



LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS

MEDICINOS AKADEMIJA

SLAUGOS FAKULTETAS

SLAUGOS IR RŪPYBOS KATEDRA

SVAJŪNĖ GOŠTAUTAITĖ

**SKIRTINGŲ KARTŲ ANESTEZIJOS IR INTENSYVIOSIOS
TERAPIJOS SLAUGYTOJŲ PASIRENGIMO TEIKTI Į PACIENTĄ
ORIENTUOTĄ SLAUGĄ IR TARPKULTŪRINĖS
KOMPETENCIJOS SĄSAJOS**

**Magistro studijų programos „Išplėstinė slaugos praktika“ (valst. kodas 6211GX008) baigiamasis
darbas**

Darbo vadovė

Prof. Dr. Aurelija Blaževičienė _____

KAUNAS, 2020

TURINYS

SANTRAUKA	4
ABSTRACT	5
PADĖKA	6
SANTRUMPOS	7
ŽODYNĖLIS.....	8
ĮVADAS	9
1. LITERATŪROS APŽVALGA	11
1.1. Į pacientą orientuotos priežiūros koncepcija.....	11
1.2. Į pacientą orientuotos priežiūros principai intensyviosios terapijos skyriuje	16
1.3. Slaugytojų tarpkultūrinė kompetencija	19
1.4. Į pacientą orientuotos kultūriškai kompetentingos priežiūros svarba.....	23
2. TYRIMO ORGANIZAVIMAS IR METODIKA	25
2.1. Tyrimo organizavimas	25
2.2. Tyrimo instrumentas	25
2.3. Tiriamųjų atranka ir imtis	27
2.4. Tyrimo etika.....	28
2.5. Respondentų socialinės demografinės charakteristikos.....	29
2.6. Statistinės analizės metodai	31
3. REZULTATAI	33
3.1. Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų, pasirengimo teikti į pacientą orientuotą slaugą analizė.....	33
3.1.1. <i>Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų į pacientą orientuoto bendravimo kokybės analizė</i>	33
3.1.2. <i>Individualizuotos priežiūros užtikrinimas anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų požiūriu</i>	36

3.2. Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų tarpkultūrinės kompetencijos vertinimas.	46
3.3. Pasirengimo teikti į pacientą orientuotą slaugą ir tarpkultūrinės kompetencijos sąsajos	61
4. REZULTATŲ APTARIMAS.....	67
IŠVADOS.....	70
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS	71
MOKSLO PRANEŠIMŲ, PUBLIKACIJŲ SĄRAŠAS	72
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	73

SANTRAUKA

Svajūnė Goštautaitė. Skirtingų kartų anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų pasirengimo teikti į pacientą orientuotą slaugą ir tarpkultūrinės kompetencijos sąsajos. Magistro baigiamasis darbas. Darbo vadovė – Prof. Dr. Aurelija Blaževičienė. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija, Slaugos fakultetas, Slaugos ir rūpybos katedra. Kaunas, 2020; 80p.

Darbo tikslas: įvertinti skirtingų kartų anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų pasirengimo teikti į pacientą orientuotą slaugą ir tarpkultūrinės kompetencijos sąsajas.

Darbo uždaviniai:

1. Išanalizuoti skirtingų kartų anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų pasirengimą teikti į pacientą orientuotą slaugą.
2. Įvertinti skirtingų kartų slaugytojų tarpkultūrinę kompetenciją.
3. Išanalizuoti sąsajas tarp pasirengimo teikti į pacientą orientuotą slaugą ir tarpkultūrinės kompetencijos.

Tyrimo metodika: Kiekybinis tyrimas atliktas 2019 m. balandžio - birželio mėnesiais. Pasirinkta anoniminė anketinė apklausa raštu. Tyrimo anketa sukurta panaudojus standartizuotus klausimynus: Slaugytojų bendravimo su pacientais kokybės klausimynas bei Individualizuotos priežiūros skalė. Kultūrinei kompetencijai įvertinti naudota Slaugytojų kultūrinės kompetencijos skalė. Viso paruošta ir išdalinta 204 anketos. Grąžinta užpildytų 184 anketų (atsako dažnis – 90,20 proc.).

Tiriamieji: Tyrime dalyvavo anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojai, dirbantys LSMUL KK suaugusiųjų ir vaikų intensyviosios terapijos skyriuose.

Išvados: 1. Remiantis tyrimo duomenimis galime teigti, kad anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojai, pasižymintys geresne bendravimo kokybe, geriau suprato bei užtikrino individualizuotą priežiūrą. Statistiškai reikšmingai geriau X kartos respondentai, lyginant su Y ir Kūdikių bumo kartos respondентаis, supranta bei užtikrina individualizuotą priežiūrą intensyviosios terapijos skyriuose. 2. Tyrimo duomenys atskleidė, kad Y ir X kartos anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojai pasižymi gera kultūrine kompetencija. Y kartos respondentai priklauso kultūriškai įgūdusių lygiui, o X ir Kūdikių bumo kartos respondentai priklauso kultūriškai kompetentingų lygiui. 3. Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojai pasižymintys geresne bendravimo kokybe, geriau suprantantys ir užtikrinantys individualizuotą priežiūrą turėjo geresnes kultūrinės žinias bei įgūdžius ir pasižymėjo didesniu kultūriniu sąmoningumu bei jautrumu. Slaugytojai, geriau pasirengę teikti į pacientą orientuotą priežiūrą, statistiškai reikšmingai dažniau pasižymėjo geresne kultūrine kompetencija.

ABSTRACT

Svajūnė Goštautaitė. Links between different intergenerational preparation of anesthesia and intensive care nurses' to provide patient centered care and transcultural competence. Master's thesis. Supervisor – prof. Aurelija Blaževičienė. Lithuanian University of Health Sciences, Medical Academy, Faculty of Nursing, Department of Nursing and Care. Kaunas, 2020; 80 p.

Aim of the study: To assess links between different intergenerational preparation of anesthesia and intensive care nurses' to provide patient centered care and transcultural competence.

Objectives: **1.** To analyze preparation to provide patient-centered care of anesthesia and intensive care nurses' belonging to different generations. **2.** To assess transcultural competence of nurses' belonging to different generations. **3.** To analyze the links between readiness to provide patient-centered care and transcultural competence.

Methodology: The quantitative study was conducted in April - June, 2019. This was complemented by an anonymous written questionnaire.

The research questionnaire was developed using standardized questionnaires: Nurse Quality of Communication with Patient Questionnaire and Individualized Care Scale – Nurse. Nurse Cultural Competence Scale was used to assess transcultural competence. In total, 204 questionnaires were prepared and distributed. 184 questionnaires were fully filled (response rate – 90,20%).

Participants: anesthesia and intensive care nurses working in the adult and pediatric intensive care units of The Hospital of Lithuanian University of Health Sciences Kauno klinikos.

Conclusions: **1.** Based on the data of the study, we can state that anesthesia and intensive care nurses' with better communication quality better understood and provided individualized care. X generation respondents statistically significantly better understand and provide individualized care in intensive care unit compared to Y and Baby Boom generation respondents. **2.** The data of the study revealed that respondents from generation Y and X are culturally competent. Generation Y respondents belong to the level of culturally skilled, while respondents of the X and Baby Boom generations belong to the level of culturally competent. **3.** Anesthesia and intensive care nurses with better quality of communication, better understanding and provision of individualized care had better cultural knowledge and skills, and were more culturally aware and sensitive. Nurses better prepared to provide patient-centered care were statistically significantly more likely to have improved cultural competence.

PADĖKA

Noriu nuoširdžiai padėkoti savo darbo vadovei prof. A. Blaževičienei už jos kompetentingą pagalbą, rengiant šį baigiamąjį darbą. Dėkoju už patarimus, rekomendacijas bei motyvaciją atliekant tyrimą bei rašant mokslinį darbą ir siekiant geriausių rezultatų.

Taip pat dėkoju LSMUL Kauno klinikų vyresniosioms slaugytojoms – slaugos administratorėms, bei slaugytojoms, sutikusioms dalyvauti tyrimo apklausoje. Ačiū už bendradarbiavimą ir savo atsakymus, kurie padėjo parengti šį darbą.

Norėčiau nuoširdžiai padėkoti savo šeimai, už jų supratimą, kantrybę ir palaikymą šiuo svarbu metu.

SANTRUMPOS

IPOS - Į pacientą orientuota slauga

IP – individualizuota priežiūra

KK – kultūrinė kompetencija

F – Fišerio testas

LSMUL KK – Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos

m. – metai

N – respondentų skaičius

p – statistinis reikšmingumas

pav. – paveikslas

proc. – procentai

r – koreliacijos koeficientas

SN – standartinis nuokrypis

v – vidurkis

U - Manio-Vitnio-Vilkoksono kriterijaus reikšmė

žr. – žiūrėti

η^2 - Eta kvadrato koreliacijos koeficientas

ŽODYNĖLIS

Į pacientą orientuota/individualizuota slauga – tai priežiūra, kuri gerbia ir atsižvelgia į individualius paciento pageidavimus bei poreikius bei užtikrina, kad visi klinikiniai sprendimai pirmiausia būtų grįsti paciento vertybėmis. Pacientai prižiūrimi su orumu, pagarba ir jautrumu jo kultūrinėms vertybėms bei savarankiškumui.

Kompetencija - tam tikros srities žinių, gebėjimų ir nuostatų visuma, įrodytas gebėjimas atlikti užduotis, veiksmus pagal sutartus reikalavimus.

Kultūra - daugybės žinių, tikėjimų ir elgesio derinys, kuris apima keletą elementų, įskaitant asmens tapatybę, kalbą, mintis, bendravimą, veiksmus, papročius, įsitikinimus, vertybes ir institucijas, kurios dažnai būdingos etninėms, rasinėms, religinėms, geografinėms ar socialinėms grupėms.

Tarpkultūrinė slauga – slaugytojų supratimas ir atitinkamų kultūrinės priežiūros veiksmų, sveikatos priežiūros informacijos ir žinių pritaikymas, siekiant veiksmingai patenkinti kultūriškai skirtingo asmens ar asmenų grupės sveikatos priežiūros poreikius.

Tarpkultūrinė kompetencija – žinios (bendrosios ir specifinės), supratimas ir įgūdžiai, reikalingi teikiant priimtina, tinkamą, saugią, atsižvelgtą į pacientus ir jų šeimas, kultūrinę slaugos priežiūrą.

IVADAS

Pastaruoju metu daug dėmesio skiriama sveikatos priežiūros paslaugų tobulinimui bei kokybės gerinimui, kadangi didėja pacientų medicininiai ir socialiniai poreikiai. Pacientų dalyvavimas sveikatos priežiūros veikloje yra labai svarbus, siekiant optimizuoti gydymo rezultatus ir užtikrinti pacientų pasitenkinimą priežiūra, gerinti pacientų patirtis ligoninėje (1). Pacientų aktyvus įsitraukimas į savo priežiūrą yra į pacientą orientuotos priežiūros pagrindas ir svarbi tarpkultūrinės priežiūros dalis (2). Siekiant suteikti kultūriškai kompetentingą į pacientą orientuotą priežiūrą, pirmiausia reikia pradėti nuo anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų. Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojai, siekdami suteikti kokybišką priežiūrą sunkių būklių pacientams, darbo aplinkoje susiduria su daugybe iššūkių: sudėtingi sprendimai, įtemptos situacijos, nestabili pacientų būklė ir etinės dilemos yra šio darbo dalis. Be to slaugos specialistams tenka susidurti su asmenimis, kurių įsitikinimai, kalba, tradicijos bei gyvenimo stilius labai skiriasi nuo jų pačių. Stengiantis išpildyti pacientų poreikius, slaugytojams keliama vis didesni reikalavimai. Kadangi kultūra bei pacientų vertybės ir požiūris daro didelę įtaką sveikatos priežiūros įpročiams bei elgesiui ir gydymo pasirinkimui, anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojai turi ugdyti į pacientą orientuotos priežiūros žinias ir gerinti įgūdžius, kelti kultūrinę kompetenciją, taip užtikrindami vienodas, kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas visiems pacientams (3). Šių įgūdžių ugdymas bei jų supratimas priklauso nuo slaugytojų asmeninių savybių, kurios dažnai gali būti panašios tarp skirtingų amžiaus kartų atstovų. Kiekviena amžiaus karta pasižymi unikaliomis savybėmis, vertybėmis bei požiūriu, kuris susiformavo išgyvenant atitinkamą laikotarpį (4). Skirtingų kartų atpažinimas padeda geriau suprasti ir apibrėžti slaugytojų vertybes, darbo etiką bei požiūrį į savo profesiją bei profesinius siekius (5).

Temos aktualumas. Didėjantis dėmesys sveikatos priežiūros paslaugų netolygumų mažinimui įrodo, kad pacientai vis dar mano gaunantys nevienodas sveikatos priežiūros paslaugas. Sveikatos priežiūra turi būti pritaikyta visiems, siekiant pagerinti paslaugų kokybę bei prieinamumą, didinti pacientų pasitenkinimą gaunama priežiūra (6). Nors į pacientą orientuota priežiūra bei tarpkultūrinė kompetencija sulaukia didelio tyrėjų susidomėjimo, tačiau atlikta mažai tyrimų, kurie nagrinėtų slaugytojų supratimą, patirtis bei pasirengimą slaugant kultūriškai skirtingus pacientus ir užtikrinant į pacientą orientuotą priežiūrą būtent intensyviosios terapijos skyriuje. Tyrimuose, kurie nagrinėja kliūtis, trukdančias užtikrinti tokią priežiūrą, dažniausiai įvardinamas aiškos terminologijos trūkumas. Trūksta bendro tiek personalo, tiek ligoninės įvardinimo, kas yra ir kaip užtikrinti į pacientą orientuotą kultūriškai kompetentingą priežiūrą, todėl slaugytojai prasciau vertina savo pasirengimą, žinias ir įgūdžius (7). Nerasta Lietuvoje atliktų tyrimų, kuriuose analizuojamos anestezijos ir intensyviosios

terapijos slaugytojų patirtys bei į pacientą orientuotos priežiūros ir tarpkultūrinės kompetencijos sąsajų vertinimas, todėl šis darbas padės susipažinti su šio profilio slaugytojų patirtimi. Šio darbo rezultatai atkreipia dėmesį į teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės aspektus, tad organizuojant pacientų priežiūrą intensyviosios terapijos skyriuje, derėtų atsižvelgti ir taikyti į pacientą orientuotos priežiūros principus.

Temos sąsajos su studijų programa. Slaugytojai yra sveikatos paslaugų teikėjai, su kuriais pacientai praleidžia daugiausiai laiko, todėl labai svarbu, kad jie turėtų pakankamai žinių bei įgūdžių užtikrinti sėkmingą priežiūrą intensyviosios terapijos skyriuje. Išplėstinės slaugos praktikos anestezijos ir intensyviosios slaugytojai savo praktiką grindžia naujausiais mokslo įrodymais, mokomi kliniškai prižiūrėti visą pacientą, tad dirbdami komandoje su kitais specialistais šie klinikiniai lyderiai turi rodyti puikų pavyzdį, kaip užtikrinti paciento poreikius atitinkančią priežiūrą, remiantis biopsichosocialiniu požiūriu ir savo pavyzdžiu skatinti kolegas, kad kiekvienas komandos narys būtų įgaliotas išnaudoti visas turimas klinikinės žinias ir kompetenciją.

Darbo tikslas: įvertinti skirtingų kartų anestezijos ir intensyvios terapijos slaugytojų pasirengimo teikti į pacientą orientuotą slaugą ir tarpkultūrinės kompetencijos sąsajas.

Darbo uždaviniai:

1. Išanalizuoti skirtingų kartų anestezijos ir intensyvios terapijos slaugytojų pasirengimą teikti į pacientą orientuotą slaugą.
2. Įvertinti skirtingų kartų slaugytojų tarpkultūrinę kompetenciją.
3. Išanalizuoti sąsajas tarp pasirengimo teikti į pacientą orientuotą slaugą ir tarpkultūrinės kompetencijos.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

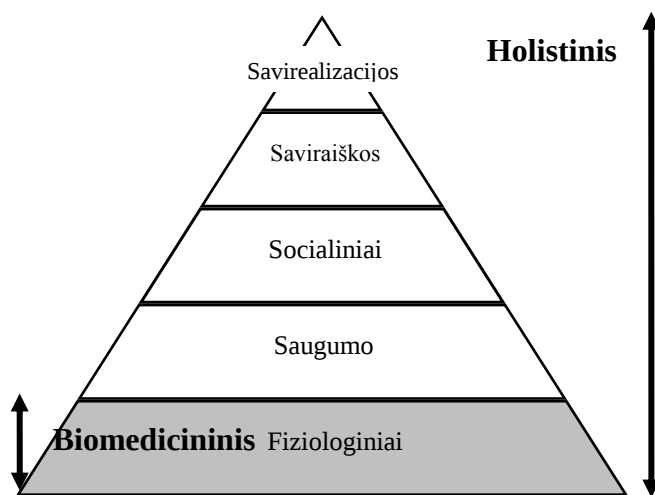
1.1. Į pacientą orientuotos priežiūros koncepcija

Į pacientą orientuotos priežiūros ištakos siekia 1970 metus, nors tai nėra naujas požiūris, tačiau iki šiol kelia iššūkius sveikatos priežiūros praktikoje (8,9). Tuo metu pastebėta, kad biomedicinis modelis, kuriuo tuo metu buvo paremta sveikatos priežiūra, buvo sutelktas ties fiziologinių poreikių tenkinimu, mažiau skiriant dėmesio psichologiniams, socialiniams aspektams (9). Liga buvo traktuojama kaip mechaninis prietaiso gedimas, o ne kaip viso organizmo ir jo aplinkos pusiausvyros sutrikimas, todėl net ir atstačius paciento fizinę būklę ir pagydžius ligą, pacientai likdavo nepatenkinti sveikatos priežiūros rezultatais (8). Buvo įprasta, jog sveikatos priežiūros sistema nesutiko su aktyviu pacientų dalyvavimu priežiūroje ir sveikatos priežiūros specialistai prieštaraudavo pacientų įtraukimui į gydymo ir priežiūros procesą. Gydytojai skyrė gydymą, esant ribotam pacientų ir jų šeimos narių bendradarbiavimui (10,11). Slaugytojai teikdavo priežiūrą pacientams, neatsižvelgiant į jų sutikimą ar norus, manant, jog pacientas yra ribotos autonomijos ir nesugeba priimti tinkamų sprendimų dėl savo būklės, o slaugytojas geriau išmano, kaip padėti žmogui. Tuo metu sveikatos priežiūros specialistų ir pacientų santykiai sveikatos priežiūros procese buvo paremti biomedicininio - paternalistinio santykių modeliu - „Aš žinau, kas tau geriausia“ (12).

Šiuolaikinis slaugos mokslas remiasi holistiniu požiūriu į pacientą, kuris yra į pacientą orientuotos priežiūros pagrindas. Holizmas (gr. holos – „visas“) – viena iš idealistinės filosofijos teorijų, kuria remiantis pripažįstamas glaudus ryšys tarp fizinių, psichologinių bei dvasinių paciento poreikių ir išryškinama individualizmo svarba (13). Pacientui susirgus, pasikeičia jo psichologiniai, socialiniai ir kultūriniai poreikiai, o tai sutrikdo jo galimybes atlikti kasdienes veiklas. Holistinė priežiūra, tenkindama šiuos pacientų poreikius, atkuria pusiausvyrą ir suteikia pacientams galimybę kovoti su savo ligomis, taip pagerindama jų gyvenimo kokybę (14). Holistinė sveikatos priežiūra nėra skirtingas gydymo ar priežiūros metodas, tai kitokio požiūrio į sveikatą bei pacientą filosofija. Dėmesio centre yra pats pacientas, kuris suprantamas kaip unikalus subjektas, o ne jo liga ar sveikatos sutrikimai (15). Holistinė priežiūra apima platų sveikatos priežiūros metodų spektrą, įskaitant medikamentų dozavimą, pacientų mokymą, bendravimą, savipagalbos ugdymą ir alternatyvų gydymą (16). Holistinėje priežiūroje atsižvelgiama į pacientų poreikius ir jų poveikį gydymo procesui, taip pat į paciento mintis, emocijas, kultūrą, nuomonę ir požiūrį, kurie prisideda prie sėkmingo ir greitesnio sveikimo bei atsistatymo (17). Šis priežiūros idealas, kai rūpinamasi visu žmogumi, ne tik fiziniu kūnu, yra slaugos teorinis pagrindas, kurio nuo pat pradžių mokė Florence Nightingale – pirmoji slaugytoja.

Pacientų priežiūra negali ir neturėtų būti vienmatė, tai žinoma jau nuo senų laikų, taigi užtikrindami į pacientą orientą priežiūrą, grįžtame prie tikrųjų slaugos ištakų (16).

Maslow poreikių piramidė puikiai atskleidžia holistinio bei biomedicinio modelio skirtumus (1 paveikslas). Maslow požiūriu individas yra integruota ir organiška visuma (18). Žmogaus poreikiai yra hierarchiniai - neišsipildę žemesnieji poreikiai dominuoja žmogaus mąstyme, veiksmuose ir būtyje, kol jie yra patenkinami. Žmonės linkę siekti aukštesnių savęs realizavimo poreikių, yra labiau patenkinti savo gyvenimo kokybe, kai patenkinami visi pagrindiniai jų poreikiai (19). Tai atspindi holistinį požiūrį - asmuo traktuojamas kaip visuma su atskiromis tarpusavyje susijusiomis dalimis, kadangi protas ir dvasia veikia kūną (20). Tuo tarpu biomedicinis modelis žmogų traktuoja kaip neatskiriamų dalių mechanizmą, t.y. dvasia atskirta nuo kūno, apima tik fiziologinių poreikių tenkinimą (21). Vien biomedicininės perspektyvos nepakanka, kad būtų galima suprasti paciento problemas ir ligos patirtį (22). Taigi holistinė sveikatos priežiūra didina pacientų sąmoningumą ir pasitikėjimą savimi bei skatina slaugytojus geriau suprasti ligos poveikį visam žmogaus gyvenimui ir tikruosius pacientų poreikius. Šis požiūris užtikrina pacientų fiziologinę, psichosocialinę bei dvasinę harmoniją nuolat kintančioje aplinkoje (14).



1 pav. Holistinio ir biomedicininio modelio skirtumai pagal Maslow modelį. Šaltinis: Maslow, 1954 (23)

Naujausios modernios sveikatos priežiūros tendencijos rodo, jog ateityje visos sveikatos priežiūros sistemos ir procesai bus sutelkti paciento poreikiams tenkinti, nes tai yra labai svarbus veiksnys, didinantis motyvą teikti kokybiškesnes sveikatos priežiūros ir gydymo paslaugas bei pacientų pasitenkinimą gaunama priežiūra, optimizuojantis gydymo bei priežiūros rezultatus (11). Siekiant užtikrinti į pacientą orientuotą slaugą, pirmiausia svarbu įvardinti ir suprasti, ką reiškia pats

terminas „į pacientą orientuota slauga“. Pirmiausia į pacientą orientuota slauga (IPOS) buvo suprantama kaip priežiūros koncepcija ir standartas, apibūdinantis sveikatos priežiūros sistemos organizavimą aplink pacientą, siekiant pagerinti priežiūros kokybę (24). Šios teorijos šalininkai teigia, kad tokia priežiūra gerbia ir atsižvelgia į individualius paciento pageidavimus, poreikius bei vertybes ir užtikrina, kad klinikiniai sveikatos priežiūros specialistų sprendimai būtų paremti pacientų vertybėmis (25). Į pacientą orientuota slauga įvardinama kaip priežiūra, kuria užmezgamas bendradarbiavimas tarp specialistų, pacientų ir jų šeimų, kad priimant sprendimus būtų atsižvelgiama į paciento norus, poreikius ir pageidavimus ir kad pacientai būtų pakankamai edukuoti ir turėtų palaikymą, kurio jiems reikia, norint priimti sprendimus ir dalyvauti savo priežiūroje (26). Epštein ir Street (27) apibrėžė IPOS kaip priežiūrą, paremtą bendradarbiavimu ir leidžiančią pacientui jaustis suprantamam, gerbiamam, įtrauktam ir pripažintam. Taigi šie apibūdinimai pabrėžia būtinybę pacientams suteikti vietą savo priežiūroje ir pabrėžia partnerystės bei bendradarbiavimo su pacientais ir jų artimaisiais svarbą teikiant sveikatos priežiūros paslaugas (26). Tarptautinė pacientų organizacija pagarbą pacientų poreikiams ir pageidavimams identifikuoja kaip esminį elementą, apibūdinantį į pacientą orientuotą slaugą (28). Medicinos institutas nustatė aštuonis principus, kurie įvardina svarbiausius į pacientą orientuotos priežiūros vertybes: pagarba paciento poreikiams, vertybėms ir išreikštiems norams, priežiūra yra koordinuota ir integruota, paciento informavimas, bendravimas ir švietimas, užtikrinamas fizinis paciento komfortas, užtikrinama emocinė parama, artimųjų bei draugų įtraukimas į priežiūrą, priežiūros tęstinumas, koordinavimas, jos prieinamumas (29). Labai svarbu suprasti, kad į pacientą orientuota slauga apima daug aspektų ir visos vertybės yra susiję tarpusavyje, tačiau kiekviena yra labai svarbi ir reikalinga (30).

Pirmasis principas, kurį išskyrė Medicinos institutas, konkretizuojant į pacientą orientuotos slaugos koncepciją – pagarba paciento poreikiams, vertybėms ir išreikštiems norams. Tai reiškia, kad pacientams turėtų būti suteikta reikalinga informacija, kad jie galėtų apgalvoti sprendimus, susijusius su savo priežiūra (28). Tai apima kiekvieno paciento individualių poreikių, pageidavimų, vertybių, jausmų, įsitikinimų, rūpesčių, idėjų ir lūkesčių išsiaiškinimą, taip pat paciento ligos patirties, pakitusių funkcijų išsiaiškinimą (pvz., paciento supratimas, kaip liga paveikia kasdienį gyvenimą; ligos poveikis pacientui ir jo šeimai) (31). Turi būti atsižvelgiama į paciento vertybes bei norus, planuojant individualų tinkamiausią priežiūros planą (28).

Antrasis principas – suteikiama priežiūra yra koordinuota ir integruota. Tokia sveikatos priežiūra užmezga partnerystę tarp specialistų, pacientų ir jų artimųjų, užtikrinant, kad priimant sprendimus būtų atsižvelgiama į paciento poreikius ir pageidavimus (28). Pacientai turi būti pakankamai informuoti ir turėti reikiamą palaikymą, norint priimti teisingus sprendimus ir dalyvauti jų

pačių priežiūroje. Su pacientu dirba pastovi multidisciplininė komanda, turinti atvejo vadybininką - koordinatorių, kuris koordinuoja visus paciento priežiūros aspektus (32). Tai reiškia sistemingą veiklą, skirtą patenkinti pacientų geros sveikatos poreikius. Koordinuota priežiūra užtikrina priežiūros individualumą, geresnius rezultatus valdant ūmines ir lėtines ligas, įgalina pacientus laikytis savidisciplinos, mažina medicininių klaidų riziką, nes su pacientu dirba pastovi komanda (33).

Trečiasis principas - paciento informavimas, bendravimas ir švietimas. Pacientai išreiškia susirūpinimą, kad dažnai nėra išsamiai informuoti apie savo būklę ar prognozę ir jiems sudėtinga priimti sprendimus, kai neturi pakankamai žinių ar informacija nesuprantama. Norėdami pašalinti šią baimę, sveikatos priežiūros specialistai turėtų skirti dėmesį į tris bendravimo rūšis: informacija apie klinikinę būklę, eigą ir prognozę, informacija apie priežiūros procesą ir informacija, kaip ugdyti savarankiškumą, savipagalbą ir stiprinti sveikatą. Informacija turi būti pateikta aiškiai, suprantamai, be medicininių terminų (34). Pacientas turi suprasti, ką sako sveikatos priežiūros specialistas, ir jei pacientas kalba kita kalba, reikėtų pasitelkti profesionalų vertėją (35).

Ketvirtas principas – fizinio komforto užtikrinimas. Tai apima skausmo malšinimą, pagalbą atliekant kasdienes veiklas ir užtikrinant kasdienes gyvenimo poreikius (pvz., mėgstamą ir maistingą maistą, galimybę mankštintis buvimo ligoninėje metu). Taip pat įeina saugios aplinkos, priežiūros užtikrinimas (pvz., švari medicinos įstaiga, palatos, suteikiamos pagalbines priemonės) (30).

Penktasis principas – emocinės paramos užtikrinimas. Svarbu ne tik fizinė, bet ir emocinė parama. Su liga susijusi baimė ir nerimas gali būti tokie pat sekinantys kaip ir fizinis sutrikimas (36). Sveikatos priežiūros specialistai turi domėtis apie pacientų patiriamas emocines problemas ir reaguoti į jas, išsiaiškinus priežastis. Pacientai dažnai patiria nerimą dėl pakitusios fizinės būklės, gydymo ir jo prognozių. Gali būti jaučiamas nerimas dėl ligos įtakos įprastiniam gyvenimui ir artimiesiems, dėl finansinių sunkumų, susijusių su liga. Esant sudėtingoms situacijoms, specialistas turėtų rekomenduoti psichologą ar suteikti informacijos bei įgūdžių, kaip pagerinti paciento savijautą ir valdyti emocijas (30).

Šeštasis principas - šeimos bei draugų įtraukimas į priežiūrą. Į pacientą orientuota slauga skatina ne tik įtraukti pacientus, tačiau taip pat ir jų artimuosius. Taip specialistai galėtų susidaryti bendrą paciento gyvenimo vaizdą, įskaitant susijusius žmones, kurie geriausiai žino, kaip suteikti paramą ir palaikyti pacientą. Suteikiant jiems informacijos ir įtraukiant į sprendimų priėmimą, artimieji padėtų prižiūrėti pacientą, taip palengvindami slaugytojų darbą (30). Artimieji vaidina ypač svarbų vaidmenį, kai pacientas nėra fiziškai ar kognityviškai pajėgus dalyvauti savo priežiūroje, šeimos nariai tampa atstovais, priimančiais sprendimus už juos, nes geriausiai pažįsta ir žino paciento norus (37).

Septintas principas - priežiūros tęstinumas ir koordinavimas. Priežiūros tęstinumas gali būti suprantamas kaip mastas, kuriuo pacientas suvokia sveikatos priežiūrą kaip nuoseklią ir susietą su jo poreikiais. Priežiūros tęstinumas apima tris sąvokas: informacijos tęstinumą, paciento ir specialisto santykių tęstinumą, taip pat gydymo ir priežiūros tęstinumą, o tai ypač svarbu sergant lėtinėmis ligomis (38). Perėjimas nuo vieno priežiūros etapo prie kito turėtų būti kuo sklandesnis. Pacientai turi būti gerai informuoti, ko tikėtis. Norėdami sumažinti pacientų susirūpinimą dėl priežiūros po gydymo, sveikatos priežiūros specialistai privalo mokyti pacientus apie vaistus, jų vartojimą, informuoti apie fizinius apribojimus, mitybos poreikius (27). Gydymo režimai, ypač vaistų vartojimo režimai, turėtų būti aiškiai išdėstyti ir suprantami. Kiekvienas į priežiūrą įtrauktas asmuo turėtų gebėti suprasti, į kokius simptomus ir šalutinius reiškinius reikia atkreipti dėmesį ir nedelsiant ieškoti pagalbos (39).

Aštuntas principas – priežiūros prieinamumas. Į pacientą orientuota slauga užtikrinama suteikiant tinkamą ir pageidaujamą prieigą prie priežiūros, t.y. patogioje vietoje pacientui (pvz., decentralizuotos paslaugos, transportavimo prieinamumas), tinkamu laiku (40). Tai taip pat apima prieigą prie specialistų ar specialių paslaugų, kai pateikiamos aiškios instrukcijos, kada, kaip gauti siuntimus. Turėtų būti paprasta užsiregistruoti vizitui pas specialistą, taip pat lankstus vizitų grafikas (30).

Šie į pacientą orientuotos slaugos bruožai yra mažiau materializuoti, labiau humanizuoti ir suteikia didelę naudą pacientams bei jų patirtims, naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis (41). Tokios priežiūros užtikrinimas suprantamas kaip paciento teisė ir specialisto pareiga, o ne sveikatos priežiūros specialisto paslauga pacientui (42). Į pacientą orientuota priežiūra vienas iš šešių kokybiškos priežiūros rodiklių, kuriuos išskyrė Medicinos institutas. Tokia sveikatos priežiūra užtikrina: saugumą (pacientams skirta sveikatos priežiūra turi padėti, o ne pakenkti), efektyvumą (įrodymais grįsta praktika), paciento individualumą (pagarba paciento norams ir vertybėms priežiūroje), savalaikiškumą (tinkamu laiku tinkama priežiūra), efektyvumą (efektyvus įrangos, išteklių, laiko ir personalo naudojimas), nešališkumą (rasėms, etninėms grupėms ir t.t.) (43). Į pacientą orientuota slauga naudinga pacientams, nes gerėja tarpusavio bendravimo įgūdžiai, pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugomis, priežiūros rezultatai bei gydymo efektyvumas, o kartu ir gyvenimo kokybė, taip pat geresnė sveikatos priežiūros specialistų reputacija pacientų požiūriu. Įžvelgiama nauda ne tik pacientams, bet ir personalui: gerėja specialistų produktyvumas, komandinis darbas tampa efektyvesniu, geresnis išteklių paskirstymas. Taigi į pacientą orientuota slauga yra efektyvus metodas geresnei esamai ir būsimai sveikatos priežiūrai (44).

1.2. Į pacientą orientuotos priežiūros principai intensyviosios terapijos skyriuje

Skirtingos literatūros apžvalgos rodo, kad į pacientą orientuota arba kitaip – individualizuota priežiūra, turi skirtingą charakteristiką skirtingose darbo aplinkose ir skyriuose (45). Tad nenuostabu, jog intensyviosios terapijos skyriuose dirbančios slaugytojos neturi aiškaus supratimo apie šį terminą (46). Kai kurios slaugytojos įsitikinusios, kad dėl vienas su vienu kontakto (viena slaugytoja prižiūri vieną pacientą) intensyviosios terapijos skyriuje, jos jau suteikia į pacientą orientuotą priežiūrą, nors ir negalėjo apibrėžti, kas konkrečiai tai yra (47). Kitos slaugytojos laikosi į ligą sutelkto modelio, teigdamos, jog į pacientą orientuota priežiūra yra paremta fizine paciento gerove (48).

Į pacientą orientuota priežiūra intensyviosios terapijos skyriuje skiriasi nuo terapinės slaugos dėl daugybės priežasčių. Visų pirma, pacientai yra labiau biofiziškai pažeisti, o jų priežiūros iššūkiai reikalauja aukštesnio lygio biomedicininės slaugos patirties ir intervencijų. Intensyviosios terapijos skyriuose pagrindinis prioritetas yra paciento išgyvenimas, tad didelis dėmesys skiriamas intensyviui būklės stebėjimui, specialių intervencijų atlikimui ir technologijų naudojimui (49). Be to pacientai dažniau negali suprasti informacijos ar priimti sprendimų dėl savo medicininės būklės sunkumo ar gaunamais medikamentais sukeltos sedacijos. Šeimos nariai bei artimieji tampa pavaduojančiais sprendimų priėmėjais. Tad ne tik paciento, bet ir jo šeimos įtraukimas yra esminis elementas, užtikrinant į pacientą orientuotą slaugą intensyviosios terapijos skyriuje (50).

Cronenwett ir kt. į pacientą orientuotą priežiūrą intensyviosios terapijos skyriuje apibrėžė taip: „Pripažinkite pacientą ar jo atstovaujamą asmenį visaverčiu partneriu teikiant palaikymą, užuojautą ir koordinuotą priežiūrą, pagrįstą paciento įsitikinimais, vertybėmis ir poreikiais. Į pacientą orientuota priežiūra laiko pacientus ir jų artimuosius lygiaverčiais partneriais planuojant, plėtojant ir stebint priežiūrą, siekiant įsitikinti, kad ji atitinka jų poreikius“ (51). Į artimuosius orientuota priežiūra yra į pacientą orientuotos slaugos sąvokos intensyviosios terapijos skyriuje pratęsimas, pripažįstantis esminį indėlį, kurį pacientų artimieji dažnai deda veikdami kaip paciento atstovai (52). Į pacientą ir jo šeimą orientuota priežiūra intensyviosios terapijos skyriuje gali būti užtikrinama keliais būdais: artimųjų buvimas šalia paciento ir jo lankymas, atsižvelgimas į poreikius bei palaikymas, bendravimas ir bendradarbiavimas, bendras sprendimų priėmimas (50).

Buvimas šalia paciento ir jo lankymas yra vienas iš šeimos įtraukimo į priežiūrą komponentų. Nors dažniausiai tai reiškia gana pasyvų šeimos, kaip intensyviosios terapijos skyriaus lankytojų, lankančių paciento lovą ar invazinių procedūrų liudininkų, vaidmenį, tačiau šeimos nariams turėtų būti sudaryta galimybė likti šalia artimojo gaivinimo metu, dalyvauti gydytojų vizitacijose. Taip pat svarbu paminėti lanksčių lankymo valandų sudarymą bei lankymo vizito neribojimą. Neribotas paciento

lankymas yra vienas esminių į pacientą orientuotos priežiūros elementų. Riley ir kt. atliktas tyrimas rodo, jog taikant neriboto lankymo modelį, 40% sumažėjo trukdžiai intensyviosios terapijos skyriuje, atsirandantys dėl pašalinių šaltinių (pvz., telefono skambučių), o praktinius pacientų poreikius (maitinimas, higiena, patalynės priežiūra) tenkino artimieji, o ne klinikinis personalas, taip palengvinamas ir jų darbas (53).

Atsižvelgimas į poreikius ir palaikymas. Svarbu atsižvelgti ne tik į paciento, bet ir jo artimojo nuomonę bei norus. Kritiškai sergančių pacientų šeimos nariai literatūroje dažnai vaizduojami kaip slaugos gavėjai, turintys aiškių psichologinių, socialinių ir fizinių poreikių (54). Dažnai jiems reikia palaikymo, dėmesio, paguodos dėl esamos artimojo būklės. Svarbu atsižvelgti, kaip jaučiasi ne tik pacientas, bet ir jo artimasis. Ar jis turi su kuo pasikalbėti apie iškilusias problemas ir geba pats tvarkytis su iškylančiais psichologiniais ar socialiniais sunkumais. Todėl paciento ir jo šeimos poreikių nustatymas ir tenkinimas yra veiksmingos šeimos ir sveikatos priežiūros specialistų partnerystės sąlyga, dirbant į pacientą orientuoto modelio principu (55).

Bendravimas ir bendradarbiavimas reiškia ne tik suteikti informaciją apie būklės sunkumą ir gydymo bei priežiūros tikslus, bet ir aptarti paciento asmeninio gyvenimo nuostatas ir vertybes. Aiškus, savalaikis ir suprantamas bendravimas su pacientu bei jo artimaisiais bei periodiškas medicininės informacijos suteikimas, gali padėti geriau įveikti stresinę aplinką ir kritiškai nestabilią situaciją (55). Suhonen ir kt. (56) į pacientą orientuotą, individualizuotą priežiūrą apibrėžė kaip slaugos paslaugų teikimo tipą, kai slaugytojai atsižvelgia į paciento asmenines savybes, jų klinikinę būklę, asmeninę gyvenimo situaciją ir jų pageidavimus, skatinant paciento dalyvavimą priimančiais sprendimais. Individualizuotos priežiūros turinys apima slaugos veiksmų įvairovę, paciento ir slaugytojo susitikimo metu. Pirmiausia slaugytojai įvertina ir renka informaciją apie paciento pageidavimus, poreikius ir suvokimą. Antra, slaugytojai planuojant priežiūrą pritaiko (arba individualizuoja) surinktą informaciją apie paciento ypatybes ir situaciją, reakcijas ir nerimą, dėl savo sveikatos būklės, fizinės ir socialinės bei aplinkos ypatybes, susijusias su priežiūros kontekstu. Galiausiai pacientai dalyvauja savo priežiūros intervencijose, atsižvelgiant į individualius paciento lūkesčius, susijusius su galia, kurią jie turi dalyvaujant savo priežiūros procese ir į tai, kaip slaugytojai įtraukia pacientus ir skatina dalyvauti teikiant priežiūros veiksmus (57). Į tokį bendradarbiavimo procesą įtraukus pacientų artimuosius ir taip pat juos įgalinus, būtų puikus į pacientą ir jo šeimą orientuotos priežiūros modelis, tinkantis darbui intensyviosios terapijos skyriuje.

Bendras sprendimų priėmimas intensyviosios terapijos skyriuje gali būti našta artimiesiems. Ypač dėl stresą keliančios intensyviosios terapijos skyriaus aplinkos bei dėl nerimą keliančios artimojo būklės (58). Kad pacientai ir jų artimieji galėtų būti įgalinti ir priimti bendrus sprendimus, pirmiausia

specialistai turi suprasti, ką dauguma norėtų žinoti, priimdami pagrįstus sprendimus: žinoma, mirties tikimybę, taip pat būsimą gyvenimo kokybę, funkcinę nepriklausomybę, galimybę bendrauti su kitais, galimus liekamuosius simptomus (59). Todėl sveikatos priežiūros specialistai turi padėti artimiesiems, skiriant laiko diskutuoti apie bendrą paciento informaciją, galimas emocines ir pažintines problemas. Tik taip galima užtikrinti, kad priežiūra atitiktų paciento vertybes ir įsitikinimus. Nes nesutampant sveikatos priežiūros paslaugų specialistų ir paciento ar šeimos narių vertybėms ir priežiūros tikslams intensyviosios terapijos aplinkoje, gali kilti įtampa, nepasitenkinimas paslaugomis (60).

Į pacientą orientuota slauga pagerina sveikatos priežiūros kokybę ir pacientų patirtis sveikatos priežiūros įstaigose, tačiau slaugytojai vistiek susiduria su įvairiomis kliūtimis įgyvendinant tokią priežiūrą intensyviosios terapijos skyriuje. Pirmiausia - supratimo ir informacijos trūkumas, kaip užtikrinti į pacientą orientuotą priežiūrą. Literatūroje daug skirtingų šios priežiūros terminų, nėra visuotino bendro apibūdinimo, o slaugytojams trūksta laiko domėtis straipsniais, kuriuose analizuojami individualizuotos paciento priežiūros aspektai. Taip pat nėra aiškios į pacientą orientuotos priežiūros politikos sveikatos priežiūros įstaigose. Ligoninės įvardina siekiamybę užtikrinti į pacientą orientuotas paslaugas, tačiau nėra detalizuota, kaip tai padaryti, trūksta tinkamų gairių. Arba yra įvardinti ĮPOS tikslai, kurie yra sunkiai įgyvendinama (61).

Antra sunkumų grupė - individualūs veiksniai, kurie tiesiogiai susiję su pačiais slaugytojais. Slaugytojai yra į pacientą orientuotos slaugos pagrindas, todėl jų požiūris daro didelę įtaką sėkmingam į pacientą orientuotos priežiūros įgyvendinimui. Slaugytojų požiūris, įsitikinimai, žinios ir supratimas, kaip suteikti tokią priežiūrą ir kokia viso to esmė, lemia jų teikiamos priežiūros rūšį ir kokybę. Tad mažas susidomėjimas, skeptiškas požiūris į pacientą ir jo šeimą orientuotą priežiūrą ir tokios priežiūros naudą, kolegų motyvacijos trūkumas trukdo užtikrinti efektyvią priežiūrą. Prie individualių kliūčių taip pat įvardinamas pasitenkinimas darbu, laiko trūkumas, norint paaiškinti visą informaciją pacientų šeimoms (62).

Organizaciniai iššūkiai. Šiuo klausimu slaugytojai pabrėžia vadovų pozicijos svarbą sveikatos priežiūros sistemoje ir paminėjo šias kliūtis, siekiant užtikrinti į pacientą orientuotą slaugą – slaugytojų trūkumas bei per didelis darbo krūvis/slaugytojų-pacientų santykis, todėl jie nevisada gali skirti pakankamai dėmesio pacientams ir jų šeimos nariams, kad išsiaiškintų norus, vertybes bei prioritetus. Mažas slaugytojų atlyginimas ir paskatinimo iš administracijos trūkumas prisideda prie apsunkinto į pacientą orientuotos slaugos įgyvendinimo. Taip pat trūksta pavyzdžių darbo vietose, kaip turėtų atrodyti į pacientą orientuota priežiūra. Turėdami į pacientą orientuotos slaugos pavyzdžių, slaugytojai geriau suvoktų, ar jų teikiama priežiūra prilygsta kelemiems reikalavimams (63).

Taigi į pacientą bei jo šeimą orientuotos slaugos užtikrinimas atspindi geresnės kokybės sveikatos priežiūros paslaugas. Ir tai yra patvirtinta daugelyje mokslinių tyrimų, kurie nustatė, kad į pacientą ir jo šeimą orientuota slauga turi naudos ne tik pacientams, tačiau ir sveikatos priežiūros specialistams bei organizacijoms. Būtent veiksmų, trukdančių užtikrinti tokią priežiūrą bei naudos supratimas gali pagerinti ir paskatinti šios priežiūros teikimą (64).

1.3. Slaugytojų tarpkultūrinė kompetencija

Pacientai, kurie skiriasi nuo populiacijos daugumos, kaip pavyzdžiui, migrantai, etninės mažumos, skirtingų kultūrų asmenys, sveikatos priežiūros įstaigose dažnai gauna prastesnę priežiūrą nei vietiniai pacientai. Mažumų sveikatos priežiūros problemos, dažnai įvardinamos kaip „sveikatos priežiūros skirtumai“, „netolygumai“ ar „sveikatos priežiūros neteisingumas“ yra dažnai aprašomos Jungtinių Amerikos Valstijų sveikatos priežiūros praktikoje, tačiau vis dažniau įvardijamos ir kitose šalyse (65). Lietuva taip pat ne išimtis. Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programoje sudarytas veiksmų planas sveikatos netolygumų mažinimui patvirtina, jog ši problema neaplenkia ir Lietuvos (9).

Sveikatos priežiūros netolygumų aktualumas bei dėmesys šiai problemai įrodo, kad sveikatos priežiūros paslaugos turi būti pritaikytos visiems, siekiant pagerinti jų kokybę bei prieinamumą skirtingų kultūrų atstovams (66). Stengiantis suteikti kultūriškai tinkamą priežiūrą, pirmiausia reikia pradėti nuo slaugytojų – specialistų, daugiausiai laiko bendradarbiaujančių su pacientais sveikatos priežiūros įstaigose, kultūrinės kompetencijos ugdymo (67). Kultūriškai kompetetingos slaugytojos yra būtinybė šių laikų sveikatos priežiūroje ir kuo toliau, tuo labiau jos bus reikalingos bei atliks svarbų vaidmenį, siekiant sumažinti sveikatos priežiūros netolygumus ir gerinant sveikatos priežiūros rezultatus ateityje (68).

Siekiant visapusiškai suprasti tarpkultūrinės slaugos koncepciją, pirmiausia reikia suprasti kultūros sąvokos prasmę. Nacionalinis Sveikatos Institutas kultūrą apibūdina kaip: „daugybės žinių, tikėjimų ir elgesio derinį. Tai apima keletą elementų, įskaitant asmens tapatybę, kalbą, mintis, bendravimą, veiksmus, papročius, įsitikinimus, vertybes ir institucijas, kurios dažnai būdingos etninėms, rasinėms, religinėms, geografinėms ar socialinėms grupėms“ (69). Anot Murcia ir Lopez kultūrą formuoja vertybės, įsitikinimai, normos bei įpročiai, kurie yra būdingi tos pačios kultūrinės grupės nariams. Kultūra yra metakomunikacijos sistema, paremta neapibrėžtais bruožais, tokiais kaip vertybės, įsitikinimai, požiūris, papročiai, kalba ir elgesys, kuriais dalinasi atitinkama žmonių grupė ir šie bruožai yra perduodami iš kartos į kartą (70). Nepaisant skirtingų apibrėžimų, kultūra reiškia

dinamišką, nuolat besikeičiantį, aktyvų ar pasyvų procesą, kuris daro įtaką žmonių mąstymui, veiksams bei gyvenimui ir tampa atspindžiu to, kuo esame. Todėl suprantama, jog gilios kultūrinės ir kalbinės įvairovės sveikatos priežiūros srityje gali sukelti sveikatos priežiūros nelygybę, skirtumus bei fizinį, psichologinį, dvasinį ir socialinį nesaugumą (71).

Kultūrinė kompetencija yra apibrėžta, suprantama ir pritaikoma įvairiais būdais (72). Tarpkultūrinė kompetencija apibrėžiama kaip gebėjimas suprasti žmonių įsitikinimus, vertybes, elgesį bei papročius ir veiksmingai dirbti kliento kultūriniame kontekste (69). Kultūrinė kompetencija leidžia sveikatos priežiūros įstaigoms ir specialistams suprasti pacientų, kuriais rūpinasi, stipriąsias ir silpnąsias vietas bei unikalius poreikius, tad tai yra esminis medicinos specialistų įgūdis (73). Kultūrinė kompetencija - sąvoka, vartojama apibūdinti įvairias intervencijas, kuriomis siekiama pagerinti rasinių/etninių mažumų žmonių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir veiksmingumą (74). Truong ir kt. tyrimo rezultatai rodo, jog kultūrinė kompetencija gali būti apibrėžiama įvairiais būdais, tačiau dažniausiai ji suprantama, kaip požiūrių, žinių bei reikalingų įgūdžių turėjimas siekiant suteikti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas kultūriškai įvairioms populiacijoms, kitaip tariant, gebėjimas suteikti kultūriškai tinkamą priežiūrą (73).

Nuo pat 1960 metų, kai buvo sukurta kultūrinės kompetencijos teorija, atsirado daugybė kultūrinės kompetencijos teorinių modelių, tačiau jie keičiasi ir jų vis daugėja (74). Elementai, darantys įtaką slaugytojų tarpkultūrinei kompetencijai yra darbo su įvairiomis kultūromis patirtis, etnocentristinis požiūris, organizacijos kultūrinių kompetencijų parama ir tarpkultūrinis aiškumas (69). Almuitari ir kt. (76) tyrime gauti rezultatai parodo, jog slaugytojos kultūrinę kompetenciją supranta kaip kultūrinio sąmoningumo, žinių, įgūdžių, susidūrimų ir troškimų derinį. Henderson ir kt. (77) savo analizėje atskleidė, jog kultūrinis atvirumas, sąmoningumas, troškimas, žinios ir jautrumas bei susidūrimai sudaro kultūrinės kompetencijos pagrindą. Esminiai kultūrinės kompetencijos bruožai yra garbinga ir pritaikyta pagal paciento vertybes, poreikius, praktiką bei lūkesčius slaugos priežiūra, užtikrinant teisingą ir etišką slaugos priežiūrą ir jos supratimą (78). Šis praktinis modelis daro prielaidą, kad slaugytojai turi suprasti, jog kultūriškai kompetentingi tampama, o ne esama, vadovaujantis keturiais sudedamaisiais komponentais savo praktikoje (79).

Kultūrinis sąmoningumas - pirmasis etapas kultūrinės kompetencijos link. Kultūrinis sąmoningumas yra supratimo laipsnis apie mūsų kultūrinę kilmę ir kultūrinį identitetą. Tai padeda suprasti mūsų ir kitų kultūros paveldo svarbą ir leidžia mums įvertinti etnocentrinį pavojų (80). Tai reiškia gebėjimą apibūdinti kultūrinę įtaką žmonių gyvenimams, vertybėms, lūkesčiams bei pagarbų, jautrų, supratingą požiūrį į kitos kultūros žmonių vertybes, lūkesčius, gyvenimo būdą (76).

Yra kelios kultūrinio sąmoningumo stadijos: nesąmoningas nekompetentingumas, sąmoningas nekompetentingumas, sąmoningas kompetentingumas, nesąmoningas kompetentingumas (79). Nesąmoningas nekompetentingumas reiškia nesupratimą, kad žmogui trūksta kultūrinių žinių bei nežinojimą apie kultūrinių skirtumų egzistavimą. Sąmoningas nekompetentingumas reiškia supratimą, jog žmogui trūksta kultūrinių žinių, apie kultūrinių skirtumų egzistavimą, tačiau nesuvokia, kokie tie skirtumai yra bei kaip tinkamai bendrauti su kitos kultūros pacientais (78). Sąmoningas kompetentingumas – sąmoningas domėjimasis bei mokymasis apie kitas kultūras bei kultūrinius skirtumus, kultūriškai tinkamų procedūrų atlikimas ir efektyvių kultūrinių santykių su pacientais sukūrimas. Nesąmoningas kompetentingumas apibūdina gebėjimą automatiškai suteikti kultūriškai tinkamas sveikatos priežiūros paslaugas pacientams, patirties su kitomis kultūrinėmis grupėmis turėjimas bei intuityvus suvokimas, kaip bendrauti ir palaikyti gerus santykius su kitos kultūros žmonėmis (81).

Kultūrinės žinios atspindi procesą, kai žmogus suvokia kultūrinius skirtumus ir panašumus, supranta dominuojančios kultūros įtaką kitoms kultūroms ir problemas, su kuriomis susiduria asmenys, šeimos, grupės iš skirtingų kultūrų (76). Tai rodo, kad sveikatos priežiūros specialistas ieško, mokosi ir įsisavina teisingą informaciją apie skirtingų kultūrų asmenų pasaulėžiūrą bei biologinius pokyčius, supratimą apie ligas ir sveikatos būkles bei kitus veiksnius, kurie skiriasi nuo pačio specialisto supratimo, tačiau yra svarbūs kultūrinei kompetencijai (79). Čia labai svarbios yra akademinės žinios, įgautos įvairių disciplinų metu, nes akademinės žinios padeda pagrindą, kaip profesionalas žiūrės į pašaliečius ir kokią nuomonę turės apie kitas kultūras ir jų atstovus (80).

Kultūrinis jautrumas – trečiasis etapas kultūrinės kompetencijos link, jis reiškia asmeninius pacientų - profesionalų santykius. Jei sveikatos priežiūros specialistas negerbia ir nelaiko paciento, kaip lygiaverčio, sveikatos priežiūros problemos efektyvūs gydomieji santykiai nebus sukurti (80). Tai lemia esminę tinkamų tarpasmeninių santykių plėtrą su pacientais. Svarbus kultūrinio jautrumo elementas yra tai, kaip specialistai žiūri žmones ir į jų slaugą. Jei pacientai nelaikomi tikrais partneriais, kultūriniu požiūriu jautri priežiūra nebus pasiekta (82).

Kultūriniai įgūdžiai reiškia gebėjimą surinkti aktualią kultūrinę informaciją apie paciento ligos istoriją ir esančius nusiskundimus bei tikslus paciento fizinis ištyrimas. Kultūriniai įgūdžiai reiškia mokymąsi, kaip kultūriškai tinkamai įvertinti ir kultūriškai atitinkamai atlikti fizinį ištyrimą ir teisingai interpretuoti gautus duomenis (79). Šis informacijos gryninimo procesas padeda išsiaiškinti nerimą keliančius elementus, susijusius su kalbama kalba, pirmenybė naudotis vertėjo paslaugomis, valgomas ar vengiamas maistas, kai sergama, valgomi ir nevalgomi maisto produktai dėl kultūrinių/religinių priežasčių bei paciento pirmumas gydyme (83).

Kultūrinės slaugytojų kompetencijos ištakos prasideda individualiame lygyje. Slaugytojos privalo suprasti savo pačių kultūrą ir suvokti tai, kaip dalį slaugytojo praktikos. Tokios vertybės kaip rūpestingumas, empatija, patikimumas, orumo ir autonomijos išsaugojimas bei pagarba pacientų pasirinkimams daro įtaką slaugytojų bei pacientų bendravimui (84). Kultūrinė kompetencija slaugoje reiškia gebėjimą atsižvelgti į žmonių kultūrinius įsitikinimus, elgesį bei poreikius taip suteikiant tinkamą sveikatos priežiūrą ir tai nėra tik įgūdis, o sudėtingas procesas. Kultūrinė kompetencija prasideda žmogaus individualių kultūrinių įsitikinimų ir veiksmų supratimu, atpažinimu, kad kitų kultūrų žmonės skiriasi savo požiūriu, vertybėmis, veiksmais. Norint užtikrinti kultūriškai kompetentingą priežiūrą, sveikatos priežiūros specialistai turi norėti bei gebėti suteikti į šeimą bei pacientą orientuotą slaugą, pritaikiant savo požiūrį bei veiksmus prie skirtingų pacientų grupių (85).

Kultūrinė kompetencija yra nepaprastai svarbi anestezijos ir intensyviuosios terapijos slaugytojoms. Šios slaugytojos dirba su pacientais įtemptose situacijose, kai jaučiamas nerimas, įtampa, pacientai yra sunkios būklės, priimami sudėtingi, su sveikata susiję sprendimai, pacientų informavimas gali būti problematiškas. Dirbant su pacientais šioje srityje, slaugytojos turi būti profesionalios, parodyti klinikinę kompetenciją, praktinius įgūdžius bei specializuotas teorines žinias. Kultūrinė kompetencija dirbant šioje srityje yra ne mažiau svarbi nei klinikinė kompetencija, nes susidūrus su skirtingų kultūrų pacientais, esant kritinei situacijai, tik kultūrinis jautrumas ir sąmoningumas, žinios bei kultūriniai įgūdžiai padės kokybiškai užtikrinti šių pacientų, jų artimųjų fiziologinius bei psichologinius poreikius (86).

Kultūrinės kompetencijos pritaikymas sveikatos priežiūros praktikoje turi daug privalumų: sveikatos priežiūros paslaugų lygybė, didesnis pacientų pasitenkimas sveikatos priežiūros paslaugų kokybe, geresnis slaugytojų bei pacientų tarpusavio bendravimas, sėkmingesnis skausmo valdymas, taisyklingesnis paskirtų vaistų vartojimas, padidėjęs medicininės informacijos ieškojimas, domėjimasis ir dalijimasis ja sveikatos priežiūros vizitų metu. Kultūrinė kompetencija taip pat prisideda prie sumažėjusių sveikatos priežiūros išlaidų. Kultūra daro įtaką visoms sveikatos priežiūros sritims ir jos poveikis ypač stiprus kritinių gyvenimo įvykių metu, todėl anestezijos ir intensyviuosios terapijos slaugytojos turi būti ypatingai jautrios ir supratingos savo praktikoje dirbant su kitų kultūrų pacientais (87).

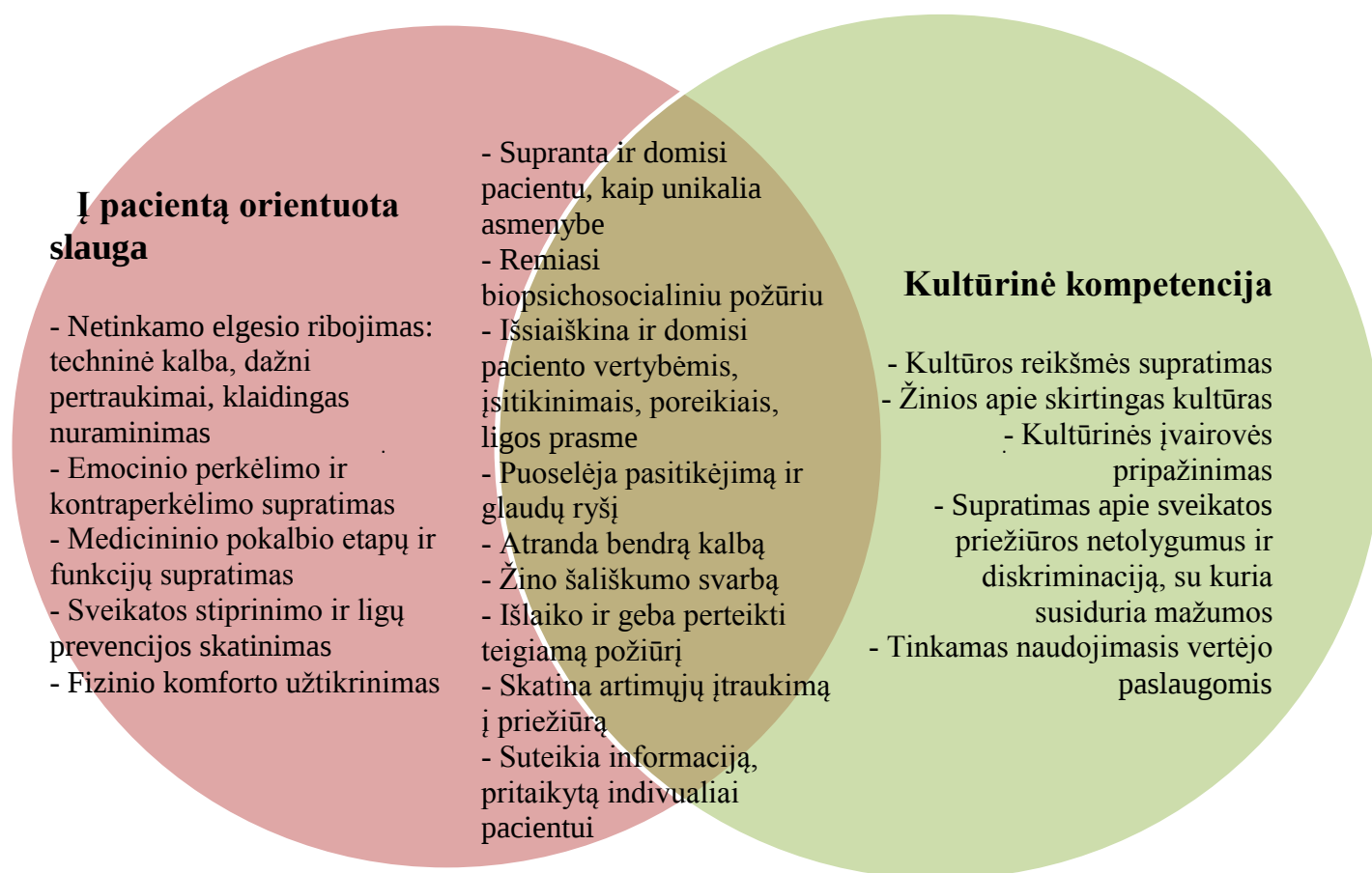
1.4. Į pacientą orientuotos kultūriškai kompetingos priežiūros svarba

Kultūrinė kompetencija ir į pacientą orientuota priežiūra yra sveikatos priežiūros kokybės gerinimo metodai, plačiai propaguojami pastaraisiais metais. Teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, esminis aspektas yra užtikrinti individualumą, kiekvieną pacientą traktuojant kaip unikalų asmenį. Į pacientą orientuotos priežiūros tikslas – teikti individualizuotą priežiūrą, kuri akcentuoja paciento ir specialisto santykius, taip siekiant pagertinti visų pacientų priežiūros kokybę. Tuo tarpu kultūrinės kompetencijos tikslas yra užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų lygybę ir sumažinti kultūrinius skirtumus, sutelkiant dėmesį į skirtingų rasių žmones ir mažumų grupes (88). Pasigilinus į kultūrinės kompetencijos ir į pacientą orientuotos priežiūros modelių raidą, nors sąvokų kilmė ir istorija skirtinga, dauguma pagrindinių bruožų yra tie patys. Ankstyvieji konceptualūs kultūrinės kompetencijos ir į pacientą orientuotos priežiūros modeliai sutelkė dėmesį į tai, kaip sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai ir pacientai galėtų sėkmingiau bendrauti tarpasmeniniame lygmenyje. Vėliau koncepciniai modeliai buvo išplėsti, kad būtų galima apsvarstyti, kaip pacientai galėtų būti visapusiškai gydomi sveikatos priežiūros sistemoje. Siekdami suteikti į pacientą orientuotą priežiūrą, specialistai turi atsižvelgti į pacientų požiūrių įvairovę, taip sveikatos priežiūra turėtų tapti teisingesnė. Taip pat, jei kultūrinė kompetencija padidina sveikatos priežiūros sistemų ir specialistų galimybes atsižvelgti į atskirų pacientų pageidavimus ir tikslus, sveikatos priežiūra tampa labiau orientuota į pacientą (89).

Į pacientą orientuotos priežiūros bei kultūrinės kompetencijos pagrindas yra paciento, kaip unikalaus individo, supratimas. Kultūrinės kompetencijos šalininkai dažnai remiasi į pacientą orientuotu požiūriu, kai įvardina paciento ir specialisto bendradarbiavimo metodus. Taigi, nors tai nėra išskirtinis kultūrinės kompetencijos akcentas, bendrieji į pacientą orientuotos priežiūros bruožai (pvz., paciento įsitikinimų, vertybių ir ligos prasmės išsiaiškinimas; bendros kalbos suradimas) gali būti įvardinami ir kaip kultūrinės kompetencijos aspektai. Ir atvirkščiai, kadangi kultūrinis kontekstas yra svarbus ne tik skirtingų rasių žmonėms, bet ir visų pacientų priežiūrai, kultūrinė kompetencija gali pagerinti individualizuotą priežiūrą ir pagerinti visų pacientų priežiūros kokybę (90).

Į pacientą orientuotos slaugos ir kultūrinės kompetencijos sąsajos vaizduojamos 2 paveiksle. Saha ir kt. (91) atkreipė dėmesį į šių dviejų sąvokų panašumą, atsižvelgiant į atitinkamus požymius ir apibrėžimus (žiūrėti 2 paveikslą). Akcentuojamas kiekvieno asmens individualumas ir jo unikalumo atpažinimas, užtikrinimas. Sveikatos priežiūros specialistai turėti gebėti išlikti šališkais, atsiriboti nuo savo išankstinių prielaidų ir siekti kuo didesnio paciento įtraukimo ir supratimo. Tad galima teigti, kad kultūrinė kompetencija yra būtina į pacientą orientuotos slaugos sąlyga ir nuo to priklauso kokybiški sveikatos priežiūros rezultatai. Šių veiksmų supratimas ir taikymas gali padėti užtikrinti sėkmingą į

pacientą orientuotos priežiūros, glaudžiai susijusios su kultūrine kompetencija, užtikrinimą. Pritaikant priežiūrą, atsižvelgiant į paciento poreikius ir vertybes, reikalingi ištekliai, kurie padėtų patenkinti skirtingų kultūrinių grupių poreikius. Siekiant užtikrinti, kad pacientas galėtų priimti sprendimus, susijusius su jo priežiūra, pacientams turi būti suteikta reikiama informacija, pacientai turi būti skatinami dalyvauti ir laisvai reikšti savo nuomonę. Sėkmingas bendravimas skatinamas, kai laisvai dalinamasi informacija ir žiniomis tarp pacientų ir specialistų, turint prieigą prie asmeninės medicininės informacijos, kas yra esminė į pacientą orientuotos ir kultūriškai kompetentingos priežiūros dalis (92).



2 pav. Į pacientą orientuotos slaugos ir kultūrinės kompetencijos sąsajos. Šaltinis: Saha ir kt. (88)

Kultūrinės kompetencijos bei į pacientą orientuotos slaugos principais siekiama pagerinti pacientų sveikatos priežiūrą panašiais metodais, todėl gali atrodyti pagrįsta sujungti šiuos modelius į vieną bendrą metodą, tačiau yra esminių skirtingų aspektų. Į pacientą orientuoti specialistai, išmantys ir užtikrinantys tokios priežiūros principus bei į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros sistemos bus naudingi skirtingų rasių žmonėms ir sumažins sveikatos priežiūros kokybės netolygumus, o kultūriškai kompetentingi specialistai ir sveikatos priežiūros sistemos bus naudingi visiems pacientams ir pagerins bendrą sveikatos priežiūros paslaugų kokybę (93).

2. TYRIMO ORGANIZAVIMAS IR METODIKA

2.1. Tyrimo organizavimas

Tyrimas atliktas 2019 m. balandžio - birželio mėnesiais Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų vaikų bei suaugusiųjų intensyviosios terapijos skyriuose, gavus raštiškus klinikų vadovų sutikimus bei suderinus su skyrių vyresniosiomis slaugytojomis - slaugos administratorėmis. Apklausti šių intensyviosios terapijos skyrių slaugytojai:

1. Širdies chirurgijos anesteziologijos ir intensyviosios terapijos;
2. Kardiologijos intensyviosios terapijos;
3. Centrinės reanimacijos ir intensyviosios terapijos;
4. Neurochirurgijos intensyviosios terapijos;
5. Akušerijos ir ginekologijos anesteziologijos ir intensyviosios terapijos;
6. Vaikų intensyviosios terapijos.

Pilotinio tyrimo atlikimas. Pilotinio tyrimo metu, kuris vyko 2019 metų kovo mėnesį, buvo patikrinta, ar sudarytos anketos teiginiai yra suprantami, anketa lengvai užpildoma, nustatyti galimi trūkumai. Slaugytojų buvo prašoma ne tik atsakyti į klausimus, bet taip pat parašyti nuomonę apie klausimų aiškumą, išsakyti komentarus apie anketos klausimus. Apklaustas 21 slaugytojas, dirbantis Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninėje Kauno Klinikose Širdies, krūtinės ir kraujagyslių chirurgijos klinikoje. Po pilotinio tyrimo buvo atlikti nedideli klausimų formavimo pakeitimai bei nuspręsta šiek tiek koreguoti Individualizuotos priežiūros skalės klausimų skaičių. Klausimai optimizuoti pasitelkiant klausimų tarpusavio koreliacijų analizę.

2.2. Tyrimo instrumentas

Tyrimo metu naudota anketa sukurta panaudojus tris standartizuotus klausimynus. Gavus autorių leidimą (žiūrėti Priedas Nr. 3), anketos tekstas buvo išverstas į lietuvių kalbą dviejų nepriklausomų vertėjų, abu tekstai lietuvių kalba buvo palyginti, siekiant nustatyti skirtumus ir neatitikimus. Vertimų skirtumai buvo koreguoti. Lietuvių kalbą ir stilių redagavo darbo autorė kartu su darbo vadove. Toliau klausimynai buvo išversti iš lietuvių į anglų kalbą, lygintas originalus klausimynas su vertimu - taip įvertinta vertimo kokybė ir tikslumas. Darbo autorė kartu su darbo

vadove įvertino vertimo kokybę, išversti teiginiai sutapo su originalo kalba, tad nuspręsta, jog klausimynas yra tinkamas naudoti (žiūrėti Priedas nr. 2).

1. **Slaugytojų bendravimo su pacientais kokybės klausimynas** (*angl. Nurse Quality of Communication with Patient Questionnaire, Vuković et al.*) (94). Tyrimui buvo pasirinkta autorių rekomenduota sutrumpinta klausimyno versija - 5 klausimai, vertinantys į pacientą orientuoto slaugytojų bendravimo su pacientais kokybę: verbalinį (1-3 klausimai), neverbalinį (4 klausimas) bei bendrą tarpusavio komunikaciją (5 klausimas). Tiriamasis turi įvertinti, kiek kiekvienas teiginys atitinka jo nuomonę arba savijautą, kai bendrauja su pacientais, vertindamas pagal Likerto skalę: nuo 1 iki 6 (nuo „jokio bendravimo“ arba „nesutinka bendrauti“ iki „puikiai bendrauja“). Anketos vidinis nuoseklumas (validumas) Kronbacho alfa (Cronbach's alpha) = 0,884.
2. **Individualizuotos priežiūros skalė** (*angl. Individualised Care Scale – Nurse Version, Suhonen et al.*) (95), sudaryta iš dviejų dalių. Pirmoji klausimyno dalis, sudaryta iš 16 klausimų, skirtų išsiaiškinti, kaip slaugytojai supranta veiksmus, kuriais užtikrinama individualizuota priežiūra (anketos vidinis nuoseklumas (validumas) Kronbacho alfa (Cronbach's alpha) = 0,870). Antra klausimyno dalis skirta išsiaiškinti slaugytojų veiksmus, kurie padėjo užtikrinti individualizuotą pacientų priežiūrą paskutinės pamainos metu (anketos vidinis nuoseklumas (validumas) Kronbacho alfa (Cronbach's alpha) = 0,923).

Abi skalės susideda iš trijų poskalių: klinikinės situacijos, asmeninio gyvenimo situacijos ir su priežiūra susijusių sprendimų priėmimo. Respondentams reikėjo pasirinkti vieną atsakymo variantą iš 5 galimų pagal Likerto skalę (1 - visiškai nesutinku, 5 – visiškai sutinku). Kuo arčiau 5-ių dažnio balo vidurkis, tuo dažniau respondentai pritaria pateiktam teiginiui – geriau supranta ir užtikrina individualizuotą priežiūrą.

3. **Slaugytojų kultūrinės kompetencijos skalė** (*angl. Nurse Cultural Competence Scale, Perng & Watson*) (96). Ši skalė padeda įvertinti anestezijos ir intensyvios terapijos slaugytojų kultūrinę kompetenciją. Pirmą klausimyno subskalę skirta slaugytojų kultūriniam sąmoningumui įvertinti, antra subskalė - kultūrinėms žinioms atskleisti, trečia - slaugytojų kultūriniam jautrumui atskleisti ir ketvirtoji subskalė skirta slaugytojų kultūriniam įgūdžiams įvertinti. Kiekvienas teiginys vertinamas pagal Likerto skalę: nuo 1 iki 5 (nuo „visiškai nesutinku“ iki „visiškai sutinku“). 1 lentelėje pateikiami slaugytojų kultūrinės kompetencijos klausimyno subkalių vidinio nuoseklumo (validumo) Kronbacho alfa (Cronbach's alpha) reikšmės.

1 lentelė. Kronbacho alfa

	Cronbach's Alpha	Klausimų skaičius
Kultūrinis sąmoningumas	0,764	10
Kultūrinės žinios	0,931	9
Kultūrinis jautrumas	0,791	7
Kultūriniai įgūdžiai	0,937	14

Paskutinė anketos dalis - klausimai respondentų socialinėms demografinėms charakteristikoms.

2.3. Tiriamųjų atranka ir imtis

Tiriamųjų atranka - tikslinė. Į tyrimą įtraukti anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojai, dirbantys LSMUL KK suaugusiųjų ir vaikų intensyviosios terapijos skyriuose.

Planuojant tyrimus, svarbu nustatyti reikalingą minimalų tyrimų skaičių, kad būtų galima padaryti statistiškai reikšmingas išvadas. Tyrimo imties dydžio skaičiavimui taikyta formulė:

$$n = \frac{N \cdot 1,96^2 \cdot p \cdot q}{\varepsilon^2 \cdot (N - 1) + 1,96^2 \cdot p \cdot q}$$

n – rekomenduojamas imties dydis;

N – populiacijos dydis;

Reikšmė 1,96 atitinka standartizuoto normaliojo skirstinio 95 proc. pasiklivimo lygmenį.

p - numatoma įvykio baigties tikimybė, kad nagrinėjamas požymis pasireikš tiriamoje populiacijoje (dažniausiai pasirenkama $p=0,5$);

q - tikimybė, kad nagrinėjamas požymis nepasireikš tiriamoje populiacijoje ($q=1-p=0,5$);

ε - pageidautinas tikslumas, dažniausiai $\varepsilon=0,05$

$$n = \frac{204 \cdot 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,05^2 \cdot (204 - 1) + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5} = 133$$

Tyrimo metu tiriamuosiuose skyriuose dirbo 204 slaugytojai. Atlikus skaičiavimus, nustatytas rekomenduojamas tyrimo imties dydis yra ne mažiau 133 respondentai. Viso paruošta ir išdalinta 204

anketos. Gražinta užpildytų 190 anketų, iš kurių tinkamai užpildytos 184 anketos (atsako dažnis 90,20 proc.)

Respondentų įtraukimo į tyrimą kriterijai:

- Dirbantys LSMUL KK suaugusiųjų ir vaikų intensyviosios terapijos skyriuose;
- Sutikę dalyvauti tyrime.

Į tyrimą neįtraukti asmenys:

- Nesutikę dalyvauti tyrime;
- Buvę apmokamose, neapmokamose, nėštumo ir gimdymo ar vaiko priežiūros atostogose.

Daugiausia tyrime dalyvavusių slaugytojų dirba Širdies chirurgijos anesteziologijos ir intensyviosios terapijos skyriuje, mažiausiai dalyvavo Akušerijos ir ginekologijos anesteziologijos ir intensyviosios terapijos skyriuje dirbančių slaugytojų, tačiau šių dviejų skyrių slaugytojai buvo aktyviausi ir atsakymo dažnis buvo didžiausias (žiūrėti 2 lentelę).

2 lentelė. Tiriamųjų imtis

Skyrius	Pateiktos anketos (N)	Gražintos anketos (N)
Širdies chirurgijos anesteziologijos ir intensyviosios terapijos	55	55
Kardiologijos intensyviosios terapijos	30	26
Centrinės reanimacijos ir intensyviosios terapijos	50	45
Neurochirurgijos intensyviosios terapijos	35	34
Akušerijos ir ginekologijos anesteziologijos ir intensyviosios terapijos	9	9
Vaikų intensyviosios terapijos	25	21
Iš viso	204	190

2.4. Tyrimo etika

Gautas Lietuvos Sveikatos Mokslų Universiteto Bioetikos centro leidimas atlikti biomedicininį tyrimą Nr. BEC-ISP(M)-184 (žr. Priedas Nr. 1) bei skyrių vadovų sutikimai atlikti tyrimą. Sutikę tyrime dalyvauti slaugytojai buvo supažindinti su tyrimo tema, tikslu, tyrimo nauda ir galimais nepatogumais, informuota, kad dalyvavimas yra savanoriškas. Respondentai buvo apklausiami gavus jų raštišką sutikimą dalyvauti tyrime. Konfidencialumas buvo užtikrintas laikant paslapyje visą pateiktą informaciją apie asmenį – tyrime neminimi respondentų vardai, neminimos darbovietės,

kuriuose tiriamieji dirba. Atliekant tyrimą buvo laikomasi patikimumo principo – tyrimas taikytas užtikrinant mokslinių tyrimų kokybę, tyrimo laikas iš anksto sutartas su skyrių vyresniosiomis slaugytojomis - slaugos administratorėmis, respondentai informuoti, kad apklausa anonimiška, o pasirašyti sutikimai dalyvauti tyrime dėti į atskirą aplanką nuo apklausos anketų. Tyrimo metu surinkti duomenys tretiesiems asmenims nebuvo atskleisti. Sąžiningumo principas šio tyrimo metu buvo taikomas skaidriai, teisingai atliekant tyrimą, informuojant respondentus apie jų laisvą pasirinkimą bet kuriuo metu atsisakyti dalyvauti tyrime.

2.5. Respondentų socialinės demografinės charakteristikos

Šiuo metu slaugos srityje dirba trijų amžiaus kartų slaugytojai: kūdikio bumo, X ir Y amžiaus kartų. Kiekviena amžiaus karta pasižymi skirtingomis vertybėmis bei požiūriu į darbą. Tai daro įtaką slaugytojų darbo stiliui, darbo kokybei, psichologiniam įgalinimui bei pasitenkinimui darbu (97).

„Kūdikio bumo karta“ – gimę 1946 – 1964 m. 2016 m. duomenimis, šios kartos slaugytojai sudarė 20 proc. dirbančių slaugytojų. Ši karta vadinama darboholikų karta, apibūdinami kaip idealistai (98). Ryškiausias jų bruožas – pareigos jausmas, kuris pasireiškia atsidavimu darbui (99). Darbas jiems suteikia asmeninį pasitenkinimą, tad dažnai yra svarbesnis už šeimą. Palyginti su vėlesnėmis kartomis, ši karta jaučia stiprų prisirišimą prie vienos darbo vietos, nes mano, kad jie gali dirbti tik čia ir atlikti tik tokio tipo darbą, tad yra ištikimi vienai organizacijai (100). Kadangi ilgiausiai dirba slaugytojo darbą, turi daugiausiai patirties, nori būti pastebėti, vertinami bei jausti kitų kartų pagarbą už jų indėlį. Supranta, kad yra labiau patyrę, palaiko didžiausius darbo krūvius, mato kitų kartų slaugytojų darbo stiliaus skirtumus, jaunesnių slaugytojų profesionalumo trūkumą (98). Pirmenybę teikia tiesioginiam bendravimui, renkasi telefoninį ar rašytinį bendravimą, mažiau nusimano naujose technologijose (97).

„X karta“ – gimę 1965 – 1980 m. 2016 m. duomenimis, šios kartos slaugytojai sudarė 55 proc. dirbančių slaugytojų (97). Šios kartos atstovai užauginti vienišų tėvų, išgyveno tėvų skyrybas, augo savarankiškai. X kartos atstovai nėra tokie atsidavę darbui, kaip ankstesnės kartos atstovai. Tam įtakos turėjo tėvų pavyzdys, kurie labai sunkiai dirbo, tačiau jų lojalumas organizacijai neapsaugojo nuo darbo praradimo (96). Dėl to skeptiškai vertina įsipareigojimą vienai organizacijai, yra ištikimi savo profesijai, bet ne organizacijai, mėgsta nepriklausomumą, savarankiškumą ir siekia pusiausvyros tarp darbo bei asmeninio gyvenimo, šeimos poreikių (100). Nors komandoje pasižymi kūrybišku požiūriu bei novatoriškomis idėjomis, tačiau kartais apibūdinami kaip radikalūs, pragmatiški, individualistai, kas gali trikdyti komandinį darbą (99). X kartos atstovai siekia tokios darbo aplinkos,

kurioje galėtų pritaikyti savo sugebėjimus ir kompetenciją. Nori būti įvertinti už savo talentą, kūrybiškumą ir patirtį (101).

„Tūkstantmečio“ arba „Y karta“ – gimę 1981 - 1999. 2016 m. duomenimis, šios kartos slaugytojai sudarė 25 proc. dirbančių slaugytojų. Ši karta užaugo smurto bei terorizmo laiku, tačiau buvo globojami tėvų, kurie suteikė saugumą, patikimumą bei pastovumą (98). Atstovai apibūdinami kaip motyvuoti, bendradarbiaujantys, optimistiški, dinamiški, pasitikintys savimi, tiesmuki, pilietiški. Pirmenybę teikia stipriems tarpusavio santykiams komandoje, bendradarbiavimui, vertina įvairovę. Į savo dabartinę darbo padėtį paprastai žvelgia kaip į laikiną sustojimą, kuris yra mokymosi ir tobulėjimo etapas. Pajutę, kad visos iškilusios problemos yra žinomos, jie ieško pokyčių ir neatsisako galimybės persikelti į kitą organizaciją (99). Šios kartos atstovai puikiai išmano informacines technologijas, atviri komandiniam darbui, dalinasi idėjomis. Jie tikisi greitų ir naudingų rezultatų, kad darbas bus įdomus ir novatoriškas. Dauguma šios kartos atstovų slaugą suvokia kaip darbą, o ne kaip profesiją ar karjerą. Jie jaučia neigiamą požiūrį ir pagarbos trūkumą iš kitų kartų slaugytojų (102).

Tyrimo dalyvavo 184 slaugytojai, dirbantys suaugusiųjų bei vaikų anestezijos ir intensyviosios terapijos skyriuose. Didžioji dalis tiriamųjų buvo moterys (98,4 proc.). Beveik pusė respondentų (46,7 proc.) priklausė X amžiaus kartai, trečdalis respondentų (37 proc.) – Y amžiaus kartai ir kiek mažiau, nei penktadalis (22,1 proc.) – Kūdikių bumo amžiaus kartai (žiūrėti 3 lentelę). Kūdikių bumo kartai priklausė slaugytojai, kurių amžius > 55 metų. X kartai priskirti slaugytojai, kurių amžius nuo 40 iki 54 metų, o jauniausiai Y kartai priklauso slaugytojai, kurių amžius iki 39 metų.

Tyrimo duomenys parodė, kad vienoda dalis Y kartos respondentų (41,2 proc.) turi aukštąjį neuniversitetinį bei aukštąjį universitetinį išsilavinimą, ir mažoji dalis (17,6 proc.) magistro laipsnį. Didžioji dalis X kartos atstovų (68,6 proc.) buvo įgiję aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą, beveik penktadalis (18,6 proc.) aukštąjį universitetinį ir maža dalis (9,3 proc.) – magistro laipsnį. Daugumos Kūdikių bumo kartos slaugytojų (84,0 proc.) išsilavinimas - aukštasis neuniversitetinis.

Vidutinis Y kartos tyrimo dalyvių darbo stažas – $5,90 \pm 4,89$ metai, X kartos – $22,14 \pm 7,45$ metai, Kūdikių bumo – $35,24 \pm 5,22$ metai, tad suprantama, kad daugiausiai slaugytojo darbo patirties turėjo vyriausi respondentai.

Išanalizavus tyrimo duomenis, paaiškėjo, kad didžioji dalis (94,1 proc.) Y ir X bei Kūdikių bumo kartos respondentų (atitinkamai 94,1 proc., 77,9 proc. ir 72 proc.) moka užsienio kalbų.

Tyrimo metu buvo klausiama, ar respondentai turi slaugytojo darbo patirties užsienyje. Dauguma (92,9 proc.) visų kartų respondentų teigė neturintys darbo patirties užsienyje.

3 lentelė. Sociodemografinės respondentų charakteristikos

	Tiriamųjų skaičius			
	Bendras, (N=184)	Y karta, <40 metų (N=68)	X karta, 40-54 metų (N=86)	Kūdikų bumo karta, >55 metų (N=25)
Lytis	N (proc.)	N (proc.)	N (proc.)	N (proc.)
Moteris	181 (98,4)	66 (97,1)	84 (97,7)	25 (100)
Vyras	3 (1,6)	2 (2,9)	1 (1,2)	-
Išsilavinimas	N (proc.)	N (proc.)	N (proc.)	N (proc.)
Neuniversitetinis bakalaurs	111 (60,3)	28 (41,2)	59 (68,6)	21 (84)
Universitetinis bakalaurs	44 (23,9)	28 (41,2)	16 (18,6)	-
Magistro laipsnis	20 (10,9)	12 (17,6)	8 (9,3)	-
Slaugytojo darbo stažas	V±SN	V±SN	V±SN	V ±SN
	17,96±12,06	5,90±4,89	22,14±7,45	35,24±5,22
Užsienio kalbų mokėjimas	N (proc.)	N (proc.)	N (proc.)	N (proc.)
Taip	152 (82,6)	64 (94,1)	67 (77,9)	18 (72)
Tik skaitau	11 (6,0)	1 (1,50)	8 (9,3)	2 (8)
Tik kalbu	9 (4,90)	1 (1,50)	6 (7,0)	2 (8)
Ne	11 (6,0)	2 (2,90)	4 (4,70)	3 (12)
Slaugytojo darbo patirtis ne Lietuvoje	N (proc.)	N (proc.)	N (proc.)	N (proc.)
Taip	12 (6,50)	6 (8,80)	2 (2,30)	3 (12)
Ne	171 (92,9)	62 (91,2)	84 (97,7)	22 (88)

2.6. Statistinės analizės metodai

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant kompiuterinės programos statistinės analizės paketą „SPSS 22.0“.

Nagrinėjamų požymių pasiskirstymui pasirinktoje imtyje įvertinti taikyta aprašomoji duomenų statistika – absoliutūs (n) ir procentiniai dažniai (proc.).

Kiekybinių kintamųjų skirstinio normalumas tikrintas remiantis Kolmogorovo-Smirnovo testu. Kiekybiniai duomenys pateikiami, kaip aritmetiniai vidurkiai su standartiniu nuokrypiu ($v \pm SN$). Dviejų nepriklausomų imčių, netenkinančių normalumo prielaidos, kintamųjų vidutinės reikšmės lygintos Manio-Vitnio-Vilkoksono kriterijumi (Mann-Whitney U).

Daugiau kaip dviejų nepriklausomų imčių kiekybinių kintamųjų vidutinės reikšmės lygintos naudojant vienfaktorinę ANOVA analizę, skaičiuotas Fišerio kriterijus (F), taikytas Tjukio (Tukey) aposteriorinis kriterijus. Nors kintamųjų normalumo sąlyga buvo pažeista, tačiau lygių dispersijų sąlyga nebuvo pažeista, imtys pakankamai didelės, tad pasirinkta ANOVA, kuri yra pakankamai atspari normalumo sąlygos pažeidimui, kai kitos sąlygos nepažeidžiamos. Remiantis atliktais tyrimais, šiame darbe pasirinkta naudoti ANOVA testą (103, 104).

Kintamųjų tarpusavio sąsajoms vertinti ryšio skaičiuotas koreliacijos koeficientas (r). Koreliacijos koeficientas parodo ryšio tarp dviejų kintamųjų stiprumą. Šiame tyrime naudojamas Spearman koreliacijos koeficientas (r). Jei $0 < |r| \leq 0,3$, dydžiai silpnai priklausomi, jei $0,3 < |r| \leq 0,8$, vidutiniškai priklausomi, jei $0,8 < |r| \leq 1$, stipriai priklausomi. Koreliacijos koeficientas bus teigiamas, kai vienam dydžiui didėjant, didės ir kitas, neigiamas – kai vienam dydžiui didėjant, kitas mažės. Taip pat naudotas Eta kvadrato koreliacijos koeficientas (η^2) priklausomybei tarp nominaliųjų bei intervalinių duomenų vertinti. Jei $\eta^2 < 0,01$, dydžiai silpnai priklausomi, jei $0,01 < \eta^2 < 0,06$, dydžiai vidutiniškai priklausomi, jei $\eta^2 > 0,06$, stipriai priklausomi.

Ryšys ar skirtumai laikyti statistiškai reikšmingais, kai apskaičiuotoji p -reikšmė $< \alpha$ (α - reikšmingumo lygmuo; $\alpha=0,05$).

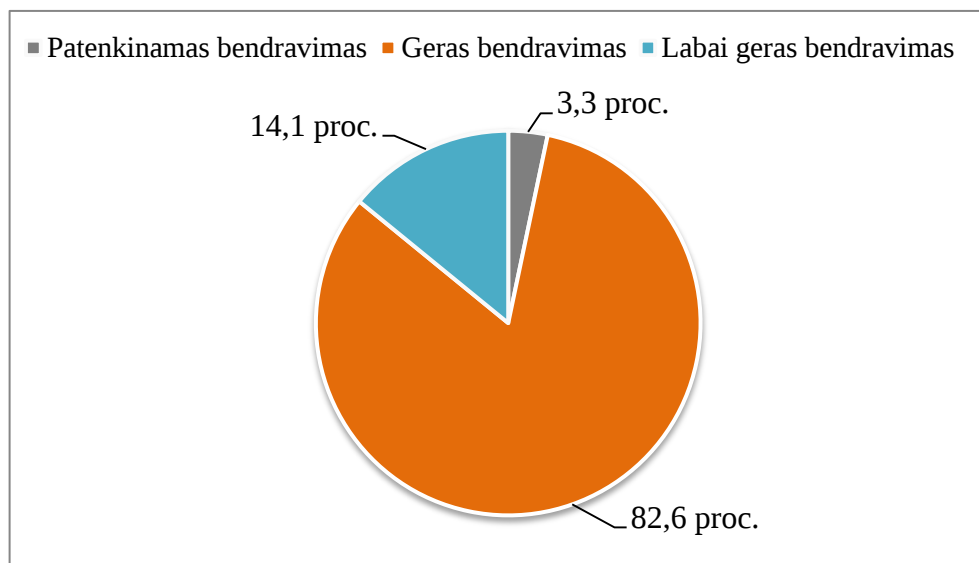
3. REZULTATAI

3.1. Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų, pasirengimo teikti į pacientą orientuotą slaugą analizė

3.1.1. Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų į pacientą orientuoto bendravimo kokybės analizė

Siekiant įvertinti į pacientą orientuoto slaugytojų bendravimo su pacientais kokybę, analizavome anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų patirtį bendraujant su pacientais. Remiantis surinktų balų suma, kai buvo galima surinkti nuo 5 iki 30 balų, gautus rezultatus suskirstėme į slaugytojų ir pacientų bendravimo lygius. Slaugytojų – pacientų bendravimas, kai surinkta mažiau nei 10 balų įvertintas kaip patenkinamas, geras slaugytojų – pacientų bendravimas – 10 – 25 balai, labai geras bendravimas - surinkus daugiau nei 25 balus.

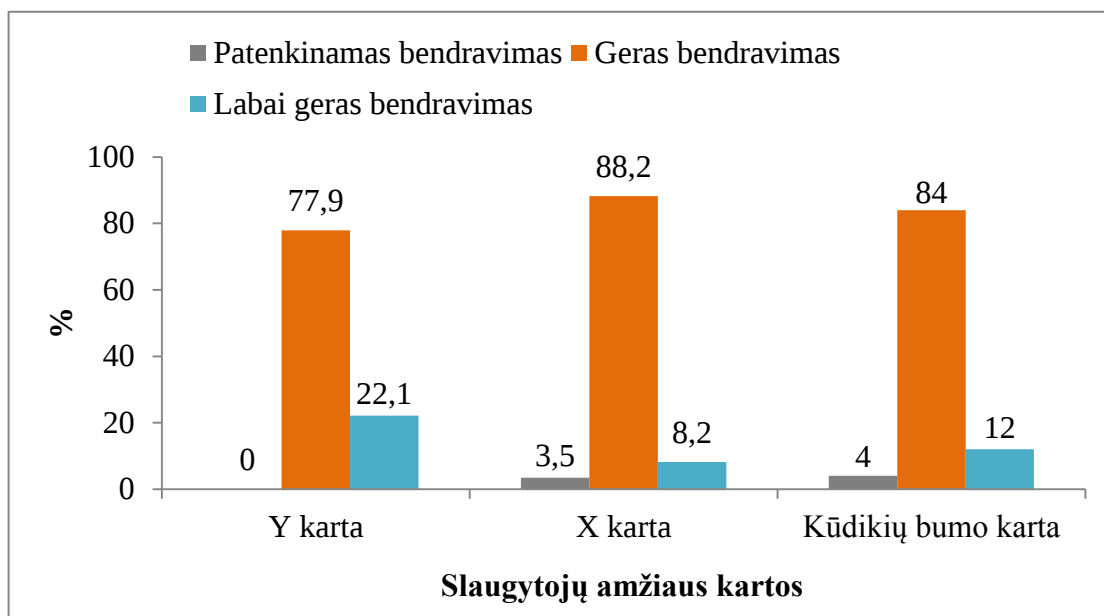
Išanalizavus gautus rezultatus, nustatyta, kad daugumos (82,6 proc.) visų respondentų bendravimas su pacientais įvertintas kaip geras. Labai gera bendravimo kokybe pasižymi tik nedidelė apklaustųjų dalis (14,1 proc.) (žiūrėti 3 paveikslą).



3 pav. Slaugytojų bendravimo su pacientais kokybės lygio skirstinys

Vertinant anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų, priklausančių įvairioms amžiaus kartoms, bendravimą su pacientais, analizuota, ar skiriasi šių kartų bendravimo kokybė. Kiekvienos amžiaus kartos daugumos respondentų į pacientą orientuotas bendravimas įvertintas kaip geras ir tik

mažos dalies – labai geras (žiūrėti 4 paveikslą). Daugiau kaip pusė X, Y ir Kūdikių bumo kartos respondentų pasižymėjo gera bendravimo kokybe su pacientais (atitinkamai 88,2 proc., 84 proc. ir 77,9 proc.). Statistiškai reikšmingų skirtumų nerasta.



4 pav. Slaugytojų, priklausančių įvairioms amžiaus kartoms, bendravimo su pacientais kokybės lygio skirstinys

Taip pat analizavome, kurie bendravimo veiksniai slaugytojams yra labiausiai priimtini bendraujant ir kurie vis dar lieka gana sudėtingais. Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojai savo bendravimo su pacientais patirtį įvairiose situacijose vertino pasirenkant balą nuo 1 iki 6 pagal Likerto skalę. Minimalus balas – 1 reiškia sudėtingą bendravimą bei bendradarbiavimo trūkumą, didžiausias galimas balas – 6 reiškia labai gerą ir pacientą orientuotą bendravimą bei bendradarbiavimą. Detalūs ir pacientą orientuoto slaugytojų bendravimo su pacientais kokybės įvertinimo teiginių vidurkių įverčiai su standartiniais nuokrypiais bei jų palyginimas pagal tiriamųjų amžiaus kartas pateikti 4 lentelėje.

Analizuojant trijų kartų slaugytojų bendravimą su pacientais, tyrimo duomenys atskleidė, kad Y kartos slaugytojai statistiškai reikšmingai geriau geba sėkmingai komunikuoti su pacientais, siekiant suprasti pacientų sveikatos sutrikimus, lyginant su X kartos bei Kūdikių bumo kartos slaugytojais (atitinkamai $p=0,003$ ir $p=0,002$). Y kartos respondentų atsako į šį teiginį vidurkis yra didesnis už bendrą visų respondentų vidurkį ($4,25 \pm 1,20$). Taip pat Y kartos respondentai geriau ($F=3,26$; $p=0,041$) nei kitų kartų atstovai bei visi respondentai bendrai ($3,87 \pm 1,32$) vertina savo patirtį komunikuojant su pacientais apie jų bendrą būklę ir jos sunkumą. Statistiškai reikšmingai skiriasi Y bei X kartų

respondentų patirtys ($p=0,031$) bei Y ir Kūdikių bumo kartų respondentų bendravimas apie ligos sunkumą ($p=0,040$). Y kartos respondentai statistiškai geriau vertina verbalinį komunikavimą su pacientais apie jų ligą ($F=7,92$; $p=0,001$) nei X karta ir statistiškai geriau nei Kūdikių bumo kartos respondentai ($p=0,014$), kuomet siekiama išsiaiškinti pacientų supratimą apie jų būklę. Bendrą visų respondentų vidurkį šia tema ($4,03\pm 1,27$) viršija tik jauniausios kartos atstovai. Vertinant slaugytojų bei pacientų neverbalinį komunikavimą ir pacientų bendradarbiavimą, statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta, tačiau geriausiai savo neverbalinio komunikavimo patirtį vertina Y kartos slaugytojai - $3,97\pm 1,07$ balo, tai yra daugiau nei bendras visų kartų vidurkis ($3,75\pm 1,09$). Iš visų į pacientą orientuoto bendravimo teiginių, geriausiai respondentai vertina savo bendravimo su pacientais lygį. Bendras visų respondentų vidurkis siekė $4,38\pm 1,03$ balo, tik Y kartos respondentai viršijo šį vidurkį, o mažiausiai – Kūdikių bumo kartos atstovai. Statistiškai reikšmingi skirtumai nustatyti tarp jauniausios ir vyriausios kartos respondentų ($F=7,36$; $p=0,024$) bei tarp jauniausios ir vidutinio amžiaus grupės respondentų ($p=0,002$).

Taigi anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų bendravimo su pacientais kokybės tyrimo rezultatų analizė leidžia teigti, kad geriausia bendravimo kokybė pasižymi jauniausios - Y kartos respondentai. Šios kartos balų vidurkis statistiškai reikšmingai skiriasi nuo X kartos respondentų ($F=7,13$; $p=0,002$) bei nuo vyriausios Kūdikių bumo kartos atstovų ($p=0,022$).

4 lentelė. Slaugytojų, priklausančių įvairioms amžiaus kartoms, bendravimo su pacientais veiksmų kokybės analizė

Teiginiai	Y karta	X karta	Kūdikių bumo karta	Statistinis reikšmingumas	
	Vidurkis su standartiniu nuokrypiu ($\bar{x}\pm SN$)			F	p
Pacientai sutinka pasikalbėti su slaugytoju apie savo ligą.	$4,71\pm 1,07$	$4,08\pm 1,18^*$	$3,79\pm 0,98^*$	8,29	0,000
Slaugytojas visiškai supranta pacientų ligos sunkumą ir kalba apie tai su jais.	$4,22\pm 1,22$	$3,76\pm 1,30^*$	$3,50\pm 1,35^*$	3,26	0,041
Pacientai su slaugytoju kalba įvairiomis temomis, tačiau vengia atsakyti į klausimus apie savo ligą.	$4,51\pm 1,18$	$3,82\pm 1,22^*$	$3,63\pm 1,06^*$	7,92	0,001
Pacientai klausia, ką slaugytojas sako apie jų sveikatos būklę, bet vengia bendradarbiauti.	$3,97\pm 1,07$	$3,61\pm 1,07$	$3,71\pm 1,12$	2,30	0,104
Slaugytojo bendravimo su pacientais lygis.	$4,76\pm 0,87$	$4,21\pm 1,05^*$	$4,08\pm 0,93^*$	7,36	0,001
Bendras	$4,44\pm 0,86$	$3,89\pm 1,00^*$	$3,83\pm 1,08^*$	7,13	0,001

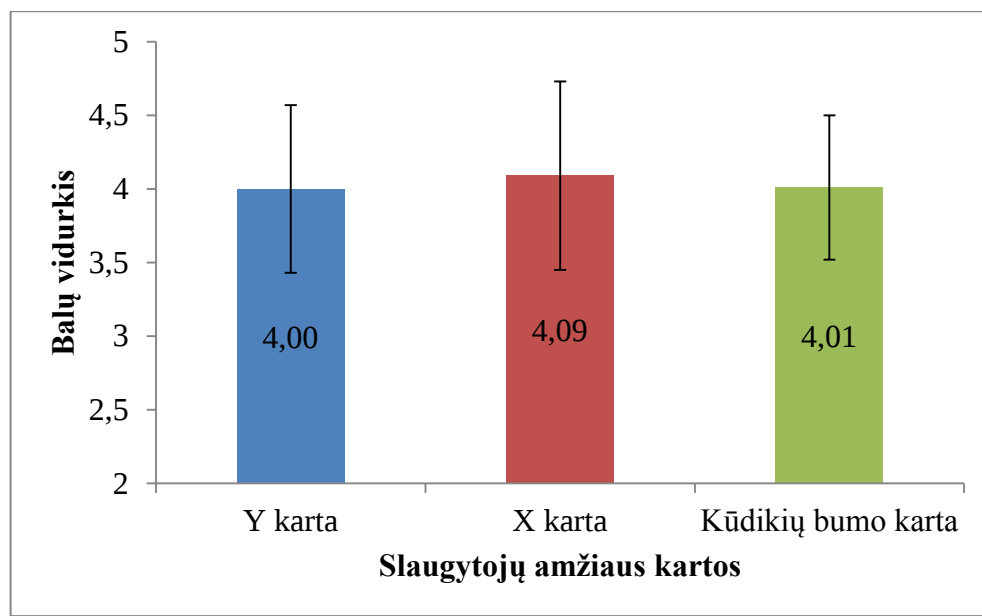
* $p < 0,05$, palyginus su Y kartos atstovais.

Apibendrinant gautus rezultatus, galime teigti, kad daugumos slaugytojų, priklausančių įvairioms amžiaus kartoms, į pacientą orientuoto bendravimo kokybė įvertinta kaip gera. Nustatyta, kad Y kartos respondentai statistiškai reikšmingai geriau nei X kartos bei Kūdikių bumo kartos atstovai geba komunikuoti su pacientais apie jų ligą, jos sunkumą, atsako į klausimus, susijusius su sveikatos sutrikimu. Jauniausios kartos atstovai pasižymi statistiškai reikšmingai geresniu bendravimu su pacientais lygiu, nei kitų kartų atstovai. Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojai, priklausantys įvairioms amžiaus kartoms, išmano pacientų verbalinę bei neverbalinę kalbą ir geba sėkmingai komunikuoti su pacientais, taip užtikrindami įvairiapusį bei tinkamą paciento informavimą ir jo anamnezės išsiaiškinimą.

3.1.2. Individualizuotos priežiūros užtikrinimas anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų požiūriu

Be bendravimo, kita svarbi į pacientą orientuotos priežiūros dalis yra individualizuotos priežiūros supratimas bei užtikrinimas. Tam pasirinkta Individualizuotos priežiūros skalė, skirta išsiaiškinti, kaip slaugytojai supranta bei vykdo slaugos veiksmus, kurie padeda užtikrinti individualizuotą priežiūrą. Slaugytojai vertino individualizuotos priežiūros teiginius nuo 1 iki 5 pagal Likerto skalę. Mažiausias balas (1) rodo, jog slaugytojai labai prastai supranta ir vykdo slaugos veiksmus, kurie padeda užtikrinti individualizuotą priežiūrą. Didžiausias balas (5) rodo, jog slaugytojai labai gerai supranta ir geba užtikrinti individualizuotą priežiūrą.

Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų, priklausančių įvairioms amžiaus kartoms, individualizuotos priežiūros supratimo ir užtikrinimo analizės balų vidurkiai su standartiniu nuokrypiu vaizduojami 5 paveiksle. Statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta. Remiantis bendru skalės vidurkiu su standartiniu nuokrypiu, galima teigti, kad X kartos respondentai geriausiai supranta, kas yra individualizuota priežiūra ir kaip ją užtikrinti ($4,09 \pm 0,64$), nors balų skirtumas nėra didelis, tačiau palyginus su kitomis kartomis, Kūdikių bumo kartos slaugytojams prasčiausiai sekasi suprasti ir užtikrinti individualizuotą priežiūrą.



5 pav. Slaugytojų, priklausančių įvairioms amžiaus kartoms, individualizuotos priežiūros supratimo ir užtikrinimo balai

Analizuotas Individualizuotos priežiūros klausimynas, kuriuo siekiama išsiaiškinti slaugytojų supratimą apie individualizuotą priežiūrą. Bendras šio klausimyno vidurkis buvo $3,99 \pm 0,67$ balo iš 5 galimų balų. Slaugytojai mano, kad gerai užtikrina individualizuotą priežiūrą, jie palyginti gerai įvertino individualizuotos priežiūros užtikrinimą klinikinėse situacijose ($4,05 \pm 0,71$) bei priimant su priežiūra susijusius sprendimus ($4,17 \pm 0,72$ balų). Tačiau slaugytojai manė, kad jiems kiek prasčiau sekasi užtikrinti individualizuotą priežiūrą gyvenimiškose situacijose ($3,66 \pm 0,89$ balų).

Remiantis statistine anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų, priklausančių įvairioms amžiaus kartoms, supratimo apie individualizuotą priežiūrą poskyrių analize, statistškai reikšmingų skirtumų nerasta (žiūrėti 5 lentelę). Visų amžiaus kartų slaugytojai geriausiai suprato individualizuotos priežiūros užtikrinimą priimant su pacientų priežiūra susijusius sprendimus, tačiau didžiausias vidurkis – Kūdikių bumo kartos atstovų ($4,28 \pm 0,49$). Individualizuotos priežiūros užtikrinimą klinikinėse situacijose geriausiai suprato X kartos respondentai ($4,10 \pm 0,75$). Vidutiniškai slaugytojai suprato individualizuotos priežiūros užtikrinimą gyvenimiškose situacijose, bet tai geriausiai iš visų kartų sekėsi X kartos atstovams ($3,78 \pm 0,90$). Vertinant slaugytojų supratimą apie individualizuotos priežiūros palaikymą, atliekant įvairius slaugos veiksmus pagal bendrą balų vidurkį, geriausiai individualizuotą priežiūrą supranta X kartos respondentai ($4,06 \pm 0,73$). Vidutiniškai individualizuotą priežiūrą supranta Y kartos respondentai ($3,96 \pm 0,58$) bei Kūdikių bumo kartos respondentai ($3,95 \pm 0,58$).

5 lentelė. Slaugytojų, priklausančių įvairioms amžiaus kartoms, supratimo apie individualizuotą priežiūrą subskalių analizė

Subskalės	Y karta	X karta	Kūdikių bumo karta	Statistinis reikšmingumas	
	Vidurkis su standartiniu nuokrypiu ($v \pm SN$)			F	p
Klinikinė situacija	4,04 $\pm$ 0,62	4,10 $\pm$ 0,75	4,02 $\pm$ 0,72	0,22	0,801
Asmeninio gyvenimo situacija	3,64 $\pm$ 0,82	3,78 $\pm$ 0,90	3,41 $\pm$ 0,94	1,89	0,154
Su priežiūra susijusių sprendimų priėmimas	4,10 $\pm$ 0,66	4,21 $\pm$ 0,80	4,28 $\pm$ 0,49	0,78	0,462
Bendras	3,96 $\pm$ 0,58	4,06 $\pm$ 0,73	3,95 $\pm$ 0,58	0,56	0,575

6 lentelėje pavaizduota slaugytojų, priklausančių įvairioms amžiaus kartoms, supratimo apie individualizuotą priežiūrą klinikinėse situacijose statistinė analizė. Klinikinėse situacijose slaugytojai geriausiai supranta individualizuotą priežiūrą, kuomet atpažįsta pacientų savijautos pokyčius bei išsiaiškina pacientų poreikius. Geriausiai individualizuotą priežiūrą supranta, kai atpažįsta pacientų savijautos pokyčius X kartos atstovai (4,37 $\pm$ 0,78), o Y kartos atstovai geriausiai iš visų amžiaus kartų identifikuoja pacientų poreikius, kaip svarbų individualizuotos priežiūros užtikrinimo elementą. Prasčiausiai visi respondentai, o ypač jauniausios kartos atstovai, supranta individualizuotos priežiūros užtikrinimą, kuomet išsiaiškina, ką liga bei susirgimas reiškia pacientams (3,63 $\pm$ 1,00). Tačiau šioje grupėje statistiškai reikšmingų skirtumų nerasta.

6 lentelė. Slaugytojų, priklausančių įvairioms amžiaus kartoms, supratimo apie individualizuotą priežiūrą klinikinėse situacijose analizė

Teiginiai		Y karta	X karta	Kūdikių bumo karta	Statistinis reikšmingumas	
		Vidurkis su standartiniu nuokrypiu ($v \pm SN$)			F	p
Klinikinė situacija	Jausmai	3,98 $\pm$ 0,92	3,96 $\pm$ 1,05	3,91 $\pm$ 1,08	0,32	0,726
	Poreikiai	4,34 $\pm$ 0,80	4,23 $\pm$ 0,97	4,17 $\pm$ 1,03	0,36	0,699
	Atsakomybė už priežiūrą	4,13 $\pm$ 0,83	4,06 $\pm$ 1,02	4,04 $\pm$ 0,88	0,15	0,857

Klinikinė situacija	Savijautos pokyčiai	4,17±0,70	4,37±0,78	4,30±0,70	1,58	0,209
	Baimės ir nerimas	4,11±0,89	4,22±0,92	4,17±1,03	0,22	0,802
	Pakitusios sveikatos būklės poveikis	3,95±0,88	4,05±0,94	3,91±0,95	0,14	0,870
	Ligos reikšmingumas	3,63±1,00	3,90±1,01	3,83±1,11	0,97	0,380

Individualizuotos priežiūros užtikrinimo svarbą asmeninio gyvenimo situacijose statistiškai reikšmingai geriau sekasi suprasti Y kartos slaugytojams ($F=3,40$; $p=0,028$.), nei Kūdikių bumo kartos respondentams ($3,13\pm1,22$), kai išsiaiškina pacientų ankstesnes patirtis ligoninėje. X kartos slaugytojai geriausiai supranta individualizuotą priežiūrą, kai išsiaiškina, ar pacientai nori, jog šeimos nariai būtų įtraukti į jų priežiūrą ($3,89\pm1,07$), taip pat ir Kūdikių bumo kartos respondentai ($3,61\pm1,27$), tačiau daugiau statistiškai reikšmingų skirtumų nerasta (žiūrėti 7 lentelę).

7 lentelė. Slaugytojų, priklausančių įvairioms amžiaus kartoms, supratimo apie individualizuotą priežiūrą asmeninio gyvenimo situacijose analizė

Teiginiai		Y karta	X karta	Kūdikių bumo karta	Statistinis reikšmingumas	
		Vidurkis su standartiniu nuokrypiu ($v\pm SN$)			F	p
Asmeninio gyvenimo situacija	Veiklos kasdieniniame gyvenime	3,58±1,11	3,80±0,97	3,57±1,12	1,22	0,298
	Ankstesnė patirtis ligoninėje	3,80±1,00	3,67±1,08	3,13±1,22*	3,40	0,036
	Kasdieniai įpročiai	3,66±1,09	3,78±1,22	3,26±1,25	1,516	0,222
	Šeimos narių įtraukimas į priežiūrą	3,53±1,07	3,89±1,07	3,61±1,27	2,188	0,115

* $p<0,05$, palyginus su Y kartos atstovais

Su priežiūra susijusių sprendimų priėmimo situacijose visų kartų slaugytojai geriausiai suprato, kad tinkamai pateikta informacija, susijusi su priežiūra, pacientams suprantama kalba yra svarbus individualizuotos priežiūros rodiklis, bendras visų respondentų vidurkis siekė $4,49\pm0,72$ balo, o aktyviausiai su šiuo teiginiu sutiko X kartos slaugytojai ($4,57\pm0,74$), kas rodo labai gerą respondentų supratingumą šia tema (žiūrėti 8 lentelę). Taip pat visų kartų respondentai gerai suprato, kad pacientų asmeninių pageidavimų, susijusių su jų priežiūra, išklausymas yra dalis individualizuotos priežiūros ($4,25\pm0,90$), Kūdikių bumo kartos respondentai pasižymėjo aukščiausiu vidurkiu ($4,43\pm0,73$). Tačiau

prasčiausiai visų amžiaus kartų respondentai suprato svarbą klausti pacientų, ką jie norėtų žinoti apie savo sveikatos būklę – bendras vidurkis siekė $3,96 \pm 1,00$ balo, o jaunosios Y kartos respondentai silpniausiai iš visų kartų, sutiko su šiuo teiginiu ($3,89 \pm 0,96$). Statistiškai reikšmingų skirtumų nerasta.

8 lentelė . Slaugytojų, priklausančių įvairioms amžiaus kartoms, supratimo apie individualizuotą priežiūrą su priežiūra susijusių sprendimų priėmimo situacijose analizė

Teiginiai		Y karta	X karta	Kūdikių bumo karta	Statistinis reikšmingumas	
		Vidurkis su standartiniu nuokrypiu ($v \pm SN$)			F	p
Su priežiūra susijusių sprendimų priėmimas	Informavimo suprantamumas	$4,41 \pm 0,71$	$4,57 \pm 0,74$	$4,52 \pm 0,67$	0,87	0,421
	Noras žinoti	$3,89 \pm 0,96$	$4,01 \pm 1,01$	$4,09 \pm 0,90$	0,48	0,618
	Asmeniniai pageidavimai	$4,17 \pm 0,83$	$4,26 \pm 0,99$	$4,43 \pm 0,73$	0,39	0,679
	Sprendimų priėmimas	$4,05 \pm 0,97$	$4,21 \pm 0,99$	$4,26 \pm 0,69$	0,68	0,508
	Nuomonės išreiškimas	$3,98 \pm 0,83$	$4,09 \pm 1,01$	$4,30 \pm 0,56$	0,86	0,426

Antrasis Individualizuotos priežiūros skalės klausimynas buvo skirtas išsiaiškinti, kaip slaugytojai užtikrina individualizuotą priežiūrą savo paskutinės pamainos metu. Bendras šio klausimyno vidurkis buvo $4,08 \pm 0,62$ balo iš 5 balų. Slaugytojai mano, kad užtikrina aukštos kokybės individualizuotą priežiūrą savo paskutinės pamainos metu. Slaugytojoms geriausiai sekėsi užtikrinti individualizuotą priežiūrą klinikinėse situacijose ($4,25 \pm 0,63$) bei priimant su priežiūra susijusius sprendimus ($4,07 \pm 0,74$). Tačiau slaugytojai manė, kad jie prasčiau užtikrina individualizuotą priežiūrą gyvenimiškose situacijose ($3,71 \pm 0,85$).

Remiantis statistine anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų, priklausančių įvairioms amžiaus kartoms, individualizuotos priežiūros užtikrinimo analize, statistiškai reikšmingų skirtumų nerasta (žiūrėti 9 lentelę). Visų amžiaus kartų slaugytojai geriausiai užtikrina individualizuotą priežiūrą klinikinėse situacijose, o geriausiai savo slaugos veiksmus paskutinės pamainos metu įvertino X kartos respondentai ($4,30 \pm 0,64$) bei Kūdikių bumo kartos atstovai ($4,30 \pm 0,51$). Su priežiūra susijusių sprendimų priėmimo situacijose individualizuotą priežiūrą geriausiai manė užtikrinę Kūdikių bumo kartos respondentai ($4,17 \pm 0,47$). Visi slaugytojai manė, jog paskutinės pamainos metu individualizuotą priežiūrą asmeninio gyvenimo situacijose užtikrinti sekėsi tik vidutiniškai, bet tai įgyvendinti geriausiai sekėsi X kartos atstovams ($3,81 \pm 0,77$). Vertinant slaugytojų veiksmus, užtikrinant individualizuotą priežiūrą paskutinės pamainos metu, pagal bendrą balų vidurkį, geriausiai sekėsi X kartos

respondentams ($4,13 \pm 0,63$). Vidutinio lygio individualizuotą priežiūrą paskutinės pamainos metu užtikrino Kūdikių bumo kartos respondentai ($4,08 \pm 0,46$) bei Y kartos respondentai ($4,03 \pm 0,63$), tačiau statistiškai reikšmingų skirtumų nerasta ($F=0,36$; $p=0,697$).

9 lentelė. Slaugytojų, priklausančių įvairioms amžiaus kartoms, individualizuotos priežiūros užtikrinimo subskalių analizė

Subskalės	Y karta	X karta	Kūdikių bumo karta	Statistinis reikšmingumas	
	Vidurkis su standartiniu nuokrypiu ($v \pm SN$)			F	p
Klinikinė situacija	$4,21 \pm 0,64$	$4,30 \pm 0,64$	$4,30 \pm 0,51$	0,42	0,659
Asmeninio gyvenimo situacija	$3,69 \pm 0,88$	$3,81 \pm 0,77$	$3,55 \pm 0,80$	1,13	0,324
Su priežiūra susijusių sprendimų priėmimas	$4,06 \pm 0,76$	$4,11 \pm 0,75$	$4,17 \pm 0,47$	0,22	0,801
Bendras	$4,03 \pm 0,63$	$4,13 \pm 0,63$	$4,08 \pm 0,46$	0,36	0,697

Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų, priklausančių įvairioms amžiaus kartoms, individualizuotos priežiūros užtikrinimo veiksnų paskutinės pamainos metu statistinė analizė pavaizduota 10 lentelėje. Lyginant skirtingo amžiaus anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų kartas pagal tai, kaip sekėsi užtikrinti individualizuotą priežiūrą klinikinėse situacijose, statistiškai reikšmingų skirtumų nerasta. Slaugytojai geriausiai užtikrino individualizuotą priežiūrą, kai atsižvelgė į pacientų savijautos pokyčius bei išsiaiškino pacientų poreikius, kuriems reikia priežiūros ir dėmesio. Geriausiai individualizuotą priežiūrą užtikrino atpažįstant pacientų savijautos pokyčius jauniausios ($4,46 \pm 0,70$) ir vyriausios amžiaus kartos atstovai ($4,50 \pm 0,66$), o X kartos atstovams geriausiai iš visų amžiaus kartų respondentų sekėsi identifikuoti pacientų poreikius, kuriems reikia priežiūros ir dėmesio, kuomet siekė užtikrinti individualizuotą priežiūrą ($4,53 \pm 0,69$). Visų amžiaus kartų respondentai, o ypač vyriausios kartos atstovai, paskutinės pamainos metu suteikė mažiausiai paramos pacientams, padedant jiems prisiimti atsakomybę už savo priežiūrą, kiek pajėgė ($3,83 \pm 0,92$).

10 lentelė. Slaugytojų, priklausančių įvairioms amžiaus kartoms, individualizuotos priežiūros užtikrinimo klinikinėse situacijose veiksmų analizė

Teiginiai	Y karta	X karta	Kūdikų bumo karta	Statistinis reikšmingumas	
	Vidurkis su standartiniu nuokrypiu ($v \pm SN$)			F	p
Jausmai	4,15±0,89	4,35±0,82	4,46±0,59	1,37	0,256
Poreikiai	4,40±0,76	4,53±0,69	4,42±0,590	0,77	0,467
Atsakomybė už priežiūrą	3,91±0,89	4,02±0,84	3,83±0,92	0,44	0,646
Savijautos pokyčiai	4,46±0,70	4,45±0,82	4,50±0,66	0,22	0,805
Baimės ir nerimas	4,29±0,83	4,40±0,90	4,46±0,66	0,50	0,605
Pakitusios sveikatos būklės poveikis	4,22±0,84	4,25±0,85	4,33±0,82	0,26	0,775
Ligos reikšmingumas	4,04±0,92	4,17±0,85	4,00±0,98	0,50	0,608

Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų, priklausančių įvairioms amžiaus kartoms, individualizuotos priežiūros užtikrinimo asmeninio gyvenimo situacijose veiksmų paskutinės pamainos metu statistinė analizė pavaizduota 11 lentelėje. Asmeninio gyvenimo situacijose visų amžiaus kartų respondentams, o ypač X ($3,99 \pm 0,96$) bei Kūdikų bumo kartos ($4,04 \pm 0,91$) respondentams geriausiai sekėsi užtikrinti individualizuotą priežiūrą, kai skatino pacientų šeimos narius dalyvauti slaugos priežiūroje. Jauniausios amžiaus kartos respondentai geriausiai užtikrina individualizuotą priežiūrą, kai atsižvelgė į pacientų kasdienes įpročius ($3,79 \pm 0,97$). Prasčiausiai visų kartų respondentams sekėsi atsižvelgti į pacientų įprastas kasdienes veiklas, ypač Kūdikų bumo kartos respondentams ($3,33 \pm 1,10$). Statistiškai reikšmingai geriau X amžiaus kartos respondentai ($3,75 \pm 1,07$) nei Kūdikų bumo kartos respondentai užtikrina individualizuotą priežiūrą, kai dažniau atsižvelgė į pacientų ankstesnes patirtis ligoninėje ($F=3,05$; $p=0,044$)

11 lentelė. Slaugytojų, priklausančių įvairioms amžiaus kartoms, individualizuotos priežiūros užtikrinimo asmeninio gyvenimo situacijose veiksnių analizė

Teiginiai		Y karta	X karta	Kūdikių bumo karta	Statistinis reikšmingumas	
		Vidurkis su standartiniu nuokrypiu ($v \pm SN$)			F	p
Asmeninio gyvenimo situacija	Veiklos kasdieniniame gyvenime	3,54±1,11	3,54±1,03	3,33±1,10	0,44	0,648
	Ankstesnė patirtis ligoninėje	3,71±1,12	3,75±1,07**	3,25±1,03	3,05	0,048
	Kasdieniai įpročiai	3,79±0,97	4,06±0,99	3,71±1,08	1,73	0,180
	Šeimos narių įtraukimas į priežiūrą	3,74±1,14	3,99±0,96	4,04±0,91	1,03	0,360

****p<0,05, palyginus su Kūdikių bumo kartos atstovais**

Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų, priklausančių įvairioms amžiaus kartoms, individualizuotos priežiūros užtikrinimo veiksnių, su priežiūra susijusių sprendimų priėmimo situacijose, paskutinės pamainos metu statistinė analizė pavaizduota 12 lentelėje. Siekiant užtikrinti individualizuotą priežiūrą, su priežiūra susijusių sprendimų priėmimo situacijose, visų kartų slaugytojai, o ypač Kūdikių bumo kartos ($4,42 \pm 0,50$) bei X kartos respondentai ($4,27 \pm 0,87$) dažniausiai stengėsi atsižvelgti į pacientų asmeninius pageidavimus. Jauniausios kartos respondentai dažniau nei kitų kartų respondentai paskutinės pamainos metu įsitikino, kad pacientai gavo ir suprato pateiktą informaciją, susijusią su jų priežiūra ($4,25 \pm 0,80$). Prasčiausiai visų kartų respondentams sekėsi užtikrinti pacientų dalyvavimą, priimant su jų priežiūra susijusius sprendimus, o ypač jauniausios amžiaus kartos respondentams ($3,78 \pm 1,01$) tačiau statistškai reikšmingų skirtumų nerasta. Vyriausios kartos respondentai paskutinės pamainos metu pasyviausiai domėjosi pacientų informavimo suprantamumu ($4,04 \pm 0,62$).

12 lentelė. Slaugytojų, priklausančių įvairioms amžiaus kartoms, individualizuotos priežiūros užtikrinimo su priežiūra susijusių sprendimų priėmimo situacijose analizė

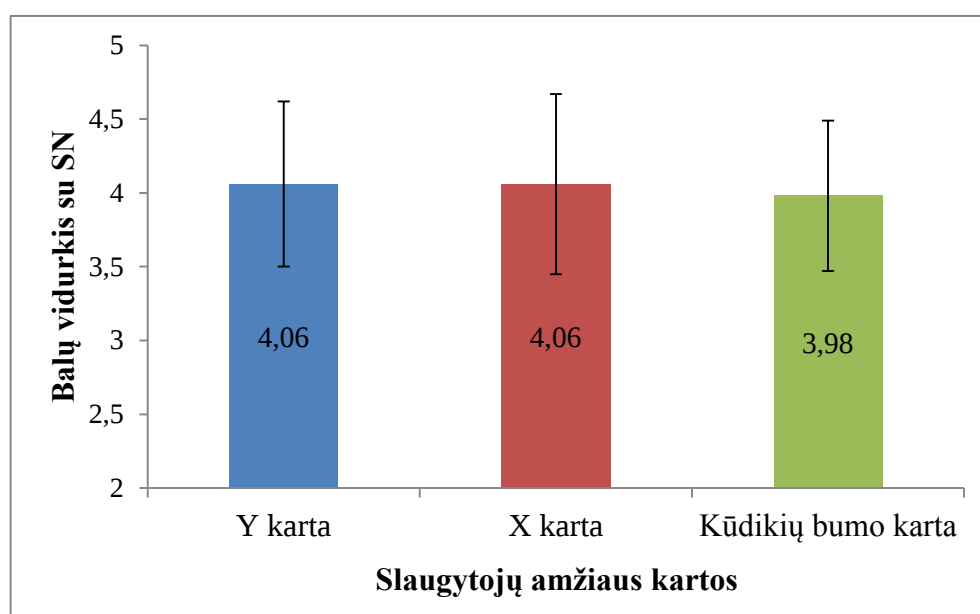
Teiginiai		Y karta	X karta	Kūdikų bumo karta	Statistinis reikšmingumas	
		Vidurkis su standartiniu nuokrypiu ($v \pm SN$)			F	p
Su priežiūra susijusių sprendimų priėmimas	Informavimo suprantamumas	4,25±0,80	4,19±0,90	4,04±0,62	1,09	0,338
	Noras žinoti	4,03±0,99	4,07±0,96	4,04±1,04	0,04	0,959
	Asmeniniai pageidavimai	4,18±0,80	4,27±0,87	4,42±0,50	0,74	0,478
	Sprendimų priėmimas	3,78±1,01	3,96±0,99	4,04±0,86	0,85	0,428
	Nuomonės išreiškimas	4,06±0,94	4,10±0,91	4,38±0,65	1,15	0,321

Analizuoti į pacientą orientuotos slaugos (IPOS) elementai, tirta ar yra ryšys tarp anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų į pacientą orientuoto bendravimo kokybės bei supratimo apie individualizuotą priežiūrą (IP) užtikrinimą ir konkrečių slaugos veiksmų paskutinės pamainos metu, užtikrinančių individualizuotą priežiūrą vykdymo (žiūrėti 13 lentelę). Skaiciuotas Spearman koreliacijos koeficientas. Nustatyta vidutinio stiprumo koreliacija tarp visų į pacientą orientuotos priežiūros elementų. Kuo geriau respondentai suprato individualizuotą priežiūrą, tuo geriau jiems sekėsi užtikrinti individualizuotą priežiūrą ($r=0,752$, $p<0,001$). Silpnėsnis ryšys nustatytas tarp bendravimo bei individualizuotos priežiūros supratimo, tad tai reiškia, jog anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojai, kurie geriau suprato individualizuotos priežiūros veiksmus, jų bendravimo kokybė su pacientais buvo geresnė ir atvirkščiai ($r=0,384$, $p<0,001$). Taip pat slaugytojai, kurių bendravimo su pacientais intensyviosios terapijos skyriuose kokybė buvo geresnė, geriau užtikrino individualizuotą priežiūrą ($r=0,348$, $p<0,001$)

13 lentelė. Į pacientą orientuotos slaugos elementų analizė (Spearman koreliacija (r))

IPOS elementai	Bendravimas		Supratimas IP		Užtikrinimas IP	
	r	p	r	p	r	p
Bendravimas	1,000	-	0,384	0,000	0,348	0,000
Supratimas IP	0,384	0,001	1,000	-	0,752	0,001
Užtikrinimas IP	0,348	0,000	0,752	0,000	1,000	-

Palyginus skirtingų amžiaus kartų anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų pasirengimo teikti į pacientą orientuotą priežiūrą, gavome rezultatus, kurie pavaizduoti 6 paveiksle. Bendras visų slaugytojų pasirengimo teikti į pacientą orientuotą priežiūrą vidurkis - $4,03 \pm 0,60$ balo, kuris parodo, kad slaugytojai yra gerai pasirengę teikti į pacientą orientuotą priežiūrą. Geriausiai pasirengę užtikrinti į pacientą orientuotą priežiūrą X amžiaus kartos respondentai ($4,06 \pm 0,61$). Gerai pasirengę užtikrinti į pacientą orientuotą priežiūrą ir Y kartos respondentai, vidurkis labai nedaug skiriasi nuo X kartos respondentų ($4,06 \pm 0,56$). Vidutiniškai pasirengę užtikrinti į pacientą orientuotą priežiūrą vyriausios Kūdikių bumų kartos respondentai ($3,98 \pm 0,51$). Tačiau statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta.



6 pav. Slaugytojų, priklausančių įvairioms amžiaus kartoms, pasirengimo teikti į pacientą orientuotą priežiūrą balai

Taigi išanalizuoti svarbiausi į pacientą orientuotos slaugos elementai: į pacientą orientuotas bendravimas bei individualizuotos priežiūros supratimas ir užtikrinimas. Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojai pasižymi gera bendravimo kokybe. Geriausia į pacientą orientuoto bendravimo kokybe pasižymi jauniausios Y kartos respondentai, kiek prastesne X bei Kūdikių bumų kartos respondentai. Tačiau X kartos respondentai geriau nei kitų amžiaus kartų respondentai supranta bei užtikrina individualizuotą priežiūrą. Y bei Kūdikių bumų amžiaus kartos respondentai gerai supranta bei užtikrina individualizuotą priežiūrą intensyviosios terapijos skyriuose.

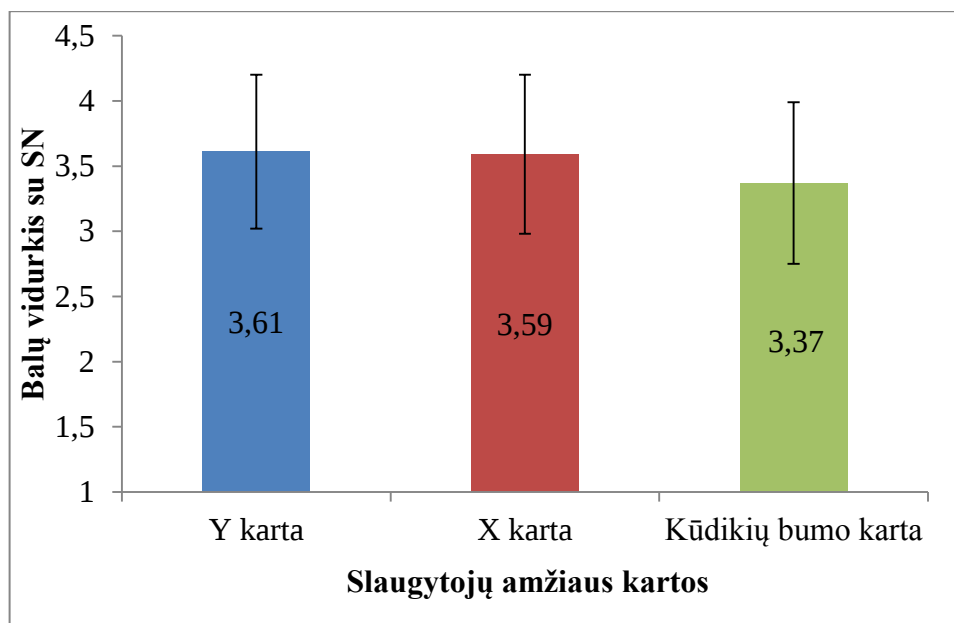
3.2. Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų tarpkultūrinės kompetencijos vertinimas

Kultūrinė kompetencija yra kultūrinio sąmoningumo, kultūrinių žinių, kultūrinio jautrumo ir kultūrinių įgūdžių įgijimo procesas, leidžiantis efektyviai bendrauti ir rūpintis skirtingos kultūros žmonėmis. Todėl vertindami anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų kultūrinę kompetenciją, naudojome Slaugytojų kultūrinės kompetencijos skalę, kuri apima sąmoningumo, žinių, jautrumo bei įgūdžių formavimo procesą. Pagal apskaičiuotus vidurkius išskirti 5 kultūrinės kompetencijos lygiai: žemiausias lygis (vidurkis 1-1,59 balų) – naujokas, surinkus nuo 1,60 iki 2,59 balų pasiekiamas kultūriškai pažengusio pradedančiojo lygis. Kultūriškai kompetentingas lygis, kai vidurkis 2,60-3,59 balo. Kultūriškai įgūdęs – kai vidurkis 3,60-4,59 balų ir kultūrinis ekspertas, kai vidurkis siekia 4,60 – 5 balų. Slaugytojų pasiskirstymo pagal kultūrinės kompetencijos lygius dažnis pavaizduotas 14 lentelėje.

14 lentelė. Slaugytojų pasiskirstymas pagal kultūrinės kompetencijos lygius

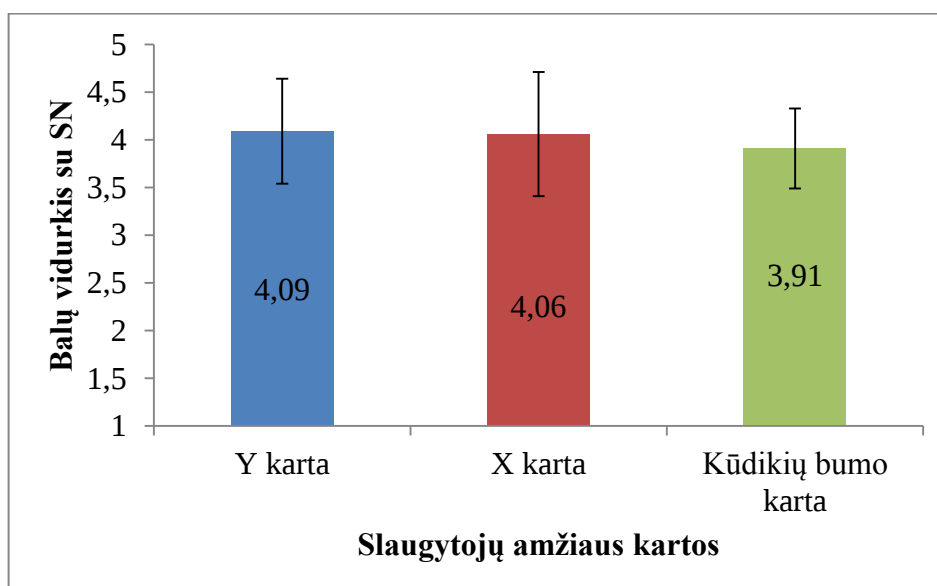
Kultūrinės kompetencijos lygiai	Slaugytojų skaičius (N)
Naujokas	0
Kultūriškai pažengęs	12
Kultūriškai kompetentingas	84
Kultūriškai įgūdęs	80
Kultūrinis ekspertas	8

Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų, priklausančių įvairioms amžiaus kartoms kultūrinės kompetencijos analizė atskleidė šių kartų skirtumus (žiūrėti 7 paveikslą). Statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta ($F=1,52$; $p=0,221$). Tačiau remiantis bendru skalės vidurkiu su standartiniu nuokrypiu, galima teigti, kad Y ir X kartos respondentai pasižymi geriausia kultūrine kompetencija (atitinkamai $3,61 \pm 0,59$ ir $3,59 \pm 0,61$ balų). Šių kartų respondentų balų vidurkis buvo didesnis už bendrą visų kartų vidurkį ($3,55 \pm 0,61$) bei Kūdikių bumo kartos vidurkį ($3,37 \pm 0,62$). Todėl galima teigti, kad Y kartos respondentai priklauso kultūriškai įgūdusių lygiui, o X ir Kūdikių bumo kartos respondentai priklauso kultūriškai kompetentingų lygiui.



7 pav. Slaugytojų, priklausančių įvairioms amžiaus kartoms, kultūrinės kompetencijos balai

Pirmiausia analizuotas anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų kultūrinis sąmoningumas, kuris rodo slaugytojų pripažinimą, kad kultūra ir kultūriniai skirtumai, esantys tarp žmonių yra labai svarbūs ir reikšmingi priežiūros elementai, nes daro įtaką žmogaus įsitikinimams bei vertybėms. Statistiškai reikšmingai skirtingų amžiaus kartų anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų kultūrinis sąmoningumas pagal balų vidurkį su standartiniu nuokrypiu nesiskyrė, tačiau pateiktame 8 paveiksle matome, kad Y ir X kartos respondentai labiausiai pasižymėjo kultūriniu sąmoningumu (atitinkamai $4,09 \pm 0,55$ ir $4,06 \pm 0,65$ balų). Šių amžiaus kartų balų vidurkis buvo didesnis už bendrą visų slaugytojų vidurkį ($4,04 \pm 0,60$).



8 pav. Slaugytojų, priklausančių įvairioms amžiaus kartoms, kultūrinio sąmoningumo balai

Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų, priklausančių įvairioms amžiaus kartoms, kultūrinio sąmoningumo veiksnių statistinė analizė pavaizduota 15 lentelėje. Atlikto tyrimo duomenimis, visų kartų slaugytojai sutinka, kad žmogaus kilmė daro įtaką jo įsitikinimams ir elgesiui bei kad žmonės, atvykstantys iš skirtingų kultūrų, turi skirtingą vertybių sistemą. Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojai, priklausantys X amžiaus kartai ($3,81 \pm 0,83$) labiausiai sutiko su teiginiu, kad yra ryšys tarp asmens kultūrinių vertybių ir įsitikinimų, susijusių su sveikata ir liga, kas yra labai svarbu siekiant tarpusavio supratimo ir sėkmingo bendravimo. Y kartos slaugytojai statistiškai reikšmingai dažniau ($4,54 \pm 0,63$) nei Kūdikių bumo kartos atstovai ($F=3,74$; $p=0,019$) pripažįsta, kad kitų kultūrų supratimas yra subjektyvus veiksnys. Vidurinėsios kartos respondentai dažniau nei kitų kartų atstovai ($4,22 \pm 0,91$) pripažino, jog slaugytojos turi suprasti, kad pacientų elgsenai įtaką daro kultūra ir kilmė. Vyriausios Kūdikių bumo kartos respondentai labiausiai iš visų kultūrinio sąmoningumo teiginių sutiko, kad paciento kultūros supratimas gali pagerinti priežiūros paslaugų kokybę ($4,28 \pm 0,61$). Daugiau statistiškai reikšmingų skirtumų tarp skirtingų amžiaus kartų respondentų atsakymų nenustatyta, tačiau pagal vidurkių balus Y ir X kartų respondentai geriausiai supranta kultūrinio sąmoningumo veiksnių įtaką kultūrinės kompetencijos ugdymui.

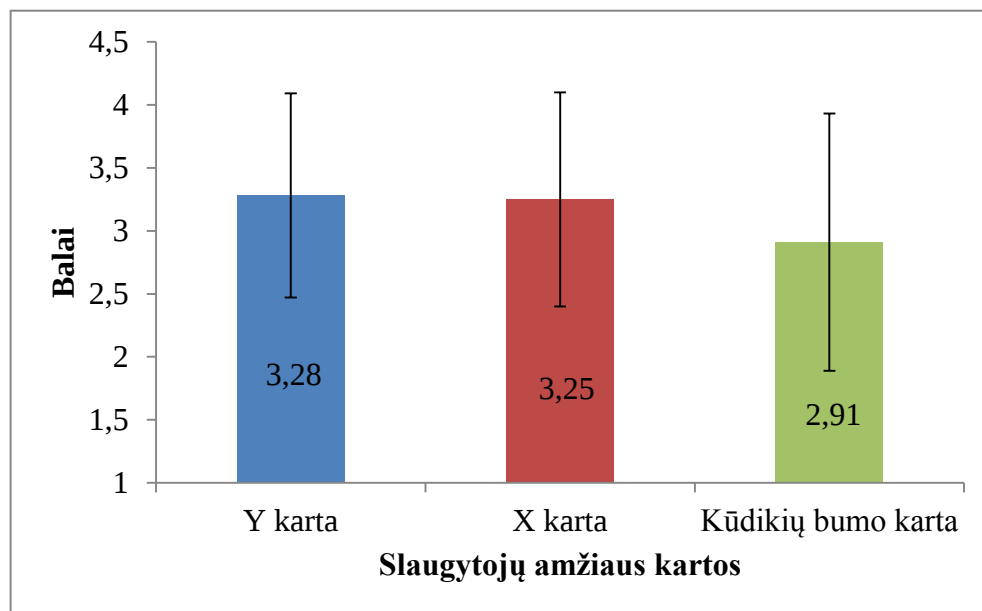
15 lentelė. Slaugytojų, priklausančių įvairioms amžiaus kartoms kultūrinio sąmoningumo veiksnių analizė

Teiginiai	Y karta	X karta	Kūdikių bumo karta	Statistinis reikšmingumas	
	Vidurkis su standartiniu nuokrypiu ($v \pm SN$)			F	p
Žmogaus kilmė daro įtaką jo įsitikinimams ir elgesiui	$4,01 \pm 0,95$	$3,83 \pm 1,01$	$3,80 \pm 1,00$	0,83	0,438
Tie žmonės, kurie atvyksta iš skirtingų kultūrų, paprastai turi skirtingą vertybių sistemą	$4,07 \pm 0,87$	$4,29 \pm 0,78$	$4,00 \pm 0,71$	2,01	0,138
Daugelio žmonių įsitikinimai susiję su sveikata ir liga yra nulemiami kultūrinių vertybių	$3,75 \pm 1,03$	$3,81 \pm 0,83$	$3,48 \pm 0,71$	1,34	0,264
Pacientų kultūros supratimas yra labai svarbus priežiūroje	$4,07 \pm 0,94$	$3,95 \pm 0,99$	$3,72 \pm 1,06$	1,20	0,303
Kiekvienas individas turi skirtingą supratimą apie kitas kultūras	$4,54 \pm 0,63$	$4,40 \pm 0,77$	$4,08 \pm 0,81^*$	3,74	0,026
Paciento elgsena priklauso nuo jo kultūros ir slaugytojai tą turi suprasti	$4,15 \pm 0,95$	$4,22 \pm 0,91$	$3,92 \pm 0,86$	1,06	0,349
Slaugos mokslas yra taip pat ir kultūrinė sistema	$3,96 \pm 0,94$	$4,05 \pm 0,95$	$4,04 \pm 0,61$	0,21	0,814

Paciento kultūros supratimas gali pagerinti priežiūros paslaugų kokybę	4,01±0,99	4,06±0,98	4,28±0,61	0,74	0,479
Slaugytojų supratimui apie ligą ir sveikatą įtaką daro slaugos mokslas	4,37±0,83	4,33±0,79	4,08±0,70	1,25	0,288
Slaugos žinios ir paciento supratimas apie sveikatą ir ligą yra du skirtingi dalykai	4,00±0,90	3,76±1,00	3,72±1,02	1,40	0,250

* $p < 0,05$, palyginus su Y kartos atstovais.

Kitas svarbus kultūrinės kompetencijos elementas - kultūrinės žinios, tai rodo anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų supratimą apie skirtingų kultūrinių grupių su sveikata susijusią socialinę - kultūrinę ir medicininę informaciją. Statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta ($F=1,80$; $p=0,168$), tačiau Y ir X kartų respondentai turi geresnes kultūrinės žinias nei vyriausios Kūdikių bumo kartos respondentės (atitinkamai $3,28 \pm 0,81$ ir $3,25 \pm 0,85$ balų). Kūdikių bumo kartos respondentai abejojo savo kultūrinėmis žiniomis, balų vidurkis buvo mažesnis už bendrą visų kartų respondentų vidurkį ($3,20 \pm 0,87$) (žiūrėti 9 paveikslą). Tačiau iš pateiktų vidurkių matome, jog anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojai abejoja savo kultūrinėmis žiniomis – balų vidurkis žemiausias iš visų kultūrinės kompetencijos veiksnių.



9 pav. Slaugytojų, priklausančių įvairioms amžiaus kartoms, kultūrinių žinių balai

Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų, priklausančių įvairioms amžiaus kartoms, kultūrinių žinių veiksnių statistinė analizė pavaizduota 16 lentelėje. Statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta. Jauniausios Y kartos respondentai geriau nei kitų kartų respondentai ($4,06 \pm 0,75$) supranta

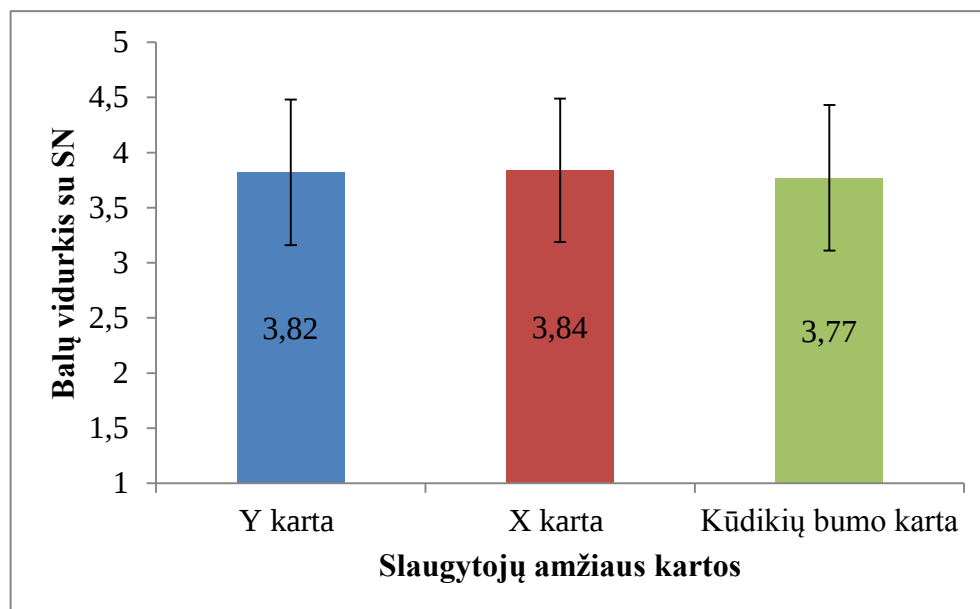
socialinius ir kultūrinius veiksnius, kurie turi įtakos sveikatai ir ligai, taip pat geriausiai gali nustatyti skirtingoms kultūrinėms grupėms būdingus sveikatos sutrikimus ($3,06 \pm 1,06$). Kūdikių bumo kartos respondentai mano prasčiausiai galintys pavyzdžiais iliustruoti bendravimo įgūdžius, kalbant su pacientais iš skirtingų kultūrų ($2,84 \pm 1,40$), kai tuo tarpu X kartos respondentai iš visų kartų geriausiai geba perprasti skirtingų kultūrinių grupių supratimą apie savo sveikatos įsitikinimus ($3,27 \pm 1,08$) bei parinkti metodus sveikatos būklei įvertinti, priklausomai nuo paciento kultūros ($3,27 \pm 1,10$). Kūdikių bumo kartos respondentai mažiausiai iš visų kartų yra susipažinę su teorijomis, aiškinančiomis ligos atsiradimą įvairiose kultūrose ($2,56 \pm 1,29$). Jauniausios kartos respondentai labiau pasitiki savimi nei kitų kartų respondentai ir mano, kad gali paaiškinti ryšius tarp įsitikinimų, susijusių su sveikata ir pacientų kultūros ($3,16 \pm 1,10$) bei palyginti įsitikinimus, susijusius su sveikata, tarp skirtingų kultūrų pacientų ($3,25 \pm 1,01$). X kartos respondentai geriausiai iš visų kartų mano, jog gali lengvai nustatyti slaugos poreikius skirtingų kultūrų pacientams. Taigi iš pateiktų vidurkių su standartiniu nuokrypiu matyti, jog Y ir X kartos respondentai geriau nei Kūdikių bumo kartos respondentai pasitiki savo žiniomis bei įgūdžiais, tai parodo jų aukštesnę kultūrinę kompetenciją bei geresnes kultūrinės žinias.

16 lentelė. Slaugytojų, priklausančių įvairioms amžiaus kartoms, kultūrinių žinių analizė

Teiginiai	Y karta	X karta	Kūdikių bumo karta	Statistinis reikšmingumas	
	Vidurkis su standartiniu nuokrypiu ($v \pm SN$)			F	p
Aš suprantu socialinius ir kultūrinius veiksnius, kurie turi įtakos sveikatai ir ligai	$4,06 \pm 0,75$	$3,92 \pm 0,86$	$3,80 \pm 0,76$	1,12	0,330
Aš galiu nustatyti skirtingoms kultūrinėms grupėms būdingus sveikatos sutrikimus	$3,06 \pm 1,06$	$3,03 \pm 1,03$	$2,72 \pm 1,21$	1,00	0,369
Aš galiu naudoti pavyzdžius, kuriais iliustruočiau bendravimo įgūdžius su pacientais iš skirtingų kultūrų	$3,10 \pm 1,12$	$3,17 \pm 1,09$	$2,84 \pm 1,41$	0,82	0,444
Aš gebu perprasti skirtingų kultūrinių grupių supratimą apie savo sveikatos įsitikinimus	$3,28 \pm 0,99$	$3,27 \pm 1,08$	$2,96 \pm 1,21$	0,93	0,396
Aš gebu parinkti metodus sveikatos būklei įvertinti, priklausomai nuo paciento kultūros	$3,22 \pm 1,17$	$3,27 \pm 1,10$	$2,68 \pm 1,18$	2,70	0,070
Aš esu susipažinęs su teorijomis, aiškinančiomis ligos atsiradimą įvairiose kultūrose	$3,10 \pm 1,16$	$3,00 \pm 1,14$	$2,56 \pm 1,29$	2,01	0,137

Aš galiu paaiškinti ryšius tarp įsitikinimų, susijusių su sveikata ir pacientų kultūros	3,16±1,10	3,15±1,16	2,80±1,26	1,03	0,358
Aš galiu palyginti įsitikinimus, susijusius su sveikata, tarp skirtingų kultūrų pacientų	3,25±1,01	3,16±1,17	2,88±1,30	1,00	0,370
Aš galiu lengvai nustatyti slaugos poreikius skirtingų kultūrų pacientams	3,24±1,09	3,26±1,13	2,96±1,43	0,67	0,514

Kultūrinis jautrumas yra kultūrinio priėmimo, pagarbos, pripažinimo dalis ir yra išreiškiamas per kitų kultūrų įsitikinimų, papročių gerbimą, empatiją, užuojautą bei atvirumą su kitų kultūrų pacientais. Tai yra ne mažiau svarbus kultūrinės kompetencijos elementas nei kultūrinis sąmoningumas ar kultūrinės žinios. 10 paveiksle pavaizduota anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų, priklausančių įvairioms amžiaus kartoms, kultūrinio jautrumo statistinė analizė. Statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta ($F=0,14$; $p=0,869$), tačiau vėl nustatyta, jog Y ir X kartos respondentai labiausiai pasižymi kultūriniu jautrumu (atitinkamai $3,82\pm0,66$ ir $3,84\pm0,65$ balų). Tai nedaug skiriasi nuo bendro visų respondentų vidurkio ($3,82\pm0,66$), kas rodo, jog respondentai yra pakankamai kultūriškai įgudę ir gerbia įvairių kultūrų pacientus, jų įsitikinimus bei vertybės.



10 pav. Slaugytojų, priklausančių įvairioms amžiaus kartoms, kultūrinio jautrumo balai

Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų, priklausančių įvairioms amžiaus kartoms, kultūrinio jautrumo veiksnių statistinė analizė pavaizduota 17 lentelėje. Statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta. Visų kartų slaugytojai sutinka, kad vertina skirtingų kultūrų įvairovę ($F=0,54$;

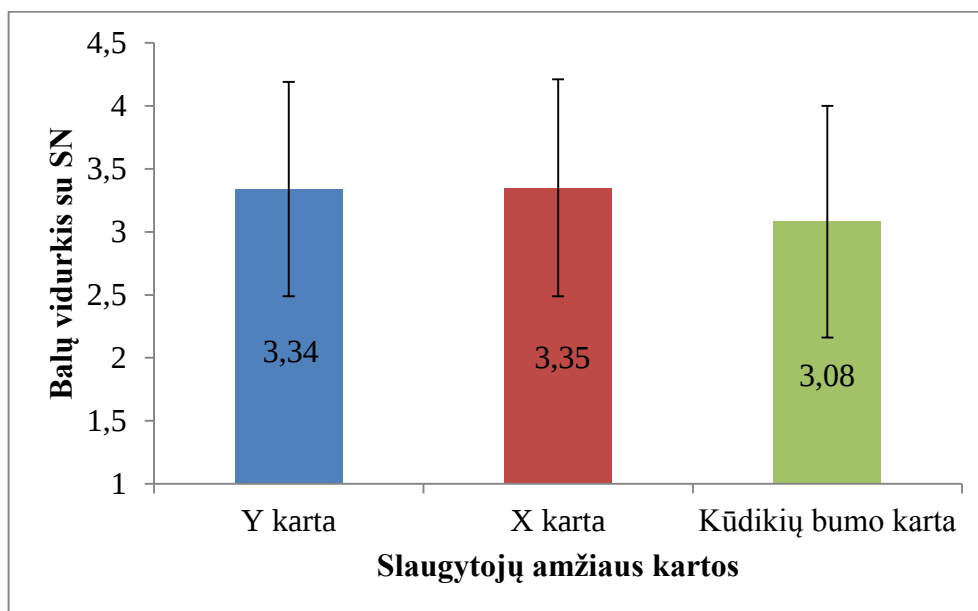
$p=0,583$). Kūdikių bumo kartos respondentai labiau nei kitų kartų respondentai pritaria, jog nesvarbu, kokios kultūros sveikatos metodą žmogus priima, jei tik tai turi privalumų ($4,08 \pm 0,64$). X kartos respondentai geriau nei kitų kartų respondentai ($4,20 \pm 0,79$) pripažįsta skirtingų kultūrų įsitikinimus, susijusius su sveikata. Visų kartų respondentai panašiu dažniu atskleidė savo kultūrinį jautrumą, kai vertina paciento pasirinktus sveikatos palaikymo būdus. Jauniausios Y kartos respondentai dažniau nei kitų kartų atstovai bendradarbiauja su pacientu, kai nori aptarti kultūrinius skirtumus tarp paciento įsitikinimų, susijusių su sveikata ir slaugos žinių ($3,59 \pm 1,07$). Tuo tarpu X kartos respondentai dažniau stengiasi suprasti skirtingų kultūrinių grupių įsitikinimus nei kitų kartų atstovai ($3,93 \pm 0,95$). Vyriausios kartos atstovai aktyviausiai iš visų kartų stengiasi suprasti alternatyvius gydymo metodus ($3,92 \pm 0,86$). Nors statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta, tačiau visų kartų respondentai pasižymi gera kultūrine kompetencija, kalbant apie skirtingų kultūrų supratimą bei priėmimą.

17 lentelė. Slaugytojų, priklausančių įvairioms amžiaus kartoms, kultūrinio jautrumo veiksnų analizė

Teiginiai	Y karta	X karta	Kūdikių bumo karta	Statistinis reikšmingumas	
	Vidurkis su standartiniu nuokrypiu ($v \pm SN$)			F	p
Aš labai vertinu skirtingų kultūrų įvairovę	$3,90 \pm 1,07$	$3,74 \pm 0,94$	$3,72 \pm 0,98$	0,54	0,583
Aš manau, jog nesvarbu, kokios kultūros sveikatos metodą žmogus priima, jei tik tai turi privalumų	$3,96 \pm 0,89$	$4,00 \pm 0,88$	$4,08 \pm 0,64$	0,20	0,822
Aš galiu toleruoti skirtingų kultūrinių grupių įsitikinimus ir elgesį, susijusį su sveikata	$4,18 \pm 0,90$	$4,20 \pm 0,79$	$3,96 \pm 0,79$	0,82	0,443
Net jeigu paciento pasirinktas sveikatos palaikymo modelis skiriasi nuo man priimtino, aš dažniausiai to nedraudžiu	$3,81 \pm 0,87$	$3,78 \pm 0,93$	$3,80 \pm 0,65$	0,02	0,977
Aš paprastai su pacientu aptariu kultūrinius skirtumus tarp jo įsitikinimų, susijusių su sveikata ir slaugos žinių	$3,59 \pm 1,07$	$3,46 \pm 0,95$	$3,32 \pm 1,03$	0,72	0,487
Aš dažniausiai aktyviai stengiuosi suprasti skirtingų kultūrinių grupių įsitikinimus	$3,81 \pm 1,12$	$3,93 \pm 0,95$	$3,56 \pm 1,16$	1,23	0,296

Be tradicinės Kinų medicinos ir Vakarietiškos medicinos gydymo būdų, aš taip pat stengiuosi suprasti alternatyvius gydymo metodus	3,53±1,18	3,81±1,03	3,92±0,86	1,83	0,163
---	-----------	-----------	-----------	------	-------

Kultūriniai įgūdžiai rodo anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų gebėjimą surinkti kultūrinę bei poreikių informaciją, susijusią su pacientų dabartinėmis sveikatos problemomis. 11 paveiksle pavaizduota anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų, priklausančių įvairioms amžiaus kartoms, kultūrinių įgūdžių statistinė analizė. Statistiškai reikšmingų skirtumų nerasta ($F=1,04$; $p=0,356$), tačiau nustatyta, jog Y ir X kartos respondentai pasižymi geresniais kultūriniais įgūdžiais nei Kūdikių bumo kartos respondentai (atitinkamai $3,34\pm0,85$ ir $3,35\pm0,86$ balų). Tai yra daugiau nei bendras visų respondentų vidurkis ($3,29\pm0,87$). Taigi šių kartų respondentai geba kultūriškai kompetentingai rūpintis skirtingų kultūrų pacientais.



11 pav. Slaugytojų, priklausančių įvairioms amžiaus kartoms, kultūrinių įgūdžių analizė

Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų, priklausančių įvairioms amžiaus kartoms, kultūrinių įgūdžių statistinė analizė pavaizduota 18 lentelėje. Visų kartų respondentai sutiko, kad geba bendrauti su skirtingų kultūrų pacientais, tačiau abejoja savo įgūdžiais, kuomet reikia paaiškinti skirtingų kultūrų pacientų neverbalinę kalbą. X kartos respondentai dažniau surenka informaciją, susijusią su paciento kultūra, lyginant su kitų kartų atstovais ($3,29\pm1,20$) bei geba paaiškinti kultūros įtaką pacientų įsitikinimas, susijusiems su priežiūra ($3,15\pm1,00$). Visų kartų respondentai abejoja, jog yra labai lengva surinkti informaciją apie skirtingų kultūrų pacientų įsitikinimus. Jauniausios kartos respondentai dažniau nei kitų kartų respondentai gali paaiškinti kultūrinių veiksnių poveikį pacientų

įsitikinimams, susijusiems su sveikata ($3,34 \pm 1,10$). Tuo tarpu vidurinėsios X amžiaus kartos respondentai geriau nei kitų kartų respondentai bei statistiškai reikšmingai geriau nei Kūdikių bumo kartos respondentai, mano galintys nustatyti slaugos tikslus, atsižvelgiant į kiekvieno paciento kultūrą ($F=3,13$; $p=0,038$). X kartos respondentai taip pat geriau gali įgyvendinti skirtingų kultūrų pacientų poreikius ($3,87 \pm 3,35$) bei užtikrina kultūriškai kompetentingą, individualizuotą priežiūrą ($3,97 \pm 1,02$). Jauniosios Y kartos respondentai geriausiai iš visų kartų geba mokytis ir duoti patarimų kolegoms, kaip užtikrinti kultūriškai tinkamą, individualizuotą priežiūrą. Taigi iš pateiktų vidurkių su standartiniu nuokrypiu matyti, jog Y ir X kartos respondentai labiau nei Kūdikių bumo kartos respondentai pasitiki savo kultūriniais įgūdžiais, geba mokytis, duoti patarimų kolegoms, atsižvelgia į pacientų vertybes ir stengiasi užtikrinti kultūriškai tinkamą, į pacientą orientuotą priežiūrą.

18 lentelė. Slaugytojų, priklausančių įvairioms amžiaus kartoms, kultūrinių įgūdžių veiksmų analizė

Teiginiai	Y karta	X karta	Kūdikių bumo karta	Statistinis reikšmingumas	
	Vidurkis su standartiniu nuokrypiu ($v \pm SN$)			F	p
Aš galiu bendrauti su skirtingų kultūrų pacientais	$4,25 \pm 0,72$	$4,30 \pm 0,91$	$4,16 \pm 0,85$	0,30	0,745
Aš galiu paaiškinti skirtingų kultūrų pacientų neverbalinę (kūno) kalbą	$3,59 \pm 0,93$	$3,42 \pm 1,00$	$3,33 \pm 0,96$	0,86	0,424
Prieš planuojant slaugos veiksmus, aš pilnai surenku visą informaciją, susijusią su paciento kultūra	$3,21 \pm 1,20$	$3,29 \pm 1,20$	$3,24 \pm 1,23$	0,10	0,908
Man yra labai lengva surinkti informaciją apie skirtingų kultūrų pacientų įsitikinimus	$3,10 \pm 1,05$	$2,93 \pm 1,19$	$2,92 \pm 1,08$	0,51	0,599
Aš galiu paaiškinti kultūros įtaką pacientų įsitikinimas, susijusiems su priežiūra	$3,13 \pm 1,06$	$3,15 \pm 1,00$	$2,88 \pm 1,24$	0,67	0,514
Aš galiu paaiškinti kultūrinių veiksmų poveikį pacientų įsitikinimams, susijusiems su sveikata	$3,34 \pm 1,10$	$3,28 \pm 1,05$	$2,92 \pm 1,22$	1,42	0,245
Aš galiu nustatyti slaugos tikslus, atsižvelgiant į kiekvieno paciento kultūrą	$3,21 \pm 1,07$	$3,41 \pm 1,03^{**}$	$2,80 \pm 1,26$	3,13	0,046

Atliekant slaugos veiksmus, aš galiu įgyvendinti skirtingų kultūrų pacientų poreikius	3,41±1,16	3,87±3,35	3,04±1,24	1,35	0,263
Slaugant skirtingų kultūrų pacientus, mano elgesys dažniausiai nesiskiria nuo paciento kultūrinių normų	3,93±1,11	3,97±1,02	3,84±1,11	0,14	0,874
Aš galiu mokyti bei duoti patarimų kolegoms slaugytojams apie skirtingas kultūras, jų skirtumus ir panašumus	3,09±1,31	3,08±1,20	2,80±1,30	0,55	0,576
Aš galiu mokyti bei duoti patarimų kolegoms slaugytojams apie ligą ir sveikatą iš skirtingų kultūrų perspektyvos	3,09±1,28	2,94±1,17	2,80±1,41	0,56	0,575
Aš galiu mokyti bei duoti patarimų kolegoms slaugytojams apie bendravimo įgūdžius, reikalingus dirbant su skirtingų kultūrų pacientais	3,16±1,25	3,14±1,14	2,84±1,41	0,70	0,50
Aš galiu mokyti bei duoti patarimų kolegoms slaugytojams apie slaugos intervencijų planavimą skirtingų kultūrų pacientams	3,16±1,28	2,98±1,16	2,64±1,50	1,61	0,203
Aš galiu mokyti bei duoti patarimų kolegoms slaugytojams, kaip parodyti tinkamą elgesį, slaugant skirtingų kultūrų pacientus	3,12±1,28	3,08±1,19	2,88±1,42	0,34	0,714

**p<0,05, palyginus su Kūdikių bumo kartos atstovais.

Analizuoti anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų kultūrinės kompetencijos elementai, tirta ar yra ryšys tarp anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų kultūrinio sąmoningumo, kultūrinių žinių, kultūrinio jautrumo bei kultūrinių įgūdžių (žiūrėti 19 lentelę). Skaičiuotas Spearman koreliacijos koeficientas. Nustatyta vidutinio stiprumo koreliacija tarp visų kultūrinės kompetencijos elementų. Kuo daugiau respondentai turėjo kultūrinių žinių, tuo buvo kultūriškai sąmoningesni ($r=0,459$, $p<0,001$) bei jautresni ($r=0,511$, $p<0,001$). Silpnėsnis ryšys nustatytas tarp kultūrinio jautrumo bei sąmoningumo, tad tai reiškia, jog anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojai, kurie geriau suprato ir pripažino kultūrinių skirtumų svarbą priežiūroje, tuo buvo kultūriškai jautresni ir atvirkščiai ($r=0,392$, $p<0,001$). Taip pat slaugytojai, kurie turėjo geresnius

kultūrinius įgūdžius, buvo kultūriškai sąmoningesni ($r=0,359$, $p<0,001$) ir jautresni ($r=0,537$, $p<0,001$). Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojai, turėję geresnes kultūrinės žinias, taip pat turėjo ir geresnius kultūrinius įgūdžius ($r=0,693$, $p<0,001$).

19 lentelė. Kultūrinės kompetencijos elementų analizė, (Spearman koreliacija (r))

Kultūrinės kompetencijos elementai	Kultūrinis sąmoningumas		Kultūrinės žinios		Kultūrinis jautrumas		Kultūriniai įgūdžiai	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Kultūrinis sąmoningumas	-	1,000	0,459	0,000	0,392	0,000	0,359	0,000
Kultūrinės žinios	0,459	0,000	1,000	-	0,511	0,000	0,693	0,000
Kultūrinis jautrumas	0,392	0,000	0,511	0,000	1,000	-	0,537	0,000
Kultūriniai įgūdžiai	0,359	0,000	0,693	0,000	0,537	0,000	1,000	-

Analizuota, kaip kultūrinės kompetencijos elementų vertinimas priklauso nuo respondentų išsilavinimo (žiūrėti 20 lentelę). Nustatyta, kad Y bei X kartų slaugytojai, turintys universitetinį išsilavinimą (bakalaurą ar magistrą) kultūrinės kompetencijos elementus įvertino geriau, jų kultūrinė kompetencija buvo geresnė. Y kartos respondentų, turinčių universitetinį išsilavinimą, kultūrinio sąmoningumo vidurkis ($4,23\pm0,55$) statistiškai reikšmingai buvo didesnis nei respondentų, neturinčių universitetinio išsilavinimo ($U=381$; $p=0,025$). Taip pat skyrėsi ir šios amžiaus kartos respondentų kultūrinės žinios. Respondentai, turintys universitetinį išsilavinimą, savo kultūrinės žinias įvertino geriau ($3,41\pm0,84$), lyginant su respondentais, neturinčiais universitetinio išsilavinimo. Daugiau statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta.

X kartos respondentai, turintys universitetinį išsilavinimą, kultūrinės kompetencijos elementus taip pat įvertino aukštesniais balais, lyginant su neturinčiais universitetinio išsilavinimo. Statistiškai reikšmingas skirtumas nustatytas lyginant kultūrinio sąmoningumo vidurkį X amžiaus kartos respondentų, turinčių universitetinį išsilavinimą bei neturinčių. Slaugytojai, turintys universitetinį išsilavinimą, statistiškai reikšmingai geriau ($4,30\pm0,51$) įvertino savo kultūrinį sąmoningumą nei neturinčios universitetinio išsilavinimo ($U=-2,07$; $p=0,039$). Pagal vidurkį su standartiniu nuokrypiu, X kartos slaugytojai geriausiai pasižymi kultūriniu sąmoningumu. Turintys universitetinį išsilavinimą X kartos respondentai geriau vertino savo kultūrinės žinias ($3,52\pm0,64$), nei neturintys universitetinio išsilavinimo. X amžiaus kartos anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojai, turintys universitetinį

išsilavinimą, pasižymėjo geresne kultūrine kompetencija, nei šios kartos respondentai, neturintys universitetinio išsilavinimo.

Atlikto tyrimo metu apklausti vyriausios Kūdikių bumo kartos respondentai turėjo tik neuniversitetinį išsilavinimą, tad statistinė analizė su šiais duomenimis neatlikta. Geriausiai šios kartos respondentai įvertino savo kultūrinį sąmoningumą ($3,93 \pm 0,43$), o prasčiausiai – kultūrinės žinias ($2,82 \pm 1,03$).

20 lentelė. Skirtingo amžiaus slaugytojų kultūrinės kompetencijos balai priklausomai nuo išsilavinimo

Amžiaus karta	Kultūrinės kompetencijos elementai	Išsilavinimas ($v \pm SN$)		Statistinis reikšmingumas	
		Neuniversitetinis	Universitetinis	U	p
Y karta	<i>Kultūrinis sąmoningumas</i>	$3,91 \pm 0,50$	$4,23 \pm 0,55$	381	0,025
	<i>Kultūrinės žinios</i>	$3,09 \pm 0,72$	$3,41 \pm 0,84$	403,5	0,051
	<i>Kultūrinis jautrumas</i>	$3,77 \pm 0,61$	$3,86 \pm 0,70$	452,5	0,179
	<i>Kultūriniai įgūdžiai</i>	$3,31 \pm 0,78$	$3,36 \pm 0,91$	526,5	0,676
	<i>Kultūrinė kompetencija</i>	$3,49 \pm 0,54$	$3,68 \pm 0,61$	449	0,167
X karta	<i>Kultūrinis sąmoningumas</i>	$3,98 \pm 0,68$	$4,30 \pm 0,51$	502,5	0,039
	<i>Kultūrinės žinios</i>	$3,14 \pm 0,93$	$3,52 \pm 0,64$	547,5	0,106
	<i>Kultūrinis jautrumas</i>	$3,81 \pm 0,71$	$3,99 \pm 0,50$	604	0,295
	<i>Kultūriniai įgūdžiai</i>	$3,26 \pm 0,87$	$3,49 \pm 0,67$	609,5	0,322
	<i>Kultūrinė kompetencija</i>	$3,51 \pm 0,65$	$3,78 \pm 0,44$	526	0,067
Kūdikių bumo karta	<i>Kultūrinis sąmoningumas</i>	$3,93 \pm 0,43$	-	-	-
	<i>Kultūrinės žinios</i>	$2,82 \pm 1,03$	-	-	-
	<i>Kultūrinis jautrumas</i>	$3,78 \pm 0,70$	-	-	-
	<i>Kultūriniai įgūdžiai</i>	$3,05 \pm 0,82$	-	-	-
	<i>Kultūrinė kompetencija</i>	$3,35 \pm 0,58$	-	-	-

Taip pat analizuota kaip skirtingo amžiaus grupių anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų kultūrinės kompetencijos elementų vertinimas priklauso nuo užsienio kalbų mokėjimo (žiūrėti 21 lentelę). Nustatyta, kad visų kartų slaugytojai, mokantys užsienio kalbas, kultūrinės kompetencijos elementus įvertino geriau, jų kultūrinė kompetencija buvo geresnė. Y kartos respondentų, nemokančių užsienio kalbų didžiausias balų vidurkis buvo kultūrinio sąmoningumo

(4,09±0,53), o mokančių užsienio kalbų – kultūrinių įgūdžių (4,18±1,16). Tiek mokantys, tiek nemokantys užsienio kalbų slaugytojai prasčiausiai vertino savo kultūrinės žinias, tačiau statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta.

Lyginant X amžiaus kartos slaugytojų, nemokančių bei mokančių užsienio kalbas, kultūrinės kompetencijos elementų įvertinimo vidurkius nustatyta, jog nemokantys užsienio kalbų slaugytojai geresniais balais įvertino kultūrinį sąmoningumą (4,06±0,66), o mokančiųjų užsienio kalbas kultūrinio jautrumo įvertinimo vidurkis buvo didžiausias (4,14±0,42). Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas lyginant kultūrinės žinias. X amžiaus kartos slaugytojai, mokantys užsienio kalbas savo kultūrinės žinias įvertino statistiškai reikšmingai geriau (3,97±0,14) nei slaugytojai, nemokantys užsienio kalbų (U=61; p=0,036). Taip pat anestezijos ir intensyviosios terapijos X kartos slaugytojai, mokantys užsienio kalbas, geriau vertino savo kultūrinius įgūdžius.

Palyginus Kūdikių bumo amžiaus kartos slaugytojų, nemokančių bei mokančių užsienio kalbas, kultūrinės kompetencijos elementų vertinimo balų vidurkius, nustatyta, kad slaugytojų kultūrinis sąmoningumas buvo įvertintas geriausiai (atitinkamai 3,77±0,43 ir 3,93±0,40 balų). Prasčiausiai slaugytojai, nemokantys užsienio kalbų, vertino savo kultūrinės žinias (2,86±1,05), o mokantys užsienio kalbas – kultūrinius įgūdžius (3,08±1,28), tačiau statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta.

21 lentelė. Skirtingo amžiaus slaugytojų kultūrinės kompetencijos balai priklausomai nuo užsienio kalbų mokėjimo

Amžiaus karta	Kultūrinės kompetencijos elementai	Užsienio kalbų mokėjimas (v±SN)		Statistinis reikšmingumas	
		Nemoka	Moka	U	p
Y karta	<i>Kultūrinis sąmoningumas</i>	4,09±0,53	4,10±1,27	65	0,971
	<i>Kultūrinės žinios</i>	3,27±0,78	3,67±1,89	57	0,744
	<i>Kultūrinis jautrumas</i>	3,82±0,65	4,07±1,31	57	0,743
	<i>Kultūriniai įgūdžiai</i>	3,32±0,84	4,18±1,16	36,5	0,284
	<i>Kultūrinė kompetencija</i>	3,59±0,57	4,03±1,38	53,5	0,650
X karta	<i>Kultūrinis sąmoningumas</i>	4,06±0,66	3,90±0,58	130,5	0,512
	<i>Kultūrinės žinios</i>	3,21±0,86	3,97±0,14	61	0,036
	<i>Kultūrinis jautrumas</i>	3,83±0,66	4,14±0,42	109,5	0,274
	<i>Kultūriniai įgūdžiai</i>	3,33±0,88	3,67±0,13	127	0,467

	<i>Kultūrinė kompetencija</i>	3,57±0,62	3,88±0,24	107,5	0,258
Kūdikų bumo karta	<i>Kultūrinis sąmoningumas</i>	3,77±0,43	3,93±0,40	25	0,501
	<i>Kultūrinės žinios</i>	2,86±1,05	3,26±0,90	28	0,675
	<i>Kultūrinis jautrumas</i>	3,76±0,67	3,81±0,72	31,5	0,899
	<i>Kultūriniai įgūdžiai</i>	3,05±0,90	3,08±1,28	33	0,999
	<i>Kultūrinė kompetencija</i>	3,36±0,61	3,40±0,85	30,5	0,834

Analizuota kaip skirtingo amžiaus grupių slaugytojų kultūrinės kompetencijos elementų vertinimas priklauso nuo slaugytojo darbo patirties ne Lietuvoje turėjimo (žiūrėti 22 lentelę). Nustatyta, kad visų kartų slaugytojai, turėję slaugytojo darbo patirties ne Lietuvoje, kultūrinės kompetencijos elementus įvertino geriau, jų kultūrinė kompetencija buvo geresnė. Y kartos slaugytojų, turėjusių darbo patirties ne Lietuvoje, kultūrinis jautrumas buvo įvertintas aukščiausiais balais (4,21±0,40), o neturėjusių darbo patirties ne Lietuvoje – kultūrinis sąmoningumas (4,09±0,56). Prasčiausiai anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojai, tiek turėję, tiek neturėję slaugytojo darbo patirties ne Lietuvoje vertino savo kultūrinės žinias (atitinkamai 3,41±0,56 ir 3,26±0,83 balų). Tačiau statistiškai reikšmingų skirtumų nerasta.

X amžiaus kartos slaugytojai, tiek turėję, tiek neturėję slaugytojo darbo patirties ne Lietuvoje, geriausiais balais įvertino savo kultūrinį sąmoningumą (atitinkamai 4,60±0,42 ir 4,05±0,65 balų). Prasčiausiai šios kartos slaugytojai, turėję darbo patirties ne Lietuvoje vertino savo kultūrinį jautrumą (3,93±0,30), o neturėję tokio darbo patirties – kultūrinės žinias (3,23±0,85). Statistiškai reikšmingai geriau šios kartos slaugytojai, turėję darbo patirties ne Lietuvoje, įvertino savo kultūrinius įgūdžius (4,50±0,30), lyginant su tos pačios kartos slaugytojais, neturėjusiais darbo patirties ne Lietuvoje (U=10,5; p=0,035).

Vyriausios Kūdikų bumo kartos slaugytojai, kuriems teko dirbti slaugytojo darbą užsienyje, geriausiais balais įvertino savo kultūrinį jautrumą (4,05±1,30), o tie slaugytojai, kuriems neteko dirbti slaugytojo darbo užsienyje – kultūrinį sąmoningumą (3,90±0,40). Prasčiausiai šios kartos slaugytojai, turėję slaugytojo darbo patirties ne Lietuvoje, vertino savo kultūrinės žinias (3,04±1,58), o neturėję šio darbo patirties – kultūrinius įgūdžius (2,57±1,15), tačiau statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta.

22 lentelė. Skirtingo amžiaus slaugytojų kultūrinės kompetencijos balai priklausomai nuo darbo patirties ne Lietuvoje

Amžiaus karta	Kultūrinės kompetencijos elementai	Slaugytojo darbo patirtis ne Lietuvoje		Statistinis reikšmingumas	
		Taip	Ne	U	p
Y karta	<i>Kultūrinis sąmoningumas</i>	4,13±0,40	4,09±0,56	177,5	0,854
	<i>Kultūrinės žinios</i>	3,41±0,56	3,26±0,83	170	0,729
	<i>Kultūrinis jautrumas</i>	4,21±0,40	3,79±0,67	101,5	0,067
	<i>Kultūriniai įgūdžiai</i>	3,57±0,63	3,32±0,87	148,5	0,411
	<i>Kultūrinė kompetencija</i>	3,79±0,43	3,58±0,60	143,5	0,358
X karta	<i>Kultūrinis sąmoningumas</i>	4,60±0,42	4,05±0,65	40	0,206
	<i>Kultūrinės žinios</i>	4,11±0,31	3,23±0,85	25,5	0,093
	<i>Kultūrinis jautrumas</i>	3,93±0,30	3,84±0,66	75	0,796
	<i>Kultūriniai įgūdžiai</i>	4,50±0,30	3,32±0,85	10,5	0,035
	<i>Kultūrinė kompetencija</i>	4,34±0,34	3,57±0,60	21	0,071
Kūdikių bumo karta	<i>Kultūrinis sąmoningumas</i>	4,00±0,66	3,90±0,40	28,5	0,705
	<i>Kultūrinės žinios</i>	3,04±1,58	2,89±0,98	29	0,737
	<i>Kultūrinis jautrumas</i>	4,05±1,30	3,73±0,57	23	0,398
	<i>Kultūriniai įgūdžiai</i>	3,14±0,89	2,57±1,15	22,5	0,379
	<i>Kultūrinė kompetencija</i>	3,38±0,58	3,29±1,02	32,5	0,967

Siekiant išanalizuoti kultūrinės kompetencijos elementų priklausomybę nuo tiriamųjų išsilavinimo, užsienio kalbų mokėjimo bei slaugytojo darbo patirties užsienyje, skaičiuotas eta kvadrato koeficientas (žiūrėti 23 lentelę). Gauti duomenys įrodo, jog tik kultūrinis sąmoningumas stipriai priklauso nuo išsilavinimo ($\eta^2=0,07$). Kultūrinės žinios bei kultūrinė kompetencija vidutiniškai priklauso nuo respondentų išsilavinimo ($\eta^2=0,05$).

Taip pat buvo analizuota kultūrinės kompetencijos elementų priklausomybė nuo tiriamųjų užsienio kalbų mokėjimo bei turėtos slaugytojo darbo patirties ne Lietuvoje, tačiau statistiškai reikšmingų priklausomybių nenustatyta.

23 lentelė. Kultūrinės kompetencijos elementų vertinimo priklausomybė

	Išsilavinimas	Mokamos užsienio kalbos	Slaugytojo darbo patirtis ne Lietuvoje
	η^2	η^2	η^2
Kultūrinis sąmoningumas	0,07	0,00	0,00
Kultūrinės žinios	0,05	0,01	0,00
Kultūrinis jautrumas	0,01	0,01	0,01
Kultūriniai įgūdžiai	0,01	0,01	0,00
Kultūrinė kompetencija	0,05	0,01	0,00

Taigi apibendrinant gautus rezultatus, nustatyta, kad jauniausioji Y amžiaus karta savo kultūrinį sąmoningumą vertina geriausiai, o vyriausioji kūdikių bumo karta prasčiausiai. Y ir X kartos anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojai labiau pasitiki savo kultūrinėmis žiniomis ir įgūdžiais, tačiau kritiškai jas vertina, nes trūksta žinių, įgūdžių, kurie užtikrintų kultūrinę kompetenciją. Geresnei kultūrinei kompetencijai įtakos turi aukštesnis išsilavinimas, mokamos užsienio kalbos bei turėta slaugytojo darbo patirtis ne Lietuvoje.

3.3. Pasirengimo teikti į pacientą orientuotą slaugą ir tarpkultūrinės kompetencijos sąsajos

Išanalizavus skirtingų amžiaus grupių anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų pasirengimą teikti į pacientą orientuotą slaugą (IPOS) bei tarpkultūrinę kompetenciją, vertintas ryšys tarp šių įgūdžių elementų (žiūrėti 24 lentelę). Nustatytas vidutinio stiprumo statistiškai reikšmingas tiesinis ryšys tarp visų į pacientą orientuotos slaugos (bendravimo, individualizuotos priežiūros supratimo bei užtikrinimo) ir tarpkultūrinės kompetencijos (kultūrinio sąmoningumo, žinių, jautrumo bei įgūdžių) elementų.

Vertinant į pacientą orientuotą bendravimą, kuris rodo slaugytojų gebėjimą sėkmingai bendrauti bei bendradarbiauti su pacientu, stipriausias ryšys nustatytas su kultūriniu sąmoningumu ($r=0,286$; $p<0,001$) bei bendra kultūrine kompetencija ($r=0,276$; $p<0,001$). Taigi, slaugytojai, kurie pasižymėjo geresne bendravimo kokybe, buvo kultūriškai sąmoningesni bei jautresni.

Vertinant individualizuotos priežiūros (IP) supratimą, kuris atskleidžia, kaip gerai anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojai supranta, ką reiškia individualizuota priežiūra ir kaip ją užtikrinti,

stipriausias ryšys nustatytas taip pat su su kultūriniu sąmoningumu ($r=0,448$; $p<0,001$) bei bendra kultūrine kompetencija ($r=0,449$; $p<0,001$). Slaugytojai, kurie turėjo geresnį supratimą apie individualizuotą priežiūrą, buvo kultūriškai sąmoningesni bei pasižymėjo geresne kultūrine kompetencija.

Vertinant individualizuotos priežiūros užtikrinimą, kuris rodo, kaip gerai anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojai užtikrina individualizuotą priežiūrą savo praktikoje, vidutinio stiprumo ryšys nustatytas su bendra kultūrine kompetencija ($r=0,574$; $p<0,001$). Slaugytojai, savo praktikoje geriau atsižvelgę ir užtikrinę individualizuotą priežiūrą, buvo kultūriškai kompetentesni.

Vertinant anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų pasirengimo teikti į pacientą orientuotą priežiūrą ryšį su kultūrine kompetencija, nustatytas tiesioginis vidutinio stiprumo ryšys ($r=0,541$; $p<0,001$). Taigi slaugytojai, kurie geriau pasirengę užtikrinti individualizuotą priežiūrą, pasižymėjo geresne kultūrine kompetencija ir atvirkščiai.

24 lentelė. Slaugytojų pasirengimo teikti į pacientą orientuotą priežiūrą ir kultūrinės kompetencijos elementų sąsajos (Spearman koreliacija (r))

	Kultūrinis sąmoningumas		Kultūrinės žinios		Kultūrinis jautrumas		Kultūriniai įgūdžiai		Kultūrinė kompetencija	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Bendravimas	0,286	0,000	0,249	0,001	0,237	0,001	0,229	0,002	0,276	0,000
Supratimas IP	0,448	0,000	0,308	0,000	0,397	0,000	0,383	0,000	0,449	0,000
Užtikrinimas IP	0,528	0,000	0,388	0,000	0,473	0,000	0,509	0,000	0,574	0,000
IPOS	0,537	0,000	0,371	0,000	0,459	0,000	0,469	0,000	0,541	0,000

*IPOS – į pacientą orientuota slauga

Lyginant anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų pasirengimo teikti į pacientą orientuotą slaugą elementų ir kultūrinio sąmoningumo sąsajų vertinimą įvairiose amžiaus kartose, nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp Y kartos atstovų kultūrinio sąmoningumo ir visų į pacientą orientuotos slaugos elementų vertinimo – apskaičiuotas teigiamas vidutinio stiprumo koreliacijos koeficientas. Kuo geriau vertinama Y kartos į pacientą orientuoto bendravimo, individualizuotos priežiūros supratimo bei užtikrinimo subskalės, tuo aukštesnis šios amžiaus kartos

kultūrinis sąmoningumas (atitinkamai $r=0,349$, $r=0,390$ ir $r=0,442$). Taip pat nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp X bei Kūdikių bumo kartos atstovų kultūrinio sąmoningumo ir individualizuotos priežiūros elementų vertinimo. Kuo geriau X bei Kūdikių bumo kartos respondentai vertina individualizuotos priežiūros supratimo bei užtikrinimo subskalės, tuo aukštesnis šios amžiaus kartos kultūrinis sąmoningumas. Taip pat nustatytas vidutinio stiprumo tiesinis ryšys tarp slaugytojų pasirengimo teikti į pacientą orientuotą slaugą ir kultūrinio sąmoningumo. Kuo geriau visų kartų respondentai pasirengę užtikrinti į pacientą orientuotą slaugą, tuo pasižymėjo geresniu kultūriniu sąmoningumu (žiūrėti 25 lentelę).

25 lentelė. Slaugytojų pasirengimo teikti į pacientą orientuotą slaugą ir kultūrinio sąmoningumo sąsajos (Spearman koreliacija (r))

Į pacientą orientuotos slaugos elementai	Y karta		X karta		Kūdikių bumo karta	
	r	p	r	p	r	p
Bendravimas – kultūrinis sąmoningumas	0,349	0,004	0,166	0,126	0,354	0,082
Supratimas IP	0,390	0,001	0,451	0,000	0,527	0,007
Užtikrinimas IP	0,442	0,000	0,549	0,000	0,531	0,006
IPOS	0,447	0,000	0,545	0,000	0,587	0,002

*IPOS – į pacientą orientuota slauga

Lyginant anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų pasirengimo teikti į pacientą orientuotą priežiūrą elementų ir kultūrinių žinių sąsajų vertinimą įvairiose amžiaus kartose, nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp Y kartos atstovų kultūrinių žinių ir individualizuotos priežiūros supratimo bei užtikrinimo elementų vertinimo – apskaičiuotas silpnas ryšys. Kuo geriau vertinama Y kartos individualizuotos priežiūros supratimo bei užtikrinimo subskalės, tuo geresnės šios amžiaus kartos kultūrinės žinios (atitinkamai $r=0,266$ ir $r=0,292$). Taip pat nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp X kartos atstovų kultūrinių žinių ir visų į pacientą orientuotos slaugos elementų vertinimo. Nustatytas silpnas tiesioginis ryšys tarp į pacientą orientuoto bendravimo bei kultūrinių žinių ($r=0,292$; $p=0,006$). Vidutinio stiprumo tiesinis ryšys nustatytas vertinant X amžiaus kartos kultūrinės žinias ir individualizuotos priežiūros supratimo bei užtikrinimo elementų vertinimą (atitinkamai $r=0,365$ bei $r=0,434$). Vertinant Y kartos respondentų pasirengimo teikti į pacientą orientuotą priežiūrą ir kultūrinių žinių sąsajas nustatytas statistiškai reikšmingas silpnas tiesinis ryšys ($r=0,288$; $p=0,017$). Vertinant X kartos respondentų pasirengimo teikti į pacientą orientuotą priežiūrą ir kultūrinių žinių sąsajas nustatytas statistiškai labai reikšmingas vidutinio stiprumo tiesinis ryšys ($r=0,436$; $p<0,001$). Tai rodo,

jog šių kartų slaugytojai, kurie buvo geriau pasirengę suteikti į pacientą orientuotos slaugos paslaugas turėjo geresnes kultūrinės žinias ir atvirkščiai. Lyginant pasirengimo teikti į pacientą orientuotą priežiūrą elementų ir kultūrinių žinių sąsajų vertinimą tarp Kūdikių bumo kartos respondentų statistiškai reikšmingų sąsajų nenustyta (žiūrėti 26 lentelę).

26 lentelė. Slaugytojų pasirengimo teikti į pacientą orientuotą slaugą ir kultūrinių žinių sąsajos (Spearman koreliacija (r))

Į pacientą orientuotos slaugos elementai	Y karta		X karta		Kūdikių bumo karta	
	r	p	r	p	r	p
Bendravimas – kultūrinės žinios	0,166	0,176	0,292	0,006	0,155	0,459
Supratimas IP	0,266	0,029	0,365	0,000	0,238	0,252
Užtikrinimas IP	0,292	0,016	0,434	0,000	0,395	0,050
ĮPOS	0,288	0,017	0,436	0,000	0,278	0,178

*ĮPOS – į pacientą orientuota slauga

Lyginant anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų pasirengimo teikti į pacientą orientuotą priežiūrą elementų ir kultūrinio jautrumo sąsajų vertinimą įvairiose amžiaus kartose, nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp visų kartų atstovų. Analizuojant Y bei Kūdikių bumo kartos sąsajas, nustatytas vidutinio stiprumo ryšys tarp kultūrinio jautrumo ir individualizuotos priežiūros supratimo bei užtikrinimo elementų vertinimo. Vertinant X kartos sąsajas, nustatytas silpnas ryšys tarp į pacientą orientuoto bendravimo bei kultūrinio jautrumo vertinimo ($r=0,248$; $p=0,021$) ir vidutinio stiprumo ryšys tarp kultūrinio jautrumo bei individualizuotos priežiūros supratimo ir užtikrinimo vertinimo (atitinkamai $r=0,420$ bei $r=0,460$). Vidutinio stiprumo ryšys nustatytas tarp visų amžiaus kartų anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų kultūrinio jautrumo bei pasirengimo teikti į pacientą orientuotą slaugą. Šis tiesioginis tiesinis ryšys parodo, jog respondentai, geriau pasirengę teikti į pacientą orientuotą priežiūrą yra kultūriškai jautresni ir atvirkščiai (žiūrėti 27 lentelę).

27 lentelė. Slaugytojų pasirengimo teikti į pacientą orientuotą slaugą ir kultūrinio jautrumo sąsajos (Spearman koreliacija (r))

Į pacientą orientuotos slaugos elementai	Y karta		X karta		Kūdikių bumų karta	
	r	p	r	p	r	p
Bendravimas – kultūrinis jautrumas	0,149	0,225	0,248	0,021	0,378	0,063
Supratimas IP	0,314	0,009	0,420	0,000	0,477	0,016
Užtikrinimas IP	0,448	0,000	0,460	0,000	0,406	0,044
ĮPOS	0,397	0,001	0,458	0,000	0,449	0,024

*ĮPOS – į pacientą orientuota slauga

Lyginant anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų pasirengimo teikti į pacientą orientuotą priežiūrą elementų ir kultūrinių įgūdžių sąsajų vertinimą įvairiose amžiaus kartose, nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp X bei Y kartų atstovų. Analizuojant Y bei X kartos sąsajas, nustatytas silpnas tiesioginis ryšys tarp kultūrinių įgūdžių ir į pacientą orientuoto bendravimo vertinimo (atitinkamai $r=0,240$ ir $r=0,241$). Taip pat nustatytas statistiškai reikšmingas vidutinio stiprumo ryšys tarp Y ir X kartos respondentų kultūrinių įgūdžių ir individualizuotos priežiūros supratimo bei užtikrinimo elementų vertinimo. Taip pat nustatytas vidutinio stiprumo ryšys tarp šių kartų respondentų pasirengimo teikti į pacientą orientuotą slaugą ir kultūrinių įgūdžių (atitinkamai $r=0,510$ ir $r=0,525$). Slaugytojai, geriau pasirengę teikti į pacientą orientuotą slaugą, turėjo geresnius kultūrinius įgūdžius. Lyginant pasirengimo teikti į pacientą orientuotą slaugą elementų ir kultūrinių įgūdžių sąsajų vertinimą tarp Kūdikių bumų kartos respondentų statistiškai reikšmingų sąsajų nenustyta (žiūrėti 28 lentelę).

28 lentelė. Slaugytojų pasirengimo teikti į pacientą orientuotą slaugą ir kultūrinių įgūdžių sąsajos (Spearman koreliacija (r))

Į pacientą orientuotos slaugos elementai	Y karta		X karta		Kūdikių bumų karta	
	r	p	r	p	r	p
Bendravimas – Kultūriniai įgūdžiai	0,240	0,049	0,241	0,025	0,128	0,542
Supratimas IP	0,434	0,000	0,405	0,000	0,210	0,313
Užtikrinimas IP	0,550	0,000	0,573	0,000	0,032	0,878

IPOS	0,510	0,000	0,525	0,000	0,124	0,556
-------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

*IPOS – į pacientą orientuota slauga

Lyginant anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų pasirengimo teikti į pacientą orientuotą priežiūrą elementų ir kultūrinės kompetencijos sąsajų vertinimą įvairiose amžiaus kartose, nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp Y bei X kartų atstovų. Analizuojant Y bei X kartos sąsajas, nustatytas vidutinio stiprumo koreliacinis ryšys tarp kultūrinės kompetencijos ir individualizuotos priežiūros supratimo bei užtikrinimo elementų vertinimo. Analizuojant X amžiaus kartos respondentų į pacientą orientuoto bendravimo bei kultūrinės kompetencijos vertinimą, nustatytas silpnas tiesioginis ryšys ($r=0,296$; $p=0,006$). Taip pat nustatytas vidutinio stiprumo koreliacinis ryšys tarp Y bei X kartų respondentų pasirengimo teikti į pacientą orientuotą slaugą ir kultūrinės kompetencijos (atitinkamai $r=0,494$ ir $r=0,611$). Y bei X amžiaus kartų slaugytojai, geriau pasirengę teikti į pacientą orientuotą slaugą, pasižymėjo geresne kultūrine kompetencija. Lyginant pasirengimo teikti į pacientą orientuotą slaugą elementų ir kultūrinės kompetencijos sąsajų vertinimą tarp Kūdikių bumų kartos respondentų statistiškai reikšmingų sąsajų nenustyta (žiūrėti 29 lentelę).

29 lentelė. Slaugytojų pasirengimo teikti į pacientą orientuotą slaugą ir kultūrinės kompetencijos sąsajos (Spearman koreliacija (r))

Į pacientą orientuotos slaugos elementai	Y karta		X karta		Kūdikių bumų karta	
	r	p	r	p	r	p
Bendravimas – Kultūrinė kompetencija	0,288	0,061	0,296	0,006	0,212	0,308
Supratimas IP	0,445	0,000	0,495	0,000	0,365	0,073
Užtikrinimas IP	0,521	0,000	0,641	0,000	0,341	0,095
IPOS	0,494	0,000	0,611	0,000	0,344	0,093

*IPOS – į pacientą orientuota slauga

Apibendrinant, slaugytojai, pasižymintys geresne bendravimo kokybe, geriau suprantantys ir užtikrinantys individualizuotą priežiūrą turėjo geresnes kultūrines žinias bei įgūdžius ir pasižymėjo didesniu kultūriniu sąmoningumu bei jautrumu. Slaugytojai, geriau pasirengę teikti į pacientą orientuotą priežiūrą, statistiškai reikšmingai pasižymėjo geresne kultūrine kompetencija.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Paciento ankstesnių susirgimų išsiaiškinimas bei supratimas, pagarba paciento įsitikinimams ir lūkesčiams yra į pacientą orientuoto bendravimo pagrindas. Norint užtikrinti į pacientą orientuotą bendravimą labai svarbu suprasti paciento perspektyvą, parodyti pacientui empatiją, išsamiai, suprantamai pateikti informaciją, tad tam reikalingi geri bendravimo įgūdžiai (105). Atlikto tyrimo metu išsiaiškinime, jog slaugytojai pasižymi gera bendravimo kokybe su pacientais ir geru bendravimo su pacientu lygiu. Tad tai įrodo, jog anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojai stengiasi užtikrinti informatyvų bendravimą, kad pacientai būtų edukuoti ir patenkinti ryšiais su slaugytojais. Hashim 2017 metais atliktas tyrimas atskleidė, kad į pacientą orientuotas bendravimas didina pacientų pasitikėjimą sveikatos priežiūros specialistais, tad pacientai geriau laikosi gydytojų rekomendacijų namuose, sumažėja vizitų skaičius pas šeimos gydytojus bei diagnostinių tyrimų skaičius (105). Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojai geriausiai vertina savo bendravimo įgūdžius vertindami siekiant suprasti pacientų sveikatos sutrikimus bei išsiaiškinti pacientų supratimą apie jų būklę. Kiek prasčiau vertina savo neverbalinės kalbos įgūdžius bei komunikaciją su pacientais apie jų bendrą būklę ir jos sunkumą. Slatore et al. atliktame tyrime (41) nustatė, kad slaugytojai geriausiai įsitraukia į bendravimą su pacientais biopsichosocialiniu lygiu, kuris atspindi informacijos pasikeitimą, paciento nuraminimą. Taip pat išklauso pacientą, skatina užduoti klausimus, išsakyti jausmus skatina dalyvauti priimančioms sprendimams. Bendras sprendimų priėmimas yra ne mažiau į pacientą orientuotos priežiūros dalis. 2017 metais Hess ir kt. atliktas tyrimas atskleidė, jog bendras sprendimų priėmimas gali sumažinti rehospitalizacijų skaičių, nes pacientai įtraukiami į priežiūrą, jie laiko nurodymų ir labiau rūpinasi savimi (106). Kitas tyrimas, atliktas Armstrong ir kt. (107) parodė, kad bendras sprendimų priėmimas gali padėti sumažinti pacientų nerimą dėl išlaidų, susijusių su sveikatos priežiūra, kadangi jie dažniausiai prisideda prie sprendimų priėmimo ir patys pasirenka, kas jiems yra priimtinausia.

Mūsų surinkta informacija atskleidė, jog sėkmingi tarpusavio santykiai tarp sveikatos priežiūros specialisto bei paciento ir jo artimųjų yra labai svarbi paciento ir artimųjų įtraukimo į priežiūrą dalis. Mūsų tyrimo metu nustatyta, kad slaugytojai, pasižymintys geresne bendravimo kokybe, geriau užtikrina į pacientą orientuotą priežiūrą ir atvirkščiai. 2016 metais autorių atliktas tyrimas atskleidė labai įdomius, panašius rezultatus: pacientai, kurie buvo įtraukti į savo priežiūros procesą, yra labiau patenkinti gautomis sveikatos priežiūros paslaugomis, nes pripažįsta, kad buvo priimti jiems tinkamiausi sprendimai (108).

Slaugytojai mano, kad gerai spranta individualizuotą priežiūrą ir jos principus, bendras klausimyno vidurkis buvo $3,99 \pm 0,67$ balo iš 5 galimų balų. Danaci ir Koc (108) tyrime slaugytojai panašiai įvertino savo supratimą (balų vidurkis $3,9 \pm 0,7$). Suhonen et al. tyrime (57), kuriame tirtas slaugytojų iš skirtingų šalių supratimas apie individualizuotą priežiūrą, nustatyta, kad slaugytojai iš Turkijos savo supratimą vertina gerai - $3,96 \pm 0,48$. Visų amžiaus kartų slaugytojai geriausiai suprato individualizuotos priežiūros užtikrinimą priimant su pacientų priežiūra susijusius sprendimus bei klinikinėse situacijose, kiek prasčiau asmeninio gyvenimo situacijose. Tokie patys rezultatai gauti ir anksčiau minėtuose tyrimuose (57, 108). Tad mūsų slaugytojai savo supratimą vertina ne prasčiau nei kitų šalių slaugytojai.

Mūsų tyrimo duomenys atskleidė, kaip slaugytojai užtikrina individualizuotą priežiūrą savo paskutinės pamainos metu. Bendras šio klausimyno vidurkis buvo $4,08 \pm 0,62$ balo iš 5 balų. Slaugytojai mano, kad užtikrina aukštos kokybės individualizuotą priežiūrą savo paskutinės pamainos metu. Slaugytojoms geriausiai sekėsi užtikrinti individualizuotą priežiūrą klinikinėse situacijose ($4,25 \pm 0,63$) bei priimant su priežiūra susijusius sprendimus ($4,07 \pm 0,74$). Tačiau slaugytojai manė, kad jie prasčiau užtikrina individualizuotą priežiūrą gyvenimiškose situacijose ($3,71 \pm 0,85$). Mūsų tyrimo rezultatai sutampa su ankstesnių tyrimų duomenimis (57, 1089). Slaugytojai mano, jog geriau užtikrina individualizuotą priežiūrą nei suprato esminius tokios priežiūros elementus.

Užsienio mokslininkų straipsniuose slaugytojų kultūrinė kompetencija nagrinėjama labai dažnai, tačiau būtent anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų kultūrinės kompetencijos tyrinėjimas aptinkamas retai. Apibendrinus anestezijos ir intensyvios terapijos slaugytojų kultūrinio sąmoningumo rezultatus paaiškėjo, jog jauniausioji Y amžiaus karta savo kultūrinį sąmoningumą vertina geriausiai, o vyriausioji kūdikių bumo karta prasčiausiai. Statistiškai reikšmingai dažniau slaugytojai, priklausantys jauniausiai Y kartai, sutiko, kad kiekvienas individas turi skirtingą supratimą apie kitas kultūras. Dauguma visų amžiaus kartų slaugytojų sutiko su visais kultūrinio sąmoningumo teiginiais ir tai parodo, jog slaugytojai supranta kultūros įtaką žmonių gyvenimui, gerbia tai, laiko svarbiu elementu sėkmingoje, kultūriškai atitinkamoje slaugos priežiūroje, o tai yra vienas svarbiausių kultūrinės kompetencijos bruožų. Hart ir bendraautorių (109) tyrime taip pat nustatė, kad slaugytojų asmeninis požiūris bei nusistatymai, stereotipai atspindi slaugytojų sąmoningumą, taigi ir kultūrinę kompetenciją. Anot Calza ir kt. (110) svarbu suprasti kultūrinę įtaką žmonių gyvenimui ir tai gerbti, nes jei kultūriniai skirtumai yra nesuprantami, negerbiami, jie tampa kliūtimis bei nesusipratimų, nepasitenkinimo ir konfliktų priežastimi.

Įvertinus anestezijos ir intensyvios terapijos slaugytojų tarpkultūrines žinias ir įgūdžius, nustatyta, kad Y ir X kartos slaugytojai savo žinias vertina geriau nei bendras visų apklaustųjų vidurkis,

o Kūdikių bumo kartos atstovai vertina savo kultūrinės žinias prasčiausiai. Šios kartos slaugytojai atskleidė, kad yra sunkiau nustatyti kultūrinėms grupėms būdingus sveikatos sutrikimus, trūksta žinių apie skirtingų kultūrų ligų atsiradimą. Jaunesnių kartų slaugytojai taip pat abejojo šiomis savo žiniomis. Tai parodo, kad anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojams trūksta informacijos bei žinių apie skirtingas kultūras, jų įpročius, požiūrį ir tai apsunkina joms galimybę suteikti visapusiškai kokybišką priežiūrą. Alpers ir Hanssen (111) savo tyrime taip pat gavo panašius duomenis. Jos teigia, kad su metais slaugytojų pasitikėjimas savo kultūrine kompetencija nedidėja. Manoma, kad patyrę slaugytojai supranta tarpkultūrinės slaugos priežiūros sudėtingumą bei įvairumą, todėl kritiškai vertina savo žinias, nes iš patirties žino, ko joms trūksta.

Analizuojant rezultatus, susijusius su slaugytojų kultūriniais įgūdžiais, pastebime panašumų. Kūdikių bumo kartos slaugytojai savo įgūdžius vertina prasčiau nei kitų kartų atstovai bei bendras visų respondentų vidurkis. Visų kartų slaugytojams nėra lengva surinkti informaciją apie skirtingų kultūrų pacientų įsitikinimus. Vidurinėsios kartos slaugytojai abejoja, ar gali mokyti bei duoti patarimų kolegoms slaugytojams apie skirtingų kultūrų pacientų slaugos priežiūrą ir jos planavimą, o vyriausios kartos atstovai sunkiau gali mokyti bei duoti patarimų apie skirtingų kultūrų požiūrį į ligą, ar nustatyti slaugos tikslus, atsižvelgiant į kultūrą. Visų kartų slaugytojai prasčiausiai vertina savo kultūrinius įgūdžius iš visų kultūrinės kompetencijos gebėjimų. Kultūrinių įgūdžių trūkumas sukelia pavojų, kad pacientų poreikiai nebus patenkinti, nesusipratimų, konfliktų rizika. Beer ir Chipps (7) savo straipsnyje teigia, kad kultūrinės žinios, socialiniai ir kultūriniai įgūdžiai turi sutapti ir prisidėti prie turimų techninių įgūdžių, nes tik taip bus pasiektas geriausias terapeutinis priežiūros rezultatas.

Analizuojant anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų kultūrinį jautrumą, gauti panašūs rezultatai, jog kūdikių bumo kartos slaugytojai savo kultūrinį jautrumą vertina prasčiausiai, žemiau nei bendras vidurkis visų respondentų, tačiau šį kartą atotrūkis nuo kitų kartų ne toks didelis. Dauguma visų kartų respondentų sutiko su visais kultūrinio jautrumo teiginiais. Slaugytojai vertina skirtingų kultūrų įvairovę, toleruoja jų įsitikinimus, elgesį, susijusį su sveikata. Tai parodo slaugytojų kompetenciją ir profesionalumą. Cai ir kt. (112) savo tyrime teigia, kad slaugytojai turi būti jautrūs kultūriniams skirtumams tarp įvairių klientų ir ypač skirtumams tarp savęs ir pacientų. Tik rodydami pagarbą pacientams, užuojautą, empatiją, stengiantis suprasti pacientus, slaugytojai gali ugdyti savo kultūrinį jautrumą. O šis gebėjimas yra labai svarbus stengiantis išvengti sveikatos priežiūros netolygumų.

IŠVADOS

1. Remiantis tyrimo duomenimis galime teigti, kad anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojai, pasižymintys geresne bendravimo kokybe, geriau suprato bei užtikrino individualizuotą priežiūrą. Statistiškai reikšmingai geriau X kartos respondentai, lyginant su Y ir Kūdikių bumo kartos respondентаis, supranta bei užtikrina individualizuotą priežiūrą intensyviosios terapijos skyriuose.
2. Tyrimo duomenys atskleidė, kad Y ir X kartos anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojai pasižymi gera kultūrine kompetencija. Y kartos respondentai priklauso kultūriškai įgūdusių lygiui, o X ir Kūdikių bumo kartos respondentai priklauso kultūriškai kompetentingų lygiui.
3. Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojai, pasižymintys geresne bendravimo kokybe, taip pat geriau suprantantys ir užtikrinantys individualizuotą priežiūrą, turėjo geresnes kultūrinės žinias bei įgūdžius ir pasižymėjo didesniu kultūriniu sąmoningumu bei jautrumu. Slaugytojai, geriau pasirengę teikti į pacientą orientuotą priežiūrą, statistiškai reikšmingai dažniau pasižymėjo geresne kultūrine kompetencija.

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Asmens sveikatos priežiūros įstaigų administracijai:

- ✓ Rekomenduojama darbuotojams rengti seminarus, paskaitas apie į pacientą orientuotos priežiūros užtikrinimą konkrečioje įstaigoje, kad slaugytojai žinotų, kokią priežiūrą turi įgyvendinti.
- ✓ Periodiškai atlikti tyrimus, susijusius su slaugytojų tarpkultūrine kompetencija, siekiant išsiaiškinti kylančias problemas, bei jas spręsti, sužinoti, ko trūksta slaugytojams.

Praktinės rekomendacijos slaugytojoms – slaugos administratorėms:

- ✓ Atsižvelgiant į slaugos praktikoje atsiradusius naujus iššūkius bei esamą tobulinimosi ir specializacijos kursų pasiūlą rekomenduoti sudaryti sąlygas slaugytojams vykti į kursus, kuriuose jie tobulintų bendravimo, komandinio darbo, techninius įgūdžius.
- ✓ Reguliariai, kas ketvirtį, vykdyti pacientų bei jų artimųjų anketinę apklausą, kuri atspindėtų skyriaus slaugos paslaugų kokybę.

Praktinės rekomendacijos slaugytojams:

- ✓ Visus pacientus įtraukti į jų individualaus slaugos plano sudarymą.
- ✓ Paciento individualų slaugos planą palikti palatoje tam skirtoje vietoje, kad šeimos nariams ir pacientams jie būtų pasiekiami.
- ✓ Gerbti paciento kasdienio gyvenimo rutiną, sudaryti palankias sąlygas
- ✓ Gerbti ir atsižvelgti į paciento vertybes priimant sprendimus, padrąsinti pacientus identifikuoti sprendimus egzistuojančioms problemoms.
- ✓ Dalyvauti mokslinėse praktinėse konferencijose, seminaruose, paskaitose apie tarpkultūrinės kompetencijos ugdymą bei savo į pacientą orientuotos priežiūros įgūdžių gerinimą.
- ✓ Teikti siūlymus vyresniajai slaugytojai - slaugos administratorėi dėl kultūriškai kompetentingos į pacientą orientuotos priežiūros kokybės gerinimo

Slaugos programos dėstytojams:

- ✓ Organizuoti mokymus bei seminarus apie kultūrinės kompetencijas studentams bei slaugytojams, kuriuose dalyvautų ir užsienio studentai, studijuojantys LSMU slaugos programoje, tiek įvairių amžinių grupių slaugytojai.

MOKSLO PRANEŠIMŲ, PUBLIKACIJŲ SĄRAŠAS

1. Goštautaitė S, Blaževičienė A. Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų pasirengimas teikti į pacientą orientuotą priežiūrą. XXI-oji tarptautinė mokslinė-praktinė konferencija „Į sveiką gyvenseną ir skaidrią būtį Vydūno keliu“ 2020 m. kovo 20 d., Klaipėdos universitetas.

Konferencija perkelta į 2020 spalio mėnesį.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Hwang JI, Kim SW, Chin HJ. Patient Participation in Patient Safety and Its Relationships with Nurses' Patient-Centered Care Competency, Teamwork, and Safety Climate. *Asian Nurs Res* (Korean Soc Nurs Sci). 2019; 13 (2): 130-136.
2. Hawley ST, Morris AM. Cultural challenges to engaging patients in shared decision making. *Patient Educ Couns*. 2017; 100 (1): 18-24.
3. Brooks LA, Bloomer MJ, Manias E. Culturally sensitive communication at the end-of-life in the intensive care unit: A systematic review. *Aust Crit Care*. 2019; 32 (6): 516-523.
4. Kramer LW. Generational Diversity. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2010; 29 (3): 125–128.
5. Moore J, Everly M, Bauer R. Multigenerational Challenges: Team-Building for Positive Clinical Workforce Outcomes. *Online J Issues Nurs*. 2016; 21 (2): 3.
6. Cabrera-Barona P, Blaschke T, Kienberger S. Explaining Accessibility and Satisfaction Related to Healthcare: A Mixed-Methods Approach. *Soc Indic Res*. 2017; 133 (2): 719-739.
7. Cuevas AG, O'Brien K, Saha S. What is the key to culturally competent care: Reducing bias or cultural tailoring? *Psychol Health*. 2017; 32 (4): 493-507.
8. Murgic L, Hébert PC, Sovic S, Pavlekovic G. Paternalism and autonomy: views of patients and providers in a transitional (post-communist) country. *BMC Med Ethics*. 2015; 16 (1): 1-9.
9. Čivinskienė V, Riklikienė O, Blaževičienė A. Slaugytojų vaidmenys, slaugant pacientus jų gyvenimo pabaigoje. *Slauga. Mokslas ir praktika*. 2014; 211 (7): 8-10.
10. Fix GM, VanDeusen Lukas C, Bolton RE, Hill JN, Mueller N, LaVela SL, et al. Patient-centred care is a way of doing things: How healthcare employees conceptualize patient-centred care. *Health Expect*. 2018; 21 (1): 300–307.
11. Kumar R, Chattu VK. What is in the name? Understanding terminologies of patient-centered, person-centered, and patient-directed care. *J Family Med Prim Care*. 2018; 7 (3): 487–488.
12. Tang LL. Emancipatory reflection on a nursing practice-based ethical issue about nurses' paternalistic decision-making for patients. *Front. Nurs*. 2019; 6 (1): 19-26.
13. Drury C, Hunter J. The Hole in Holistic Patient Care. *Open J. Nurs*. 2016; 6: 776-792.
14. Zamanzadeh V, Jasemi M, Valizadeh L, Keogh B, Taleghani F. Effective factors in providing holistic care: a qualitative study. *Indian J Palliat Care*. 2015; 21(2): 214–224.
15. Papathanasiou I, Sklavou M, Kourkouta L. Holistic Nursing Care: Theories and Perspectives. *Am. J Nurs Sci*. 2013; 2 (1): 1-5.

16. Jasemi M, Valizadeh L, Zamanzadeh V, Keogh B. A Concept Analysis of Holistic Care by Hybrid Model. *Indian J Palliat Care*. 2017; 23 (1): 71–80.
17. Selimen D, Andsoy II. The importance of a holistic approach during the perioperative period. *AORN J*. 2011; 93 (4): 82–87.
18. Jackson JC, Santoro MJ, Ely TM, Boehm L, Kiehl AL, Anderson LS et al. Improving patient care through the prism of psychology: application of Maslow's hierarchy to sedation, delirium, and early mobility in the intensive care unit. *J Crit Care*. 2014; 29 (3): 438-444.
19. Taormina R, Gao J. Maslow and the Motivation Hierarchy: Measuring Satisfaction of the Needs. *Am J Psychol*. 2013; 126 (2): 155-177.
20. Karnatovskaia LV, Gajic O, Bienvenu OJ, Stevenson JE, Needham DM. A holistic approach to the critically ill and Maslow's hierarchy. *J Crit Care*. 2015; 30 (1): 210–211.
21. Mazzotta C. Biomedical approaches to care and their influence on point of care nurses: a scoping review. *J Nurs Educ*. 2016; 6 (8): 93-101.
22. Delaney LJ. Patient-centred care as an approach to improving health care in Australia. *Collegian*. 2018; 25 (1): 119–123.
23. McLeod SA. Maslow's hierarchy of needs. *Simply Psychology*. 2020. [Internet] [cited 2020. 05. 10] Prieiga internete: <https://www.simplypsychology.org/maslow.html>
24. Greene SM, Tuzzio L, Cherkin D. A framework for making patient-centered care front and center. *Perm J*. 2012; 16 (3): 49–53.
25. Kuipers SJ, Cramm JM, Nieboer AP. The importance of patient-centered care and co-creation of care for satisfaction with care and physical and social well-being of patients with multi-morbidity in the primary care setting. *BMC Health Serv Res*. 2019; 19 (13): 1-9.
26. Baker A. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. *BMJ*. 2001; 323: 1192-1195.
27. Billingsley R. Working together to improve the patient experience. *Nurs Manage*. 2015; 46 (4): 11–13.
28. Boström E. Proximity and distance: challenges in person-centred care for diabetes specialist nurses in primary health care [daktaro disertacija]. [Umeå]: Umeå University, Faculty of Medicine, Department of Nursing; 2013. 63 p.
29. Luxford K, Safran DG, Delbanco T. Promoting patient-centered care: a qualitative study of facilitators and barriers in health care organizations with a reputation for improving the patient experience *Int J Qual Health Care*. 2011; (23) 5: 510–515.

30. Scholl I, Zill JM, Härter M, Dirmaier J. An Integrative Model of Patient-Centeredness – A Systematic Review and Concept Analysis. *PLoS ONE*. 2014; 9 (9): 1-9.
31. Delbanco T, Gerteis M. A patient-centered view of the clinician-patient relationship. [Elektroninis dokumentas] [cituota 2019 12 10]. Prieiga: <https://www.uptodate.com/contents/a-patient-centered-view-of-the-clinician-patient-relationship>.
32. Sailsman AM, Halley-Boyce JA, Sailsman AM. Patient-centered care coordination in population health case management. *Nurse Care Open Acces J*. 2018; 5 (4): 244-247.
33. Otero C, Luna D, Marcelo A, Househ M, Mandirola H, Curioso W et al. Why Patient Centered Care Coordination Is Important in Developing Countries? Contribution of the IMIA Health Informatics for Development Working Group. *Yearb Med Inform*. 2015; 10 (1): 30–33.
34. Ogden K, Barr J, Greenfield D. Determining requirements for patient-centred care: a participatory concept mapping study. *BMC Health Serv Res*. 2017; 17 (1): 1-11.
35. Eklöf N, Hupli M, Leino-Kilpi H. Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland. *Public Health Nurs*. 2015; 32 (2): 143-150.
36. Hensley MA. Patient-centered care and psychiatric rehabilitation: What's the connection? *Psychiatr Rehabil J*. 2014; 18 (2): 62-68.
37. Herrin J, Harris KG, Kenward K, Hines S, Joshi MS, Frosch DL. Patient and family engagement: a survey of US hospital practices. *BMJ Qual Saf*. 2016; 25 (3): 182-189.
38. Rustad E, Cronfalk B, Furnes B, Dysvik E. Continuity of Care during Care Transition: Nurses' Experiences and Challenges. *Open J. Nurs*. 2017; 7 (2): 277-293.
39. Hirschman K, Shaid E, McCauley K, Pauly M, Naylor M. Continuity of Care: The Transitional Care Model. *Online J Issues Nurs*. 2015; 20 (3): 1-3.
40. Hong YR, Samuels SK, Huo JH, Lee N, Mansoor H, Duncan RP. Patient-centered care factors and access to care: a path analysis using the Andersen behavior model. *Public health*. 2019; 171: 41-49.
41. Slatore CG, Hansen L, Ganzini L, Press N, Osborne ML, Chesnutt MS, Mularski RA. Communication by nurses in the intensive care unit: qualitative analysis of domains of patient-centered care. *Am J Crit Care*. 2012; 21 (6): 410–418.
42. Gainer RA, Curran J, Buth KJ, David JG, Légaré J-F, Hirsch GM. Toward Optimal Decision Making among Vulnerable Patients Referred for Cardiac Surgery: A Qualitative Analysis of Patient and Provider Perspectives. *Med Decis Making*. 2017; 37 (5): 600-610.
43. Santana MJ, Ahmed S, Lorenzetti D, Jolley R, Manalili K, Zelinsky S, et al. Measuring patient-centred system performance: a scoping review of patient-centred care quality indicators. *BMJ Open*, 2019; 9 (1): 1-10.

44. Ulin K, Malm D, Nygårdh A. What Is Known About the Benefits of Patient-Centered Care in Patients with Heart Failure. *Curr. Heart Fail. Rep.* 2015; 12 (6): 350–359.
45. Esmaeili M, Cheraghi MA, Salsali M. Critical Care Nurses' Understanding of the Concept of Patient-Centered Care in Iran. A Qualitative Study. *Holist. Nurs. Pract.* 2014; 28 (1): 31–37.
46. van Mol MMC, Brackel M, Kompanje EJO, Gijsbers L, Nijkamp MD, Girbes ARJ, et al. Joined forces in person-centered care in the intensive care unit: a case report from the Netherlands. *J. Compassionate Health Care.* 2016; 3(5): 1-7.
47. Schandl A, Falk AC, Frank C. Patient participation in the intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs.* 2017; 42:105-109.
48. Tonelli MR. Person-centered care in intensive care medicine. *Int J Pers Cent Med.* 2013; 3 (1): 23-26.
49. Olding M, McMillan SE, Reeves S, Schmitt MH, Puntillo K, Kitto S. Patient and family involvement in adult critical and intensive care settings: a scoping review. *Health Expect.* 2016; 19 (6): 1183-1202.
50. Hetland B, McAndrew N, Perazzo J, Hickman R. A qualitative study of factors that influence active family involvement with patient care in the ICU: Survey of critical care nurses. *Intensive Crit Care Nurs.* 2018; 44: 67-75.
51. Cronenwett L, Sherwood G, Pohl J, Barnsteiner J, Moore S, Sullivan DT, et al. Quality and safety education for advanced nursing practice. *Nurs Outlook.* 2009; 57(6): 338-348.
52. Al-Mutair AS, Plummer V, O'Brien A, Clerehan R. Family needs and involvement in the intensive care unit: a literature review *J Clin Nurs.* 2013; 22: 1805–1817.
53. Riley BH, White J, Graham S, Alexandrov A. Traditional/Restrictive vs Patient-Centered Intensive Care Unit Visitation: Perceptions of Patients' Family Members, Physicians, and Nurses. *Am J Crit Care.* 2014; 23 (4): 316–324.
54. Savel RH, Munro CL. The Importance of Spirituality in Patient-Centered Care. *Am J Crit Care.* 2014; 23 (4): 276–278.
55. Garrouste-Orgeas M, Willems V, Timsit J-F et al. Opinions of families, staff, and patients about family participation in care in intensive care units. *Journal of Critical Care,* 2010; 25: 634–640.
56. Suhonen R, Gustafsson ML, Katajisto J, Välimäki M, Leino-Kilpi H. Individualized care scale – nurse version: a Finnish validation study. *J Eval Clin Pract.* 2010; 16 (1): 145-154.
57. Suhonen R, Gustafsson ML, Katajisto J, Välimäki M, Leino-Kilpi H. Nurses' perceptions of individualized care. *J. Adv. Nurs.* 2010; 66 (5): 1035-1046.

58. Goldfarb MJ, Bibas L, Bartlett V, Jones H, Khan N. Outcomes of Patient- and Family-Centered Care Interventions in the ICU. *Crit Care Med.* 2017; 45 (10): 1751–1761.
59. Cabrini L, Landoni G, Antonelli M, Bellomo R, Colombo S, Negro A, et al. Critical care in the near future: patient-centered, beyond space and time boundaries. *Minerva Anesthesiol.* 2015; 82 (5): 599-604.
60. Jakimowicz S, Perry L. A concept analysis of patient-centred nursing in the intensive care unit. *J Adv Nurs.* 2015; 71 (7): 1499-1517.
61. Esmaeili M, Ali Cheraghi M, Salsali M. Barriers to patient-centered care: a thematic analysis study. *Int J Nurs Knowl.* 2014; 25 (1): 2-8.
62. Kiwanuka, F, Shayan, SJ, Tolulope, AA. Barriers to patient and family-centred care in adult intensive care units: A systematic review. *Nurs. Open.* 2019; 6: 676– 684.
63. Moore L, Britten N, Lydahl D, Naldemirci Ö, Elam M, Wolf A. Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. *Scand J Caring Sci.* 2017; 31 (4): 662–673.
64. Lloyd B, Elkins M, Innes L. Barriers and enablers of patient and family centred care in an Australian acute care hospital: Perspectives of health managers. *Patient Exp J.* 2018; 5 (3): 55-64.
65. Murgic L, Hébert PC, Sovic S, Pavlekovic G. Paternalism and autonomy: views of patients and providers in a transitional (post-communist) country. *BMC Med Ethics.* 2015; 16 (1): 1-9.
66. Fix GM, VanDeusen Lukas C, Bolton RE, Hill JN, Mueller N, LaVela SL, et al. Patient-centred care is a way of doing things: How healthcare employees conceptualize patient-centred care. *Health Expect.* 2018; 21 (1): 300–307.
67. Kumar R, Chattu VK. What is in the name? Understanding terminologies of patient-centered, person-centered, and patient-directed care. *J Family Med Prim Care.* 2018; 7 (3): 487–488.
68. Tang LL. Emancipatory reflection on a nursing practice-based ethical issue about nurses' paternalistic decision-making for patients. *Front. Nurs.* 2019; 6 (1): 19-26.
69. Ahn JW. Structural Equation Modeling of Cultural Competence of Nurses Caring for Foreign Patients. *J Korean Acad Nurs.* 2017; 11 (1): 65-73.
70. Murcia SEA, Lopez L. The experience of nurses in care for culturally diverse families: A qualitative meta-synthesis. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2016; 24: 1 – 11.
71. Cai D, Kunaviktikul W, Klunklin A, Sripusanapan A, Avant PK. Identifying the essential components of cultural competence in a Chinese nursing context: A qualitative study. *Nurs Health Sci.* 2017; 19(2):157-162.

72. Butler M, McCreedy E, Schwer N, Burgess D, Call K, Przedworski J. et al. Improving Cultural Competence To Reduce Health Disparities. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2016. 170 p.
73. Truong M, Paradies Y, Priest N. Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews. *BMC Health Serv Res.* 2014; 14 (99): 1-17.
74. Debiase LB, Selleck CS. Cultural Competence Training for Primary Care Nurse Practitioners: An Intervention to Increase Culturally Competent Care. *J Cult Divers.* 2017; 24 (2): 39-45.
75. Shen Z. Cultural Competence Models and Cultural Competence Assessment Instruments in Nursing: A Literature Review. *J Transcult Nurs.* 2015; 26 (3): 308-321.
76. Almutari AF, McCarthy A, Gardner GE. Understanding cultural competence in a multicultural nursing workforce: registered nurses experience in Saudi Arabia. *J Transcult Nurs.* 2015; 26(1): 16-23.
77. Henderson S, Horne M, Hills R, Kendall E. Cultural competence in healthcare in the community: A concept analysis. *Health Soc Care Community.* 2018; 00: 1-14.
78. Pulido-Fuentes M, González LA, Vieira Martins MFS, Flores Martos JA. Health Competence from a Transcultural Perspective. Knowing how to Approach transcultural Care. *Procedia Soc Behav Sci.* 2017; 237 (21): 365-372.
79. Campinha-Bacote J. A Culturally Competent Model Of Care for African Americans. *Urol Nurs.* 2009; 29 (1): 49-54.
80. Papadopoulos I, Shea S, Taylor G, Pezzella A, Foley L. Developing tools to promote culturally competent compassion, courage, and intercultural communication in healthcare. *J Compassionate Health Care.* 2016; 3 (2): 1-10.
81. Weber JR, Kelley JH. *Health Assessment in Nursing.* 5 leidyimas. Filadelfija: Lippincott Williams and Wilkins; 2014. 912 p.
82. Ohana S, Mash R. Physician and patient perceptions of cultural competency and medical compliance. *Health Educ Res.* 2015; 6 (30): 923-934.
83. Stein K. Moving Cultural Competency from Abstract to Act. *J Am Diet Assoc.* 2010; 110 (5): 180-187.
84. Williamson M, Harrison L. Providing culturally appropriate care: A literature review. *Int J Nurs. Stud.* 2010; 47(6): 761-769.
85. Beer J, J Chipps. A survey of cultural competence of critical care nurses in KwaZulu-Natal. *SAJCC.* 2014; 30 (2): 50-54.

86. Julie Benbenishty J, Biswas S. Cultural Competence in Critical Care: Case Studies in the ICU. *J. Mod. Educ. Rev.* 2015; 5 (7): 723-728.
87. Ella T. Heitzler. Cultural Competence of Obstetric and Neonatal Nurses. *JOGNN.* 2017; 46 (3): 423–433.
88. Renzaho AM, Romios P, Crock C, Sønderlund AL. The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient-centered health care—a systematic review of the literature. *INT J Qual Health C.* 2013; 3 (25): 261–269.
89. Campinha-Bacote J. Delivering Patient-Centered Care in the Midst of a Cultural Conflict: The Role of Cultural Competence. *Online J Issues Nurs.* 2011; 2 (16).
90. Hasnain M., Connell KJ, Menon U, Tranmer PA. Patient-Centered Care for Muslim Women: Provider and Patient Perspectives. *J Womens Health.* 2011; 20 (1): 73 –83.
91. Saha S, Beach MC, Cooper LA. Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality. *J Natl Med Assoc.* 2008; 100 (11): 1275-1285.
92. Childs B, Cypress M, Spollett G. Complete nurse's guide to diabetes care. 3rd edition. Arlington, VA : American Diabetes Association; 2017. 664 p.
93. Darnell LK, Hickson SV. Cultural Competent Patient-Centered Nursing Care. *Nurs Clin North Am.* 2015; 50 (1), 99–108.
94. Vuković M, Gvozdenović BS, Stamatović-Gajić B, Ilić M, Gajić T. Development and Evaluation of the Nurse Quality of Communication with Patient Questionnaire. *Srp Arh Celok Lek.* 2010; 138 (1-2): 79-84.
95. Suhonen R, Gustafsson M-L, Katajisto J, Välimäki M, Leino-Kilpi H. Individualised Care Scale – Nurse version: A Finnish validation study. *J Eval Clin Pract.* 2010; 16 (1): 145-154.
96. Perng SJ, Watson R. Construct validation of the Nurse Cultural Competence Scale: a hierarchy of abilities. *J Clin Nurs.* 2012; 21: 1678-1684.
97. Coburn AS, Hall SJ. Generational differences in nurses' characteristics, job satisfaction, quality of work life, and psychological empowerment. *J Hosp Adm,* 2014; 3(5): 124-134.
98. Bell JA. Five Generations in the Nursing Workforce. *J Nurse Prof Dev.* 2013; 295(4): 205-210.
99. Hendricks JM, Cope VC. Generational diversity: what nurse managers need to know. *J Adv Nurs,* 2013; 69 (3): 717-725.
100. Valickas, A, Jakštaitė K. Different generations' attitudes towards work and management in the business organizations. *HRM & E,* 2017; 1(21): 108-119.

101. Stevanin S, Palese A, Bressan V, Vehviläinen-Julkunen K, Kvist T. Workplace-related generational characteristics of nurses: a mixed-method systematic review. *J Adv Nurs*, 2018; 74(6): 1245-1263.
102. Keepnews DM, Brewer CS, Kovner CT, Shin JH. Generational differences among newly licensed registered nurses. *Nurs Outlook*. 2010; 58(3): 155-163.
103. Blanca MJ, Alarcón R, Arnau J, Bono R, Bendayan R. Non-normal data: Is ANOVA still a valid option? *Psicothema*. 2017; 29 (4): 552-557.
104. Sullivan LM, Weinberg J, Keaney JF Jr. Common Statistical Pitfalls in Basic Science Research. *J Am Heart Assoc*. 2016; 5 (10): 1-9.
105. Hashim MJ. Patient-Centered Communication: Basic Skills. *Am Fam Physician*. 2017; 95 (1): 29-34.
106. Hess EP, Hollander JE, Schaffer JT, Kline JA, Torres CA, Diercks DB et al. Shared decision making in patients with low risk chest pain: prospective randomized pragmatic trial. *BMJ*. 2016; 355.
107. Armstrong MJ, Shulman LM, Vandigo J, Mullins CD. Patient engagement and shared decision-making: What do they look like in neurology practice?. *Neurol Clin Pract*. 2016; 6 (2): 190 –197.
108. Ambigapathy R, Chia YC, Ng CJ. Patient involvement in decision-making: a cross-sectional study in a Malaysian primary care clinic. *BMJ Open*. 2016; 6 (1).
109. Hart PL, Mareno N. Cultural challenges and barriers through the voices of nurses. *J Clin Nurs*. 2014; 23 (15-16): 2223-2232.
110. Calza S, Rossi S, Bagnasco A, Sasso L. Exploring Factors Influencing Transcultural Caring Relationships in the Pediatric Stem Cell Transplant Setting: An Explorative Study. *Issues Compr Pediatr Nurs*. 2015; 9: 1-17.
111. Alpers LM, Hanssen, I. Caring for ethnic minority patients: A mixed method study of nurses' self-assessment of cultural competency. *Nurse Education Today*. 2014; 34 (6):999-1004.
112. Cai D, Kunaviktikul W, Klunklin A, Sripusanapan A, Avant PK. Identifying the essential components of cultural competence in a Chinese nursing context: A qualitative study. *Nurs Health Sci*. 2017; 19(2): 157-162.