

LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS
MEDICINOS AKADEMIJA

Justė Kivilienė

**MOKSLO ĮRODYMAIS GRINDŽIAMOS
SLAUGOS IR PROFESINĖS PRAKTIKOS
APLINKOS VEIKSNIŲ ANALIZĖ
LIETUVOS LIGONINĖSE**

Daktaro disertacija
Medicinos ir sveikatos mokslai,
slauga (M 005)

Kaunas, 2026

Disertacija rengta 2020–2025 metais Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Slaugos fakulteto Slaugos klinikoje.

Mokslinė vadovė

prof. dr. Aurelija Blaževičienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, slauga – M 005).

Disertacija ginama Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Slaugos mokslo krypties taryboje:

Pirmininkė

prof. dr. Olga Riklikienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, slauga – M 005).

Narės:

prof. dr. Daiva Petruševičienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, slauga – M 005);

prof. dr. Inesa Rimdeikienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, slauga – M 005);

prof. dr. Ilona Bučiūnienė (ISM Vadybos ir ekonomikos universitetas, socialiniai mokslai, vadyba – S 003);

prof. dr. Kristina Mikkonen (Oulu universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, slauga – M 005).

Disertacija bus ginama viešajame Slaugos mokslo krypties tarybos posėdyje 2026 m. kovo mėn. 24 d. 11 val. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Slaugos fakulteto 114 auditorijoje.

Disertacijos gynimo vietos adresas: Eivenių g. 2, LT-50161 Kaunas, Lietuva.

LITHUANIAN UNIVERSITY OF HEALTH SCIENCES
MEDICAL ACADEMY

Justė Kivilienė

**ANALYSIS OF ENVIRONMENTAL
FACTORS IN EVIDENCE-BASED NURSING
AND PROFESSIONAL PRACTICE IN
LITHUANIAN HOSPITALS**

Doctoral Dissertation
Medical and Health Sciences,
Nursing (M 005)

Kaunas, 2026

Dissertation has been prepared at the Department of Nursing of the Faculty of Nursing of Lithuanian University of Health Sciences during the period of 2020–2025.

Scientific Supervisor

Prof. Dr. Aurelija Blaževičienė (Lithuanian University of Health Sciences, Medical and Health Sciences, Nursing – M 005).

Dissertation is defended at the Nursing Research Council of the Medical Academy of Lithuanian University of Health Sciences:

Chairperson

Prof. Dr. Olga Riklikienė (Lithuanian University of Health Sciences, Medical and Health Sciences, Nursing – M 005).

Members:

Prof. Dr. Daiva Petruševičienė (Lithuanian University of Health Sciences, Medicine and Health Sciences, Nursing – M 005);

Prof. Dr. Inesa Rimdeikienė (Lithuanian University of Health Sciences, Medicine and Health Sciences, Nursing – M 005);

Prof. Dr. Ilona Bučiūnienė (ISM University of Management and Economics, Social Sciences, Management – S 003);

Prof. Dr. Kristina Mikkonen (University of Oulu, Medical and Health Sciences, Nursing – M 005).

Dissertation will be defended at the open session of the Nursing Research Council of the Lithuanian University of Health Sciences at 11 a.m. on 24th of March 2026 in Auditorium No. 114 of the Faculty of Nursing of the Lithuanian University of Health Sciences.

Address: Eivenių 2, LT-50161 Kaunas, Lithuania.

TURINYS

SANTRUMPOS.....	7
SĄVOKOS.....	8
ĮVADAS.....	9
DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI.....	13
1. LITERATŪROS APŽVALGA.....	14
1.1. Mokslo įrodymais grindžiama slauga.....	14
1.1.1. Mokslo įrodymais grindžiamos slaugos praktikos raida.....	14
1.1.2. Mokslo įrodymais grindžiamos slaugos poveikis paslaugų kokybei....	18
1.2. Veiksniai, turintys įtakos mokslo įrodymais grindžiamos slaugos praktikos naudojimui.....	21
1.2.1. Mokslo įrodymais grindžiamos slaugos taikymą skatinantys veiksniai.....	21
1.2.2. Mokslo įrodymais grindžiamos slaugos taikymo kliūtys.....	26
1.3. Profesinės darbo aplinkos įtaka mokslo įrodymais grindžiamos slaugos naudojimui.....	32
1.3.1. Organizacijos kultūra.....	32
1.3.2. Išteklių prieinamumas profesinėje darbo aplinkoje.....	35
1.3.3. Komandinis bendradarbiavimas.....	38
1.3.4. Nepageidaujami įvykiai.....	40
1.4. Tyrimo problemos teorinis pagrindimas.....	44
1.4.1. Klinikinis sprendimų priėmimas.....	44
1.4.2. Trys mokslo įrodymais grindžiamos praktikos ramsčiai.....	48
1.4.3. Mokslo įrodymų pritaikymas slaugos praktikoje.....	52
2. TYRIMO METODIKA.....	57
2.1. Tyrimo organizavimas ir imtis.....	57
2.2. Tyrimo instrumentai.....	58
2.3. Tyrimo duomenų rinkimas.....	61
2.4. Tyrimo etika.....	61
2.5. Duomenų analizės metodai.....	62
2.5.1. Statistinė tyrimo duomenų analizė.....	62
2.5.2. Kokybinio tyrimo duomenų analizė.....	63
2.5.3. Mišrių metodų analizė.....	64
2.6. Tyrime dalyvavusių respondentų bendrosios charakteristikos.....	65

3. REZULTATAI	67
3.1. Slaugytojų požiūris į mokslo įrodymais grindžiamą slaugos praktiką bei kompetenciją ją taikyti	67
3.1.1. Slaugytojų požiūris į mokslo įrodymais grindžiamą slaugos praktiką.....	67
3.1.2. Kliūtys ir parama mokslinių tyrimų taikymui praktikoje.....	75
3.2. Slaugytojų profesinės darbo aplinkos vertinimas.....	82
3.3. Slaugytojų požiūris į nepageidaujamų įvykių pranešimo procesą.....	89
3.4. Sąsajos tarp slaugytojų profesinės darbo aplinkos, pranešimų apie nepageidaujamus įvykius ir slaugytojų požiūrio į mokslo įrodymais grindžiamą slaugos praktiką	93
3.5. Slaugytojų patirtys taikant mokslo įrodymais grindžiamą slaugos praktiką kasdienėje veikloje	103
3.6. Slaugytojų patirtys taikant mokslo įrodymais grindžiamą slaugos praktiką ir jų sąsajos su profesine darbo aplinka, pranešimais apie nepageidaujamus įvykius ir požiūriu į mokslo įrodymais grindžiamą slaugos praktiką	110
4. REZULTATŲ APTARIMAS.....	125
DARBO RIBOTUMAI	135
IŠVADOS	136
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS	138
SUMMARY	139
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	167
MOKSLO PUBLIKACIJŲ, PRANEŠIMŲ SĄRAŠAS	177
PRIEDAI	178
CURRICULUM VITAE	180
PADĖKA / ACKNOWLEDGMENT	181

SANTRUMPOS

CDSS	–	klinikinių sprendimų paramos sistemos (angl. <i>Clinical Decision Support Systems</i>)
CQI	–	nuolatinis kokybės gerinimas (angl. <i>Continuous Quality Improvement</i>)
DI	–	dirbtinis intelektas
EBPAS-50	–	Požiūrio į įrodymais grįstą praktiką skalė (angl. <i>Evidence-Based Practice Attitude Scale 50</i>)
GS	–	galimybių santykis
LSMU	–	Lietuvos sveikatos mokslų universitetas
MĮG	–	mokslo įrodymais grindžiama
NEWS2	–	„National Early Warning Score 2“ skalė
NĮ	–	nepageidaujami įvykiai (angl. <i>Adverse Events (AE)</i>)
p	–	reikšmingumo lygmuo
PARIHS	–	Veiksmų skatinimo diegiant tyrimų rezultatus sveikatos priežiūros srityje modelis (angl. <i>Promoting Action on Research Implementation in Health Services</i>)
PDSA	–	Plan–Do–Study–Act (liet. planuok, daryk, tirk, veik) ciklas
PI	–	pasikliautinas intervalas (angl. <i>Confidence Interval (CI)</i>)
PPE	–	Personalo profesinės aplinkos suvokimo skalė (angl. <i>Professional Practice Environment Scale</i>)
PSO	–	Pasaulio sveikatos organizacija
RoCAES	–	Pranešimų apie nepageidaujamus įvykius vertinimo skalė (angl. <i>Reporting of Clinical Adverse Event Scale</i>)
vs.	–	palyginti su (lot. <i>versus</i>)
χ^2	–	chi kvadrato kriterijus

SAVOKOS

Klinikinių sprendimų priėmimas – šio proceso metu, remiantis įrodymais, žiniomis ir patirtimi, priimami pagrįsti sprendimai dėl paciento priežiūros. Tai apima duomenų rinkimą ir interpretavimą, alternatyvų vertinimą ir tinkamiausio veiksmų plano pasirinkimą, siekiant teigiamų paciento rezultatų, kartu mažinant žalą. Šis procesas apima tokius veiksmus kaip vertinimas, diagnozė, planavimas ir įgyvendinimas, taip pat atsižvelgiama į tam tikrus veiksnius, pvz., paciento duomenys ir pageidavimai [1].

Mokslo įrodymais grindžiama slauga – sąmoningas geriausių prieinamų tyrimų įrodymų derinimas su klinicine patirtimi ir pacientų vertybėmis, siekiant pagrįsti slaugos sprendimus. Tai apima naujausios, tyrimais pagrįstos informacijos iš aukštos kokybės tyrimų naudojimą kartu su slaugytojo patirtimi ir individualiais pacientų pageidavimais, siekiant užtikrinti veiksmingą ir aukštos kokybės pacientų priežiūrą [2].

Nepageidaujamas įvykis – įvykis, reakcija, reiškinys ar aplinkybė, galėjusi sukelti ar sukėlus nepageidaujamą baigtį pacientui [3].

Nuolatinis kokybės gerinimas – procesas, kuriuo siekiama nuolat tobulinti sveikatos priežiūros paslaugas, užtikrinant geresnius pacientų priežiūros rezultatus, didesnę darbuotojų pasitenkinimą ir efektyvesnę išteklių naudojimą. Šis procesas apima sistemingą duomenų rinkimą ir analizę, klinikinių procesų vertinimą, problemų nustatymą ir koregavimo priemonių taikymą [4].

Organizacijos kultūra – pasidalytų vertybių, normų ir elgesio modeliai, kuriuos naudojant kasdien reguliuojami organizacijos procesai. Ši sistema formuoja darbuotojų elgesį, lemia, kokius procesus jie laiko priimtinais, o kokių vengia. Ji apima septynias pagrindines dimensijas: organizacijos filosofiją, aplinkos atmosferą, darbo stilių, komandinį darbą, vadovų paramą, mokymą ir išteklių teikimą [5].

Pacientų sauga – organizuotų veiklų sistema, kuria sveikatos priežiūros srityje kuriamos kultūros, procesai, procedūros, elgesio modeliai, technologijos ir aplinka. Jas naudojant nuosekliai ir tvariai mažinama rizika, išvengiamų žalų atsiradimo tikimybė, klaidų tikimybė ir jų poveikis, kai jos įvyksta [3].

Profesinė darbo aplinka – fizinių, organizacinių ir socialinių veiksnių, sudarančių sąlygas slaugytojams priimti klinikinius sprendimus ir dirbti, derinys. Šie veiksniai apima personalo skaičių, vadovavimo kokybę, darbo vietos kultūrą ir išteklių prieinamumą [6, 7].

IVADAS

Pastaraisiais dešimtmečiais sveikatos priežiūros sistema visame pasaulyje susiduria su vis sudėtingesniais iššūkiais – gyventojų senėjimu, lėtinių ligų paplitimo augimu, pacientų lūkesčių didėjimu, slaugytojų trūkumu bei poreikiu mažinti klaidų skaičių ir didinti paslaugų efektyvumą. Šiems iššūkiams įveikti reikia ne tik naujų gydymo ir slaugos metodų, bet ir sveikatos priežiūros specialistų veiklos organizavimo srities pokyčių. Šių procesų virsmui išskirtinę įtaką turi mokslo įrodymais grindžiama slauga (MIG) – praktika, kai slaugytojai savo kasdienes sprendimus grindžia atsižvelgdami į daugelį žinių šaltinių, įskaitant empirinius įrodymus ir analizę, paciento pageidavimus ir pasirinkimus, turimus išteklius, gydymo aplinkybes ir kvalifikuoto slaugytojo klinikinę kompetenciją [2].

MIG slaugos ištakos siekia dar Florence Nightingale laikus, kai empiriniais stebėjimais pagrįsta karo lauko higiena labai sumažino pacientų mirtinumą [8]. Sistemingas MIG slaugos diegimas prasidėjo tik XX a. pabaigoje, kai buvo pradėti kurti pirmieji formalūs modeliai [9–13]. Vėlesniais dešimtmečiais MIG slaugos praktika susijungė su kokybės vadybos metodikomis [11], o nuo 2020 m. prasidėjo skaitmeninės transformacijos laikotarpis [14]. Ši raida parodė, kad MIG slaugos praktika nėra statiška ar universaliai įgyvendinama metodika.

MIG slaugos poveikis paslaugų kokybei gali būti vertinimas trimis lygmenimis. Paciento lygmeniu MIG slaugos praktikos taikymas leidžia užtikrinti didesnę jo saugumą, geresnius sveikatos rodiklius ir malonesnes sveikatos priežiūros patirtis [15–18]. Personalo lygmeniu stiprina profesinę slaugytojų autonomiją, mažina perdegimą, darbuotojų kaitą, didina psichologinę saugumą [19–23]. Kartu įrodymais pagrįsti sprendimai tampa ypač svarbūs ir organizacijos lygmeniu – finansiniu aspektu: MIG slaugos praktikos diegimas padeda mažinti išlaidas, susijusias su komplikacijomis, infekcijomis, nereikalingomis hospitalizacijomis ar darbuotojų kaita, bei padeda kurti atviresnę, mokymuisi palankią organizacinę kultūrą [21, 24].

Svarbu paminėti, kad MIG slaugos praktika yra labai susijusi ir su nepageidaujamų įvykių (NĮ) skaičiaus mažinimu. Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis (PSO), kasmet sveikatos priežiūros įstaigose užfiksuojama apie 134 mln. NĮ, Europos Sąjungoje NĮ patiria 8–12 proc. visų hospitalizuotų pacientų [25, 26]. Svarbu, kad beveik pusės šių įvykių (44–50 proc.) būtų galima išvengti, jei būtų nuosekliai taikoma MIG slaugos praktika ir veiktų efektyvūs pranešimo bei mokymosi mechanizmai [27]. Tik tuomet, kai visi komponentai veikia kartu, pranešimų apie NĮ sistema gali paskatinti MIG

slaugos praktiką – mažinti pakartotinių klaidų tikimybę ir per artimiausius kelerius metus gerinanti tiek pacientų, tiek pačių darbuotojų saugą.

Nauda ir reikšmė dažnai deklaruojama tiek politiniuose dokumentuose, tiek gydymo įstaigų strateginiuose planuose, tačiau MĮG slaugos praktikos naudojimas išlieka fragmentiškas. Tad kyla klausimas – kokie veiksniai lemia, ar MĮG slaugos praktika tampa kasdiene slaugos praktika, ar išlieka tik strateginiu siekiu.

MĮG slaugos praktika dažnai vertinama kaip aukso standartas, tačiau jos įgyvendinimas susiduria su daugialypiais iššūkiais. Tarp pagrindinių kliūčių dažniausiai minima: slaugytojų žinių ir įgūdžių stoka [28–30], laiko trūkumas, didelis darbo krūvis [29, 31–33], žema profesinė savivoka („aš tik vykda nurodymus“) [30, 34], nepakankama mentorystė ir silpna vadovų lyderystė [35, 36], taip pat skeptiškas požiūris į mokslo duomenis [32, 37]. Kita vertus, galime matyti ir priešingas tendencijas – slaugytojai aktyviai domisi literatūra, taiko mokslinius sprendimus ir patys inicijuoja pokyčius. Tokia nevienoda situacija rodo, kad MĮG slaugos praktikos sėkmė priklauso nuo tam tikrų kliūčių ir skatinamųjų veiksnių, veikiančių per visus tris: mikro-, mezo- ir makro- sveikatos priežiūros sistemos lygmenis.

Didelę įtaką turi organizacijos kultūra. Geriausiai MĮG slaugos procesas palaikoma įstaigose, kuriomis pasitikima, aktyviai dalijimasis žiniomis, vienas kitam padedama, kūrybiškai sprendžiamos problemos ir jaučiamas psichologinis saugumas [38, 39]. Neigiamos įtakos dažniausiai turi vyraujanti griežta kontrolė, bausmės baimė, informacijos sulaikymas, taisyklių vyravimas ir dialogo stoka; visa tai trukdo slaugytojams ieškoti, vertinti ir taikyti MĮG slaugos praktiką [40, 41].

Slaugos praktika ilgą laiką rėmėsi individualia patirtimi, tačiau šiuolaikinėse saugos kultūros ir sistemų teorijose pabrėžiamas organizacinis mokymasis bei duomenimis grindžiamas tobulėjimas. Tačiau tarp gausių tyrimų rezultatų ir jų taikymo vis dar lieka spraga. Išsivysčiusiose šalyse (pvz., JAV, Skandinavijos valstybėse, Nyderlanduose) MĮG slauga yra integruota į kasdienę praktiką ir veikia. Tačiau mažų arba vidutinių pajamų šalyse dažniau fiksuojamos kliūtys – finansinių išteklių trūkumas, ribotas vadovų palaikymas, infrastruktūros stoka ir kt. [42].

Lietuvoje MĮG slaugos praktikos tematika taip pat yra labai aktuali ir vis dažniau tampa akademinų tyrimų ir profesinių diskusijų objektu. Tačiau galime stebėti, kad realus MĮG slaugos praktikos taikymas vis dar ribotas ir nenuoseklus. Slaugytojai dažnai mini ir susiduria su tomis pačiomis visame pasaulyje paplitusiomis kliūtėmis. Tačiau jaučiamos ir teigiamos tendencijos – kuriamos iniciatyvos ir projektai, didelis dėmesys, susijęs su MĮG slaugos praktika, skiriamas studijų programoms, vyksta e. sveikatos sistemos

plėtra, vykdomos podiplominės studijos jau dirbantiems slaugos specialistams.

MĮG slauga – tai ne tik profesinis idealas, bet būtina kokybiškos, saugios ir tvarios sveikatos priežiūros sistemos sąlyga. Mokslo įrodymų integracija į slaugos praktiką įmanoma, kai dera trys sąlygos: kontekstui pritaikytos diegimo strategijos, nuoseklus žinių vertimo ir nuolatinio kokybės gerinimas ir atvira saugos kultūra, vadovų bei kolegų parama, leidžianti realistiškai valdyti laiką ir išteklius. Integruotos strategijos padeda slaugytojams taikyti mokslo įrodymus, tačiau vien technologijos nepašalina struktūrinių kliūčių. Žinių vertinimas ir nuolatinis kokybės gerinimas bei saugos kultūros stiprinimas kuria aplinką, skatinančią nuolat tobulėti. Ypatingas dėmesys turi būti skiriamas skirtingų amžiaus kartų slaugytojų patirtims, kasdieniams iššūkiams bei galimiems sprendimams, kaip būtų galima sustiprinti MĮG slaugos praktikos diegimą į skirtingo lygmens sveikatos priežiūros įstaigas.

Tyrimo naujumas

Šio tyrimo išskirtinumas – kompleksinis požiūris į MĮG slaugos taikymą praktikoje, remiantis prielaida, kad realus MĮG slaugos praktikos taikymas priklauso tik nuo darniai veikiančios visos sistemos. Tam tikri aspektai – slaugytojų požiūris į MĮG slaugos praktiką, profesinės darbo aplinkos veiksniai, MĮG slaugos praktiką skatinančios ir trukdančios aplinkybės bei slaugytojų požiūris į NĮ pranešimo procesą – buvo nagrinėti įvairiuose tarptautiniuose tyrimuose. Tačiau sąsajos tarp šių veiksnių tiek Lietuvoje, tiek užsienio šalyse dar labai mažai tyrinėtos ir tokių tyrimų stinga. Taip pat neradome ir atlikto nuoseklaus mokslinio darbo, kuris mišriais kiekybinių ir kokybinių tyrimų metodais analizuotų šiuos kompleksinius veiksnius. Mišrus tyrimas leidžia ne tik įvertinti statistinius ryšius, bet ir atskleisti giluminius slaugytojų patirties aspektus, kurie dažnai lieka neidentifikuoti tradiciškai atliktose apklausose.

Užsienio autorių sukurti ir pripažinti tyrimo instrumentai MĮG slaugos bei profesinės praktikos aplinkai vertinti tyrėjų buvo išversti ir pritaikyti mūsų šalies kultūrai ir slaugos praktikai.

Dar vienas svarbus aspektas – duomenų analizė atlikta atsižvelgiant į skirtingas slaugytojų amžiaus kartas bei skirtingo lygmens sveikatos priežiūros įstaigas. Ši analizė išskirtinai leido palyginti amžiaus kartų ir institucijų skirtumus, identifikuoti specifinius veiksnius ir suformuluoti tikslingesnes rekomendacijas, grindžiamas realiomis, o ne apibendrintomis praktikoje kliūtimis.

Tyrimo metu gauti ir išanalizuoti rezultatai yra reikšmingi ne tik nacionaliniu, bet ir tarptautiniu mastu. Iki šiol tarptautinėje literatūroje stokojama

tyrimų, kurie mišrių metodų dizainu vienu metu analizuotų MĮG slaugos praktikos taikymą, profesinę darbo aplinką ir požiūrį į NĮ pranešimą, todėl šis tyrimas papildė tarptautinę slaugos tyrimų sritį kompleksiniu požiūriu į šių veiksmų sąsajas. Tyrimui pasirinkti instrumentai, kuriuos savo tyrimuose taiko ir kitų šalių mokslininkai, suteikia galimybę palyginti situaciją Lietuvoje su kitų Europos ir pasaulio šalių duomenimis.

Tyrimo praktinė reikšmė

Šio tyrimo praktinė reikšmė atsiskleidžia keliose sveikatos priežiūros srityse. Tyrimo rezultatai leidžia tiksliau nustatyti konkrečius veiksmus, darančius įtaką MĮG slaugos taikymui praktikoje. Gauti duomenys gali būti naudingi sveikatos priežiūros įstaigų vadovams, slaugos vadovams ar vyresniesiems slaugytojams-slaugos administratoriams, siekiantiems diegti veiksmingas priemones, gerinančias pacientų saugą, darbuotojų gerovę ir paslaugų kokybę. Remiantis tyrimo išvadomis, galima planuoti tikslingas intervencijas – mentorystės programas, prieigos prie mokslo informacijos gerinimą, darbo krūvio reguliavimą, grįžtamojo ryšio kultūros stiprinimą.

Tyrimo rezultatai taip pat aktualūs ir slaugytojams – jie padeda geriau suprasti jų pačių vaidmenį priimančiam sprendimui ir skatina aktyvesnį įsitraukimą į MĮG slaugos procesą. Atkreipus dėmesį į skirtingų amžiaus kartų ir sveikatos priežiūros įstaigų lygmenų skirtumus, galima suformuluoti labiau pritaikytas, diferencijuotas rekomendacijas.

Be to, rezultatai ir rekomendacijos gali būti naudojami tobulinant slaugos studijų programas, įtraukiant aktualius mokymo metodus, padedančius stiprinti kritinį mąstymą, praktinį įrodymų taikymą ir autonomiškumą.

Platesniu mastu šis tyrimas prisideda prie sveikatos politikos, slaugytojų pakopinių kompetencijų formavimo sveikatos priežiūros sistemoje bei prie NĮ mažinimo ligoninėse, nes išryškina sisteminius aspektus, kuriuos būtina keisti, kad MĮG slaugos praktika būtų integruota ne tik dokumentuose, bet ir į realią slaugos praktiką.

DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI

Darbo tikslas

Ištirti mokslo įrodymais grindžiamos slaugos ir profesinės praktikos aplinkos veiksniai Lietuvos ligoninėse.

Darbo uždaviniai:

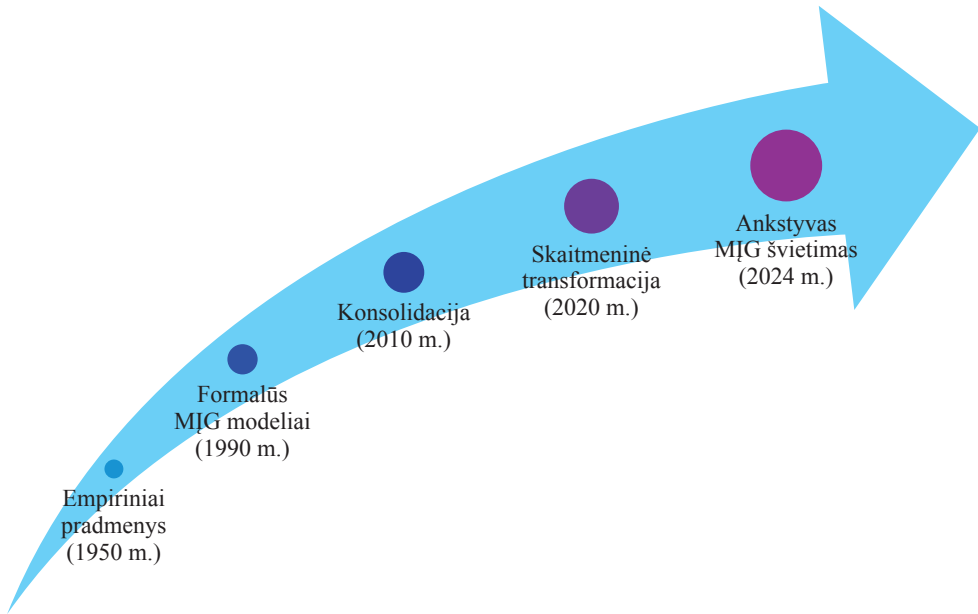
1. Ištirti slaugytojų požiūrį į mokslo įrodymais grindžiamą slaugos praktiką bei kompetenciją ją taikyti.
2. Išanalizuoti veiksniai, susijusius su profesine slaugytojų darbo aplinka Lietuvos ligoninėse.
3. Išanalizuoti slaugytojų požiūrį į nepageidaujamų įvykių pranešimo procesą.
4. Įvertinti sąsajas tarp profesinės slaugytojų darbo aplinkos, pranešimų apie nepageidaujamus įvykius ir slaugytojų požiūrio į mokslo įrodymais grindžiamą slaugos praktiką.
5. Atskleisti slaugytojų patirtį taikant mokslo įrodymais grindžiamą slaugos praktiką kasdienėje veikloje.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Mokslo įrodymais grindžiama slauga

1.1.1. Mokslo įrodymais grindžiamos slaugos praktikos raida

Pirmosios sistemingos slaugos mokslinių įrodymų taikymo užuomazgos atsirado penktajame praėjusio amžiaus dešimtmetyje (1 pav.).



1 pav. MĪG praktikos raida slaugoje (sudaryta darbo autorės)

Florence Nightingale empiriniai stebėjimai, karo medicinos patirtis ir sistemingas ligoninių higienos rodiklių sekimas buvo pirmieji pavyzdžiai, parodę, jog sprendimus slaugoje būtina grįsti skaičiais ir objektyviais duomenimis [8]. Filosofė Barbara Carper išskyrė keturias slaugytojų žinojimo rūšis (angl. *patterns of knowing*); tarp jų – mokslinius (empirinius) faktus [43]. Vis dėlto tuo metu praktikoje sprendimus vis dar labiausiai lėmė asmeninė patirtis ir tradicijos, o ne šie faktai. Situaciją pakeitė įrodymais grindžiamos medicinos idėjos, pasiekusios slaugą apie 1990 m. ir sufokusušios dėmesį į sistemingus paieškos bei kritinio vertinimo įgūdžius [8].

Pirmieji formalūs MĪG slaugos praktikos diegimo modeliai atsirado XX a. devintajame dešimtmetyje. Ajovos modelis skatino slaugytojų komandas pirmiausia įvardinti praktikos problemą, tada ieškoti tyrimais grindžiamų sprendimų ir galiausiai vertinti pokytį [11]. Johns Hopkins modelis siūlė trijų

žingsnių seką – klausimas, įrodymai, vertimas į praktiką – kur kiekvienas žingsnis turėjo aiškias atsakomybes ir laiko rėmus [12]. Veiksmų skatinimo diegiant tyrimų rezultatus sveikatos priežiūros srityje modelis (angl. *Promoting Action on Research Implementation in Health Services, PARIHS*) pabrėžia, kad įrodymų kokybė, vietos kontekstas ir įgyvendinimo strategija veikia kartu; jei kuris nors elementas silpnas, pokytis stringa [13].

Šie trys modeliai padėjo slaugytojams praktikams sistemingai tikrinti, ar nauji tyrimai dera su turimais resursais ir pacientų vertybėmis. Dauguma tuo metu atliktų studijų matavo procesinius rodiklius – pavyzdžiui, kiek slaugytojų dalyvavo mokymuose, ar dažnai buvo pildomos gairės ir pan. Pacientų mirtingumo ar komplikacijų pokyčiai buvo tiriami retai, nes tam reikėjo didelių imčių ir ilgo stebėjimo. Vis dėlto procesiniai duomenys parodė, kad slaugytojams nuosekliai taikant įrodymais grindžiamas gaires, klaidų ir infekcijų skaičius pradėjo mažėti. Tai įtikino ligoninių vadovus, kad investicijos į MĮG slaugos praktiką atsiperka, ir sudarė prielaidas vėlesnėms, rezultatus matuojančioms intervencijoms.

Po 2010 m. prasidėjo antrasis, konsolidacijos, MĮG slaugos praktikos etapas. Jį pažymėjo kokybės vadybos metodikų – „Plan–Do–Study–Act“ (PDSA), „Lean“ ir „Six Sigma“ – susijungimas su įrodymais grindžiamų sprendimų principais. Šios schemos sudaro aiškų ciklą: pirmiausia nustatoma problema, tada greitai išbandomas sprendimas, įvertinamas poveikis ir nusprendžiama, ar pokytį įtvirtinti. Universitetuose pradėta reikalauti, kad magistro darbuose būtų atliktos įrodymais grindžiamos praktikos analizės [11]. Tuo pat metu tarptautiniai slaugos žurnalai įvedė privalomus ataskaitų standartus: PRISMA (angl. *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* – kontrolinį sąrašą, padedantį skaidriai aprašyti sisteminės apžvalgos, ir CONSORT (angl. *Consolidated Standards of Reporting Trials*) – taisyklių rinkinį, nurodantį, kaip aiškiai pateikti atsitiktinių klinikinių tyrimų metodiką bei rezultatus [44, 45]. Reikalavimai padidino straipsnių nuoseklumą ir patikimumą.

Nors tyrimų, vertinančių MĮG poveikį mirtingumui ar komplikacijoms, daugėjo, jų rezultatai labai skyrėsi tarp šalių ir net tų pačių ligoninių skyrių. Net naujausi tyrimai rodo, kad ir subrendus metodams, MĮG slaugos praktikos taikymas tebėra nevienodas. Susiduriama su kliūtimis, tokiais kaip anglų kalbos stoka ir menka prieiga prie literatūros [46]. Taip pat slaugytojai nurodė vadovų palaikymo ir laiko trūkumą [47, 48]. Šie šiuolaikiniai tyrimai patvirtina, kad metodinė branda pati savaime neužtikrina vienodo MĮG slaugos praktikos taikymo.

Kokybės vadybos pavyzdžiai atskleidžia šių investicijų grąžą. Kinijos universitetinė ligoninė, pritaikiusi „Six Sigma“ metodiką, sumažino kateterių sukeltų kraujotakos infekcijų dažnį nuo 12,79 iki 2,32 atvejo, t. y. apie

82 proc. [49]. Italijos universitetinėje ligoninėje „Six Sigma“ metodika, taikyta pacientams po operacijų, sutrumpino pooperacinio gulėjimo trukmę apie 32 proc. [50]. Sėkmę abiem projektams lėmė keturi veiksniai: aiški lyderystė, pakankami ištekliai, trumpi tikslingi mokymai ir nuoseklus duomenų grįžtamasis ryšys, leidęs darbuotojams matyti realią pažangą. Taigi, konsolidacijos etapas perkėlė MĮG iš teorinio lygmens į kasdienį procesų valdymą.

Skaitmeninės transformacijos etapas prasidėjo apie 2020 m. – jo metu didžiųjų duomenų (angl. *big data*) analizė ir dirbtinis intelektas (DI) kasdien pradėti naudoti tiek visuomenės, tiek medicinos akademinės bendruomenės ar praktikų. S. Hassanein ir bendraautorių atlikta sisteminė apžvalga parodė, kad DI algoritmai padeda anksčiau pastebėti sepsį, trumpina dokumentų pildymo laiką ir mažina diagnostinių klaidų skaičių. Vis dėlto toje pačioje apžvalgoje išskirtos trys rizikos:

1. Duomenų privatumas – DI modeliai mokosi iš didelių sveikatos istorijų rinkinių. Jei duomenys nėra tinkamai nuasmeninti ar apsaugoti, kyla pavojus, kad pacientų tapatybė bus atskleista ar neteisėtai panaudota; pažeidžiami teisės aktai, mažėja visuomenės pasitikėjimas sistema.
2. Žemos kokybės mokomieji duomenys: jei į DI algoritmą patenka netikslūs, šališki arba neišsamūs įrašai, jis išmoksta klaidingų taisyklių. Vėliau dėl šių klaidų DI gali pateikti neteisingas rekomendacijas – pavyzdžiui, paskirti nereikalingą vaistų derinį.
3. Silpnas personalo DI raštingumas – slaugytojai ir gydytojai turi suprasti, kaip DI priima sprendimus ir kokias ribas jis turi. Be šių žinių darbuotojai gali aklaai pasitikėti DI arba, atvirkščiai, jo vengti. Abi situacijos kelia pavojų pacientų saugai ir silpnina MĮG slaugos praktikos kokybę [14].

2025 m. atlikta apžvalga papildė, jog sėkmingai DI integracijai reikalingos aiškos etikos gairės. Būtinios ir tarpdisciplininės komandos, kurių darbuotojai turi būti nuolat apmokomi [51]. Taigi, technologijos iš tiesų sustiprina MĮG slaugos praktiką tik tada, kai jas lydi – tvirti duomenų valdymo principai, aiškos etikos gairės, atvira organizacinė kultūra ir nuolatiniai praktiniai mokymai, kurie didina slaugytojų pasitikėjimą DI teikiamomis rekomendacijomis.

DI priemonės jau vadinamos galimu „Įrodymais grįstos praktikos 2.0“ arba „MĮG 2.0“ etapu. P. Nilsen ir kolegos pabrėžia, kad DI algoritmai gali vienu metu apdoroti naujausią literatūrą, slaugytojų patirtį ir paciento biometrinis duomenis. Taip jie sujungia tris klasikinės MĮG ramsčius į vieną išmanią sprendimų priėmimo sistemą [52].

Pasaulinės informatikos apžvalgos patvirtina šią kryptį. 2024 m. E. Borycki atlikta apžvalga išskyrė tris populiariausias slaugos tyrimų sritis – DI, duomenų mokslą ir mobiliąją sveikatą. Apžvalga parodė, kad atviri straipsnių archyvai (pavyzdžiui, „PubMed Central“) ir socialiniai tinklai, pavyzdžiui, „X“ (buvęs „Twitter“) suteikia galimybę jauniems slaugytojams greitai rasti naujus tyrimus, pasidalinti jais su kolegomis ir iš karto išbandyti perskaitytas idėjas praktikoje. Vis tik analizė taip pat atskleidė ryškų atotrūkį: žemų ir vidutinių pajamų šalyse MĖG slaugos praktikos diegimą vis dar riboja lėšų trūkumas, prasta interneto infrastruktūra ir ribotas vadovų palaikymas [42]. Taigi, technologinė pažanga nėra automatiška – ji priklauso tiek nuo organizacinių investicijų, tiek nuo organizacinio pasirengimo.

MĖG slaugos praktikos raidą papildė ir ekonominė perspektyva. 2025 m. B. M. Melnyk ir A. P. Hsieh publikacijoje apskaičiuota, kad ligoninė, sistemingai investuojanti į MĖG slaugos praktikos sprendimus, sutaupo lėšų mažindama klaidų skaičių ir darbuotojų kaitą, t. y. mažesnis klaidų skaičius sumažina ligoninės patiriamus kaštus, kartu patenkinamas personalas rečiau išeina iš darbo [53]. Tyrimas suteikia galimybę medicinos personalo vadovams suprasti, jog MĖG iniciatyvos nėra papildoma našta; jos duoda apčiuopiamą finansinę grąžą net esant ribotam organizacijos biudžetui. Taigi, DI ir duomenų mokslas gali labai pagreitinti MĖG slaugos praktiką, bet tik jei: duomenys yra saugūs, aiškūs etikos standartai, apmokytas personalas, ir organizacija skiria lėšų infrastruktūrai.

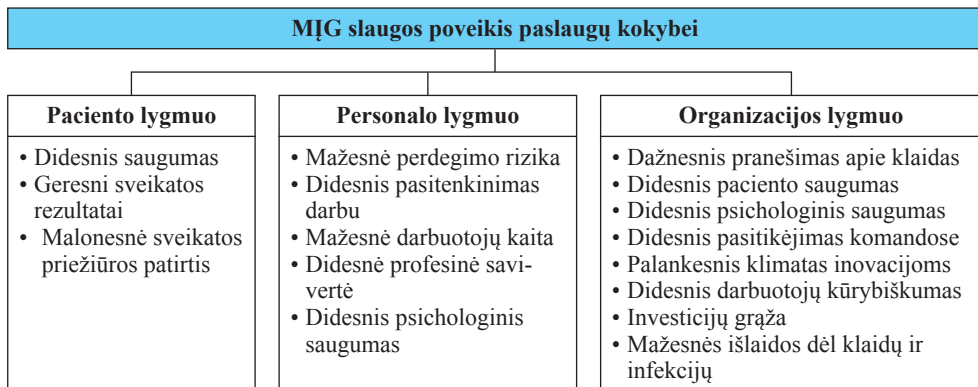
Naujausia tendencija – MĖG slaugos praktikos modulius įtraukti jau į pirmuosius slaugos bakalauro studijų metus. Modulinių kursų sukūrė L. Rogers ir A. MacCormac iš Dublino universiteto koledžo Slaugos, akušerijos ir sveikatos sistemų mokyklos (kursas vykdytas 2023 m., publikuotas 2025 m.). Jie tyrė kursą kvaziekperimentiniu *pre-/post-test* dizainu. Pradinėje apklausoje dalyvavo 97 bakalaurlantai; baigiamojo vertinimo etape – 39 bakalaurlantai. Kursas buvo sudarytas iš keturių modulinė blokų su scenarijais apie širdies ir kraujagyslių sutrikimus; studentai tiek auditorijoje, tiek virtualioje aplinkoje sprendė pateiktas situacijas. Po kiekvieno scenarijaus studentai gaudavo straipsnių santraukas ir aptardavo mokslo įrodymų taikymą. Rezultatai parodė reikšmingą studentų pasitikėjimo savimi ir suvokiamų mokymosi laimėjimų augimą; autoriai pabrėžė, kad mišrus – auditorinis ir internetinis – formatas geriau sieja teoriją su praktika [54]. Taigi, ankstyvas, praktiniais užsiėmimais paremtas MĖG slaugos praktikos mokymas sustiprina tiek teorines žinias, tiek pasitikėjimą priimti įrodymais grindžiamus sprendimus slaugos praktikoje.

Apibendrinant galima teigti, kad MĖG slaugos praktikos raida apėmė penkis nuoseklius etapus. Pirmasis – XX a. vidurio pradžia, kai F. Nightingale statistika ir karo medicina parodė, kad sprendimai turi būti grindžiami

duomenimis. Antrajame, apie 1990 m., atsirado pirmieji formalūs modeliai (Ajovos, Johns Hopkins, PARIHS), struktūrinė problemos – įrodymų – įgyvendinimo logiką. Trečiasis – konsolidacija (po 2010 m.), kai kokybės vadybos metodikos susijungė su MĮG principais. Ketvirtajame etape (nuo 2020 m.) skaitmeninė transformacija ir DI paspartino sprendimų priėmimą. Penktajame, naujausiame etape, MĮG moduliai įtraukiami į slaugos studijas – būsimi specialistai iš karto mokosi pagal MĮG principus.

1.1.2. Mokslo įrodymais grindžiamos slaugos poveikis paslaugų kokybei

MĮG slaugos praktika yra viena iš pagrindinių priemonių, siekiant didinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. MĮG slaugos praktikos principų plėtra leidžia vienu metu gerinti pacientų sveikatos rezultatus, stiprinti personalo gerovę ir formuoti saugią, nuolatos tobulėjančią organizacinę kultūrą (2 pav.).



2 pav. MĮG slaugos praktikos poveikis paslaugų kokybei
(sudaryta darbo autorės)

Paciento lygmeniu MĮG slaugos praktikos poveikis fiksuojamas tuose skyriuose, kuriuose slaugytojai nuosekliai laikosi naujausių klinikinių gairių. Naujausia devynių tyrimų metaanalizė nustatė, kad kompleksinės pragulų prevencijos priemonės 57 proc. sumažino ligoninėje įgyjamų pragulų riziką; kai kuriuose skyriuose pragulų dažnis krito nuo 4,8 iki 1,6 proc. [15]. Centrinio veninio kateterio sukeltų kraujo užkrėtimo prevencijos tyrimą atliko X. Feng ir bendraautorai. Pritaikius „Six Sigma“ metodą infekcijų dažnis sumažėjo apie 82 proc. [49]. W. K. Alanazi ir kolegų tyrime, įdiegus trijų dalių intervenciją – dvigubą vaistų tikrinimą prie lovos, privalomą elektroninį receptų patvirtinimą ir keturių valandų vaistų saugos mokymus – bendras receptų klaidų rodiklis sumažėjo nuo 1,43 iki 0,51 proc.; taigi,

nustatytas apie 50 proc. santykinis statistiškai reikšmingas sumažėjimas ($p < 0,001$). Be to, kai kuriuose intensyvios terapijos skyriuose pasiektas net visiškas klaidų eliminavimas [16].

MĮG slaugos praktika veikia ir procesinius rodiklius, kurie tiesiogiai susiję su paciento patirtimi ir sveikatos sistemos sąnaudomis. Austrijoje atlikta biudžeto analizė parodė, kad hibridinių slėgi mažinančių čiužinių įdiegimas sutrumpino vidutinę pacientų gulėjimo ligoninėje trukmę nuo 8,0 iki 7,7 dienos ir per metus sutaupė $> 300\,000$ € slaugos darbo kaštų 1 253 rizikos pacientams [17]. Sutrumpėjęs gulėjimas reiškia mažesnę infekcijų riziką ir didesnę stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą kitiems pacientams. Tą patį poveikį – geresnę paciento patirtį – patvirtina ir kiti tyrimai. Y. Li ir bendraautoriai atliko sisteminę analizę, kurioje išanalizavo 11 skirtingų ligoninių tyrimų (juose dalyvavo apie 29 000 pacientų). Slaugytojai po specialių komunikacijos mokymų pradėjo aiškiau kalbėtis su pacientais ir įtraukti juos į sprendimus, todėl pacientų, atsakiusių, kad „slaugytojai visada paaiškino“, dalis padidėjo maždaug 9 proc. Panašiai pacientų, teigusių, kad slaugytojai įtraukė juos į sprendimų priėmimą, padaugėjo 12 proc. Ilgesni (bent šešių valandų) mokymai davė dvigubai geresnį efektą nei trumpesni kursai. Tyrimas parodė, kad aiškesnė slaugytojų komunikacija gerina pacientų patirtį [18]. Taigi, MĮG slaugos praktikos poveikis paciento lygmeniu pasireiškia didesniu paciento saugumu, geresniais sveikatos rezultatais ir malonesne sveikatos priežiūros patirtimi.

MĮG slaugos praktikai tapus „kasdienybe“, svarbiausi pokyčiai pirmiausia matomi pačių darbuotojų gerovėje. Tyrimai rodo, kad tokiose komandose slaugytojai rečiau perdega, labiau mėgsta savo darbą ir ilgiau lieka toje pačioje darbo vietoje [19]. Kuo labiau kasdienėje veikloje remiamasi MĮG slaugos praktika, tuo tvirčiau darbuotojai jaučiasi, nes žino, kad jų sprendimai atitinka naujausius mokslinius duomenis; profesinė savivertė tiesiogiai didina pasitenkinimą ir mažina išsekimą. Antra, mažesnis perdegimas glaudžiai susijęs su geresniais paciento saugumo rodikliais: skyriuose, kuriuose darbuotojai patiria daug streso, klaidų ir NĮ skaičius auga. L. Z. Li ir kolegų atliktame tyrime slaugytojų perdegimas buvo susijęs su prastesne pacientų saugos aplinka ir pacientų saugos lygiu; didesniu kiekiu infekcijos, pacientų kritimų, vaistų vartojimo klaidų ir nepageidaujamų reiškinių ligoninėje; prastesniais pacientų pasitenkinimo įvertinimais; ir prasčiau vertinama sveikatos priežiūros kokybe. Be to, šios sąsajos buvo nuoseklios visose slaugytojų amžiaus, lyties, darbo patirties grupėse [20]. Trečia, nuosekli mentorystė – kai patyrę kolegos padeda naujiems darbuotojams taikyti MĮG slaugos praktiką – ir padidina slaugytojų kompetenciją, ir sumažina jų norą išeiti iš darbo [21]. Taigi, MĮG slaugos praktika gerina personalo savijautą keliais aspektais. Ji mažina perdegimą, nes slaugytojai jaučiasi geriau priimdami

sprendimus. Dėl to kyla pasitenkinimas darbu ir silpnėja noras keisti darbovietę. Kuo daugiau slaugytojai naudojami MĮG slaugos praktika, tuo aukštesnė jų profesinė savivertė, nes jie mato, kad jų veiksmai dera su naujausiais mokslo duomenimis. Psichologinis saugumas taip pat stiprėja: komandos laisviau kalba apie rizikas ir klaidas, skatinamas mokymasis. Galiausiai mentorystės programos, grindžiamos MĮG principais, palaiko nuolatinį kompetencijų augimą.

MĮG slaugos praktikos diegimas organizacijoje keičia ir žmonių elgesį, ir pačios įstaigos veikimo būdą. Jeigu vadovybė viešai palaiko MĮG slaugos praktiką ir skiria laiko literatūros apžvalgoms, komandos nariai jaučiasi saugiau. Jie taip pat labiau pasitiki vieni kitais ir mieliau praneša apie įvykusias arba vos neįvykusias klaidas; atitinkamai, auga psichologinis saugumas [23]. Tačiau kiti autoriai mano, jog negalima vienareikšmiškai teigti, kad psichologinis saugumas visada gerina paciento saugą. Kai kurios komandos, pasižyminčios aukštu psichologiniu saugumu, dažniau praneša apie incidentus, tačiau toks pranešimų skaičiaus augimas gali reikšti tiek atvirumą, tiek realiai prastesnius procesus. A. Montgomery ir kolegos pabrėžia, kad „nėra aiškios, nuoseklios sąsajos“ ir kad pati paciento saugos samprata (klaidų nebuvimas) ne visada sutampa su psichologinio saugumo tikslais (atvirai kalbėti apie klaidas) [22]. Tyrimai rodo, kad MĮG slaugos praktika organizacinę kultūrą keičia keturiais pagrindiniais aspektais:

1. Jei vadovai viešai remia MĮG slaugos praktiką ir skiria laiko mokymuisi, auga darbuotojų pasitikėjimas komanda [55].
2. Skyriuose, kuriuose įprasta kalbėtis apie „vos neįvykusius“ įvykius, padažnėja incidentų pranešimai; komanda greičiau mokosi iš gautos patirties [23].
3. Dažnesnis MĮG slaugos praktikos taikymas siejasi ir su palankesniu inovacijų klimatu bei darbuotojų geroje [56].
4. MĮG aplinka skatina kūrybiškumą: kuo dažniau naudojama MĮG slaugos praktika, tuo dažniau taikomos kūrybiškumą skatinančios strategijos [57].

Galima finansinės analizės rodo apčiuopiamą MĮG slaugos praktikos naudą organizacijai. K. Azama ir kolegos nustatė, kad 12 mėn. vykdyta MĮG mentorystės programa kainavo apie 1,2 slaugytojo etato per mėnesį, tačiau per tą laiką dalyvių MĮG žinių indeksas išaugo beveik dvigubai, o praktinio taikymo rodikliai – keturis kartus; tyrėjai padarė išvadą, kad tokia investicija greitai atsiperka mažėjant klaidoms ir su jomis susijusioms išlaidoms [21]. 2023 m. JAV atliktas tyrimas, kuriame dalyvavo 115 vyriausiųjų slaugos vadovų, parodė, kad net nedidelis biudžeto didinimas MĮG veikloms tiesiogiai siejosi su mažesniu pacientų kritimų ir traumų skaičiumi, mažesne slaugytojų kaita, stipresne MĮG kultūra ir kitais teigiamais aspektais.

Didesnis MĪG projektų skaičius taip pat buvo susijęs su geresniais pacientų rezultatais. Tyrimo autoriai nurodė, kad siekiant pagerinti ligoninių kokybės rodiklius ir slaugos personalo kaitą, būtina visoje sistemoje įgyvendinti MĪG slaugos praktiką, įskaitant atitinkamą biudžeto paskirstymą [24]. Taigi, tyrimų duomenys rodo, jog investicijos į MĪG programas duoda dvejopą naudą: tiesiogiai taupo dėl išvengtų klinikinių klaidų ir infekcijų, o netiesiogiai – per stabilesnę, labiau motyvuotą komandą ir geresnius ligoninės rodiklius.

Apibendrinant galima teigti, kad MĪG slaugos praktikos poveikis paslaugų kokybei atsikleidžia trimis lygmenimis. Paciento lygmeniu MĪG slaugos praktika susijusi su didesniu paciento saugumu, geresniais sveikatos priežiūros rezultatais ir malonesne sveikatos priežiūros patirtimi. Personalo lygmeniu poveikis MĪG slaugos praktikos poveikis pasireiškia mažesne perdavimo rizika, didesniu pasitenkinimu darbu, mažesne darbuotojų kaita, didesne profesine saviverte bei didesniu psichologiniu saugumu. Organizacijos lygmeniu MĪG slaugos praktikos taikymas sudaro sąlygas dažnesniam pranešimui apie klaidas, didesniam paciento saugumui, didesniam darbuotojų psichologiniam saugumui ir kūrybiškumui, didesniam pasitikėjimui komandoje, palankesniam klimatui inovacijoms, investicijų grąžai ir mažesnėms išlaidoms dėl klaidų ir infekcijų.

1.2. Veiksniai, turintys įtakos mokslo įrodymais grindžiamos slaugos praktikos naudojimui

MĪG slaugos praktikos diegimą lemia ne vien pačios gairės – diegimą lemia ir aplinkybės, kurios gali tiek skatinti, tiek slopinti MĪG slaugos praktikos taikymą. Praktikoje išryškėja dvi veiksnių grupės: skatinantys veiksniai – pavyzdžiui, stipri vadovų parama, nuoseklūs mokymai ar lengva prieiga prie informacijos – padeda slaugytojams greičiau perkelti MĪG slaugos praktiką į kasdienį darbą; kliūtys – pavyzdžiui, laiko stoka, nepakankami ištekliai ar neigiamos nuostatos – lėtina šį procesą ir gali sumažinti pokyčio poveikį. Toliau nagrinėjamos abi veiksnių grupės leidžia suprasti, kokiomis sąlygomis MĪG slaugos praktika klesti, o kada ji diegiama neveiksmingai.

1.2.1. Mokslo įrodymais grindžiamos slaugos taikymą skatinantys veiksniai

Mokslinėje literatūroje aptariami įvairūs skatinantys veiksniai turintys įtakos MĪG slaugos praktikos naudojimui (1 lentelė).

1 lentelė. Veiksniai, skatinantys MĖG slaugos praktikos taikymą slaugoje (sudaryta darbo autorės)

Skatinantis veiksnys	Veiksnių poveikis MĖG slaugos praktikos taikymui
Profesinis mokymas	Gerina žinias, kritinį mąstymą ir saviveiksmingumą, todėl slaugytojai dažniau ir tiksliau taiko MĖG slaugos praktiką kasdieninėse slaugos veiklose.
Organizacinis pripažinimas	Motyvuoja – karjeros pažanga, finansinėmis premijomis ir viešu įvertinimu, jei naudojamos MĖG slaugos praktikos. Skatina naujų MĖG projektų iniciavimą.
Vadovų pavyzdys	Nukreipia resursus MĖG slaugos praktikoms. Formuoja aiškius lūkesčius dėl MĖG slaugos praktikos. Stiprina psichologinį saugumą ir mažina darbuotojų kaitą, todėl MĖG slaugos praktika greičiau tampa kasdiene praktika.
Tarpdisciplininis bendradarbiavimas	Įtraukia skirtingų specialistų žinias. Dalina atsakomybę už sprendimus ir taip padeda slaugytojams nuosekliai taikyti MĖG slaugos praktiką. Mažina klaidų riziką. Pagreitina sprendimų priėmimą.
Lengva prieiga prie tyrimų	Sudaro technines ir finansines sąlygas greitai rasti naujausius mokslinius tyrimus. Palaiko nuolatinį mokymąsi.
Mentorystė	Užtikrina nuolatinį kompetencijų palaikymą. Didina pasitikėjimą taikant MĖG slaugos praktiką realybėje.

Vienas iš skatinančiųjų veiksnių – *profesinio mokymo vaidmuo*. Profesinis mokymas – tai formaliosios ir neformaliosios studijos, tęstinis profesinis tobulėjimas bei darbo vietoje vykstanti mentorystė, kurių tikslas – sistemingai atnaujinti slaugytojų žinias, kritinį mąstymą ir praktinius įgūdžius [58]. Profesinis mokymas tiesiogiai siejasi su aukštesne paslaugų kokybe [53].

Profesinis mokymas yra vienas svarbiausių veiksnių, padedančių slaugytojams kasdien taikyti MĖG slaugos praktiką. Pagrindinis tyrimų dėmesys krypta į struktūruotas, modeliais paremtas programas. 2024 m. Japonijoje atliktame tyrime buvo nustatyta, kad trumpas kritinio vertinimo seminaras pagerino pažengusių slaugytojų MĖG žinias, bet ilgalaikį jų taikymą ribojo darbo krūvis ir silpnas organizacijos palaikymas [59].

D. Jeong ir kolegų 2024 m. sisteminėje apžvalgoje, kurioje analizuotos 27 publikacijos apie bakalauro slaugos programas, patvirtina, kad MĖG moduliai statistiškai reikšmingai didina studentų kritinį mąstymą, problemų sprendimą ir MĖG žinias. Autoriai akcentuoja, kad didžiausią naudą duoda kursai, kuriuose teorija derinama su paieškos ir kritinio vertinimo užduotimis [60]. Iš esmės autorių požiūris atitinka sistemų teoriją: mokymosi aplinka,

užduotys ir grįžtamasis ryšys yra tarpusavyje priklausančios komponentai, kurių bet kurio silpnumas sumažina galutinį efektą.

Į klinikinę praktiką orientuotos trumpalaikės mokymo programos taip pat duoda teigiamus rezultatus. Pietų Korėjos universiteto ligoninėje sukurtas aštuonių savaičių „Research Competency Enhancement Program“ (RCEP) su mentorystės elementu padidino patyrusių slaugytojų tikėjimą MĪG slaugos praktikos nauda ir tyrimų taikymo įgūdžius. Kokybiniai interviu atskleidė dvi kritines palankias sąlygas: nuolatinis mentorius palaikymas ir galimybė iš karto pritaikyti naujas žinias praktikoje [28].

Tačiau reikia atkreipti dėmesį ir į mokymosi turinį. Atliktos sisteminės apžvalgos rodo, kad išskaidyti (angl. *spaced*) ir atsiminimą akcentuojantys (angl. *retrieval practice*) mokymo metodai patikimai pagerina slaugytojų MĪG žinias ir jų išlaikymą. Išskaidytas mokymasis reiškia, kad medžiaga kartojama trumpais blokais, bet su pertraukomis tarp jų. Vietoj ilgos vienkartinės paskaitos prie tos pačios temos grįžtama kelis kartus, pavyzdžiui, po kelių dienų ar savaitės. „Išskaidymas“ padeda smegenims geriau įtvirtinti informaciją. Atsiminimą akcentuojantis mokymasis – tai aktyvus žinių „išsitraukimas“ iš atminties, pavyzdžiui, sprendžiant testus be užuominų, rašant trumpas savikontrolės užduotis ar aiškinant temą kolegai. Kuo dažniau bandoma prisiminti, o ne vien skaitoma, tuo tvirtiau informacija įsitvirtina. Abi technikos veikia kartu: trumpas pakartojimas po kelių dienų priverčia prisiminti tai, ką jau mokėmės, ir taip sustiprina ilgalaikį įsiminimą [61, 62]. Kita vertus, reikia pastebėti, nors skaitmeninė išskaidyta edukacija patikimai gerina žinias bei praktinius įgūdžius, bet ilgesni nei 6 mėn. išlaikymo duomenys pateikiami retai [62], todėl nėra aišku kiek žinios ir įgūdžiai išsilaiko praktinėje perspektyvoje.

Profesinio mokymo poveikis yra didesnis, kai jis susiejamas su *organizaciniu pripažinimu*. Organizacinis pripažinimas – tai formalūs (karjeros „laipteliai“, sertifikatai, premijos) ir neformalūs (padėkos susirinkimuose, viešas pasidailijimas sėkmės istorijomis) mechanizmai, kuriais vadovybė matomai įvertina slaugytojų pasiekimus organizacijoje [63]. Pripažinimas gali turėti teigiamą poveikį tiek atskiram slaugytojui, tiek ir organizacijai ir pacientui. Slaugytojams tai gali padėti pagerinti savigarbą, savivertę darbe, padidinti savirefleksiją ir savimone, sumažinti išsekimą, skatinti profesinį tobulėjimą ir suteikti darbo prasmę. Organizacinė nauda apima slaugytojų išlaikymą, slaugytojų įsitraukimą, pasitenkinimą darbu ir įsitvirtinimą bei geresnius organizacijos veiklos rezultatus. Pacientų atžvilgiu, pripažinimu įgalintas slaugytojas gali daryti įtaką priežiūros kokybei, gerinti pacientų rezultatus ir pasitenkinimą teikiamomis paslaugomis [64].

MĮG slaugos praktikos atžvilgiu organizacinis pripažinimas dažniausiai realizuojamas trimis būdais. Pirmasis – aukštesni karjeros lygmenys lengviau pasiekiami pateikus sėkmingą MĮG projektą. Taivane atliktas tyrimas su 4 206 slaugytojais parodė, kad slaugytojai, pasiekę aukštesnį karjeros lygmenį, dažniau taiko MĮG slaugos praktiką, turi geresnes žinias ir įgūdžius bei nurodo „karjeros paaukštinimą“ kaip pagrindinį motyvą įgyvendinti MĮG projektus; esama ryšio tarp sėkmingos MĮG slaugos praktikos bei lengvesnio pakilimo karjeros laiptais [64]. Antrasis – finansinės premijos ir grįžtamoji nauda padaliniui (pvz., lėšos konferencijoms ar įrangai), kurios skatina žinių sklaidą [53]. Dvimetis piniginių priedų modelis, aprašytas A. Tellson ir kolegų parodė, kad individualios premijos, priklausančios nuo MĮG projektų skaičiaus ir jų rezultatų publikavimo, skatina gerosios praktikos dalijimąsi [65]. Panašiai B. M. Melnyk ir E. Fineout-Overholt rekomenduoja finansines premijas susieti su sėkmingai užbaigtais MĮG projektais, nes tai didina slaugytojų motyvaciją, spartina žinių sklaidą [66]. Trečiasis – viešas matomumas, pavyzdžiui, sėkmės istorijų pristatymai posėdžiuose ar skaitmeniniuose naujienlaiškiuose. Y. H. Weng ir bendraautoriai nurodo, jog vieši MĮG pristatymai (posėdžiuose, naujienlaiškiuose) sustiprina žinutę, kad tokia veikla organizacijoje yra vertinama ir palaikoma [64].

Kitas svarbus veiksnys yra *vadovų pavyzdys*, kuris formuoja bendrą kultūrą, kurioje slaugytojai supranta, ko iš jų tikimasi ir kokios vertybės laikomos svarbiausiomis. Pirmiausia patys vadovai turi laikytis nustatytų standartų, atvirai bendrauti ir palaikyti darbuotojų iniciatyvas. Esant tokiam pavyzdžiui, komanda greičiau pasitiki lyderiu, bet to, didėja komandos psichologinis saugumas. Atitinkamai, slaugytojai drąsiau praneša apie problemas, aktyviau dalijasi idėjomis ir dažniau lieka organizacijoje, nes jaučia, kad jų darbas vertinamas [29].

Lyderių elgesys nulemia, kiek greitai MĮG idėjos išsisklaido skyriuje. Viename tyrime nustatyta, kad teigiamos vadovų nuostatos labiausiai siejosi su slaugytojų ketinimu diegti MĮG slaugos praktiką; jos turėjo didžiausią įtaką, palyginti su kitais veiksniais [67]. Be to, didesnės vadovų investicijos į MĮG kultūrą siejasi su mažesne slaugytojų kaita [53]. Tyrimai taip pat rodo, kad jeigu vadovai viešai remia MĮG sprendimus, darbuotojai labiau pasitiki komanda ir dažniau praneša apie incidentus [23].

Tarpdisciplininis bendradarbiavimas taip pat turi įtakos MĮG slaugos praktikos taikymui slaugoje. Tarpdisciplininis bendradarbiavimas yra glaudus, lygiaverčių dialogu paremtas įvairių sveikatos priežiūros specialistų (slaugytojų, gydytojų, kineziterapeutų, farmacininkų, socialinių darbuotojų ir kt.) darbas, siekiant bendrai spręsti paciento poreikius. Ši praktika slaugoje suteikia galimybę visapusiškai vertinti paciento būklę: skirtingos profesijos papildo viena kitą žiniomis ir kompetencijomis, sumažina klaidų bei

pasikartojančių procedūrų riziką ir padeda greičiau priimti sprendimus. Skirtingų sričių specialistų bendradarbiavimas gerina gydymo tęstinumą, trumpina informacijos perdavimo grandinę ir didina pacientų saugą, kadangi visi komandos nariai turi aiškius vaidmenis, dalijasi atsakomybe bei žiniomis, taip pat kartu priima sprendimus [68].

Komandinė praktika, kurioje sprendimai priimami kartu su gydytojais, kineziterapeutais, farmacininkais ar kitais specialistais, skatina MĮG praktikos taikymą slaugoje. Tarpdisciplininis darbas suteikia MĮG slaugos praktikai apčiuopiamą postūmį – skirtingų profesijų požiūriai padeda greičiau spręsti problemas ir vienodai taikyti gaires. Praktinis pavyzdys – Kinijos „Lean Six Sigma“ projektas, kuriame slaugytojai, infekcijų kontrolės specialistai ir kokybės inžinieriai kartu analizavo centrinio veninio kateterio infekcijas; bendra komandos strategija sumažino infekcijų dažnį net 82 proc. [49]. Panašus efektas nustatytas ir Italijoje atliktame tyrime: chirurgų, slaugytojų ir kokybės specialistų grupė peržiūrėjo ir išanalizavo visą laparoskopinės cholecistektomijos procedūrą ir apie trečdaliu sutrumpino pacientų gulėjimo ligoninėje laiką [50]. Galiausiai tyrimas JAV ligoninėse parodė, kad atvira komunikacija tarp skirtingų profesijų didina pasitikėjimą komandoje ir skatina slaugytojus pranešti apie vos neįvykusius NĮ, sustiprinant pacientų saugos kultūrą [23]. Taigi, tyrimų rezultatai atskleidžia, kad sprendimus priimant bendrai komandai, MĮG slaugos praktika lengviau prigyja ir greičiau matomi teigiami rezultatai paciento priežiūroje.

Paminėtina ir *nesudėtinga prieiga prie mokslinių tyrimų*. MĮG slaugos praktiką skatina techninės bei finansinės galimybės greitai pasiekti kokybiškus mokslinius tyrimus. Lengva ir greitai prieiga prie kokybiškos literatūros – būtina, norint kad slaugytojai galėtų realiai taikyti mokslo įrodymus, tačiau tyrimai rodo, jog šio „techninio“ veiksnio dar dažnai stokojama. Tyrimuose nustatyta, kad MĮG slaugos praktiką taiko tik mažiau nei pusė slaugytojų; dvi svarbiausios kliūtys – ribota anglų kalba ir mokamų straipsnių prieinamumas [46]. Ligoninės retai apmoka prieigą prie tarptautinių duomenų bazių, dėl ko slaugytojai apsiribojama vietiniais šaltiniais. Be to, pastebėta ir tai, kad slaugos moksliniai tyrimai dažnai atliekami be sistemingos paramos; finansiniai sunkumai tampa nemaža kliūtimi jų plėtrai [69]. Italijos mokslininkų atliktoje sisteminėje apžvalgoje mokami moksliniai žurnalai ir ribotas bibliotekų finansavimas taip pat įvardinti kaip vieni iš pagrindinių slaugos tyrimų barjerų [47].

Prieigos problemą iš dalies sprendžia dvi priemonės:

1. Atvirosios prieigos žurnalai. E. Borycki teigimu, „PubMed Central“ ir kitos atviros prieigos duombazės suteikia slaugytojams galimybę be papildomų mokesčių parsisiųsti straipsnius ir taip sutrumpina laiką nuo naujo tyrimo paskelbimo iki jo pritaikymo praktikoje [42].

2. E-mokymosi platformos. L. Martinengo ir bendraautorių atlikto tyrimo rezultatai atskleidė vidutinį žinių pagerėjimą tuomet, kai slaugytojai gali mokytis iš bet kurio įrenginio pagal nuotolinio „išskaidyto mokymosi“ modulius [62]. Vis dėlto tik nedaugelis tyrimų stebėjo, kad šios žinios išlieka ilgiau nei šešis mėnesius, todėl lieka neaišku, ar nuotolinė prieiga padeda įtvirtinti ilgalaikį pokytį praktikoje.

Mentorystė slaugoje – tai tęstinis, struktūruotas santykis, kai patyręs specialistas sąmoningai padeda mažiau patyrusiam kolegai ugdyti profesines žinias, kritinį mąstymą ir praktinius įgūdžius. Ši partnerystė neapsiriboja vien techninių procedūrų perdavimu: ji skatina refleksiją, stiprina psichologinį saugumą ir didina pasitikėjimą priimant klinikinius sprendimus. Mentorystė veikia per socialinį mokymąsi: patyręs kolega padeda perkelti teorinius aspektus į praktines situacijas, kartu didinant ir psichologinį saugumą [70]. MĮG slaugos praktikos atžvilgiu mentorystė sujungia asmeninį tobulėjimą ir organizacinę kultūrą. Tyrimas, atliktas intensyvosios terapijos skyriuje, parodė, kad aštuonių savaikių mokymai reikšmingai pakėlė slaugytojų MĮG kompetencijas, tačiau be nuolatinės mentoriaus pagalbos efektas po pusės metų nusilpo [71]. Jungtinėje Karalystėje pritaikius aštuoniolikos mėnesių programą nustatyta, kad nuolatinis mentoriaus palaikymas padidino naujų MĮG projektų skaičių, be to, sumažino ir ketinimą palikti darbą [21]. Ekonomiškai mentorystė taip pat pasiteisina. K. Azama ir kolegų teigimu, investicija į MĮG mentorystės programas greitai atsiperka mažėjant klaidoms ir su jomis susijusioms išlaidoms [21], todėl ši grąža skatina vadovus investuoti.

Apibendrinant galima teigti, kad pagrindiniai veiksniai, skatinantys MĮG taikymą slaugoje, yra profesinis mokymas, organizacinis pripažinimas, vadovų rodomas pavyzdys, tarpdisciplininis bendradarbiavimas, lengva prieiga prie mokslinių tyrimų bei mentorystė.

1.2.2. Mokslo įrodymais grindžiamos slaugos taikymo kliūtys

MĮG sklaidos greitis slaugoje priklauso ne tik nuo skatinančių veiksnių, bet ir nuo kliūčių, kurios gali sulėtinti ar visiškai sustabdyti pokytį (2 lentelė).

2 lentelė. Veiksniai, kliudantys MĖG praktikos taikymą slaugoje (sudaryta darbo autorės)

Kliudantis veiksnys	Veiksnių poveikis MĖG slaugos praktikos taikymui
Žinių ir įgūdžių spragos	Slaugytojai negeba greitai rasti ir interpretuoti tyrimų, todėl sprendimai lieka paremti patirtimi ar kolegų nuomone. Vienkartiniai mokymai poveikį turi tik trumpai; be nuolatinės mentorystės žinios greitai blėsta.
Nuostatos ir įsitikinimai	Įsitikinimas, kad „intuicija svarbiau už straipsnius“, slopina motyvaciją ieškoti ir taikyti MĖG slaugos praktiką. Žemo psichologinio saugumo aplinkoje slaugytojai bijo kvestionuoti nusistovėjusias praktikas, todėl mokslo įrodymai netaikomi net turint žinių ir gerą prieigą.
Slaugos personalo požiūris	Savivoka „esame tik procedūrų vykdytojai“ perkelia atsakomybę gydytojams ir mažina iniciatyvą taikyti MĖG slaugos praktiką.
Pasipriešinimas pokyčiams	Giliai įsišaknijusi rutina skatina laikytis senų metodų („visada taip darėme“). Naujos gairės suvokiamos kaip profesinės tapatybės grėsmė, todėl darbuotojai gina esamą praktiką.
Nepakankamas vadovų palaikymas	Vadovų abejingumas mažina darbuotojų ketinimą diegti MĖG slaugos praktiką. Neskiriama laiko, nėra mentorių, trūksta biudžeto; trūksta priemonių įgyvendinti MĖG slaugos praktiką.
Laiko stoka	Įtemptas darbo grafikas nepalieka laiko literatūros paieškai, todėl mokslo įrodymai atidedami „vėlesniam laikui“. MĖG slaugos praktiką suvokiama kaip papildoma užduotis, kurios „neįmanoma įsprausti“ į darbo grafiką.
Didelis darbo krūvis	Didelis pacientų skaičius ir dokumentų pildymo našta mažina energiją naujovėms. Stresinėje aplinkoje renkamos greitos, gerai žinomos procedūros; MĖG slaugos praktika laikoma per lėta.
Personalo stoka	Trūkstant slaugytojų, likę darbuotojai dirba viršvalandžius, todėl dar labiau ribojamas laikas mokslo įrodymams. PSO prognozuojamas slaugytojų trūkumas rodo, kad be papildomų resursų MĖG slaugos praktikos taikymas ir ateityje bus apsunkintas.

Žinių ir įgūdžių spragos atsiranda tada, kai slaugytojai studijų metu gauna ribotą metodologijos ir statistikos pagrindą. Kartu klinikinėje praktikoje jie neturi galimybės reguliariai lavinti mokslinių tyrimų paieškos bei kritinio vertinimo gebėjimų. Spragos iškreipia sprendimų grandinę: nauji tyrimai nėra taikomi; sprendimai lieka paremti tik asmenine patirtimi arba neformalia kolegų nuomone [72]. Empiriniai duomenys rodo, kad žinių ir įgūdžių spragos – realus trukdis MĖG slaugos praktikos taikymui. D. Jeong ir kolegės nustatė, kad gerai tyrimus interpretuoti moka tik apie keturi iš

dešimties slaugos absolventų [60]. Tai reiškia, kad nemažai jaunų specialistų į darbo rinką ateina neturėdami tvirto metodologijos pagrindo. Taikant mokslo įrodymus praktikoje taip pat esama iššūkių. S. Kim ir H. W. Jeong prieš aštuonių savačių mokymus paprašė patyrusių slaugytojų paaiškinti p reikšmę – teisingai atsakė maždaug trečdalis. Po mokymų rezultatas pagerėjo, bet praėjus pusmečiui, be mentorystės, dalis žinių vėl išblėso [28]. S. Elhabashy ir bendraautorių tyrimo metu nustatyta, kad praktiniai užsiėmimai MĖG kompetenciją pakelia trečdaliu, tačiau be tolesnių mokymų po pusės metų pagerėjimas sumažėja dvigubai [71]. Taigi, vienkartinis mokymų kursas problemos neišsprendžia – reikia nuolatinės praktikos ir mentoriaus, kuris padėtų naujas žinias nuolat taikyti kasdieninėje slaugytojo veikloje.

Nuostatos ir įsitikinimai gali turėti neigiamą poveikį mokslo įrodymų taikymui slaugoje: net turėdami reikiamų žinių bei priėjimą prie mokslinės literatūros, slaugytojai mokslo įrodymus taiko tik tada, kai tiki, jog moksliniai duomenys iš tiesų padės jų pacientams ir nebus tik „susa teorija“. Jei kolektyve vis dar esama požiūrio, kad „gera intuicija svarbiau už straipsnius“, gali būti susiduriama su paslėptu pasipriešinimu: darbuotojai rečiau domisi duomenų bazėmis, o radę mokslinius įrodymus yra linkę jų neaptarti [73–75]. Psichologinio saugumo trūkumas dar labiau slopina motyvaciją – jeigu slaugytojai bijo suklysti viešai ar būti sukritikuoti vyresnių kolegų, jie vengia kvestionuoti įprastas praktikas [29]. Atsižvelgiant į šiuos aspektus, slaugytojų nuostatos gali būti kliūtimi MĖG slaugos praktikos taikymui net tada, kai organizacija suteikia laiko ar techninių priemonių.

Nors daugelis slaugytojų pritaria MĖG slaugos praktikos idėjai, teigiamas požiūris dar nereiškia realaus elgesio. H. S. Thorsteinsson dar 2012 m. atliktame tyrime atskleidė, kad 82 proc. slaugytojų pirmiausia pasikliauja kolegų nuomone, o ne moksline literatūra. Pagrindinė šio elgesio priežastis – paieškos įgūdžių stoka [73]. Suomijos ligoninėse apklausti slaugytojai pripažino MĖG slaugos praktikos vertę, bet menkai tikėjo, jog jų kasdienė praktika iš tiesų remiasi įrodymais; svarbiausias veiksnys taikyti MĖG slaugos praktiką – mentoriaus buvimas [74]. Norvegijos atlikta slaugytojų apklausa parodė, kad teigiamas nuostatas lydėjo retas įrodymų taikymas, išskyrus tuos atvejus, kai slaugytojos dalyvavo MĖG darbo grupėse [75]. Taigi, vien teigiamų nuostatų MĖG slaugos praktikos taikymo atžvilgiu nepakanka: mokslinė literatūra turėtų būti lengvai pasiekiamą, be to, slaugytojams reikia paieškos įgūdžių bei mentoriaus pagalbos.

Slaugos personalo požiūris. Slaugytojų savivoka („kas aš esu komandoje?“) daro tiesioginę įtaką MĖG slaugos praktikos taikymui. Jeigu slaugytojai savo vaidmenį suvokia tik kaip techninių procedūrų atlikimą, jie yra linkę sprendimų atsakomybę perleisti gydytojams; priešingai, profesinę autonomiją akcentuojantis požiūris skatina savarankiškai ieškoti mokslinės litera-

tūros, kelti klausimus ir taikyti naujausią mokslinę praktiką. Pavyzdžiui, dalies tyrimų rezultatai rodo, jog slaugytojai mano, kad MĮG slaugos praktika yra iššūkis, trūksta informacijos ir ją sunku įgyvendinti, todėl laikomasi nuostatos, kad nebus galima mokslo įrodymų taikyti praktikoje [30].

Kita vertus, viename tyrime buvo apklausti ligoninių slaugytojai – rezultatai parodė, kad kuo aukštesnį profesinės autonomijos lygį slaugytojai deklaravo, tuo aktyviau jie taikė MĮG sprendimus. Demografiniai veiksniai šio ryšio nepaaiškino, todėl autoriai padarė išvadą, kad organizacijos, kurios tikslingai stiprina slaugytojų autonomiją – pavyzdžiui, suteikdamos daugiau atsakomybės klinikiuose sprendimuose – kartu sumažina atotrūkį tarp teorijos ir mokslo įrodymų taikymo praktikoje [76]. J. Ominyi ir kolegų atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad slaugytojų autonomiją labiausiai riboja medicininė hierarchija: slaugytojai retai kviečiami į esminius pasitarimus, todėl jų nuomonė sprendžiant dėl MĮG intervencijų lieka neišgirsta. Galios disbalansas skatina moralinį distresą ir perdegimą; mokslo įrodymai dažnai taikomi „tyliai“, neoficialiai derantis su gydytojais. Tyrimas taip pat išryškino praktines išeitis: slaugytojų lyderystės mokymai, dalyvavimas bendruose valdymo komitetuose ir aiški valdymo struktūra sustiprino pasitikėjimą saviimi ir paskatino aktyviau naudoti MĮG slaugos praktiką [77]. Taigi, slaugytojų autonomija yra būtina – realų, sisteminių MĮG slaugos praktikos taikymą galima pasiekti tik tada, kai organizacija sąmoningai keičia personalo požiūrį, t. y. mažina galios asimetriją ir kuria bendrą sprendimų priėmimo kultūrą.

Analizuojant slaugos personalo požiūrį, paminėtas ir *pasipriešinimas pokyčiams*. Pasipriešinimas pokyčiams dažniausiai kyla iš dviejų susijusių šaltinių. Pirmasis – įpročio galia: kasdieniai veiksmai dažnu atveju yra „automatiški“, todėl darbuotojai neturi aktyvaus stimulo keisti rutiną, net jei naujos gairės žada geresnę kokybę [33]. Antrasis – profesinės tapatybės grėsmė: naujos gairės gali būti suvokiamos kaip netiesioginė kritika to, ką slaugytojai darė daugelį metų [34]. M. Alatawi ir kolegų tyrime nustatyta, kad beveik pusė profesionalių slaugytojų (49 proc.) manė, kad pasipriešinimas perėjimui nuo tradicinės prie MĮG slaugos praktikos yra kliūtis pastarosios įgyvendinimui [31]. Kita vertus, pavyzdžiui, P. Jordan ir bendraautorių tyrime, vertinant kliūtis MĮG slaugos praktikos taikymui, nustatyta, kad daugiau nei pusė (59 proc.) slaugytojų parodė pasipriešinimą perėjimui nuo tradicinės praktikos prie MĮG [32].

M. Pitsillidou ir kolegės atliko kokybinį tyrimą – fokus grupėje dalyvavo 24 slaugytojai iš trijų viešųjų ligoninių. Autoriai apibūdino keletą pasipriešinimo aspektų:

1. Vyresnio amžiaus dalyviai pabrėžė „taip darėme visada“ mąstyseną. Įsišaknijusios procedūros buvo laikomos „saugumo zona“, todėl bet koks bandymas keisti tvarką buvo sutinkamas atsargiai.

2. MĮG slaugos praktika buvo suvokiama kaip „dar viena forma, kurią teks pildyti“ – t. y. papildoma našta, kurios niekas nekompensuos laiku ar personalu.
3. Jaunesni slaugytojai pranešė, kad cituojant tyrimus „atrodo, jog kritikuoji vyresnius“, todėl idėjos atmetamos dar diskusijų pradžioje. Hierarchija slopina klausimus ir diskusijas. L. Wallis atliktame tyrime buvo teigiama analogiškai – beveik pusė (46 proc.) slaugytojų teigė, kad jų padalinyje „nėra įprasta ginčyti įprastų praktikų remiantis tyrimais“, todėl bijoma teikti pasiūlymus [34].
4. Taip pat buvo tvirtinama, jog „literatūra neatsižvelgia į mūsų realybę“, todėl gairės laikytos nepritaikomomis vietinėms sąlygoms (dideliame pacientų skaičiui, ribotam personalui).
5. Pastaraisiais metais įvestos kelios naujos dokumentacijos sistemos; todėl personalas teigė esantis „pavargęs nuo reformų“ ir mieliau paliekantis situaciją „kaip yra“ [33].

Taigi, pasipriešinimą MĮG pokyčiams skatina giliai įsišaknijusi rutina, hierarchiniai vaidmenys ir suvokimas, kad MĮG slaugos praktika reiškia papildomą darbo krūvį bei netiesioginę kritiką ilgametei patirčiai. Jeigu organizacijoje trūksta moralinio, finansinio ar lyderystės postūmio, darbuotojai renkasi išlaikyti esama padėti ir vengia pokyčių; net pažangios metodikos sustoja dar ankstyvame diegimo etape arba išvis nėra siūlomos.

Atsižvelgtina ir į organizacijos kultūros veiksnius, pavyzdžiui, *nepakanamą vadovų palaikymą*. Jis pasireiškia tuo, kad skyrių vadovai neskiria laiko ar biudžeto mokymams, mentorystei ir mokslinės literatūros prieigai, todėl slaugytojai neturi bazinių priemonių įgyvendinti MĮG slaugos praktiką. Be to, nepalaikantys vadovai nereaguoja į darbuotojų pasiūlymus, viešai neteikia grįžtamojo ryšio ir neįtraukia slaugytojų į sprendimus, tad komanda praranda motyvaciją diegti MĮG slaugos praktiką [29]. Vadovams aiškiai nedemonstruojant paramos mokslo įrodymams, visa slaugos grandinė ima strigti. Slaugytojai nebemato praktinės naudos investuoti laiką į mokslinės literatūros paiešką, todėl jų ketinimas diegti MĮG slaugos praktiką krenta [67]. P. Jordan ir bendraautorii tyrimė, vertinant kliūtis MĮG slaugos praktikos taikymui, nustatyta, kad maždaug trečdalis (27 proc.) slaugytojų nurodė, kad jų slaugos vadovai nepalaiko MĮG slaugos praktikos įgyvendinimo procese [32]. Todėl, kaip teigia M. Bianchi ir bendra autoriai, MĮG įsitvirtina tik tuose skyriuose, kuriuose vadovai ne vien žodžiu išreiškia palaikymą MĮG slaugos praktikos diegimui, bet ir lygiagrečiai suteikia laiko, išteklių, mentorystę bei nuolatinį grįžtamąjį ryšį [35].

Tačiau MĮG slaugos praktikos diegimui kliudyti gali ir bendro pobūdžio veiksniai. Vienas iš jų – *laiko ir darbo krūvio apribojimai*. Laiko trūkumas kaip kliūtis įgyvendinti MĮG slaugos praktiką minimas daugumoje tyrimų –

slaugytojai, net turėdami prieigą prie naujausių mokslinių tyrimų, paprasčiausiai nespėja jų atsiversti ir perskaityti [31, 33, 34, 37]. Dažnu atveju slaugytojai neturi laiko susipažinti su naujausiais mokslinių tyrimų duomenimis ir pasinaudoti mokymosi galimybėmis. Be to, anot W. Gifford ir bendraautorų, slaugytojai mano, kad per numatytą darbo laiką jie turi ribotą laiką pacientų priežiūrai, kartu MĮG slaugos praktika laikoma papildoma darbo užduotimi [36]. Kai kuriais atvejais slaugytojai teigia, kad MĮG intervencijų įgyvendinimas yra laiką atimantis užsiėmimas [31].

Analogiška situacija su darbo krūviu – įtemptas darbo grafikas, viršvalandžiai, didelis kiekis pacientų ribotam slaugytojų skaičiui atima energiją ir motyvaciją ieškoti naujausių mokslinių šaltinių: dažnu atveju vienoje pamainoje reikia suspėti atlikti visas reikiamas procedūras pacientams ir užpildyti dokumentus, todėl mokslinės literatūros paieška atsiduria sąrašo gale. M. Pitsillidou ir kolegų atliktame kokybiniame tyrime buvo teigiama, kad slaugytojų darbo krūvis verčia juos dirbti taip, kaip jie išmoko, ir nebandyti nieko naujo. Be to, dėl spaudimo, kurį jaučia slaugytojai, jie nori netaikyti MĮG slaugos praktikos, manydami, kad tik taip spės atlikti savo pareigas [33].

Neigiamas veiksnys yra ir *personalo trūkumas*, kuris kartu su laiko trūkumu stabdo MĮG slaugos praktikos įgyvendinimą [33]. Be to, tyrimai rodo, kad slaugytojų yra nuolat stokojama ir ši stoka ateityje tik didės [78]. Globaliu mastu Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) prognozuoja, kad iki 2030 m. pasaulyje trūks apie 10 mln. sveikatos darbuotojų, iš jų didžiąją dalį sudarys slaugytojai; raginama slaugytojų stygių laikyti „tarptautine sveikatos apsaugos ekstremalia situacija“ [79]. Stokojant slaugytojų, esamų šios srities darbuotojų darbo krūvis nemažės, suprantama, kad galimybė taikyti MĮG slaugos praktiką taip pat gali būti ribota, net ir turint reikiamus išteklius. Pastebimas ir kitas aspektas – streso kupinoje darbo aplinkoje (dėl slaugytojų trūkumo) greta nuovargio atsiranda ir „apsauginė reakcija“: darbuotojai renkasi įprastas, gerai žinomas ir greitas procedūras, vengdami bet kokių naujovių [33].

Apibendrinant galima teigti, kad pagrindiniai veiksniai, kliudantys MĮG slaugos praktikos taikymui yra slaugytojų žinių ir įgūdžių spragos, jų turimos nuostatos ir įsitikinimai, pačio slaugos personalo požiūris, slaugytojų pasipriešinimas pokyčiams, neaprankamas vadovų palaikymas, laiko stoka, didelis slaugytojų darbo krūvis bei personalo trūkumas.

1.3. Profesinės darbo aplinkos įtaka mokslo įrodymais grindžiamos slaugos naudojimui

1.3.1. Organizacijos kultūra

Organizacijos kultūra – tai pasidalytų vertybių, normų ir elgesio modelių visuma, kuri kasdien reguliuoja, „kaip daromi dalykai“ organizacijoje. Ši sistema formuoja darbuotojų elgesį, lemia, kokius procesus jie laiko priimtinais, o kokių vengia. Ji apima septynias pagrindines dimensijas: organizacijos filosofiją, aplinkos atmosferą, darbo stilių, komandinį darbą, vadovų paramą, mokymą ir išteklių teikimą [5]. E. H. Schein organizacijos kultūrą apibrėžė kaip bendrai išminktų prielaidų rinkinį, sprendžiant prisitaikymo ir integracijos problemas; šios prielaidos laikui bėgant tampa savaime suprantamos ir perduodamos naujiems nariams [80]. Sveikatos priežiūros organizacijose kultūra apima požiūrį į mokslą, klaidų pripažinimą, tarpprofesinę partnerystę. Efektyvi MĮG slaugos praktikos sklaida priklauso nuo to, ar organizacinė kultūra palaiko klausimų kėlimą, žinių paiešką ir kolektyvinį mokymąsi [81]. Tyrimai rodo, kad organizacijos klimatas, palankus MĮG slaugos praktikai, reikšmingai ir teigiamai siejamas su slaugytojų taikoma MĮG slaugos praktika [5]. Kartu tyrimai rodo, jog „nepalaikanti organizacijos atmosfera“ – vadovų abejingumas ir ribotos galimybės diskutuoti apie tyrimus – yra pagrindinė kliūtis MĮG integracijai [82]. Kita vertus, svarbu ir tai, kad organizacijos kultūra dažnai veikia MĮG slaugos praktiką ne tiesiogiai, o per kitus veiksnius [5, 56]. Taigi, organizacijos kultūra nustato, ar įrodymai tampa įprasta praktikos dalimi, ar lieka neįgyvendinta.

3 paveiksle organizacijos kultūra pateikiama remiantis keturiomis klasikinių autorių tipologijomis.

Cameron ir Quinn (2011)	Handy (1993)	Kotter ir Heskett (1992)	Hofstede (2010)
• Klano kultūra • Adhokratiškos kultūra • Rinkos kultūra • Hierarchinė kultūra	• Galios kultūra • Vaidmens kultūra • Užduoties kultūra • Asmens kultūra	• Adaptyvioji kultūra • Neadaptatyvioji kultūra	• Procesų vs. rezultatų kultūra • Užduočių vs. žmonių kultūra • Atvira vs. uždara kultūra • Laisva vs. griežta kultūra • Parochialinė vs. profesinė kultūra • Pragmatiška vs. normatyvinė kultūra

3 pav. Organizacinės kultūros tipai [38–41]

Cameron ir Quinn išskiria keturis kultūros tipus. Klano kultūra pirmiausia remiasi šeimai artimu klimatu: ryšiais, komandiniu darbu, dalijimusi

žiniomis ir neformalia pagalba. Svarbiausios vertybės – pasitikėjimas, bendruomenė ir ilgalaikiai santykiai. Tuo tarpu lyderis atlieka mentoriaus ar „organizacijos tėvo“ vaidmenį [38]. Klano kultūrai būdinga dalijimosi žiniomis bei mentorystės tradicija, todėl tyrėjai ją laiko palankiausia MĮG slaugos praktikai – joje akcentuojamas bendradarbiavimas ir mokymasis [83, 84]. Adhokratijos kultūroje vyrauja lankstumas, kūrybiškumas, inovacijos ir greitas reagavimas į pokyčius. Struktūros minimalios, sprendimus priima ekspertų komandos; toleruojama klaidų rizika, jei ji leidžia kurti naujas idėjas [38, 85]. Rinkos kultūra orientuota į išorę – aiškūs tikslai, našumo rodikliai ir konkuruojantys padaliniai [38]. Jos ašis – išoriniai rezultatyvumo rodikliai ir konkurencingumas, gali netiesiogiai palaikyti MĮG slaugos praktiką, jeigu vadovybė aiškiai susieja įrodymais grindžiamas intervencijas prie paciento saugos ar kokybės rodiklių; vis dėlto empiriniai tyrimai dar neatskleidė tiesioginio ryšio. Be to, perteklinis spaudimas dėl tikslų pasiekimo mažina laiką mokymuisi ir refleksijai [83]. Hierarchinei kultūrai būdinga griežta tvarka, aiškūs rangai, formalūs protokolai bei kontrolės mechanizmai. Vadovas – administratorius, labiausiai rūpinasi standartizavimu ir klaidų prevencija [38]. Hierarchinėje kultūroje griežtos procedūros apsaugo nuo klaidų, bet tyrimai rodo mažesnę slaugytojų iniciatyvą ieškoti naujų įrodymų [86].

C. Handy išskyrė keturias – galios, vaidmens, užduoties ir asmens – organizacijos kultūras [39]. Galios ir vaidmens dažnai vertinamos kaip priešingybė klano ar užduoties kultūroms, tačiau praktikoje jos pasitaiko ligoninėse ir daro apčiuopiamą poveikį MĮG slaugos praktikai. Galios kultūroje sprendimų teisė sutelkta nedidelėje vadovų grupėje, informacijos srautas juda iš viršaus į apačią (vertikaliai), o ne atvirkščiai [39]. Slaugytojų atžvilgiu tai reiškia, kad slaugos veiksmus koreguoja tik „centras“, o priežiūros grandyje vyrauja nuostata, kad geriau „nekalbėti“. Hierarchinė aplinka didina slaugytojų bejėgiškumo jausmą, kuris savo ruožtu skatina tylėjimą apie pacientų saugos problemas [87]. Vaidmens kultūroje tvarką palaiko aiškos pareigybės, detalūs aprašai ir procedūrų hierarchija. Tvarkinga organizacijos struktūra padeda dirbti nuosekliai ir gali palengvinti MĮG slaugos praktikos taikymą, jeigu nauji įrodymai tampa privalomomis taisyklėmis [39]. Užduoties kultūroje komanda susitelkia į konkrečius uždavinius: specialistai greitai sujungia savo žinias, peržiūri naujausią literatūrą ir kartu randa sprendimą [39]. Taigi, ši kultūra telkia komandas aplink problemų sprendimą, todėl sutampa su MĮG slaugos praktikos logika [88]. Asmens kultūroje svarbiausia – specialisto autonomija. Slaugytojas gali laisvai rinktis metodus ir ieškoti įrodymų, tačiau organizacija nesuteikia bendros struktūros [39, 89].

Kotter ir Heskett siūlo paprastą organizacijos kultūros dichotomiją – adaptyvi kultūra reaguoja į išorės pokyčius; neadaptyvi lieka prie senos

tvarkos [40]. Gydomo įstaigose adaptyvi kultūra pasireiškia tuo, kad vadovai ir darbuotojai nuolat seka naujus mokslinius tyrimus, atnaujina gydymo ir slaugymo procesą ir palaiko mokymosi ciklus. S. Hu ir kolegų atliktas tyrimas parodė, jog organizacinė MĮG kultūra kartu su vadovų lyderyste diegiant pokyčius stipriai sustiprino slaugytojų MĮG kompetencijas ir elgesį [90] – šis derinys funkcionuoja panašiai kaip adaptyvios kultūros – lyderystės sąjunga. Priešingai – slaugytojai dirbo neadaptyvioje aplinkoje: vadovai į MĮG pasiūlymus žiūrėjo abejingai, formalios paramos nebuvo, todėl net labai motyvuoti darbuotojai jų negalėjo įgyvendinti [82]. Taigi, adaptyvi kultūra padeda diegti MĮG slaugos praktiką, nes MĮG slaugos praktika suvokiama kaip kasdieninis darbo įrankis, o neadaptyvi – stabdo, nes ginamas *status quo*. Visgi, kaip jau buvo minėta, kultūra nėra nekintanti – įgyvendinant reikalingus pokyčius, ją galima kryptingai keisti.

Hofstede organizacinę kultūrą apibūdino šešiomis priešingų polių poromis. Kiekviena jų formuoja skirtingą požiūrį į MĮG slaugos praktiką. Procesų *vs.* rezultatų dimensijoje procesų pusėje vertinamas taisyklių laikymasis [41]. Šiuo atveju MĮG procedūros dažnai suvokiamos kaip dar vienas administracinis aspektas, o ne priemonė pacientų naudai. Į rezultatus orientuotoje kultūroje, priešingai, klausiama, kokį poveikį turi sprendimas; todėl MĮG rodikliai natūraliai įtraukiami į kokybės metrikas. Užduočių *vs.* žmonių dimensija nusako, ar svarbiausia „padaryti darbą“, ar pasirūpinti darbuotojais [41]. Tyrimai rodo, kad į žmones orientuota kultūra, kurioje vadovai investuoja į gerovę ir psichologinį saugumą, lemia mažesnę slaugytojų perdegimą ir stipresnę MĮG elgseną [56]. Užduočių kultūroje sprendimai priimami greitai, bet mokymuisi lieka mažiau erdvės, todėl MĮG slaugos praktika dažniau ignoruojama, kadangi ji sulėtina procesą. Atvira *vs.* uždara sistema atskleidžia, kiek lengvai naujokai ir išorės partneriai gauna informaciją [41]. Tyrimai rodo, kad atvirose kultūrose žinių mainai spartesni, o uždaroje – informacija saugoma „sau“; tai sulėtina mokslo įrodymų diegimą, nes reikia ilgiau ieškoti reikiamų duomenų [91]. Dimensija griežta – laisva kontrolė nusako, kiek taisyklių galioja organizacijoje ir kokia stipri bausmės baimė. Griežtose kultūrose darbuotojai vengia eksperimentuoti, nes klaidos „brangiai kainuoja“ [5, 41]. Laisvoje kultūroje kūrybiškumo daugiau, bet gali stigti bendrų gairių; čia praverčia struktūruotos grupinio mokymosi veiklos, jos padeda nukreipti idėjas į vieningai taikomus standartus [92]. Profesinė *vs.* parochialinė dimensija rodo, ar darbuotojai pirmiausia tapatinasi su profesija, ar su pačia organizacija [41]. Profesinė orientacija skatina sekti tarptautines MĮG gaires ir kelti kvalifikaciją, o parochialinėje aplinkoje dominuoja vidaus taisyklės, todėl išorės įrodymai dažnai atmetami kaip „ne mūsų“. Galiausiai pragmatiška *vs.* normatyvinė dimensija skiria orientaciją į paciento poreikius nuo orientacijos į vidines taisykles [41]. Pragmatiškoje aplinkoje MĮG slau-

gos praktika priimama, jei akivaizdžiai gerina paciento patirtį, o normatyvinėje – tik jei atitinka nusistovėjusias procedūras.

Apibendrinant galima teigti, geriausiai MĖG slaugos praktiką palaiko klanų (Cameron ir Quinn), užduoties (Handy), adaptyvų (Kotter–Heskett) ir atvira, į žmogų bei rezultatus orientuota (Hofstede) kultūra. Jos pasižymi pasitikėjimu, aktyviu dalinimusi žiniomis, tarpusavio pagalba, kūrybišku problemų sprendimu ir psichologiniu saugumu. Neigiamos įtakos dažniausiai turi hierarchinė, galios, neadaptyvų, procesų ir uždara kultūra. Šioms kultūroms būdinga griežta kontrolė, bausmės baimė, informacijos sulaikymas, taisyklių dominavimas ir dialogo stoka; visa tai trukdo slaugytojams ieškoti, vertinti ir taikyti MĖG slaugos praktiką.

1.3.2. Išteklių prieinamumas profesinėje darbo aplinkoje

MĖG slaugos praktikos įgyvendinimas priklauso nuo to, kokius išteklius turi slaugytojai savo darbo aplinkoje. Mokslinėje literatūroje ištekliai skirstomi į tris tarpusavyje susijusias grupes: informacinius – technologinius, žmogiškuosius ir finansinius – materialinius. Kiekviena grupė turi savitą vaidmenį: technologijos leidžia greitai rasti įrodymus, žmonės – juos suprasti ir taikyti, o finansai bei priemonės – užtikrina ilgalaikį proceso stabilumą. Trūkstant bent vienos išteklių grupės, visas MĖG slaugos praktikos taikymo procesas silpnėja.

Informaciniai ir technologiniai ištekliai apima keturis pagrindinius aspektus.

1. Licencijuotos duomenų bazės – mokamos internetinės bibliotekos, pavyzdžiui, „Cochrane Library“, „CINAHL“ ar kitos. Jose slaugytojas randa patikimus mokslinių tyrimų straipsnius. Jei ligoninės neprenumeruoja prieigos prie šių ar kitų mokslinių duomenų bazių, darbuotojai informacijos ieško nepatikimose sistemose [69]. Kaip jau buvo minėta anksčiau, lengva prieiga prie mokslinių duomenų bazių laikoma viena iš MĖG slaugos praktikos diegimą skatinančių veiksnių [46, 47].
2. Klinikinės sprendimų sistemos – programos, įdiegtos elektroninėje sveikatos istorijoje. Įrašius paciento duomenis, sistema pasiūlo tinkamiausius vaistus, dozes ar slaugos intervencijas, paremtas mokslo įrodymais. Be šios funkcijos slaugytojai turi patys ieškoti ir vertinti informaciją – tai užima daug laiko [93].
3. Interneto ryšys – stabilus ryšys leidžia greitai atsidaryti mokslines duomenų bazes, dalyvauti nuotoliniuose mokymuose ir pan. Esant lėtam interneto ryšiui paieška stringa, todėl darbuotojai dažnai meta bandymus ieškoti mokslo įrodymų ir dirba pagal jau išminktą modelį.

M. A. Wudu tyrime nustatyta, kad sveikatos priežiūros darbuotojai, turintys nuolatinę prieigą prie interneto, buvo 1,79 karto labiau linkę taikyti MĮG slaugos praktiką [89].

4. Slaugos informatikos kompetencijos – gebėjimas naudotis kompiuteriu, ieškoti literatūros, vertinti šaltinių patikimumą ir pritaikyti rastus MĮG slaugos praktikos tyrimus praktikoje. Net turint geras informacines ir technologines sistemas, be šių įgūdžių mokslo įrodymai nebus tinkamai pritaikyti [94]. Kita vertus, kompetencijų įtvirtinimui naudinga mentorystė – tyrimai rodo, kad be jos praėjus kuriam laikui kompetencijos nusilpsta [59, 71].

Pastebėtina, jog technologijų stoka tiesiogiai siejasi su darbo kontrole: tyrimų rezultatai atskleidžia, jog palaikoma MĮG darbo aplinka sustiprina slaugytojų kompetenciją ir suteikia jiems daugiau autonomijos priimti sprendimus, tačiau tik tuomet, kai informaciniai įrankiai lengvai pasiekiami [5].

Ne mažiau svarbūs ir *žmogiškieji ištekliai*. Kaip jau buvo minėta, tiek Lietuvoje, tiek pasauliniu lygmeniu stokojama slaugytojų [79, 95]. Dėl slaugytojų trūkumo didėja darbo krūvis, todėl laiko kiekis, kurį galima panaudoti mokslo įrodymų paieškai, tampa ribotas. Tyrimai rodo, kad didelis darbo krūvis ir laiko stoka tiesiogiai riboja slaugytojų galimybes ieškoti bei taikyti MĮG slaugos praktiką [31, 34, 36, 37]. Visgi, žmogiškieji ištekliai yra daugiau nei tik personalo etatų skaičius. Esminį vaidmenį atlieka ir vadovai. Jiems rodant pavyzdį dėl mokslo įrodymų taikymo ir kartu palaikant personalą formuojama bendra kultūra, kurioje MĮG slaugos praktikos taikymas yra pripažįstamas ir pageidaujamas. N. Alsadaan ir O. M. E. Ramadan teigimu, vadovų nuostatos teigiamai siejasi su slaugytojų ketinimu diegti MĮG slaugos praktiką [67]. Kartu, vadovams nepalaikant savo pavaldinių bei nekreipiant dėmesio į jų pasiūlymus dėl mokslo įrodymų taikymo – slaugytojų motyvacija diegti MĮG slaugos praktiką mažėja [29]. Žmogiškųjų išteklių prieinamumo prasme svarbūs yra ir mentoriai. Jie padeda kolegoms rasti mokslinę literatūrą, kritiškai ją įvertinti ir pritaikyti. J. Giesen ir kolegų tyrime mentoriai 30 proc. pagreitino naujų gairių perkėlimą į praktiką, organizuojant trumpus komandos mokymosi ciklus [88].

Finansiniai ir materialiniai ištekliai suteikia MĮG iniciatyvoms tęstinumą. Šie ištekliai yra visos lėšos, priemonės ir infrastruktūra, kurios padeda ir pradėti, ir nuolat palaikyti MĮG slaugos praktiką [86]. Pirma, reikalingas stabilus biudžetas informaciniams resursams: mokslinių šaltinių duomenų bazių licencijoms, klinikinių sprendimų sistemoms, taip pat statistikos ir duomenų analizės programinei įrangai. Be prieigos prie šių įrankių slaugytojai priversti naudoti pavienius atvirus šaltinius; mažėja įrodymų patikimumas ir taikymo sparta [69].

Antra, svarbios investicijos į personalo tobulėjimą. Tai konferencijų, mokymų ar trumpų kursų finansavimas, taip pat darbo užmokesčio didinimas. B. M. Melnyk ir kolegų tyrime slaugos skyrių vadovai nurodė, kokią dalį biudžeto jie skiria MĪG licencijoms, mokymams ir projektams. Rezultatai parodė, kad 60 proc. ligoninių skyrė mažiau nei 5 proc. slaugos biudžeto MĪG veikloms, o 33 proc. – visiškai neskyrė. Rezultatai parodė, kad kuo didesnė dalis biudžeto buvo investuota į mokslo įrodymus, tuo stipresnė MĪG kultūra, mažesnė slaugytojų kaita ir geresni pacientų rodikliai (mažiau NĮ) [24]. Taigi, didesnė finansinė investicija į MĪG licencijas, mokymus ir projektus siejasi su stipresne MĪG kultūra, mažesne darbuotojų kaita ir geresniais pacientų saugos rodikliais.

Trečia kategorija – fiziniai ir skaitmeniniai įrankiai. Šie įrankiai – tai greitą internetą palaikantys kompiuteriai, planšetės, saugi failų dalijimosi platforma, darbui ir mokymuisi reikalingos erdvės bei kt. L. Furtado ir kolegų pabrėžia, jog fizinė ir skaitmeninė infrastruktūra tiesiogiai lemia, ar slaugytojas realiai pasieks mokslo įrodymai ir juos pritaikys. Autoriai nustatė, jog skyriuose, kuriuose trūksta kompiuterių arba interneto ryšys lėtas, MĪG užduotys atidedamos, nes darbuotojai negali greitai prisijungti prie reikiamų duomenų bazių. Ne mažiau svarbios ir pačios darbo erdvės: posėdžių kambaryai, stalai bei kėdės, skirtos analizei ir refleksijai. Ten, kur šių zonų nėra, slaugytojai mokymuisi ieško „kampelio“ koridoriuje arba pertraukų kambaryje, todėl procesas nutrūksta. Be to, tyrimas parodė, kad fizinės kliūtys darbo aplinkoje – pavyzdžiui, pasenusi diagnostinė įranga ar ribotas slaugos priemonių pasirinkimas – dažnai neleidžia įgyvendinti net gerai parengtų MĪG gairių [86].

Galiausiai, ilgalaikės techninės priežiūros lėšos. Naujai programinei įrangai, klinikinėms sprendimų sistemoms ir duomenų serveriams reikia nuolatinių atnaujinimų; jei ligoninė tam nenumato pinigų, po kelerių metų įrankiai pasensta ir slaugytojai grįžta prie seno elgesio modelio. K. M. Lindquist ir bendraautoriių tyrime dalyvavo 51 organizacija, kurioms buvo sustabdytas valstybinis finansavimas mokslo įrodymų diegimui. Tyrėjai parodė, kad pasibaigus finansavimui MĪG slaugos praktikos dažnai silpnėja; praktikas išlaikydavo tik tos įstaigos, kurios laiku gavo papildomų lėšų arba turėjo vidinį fondą, skirtą mokslo įrodymams [96].

Apibendrinant galima teigti, kad MĪG slaugos praktika efektyviai taikoma tik tuomet, kai profesinėje darbo aplinkoje subalansuojamos trys tarpusavyje priklausomos ištekliai – informacinių ir technologinių, žmogiškųjų bei finansinių ir materialinių – grupės.

1.3.3. Komandinis bendradarbiavimas

Komandinis bendradarbiavimas slaugos praktikoje yra ne tik slaugytojų tarpusavio ryšiai; tai ir visų paciento priežiūros grandžių – gydytojų, kineziterapeutų, ergoterapeutų, farmacininkų, dietologų, socialinių darbuotojų ir kitų medicinos darbuotojų – sąveika [68]. Mokslinėje literatūroje šią sąvoką apibrėžia penki tarpusavyje susiję elementai: komunikacija, dalijimasis informacija, bendras sprendimų priėmimas, abipusė atsakomybė už rezultatą ir psichologinis saugumas [97].

Aiški komunikacija padeda komandai veikti vieningai ir paverčia mokslo įrodymus praktiniais sprendimais. E. N. Arsenault Knudsen ir kolegų teigimu, svarbiausia geros komandinės komunikacijos užduotis – užtikrinti, kad žinia apie naują MĪG sprendimą pasiektų visus slaugytojus, nepriklausomai nuo to, kurioje pamainoje jie dirba. Slaugytojai natūraliai buriasi į mažesnes grupes pagal dirbamas pamainas – dieninę, naktinę ar savaitgalio [98]. Todėl planuojant mokslo įrodymų diegimą būtina apgalvoti, kaip bus pasiektas kiekviena iš šių grupių.

Tyrimas taip pat parodė, kad skyriuje visada atsiranda keli slaugytojai, į kuriuos kolegos kreipiasi dažniausiai. Šiuos slaugytojus verta įtraukti į diegimo planavimą, nes jų nuomonė padeda greičiau priimti naujoves. Praktikoje tai reiškia, kad skyrius sąmoningai paskiria šiems slaugytojams vaidmenį – pavyzdžiui, „ambasadoriaus“ – ir suteikia jiems priemonės dalytis naujausia moksline literatūra su kolegomis [97]. Komunikacijos kanalas tampa nuoseklus: informacija sklinda nuo centro į periferiją ir pasiekia ir tuos, kurie dėl pamaininio darbo pobūdžio nedalyvauja susitikimuose.

Komunikaciją palaiko ir techninės priemonės. Jeigu slaugos padalinyje naudojamas bendrai redaguojamas el. dokumentas su komentarų funkcija, informacijos klaidų sumažėja [98]. Komunikacijai svarbi ir pasitarimų vieta. Be patogios vietos trumpiems, neformaliems pasitarimams aptarimai retėja ir tampa pernelyg formalūs; tada slaugytojai labiau remiasi senomis praktikomis [86].

Psichologinis saugumas – tai bendras įsitikinimas, kad galima klysti, klausti ar ginčyti senas praktikas nebijant pasmerkimo [29]. Jis tiesiogiai priklauso nuo komunikacijos pobūdžio. S. E. Lee ir J. W. Lee tyrimas parodė, kad aukšta hierarchijos išraiška (komunikacija „iš viršaus“) tiesiogiai didina slaugytojų tylėjimą – klausimai nėra keliami, mokslo įrodymai nėra siūlomas. Ši elgesį savo ruožtu stiprina bejėgiškumo jausmas (sprendimus priima tik vadovai), ir, atvirkščiai, ši elgesį mažina vadovų palaikymas [97]. Jeigu psichologinis saugumas komandoje aukštas, slaugytojai drąsiau praneša apie problemas, aktyviau dalijasi idėjomis [29].

Dalijimasis informacija – tai nuolatinis ir kryptingas naujų tyrimų, klinikinių pastebėjimų bei kitų duomenų judėjimas tarp skirtingų disciplinų specialistų. Dalijimasis informacija gali būti vykdomas tiek fiziniame, tiek virtualioje erdvėje [99–102]. Tyrimai rodo, jog duomenų pasidalijimas komandoje padidina klinikinių sprendimų tikslumą [103]. Galiausiai, organizacijos, kuriose puoselėjama MĖG kultūra, informacija cirkuliuoja be kliūčių; dėl šios priežasties tokiose kultūrose esama statistiškai reikšmingai aukštesnių slaugytojų gebėjimų taikyti MĖG slaugos praktiką [90].

Bendras sprendimų priėmimas apibrėžia procesą, kuomet slaugytojas, gydytojas ir, vis dažniau, pats pacientas bei jo artimieji vienu metu svarsto diagnostines ar slaugos alternatyvas ir bendru sutarimu išrenka geriausią būdą [104]. Bendras sprendimų priėmimas slaugos komandoje – tai ne tik formalus „pritarimo“ gavimas. J. H. Friesen-Storms ir kolegės parodė, jog šis procesas sujungia MĖG slaugos praktiką, klinikinę patirtį ir paciento vertybes, taip panaikindamas spragą, kuri dažnai atsiranda tradiciniame MĖG procese. Skirtingai nuo paternalistinio ar vien tik informacinio modelio, čia visi dalyviai yra lygiaverčiai [100].

Bendras sprendimų priėmimas iš esmės yra „mechanizmas“, kuris įkūnija trečiąją MĖG slaugos praktikos ramstį – paciento vertybes – ir realiu laiku sujungia teoriją su patirtimi. Kai slaugytojas vietoj vienpusio rekomendacijų diktavimo įtraukia pacientą į derybas, MĖG ciklas užsidaro: tyrimų duomenys virsta individualizuotu veiksmų planu [100]. M. Truglio-Londrigan ir J. T. Slyer apžvalga detalizuoja, kaip tas procesas žingsnis po žingsnio atkartoja MĖG logiką: tarpusavio informacijos mainai, bendras alternatyvų vertinimas, sprendimo įgyvendinimas ir jo peržiūra, jei realiame gyvenime kyla kliūčių [105]. Kuo labiau slaugytojos yra įvaldę MĖG slaugos praktiką, tuo palankesnės jų nuostatos bendro sprendimo priėmimo atžvilgiu [106].

Abipusė atsakomybė – tai komandos narių susitarimas ne tik atlikti savo pareigas, bet ir sekti bendrą rezultatą, kritiškai palaikyti kolegas ir, prireikus, perimti užduotį. Abipusę atsakomybę skatina aiškiai įvardinti tikslai [101]. R. Sherman ir T. M. Cohn teigimu, MĖG slaugos praktika gali egzistuoti tik tada, kai skyrius perauga iš „vienas atsiskaitau vadovui“ į pasidalytos atsakomybės kultūrą: kiekvienas slaugytojas mato pacientų rodiklius kaip bendrą tikslą ir jaučia vidinę pareigą taikyti mokslo įrodymus, nes nuo jų priklauso bendri rezultatai. MĖG slaugos praktika nėra vadovo nurodymas, o pačių darbuotojų priimtas standartas – jie stebi vieni kitus, pasidalija užduotimis ir iš karto taiso nukrypimus [102]. C. Goeschel pabrėžia, kad be komandinės atsakomybės MĖG slaugos praktika negali būti tinkamai pritaikoma – įrodymai virsta rezultatais tik tada, kai kiekvienas komandos dalyvis žino savo atsakomybės dalį, o vadovai užtikrina, jog nė viena grandis negalėtų „išsisukti“ prisidengusi sistemos ar individo klaida [107].

Apibendrinant galima teigti, kad komandinis bendradarbiavimas slaugos praktikoje remiasi penkiais susijusiais ramsčiais – aiškia komunikacija, nuolatinio dalijimusi informacija, bendru sprendimų priėmimu, abipuse atsakomybe ir psichologiniu saugumu – sukuriančiais profesinę aplinką, kurioje MĖG slaugos praktika veikia praktiniu lygmeniu.

1.3.4. Nepageidaujami įvykiai

Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, kasmet sveikatos priežiūros įstaigose užfiksuojama apie 134 mln. NĮ, o dėl nesaugios priežiūros miršta maždaug 2,6 mln. žmonių [26]. Europos Sąjungoje NĮ patiria 8–12 proc. visų hospitalizuotų pacientų [25]; dalies autorių teigimu šis rodiklis siekia 4–17 proc. [27]. Svarbu, kad beveik pusės šių įvykių (44–50 proc.) būtų galima išvengti, jei būtų nuosekliai taikoma MĖG slaugos praktika ir veiktų efektyvūs pranešimo bei mokymosi mechanizmai [27]. Lietuvoje tendencijos taip pat panašios: D. Jankauskienė ir A. Kostereva nurodo, kad NĮ skaičius didėja, jie kartojasi ir sukelia didelę socialinę bei finansinę naštą gydymo įstaigoms ir visuomenei [108].

NĮ mokslinėje literatūroje apibrėžiami įvairiai, tačiau visos sąvokos pabrėžia tą pačią esmę – žalą ar realią žalos riziką, kylančią ne dėl paciento ligos, o dėl teikiamos priežiūros proceso. S. Mekšriūnaitė ir kolegos NĮ vadina „įvykiu, įvykusi dėl veikos, galėjusios sukelti ar sukėlusios nepageidaujamą baigtį pacientui, daugiau dėl medicininės pagalbos teikimo ir organizavimo, negu dėl paties paciento būklės“ [25]. V. Janušonio ir G. Kasap teigimu, tai „dideli ar maži klinikiniai ar administraciniai įvykiai, kurie yra vengtini ateityje, tačiau įvyko praktikoje ir kurių nebuvo galima numatyti“ [109]. D. Jankauskienė ir A. Kostereva į NĮ žiūri kaip į „bet kokius nenumatytus incidentus, susijusius su paslaugų teikimu, galinčius sukelti ar sukėlusius nepageidaujamą rezultatą, įvykusius dėl paslaugų teikimo arba organizavimo aplaidumo“ [108]. Lietuvos Respublikos Privalomų registruoti NĮ sąrašo ir jų registravimo tvarkos apraše šis terminas apibrėžiamas universaliai: „įvykis, reakcija, reiškinys ar aplinkybė, galėjusi sukelti ar sukėjusi nepageidaujamą baigtį pacientui“ [3].

Visos šios sąvokos atliepia J. Reason [110] išskirtas dvi klaidų kilmės formas – veikimo ir neveikimo. Klaida dėl veikimo įvyksta, kai darbuotojas padaro tai, ko nereikėjo daryti (pavyzdžiui, suleista neteisinga vaisto dozė). Klaida dėl neveikimo atsiranda, kai darbuotojas nepadarė to, ką privalėjo padaryti (pavyzdžiui, nepaskiria profilaktinių priemonių siekiant išvengti pragulų). Šis skirstymas yra svarbus tuo, kad klaidos valdymo strategijos skiriasi: neveikimą dažniau lemia procesų spragos ar per didelis darbo krūvis,

tuo tarpu veikimo klaidos dažnai siejamos su informacijos netikslumais ar komunikacijos kliūtimis.

Kita bendroji ašis – NĮ sisteminė prigimtis. NĮ paprastai sukelia ne vienas veiksnys, o kelių aplinkybių sankirta [25]. Tai atitinka sisteminio mąstymo (angl. *systems thinking*) sampratą: klaidos atsiranda dėl daugelio tarpusavyje susijusių procesų, todėl atsakomybė ir prevencija privalo būti padalytos tarp individualaus darbuotojo, komandos ir organizacijos [107]. Praktikoje tai reiškia, kad vien darbuotojo kompetencijos nepakanka – reikalingi ir atitinkami aplinkos veiksniai (slaugytojų – pacientų santykis, darbo krūvio pasiskirstymas, personalo kaita, informacijos valdymas, formali pranešimų sistema, vadovavimo stilius ir kt.), padedantys išvengti NĮ.

Profesinės aplinkos įtaka atsiskleidžia dviem glaudžiai susijusiais lygmenimis: ji formuoja slaugytojų nuostatas į NĮ pranešimą ir kartu lemia gebėjimą taikyti MĮG slaugos praktiką savo veikloje. Saugos kultūros teorijoje teigiama, kad žmonės praneša apie klaidas tik tada, kai jaučiasi psichologiškai saugūs – kai nėra bausmės baimės ir juntamas vadovų palaikymas. Šį veikimo mechanizmą iliustruoja Kinijoje atliktas tyrimas: slaugytojams suteikta mokymų platforma, kurioje jie anonimiškai dalijosi klaidų istorijomis ir gavo greitą grįžtamąjį ryšį. Po dviejų mėnesių slaugytojų suvokiamos kliūtys pranešti apie NĮ sumažėjo 26 proc. Be to, suvokimas apie NĮ pranešimą bei ketinimai pranešti padidėjo [111]. Socialinio mokymosi požiūriu virtualus bendradarbiavimas modeliuoja elgesį: matydami kolegas, kurie be neigiamų pasekmių praneša apie klaidas, slaugytojai perima jų elgesį.

Požiūriui svarbios ir profesinės tapatybės nuostatos. F. Wu ir bendraautorių atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad aukštesnį universitetinį išsilavinimą ir aukštesnę poziciją pareigose (pvz., vyresnysis slaugytojas) turintys slaugytojai NĮ laiko profesinės atsakomybės dalimi ir beveik du kartus dažniau apie juos praneša; palankų požiūrį dar labiau sustiprina asmeninė slaugytojų patirtis susidūrus su NĮ [112]. Taigi, kuo stipresnės socialinės normos (institucija tikisi, kad praneši) ir suvoktas pajėgumas (turi įgūdžių, žinai sistemą), tuo didesnė reali pranešimo tikimybė.

Darbo aplinka taip pat lemia slaugytojų gebėjimą įgyvendinti MĮG rekomendacijas darbe. Tyrimas su pradedančiais slaugytojais parodė, kad palankus praktikos klimatas statistiškai reikšmingai gerino jų saugos nuostatas pacientų atžvilgiu, net kai jie dirbo dideliu darbo krūviu [113].

Pacientų saugos kultūra – pamatinis pacientų saugos ir NĮ valdymo elementas [27]. Saugos kultūros teorija grindžiama prielaida, kad saugi paciento priežiūra priklauso ne nuo pavienių didvyriškų sprendimų, o nuo bendrų vertybių, normų ir kasdienės komunikacijos, kuri apibrėžia darbo pobūdį konkrečioje vietoje. Reason „šveicariško sūrio“ modelis iliustruoja, jog organizacijos sluoksniai – procedūros, mokymai, tarpusavio pasitikėjimas

ir vadovų reakcija į klaidas – sudaro barjerus (organizacinius, socialinius, techninius, žmogiškuosius), kurie arba stabdo, arba praleidžia klaidą. Teisingos kultūros (angl. *just culture*) koncepcija šiuos barjerus papildo pusiausvyra tarp atsakomybės ir pranešimo nebijant: darbuotojai turi tikėti, kad už sąžiningai praneštą klaidą nebus baudžiami, bet sąmoningas taisyklių ignoravimas sulauks pasekmių [114]. Praktiniai duomenys patvirtina teoriją. J. Murray ir kolegų teigimu, viskas prasideda nuo aiškių, visiems priimamų vertybių. Jei skyriuje sutariama, kad klaida – tai signalas taisyti sistemą, o ne žmogiška kliūtis, darbuotojai drąsiau kalba apie NĮ. Todėl pirmieji Reason „šveicariško sūrio“ sluoksniai – procedūros ir tarpusavio pasitikėjimas – užpildo „skylutes“ ir klaida nepraėina. Autorių manymu, ten, kur slaugytojai ir gydytojai jaučia, kad vadovas klaidą vertina be baudimo, pranešimų apie vaistų klaidas padaugėja, rimtų NĮ sumažėja. Iliustruojamas „teisingos kultūros“ principas: darbuotojai nebijo pranešti, organizacija išmoksta, o tyčinis taisyklių nepaisymas ir toliau turi pasekmes [115]. Hierarchinis bendravimas lemia slaugytojų „tylėjimą“ – jie tris kartus rečiau praneša apie NĮ [79]. Šie duomenys rodo aiškų kultūros – rezultato ryšį: darbo aplinkose, kuriose darbuotojai gali laisvai kelti klausimus ir kritikuoti senus įpročius, MĪG rekomendacijos įsigali greičiau, mažėja NĮ apimtys. Todėl, siekiant stiprinti saugos kultūrą, būtina labiau įgalinti slaugytojus – parodant jų indėlio vertę, stiprinant tarpusavio palaikymą ir mažinant darbo krūvio keliamą įtampą [26].

Pranešimų apie NĮ sistemos yra dar vienas profesinės aplinkos komponentas, darantis įtaką MĪG slaugos praktikai. Tai formalūs, dažniausiai skaitmeniniai kanalai, per kuriuos darbuotojai fiksuoja klaidas ar beveik įvykusias klaidas, kad organizacija galėtų jas analizuoti, dalytis pamokomis ir užkirsti kelią pasikartojimui. Sistemos gali būti privalomos (kryptis – atsakomybė už sunkius įvykius) arba savanoriškos (kryptis – mokymasis iš visų incidentų) [116]. Pranešimų apie NĮ sistemos, kurios yra svarbus saugos kultūros skatinimo elementas, yra labai vertinamos dėl jų gebėjimo skatinti saugos kultūrą sveikatos priežiūros organizacijose. Skatinant pranešti apie klaidas ir pavojingas situacijas, šios sistemos padeda nustatyti klaidų tendencijas ir pagrindines priežastis; vėliau galima įgyvendinti bendrus patobulinimus ir prevencines priemones [117]. Įdiegus tokį mechanizmą sukuriamą bendra duomenų bazė, leidžianti sekti tendencijas, rengti korekcinius veiksmus ir matyti, ar intervencijos veikia. Lietuvos mokslininkai pabrėžia, kad sistemos vertė kyla ne tik pacientams: reguliarus registravimas didina ir pačių medikų saugumą, nes skatina saugią mokymosi kultūrą [109].

Nacionalinių tyrimų duomenys parodo, kodėl sistemos diegiamos ir kodėl darbuotojų požiūris kartais tampa kliūtimi. Išanalizuota sveikatos priežiūros specialistų apklausa (N = 611) parodė, kad 86,9 proc. darbuotojų žino teisinę tvarką, tačiau tik 25,5 proc. bent kartą buvo pateikę pranešimą

apie NĮ; beveik pusė respondentų pageidautų „mišrios“ schemas – privalomai registruoti sunkius įvykius, kitus – savanoriškai [25]. Kitas atliktas tyrimas trijose didelėse ligoninėse atskleidė pagrindinius barjerus: teisminių ieškinių baimę (52 proc.), neigiamą kolegų reakciją (40 proc.) ir galimas drausmines nuobaudas (36 proc.). Taip pat 45,2 proc. medikų prisipažino nežinantys, apie ką ir kaip tiksliai reikia pranešti – žinių spraga tiesiogiai riboja sistemos naudojimą [109].

Taip pat tyrimų duomenys rodo, kad aktyvus skaitmeninės pranešimų platformos naudojimas padidina NĮ registracijų skaičių daugiau nei trečdaliu ir sustiprina „nebaudžiamumo ir mokymosi“ kultūrą, tačiau tyrėjai vis tiek išskiria trūkumus: nacionalinės IT sistemos nebuvimą, grįžtamojo ryšio stoką ir vadovų nepakankamą lyderystę [108]. Vis dėlto mokslinėje literatūroje akcentuojama, kad pati pranešimų apie NĮ sistema neveiks, jei slaugytojai nejaus psichologinio saugumo [118].

Suvokiama pranešimo apie NĮ nauda ir pranešimo apie NĮ procedūrų aiškumas yra kiti du kintamieji, lemiantys, ar sistema taps gyvu kokybės gerinimo įrankiu, ar tik formalia pareiga. Tyrimai rodo, kad slaugytojai labiau linkę pranešti, kai mato, jog užregistruoti duomenys virsta apčiuopiama nauda – pavyzdžiui, papildomu pasikeitusiais vaistų administravimo procesais [117]. Kita vertus, jei nėra aiškių kriterijų, pagal kuriuos galima tiksliai nustatyti, kas yra laikoma NĮ, taip pat jei pranešimo apie NĮ procedūros yra sudėtingos, tikimybė, kad NĮ bus užregistruotas yra maža [25, 109]. X. Zhao ir kolegų tyrimas parodė, kad trumpa, žingsnis po žingsnio pateikta mokomoji medžiaga „ką, kur ir per kiek laiko įrašyti“ 40 proc. padidino pranešimų apie NĮ skaičių [111]. Taigi, darbuotojai praneša kur kas dažniau, kai procedūra aiški ir trunka kelias minutes, užtikrinamas grįžtamasis ryšys apie sprendimus, priimtus remiantis jų pranešimais, ir organizacija viešai pripažįsta, kad tokie pranešimai tiesiogiai gerina pacientų ir pačių darbuotojų saugą.

Taigi, pranešimų apie NĮ sistemos diegiamos tam, kad sveikatos priežiūros organizacija turėtų patikimus duomenis mokymuisi ir kokybės gerinimui. Tačiau jei darbuotojai bijo teisinės atsakomybės, kolegų kritikos arba nemato aiškaus grįžtamojo ryšio, jų motyvacija pranešti apie NĮ mažėja. Tyrimų rezultatai rodo, jog neigiamos nuostatos mažėja tada, kai užtikrinamas konfidencialumas, įdiegiamas aiškus elektroninis įrankis, suteikiami mokymai ir vadovybė nuosekliai demonstruoja, kad klaidos vertinamos kaip galimybė tobulėti, o ne kaip pretekstas bausti.

Apibendrinant vien pranešimo apie NĮ sistemos neužtenka. Siekiant, kad ši sistema skatintų MĮG slaugos praktiką, reikalinga, jog veiktų kelių tarpusavyje susijusių kintamųjų visuma:

- Psichologinis saugumas – darbuotojai turi būti tikri, kad už sąžiningą pranešimą nebus nubausti, tačiau tyčinis taisyklių ignoravimas vis tiek sulauks neigiamų pasekmių.
- Konfidencialumas ir anonimiškumas – kuo paprasčiau paslėpti asmens tapatybę, tuo didesnė tikimybė, kad bus pranešta net apie galimai nereikšmingus įvykius, kurie vėliau padeda atpažinti sisteminės spragas.
- Greitas dvipusis grįžtamasis ryšys – jeigu personalas per kelias dienas gauna aiškų atsakymą, kokių veiksmų imtasi, pranešimų dažnis išlieka stabilus; grįžtamajam ryšiui vėluojant, motyvacija pranešti apie NĮ krenta.
- Vadovų pavyzdys ir nuoseklumas – skyriaus ar ligoninės lyderiai patys turi fiksuoti klaidas ir viešai demonstruoti, kad mokymasis iš klaidų yra prioritetas.
- Darbo krūvio ir personalo santykis – esant slaugytojų trūkumui, netgi gerai veikiančios sistemos nebus naudojamos, jei pranešimui apie NĮ paprasčiausiai stinga laiko.

Tik tuomet, kai visi šie komponentai veikia kartu, pranešimų apie NĮ sistema gali paskatinti MĮG slaugos praktiką, mažinant pakartotinių klaidų tikimybę ir kelių metų perspektyvoje gerinančia tiek pacientų, tiek pačių darbuotojų saugą.

1.4. Tyrimo problemos teorinis pagrindimas

1.4.1. Klinikinis sprendimų priėmimas

Vertinant istorinę perspektyvą, iki XX a. vidurio klinikiniai sprendimai dažniausiai buvo grindžiami intuicija ir empirine praktika. 1960–1970 metais klinikinio sprendimų priėmimo atžvilgiu pradėtas akcentuoti sistemingas ir mokslinis požiūris, siekęs struktūrizuoti sprendimų priėmimo procesus, mažinant klaidų tikimybę [8]. Šis pokytis itin paspartėjo įvedus kompiuterines technologijas medicinoje, leidusias apdoroti didelius duomenų kiekius bei taikyti juos klinikinių sprendimų priėmime [93]. 1990-aisiais atsirado įrodymais grindžiama medicina (angl. *Evidence-Based Medicine*), kuri pabrėžė mokslinių įrodymų naudojimo svarbą kartu su klinicine patirtimi ir paciento vertybėmis [119]. Pastaraisiais dešimtmečiais, su technologijų pažanga, buvo sukurtos klinikinės sprendimų paramos sistemos, kurios integruoja mokslinius įrodymus, pacientų duomenis ir algoritmus, padedančius priimti saugesnius klinikinius sprendimus [120].

Klinikinis sprendimų priėmimas yra vienas iš esminių sveikatos priežiūros specialistų veiklos elementų, apimantis informuotą ir struktūruotą pro-

cesą, kuriuo nustatomas geriausias veiksmų planas pacientų sveikatos problemoms spręsti [1]. Klinikinio sprendimų priėmimo apibrėžimai skiriasi priklausomai nuo požiūrio taško, tačiau sutariama dėl šio proceso svarbos pacientų priežiūroje [2, 6, 121–123]. Tradiciškai klinikinis sprendimų priėmimas buvo laikomas individualia atsakomybe, pagrįsta patirtimi ir intuicija [8]. Tačiau šiuolaikinėje medicinoje šis procesas tapo sudėtingesnis – apima ne tik klinikinę kompetenciją, bet ir mokslinius įrodymus bei pacientų poreikius [7, 124]. 3 lentelėje pateikiami skirtingų autorių klinikinio sprendimo priėmimo apibrėžimai.

3 lentelė. Klinikinio sprendimo priėmimo apibrėžimai

Autorius(-iai)	Apibrėžimas
Elstein ir kt. [121]	Klinikinis sprendimų priėmimas – tai procesas, kai sveikatos priežiūros specialistai naudoja sistemingą, kognityvinį metodą, siekdami suprasti paciento būklę ir pasirinkti tinkamiausią gydymo planą.
Benner [122]	Klinikinis sprendimų priėmimas – tai slaugytojo ar gydytojo gebėjimas atpažinti subtilius paciento būklės pokyčius ir situacinius požymius, kurie leidžia pasirinkti tinkamiausias intervencijas, remiantis praktine patirtimi ir intuicija.
Sackett ir kt. [123]	Klinikinis sprendimų priėmimas – tai procesas, kai sveikatos priežiūros specialistai integruoja geriausius turimus mokslinius įrodymus, klinikinę kompetenciją ir paciento pageidavimus bei vertybes, siekdami priimti geriausius sprendimus paciento sveikatos priežiūrai
Thompson ir kt. [2]	Klinikinis sprendimų priėmimas – tai procesas, kurio metu sveikatos priežiūros specialistai sistemingai renka, analizuoja ir naudoja informaciją, siekdami priimti geriausius klinikinis sprendimus, įtraukiant tiek paciento būklės vertinimą, tiek gydymo plano parinkimą.
Tanner [6]	Klinikinis sprendimų priėmimas – tai procesas, kurio metu slaugytojai ir kiti sveikatos priežiūros specialistai įvertina, interpretuoja ir sprendžia apie paciento būklę, naudodamiesi savo profesine patirtimi ir kontekstu, kuriame vyksta slauga.

P. Benner [122] pateikiamas apibrėžimas išskiria praktinę patirtį ir intuiciją kaip pagrindinius klinikinio sprendimų priėmimo aspektus. Jis pabrėžia ilgalaikę patirtį ir gebėjimą atpažinti subtilius paciento būklės pokyčius, kurie nėra akivaizdūs ar lengvai išmatuojami. D. L. Sackett ir kt. [123] apibrėžimas akcentuoja įrodymais grindžiamos medicinos principus, kuomet sprendimų priėmimas remiasi ne tik klinicine patirtimi, bet ir naujausiais moksliniais tyrimais bei paciento nuomone. Tai plačiai taikomas apibrėžimas, kuriame akcentuojama integracija ir pacientų dalyvavimas. A. S. Elstein ir kt. [121] apibrėžimas labiau orientuojasi į kognityvinius procesus ir racionalų mąstymą, kai sveikatos priežiūros specialistas naudoja sistemingą problemų

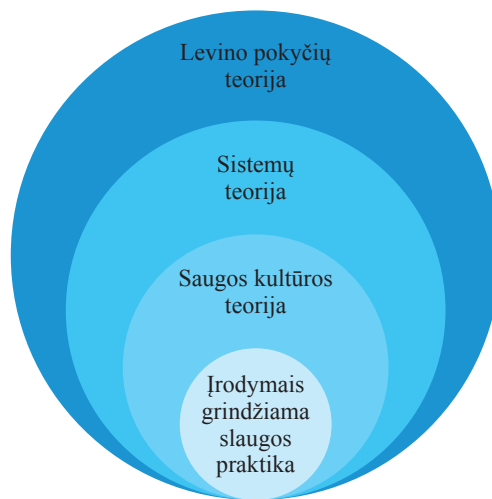
sprendimo metodą. Jis išskiria sistemiškumą ir loginį procesą kaip esminius klinikinio sprendimų priėmimo aspektus. C. Thompson ir kt. [2] apibrėžimas panašus į A. S. Elstein modelį, kadangi pabrėžia informacijos rinkimą ir analizę, bet akcentuoja ir informacijos naudojimą, labiau orientuojantis į logiškai pagrįstą sprendimų priėmimą. Tuo tarpu C. A. Tanner [6] apibrėžimas yra labiau skirtas slaugos profesijai, pabrėžiant klinikinį sprendimų priėmimą kontekste ir individualizuotą požiūrį į pacientą. Šiame apibrėžime daug dėmesio skiriama situacijai ir profesinei patirčiai.

Nors visi apibrėžimai sutinka, kad klinikinis sprendimų priėmimas yra esminis sveikatos priežiūros specialistų veiklos aspektas, jie skiriasi pabrėžiamais elementais: kai kurie akcentuoja mokslinių įrodymų ir paciento vertybių integraciją [123], kiti – kognityvinį procesą ir logiką [2, 121], dar kiti – profesinę patirtį ir situacijos kontekstą [6, 122]. Kiekvienas šių požiūrių pateikia unikalią perspektyvą, kaip priimti tinkamiausius sprendimus klinikinėje praktikoje.

Atkreiptinas dėmesys, jog senesni apibrėžimai daugiausia rėmėsi intuicija, patirtimi ir subjektyviu vertinimu, tuo tarpu šiuolaikiniai apibrėžimai įtraukia technologijas, pavyzdžiui, klinikinės sprendimų paramos sistemas. Šios sistemos leidžia analizuoti didžiulius pacientų duomenų kiekius ir taikyti automatizuotus algoritmus, padedančius priimti informuotus sprendimus, mažinančius klaidų tikimybę ir pagerinančius gydymo kokybę. Šia prasme klinikinis sprendimų priėmimas yra procesas, kurio metu sveikatos priežiūros specialistai pasitelkia klinikinės paramos sistemas, norėdami pagerinti sprendimų priėmimo kokybę. Minėtos sistemos integruoja pacientų informaciją, mokslinius įrodymus ir algoritmus, todėl gali automatiškai įspėti apie vaistų sąveiką, padėti pasirinkti tinkamiausius diagnostinius testus ar gydymo metodus bei sumažinti klaidų skaičių. [93]. Be to, anksčiau klinikinis sprendimų priėmimas buvo grindžiamas daugiau asmenine patirtimi, tačiau dabar pabrėžiama įrodymais grindžiama medicina, reikalaujanti remtis geriausiais turimais moksliniais duomenimis – sprendimai turi būti grindžiami moksliniais įrodymais, klinicine patirtimi ir paciento norais [119]. Svarbus akcentas yra ir kognityviniai bei psichologiniai veiksniai. Naujesniuose apibrėžimuose taip pat daugiau dėmesio skiriama kognityviniams procesams, pavyzdžiui, mąstymo būdų (greitas ir intuityvus arba lėtas ir analitinis) įtakai klinikiniam sprendimų priėmimui. Šie apibrėžimai atspindi pastaraisiais metais atliktus tyrimus apie kognityvinį šališkumą ir klaidas, kurios gali atsirasti sprendimų priėmimo metu [17]. Galiausiai, senesniuose apibrėžimuose pacientų nuomonė dažnai būdavo antraeilė, o naujesnis požiūris akcentuoja pacientų įtraukimą į sprendimų priėmimą. Toks požiūris susijęs su didėjančiu dėmesiu individualizuotai sveikatos priežiūrai – pacientų vertybės ir pageidavimai tampa svarbia dalimi renkantis gydymo bei slaugos metodus [124].

Apibendrinant pateiktus apibrėžimus, klinikinis sprendimų priėmimas gali būti apibūdinamas kaip sveikatos priežiūros specialistų veiklos procesas, kurio metu jie, naudodami mokslinius įrodymus, klinikinę patirtį ir pacientų vertybes, struktūrizuotai įvertina paciento būklę ir pasirenka tinkamiausią gydymo ir slaugos planą. Šis procesas apima sistemingą informacijos rinkimą, analizę ir pritaikymą, atsižvelgiant į kognityvinius mechanizmus. Šiuolaikiniai sprendimų priėmimo modeliai vis dažniau integruojami į technologijas, padedančias apdoroti didelius duomenų kiekius, mažinti klaidų riziką ir užtikrinti pacientų saugumą.

Atsižvelgiant į šiuolaikinių klinikinių sprendimų priėmimo modelių svarbą ir jų poveikį pacientų saugumui, tampa aktualu šių sprendimų priėmimą nagrinėti ne tik profesinių ar technologinių, bet ir organizaciniu lygmeniu. Todėl ypatingai reikšminga tampa teorijų integracija, leidžianti išsamiau suprasti sveikatos priežiūros procesų sudėtingumą ir sąveiką tarp skirtingų veiksmų (4 pav.).



4 pav. Trijų teorijų integracija (sudaryta darbo autorės)

Vertinant klinikinį sprendimų priėmimą iš *saugos kultūros teorijos*, reikia pažymėti, jog saugos kultūros teorijoje laikomomis nuostatos, kad sveikatos priežiūros aplinka turi būti tokia, kurioje darbuotojai gali atvirai aptarti klaidas ir NĮ be baimės dėl neigiamų pasekmių. Ši teorija teigia, kad stipri saugos kultūra yra būtina, siekiant mažinti NĮ riziką ir gerinti pacientų saugą [125]. C. Vincent [126] teigimu, organizacinės kultūros stiprinimas yra pagrindinis pacientų saugumo aspektas, padedantis sumažinti klaidų skaičių ir gerinantis bendrą sveikatos priežiūros kokybę. Kartu L. T. Kohn ir kt. [127] pabrėžia, kad saugi sveikatos priežiūros kultūra leidžia efektyviai diegti

įrodymais grindžiamas praktikas, todėl mažėja klaidų skaičius, o pacientų priežiūra tampa efektyvesnė.

Tuo tarpu *sistemų teorija* teigia, kad sveikatos priežiūros sistema yra sudėtinga, tarpusavyje susijusių komponentų visuma, kuri veikia kaip vieninga sistema. Šioje teorijoje pabrėžiama, jog sprendimų priėmimas turi būti atliekamas atsižvelgiant į visos sistemos sąveiką, nes net ir maži pokyčiai viename sistemos komponente gali turėti didelę įtaką visai sistemai [128]. D. H. Meadows [129] nurodo, kad sudėtingų sistemų analizė leidžia geriau suprasti, kaip įvairūs sistemos elementai sąveikauja tarpusavyje, todėl galima priimti efektyvesnius sveikatos priežiūros sprendimus. Pavyzdžiui, slaugos protokolų kūrimas gali būti veiksmingas tik tuomet, kai į jį įtraukiami visi susiję sveikatos priežiūros elementai, pradedant pacientais ir baigiant sveikatos priežiūros politika. U. Kelly, G. Edwards ir S. E. Shapiro [130] tyrime nustatyta, kad nors slaugos politikos ir protokolai yra skirti standartizuoti slaugos praktiką, realybėje slaugytojai retai juos naudoja savo kasdienėje praktikoje. Tyrime nurodoma, jog dažniausios kliūtys – tai sudėtingos ir ilgai trunkančios procedūros, per didelis darbo krūvis ir nepakankamas protokolų pritaikomumas kasdiennei praktikai. Todėl siekiant veiksmingo slaugos protokolų taikymo, būtina užtikrinti, kad šie dokumentai būtų trumpi, aiškūs ir lengvai prieinami, o jų kūrime dalyvautų ne tik sveikatos priežiūros specialistai, bet ir pacientai bei sveikatos politikos formuotojai [130].

K. Levino pokyčių teorija [131] apibūdina struktūrizuotą procesą, kaip įgyvendinti ir palaikyti pokyčius organizacijoje. Ši teorija nurodo tris pagrindinius etapus: atšaldymą (angl. *unfreezing*), keitimą (angl. *change*) ir užšaldymą (angl. *refreezing*). Pirmasis etapas apima organizacijos pasirengimą pokyčiams, didinant informuotumą apie esamų praktikų problemas ir parengiant darbuotojus permainoms. Antrajame etape įgyvendinami nauji metodai ar protokolai, o paskutiniame etape pokyčiai įtvirtinami kaip standartinė praktika [131]. B. Burnes [132] teigimu, Levino pokyčių teorija yra vienas iš veiksmingiausių modelių, kai reikia sistemiškai įgyvendinti naujas sveikatos priežiūros praktikas – ji padeda įtraukti darbuotojus ir užtikrina, kad pokyčiai būtų priimti bei palaikomi.

Apibendrinat, šis koncentriškų apskritimų modelis vaizduoja MĖG slaugos praktikos pagrindimą, akcentuojant tris esminius aspektus: *kodėl* svarbu taikyti MĖG slaugos praktiką, *kur ir kaip* ši praktika veikia ir *kaip* įgyvendinti pokyčius – struktūruotai ir tikslingai integruojant įrodymus į profesinę praktiką.

1.4.2. Trys mokslo įrodymais grindžiamos praktikos ramsčiai

Įrodymais grindžiamame slaugos modelyje siekiama derinti geriausius mokslinius įrodymus, klinikinę kompetenciją ir paciento poreikius, kad būtų

užtikrinta kuo aukštesnė sveikatos priežiūros kokybė. Šiuo modeliu siekiama kelių tikslų: efektyviai spręsti pacientų sveikatos problemas; užtikrinti, kad sprendimai būtų grindžiami naujausiais moksliniais duomenimis; pritaikyti individualioms klinikinėms situacijoms; taip pat atsižvelgti į paciento vertybes bei pageidavimus [123]. Siekiant minėtų tikslų, integruojami šie trys svarbiausi kokybišką sveikatos priežiūrą lemiantys veiksniai, kurių sinergija padeda priimti individualizuotus klinisinius sprendimus. Norint suprasti, kaip šie elementai veikia kartu, svarbu išnagrinėti jų reikšmę ir tarpusavio sąsajas per tris teorijas – Saugos kultūros teoriją, Sistemų teoriją ir Levino pokyčių teoriją.

Geriausio turimi įrodymai yra pagrindinis įrodymais grindžiamos slaugos ramstis, apimantis naujausius mokslinius tyrimus, padedančius pagrįsti sveikatos priežiūros sprendimus. Šie įrodymai gaunami iš aukštos kokybės klininių tyrimų, sisteminių apžvalgų ir metaanalizių, kurios įrodo tam tikrų intervencijų veiksmingumą arba atskleidžia naujų metodų trūkumus [133]. Geriausio turimi įrodymai suteikia sveikatos priežiūros specialistams patikimą informaciją; ji leidžia priimti pagrįstus sprendimus, todėl užtikrinami geresni rezultatai [134]. Remiantis D. L. Sackett ir kt. [135], MĮG slaugos praktika reikalauja sistemingo, aiškiai apibrėžto ir išmatuojamo požiūrio į sveikatos priežiūrą, siekiant suteikti pacientams efektyviausią priežiūrą, grindžiamą patikimais duomenimis.

Saugos kultūros teorija pabrėžia, kad geriausio turimi įrodymai yra būtini norint sukurti saugią sveikatos priežiūros aplinką [125]. Anot P. J. Pronovost ir kt. [136], saugos kultūra sveikatos priežiūros įstaigose priklauso nuo moksliniais įrodymais grindžiamų gairių ir protokolų. Pastarieji padeda sumažinti klaidų tikimybę ir pagerinti pacientų saugumą. Šių autorių tyrimas atskleidė, kad naudojant patikimus įrodymus galima sumažinti infekcijų dažnį intensyviosios terapijos skyriuose [136]. Saugos kultūros teorijoje teigiama, kad visi sprendimai dėl pacientų saugos turi būti grindžiami moksliniais įrodymais, siekiant užtikrinti optimalų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą [127].

Sistemų teorijoje akcentuojama, kad geriausio turimi įrodymai turi būti integruoti į visos sveikatos priežiūros sistemos procesus. Kitaip sakant, visos sveikatos priežiūros sistemos komponentai – nuo individualių specialistų iki organizacijos lygmens – turi veikti sinergiškai, siekiant efektyviai taikyti MĮG slaugos praktiką [129]. A. Best ir kt. [137] tyrimo rezultatai parodė, kad didelės apimties sisteminės inovacijos, paremtos patikimais įrodymais, gali reikšmingai pagerinti sveikatos priežiūros kokybę. Taigi, įrodymais grindžiami sprendimai turi būti sistemingai integruoti į visą sveikatos priežiūros sistemą siekiant teigiamų pokyčių.

Levino pokyčių teorija pabrėžia, kad geriausi turimi įrodymai yra būtini norint įgyvendinti sėkmingus pokyčius sveikatos priežiūros praktikoje [131]. L. J. Damschroder ir kt. tyrimas atskleidė, kad efektyvus MĮG pokyčių įgyvendinimas priklauso nuo darbuotojų paruošimo pokyčiams ir įrodymais grindžiamo sprendimų pagrindimo. Darbuotojai tuomet gali suvokti pokyčių būtinybę ir kartu užtikrinti, jog nauji metodai būtų sėkmingai integruoti į kasdienę praktiką [138].

Taigi, galima teigti, jog geriausi turimi įrodymai yra MĮG slaugos praktikos kertinis akmuo – jie padeda užtikrinti, kad sveikatos priežiūros praktika būtų tiek efektyvi, tiek saugi bei orientuota į pacientą. MĮG sprendimai yra būtini siekiant užtikrinti pacientų saugumą. Be to, geriausi turimi įrodymai turi būti integruoti į visą sveikatos priežiūros sistemą, siekiant optimalių rezultatų. Galiausiai, įrodymais grindžiamų pokyčių įgyvendinimas reikalauja aiškaus mokslinio pagrindimo ir nuoseklaus darbuotojų paruošimo, siekiant užtikrinti būtinus pokyčius praktikoje.

Klinikinė kompetencija yra antrasis iš pagrindinių MĮG slaugos praktikos ramsčių. Ji apima sveikatos priežiūros specialistų sukauptas žinias, praktinius įgūdžius ir patirtį, leidžiančius priimti geriausius sprendimus, kartu atsižvelgiant į individualius pacientų poreikius bei aplinkybes [58]. Detalizuojant šį ramstį, specialistai turi gebėti ne tik įsisavinti mokslinius įrodymus, bet ir pritaikyti juos praktikoje, t. y. įrodymai adaptuojami prie konkrečių klinikinių situacijų. Klinikinė kompetencija suteikia galimybę ne tik efektyviai interpretuoti mokslinius tyrimus, bet ir kūrybiškai juos pritaikyti, siekiant pasiekti geriausius įmanomus rezultatus pacientui [139]. Taigi, tai leidžia sveikatos priežiūros specialistams priimti informuotus sprendimus, atitinkančius konkrečios klinikinės situacijos aplinkybes.

Remiantis saugos kultūros teorijos perspektyva, sveikatos priežiūros specialistų klinikinė kompetencija leidžia užtikrinti pacientų saugumą ir aukštą paslaugų kokybę. C. Vincent, S. Burnett ir J. Carthey [140] manymu, nuolatinis mokymas, atitinkantis naujausius mokslinius įrodymus, padeda specialistams įgyti reikiamas žinias ir įgūdžius. Jie leidžia efektyviau atpažinti potencialias saugos problemas bei greitai reaguoti į besikeičiančias situacijas. Tyrimai rodo, jog slaugytojai, kurie nuolat atnauja savo žinias ir aktyviai dalyvauja mokymuose, geba ne tik sumažinti NĮ dažnį, bet ir geriau atliepti pacientų poreikius [126].

Sistemų teorijoje klinikinė kompetencija nėra vertinama kaip izoliuotas reiškinys. Sveikatos priežiūros sistema yra sudėtinga struktūra, kurioje visi specialistai efektyviai bendradarbiauja ir dalijasi žiniomis. S. M. Shortell ir kt. [141] tyrimo rezultatai atskleidė, jog skatinant komandinių įgūdžių lavinimą ir bendradarbiavimą tarp skirtingų sveikatos priežiūros specialistų galima pasiekti geresnių rezultatų slaugant pacientus. Manoma, kad klinikinė

kompetencija turi būti naudojama visos sistemos kontekste, užtikrinant integruotą požiūrį į paciento priežiūrą. Tokiu būdu kiekvienas specialistas gali prisidėti prie holistinio paciento priežiūros modelio.

Levino pokyčių teorijos požiūriu, sėkmingi pokyčiai sveikatos priežiūros praktikoje priklauso nuo specialistų pasirengimo ir gebėjimo taikyti naujas žinias praktikoje [132]. R. Grol ir kt. [142] pažymi, kad klinikinės kompetencija įgijimas yra būtinas, siekiant efektyviai įgyvendinti pokyčius ir užtikrinti, kad naujos praktikos taptų įprasta dalimi. Tyrimai rodo, jog specialistai, kurie aktyviai dalyvauja pokyčių procese ir yra įtraukiami į naujovių kūrimą bei įgyvendinimą, yra labiau linkę priimti pokyčius ir juos taikyti kasdienėje veikloje, todėl pokyčiai užtikrinami efektyviau [132].

Taigi, galima teigti, kad slaugytojai turi nuolat atnaujinti savo žinias ir gebėjimus, kad galėtų efektyviai taikyti mokslinius įrodymus praktikoje; slaugytojų pasirengimas priimti ir taikyti naujas žinias yra būtinas, norint sėkmingai įgyvendinti pokyčius. Be to, klinikinė kompetencija turi būti integruota į visos sveikatos priežiūros sistemos struktūrą, kad būtų pasiekti geriausi rezultatai.

Paciento poreikiai taip pat yra vienas iš trijų MĖG slaugos praktikos ramsčių, kuris kartu su geriausiais turimais įrodymais ir klinicine kompetencija leidžia visapusiškai įvertinti pacientų sveikatos būklę. Šis ramstis neapsiriboja vien tik medicininiais aspektais – svarbu atsižvelgti į paciento asmenines vertybes, lūkesčius bei socialinius veiksnius, pavyzdžiui, gyvenimo kokybę ar individualius pageidavimus [143]. Remiantis šiuo požiūriu, slaugytojai priima tokius klinikinius sprendimus, kurie atitinka du svarbius aspektus: mokslinius įrodymus ir konkretaus paciento situaciją.

Saugos kultūros teorijoje paciento poreikių supratimas ir jų įtraukimas į sveikatos priežiūros sprendimų priėmimą yra būtini ne tik pacientų gerovei, bet ir siekiant išvengti klaidų [125]. L. T. Kohn ir kt. [127] nurodo, jog pacientų įtraukimas į jų priežiūros planavimą gali reikšmingai sumažinti klaidų ir NĮ skaičių sveikatos priežiūros įstaigose. Šio tyrimo rezultatai atskleidė, kad kai pacientai yra informuoti apie savo gydymą ir jiems suteikiama galimybė dalyvauti sprendimų priėmimo procese, jų pasitenkinimas paslaugomis ir gydymo rezultatai gerėja [127]. Saugos kultūros teorija taip pat skatina sveikatos priežiūros organizacijas sukurti atvirą ir skaidrią bendravimo kultūrą, kurioje pacientų nuomonė būtų aktyviai įtraukta į paslaugų teikimą [144].

Paciento poreikiai, vadovaujantis sistemų teorija, turi būti integruoti į visos sveikatos priežiūros sistemos struktūrą. D. Nutbeam [145] nuomone, paciento sveikatos raštingumas nulemia, kaip pacientas supranta savo sveikatos būklę, o vėliau – priima sprendimus dėl gydymo ar slaugos plano. Autorius taip pat pažymi, jog sveikatos priežiūros sistema turi būti pritaikyta

taip, kad informacija būtų pateikta pacientui suprantama forma, o pacientai būtų skatinami aktyviai dalyvauti savo gydymo ir slaugos procese. Orientuota į paciento poreikius sveikatos priežiūros sistema suteikia pacientams daugiau galimybių priimti informuotus sprendimus, o taip pat – veiksmingiau bendradarbiauti su sveikatos priežiūros specialistais [145]. A. Best ir kt. [146] savo tyrime atskleidžia, kad pacientų poreikių įtraukimas į sveikatos priežiūros organizacijų paslaugų teikimą leidžia sukurti tokią sistemą, kurioje pacientas jaučiasi išgirstas ir gerbiamas. Atitinkamai, šis pojūtis lemia didesnę pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis [147].

Vadovaujantis Levino pokyčių teorija, pokyčių įgyvendinimas sveikatos priežiūroje reikalauja, kad paciento poreikiai būtų nuolat įtraukiami į pokyčių įgyvendinimą. K. L. Carman ir kt. [148] teigimu, paciento įtraukimas į sveikatos priežiūros procesų keitimą ir vertinimą reikalingas tam, kad ilgalaikėje perspektyvoje pokyčiai būtų tiek priimti, tiek palaikomi. Kuomet pacientai yra aktyviai įtraukiami į gydymo ir slaugos procesus, jie labiau pasitiki sveikatos priežiūros sistema; dėl to didėja gydymo efektyvumas [149].

Taigi, galima teigti, kad paciento poreikių vertinimas užtikrina, kad pacientų priežiūra būtų ne tik grindžiama mokslu, bet ir orientuota į individualią paciento situaciją. Pacientų poreikiai MĮG slaugos praktikoje turi būti integruoti į visos sveikatos priežiūros sistemos procesus – tai leidžia padidinti saugumą bei sėkmingiau įgyvendinti pokyčius.

1.4.3. Mokslo įrodymų pritaikymas slaugos praktikoje

Slaugos praktika ilgą laiką rėmėsi individualia patirtimi, tačiau šiuolaikinėje saugos kultūros ir sistemų teorijose akcentuojamas organizacinis mokymasis bei duomenimis grindžiamas tobulėjimas. Vis dėlto tarp gausių tyrimų rezultatų ir jų taikymo klinikoje vis dar lieka spraga. Šiame poskyryje aptariami trys esminiai aspektai: įrodymų diegimo strategijų efektyvumas, žinių vertimo ir nuolatinio kokybės gerinimo iniciatyvos ir organizaciniai bei individualūs barjerai, stabdantys integraciją.

Pirmiausia verta pažvelgti į naujausius įrodymų diegimo tyrimus. G. Fontaine ir bendraautorių atliktas tyrimas parodė, kad kelių priemonių paketai – mokymai, nuomonės lyderiai ir elektroniniai priminimai – patikimai didina gairių laikymąsi tarp slaugytojų. Intervencijos pastebimai pakeitė slaugytojų elgesį: jie laikėsi gairių maždaug du kartus dažniau nei kontrolinėje grupėje. Pacientų mirtingumas ar patiriamos komplikacijos pakito kur kas mažiau, jų rodikliai pagerėjo tik nežymiai ir statistiškai silpnai [150]. Kodėl? Pirma, daugelis tyrimų buvo trumpi, tad klinikinis efektas dar nespėjo pasireikšti. Antra, intervencijos retai ėjo kartu su platesniais organizaciniais pokyčiais – pavyzdžiui, darbo krūvio perskirstymu ar papildomomis techno-

logijomis. Sistemų teorija primena, kad vien žinių papildymas nepakanka: jei procesai, ištekliai ir kultūra lieka nepakitę, sistema „atsitiesia“ į senąją būseną. Levino pokyčių teorijos požiūriu, daugelyje įstaigų buvo pradėtas „atšildymas“ (informavimas) ir „keitimas“ (mokymai), bet neįvyko „užšaldymas“, kai nauja praktika tampa kasdienybe. Tai paaiškina, kodėl geresnė slaugytojų elgsena dar neatsispindi žvelgiant į pacientų sveikatos rezultatus.

Integruoto žinių vertimo metodas siekia sumažinti šią spragą, įtraukiant slaugytojus kaip aktyvius pokyčio dalyvius, o ne paliekant juos pasyviais nurodymų vykdytojais. B. Graverholt ir kolegės veikė taip: kartu su slaugytojais pritaikė standartizuotą „National Early Warning Score 2“ skalę (NEWS2), kuri pagal svarbiausius gyvybinius rodiklius (kvėpavimą, pulsą, temperatūrą ir kt.) greitai įvertina paciento būklės blogėjimo riziką. Taip pat buvo parengti trumpi mokymai ir tarp slaugytojų paskirti „žinių ambasadoriai“. Po devynių mėnesių NEWS2 formos buvo pildomos 38 proc. dažniau, o personalas teigė lengviau pastebintis paciento būklės blogėjimą [151]. Įdomu, kad intervencijos sėkmę labiausiai prognozavo ne papildomi ištekliai, bet darbuotojų suvokimas, jog „mes patys kūrėme šią naujovę“. Tai atitinka saugos kultūros principą: jeigu slaugytojai gali atvirai kalbėti apie riziką ir siūlyti sprendimus, pokytis prigyja greičiau. B. Graverholt ir kolegų teigimu, integruotas žinių vertimas taip pat padėjo išsklaidyti baimę dėl galimos kaltės, nes klaidos buvo suvokiamos kaip mokymosi galimybės, o ne priekaištas konkrečiam individui [151].

Pastebėtini trys praktiniai aspektai. Pirma, kontekstinė diagnostika: prieš diegiant bet kokią strategiją būtina sudaryti „kliūčių žemėlapi“ – t. y. atvirai pasikalbėti, kas kliudo naujovėms (darbo krūvis, skeptiškas vadovas, IT palaikymas ar kitos kliūtys). Antra, nuoseklus duomenų grįžtamasis ryšys: slaugytojai turi matyti, kaip kas mėnesį keičiasi jų veiklos rodikliai, nes kitaip motyvacija blėsta. Trečia, sprendimų decentralizavimas: kai skyrius pats pasirenka, kaip pritaikyti gaires, padidėja atsakomybės jausmas ir ilgalaikis „užšaldymas“. Šie principai iš esmės suderina Levino ciklą su sistemų teorija: pokytis sėkmingas, kai vienu metu veikiama tiek asmens, tiek organizacijos, tiek technologijų lygmenimis.

Taigi naujausi tyrimai patvirtina, kad daugiafaktorės ir dalyvavimu grindžiamos strategijos veikia, bet jų poveikis pacientų baigtims priklauso nuo to, ar įstaiga pereina visus tris Levino etapus ir ar vadovybė kuria atvirą, saugumą skatinančią kultūrą. Be šių žinių ir praktikos atotrūkis išlieka.

Žinių vertimo ir nuolatinio kokybės gerinimo iniciatyvos papildė žinių vertimą nuolatinio rezultato stebėjimu. A. Endalamaw ir kolegų sisteminė apžvalga apėmė 87 straipsnius ir išskyrė 14 nuolatinio kokybės gerinimo modelių. Dažniausiai minėtas Plan–Do–Study–Act (PDSA) ciklas – keturių žingsnių schema, kai pokyčiai suplanuojami, išbandomi, įvertinami ir,

sėkmės atveju, įtvirtinami. Vis dėlto maždaug trečdalyje tyrimų svarbiausią kliūtį sudarė kultūrinis pasipriešinimas ir baimė atvirai pripažinti klaidas [152]. Analizuojant iš sistemų teorijos perspektyvos matyti, kad PDSA sudaro aiškią „smulkių žingsnių“ logiką, bet gilesnės struktūrinės kliūtys – atsakomybės pasidalijimas, lyderystės palaikymas ir psichologinio saugumas – nėra pašalinamos. Levino „atšildymo“ etapui čia tenka lemiamas vaidmuo: jei vadovybė neleidžia atvirai kritikuoti, darbuotojai bijo pranešti apie problemas, ir PDSA ciklas užstringa dar planavimo etape.

Q. Ouyang ir kolegų Kinijoje atliktas retrospektyvinis tyrimas, kurio metu buvo įdiegtas tiesioginis pranešimas apie NĮ, parodė 21 proc. slaugos klaidų sumažėjimą per trejus metus [153]. Pagrindinis sėkmės veiksnys – anoniminiai pranešimai ir nuolatiniai aptarimai padėjo greitai taisyti klaidas. Šis tyrimas rodo, kad nuolatinio kokybės gerinimo mechanizmas veikia tuomet, kai jis tiesiogiai sustiprina saugos kultūrą: darbuotojai mato, jog atvirumas lemia realius pakeitimus, o ne galimą kaltę.

Nuolatinio kokybės gerinimo iniciatyvose vis dažniau taikomos klinikinės sprendimų paramos sistemos. Z. Chen ir kolegų apžvalga parodė, kad šios sistemos sumažina diagnostines klaidas, tačiau diegimą apsunkina duomenų privatumo klausimai, prasta integracija su elektronine paciento sveikatos istorija ir nepakankamas personalo pasitikėjimas [154]. Iš sistemų teorijos požiūrio klinikinų sprendimų paramos sistemos tėra viena grandis visoje darbo grandinėje: jeigu prisijungimas prie elektroninės paciento sveikatos istorijos trunka ilgai, algoritmų veikimo principai darbuotojams nepaaiškunami arba tie patys darbuotojai negauna pakankamai mokymų, sistema lieka „priklijuota iš šalies“, todėl kasdienėje praktikoje beveik nenaudojama. Spragą galima mažinti dviem priemonėmis:

1. Pritaikyti sistemos gaires ir duomenų srautus konkretaus skyriaus procesams.
2. Reguliariai teikti grįžtamąjį ryšį, pavyzdžiui, parodant, kiek kartų šios sistemos perspėjimai padėjo išvengti netinkamų vaistų derinių.

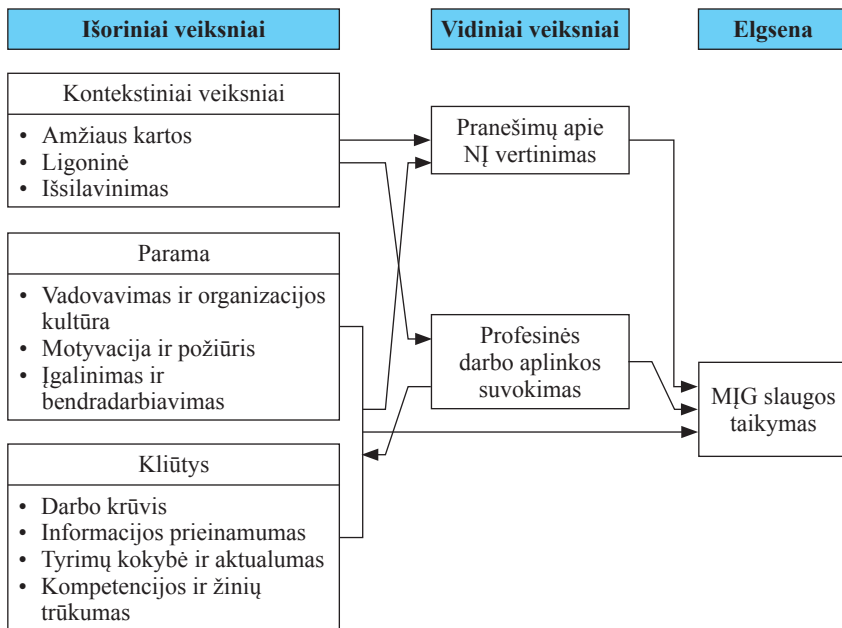
Darbuotojams matant realią naudą ir sistemai derant su jų darbo eiga, pasitikėjimas didėja, lygiagrečiai – auga naudojimo dažnis. Taigi, kokybės gerinimo mechanizmai duoda naudos tik tada, kai įstaigoje skatinama atvirai kalbėti apie klaidas. Pranešimai apie įvykius ir klinikinės sprendimų paramos sistemos iš tiesų gali pagerinti priežiūrą, tačiau jų sėkmė priklauso nuo psichologinio saugumo, vadovų palaikymo ir to, kiek efektyviai sistemos įsilieja į kasdienį darbą. Kai visi šie veiksniai dera, trys Levino etapai – atšildymas, pokytis ir įtvirtinimas – užtikrina ilgalaikį pacientų sveikatos gerėjimą.

Dar didesnės kliūtys atsiranda organizacijos lygmeniu. N. Alsadaan ir O. M. E. Ramadan atliktas tyrimas atskleidė, kad beveik 40 proc. slaugos

vadovų pagrindine kliūtimi įvardijo personalo trūkumą ir laiko stoką. Kartu nustatyta, jog vadovų palaikymas ir aiškos jų lūkesčių komunikavimas tiesiogiai didina slaugytojų norą taikyti įrodymais grindžiamą praktiką [67]. Šis rezultatas atliepia Levino „užšaldymo“ fazę: be tvirtos lyderystės bei nuosekliai skiriamų resursų net sėkmingai pradėtas pokytis greitai „atšyla“ ir grįžtama prie senų įpročių.

Tyrėjai taip pat pabrėžia, kad slaugytojų dalyvavimą mokslo veiklose slopina silpna tyrimų kultūra ir hierarchinė struktūra. Sistemoje, kurioje žemesnės grandies specialistai neturi galimybės išsakyti savo nuomonės, retai gimsta naujos idėjos [69]. Pravartu atsižvelgti į sistemų teoriją: net nedidelė kliūtis (pvz., ilga derinimo (arba tvirtinimo) grandinė) gali paveikti visą priežiūros kokybę, nes stabdo inovacijas.

Siekiant dar giliau suprasti, kokie veiksniai ir kaip lemia MĮG slaugos praktikos įgyvendinimą klinikinėje aplinkoje, buvo sudarytas struktūrinis modelis (5 pav.).



5 pav. Asmeninių ir organizacinių kintamųjų, susijusių su įrodymais grindžiamos praktikos taikymu, struktūrinis modelis

Modelis grindžiamas nuostata, kad MĮG slaugos praktika nėra vien tik asmeninio profesinio pasirengimo rezultatas – tai procesas, kurį veikia kompleksinė vidinių, išorinių ir kontekstinių veiksnių visuma. Į modelį įtraukti veiksniai yra tarpusavyje susiję ir gali daryti tiesioginę arba netiesioginę įtaką MĮG slaugos praktikos įgyvendinimui.

Modelio centre – vidiniai veiksniai: pranešimų apie NĮ vertinimas ir profesinės darbo aplinkos suvokimas. Pranešimų apie NĮ vertinimas apima slaugytojų požiūrį, daugiausiai dėmesio skiriant veiksniams, kurie palengvina arba apsunkina pranešimo procesą. Profesinės aplinkos suvokimas atspindi įvairius profesinės praktikos aplinkos aspektus, tokius kaip vadovavimas, bendravimas, personalo ir išteklių pakankamumas. Elgsena reiškia realų MĮG slaugos praktikos veiksmų įgyvendinimą, grindžiamą turimais įrodymais, kompetencija ir organizacine aplinka.

Šiuos vidinius elementus sąlygoja išoriniai veiksniai, kurie modelyje skirstomi į kliūtis ir paramą. Kliūtimis laikomas darbo krūvis, informacijos prieinamumo procesas, mokslinių tyrimų kokybė ir aktualumas, bei žinių ar kompetencijos trūkumas. Tuo tarpu parama apima teigiamą organizacijos kultūrą, vadovavimo stilių, kolegų bendradarbiavimą, motyvaciją ir darbuotojų įgalinimą – tai veiksniai, kurie gali palengvinti MĮG slaugos praktikos integravimą į kasdienę slaugos praktiką.

Papildomai modelyje įtraukti kontekstiniai kintamieji, kurie taip pat turi reikšmingos įtakos tiek vidiniams, tiek išoriniams veiksniams. Šie kintamieji apima slaugytojų išsilavinimą, priklausymą skirtingoms kartoms bei ligoninių, kuriose jie dirba, pobūdį. Jie padeda paaiškinti, kodėl tam tikri slaugytojai labiau linkę taikyti MĮG slaugos praktiką nei kiti.

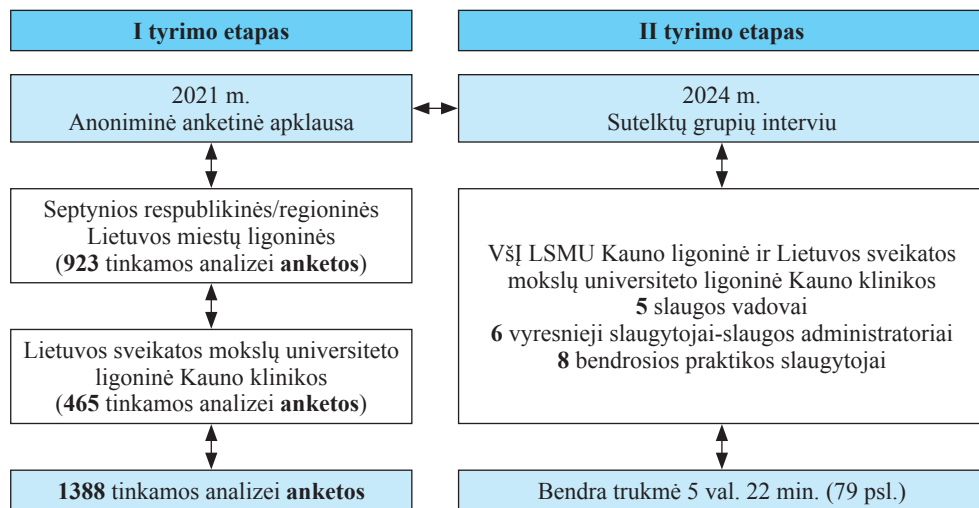
Šio modelio struktūra leidžia sistemiskai suprasti, kaip sąveikauja įvairūs veiksniai, darantys įtaką MĮG slaugos praktikos įgyvendinimui praktikoje, bei padeda identifikuoti sritis, kuriose būtų galima taikyti intervencijas, skatinančias teigiamą praktikos pokytį. Taip pat sudaro galimybes ne tik vertinti MĮG slaugos praktikos pritaikymo lygį, bet ir giliau suprasti esamą atotrūkį tarp mokslinių žinių ir jų taikymo praktikoje, taip prisidedant prie kokybiškesnės, įrodymais grindžiamos slaugos plėtros.

Apibendrinant galima teigti, kad įrodymų integracija į slaugos praktiką įmanoma, kai dera trys sąlygos: kontekstui pritaikytos diegimo strategijos, nuoseklus žinių vertimo ir nuolatinio kokybės gerinimas ir atvira saugos kultūra, vadovų bei kolegų parama, leidžianti realistiškai valdyti laiką ir resursus. Integruotos strategijos padeda slaugytojams taikyti mokslinius įrodymus, tačiau vien technologijos nepašalina struktūrinių kliūčių. Žinių vertinimas ir nuolatinis kokybės gerinimas bei saugos kultūros stiprinimas kuria aplinką nuolatiniam tobulėjimui. Sprendimų priėmimo paramos sistemos turi potencialo, jei jas lydi kompetencijų ugdymas ir organizacinė parama. Ilgalaiikiam poveikiui būtina, kad pokyčiai būtų „užšaldomi“ kasdienėje praktikoje.

2. TYRIMO METODIKA

2.1. Tyrimo organizavimas ir imtis

Siekiant įvertinti Lietuvos slaugytojų pasirengimą taikyti MĖG slaugos praktiką, išanalizuoti profesinės praktikos aplinką bei susijusių veiksmų poveikį, buvo atliktas mišrių metodų tyrimas, vykdytas dviem etapais (6 pav.).



6 pav. Mokslinio tyrimo organizavimo schema

Šiame mišrių metodų tyrime naudojami kiekybiniai ir kokybiniai metodai, taikant konvergentinį lygiagretų dizainą, kai abiejų metodų duomenys renkami vienu metu ir analizuojami nepriklausomai. Atlikus analizes, rezultatai palyginami, kad būtų galima padaryti išsamias išvadas [1].

Pirmasis etapas – nuo 2021 m. spalio mėn. iki 2022 m. sausio mėn., atlikta anoniminė anketinė bendrosios praktikos slaugytojų apklausa septyniose respublikinėse ir regioninėse Lietuvos miestų ligoninėse: Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje, VšĮ Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninėje, VšĮ Respublikinėje Klaipėdos ligoninėje, VšĮ Respublikinėje Panevėžio ligoninėje, VšĮ Marijampolės ligoninėje, VšĮ Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninėje, VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje ir vienoje universitetinėje ligoninėje – Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninėje Kauno klinikose.

Buvo nuspręsta apklausti visus slaugytojus, dirbančius tiriamose ligoninėse įvairaus profilio suaugusiųjų stacionariniuose skyriuose ir raštu sutiku-

sius dalyvauti tyrime. Planuojant anketų komplektų skaičių kiekvienai ligoninei, buvo susisieکتa su šių įstaigų administracija ir gauti dirbančių slaugytojų skaičiai. Atsižvelgiant į slaugytojų skaičiaus kaitą, vykstančią dėl įvairių priežasčių, išdalintos 1955 anketos. Gražintos 1581 užpildytos anketos, pilnai užpildytos ir tinkamos analizei – 1388 (atsako dažnis 71 proc.) (4 lentelė).

4 lentelė. Atsako dažnis

Ligoninė	Išdalinta anketų	Tinkamos analizei anketos	Atsako dažnis (proc.)
VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė	300	213	71,00
VšĮ Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninė	150	116	77,33
Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė	150	75	50,00
VšĮ Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninė	100	67	67,00
VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė	400	338	84,50
VšĮ Marijampolės ligoninė	50	46	92,00
VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė	100	68	68,00
Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos	705	465	65,96
Iš viso	1955	1388	71,00

Antrajame etape 2024 m. balandžio-gegužės mėn. atlikti keturi sutelktų grupių interviu (angl. *focus group*), siekiant praplėsti jau atlikto kiekybinio tyrimo žinias pasitelkiant informantų nuomones ir įžvalgas apie tiriamąjį reiškinį. Informantai – skirtingas darbo pozicijas užimantys slaugytojai: penki slaugos vadovai, šeši vyresnieji slaugytojai-slaugos administratoriai ir aštuoni bendrosios praktikos slaugytojai, dirbantys VšĮ Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninėje ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninėje Kauno klinikose. Bendra visų interviu trukmė siekė 5 valandas ir 22 minutes, o jų transkribuotas turinys užėmė 79 puslapius.

2.2. Tyrimo instrumentai

Iškeltiems uždaviniams pasiekti buvo naudojamos keturios anketos ir sutelktų grupių interviu. Anketų vertimas atliktas taikant dvigubo vertimo procedūrą, siekiant užtikrinti jų kalbinį ir kultūrinį atitikimą mūsų šalies kontekstui.

Kiekybiniam tyrimui atlikti buvo naudojami: Trukdančių ir skatinančių aplinkybių naudoti mokslinius tyrimus praktikoje, anketa (angl. *Barriers and Facilitators to Using Research in Practice*). Šia anketa vertinamos kliūtys ir parama, kurias slaugytojai išvelgia įgyvendindami mokslinius tyrimus praktikoje. Jame daugiausia dėmesio skiriama nustatyti, kas trukdo arba skatina įrodymais grindžiamos praktikos taikymą klinikinėje aplinkoje. Vertinama 4 balų Likerto skalėje (1 – nedidelė, 2 – maža, 3 – vidutinė ir 4 – didelė). Anketą sudaro 29 klausimai, kurie suskirstyti į keturias subskales: Slaugytojo savybės; Organizacijos ypatybės; Tyrimų charakteristikos; Komunikacijos ypatumai.

Kiekvienos subskalės rezultatas buvo apskaičiuotas sudėjus kiekvieno respondento balus ir padalijus iš subskalės klausimų skaičiaus [156]. Kliūtys ir parama vertinami balais nuo 1 iki 4, lūžio taškas (vidurkis) – 2,55 balo. Subskalės balai, didesni nei 2,55, rodo palankesnes sąlygas taikyti MĮG slaugos praktiką, tai yra, slaugytojai susiduria su mažiau kliūčių savo praktikoje. Anketos vidinis patikimumas Cronbacho alfa = 0,920.

Požiūrio į įrodymais grįstą praktiką skalė (angl. *Evidence-Based Practice Attitude Scale 50 (EBPAS-50)*). Ši skalė matuoja slaugytojų požiūrį į įrodymais grindžiamą praktiką, įskaitant jų atvirumą naujai praktikai, norą nukrypti nuo įprastos praktikos ir suvokiamą įrodymais grindžiamų intervencijų patrauklumą. Skalę sudaro 50 klausimų, kurie suskirstyti į dvylika subskalių: Reikalavimai; Patrauklumas (Intuityvumas); Atvirumas; Skirtumai; Apribojimai; Atitikimas (Tinkamumas); Stebėjimas; Pusiausvyra (Subalansuotumas); Našta; Darbo saugumas; Organizacinė parama; Grįžtamasis ryšys [157, 158].

Klausimai suformuluoti kaip teiginiai, o atsakymai pateikiami pagal 5 balų Likerto skalę nuo 0 – „visiškai nesutinku“ iki 4 – „visiškai sutinku“. Siekiant įvertinti skirtingus požiūrius ir sumažinti atsakymų nuokrypius, 23 klausimai, priklausantys penkioms subskalėms (Skirtumai, Apribojimai, Priežiūra, Pusiausvyra ir Našta), suformuluoti neigiamai. Pagal EBPAS-50 vertinimo instrukcijas, siekiant bendro rezultato, šie elementai vertinami atvirkščiai. Požiūris į įrodymais grindžiamą praktiką vertinamas balais nuo 0 iki 4, lūžio taškas (vidurkis) – 2,34 balo. Subskalės balai, didesni nei 2,34, rodo pozityvesnį požiūrį į įrodymais grindžiamos praktikos diegimą. Skalės vidinis patikimumas Cronbacho alfa = 0,848.

Personalo profesinės aplinkos suvokimo skalė (angl. *Professional Practice Environment Scale (PPE)*). Šia skale vertinami įvairūs profesinės praktikos aplinkos aspektai: vadovavimas, bendravimas, personalo ir išteklių pakankamumas, kurie turi įtakos pasitenkinimui darbu ir sveikatos priežiūros kokybei. Klausimai vertinami keturių balų Likerto skalėje nuo 1 – „visiškai nesutinku“ iki 4 – „visiškai sutinku“. Skalę sudaro 45 klausimai, kurie pasi-

skirsto šešiose subskalėse: Klinikinė praktika; Vadovavimas ir autonomija; Praktikos kontrolė; Su pacientais susijęs bendravimas; Darbas komandoje; Konfliktų sprendimas; Vidinė motyvacija darbo vietoje [159].

Personalo profesinės aplinkos suvokimas vertinamas balais nuo 1 iki 4, lūžio taškas (vidurkis) – 2,85. Subskalės balai, didesni nei 2,85, rodo geresnį slaugytojų požiūrį į profesinę aplinką. Skalės vidinis patikimumas Cronbacho alfa = 0,881.

Pranešimų apie nepageidaujamus įvykius vertinimo skalė (angl. *Reporting of Clinical Adverse Event Scale (RoCAES)*). Šia skale vertinamas slaugytojų požiūris, susijęs su pranešimu apie NĮ, daugiausia dėmesio skiriant veiksniams, kurie palengvina arba apsunkina pranešimo procesą. Skalę sudaro 25 klausimai ir vertinamos penkios sritys, susijusios su personalo požiūriu į NĮ: pasekmių suvokimas ir įvykių, apie kuriuos reikėtų pranešti, nustatymo kriterijai, kolegų lūkesčių suvokimas, suvokiama pranešimo nauda ir pranešimo procedūrų aiškumas [160].

Kiekvienas teiginys buvo vertintas 4 balų Likerto skalėje (1 – „visiškai sutinku“, 2 – „sutinku“, 3 – „nesutinku“ ir 4 – „visiškai nesutinku“). Slaugytojų požiūris, susijęs su pranešimu apie NĮ, vertinamas balais nuo 1 iki 4, lūžio taškas (vidurkis) – 2,40. Subskalės balai, didesni nei 2,40, rodo neigiamą slaugytojų požiūrį į NĮ teikimą.

Taip pat prie šios skalės buvo prijungti trys papildomi klausimai, kuriais norėjome išsiaiškinti ar slaugytojas yra kada nors buvęs NĮ liudininku ar dalyviu, ar pranešė ir kiek tikėtina, kad ateityje planuoja pranešti apie NĮ. Skalės vidinis patikimumas Cronbacho alfa = 0,611.

Apskaičiuota ir bendra visų keturių anketų Cronbacho alfa = 0,860, taigi bendras vidinis visų anketų patikimumas yra geras.

Kokybiniam tyrimui atlikti buvo naudojamas sutelktų grupių metodas. Buvo parengtas struktūrizuotas interviu vadovas, skirtas pagrindinėms temoms, susijusioms su tyrimo tikslais, aptarti. Į vadovą buvo įtraukti šie pagrindiniai klausimai:

1. Papasakokite apie savo patirtį įgyvendinant moksliniais tyrimais grindžiamus metodus.
2. Kokia jūsų patirtis nustatant prioritetus ir integruojant tyrimų rezultatus į savo sprendimų priėmimo procesą?
3. Pasidalinkite patirtimi kaip priimate sprendimus paremtus mokslo įrodymais.
4. Kokia jūsų patirtis pranešant nepageidaujamus įvykius?

2.3. Tyrimo duomenų rinkimas

Kiekybinis tyrimas – Bendrosios praktikos slaugytojų anketinė apklausa. Tyrime dalyvavo bendrosios praktikos slaugytojai, dirbantys visų profilių suaugusiųjų stacionariuose skyriuose aštuoniose sveikatos priežiūros įstaigose.

Siekiant užtikrinti tyrimo dalyvių anonimiškumą, nebuvo renkami jokie asmeniniai duomenys, leidžiantys tiesiogiai nustatyti slaugytojo tapatybę. Kad padidėtų respondentų pasitikėjimas ir būtų išvengta jų identifikavimo, užpildytos anketos tyrėjui buvo atiduodamos užklijuotuose vokuose. Tyrimo dalyvių negali identifikuoti net pats tyrėjas. Prieš dalyvaudami tyrime, slaugytojai buvo supažindinti su jo eiga ir tikslais bei gavo asmens informavimo formas. Sutikę dalyvauti, pasirašė informuoto asmens sutikimo formą.

Kokybinis tyrimas – Sutelktų grupių interviu. Siekiant atrinkti tinkamus dalyvius, taikytas tikslinės atrankos metodas, o vėliau atrinktiems dalyviams elektroniniu paštu išsiųstas kvietimas dalyvauti sutelktų grupių interviu. Po savaitės buvo išsiųstas priminimo el. laiškas. Keturi pusiau struktūruoti interviu su slaugytojais buvo atlikti asmeniškai neformalioje aplinkoje. Interviu vedė tyrėjas, kuris atliko moderatoriaus vaidmenį. Moderatoriaus pareigos buvo vadovauti pokalbiui, skatinti visus dalyvius įsitraukti ir, prireikus, ieškoti gilesnių įžvalgų. Į pagalbą taip pat buvo pasitelktas asistentas, kuris vedė savo užrašus, fiksuodamas visus, jo nuomone, svarbius interviu elementus, įskaitant neverbalines užuominas ir kitus svarbius pastebėjimus, į kuriuos verta atsižvelgti. Buvo parengtas struktūrizuotas interviu vadovas, kuriame apžvelgtos pagrindinės temos, susijusios su tyrimo tikslais. Visos sesijos buvo įrašytos į garso įrašą, o vėliau atsakymai buvo transkribuoti analizei. Kiekvieno interviu trukmė buvo apie 1,5 val.

2.4. Tyrimo etika

Gautas Kauno regioninio biomedicininio tyrimų etikos komiteto leidimas (Nr. BE-2-14). Nusprendus praplėsti jau atlikto pagrindinio tyrimo rezultatus, pasitelkiant respondentų patirtis pateiktas prašymas Kauno regioninio biomedicininio tyrimų etikos komitetui dėl leidimo papildymo (Nr. P1-BE-2-14/2021) (1 priedas).

Surinktos anketos bei diktofono pagalba įrašyti interviu, kurie buvo transkribuoti, saugomi konfidencialiai, riboto prieinamumo patalpose. Tyrime nebuvo naudojami asmeniniai tiriamųjų duomenys, stenogramose nebuvo atskleistos tapatybės. Duomenys nuasmeninti ir koduoti pagal duomenų bazės eiliškumą. Visi tiriamieji, sutikę dalyvauti moksliniame tyrime, pasirašė

informuoto asmens sutikimo formas, informuojant, kad šią sutikimo formą galima bet kada atšaukti pageidaujant tiriamajam.

2.5. Duomenų analizės metodai

2.5.1. Statistinė tyrimo duomenų analizė

Duomenų statistinė analizė buvo atlikta naudojant SPSS (IBM SPSS Statistics 29) programinį paketą. Norėdami nustatyti anketose naudotų skalių vidinius patikimumus skaičiavome Cronbacho alfa. Remiantis S. Henddel (2004), skalė yra laikoma patikima, kai kriterijaus reikšmė didesnė nei 0,7.

Buvo taikomas Kolmogorovo ir Smirnovo kriterijus (angl. *Kolmogorov-Smirnov test*), norint patikrinti, ar kiekybinių kintamųjų skirstinys populiacijoje yra normalusis. Nustatyta, kad kintamųjų skirstiniai nebuvo normalieji, todėl jų analizei taikyti neparametriniai (ranginiai) kriterijai: Mano ir Vitnio kriterijus (angl. *Mann Whitney test*), kai jie analizuojami dvejose grupėse, o kai grupių daugiau nei dvi – Kruskalio ir Voliso kriterijus (angl. *Kruskal-Wallis test*). Rezultatai aprašyti pateikiant kiekybinių kintamųjų medianą, mažiausią (min) ir didžiausią (max) reikšmes bei, kaip papildomą informaciją, jų reikšmių vidurkius ir standartinius nuokrypius (SN). Chi kvadrato (χ^2) homogeniškumo kriterijus buvo taikytas norint patikrinti, ar kokybinių kintamųjų reikšmių skirstiniai lyginamosiose grupėse buvo homogeniški. Rezultatai aprašyti pateikiant kokybinių kintamųjų reikšmių dažnius ir santykinius dažnius (proc.) lyginamosiose grupėse.

Išvada, kad stebimi skirtumai statistiškai reikšmingi, daroma tuomet, kai apskaičiuota p reikšmė buvo mažesnė už pasirinktą reikšmingumo lygmenį $\alpha = 0,05$.

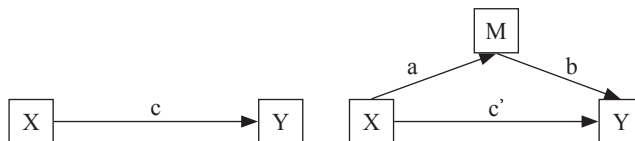
Vienaveiksnė (Modelis 1) ir daugiaveiksnė (Modelis 2) dvinarė logistinė regresija buvo taikyta siekiant nustatyti veiksnius, kuriais remiantis būtų galima prognozuoti teigiamą slaugytojų požiūrį į MĮG slaugos praktiką, jų kompetenciją ją taikyti bei požiūrį į NĮ pranešimo procesą. Veiksmų įtaka vertinta, pateikiant galimybių santykį (GS) ir jo 95 proc. pasikliautinąjį intervalą (PI). Įtaka laikyta statistiškai reikšminga, jei į GS pasikliautinąjį intervalą nepatenka vienetasis.

Tyrimo duomenų analizės metu taikant kelių analizės metodą analizuotas skirtingų mediatorių poveikis mokslo įrodymų taikymui slaugos praktikoje. Mediacinų ryšių analizė atlikta naudojant PROCESS (version 5.0 by Andrew F Hayes) įskiepi, skirtą SPSS statistiniam paketui. Šios analizės metu buvo tikrinama ar trukdančios ir skatinančios aplinkybės naudoti mokslinius tyrimus praktikoje medijuoja ryšį tarp slaugytojų profesinės aplinkos suvokimo ir jų požiūrio į MĮG slaugos praktiką. Taip pat buvo vertinama, ar profesinės

aplinkos suvokimas medijuoja ryšį tarp trukdančių ir skatinančių aplinkybių naudoti mokslinius tyrimus praktikoje ir slaugytojų požiūrio į MĮG slaugos praktiką.

Be to, buvo analizuojama, ar pranešimų apie NĮ vertinimas medijuoja ryšį tarp trukdančių ir skatinančių aplinkybių naudoti mokslinius tyrimus praktikoje ir požiūrio į MĮG slaugos praktiką, taip pat – ar šis veiksnys medijuoja ryšį tarp profesinės aplinkos suvokimo ir požiūrio į MĮG slaugos praktiką. Galiausiai buvo tiriama, ar trukdančių ir skatinančių aplinkybių naudoti mokslinius tyrimus praktikoje, slaugytojų profesinės aplinkos suvokimo ir pranešimų apie NĮ vertinimo mediacinis vaidmuo pasireiškia ryšyje tarp slaugytojų amžiaus, universitetinio išsilavinimo, lyginti su medicinos mokyklos išsilavinimu ir darbo universiteto ligoninėje, palyginti su darbu respublikinėse/regioninėse ligoninėse.

Tikrinant hipotezes apie kintamųjų tarpusavio ryšius, buvo vadovautasi analizės schema, pateikta 7 paveiksle. Joje daroma prielaida, kad nepriklausomas kintamasis X daro tiek tiesioginį, tiek netiesioginį poveikį priklausomam kintamajam Y per tarpinį (medijuojantį) kintamąjį M. Toks modelis, kuriame dalyvauja vienas mediatorius, vadinamas paprasta mediacija [161].



7 pav. Mediacijos schema

Paveiksle pavaizduotas paprastos mediacijos modelis iliustruoja, kaip X daro poveikį Y dviem būdais: netiesiogiai per M (vadinamasis c' kelias) ir tiesiogiai (c kelias). Kelias a atspindi X poveikį mediatoriui M, o kelias b – mediatoriaus M poveikį Y, išskaidant bendrą X poveikį Y. Visi šie keliai paprastai vertinami naudojant nestandartizuotus regresijos koeficientus. Netiesioginis X poveikis Y per M apskaičiuojamas padauginus a ir b koeficientus (ab sandauga).

2.5.2. Kokybinio tyrimo duomenų analizė

Sutelktų grupių interviu metu gauti duomenys buvo analizuojami taikant kokybinę turinio analizę, vadovaujantis Braun ir Clarke duomenų analizės procesu, kuris apima 6 žingsnius [162]:

- 1 žingsnis – įrašai atidžiai transkribuoti, išlaikant autentiškumą, prasmę ir atspindint tikslią tiriamojo patirtį. Transkripcijos išspausdintos ir kelis kartus skaitomos, siekiant užfiksuoti preliminaras

įžvalgas ir pastebėjimus. Kiekvienos grupės interviu buvo analizuojamas atskirai ir tik vėliau lyginamas tarpusavyje.

- 2 žingsnis – kodavimas. Išskirti svarbiausi visų sutelktų grupių interviu su tyrimo tema susiję sakiniai ir frazės.
- 3 žingsnis – atrinkti svarbiausi kodai ir priskirti pavadinimai, kurie labiausiai atspindėtų tiriamąjį reiškinį. Kodai suskirstyti į temines kategorijas. Išskirtos kategorijos analizuotos ir sprendžiama, kurios iš jų yra svarbiausios ir atspindi iškeltą tyrimo uždavinį.
- 4 žingsnis – temų analizė ir tvarkymas, grafiškas schemas atvaizdavimas.
- 5 žingsnis – tolimesnė ir išsamesnė duomenų analizė, temų tikslinimas.
- 6 žingsnis – rezultatų aprašymas ir interpretacija, apibūdinat ir paaiškinat gautus duomenis, iliustruojant labiausia atspindinčiomis tiriamųjų citatomis.

2.5.3. Mišrių metodų analizė

Taikant mišrių metodų tyrimo strategiją naudojami kiekybiniai ir kokybiniai metodai, taikant konvergentinį lygiagretų dizainą, kai abiejų metodų duomenys renkami vienu metu ir analizuojami nepriklausomai. Atlikus analizę, rezultatai integruojami ir palyginami. Tokia strategija leidžia abiejų metodų išvadas interpretuoti papildomai ir patikslinti viena kitos rezultatus. Duomenys buvo analizuojami tokia seka:

1. Kiekybinių duomenų analizė. Remiantis anketinės apklausos duomenimis, kuri leido objektyviai įvertinti slaugytojų požiūrį;
2. Kokybinė analizė, paremta interviu duomenimis, suteikė išsamesnį kontekstą ir paaiškinimą;
3. Rezultatų palyginimas ir integracijos. Kokybinės analizės pagrindinės temos ir potemės suteikė paaiškinimo sistemą, kuri padėjo interpretuoti kiekybinius rezultatus.

Toks duomenų derinys leido išsamiau išanalizuoti tyrimo rezultatus, atskleidžiant naujų įžvalgų, kurių nebuvo įmanoma identifikuoti naudojant tik vienos rūšies duomenis, ir parodė, kaip skirtingi metodologiniai požiūriai gali tikslingai papildyti vienas kitą, siekiant visapusiško tiriamo reiškinio supratimo.

2.6. Tyrime dalyvavusių respondentų bendrosios charakteristikos

Tyrimo rezultatų aprašomoji statistika rodo, kad daugiau nei du trečdaliai (65,8 proc.) tyrimo imtyje esančių slaugytojų atstovavo X kartai (43–61 metų, gimę 1961–1979 m.), mažiausia dalis tyrime dalyvavusių slaugytojų (tik 7,1 proc.) priklausė Kūdikių bumo kartai (62–76 metų, gimę 1946–1960 m.) (5 lentelė). Respondentų amžiaus vidurkis buvo 47,22 metai (SN = 11,48). Didžioji dalis (61,8 proc.) respondentų gyvena poroje. Daugiausiai slaugytojų buvo baigę medicinos mokyklą (45,8 proc.) ir nurodė turintys daugiau nei 31 metų darbo patirtį (36,6 proc.). Bendras darbo stažo vidurkis 24,12 metai (SN = 13,28).

Tyrimo respondentai buvo moterys, todėl analizės pagal lytį neatlikome.

5 lentelė. Bendrosios tiriamųjų charakteristikos (kiekybinis tyrimo etapas)

Charakteristika		n (proc.)
Ligoninė	Universitetinė	465 (33,5)
	Respublikinė/regioninė	923 (66,5)
	Iš viso	1388 (100)
Amžiaus kartos	Y karta (22–42 metai, gimę 1980–2000 m.)	368 (27,2)
	X karta (43–61 metai, gimę 1961–1979 m.)	891 (65,8)
	Kūdikių bumo karta (62–76 metai, gimę 1946–1960 m.)	96 (7,1)
	Iš viso	1355 (100)
Išsilavinimas	Aukštasis (universitetinis) – magistras	84 (6,1)
	Aukštasis (universitetinis) – bakalauras	195 (14,2)
	Aukštasis (neuniversitetinis) – kolegija	466 (33,9)
	Medicinos mokykla	629 (45,8)
	Iš viso	1374 (100)
Šeiminė padėtis	Santykiuose	841 (61,8)
	Vienišas(-a)	518 (38,2)
	Iš viso	1359 (100)
Darbo stažas	0–5 m.	210 (15,7)
	6–15 m.	170 (12,7)
	16–25 m.	237 (17,8)
	26–31 m.	230 (17,2)
	> 31 m.	488 (36,6)
	Iš viso	1335 (100)

Analizuojant kokybinio tyrimo sociodemografinius rodiklius, pateikėme informaciją apie informantų amžių, išsilavinimą ir darbo stažą (6 lentelė).

6 lentelė. Bendrosios tiriamųjų charakteristikos (kokybinis tyrimo etapas)

Kodas	Amžius (metais)	Išsilavinimas	Darbo stažas (metais)
SV1	33	Aukštasis (universitetinis) – magistras	9
SV2	53	Aukštasis (universitetinis) – magistras	30
SV3	46	Aukštasis (universitetinis) – magistras	24
SV4	48	Aukštasis (universitetinis) – magistras	27
SV5	47	Aukštasis (universitetinis) – mokslų daktaras	25
VSSA1	28	Aukštasis (universitetinis) – bakalauro	3
VSSA2	53	Aukštasis (universitetinis) – magistras	33
VSSA3	54	Aukštasis (universitetinis) – magistras	33
VSSA4	29	Aukštasis (universitetinis) – bakalauro	7
VSSA5	47	Aukštasis (universitetinis) – bakalauro	26
VSSA6	43	Aukštasis (universitetinis) – magistras	19
BPS1	26	Aukštasis (universitetinis) – bakalauro	4
BPS2	32	Aukštasis (universitetinis) – magistras	9
BPS3	25	Aukštasis (neuniversitetinis) – kolegija	1,5
BPS4	30	Aukštasis (universitetinis) – magistras	7
BPS5	29	Aukštasis (universitetinis) – bakalauro	7
BPS6	44	Aukštasis (universitetinis) – magistras	22
BPS7	50	Aukštasis (universitetinis) – bakalauro	28
BPS8	27	Aukštasis (universitetinis) – magistras	5

Amžiaus vidurkis buvo 39,16 metai (SN = 10,63). Daugiausiai informantų (57,89 proc.) nurodė turintys magistro laipsnį, vienas – mokslų daktaro laipsnį. Analizuojant darbo stažą, nustatyta, kad darbo stažo vidurkis buvo 17,67 metai (SN = 10,99).

3. REZULTATAI

3.1. Slaugytojų požiūris į mokslo įrodymais grindžiamą slaugos praktiką bei kompetenciją ją taikyti

3.1.1. Slaugytojų požiūris į mokslo įrodymais grindžiamą slaugos praktiką

Analizuojant slaugytojų požiūrį į MĮG slaugos praktiką tyrimo rezultatai atkleidė, kad slaugytojai labiausiai vertina grįžtamąjį ryšį siekiant pagerinti klinikinę praktiką, mano kad MĮG slaugos praktikos įgyvendinimas atitinka slaugytojo ir paciento poreikius bei kad yra pasiruošę taikyti MĮG slaugos praktiką, kai to reikalauja gydymo įstaiga (7 lentelė). Tuo tarpu kritiškiau vertino klinikinės patirties ir MĮG intervencijų derinimą, laikydami klinikinę patirtį svarbesne, bei atliekamo darbo kontroliavimą, atliekama kitų kolegų, vadovų ar institucijų.

7 lentelė. Bendroji EBPAS-50 anketos subskalių charakteristika

Subskalės	Mediana (min–max)	Vidurkis	Standartinis nuokrypis
Požiūris į gaunamą grįžtamąjį ryšį	3,00 (0–4)	2,98	0,84
MĮG slaugos praktikos atitikimas slaugytojo ir paciento poreikiams	3,00 (0–4)	2,94	0,79
MĮG slaugos praktikos taikymas, kai to reikalauja gydymo įstaiga	3,00 (0–4)	2,77	0,99
Atvirumas išbandyti naujas MĮG intervencijas	2,75 (0–4)	2,67	0,82
Organizacinė parama įgyvendinant MĮG intervencijas	2,67 (0–4)	2,56	0,90
Gydymo įstaigos arba darbo sąlygų ribojimai taikyti MĮG slaugos praktiką	2,14 (0–4)	2,25	0,84
Profesinis stabilumas taikant MĮG slaugos praktikos naujoves	2,00 (0–4)	2,24	0,95
Su MĮG slaugos praktikos taikymu susijęs darbo krūvis	2,25 (0–4)	2,22	0,80
MĮG slaugos praktikos prasmingumas arba intuityvus patrauklumas	2,25 (0–3)	2,14	0,58
Skirtumai tarp MĮG intervencijų ir klinikinės praktikos	2,00 (0–4)	1,89	0,77
Pusiausvyra tarp MĮG ir esamos darbo praktikos	1,50 (0–4)	1,44	0,74
Atliekamo darbo stebėjimas ar priežiūra	1,00 (0–3)	1,05	0,76

Tyrimo duomenys atskleidė, kad skirtingų amžiaus kartų slaugytojai, skirtingai vertina įrodymais grindžiamos praktikos taikymą savo kasdienėje veikloje.

Y kartos slaugytojai reikšmingai dažniau pritarė kad yra pasiruošę taikyti MĪG slaugos praktiką, kai to reikalauja gydymo įstaiga, geriau suvokė skirtumus tarp MĪG intervencijų ir klinikinės praktikos. Taip pat šios kartos slaugytojai išreiškė didesnę jautrumą jų darbo stebėjimui ar priežiūrai, o tai reiškia, kad jie labiau nerimauja dėl kontrolės darbo vietoje. Tai rodo, kad Y kartos specialistai, lyginant su kitomis kartomis, labiau linkę taikyti naujas MĪG metodikas, tačiau jautriau reaguoja į darbo aplinką.

Lyginant su X kartos slaugytojais, Y kartos slaugytojai buvo labiau linkę taikyti MĪG slaugos praktiką tuomet, jei ji jiems būtų prasminga arba intuityviai patraukli.

Kitų subskalių atžvilgiu statistiškai reikšmingų skirtumų tarp skirtingų amžiaus kartų nenustatyta (8 lentelė).

8 lentelė. EBPAS-50 anketos subskalių palyginimas priklausomai nuo amžiaus kartų

Subskalės	Kūdikių bumo karta (n = 96)	X karta (n = 891)	Y karta (n = 368)	p*
	Vidurkis (SN)			
Požiūris į gaunamą grįžtamąjį ryšį	2,85 (1,03)	2,97 (0,83)	3,08 (0,77)	0,105
MĮG slaugos praktikos atitikimas slaugytojo ir paciento poreikiams	3,05 (0,72)	2,92 (0,79)	2,99 (0,77)	0,226
MĮG slaugos praktikos taikymas, kai to reikalauja gydymo įstaiga	2,74 (1,05)	2,72 (0,99)	2,92 (0,93) [#]	0,004
Atvirumas išbandyti naujas MĮG intervencijas	2,38 (1,00)	2,65 (0,81)	2,82 (0,79) ^{#,▲}	< 0,001
Organizacinė parama įgyvendinant MĮG intervencijas	2,67 (0,91)	2,57 (0,90)	2,56 (0,85)	0,512
Gydymo įstaigos arba darbo sąlygų ribojimai taikyti MĮG slaugos praktiką	2,23 (0,95)	2,20 (0,85)	2,36 (0,77) [#]	0,005
Profesinis stabilumas taikant MĮG slaugos praktikos naujoves	2,23 (0,84)	2,17 (0,77)	2,33 (0,84) [#]	0,010
Su MĮG slaugos praktikos taikymu susijęs darbo krūvis	2,20 (0,59)	2,12 (0,57)	2,20 (0,59) [#]	0,030
MĮG slaugos praktikos prasmingumas arba intuityvus patrauklumas	2,39 (1,07)	2,27 (0,94)	2,14 (0,89) [#]	0,018

8 lentelės tęsinys

Subskalės	Kūdikių bumo karta (n = 96)	X karta (n = 891)	Y karta (n = 368)	p*
	Vidurkis (SN)			
Skirtumai tarp MĪG intervencijų ir klinikinės praktikos	1,78 (0,87)	1,82 (0,77)	2,11 (0,70) ^{#,▲}	< 0,001
Pusiausvyra tarp MĪG ir esamos darbo praktikos	1,43 (0,88)	1,40 (0,74)	1,55 (0,69) [#]	0,001
Atliekamo darbo stebėjimas ar priežiūra	0,93 (0,77)	0,99 (0,75)	1,25 (0,75) ^{#,▲}	< 0,001

Pastaba: p* tarp trijų skirtingų kartų subskalių palyginimui naudotas Kruskal Wallis testas. [#]p < 0,05 lyginant su X karta (naudotas Mann-Whitney U testas). [▲]p < 0,05 lyginant su Kūdikių bumo karta (naudotas Mann-Whitney U testas).

Analizuojant kaip kinta respondentų požiūris į MĖG priklausomai nuo darbo vietos, matome, kad universitetinėje ligoninėje dirbantys slaugytojai yra atviresni išbandyti naujas MĖG intervencijas, pasiruošę taikyti MĖG slaugos praktiką, kai to reikalauja gydymo įstaiga ir labiau nori gauti paramą ir palaikymą iš organizacijos MĖG slaugos praktikos įgyvendinimui. Taip pat dažniau nurodė, kad MĖG slaugos praktikos įgyvendinimas atitinka slaugytojo ir paciento poreikius.

Tuo tarpu tarp kitų lyginamų grupių, vertinant subskales, statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta (9 lentelė).

9 lentelė. EBPAS-50 anketos subskalių palyginimas priklausomai nuo ligoninių

Subskalės	Universitetinė ligoninė (n = 465)	Kitos ligoninės (n = 923)	p
	Vidurkis (SN)		
Požiūris į gaunamą grįžtamąjį ryšį	3,03 (0,81)	2,96 (0,85)	0,181
MĮG slaugos praktikos atitikimas slaugytojo ir paciento poreikiams	3,07 (0,74)	2,88 (0,81)	< 0,001
MĮG slaugos praktikos taikymas, kai to reikalauja gydymo įstaiga	2,88 (0,97)	2,71 (0,99)	0,001
Atvirumas išbandyti naujas MĮG intervencijas	2,76 (0,81)	2,63 (0,83)	0,003
Organizacinė parama įgyvendinant MĮG intervencijas	2,65 (0,85)	2,52 (0,91)	0,009
Gydymo įstaigos arba darbo sąlygų ribojimai taikyti MĮG slaugos praktiką	2,22 (0,94)	2,25 (0,95)	0,559

9 lentelės tęsinys

Subskalės	Universitetinė ligoninė (n = 465)	Kitos ligoninės (n = 923)	p
	Vidurkis (SN)		
Profesinis stabilumas taikant MĖG slaugos praktikos naujoves	2,28 (0,88)	2,23 (0,82)	0,387
Su MĖG slaugos praktikos taikymų susijęs darbo krūvis	2,25 (0,78)	2,21 (0,81)	0,443
MĖG slaugos praktikos prasmingumas arba intuityvus patrauklumas	2,23 (0,55)	2,09 (0,59)	< 0,001
Skirtumai tarp MĖG intervencijų ir klinikinės praktikos	1,93 (0,78)	1,87 (0,76)	0,159
Pusiausvyra tarp MĖG ir esamos darbo praktikos	1,49 (0,71)	1,42 (0,76)	0,084
Atliekamo darbo stebėjimas ar priežiūra	1,04 (0,77)	1,06 (0,75)	0,506

Pastaba: naudotas Mann-Whitney U testas.

Palyginus tris aukščiausiais balais vertintas EBPAS-50 anketos subskales tarp amžiaus kartų, pastebėta, kad reikšmingi skirtumai nustatyti tik „Reikalavimų“ subskalėje, kuri atspindi, kad slaugytojai yra pasiruošę taikyti MĖG slaugos praktiką, kai to reikalauja gydymo įstaiga (10 lentelė).

10 lentelė. EBPAS-50 anketos trijų aukščiausiais balais įvertintų subskalių palyginimas priklausomai nuo amžiaus kartų

Subskalės	Kūdikių bumo karta (n = 96)	X karta (n = 891)	Y karta (n = 368)	p*
	Vidurkis (SN)			
Požiūris į gaunamą grįžtamąjį ryšį	2,85 (1,03)	2,97 (0,83)	3,08 (0,77)	0,105
MĮG slaugos praktikos atitikimas slaugytojo ir paciento poreikiams	3,05 (0,72)	2,92 (0,79)	2,99 (0,77)	0,226
MĮG slaugos praktikos taikymas, kai to reikalauja gydymo įstaiga	2,74 (1,05)	2,72 (0,99)	2,92 (0,93) [#]	0,004

Pastaba: p* – tarp trijų skirtingų kartų subskalių palyginimui naudotas Kruskal Wallis testas.

[#]p < 0,05 lyginant su X karta (naudotas Mann-Whitney U testas).

Y kartos slaugytojai šią subskalę įvertino statistiškai reikšmingai geriau, lyginant su X karta (p < 0,05). Galime teigti, kad Y kartos slaugytojai labiau pasiruošę ir linkę dirbti pagal MĖG gaires. Tuo tarpu kitose dvejose subskalėse reikšmingų skirtumų tarp amžiaus grupių nenustatyta. Tai rodo, kad šie veiksniai išlieka vienodai svarbūs visoms amžiaus grupėms.

Sudarytas dvinarės logistinės regresijos modelis siekiant nustatyti veiksnus, kurie reikšmingi norint prognozuoti teigiamą slaugytojų požiūrį į MĮG slaugos praktikos įgyvendinimą jų praktikoje, apimant tris aspektus – reikalavimai įgyvendinti MĮG slaugos praktiką savo praktikoje, MĮG slaugos praktikos įgyvendinimo atitikimas paciento ir slaugytojo poreikiams bei požiūris gaunant grįžtamąją ryšį, siekiant pagerinti klinikinę praktiką.

Tyrimo rezultatai parodė, kurie veiksniai nulemia, kad slaugytojai bus labiau pasiruošę taikyti MĮG slaugos praktiką, kai to reikalaus gydymo įstaiga (11 lentelė). Taigi didžiausią galimybę turėjo slaugytojai su aukščiau (universitetiniu) bakalauro išsilavinimu (Modelis 1: GS = 1,670; Modelis 2: GS = 1,557) lyginant su slaugytojais baigusiais medicinos mokyklą.

11 lentelė. Veiksniai, kurie nulemia, kad slaugytojai bus labiau pasiruošę taikyti MĮG slaugos praktiką, kai to reikalaus gydymo įstaiga

Veiksniai	Modelis 1			Modelis 2		
	GS	95 proc. PI	p	GS	95 proc. PI	p
Amžiaus kartos						
Y karta	1			1		
X karta	0,800	0,624–1,025	0,078	0,925	0,630–1,358	0,690
Kūdikių bumų karta	0,824	0,522–1,299	0,404	1,056	0,545–2,045	0,872
Išsilavinimas						
Medicinos mokykla	1			1		
Aukštasis (kolegija)	1,051	0,825–1,338	0,687	1,059	0,788–1,424	0,702
Aukštasis (universitetinis) – bakalauro	1,670	1,190–2,344	0,003	1,557	1,056–2,295	0,025
Aukštasis (universitetinis) – magistras	1,435	0,894–2,303	0,135	1,298	0,780–2,160	0,315
Ligoninė						
Universitetinė	1			1		
Respublikinė/regioninė	0,804	0,640–1,009	0,060	0,849	0,668–1,077	0,178
Darbo stažas	0,992	0,983–1,00	0,043	0,997	0,982–1,011	0,652

Pastaba: Modelis 1 – vienvieksnės logistinės regresinės analizės duomenys. Modelis 2 – daugiaveiksnių logistinės regresinės analizės duomenys, įtraukiant į modelį visus analizuotus veiksnus: amžiaus kartos, išsilavinimą, ligoninę, kurioje respondentai dirbo ir darbo stažą. GS – galimybių santykis; PI – pasikliautinas intervalas.

Atlikta ir daugiaveiksnių logistinės regresijos analizė, siekiant nustatyti, kokie veiksniai lemia ar slaugytojai bus labiau pasiruošę taikyti MĮG slaugos praktiką, kai to reikalaus gydymo įstaiga, priklausomai nuo amžiaus kartos. Atlikus skaičiavimus kiekvienos amžiaus kartos grupėje, į modelį buvo

įtraukti šie veiksniai: išsilavinimas, ligoninė, kurioje respondentai dirbo ir darbo stažas. Gauti rezultatai parodė, kad tik didėjant Y kartos slaugytojų darbo stažui vienais metais, mažėja galimybė slaugytojams būti pasiruošusiems taikyti MĮG slaugos praktiką, kai to reikalaus gydymo įstaiga (GS = 0,945). Kiti veiksniai neturėjo statistiškai reikšmingos įtakos skirtingų kartų slaugytojų požiūriui.

Išanalizavus veiksnius, kurie gali lemti, kad slaugytojai teigiamai vertins, kad MĮG slaugos praktikos įgyvendinimas atitinka slaugytojo ir paciento poreikius, nustatyta, kad galimybes didina aukštasis (universitetinis) – bakalauro ir aukštasis (universitetinis) – magistro išsilavinimas bei darbas universitetinėje ligoninėje (Modelis 1, Modelis 2) (12 lentelė).

12 lentelė. Veiksniai, kurie nulemia, kad slaugytojai teigiamai vertins, kad MĮG slaugos praktikos įgyvendinimas atitinka slaugytojo ir paciento poreikius

Veiksniai	Modelis 1			Modelis 2		
	GS	95 proc. PI	p	GS	95 proc. PI	p
Amžiaus kartos						
Y karta	1			1		
X karta	0,993	0,777–1,270	0,958	1,045	0,713–1,532	0,821
Kūdikių bumo karta	1,311	0,824–2,086	0,252	1,362	0,700–2,652	0,363
Išsilavinimas						
Medicinos mokykla	1			1		
Aukštasis (kolegija)	0,959	0,754–1,220	0,734	1,068	0,794–1,435	0,664
Aukštasis (universitetinis) – bakalauro	1,410	1,012–1,964	0,042	1,491	1,016–2,189	0,041
Aukštasis (universitetinis) – magistras	2,019	1,226–3,324	0,006	2,009	1,177–3,428	0,011
Ligoninė						
Universitetinė	1			1		
Respublikinė/regioninė	0,685	0,545–0,860	0,001	0,723	0,569–0,919	0,008
Darbo stažas	1	0,992–1,009	0,919	1,004	0,989–1,018	0,631

Pastaba: Modelis 1 – vienvieksnės logistinės regresinės analizės duomenys. Modelis 2 – daugiaveiksnių logistinės regresinės analizės duomenys, įtraukiant į modelį visus analizuotus veiksnius: amžiaus kartos, išsilavinimą, ligoninę, kurioje respondentai dirbo ir darbo stažą. GS – galimybių santykis; PI – pasikliautinas intervalas.

Siekiant išsiaiškinti, kurie veiksniai gali lemti, kad slaugytojai teigiamai vertins, kad MĮG slaugos praktikos įgyvendinimas atitinka slaugytojo ir paciento poreikius priklausomai nuo amžiaus kartos, atlikta detalesnė daugia-

veiksnės logistinė regresinė analizė kiekvienos amžiaus kartos grupėje, į modelį įtraukinat šiuos veiksnus: išsilavinimas, ligoninė, kurioje respondentai dirbo ir darbo stažas. Gauti rezultatai parodė, kad tik X kartos slaugytojams galimybę teigiamai vertinti šį veiksnį mažina darbas respublikinėje arba regioninėje ligoninėje lyginant su X kartos slaugytojais dirbančiais universitetinėje ligoninėje (GS = 0,736). Kiti veiksniai neturėjo statistiškai reikšmingos įtakos skirtingų kartų slaugytojų požiūriui.

Veiksmų, lemiančių slaugytojų teigiamą požiūrį į gaunamą grįžtamąjį ryšį, siekiant pagerinti klinikinę praktiką, rezultatai taip pat pateikti dviem modeliais (13 lentelė).

13 lentelė. Veiksniai, kurie nulemia, kad slaugytojai turės teigiamą požiūrį gaunant grįžtamąjį ryšį siekiant pagerinti klinikinę praktiką

Veiksniai	Modelis 1			Modelis 2		
	GS	95 proc. PI	p	GS	95 proc. PI	p
Amžiaus kartos						
Y karta	1			1		
X karta	0,811	0,627–1,048	0,109	0,902	0,607–1,340	0,609
Kūdikių bumo karta	0,596	0,377–0,942	0,027	0,724	0,370–1,418	0,347
Išsilavinimas						
Medicinos mokykla	1			1		
Aukštasis (kolegija)	1,123	0,879–1,436	0,353	0,958	0,709–1,294	0,779
Aukštasis (universitetinis) – bakalauras	1,463	1,040–2,057	0,029	1,275	0,861–1,888	0,226
Aukštasis (universitetinis) – magistras	3,136	1,755–5,605	< 0,001	2,764	1,500–5,092	0,001
Ligoninė						
Universitetinė	1			1		
Respublikinė/regioninė	0,917	0,728–1,157	0,466	1,041	0,816–1,329	0,745
Darbo stažas	0,991	0,983–0,999	0,034	0,998	0,983–1,013	0,803

Pastaba: Modelis 1 – vienveiksnės logistinės regresinės analizės duomenys. Modelis 2 – daugiaveiksnės logistinės regresinės analizės duomenys, įtraukiant į modelį visus analizuotus veiksnus: amžiaus kartos, išsilavinimą, ligoninę, kurioje respondentai dirbo ir darbo stažą. GS – galimybių santykis; PI – pasikliautinas intervalas.

Atlikus vienaveiksnę logistinės regresijos analizę nustatyta, kad didesnę teigiamo požiūrio gaunant grįžtamąjį ryšį, siekiant pagerinti klinikinę praktiką, galimybę lemia aukštasis (universitetinis) – bakalauro ir aukštasis (universitetinis) – magistro išsilavinimas (Modelis 1). Atlikus daugiaveiksnę logistinės regresijos analizę nustatyta, kad slaugytojų su aukštesniu univer-

sitetiniu magistro išsilavinimų galimybė teigiamiau vertinti grįžtamąjį ryšį, siekiant pagerinti klinikinę praktiką, buvo net 2,8 kartus didesnė nei slaugytojų su medicinos mokyklos išsilavinimu. Tai rodo, kad aukštasis universitetinis išsilavinimas yra svarbus veiksnys bei leidžia daryti prielaidą, kad per trisdešimt slaugos mokslo ir praktikos vystymo metų susiformavo nauja slaugos praktikos paradigma.

Analizuojant duomenis pagal amžiaus kartas, Kūdikių bumo kartos slaugytojai turėjo reikšmingai mažesnę galimybę vertinant šį veiksnį, nei Y kartos slaugytojai ($GS = 0,596$). Tačiau, atlikus daugiaveiksnę logistinės regresijos analizę ir įtraukus papildomus veiksnius (Modelis 2), reikšmingos galimybės geresniam požiūriui į gaunamą teigiamą grįžtamąjį ryšį siekiant pagerinti klinikinę praktiką nenustatyta.

Įvertinus slaugytojų darbo stažo sąsajas su didesne teigiamo požiūrio gaunant grįžtamąjį ryšį siekiant pagerinti klinikinę praktiką galimybe, nustatyta, kad didėjant darbo stažui per 1 metus teigiamo požiūrio galimybė reikšmingai mažėja ($GS = 0,991$), tačiau atlikus daugiaveiksnę logistinę analizę ši galimybė tapo nereikšminga.

Taip pat atlikta ir detalesnė daugiaveiksnės logistinės regresijos analizė kiekvienos amžiaus kartos grupėje, į modelį įtraukinat šiuos veiksnius: išsilavinimas, ligoninė, kurioje respondantai dirbo ir darbo stažas. Gauti rezultatai parodė, kad tik X kartos slaugytojų su aukštuoju universitetiniu magistro išsilavinimų teigiamo požiūrio gaunant grįžtamąjį ryšį, siekiant pagerinti klinikinę praktiką, galimybė didėja net 2,6 kartus daugiau nei X kartos slaugytojų su medicinos mokyklos išsilavinimu. Kiti veiksniai neturėjo statistiškai reikšmingos įtakos skirtingų kartų slaugytojų požiūriui.

Apibendrinant slaugytojų požiūrį į MĮG slaugos praktiką, tyrimo rezultatai atkleidė, kad slaugytojai labiausiai vertina grįžtamąjį ryšį siekiant pagerinti klinikinę praktiką, mano kad MĮG slaugos praktikos įgyvendinimas atitinka slaugytojo ir paciento poreikius bei kad yra pasiruošę taikyti MĮG slaugos praktiką, kai to reikalauja gydymo įstaiga. Y kartos slaugytojai dažniau pritaria MĮG taikymui, ypač kai yra aiškūs reikalavimai, tačiau jautriau reaguoja į atliekamo darbo kontroliavimą. Universitetinėje ligoninėje dirbantys slaugytojai yra atviresni išbandyti naujas MĮG intervencijas, labiau norėjo gauti paramą ir palaikymą iš organizacijos įgyvendinant MĮG slaugos praktiką ir dažniau pritarė, kad MĮG slaugos praktikos įgyvendinimas atitinka slaugytojo ir paciento poreikius. Logistinė regresijos analizė parodė, kad aukštasis universitetinis išsilavinimas reikšmingai didina tikimybę palankiai vertinti MĮG slaugos praktikos diegimą bei vertinti gaunamą grįžtamąjį ryšį siekiant pagerinti klinikinę praktiką, tuo tarpu ilgesnis darbo stažas – ypač tarp Y kartos slaugytojų – susijęs su mažesne šių veiksnių vertinimo tikimybe. Tik X kartos slaugytojams, dirbantiems respublikinėje arba regioninėje

ligoninėje, būdingas blogesnis požiūris į tai, kad MĮG slaugos praktikos įgyvendinimas atitinka slaugytojo ir paciento poreikius. Šie rezultatai pabrėžia išsilavinimo ir institucinio konteksto svarbą formuojant teigiamą požiūrį į MĮG slaugos praktiką.

3.1.2. Kliūtys ir parama mokslinių tyrimų taikymui praktikoje

Analizuojant skatinančius veiksnius ir kliūtis taikyti MĮG slaugos praktiką tyrimo rezultatai atkleidė, kad slaugytojus labiausiai skatina įstaigos struktūra, kultūra ir resursai palankūs MĮG slaugos praktikos įgyvendinimui (14 lentelė).

14 lentelė. Bendroji kliūčių ir skatinančių veiksnių anketos subskalių charakteristika

Subskalės	Mediana (min-max)	Vidurkis	Standartinis nuokrypis
Organizacijos ypatybės	2,75 (1–4)	2,64	0,71
Slaugytojo savybės	2,50 (1–4)	2,47	0,70
Komunikacijos ypatumai	2,50 (1–4)	2,47	0,69
Mokslinių tyrimų charakteristikos	2,33 (1–4)	2,28	0,71

Tai leidžia daryti prielaidą, kad administracijos parama, išteklių prieinamumas ir kiti faktoriai, susiję su darbo aplinka, yra ypatingai reikšmingi taikant MĮG slaugos praktiką. Tuo tarpu kaip didžiausia kliūtis buvo įvardintas mokslinių tyrimų turinys ir jų pateikimo forma – tyrimų rezultatai dažnai pasižymi sudėtingai suprantama informacija, abstraktumu ar ribotu prieinamumu.

Tyrimo duomenys atskleidė, kad slaugytojai, priklausomai nuo amžiaus kartos, skirtingai vertina skatinančius veiksnius ir kliūtis, kurie turi įtakos MĮG slaugos praktikos taikymui.

Y kartos slaugytojai, lyginant su Kūdikių bumo karta, reikšmingai dažniau pritarė, kad daugiausia dėmesio turėtų būti skiriama slaugytojų vadinamiems veiksniams, lemiantiems MĮG slaugos praktikos taikymą – įgūdžiams, motyvacijai, pasitikėjimui savimi, kritiniam mąstymui. Be to didesnę svarbą, nei kitų kartų slaugytojai, teikė įstaigos struktūrai, kultūrai ir resursams palankiems MĮG slaugos praktikos įgyvendinimui ir mokslinių tyrimų turinio aiškumui ir pateikimo prieinamumui.

Analizuojant tinkamos ir savalaikės informacijos ir žinių apie tyrimus bei praktiką perdavimo ir dalijimosi svarbą statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta (15 lentelė).

15 lentelė. *Kliūčių ir skatinančių veiksnių anketos subskalių palyginimas priklausomai nuo amžiaus kartų*

Subskalės	Kūdikių bumo karta (n = 96)	X karta (n = 891)	Y karta (n = 368)	p*
	Vidurkis (SN)			
Organizacijos ypatybės	2,48 (0,71)	2,62 (0,71)	2,74 (0,68) ^{#,▲}	0,002
Slaugytojo savybės	2,31 (0,64)	2,46 (0,70)	2,54 (0,70) [▲]	0,012
Komunikacijos ypatumai	2,40 (0,66)	2,45 (0,71)	2,53 (0,64)	0,112
Mokslinių tyrimų charakteristikos	2,14 (0,65)	2,23 (0,72)	2,45 (0,65) ^{#,▲}	< 0,001

Pastaba: p* – tarp trijų skirtingų kartų subskalių palyginimui naudotas Kruskal Wallis testas. [#]p < 0,05 lyginant su X karta (naudotas Mann-Whitney U testas). [▲]p < 0,05 lyginant su Kūdikio bumo karta (naudotas Mann-Whitney U testas).

Analizuojant, kaip kinta respondentų požiūris į skatinančius veiksnius ir kliūtis priklausomai nuo darbo vietos, nustatyta, kad universitetinėje ligoninėje dirbantiems slaugytojams reikšmingai svarbesni slaugytojų vidiniai veiksniai, lemiantys MĮG slaugos praktikos taikymą (įgūdžiai, motyvacija, pasitikėjimas savimi, kritinis mąstymas) ir įstaigos struktūra, kultūra ir resursai palankūs MĮG slaugos praktikos įgyvendinimui.

Tuo tarpu tarp kitų subskalių statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta (16 lentelė).

16 lentelė. *Kliūčių ir skatinančių veiksnių anketos subskalių palyginimas priklausomai nuo ligoninių*

Subskalės	Universitetinė ligoninė (n = 465)	Kitos ligoninės (n = 923)	p
	Vidurkis (SN)		
Organizacijos ypatybės	2,71 (0,69)	2,60 (0,72)	0,013
Slaugytojo savybės	2,52 (0,70)	2,45 (0,69)	0,048
Komunikacijos ypatumai	2,50 (0,69)	2,45 (0,69)	0,341
Mokslinių tyrimų charakteristikos	2,28 (0,71)	2,28 (0,71)	0,995

Pastaba: naudotas Mann-Whitney U testas.

Atlikta logistinės regresijos analizė siekiant nustatyti veiksnius, kurie lemia teigiamą gydymo įstaigos, mokslinių tyrimų, komunikacijos ir slaugytojo vidinių veiksnių, lemiančių MĮG slaugos praktikos taikymą, vertinimą.

Tyrimo rezultatai parodė, kurie veiksniai nulemia, kad slaugytojai teigiamai vertins su slaugytojų vidiniais veiksniais, lemiančiais MĮG slaugos praktikos taikymą (įgūdžiai, motyvacija, pasitikėjimas savimi, kritinis mąstymas)

susijusius aspektus (17 lentelė). Didžiausią galimybę teigiamai vertinti slaugytojo vidines savybes (įgūdžiai, motyvacija, pasitikėjimas savimi, kritinis mąstymas), turėjo respondentai su medicinos mokyklos išsilaimimu (Modelis 1), tačiau įtraukus į modelį visus analizuotus veiksnius ir atlikus daugiaveiksnę logistinės regresinės analizę nustatyta, kad slaugytojų su aukštuoju universitetiniu magistro išsilavinimu galimybė išlaikyti teigiamą požiūrį buvo net 2,8 kartus didesnė nei slaugytojų su medicinos mokyklos išsilavinimu.

17 lentelė. Veiksniai, kurie nulemia, kad slaugytojai teigiamai vertins su slaugytojo vidiniais veiksniais, lemiančiais MĮG slaugos praktikos taikymą, susijusius aspektus

Veiksniai	Modelis 1			Modelis 2		
	GS	95 proc. PI	p	GS	95 proc. PI	p
Amžiaus kartos						
Y karta	1			1		
X karta	0,861	0,674–1,101	0,234	0,993	0,678–1,453	0,970
Kūdikių bumo karta	0,590	0,376–0,928	0,022	0,756	0,392–1,459	0,405
Išsilavinimas						
Medicinos mokykla	1			1		
Aukštasis (kolegija)	0,362	0,218–0,599	< 0,001	1,405	1,046–1,888	0,024
Aukštasis (universitetinis) – bakalaurs	0,493	0,295–0,823	0,007	1,541	1,054–2,253	0,026
Aukštasis (universitetinis) – magistras	0,566	0,324–0,989	0,046	2,805	1,628–4,834	< 0,001
Ligoninė						
Universitetinė	1			1		
Respublikinė/regioninė	0,817	0,653–1,024	0,079	0,870	0,687–1,103	0,249
Darbo stažas	0,992	0,984–1,001	0,067	1,005	0,991–1,020	0,467
Požiūris į MĮG slaugos praktiką (bendras suminis balas)	1,002	0,996–1,007	0,578	0,999	0,993–1,005	0,829

Pastaba: Modelis 1 – vienveiksnės logistinės regresinės analizės duomenys. Modelis 2 – daugiaveiksnės logistinės regresinės analizės duomenys, įtraukiant į modelį visus analizuotus veiksnius: amžiaus kartos, išsilavinimą, ligoninę, kurioje respondantai dirbo ir darbo stažą. GS – galimybių santykis; PI – pasikliautinas intervalas.

Analizuojant duomenis pagal amžiaus kartas, Kūdikių bumo kartos slaugytojai turėjo reikšmingai mažesnę tikimybę palankiai vertinti su slaugytojo vidiniais veiksniais, lemiančiais MĪG slaugos praktikos taikymą, susijusius aspektus, palyginti su Y kartos slaugytojai (GS = 0,590). Tačiau, atlikus daugiaveiksnę logistinės regresijos analizę į įtraukus papildomus veiksnius (Modelis 2), reikšmingos galimybės nenustatyta.

Išanalizavus veiksnius, kurie nulemia, kad slaugytojai teigiamai vertins įstaigos struktūrą, kultūrą ir resursus palankius MĪG slaugos praktikos įgyvendinimui, rezultatai taip pat pateikti dviem modeliais (18 lentelė).

18 lentelė. Veiksniai, kurie nulemia, kad slaugytojai teigiamai vertins įstaigos struktūrą, kultūrą ir resursus palankius MĪG slaugos praktikos įgyvendinimui

Veiksniai	Modelis 1			Modelis 2		
	GS	95 proc. PI	p	GS	95 proc. PI	p
Amžiaus kartos						
Y karta	1			1		
X karta	1,864	1,183–2,936	0,007	0,783	0,535–1,144	0,206
Kūdikių bumo karta	1,375	0,899–2,104	0,142	0,606	0,314–1,169	0,135
Išsilavinimas						
Medicinos mokykla	1			1		
Aukštasis (kolegija)	0,336	0,204–0,553	< 0,001	1,324	0,986–1,776	0,062
Aukštasis (universitetinis) – bakalauro	0,479	0,289–0,796	0,004	1,381	0,947–2,013	0,093
Aukštasis (universitetinis) – magistras	0,529	0,304–0,918	0,024	2,639	1,542–4,515	< 0,001
Ligoninė						
Universitetinė	1			1		
Respublikinė/regioninė	1,271	1,016–1,590	0,036	0,886	0,700–1,122	0,315
Darbo stažas	0,989	0,981–0,997	0,005	1,007	0,992–1,021	0,359
Požiūris į MĪG slaugos praktiką (bendras suminis balas)	1,004	0,998–1,010	0,191	1,001	0,995–1,007	0,807

Pastaba: Modelis 1 – vienveiksnės logistinės regresinės analizės duomenys. Modelis 2 – daugiaveiksnės logistinės regresinės analizės duomenys, įtraukiant į modelį visus analizuotus veiksnius: amžiaus kartos, išsilavinimą, ligoninę, kurioje respondantai dirbo ir darbo stažą. GS – galimybių santykis; PI – pasikliautinas intervalas.

Atlikus vienaveiksnę logistinės regresijos analizę nustatyta, kad teigiamo požiūrio galimybę į įstaigos struktūrą, kultūrą ir resursus didina turimas medicinos mokyklos išsilavinimas (Modelis 1). Po daugiaveiksnės logistinės

regresijos analizės nustatyta, kad slaugytojų su aukštesniu universitetiniu magistro išsilavinimu teigiamo požiūrio galimybė į įstaigos struktūrą, kultūrą ir resursus buvo net 2,6 kartus didesnis nei slaugytojų su medicinos mokyklos išsilavinimu. Tai rodo, kad aukštasis universitetinis išsilavinimas taip pat yra svarbus veiksnys vertinant administracijos paramą, išteklių prieinamumą ir kitus veiksnius, susijusius su darbo aplinka.

Analizuojant duomenis pagal amžiaus kartas, X kartos slaugytojai turėjo reikšmingai didesnę teigiamo požiūrio galimybę į įstaigos struktūrą, kultūrą ir resursus nei Y kartos slaugytojai (Modelis 1: GS = 1,864).

Taip pat nustatyta, kad respondentai dirbantys respublikinėje arba regioninėje ligoninėje turėjo reikšmingai didesnę teigiamo požiūrio galimybę į įstaigos struktūrą, kultūrą ir resursus palankius MĮG slaugos praktikos įgyvendinimui nei dirbantys universitetinėje ligoninėje (Modelis 1: GS = 1,271).

Įvertinus slaugytojų darbo stažo sąsajas su teigiamo požiūrio galimybe į šį veiksni, nustatyta, kad didėjant darbo stažui per 1 metus teigiamo požiūrio galimybė reikšmingai mažėja (GS = 0,989), tačiau atlikus daugiaveiksnię logistinę analizę ši galimybė tapo nereikšminga.

Taip pat dviem modeliais buvo analizuoti ir veiksniai, kurie nulemia, kad slaugytojai teigiamai vertins mokslinių tyrimų turinio aiškumą ir pateikimo prieinamumą (19 lentelė).

19 lentelė. Veiksniai, kurie nulemia, kad slaugytojai teigiamai vertins mokslinių tyrimų charakteristikas

Veiksniai	Modelis 1			Modelis 2		
	GS	95 proc. PI	p	GS	95 proc. PI	p
Amžiaus kartos						
Y karta	1			1		
X karta	0,534	0,416–0,687	< 0,001	0,697	0,476–1,020	0,063
Kūdikių bumo karta	0,530	0,337–0,834	0,006	0,825	0,428–1,590	0,565
Išsilavinimas						
Medicinos mokykla	1			1		
Aukštasis (kolegija)	1,331	1,047–1,692	0,020	0,976	0,727–1,310	0,872
Aukštasis (universitetinis) – bakalauras	1,856	1,335–2,581	< 0,001	1,321	0,903–1,934	0,152
Aukštasis (universitetinis) – magistras	2,221	1,375–3,590	0,001	1,746	1,037–2,940	0,036

19 lentelės tęsinys

Veiksniai	Modelis 1			Modelis 2		
	GS	95 proc. PI	p	GS	95 proc. PI	p
Ligoninė						
Universitetinė	1			1		
Respublikinė/regioninė	1,043	0,834–1,304	0,712	1,179	0,930–1,495	0,174
Darbo stažas	0,981	0,973–0,989	< 0,001	0,991	0,977–1,005	0,218
Požiūris į MĮG slaugos praktiką (bendras suminis balas)	1,003	0,997–1,008	0,369	1,000	0,994–1,006	0,917

Pastaba: Modelis 1 – vienveiksnių logistinės regresinės analizės duomenys. Modelis 2 – daugiaveiksnių logistinės regresinės analizės duomenys, įtraukiant į modelį visus analizuotus veiksnys: amžiaus kartos, išsilavinimą, ligoninę, kurioje respondentai dirbo ir darbo stažą. GS – galimybių santykis; PI – pasikliautinas intervalas.

Atlikus vienaveiksnių logistinės regresijos analizę nustatyta, kad galimybę teigiamai vertinti mokslinių tyrimų turinio aiškumą ir pateikimo prieinamumą didina turimas aukštasis neuniversitetinis (kolegija), aukštasis universitetinis bakalauro arba magistro išsilavinimai (Modelis 1). Tačiau atlikus daugiaveiksnių logistinės regresijos analizę nustatyta, kad tik slaugytojai, turintys magistro laipsnį, pasižymėjo 1,75 karto didesne galimybe teigiamai vertinti mokslinių tyrimų turinio aiškumą ir pateikimo prieinamumą nei slaugytojai su medicinos mokyklos išsilavinimu.

Analizuojant duomenis pagal amžiaus kartas, X ir Kūdikių bumo kartos slaugytojai turėjo reikšmingai mažesnę galimybę teigiamai vertinti mokslinių tyrimų turinio aiškumą ir pateikimo prieinamumą nei Y kartos slaugytojai (Modelis 1).

Įvertinus slaugytojų darbo stažo sąsajas su galimybe teigiamai vertinti mokslinių tyrimų charakteristikas, nustatyta, kad didėjant darbo stažui per 1 metus teigiamo požiūrio galimybė reikšmingai mažėja (GS = 0,981), tačiau atlikus daugiaveiksnių logistinę analizę ši galimybė tapo nereikšminga.

Dviem modeliais išanalizavus veiksnys, galinčius lemti slaugytojų teigiamą požiūrį į tinkamos ir savalaikės informacijos ir žinių apie tyrimus bei praktiką perdavimą ir dalijimąsi, reikšmingų sąsajų su amžiaus karta, išsilavinimu, ligonine, kurioje respondentai dirbo ir darbo stažu, bei požiūriu į MĮG slaugos praktiką nenustatyta (20 lentelė).

20 lentelė. Veiksniai, kurie nulemia, kad slaugytojai teigiamai vertins komunikacijos ypatumus

Veiksniai	Modelis 1			Modelis 2		
	GS	95 proc. PI	p	GS	95 proc. PI	p
Amžiaus kartos						
Y karta	1			1		
X karta	0,830	0,648–1,062	0,138	0,969	0,663–1,417	0,871
Kūdikių bumo karta	0,686	0,437–1,077	0,101	0,882	0,458–1,698	0,707
Išsilavinimas						
Medicinos mokykla	1			1		
Aukštasis (kolegija)	1,186	0,931–1,510	0,166	1,058	0,788–1,421	0,707
Aukštasis (universitetinis) – bakalaurs	1,264	0,912–1,751	0,159	1,068	0,731–1,558	0,735
Aukštasis (universitetinis) – magistras	1,399	0,877–2,233	0,159	1,260	0,758–2,097	0,373
Ligoninė						
Universitetinė	1			1		
Respublikinė/regioninė	0,965	0,771–1,209	0,759	0,971	0,767–1,230	0,807
Darbo stažas	0,992	0,984–1,000	0,051	0,995	0,981–1,009	0,488
Požiūris į MĮG slaugos praktiką (bendras suminis balas)	1,000	0,994–1,006	0,978	0,998	0,992–1,004	0,523

Pastaba: Modelis 1 – vienvieksnės logistinės regresinės analizės duomenys. Modelis 2 – daugiaveksnės logistinės regresinės analizės duomenys, įtraukiant į modelį visus analizuotus veiksnus: amžiaus kartos, išsilavinimą, ligoninę, kurioje respondantai dirbo ir darbo stažą. GS – galimybių santykis; PI – pasikliautinas intervalas.

Apibendrinant galima teigti, kad sėkmingam MĮG slaugos praktikos taikymui svarbiausi veiksniai yra įstaigos struktūra, kultūra ir resursai palankūs MĮG slaugos praktikos įgyvendinimui ir slaugytojų vidiniai veiksniai, lemiantys MĮG slaugos praktikos taikymą, tokie kaip įgūdžiai, motyvacija, pasitikėjimas savimi ir kritinis mąstymas. Teigiamą požiūrį į šiuos veiksnus dažniau turėjo Y kartos slaugytojai ir slaugytojai, turintys aukštąjį universitetinį magistro išsilavinimą. Nors vienaveiksmė logistinės regresijos analizė atskleidė kai kurių veiksmų (pvz., darbo stažo, ligoninės tipo) reikšmę, daugiaveiksmė logistinės regresijos analizė nustatė, kad pagrindinis teigiamą požiūrį lemiantis veiksnys išlieka tik aukštasis universitetinis išsilavinimas.

3.2. Slaugytojų profesinės darbo aplinkos vertinimas

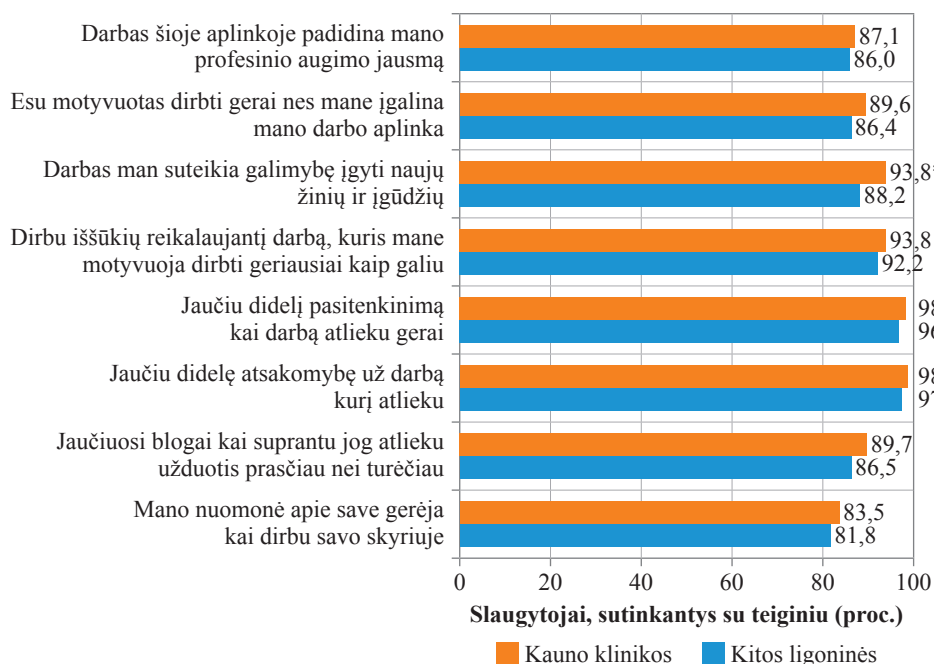
Disertaciniame darbe analizavome slaugytojų profesinės aplinkos veiksnius ir jų galimą poveikį MĮG slaugos praktikos taikymui. Įvertinus „Personalo profesinės aplinkos suvokimo“ skalės bendrąsias charakteristikas, nustatyta, kad slaugytojams svarbiausias yra vidinis pasitenkinimas darbu, profesinis įsipareigojimas ir noras tobulėti, tarpusavio santykių kokybė, pasitikėjimas kolegomis ir bendradarbiavimas komandoje. Tai rodo, kad profesinis tobulėjimas ir geras mikroklimatas darbo aplinkoje yra labai svarbūs veiksniai, kurie prisideda prie MĮG slaugos praktikos taikymo. Tuo tarpu mažiausiai įtakos turi konfliktų dažnumas (21 lentelė).

21 lentelė. Bendroji Personalo profesinės aplinkos suvokimo skalės subskalių charakteristika

Subskalės	Mediana (min–max)	Vidurkis	Standartinis nuokrypis
Vidinė darbo motyvacija	3,25 (1–4)	3,28	0,43
Bendri santykiai ir bendravimas	3,00 (1–4)	3,04	0,58
Komandinis darbas ir lyderystė	2,75 (1–4)	2,77	0,48
Klinikinė praktika	2,79 (1–4)	2,76	0,42
Nesutarimai/konfliktai	2,60 (1,4–3,7)	2,62	0,29

Taip pat išanalizavome kiekvienos „Personalo profesinės aplinkos suvokimo“ skalės subskalę sudarančius teiginius, priklausomai nuo ligoninės, kurioje dirba slaugytojas.

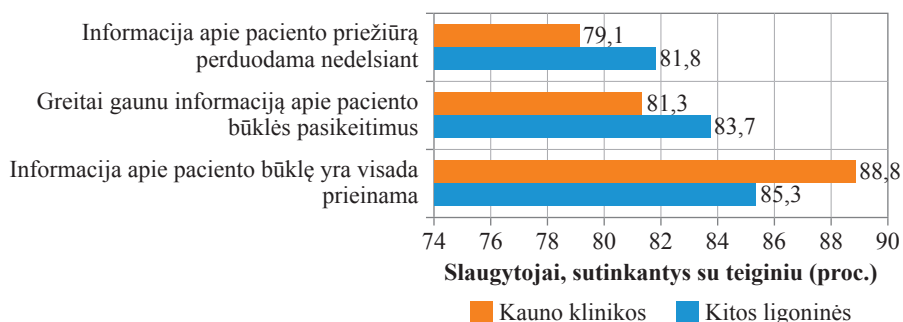
Vidinės darbo motyvacijos subskalę, kuri atskleidžia slaugytojų vidinį pasitenkinimą darbu, profesinius įsipareigojimus ir norą tobulėti sudaro 8 teiginiai, o 8 paveiksle pateikti procentiniai slaugytojų, pritariančių šioms teiginiams, atsakymai. Statistiškai reikšmingas skirtumas tarp ligoninių nustatytas vertinant tik vieną teiginį – „Darbas man suteikia galimybę įgyti naujų žinių ir įgūdžių“. Su šiuo teiginiu sutinka 93,8 proc. universitetinėje ligoninėje ir 88,2 proc. respublikinėje arba regioninėje ligoninėje dirbančių slaugytojų ($p < 0,05$). Tai rodo, kad universitetinėje ligoninėje dirbantiems slaugytojams yra dažniau sudaromos sąlygos profesiniam tobulėjimui.



8 pav. *Teiginių, susijusių su slaugytojų vidine darbo motyvacija, procentinis pasiskirstymas priklausomai nuo universitetinės ligoninės*

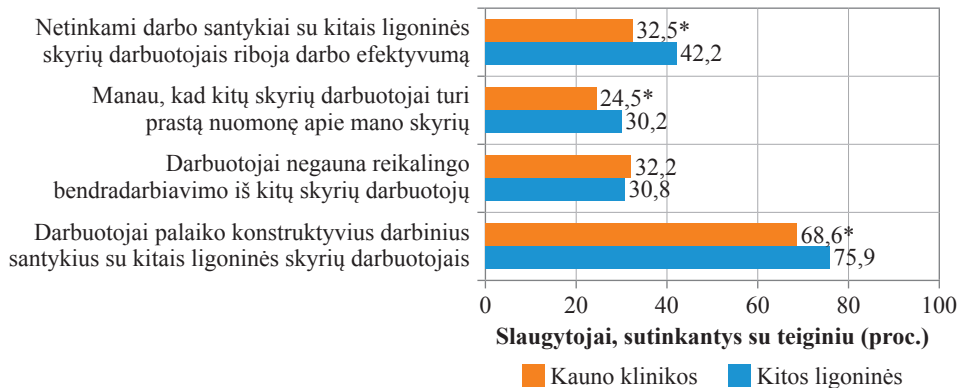
Pastaba: * $p < 0,05$ lyginant su slaugytojais, kurie sutinka su pateiktais teiginiais ir dirba respublikinėse/regioninėse ligoninėse.

9 paveiksle pateikiama slaugytojų dalis (proc.), pritariantį teiginiam apie tarpusavio santykių kokybę, pasitikėjimą, atvirumą ir bendradarbiavimą komandoje. Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp slaugytojų, dirbančių skirtingose ligoninėse, nenustatyta.



9 pav. *Teiginių, susijusių su slaugytojų bendrais santykiais ir bendravimu, procentinis pasiskirstymas priklausomai nuo universitetinės ligoninės*

Analizuojant subskalę „Komandinis darbas ir lyderystė“, kuri atskleidžia bendradarbiavimo komandoje, vadovų paramos ir efektyvaus darbo organizavimo aspektus, statistiškai reikšmingi skirtumai tarp ligonių buvo nustatyti trijuose iš keturių teiginių (10 pav.).

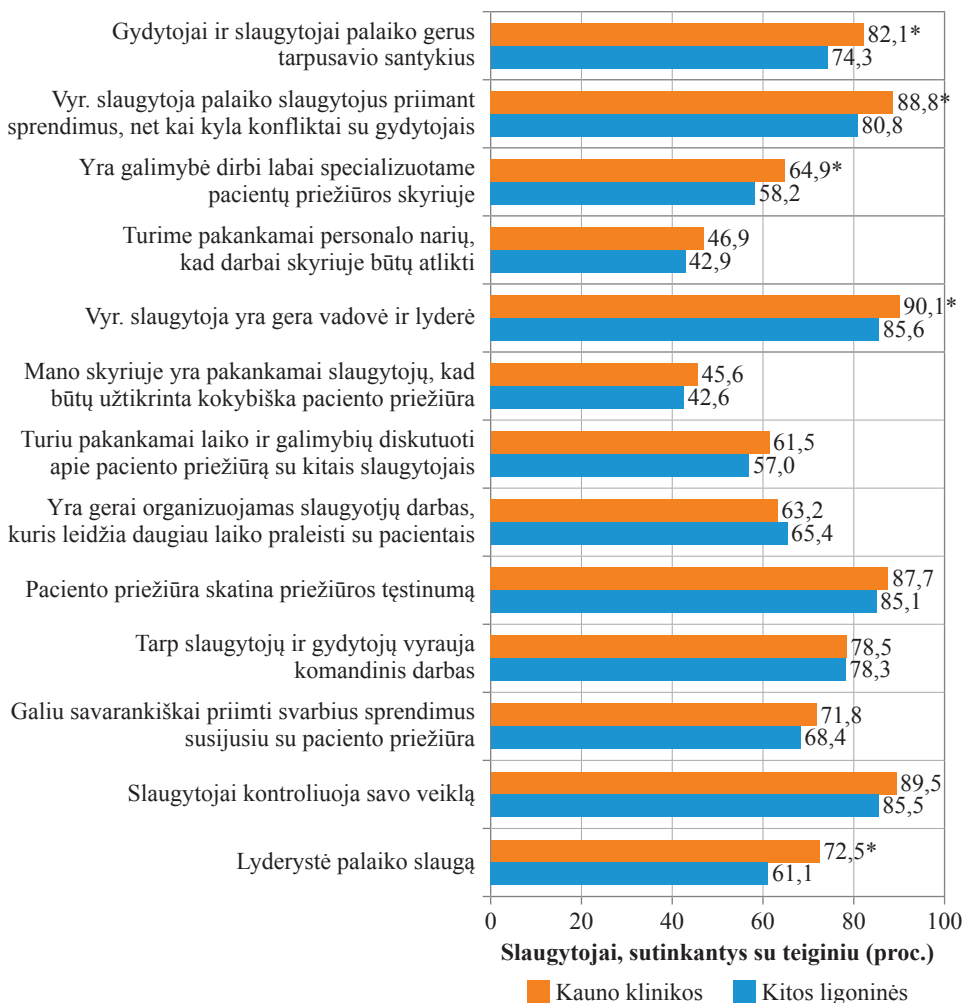


10 pav. Teiginių, susijusių su slaugytojų komandiniu darbu ir lyderyste, procentinis pasiskirstymas priklausomai nuo universitetinės ligoninės

Pastaba: * $p < 0,05$ lyginant su slaugytojais, kurie sutinka su pateiktais teiginiais ir dirba respublikinėse/regioninėse ligoninėse.

Didesnė dalis respublikinėje arba regioninėje ligoninėje dirbančių slaugytojų (42,2 proc.), lyginant su dirbančiais universitetinėje ligoninėje slaugytojais, sutiko su teiginiu „Netinkami darbo santykiai su kitais ligoninės skyrių darbuotojais riboja darbo efektyvumą“ ($p < 0,05$). Taip pat trečdalis kitų ligoninių slaugytojų (30,2 proc.) mano, kad kitų skyrių darbuotojai turi prastą nuomonę apie skyrių, kuriame jie dirba ($p < 0,05$). Be to, kitų ligoninių slaugytojai (75,9 proc.) dažniau nurodo palaikantys konstruktyvius darbinius santykius su kitais ligoninės skyrių darbuotojais, lyginant su universitetinėje ligoninėje dirbančiais slaugytojais. Šie rezultatai rodo, kad kyla iššūkių bendradarbiaujant su kolegomis.

Slaugytojų atsakymai į subskalės „Klinikinė praktika“ teiginius pateikiami 11 paveiksle. Šioje subskalėje analizuojami veiksniai apimantys klinikinės veiklos organizavimo, įgūdžių taikymo ir pacientų priežiūros standartų laikymosi aspektus.



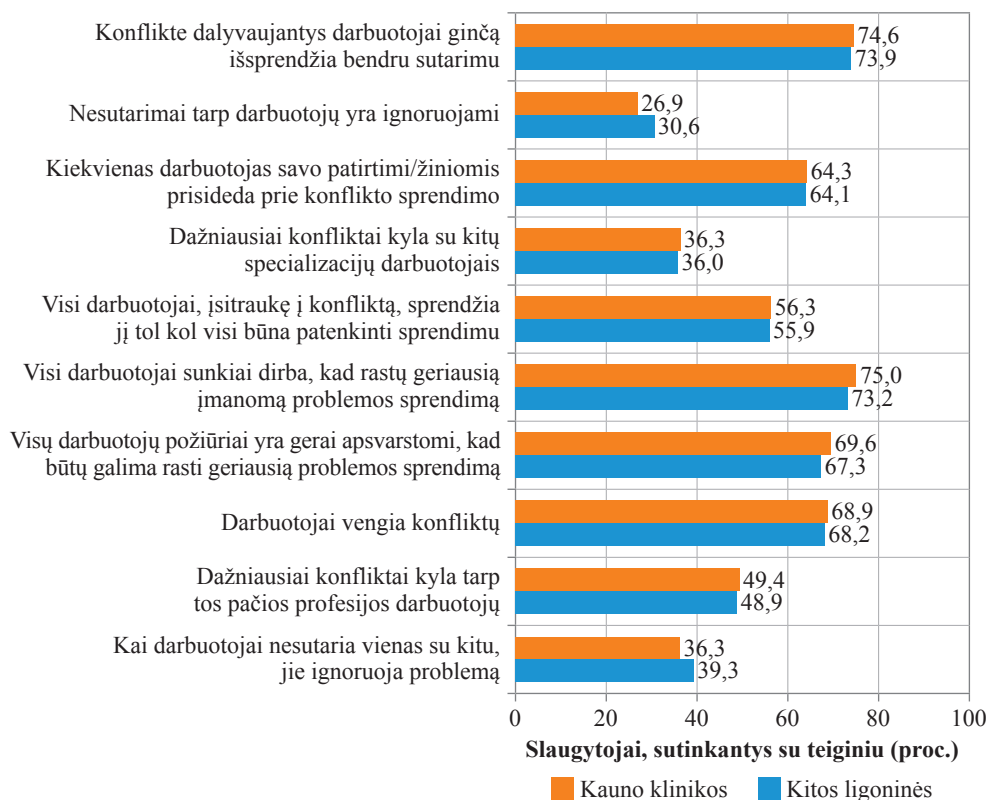
11 pav. Teiginių, susijusių su slaugytojų klinicine praktika, procentinis pasiskirstymas priklausomai nuo universitetinės ligoninės

Pastaba: * $p < 0,05$ lyginant su slaugytojais, kurie sutinka su pateiktais teiginiais ir dirba respublikinėse/regioninėse ligoninėse.

Didesnė dalis slaugytojų, dirbančių universitetinėje ligoninėje, pritarė teiginiais, kad gydytojai ir slaugytojai palaiko gerus tarpusavio santykius (82,1 proc.), vyresnioji slaugytoja palaiko juos priimant sprendimus, net ir kilus konfliktui su gydytojais (88,8 proc.), vyresnioji slaugytoja yra gera vadovė ir lyderė (90,1 proc.), taip pat kad slaugos lyderiai skyriuje palaiko MĪG slaugos praktiką ir profesinį savarankiškumą (72,5 proc.) bei dažniau sutinka, kad yra galimybė dirbti labai specializuotame pacientų priežiūros skyriuje (64,9 proc.), lyginant su slaugytojais, dirbančiais respublikinėje arba

regioninėje ligoninėje ($p < 0,05$). Rezultatai atskleidžia, kad slaugytojai teigiamai vertina daugumą klinikinės veiklos organizavimo, įgūdžių taikymo ir pacientų priežiūros standartų laikymosi aspektų.

Teiginių, susijusių su konfliktų dažnumo ir mikroklimatu darbo aplinkoje, vertinimas priklausomai nuo ligoninės pateikiamas 12 paveiksle. Išanalizavus dešimt teiginių ir palyginus teigiamų slaugytojų atsakymų procentinį pasiskirstymą tarp universitetinės ir respublikinės/regioninės ligoninių, statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta. Tai rodo, kad konfliktų dažnumas ir mikroklimatas yra gana vienodas skirtingų tipų sveikatos priežiūros įstaigose.



12 pav. Teiginių, susijusių su slaugytojų nesutarimais ir (ar) konfliktais, procentinis pasiskirstymas priklausomai nuo universitetinės ligoninės

Taip pat buvo atlikta ir aukščiau pateiktų rezultatų analizė priklausomai nuo amžiaus kartos. Tyrimo duomenys atskleidė, kad slaugytojai, priklausomai nuo amžiaus kartos, skirtingai suvokia profesinės aplinkos veiksnius ir jų įtaką MĪG slaugos praktikos taikymui (22 lentelė).

22 lentelė. *Personalo profesinės aplinkos suvokimo skalės subskalių palyginimas priklausomai nuo amžiaus kartų*

Subskalės	Kūdikių bumo karta (n = 96)	X karta (n = 891)	Y karta (n = 368)	p*
	Vidurkis (SN)			
Vidinė darbo motyvacija	3,39 (0,39)	3,27 (0,43)	3,28 (0,45) [▲]	0,026
Bendri santykiai ir bendravimas	3,09 (0,60)	3,02 (0,57)	3,07 (0,60)	0,274
Komandinis darbas ir lyderystė	2,86 (0,47)	2,74 (0,47)	2,80 (0,49) [#]	0,037
Klinikinė praktika	2,88 (0,48)	2,75 (0,42)	2,77 (0,42) [▲]	0,011
Nesutarimai/konfliktai	2,69 (0,30)	2,62 (0,27)	2,61 (0,32) [▲]	0,047

Pastaba: p* – tarp trijų skirtingų kartų subskalių palyginimui naudotas Kruskal Wallis testas.
[#]p < 0,05 lyginant su X karta (naudotas Mann-Whitney U testas). [▲]p < 0,05 lyginant su Kūdikių bumo karta (naudotas Mann-Whitney U testas).

Kūdikių bumo kartos slaugytojai reikšmingai dažniau pritarė, kad labai daug įtakos turi slaugytojų pasitenkinimas darbu, profesinis išsipareigojimas ir noras tobulėti ir konfliktų dažnumas ir mikroklimatas darbo aplinkoje. Be to didesnę svarbą teikė ir klinikinės veiklos organizavimui, įgūdžių taikymui ir pacientų priežiūros standartų laikymuisi, lyginat su kitų kartų slaugytojais.

Analizuojant tarpusavio santykių kokybės, pasitikėjimo, atvirumo ir bendradarbiavimo komandoje svarbą statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta.

Analizuojant kaip kinta respondentų požiūris į profesinės aplinkos veiksnius priklausomai nuo darbo vietos, nustatėme, kad universitetinėje ligoninėje dirbantiems slaugytojams reikšmingai svarbesnis slaugytojų vidinis pasitenkinimas darbu, profesinis išsipareigojimas ir noras tobulėti, klinikinės veiklos organizavimas, įgūdžių taikymas ir pacientų priežiūros standartų laikymasis ir nesutarimų ar konfliktų dažnumas ir mikroklimatas darbo aplinkoje (23 lentelė).

Tuo tarpu tarp kitų subskalių statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta.

23 lentelė. *Personalo profesinės aplinkos suvokimo skalės subskalių palyginimas priklausomai nuo ligoninių*

Subskalės	Universitetinė ligoninė (n = 465)	Kitos ligoninės (n = 923)	p
	Vidurkis (SN)		
Vidinė darbo motyvacija	3,32 (0,42)	3,26 (0,44)	0,004
Bendri santykiai ir bendravimas	3,04 (0,58)	3,04 (0,57)	0,845
Klinikinė praktika	2,81 (0,39)	2,74 (0,44)	0,005
Komandinis darbas ir lyderystė	2,79 (0,47)	2,75 (0,48)	0,097
Nesutarimai/konfliktai	2,64 (0,31)	2,61 (0,28)	0,046

Pastaba: naudotas Mann-Whitney U testas.

Taip pat analizavome, ar slaugytojai jaučiasi patenkinti savo profesine darbo aplinka. Nustatyta, kad respondentai statistiškai reikšmingai dažniau buvo patenkinti visais profesinės aplinkos aspektais (24 lentelė).

24 lentelė. *Personalo profesinės aplinkos suvokimo skalės subskalių palyginimas priklausomai nuo apibendrinto slaugytojų pasitenkinimo*

Subskalės	Patenkinti	Nepatenkinti	p
	Vidurkis (SN)		
Vidinė darbo motyvacija	3,34 (0,39)	3,00 (0,51)	< 0,001
Bendri santykiai ir bendravimas	3,11 (0,52)	2,82 (0,67)	< 0,001
Komandinis darbas ir lyderystė	2,82 (0,45)	2,62 (0,51)	< 0,001
Klinikinė praktika	2,81 (0,39)	2,56 (0,47)	< 0,001
Nesutarimai/konfliktai	2,68 (0,26)	2,53 (0,31)	< 0,001
Visapusiškas (bendras) pasitenkinimas	2,88 (0,26)	2,53 (0,29)	< 0,001

Pastaba: naudotas Mann-Whitney U testas.

Apibendrinant gautus rezultatus, galime teigti, kad slaugytojai teigiamai vertina savo profesinę darbo aplinką. Jiems ypač svarbus vidinis pasitenkinimas darbu, profesinis išsipareigojimas, noras tobulėti, tarpusavio santykių kokybė, pasitikėjimas komandos nariais bei, atvirumas ir bendradarbiavimas komandoje. Universitetinėje ligoninėje dirbantys slaugytojai nurodė turintys daugiau galimybių profesiniam tobulėjimui ir gaunantys didesnę palaikymą klinikinėje praktikoje, o respublikinėje/regioninėje ligoninėje dirbantys slaugytojai dažniau įvardijo iššūkius, kylančius tarp skyrių bendradarbiaujant. Kūdikių bumo kartos slaugytojai reikšmingai jautriau vertino aspektus susijusius su konfliktais ir mikroklimatu darbo aplinkoje nei kitų kartų atstovai.

3.3. Slaugytojų požiūris į nepageidaujamų įvykių pranešimo procesą

Šio tyrimo metu analizavome slaugytojų požiūrį į NĮ pranešimo procesą (25 lentelė). Vertinant šiuos rezultatus didesni balai rodo neigiamą slaugytojų požiūrį.

25 lentelė. Bendroji pranešimų apie nepageidaujamus įvykius vertinimo skalės subskalių charakteristika

Subskalės	Mediana (min–max)	Vidurkis	Standartinis nuokrypis
Slaugytojai tiki, kad pranešimai apie NĮ duoda realios naudos	2,67 (1,00–4,00)	2,62	0,43
Slaugytojai mano, kad pranešimas apie NĮ gali turėti neigiamų pasekmių	2,38 (1,13–3,50)	2,45	0,30
Slaugytojai aiškiai suvokia, apie kokius NĮ privaloma pranešti	2,33 (1,33–3,50)	2,41	0,34
Slaugytojai jaučia spaudimą ar palaikymą iš kolegų NĮ pranešimų teikimo atžvilgiu	2,33 (1,00–3,83)	2,23	0,40
Slaugytojams aiškiai suprantama pati pranešimų apie NĮ sistema	2,00 (1,00–4,00)	2,14	0,64

Pastaba: didesni balai rodo neigiamą slaugytojų požiūrį.

Nustatyta, kad slaugytojai skeptiškai vertina pranešimų apie NĮ realią naudą. Tuo tarpu labai gerai žino kokios pranešimų sistemos veikia ir kaip jomis naudoti.

Tyrimo duomenys taip pat atskleidė, kad slaugytojai, priklausomai nuo amžiaus kartos, turi skirtingą požiūrį į NĮ pranešimo procesą.

Kūdikių bumo kartos slaugytojai dažniau nei kitos amžiaus kartos neigiamai vertino šiuos tris veiksnius – manau, kad pranešimai apie NĮ gali turėti neigiamų pasekmių, aiškiai suvokiu, apie kokius NĮ privaloma pranešti ir jaučiu spaudimą ar palaikymą iš kolegų NĮ pranešimų teikimo atžvilgiu. Tuo tarpu Y karta šiuos aspektus vertino santykinai pozityviau, jų vidurkiai buvo mažiausi. Tai rodo, kad jaunesnių kartų slaugytojai priimtinau žiūri į NĮ pranešimo procesą, lyginant su vyresniais kolegomis.

Analizuojant kitas subskales statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta (26 lentelė).

26 lentelė. *Pranešimų apie nepageidaujamus įvykius vertinimo skalės subskalių palyginimas priklausomai nuo amžiaus kartų*

Subskalės	Kūdikių bumo karta (n = 96)	X karta (n = 891)	Y karta (n = 368)	p*
	Vidurkis (SN)			
Slaugytojai tiki, kad pranešimai apie NĮ duoda realios naudos	2,55 (0,47)	2,61 (0,42)	2,64 (0,41)	0,170
Slaugytojai mano, kad pranešimas apie NĮ gali turėti neigiamų pasekmių	2,48 (0,30)	2,46 (0,29)	2,41 (0,31) ▲	0,043
Slaugytojai aiškiai suvokia, apie kokius NĮ privaloma pranešti	2,46 (0,36)	2,44 (0,33)	2,32 (0,33) ▲	< 0,001
Slaugytojams aiškiai suprantama pati pranešimų apie NĮ sistema	2,10 (0,63)	2,12 (0,62)	2,17 (0,68)	0,402
Slaugytojai jaučia spaudimą ar palaikymą iš kolegų NĮ pranešimų teikimo atžvilgiu	2,26 (0,38)	2,25 (0,39)	2,15 (0,44) ▲	< 0,001

Pastaba: p* – tarp trijų skirtingų kartų subskalių palyginimui naudotas Kruskal Wallis testas.

▲p < 0,05 lyginant su Kūdikių bumo karta (naudotas Mann-Whitney U testas). Didesni balai rodo neigiamą slaugytojų požiūrį.

Analizuojant kaip kinta respondentų požiūris į profesinės aplinkos veiksnius priklausomai nuo darbo vietos, nustatyta, kad dirbantys universitetinėje ligoninėje prasčiau vertina pranešimų apie NĮ naudą, nei kitų ligoninių slaugytojai. Tuo tarpu respublikinėse/regioninėse ligoninėse dirbantiems slaugytojams yra mažiau reikšmingi kolegų lūkesčiai dėl NĮ pranešimo (27 lentelė).

Tuo tarpu tarp kitų subskalių statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta.

27 lentelė. Pranešimų apie nepageidaujamus įvykius vertinimo skalės subskalių palyginimas priklausomai nuo ligoninių

Subskalės	Universitetinė ligoninė (n = 465)	Kitos ligoninės (n = 923)	p
	Vidurkis (SN)		
Slaugytojai tiki, kad pranešimai apie NĮ duoda realios naudos	2,68 (0,44)	2,58 (0,42)	< 0,001
Slaugytojai mano, kad pranešimas apie NĮ gali turėti neigiamų pasekmių	2,44 (0,30)	2,45 (0,30)	0,645
Slaugytojai aiškiai suvokia, apie kokius NĮ privaloma pranešti	2,39 (0,32)	2,42 (0,34)	0,102
Slaugytojai jaučia spaudimą ar palaikymą iš kolegų NĮ pranešimų teikimo atžvilgiu	2,17 (0,41)	2,26 (0,40)	0,001
Slaugytojams aiškiai suprantama pati pranešimų apie NĮ sistema	2,17 (0,63)	2,12 (0,64)	0,082

Pastaba: naudotas Mann-Whitney U testas. Didesni balai rodo neigiamą slaugytojų požiūrį.

Taip pat slaugytojų klausėme ar kada buvo NĮ liudininkai ar dalyviai, ar kada nors pranešė apie NĮ ir kiek tikėtina, kad ateityje planuoja pranešti apie įvykusi NĮ. Respondentų atsakymai pateikti 28 lentelėje.

28 lentelė. Atsakymų apie įvykusius nepageidaujamus įvykius pasiskirstymas

Klausimas		n (proc.)
Ar kada buvote NĮ liudininkas arba dalyvis?	Taip	701 (50,5)
	Ne	687 (49,5)
	Iš viso	1388 (100)
Ar kada nors pranešėte apie NĮ?	Taip	566 (41,1)
	Ne	811 (58,4)
	Iš viso	1377 (100)
Ar tikėtina, kad ir ateityje pranešite apie NĮ?	Labai mažai tikėtina	90 (6,5)
	Mažai tikėtina	184 (13,3)
	Nei taip, nei ne	340 (24,5)
	Tikėtina	483 (34,8)
	Labai tikėtina	291 (21,0)
	Iš viso	1388 (100)

Pusė slaugytojų buvo NĮ liudininku arba dalyvavo jame, 58,4 proc. slaugytojų nepranešė apie įvykusį arba matytą NĮ ir 55,8 proc. slaugytojų atsakė, kad tikėtina, jog ateityje praneš apie įvykusį ar matytą NĮ.

Šiuos klausimus išanalizavome ir priklausomai nuo amžiaus kartos (29 lentelė). Ne visi NĮ liudininkai ir pranešusieji nurodė savo amžių, todėl skaičiavimai priklausomai nuo amžiaus kartos atlikti tik tiems, kurie jį nurodė.

29 lentelė. Atsakymų apie įvykusius nepageidaujamus įvykius palyginimas priklausomai nuo amžiaus kartų

Klausimas		Kūdikio bumo karta, n (proc.)	X karta, n (proc.)	Y karta, n (proc.)	p*
Ar kada buvote NĮ liudininkas arba dalyvis?	Taip	41 (42,7)	467 (52,4)	182 (49,5)	0,157
	Ne	55 (57,3)	424 (47,6)	186 (50,5)	
Ar kada nors pranešėte apie NĮ?	Taip	32 (33,3)	383 (43,2)	142 (39,2)	0,106
	Ne	64 (66,7)	503 (56,8)	220 (60,8)	
Ar tikėtina, kad ir ateityje pranešite apie NĮ?	Taip	44 (45,9)	484 (54,3)	229 (62,2) [#]	0,004
	Ne	52 (54,1)	407 (45,7)	139 (37,8)	

Pastaba: p* – tarp trijų skirtingų kartų subskalių palyginimui naudotas Pearson Chi-Square testas. [#]p < 0,05 lyginant su X karta (naudotas Mann-Whitney U testas).

X kartos slaugytojai, lyginant su kitų kartų slaugytojais, reikšmingai dažniau teigė, kad tikėtina, jog ateityje praneš apie įvykusį ar matytą NĮ.

Analizuojant kitus klausimus, tarp skirtingų amžiaus kartų, statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta.

Atsakymų apie įvykusius NĮ palyginimas priklausomai nuo ligoninių parodė, kad respublikinėje arba regioninėje ligoninėje dirbantys slaugytojai reikšmingai dažniau ketina ateityje pranešti apie NĮ, lyginant su universitetinėje ligoninėje dirbančiais slaugytojais (30 lentelė). Vertinant kitus klausimus statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta.

30 lentelė. Atsakymų apie įvykusius nepageidaujamus įvykius palyginimas priklausomai nuo ligoninių

Klausimas		Universitetinė ligoninė, n (proc.)	Kitos ligoninės, n (proc.)	p
Ar kada buvote NĮ liudininkas arba dalyvis?	Taip	246 (52,9)	455 (49,3)	0,205
	Ne	219 (47,1)	468 (50,7)	
Ar kada nors pranešėte apie NĮ?	Taip	183 (39,4)	383 (42,0)	0,346
	Ne	282 (60,6)	529 (58,0)	
Ar tikėtina, kad ir ateityje pranešite apie NĮ?	Taip	232 (49,9)	542 (58,7)	0,002
	Ne	233 (50,1)	381 (41,3)	

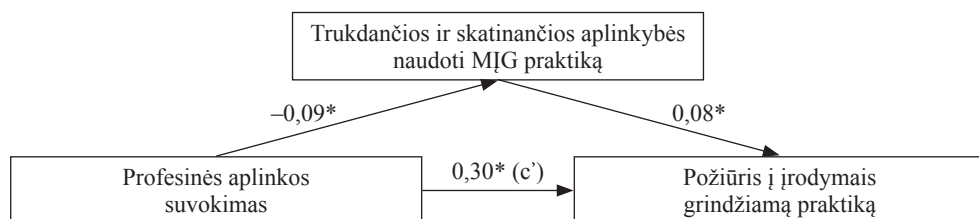
Pastaba: naudotas Pearson Chi-Square testas.

Apibendrinant galima teigti, kad slaugytojai skeptiškai vertina NĮ pranešimo naudą, tačiau puikiai suvokia pranešimų teikimo procedūrų aiškumą. Kūdikių bumo kartos slaugytojai dažniau pasižymėjo neigiamu požiūriu į NĮ pranešimo pasekmes, pranešimų atpažinimą bei kolegų daromą spaudimą ar palaikymą šio proceso atžvilgiu. Universitetinėje ligoninėje dirbantys slaugytojai turėjo reikšmingai blogesnę požiūrį į pranešimų apie NĮ naudą, respublikinėje/regioninėje ligoninėje dirbantiems slaugytojams – reikšmingai mažiau svarbūs kolegų lūkesčiai dėl NĮ pranešimo. X kartos slaugytojai dažniau nurodė ketinantys pranešti apie NĮ ateityje, kaip ir slaugytojai, dirbantys respublikinėje arba regioninėje ligoninėje, lyginant su universitetinės ligoninės kolegomis.

3.4. Sąsajos tarp slaugytojų profesinės darbo aplinkos, pranešimų apie nepageidaujamus įvykius ir slaugytojų požiūrio į mokslo įrodymais grindžiamą slaugos praktiką

Siekiant nustatyti sąsajas tarp slaugytojų profesinės darbo aplinkos, pranešimų apie NĮ ir slaugytojų požiūrio į MĮG slaugos praktiką, buvo atlikta kelių analizė ir taikytas paprastos mediacijos modelis.

Tyrimo duomenų analizė atskleidė, kad trukdančios ir skatinančios aplinkybės naudoti mokslinius tyrimus praktikoje medijuoja ryšį tarp slaugytojų profesinės aplinkos suvokimo ir jų požiūrio į įrodymais grindžiamą praktiką (13 pav. ir 31 lentelė).



13 pav. *Trukdančių ir skatinančių aplinkybių, kaip mediatoriaus, vaidmuo ryšiui tarp profesinės aplinkos suvokimo ir požiūrio į įrodymais grindžiamą praktiką*

Pastaba: * – $p < 0,05$, c' – tiesioginis efektas.

31 lentelė. *Trukdančių ir skatinančių aplinkybių naudoti MĮG slaugos praktiką reikšmė ryšiui tarp profesinės aplinkos suvokimo ir požiūrio į įrodymais grindžiamą praktiką*

Prediktoriai	B	Beta	St. paklaida	95 proc. PI	t	p
Trukdančios ir skatinančios aplinkybės naudoti MĖG slaugos praktiką						
Profesinės aplinkos suvokimas	-0,178	-0,085	0,056	[-0,288; -0,069]	-3,187	0,001
F	10,16					
R ²	0,007					
Požiūris į įrodymais grindžiamą praktiką						
Profesinės aplinkos suvokimas	0,381	0,297	0,033	[0,317; 0,446]	11,541	< 0,001
Trukdančios ir skatinančios aplinkybės naudoti MĖG slaugos praktiką	0,046	0,075	0,016	[0,015; 0,077]	2,922	0,004
F	68,487					
R ²	0,09					

Pastaba: B – grynasis β koeficientas; Beta – standartizuotasis β koeficientas; t – Studento kriterijaus reikšmė; PI – pasikliautinis intervalas; p – veiksnio statistinis reikšmingumas; F – Fišerio kriterijaus reikšmė; R² – determinacijos koeficientas.

Modelis rodo, kad geresnis profesinės aplinkos suvokimas neigiamai susijęs su trukdančiomis ir skatinančiomis aplinkybėmis naudoti mokslinius tyrimus praktikoje ($p < 0,001$). Taip pat trukdančios ir skatinančios aplinkybės naudoti mokslinius tyrimus praktikoje yra susijusios su geresniu slaugytojų požiūriu į įrodymais grindžiamą praktiką ($p = 0,004$). Kitaip tariant, kuo geriau vertinama profesinė aplinka, tuo mažiau kliūčių yra matoma, o tai savo ruožtu stiprina teigiamą požiūrį į MĮG slaugos praktiką. Kadangi tiesioginis ryšys išlieka reikšmingas ir stipresnis: aplinkybės paaiškina tik dalį, bet ne visą poveikį požiūriui, nustatyta dalinė mediacija (32 lentelė).

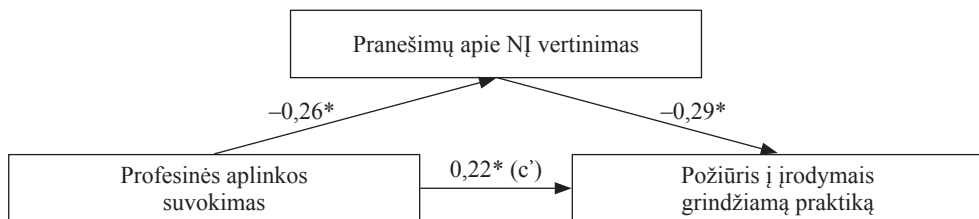
32 lentelė. *Tiesioginis, netiesioginis ir bendras trukdančių ir skatinančių aplinkybių naudoti MĮG slaugos praktiką efektas ryšiui tarp profesinės aplinkos suvokimo ir požiūrio į įrodymais grindžiamą praktiką*

	Efektas	St. paklaida	PI
Tiesioginis efektas	0,3814	0,033	[0,3166; 0,4463]
Netiesioginis efektas	-0,0082	0,004	[-0,0172; -0,0016]
Bendras efektas	0,3732	0,033	[0,3084; 0,438]

Pastaba: PI – pasikliautinis intervalas.

Taip pat išanalizuota kaip pranešimų apie NĮ vertinimas medijuoja ryšį tarp trukdančių ir skatinančių aplinkybių naudoti mokslinius tyrimus praktikoje ir požiūrio į įrodymais grindžiamą praktiką. Modelis rodo, kad trukdančios ir skatinančios aplinkybės naudoti mokslinius tyrimus praktikoje nesusijusios su geresniu pranešimų apie NĮ vertinimu ($p < 0,069$), o geresnis pranešimų apie NĮ vertinimas yra neigiamai susijęs su geresniu slaugytojų požiūriu į įrodymais grindžiamą praktiką ($p < 0,001$). Kadangi ryšys tarp nepriklausomo kintamojo – trukdančių ir skatinančių aplinkybių – ir mediatoriaus – pranešimų apie NĮ vertinimo – nebuvo statistiškai reikšmingas, mediacija nepasitvirtino.

Kelių analizė taip pat atskleidė, kad pranešimų apie NĮ vertinimas medijuoja ryšį tarp slaugytojų profesinės aplinkos suvokimo ir jų požiūrio į įrodymais grindžiamą praktiką (14 pav. ir 33 lentelė).



14 pav. Pranešimų apie NĮ vertinimo, kaip mediatoriaus, vaidmuo ryšiui tarp profesinės aplinkos suvokimo ir požiūrio į įrodymais grindžiamą praktiką

Pastaba: * – $p < 0,001$, c' – tiesioginis efektas.

33 lentelė. Pranešimų apie NĮ vertinimo reikšmė ryšiui tarp profesinės aplinkos suvokimo ir požiūrio į įrodymais grindžiamą praktiką

Prediktoriai	B	Beta	St. paklaida	95 proc. PI	t	p
Pranešimų apie NĮ vertinimas						
Profesinės aplinkos suvokimas	-0,202	-0,259	0,020	[-0,242; -0,163]	-9,987	< 0,001
F	99,736					
R ²	0,002					

33 lentelės tęsinys

Prediktoriai	B	Beta	St. paklaida	95 proc. PI	t	p
Požiūris į įrodymais grindžiamą praktiką						
Profesinės aplinkos suvokimas	0,276	0,215	0,033	[0,212; 0,340]	8,449	< 0,001
Pranešimų apie NĮ vertinimas	–0,480	–0,292	0,042	[–0,562; –0,397]	–11,462	< 0,001
F	99,003					
R ²	0,125					

Pastaba: B – grynasis β koeficientas; Beta – standartizuotasis β koeficientas; t – Studento kriterijaus reikšmė; PI – pasikliautinis intervalas; p – veiksnio statistinis reikšmingumas; F – Fišerio kriterijaus reikšmė; R² – determinacijos koeficientas.

Modelis rodo, kad geresnis personalo profesinės aplinkos suvokimas neigiamai susijęs su dažnesniais pranešimais apie NĮ ($p < 0,001$), taip pat dažnesni pranešimai apie NĮ yra neigiamai susiję su geresniu slaugytojų požiūriu į įrodymais grindžiamą praktiką ($p < 0,001$). Tai gi kuo geriau vertinama profesinė aplinka, tuo labiau kritiškai vertinami pranešimai apie NĮ, o tai savo ruožtu mažina teigiamą požiūrį į MĮG slaugos praktiką. Nustatyta dalinė mediacija, nes tiesioginis efektas stipresnis už netiesioginį (34 lentelė).

34 lentelė. Tiesioginis, netiesioginis ir bendras pranešimų apie NĮ vertinimo efektas ryšiui tarp profesinės aplinkos suvokimo ir požiūrio į įrodymais grindžiamą praktiką

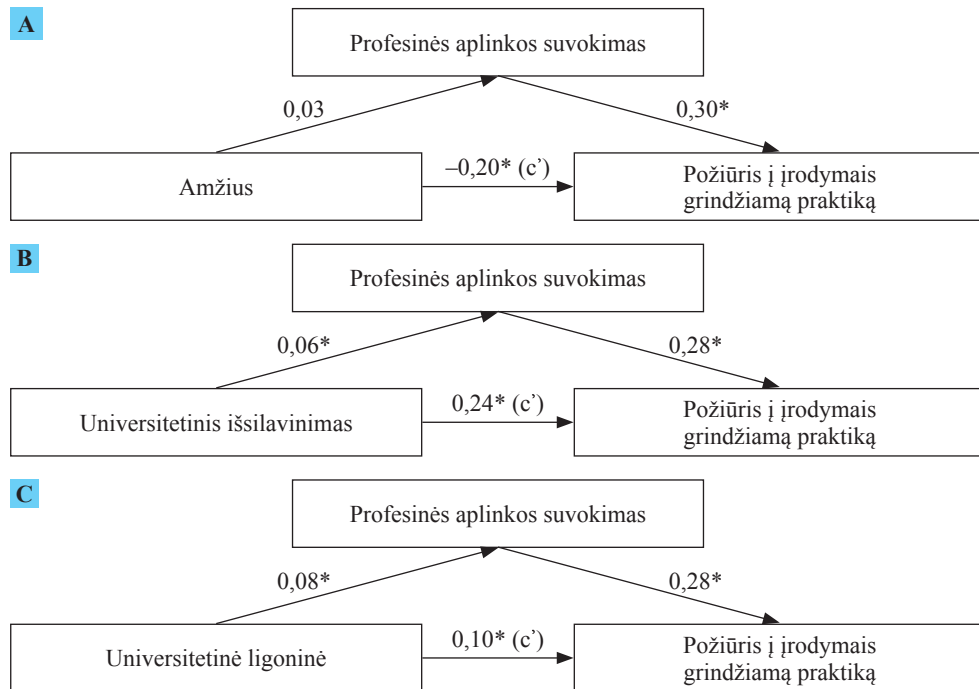
	Efektas	St. paklaida	PI
Tiesioginis efektas	0,2761	0,0327	[0,2120; 0,3402]
Netiesioginis efektas	0,0971	0,0132	[0,0726; 0,1242]
Bendras efektas	0,3732	0,033	[0,3084; 0,4380]

Pastaba: PI – pasikliautinis intervalas.

Atlikus kelių analizę buvo įvertintas trukdančių ir skatinančių aplinkybių naudoti mokslinius tyrimus praktikoje mediacinis vaidmuo ryšyje tarp slaugytojų amžiaus, universitetinio išsilavinimo, lyginant su medicinos mokyklos išsilavinimu ir darbo universitetinėje ligoninėje, lyginant su dirbančiais respublikinėje arba regioninėje ligoninėje. Kadangi visuose modeliuose ryšys tarp priklausomo kintamojo – slaugytojų požiūrio į MĮG slaugos praktiką – ir mediatoriaus – trukdančių ir skatinančių aplinkybių naudoti MĮG slaugos praktiką – nebuvo statistiškai reikšmingas, nei viena mediacija nepasitvirtino.

Taip pat atlikome analizę siekdami įvertinti profesinės darbo aplinkos

suvokimo mediacinį vaidmenį ryšyje tarp slaugytojų amžiaus (15 pav. A), universitetinio išsilavinimo, lyginant su medicinos mokyklos išsilavinimu (15 pav. B) ir darbo universitetinėje ligoninėje, lyginant su dirbančiais respublikinėse/regioninėse ligoninėse (15 pav. C).



15 pav. Profesinės aplinkos, kaip mediatoriaus, vaidmuo ryšiui tarp slaugytojų amžiaus, išsilavinimo, ligoninės, kurioje dirba, ir požiūrio į įrodymais grindžiamą praktiką

Pastaba: * – $p < 0,05$, c' – tiesioginis efektas.

Pirmiausiai modelis A rodo, kad didesnis slaugytojų amžius nėra susijęs su jų profesinės darbo aplinkos suvokimu ($p = 0,352$), t. y. vyresni slaugytojai nevertina darbo aplinkos prasčiau ar geriau nei jaunesni kolegos (15 pav. A ir 35 lentelė). Tačiau profesinės darbo aplinkos suvokimo įtaka požiūriui į MĮG slaugos praktiką buvo statistiškai reikšminga ($p < 0,001$), kaip ir tiesioginis slaugytojų amžiaus poveikis požiūriui į MĮG slaugos praktiką ($p < 0,001$). Šie rezultatai rodo, kad nors tiek profesinės aplinkos suvokimas, tiek slaugytojų amžius yra reikšmingi požiūrio į MĮG slaugos praktiką prognozės veiksniai, amžius į šį požiūrį daro tiesioginį poveikį, nepriklausantį nuo darbo aplinkos vertinimo. Kadangi ryšys tarp nepriklausomo kintamojo – slaugytojų amžiaus – ir mediatoriaus – profesinės aplinkos suvokimo – nebuvo statistiškai reikšmingas, mediacija nepasitvirtino.

35 lentelė. Profesinės aplinkos suvokimo reikšmė ryšiui tarp slaugytojų amžiaus, išsilavinimo, ligoinės, kurioje dirba, ir požiūrio į įrodymais grindžiamą praktiką

Prediktoriai	B	Beta	St. paklaida	95 proc. PI	t	p	F	R ²
Profesinės aplinkos suvokimas								
Amžius	0,001	0,025	0,001	[-0,001; 0,002]	0,931	0,352	0,867	0,001
Universitetinis išsilavinimas	0,041	0,057	0,021	[0; 0,082]	1,958	0,050	2,380	0,003
Universitetinė ligoinė	0,049	0,079	0,017	[0,014; 0,083]	2,779	0,006	4,419	0,006
Požiūris į įrodymais grindžiamą praktiką								
Profesinės aplinkos suvokimas	0,381	0,297	0,033	[0,316; 0,445]	11,654	< 0,001	95,085	0,123
Amžius	-0,006	-0,195	0,001	[-0,008; -0,005]	-7,665	< 0,001		
Profesinės aplinkos suvokimas	0,359	0,280	0,032	[0,296; 0,423]	11,130	< 0,001	70,667	0,134
Universitetinis išsilavinimas	0,219	0,237	0,025	[0,170; 0,268]	8,782	< 0,001		
Profesinės aplinkos suvokimas	0,364	0,283	0,033	[0,299; 0,428]	11,024	< 0,001	47,608	0,094
Universitetinė ligoinė	0,079	0,101	0,021	[0,037; 0,122]	3,698	< 0,001		

Pastaba: B – grynasis β koeficientas; Beta – standartizuotasis β koeficientas; t – Studento kriterijaus reikšmė; PI – pasikliautinis intervalas; p – veiksnio statistinis reikšmingumas; F – Fišerio kriterijaus reikšmė; R² – determinacijos koeficientas.

Slaugytojai, su universitetiniu išsilavinimu, lyginat su slaugytojais, turinčiais medicinos mokyklos išsilavinimą, reikšmingai palankiau suvokė savo profesinę aplinką ($p = 0,050$), o geresnis profesinės aplinkos suvokimas reikšmingai prognozavo pozityvesnį požiūrį į MĮG slaugos praktiką ($p < 0,001$) (15 pav. B ir 35 lentelė). Šiame modelyje tiesioginis efektas stipresnis už netiesioginį (36 lentelė). Todėl nustatyta dalinė mediacija, kai profesinės aplinkos suvokimas paaiškina dalį teigiamo išsilavinimo poveikio požiūriui į MĮG slaugos praktiką, tačiau pagrindinis poveikis išlieka tiesioginis.

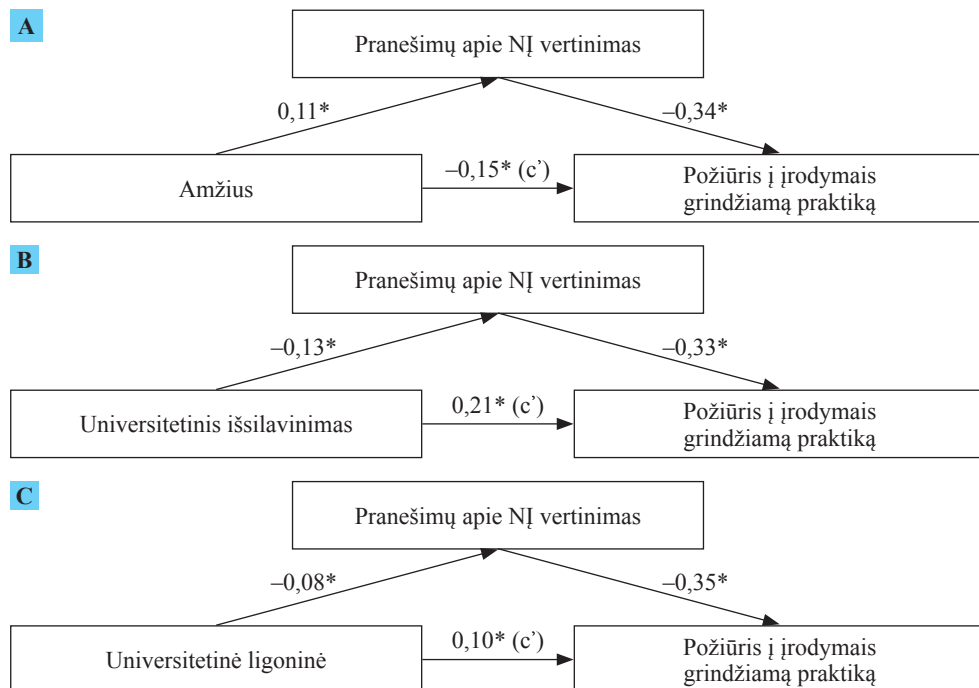
Taip pat analizavome ar profesinės aplinkos suvokimas medijuoja ryšį tarp darbo vietos tipo (universitetinė ligoninė lyginat su respublikinėmis/regioninėmis ligoninėmis) ir požiūrio į MĮG slaugos praktiką (15 pav. C ir 35 lentelė). Slaugytojai, dirbantys universitetinėje ligoninėje, reikšmingai palankiau vertino savo profesinę aplinką ($p = 0,006$), o ši, savo ruožtu, buvo reikšmingai susijusi su geresniu požiūriu į MĮG slaugos praktiką ($p < 0,001$). Ir šiame modelyje tiesioginis efektas buvo stipresnis už netiesioginį (36 lentelė), todėl taip pat nustatyta dalinė mediacija, kai darbo universitetinėje ligoninėje poveikis požiūriui veikia tiek tiesiogiai, tiek per profesinės aplinkos suvokimą.

36 lentelė. Tiesioginis, netiesioginis ir bendras profesinės aplinkos suvokimo efektas ryšiui tarp slaugytojų amžiaus, išsilavinimo, ligoninės, kurioje dirba, ir požiūrio į įrodymais grindžiamą praktiką

	Efektas	St. paklaida	PI
Amžius			
Tiesioginis efektas	-0,0063	0,0008	[-0,0047; -0,1952]
Netiesioginis efektas	0,0002	0,0003	[-0,0003; 0,0008]
Bendras efektas	-0,0061	0,0009	[-0,0044; -0,1877]
Universitetinis išsilavinimas			
Tiesioginis efektas	0,2187	0,0249	[0,2675; 0,5893]
Netiesioginis efektas	0,0146	0,0079	[-0,0001; 0,0308]
Bendras efektas	0,2333	0,0260	[0,2842; 0,6287]
Universitetinė ligoninė			
Tiesioginis efektas	0,0795	0,0215	[0,0373; 0,1216]
Netiesioginis efektas	0,0176	0,0067	[0,0051; 0,0317]
Bendras efektas	0,0971	0,0223	[0,0533; 0,1409]

Pastaba: PI – pasikliautinasis intervalas.

Atlikta kelių analizė, siekiant įvertinti ir pranešimų apie NĮ vertinimo mediacinį vaidmenį ryšyje tarp slaugytojų amžiaus (16 pav. A), universitetinio išsilavinimo, lyginant su medicinos mokyklos išsilavinimu (16 pav. B) ir darbo universitetinėje ligoninėje, palyginant su dirbančiais respublikinėse/regioninėse ligoninėse (16 pav. C).



16 pav. *Pranešimų apie NĮ vertinimo, kaip mediatoriaus, vaidmuo ryšiui tarp slaugytojų amžiaus, išsilavinimo, ligoninės, kurioje dirba, ir požiūrio į įrodymais grindžiamą praktiką*

Pastaba: * – $p < 0,05$, c' – tiesioginis efektas.

Pirmasis modeli rodo, kad didesnis slaugytojų amžius buvo reikšmingai susijęs su palankesniu NĮ pranešimų vertinimu ($p < 0,001$), o palankesnis vertinimas turėjo neigiamą įtaką jų požiūriui į MĮG slaugos praktiką ($p < 0,001$) (16 pav. A ir 37 lentelė). Taip pat reikšmingas, tačiau neigiamas, buvo ir tiesioginis amžiaus poveikis požiūriui į MĮG slaugos praktiką ($p < 0,001$), t. y. vyresnio amžiaus slaugytojai pasižymėjo mažiau palankiu požiūriu į MĮG slaugos praktiką. Šiame modelyje tiesioginis efektas stipresnis už netiesioginį (38 lentelė). Tai reiškia, kad nustatyta dalinė mediacija, kai NĮ vertinimas paaiškina dalį neigiamo amžiaus poveikio požiūriui į MĮG slaugos praktiką, tačiau pagrindinė įtaka išlieka tiesioginė.

37 lentelė. Pranešimų apie NĮ vertinimo reikšmė ryšiui tarp slaugytojų amžiaus, išsilavinimo, liginės, kurioje dirba, ir požiūrio į įrodymais grindžiamą praktiką

Prediktoriai	B	Beta	St. paklaida	95 proc. PI	t	p	F	R ²
Pranešimų apie NĮ vertinimas								
Amžius	0,002	0,108	0,001	[0,0011; 0,0032]	4,003	< 0,001	16,024	0,012
Universitetinis išsilavinimas	-0,074	-0,132	0,016	[-0,106; -0,043]	-4,611	< 0,001	11,341	0,016
Universitetinė liginė	-0,039	-0,082	0,014	[-0,066; -0,013]	-2,904	0,004	12,185	0,017
Požiūris į įrodymais grindžiamą praktiką								
Pranešimų apie NĮ vertinimas	-0,555	-0,338	0,041	[-0,636; -0,473]	-13,372	< 0,001	117,374	0,148
Amžius	-0,005	-0,151	0,001	[-0,007; -0,003]	-5,988	< 0,001		
Pranešimų apie NĮ vertinimas	-0,538	-0,327	0,041	[-0,618; -0,457]	-13,116	< 0,001	87,665	0,161
Universitetinis išsilavinimas	0,193	0,210	0,025	[0,145; 0,242]	7,839	< 0,001		
Pranešimų apie NĮ vertinimas	-0,570	-0,347	0,042	[-0,652; -0,489]	-13,723	< 0,001	70,189	0,132
Universitetinė liginė	0,075	0,095	0,021	[0,033; 0,116]	3,549	< 0,001		

Pastaba: B – grynasis β koeficientas; Beta – standartizuotasis β koeficientas; t – Studento kriterijaus reikšmė; PI – pasikliautinis intervalas; p – veiksnio statistinis reikšmingumas; F – Fišerio kriterijaus reikšmė; R² – determinacijos koeficientas.

Analizuojant pranešimų apie NĮ vertinimo mediacinį vaidmenį ryšyje tarp universitetinio išsilavinimo, lyginant su medicinos mokyklos išsilavinimu, ir požiūrio į MĮG slaugos praktiką, nustatyta dalinė mediacija (16 pav. B ir 37 lentelė). Slaugytojai, turintys universitetinį išsilavinimą, reikšmingai prasčiau vertino NĮ pranešimus ($p < 0,001$), o nepalankesnis šių pranešimų vertinimas buvo susijęs su geresniu požiūriu į MĮG slaugos praktiką ($p < 0,001$) (38 lentelė). Taigi, pranešimų apie NĮ vertinimas iš dalies paaiškina teigiamą universitetinio išsilavinimo poveikį slaugytojų požiūriui į MĮG slaugos praktiką, bet pagrindinis poveikis išlieka tiesioginis.

C modelio analizė parodė, kad pranešimų apie NĮ vertinimas medijuoja ryšį tarp ligoninės tipo (universitetinė lyginat su respublikinėmis/regioninėmis ligoninėmis) ir požiūrio į MĮG slaugos praktiką (16 pav. C ir 37 lentelė). Slaugytojai, dirbantys universitetinėje ligoninėje, reikšmingai prasčiau vertino NĮ pranešimus ($p = 0,004$), o prastesnis vertinimas buvo susijęs su geresniu požiūriu į MĮG slaugos praktiką ($p < 0,001$). Tiesioginis efektas buvo stipresnis už netiesioginį (38 lentelė), todėl ir šiame modelyje nustatyta dalinė mediacija, kai ligoninės tipo poveikis požiūriui į MĮG slaugos praktiką veikia tiek tiesiogiai, tiek netiesiogiai per NĮ vertinimą.

38 lentelė. Tiesioginis, netiesioginis ir bendras pranešimų apie NĮ vertinimo efektas ryšiui tarp slaugytojų amžiaus, išsilavinimo, ligoninės, kurioje dirba, ir požiūrio į įrodymais grindžiamą praktiką

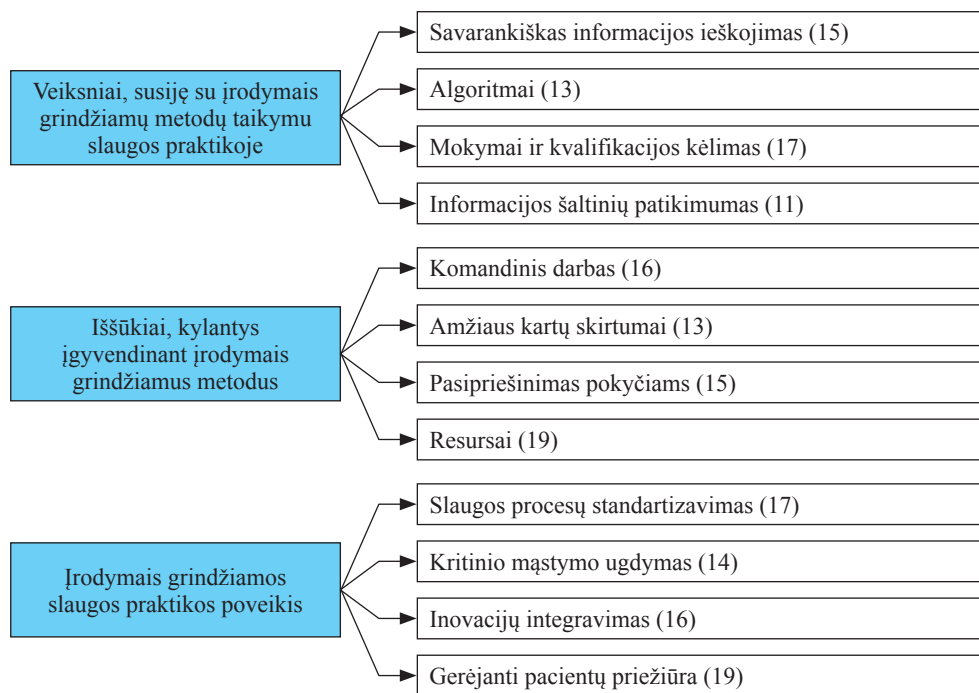
	Efektas	St. paklaida	PI
Amžius			
Tiesioginis efektas	-0,0049	0,0008	[-0,0033; -0,1512]
Netiesioginis efektas	-0,0012	0,0003	[-0,0018; -0,0006]
Bendras efektas	-0,0061	0,0009	[-0,0044; -0,1877]
Universitetinis išsilavinimas			
Tiesioginis efektas	0,1933	0,0247	[0,2417; 0,5210]
Netiesioginis efektas	0,0400	0,0100	[0,0208; 0,0602]
Bendras efektas	0,2333	0,0260	[0,2842; 0,6287]
Universitetinė ligoninė			
Tiesioginis efektas	0,0746	0,0210	[0,3340; 0,1159]
Netiesioginis efektas	0,0225	0,0081	[0,0067; 0,0383]
Bendras efektas	0,0971	0,0223	[0,0533; 0,1409]

Pastaba: PI – pasikliautinasis intervalas.

Apibendrinat, atlikta kelių analizė parodė, kad tiek trukdančios ir skatinančios aplinkybės naudoti mokslinius tyrimus praktikoje, tiek profesinės aplinkos suvokimas bei pranešimų apie NĮ vertinimas turi reikšmingą mediacinį vaidmenį formuojant slaugytojų požiūrį į MĮG slaugos praktiką, tačiau paaiškina tik dalį poveikio, nes pagrindinis poveikis išlieka tiesioginis. Nustatyta, kad profesinės aplinkos suvokimas ir NĮ vertinimas dalinai medijuoja ryšį tarp universitetinio išsilavinimo bei darbo universitetinėje ligoninėje ir palankesnio požiūrio į MĮG slaugos praktiką. Be to, kelių analizė parodė, kad slaugytojų amžius daro neigiamą tiesioginį poveikį požiūriui į MĮG slaugos praktiką – vyresni slaugytojai pasižymi mažiau palankiu požiūriu, nepriklausomai nuo jų vertinamos aplinkos ar NĮ pranešimų suvokimo. Šie rezultatai pabrėžia darbo aplinkos ir slaugytojų išsilavinimo svarbą formuojant MĮG slaugos praktiką, kartu atskleidžiant ribotą organizacinių veiksnių įtaką vyresnių slaugytojų požiūriui.

3.5. Slaugytojų patirtys taikant mokslo įrodymais grindžiamą slaugos praktiką kasdienėje veikloje

Siekiant atskleisti slaugytojų patirtis, susijusias su MĮG slaugos praktikos taikymu jų kasdienėje veikloje, buvo atlikti keturi sutelktų grupių interviu. Du iš jų buvo vykdyti su bendrosios praktikos slaugytojais, vienas – su vyresniaisiais slaugytojais-slaugos administratoriais ir vienas – su slaugos vadovais. Kokybinės turinio analizės metu atskleistos temos bei potėmės pateikiamos 17 paveiksle.



17 pav. *Sutelktų grupių interviu temos ir potemės*

Pastaba: Skliaustuose pateiktas skaičius nurodo informantų, pasisakiusių šia tema, skaičių.

Analizuojant skirtingas profesines pareigas užimančių slaugytojų patirtis, išryškėjo trys pagrindinės temos. Kiekvieną temą apima keturias potemes, kurios aptariamoms ir iliustruojamos sutelktų grupių interviu dalyvių citatomis.

Veiksniai, susiję su įrodymais grindžiamų metodų taikymu slaugos praktikoje

Šioje temoje atsiskleidė keturios potemės: *savarankiškas informacijos ieškojimas*, *algoritmai*, *mokymai ir kvalifikacijos kėlimas* ir *informacijos šaltinių patikimumas*. Šie aspektai atskleidė, kad MĮG metodų taikymui slaugos praktikoje įtaką daro daugybė tarpusavyje susijusių veiksnių, kurių identifikavimas yra svarbus siekiant užtikrinti aukštos kokybės pacientų priežiūrą.

Visi slaugytojai, užimantys skirtingas profesines pareigas, vieningai teigė, kad savarankiškas informacijos ieškojimas slaugos praktikoje yra svarbus profesionalumo, atsakomybės ir MĮG slaugos ženklas. Ši iniciatyva dažniausiai kyla iš pačių slaugytojų ir padeda užtikrinti geresnius pacientų priežiūros rezultatus bei didina pasitenkinimą darbu:

Kai nežinom, kažkokia nestandartinė situacija galbūt būna. Pasidomim užsienio literatūra, pasiskaitom mokslinius straipsnius ar mokslinį protokolą. (BPS1)

Mes labai džiaugiamės, kad yra kompetentingos slaugytojos, kurios ieško informacijos ir bendrom jėgom bandom išspręsti kilusias problemas. (VSSA1)

Vieninga nuomonė buvo išlaikyta ir kalbant apie algoritmų naudojimą slaugos praktikoje. Kai kurie slaugytojai prisideda prie kūrimo ar taiko algoritmus žaizdų priežiūrai, vaistų vartojimui, simuliacijoms ir pacientų mokymui, o vyresnieji slaugytojai-slaugos administratoriai ir slaugos vadovai algoritmus vertina kaip struktūruota priemonę priimant sprendimus, mažinant klaidų riziką ir užtikrinant įrodymais grindžiamą pacientų priežiūrą. Taip pat algoritmai padeda vienodinti praktiką tarp skirtingo pasirengimo specialistų, stiprina komandinius ryšius ir gerina priežiūros kokybę:

[...] bandome įdiegti ir kurti algoritmus ar atmintines, ypač naujiems darbuotojams. (BPS2)

Tikslinis standartizuotas budėjimo perdavimas iš tikrųjų leido efektyviai suvaldyti situaciją ir per trumpą laiką gauti apibendrintą informaciją apie visus pacientus. (SV4)

Didelis visų dėmesys skiriamas ir mokymuisi bei nuolatiniam kvalifikacijos kėlimui. Slaugytojai aktyviai ieško naujausios informacijos, remiasi mokslu grindžiamais šaltiniais, dalyvauja konferencijose bei dalinasi žiniomis tarpusavyje. Tačiau išskirtinai slaugos vadovai akcentuoja pacientų mokymo svarbą, kuri, jų teigimu, yra neatsiejama slaugytojo darbo dalis ir viena svarbiausių priemonių pacientų įgalinimui:

Negalim stovėti vietoj, o turim žengti koją kojon su naujausiais tyrimais, naujovėm ir niekada nesustoti mokytis. (BPS4)

Aš pati magistrą pasibaigiau, man tai praplėtė be galo supratimą, keitėsi mano mąstymas ir požiūris. (VSSA3)

Apie tą mokymą ir mokymąsi, tai norėčiau akcentuoti, kad per tai mes pacientam duosim suprasti, kad ne tik medikai atsakingi už jų sveikatą. Nes mokymasis, tai yra labiau įsitraukimas ir pacientų į savipriežiūrą. Į supratimą, kad ir jis yra komandos dalis. (SV3)

Itin reikšminga išryškėjusi potėmė yra apie informacijos šaltinių pasirinkimą ir jų patikimumo vertinimą. Informacijos šaltinių patikimumas slaugos specialistams yra svarbus kriterijus priimant sprendimus praktikoje. Informantai pabrėžia būtinybę remtis mokslinėmis publikacijomis, ypač metaanalizėmis ir recenzuotais šaltiniais, o ne populiariosios žiniasklaidos turiniu:

Visada atkreipiu dėmesį, kokios šalies tai yra tyrimas. Kokia apimtis to tyrimo. Aišku, dar pasižiūriu ir būdą [...], dar naujumu, aišku, irgi pasižiūriu. (BPS8)

Pasitikslinti bibliotekoje ar tikrai tai yra patikima duomenų bazė ir šaltiniai joje publikuojami. Pasiskaitai ne vieną šaltinį, kelis šaltinius, palygini, pasižiūri. Labai gerai metaanalizės, jos tau padeda greičiau ir geriau įsitikinti, kas galbūt veikia, kas ne. (SV5)

Iššūkiai, kylantys įgyvendinant įrodymais grindžiamus metodus

Įrodymais grindžiamų metodų taikymas slaugos praktikoje atveria reikšmingų galimybių gerinti pacientų priežiūros kokybę, tačiau kartu kelia ir tam tikrų iššūkių, kuriuos atspindi atskleistos keturios potėmės: *komandinis darbas, amžiaus kartų skirtumai, pasipriešinimas pokyčiams, resursai*. MĖG metodikų diegimas dažnai reikalauja papildomų išteklių – tiek laiko, tiek finansinių investicijų – bei gali išprovokuoti pasipriešinimą ar nuomonių nesutarimus tarp sveikatos priežiūros komandos narių, kas gali apsunkinti jų sklandų integravimą į kasdienę slaugos praktiką.

Informantai vieningai akcentuoja, kad efektyvus komandinis darbas yra būtina sąlyga naujų įrodymais grindžiamų metodų įgyvendinimui slaugos praktikoje. Tarpusavio pasitikėjimas vieni kitais, pagarba bei bendras komandos tikslas padeda konstruktyviai spręsti iškilusius iššūkius, lengviau priimti pokyčius ir dalintis atsakomybe. Vyresnieji slaugytojai-slaugos administratorei išskiria gydytojų pasipriešinimą, kurį tenka įveikti per bendravimą ir bendradarbiavimą. Todėl pats komandos formavimo procesas taip pat įvardinamas kaip reikšmingas iššūkis, su kuriuo yra susiduriama praktikoje:

Didžiausias iššūkis yra pats komandos suformavimas, kiek galite vienas kitais pasitikėti ir vienas kitiems padėti ir panašiai. (BPS5)

Didžiausias iššūkis vis dėlto yra ne slaugytoja, o gydytojai iš mano patirties. [...](VSSA4)

Kartu išryškėjo ir kiti iššūkiai, kurie yra susiję su amžiaus kartų skirtumais tarp komandos narių. Šie skirtumai sukelia nesutarimus, požiūrio skirtumus ir sunkumus dirbant komandoje:

Vyresnis kolektyvas, kuris galbūt jau žymiai seniau pabaigęs mokslus, jis nebe visiškai turi tą tokį požiūrį į mokslo įrodymus ir gal jam nebeatrodo svarbu ir kam iš viso gilintis į visus mokslinius dalykus, ir tuos metodus. (BPS1)

Kartais būna tas jaunas žmogus tai didžiausias priešas ir tiesiog ginčai kyla labai dideli, nenori tų naujovių iš tikrųjų ir tiek. (BPS2)

Mes, senoji karta, kiek teko susidurti, tai gink Dieve jau daktarui tai nieko tokio nepasakysi. (VSSA6)

Skirtumai tarp skirtingų amžiaus karų neretai lemia ne tik bendravimo ar vertybių nesutapimus, bet ir lemia pasipriešinimą pokyčiams. Slaugytojai vieningai teigia, kad naujų, MĪG metodų diegimas dažnai susiduria su atviru prieštaraivimu, ypač iš darbuotojų, ilgą laiką dirbančių ta pačia rutina. Pasipriešinimas neretai kyla iš įpročio, nepasitikėjimo naujovėmis dėl žinių stokos ar baimės dėl pokyčių, ir tampa vienu pagrindinių barjerų efektyviam MĪG slaugos integravimui į praktiką:

Tai, kaip ir visos naujovės, kažkada turi pasipriešinimą, kai tikslai pradedi kažką daryti. Darbuotojų dažniausiai reakcija būna ne nereikia, mes pripratę senuoju būdu dirbti. (VSSA6)

Neigiamas iš tiesų yra ir vyresnės kartos žmonių, ypatingai. Tai apima ne tikslai slaugytojas, bet ir gydytojus. [...] vyresnės kartos žmonės kažkaip susiduria labiau su pasipriešinimu. (VSSA5)

Gali slaugytojai pačiai atrodyti, kad tai, ką darė eilę metų, ir tai buvo gerai. Jai taip atrodė, tai gali pagalvoti – o kas čia kitaip? Aš dariau šitaip eilę metų ir čia viskas buvo gerai. (SV5)

Kitas svarbus iššūkis, kuri akcentavo visi sutelktų grupių interviu dalyviai, tai resursai. Išryškėjo, kad tiek materialių, tiek žmogiškųjų išteklių trūkumas yra reikšminga kliūtis įgyvendinant naujus, MĪG metodus slaugos praktikoje. Dauguma mini, kad dažnai trūksta šiuolaikiškų priemonių, reikalingų efektyviai pacientų priežiūrai, kiti pabrėžia, jog net ir turint žinių ar mokymų, naujoves diegti sunku dėl finansinių, techninių apribojimų ar slaugytojų trūkumo. Taigi, resursų klausimas apima ne tik techninius ar finansinius sprendimus, bet ir personalo parengimą, vidinę motyvaciją bei organizacinį palaikymą:

Tai tam tikrų resursų, kuriuos galima panaudoti pacientų labui ir iš tikrųjų darbo palengvinimui ir tolimesnių rezultatų paciento sveikatoje. Šitų resursų trūksta ir tada labai labai nesmagu. (BPS6)

Mūsų slaugytojai taip pat yra pakankamai paruošti ir leidžia, tačiau įsigyti tą aparatą neturim galimybės, nes tai riboja finansai ir niekas, kaip ir nepalaiko to, kad mes darom iniciatyvą. (SV2)

Aš turbūt čia labiausiai matyčiau žmogiškieji resursai, apie kuriuos reikia kalbėti ir kurių dabar vis stoka. (SV3)

Tavo žinios, gebėjimai ir kompetencijos. Tiesiog prisiimkime atsakomybę šitoj vietoj. (SV4)

Įrodymais grindžiamos slaugos praktikos poveikis

MĮG slaugos praktika tampa esminiu kokybiškos pacientų priežiūros pagrindu, nes slaugytojų sprendimai ir veiksmai grindžiami patikimais moksliniais įrodymais bei empiriniais tyrimais. Tai užtikrina veiksmingesnę, saugesnę ir labiau į paciento poreikius orientuotą slaugą. Analizuojant sutelktų grupių interviu, išryškėjo, kad MĮG slaugos praktika skatina *slaugos procesų standartizavimą, kritinio mąstymo ugdymą, inovacijų integravimą ir gerėjančių pacientų priežiūrą*.

Visi informantai akcentavo, kad įstaigose, kuriose jie dirba yra rengiami ir periodiškai atnaujinami mokslu grindžiami slaugos protokolai. Slaugytojų teigimu, slaugos procesų standartizavimas padeda įdiegti vieningus ir aiškius veiklos rodiklius, kurie užtikrina kokybę ir nuoseklumą įvairiose slaugos situacijose. Tačiau slaugos vadovai pabrėžia, kad standartizavimas įgyvendinamas tik pavienių įstaigų ar skyrių iniciatyva, be vieningos nacionalinės strategijos, kuri užtikrintų, kad MĮG metodai būtų taikomi nuosekliai visose šalies gydymo įstaigose:

Mūsų įstaiga irgi kasmet ar kas 2 metus išleidžia mokslu grįstus protokolus, kuriuos reikia pritaikyti. (BPS8)

Mes iš esmės naudojame daug mokslu grįstų slaugos veiksmų, intervencijų todėl, kad turime aprašytus slaugos protokolus. (VSSA3)

Kažkas tai iniciatyvą turi, tačiau sisteminio tokio dalyko visoje Lietuvoje, tarkim, visose gydymo įstaigose to, kaip standarto, man rodos, nėra, yra pavienės iniciatyvos. Iš tikrųjų būtų tikslinga, kad tie patys metodai, tos pačios priemonės būtų taikomos visose ligoninėse. (SV4)

Kritinis mąstymas skatina slaugytojų profesinį tobulėjimą, padeda pritaikyti prie pokyčių sveikatos priežiūros srityje ir ugdo lankstumą bei kūrybiškumą sprendžiant sudėtingas situacijas. Slaugytojai vieningai teigė, kad dažnai tenka savarankiškai vertinti gydymo efektyvumą ir ieškoti alternatyvų, pasitelkiant naujausius tyrimus. Ypač išsiskyrė jaunesnės kartos slaugytojų iniciatyvumas ir gebėjimas ieškoti tinkamų MĖG informacijos šaltinių:

Pamatęs paciento tyrimo rezultatus, pastebi aukštą kreatininą, kad inststai pradeda trikti, jau tu, net nelaukdamas daktaro grįžtančio iš operacinės pats priimsi sprendimą greičiausiai ir tada tarsiesi jau su gydytoju, kaip čia elgsimės toliau. (BPS5)

Turėjom pacientą, po galvos traumos, kuris yra visai ne mūsų srities ir ne mūsų specifikos. Bet visa tai kaip mes jį gydėm, tai buvo didžiulis literatūros skaitymas, tiek gydytojų, tiek slaugytojų. (VSSA4)

Interviu metu buvo įvardinta daugybė pavyzdžių, kai inovacijos – tiek technologinės, tiek organizacinės – įdiegiamos pasitelkus mokslo įrodymus. Tarp jų – ultragarsinio prietaiso naudojimas venų punkcijai, modernių tvarsčių pasirinkimas, inovatyvios miego kokybės užtikrinimo priemonės bei informacinių sistemų diegimas skyriuje (pvz., LEAN lenta). Tačiau pastebėtas aiškus požiūrio į inovacijų taikymą skirtumas tarp skirtingas pareigas užimančių slaugos specialistų. Bendrosios praktikos slaugytojai dažnai pasižymi pasyvesniu požiūriu, o jų išitraukimas į inovacijų taikymą dažnai priklauso nuo amžiaus – jaunesni slaugytojai linkę labiau domėtis naujovėmis, tuo tarpu vyresni – labiau atsargūs pokyčių atžvilgiu. Vyresnieji slaugytojai-slaugos administratoriai labiau aktyvūs ir skatinantys komandą įdiegti ir naudoti inovacijas slaugos praktikoje. Tuo tarpu slaugos vadovai į inovacijas žvelgia strategiškai – jų veikla orientuota ne tik į komandos, bet ir į paciento įgalinimą ir edukaciją:

Reikalauja automatiškai kažkokius gal net kaip etapus praeiti, kol priima, kol jos supranta, kodėl tai reikalinga ir kokia yra tai nauda, nes kartais joms atrodo, kad apkrauna tik tais ir ne visada gal ir nori pasitikėti. (BPS1)

Bet jeigu imiesi iniciatyvos, pradedi pati daryti, po to įsijungia dieninė pamaina... ir paskui visas kolektyvas seka. (VSSA6)

Taip pat norime inicijuoti stomaterapeutus, kas įprasta užsienyje. Lietuvoje to dar nėra... (SV3)

šios, aukščiau aptartos, potėmės yra tiesiogiai susijusios su gerėjančia pacientų priežiūra. Interviu metu minėta, kad mažėjo komplikacijų rizika ir pagerino pacientų savijautą bei gyvenimo kokybę. Pacientų mokymas tapo svarbia prevencijos ir paciento įgalinimo priemone. Slaugos personalas įgauna aktyvų vaidmenį ne tik slaugant, bet ir edukuojant pacientą, kuris tampa atsakingu savo sveikatos valdymo dalyviu:

[...] miego kokybės užtikrinimas, artimųjų lankymas, kineziterapija – tai duoda poveikį pacientų būklei. (BPS8)

[...] pritaikytas didesnis baltymų vartojimas po širdies operacijų, su tuo susijęs mažesnis pooperacinių komplikacijų dažnis. (SV1)

Pradėjom daryti mokymus ir iš tiesų pacientam matom labai realių naudą, iš pacientų sužinom daug dalykų, kurių jie nepasako gydytojui [...] ir 4–5 stadijos lėtine inkstų liga sergantiems pacientams, dar netaikant dializės, įmanoma atitolinti dializės procedūras. (SV2)

Apibendrinant, kokybinė turinio analizė atskleidė, kad MĪG slaugos praktikos taikymą skatina pačių slaugytojų iniciatyvumas ieškoti patikimos informacijos, algoritmų naudojimas, kvalifikacijos kėlimas ir mokslinių šaltinių vertinimas. Taip pat įvardinti ir pagrindiniai iššūkiai, tokie kaip sunkumai dirbant komandoje, kartų požiūrių skirtumai, pasipriešinimas pokyčiams ir resursų stoka. MĪG slaugos praktikos taikymas prisideda prie slaugos procesų standartizavimo, kritinio mąstymo ugdymo, inovacijų diegimo ir geresnių pacientų priežiūros rezultatų.

3.6. Slaugytojų patirtys taikant mokslo įrodymais grindžiamą slaugos praktiką ir jų sąsajos su profesine darbo aplinka, pranešimais apie nepageidaujamus įvykius ir požiūriu į mokslo įrodymais grindžiamą slaugos praktiką

Tyrimo duomenų analizei buvo taikytas mišrių tyrimų metodas. Taikant konvergentinį lygiagretų dizainą, kiekybiniai ir kokybiniai duomenys pirmiausia analizuoti nepriklausomai, o vėliau jų rezultatai integruoti ir palyginti. Tokia strategija leidžia papildomai interpretuoti abiejų metodų išvadas ir patikslinti vieno metodo rezultatus kito metodo duomenimis.

Turinio analizė atskleidė tris pagrindines temas, kurios buvo palygintos su anketos „Trukdančios ir skatinančios aplinkybės naudoti mokslinius tyrimus praktikoje“ subskalėmis (39 lentelė).

39 lentelė. Kliūčių ir skatinančių veiksnių anketos ir kokybinės analizės rezultatų struktūra

Subskalės	Tema	Potemė*
Organizacijos ypatybės	Veiksniai, susiję su įrodymais grindžiamų metodų taikymu slaugos praktikoje	Savarankiškas informacijos ieškojimas (12) Mokymai ir kvalifikacijos kėlimas (17) Informacijos šaltinių patikimumas (9) Algoritmai (16)
Komunikacijos ypatumai Mokslinių tyrimų charakteristikos	Iššūkiai, kylantys įgyvendinant įrodymais grindžiamus metodus	Komandinis darbas (15) Paspriešinimas pokyčiams (14) Amžiaus kartų skirtumai (10) Resursai (18)
Slaugytojo savybės	Įrodymais grindžiamos slaugos praktikos poveikis	Slaugos procesų standartizavimas (16) Kritinio mąstymo ugdymas (17) Inovacijų integravimas (14) Gerėjanti pacientų priežiūra (19)

Pastaba: *skliaustuose pateiktas skaičius nurodo informantų, pasisakiusių šia tema, skaičių.

Veiksniai, susiję su įrodymais grindžiamų metodų taikymu slaugos praktikoje

Organizaciniai aspektai, kurie kiekybiškai buvo identifikuoti kaip vieni reikšmingiausių skatinančių veiksnių, kokybinėje analizėje pasireiškė per algoritmų kūrimą ir standartizuotų procedūrų diegimą. Slaugytojai pasakojo apie atmintinių rengimą, klinikinių situacijų valdymą per struktūruotus sprendimų modelius, naujiems darbuotojams skirtą metodinę pagalbą, o vadovai algoritmus įvardino kaip priemonę mažinti klaidų riziką ir stiprinti praktikos vienodumą.

[...] dirbant mes iš esmės naudojame daug mokslu grįstų slaugos veiksmų, intervencijų todėl, kad turime aprašytus slaugos protokolus. (VSSA3)

Standartizavom operacinių instrumentų rinkinius. Ženkliai sumažėjo klaidų, ne pilnų rinkinių, kas eigoje gavus nepilną rinkinį sutrikdo visų operacijų eigą, sumažina sąnaudas, nes neišpakuojami nereikalingi instrumentai. (SV4)

Kiekybiniais rezultatais atskleidus, kad slaugytojus labiausiai motyvuoja palanki įstaigos kultūra ir ištekliai, kokybiniai rezultatai parodė, kad vidiniai motyvaciniai aspektai tokie kaip kritinis mąstymas, pasitikėjimas savimi, profesinis atsakingumas ir iniciatyva yra kertiniai ir išreiškiami per savarankišką informacijos paiešką, sprendžiant klinikinės situacijas ar siekiant geresnio paciento priežiūros rezultato. Ši savarankiška veikla atskleidė,

kad slaugytojai informacijos ieško ne formaliai, o kaip praktinio sprendimo dalį, ypač nestandartinėse situacijose.

Tiek mokslinių šaltinių žiūrime tiek sąveiką, bet ir patį vaisto vartojimą, nes tikrai yra tekę ne kartą ieškoti tiek namuose, tiek darbe prisėdus prie kompiuterio [...] (BPS3)

Tai, mano nuomone, kad mes iš tikrųjų susiduriame su tuo, kad galim savarankiškai kai kur nuspręsti, kada jau reiktų keisti, sakysim, kokį vaistą ar priemonę. (VSSA3)

Kartų skirtumai, atsiskleidę kiekybinėje dalyje, kokybiniuose duomenyse įgijo interpretacinę reikšmę. Y kartos slaugytojai įvardino save kaip aktyvius ir savarankiškus naujos informacijos ieškotojus, tuo tarpu kitų kartų slaugytojai daugiau pasitikėjo jau esančiais struktūruotais algoritmais, aprašytomis procedūromis ir patikrinta praktika. Tai leidžia suprasti, kad kartų skirtumai nėra prieštaravimų šaltinis, o greičiau skirtingų MĖG įgyvendinimo strategijų išraiška, kuri viena kitą papildo.

Jauni žmonės labiau geba ir linkę ieškoti informacijos iš teisingų, tinkamų šaltinių. Tikrai sklaida, kartais su vyresniais kolegom yra apsunkinta [...] (BPS6)

Tai to tokio lankstumo tikrai kartais pritrūksta, bet kažkaip bandai įtikinti žmogų, kad na nėra vienos tiesos, tai bandom tiek su vyresne karta, tiek su jaunesne karta padirbėti ir iškomunikuoti tą svarbą. (VSSA1)

Svarbu pažymėti, kad kokybiniai duomenys atskleidė reiškinius, kurių kiekybinė analizė neidentifikavo. Pabrėžiama, kad mokymasis nėra tik kvalifikacijos kėlimas – tai ir paciento įgalinimas, supratimo keitimas, atsakomybės dalijimasis. Tokios įžvalgos papildo kiekybinius rezultatus apie motyvaciją ir vidinius veiksnius, praplėsdamos jų reikšmę praktikoje.

[...] pacientai, kurie dalyvauja mokymo programoje, jog jų gerėja gyvenimo kokybė ir tikrai mažėja pakartotinas ligos atkrytis [...] jie daugiau žino ir patys geba prižiūrėti save... (SV4)

[...] per tą mokymo programą, manau, savipriežiūrą, pacientų įtraukimas į sveikimą, gijimą. (SV3)

Iššūkiai, kylantys įgyvendinant įrodymais grindžiamus metodus

Kiekybiniai duomenys identifikavo reikšmingas kliūtis, o kokybiniai duomenys suteikė šiems rezultatams interpretacinę gylį, atskleisdami, kaip šios kliūtys pasireiškia praktikoje. Slaugytojai apibūdino, kad viena didžiau-

šių problemų yra pokyčių priėmimas, ypač tarp skirtingų kartų ir profesinių grupių. X ir Kūdikių bumo kartos slaugytojai dažniau dirba pagal įprastą ir nusistovėjusią praktiką, mažiau linkę eksperimentuoti ir ne visada pasitiki naujomis rekomendacijomis. Šis vidinis pasipriešinimas kyla iš ilgametės patirties ir nusistovėjusių procesų. Taip pat ir Y kartos slaugytojai susiduria su kliūtimis ir apribojimais bandydami inicijuoti pokyčius. Šiems slaugytojams ne visada suteikiama pakankamai įgaliojimų, dažnai susiduria su skeptišku požiūriu į inovatyvius pasiūlymus. Taip pat išryškėjo, jog pasipriešinimas nėra tiesioginė neigiama nuostata, bet dažnai kyla iš informacijos stokos ar neaiškaus pokyčių pagrindimo.

Darbuotojų dažniausiai reakcija būna ne nereikia, mes pripratę senuoju būdu dirbti, tai per pokalbius, per diskusijas, pačios pavyzdį gali viso to pasiekti. (VSSA6)

[...] vis tiek reikalingas ir pačio slaugytojo sąmoningumas, noras dalyvauti tame pokytyje. (SV5)

Komunikacijos ypatumai išryškėjo kaip vienas esminių veiksnių, lemiančių, ar MĖG metodai pasiekia praktinį įgyvendinimą. Kokybinė analizė atskleidė, kad net ir motyvuoti slaugytojai susiduria su sunkumais, jei nėra administracinės paramos, aiškiai paskirstytų atsakomybių ir suderintos komandinės komunikacijos. Informantai nurodė atvejus, kai pokyčiai stringa dėl laiko stokos, nepakankamo personalo skaičiaus arba nepakankamų resursų.

Aišku, kartais trūksta ir tų žinių, ir trūksta tiesiog resursų. (BPS7)

Tai šitą iššūkį įveikti galim tikrai su skyriaus vadovu bendradarbiaujant, jeigu skyriaus vadovas ir vyresnysis slaugytojas randa bendrą kalbą ir dirbam kaip komanda [...] (VSSA4)

Kiekybiniai duomenys atskleidė, kad mokslinių tyrimų sudėtingumas ir ribota prieiga yra vieni labiausiai slaugytojų įvardijamų kliūčių. Kokybiniai duomenys šią problemą paaiškino detaliau: informantai teigė, kad ne visada žino, kur ieškoti patikimos informacijos, o daliai slaugytojų susidomėjimą mažina tai, kad tyrimų kalba yra sudėtinga arba ne lietuvių kalba. Tokiais atvejais darbuotojai dažnai remiasi kolegų patirtimi ar ankstesne praktika, net jei ji nėra grindžiama naujausiais duomenimis.

Tik tai yra problema, kad daug kas iš tikrųjų nemoka anglų kalbos [...] čia yra vienas iš tų trukdžių, kas neleidžia naudotis duomenų bazėmis ir po to pritaikyti praktikoje. (VSSA3)

Sako, kad nėra jokios literatūros. Aš čia visą gyvenimą taip dariau, čia profesoriai liepia taip daryti. (VSSA5)

Vėlgi klausimas dėl slaugytojų informacinių technologijų gebėjimų, priklauso ir nuo motyvacijos pačios slaugytojos ir jos darbo vietos ką ji dirba. (SV5)

Integruotas požiūris taip pat parodė, kad komunikacijos trūkumas tarp skirtingų profesionalų grupių komplikuoja MĪG slaugos praktikos diegimą. Kokybiniai duomenys atskleidė atvejus, kai slaugos personalas neturi vienodo supratimo apie pokyčių esmę arba nėra informuojamas apie naujų gairių įvedimą. Tai sukuria fragmentišką praktiką, kuri nesutampa su siekiu diegti standartizuotus, MĪG sprendimus. Kiekybiniai duomenys čia suteikia papildomų įžvalgų – slaugytojai, užimantys skirtingas darbo pozicijas, nevienodai vertina organizacinę paramą ir savo vaidmenį pokyčių procese.

Tai pagrindas yra komunikacija ir bendradarbiavimas ir neabejoti kalbėti. (VSSA1)

[...] iš įstaigos, kad ji paremtų ir į tą mūsų iniciatyvą, tą pažangą, slaugos pažangą, slaugytojų savarankiškumo galimybės didinimą ir slaugos kokybės didinimo galimybę, tai iš tiesų to palaikymo mes neturim, dar turim įrodinėti, kad to reikia. (SV2)

Įrodymais grindžiamos slaugos praktikos poveikis

Mišrių metodų analizės proceso metu išryškėjo, kad vienas ryškiausių MĪG slaugos praktikos poveikio aspektų yra kritinio mąstymo stiprinimas. Kiekybiniai rezultatai atskleidė, kad slaugytojai MĪG slaugos praktiką sieja su didesniu profesiniu pasitikėjimu, motyvacija, savarankiškumu ir gebėjimu pagrįsti savo sprendimus. Kokybiniai duomenys šiuos rezultatus papildė praktiniais pavyzdžiais, atskleisdami, kaip keičiasi slaugytojų mąstymas ir elgsena. MĪG informacijos naudojimas skatina atsisakyti veiksmų „iš įpročio“ ir rinktis argumentuotus, pagrįstus sprendimus. O tai yra siejama su didesniu profesiniu savarankiškumu ir atsakomybe už savo veiksmus.

Esam savarankiški specialistai ir turime labai daug mums aktualių mokslinių tyrimų. Jeigu mes žinom naujesnę informaciją, mes turėtume dalintis, ją skleisti, jeigu reikia kartais ir pasiginčyti, ir atstovėti tą poziciją, kuri yra įrodyta. (BPS5)

Tai yra labai džiugu, kad žmonės nesustabarėja, kad aš baigiau mokslus ir viskas. Mes vystom mokslą, mes darom mokslą, tai mes turim ir prisiminti tai, kad turim jį ir kažkaip vis gerinti. (BPS8)

Kokybiniai rezultatai taip pat atskleidė MĖG slaugos praktikos poveikį pacientų priežiūrai, slaugos procesų standartizavimo ir inovacijų integravimo svarbą – tačiau šie aspektai neatsispindėjo kiekybinėje analizėje kaip atskiros dimensijos. Tai rodo, kad poveikis pacientui atsiskleidžia netiesiogiai – per profesinius ir organizacinius pokyčius.

Turinio analizės pagrindinės temos buvo palygintos su skalės „Personalo profesinės aplinkos suvokimas“ subskalėmis (40 lentelė).

40 lentelė. *Personalo profesinės aplinkos suvokimo skalės ir kokybinės analizės rezultatų struktūra*

Subskalės	Tema	Potėmė*
Vidinė darbo motyvacija	Veiksniai, susiję su įrodymais grindžiamų metodų taikymu slaugos praktikoje	Savarankiškas informacijos ieškojimas (14) Mokymai ir kvalifikacijos kėlimas (16) Informacijos šaltinių patikimumas (10) Algoritmai (12)
Bendri santykiai ir bendravimas Komandinis darbas ir lyderystė Nesutarimai/konfliktai	Iššūkiai, kylantys įgyvendinant įrodymais grindžiamus metodus	Komandinis darbas (15) Pasipriešinimas pokyčiams (13) Amžiaus kartų skirtumai (9) Resursai (17)
Klinikinė praktika	Įrodymais grindžiamos slaugos praktikos poveikis	Slaugos procesų standartizavimas (16) Inovacijų integravimas (13) Gerėjanti pacientų priežiūra (18)

Pastaba: *skliaustuose pateiktas skaičius nurodo informantų, pasisakiusių šia tema, skaičių.

Veiksniai, susiję su įrodymais grindžiamų metodų taikymu slaugos praktikoje

Personalo profesinės aplinkos suvokimo skalėje vidinė slaugytojų motyvacija identifikuota, kaip svarbiausias MĖG slaugos praktikos taikymą lemiantis veiksnys, interviu duomenyse atsiskleidė kaip praktinio sprendimo dalis, o ne kaip deklaratyvus nusiteikimas. Slaugytojai nurodė, kad dažniausia informacijos ieško, kai kyla realus klinikinis poreikis – susidūrus su sudėtinga arba nauja situacija bei siekiant pagerinti slaugos rezultatus. Tai rodo, kad motyvacija nėra siejama tik su formaliu domėjimusi literatūra, o pasireiškia per aktyvią reakciją į problemą klinikinėje praktikoje.

Būna mokymai, bandom per tą praktinę prizmę. Jeigu jau tikrai matom, kad naudinga būtų tiek personalui ir tiek pacientams aišku, svarbiausia, tai tada bandom ar kažkuri slaugytoja tada paruošia pranešimą. (BPS1)

[...] daugiau (informacijos) turbūt renkuosi pagal tai, ką galėčiau pritaikyti savo praktikoje, įdiegti. (SV2)

Taip pat vienas iš svarbiausių veiksnių – kvalifikacijos palaikymas, išanalizuoti ir palyginti duomenis parodė, kad profesinių žinių atnaujinimas vyksta ir per praktinį problemų sprendimą, o ne tik per formalų mokymąsi. Interviu metu slaugytojai nurodė, kad metodinė pagalba kolegoms, klinikinių atvejų aptarimai ir prieiga prie informacinių šaltinių yra naudojami atsižvelgiant į situacinį poreikį.

Klinikiniai aptarimai nepageidaujamų įvykių [...] labai geranoriškai sureagavo personalas, padarė pristatymą. Visi paklausėm, padiskutavom ir iš to pasimokėme, kas turėtų būti ir ko neturėtų. Manau, kad tai reikia skatinti ir iš to mokytis, iš savo klaidų. (SV3)

Iššūkiai, kylantys įgyvendinant įrodymais grindžiamus metodus

Kiekybinių rezultatų analizė parodė, kad komunikacija, komandinis darbas ir konfliktų valdymas yra sritys, kuriose MİG metodų įgyvendinimas gali susidurti su praktiniais barjerais. Nors dauguma respondentų įvertino informaciją apie paciento būklę kaip prieinamą ir perduodamą laiku, kokybiniai duomenys parodė, kad šis operatyvumas yra ribotas tada, kai reikia sprendimų, apimančių daugiau nei vieną padalinį ar profesinę grupę. Tai rodo, kad teigiami kiekybiniai vertinimai neatspindi vienodo informacijos apsikeitimo efektyvumo visose situacijose.

Kadangi mūsų klinika buvo pati pirmoji [...], tai mes stengiamės tada dalintis ir už savo profilinės klinikos ribų plačiau. (BPS1)

Ką pastebim, kartais ir deja, tos pačios ligoninės kituose skyriuose, tarkim, perkeliant pacientą, matom, kad mes taikome... (apie vaistų dozuotes, paros normą) [...] kitame skyriuje ten buvo viršyta. Ir mes jau žinom, kad nu taip negalima ir iškart taisom tą situaciją. (BPS5)

Komandinio darbo ir lyderystės subskalė kiekybiniu požiūriu identifikavo du lygiagrečius reiškinius – viena vertus, dauguma slaugytojų nurodė, kad santykiai tarp skirtingų skyrių yra konstruktyvūs, tačiau reikšminga dalis pažymėjo, kad bendradarbiavimas tarp padalinių yra ribotas. Kokybiniai duomenys papildė šią dviprasmybę parodydami, kad naujos praktikos daugeliu atvejų įsitvirtina tik tuomet, kai nekelia poreikio keisti nusistovėjusių darbo modelių. Tai reiškia, kad bendradarbiavimas išlaikomas tol, kol pokytis nereikalauja papildomo vaidmenų perskirstymo ar platesnio koordinavimo.

Gydytojai, kažkaip jau dabar šiek tiek taip nusistovėję, jau neturi pasirinkimo, bet slaugytojos aršios. Tai nieko, tiesiog jos turi susitaikyti su tuo... būna daug tų ginčų ir panašiai. (BPS2)

Tiek slaugos mokslinių tyrimų paremta praktika, tiek gydymo persijungia kartu ir, pavyzdžiui, sudėtingesniuose skyriuose tai skamba žmonėm, kaip nauja kažkokia revoliucija. (BPS8)

Konfliktų valdymą Personalo profesinės aplinkos suvokimo skalė atskleidė kaip sritį, kurioje egzistuoja ir sprendimų paieška, ir vengimo strategijos. Dalis slaugytojų nurodė, kad nesutarimai sprendžiami bendru sutarimu, tačiau nemaža dalis pripažino, kad problemos kartais ignoruojamos arba sprendžiamos tik tada, kai įgauna praktinių pasekmių. Kokybiniai duomenys šį rezultatą paaiškino ne per atvirą pasipriešinimą, o per tylų neveiklumą – kai MĖG rekomendacijos nėra atmetamos, tačiau ir neįgyvendinamos, kol jos nepatenka į formalų organizacinį lygį. Tokia praktika rodo, kad deklaruojamas sutarimas ne visuomet reiškia realų įsipareigojimą keisti veiklos modelius.

Kai atsiranda bent menkiausia naujovė visada iš pradžių būna pasimetimas, tada matom, kad kažkas iš viršaus pasakė, jog reikia – tada darom. Bet kol to nėra, viskas lieka kaip buvę. (BPS8)

Laiko ir darbo krūvio veiksniai išryškėjo kaip sisteminiai trūkumai, o interviu analizė juos parodė kaip veiksnius, kurie nulemia ne požiūrio, o praktinio įgyvendinimo ribas. Kiekybiniai duomenys negalėjo atskleisti, kad prioritetai sprendžiami ne pagal metodų pagrįstumą, o pagal tai, kiek jie suderinami su esamu darbo tempu. Kokybiniai duomenys parodė, kad pokyčiai įgyvendinami ne tada, kai jie atitinka kokybinius kriterijus, o tada, kai atsiranda laiko juos realizuoti be papildomų organizacinių derinimų.

Mes negalim praktiškai pacientui padėti dėl to, kad mes neturime tų (reikalingų) priemonių. (BPS5)

Žmogiškieji ištekliai neužmirškim, nes kiekvienas naujas dalykas reikalauja kvalifikacijos kėlimo ir kompetencijos tai atlikti. (BPS8)

Įrodymais grindžiamos slaugos praktikos poveikis

Slaugytojai savo klinikinę praktiką vertina kaip orientuotą į paciento priežiūros tęstinumą ir savarankiškus sprendimus – gali priimti sprendimus, susijusius su paciento būkle, o jų veikla yra aiškiai organizuota taip, kad leidžia skirti laiko tiesioginei priežiūrai. Interviu duomenys šiuos skaitinius rodiklius papildė paaiškinimais, kaip tokia sistema veikia praktikoje. Slaugytojai pabrėžė, kad klinikiniai sprendimai priklauso nuo gebėjimo dirbti

multidisciplininėje komandoje – su gydytojais, kineziterapeutais ar socialiniais darbuotojais, o ne nuo individualaus noro keisti praktiką. Kiekybinėse įžvalgose atspindinti tarpprofesinė sąveika kokybiniuose duomenyse įgauna konkretų turinį – slaugytojai nurodo, kad sprendimų priėmimas yra efektyviausias tada, kai jų vaidmuo atpažįstamas kaip lygiavertis komandinėje struktūroje. Tai reiškia, kad MĮG veiklos poveikis priklauso nuo sąveikos modelio, o ne tik nuo individualių kompetencijų.

Ir vyresniosios ateina patarimų klausti. Gali ir slaugos vadovė ateiti pasitikslinti kažko. Kitą kartą tie patys gydytojai, vadovai, netgi tokiame lygmeny, kad irgi klausia, o kaip dabar čia daryt? (BPS5)

Tai mes turime diskutuoti, kad priimtume tam pacientui geriausią sprendimą. (VSSA4)

Kiekybiniai duomenys taip pat atskleidė, kad slaugytojai savo veiklą sieja su numatomais rezultatais – tęstinumas, paciento būklės stebėseną, bendri susitarimai dėl priežiūros. Interviu metu slaugytojai apibūdino, kaip praktikoje stebimi pokyčiai paciento būklėje tampa pagrindu koreguoti veiksmus. MĮG slaugos praktika tokiu būdu atsiskleidžia kaip dinamiškas procesas, kuriame vertinimas ir sprendimas nėra atskirti nuo veiklos, o yra jos sudėtinė dalis.

Slaugos procese atsižvelgsim visada, pagrindinis kriterijus į paciento būklę, į rodiklius, tyrimų duomenis ir, aišku, pagrinde vadovaujasi savo žiniomis iš mokslinių tyrimų. (BPS5)

[...] mato eigoje, kad ta žaizda keičiasi ir priima savarankiškai sprendimą tą gydymą pakeisti. Tai, mano nuomone, kad mes iš tikrųjų susiduriame su tuo, kad galim įsikišti ir savarankiškai kai kur nuspręsti, kada jau reikėtų keisti, sakysim kažkokį vaistą ar priemonę. (VSSA3)

Taip pat pagrindinės turinio analizės temos buvo palygintos ir su skalės „Pranešimų apie NĮ vertinimas“ subskalėmis (41 lentelė).

41 lentelė. Pranešimų apie NĮ vertinimo skalės ir kokybinės analizės rezultatų struktūra

Subskalės	Tema	Potėmė*
Vidinė darbo motyvacija	Veiksniai, susiję su įrodymais grindžiamų metodų taikymu slaugos praktikoje	Savarankiškas informacijos ieškojimas (13) Mokymai ir kvalifikacijos kėlimas (15) Informacijos šaltinių patikimumas (16) Algoritmai (17)
Bendri santykiai ir bendravimas Komandinis darbas ir lyderystė Nesutarimai/konfliktai	Iššūkiai, kylantys įgyvendinant įrodymais grindžiamus metodus	Komandinis darbas (16) Paspriešinimas pokyčiams (14) Amžiaus kartų skirtumai (10) Resursai (17)
Klinikinė praktika	Įrodymais grindžiamos slaugos praktikos poveikis	Slaugos procesų standartizavimas (16) Inovacijų integravimas (12) Gerėjanti pacientų priežiūra (18)

Pastaba: *Skliaustuose pateiktas skaičius nurodo informantų, pasisakiusių šia tema, skaičių.

Veiksniai, susiję su įrodymais grindžiamų metodų taikymu slaugos praktikoje

Mišri kiekybinių ir kokybinių duomenų analizė parodė, kad MĮG slaugos taikymą klinikinėje praktikoje lemia tai, kaip slaugytojai suvokia ne tik informacijos šaltinių patikimumą ir praktinių gairių taikymą, bet ir pačią pranešimų apie NĮ sistemą. Kiekybiniai duomenys atskleidė, kad slaugytojai gana aiškiai suvokia, apie kokius NĮ privaloma pranešti, ir didžioji dalis jų teigė suprantantys NĮ pranešimų procesą bei jo tikslą. Tačiau kokybiniai duomenys parodė, kad nepakanka vien tik žinoti šią informaciją. Siekiant taikyti MĮG slaugos praktiką, būtina turėti prieigą prie patikimos, moksliskai grindžiamos informacijos, taip pat gebėti ją teisingai įvertinti bei pritaikyti praktinėse situacijose. Kiekybinių ir kokybinių duomenų integracija atskleidė, kaip MĮG veiksmų ir NĮ pranešimų suvokimas yra tarpusavyje susiję ir stiprina vienas kitą: kuo aiškiau suprantama NĮ pranešimo sistema ir nauda, tuo didesnė slaugytojų motyvacija remtis įrodymais savo veikloje, ir atvirkščiai – gebėjimas taikyti MĮG slaugos praktiką didina aiškumą, kada ir kodėl būtina pranešti apie NĮ.

Tas sąmoningumas ateina, kad tai nėra bausmė, kad tai yra galimybė pasitaisyti, atkreipti dėmesį mums visiems į galima klaidą. Bendrai registrą registruojam, aptariam paskui su kolektyvu, pasikalbam, apšnekam. (VSSA5)

[...] mūsų pagrindinis principas mokytis ir kad išvengti klaidų. (SV3)

Tai yra nesudėtinga registravimo sistema, juolab, kad mūsų įstaigoje vyrauja skatinimas registruoti ir skatinimas informuoti apie nepageidaujamus įvykius, kurie ir atsiranda, vyksta jų analizė. (SV4)

Kokybiniai rezultatai parodė, kad informacijos šaltinių patikimumas yra vienas esminių veiksnių, lemiančių slaugytojų gebėjimą priimti MĪG sprendimus ir tinkamai vertinti klinikinės situacijas, susijusias ir su NĮ. Slaugytojai, galintys ir besidomintys aktualiais ir patikimais informacijos šaltiniais, geriau supranta ir NĮ priežastis ir gali tiksliau identifikuoti situacijas, kada pranešimas yra būtinas. Kiekybinio tyrimo duomenys, rodantys gerą slaugytojų supratimą apie NĮ pranešimo sistemą, dera su kokybine išvalga, kad informacijos prieinamumas ir jos kokybė turi tiesioginį ryšį su slaugytojų pasitikėjimu priimant sprendimus. Taigi tik tada, kai informacija yra aiški, įrodymais grindžiama ir prieinama, slaugytojai jaučiasi kompetentingi ne tik taikyti MĪG, bet ir tinkamai įvertinti, kuri situacija laikytina NĮ ir turi būti įregistruota. Tokiu būdu informacijos patikimumas veikia kaip jungtis tarp MĪG taikymo ir NĮ pranešimo suvokimo.

Mūsų skyriuje domėjomės, kaip pasaulyje yra su nepageidaujamais įvykiais – ar jų mažiau, ar daugiau, ir pamatėm, kad visur panašiai. Skirtumas tas, kad ten jų nebijo fiksuoti ir neslepia. Mes irgi pradėjus daugiau fiksuoti ir pamatėm, kad tai normalu ir ne tik mūsų reanimacijoje taip yra. (BPS2)

Analizė taip pat atskleidė, kad algoritmų taikymas klinikinėje praktikoje yra vienas iš pagrindinių organizacinių veiksnių, padedančių slaugytojams nuosekliai taikyti MĪG slaugos praktiką ir užtikrinti vienodą NĮ situacijų vertinimą. Slaugytojų supratimas apie tai, kaip naudotis NĮ pranešimų sistema bei praktikoje naudojami algoritmai suteikia struktūrą, aiškumą ir sumažina interpretacijos riziką, ypač sudėtingose ar naujose klinikinėse situacijose. Aiškos ir standartizuotos gairės bei protokolai padeda ne tik priimti MĪG sprendimus, bet ir identifikuoti neatitikimus, galinčius sukelti NĮ. Galima teigti, kad algoritmų naudojimas didina slaugytojų pasitikėjimą savo sprendimais ir padeda tiksliau atpažinti NĮ, o aiškus NĮ pranešimo sistemos suvokimas skatina algoritmų taikymą kaip priemonę siekiant išvengti klaidų.

Yra protokolai, tai jie labai palengvina – užpildėm formą, skambinom į laboratoriją, klausėm, kaip elgtis. Dabar yra sistema ir nepageidaujamų įvykių pildymas tikrai palengvina viską. (BPS2)

Su vaistais susiję nepageidaujami įvykiai, tie patys pragulų atsiradimai, pacientų griuvimai. Na, daug dalykų, iš kurių mes atrandame naujus problemų sprendimo būdus. (SV4)

Iššūkiai, kylantys įgyvendinant įrodymais grindžiamus metodus

MĮG slaugos praktikos diegimo procesas susiduria su iššūkiais, kurie atsiskleidžia tiek per slaugytojų požiūrį į NĮ pranešimo pasekmes, tiek ir per komandinio darbo sąveikas. Dažnai slaugytojai vis dar mano, jog pranešimas apie NĮ gali turėti neigiamų pasekmių, ir jaučia tam tikrą spaudimą ar vertinimą iš kolegų dėl NĮ registravimo. Šie rezultatai atskleidžia išlikusi klaidingą suvokimą, kuris riboja atvirumą ir drąsą keisti. Interviu atsiskleidė, kad slaugytojų pasipriešinimas pokyčiams dažnai kyla ne dėl neigiamo požiūrio į MĮG slaugos praktiką, bet dėl baimės pažeisti nusistovėjusią tvarką arba sulaukti neigiamo kolegų vertinimo.

Nes mūsų gal dar tas, labiau bausti, nekalbėti, kaip išspręsti tą problemą arba išvis kaip sistemoje pakeisti, kad nebūtų problemų. (BPS7)

Tas nepageidaujamas įvykis, kurį tu gali nuslėpti, tai jo ir neregistruos. (VSSA4)

Vis dar pasitaiko klausimų iš personalo, ar tikrai registruoti, nes dar su tokia būna baime, kas už tai bus, ar verta čia rodyti, kaip mes čia atrodysim [...] (SV2)

Pasipriešinimas pokyčiams atsiskleidė kaip vienas ryškiausių iššūkių, kuris taip pat tiesiogiai siejasi ir su pranešimų apie NĮ vertinimo skalės subskalėmis. Interviu duomenys atskleidė, kad naujų MĮG sprendimų taikymas neretai sukelia neapibrėžtumo ir rizikos jausmą slaugytojams, kurie įpratę vadovautis nusistovėjusia praktika. Ši tendencija išlieka ir analizuojant kiekybinius duomenys. Dalis slaugytojų mano, kad pranešimai apie NĮ gali būti vertinami neigiamai, todėl geriau pasirenkamas „saugesnis“ kelias – išlikti prie nusistovėjusių metodų, net jei jie nėra efektyvūs. Integruotas požiūris atskleidė, kad pasipriešinimas MĮG slaugos praktikai nėra susijęs su žinių stoka ar neigiamu vertinimu, o labiau su psichologiniu saugumu: kai organizacinė kultūra skatina mokymąsi iš klaidų, slaugytojai yra atviresni pokyčiams; kai kultūra išlieka baudžiamojo pobūdžio, pokyčiai priimami atsargiai.

Mes bijome įvardinti tai, kas yra blogai. Mes neturime bijoti vienas kito. Aš visada noriu ir skatinu savo personalą pasakykit [...]. Ne aš

esu tas baubas, kurio turim bijoti, bet to, kas įvyks, jeigu mes padarysime klaidą ir apie tai nepasakysim. (VSSA6)

Komandinis darbas išryškėjo kaip dar vienas esminis veiksnys, darantis įtaką tam, kaip MĮG metodai įsitvirtina praktikoje. Kiekybiniai rezultatai parodė, kad slaugytojai ne visuomet jaučia kolegų palaikymą pranešant apie NĮ, o kai kuriose komandose jaučiamas netiesioginis spaudimas „nekelti problemų“. Kokybiniai duomenys parodė, kad komandinė komunikacija yra ta erdvė, kurioje MĮG slaugos praktika arba įsitvirtina, arba stringa: jei komandos nariai atvirai dalijasi informacija, diskutuoja apie klaidas ir tarpusavyje palaiko pokyčius, MĮG slauga tampa natūralia praktika ir atvirksčiai, jei komandoje būdingi konfliktai ir nepasitikėjimas, pokyčių iniciavimas tampa individualia ir sudėtinga užduotimi. Taigi komandinis klimatas veikia kaip filtras, per kurį pereina tiek MĮG slaugos praktika, tiek NĮ pranešimo kultūra — palaikymo kultūra skatina atvirumą ir mokymąsi, o įtampos ar hierarchiniai santykiai slopina abiejų praktikų vystymąsi.

Nes tu supranti, kad ir tavo klausimas nebus sutiktas, kaip nekompetencija, o tai kartais pasitaiko ir tai iš tikrųjų labai suglumina ir atstumia tuos pačius slaugytojus dirbti komandoj ir tam norui pasitarti, kaip padaryti. (BPS6)

Žinau netgi ir dėl įvykusio griuvimo, kad yra klinikų, kur griežtai vadovai uždraudė registruoti. Tiesiog, kad statistika būtų gražesnė. (VSSA3)

Įrodymais grindžiamos slaugos praktikos poveikis

Kiekybiniai duomenys parodė, kad slaugytojai skeptiškai vertina galimą NĮ pranešimų naudą. Toks požiūris silpnina motyvaciją pranešti apie NĮ ir sudaro prielaidas blogesniame MĮG slaugos įsitvirtinimui praktikoje. Kuo aiškiau suprantama NĮ pranešimų vertė, tuo labiau slaugytojai linkę remtis mokslo įrodymais priimdami klinikinius sprendimus. Tuo tarpu kokybiniai duomenys atskleidė, kad MĮG slaugos praktika suvokiama ne tik kaip profesinis standartas, bet ir kaip priemonė gerinti pacientų patirtį bei užtikrinti priežiūros tęstinumą. Taigi išanalizuoti rezultatai leidžia teigti, jog MĮG slaugos praktikos taikymas prisideda prie saugos kultūros, kurioje klaidos suvokiamos kaip tobulėjimo galimybė, o ne kaip kaltės šaltinis.

[...] nebijoti pasisakyti apie tą nepageidaujamą įvykį ir kad yra tikslas ne nubauti įvykus tam nepageidaujamam įvykiui, tačiau pasimokyti iš tos klaidos ir kaip tik užkirsti kelią, kad toliau nepasikartotų [...] (BPS4)

O nepageidaujami įvykiai, jų registravimas, tai iš tiesų prisideda prie tų klaidų išvengimo. O tai, kad mes vis dar vengiame ar yra kažkokių kliūčių, tai iš tiesų tokie pokyčiai neatsitinka žmonių sąmonėj per metus ar 2 ar per kelis mėnesius. (SV2)

Gerėjanti pacientų priežiūra kokybiniuose duomenyse atsiskleidė kaip tiesioginis MĮG taikymo rezultatas. Slaugytojai teigė, kad MĮG žinių taikymas padeda priimti labiau argumentuotus sprendimus, individualizuoti priežiūrą ir tikslingiau vertinti paciento būklės pokyčius. Kiekybiniai duomenys, priešingai, parodė, kad slaugytojai skeptiškai vertina galimą NĮ pranešimų naudą, o tai riboja pranešimų iniciavimą ir gali mažinti sisteminio mokymosi galimybes. Kokybiniai duomenys papildė šią išvalgą, atskleisdami, kad slaugytojai, kurie aktyviai taiko MĮG slaugos praktiką, pranešimus apie NĮ suvokia kaip vertingą priemonę identifikuoti sisteminės problemas, tobulinti priežiūros procesus ir stiprinti prevencines priemones, kas tiesiogiai atspindi paciento priežiūros kokybęje.

Tikrai skatinamas atvirumas nebijoti pranešti [...], bet tai yra tiesiog išspręsti problemas ir kad tai būtų nauda pacientui ir... Visų pirma svarbiausias mūsų įstaigoje yra pacientas. (BPS1)

Tarpdisciplininio mokymosi ir klaidų aptarimo kultūra išryškėjo kaip svarbus mechanizmas, sustiprinantis MĮG slaugos praktikos poveikį. Kai NĮ situacijos analizuojamos komandoje ir sprendimai grindžiami MĮG principais, slaugytojai įgyja daugiau pasitikėjimo taikydami naujas praktikas, o klinikiniai sprendimai tampa labiau argumentuoti ir mažiau priklausomi nuo individualios patirties. Tai atskleidžia, kad MĮG slaugos praktika ne tik papildo slaugos veiklą, bet ir transformuoja ją iš asmenine patirtimi grindžiamo modelio į mokymusi bei duomenimis grindžiamą procesą.

Tai su vedėja pasianalizavom kas kaip, tiek gydytojo niuansais, tiek slaugytojos niuansais. (VSSA4)

Tai šiai dienai mums leidžia tobulėti, nes po kiekvieno nepageidaujamo įvykio pati ruošiui pristatymus, analizę, joje dalyvauja tiek kokybės vadovybės atstovai, tiek visas personalas. (SV3)

Sutelktų grupių interviu metu gauti rezultatai taip pat palyginti ir su skalės „Požiūris į įrodymais grįstą praktiką“ subskalėmis. Mišrių tyrimų metodo rezultatai pristatyti publikacijoje Kiviliene, J., Blazeviciene, A. *Attitudes of Generation Y Nurses Toward Evidence-Based Nursing Practice: A Mixed-Methods Study*. Nurs Open. 2025 Jun;12(6):e70257.

Apibendrinat, mišrių metodų analizė atskleidė, kad MĮG slaugos praktikos įgyvendinimą lemia tiek organizaciniai, tiek individualūs veiksniai.

Kiekybiniai duomenys išryškino struktūrines prielaidas – palankią organizacinę kultūrą, vadovybės paramą, mokymų prieinamumą ir išteklius, o kokybiniai rezultatai papildė šias įžvalgas praktiniais pavyzdžiais. Analizė parodė, kad slaugytojų vidinė motyvacija, savarankiškas informacijos ieškojimas ir komandinio darbo kokybė yra esminės sąlygos veiksmingam MĪG slaugos praktikos taikymui. Integruotas požiūris leidžia daryti prielaidą, kad atvira komunikacija ir saugos kultūra, skatinanti mokymąsi iš klaidų, stiprina MĪG slaugos praktikos taikymo nuoseklumą ir pacientų priežiūros kokybę.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Disertaciniame darbe analizavome slaugytojų požiūrį ir patirtis taikant MĮG slaugos praktiką, profesinės darbo aplinkos ir NĮ pranešimo procesą lemiančius veiksnius bei vertinome jų tarpusavio sąsajas.

Slaugytojų požiūris į MĮG slaugos praktiką bei kompetenciją ją taikyti

Tyrimo rezultatai atskleidė neatitikimą tarp teigiamo slaugytojų požiūrio į MĮG slaugos praktiką ir realios praktikos, kurioje pirmenybė vis dar teikiama klinikinei patirčiai. Paaikškėjo, jog slaugytojai kritiškiau vertino klinikinės patirties ir MĮG intervencijų derinimą, laikydami klinikinę patirtį svarbesne. Ši gauta įžvalga sutampa su tarptautinių tyrimų rezultatais, rodančiais, kad slaugos profesijoje ilgametė klinikinė patirtis dažnai laikoma patikimiausiu sprendimų pagrindu – ji susiformuoja per tiesioginę praktinę patirtį ir yra nuosekliai perduodama tarp kolegų [73]. Tačiau mokslinių įrodymų naudojimas neretai atlieka antrinę vaidmenį, nes reikalingi geresni interpretavimo įgūdžiai, taip pat ir laiko sąnaudos. Būtinai ir institucinis palaikymas. Atsižvelgiant į tai, kasdienėje veikloje slaugytojai dažniau naudojami tuo, kas jiems įprasta ir lengvai praktiškai pritaikoma.

Vienas pagrindinių šios problemos aspektų susijęs su slaugos profesinės tapatybės formavimusi. Slaugos praktika daug dešimtmečių rėmėsi labiau patyrusių darbuotojų meistriškumo perdavimu mažiau patyrusiems, todėl praktinis, empiriniais stebėjimais grindžiamas žinojimas buvo laikomas patikimesniu nei mokslinė informacija [122]. Šis aspektas paaikšina ir interviu metu gautus kokybinius duomenis, kurie parodė, jog slaugytojai informacijos apie geriausią praktiką dažniausiai ieško tik tada, kai susiduria su konkrečia problema. Paieškos procesas nėra nuolatinės, iš anksto planuojamos profesinės veiklos dalis. Tai leidžia manyti, kad mokslinė informacija dažniausiai pasitelkiama tik sprendžiant konkrečius klausimus; kasdieniame darbe ji nėra nuosekliai integruojama.

Kitas svarbus aspektas yra sankirta tarp to, ką slaugytojai išmoka per praktiką, ir to, ką siūlo mokslo šaltiniai. Kaip teigia P. Benner, klinikinė praktika ilgainiui suformuoja slaugytojų gebėjimą greitai įvertinti paciento būklę ir priimti sprendimus remiantis sukaupta patirtimi [122]. Dėl šios priežasties MĮG principus slaugytojams tampa sunku taikyti. MĮG taikyti reikalingas laikas informacijos paieškai, be to, rastą informaciją reikia suprasti ir pritaikyti. Galiausiai, didelis darbo krūvis šias galimybes dar labiau riboja. Šį faktą patvirtina ir H. S. Thorsteinsson tyrimas: net 82 proc. slaugytojų pirmiausia pasikliauja kolegų patarimais, o ne mokslo įrodymais [73].

Taigi pirmenybė teikiama labiau profesinei bendruomenės nuomonei nei MĮG sprendimams. Pirmoji laikoma praktiškesniu ir greičiau prieinamu informacijos šaltiniu.

Nors šio tyrimo duomenys atskleidė, kad klinikinė patirtis daugeliui slaugytojų išlieka dominuojančiu sprendimų pagrindu, tačiau ši tendencija nėra vienoda visose grupėse. Aiškiausiai patirties prioritetas išryškėjo tarp X kartos slaugytojų. Šie slaugytojai buvo santūriausi MĮG intervencijų atžvilgiu ir dažniau nurodė kliūtis, susijusias su naujų metodų taikymu. Šis rezultatas tikėtinas, nes jų profesinė socializacija vyko tuo laikotarpiu, kai MĮG slaugos praktika dar nebuvo integruota į slaugos studijų programas. Klinikinis mokymasis tuo metu buvo paremtas žinių perteikimo modeliu, kai vyresni slaugytojai perteikia žinias jaunesniems. Ilgametis darbas lemia tai, kad įprasti metodai pasirenkami dažniau, todėl naujausia mokslinė praktika lieka antrame plane. Panaši tendencija aprašoma ir tarptautiniuose tyrimuose – nustatyta, kad vyresni specialistai labiau pasitiki savo sukaupta praktika [163]. Tai itin pastebima tuomet, kai reikalingos papildomos pastangos arba įgūdžiai, kurių slaugytojai nėra formaliai įgiję.

Neuniversitetinį išsilavinimą turintys slaugytojai taip pat dažniau pasirinko patirtimi grindžiamus sprendimus. Jų MĮG slaugos praktikos taikymo įvėrčiai buvo žemesni nei universiteto absolventų. Šį skirtumą gali lemti ir studijų programų struktūra ir skirtumai. Slaugytojams gali būti sudėtingiau interpretuoti tyrimų rezultatus. Nežinojimas natūraliai skatina remtis tuo, kas įprasta ir dažniau naudojama.

Analizuojant rezultatus pagal darbo stažą matyti, kad patirties prioritetas stiprėja ilgėjant darbo laikui. Slaugytojai, turintys ilgesnį nei dvidešimt metų darbo stažą, dažniau pasirenka įprastus, per daug metų išbandytus praktikos būdus. MĮG slaugos praktika jiems atrodo kaip papildoma veikla, kuriai sunku rasti laiko esant intensyviu darbo tempui. Ši dinamika suprantama: ilgai dirbant susiformuoja įpročiai, leidžiantys greitai priimti sprendimus, atsižvelgiant į tai, kad pacientų daug ir laiko mažai. Norint taikyti naujus metodus, reikia pastangų. Be to, reikia turėti motyvacijos; ilgalaikė praktika nebūtinai vertinama kaip privalumas. Tyrimai atskleidžia, kad didesnė profesinė patirtis gali tapti tiek privalumu, tiek kliūtimi – klinikinė intuicija padeda greitai reaguoti, tačiau gali sunkinti atvirumą naujai informacijai [164]. Logistinės regresijos rezultatai atskleidė paradoksalią tendenciją – didėjantis darbo stažas yra susijęs su mažesne MĮG slaugos praktikos priėmimo tikimybe. Šis aspektas ryškiausias tarp Y kartos slaugytojų, kuriems kiekvieni papildomi darbo metai reikšmingai mažino pasirengimą taikyti MĮG (GS = 0,945). Taigi daugiau patirties turintys slaugytojai rečiau palaiko MĮG principus. Galima manyti, jog ilgesnį laiką dirbantys slaugytojai yra labiau prisirišę prie nusistovėjusių praktikų ir darbo įpročių. Taigi slaugytojų

grupių vertinimo skirtumai leidžia manyti, kad jų patirtys ir sąlygos, taikant MĪG, nėra vienodos.

Mokslinių tyrimų sudėtingumas ir ribotas prieinamumas taip pat išryškėjo kaip svarbi kliūtis taikant MĪG slaugos praktiką. Mokslinių tyrimų charakteristikų subskalė turėjo žemiausią įvertinimą iš visų keturių kliūčių ir skatinančių veiksnių anketos subskalių (vidurkis 2,28). Taigi tyrimas parodė, kad slaugytojai dažnai susiduria su sunkumais suprasdami, interpretuodami ir praktiškai pritaikydami tyrimų rezultatus. Informantai minėjo, kad mokslo šaltiniai dažnai yra anglų kalba, kuri daliai slaugytojų yra sunkiai suprantama.

Ši kliūtis nėra išskirtinė atlikto tyrimo kontekste – tarptautiniai moksliniai duomenys rodo tą pačią tendenciją. A. Hashish ir E. Aly tyrimas pagrindžia šią kliūtį – slaugytojai patys teigia, jog jiems trūksta pakankamų žinių ir įgūdžių dirbti su moksliniais tyrimais. Dažniausiai sunku vertinti tyrimus, kuriuose pateikiamos statistinės analizės, įvairūs metodologiniai aspektai. Kaip pabrėžia autorės, slaugytojai labiau pasitiki praktiniais, lengvai taikomais šaltiniais. Išsamių tyrimų analizė slaugytojams kelia nerimą dėl galimos klaidingos interpretacijos [165].

Dalis sunkumų kyla ir dėl to, kad nemažai tyrimų yra anglų kalba. Reikia pastebėti, jog mokslinė anglų kalba dažnai sudėtingesnė nei įprastinė. Tarptautiniuose tyrimuose ne kartą pastebėta, kad kalbos kliūtys tiesiogiai lemia mažesnę gebėjimą taikyti mokslinius įrodymus [166, 167]. Šiuose tyrimuose pabrėžiama, kad suprantamumo ir prieigos problemos veikia tiek informacijos paiešką, tiek jos interpretavimą ir praktinį pritaikymą.

Analizuojant skirtumus tarp slaugytojų paaiškėjo, kad Y kartos slaugytojai aiškiausiai įvardijo tyrimų turinio supratimą kaip didžiausią MĪG slaugos praktikos taikymo kliūtį. Šis rezultatas nenustato tikslios priežasties, tačiau gali būti siejamas su platesniais kartų tyrimuose aprašomais skirtumais – Y kartos slaugytojai dažniau tikisi aiškiai struktūruotos, greitai pasiekiamos ir praktikai pritaikytos informacijos [168]. Tačiau pagal išsilavinimą matoma priešinga tendencija – magistro laipsnio išsilavinimą turintys slaugytojai reikšmingai geriau supranta mokslinių tyrimų turinį, nes turi daugiau mokslinio raštingumo įgūdžių ir patirties dirbant su akademinė literatūra. Todėl vien tik pateikti anglų kalba parengtas publikacijas nėra pakankama: skirtingoms kartoms ir skirtingo išsilavinimo slaugytojams reikalingi aiškesni, labiau klinikai pritaikyti MĪG įrankiai, pavyzdžiui, lengvai suprantami tyrimų apibendrinimai.

Galima teigti, kad mokslinių tyrimų sudėtingumas sukuria dvigubą iššūkį:

- kognityvinį – sunku suprasti, interpretuoti tyrimą;
- praktinį – sunku pritaikyti, nes nėra laiko ar išteklių.

Dėl minėtų priežasčių tyrimų paieška tėra paskutinis etapas, kurio slaugytojai griebiasi tik tada, kai prireikia išspręsti neplanuotai iškilusią konkrečią problemą. Šį aspektą atspindėjo interviu metu gauti duomenys. Jie parodė, kad informacijos slaugytojai dažniausiai ieško tuomet, kai susiduria su konkrečiu klinikiu poreikiu ar sudėtingesne situacija. Taigi informacijos paieška nėra planuota ar nuosekliai integruota į kasdienę praktiką, bet vyksta reaguojant į konkretų poreikį.

MĮG slaugos praktikos taikymui įtakos turėjo ir asmeniniai veiksniai. Tyrimo rezultatai rodo, kad slaugytojų motyvacija taikyti MĮG slaugos praktiką nebuvo vienalytė. Aukštesni grįžtamojo ryšio vertinimo balai, MĮG slaugos praktikos naudos pacientams ir slaugytojui suvokimo bei pasirengimui taikyti MĮG slaugos praktiką, jei to reikalauja įstaiga, atskleidžia didesnę slaugytojų motyvaciją. Tačiau žemesni balai, kuriais įvertintas MĮG slaugos praktikos suderinamumas su įprasta praktika, klinikinės patirties pritaikymas ir MĮG slaugos praktikos prasmingumas, atskleidžia abejonę dėl šio metodo naudos ir didesnę neapibrėžtumo jausmą. Šie duomenys dera su tarptautiniais tyrimais, kurie nurodo, kad slaugytojų motyvaciją taikyti MĮG slaugos praktiką stiprina ir vidiniai veiksniai, bet ir išoriniai veiksniai – organizacijos palaikymas, galimybė tobulėti, aiškiai matoma nauda pacientui ir konstruktyvus grįžtamasis ryšys [169]. Tačiau tyrime motyvacija skyrėsi atsižvelgiant į kartos amžių ir išsilavinimą – Y karta ir magistro laipsnio išsilavinimą turintys slaugytojai motyvuoti labiau – tai gali būti susiję su skirtingais požiūriais į pokyčius, technologijas, tyrimų supratimą bei slaugos ateities perspektyvas. Taigi motyvacija taikyti MĮG slaugos praktiką nėra tik individuali savybė – ją lemia kompleksinis vidinių ir išorinių veiksnių derinys, kurį sveikatos priežiūros įstaigos gali kryptingai stiprinti, jei siekia didinti MĮG slaugos praktikos diegimo mastą.

Slaugytojų profesinės darbo aplinkos vertinimas

Darbo krūvis šiame tyrime įvertintas kaip reikšminga kliūtis, ribojanti slaugytojų galimybes taikyti MĮG principus. Šio veiksnio poveikis aiškiai susijęs su tam tikromis sociodemografinėmis slaugytojų grupėmis. Žemiausi darbo krūvio įverčio vidurkiai nustatyti tarp slaugytojų, turinčių ilgiausią profesinį stažą (≥ 20 metų), taip pat tarp vyresnių – X kartos – slaugytojų. Šios grupės darbo krūvį įvardijo kaip didžiausią kliūtį, palyginti su jaunesniais kolegomis. Slaugytojai, baigę neuniversitetines studijas, darbo krūvį dažniau nurodė kaip kliūtį, palyginti su universitetinį išsilavinimą turinčiais kolegomis. Šie rezultatai leidžia manyti, kad darbo krūvio problema nėra vienoda visoms profesinėms grupėms.

Slaugytojų trūkumas, kaip rodo tarptautiniai tyrimai, didina darbo apimtį ir riboja slaugytojų galimybes nuosekliai naudoti MĮG slaugos praktiką [79, 95]. Laiko stoka ir intensyvus darbo tempas yra vieni dažniausiai minimų MĮG slaugos praktikos taikymą ribojančių veiksnių. Tyrimai rodo, kad didelis darbo krūvis tiesiogiai lemia sumažėjusį įsitraukimą į mokslo informacijos paiešką ir jos integravimą į kasdienę praktiką [31, 34, 36, 37]. M. Pitsillidou ir kolegų atliktas tyrimas patvirtina šią išvadą: slaugytojai, dirbdami dideliu tempu ir prižiūrėdami daug pacientų, dažniau renkasi įprastus, gerai žinomus darbo būdus. Naujos praktikos, įskaitant MĮG, jiems atrodo reikalaujančios per daug laiko ir pastangų [33]. Slaugytojai neretai mano, kad vienintelis būdas spėti atlikti visus būtinus darbus yra atsakyti papildomų veiklų, į kurias įeina ir mokslo informacijos paieška bei kritinė jos analizė.

Šią tendenciją patvirtina ir naujausi tarptautiniai duomenys. 2024 m. Japonijoje atliktame tyrime nustatyta, kad net trumpi mokymai, gerinantys pažengusių slaugytojų MĮG žinias, nepakeičia jų ilgalaikio įsitraukimo, jei organizacijoje išlieka du esminiai barjerai – darbo krūvis ir silpnas vadovybės palaikymas [59]. 2021 m. šiame darbe atlikto tyrimo kontekstas buvo susijęs su pandeminiu laikotarpiu, o 2024 m. duomenys jau atspindi postpandeminį sveikatos priežiūros sistemų veiklos etapą, kuriame daugiau dėmesio skiriama ilgalaikiams kokybės gerinimo ir MĮG slaugos praktikos integravimo procesams. Tai leidžia teigti, kad vien žinių ar įgūdžių stiprinimas nėra pakankamas: be tinkamų organizacinių sąlygų slaugytojai negali įtraukti MĮG slaugos praktikos į kasdienį darbą, net jei jos svarbą pripažįsta. Todėl šio tyrimo rezultatai logiškai įsilieja į platesnį mokslinį diskursą – darbo krūvis yra struktūrinė slaugos sistemos pasekmė. Suprantama, jog MĮG slaugos praktikos diegimas tokiu atveju yra sisteminis, visos organizacijos palaikomų procesų iššūkis.

Tyrimo rezultatai taip pat parodė, kad organizacinė parama yra vienas svarbiausių veiksnių, lemiančių, ar slaugytojai taiko MĮG slaugos praktiką. Organizacinė parama apima administracijos palaikymą, pakankamus išteklius, mokymus ir aiškią darbo struktūrą – šie veiksniai buvo vertinami kaip itin reikšmingi. Universitetinėse ligoninėse, kur ši parama stipresnė, slaugytojai geriau vertino MĮG priėmimą, prasmingumą ir buvo atviresni naujoms intervencijoms. Regresijos analizė taip pat parodė, kad aiškesnė organizacijos struktūra ir daugiau išteklių siejasi su palankesniu požiūriu į MĮG slaugos praktiką. Tačiau respublikinėse ir regioninėse ligoninėse, kur organizacinė parama silpnesnė, kyla daugiau kliūčių: prastesnis bendradarbiavimas tarp skyrių, mažiau vadovų palaikymo ir ribotos galimybės tobulėti. Moksliniai tyrimai patvirtina šias tendencijas – įrodyta, kad stipri organizacinė kultūra yra būtina sėkmingam MĮG slaugos praktikos diegimui [40, 41]. MĮG slaugą efektyviausiai praktikuoja įstaigos, pasižyminčios pasitikėjimu

vieni kitais, aktyviu dalijimusi žiniomis, tarpusavio pagalba, kūrybišku problemų sprendimu ir psichologiniu saugumu [38, 39]. Tai reiškia, kad MĪG slaugos praktikos taikymo problemos nėra nulemtos vien tik individualių slaugytojų gebėjimų ar motyvacijos stokos, bet atspindi platesnę organizacijos ekosistemą – ar ji suteikia praktines sąlygas, laiką, mentorystę ir kultūrinį palaikymą, reikalingą pokyčiui įgyvendinti. Todėl siekiant sustiprinti MĪG slaugos praktikos taikymą, būtina kryptingai investuoti į organizacinių procesų pokyčius.

Šio tyrimo rezultatai taip pat atskleidė, kad komunikacija – tiek horizontalioji (tarp skyrių ir kolegų), tiek vertikalioji (tarp slaugytojų ir vadovybės) – yra vienas reikšmingiausių veiksnių, galinčių palengvinti arba reikšmingai pasunkinti MĪG slaugos praktikos taikymą. Nors komunikacijos subskalė nebuvo įvertinta žemiausiai, jos rezultatai vis tiek yra artimi vidutiniams (vidurkis 2,47 iš 4). Įvertinimas atskleidžia nepakankamai stiprią komunikacijos kultūrą.

Mokslo literatūroje komunikacija nuosekliai įvardijama kaip vienas pagrindinių MĪG slaugos praktikos diegimo komponentų – be kokybiško informacijos perdavimo gairių įgyvendinimas nėra aiškus [170]. Be to, mažėja slaugytojų pasitikėjimas pokyčiais ir kyla tarpusavio įtampa. Tyrimai rodo, kad sveikatos priežiūros įstaigos, turinčios stiprias komunikacijos sistemas, greičiau integruoja klinikinės rekomendacijas. Kartu personalas lengviau priima pokyčius, susijusius su MĪG slaugos praktika [90, 98, 103].

Analizuojant tyrimo duomenis pastebima reikšminga komunikacijos diferenciacija pagal ligoninės tipą. Universitetinėje ligoninėje dirbantys slaugytojai statistiškai reikšmingai geriau vertino kelis komunikacijai artimus elementus – vadovybės palaikymą, konfliktinių situacijų sprendimą, klinikinės praktikos koordinavimą ir galimybes gauti profesinį grįžtamąjį ryšį. Tačiau respublikinėse ir regioninėse ligoninėse ryškesni komunikacijos sunkumai atsiskleidė tarp skyrių: net 42,2 proc. slaugytojų nurodė, kad netinkami santykiai tarp skyrių riboja darbo efektyvumą. Trečdalis (30,2 proc.) sutiko, kad kitų skyrių darbuotojai turi prastą nuomonę apie jų skyrių.

Šie rezultatai rodo, kad šios ligoninės susiduria su didesniais bendradarbiavimo iššūkiais tarp skyrių, kurie gali trukdyti sklandžiai įgyvendinti MĪG principus. MĪG slaugos praktikai reikalinga horizontalioji struktūra – dalijimasis informacija tarp skirtingų komandos narių bei skyrių. Jeigu skyrių santykiai yra įtempti, mažėja galimybė dalytis klinikinėmis žiniomis [169].

Vertikaliosios komunikacijos analizė taip pat atskleidė reikšmingų skirtumų. Universitetinėse ligoninėse slaugytojai statistiškai dažniau nurodė, kad vyresnioji slaugytoja palaiko jų sprendimų priėmimą, padeda spręsti konfliktus. Šis įvertinimas atskleidžia aukštesnę vadovavimo ir bendravimo kompetencijų lygį, kuris, kaip nurodo mokslo literatūra, yra būtina sąlyga

MĮG įgyvendinti [170]. Lyderiai, kuriantys atvirą komunikacijos atmosferą, didina personalo pasitikėjimą pokyčiais, todėl lengviau pereiti nuo tradicinių prie įrodymais grindžiamų darbo metodų.

Tačiau kitose, ne universitetinėse, ligoninėse vadovų palaikymas buvo vertinamas prasčiau. Manytina, kad tai rodo mažesnę lyderystės kompetenciją arba ribotą vadovų įsitraukimą į MĮG procesus. Tai sutampa su moksliniais tyrimais, kurie pabrėžia, kad žemas vadovų įsitraukimas yra viena iš pagrindinių MĮG slaugos praktikos diegimo kliūčių [171].

Pastebėtina, jog komunikacijos trūkumai sustiprina kitas kliūtis: sunkiau suprasti mokslinių tyrimų turinį ir aptarti jų taikymą praktikoje; mažėja galimybė dalytis gerosiomis praktikomis ir reflektuoti savo veiklą; krinta pasitikėjimas naujomis MĮG intervencijomis; silpnėja grįžamojo ryšio kultūra, kuri yra viena esminių įgyvendinimo sąlygų [169]. Atsižvelgiant į tai, komunikacijos stiprinimas turėtų būti vienas iš pagrindinių strateginių tikslų siekiant didinti MĮG taikymą Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose.

Interviu duomenys parodė, kad komunikacijos problemos yra daug gilesnės, nei atskleidė anketinė apklausa. Slaugytojai nurodė, kad informacijos perdavimas tarp skyrių dažnai yra nevienodas, fragmentiškas. Informantų teigimu, dėl nepakankamo informacijos apsikeitimo skirtinguose skyriuose taikomos nevienodos praktikos; tiesiogiai paveikiama priežiūros kokybė. Taip pat paaiškėjo, kad komunikacijos trūkumai ryškiausiai matomi, kai reikia sprendimo tarp skyrių ar skirtingų profesijų – tokiu atveju bendradarbiavimas yra sunkesnis ir informacija ne visada perduodama laiku. Interviu pažymėta ir tai, kad pokyčiai dažnai įgyvendinami tik tada, kai ateina nurodymas iš vadovybės, o ne tada, kai slaugytojai tarpusavyje suderina naujas praktikas. Moksliniai tyrimai atskleidžia, kad komunikacijos kultūra (ypač horizontalioji) ne visada užtikrina vienodą MĮG principų taikymą, nes ribojamas dalijimasis gerosiomis praktikomis [172].

Tyrimo rezultatai atskleidė ryškų institucinio konteksto poveikį MĮG slaugos praktikos taikymui – universitetinėse ir regioninėse ar respublikinėse ligoninėse formuojasi skirtinga MĮG kultūra. Universitetinėse ligoninėse slaugytojai buvo atviresni MĮG intervencijoms, palankiau vertino jų prasmingumą ir nurodė gaunantys daugiau organizacinės paramos; esama palankesnių sąlygų diegti MĮG slaugos praktiką. Tačiau regioninėse ir respublikinėse įstaigose MĮG suderinamumas su kasdiene praktika vertinamas prasčiau, dažniau įvardijami bendradarbiavimo sunkumai tarp skyrių ir silpnesnis klinikinės praktikos palaikymas bei koordinavimas. Skirtumai atskleidžia sisteminį institucinio atotrūkio mastą, kuris tiesiogiai veikia MĮG slaugos praktikos prieinamumą ir tolygų diegimą skirtinguose šalies regionuose. Nevienodas organizacinis kontekstas gali sunkinti nacionalinių MĮG standartų įgyvendinimą. Rezultatai taip pat atitinka tarptautinę literatūrą, kuri

pabrėžia, kad aukštesnio lygmens organizacijos, turinčios daugiau išteklių ir geriau išvystytą profesinio tobulėjimo infrastruktūrą, lengviau integruoja MĮG slaugos praktiką. Tačiau mažesnės įstaigos dažniau susiduria su struktūrinėmis kliūtimis [173].

Interviu duomenys atskleidė ir tai, kad psichologinis saugumas yra vienas esminių veiksnių, darančių įtaką MĮG slaugos praktikos diegimui. Informantai pabrėžė, kad kai organizacija yra linkusi bausti už klaidas, slaugytojai vengia atvirai kalbėti apie problemas, nedrįsta kelti klausimų ar inicijuoti pokyčių. Baimė trukdo tiek mokytis iš klaidų, tiek ieškoti moksliškai grindžiamų sprendimų, nors taikant MĮG slaugos praktiką reikalingas nuolatinis kritiškas situacijos vertinimas, atviros diskusijos pripažįstant, jog įprasti metodai gali būti neefektyvūs. Tyrimai patvirtina, kad psichologinis saugumas yra vienas iš svarbiausių veiksnių, skatinančių MĮG slaugos praktikos diegimą: darbuotojai aktyviau mokosi, eksperimentuoja ir kalba apie klaidas, jeigu darbo aplinkoje jaučiasi saugūs. Tačiau kultūra, kurioje klaidos laikomos grėsme reputacijai, mažina slaugytojų norą inicijuoti pokyčius ir taikyti MĮG slaugos praktiką [5, 174]. Todėl psichologinis saugumas gali būti laikomas būtinu siekiant, kad MĮG slaugos praktika taptų kasdienės slaugos dalimi.

Slaugytojų požiūris į NĮ pranešimo procesą

Tyrimo rezultatai taip pat atskleidė aiškią ir statistiškai pagrįstą sąveiką tarp slaugytojų profesinės darbo aplinkos, požiūrio į NĮ pranešimo sistemą ir slaugytojo požiūrio į MĮG slaugos praktiką. Nustatyta, kad profesinė aplinka yra vienas svarbiausių veiksnių, lemiančių tiek slaugytojų motyvaciją pranešti apie NĮ, tiek pasirengimą taikyti MĮG principus. Šie ryšiai nėra tiesioginiai – tyrimo duomenys rodo, kad darbo aplinka veikia slaugytojų požiūrį į pacientų saugą ir MĮG slaugos praktiką per kitus tarpininkaujančius veiksnius.

Taigi atlikta mediacijos modelio analizė parodė, kad geresnis profesinės darbo aplinkos vertinimas susijęs su mažesniu slaugytojų patiriamų kliūčių skaičiumi – mažiau kliūčių reikšmingai gerina požiūrį į MĮG slaugos praktiką. Taigi aplinka gali veikti netiesiogiai – ne tiek tiesiogiai skatindama dirbti pagal MĮG gaires, kiek sudarydama sąlygas, kurios mažina praktinius, organizacinius ir kognityvinius barjerus. Tyrime matyti, kad slaugytojai, vertinantys aplinką kaip labiau palaikančią, dažniau nurodė, jog jiems lengviau rasti laiko ieškoti informacijos, gauti kolegų ar vadovų palaikymą, konsultuotis ir naudotis priemonėmis, kurios palengvina MĮG slaugos praktikos taikymą. Tačiau prastesnė aplinkos kokybė susijusi su stipresnėmis kliūtimis: dideliu krūviu, ribotu laiku, neaiškiu instituciniu palaikymu,

sudėtinga prieiga prie informacijos ir nevienodu kolegų įsitraukimu. Ši sąsaja pagrindžia teiginį, kad organizaciniai veiksniai sudaro prielaidas tam, ar slaugytojai apskritai turi galimybę integruoti mokslinius įrodymus į kasdienį darbą. R. Steele tyrimas parodė, kad trumpai pateikta tyrimų esmė padeda sveikatos priežiūros sektoriaus darbuotojams greičiau rasti reikiamą informaciją ir lengviau pritaikyti ją praktikoje [175]. Kaip pavyzdys, vieno puslapio santrauka suteikia galimybę greitai suprasti, ką rodo tyrimai, todėl slaugytojams nereikia gaišti laiko skaitant ilgą tekstą. Taikant po vieną naują principą, pokyčiai diegiami palaipsniui, todėl darbuotojams lengviau prisitaikyti – slaugytojai gali išbandyti vieną konkretų metodą, jį įprasminti ir tik tuomet pereiti prie kito. Galima išvengti chaoso ir sumažinti įtampą, kuri dažnai kyla, kai pokyčiai turi būti įgyvendinti greitai, turint mažai laiko. Mokslo literatūroje, aptariančioje pokyčių valdymą, teigiama, kad nauji metodai priimami greičiau tada, kai jie diegiami mažais etapais. Laipsniškas išbandymas – viena naujovė vienu metu – leidžia komandai ją išmokti ir tik tada pereiti prie kito žingsnio [172, 176].

Kitas mediacijos modelis atskleidė, kad profesinė aplinka daro įtaką slaugytojų požiūriui į MĮG slaugos praktiką ir kaip tai susiję su NĮ pranešimo sistemos funkcionavimu. Geresnė darbo aplinka buvo susijusi su pozityvesniu NĮ pranešimo naudingumo suvokimu, o geriau vertinama NĮ pranešimų sistema – su palankesniu požiūriu į MĮG slaugos praktiką. Ši išvada rodo, jog pacientų saugos kultūra ir MĮG slaugos praktika nėra dvi atskiros sritys – jos sutampa ir stiprina viena kitą. Slaugytojai, kurie mato prasmę pranešti apie NĮ, dažniau linkę ieškoti priežasčių bei analizuoti procesus. Šie įgūdžiai natūraliai susiję su MĮG slaugos praktika, kuri taip pat remiasi kritiniu vertinimu ir duomenų analize. Todėl NĮ pranešimo sistema laikytina platesnio profesinio racionalumo indikatoriumi – jei institucija skatina analizuoti klaidas, tikėtina, kad ji palaiko ir MĮG kultūrą. Tyrimai rodo, kad vadovų palaikymas yra vienas kertinių veiksnių, lemiančių, ar komanda apskritai gali dirbti pagal MĮG principus. Jeigu vadovybė nepalaiko slaugytojų, mažėja jų motyvacija inicijuoti pokyčius. Šias tendencijas patvirtina P. Jordan ir bendraautorių tyrimas, kuriame net 27 proc. slaugytojų nurodė, kad jų vadovai nepriširdavo prie MĮG slaugos praktikos diegimo [32]. Panašias išvalgas pateikia ir M. Bianchi su kolegomis – jų tyrimo duomenimis, MĮG slaugos praktika įsitvirtina tik tuose skyriuose, kuriuose vadovai neapsiriboja deklaratyviu palaikymu, bet realiai rodo pavyzdį savo elgesiu – aiškiai komunikuoja, domisi, palaiko žodžiu ir pan. [35].

Galiausiai, duomenys atskleidė, kad šie ryšiai nėra vienodi visoms slaugytojų grupėms – juos modifikuoja sociodemografiniai veiksniai. Skirtingos kartos skirtingai vertino tiek MĮG slaugos praktiką, tiek NĮ pranešimo sistemą. Pavyzdžiui, X kartos slaugytojai dažniau nurodė ketinantys pranešti

apie NĮ, o kūdikių bumo kartos atstovai dažniau išreiškė neigiamą požiūrį į pranešimo pasekmes. Ši skirtis gali būti susijusi su ilgesne darbo patirtimi, kuri formuoja stabilų, savitu ritmu paremtą darbo stilių, tačiau kartu gali mažinti atvirumą skaitmeninėms sistemoms, kuriomis grindžiamos šiuolaikinės NĮ pranešimo sistemos. Jaunesnių kartų slaugytojai dažniau yra baigę studijas programose, kuriose MĮG slaugos praktika yra integruota į mokymą, todėl jų įgūdžiai tiksliau atitinka šiuolaikinius profesinius reikalavimus. Taip pat nustatyta, kad aukštąjį universitetinį išsilavinimą turintys slaugytojai palankiau vertina MĮG slaugos praktikos diegimą, nei turintys neuniversitetinį išsilavinimą. Šie rezultatai sutampa ir su kitais atliktais moksliniais tyrimais ir leidžia teigti, kad formali edukacija turi reikšmingą poveikį gebėjimui taikyti MĮG slaugos praktiką [163, 164, 166].

Instituciniai skirtumai taip pat išryškėjo analizuojant NĮ pranešimų vertinimą – slaugytojai, dirbantys universitetinėse ligoninėse, skeptiškiau vertino pranešimo sistemos naudą. Ši įžvalga leidžia manyti, kad organizacijos dydis, struktūra ir valdymo stilius turi įtakos tam, kaip darbuotojai suvokia saugos kultūrą ir kiek jie jaučiasi galintys prisidėti prie jos stiprinimo. Paprastesnės struktūros ligoninėse sprendimų priėmimas gali būti artimesnis darbuotojui, todėl pranešimo sistema atrodo labiau prieinama. Tačiau didelėse organizacijose sprendimai priimami keliais lygmenimis, todėl slaugytojams ne visada aišku, kaip jų veiksmai prisideda prie pokyčių – silpnėja jų motyvacija įsitraukti [5, 38].

Apibendrinant galima teigti, kad MĮG slaugos praktikos taikymą lemia daugiapakopė sąveika tarp individualių, organizacinių ir kultūrinių veiksnių, kuriuos būtina vertinti kompleksiskai. Taigi profesinė aplinka formuoja slaugytojų galimybes ir motyvaciją dirbti pagal MĮG gaires tiek tiesiogiai, tiek per kitus svarbius procesus – kliūčių patyrimą ir NĮ pranešimo suvokimą. MĮG slaugos praktikos diegimas nėra vien individualių slaugytojo gebėjimų klausimas – šiam procesui reikia tinkamos kultūros, saugios aplinkos, aiškios komunikacijos ir vadovybės palaikymo. NĮ pranešimų praktika atskleidžia, kiek įstaigoje iš tiesų taikomi mokymosi ir analizės procesai – tie patys, kurie sudaro MĮG slaugos praktikos pagrindą.

DARBO RIBOTUMAI

Mūsų atliktas tyrimas turi tam tikrų ribotumų, kurie gali turėti įtakos rezultatų interpretacijai ir jų apibendrinimui.

Pirma, pasirinkta tyrimo imtis buvo tikslinė – suaugusiųjų stacionariųjų skyrių slaugytojai, todėl gauti rezultatai gali neatspindėti specializuotų padalinių skyrių situacijos.

Kitas svarbus rezultatus ribojantis veiksnys – savanoriško dalyvavimo principas, kuris galėjo lemti tam tikrą atrankos šališkumą. Tyrime nagrinėjamas slaugytojų suvokimas ir požiūris, kuris gali neatspindėti tikrųjų darbo sąlygų. Be to, svarbu pažymėti, kad slaugytojai galėjo pervertinti savo teigiamą požiūrį į MĮG slaugos praktiką dėl asmeninių savybių ar institucinių lūkesčių. Be to, kai kuriuos klausimus dalyviai galėjo interpretuoti skirtingai, o tai galėjo turėti įtakos atsakymų tikslumui, rezultatų interpretacijai ir jų apibendrinimui. Kokybinio tyrimo dalyvių atranka buvo vykdyta tik dviejose gydymo įstaigose, todėl šių interviu metu išsakytos nuomonės gali neatspindėti visos šalies slaugytojų patirties.

Pirmasis tyrimo etapas buvo vykdytas COVID-19 pandemijos metu. Tuo metu sveikatos priežiūros sistema patyrė didelį krūvį ir įvairius apribojimus, o slaugytojai dirbo ypač sudėtingomis sąlygomis – tiek fiziniu, tiek psichologiniu požiūriu. Šios aplinkybės galėjo turėti įtakos jų atsakymams ir požiūriui į MĮG slaugos praktiką.

IŠVADOS

1. Slaugytojai palankiai vertina mokslo įrodymais grindžiamos slaugos praktikos taikymą, ypač pabrėždami grįžtamojo ryšio svarbą bei mokslo įrodymais grindžiamos slaugos praktikos atitiktį slaugytojo ir paciento poreikiams. Teigiamas požiūris labiausiai siejamas su aukštesniu universitetiniu išsilavinimu, kuris reikšmingai didina pasirengimą taikyti mokslo įrodymais grindžiamos slaugos praktiką, o vyresnis slaugytojų amžius – mažina tokį palankumą.
2. Slaugytojai profesinę darbo aplinką vertina teigiamai – išskiria vidinę motyvaciją, tarpusavio santykių kokybę ir komandinę bendradarbiavimą kaip svarbiausius aplinkos elementus. Aukštąjį universitetinį išsilavinimą (magistro laipsnį) turintys slaugytojai statistiškai reikšmingai palankiau vertina įstaigos struktūrą ir išteklius, palyginti su medicinos mokyklos absolventais. Kūdikių bumo kartos slaugytojai reikšmingai jautriau vertino aspektus, susijusius su konfliktais ir mikroklimatu darbo aplinkoje, lyginant su kitų kartų atstovais.
3. Bendras slaugytojų požiūris į nepageidaujamų įvykių pranešimo procesą yra santykinai kritiškas. Slaugytojai gerai supranta pranešimų sistemas ir žino privalomų pranešti įvykių pobūdį, tačiau jie skeptiškai vertina praktinę pranešimų naudą ir gana dažnai baiminasi galimų neigiamų pasekmių. Kūdikių bumo kartos slaugytojai reikšmingai blogiau vertina pranešimų pasekmes, kolegų lūkesčius ir įvykių identifikavimo aiškumą, o Y kartos slaugytojams būdingas pozityviausias požiūris į šiuos aspektus, lyginant su kitų kartų atstovais.
4. Profesinės darbo aplinkos suvokimas ir požiūris į nepageidaujamų įvykių pranešimus turi reikšmingą, tačiau dalinį mediacinį poveikį ryšiui tarp slaugytojų išsilavinimo, darbo vietos tipo ir požiūrio į mokslo įrodymais grindžiamos slaugos praktiką. Geresnis profesinės aplinkos vertinimas susijęs su kritiškesniu požiūriu į nepageidaujamų įvykių pranešimo procesą, o šis – su blogesniu mokslo įrodymais grindžiamos slaugos praktikos taikymu. Tačiau pagrindinis poveikis išlieka tiesioginis: aukštasis universitetinis išsilavinimas ir darbas universitetinėje ligoninėje labiausiai prognozuoja palankų požiūrį į mokslo įrodymais grindžiamą slaugos praktiką, neatsižvelgiant į mediacinius veiksnius.

5. Kokybinio tyrimo duomenys atskleidė, kad mokslo įrodymais grindžiamos slaugos praktikos diegimas yra svarbus užtikrinant saugią ir kokybišką pacientų priežiūrą, tačiau įgyvendinimą lemia tiek individualūs, tiek organizaciniai veiksniai. Slaugytojai klinikinėje savo veikloje dažniausiai remiasi ilgalaikę profesinę patirtimi ir kolegų rekomendacijomis, o prieiga prie naujausių mokslo šaltinių ar gairių yra sunkesnė dėl laiko stokos, informacijos prieinamumo ar aiškumo. Tačiau slaugytojai siekia taikyti mokslo įrodymais grindžiamus sprendimus, ypač sudėtingoms klinikinėms situacijoms, ir vertina kaip būtinybę pacientų saugumui ir efektyviam gydymo procesui užtikrinti.

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Sveikatos priežiūros įstaigoms

Stiprinti organizacinę struktūrą ir kultūrą, aiškiai formuojant psichologinį saugumą, tarpusavio pasitikėjimą ir komandinio darbo praktiką. Įstaigos valdymo srityje mažinti perteklinę kontrolę ir diegti pasitikėjimu grindžiamus sprendimus, skatinančius slaugytojų iniciatyvumą ir profesinę atsakomybę.

Profesinio tobulėjimo srityje užtikrinti nuoseklias ir vienodas mokymosi galimybes – parengti aiškiai suprantamas ir praktiškai pritaikytas mokslinių tyrimų santraukas, atsižvelgiant į kiekvienos amžiaus kartos savybes, siekiant sustiprinti jų kompetencijas ir pritarimą mokslo įrodymais grindžiamos praktikos taikymui.

Plėtoti mokymu, o ne kaltinimu grindžiamą organizacinę kultūrą, skatinant aktyvesnę ir tikslesnę slaugytojų dalyvavimą NĮ pranešimo procese.

Bendrosios praktikos slaugytojams

Aktyviai dalyvauti profesinio tobulėjimo programose, taikyti mokslo įrodymais grindžiamą praktiką, stiprinti įgūdžius interpretuojant ir pritaikant įrodymus. Dalyvauti veiklose, skatinančiose konstruktyvų grįžtamąjį ryšį.

Profesinėje aplinkoje skatinti žinių ir patirčių mainus, ypatingą dėmesį skirti skirtingų amžiaus grupių darbuotojų bendradarbiavimui, mažinti požiūrių skirtumus. Skatinti aktyvų darbuotojų įsitraukimą į sprendimų priėmimą, susijusį su mokslo įrodymais grindžiamos praktikos diegimu.

Pranešti apie NĮ pagal nustatytus kriterijus, siekiant stiprinti pacientų saugos kultūrą. Esant neaiškumams dėl įvykių pobūdžio, konsultuotis su vadovais ar kolegomis, užtikrinti teisingą ir tikslų pranešimų teikimą. Skatinti pozityvią komunikaciją NĮ klausimais, mažinti neigiamą spaudimo ar vertinimo suvokimą ir stiprinti saugią profesinę aplinką.

Mokslininkams, kurių domėjimosi sritis susijusi su mokslo įrodymais grindžiama slaugos praktika

Tęsti tyrimus mokslo įrodymais grindžiamos slaugos praktikos srityje, juos plėtojant skirtingame klinikiniam kontekste, analizuojant organizacinius veiksnius ir jų įtaką praktikos taikymui, taikant mišrius tyrimo metodus, intervencinius bei longitudinius tyrimų dizainus, ir vertinant konkrečių įrodymais grindžiamos slaugos praktikos diegimo strategijų efektyvumą, taip nuosekliai plečiant tyrimų tematinę ir metodologinę apimtį.

SUMMARY

INTRODUCTION

In recent decades, healthcare systems around the world have faced increasingly complex challenges, including an aging population, the growing prevalence of chronic diseases, rising patient expectations, a shortage of nurses, and the need to reduce errors and increase the efficiency of services. These challenges require changes not only in treatment and nursing methods, but also in the way healthcare professionals organize their work. Evidence-based nursing (EBN) plays a special role in this transformation. It's a practice where nurses base their daily decisions on a bunch of knowledge sources, including empirical evidence and analysis, patient preferences and choices, available resources, treatment circumstances, and the clinical competence of a qualified nurse [2]. Development has shown that EBN practice is not a static or universally applicable methodology – its success depends on many components, including context, employee competencies, organizational support, and practical implementation strategies.

At the patient level, the application of EBN practices ensures greater patient safety, better health outcomes, and a more pleasant healthcare experience [15–18]. At the staff level, it strengthens the professional autonomy of nurses, reduces burnout and staff turnover, and increases psychological safety [19–23]. At the same time, evidence-based decisions become particularly important at the organizational level – in financial terms – the implementation of EBN helps reduce costs associated with complications, infections, unnecessary hospitalizations, or staff turnover, and helps to create a more open, learning-friendly organizational culture [21, 24]. It is important to note that EBN nursing is also strongly linked to reducing the number of adverse events (AE).

Although the benefits and significance are often declared in both policy documents and the strategic plans of healthcare institutions, the application of EBN practices in real nursing practice remains fragmented, which raises the question: what factors determine whether EBN becomes part of everyday nursing practice or remains only a strategic goal?

Although EBN is often regarded as the “gold standard”, its implementation faces multiple challenges. The main obstacles most often mentioned are lack of knowledge and skills among nurses [28–30], lack of time, heavy workload [29, 31–33], low professional self-awareness [30, 34], insufficient mentoring and weak leadership [35, 36], and a skeptical attitude toward scientific data [32, 37]. On the other hand, we can also see opposite trends –

nurses are actively interested in literature, apply scientific solutions, and initiate changes themselves. This uneven situation shows that the success of EBN practices depends on certain barriers and enabling factors operating at all three levels – micro, meso, and macro – of the healthcare system.

Organizational culture plays an important role here. The best EBN care is provided in institutions characterized by trust, active knowledge sharing, mutual assistance, creative problem solving, and psychological security [38, 39]. Negative influences are most often associated with strict control, fear of punishment, withholding of information, rule-dominated environments, and lack of dialogue, all of which prevent nurses from seeking, evaluating, and applying EBN practices [40, 41].

Nursing practice has long been based on individual experience, but contemporary safety culture and systems theories emphasize organizational learning and data-driven improvement. However, there is still a gap between the abundant research results and their application in clinical practice. In Lithuania, the topic of EBN practice is also very relevant and is increasingly becoming the subject of academic research and professional discussions.

EBN is not only a professional ideal, but also a prerequisite for a high-quality, safe, and sustainable healthcare system. The integration of scientific evidence into nursing practice is possible when three conditions are met: context-appropriate implementation strategies, consistent knowledge translation and continuous quality improvement, and an open safety culture, with support from managers and colleagues that allows for realistic management of time and resources. Integrated strategies help nurses apply scientific evidence, but technology alone does not remove structural barriers. Knowledge assessment and continuous quality improvement and strengthening of a safety culture create an environment for continuous improvement. Attention should be paid to the experiences of nurses of different generations working in practice, their daily challenges, and possible solutions for strengthening the implementation of EBN practices in healthcare institutions at different levels.

Novelty of the study

The uniqueness of this study lies in its comprehensive approach to the application of EBN in practice, based on the assumption that the real application of EBN practice depends only on the harmonious functioning of the entire system. Although individual aspects – nurses' attitudes toward EBN, factors in the professional work environment, circumstances promoting and hindering the practice of EBN, and nurses' attitudes towards the AE reporting process – have been examined in various international studies, the links between these factors in both Lithuania and other countries have been

little researched and there is a lack of such studies. We also did not find any consistent scientific work that would analyze these complex factors using mixed quantitative and qualitative research methods.

Research instruments developed and recognized by foreign authors for the assessment of EBN practice and the assessment of the professional practice environment were translated and adapted by researchers to the culture and nursing practice of our country.

Another important aspect is that the data analysis was performed considering different generations of nurses and different levels of healthcare institutions. This analysis made it possible to compare differences between age groups and institutions, identify specific factors, and formulate more targeted recommendations focused on real obstacles encountered in practice rather than generalized ones.

The results obtained and analyzed during the study are also significant not only nationally but also internationally. To date, there has been a lack of studies in international literature that use a mixed-methods design to simultaneously analyze the application of EBN nursing, the professional work environment, and attitudes toward reporting AE. Therefore, this study complements the international nursing research field with a comprehensive view of the interrelationships between these factors. The instruments selected for the study, which are also used by researchers in other countries, make it possible to compare the situation in Lithuania with data from other European and world countries.

Practical significance of the study

The practical significance of this study is evident in several areas of healthcare. The results of the study allow for a more accurate identification of specific factors that influence the application of EBN in practice. The data obtained may be useful for healthcare institution managers, nursing managers, or senior nurses – nursing administrators seeking to implement effective measures to improve patient safety, employee well-being, and service quality. The findings of the study can also be used to plan targeted interventions, such as mentoring programs, improving access to scientific information, regulating workloads, and strengthening a culture of feedback.

The results of the study are also relevant to nurses, as they help them better understand their own role in decision-making and encourage more active involvement. By highlighting the differences between different age groups and levels of healthcare institutions, the study allows for the formulation of more tailored, differentiated recommendations.

In addition, the results and recommendations can be used to improve nursing study programs by incorporating relevant teaching methods that help strengthen critical thinking, practical application of evidence, and autonomy.

On a broader scale, this study contributes to health policy, the development of tiered competencies for nurses in the healthcare system, and the reduction of AE in hospitals, as it highlights systemic aspects that need to be changed to integrate EBN practices not only in documents but also in actual nursing practice.

The aim of the study was to investigate the factors of evidence-based nursing and professional practice environment in Lithuanian hospitals.

Objectives of the study:

1. To investigate nurses' attitudes towards evidence-based nursing practice and their competence to apply it.
2. To analyze factors related to the professional work environment of nurses in Lithuanian hospitals.
3. To analyze nurses' attitudes toward the process of reporting adverse events.
4. To assess the links between nurses' professional working environment, adverse event reporting, and nurses' attitudes towards evidence-based nursing practice.
5. To reveal nurses' experience in applying evidence-based nursing practice in their daily activities.

METHODS

A mixed-methods study applying a convergent parallel design was conducted to investigate EBN practice, nurses' professional practice environment, and attitudes toward AE reporting in Lithuanian hospitals. Quantitative and qualitative data were collected simultaneously and analyzed independently, followed by the integration of findings.

The quantitative component was implemented between October 2021 and January 2022 in eight Lithuanian hospitals, including regional, republican, and one university-level hospital. All nurses working in adult inpatient departments were invited to participate. A total of 1 955 questionnaires were distributed, and 1 388 fully completed responses were included in the final analysis (response rate 71%). Four validated instruments were used: the Barriers and Facilitators to Using Research in Practice questionnaire, the Evidence-Based Practice Attitude Scale, the Professional Practice Environment Scale, and the Reporting of Clinical Adverse Events Scale. Internal

consistency was assessed using Cronbach's alpha. Quantitative data was processed using descriptive statistics, normality testing, correlation analysis, and regression modelling, including mediation analysis.

The qualitative component consisted of four focus group interviews conducted in 2024 with nurses representing different hierarchical positions: nursing managers, senior nurses, and staff nurses from two major university-affiliated hospitals. Purposive sampling was applied. Interviews were audio-recorded, transcribed, and analyzed using inductive thematic analysis following Braun and Clarke's six-phase framework.

Both datasets were integrated during the interpretation stage, enabling comparison, confirmation, and expansion of quantitative findings through qualitative insights.

Ethical approval for the study was obtained from the Kaunas Regional Biomedical Research Ethics Committee, and permissions were granted by all participating hospitals. Participation was voluntary, informed consent was obtained, and all data were anonymized and handled confidentially.

Statistical data analysis. Quantitative data were analyzed using IBM SPSS Statistics 29. Prior to inferential analyses, data quality checks were conducted, including assessment of internal consistency for all multi-item scales using Cronbach's alpha coefficients, with values ≥ 0.70 considered acceptable. Distributional properties of continuous variables were examined using the Kolmogorov–Smirnov test to determine normality assumptions. Descriptive statistics (means, standard deviations, frequencies, and percentages) were generated to characterize the sample and main study variables. Group differences were analyzed using parametric or non-parametric tests, depending on distributional characteristics. Associations between variables were examined using Pearson or Spearman correlation coefficients. To explore predictive relationships and test hypothesized pathways, hierarchical and multiple linear regression analyses were performed. Mediation effects were assessed using a regression-based approach following Hayes' recommendations, estimating direct, indirect, and total effects. Indirect effects were computed via the product-of-coefficients method, and significance was evaluated using bias-corrected confidence intervals. All statistical tests were two-tailed, with a significance level of $p < 0.05$.

Qualitative data from focus group interviews were analyzed using Braun and Clarke's six-step content analysis process, which included data transcription, coding, theme extraction, analysis, refinement, and interpretation of results, illustrating the insights gained with quotes from the participants. Quantitative data was collected and analyzed independently, allowing for an objective assessment of the attitudes of the study participants. The two analyses were then integrated to compare and complement each other's results.

This combination of data allowed for a more comprehensive understanding of the phenomenon under study, revealing new insights and providing a deep contextual explanation that would not have been possible using only one type of data.

RESULTS

Nurses' attitudes towards evidence-based nursing practice. When analyzing nurses' attitudes toward EBN practice, the study results revealed that nurses value feedback to improve clinical practice, believe that the implementation of EBN practice meets the needs of nurses and patients, and are prepared to apply EBN when required by the healthcare institution (Table 1). Meanwhile, they were more critical of the combination of clinical experience and EBN interventions, considering clinical experience to be more important, as well as controlling their work by other colleagues, managers, or institutions.

Table 1. General characteristics of the EBPAS-50 questionnaire subscales

Subscale	Median (min–max)	Mean	Standard deviation
Attitude towards feedback received	3.00 (0–4)	2.98	0.84
Compliance with EBN practices with the needs of nurses and patients	3.00 (0–4)	2.94	0.79
Application of EBN practice when required by the healthcare institution	3.00 (0–4)	2.77	0.99
Openness to try new EBN interventions	2.75 (0–4)	2.67	0.82
Organizational support for implementing EBN interventions	2.67 (0–4)	2.56	0.90
Restrictions imposed by healthcare institutions or working conditions on the application of EBN practices	2.14 (0–4)	2.25	0.84
Job stability when applying EBN practice innovations	2.00 (0–4)	2.24	0.95
Workload related to the application of EBN practices	2.25 (0–4)	2.22	0.80
Meaningfulness or intuitive appeal of EBN practice	2.25 (0–3)	2.14	0.58
Differences between EBN interventions and clinical practice	2.00 (0–4)	1.89	0.77
Balance between EBN and current working practices	1.50 (0–4)	1.44	0.74
Observation or supervision of work performed	1.00 (0–3)	1.05	0.76

Comparing the three highest-scoring subscales of the EBPAS-50 questionnaire between age groups, significant differences were found only in the “Requirements” subscale, which reflects that nurses are prepared to apply EBN when required by the healthcare institution (Table 2). Generation Y nurses rated this subscale statistically significantly better than Generation X ($p < 0.05$). We can conclude that Generation Y nurses are more prepared and willing to work according to EBN guidelines. Meanwhile, no significant differences between age groups were found in the other two subscales. This shows that these factors remain equally important for all age groups.

Table 2. Comparison of the three highest-scoring subscales of the EBPAS-50 questionnaire by age group

Subscale	Baby boom generation (n = 96)	Generation X (n = 891)	Generation Y (n = 368)	p*
	Average (SD)			
Attitude towards feedback received	2.85 (1.03)	2.97 (0.83)	3.08 (0.77)	0.105
Compliance with EBN practices with the needs of nurses and patients	3.05 (0.72)	2.92 (0.79)	2.99 (0.77)	0.226
Application of EBN practice when required by the healthcare institution	2.74 (1.05)	2.72 (0.99)	2.92 (0.93) [#]	0.004

Note: p* – the Kruskal Wallis test was used to compare the three different generations of subscales. [#]p < 0.05 compared to generation X (Mann-Whitney U test used).

A binary logistic regression model was developed to identify factors that are significant in predicting nurses’ positive attitudes toward the implementation of EBN in their practice, covering three aspects: requirements to implement EBN in their practice, the implementation of EBN practices meeting the needs of patients and nurses, and the attitude towards receiving feedback to improve clinical practice.

The results of the study showed which factors determine that nurses will be more prepared to apply EBN when required by the healthcare institution (Table 3). Thus, nurses with a higher (university) bachelor’s degree had the greatest opportunity (Model 1: OR = 1.670; Model 2: OR = 1.557) compared to nurses who had graduated from medical school.

Table 3. Factors that determine whether nurses will be more prepared to provide EBN care when required by the healthcare institution

Factors	Model 1			Model 2		
	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p
Age group						
Generation Y	1			1		
Generation X	0.800	0.624–1.025	0.078	0.925	0.630–1.358	0.690
Baby boom generation	0.824	0.522–1.299	0.404	1.056	0.545–2.045	0.872
Education						
Medical school	1			1		
Higher (college)	1.051	0.825–1.338	0.687	1.059	0.788–1.424	0.702
Higher (university) education	1.670	1.190–2.344	0.003	1.557	1.056–2.295	0.025
Higher (university) – master’s degree	1.435	0.894–2.303	0.135	1.298	0.780–2.160	0.315
Hospital						
University	1			1		
Republican/regional	0.804	0.640–1.009	0.060	0.849	0.668–1.077	0.178
Work experience	0.992	0.983–1.00	0.043	0.997	0.982–1.011	0.652

Note: Model 1 – data from single-factor logistic regression analysis. Model 2 – data from multiple-factor logistic regression analysis, including all analyzed factors in the model: age group, education, hospital, where respondents worked and length of service. OR – odds ratio; CI – confidence interval.

A multivariate logistic regression analysis was also performed to determine which factors determine whether nurses will be more willing to apply EBN when required by the healthcare institution, depending on the age group. After performing calculations for each age group, the following factors were included in the model: education, the hospital where the respondents worked, and length of service. The results showed that only with an increase in the length of service of Generation Y nurses by one year did the likelihood of nurses being prepared to apply EBN when required by the healthcare institution decrease (OR = 0.945). Other factors did not have a statistically significant impact on the attitudes of nurses from different generations.

After analyzing the factors that may determine whether nurses will positively assess the implementation of EBN practice as meeting the needs of nurses and patients, it was found that the following factors increase the likelihood of a positive assessment: higher (university) – bachelor’s and higher (university) – master’s degrees and work in a university hospital (Model 1, Model 2) (Table 4).

Table 4. Factors that determine nurses' positive assessment of the implementation of EBN practice as meeting the needs of nurses and patients

Factors	Model 1			Model 2		
	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p
Generations						
Generation Y	1			1		
Generation X	0.993	0.777–1.270	0.958	1.045	0.713–1.532	0.821
Baby boom generation	1.311	0.824–2.086	0.252	1.362	0.700–2.652	0.363
Education						
Medical school	1			1		
Higher (college)	0.959	0.754–1.220	0.734	1.068	0.794–1.435	0.664
Higher (university) – bachelor's degree	1.410	1.012–1.964	0.042	1.491	1.016–2.189	0.041
Higher (university) – master's degree	2.019	1.226–3.324	0.006	2.009	1.177–3.428	0.011
Hospital						
University	1			1		
Republican/regional	0.685	0.545–0.860	0.001	0.723	0.569–0.919	0.008
Work experience	1	0.992–1.009	0.919	1.004	0.989–1.018	0.631

Note: Model 1 – data from single-factor logistic regression analysis. Model 2 – data from multiple-factor logistic regression analysis, including all analyzed factors in the model: age group, education, hospital where respondents worked, and length of service. OR – odds ratio; CI – confidence interval.

In order to determine which factors may influence nurses to positively assess that the implementation of EBN practice meets the needs of nurses and patients depending on age group, a more detailed multiple logistic regression analysis was performed for each age group, including the following factors in the model: education, the hospital where the respondents worked, and length of service. The results showed that only for Generation X nurses, the possibility of positively evaluating this factor is reduced by working in a republican or regional hospital compared to Generation X nurses working in a university hospital (OR = 0.736). Other factors did not have a statistically significant impact on the attitudes of nurses from different generations.

The results of the factors determining nurses' positive attitude toward feedback received to improve clinical practice are also presented in two models (Table 5).

Table 5. Factors that determine whether nurses will have a positive attitude towards receiving feedback to improve clinical practice

Factors	Model 1			Model 2		
	OR	95 % CI	p	OR	95 % CI	p
Age group						
Generation Y	1			1		
Generation X	0.811	0.627–1.048	0.109	0.902	0.607–1.340	0.609
Baby boom generation	0.596	0.377–0.942	0.027	0.724	0.370–1.418	0.347
Education						
Medical school	1			1		
Higher (college)	1.123	0.879–1.436	0.353	0.958	0.709–1.294	0.779
Higher (university) – bachelor’s degree	1.463	1.040–2.057	0.029	1.275	0.861–1.888	0.226
Higher (university) – master’s degree	3.136	1.755–5.605	< 0.001	2.764	1,500–5.092	0.001
Hospital						
University	1			1		
Republican/regional	0.917	0.728–1.157	0.466	1.041	0.816–1.329	0.745
Work experience	0.991	0.983–0.999	0.034	0.998	0.983–1.013	0.803

Note: Model 1 – data from single-factor logistic regression analysis. Model 2 – data from multiple-factor logistic regression analysis, including all analyzed factors in the model: age group, education, hospital where respondents worked, and length of service. OR – odds ratio; CI – confidence interval.

A univariate logistic regression analysis revealed that a higher probability of a positive attitude towards receiving feedback to improve clinical practice is determined by higher (university) education – bachelor’s and higher (university) education – master’s degree (Model 1). A multiple logistic regression analysis revealed that nurses with a higher university master's degree were 2.8 times more likely to have a positive attitude towards feedback aimed at improving clinical practice than nurses with a medical school education. This shows that higher university education is a crucial factor and allows us to assume that a new nursing practice paradigm has been formed over thirty years of nursing science and practice development.

When analyzing the data by age group, nurses from the Baby boom generation had a significantly lower chance of evaluating this factor than nurses from Generation Y (OR = 0.596). However, after performing a multivariate logistic regression analysis and including additional factors (Model 2), no significant opportunities for a better attitude towards receiving positive feedback to improve clinical practice were identified.

After assessing the relationship between length of nurses' work and a more positive attitude towards receiving feedback in order to improve clinical practice, it was found that as length of work increased by 1 year, the likelihood of a positive attitude decreased significantly (OR = 0.991). However, after performing a multivariate logistic analysis, this possibility became insignificant.

A more detailed multivariate logistic regression analysis was also performed for each age group, including the following factors in the model: education, hospital where respondents worked, and length of service. The results showed that only Generation X nurses with a master's degree had a positive attitude towards receiving feedback to improve clinical practice, with the likelihood of this being 2.6 times higher than for Generation X nurses with a medical school education. Other factors did not have a statistically significant impact on the attitudes of nurses from different generations.

Barriers and facilitators for the application of research in practice.

When analyzing the factors that facilitate and hinder the implementation of EBN practices, the results of the study revealed that nurses are most encouraged by the structure, culture, and resources of the institution that are conducive to the implementation of EBN (Table 6). This suggests that administrative support, resource availability, and other factors related to the work environment are particularly important in the implementation of EBN practices. Meanwhile, the content and presentation of research were identified as the biggest obstacles – research results are often characterized by complex information, abstractness, or limited accessibility.

Table 6. *General characteristics of the subscales of the questionnaire on barriers and facilitating factors*

Subscale	Median (min–max)	Mean	Standard deviation
Organizational characteristics	2.75 (1–4)	2.64	0.71
Nurse characteristics	2.50 (1–4)	2.47	0.70
Communication skills	2.50 (1–4)	2.47	0.69
Research characteristics	2.33 (1–4)	2.28	0.71

Assessment of the professional working environment of nurses. In this dissertation, we analyzed the factors of the professional environment of nurses and their impact on the application of EBN. After evaluating the general characteristics of the scale, it was found that the most important factors for nurses are internal job satisfaction, professional commitment and desire for improvement, the quality of interpersonal relationships, trust in

colleagues, and teamwork. This shows that professional development and a good microclimate in the work environment are particularly crucial factors that contribute to the application of EBN. Meanwhile, the frequency of conflicts has the least influence (Table 7).

Table 7. *Characteristics of the subscales of the Professional Practice Environment Scale*

Subscale	Median (min–max)	Mean	Standard deviation
Internal work motivation	3.25 (1–4)	3.28	0.43
General relationships and communication	3.00 (1–4)	3.04	0.58
Teamwork and leadership	2.75 (1–4)	2.77	0.48
Clinical practice	2.79 (1–4)	2.76	0.42
Disagreements/conflicts	2.60 (1.4–3.7)	2.62	0.29

We also analyzed whether nurses feel satisfied with their professional working environment. It was found that respondents were statistically significantly more often satisfied with all aspects of the professional environment (Table 8).

Table 8. *Comparison of subscales of the staff's perception of the professional environment depending on the summarized opinion/satisfaction of nurses*

Subscale	Satisfied	Dissatisfied	p
	Average (SD)		
Internal work motivation	3.34 (0.39)	3.00 (0.51)	< 0.001
General relationships and communication	3.11 (0.52)	2.82 (0.67)	< 0.001
Teamwork and leadership	2.82 (0.45)	2.62 (0.51)	< 0.001
Clinical practice	2.81 (0.39)	2.56 (0.47)	< 0.001
Disagreements/conflicts	2.68 (0.26)	2.53 (0.31)	< 0.001
Overall (general) satisfaction	2.88 (0.26)	2.53 (0.29)	< 0.001

Note: Mann-Whitney U test was used.

Nurses' attitudes towards the adverse event reporting process. We analyzed nurses' attitudes toward the AE reporting process (Table 9). When evaluating these results, higher scores indicate a negative attitude among nurses.

Table 9. *Characteristics of the subscales of the general adverse event reporting scale*

Subscale	Median (min–max)	Average	Standard deviation
Nurses believe that reports of adverse events bring real benefits	2.67 (1.00–4.00)	2.62	0.43
Nurses believe that reporting adverse events may have negative consequences	2.38 (1.13–3.50)	2.45	0.30
Nurses clearly understand which adverse events must be reported	2.33 (1.33–3.50)	2.41	0.34
Nurses feel pressure or support from colleagues regarding the reporting of adverse events	2.33 (1.00–3.83)	2.23	0.40
Nurses clearly understand the system of reporting adverse events	2.00 (1.00–4.00)	2.14	0.64

Note: higher scores indicate a negative attitude among nurses.

It was found that nurses are skeptical about the real benefits of reporting AE. At the same time, they are very aware of what reporting systems are in place and how to use them.

We also asked nurses whether they had ever witnessed or participated in an AE, whether they had ever reported an AE, and how likely they were to report an AE in the future. The respondents' answers are presented in Table 10.

Table 10. *Distribution of responses about adverse events that occurred*

Question		n (%)
Have you ever witnessed or participated in an adverse event?	Yes	701 (50.5)
	No	687 (49.5)
	Total	1388 (100)
Have you ever reported an adverse event?	Yes	566 (41.1)
	No	811 (58.4)
	Total	1377 (100)
Is it likely that you will report adverse events in the future?	Very unlikely	90 (6.5)
	Unlikely	184 (13.3)
	Neither yes nor no	340 (24.5)
	Likely	483 (34.8)
	Very likely	291 (21.0)
	Total	1388

Half of the nurses had witnessed or participated in an AE, 58.4% of nurses did not report an AE that had occurred or been witnessed, and 55.8% of nurses responded that they were likely to report an AE that had occurred or been witnessed in the future.

Associations between nurses' professional work environment, adverse event reporting, and nurses' attitudes toward evidence-based nursing practice. To identify associations between nurses' professional working environment, reports of AE, and nurses' attitudes toward EBN practice, a multiple analysis was performed, and a simple mediation model was applied.

Analysis of the research data revealed that the circumstances hindering and promoting the use of research in practice mediate the relationship between nurses' perception of their professional environment and their attitude toward EBN practice (Fig. 1 and Table 11). The model shows that a better perception of the professional environment is negatively associated with the facilitators and barriers for the use of research in practice ($p < 0.001$). Barriers and facilitators to the use of research in practice are also associated with a more positive attitude among nurses toward EBN practice ($p = 0.004$). In other words, the better the professional environment is perceived, the fewer obstacles are seen, which in turn reinforces a positive attitude towards EBN. Since the direct relationship remains significant and stronger: circumstances explain only part, but not all, of the effect on attitudes, partial mediation was found (Table 12).

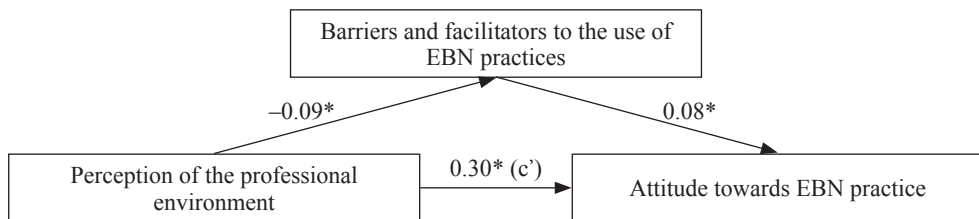


Fig.1. *The role of barriers and facilitating circumstances as mediators in the relationship between the perception of the professional environment and attitudes towards evidence-based practice*

Note: *– $p < 0.05$, c' – direct effect.

Table 11. The significance of barriers and facilitating circumstances for the use of EBN practices in the relationship between the perception of the professional environment and attitudes towards evidence-based practice

Predictors	B	Beta	St. error	95% CI	t	p
Barriers and facilitators to the use of EBN practices						
Perception of the professional environment	−0.178	−0.085	0.056	[−0.288; −0.069]	−3.187	0.001
F	10.16					
R ²	0.007					
Attitudes towards evidence-based practice						
Perception of the professional environment	0.381	0.297	0.033	[0.317; 0.446]	11.541	< 0.001
Barriers and facilitators to the use of EBN practices	0.046	0.075	0.016	[0.015; 0.077]	2.922	0.004.
F	68.487					
R ²	0.09					

Note: B – net β coefficient; Beta – standardized β coefficient; t – Student’s t-test value; CI – confidence interval; p – statistical significance of the factor; F – Fisher’s F-test value; R² – coefficient of determination.

Table 12. Direct, indirect, and total effect of barriers and facilitating circumstances on the use of EBN practices on the relationship between the perception of the professional environment and the attitude towards evidence-based practices

	Effect	St. error	CI
Direct effect	0.3814	0.033	[0.3166; 0.4463]
Indirect effect	-0.0082	0.004	[-0.0172; -0.0016]
Total effect	0.3732	0.033	[0.3084; 0.438]

Note: CI – confidence interval.

We also analyzed how the assessment of reports on AE mediates the relationship between barriers and facilitators to the use of research in practice and attitudes toward EBN practice. The model shows that barriers and facilitators to the use of research in practice are not associated with a better assessment of AE reports ($p < 0.069$), while a better assessment of AE reports is negatively associated with a better attitude of nurses towards EBN practice ($p < 0.001$). Since the relationship between the independent variable –

barriers and facilitators – and the mediator – assessment of AE reports – was not statistically significant, mediation was not confirmed.

Path analysis also revealed that the assessment of AE mediates the relationship between nurses' perception of their professional environment and their attitudes toward EBN practice (Fig. 2 and Table 13).

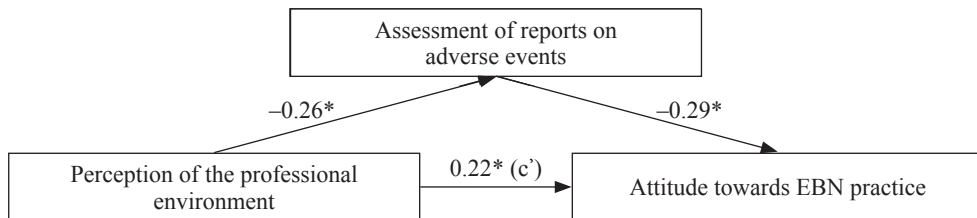


Fig. 2. The role of the assessment of reports on adverse events as a mediator in the relationship between the perception of the professional environment and the attitude towards evidence-based practice

Note: *– $p < 0.001$, c' – direct effect.

Table 13. The significance of reporting on adverse events as a mediator of the relationship between the perception of the professional environment and the attitude towards evidence-based practice

Predictors	B	Beta	St. error	95% CI	t	p
Assessment of reports on adverse events						
Perception of the professional environment	-0.202	-0.259	0.020	[-0.242; -0.163]	-9.987	< 0.001
F	99.736					
R ²	0.002					
Attitude towards evidence-based practice						
Perception of the professional environment	0.276	0.215	0.033	[0.212; 0.340]	8.449	< 0.001
Assessment of reports on adverse events	-0.480	-0.292	0.042	[-0.562; -0.397]	-11.462	< 0.001
F	99.003					
R ²	0.125					

Note: B – net β coefficient; Beta – standardized β coefficient; t – Student's t-test value; CI – confidence interval; p – statistical significance of the factor; F – Fisher's F-test value; R² – coefficient of determination.

The model shows that a better perception of the professional environment by staff is negatively associated with more frequent reports of AE ($p < 0.001$), and that more frequent reports of AE are negatively associated with a better attitude of nurses towards EBN practice ($p < 0.001$). Thus, the better the professional environment is perceived, the more critical reports of AE are viewed, which in turn reduces the positive attitude towards EBN practices. Partial mediation was found as the direct effect is stronger than the indirect effect (Table 14).

Table 14. Direct, indirect, and total effect of reporting adverse events on the relationship between perception of the professional environment and attitude toward evidence-based practice

	Effect	St. error	CI
Direct effect	0.276	0.0327	[0.2120; 0.3402]
Indirect effect	0.0971	0.0132	[0.0726; 0.1242]
Total effect	0.3732	0.033	[0.3084; 0.4380]

Note: CI – confidence interval.

We also conducted an analysis to assess the mediating role of the perception of the professional work environment in the relationship between nurses' age (Fig. 3 A), university education compared to medical school education (Fig. 3 B), and working in a university hospital compared to working in republican/regional hospitals (Fig. 3 C).

Model A shows that since the relationship between the independent variable (nurses' age) and the mediator (perception of the professional environment) was not statistically significant, mediation was not confirmed.

Nurses with a university education perceived their professional environment significantly more favorably than nurses with a medical school education ($p = 0.050$), and a better perception of the professional environment significantly predicted a more positive attitude towards EBN practice ($p < 0.001$) (Fig. 3 B and Table 15). In this model, the direct effect is stronger than the indirect effect (Table 16). Therefore, partial mediation was found, where the perception of the professional environment explains part of the positive effect of education on attitudes towards EBN practices, but the main effect remains direct.

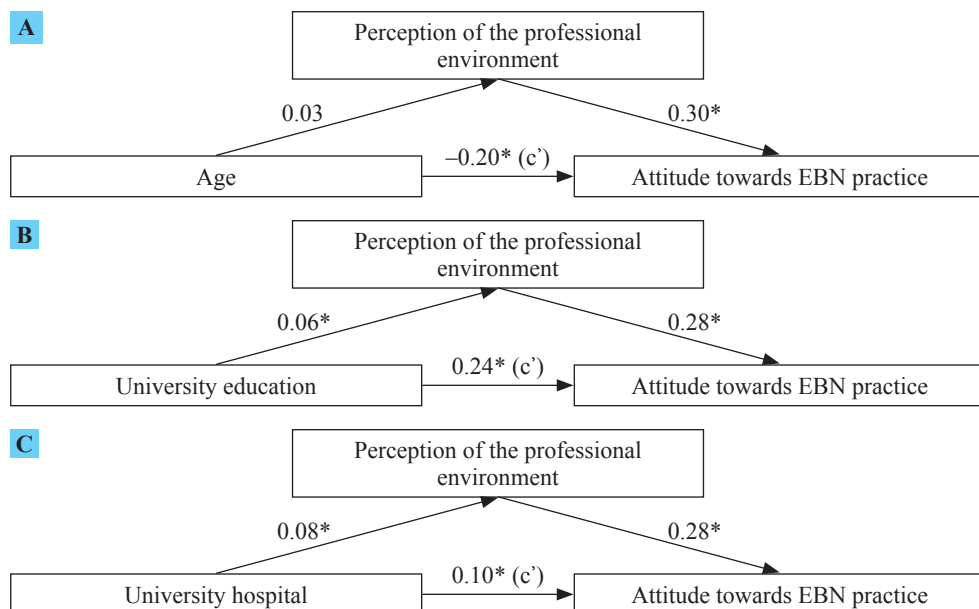


Fig. 3. *The role of the professional environment as a mediator in the relationship between nurses' age, education, hospital where they work, and attitude toward evidence-based practice*

Note: *– $p < 0.05$, c' – direct effect.

Table 15. *The significance of the perception of the professional environment for the relationship between nurses' education, the hospital where they work, and their attitude towards evidence-based practice*

Predictors	B	Beta	St. error	95% CI	t	p	F	R ²
Perception of the professional environment								
University education	0.041	0.057	0.021	[0; 0.082]	1.958	0.050	2.380	0.003
University hospital	0.049	0.079	0.017	[0.014; 0.083]	2.779	0.006	4.419	0.006
Attitude towards evidence-based practice								
Perception of the professional environment	0.381	0.297	0.033	[0.316; 0.445]	11.654	< 0.001	95.085	0.123
Perception of the professional environment	0.359	0.280	0.032	[0.296; 0.423]	11.130	< 0.001	70.667	0.134
University education	0.219	0.237	0.025	[0.170; 0.268]	8.782	< 0.001		
Perception of the professional environment	0.364	0.283	0.033	[0.299; 0.428]	11.024	< 0.001	47.608	0.094
University hospital	0.079	0.101	0.021	[0.037; 0.122]	3.698	< 0.001		

Note: B – net β coefficient; Beta – standardized β coefficient; t – Student's t-test value; CI – confidence interval; p – statistical significance of the factor; F – Fisher's F-test value; R² – coefficient of determination.

We also analyzed whether the perception of the professional environment mediates the relationship between the type of workplace (university hospital compared to republican/regional hospitals) and the attitude towards EBN practices (Fig. 3 C and Table 15). Nurses working in a university hospital rated their professional environment significantly more favorably ($p = 0.006$), which in turn was significantly associated with a more positive attitude towards EBN practices ($p < 0.001$). In this model, the direct effect was stronger than the indirect effect (Table 16), so partial mediation was also found, where the impact of working in a university hospital on attitudes both directly and through the perception of the professional environment.

Table 16. Direct, indirect, and total effect of perception of the professional environment on the relationship between nurses' education, hospital where they work, and attitude toward evidence-based practice

	Effect	St. error	CI
University education			
Direct effect	0.2187	0.0249	[0.2675; 0.5893]
Indirect effect	0.0146	0.0079	[-0.0001; 0.0308]
Total effect	0.2333	0.0260	[0.2842; 0.6287]
University hospital			
Direct effect	0.0795	0.0215	[0.0373; 0.1216]
Indirect effect	0.0176	0.0067	[0.0051; 0.0317]
Total effect	0.0971	0.0223	[0.0533; 0.1409]

Note: CI – confidence interval.

A multiple analysis was performed to assess the mediating role of reports of AE in the relationship between nurses' age (Fig. 4 A), university education compared to medical school education (Fig. 4 B), and working in a university hospital compared to working in a republican/regional hospital (Fig. 4 C).

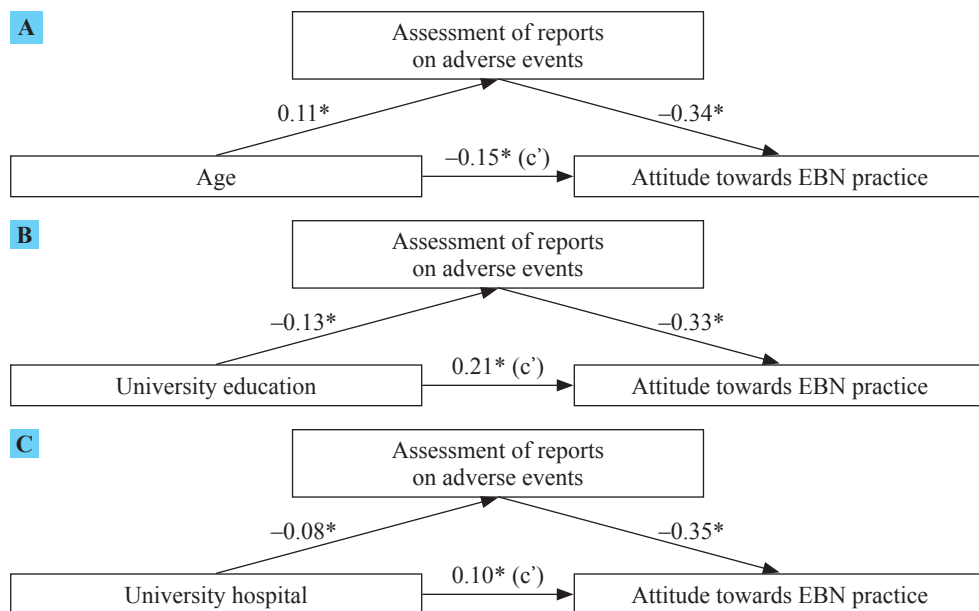


Fig. 4. *The role of adverse events assessment as a mediator in the relationship between nurses' age, education, hospital where they work, and attitude toward evidence-based practice*

Note: * – $p < 0.05$, c' – direct effect.

The first model shows that older nurses were significantly more likely to evaluate AE reports favorably ($p < 0.001$), and this favorable evaluation had a negative impact on their attitudes toward EBN practice ($p < 0.001$) (Fig. 4 A and Table 17). The direct effect of age on attitudes toward EBN practices was also significant but negative ($p < 0.001$), i.e., older nurses had less favorable attitudes toward EBN practices. In this model, the direct effect is stronger than the indirect effect (Table 18). This means that partial mediation was found, where the assessment of AE explains part of the negative effect of age on attitudes towards EBN practices, but the main influence remains direct.

When analyzing the mediating role of reports on AE in the relationship between university education, compared to medical school education, and attitudes toward EBN practices, partial mediation was found (Fig. 4 B and Table 17). Nurses with a university education rated AE report significantly lower ($p < 0.001$), and a less favorable rating of these reports was associated with a more favorable attitude toward EBN practice ($p < 0.001$) (Table 18). Thus, the assessment of AE partly explains the positive effect of university education on nurses' attitudes towards EBN practices, but the main effect remains direct.

Table 17. *The significance of the assessment of reports on adverse events for the relationship between nurses' age, education, hospital where they work, and attitudes toward evidence-based practice*

Predictors	B	Beta	St. error	95% CI	t	p	F	R ²
Assessment of reports on adverse events								
Age	0.002	0.108	0.001	[0.0011; 0.0032]	4.003	<0.001	16.024	0.012
University education	-0.074	-0.132	0.016	[-0.106; -0.043]	-4.611	<0.001	11.341	0.016
University hospital	-0.039	-0.082	0.014	[-0.066; -0.013]	-2.904	0.004	12.185	0.017
Attitudes toward evidence-based practice								
Assessment of reports on adverse events	-0.555	-0.338	0.041	[-0.636; -0.473]	-13.372	<0.001	117.374	0.148
Age	-0.005	-0.151	0.001	[-0.007; -0.003]	-5.988	<0.001		
Assessment of reports on adverse events	-0.538	-0.327	0.041	[-0.618; -0.457]	-13.116	<0.001	87.665	0.161
University education	0.193	0.210	0.025	[0.145; 0.242]	7.839	<0.001		
Assessment of reports on adverse events	-0.570	-0.347	0.042	[-0.652; -0.489]	-13.723	<0.001	70.189	0.132
University hospital	0.075	0.095	0.021	[0.033; 0.116]	3.549	<0.001		

Note: B – net β coefficient; Beta – standardized β coefficient; t – Student's t-test value; CI – confidence interval; p – statistical significance of the factor; F – Fisher's F-test value; R² – coefficient of determination.

Analysis of model C showed that the assessment of AE mediates the relationship between hospital type (university compared to republican/regional hospitals) and attitudes towards EBN practices (Fig. 4 C and Table 17). Nurses working in university hospitals rated AE significantly worse ($p = 0.004$), and worse ratings were associated with a more positive attitude towards EBN practices ($p < 0.001$). The direct effect was stronger than the indirect effect (Table 18), therefore, partial mediation was found in this model, where the effect of hospital type on attitudes towards EBN practices acts both directly and indirectly through the assessment of AE.

Table 18. Direct, indirect, and total effect of adverse events reporting on the relationship between nurses' age, education, hospital where they work, and attitudes toward evidence-based practice

	Effect	St. error	CI
Age			
Direct effect	-0.0049	0.0008	[-0.0033; -0.1512]
Indirect effect	-0.0012	0.0003	[-0.0018; -0.0006]
Total effect	-0.0061	0.0009	[-0.0044; -0.1877]
University education			
Direct effect	0.1933	0.0247	[0.2417; 0.5210]
Indirect effect	0.0400	0.0100	[0.0208; 0.0602]
Total effect	0.2333	0.0260	[0.2842; 0.6287]
University hospital			
Direct effect	0.0746	0.0210	[0.3340; 0.1159]
Indirect effect	0.0225	0.0081	[0.0067; 0.0383]
Total effect	0.0971	0.0223	[0.0533; 0.1409]

Note: CI – confidence interval.

Nurses' experiences in applying evidence-based nursing practice in their daily activities. To reveal nurses' experiences related to the application of EBN practice in their daily work, four focus group interviews were conducted. Two of them were conducted with general practice nurses, one with senior nurses (nursing administrators), and one with nursing managers. The themes and sub-themes revealed during the qualitative content analysis are presented in Fig. 5.

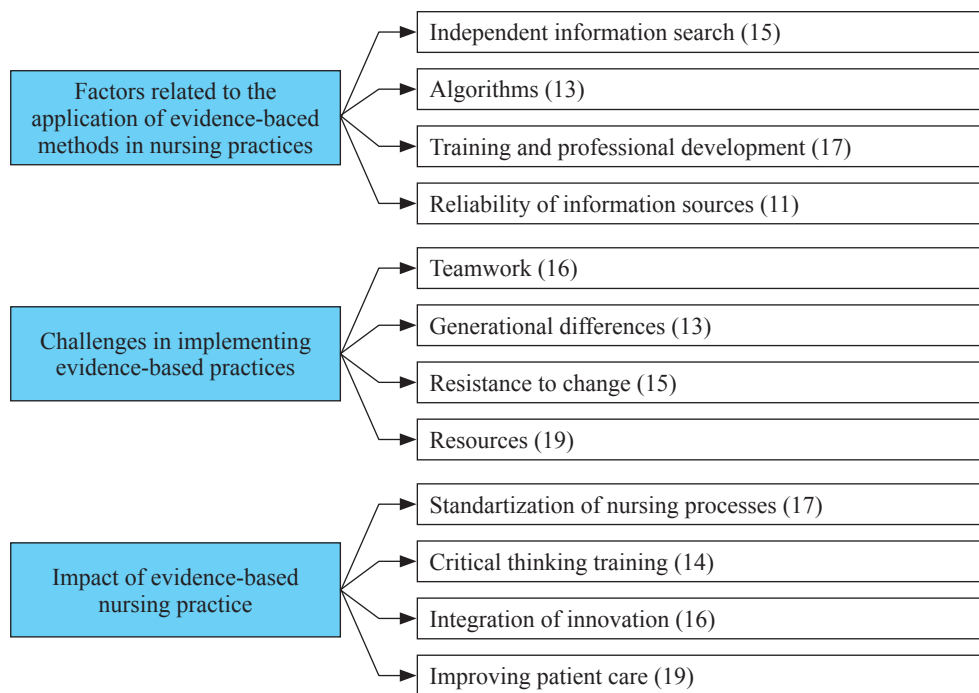


Fig. 5. Focus group interviews themes and sub-themes

Note: The number in parentheses indicates the number of informants who spoke on this topic.

All nurses in different professional roles unanimously agreed that independent information seeking in nursing practice is an important sign of professionalism, responsibility, and EBN. This initiative usually comes from the nurses themselves and helps to ensure better patient care outcomes and increases job satisfaction. A unanimous opinion was also expressed regarding the use of algorithms in nursing practice. Nurses contribute to the development or application of algorithms, while senior nurses, nursing administrators, and nursing managers view algorithms as a structured tool for decision-making, reducing the risk of errors, and ensuring evidence-based patient care. Great attention is also paid to training and continuous professional development. Nurses actively seek out the latest information, rely on science-based sources, participate in conferences, and share knowledge with each other. However, nursing managers emphasize the importance of patient education, which, according to them, is an integral part of a nurse's work and one of the most important tools for patient empowerment. A particularly significant theme that emerged is the selection of information sources and the assessment of their reliability. The reliability of information sources is an important criterion for nursing professionals when making decisions in practice.

Informants emphasize the need to rely on scientific publications, especially peer-reviewed sources, rather than content from popular media.

Informants unanimously emphasize that effective teamwork is a prerequisite for the implementation of new evidence-based methods in nursing practice. Senior nurses and nursing administrators point out resistance from doctors. Therefore, the process of team building itself is also identified as a significant challenge encountered in practice. At the same time, other challenges related to generational differences among team members have also emerged. These differences cause disagreements, differences in approach, and difficulties in working as a team. Differences between different age groups often lead not only to communication or value conflicts, but also to resistance to change. Nurses agree that the introduction of new EBN methods often encounters open opposition, especially from employees who have been working in the same routine for a long time. Another important challenge highlighted by all participants in the focus group interviews is resources. It became clear that the lack of both material and human resources is a significant obstacle to the implementation of new EBN methods in nursing practice. Most mention that there is often a lack of modern tools needed for effective patient care, while others emphasize that even with knowledge or training, it is difficult to implement innovations due to financial and technical constraints or a shortage of nurses.

According to nurses, standardizing nursing processes helps to establish uniform and clear performance indicators that ensure quality and consistency in various nursing situations. However, nursing managers emphasize that standardization is implemented only on the initiative of individual institutions or departments, without a unified national strategy. Nurses unanimously stated that they often must independently assess the effectiveness of treatment and look for alternatives, using the latest research. The initiative and ability of younger nurses to find suitable sources of EBN information was particularly noticeable. During the interviews, numerous examples were given of innovations being introduced based on scientific evidence. However, a clear difference in attitudes towards the application of innovations was observed between nursing professionals in different positions. General practice nurses often have a more passive attitude, and their involvement in the application of innovations often depends on their age. Older nurses – nursing administrators – are more active and encourage the team to introduce and use innovations in nursing practice. Meanwhile, nursing managers take a strategic view of innovation – their activities are focused not only on the team, but also on patient empowerment and education. All the above-mentioned subtopics are directly related to improving patient care. During the interviews, it was mentioned that the risk of complications had decreased and

patients' well-being and quality of life had improved. Patient education has become a valuable tool for prevention and patient empowerment. Nursing staff are taking on an active role not only in nursing, but also in educating patients, who are becoming responsible participants in the management of their own health.

Analysis of mixed-method research data. Using a convergent parallel design, quantitative and qualitative data were first analyzed independently, and then the results were integrated and compared. This strategy allows for additional interpretation of the conclusions of both methods and refinement of the results of one method with data from the other method. The mixed-methods analysis revealed that the implementation of EBN is determined by both organizational and individual factors. Quantitative data highlighted structural prerequisites – a supportive organizational culture, management support, training availability, and resources – while qualitative results supplemented these insights with practical examples. The analysis showed that nurses' intrinsic motivation, independent information seeking, and the quality of teamwork are essential conditions for the effective application of EBN practices. An integrated approach suggests that open communication and a safety culture that encourages learning from mistakes strengthen the consistency of EBN implementation and the quality of patient care.

CONCLUSIONS

1. Nurses are positive about using evidence-based nursing practice, especially highlighting the importance of feedback and how evidence-based nursing practices meet the needs of nurses and patients. A positive attitude is most closely associated with higher university education, which significantly increases readiness to apply evidence-based nursing practice, while older nurses are less favorable towards it.
2. Nurses evaluate their professional work environment positively, highlighting internal motivation, the quality of interpersonal relationships, and teamwork as the most important elements of the environment. Nurses with a master's degree from a university have a statistically significantly more favorable view of the structure and resources of the institution compared to medical school graduates. Nurses from the baby boom generation were significantly more sensitive to aspects related to conflicts and the microclimate in the work environment than representatives of other generations.

3. The overall attitude of nurses towards the adverse events reporting process is relatively critical. Although nurses have a good understanding of reporting systems and know the nature of reportable events, they are skeptical about the practical benefits of reporting and often fear possible negative consequences. Baby boomers have a significantly worse perception of the consequences of reporting, the expectations of colleagues, and the clarity of event identification, while Generation Y nurses have the most positive attitude toward these aspects compared with representatives of other generations.
4. Perception of the professional work environment and attitude toward adverse events have a significant but partial mediating effect on the relationship between nurses' education, type of workplace, and attitude toward evidence-based nursing practices. A better assessment of the professional environment is associated with a more critical attitude towards the process of reporting adverse events, which in turn is associated with less favorability towards evidence-based nursing practices. However, the main effect remains direct: higher university education and working in a university hospital are the strongest predictors of a favorable attitude toward evidence-based nursing, regardless of mediating factors.
5. The qualitative research data revealed that the implementation of evidence-based nursing is important for ensuring safe and high-quality patient care, but its implementation is determined by both individual and organizational factors. Nurses in their clinical practice most often rely on long-term professional experience and recommendations from colleagues, while access to the latest scientific sources or guidelines is hampered by lack of time, availability or clarity of information. Nevertheless, nurses strive to apply evidence-based solutions, especially in complex clinical situations, and consider them necessary for patient safety and effective treatment.

PRACTICAL RECOMMENDATIONS

For healthcare institutions

Strengthen the organizational structure and culture by clearly establishing psychological safety, mutual trust, and teamwork practices. Reduce excessive control in the management of the institution and introduce trust-based decisions that encourage nurses' initiative and professional responsibility.

In the area of professional development, ensure consistent and equal learning opportunities by preparing clearly understandable and practically applicable research summaries tailored to the characteristics of each age group to strengthen their competencies and willingness to apply evidence-based practices.

Develop a learning-based rather than blame-based organizational culture by encouraging more active and accurate participation by nurses in the reporting of adverse events.

For general practice nurses

Actively participate in professional development programs that apply evidence-based practice to strengthen skills in interpreting and applying evidence. Participate in activities that encourage constructive feedback.

Promote the exchange of internal knowledge and experience in the professional environment, with a particular focus on cooperation between employees of different age groups, reducing differences in attitudes. Encourage active employee involvement in decision-making related to the implementation of evidence-based practices.

Consistently report adverse events according to established criteria to strengthen the culture of patient safety. In case of uncertainty about the nature of events, consult with managers or colleagues to ensure accurate and precise reporting. Promote positive communication about adverse events, reduce the perception of negative pressure or judgment and strengthen a safe professional environment.

For researchers whose field of interest is related to evidence-based nursing practice

Continuing research in the field of evidence-based nursing practice, developing it in different clinical contexts, analyzing organizational factors and their influence on the application of practice, using mixed research methods, interventional and longitudinal research designs, and evaluating the effectiveness of specific evidence-based nursing practice implementation strategies, thereby consistently expanding the thematic and methodological scope of research.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Banning M. A review of clinical decision making: models and current research. *J Clin Nurs*. 2008;17(2):187–95.
2. Thompson C, Cullum N, McCaughan D, Sheldon TA, Raynor P. Nurses, information use, and clinical decision making – the real world potential for evidence-based decisions in nursing. *Evid Based Nurs*. 2004;7(3):68–72.
3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo pakeitimas. Įsakymas Nr. V-1001. 2018.
4. McLaughlin CP, Kaluzny AD. Continuous quality improvement in health care: theory, implementations, and applications. Jones & Bartlett Learning; 2006.
5. Huo M. Impact of an organizational climate for evidence-based practice on evidence-based practice behaviour among nurses: mediating effects of competence, work control, and intention for evidence-based practice implementation. *J Nurs Manag*. 2024; 2024(1):5972218.
6. Tanner CA. Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *J Nurs Educ*. 2006;45(6):204–11.
7. Corrao S, Argano C. Rethinking clinical decision-making to improve clinical reasoning. *Front Med (Lausanne)*. 2022;9:900543.
8. Zhang Y, Fu Y, Zheng X, et al. The impact of nursing work environment, emotional intelligence, and empathy fatigue on nurses' presenteeism: a structural equation model. *BMC Nurs* 2025;24:291.
9. Dusin J, Melanson A, Mische-Lawson L. Evidence-based practice models and frameworks in the healthcare setting: A scoping review. *BMJ Open*. 2023;13(5):e071188.
10. Harvey G, Kitson A. Chapter 5 Promoting action on research implementation in health services: the integrated-PARIHS framework. In: *Handbook on Implementation Science*. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing. [Published online May 21, 2020].
11. LoBiondo-Wood G, Haber J, Titler MG. Evidence-Based Practice for Nursing and Healthcare Quality Improvement. St. Louis, Missouri: Elsevier, 2019.
12. Dang D, Dearholt SL, Bissett K, Ascenzi J, Whalen M. Johns Hopkins Evidence-Based Practice for Nurses and Healthcare Professionals: Model and Guidelines. 4th ed. Sigma Theta Tau Intl, 2021. p. 384.
13. Rycroft-Malone J. The PARIHS framework – a framework for guiding the implementation of evidence-based practice. *J Nurs Care Qual*. 2004;19(4):297–304.
14. Hassanein S, El Arab RA, Abdrbo A, Abu-Mahfouz MS, Gaballah MKF, Seweid MM, Almari M, Alzghoul H. Artificial intelligence in nursing: an integrative review of clinical and operational impacts. *Front Digit Health*. 2025;7:1552372.
15. Demir AS, Karadag A. Impact of care bundles on hospital-acquired pressure injuries: a systematic review and meta-analysis. *Nurs Open*. 2025;12(3):e70173.
16. Alanazi WK, Almutairi SH, Alamri AA, Alsubaie MF, Tohary OM, Hussein MT, Alshamrani MH, Alharbi GG, Alsomali HM, Alsadran QT, Alzuwayed OA, Sumayli AM, Alrasheedi FS, Alamari YA. Effect of electronic prescription system modifications on reducing prescribing errors in a military hospital. *J Pharm Policy Pract*. 2024; 17(1):2431177.

17. Eichhober G, Voit M, Meyer F, Walter E. A budget impact analysis of a powered hybrid mattress to prevent pressure ulcers in the Austrian inpatient setting: an original research. *Health Sci Rep*. 2024;7(2):e1887.
18. Li Y, Liu S, Cai Y, Cun W, Zhang X, Jiang Y. Effectiveness of nursing interventions on patient experiences with health care: a systematic review and meta-analysis. *Int Nurs Rev*. 2025 Sep;72(3):e13075.
19. Campbell CM, Montgomery A, Ruffin A, Baernholdt M, Patrician PA. A cross-sectional study exploring nurse burnout and satisfaction with the electronic health record. *Comput Inform Nurs*. 2025 Jun 1;43(6):e01270.
20. Li LZ, Yang P, Singer SJ, Pfeffer J, Mathur MB, Shanafelt T. Nurse burnout and patient safety, satisfaction, and quality of care: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2024;7(11):e2443059.
21. Azama K, Latimer RW, Isherwood GK. An evidence-based practice mentoring program: outcomes and cost. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2025;22(2):e70006.
22. Montgomery A, Chalili V, Lainidi O, Mouratidis C, Maliousis I, Paitaridou K, Leary A. Psychological safety and patient safety: a systematic and narrative review. *PLoS One*. 2025;20(4):e0322215.
23. Cho H, Steege LM, Arsenault Knudsen ÉN. Psychological safety, communication openness, nurse job outcomes, and patient safety in hospital nurses. *Res Nurs Health*. 2023;46(4):445–53.
24. Melnyk BM, Hsieh AP, Messinger J, Thomas B, Connor L, Gallagher-Ford L. Budgetary investment in evidence-based practice by chief nurses and stronger EBP cultures are associated with less turnover and better patient outcomes. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2023;20(2):162–71.
25. Mekšriūnaitė S, Rudaitis K, Valintėlienė R. Nepageidaujamų įvykių registravimo ir mokymosi sistemos diegimas Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninėse: esama padėtis ir poreikiai. *Visuomenės sveikata*. 2015;1(68):40–5.
26. Šidlauskienė I, Tverkienė R, Šiupšinskienė N. Sveikatos priežiūros specialistų požiūris į pacientų saugą. *Taikomieji moksliniai tyrimai*. 2022;1(1):23–37.
27. Babinskas S, Kanapeckienė V. Nepageidaujamų įvykių valdymo patirtis užsienio šalyse. *Visuomenės sveikata*. 2019;87(4):20–8.
28. Kim S, Jeong HW. Developing and evaluating an evidence-based practice research competency enhancement program for clinical nurses in Korea: a pilot study. *BMC Nursing*. 2024;23(1):111.
29. Clark CC. *Creative Nursing Leadership and Management*. Sudbury: Jones & Bartlett; 2008. p. 477.
30. Sidani S, Manojlovich M, Doran D, Fox M, Covell CL, Kelly H, McAllister M. Nurses' perceptions of interventions for the management of patient-oriented outcomes: a key factor for evidence-based practice. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2016;13(1):66–74.
31. Alatawi M, Aljuhani E, Alsufiany F, Aleid K, Rawah R, Aljanabi S, Banakhar M. Barriers of implementing evidence-based practice in nursing profession: a literature review. *American Journal of Nursing Science*. 2020;9(1):35–42.
32. Jordan P, Bowers C, Morton D. Barriers to implementing evidence-based practice in a private intensive care unit in the Eastern Cape. *South. Afr J Crit Care*. 2016;32(2):50–4.
33. Pitsillidou M, Noula M, Roupia Z, Farmakas A. Barriers to the adoption of evidence-based practice in nursing: a focus group study. *Acta Inform Med*. 2023;31(4):306–11.
34. Wallis L. Barriers to implementing evidence-based practice remain high for US nurses. *AJN*. 2012;112(12):15.

35. Bianchi M, Bagnasco A, Bressan V, Barisone M, Timmins F, Rossi S, Pellegrini R, Aleo G, Sasso L. A review of the role of nurse leadership in promoting and sustaining evidence-based practice. *J Nurs Manag.* 2018;26(8):918–32.
36. Gifford W, Zhang Q, Chen S, Davies B, Xie R, Wen SW, Harvey G. When east meets west: a qualitative study of barriers and facilitators to evidence-based practice in Hunan China. *BMC Nurs.* 2018;17:26.
37. Azmoude E, Aradmehr M, Dehghani F. Midwives' attitude and barriers of evidence-based practice in maternity care. *Malays J Med Sci.* 2018 May;25(3):120–8.
38. Cameron K. A process for changing organization culture. In: Cummings TG (Ed.). *Handbook of Organizational Development.* Thousand Oaks, CA: Sage Publishing. 2008. pp. 429–45.
39. Handy C. *Understanding organizations.* 4th ed. Penguin UK. 1993. p. 445.
40. Kotter JP. *Corporate culture and performance.* Simon & Schuster, 2008. p. 224.
41. Hofstede G. *Culture's consequences: comparing values, behaviours, institutions and organizations across nations.* 2nd ed. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications. 2001. p. 596.
42. Borycki E. 2024: a year of nursing informatics research in review. *JMIR Nurs.* 2025;8(1):e74345.
43. Carper BA. Fundamental patterns of knowing in nursing. *ANS Adv Nurs Sci.* 1978; 1(1):13–23.
44. Turner L, Shamseer L, Altman DG, Weeks L, Peters J, Kober T, Dias S, Schulz KF, Plint AC, Moher D. Consolidated standards of reporting trials (CONSORT) and the completeness of reporting of randomised controlled trials (RCTs) published in medical journals. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;11(11):MR000030.
45. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Int J Surg.* 2010;8(5):336–41. Erratum in: *Int J Surg.* 2010;8(8):658.
46. Yimam T, Mekonnen AM, Tsega Y, Gebeyehu EM. A cross-sectional study of evidence-based practice and association factors among nurses in public health facilities of Dessie city, Northeast Ethiopia. *Front Public Health.* 2025;13:1540388.
47. Scarsini S, Narduzzi B, Cadorin L, Palese A. Perceived barriers and enablers of nursing research in the Italian context: findings from a systematic review. *Zdr Varst.* 2022;61(3):181–90.
48. Mohamed RA, Alhujaily M, Ahmed FA, Nouh WG, Almowafy AA. Nurses' experiences and perspectives regarding evidence-based practice implementation in health-care context: a qualitative study. *Nurs Open.* 2024;11(1):e2080.
49. Feng X, Huang Q, Yuan L, Lu F, Deng R, Xia P. Reducing catheter-related bloodstream infections using Lean Six Sigma methodology. *BMC Health Serv Res.* 2024;24(1):1121
50. Scala A, Improta G. Lean Six Sigma approach to improve the management of patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *Healthcare (Basel).* 2024;12(3):292.
51. El Arab RA, Al Moosa OA, Abuadas FH, Somerville J. The role of AI in nursing education and practice: umbrella review. *J Med Internet Res.* 2025;27:e69881.
52. Nilsen P, Sundemo D, Heintz F, Neher M, Nygren J, Svedberg P, Petersson L. Towards evidence-based practice 2.0: leveraging artificial intelligence in healthcare. *Front Health Serv.* 2024;4:1368030.
53. Melnyk BM, Hsieh AP. Making the business case for evidence-based practice and nurse/clinician well-being to improve health care quality, safety, patient outcomes, and costs. *Nurse Leader.* 2025;23(3):244–8.

54. Rogers L, MacCormac A. Finding a balance: using a pre-post test to evaluate the effectiveness of scenario-based learning using a blended approach among undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*. 2025;147:106573.
55. Vu V, Buléon C, Le TA, Lua CCP, Martin F, Minehart R, Macaire P. Changing minds, saving lives: how training psychological safety transforms healthcare. *BMJ Open Qual*. 2025;14(2):e003186.
56. O'Hara S, Melnyk BM, Hsieh AP, Helsabeck NP, Giuliano KK, Vital C. Innovation, wellness, and EBP cultures are associated with less burnout, better mental health, and higher job satisfaction in nurses and the healthcare workforce. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2025;22(2):e70012.
57. El-Sayed AAI, Alsenany SA, Almalki RSE, Asal MGR. Fostering creativity-nurturing behaviors among nurse educators: investigating the interplay between evidence-based practice climate and artificial intelligence competence self-efficacy. *Nurse Educ Today*. 2025;151:106734.
58. McHugh MD, Lake ET. Understanding clinical expertise: nurse education, experience, and the hospital context. *Res Nurs Health*. 2010;33(4):276–87.
59. Tomotaki A, Sakai I, Fukahori H, Tsuda Y. Evaluation of an evidence-based practice education workshop focused on critical appraisal for advanced practice nurses: a before-after intervention study. *BMC Medical Education*. 2024;24(1):1351.
60. Jeong D, Park C, Sugimoto K, Jeon M, Kim D, Eun Y. Effectiveness of an evidence-based practice education program for undergraduate nursing students: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2024;21(5):637.
61. Trumble E, Lodge J, Mandrusiak A, Forbes R. Systematic review of distributed practice and retrieval practice in health professions education. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2024;29(2):689–714.
62. Martinengo L, Ng MSP, Ng TR, Ang YI, Jabir AI, Kyaw BM, Tudor Car L. Spaced digital education for health professionals: systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res*. 2024;26:e57760.
63. Eddy JR, Kovick L, Caboral-Stevens M. Meaningful recognition: a synergy between the individual and the organization. *Nursing Management*. 2021;52(1):14–21.
64. Weng YH, Chen C, Kuo KN, Yang CY, Lo HL, Chen KH, Chiu YW. Implementation of evidence-based practice in relation to a clinical nursing ladder system: a national survey in Taiwan. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2015 Feb;12(1):22–30.
65. Tellson A, Walker J, Woolverton S. RN compensation program: an innovative initiative for direct care nurses to drive outcomes. *Nurs Manage*. 2023;54(6):14–20.
66. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice*. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2023. p. 936.
67. Alsadaan N, Ramadan OME. Barriers and facilitators in implementing evidence-based practice: a parallel cross-sectional mixed methods study among nursing administrators. *BMC Nurs*. 2025;24(1):403.
68. Goodman B, Clemow R. *Nursing and collaborative practice: a guide to interprofessional learning and working*. London: Sage; 2010. p. 208.
69. Piscalkienė V, Mikutavičienė I, Bartusienė D, Navickienė L. Understanding the barriers to nurses' participation in research: an exploration of constraining factors in Lithuania. *Millennium – Journal of Education, Technologies, and Health*. 2025;2(27):e38242.
70. Block LM, Claffey C, Korow MK, McCaffrey R. The value of mentorship within nursing organizations. *Nurs Forum*. 2005;40(4):134–40.

71. Elhabashy S, Moriyama M, Mahmoud EID, Eysa B. Effect of evidence-based nursing practices training programme on the competency of nurses caring for mechanically ventilated patients: a randomised controlled trial. *BMC Nurs.* 2024;23(1):225.
72. Gassas R. Sources of the knowledge-practice gap in nursing: lessons from an integrative review. *Nurse Educ Today.* 2021;106:105095.
73. Thorsteinsson HS. Icelandic nurses' beliefs, skills, and resources associated with evidence-based practice and related factors: a national survey. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2013;10(2):116–26.
74. Saunders H, Vehviläinen-Julkunen K. Nurses' evidence-based practice beliefs and the role of evidence-based practice mentors at university hospitals in Finland. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2017;14(1):35–45.
75. Stokke K, Olsen NR, Espehaug B, Nortvedt MW. Evidence-based practice beliefs and implementation among nurses: a cross-sectional study. *BMC Nurs.* 2014;13(1):8.
76. Mousavizadeh SN, Mohtashami J. Correlation between professional autonomy and evidence-based practice in nurses. *Medical Science.* 2018;22(94):514–7.
77. Ominyi J, Agom DA, Beryl NA. Nursing autonomy and evidence-based practice in acute care: navigating power and promoting collaboration. *Nursing Forum.* 2025;60(1):9343933.
78. Perkins A. Nursing shortage: consequences and solutions. *Nursing made Incredibly Easy.* 2021;19(5):49–54.
79. World Health Organization. Nursing and midwifery: fact sheet. [3 May 2024]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/nursing-and-midwifery>.
80. Schein EH. *Organizational culture and leadership*. 4th ed. San Francisco: John Wiley & Sons, 2010. p. 454.
81. Ost K. Aligning organizational culture and infrastructure to support evidence-based practice. *Crit Care Nurse.* 2020;40(3):59–63.
82. Mohamed RA, Alhujaily M, Ahmed FA, Nouh WG, Almowafy AA. Nurses' experiences and perspectives regarding evidence-based practice implementation in healthcare context: a qualitative study. *Nurs Open.* 2024;11(1):e2080.
83. Kiptulon EK, Elmadani M, Limungi GM, Simon K, Tóth L, Horvath E, Szöllösi A, Galgalo DA, Maté O, Siket AU. Transforming nursing work environments: the impact of organizational culture on work-related stress among nurses: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2024;24(1):1526.
84. D'Silva R, Balakrishnan JM, Bari T, Verma R, Kamath R. Unveiling the heartbeat of healing: exploring organizational culture in a Tertiary Hospital's Emergency Medicine Department and its influence on employee behavior and well-being. *Int J Environ Res Public Health.* 2024;21(7):912.
85. Park CE, Kang J, Myung SH, Yoo HS, Cho IY. Factors influencing on future core nursing competency: focusing on King's Dynamic Interaction System Model in South Korea: a cross-sectional study. *Child Health Nurs Res.* 2025;31(2):120–30.
86. Furtado L, Coelho F, Mendonça N, Soares H, Gomes L, Sousa JP, Duarte H, Costeira C, Santos C, Araújo B. Exploring professional practice environments and organisational context factors affecting nurses' adoption of evidence-based practice: a scoping review. *Healthcare (Basel).* 2024;12(2):245.
87. Lee SE, Lee JW. Effects of hierarchical unit culture and power distance orientation on nurses' silence behavior: the roles of perceived futility and hospital management support for patient safety. *J Nurs Manag.* 2024;2024:6564570.
88. Giesen J, Berings M, Bakker-Jacobs A, Vermeulen H, Huisman-De Waal G, Van Vught A. Facilitating an evidence-based quality improvement learning culture in nursing

- teams through coaching and identification of key influencing factors: an action research approach. *J Adv Nurs*. 2025;81(11):7802–7819.
89. Wudu MA, Tarekegn SM, Wondifraw EB, Birhanu TA, Hailu MK, Bekalu YE, Yosef ST, Belete MA. Uptake of evidence-based practice and its predictors among nurses in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *Front Pharmacol*. 2024;15:1421690.
 90. Hu S, Liu S, Li X, Zhao J, Chen J, Chen W, Hu J. Organizational evidence-based practice culture, implementation leadership, and nurses: a bidirectional mediation model. *Int Nurs Rev*. 2025;72(2):e13054.
 91. Patterson Silver Wolf Adelv Unegv Waya DA, Dulmus CN, Maguin E. Is openness to using empirically supported treatments related to organizational culture and climate? *J Soc Serv Res*. 2013;39(4):562–71.
 92. Ishii K, Takemura Y, Kitamura A. Group-learning activities and nurses' internalization of evidence-based practices: secondary analysis of a cross-sectional study in hospital wards. *J Nurs Manag*. 2025;2025:6080964.
 93. Sutton RT, Pincock D, Baumgart DC, Sadowski DC, Fedorak RN, Kroeker KI. An overview of clinical decision support systems: benefits, risks, and strategies for success. *NPJ Digit Med*. 2020;3:17.
 94. Fisher C, Cusack G, Cox K, Feigenbaum K, Wallen GR. Developing competency to sustain evidence-based practice. *J Nurs Adm*. 2016;46(11):581–5.
 95. Rastenienė V, Naciūtė G, Orlauskaitė A. Slaugytojų trūkumas sveikatos priežiūros įstaigose: priežastys ir problematika. *Sveikatos mokslai*. 2023;33(7):141–5.
 96. Lindquist KM, Mendon-Plasek SJ, Timmins GT, Dopp AR, Hunter SB. Navigating funding cliffs: an exploration of the dynamic contextual factors that influence evidence-based practice sustainment. *JAACAP Open*. 2024;3(2):245–56.
 97. Lee SE, Lee JW. Effects of hierarchical unit culture and power distance orientation on nurses' silence behaviour: The roles of perceived futility and hospital management support for patient safety. *J Nurs Manag*. 2024;2024:6564570.
 98. Arsenault Knudsen ÉN, Mundt MP, Steege LM. Describing nurses' communication about evidence-based practice change: a social network analysis of hospital nurses. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2024;21(2):128–36.
 99. Fontaine P, Ross SE, Zink T, Schilling LM. Systematic review of health information exchange in primary care practices. *J Am Board Fam Med* 2010;23(5):655–70.
 100. Friesen-Storms JH, Bours GJ, van der Weijden T, Beurskens AJ. Shared decision making in chronic care in the context of evidence-based practice in nursing. *Int J Nurs Studes*. 2015;52(1):393–402.
 101. Reuterswärd M, Hylander I. Shared responsibility: school nurses' experience of collaborating in school-based interprofessional teams. *Scand J Caring Sci*. 2017;31(2):253–62.
 102. Sherman R, Cohn TM. Promoting professional accountability and ownership. *American Nurse Today*. 2019;14(2):24–6.
 103. Centola D, Becker J, Zhang J, Aysola J, Guilbeault D, Khoong E. Experimental evidence for structured information-sharing networks reducing medical errors. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2023;120(31):e2108290120.
 104. Montori VM, Ruissen MM, Hargraves IG, Brito JP, Kunneman M. Shared decision-making as a method of care. *BMJ Evid Based Med*. 2023;28(4):213–7.
 105. Truglio-Londrigan M, Slyer JT. Shared decision-making for nursing practice: an integrative review. *Open Nurs J*. 2018;12:1–14.

106. An X, Zhang D, Wang Q, Shi X, Wang M, Wang Y, Ma J. The role of evidence-based practice and empathy in shared decision-making attitudes among newly graduated nurses: a cross-sectional study. *J Adv Nurs*. 2025;81(2):777–86.
107. Goeschel C. Defining and assigning accountability for quality care and patient safety. *J Nurs Regul*. 2011;2(1):28–35.
108. Jankauskienė D, Kostereva A. Nepageidaujamų įvykių valdymas ligoninėje. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2019;1(11):40–62.
109. Janušonis V, Kasap G. Nepageidaujami įvykiai sveikatos priežiūroje: medikų požiūris į jų registraciją ir pranešimus išvystytos infrastruktūros daugiaprofilinėse ligoninėse. *Sveikatos mokslai*. 2012;22(4):62–9.
110. Reason J. Safety in the operating theatre – Part 2: Human error and organisational failure. *Qual Saf Health Care*. 2005;14(1):56–60.
111. Zhao X, Zhao L, Li G, Yang W, Wang H, Yang Y. Reducing nurses' barriers to reporting adverse events using a WeChat-based cognitive load training platform: an open-label, randomised controlled trial. *Risk Manag Healthc Policy*. 2025;18:947–61.
112. Wu F, Wang X, Chen S, Li H, Xie H. Nurses' adverse event reporting attitudes and related factors: A cross-sectional study in maternal and child specialised hospitals in China. *Front Public Health*. 2024;12:1434387.
113. Wang X, Liu M, Xu T, Wang K, Huang L, Zhang X. New nurses' practice environment, job stress, and patient safety attitudes: A cross-sectional study based on the job demands-resources model. *BMC Nurs*. 2024;23(1):473.
114. Barkell NP, Snyder SS. Just culture in healthcare: an integrative review. *Nurs Forum*. 2021;56(1):103–11.
115. Murray J, Sorra J, Gale B, Mossburg S. Ensuring patient and workforce safety culture in healthcare. PSNet [internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality, US Department of Health and Human Services. 2024.
116. Huang YL, Moon J, Segal JB. A comparison of active adverse event surveillance systems worldwide. *Drug Saf*. 2014;37(8):581–96.
117. Chance EA, Florence D, Sardi Abdoul I. The effectiveness of checklists and error reporting systems in enhancing patient safety and reducing medical errors in hospital settings: A narrative review. *Int J Nurs Sci*. 2024;11(3):387–98.
118. Appelbaum NP, Dow A, Mazmanian PE, Jundt DK, Appelbaum EN. The effects of power, leadership and psychological safety on resident event reporting. *Med Educ*. 2016;50(3):343–50.
119. Wampold BE, Bhati KS. Attending to the omissions: A historical examination of evidence-based practice movements. *Prof Psychol Res Pr*. 2004;35(6):563–70.
120. dos Santos MA, Tygesen H, Eriksson H, Herlitz J. Clinical decision support system (CDSS) – effects on care quality. *Int J Health Care Qual Assur*. 2014;27(8):707–18.
121. Elstein AS, Shulman LS, Sprafka SA, et al. Medical problem solving: an analysis of clinical reasoning. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1978. p. 346.
122. Benner P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing Company; 1984. p. 307.
123. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312(7023):71–2.
124. Wehking F, Debruwere M, Danner M, Geiger F, Buenzen C, Lewejohann JC, Scheibler F. Impact of shared decision making on healthcare in recent literature: a scoping review using a novel taxonomy. *J Public Health*. 2023;32:2255–66.
125. Waterson P (Ed.). Patient safety culture: theory, methods and application. 1st ed. London: CRC Press, 2014. p. 444.

126. Vincent C. Patient safety. John Wiley & Sons, 2011. p. 432.
127. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academies Press; 1999. p. 312.
128. Patel VL, Kaufman DR, Arocha JF. Emerging paradigms of cognition in medical decision-making. *J Biomed Inform.* 2002;35(1):52–75.
129. Meadows DH. *Thinking in systems: a primer*. Chelsea Green Publishing, 2008.
130. Kelly U, Edwards G, Shapiro SE. Nursing policies and protocols: do nurses really use them? *J Nurs Care Qual.* 2021;36(3):217–22.
131. Lewin K. Frontiers in group dynamics: concept, method and reality in social science; social equilibria and social change. *Hum Relat.* 1947;1(1):5–40.
132. Burnes B. Kurt Lewin and the planned approach to change: a re-appraisal. *J Manage Stud.* 2004;41(6):977–1002.
133. Scott K, McSherry R. Evidence-based nursing: clarifying the concepts for nurses in practice. *J Clin Nurs.* 2009;18(8):1085–95.
134. Mantzoukas S. A review of evidence-based practice, nursing research and reflection: levelling the hierarchy. *J Clin Nurs.* 2008;17(2):214–23.
135. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ.* 1996;312(7023):71–2.
136. Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, Sexton B, Hyzy R, Welsh R, Roth G, Bander J, Kepros J, Goeschel C. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med.* 2006;355(26):2725–32. Erratum in: *N Engl J Med.* 2007 Jun 21;356(25):2660.
137. Best A, Greenhalgh T, Lewis S, Saul JE, Carroll S, Bitz J. Large-system transformation in health care: a realist review. *Milbank Q.* 2012;90(3):421–56.
138. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci.* 2009;4:50.
139. Benner P, Tanner CA, Chesla CA, editors. *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics*. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company, 2009. p. 528.
140. Vincent C, Burnett S, Carthey J. The measurement and monitoring of safety: a framework for measuring and monitoring clinical risk and harm. Health Foundation, 2013. p. 92.
141. Shortell SM, Bennett CL, Byck GR. Assessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice: what it will take to accelerate progress. *Milbank Q.* 1998;76(4):593–624.
142. Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D, editors. *Improving patient care: the implementation of change in health care*. 2nd ed. John Wiley & Sons, 2013. p. 392.
143. Ajibade B. Assessing the patient's needs and planning effective care. *Br J Nurs.* 2021;30(20):1166–71.
144. Groves PS, Meisenbach RJ, Scott-Cawiezell J. Keeping patients safe in healthcare organizations: a structuration theory of safety culture. *J Adv Nurs.* 2011;67(8):1846–55.
145. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int.* 2000;15(3):259–67.
146. Best A, Greenhalgh T, Lewis S, Saul JE, Carroll S, Bitz J. Large-system transformation in health care: a realist review. *Milbank Q.* 2012;90(3):421–56.
147. Asamrew N, Endris AA, Tadesse M. Level of patient satisfaction with inpatient services and its determinants: a study of a specialized hospital in Ethiopia. *J Environ Public Health.* 2020;2020(1):2473469.

148. Carman KL, Dardess P, Maurer M, et al. Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Aff (Millwood)*. 2013;32(2):223–31.
149. Hibbard JH, Greene J. What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. *Health Aff (Millwood)*. 2013; 32(2):207–14.
150. Fontaine G, Vinette B, Weight C, Maheu-Cadotte MA, Lavallée A, Deschênes MF, Lapierre A, Castiglione SA, Chicoine G, Rouleau G, Argiropoulos N, Konnyu K, Mooney M, Cassidy CE, Mailhot T, Lavoie P, Pépin C, Cossette S, Gagnon MP, Semenic S, Straiton N, Middleton S. Effects of implementation strategies on nursing practice and patient outcomes: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *Implement Sci*. 2024;19(1):68.
151. Graverholt B, Espehaug B, Ciliska D, Potrebny T. The effectiveness of a knowledge translation intervention on the implementation of NEWS2 in nursing homes: a pragmatic cluster RCT. *Implement Sci*. 2024;19(1):64.
152. Endalamaw A, Khatri RB, Mengistu TS, Erku D, Wolka E, Zewdie A, Assefa Y. A scoping review of continuous quality improvement in healthcare system: conceptualization, models and tools, barriers and facilitators, and impact. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):487.
153. Ouyang Q, Zhang G, Xie Y, Yuan H, Cheng F, Huang Q. Effects of a special continuous quality improvement in nursing on the management of adverse care events: a retrospective study. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):692.
154. Chen Z, Liang N, Zhang H, Li H, Yang Y, Zong X, Chen Y, Wang Y, Shi N. Harnessing the power of clinical decision support systems: challenges and opportunities. *Open Heart*. 2023;10(2):e002432.
155. Schoonenboom J, Johnson RB. How to construct a mixed methods research design. *Kolner Z Soz Sozpsychol*. 2017;69(2):107–31.
156. Funk SG, Champagne MT, Wiese RA, Tornquist EM. Barriers to using research findings in practice: the clinician's perspective. *Appl Nurs Res*. 1991;4(2):90–5.
157. Santesson AHE, Bäckström M, Holmberg R, Perrin S, Jarbin H. Confirmatory factor analysis of the Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS) in a large and representative Swedish sample: Is the use of the total scale and subscale scores justified? *BMC Med Res Methodol*. 2020;20:254.
158. Szota K, Thielemann JFB, Christiansen H, Rye M, Aarons GA, Barke A. Cross-cultural adaptation and psychometric investigation of the German version of the Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS-36D). *Health Res Policy Syst*. 2021;19:90.
159. Erickson JI, Duffy ME, Ditomassi M, Jones D. Psychometric evaluation of the Revised Professional Practice Environment scale. *J Nurs Adm*. 2009;39(5):236–43.
160. Wilson B, Bekker HL, Fylan F. Reporting of clinical adverse events scale: a measure of doctor and nurse attitudes to adverse event reporting. *BMJ Qual Saf*. 2008;17(5):364–7.
161. Hayes AF. Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: a regression-based approach. 2nd ed. New York: The Guilford Press, 2017. p. 692.
162. Braun V, Clarke V. Successful qualitative research: a practical guide for beginners . London: SAGE Publication, 2013. p. 400.
163. Rudman A, Boström AM, Wallin L, Gustavsson P, Ehrenberg A. Registered nurses' evidence-based practice revisited: a longitudinal study in mid-career. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2020;17(5):348–55.

164. Degu AB, Yilma TM, Beshir MA, Inthiran A. Evidence-based practice and its associated factors among point-of-care nurses working at the teaching and specialized hospitals of Northwest Ethiopia: a concurrent study. *PLoS One*. 2022;17(5):e0267347.
165. Hashish A, Aly E. Evidence-based practice and its relationship to quality improvement: a cross-sectional study among Egyptian nurses. *Open Nurs J*. 2020;14(1).
166. Peršolja M. Teaching evidence-based practice to non-native english-speaking undergraduate nursing students: an integrative literature review. *Nurse Educ Pract*. 2025; 87:104496.
167. Heydari A, Emami Zeydi A. Barriers to and facilitators of research utilization among Iranian nurses: a literature review. *J Caring Sci*. 2014;3(4):265–75.
168. Eckleberry-Hunt J, Tucciarone J. The challenges and opportunities of teaching “Generation Y”. *J Grad Med Educ*. 2011;3(4):458–61.
169. Furtado L, Coelho F, Mendonça N, Soares H, Gomes L, Sousa JP, Duarte H, Costeira C, Santos C, Araújo B. Exploring professional practice environments and organisational context factors affecting nurses’ adoption of evidence-based practice: a scoping review. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(2):245.
170. Coiera E. Communication systems in healthcare. *Clin Biochem Rev*. 2006;27(2):89–98.
171. Hosseini-Moghaddam F, Mohammadpour A, Bahri N, Mojalli M. Nursing managers’ perspectives on facilitators of and barriers to evidence-based practice: a cross-sectional study. *Nurs Open*. 2023;10(9):6237–47.
172. Tacchini-Jacquier N, Hertzog H, Ambord K, Urban P, Turini P, Verloo H. An evidence-based, nursing handover standard for a multisite public hospital in Switzerland: web-based, modified delphi study. *JMIR Nurs*. 2020;3(1):e17876.
173. Innis J, Barnsley J, Berta W, Daniel I. Do hospital size, location, and teaching status matter? Role of context in the use of evidence-based discharge practices. *International J Healthc Manag*. 2021;14(4):1011–7.
174. Grimshaw JM, Eccles MP, Lavis JN, Hill SJ, Squires JE. Knowledge translation of research findings. *Implement Sci*. 2012;7:50.
175. Steele R. Mental health clinicians’ views of summary and systematic review utility in evidence-based practice. *Health Info Libr J*. 2021;38(4):295–303.
176. Kotter JP. *Leading Change*. Boston, MA: Harvard Business Review Press, 2012. p. 208.

MOKSLO PUBLIKACIJŲ, PRANEŠIMŲ SĄRAŠAS

Publikacijos, kuriose paskelbti tyrimo rezultatai

1. Kiviliene J, Paukstaitiene R, Stievano A, Blazeviciene A. The relationship between clinical environment and adverse events reporting: evidence from Lithuania. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(2):252. doi: 10.3390/healthcare12020252. Prieiga per internetą: <https://www.mdpi.com/2227-9032/12/2/252>
2. Kiviliene J, Blazeviciene A. Attitudes of Generation Y nurses toward evidence-based nursing practice: a mixed-methods study. *Nurs Open*. 2025;12(6):e70257. doi: 10.1002/nop2.70257. Prieiga per internetą: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/nop2.70257>

Mokslinės konferencijos, kuriose paskelbti tyrimo rezultatai

1. Stendinis pranešimas „Nurses' experiences of adverse events reporting“, ICN Congress “Nursing power to change the world”, 2025 m. birželio 9–13 d., Suomija.
2. Žodinis pranešimas „Mokslo įrodymais grįsta slaugos praktika: kur link einame?“, profesinės kvalifikacijos tobulinimo programa „Mūsų slaugytojai – mūsų ateitis 2024“, 2024 m. gegužės 10 d., Lietuva.
3. Stendinis pranešimas „Nurses' attitude on evidence-based nursing practice: evidence from Lithuania“, International Scientific Conference on Medicine, 2024 m. balandžio 5 d., Latvija.
4. Žodinis pranešimas „Perceptions of adverse events reporting among various generations of nurses“, 8th International Health Sciences Conference, 2024 m. kovo 25–26 d., Lietuva.
5. Stendinis pranešimas „Nurses' attitudes towards reporting clinical adverse events: evidence from Lithuania“, XV tarptautinis simpoziumas “Nursing in the interdisciplinary healthcare”, 2023 m. rugsėjo 21–22 d., Lenkija.
6. Žodinis pranešimas „Mokslo įrodymais grįsta slaugos praktika: slaugytojų nuomonė ir požiūris“, mokslinė-praktinė konferencija „Komplikuo-tų chirurginių būklių ir komplikacijų prevencija, diagnostika ir valdymas“, 2023 m. birželio 16 d., Lietuva.
7. Stendinis pranešimas „Implementation of evidence-based practice in nursing practice: evidence from Lithuania“, Europos slaugytojų kongresas „Future Proof Nursing“, 2022 m. spalio 4–7 d., nuotoliu.

PRIEDAI

1 priedas

Dokumentas pasirašytas el. parašu:
GINTAUTAS GUMBREVIČIUS
Data: 2021-03-10 20:45:19 GMT+2



KAUNO REGIONINIS BIOMEDICININIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, A. Mickevičiaus g. 9, LT 44307 Kaunas, tel. (+370) 37 32 68 89; el. paštas: kaunorbtek@ismuni.lt

LEIDIMAS ATLIKTI BIOMEDICININĮ TYRIMĄ

2021-03-10 Nr. BE-2-14

Biomedicininio tyrimo pavadinimas: Mokslo įrodymais grįstos slaugos ir profesinės praktikos aplinkos vertinimas Lietuvos ligoninėse: susijusių veiksnių analizė.	
Protokolo Nr.:	1.3
Data:	2021-02-03
Versija:	1.3
Asmens informavimo forma:	Versija 1.4, data: 2021-02-03
Pagrindinis tyrėjas:	Prof. Aurelija Blaževičienė
Biomedicininio tyrimo vieta:	Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Slaugos ir rūpybos katedra
Įstaigos pavadinimas:	Eivenių g. 2, Kaunas LT - 50161
Adresas:	

Išvada:

Kauno regioninio biomedicininio tyrimų etikos komiteto posėdžio, įvykusio **2021 m. kovo mėn. 2 d.** (protokolo Nr. 2021-BE10-0003) sprendimu pritarta biomedicininio tyrimo vykdymui.

Mokslinio eksperimento vykdytojai įsipareigoja: (1) nedelsiant informuoti Kauno Regioninį biomedicininio Tyrimų Etikos komitetą apie visus nenumatytus atvejus, susijusius su studijos vykdymu, (2) iki sausio 15 dienos – pateikti metinį studijos vykdymo apibendrinimą bei, (3) per mėnesį po studijos užbaigimo, pateikti galutinį pranešimą apie eksperimentą.

Kauno regioninio biomedicininio tyrimų etikos komiteto nariai			
Nr.	Vardas, Pavardė	Veiklos sritis	Dalyvavo posėdyje
1.	Doc. dr. Gintautas Gumbrevičius	Klinikinė farmakologija	Taip
2.	Prof. dr. Kęstutis Petrikonis	Neurologija	Taip
3.	Dr. Saulius Raugėlė	Chirurgija	Taip
4.	Dr. Lina Jankauskaitė	Pediatrija	Ne
5.	Prof. dr. Džilda Veličkienė	Endokrinologija	Taip
6.	Doc. dr. Eimantas Pečiūš	Visuomenės sveikata	Taip
7.	Aušra Degutytė	Visuomenės sveikata	Taip
8.	Dr. Žydrūnė Luneckaitė	Visuomenės sveikata	Taip
9.	Viktorija Bučinskaitė	Teisė	Taip

Kauno regioninis biomedicininis tyrimų etikos komitetas dirba vadovaudamasis etikos principais nustatytais biomedicininio tyrimų Etikos įstatyme, Helsinkio deklaracijoje, vaistų tyrinėjimo Geros klinikinės praktikos taisyklėmis.

Kauno RBTEK pirmininkas

Doc. dr. Gintautas Gumbrevičius



Pasirašyta kvalifikuotu el. parašu:
GINTAUTAS GUMBREVIČIUS
Data: 2023-10-04 22:04:16 GMT+3



KAUNO REGIONINIS BIOMEDICININIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, A. Mickevičiaus g. 9, LT-44307 Kaunas, tel. +370 37 32 72 29; el. paštas: kaunorbtek@lsmuni.lt

PRITARIMAS

BIOMEDICININIO TYRIMO PAPILDYMOI/PRAŤESIMUI

2023-10-04 Nr. P1-BE-2-14/2021

Biomedicininio tyrimo pavadinimas: „Mokslo įrodymais grįstos slaugos ir profesinės praktikos aplinkos vertinimas Lietuvos ligoninėse: susijusių veiksmų analizė“	
Pagrindinis tyrėjas:	Prof. dr. Aurelija Blaževičienė
Biomedicininio tyrimo vieta:	Lietuvos sveikatos mokslų universitetas Slaugos klinika
Adresas:	Eivenių g. 4, LT-50161, Kaunas

Peržiūrėti šie [] su minėtu tyrimu susiję dokumentai:

[] Pagrindinio tyrėjo prašymas papildyti biomedicininį tyrimą „Mokslo įrodymais grįstos slaugos ir profesinės praktikos aplinkos vertinimas Lietuvos ligoninėse: susijusių veiksmų analizė“;

[] Paraiška biomedicininiam tyrimui „Mokslo įrodymais grįstos slaugos ir profesinės praktikos aplinkos vertinimas Lietuvos ligoninėse: susijusių veiksmų analizė“;

[] Biomedicininio tyrimo „Mokslo įrodymais grįstos slaugos ir profesinės praktikos aplinkos vertinimas Lietuvos ligoninėse: susijusių veiksmų analizė“ protokolas (nr. 1, versija: 6, data: 2023-06-19);

[] Biomedicininio tyrimo „Mokslo įrodymais grįstos slaugos ir profesinės praktikos aplinkos vertinimas Lietuvos ligoninėse: susijusių veiksmų analizė“ protokolo (nr. 1, versija: 6, data: 2023-06-19) santrauka;

[] Biomedicininio tyrimo „Mokslo įrodymais grįstos slaugos ir profesinės praktikos aplinkos vertinimas Lietuvos ligoninėse: susijusių veiksmų analizė“ informuoto asmens sutikimo forma (versija: 1.5, data: 2023-08-23);

[] Biomedicininio tyrimo etinio vertinimo anketa;

[] Sutelktų (focus) grupių interviu klausimai.

[] **Nutarta: Pritarti biomedicininio tyrimo papildymui/pratęsimui**

Kauno regioninio biomedicininių tyrimų etikos komiteto nariai		
Nr.	Vardas, pavardė	Veiklos sritis
1.	Doc. dr. Gintautas Gumbrevičius	Klinikinė farmakologija
2.	Prof. dr. Kęstutis Petrikonis	Neurologija
3.	Dr. Saulius Raugelė	Chirurgija
4.	Prof. dr. Lina Jankauskaitė	Pediatrija
5.	Prof. dr. Džilda Veličkienė	Endokrinologija
6.	Prof. dr. Eimantas Peičius	Visuomenės sveikata
7.	Aušra Degutytė	Visuomenės sveikata
8.	Doc. dr. Žydrūnė Luneckaitė	Visuomenės sveikata
9.	Viktorija Bučinskaitė	Teisė

Kauno regioninis biomedicininių tyrimų etikos komitetas dirba vadovaudamasis etikos principais nustatytais biomedicininių tyrimų Etikos įstatyme, Helsinkio deklaracijoje, vaistų tyrinėjimo Geros klinikinės praktikos taisyklėmis.

Pirmininkas

doc. dr. Gintautas Gumbrevičius



CURRICULUM VITAE

Name, Surname: Justė Kivilienė
Address: Lithuanian University of Health Sciences,
Medical Academy, Faculty of Nursing,
Eivenių 2, LT-50161 Kaunas, Lithuanian
Phone: +370 628 83521
E-mail: juste.kiviliene@lsmu.lt

Work experience

2023–present Head of Nursing, Department of Gastroenterology,
Hospital of Lithuanian University of Health Sciences
Kauno klinikos

2019–2023 Senior Nurse – Nursing Administrator, Endoscopy
Unit, Hospital of Lithuanian University of Health
Sciences Kauno klinikos

2018–present Assistant Lecturer, Lithuanian University of Health
Sciences

2014–2023 Nurse, Endoscopy Unit, Hospital of Lithuanian
University of Health Sciences Kauno klinikos

2012–2014 Nurse, Blood Center, Hospital of Lithuanian University
of Health Sciences Kauno klinikos

Education

2012–2014 Master of Clinical Nursing, Medical Academy,
Lithuanian University of Health Sciences

2008–2012 Bachelor of Nursing, Medical Academy,
Lithuanian University of Health Sciences

Internships

2025-04 Glasgow Caledonian University, Department of Nursing
and Community Health, Scotland, United Kingdom

PADĖKA / ACKNOWLEDGMENT

Ypač dėkinga esu mokslinei vadovei prof. dr. Aurelijai Blaževičienei už jos neįkainojamą pagalbą, vertingas įžvalgas ir nuoširdų padrąšinimą. Jūsų patarimai ir asmeninis pavyzdys nuolat skatina tobulėti – tiek akademinėje srityje, tiek asmeniškai, augti kaip tyrėjai ir kaip asmenybei.

Taip pat dėkoju publikacijos bendraautorei prof. dr. Renatai Paukštaitienei už bendradarbiavimą ir pagalbą pritaikant naujus statistinės analizės metodus.

Special thanks to Dr. Gordon Hill of Glasgow Caledonian University for generously sharing his knowledge and experience during my internship. Your mentorship left a lasting impact and played a meaningful role in my academic development.

Ačiū Mildai ir Arūnei, mano kolegėms ir kabineto draugėms – už nuolatinę paramą ir už tai, kad buvote šalia, kai to labiausiai reikėjo. Jūsų draugystė padėjo palengvinti sunkias dienas.

Nepaprastai dėkinga esu savo šeimai – vyrui ir sūnums – už jų kantrybę ir supratingumą ir besąlygišką palaikymą. Jūsų meilė ir parama padėjo man nepasiduoti. Taip pat dėkoju mamai ir sesei už išmintingus patarimus – tiek gyvenime, tiek šioje mokslinėje kelionėje.

Pabaigai visai mano darbo šeimai – kolegoms ligoninėje ir Slaugos klinikoje – dėkoju už jūsų padrąšinimus ir tai, kad visada paklaUSDavote: „Kaip sekasi?“.