotra) Kur kreiptis dėl ortopedinės priemonės (Snotra) Dreno priežiūra namuose (Snotra) Limfedemos profilaktika (Eirė)</i>
Chemoterapijos sk.	<i>Ar pasveiksiu? (Iduna) Kiek išgyvensiu? (Iduna) Ar pykins? Ar nukris plaukai? (Iduna) Kaip elgtis slenkant plaukams? (Gerda) Kur nusipirkti peruką? (Gerda) Ką valgyti, ką gerti? (Gerda) Ar bus bloga? (Sivė)</i>	<i>Kur tualetas, vonia (Gerda) Apie šalutinius chemoterapijos poveikius (Gerda) Kaip elgtis sukarščius (Gerda) Apie šaldančius šalmus (Sivė) Dėl priemonių perrišimui (Saga)</i>
Radioterapijos sk.	<i>Kiek laiko laikysis paraudimas? Kada praeis? (Jordė) Kodėl sunku nuryti maistą? Ar praeis? (Jordė)</i>	<i>Burnos priežiūra (Jordė) Pleistrų naudojimas (Jodre) Mityba esant pykinimui (Jodre) Priemonės sudirgintai gerklei (Gevjunė) Kokius rūbus nešioti, kad odos nedirgintų (Gevjunė) Asmens higiena (Gevjunė) Pleistro nuo skausmo klajavimo instrukcija (Gevjunė)</i>
Paliatyvios slaugos sk.		<i>Mirties baimė (Elė) Kaip palengvinti kančią (Elė) Žmogaus reikšmingumo samprata (Elė)</i>

Pastebėjus, kaip skirtingai slaugytojos apibūdina pacientų emocijas, sudėliotas paciento emocijų „žemėlapis“ pagal gydymo etapus.

3 lentelė. Slaugytojų stebėjimu pagrįstas pacientų emocijų „žemėlapis“

Periodas, skyrius	Slaugytojų pastebėjimai apie pacientų emocijas	Dominuojančios emocinės reakcijos
Kai įtariama piktybinė liga. PSPC arba Ligoninės ambulat. sk.	<i>Būna, kad ateina, reikalauja – patys nežino ko (Skadi). Kartais labai pikti. Energetiniai vampyrai. Yra tokių (Fila). Radus guzelį krūtyje būna emocijų visokių. Nes pergyvena (Skadi). Pasakius, kad onkologinė liga, vienos priima labai natūraliai, kitos susigraudena (Varė). Ateina išsigandę, pasimetę. Klausimų arba nėra, arba jie neadekvatūs (Frigė). Kartais iš googlo pasiskaičiusios jos labiau išsigąsta nei nusiramina (Varė).</i>	Nerimas, pyktis
Operacinis gyd., kai prieš tai netaikyta chemoterapija	<i>Išsigandę ne tiek dėl pačios operacijos, kiek dėl visos ateities. Yra tos baimės, nežinomybės, nerimo. Yra daug. Ateina pasiskaitę. Tik nuo to pasiskaitymo gal dar labiau bijo (Vorė). Ateina verkdami, akytė didelė. Drąsesni paklausia: Kiek man liko gyventi? (Eirė) Pacientas važiuoja į operacinę su viltimi – gal man nepasitvirtins vėžys. Būna tokių situacijų. Tiki, kad po operacijos kažkas pasikeis: gal apsiriko, gal blogai ištyrė (Snotra). Būna tokių konfliktinių moterų nemažai, ypač paskutiniu laiku (Sjofnė).</i>	Nerimas, neigimas, pyktis, derėjimasis
Chemoterapijos dienos stacionaras.	<i>Kiekvienam žmogui, sužinojusiam, kad jis serga onkologine liga, yra trauma. Būna ir baimė, ir depresija. Apsilankius pirmą, antrą kartą emocinė būklė pagerėja. Dėl to, kad sutinka panašių į save. Pasikalba, ir jiems yra lengviau (Sivė). Emociškai stabilios. Jau ateina paruoštos iš gydytojų kabineto. Visos nori bendravimo. Klausia – ar pasveiksim? Kiek išgyvensim? (Iduna) Kai moterims nukrenta plaukai vienos pergyvena, kitos – ne. Nuo kiekvieno individualiai priklauso. Moterys siekia išsaugoti plaukus (Sivė).</i>	Depresija, derėjimasis, priėmimas
Operacinis gydymas po chemoterapijos. Chirurgijos sk.	<i>Turi daug pažįstamų, sergančių krūties vėžiu. Susipažįsta chemoterapijos metu. Jos daug visko žino. Nenori, kad joms būtų reiškiamas gailestis. Jos nori gauti tinkamą gydymą ir gyventi toliau. Tikėtis, kad ligą nugalės (Snotra). Po chemijos ateina drąsesni, nebeverkia (Eirė). Jau tokie persiorientavę, nieko nebijantys. Bet kas ten viduj, tai niekas nežino (Vorė). Piktos, susirūpinusios. Arogantiškai, naglai, pikta su tavim kalba, lyg tu esi jai skolingas. Tu su plaukais, o ji be plaukų – pikta už tai ant tavęs (Hlinė). Yra įvairiai išgyvenančių moterų. Kitą kartą – ojojoi! Net pats gali iki ašarų daėti (Notė).</i>	Pyktis, priėmimas
Gydymas chemoterapijos arba radioterapijos sk., kai pacientas turi sunkių gretutinių patologijų arba neturi galimybių važinėti į procedūras	<i>Visos jaudinasi, kad nėra krūties po operacijos. Visos nori gražiai atrodyti. Viena inoringesnė, kita tylesnė, ramesnė. Kiekvienas nori kalbėti, kiekvienas nori išsipasakoti. Kai dirbi vakarais, kiekvienas apstoja su savo klausimu, ir turi jam atsakyti. Ateina jau labai daug žinodami (Lofnė). Jautresnės. Kartais serga depresija. Jaučia diskomfortą, nepilnavertiškumą, vengimą. Gėdyjasi, stresuoja. Ne visos linkusios bendrauti. Užsidariusios (Jordė). Labai daug reikia psichologinės pagalbos. Labai reikia apmąstyti, ką šnekėti. Labai įtartina žiūrėti į kiekvieną žodį (Gevjunė). Mastektomija – didžiausias kirtis moterims. Vistiek jaučia jos nepilnavertiškumą kažkokį. Ir nusirengti gėdyjasi, jei be implanto yra (Solė) Būna ašarų. Būna visko (Saga).</i>	Depresija, nepilnavertiškumas
Paliatyvios slaugos sk.	<i>Mirties baimė. Jos nori gyventi. Joms baisu, kas jų laukia po mirties. Buvo pilnai sąmoningos iki pat išėjimo. Nebuvo pripažinusios ligos. Tikėjo, kad pasveiks (Elė).</i>	Neigimas, baimė
Ilgalaikis stebėjimas	<i>Pabaigus aktyvų gydymą ir džiaugiasi, ir lyg netvirtumo jausmas – kas dabar toliau su manim vyks? (Frigė) Tos, kur vaikščiojo labai piktos, paskui jau vos ne draugės (Fila).</i>	Priėmimas, nerimas

2.2.2. Slaugytojų nuomonė apie slaugytojų kompetenciją

Pradėjus tyrimą manyta, kad ši tyrimo dalis yra svarbiausia (iš dalies atkartoja darbo pavadinimą). Siekta aprėpti visas sritis, su kuriomis gali susidurti slaugytojas – nuo prevencijos, diagnostikos, iki gydymo, pašalinių reiškinių valdymo, metastazinio vėžio sukeltų problemų, psichologinių pasekmių... Kiek ir kokių žinių bei gebėjimų tose srityse reikia konkretaus skyriaus slaugytojams?

Jau pirmo pokalbio metu pastebėta, kad priėjus kompetencijų temą pašnekovei sunkiau sutelkti dėmesį. Bandymas atsakyti į daug žodžiu pateikiamų klausimų, sukelia nuovargį ir nuobodulį. Be to, tam reikia daug laiko. Abejotina ir tokių atsakymų nauda. Šita pokalbio dalis tapo uždara, neskatinanti pasisakyti. Suvokta, kad norint konkrečių atsakymų į konkrečius klausimus, jie turi būti pateikiami kitu – greičiausiai kiekybinio, o ne kokybinio tyrimo formatu. Pripažinta, kad konkrečiais klausimais tyrėjas iš karto bando patikrinti savo susiformuotą, nors ir niekur neužrašytą hipotezę, jog „slaugytojos turi gerai išmanyti apie jų skyriuje atliekamas procedūras, bei turėti platesnį suvokimą apie tai, kas vyksta su pacientu kitais gydymo etapais“. Tyrimu ieškant patvirtinimo iš anksto suformuluotoms hipotezėms prieštaraujama grindžiamosios teorijos esmei – teorijos kilimui iš duomenų (Bagdonaitė-Stelmokienė R., Žydzūnaitė V., 2016; Holton J. A., 2009), t.y. hipotezės turi pačios iškilti tyrimo eigoje, ir nebūtinai turi būti patvirtintos ar paneigtos.

Vėlesniuose interviu buvo stengiamasi, kad pašnekovas nurodytų, kokios kompetencijos reikalingos būtent jų skyriuje dirbančioms slaugytojoms. Sugalvoti klausimai, kuriuos galima laisviau interpretuoti ir plėtoti. Klausta: „Jei atečiau dirbti į Jūsų skyrių – ką turėčiau žinoti ir mokėti?“, arba „Jei ateitų nauja, tik pabaigusi studijas slaugytoja – ką ji turėtų žinoti ir mokėti, kad galėtų pas Jus dirbti?“. Paprastai suformuluotame klausime žodžiai „žinoti“ ir „mokėti“ slaugytojų buvo suvokiami kaip kompetencijos, bet atsakyti į taip pateiktą klausimą buvo žymiai lengviau.

Daugelis slaugytojų pirmiausia įvardijo kokių asmeninių savybių reikia slaugytojai, kuri ruošiasi dirbti jų skyriuje (nors to nebuvo klausta!). Slaugytojos teigė, kad dirbančioms su onkologinėmis krūtinės ligomis sergančiais pacientais slaugytojoms pageidautinos savybės yra: *sąžiningumas, empatija, darbštumas, atjauta* (Elė), slaugytoja turi būti *užjaučianti* (Sivė). Slaugytojos nurodė, kad labai svarbu *būti etiška, neįžeisti paciento, palaikyti gerą kontaktą su žmogumi. Nepasimesti, neparodyti pasimetimo. Priimti žmogų nežiūrint koks jis yra, kas jame yra. Turi atiduoti savo širdį. Išlaikyti pagarbą žmogui visą periodą kol bus skyriuje* (Snotra). Viena pašnekovė teigė, jog šitame darbe reikia turėti *nuolankumo ir tolerancijos*, ir pridūrė: „*jaunom slaugytojom atėjus tenka pasakyti, kad šiek tiek toną pakeistų. Žmonės atsirenka - klausia, kokia slaugytoja dirbs*“ (Solė). Viena pašnekovė teigė, kad slaugytoja turi „*nežmoniškai mylėti šitą darbą ir nežmoniškai mylėti šituos žmones, nes jiems reikia labai daug dėmesio. Labai daug atiduoti savęs*

kitiems žmonėms. Jei savęs neatiduos, neverta čia sėdėti. Dirbti automatiškai neverta. Reikia matyti žmogaus akis ir atsižvelgti į vidų“ (Lofnė). Pastebėta, kad darbe „reikia labai daug kantrybės“ (Saga), reikia „mokėti save suvaldyti. Nes tikrai įvairių žmonių yra. Nėra, kad ateitų visi labai gerai nusiteikę. Kartais ateina čia išsiliėti. Vis tiek turi mokėti valdytis, turi sugebėti normaliai iš švelniai atsakyti. Kad ir pacientas nurimtu, ir kad pats savęs per daug neužsikrautum tom emocijom“ (Skadi).

Medicininį manipuliacijų slaugytojos nesureikšmina. *„Praktiškai iš kolegijos atėjusi slaugytoja jau gali dirbti. Reikalingi visi pradmenys kaip ir kitame skyriuje. Paskui eigoje labai greitai išmokstama – mes gi ne po vieną dirbam, dirbam komandoj“ (Eirė). „Jei esat profesionali slaugytoja, žinių ir taip daug turite. Reiktų tik tobulėti kasmet vykstant į kvalifikacijos kėlimo kursus“ (Sivė).*

Tyrimo metu kalbėta apie kasdienes slaugytojų darbus, džiaugsmus, rūpesčius ir iššūkius. Tiesioginių klausimų apie komunikavimą nebuvo užduodama. Komunikavimo ypatumai buvo tai situacijos priežastimi, tai rezultatu, tai kontekstu. Komunikavimas išryškėjo kaip centrinė kategorija, apjungianti visas temas:

1. Emocinės paramos suteikimas.
2. Slaugytojo ir gydytojo komunikavimas nuolat persipinant pareigoms ir atsakomybėms.
3. Slaugytojo komunikavimą su pacientu apribojantys veiksniai.
4. Komunikavimo su pacientu ypatumai.
5. Slaugytojo ir paciento artimųjų komunikavimas.

1. Emocinė parama tyrimo eigoje išryškėjo kaip komunikavimo elementas, susidedantis iš klimato sukūrimo, pagarbos parodymo ir tinkamo išklausymo.

- Klimato sukūrimas. Slaugytojos nurodo pacientams suteikiamą prisirišimo ir saugumo jausmą: *kasdien esu su jais. Kurie ilgai gydosi, tikrai susigyvenam. Žino, kad atvažiuos kaip į namus (Saga); Kai jiems būna sunku, aš visada būnu šalia (Lofnė). Svarbu, kad žmogus nebijotų prie tavęs prieiti (Solė). Rūpinasi, kad pacientas jaustųsi kaip namie – ir arbatos, ir kavos padarom. Ir kojines apmaunam. Ir sušukuojam. Ir palatą pašildom, kad po operacijos nesusaltų. (Hlinė). Žmonės ieško teigiamų dalykų, kur galėtų nukreipti savo mintis. Svarbi gali būti ir maža aplinkos smulkmena. Skyrių papuošti Kalėdoms, kad žmonės pradžiuginti, atmosferą sukurti. Jie mato, džiaugiasi. Labai džiaugiasi. (Jorė).*

- Pagarba. *Svarbu būti etiška, neįžeisti paciento, palaikyti gerą kontaktą su žmogumi. Nepasimesti, neparodyti pasimetimo. Priimti žmogų nežiūrint koks jis yra, kas jame yra. Turi atiduoti savo širdį. Išlaikyti pagarbą žmogui visą periodą kol bus skyriuje (Snotra). Išlaikyti pagarbą net kai pacientas labai piktas (Skadi). Reikia priėjimo prie žmogaus. Jei žmogus pasimetęs, reikia labai daug kantrybės (Saga) Pacientai apibūdinti kaip ypatingai jautrūs dėl patirtų kūno pokyčių, todėl*

bendraujant su jais reikia *atsargiau rinkti žodžius, nekalbėti ko nereikia. Neparodyti nuostabos. Nereikšti, neparodyti gailėsčio. Pacientai to nenori (Snotra).*

- Išklausymas. *Palaikantis pokalbis, pašnekesys (Saga), pašnekame iš žmogiškosios pusės (Hlinė). „Jūs man padėjot - mane prakalbinot“ - dėkodamas sako pacientas (Lofnė). Slaugytoja atlieka psichologo darbą (Solė). Kiekvienas nori kalbėti, kiekvienas nori išsipasakoti. Kai dirbi vakarais, apstoja kiekvienas su savo klausimu ir turi jam atsakyti (Lofnė). Psichologinė pagalba bendravimo forma (Frigė).*

2. Slaugytojo ir gydytojo komunikavimas nuolat persipinant pareigoms ir atsakomybėms.

- Slaugytojas ir gydytojas vienas kitą papildo. *Gydytoja suteikia informaciją apie tai, kas laukia ateityje – koks gydymas, kiek jis gali trukti, kad gaus nedarbingumą jei reikės. Aš asmeniškai parašau, pasakau, paaiškinu kur ir kada nueiti. Tokius dalykinius klausimus. Užregistruoju reikiams tyrimams (Varė). Nukreipia pas konsultantus gydytoja, siuntimus parašau aš (Frigė). Apie operaciją gydytojas jau būna viską papasakojęs. Ateina nusiteikusios operacijai. Slaugytojos suteikia informaciją apie prieš ir pooperacinę būklę, tolimesnę eigą – kur toliau kreiptis, kad ir toliau bus stebimos (Hlinė). Gydytojas pasakoja apie ligą, slaugytojas – kaip maitintis, kaip prižiūrėti poospindulines žaizdas (Lofnė).*

- Slaugytojas smulkiau ar paprasčiau perteikia tą pačią informaciją (vertėjauja). *Po bendros vizitacijos pacientai prašo: „palauk, paaiškint, ką man čia gydytojas šnekėjo. Ką man čia pasakė? (Solė). Informaciją dėl galimų komplikacijų susako gydytojas. Slaugytoja pakartoja gydytojo žodžius (Sivė).*

- Slaugytojas ir gydytojas palaiko vienas kitą. Kad pacientas pasitikėtų slaugytojo teikiama informacija, svarbu, kaip slaugytojo kompetenciją vertina gydytojas. *Svarbu gydytojo palaikymas – patvirtinimas, kad slaugytojo suteikta informacija teisinga: „taip pasakė slaugytoja, Tu jos ir klausyk“ (Hlinė). Gydytojų žodis pacientui labai svarbus. Gydytojai kaip Dievai yra čia (Hlinė). Slaugytojo žodžiai taip pat gali skatinti paciento pasitikėjimą įstaigos darbuotojais: „Jūs atvykote čia pagalbos. Mes Jums padėsime. Jūs esate geros rankose. Čia dirba gera komanda“ (Hlinė).*

- Slaugytojas atlieka savarankiškai. *Savarankiškai – prižiūrim drenus (Snotra, Hlinė). Jei pamatom, kad permirkęs tvarstis, tai jau pakeičiam. Jeigu reikia dreną patvarkyt, mes galim be gydytojo. Pertvarstyt iš naujo. Bet čia toks minimalus tas tvarstymas (Sjofnė). Slaugos istorijose žymim operacijos pobūdį ir apimtį, kad perduotume informaciją kitai pamainai (Hlinė). Po rekonstrukcijos papasakojam apie slaugą – kada kelsis, kada uždėsime korsetą, kaip vaikščioti, kaip keltis (Hlinė). Stebim dėl galimų komplikacijų, kad neužkraujuotų (Hlinė). Mocom limfedemos*

profilaktikos – kad ranką aukščiau pakeltą laikytų, duodam tam priemonės, primenam, kad ranką pailsintų (Jordė). Aš supažindinu dėl bendros tvarkos. Bet kokioj situacijoj bendrą tvarką (Frigė)

- Gydytojui paskyrus. Gydytojas pasirašo ant paskyrimo lapų. Jei nepaskirta, slaugytojas negali leisti medikamentų (Snotra). Nuskausminimą paskiria gydytojas. Jei nepakankamas, skambinam budinčiam (Vorė). Premedikacija antibiotikais (Hlinė). Tepalai ir pleistrai spinduliuotam odos plotui (Jordė). Kokius naudoti tepalus, pasitariam su gydytoju. Vienas mėgsta vieną tepalą, kitas – kitokį. Jei aš žinau iš anksto, ką daktaras rekomenduotų, iš anksto su juo susitarus, gal ir gali parekomenduoti pacientui. Bet ne pilnai savarankiškai. Čia gi vaistiniai preparatai. (Gevjunė)

- Gydytojui leidus. Jei gydytojas sutinka, slaugytoja gali savarankiškai pakeisti tvarsčius (Snotra). Perrišimus atliekam savarankiškai, jei gydytojas mumis pasitiki (Hlinė). Išėginėm, kada gydytojo nebūna, paskyrimuose parašo, kad perrišti, tai perrišam savarankiškai (Notė). Viskas yra derinama su gydytojais daugmaž. Mes kaip vykdytojos (Jordė). Vistiek turi visur visko gydytojų atsiklaust. O juk ir pats žinai, ko reikia (Fila).

- Asistavimas gydytojui, kai gydytojas punktuoja seromas, įveda naują dreną, atveria žaizdą (Hlinė). Asistavimu galime pavadinti pagalbą suvedant duomenis į kompiuterį, kai gydytojas bendrauja su pacientu. Aš jai šablonus sudarinėju. Ji kalba su pacientu, receptus rašo. Aš surašau viską, ką ji šneka (Frigė).

- Gydytojo darbas. Apie ligą juk mes negalim sakyti. Visą gydytojai sako (Gerda). Gydytojas sprendžia dėl tolimesnės taktikos – punktuoja, įveda naują dreną ar atveria žaizdą (Hlinė). Perrišimai kartu su gydytojais. Jie taip nori. Nėra sudėtingi tie perrišimai. Galėčiau ir pati perrišti. Bet tegu žiūri daktarai. Jie to autoriai. (Vorė). Eilinius perrišimus gydytojai bent jau pasižiūri. Siūlus gydytojai ištraukia, drenus pašalina (Notė). Kartais gydytojas sprendžia socialines problemas – esant sunkiai paciento būklei, namiškiai klausia, „kur jį dėti?“ Sprendžia daktaras. Daktaras pasako (Gerda). Jei pleistas kompensuojamas, receptą rašo gydytojas (Saga).

- Gydytojas paskiria pasakius slaugytojui. Jei matom, kad reikia ko papildomai paskirti ar konsultuoti, pasakom gydytojui (Snotra). Įrašo reabilitacijos specialistui mes paprašom, nes matom, kad reikia (Eirė). Pooperacines komplikacijas pirmos pastebim mes ir kviečiam gydytoją (Hlinė). Visada reikia pranešti gydytojui, kai atsiranda reakcija (apie tepalus) (Gevjunė). Dėl spindulinės terapijos kai pažeista stemplės gleivinė, esant disfagijai slaugytojos perspėja gydytoją, paskiriama kita dieta – užsakomas trintas maistas (Jordė).

- Gydytojas konsultuoja slaugytoją. Informaciją, rastą internete dar pasitikslini – paklausi gydytojų. Gydytojai neatsisako padėti (Gevjunė). Įvedant naują vaistą gydytojai supažindina – kaip lašinti, kokių tempu, su kuo... (Saga). Gydytojai daug važinėja į užsienį. Po to čia rengia konferencijas, mes einam paklausyti. Pagal naują gydymą, nusprendžiam dėl naujovių slaugoje atitinkamai (Eirė).

- Koordinavimas, nukreipimas specialistui. Kai skyriuje reglamentuota specialistų iškviatimo tvarka, tą puikiai atlieka slaugytojos. Įrašas psichologui daromas iškviatimų sąsiuvinyje, jei paciento įsivertintas distresas 6-10 balų. Psichologui nurodžius, kad reikalingas psichiatras, slaugytojos jį iškviečia. Pastebėjusios, kad reikia, slaugytojos savarankiškai iškviečia socialinį darbuotoją, iškviatimas registruojamas sąsiuvinyje. *Ko reikia pacientui, pamato slaugytoja. Kai betarpiškai dirbi, bendrauji, matai „gyvai“ – ar reikia socialinio darbuotojo, ar psichologo... Dirbam komandoje. Tariamės su gydytoju. Teisiogiai sprendimų nepriiminėjame. Visus rūpimus klausimus aptariam su gydytoju (Saga).* Tais atvejais, kai įstaigos viaus taisyklės nurodo, jog specialistų iškviatimo slaugytojos negali savarankiškai vykdyti, pastebėjusios poreikį, slaugytojos informuoja gydantį gydytoją. *Kartais informuojam gydytoją – gal tai moteriai reikalingas psichologas (Jordė).* Už problemos sprendimą tampa atsakingas gydytojas. Šis sprendžia problemą savarankiškai arba nurodo slaugytojai, kad iškviestų atitinkamą specialistą. Dažniausiai su krūties vėžio pacientais dirba psichologai, socialiniai darbuotojai, kineziterapeutai, masažuotojai, meninės terapijos specialistai, dvasininkai bei kiti gydytojai specialistai (esant gretutinėms ligoms ar atsiradus ūmių sveikatos sutrikimų). Pospinduliniam odos uždegimui gydyti *dėl tinkamų pleistų parinkimo gali būti iškviestas konsultantas iš firmos (Jordė).* Dėl liemenėlės – protezo nukreipimą rašo gydytojai. Kartais slaugytojai supildo už gydytojus nukreipimą, suderina konsultaciją. *Mes pasiskambinam ir susitariam dėl paciento vizito dėl protezo (Eirė).* Dėl POLO kortelės – čia ne mano reikalas, bet aš negaliu taip pacientei į akis pasakyti. *Viską paaiškinam, paduodam išrašą, nurodom kur eiti (Eirė).*

3. Slaugytojo komunikavimą su pacientu apriboja:

- Slaugytojo žinių trūkumas. Slaugytojos pripažįsta, jog *labai trūksta psichologinių žinių (Gerda)* Ne visada slaugytoja gali atsakyti į paciento užduotą klausimą. Jei nežino atsakymo, slaugytoja turėtų tai pripažinti, ir pasidomėti tuo, ko klausima *„Aš sužinosiu ir vėliau atsakysiu“.* *Galima pasikonsultuoti su kitais specialistais (Hlinė).* Ne visus klausimus turi išspręsti slaugytoja. Svarbu žinoti, kas gali padėti. *Jeigu nežinau pati, tai žinau kur nukreipti (Notė)*
- Kompetencijų ribos. Slaugytojai – arčiausiai paciento esantys darbuotojai. Pirmi išgirsta ir pamato visus pacientų poreikius, bet ne visus gali savarankiškai išspręsti, kartais reikalinga kito specialisto pagalba. *Galiu atsakyti į jų klausimus, bet ne spręsti socialines problemas. Slaugytoja nesirūpina socialinėmis problemomis. Negalim mes niekur nukreipti (Gerda).* Kartais pacientai klausia dalykų, kurių atsakyti slaugytoja negali dėl apribotų savo kompetencijų. *Slaugytojos savo darbe turi laikytis įsakymų (Sivė).* *Aš labai esu suvaržyta – daug ko negaliu atsakyti ko jie nori. Apie gydymą aš jokios informacijos neteikiu. Nei apie gydymą, nei apie tyrimų atsakymus – ko jie labiausiai tikisi, ko jie pas mus ir ateina (Frigė).* *Apie rekonstrukcijos galimybes negali slaugytojai pasakoti (Hlinė).* Kartais tai, kad slaugytojo teikiama informacija apribota, slaugytoją pastato į dviprasmiškas situacijas: *Pasakyti ir paaiškinti pacientei, kokia liga ji serga, turi gydytojai.*

Slaugytoja, gydytojui leidus, gali patikslinti tą informaciją ir apie slaugą papasakoti. Kai gydytojai nepasako, o slaugytojai irgi negali pasakyti, tai išeina labai keistai. Bandai išsisukti nuo to atsakymo, ir „suki ratais“ (Elė).

- Darbo pasidalijimo ypatumai. Kai kabinete dirba gydytoja ir slaugytoja, pasidalijama, kuri kokią informaciją pacientui suteiks. *Mano gydytoja labai noriai šneka, ir viską pasako pacientui pati. Net kito vizito laiką, kurį aš užrašau. Jau lyg norėčiau sakyti, o ji sako, - „padėk man lapelį, aš pabaigsiu ir viską pati pasakysiu“ (Varė).*

- Nepakankamas gydytojo pasitikėjimas slaugytoju. *Gydytojai kartais nenori pripažinti, kad mes kartais esam teisios ir biškį protingos (Hlinė).*

- Įstaigos vidaus tvarka. Pastebėta, kad slaugytojos gali suteikti informacijos apie tai, kokią pagalbą pacientas gali gauti įstaigoje, bet ne už jos ribų. Slaugytojos negali atsakyti, kaip pacientui ar jo artimiesiems rasti veikiančias savipagalbos grupes. *Informacijos apie paramos grupes pacientai ir artimieji manęs nėra klausę. Gal jie skaito, kad susitvarko su tom problemom. Nebent ieško už skyriaus ribų (Jordė). Savipagalbos grupių pas mus nėra (Frigė). Kur nusipirkti peruką? Mes negalim patart. Patys ieško internete. Mes negalim reklamuoti firmų, kur nusipirkti peruką. Gal turi būti atskiras darbuotojas, kuris užsiimtų visa socialine veikla... Socialinis darbuotojas? Ne. Neturim mes tokio (Gerda).*

- Laiko, skirto komunikavimui trūkumas. *Ar didelis krūvis priklauso ne tik nuo pacientų skaičiaus. Priklauso ir nuo to, kokie pacientai, kiek jiems reikia pagalbos nusiprausti, pasiversti. Kai yra gulintis, nevaikštantis pacientas, iš karto dėmesys jam, ir skyrius pasunkėja (Eirė). Pirma bėgi pas sunkesnį pacientą, ar jei kam bloga pasidarė (Lofnė). Kai nėra labai didelis krūvis, galim išklaudyti pacientės, galim joms laiko skirti pakankamai (Eirė). Ambulatoriniame skyriuje dirbanti slaugytoja pasakoja, jog labai daug atima duomenų suvedimas į kompiuterį - *Abi su daktare sulendam į kompiuterius, tam žmogui laiko pritrūksta (Varė). Bendravimo, tai ne kažin ką..., nes labai didelis krūvis (Fila). Bendruomenėje dirbanti slaugytoja nebeturi laiko skirti pacienčių socializacijai, psichologijai ir panašiai (Elė).**

- Paciento negebėjimas adekvačiai priimti informaciją. *Kartais pacientai būna labai pasimetę. Viską susakai, o pasirodo, kad nieko neprisimena. Tu jam pasakoji, o jis tuo metu nieko negirdi (Snotra). Pasakyt tai pasakėm, bet ar žmogus išgirdo? (Saga). Būna, kad parodai, kur rentgenas, apsisuka – jau nežino. Ir vėl rodai. Nes jie išsigandę. Visko būna (Fila).*

4. Komunikavimo su pacientu ypatumai.

- Ką pacientas jau žino? Naudinga sužinoti, ką pacientas suprato iš pokalbio su gydytoju, ką apie tai galvoja.

- Mitų griovimas. Ko prisiskaitė internete? *Pacientai labai išprusę – daug pasižiūri internete, tada tik reikia padėti atskirti – kuri tiksli informacija, kuri – ne (Gevjunė). Ateina jau daug*

žinančios iš visagalio interneto. Labai sunku atsijoti – kur naudinga informacija, kur „geltoni puslapiai“, kur iš paranormalių prisiskaitę (Frigė).

- *Fragmentiškumas. Tam tikra informacija pasakoma tam tikru metu (Hlinė). Laiku suteikta tinkama informacija sumažina paciento patiriamą nerimą. Kai žmogus sužino, kaip viskas dėliosis, nurimsta. Svarbiausia žmogui – žinoti kas jo laukia ateity (Snotra).*

- *Klausimo formulavimas. Pacientas testuojamas, ar vykdė pasiruošimo operacijai rekomendaciją po vidurnakčio nieko nevalgyti ir negerti. Klausama: „Ką šįryt vagėt, ką gėrėt?“. Jei klausi „Ar esat nevalgęs?“, pacientai linkę nuslėpti, kad valgė (Snotra).*

- *Egzaminavimas, testavimas, perklausimas. Išvykstant iš ligoninės, ar konsultacijos pabaigoje tikslinga paciento prašyti pakartoti, ar teisingai suprato pagrindines rekomendacijas. Perklausti, kur ir kada kreipsis dėl perrišimo, kur užsisakys liemenėlę, pas kokius gydytojus užsiregistruos ir t.t. Kai žmogus „išlaiko tą egzaminą“, galima su juo atsisveikinti (Snotra). Perklausimas gali būti taikomas ir tada, kai matyti, kad žmogus labai pasimetęs, galėjo neišgirsti.*

- *Ramus nusiteikimas. Maloniai priimti pacientą. Nelėkti, nebėgti, nevirsti per galvą. Jei pats neįneši chaoso, streso, skubėjimo, pacientas ir pats į viską ramiai reaguos (Snotra).*

- *Prieinamumas. Bendruomenėje pacientės pačios turi ieškoti pagalbos. Manau, kad pagalba turi ateiti pas jas (Elė).*

5. Slaugytojo ir paciento artimųjų komunikavimas. Paciento artimieji labiau suvokiami kaip komandos, besirūpinančios sergančiuoju, dalis. *Jei kokią procedūrą namie turės atlikti paciento artimieji, tai pakviesti, viską paaiškinti (Gevjunė).* Kai pacientui teikiama paliatyvi pagalba, anot slaugytojos, artimųjų dalyvavimas yra pageidautinas. *Artimieji turėtų nuvežti numaudyti, nuprausti. Išvalyti dantis, burną. Ištepti kremu kūną. Padus ištepti. Nagus nukarpyti. Tai yra slauga (Elė). Klausia, ką sergančiajam valgyti, gerti. Klausia, kiek gyvens. (Gerda) Artimieji su personalu bendrauja, kai pacientas sunkios būklės, kai vėžys metastazuoja. Klausia – ką daryti, kaip elgtis. Kalbasi su mumis, su gydytojais (Jordė).* Dažnai pacientas pats yra atsakingas už savo artimuosius – turi vaikų, slaugo senus ar pasiligojusius artimus giminaičius. Ligoninės personalas nėra apmokytas, ir ligoninės resursai nėra skirti pagelbėti artimajam, kuris išgyvena dėl to, kas vyksta su sergančiu jo artimu žmogumi. *Paciento artimieji būna labai retai. Jie pageidavimų neišreiškia (Hlinė). Yra buvę, kad paciento artimieji prašo psichologo, kad sergančiajam viską paaiškintų. Pasirodo – pacientas daug tvirčiau laikosi toje situacijoje nei artimieji. Psichologo reikėjo artimiesiems (Snotra).* Skyriuje dirbantis personalas labiau orientuojasi į pagalbą, kurią gali suteikti vietoje. O tokia pagalba suteikiama tik pacientui. Paciento artimieji gali gauti paramą už skyriaus – ligoninėje veikiančiuose, arba už ligoninės ribų – specialiuose, dažniausiai labdaros pagrindu veikiančiuose centruose, kur ir pacientai, ir artimieji, pasak slaugytojų, *gauna daugiau informacijos, negu turi klausimų (Frigė).*

2.2.3. Slaugytojų nuomonė apie krūties vėžio slaugytojo specializaciją

Ruošiant metodologinę tyrimo dalį, planuota tyrimą pradėti nuo klausimo apie krūties vėžio slaugytojo specializaciją. Derinant pirmųjų pokalbių laiką, pastebėtas slaugytojų neužtikrintumas, nedrąsumas – ar sugebės atsakyti į klausimus, ar bus kuo naudingos. Suvokta, kad pradėjus pokalbį nuo tyrimo dalyviui galimai nežinomos temos, pašnekovas ims dar labiau savimi nepasitikėti. Pokalbis nesivystė. Bus nejauku ir tyrėjui, ir pokalbio dalyviui. Nuspręsta galimai nežinomą temą palikti pokalbio pabaigai. Strategija pasiteisino. Išsakyta įvairių nuomonių, pasvarstymų krūties vėžio slaugytojo specializacijos tema.

Kas tai yra krūties vėžio slaugytoja? Ar teko girdėti? Slaugytojos, kurios terminą „krūties vėžio slaugytoja“ išgirdo pirmą kartą, nesistengė spėlioti. *Nežinau. Negirdėta. Nėra pas mus tokios. Neteko girdėti* – dažniausi atsakymai, lydimi klausiamo žvilgsnio. Tyrimo dalyviams buvo trumpai pristatyta, kokiose šalyse yra krūties vėžio slaugytojo (krūtų priežiūros slaugytojo) specializacija, kokios krūties vėžio slaugytojų rolės, kompetencijos.

Penkioms iš 19 pokalbių dalyvių specializacijos pavadinimas jau buvo girdėtas. Jos turėjo savo nuomonę, savo minčių šia tema. Kalbant apie nesamą specializaciją atsirado kategorija „surištos rankos“, reiškianti, jog naujoves sunku įsivesti dėl apribotų kompetencijų. *Jei „atrištų rankas“ – tada taip (Hlinė)*, – pašnekovė svarstė psichologinio darbo su pacientais galimybę. *Atrištos rankos taip pat leistų slaugytojui rašyti receptus slaugos priemonėms, tvarsliausiai, analgetikams, savarankiškai punktuoti seromas, atlikti koordinatoriaus funkcijas ir perrimti ilgalaikį stebėjimą (Snotra).* Pagrindinės krūties vėžio slaugytojo funkcijos - *informacijos suteikimas apie visus gydyto etapus. Savarankiška žaizdų priežiūra (įskaitant seromų punktavimą). Pacientų ir slaugytojų mokymas. (Hlinė).* Kita pašnekovė svarstė galimybę krūties vėžio slaugytojai patikėti *didesnę rizikos grupę turinčių asmenų prevenciją, bei paciento perdavimo etapus – ambulatorinei grandžiai, paliatyviai slaugai. Taip pat tokia slaugytoja galėtų užsiimti ir pacientų socializacija, psichologija (Elė).* Krūties vėžio slaugytojas pokalbio metu buvo netgi „apdovanotas“ savo „minkštosiomis kompetencijomis“: *turi domėtis savo sritimi, turėti loginį mąstymą, mokėti savarankiškai dirbti. Mokėti organizuoti pats savo darbą (Snotra).* Krūties vėžio slaugytojas matomas kaip krūties vėžio slaugos konsultantas, ypač tuose skyriuose, kur krūties vėžio pacientų mažiau. *Iškilus problemai, pooperaciniame periode ypač, mums irgi reikėtų jos pagalbos ir patarimų (Solė).* *Pacientės turėtų tokią atramą – stuburą, į ką galėtų atsiremti ir gerai jaustis (Solė).* Mano, kad krūties vėžio slaugytojui reikalingas bendrosios praktikos slaugytojo bazinis išsilavinimas ir specializacijos kursai arba magistro laipsnis. *Ir slaugytoja, ir vadybininkas (Solė).* *Reiktų universitetinio išsilavinimo (Solė).* Pagrindinė darbo vieta poliklinikoje (Solė). Pritaria, kad specializacija reikalinga ir numato bendradarbiavimo galimybę. *Gavus*

mamogramos atsakymą skambini tiesiogiai krūties vėžio slaugytojai ir gauni išsamią informaciją, nereikėtų blaškytis (Skadi).

2.2.4. Grindžiamosios teorijos metodo nauda tyrimui

Pats terminas „mokslinis tyrimas“ asocijuojasi su tikslumu, daugybe skaičių, statistinėmis programomis apdorotais duomenimis. Kuo daugiau – tuo tiksliau, kuo tiksliau – tuo geriau. Pradėjus kokybinį tyrimą, labai sunku atsikratyti nuostatos, kad viską reikia skaičiuoti, tikslinti, kad naudingi tik pasikartojantys, patvirtinti duomenys. Nors buvo daug perskaityta kokybinių tyrimų metodologijos tema, ypač grindžiamosios teorijos tyrimų tema, pradėjus tyrimą susidurta su paprastomis kliūtimis, nulemtomis neperorientuoto mąstymo. Sunku buvo atsikratyti minties, kad reikia „ištirti, išsiaiškinti“. Grindžiamosios teorijoje reikia „atrasti“. Atradimai prasideda nuo pakitusio suvokimo apie tai, kaip atlikti apklausą, kaip paklausti. Didžiausias atradimas - kai gauni atsakymą į dar nesuformuluotą klausimą. Dažniausiai tokie atsakymai patys reikšmingiausi. Iš jų dėlioja tai, kas svarbu pokalbių dalyviams. Taip dėliojama, konstruojama tiriamoji realybė.

Tyrimas pradėtas pasirinkus keturias pokalbių temas:

Pacientų poreikiai	Slaugytojų kompetencijos	Mokymasis, tobulėjimas	Krūties vėžio slaugytojas
--------------------	--------------------------	------------------------	---------------------------

Pokalbių su slaugytojomis metu buvo kalbama tomis temomis, kurios slaugytojoms atrodė artimesnės ir priimtinesnės, bei gilinamasi į tuos dalykus, kurie atrodė svarbūs pokalbio dalyvėms. Atsiradusios potėmės pavaizduotos lentelėje:

4 lentelė. Pagrindinės pokalbių temos ir potėmės

Pacientų poreikiai	Slaugytojų kompetencijos	Mokymasis, tobulėjimas	Krūties vėžio slaugytojas
Emocinė parama	Instrumentinė slauga	Aktualios temos	Ar girdėta?
Pacientų emocijos	Minkštosios kompetencijos	Mokymosi formos	Ką apie tai manote?
Pacientų išvaizdos pokyčiai	Kompetencijų ribos	Suderinimas su darbu	Ar galite save vadinti krūties vėžio slaugytoju?
Informacijos poreikis	Savarankiškumo trukdžiai	Psichologinių žinių trūkumas	Ar būtų toks reikalingas?
Informacijos teikimo ypatumai	Slaugytojo – gydytojo darbo sferos	Vidiniai mokymai	Kokios jo kompetencijos?
Slaugytojų emocijos	Gydytojo požiūris į slaugytoją	Konferencijos	Kokie mokymai?
Pacientų artimieji		Pamokėlės pacientams	Bendradarbiavimas
Informacijos priėmimo ypatumai		Gydytojų pasidalijimai	
Komplikacijos		Straipsniai	
Socialinės problemos			

Pradėjus tyrimą, ėmė ryškėti temos, kuriomis slaugytojos kalbėjo daugiausiai, kurios buvo aktualiausios, turinčios tam tikrą emocinį krūvį. Temos pastebėtos pokalbių metu, taip pat peržiūrinėjant transkribuotus pokalbius bei atmintines, rašytas po kiekvieno pokalbio. Temos pavadintos kategorijomis. Kategorijos išryškėjo ne visos iš karto. Beryškėjančios kategorijos toliau plėtotos tyrimo eigoje. Kiekviena iš kategorijų pildyta tiek, kiek atrodė svarbi naujiems pašnekovams. Taip pat atsirasdavo vis naujų, tyrėjo sąmoningai įtrauktų klausimų. Bei pasižymėjimų atmintinėse – kokią temą pasistengti pagilinti, išplėtoti. Tyrimui pasibaigus, sustojo ir kategorijų pildymas. Aktualiausios temos telpa į šias kategorijas:

- ☐ Pacientų emocijos skirtingais gydymo etapais
- ☐ Slaugytojų „minkštosios“ kompetencijos
- ☐ Informacijos teikimo ypatumai
- ☐ „Surištos rankos“ (slaugytojų savarankiškumo, kompetencijų ribos)
- ☐ „Tandemas“ (slaugytojas – gydytojas)
- ☐ „Už kadro“ (slaugytojas – paciento artimieji)

Viso tyrimo metu buvo laikytasi pradinių keturių temų bei pildomos besiformuojančios kategorijos. Centrinė kategorija nustatyta tyrimui pasibaigus. Peržiūrint bei lyginant susiformavusias kategorijas, potemes bei atmintines, nuspręsta, kad centrinė kategorija yra komunikavimas. Komunikavimas – kaip slaugytojo bendravimo su pacientais, gydytojais, kitais slaugytojais, slaugos administratoriumi ir kitu personalu ašis. Ir informacijos suteikimą, ir psichologinę pagalbą savo pacientams slaugytojai apibūdina kaip komunikavimo dalį. Nuo slaugytojo ir gydytojo komunikavimo priklauso, kiek iš slaugytojo gydytojas gaus informacijos apie pacientą; kiek kalbės su pacientu gydytojas, o ką leis pasakyti slaugytojui; ar patikės gydytojas paciento perrišimą slaugytojui; ar palaikys vienas kito autoritetą paciento akyse...

5 lentelė. Komunikavimo schema, sudaryta remiantis slaugytojų perspektyva

Komunikavimas		
Slaugytojas	Gydytojas	
Suteikia informacijos apie pacientą	Dalinasi savo medicininėmis žiniomis	
Atlieka gydytojo nurodymus Asistuoja t.t. procedūrų metu Smukliau viską paaiškina Atlieka slaugos veiksmus Išgirsta nusiskundimus Pamato komplikacijas Pastebi emocijas Išklauso, teikia paramą	Pacientas Tikisi geriausio gydymo ir visapusės pagalbos	Praneša diagnozę Skiria tyrimus, praneša atsakymus Skiria gydymą / operuoja Pooperacinė priežiūra Reaguoja į paciento ar slaugytojo praneštus skundus Vykdo ilgalaikę stebėseną Atsako į iškilius klausimus
Moko tam tikrų slaugos veiksmų Tikisi talkinimo – dalyvavimu, slaugos priemonėmis	Paciento artimieji Palaiko artimąjį Tikisi pagalbos	Padedą artimiesiems išspręsti su pacientu susijusias problemas Atsako į klausimus apie sveikatos būklę
Nukreipia: tiesiogiai, nurodžius arba pritarus gydytojui Užregistruoja, paaiškina pacientui	Kitas personalas Sprendžia konkrečias problemas	Nukreipimas: tiesiogiai ar per slaugytoją

2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas

Pagrindiniai asmenų, sergančių onkologinėmis krūčių ligomis poreikiai, pasak slaugytojų – emociniai, informacijos, psichologinės paramos. Taip pat slaugytojai suteikia fizinę (instrumentinę) pagalbą atlikdami medicinines manipuliacijas, slaugos intervencijas. Paliatyvios slaugos srityje dirbančios slaugytojos nurodo ir dvasinius poreikius. Izraelyje, iš pacientų perspektyvos atlikto tyrimo metu nustatytos trys pagrindinės asmenų, sergančių onkologinėmis krūčių ligomis, poreikių grupės: instrumentiniai, kognityviniai (pažintiniai, informacijos) ir emociniai (Admi, Zohar, Rudner, 2011). Autoriai, išnagrinėję per 10 metų surinktus 125 pacientų padėkos laiškus, atliko content turinio analizę. Skirtingi duomenų šaltiniai, skirtingi metodai, skirtingos šalys bet labai panašūs rezultatai. Nors ir šiek tiek skirtingai žmonės priima tam tikrus dalykus, pavyzdžiui, dar ir krūties netekimą (Sun et al., 2017), susirgusių poreikiai panašūs. Brazilijoje grindžiamosios teorijos metodologija atlikto tyrimo, kuriame dalyvavo ir slaugytojai, ir pacientai, metu svarbiausiame plane atsidūrė slaugytojų teikiama emocinė parama ir komunikavimas. Akcentuojama pirmojo susitikimo su pacientu svarba, nes jo metu mezgasi slaugytojo ir paciento tarpusavio pasitikėjimas. Taip pat atkreiptas dėmesys, kad naudinga pasiklausti, kokią informaciją pacientas jau turi (Cirilo et al., 2016).

Slaugytojai – tie žmonės, kurie pamato ir rūpinasi savo pacientų emocijomis. Prisiminkime Elisabeth Kubler-Ross sielvarto stadijas. Jas išgyvena stiprias neigiamas emocijas patyrę žmonės – netekę artimo žmogaus, susirgę sunkia liga asmenys ir jų artimieji. Tai natūralus procesas, vedantis link susitaikymo su pakitusia situacija. Tyrime dalyvavę slaugytojai puikiai apibūdino ir neigiantį, ir piktą, ir depresuojantį, ir susitaikantį pacientą. Vadovaujantis slaugytojų pasakojimais sudarytame pacientų emocijų žemėlapyje sunku išvelgti derėjimosi fazę. Tai periodas, kai pacientas stengiasi „išsipirkti“ iš ligos, pasikeisti – tapti geresniu, labiau rūpintis savo sveikata. Ar tikrai galime tiksliai pasakyti, kokią sielvarto fazę išgyvena mūsų pacientas? Pagalvokime, kiek netekčių išgyvena susirgę žmonės. Pirmiausia – sužino, kad serga (sveikatos netektis), po to dėl chemoterapijos netenka plaukų (grožio netektis, stigma), po operacijos atsibunda be krūties (grožio, seksualumo, moteriškumo netektis). Dėl rankos tinimo sunkiau tampa susitvarkyti buityje, dirbti. Pablogėjus sveikatai prarandamas darbas. Ir jei vėl reikia chemoterapijos – vėl slenka plaukai, lūžinėja nagai, atsiranda polineuropatija... Kiek padėti gali šalia esantis žmogus? Slaugytojas dažnai tampa artimiausiu paciento esančiu žmogumi. Ar bendrosios praktikos slaugytojas gali sergantį asmenį palaikyti psichologiškai, suteikti emocinę paramą? Psichologinė pagalba ir emocinė parama – neregamentuota Lietuvos bendrosios praktikos slaugytojo medicinos normose. Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų kompetencijų centro organizuojamuose kursuose taip pat nėra temų onkopsichologijos tema. Yra paliatyvios pagalbos aktualijų kursai, kur turėtų būti kalbama ir apie dvasinę paramą ir gedėjimą, bei dveji kursai, kuriuose turėtų būti kalbama apie mirties sampratą

onkologijoje. Nėra mokymų, kaip padėti onkologinės ligos diagnozę išgirdusiam asmeniui, kokią emocinę pagalbą suteikti jam ir jo artimiesiems, kaip nuo didelio emocinio krūvio apsaugoti save.

Brazilijoje atlikto tyrimo metu pastebėtas didelis paliatyvioje chemoterapijoje dirbančių slaugytojų emocinis įsitraukimas. „Net ir turinčioms ilgametę patirtį slaugytojoms sunku įveikti paliatyvą. Daugelis kenčia matydamos jaunos pacientus. Įsijautimas į kiekvieno paciento padėtį gali sukelti liūdesio jausmą. Tai yra baisu! Labai liūdna atvykti į ligoninę tokioje pažengusioje stadijoje, kartais tokios jaunos, net jaunesnės už mane, turinčios mažus vaikus. Man atrodo liūdna, kai prieš akis žiūrime į mirties nuosprendį. Jaunas moterų amžius šiuo metu yra slaugytojų pastebimas bruožas, kuris sukelia pažeidžiamumo jausmą ir veikia emociškai. Šiais laikais krūties vėžiu sergančių moterų amžius yra jaunesnis. Šiandien mes matome jaunas moteris, kurios nėra vedusios, neturėjo vaikų ar turi mažų vaikų. Taigi, kai kalbama apie paliatyvumo problemą, kyla labai didelis šokas, nes žinome, kad tai yra negrįžtama“ (Cirilo et al., 2016)

Šiame tyrime slaugytojai akcentavo, kad dirbantiems onkologijos srityje slaugytojams labai svarbu asmeninės savybės. Lietuvos medicinos normose apie asmenines savybes, kurių reikalaujama iš bendrosios praktikos slaugytojų, nėra užsimenama. Kalbama apie profesinę kompetenciją, kurią „sudaro žinios, gebėjimai ir įgūdžiai“ įgyti studijų metu bei tobulinant kvalifikaciją (Lietuvos medicinos norma MN 28:2019). LR Švietimo įstatyme pateikta bendra kompetencijos samprata, įtraukiant ir vertybines nuostatas. (LR Švietimo įstatymas, 1991). M. Fukada nurodo, jog slaugos kompetencija paprastai laikoma kompleksine žinių integracija, įskaitant profesinį vertinimą, įgūdžius, vertybes ir požiūrį (Fukada, 2018). Faktorius, kurio reikia slaugytojoms be profesinių žinių ir įgūdžių, gali būti pavadintas „minkštosiomis kompetencijomis“. A. Šimkus, LR SAM vyriausiasis specialistas, savo pranešime nurodė, kad minkštosios kompetencijos – tai mūsų mąstymo ir elgesio būdas, apimantis asmenybės bruožus, nuostatas, polinkius, bendravimo stilių... Kadangi asmenybė susiformuoja vaikystėje ir paauglystėje, įtakojama auklėjimo ir aplinkos, o tam tikras elgesio būdas tampa asmenybės dalimi, jį pakeisti arba jo atsisakyti būna labai sunku (Šimkus, 2019).

Apklausos dalyvės nurodydamos, kokios turi būti onkologijoje dirbančios slaugytojų asmeninės nuostatos ir bruožai, tyrimo metu prisistatė kaip labai empatiškos ir be galo kuklios. Ar perdėtas kuklumas, savo indėlio neįvertinimas, nėra sąlyga ir kitiems nepakankamai mūsų vertinti? Atliekant tyrimą dar iškeltas klausimas dėl slaugytojo profesijos prestižo. Nepaisant gerų slaugytojų ir gydytojų santykių, slaugytojos nurodo vis dar esant *neadekvataus požiūro gydytojų (Sjofnė)*. *Nesiskaitymas su žmonėmis, su slaugytojom. Ne visi, bet yra tokių. Kaip kuris gydytojas kaip į kurią slaugytoją. Matau, kaip aplinkoj kuris su kuria elgiasi (Sjofnė)*. Kaip nepagarbaus bendravimo išraišką slaugytojai nurodo tai, kad gydytojų vis dar yra pavadinami „viduriniu juosiu personalu“. Slaugytojams gydytojų tariamas „vidurinis personalas“ reiškia norą parodyti, kad slaugytojas yra *ne kolega, o ant laiptelio žemiau (Fila)*. Ką reiškia „viduriniojo personalo“ pavadinimas? Iki pat

antrojo pasaulinio karo slaugytojos buvo vadinamos gailestingosiomis seserimis. Antro pasaulinio karo metu slaugytojas imta vadinti medicinos seserimis. Sovietmečiu buvo naudojamas ir terminas „vidurinysis personalas“, bet atsirado jis gerokai anksčiau, ir tą išduoda 1922 metų žurnale „Medicina“ į kursus kviečianti antraštė „medicinos padedamajam personalui“, skirtus akušerėms bei gailestingosioms seserims. Slaugytojos kartu su felčeriais, akušerėmis, dantų technikais ir farmacininkais buvo priskiriamos viduriniajam medicinos personalui (Riklikienė, 2018). Viduriniu ju medicinos personalu slaugytojos dar buvo vadintos Lietuvos Respublikos aukščiausiosios tarybos 1991 metais priimtame nutarime „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“ (LR aukščiausioji taryba. Nutarimas dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo, 1991). 1999 metais medicinos seserys ir kitas vidurinysis personalas SAM įsakymu pervardinti atitinkamų sričių specialistais (LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl viduriniojo medicinos personalo ir jam prilygintų specialistų, dirbančių diagnostikos, gydymo ar profilaktikos darbą, bei jaunesniojo medicinos personalo pervardijimo, 1999). Medicinos seserys tapo slaugos specialistėmis. Nors praėjo 20 metų, slaugytojos vis dar pavadinamos „viduriniu ju personalu“. Išgirdę šitą pavadinimą slaugytojai jaučiasi žeminami, *tokie kaip rusiški – nei vyras, nei moteris. Nežinau, kiek pas mus turi laiko praeiti, kad gydytojais suprastų, kad tu esi toks pat (Fila).*

Lietuvoje slaugytojo profesijos prestižas dar pakankamai žemas, kaip ir slaugytojams suteikiamas savarankiškumas – daug kur reikia formalaus gydytojo dalyvavimo, leidimo atlikti savarankiškai. Slaugytojai apriboti net informacijos teikime. Kaip utopija skamba pacientų Izraelio krūtų priežiūros slaugos specialistų apibūdinimas: „labai gerbiamos gydytojų, slaugytojų ir sekretorių. Viena moteris sakė: Ji yra karalienė ir, turint vadybos įgūdžių, jai pavyksta palenkti ir griežtus gydytojus. Poveikis gydymui yra teigiamas; jos profesionalus požiūris skatina darbuotojus „atsakyti į prašymus ir veikti laiku, su gera valia“. Pabrėžiamas instrumentinis veiklos aspektas koordinuojant veiksmus tarp institucinių funkcionierių, spartinant procesus, tarpininkaujant tarp pacientų ir medicinos sistemos bei teikiant praktinę ir nuolatinę pagalbą gydymo metu. Krūtų priežiūros specialistų vaidmuo prisideda prie gydymo tęstinumo, vėlavimų ir sunkumų mažinimą bei krūtų vėžiu sergančių moterų poreikių įteisinimo“ (Admi, Zohar, Rudner, 2011).

IŠVADOS

1. Slaugytojai nurodo asmenų, sergančių onkologinėmis krūties ligomis informacijos, emocinės paramos, socialinės bei dvasinės pagalbos poreikius.
2. Slaugytojai kalba apie „minkštasias kompetencijas“ kaip būtiną sąlygą sklandžiai dirbti onkologijos srityje. Slaugytojai atlieka medicininės manipuliacijas, palaiko emociškai, suteikia daug informacijos.
3. Slaugytojai mano, kad krūties vėžio slaugytojo specializacija būtų reikalinga. Krūties vėžio slaugytojas dirbtų ambulatoriniame skyriuje. Koordinuotų patekimą pas gydytojus specialistus. Mokytų pacientus ir slaugytojus. Užsiimtų pooperacine žaizdų priežiūra, ilgalaikę stebėseną.
4. Grindžiamoji teorija – tyrimo metodas, leidęs apimti specifinį tyrimo lauką ir išanalizuoti jį įvairiais aspektais. Tai veiksmų laisvė – nuo temų pasirinkimo, klausimų formulavimo, iki duomenų interpretavimo. Taikant grindžiamąją teoriją centrine kategorija tapo komunikavimas – kaip slaugytojo bendravimo su pacientais ir kitu personalu ašis.

REKOMENDACIJOS

Adresatas: Bendrosios praktikos slaugytojai, slaugantys asmenis, sergančius onkologinėmis krūčių ligomis. Slaugytojo profesija gerbiama visame pasaulyje. Vertinkime labiau pačios save.

Adresatas: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Onkologijos srityje dirbantys bendrosios praktikos slaugytojai atlieka psichologo vaidmenį – suteikia psichologinę bei emocinę paramą. Slaugytojai nėra baigę psichologijos studijų, kai kurie – jokių psichologijos kursų. Šioje srityje dirba labai empatiški žmonės, kurie pasikliauja savo intuicija, vadovaujasi profesine patirtimi ugdoma nuojauta. Informacijos psichologinėmis temomis slaugytojai ieško savo iniciatyva. Nėra mokymų, kaip padėti onkologinės ligos diagnozę išgirdusiam asmeniui, kokią emocinę pagalbą suteikti jam ir jo artimiesiems, kaip nuo neigiamo emocinio krūvio apsaugoti save. Slaugytojai turėtų gauti tinkamą mokymą iš kvalifikuotų dėstytojų. Slaugytojų gebėjimas teikti psichologinę paramą turėtų būti reglamentuotas Lietuvos medicinos normoj MN 28:2019 Bendrosios praktikos slaugytojas.

LITERATŪRA

1. Admi H., Zohar H., Rudner Y. 2011. „Lighthouse in the dark“: A qualitative study of the role of breast care nurse specialists in Israel. *Nursing and Health Sciences* (2011), 13, 507-513.
2. Ahern T., Gardner A., Courtney M. 2015. A survey of the breast care nurse role in the provision of information and supportive care to Australian women diagnosed with breast cancer. *Nursing Open*. doi:10.1002/nop2.18, p. 62-71
3. Attena F. 2019. Too much medicine? Scientific and ethical issues from a comparison between two conflicting paradigms. *BMC Public Health* (2019) 19:97 <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6442-9>
4. Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe der Tirol Kliniken GmbH, 2018, Weiterbildung Breast Care Nurse, žiūrėta 2018-05-18, https://www.azw.ac.at/page.cfm?vpath=pflegeausbildungen/weiterbildungen/breast_care_nurse
5. Bagdonaitė-Stelmokienė R., Žydzianaitė V. 2016. Grindžiamosios teorijos tyrimo priemonių sudarymas: procesas, parametrai ir rezultatai. *Pedagogika*, Vol. 124, Nr. 4, p. 80-91. doi: <http://dx.doi.org/10.25823/p.2016.53>
6. Bitinas B. 2013. Rinktiniai edukologiniai raštai. II tomas. Vilnius: Edukologija.
7. Blaževičienė A. 2019. Slaugytojų kompetencijų plėtra: ar esame tam pasirengę? Pranešimas mokslinėje praktinėje konferencijoje „Insultas slaugytojų praktikoje“. 2019-10-18-19, Bačkonys. http://www.insultoasociacija.lt/images/konferencijos/BackonysSlaugytojos2019/Slaugytoju_kompetenciju_pletra.pdf
8. Brant J. M., Blaseg K., Aders K., Oliver D., Gray E., Dudley W. N. 2016. Navigating the Transition From Cancer Care to Primary Care: Assistance of a Survivorship Care Plan. VOL. 43, NO. 6, NOVEMBER 2016. *ONCOLOGY NURSING FORUM*. doi: 10.1188/16.ONF.710-719
9. Brasiūnienė B. 2018. Šiuolaikinis požiūris į išplitusio krūties vėžio gydymą. NVI, Vilnius
10. Brown J., Refeld G., Cooper A. 2018. Timing and Mode of Breast Care Nurse Consultation From the Patient's Perspective. *ONS*. doi:10.1188/18.ONF.389-398.
11. Brinkman A., Kvale S. 2015. *InterViews. Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. London: SAGE Publications.
12. Cataliotti L. et al, on behalf of EUSOMA. 2007. Guidelines on the standards for the training of specialised health professionals dealing with breast cancer. *European journal of cancer* 43 (2007) p. 660–675. doi:10.1016/j.ejca.2006.12.008
13. Charmaz K. 2000. Grounded theory: Objectivist and constructivist methods. In N. Dezin & Y. Lincoln (Eds.). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage, p. 509-535.

14. Cirilo D.J., Silva M.M., Fuly P.S.C., Moreira M.C. 2016. Nursing care management for women with breast cancer in palliative chemotherapy. *Texto Contexto Enferm*, 2016; 25(3); e:4130015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004130015>
15. Cranley L. A., Doran D. M., Tourangeau A. E., Kushniruk A., Nagle L. 2012. Recognizing and responding to uncertainty: a grounded theory of nurses' uncertainty. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2012 Aug;9(3):149-58. doi: 10.1111/j.1741-6787.2011.00237.x.
16. Craven R. F., Hirnle C. J. 2006. *Fundamentals of nursing. Human Health and function*. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins.
17. Čižauskaitė A., Petrauskas D., Šimčikas D., Česas A. 2017. Krūtų rekonstrukcinių operacijų silikoniniais implantais komplikacijos. Klaipėdos universitetinės ligoninės retrospektyvinė duomenų analizė. *Sveikatos mokslai*. 2017, 27 tomas, Nr. 5, p. 22-27 DOI: <https://doi.org/10.5200/sm-hs.2017.071>
18. Eicher M., Bachmann I., Baumann, K., Biedermann M., Bonnin, B. Brenneisen, I. Grädel, T., Panes-Ruedin, B. Python, F. Stoll, S. Weibel, M. et al. (Association des IRCS Suisse) 2013. *Concept Infirmiere Referente pour le Cancer du Sein (IRCS). Niveau I*.
19. ESMO. 2018. 4th ESO–ESMO International Consensus Guidelines for Advanced Breast Cancer (ABC 4). *Annals of Oncology* 29: 1634–1657, 2018 doi:10.1093/annonc/mdy192
20. EUSOMA. 2000. The requirements of a specialist breast unit. *European Journal of Cancer* 36 (2000) 2288±2293. PII: S0959-8049(00)00180-5
21. Fabijanskienė A., Jaruševičienė L., Valius L. 2012. Priešoperacinio nerimo mažinimas: sisteminė literatūros apžvalga. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*, 2012 m. lapkritis (T. 16, Nr. 9), p. 618-623.
22. Fukada M. 2018. Nursing Competency: Definition, Structure and Development. *Yonago Acta Med*. 2018 Mar; 61(1): 1–7. PMCID: PMC5871720. PMID: 29599616
23. Gudavičienė D., Steponavičienė L., Lachej N. 2015. Krūties vėžys Lietuvoje. *ACTA MEDICA LITUANICA*. 2015. Vol. 22. No. 3. P. 150–160.
24. Holton J. A. 2009. Grounded Theory as a General Research Methodology. *The Grounded Theory Review*, 7(2), 67–89
25. Higienos institutas. Prieiga internetu: <http://www.hi.lt/atviri-duomenys.html>
26. Kadmon I. 2017. The Various Roles of Oncology Nurse Specialists: An International Perspective, *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. Volume 4. Issue 2. April-June 2017, p. 89-90.
27. Kadmon I., Noy S., Billig A., Tzur T. 2016. Decision-Making Styles and Levels of Involvement Concerning Breast Reconstructive Surgery: An Israeli Study. *ONCOLOGY NURSING FORUM* VOL. 43, NO. 1, JANUARY 2016. doi: 10.1188/16 .ONF. E1-E7

28. Kubler – Ross E. 2014, (first edition 1969). On Death and Dying: What the Dying Have to Teach Doctors, Nurses, Clergy and Their Own Families. Scribner.
29. Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos šakos kolektyvinė sutartis. 2018 m. rugpjūčio 31 d., Nr.2/S-133, Vilnius
30. LR aukščiausioji taryba. Nutarimas dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo. 1991 m. spalio 30 d. Nr. I-1939 Vilnius, [žiūrėta 2019-12-02] <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.3044?jfwid=-15uh8wytd>
31. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl krūties piktybinio naviko ambulatorinio gydymo kompensuojamaisiais vaistais tvarkos aprašo patvirtinimo“. 2011 m. liepos 22 d. Nr. V-713 Vilnius. (Suvestinė redakcija nuo 2015-02-06)
32. LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2019 „Bendrosios praktikos slaugytojas“, 2019 m. liepos 12 d. Nr. V-828, Vilnius, [žiūrėta 2019-07-16] <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.401304/asr>
33. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl slaugos praktikos licencijavimo taisyklių patvirtinimo, 2009 m. gruodžio 30 d. Nr. V-1088, Vilnius (suvestinė redakcija nuo 2019-04-26)
34. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl medicinos normų rengimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“, 2016 m. gruodžio 1 d. Nr. V-1349, Vilnius
35. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl nacionalinės slaugos politikos 2016-2025 metų gairių patvirtinimo“, 2016 m. vasario 10 d. Nr. V-222, Vilnius
36. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl specializuotos slaugos sričių sąrašo patvirtinimo“, 2009 m. gruodžio 17d., Nr. V-1037, Vilnius
37. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimo ir jo finansavimo tvarkos“. 2002 m. kovo 18 d. Nr. 132, Vilnius (suvestinė redakcija 2018-12-01)
38. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl viduriniojo medicinos personalo ir jam prilygintų specialistų, dirbančių diagnostikos, gydymo ar profilaktikos darbą, bei jaunesniojo medicinos personalo pervardijimo.1999 m. gegužės 25 d. Nr. 254. Vilnius (Negalioja nuo 2017-02-22)
39. LR švietimo įstatymas. 1991 m. birželio 25 d. Nr. I-1489, Vilnius
40. Luck L., Ng Chok H., Scott N. and Wilkes L. 2016. The role of the breast care nurse in patient and family care, Journal of Clinical Nursing, 26, 3422–3429, doi: 10.1111/jocn.13704
41. Miller-Hoover S. 2017. A Nurse’s Guide to Breast Cancer. RN.com
42. Miller W. R. 2011. Qualitative Research Findings as Evidence: Utility in Nursing Practice. Clin Nurse Spec., 20(4):191-193. doi: 10.1097/NUR.0b013e3181e36087.

43. Mockienė V., Drungilienė D., Martinkėnas A. 2014. Mokslo tiriamųjų darbų rengimo metodologija slaugos bakalauro ir magistro programų studentams. Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla.
44. Monash Health. 2014. Metastatic Breast Cancer Nurse Practitioner Model of Care.
45. Nathaniel A. 2015. Discovering the theory of moral reckoning. Editor Chesnay M. Nursing research using Grounded Theory. Qualitative designs and methods in nursing. Springer Publishing Company, New York. 97-102
46. Olshansky E. F. 2015. Overview of Grounded Theory. Editor Chesnay M. Nursing research using Grounded Theory. Qualitative designs and methods in nursing. Springer Publishing Company, New York. 17-19
47. Ozkan B., Mantes S., Ozturk A., Soyuer S. 2014. Effects of Follow-up by Phone Interview and Anger Management Training Provided to Patients with Breast Cancer Undergoing Radiotherapy on Levels of Self-Esteem, Anger and Depression. International Journal of Hematology and Oncology. UHOD Number: 4 Volume: 24 Year: 2014. Doi:10.4999/uhod.14474, p. 260-269
48. Paquin M., Fasolino T., Steck M. B. 2019. Breast Cancer Risk Prediction Models: Challenges in Clinical Application. Clinical Journal of Oncology Nursing. CJON 2019, 23(3), 256-259 DOI: 10.1188/19.CJON.256-259.
49. Pasaulio sveikatos organizacija. 2015. Strateginės slaugytojų ir akušerių vaidmens stiprinimo Europos regione kryptys, siekiant „Sveikata 2020“ tikslų, p. 15-16.
50. Pennery E., Wheeler D. 2012. Ensuring nursing provision for people with metastatic breast cancer. A toolkit for healthcare professionals. Breast Cancer Care.
51. Pukinskienė D. 2011. Slaugos filosofija ir teorija. Klaipėdos valstybinė kolegija.
52. Ramalho R., Adams P., Huggard P, Hoare K. 2015. Literature Review and Constructivist Grounded Theory Methodology. Forum: Qualitative Social Research, 16(3), Article No. 19
53. Riklikienė O., 2018. Lietuvos slaugos istorija 1918-2018. Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų kompetencijų centras. Vilnius
54. Roe H., Lennan E. 2014. Role of nurses in the assessment and management of chemotherapy-related side effects in cancer patients. Nursing: Research and Reviews 2014;4 103–115.
55. Royal College of Nursing. 2007. Clinical standards for working in a breast specialty. Londonas
56. Satterfield M.J., Spring B., Brownson R.C., Mullen E.J., Newhouse R.P., Walker B.B., Whitlock E.P. 2009. Toward a Transdisciplinary Model of Evidence-Based Practice. Milbank Q. 2009 Jun; 87(2): 368-390
57. Strauss A. L., Corbin J. M. 1987. Qualitative analysis for social scientists. New York: Cambridge University Press.

58. Sun L., Ang E., Ang W. H. D., Lopez V. 2017. Losing the breast: A meta-synthesis of the impact in women breast cancer survivors *Psycho-Oncology* Volume 27, Issue 2. <https://doi.org/10.1002/pon.4460>
59. Šimkus A., 2019. Slaugos praktikos reglamentavimo pokyčiai ir tendencijos. Pranešimas konferencijoje Lietuvos chirurgų asociacijos suvažiavimas 2019-10-11, Klaipėda
60. Voigt B., Grimm A., Loßack M., Klose P., Schneider A. & Richter-Ehrenstein C. 2011. The breast care nurse: the care specialist in breast centres. *International Nursing Review* 58, 450–453.
61. Wilson A.R.M. et al. 2013. The requirements of a specialist Breast Centre. *European Journal of Cancer* (2013) 49, 3579–3587. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2013.0>
62. World Health Organization. Prieiga internetu:
<https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/breast-cancer/en/>
63. Žydzūnaitė V., Sabaliauskas S. 2017. Kokybiniai tyrimai. Principai ir metodai. Vilnius: Vaga.

Nestruktūrizuoto interviu planas

1. Prisistatoma. Glaustai pristatoma tyrimo esmė.
2. Supažindinama su tyrimo etikos normomis. Perspėjama, kad pokalbis bus įrašomas.
3. Paklausiama, ar dalyvis sutinka dalyvauti tyrime.
4. Duodama pasirašyti sutikimą (arba padėkojama už sugaištą laiką).
5. Įjungiamas diktofonas.
6. Prašoma trumpai prisistatyti.
7. Klausama: „Kas yra krūties vėžio slaugytojas?“ („Kaip Jums atrodo?“, „Ką apie tai manote?“, „Kas tai galėtų būti?“, „Su kuo tai susiję?“)
8. Interviu plėtojamas pagal tai, į kokias temas labiau nori gilintis tyrimo dalyvis. Slaugytojo bus prašoma papasakoti, su kokiomis problemomis susiduria jo pacientai, ar atliepia savo pacientų lūkesčius, kokių turi idėjų, ar nori tobulėti, kokias kompetencijas norėtų plėtoti... Nevengiama kitų, čia neįvardytų, su sergančiųjų onkologinėmis krūčių ligomis slauga susijusių temų, iškeltų tyrimo dalyvio.
9. Baigiantis interviu padėkojama už išsakytą nuomonę. Jei tyrimo dalyvis pageidauja, suteikiama daugiau informacijos nagrinėjama tema. Galima diskusija.
10. Nurodoma galimybė vėliau iškilusias mintis diskutuoti tema atsiųsti tyrėjui elektroninio laiško forma. Laiškams galioja ta pati tyrimo dalyvio ir tyrėjo pasirašyta informuoto asmens sutikimo forma. Taikomi tie patys etikos normų principai.
11. Dar kartą padėkojama už dalyvavimą tyrime.
12. Diktofonas išjungiamas.

PATVIRTINTA
Slaugos katedros posėdis
2008-01-31
Protokolo Nr. 46 Sv – S - 3

INFORMUOTO ASMENS SUTIKIMO FORMA

Man buvo pateikta tiek raštiška tiek žodinė informacija apie tyrimą, į mano klausimus buvo tinkamai atsakyta. Aš sutinku dalyvauti tyrime ir suprantu, kad mano dalyvavimas yra savanoriškas ir aš galiu bet kuriuo metu ir be jokio papildomo paaiškinimo nutraukti dalyvavimą tyrime.

Pasirašydamas(-a) šią formą aš neatsisakau savo įstatyminių teisių. Aš gausiu pasirašytą ir datuotą šio sutikimo egzempliorių.

Aš taip pat sutinku dėl duomenų apdorojimo ir dėl bet kokio duomenų perdavimo šalims, esančioms ES ir už jos ribų. Bet tai gali būti daroma tik tuo atveju, jei yra išlaikomas gautos informacijos konfidencialumas.

Respondento parašas

Respondento VARDAS, PAVARDĖ (spausdintinėmis raidėmis)

Pasirašymo data

Informaciją suteikiančio asmens (tyrėjo) pareiškimas:

Aš, žemiau pasirašęs(-iusi), patvirtinu, kad respondentui, kuris pasirašo šią sutikimo formą, pateikiau visą informaciją apie tyrimą ir jis suvokia dalyvavimo šiame tyrime pobūdį. Patvirtintu, kad respondentas gavo šios pasirašytos ir datuotos sutikimo formos egzempliorių.

Tyrėjo parašas

Tyrėjo VARDAS, PAVARDĖ (spausdintinėmis raidėmis)

Pasirašymo data

Jei Jūs turite klausimų apie savo tyrimo subjekto teises, galite kreiptis į tyrėją:

Tyrėjo VARDAS, PAVARDĖ, telefono numeris, elektroninio pašto adresas

ir/ar

Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos katedros Etikos komisiją tel. nr. 846398557, el. paštas - sk.svmf@ku.lt