

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
VIEŠOJO VALDYMO IR VERSLO FAKULTETAS
VADYBOS IR POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

ERIKA JASUKAITIENĖ

IŠPLĖSTINĖS SLAUGOS PRAKTIKOS INTEGRACIJA
SLAUGOS VADOVŲ POŽIŪRIU

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas

Doc.dr.Rūta Dačiulytė

VILNIUS

2022

TURINYS

IVADAS.....	9
1. IŠPLĖSTINĖS SLAUGOS PRAKTIKOS INTEGRACIJOS TEORINIAI IR TEISINIAI ASPEKTAI.....	12
1.1. Išplėstinės slaugos praktikos teisinis reguliavimas tarptautiniu mastu.....	12
1.2. Išplėstinės slaugos praktikos teisinis reguliavimas Lietuvoje	18
1.3. Išplėstinės slaugos praktikos slaugytojų kompetencijos: samprata, ribos ir ugdymo modeliai ..	21
1.4. Išplėstinės slaugos praktikos integracijos veiksniai	27
1.5. Teorinės dalies apibendrinimas	32
2. IŠPLĖSTINĖS SLAUGOS PRAKTIKOS INTEGRACIJOS METODOLOGIJA	35
3. IŠPLĖSTINĖS SLAUGOS PRAKTIKOS INTEGRACIJOS TYRIMO REZULTATŲ ANALIZĖ.....	39
3.1. Demografinės respondentų charakteristikos.....	39
3.2. Išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijų vertinimas ir reikšmė	40
3.3. Išplėstinės slaugos praktikos integracija ir jos veiksniai	47
4. DISKUSIJA.....	66
IŠVADOS	70
REKOMENDACIJOS	72
BIBLIOGRAFIJOS ŠALTINIŲ SARAŠAS	73
SANTRAUKA.....	80
SUMMARY.....	81
PRIEDAI	82

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Išplėstinės praktikos slaugytojo apibrėžimas skirtingose pasaulio šalyse	13
2 lentelė. Išplėstinės praktikos slaugytojo kvalifikacijai įgauti reikalingas išsilavinimas ir kiti reikalavimai skirtingose pasaulio šalyse	14
3 lentelė. Išplėstinės slaugos praktikos teisinio reguliavimo palyginimas Lietuvoje, JAV ir Jungtinėje Karalystėje.....	20
4 lentelė. Išplėstinės slaugos praktikos kompetencijų modeliai ir taikymo sritys.....	24
5 lentelė. Išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijos.....	25
6 lentelė. Išplėstinės praktikos slaugytojų integracijos veiksniai.....	28
7 lentelė. Anketos blokai	36
8 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal sveikatos priežiūros įstaigą, pareigas ir darbo stažą	39
9 lentelė. Bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų, esamų bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų išplėtimo reikalingumo, išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybės buvimo darbovietėje vertinimas pagal darbo vietą.....	42
10 lentelė. Bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų, esamų bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų išplėtimo reikalingumo, išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybės buvimo darbovietėje vertinimas pagal pareigas	43
11 lentelė. Bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų, esamų bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų išplėtimo reikalingumo, išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybės buvimo darbovietėje vertinimas pagal darbo stažą	44
12 lentelė. Sąsajos tarp bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų, esamų bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų išplėtimo reikalingumo, išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybės buvimo darbovietėje	45
13 lentelė. Išplėstinės slaugos praktikos integracijos numatymo įstaigų strategijose pasiskirstymas pagal darbo vietą.....	48
14 lentelė. Išplėstinės slaugos praktikos integracijos numatymo įstaigų strategijose pasiskirstymas pagal pareigas.....	49
15 lentelė. Išplėstinės slaugos praktikos integracijos numatymo įstaigų strategijose pasiskirstymas pagal darbo stažą.....	49
16 lentelė. Sąsajos tarp bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų, esamų bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų išplėtimo reikalingumo, išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybės buvimo darbovietėje iš išplėstinės slaugos praktikos integracijos numatymo strategijoje vertinimų.....	50
17 lentelė. Sąsajos tarp išplėstinės slaugos praktikos integracijos numatymo įstaigos strategijoje ir išplėstinės praktikos slaugytojo kompetencijų	50

18 lentelė. Sąsajos tarp veiksmų, kurie yra svarbūs sėkmingai išplėstinės slaugos praktikos integracijai	52
19 lentelė. Sąsajos tarp bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų, esamų bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų išplėtimo reikalingumo, išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybės buvimo darbovietėje iš išplėstinės slaugos praktikos integracijos numatymo strategijoje ir veiksmų, kurie yra svarbūs sėkmingai išplėstinės slaugos praktikos integracijai	54
20 lentelė. Sąsajos tarp veiksmų, darančių įtaką išplėstinės slaugos praktikos integracijai	56
21 lentelė. Sąsajos tarp veiksmų, svarbių išplėstinės praktikos integracijos sėkmei ir veiksmų, darančių įtaką jai	57
22 lentelė. Sąsajos tarp bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų, esamų bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų išplėtimo reikalingumo, išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybės buvimo darbovietėje iš išplėstinės slaugos praktikos integracijos numatymo strategijoje ir veiksmų, darančių įtaką išplėstinės slaugos praktikos integracijai	58
23 lentelė. Išplėstinės slaugos praktiką ribojančių veiksmų tarpusavio sąsajos	60
24 lentelė. Išplėstinės slaugos praktiką ribojančių veiksmų ir integracijos sėkmės veiksmų sąsajos	61
25 lentelė. Sąsajos tarp išplėstinės slaugos praktiką ribojančių veiksmų ir veiksmų, darančių įtaką išplėstinės slaugos integracijai	63

PAVEIKSLŲ SARAŠAS

1 pav. Slaugos praktikos kontrolė	23
2 pav. Loginė tyrimo schema	35
3 pav. Bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų vertinimas, proc.	40
4 pav. Esamų bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų išplėtimo reikalingumo vertinimas, proc.	41
5 pav. Išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybės buvimas darbovietėje, proc.	41
6 pav. Išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijų vertinimas, proc.	46
7 pav. Išplėstinės slaugos praktikos integracijos numatymas įstaigų strategijose, proc.	48
8 pav. Veiksniai svarbūs sėkmingai išplėstinės slaugos praktikos integracijai, proc.	51
9 pav. Veiksniai, darantys įtaką išplėstinės slaugos praktikos integracijai, proc.	55
10 pav. Išplėstinės slaugos praktiką ribojantys veiksniai, proc.	59

PRIEDŲ SĄRAŠAS

1 priedas. Anketa.....	82
------------------------	----

SANTRUMPŲ SĄRAŠAS

ES – Europos Sąjunga;

JAV – Jungtinės Amerikos Valstijos;

MN – Medicinos norma;

NHS – Jungtinės Karalystės Nacionalinės sveikatos taryba;

PEPPA – modelis susidedantis iš dalyvavimo, įrodymų pagrindimo, į pacientą orientuoto proceso, įgyvendinimo ir išplėstinės praktikos slaugytojo vertinimo.

ŽODYNAS

Išplėstinės slaugos praktika – bendrosios praktikos slaugytojo, turinčio galiojančią bendrosios slaugos praktikos licenciją, kurioje teisės aktų nustatyta tvarka yra įrašas apie įgytą išplėstinės praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją, teikiamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos (Lietuvos Respublikos slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatymas, 2001, suvest. red. 2020).

Išplėstinės slaugos praktikos integracija – tai, kai išplėstinės praktikos slaugytojo vaidmuo yra pilnai išnaudojamas sveikatos priežiūros sistemoje (DiCenso, Bryant-Lukosius, Martin-Misner ir kt., 2010).

Išplėstinės praktikos slaugytojas – bendrosios arba specializuotos praktikos slaugytojas, įgijęs papildomą išsilavinimą (ne mažesnę, kaip magistro laipsnis), turintis ekspertinę žinių bazę, gebantis priimti sprendimus ir turintis klinikinių kompetencijų išplėstinei praktikai (Guidelines on advanced practice nursing, 2020)

Kompetencija – žinių, įgūdžių, požiūrio, vertybių ir gebėjimų rinkinys, didinantis efektyvumą profesinėje darbo aplinkoje (Faraji, Karimi, Azizi ir kt., 2019).

Kompetencijos ribos – leidimas atlikti tik tuos veiksmus, kurie yra apibrėžti pagal galiojančius teisės aktus, o patys slaugytojai atitinka tam tikrus nustatytus kriterijus bei sąlygas (Parker ir Hill, 2017).

IVADAS

Temos aktualumas. Slaugos koncepcija kiekvienoje pasaulio šalyje yra traktuojama skirtingai ir priklauso nuo socialinių, teisinių, ekonominių veiksnių, turimų ekonominių išteklių ir slaugos koncepcijos vystymosi istoriniu požiūriu. Tačiau svarbu išskirti ir tai, kad tose šalyse, kuriose medicina vystosi greičiau nei slauga, didėjančios medicinos galimybės daro mažesnę įtaką asmenų sveikatai (Šakalytė, 2014). Sveikatos priežiūros sistemos vystosi, nes joms reikia reformų ir pertvarkos, siekiant patenkinti besikeičiančius gyventojų demografinius poreikius, daugiau dėmesio skiriant įvairiems priežiūros galimybių teikimo aspektams (Shober, 2019). Tai aktualizuoja išplėstinės slaugos praktikos integracijos reikšmę. Išplėstinės slaugos praktikos atsiradimo prielaidos yra siejamos su sveikatos priežiūros pokyčių poreikiu, didesniais reikalavimais sveikatos priežiūros specialistams, sąlygotais naujų technologijų ir sveikatos priežiūros sistemos bei paslaugų raida (Chang ir kt., 2011). Išplėstinės praktikos slaugytojai vis dažniau perima kai kurias gydytojų kompetencijas, tačiau sėkmingas tokio vaidmens įgyvendinimas yra sudėtingas, jam yra reikalingi laiko ištekliai, todėl yra svarbu suprasti veiksnius, kurie gali padėti arba trukdyti įgyvendinti išplėstinės slaugos praktiką (Torrens ir kt., 2020.). Visiška integracija į sveikatos priežiūros sistemą reiškia, kad išplėstinės praktikos slaugytojo vaidmuo yra pilnai išnaudojamas sveikatos priežiūros sistemoje. Tačiau visiška integracija negali įvykti, jei vaidmuo nėra gerai išvystytas ir įgyvendintas (DiCenso, Bryant-Lukosius, Martin-Misner ir kt., 2010).

Visgi išplėstinės slaugos praktika susiduria su tam tikromis kliūtimis. Daugelis pasaulio šalių įdiegė išplėstinės slaugos praktiką be palaikomųjų teisės aktų, reguliavimo pakeitimų ar profesinio savarankiškumo užtikrinimo (Egerod, 2021), kai kuriose šalyse nėra suformuota išplėstinės praktikos slaugytojo apibrėžimo ar sistemos išplėstinės slaugos praktikos vaidmenims (Chang ir kt., 2011). Lietuvoje taip pat yra susiduriama su įvairiomis išplėstinės slaugos praktikos problemomis. Nors išplėstinės slaugos praktiką reglamentuojantys teisės aktai turėjo būti parengti jau 2014 m., tačiau reikšmingas Lietuvos Respublikos slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatymo pakeitimas buvo įvykdytas 2015 m., bendrosios praktikos slaugytojo MN 28:2019 norma pakeista 2019 m., o medicinos norma reglamentuojanti išplėstinės praktikos slaugytojo veiklą patvirtinta 2017 m. Visa tai lemia pasirinktos temos aktualumą.

Temos ištirtumas. Išplėstinės slaugos praktikos reguliavimą Europos Sąjungoje ir tarptautiniu mastu nagrinėjo tokie mokslininkai, kaip Zavackienė ir Šakienė (2015), Martsof, Auerbach ir Arifkhanova (2015), Carney (2016), Schober (2019), Lee, Hendriks ir Deaton (2020) ir kiti. Išplėstinės slaugos praktikos slaugytojų kompetencijas, ribas ir ugdymo modelius nagrinėjo Butėnas ir Žydzūnaitė (2013), Parker ir Hill (2017), Woo Lee ir Tam (2017), Lamb ir kt. (2018), Aguirre-Boza ir kt. (2019) ir kiti autoriai. Išplėstinės slaugos praktikos integraciją, jos svarbą, galimybes ir iššūkius nagrinėjo tokie mokslininkai kaip Zhang ir kt. (2016), Woo ir kt. (2017), Wang ir kt. (2018), Schober (2019), Crosson

(2020) ir kiti. DiCenso, Bryant-Lukosius, Martin-Misner ir kt. (2010), Carter, Martin-Misener, Kilpatrick ir kt. (2010), Contandriopoulos, Brousselle, Breton ir kt. (2016), Chouinard, Contandriopoulos, Perroux ir kt. (2017), Ameen (2017), Woo ir kt. (2017), Wang ir kt. (2018), Bryant-Lukosius ir kt. (2017) pateikė išplėstinės praktikos slaugytojų integracijos į sveikatos priežiūros sistemą veiksnius.

Tyrimo objektas – išplėstinės slaugos praktikos integracija.

Problema. Išplėstinės slaugos praktikos integracija susiduria su tokiais kliūtimis, kaip struktūros ar formalių taisyklių nebuvimas, skirtingų nuomonių sankirta, informacijos sklaidos nepakankamumas (Ameen, 2017; Woo ir kt., 2017; Wang ir kt., 2018), neaiškus išplėstinės slaugos praktikos apibrėžimas, nepakankamas teisės aktų reglamentavimas, švietimo programų stoka, finansavimu, gydytojų pasipriešinimu (Bryant-Lukosius ir kt., 2017). Išplėstinės slaugos praktikos slaugytojų apibrėžimas daugumoje šalių yra nepakankamas. Todėl praktikos apimtis priklauso nuo palaikomosios politikos ir teisės aktų, kurių trūksta šalyse, kur slaugytojai įgyja aukštąjį išsilavinimą, neįgydami didesnės autonomijos (Egerod, 2021). Viename tyrime nustatyta, kad pagrindiniai bendradarbiavimo ir integracijos barjerai yra nesutarimai dėl autonomijos lygio, tai kas įeina į slaugytojo kompetencijas, komandinių veiksnių stoka, profesionalumo stoka (Torrens ir kt., 2020). Santykius tarp profesionalų taip pat riboja ir greitas darbo ritmas (Hailu ir kt., 2016). Mokslinėje literatūroje išskiriamos problemos, susijusios su nepakankamu finansuojamų pozicijų skaičiumi, stabilaus finansavimo nebuvimu, netinkamu pridėtinių išlaidų finansavimu ir sudėtingu finansavimo procesu (DiCenso, Bryant-Lukosius, Martin-Misner ir kt., 2010). Dažnai išplėstinės slaugos praktikos slaugytojas veikia prižiūrint gydytojui. Todėl jie, kaip komandos nariai, gali būti nepastebimi (Lowe ir kt., 2011). Todėl išplėstinės slaugos praktikos vaidmenų plėtojimui ir integracijai yra būtina slaugos lyderystė. DiCenso, Bryant-Lukosius, Martin-Misner ir kt. (2010) pažymi, kad organizacinės, slaugos ir gydytojų paramos trūkumas trukdo įgyvendinti visų tipų išplėstinės praktikos slaugytojo vaidmenis. Lyderystė, leidžianti visapusiškai įgyvendinti išplėstinės praktikos slaugytojo vaidmenį, įgyvendina politiką, kuri palaiko ir įteisina vaidmenį bei suteikia tvirtą vadovybės paramą. Tai lemia šio darbo problemą, kuri išreiškiama klausimu – *kokios yra išplėstinės slaugos praktikos integravimo galimybės slaugos vadovų požiūriu Lietuvoje?*

Tyrimo hipotezė – išplėstinės slaugos praktikos integracijos galimybės slaugos vadovų požiūriu yra nepakankamos.

Šio darbo **tikslas** yra įvertinti išplėstinės slaugos praktikos integracijos galimybes slaugos vadovų požiūriu.

Uždaviniai:

1. Apžvelgti teisės aktus reglamentuojančius išplėstinės slaugos praktiką tarptautiniu ir nacionaliniu mastu.
2. Išanalizuoti išplėstinės slaugos praktikos integracijos teorinius aspektus;

3. Ištirti slaugos vadovų požiūrį į išplėstinės slaugos praktikos integracijos kliūtis.
4. Įvertinti išplėstinės slaugos praktikos integracijos galimybes slaugos vadovų požiūriu.

Darbe naudoti metodai:

- *Mokslinės literatūros analizė* yra naudojama siekiant atskleisti išplėstinės slaugos praktikos integracijos teorinius aspektus, slaugytojams būtinas kompetencijas ir jų ribas bei atskleisti išplėstinės slaugos praktikos integracijos svarbą, galimybes, trūkumus ir iššūkius.

- *Dokumentų ir teisės aktų analizė* yra skirta išanalizuoti išplėstinės slaugos praktikos ir jos integracijos teisinį reglamentavimą tarptautiniu ir nacionaliniu mastu.

- *Kiekybinis tyrimas – slaugos vadovų anketinė apklausa.* Ši apklausa yra skirta įvertinti slaugos vadovų požiūrį į išplėstinės slaugos praktikos integracijos kliūtis ir galimybes.

- *Statistinių duomenų analizė* yra skirta įvertinti anketinės apklausos metu gautus duomenis.

Darbo praktinė reikšmė. Moksliniu aspektu išplėstinės slaugos praktikos integracijos slaugos vadovų požiūriu vertinimo tyrimas yra nauja ir Lietuvoje nenagrinėta tema. Darbo praktinę reikšmę sudaro ir tai, kad nuo paramos išplėstinės slaugos praktikos integracijai priklauso teikiamų paslaugų apimtys, jų kokybė bei prieinamumas paslaugų gavėjams, o tai įtakoja visą sveikatos priežiūros sistemos kokybę, tarpprofesinius santykius ir vaidmenų dalijimąsi.

Darbo struktūra. Darbas yra sudarytas iš keturių pagrindinių dalių. Pirmoje dalyje yra pateikiami išplėstinės slaugos praktikos teoriniai ir teisiniai aspektai. Antroje darbo dalyje yra pateikiama tyrimo metodologija. Trečioji darbo dalis yra analitinė, skirta įvertinti slaugos vadovų požiūrį į išplėstinės slaugos praktikos integravimo kliūtis ir galimybes. Ketvirtoje darbo dalyje yra pateikiama diskusija – gauti rezultatai yra gretinami su kitų mokslininkų nuomonėmis.

1. IŠPLĖSTINĖS SLAUGOS PRAKTIKOS INTEGRACIJOS TEORINIAI IR TEISINIAI ASPEKTAI

Išplėstinės slaugos praktikos atsiradimą ir evoliuciją paskatino trys pagrindinės priežastys – sveikatos priežiūros reikalavimai, darbo reikalavimai bei visuomeninės jėgos (ekonominė aplinka, technologijų, sveikatos priežiūros paslaugų pokyčiai) (Chang, Glenn, Duffield ir Ramis, 2011). Pastaraisiais dešimtmečiais visame pasaulyje vyko nuolatinė išplėstinės slaugos praktikos plėtra. Būtent ši plėtra 2000 m. paskatino Tarptautinę slaugytųjų tarybą (angl. International Council of Nurses) pradėti išplėstinės praktikos slaugytojų tarptautinį bendradarbiavimą (Sheer, Kam ir Wong, 2008). Atsižvelgiant į tai šiame darbo skyriuje yra analizuojama mokslinė literatūra bei teisiniai dokumentai, susiję su išplėstinės slaugos praktikos integracija: nagrinėjamas išplėstinės slaugos praktikos reguliavimas Europos Sąjungos, tarptautiniu ir nacionaliniu mastu, apibrėžiamos slaugytojų kompetencijos, taip sudarant taip sudarant teorinius pagrindus tolimesniam pasirinktos darbo temos tyrimui.

1.1. Išplėstinės slaugos praktikos teisinis reguliavimas tarptautiniu mastu

Dažniausiai moksliniai darbai yra susiję su faktiniais slaugytojų darbo klausimais, o apie išplėstinės slaugos praktikos integraciją ir reguliavimą yra mažai užsimenama. Todėl išplėstinės slaugos praktikos reguliavimas Europos Sąjungoje ir tarptautiniu mastu įgauna ypatingą reikšmę, siekiant įvertinti išplėstinės slaugos praktikos integraciją ir jos galimybes. Svarbu išskirti tai, kad teisinis išplėstinės slaugos praktikos reguliavimas priklauso nuo kiekvienoje atskiroje šalyje esančios teisės šaltinių, civilinių ir baudžiamųjų teisės aktų sistemos.

Išplėstinės praktikos slaugytojo samprata ir reikalavimai slaugytojams tarptautiniu mastu.

Remiantis Tarptautinės slaugytojų tarybos apibrėžimu galima teigti, kad išplėstinės praktikos slaugytojas yra bendrosios arba specializuotos praktikos slaugytojas, įgijęs papildomą išsilavinimą (ne mažesnį, kaip magistro laipsnis), turintis ekspertinę žinių bazę, gebantis priimti sprendimus ir turintis klinikinių kompetencijų išplėstinei praktikai (Guidlines on advanced practice nursing, 2020). Dažnai išplėstinės praktikos slauga naudojamas kaip bendras terminas, apibūdinantis slaugytojo aukštesnio lygio praktiką. Jungtinės Karalystės Nacionalinės sveikatos taryba (angl. National Health Service, NHS) nurodo, kad išplėstinę klinikinę praktiką teikia patyrę, registruoti sveikatos ir priežiūros specialistai. Išplėstinės praktikos slaugytojams būdingas didelis savarankiškumas ir gebėjimas priimti sudėtingus sprendimus. Tą patvirtina magistro laipsnis arba lygiavertis dokumentas, apimantis keturis klinikinės praktikos, vadovavimo ir valdymo, švietimo ir mokymo ramsčius bei atskleidžiantis pagrindinius gebėjimus ir konkrečios srities linijinę kompetenciją (Multi-professional framework for advanced

clinical practice in England, 2017). Jungtinėse Amerikos valstijose (toliau – JAV), Kanadoje, Japonijoje, Kinijoje, Pietų Korėjoje, Australijoje, Singapūre, Tailande, Naujoje Zelandijoje, Belgijoje, Šveicarijoje, Vokietijoje, Skandinavijos šalyse ir Jungtinėje Karalystėje siekiant gauti išplėstinės praktikos slaugytojo statusą yra būtinas magistro laipsnis ir profesinė akreditacija (Srivastava, Tucker, Draper ir Milner, 2008; Sheer ir kt., 2008). Taigi galima teigti, kad slaugytojo turimos kompetencijos bei atsakomybė yra tiesiogiai siejama su įgytu išsilavinimu (Zavackienė ir Šakienė, 2015).

Keletas išplėstinės praktikos slaugytojų apibrėžimų skirtingose pasaulio šalyse pateikiami 1 lentelėje.

1 lentelė. Išplėstinės praktikos slaugytojo apibrėžimas skirtingose pasaulio šalyse

Šalis	Apibrėžimas	Šaltinis
Jungtinės Amerikos Valstijos	<p>Apibrėžimai priklauso nuo atskirų valstijų reguliavimo. Pvz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kalifornijoje išplėstinės praktikos registruotas slaugytojas yra apibrėžiamas, kaip licencijuotas registruotas slaugytojas, kuris atitinka slaugytojams-akušeriams (2.5 str. 2746-2746.8 skirsniai), slaugytojams anesteziologams (7 str., 2825-2833.6 skirsniai), slaugytojams praktikams (8 str., 2834-2837 skirsniai), klininiams slaugos specialistams (9 str., 2838-2838.4) keliamus reikalavimus. • Kolorade išplėstinės praktikos slaugytojas yra apibūdinamas, kaip registruotas profesionalus slaugytojas, turintis licenciją verstis šia praktika pagal valstijos Slaugytojo praktikos aktą, įgijęs specialų išsilavinimą arba parengimą ir kuris kreipiasi į tarnybą ir yra jos priimtas bei įtrauktas į išplėstinės slaugos praktikos registrą, kaip numatyta išplėstinės praktikos registruoto slaugytojo registracijos reikalavimuose. 	California nurse practice act (2013), Colorado revised statutes (2021)
Jungtinė Karalystė	<ul style="list-style-type: none"> • Išplėstinės praktikos slaugytojai turi klinikinės praktikos magistro išsilavinimą ir yra įvertinti kaip kompetentingi praktikoje, naudojant savo ekspertines klininkines žinias ir įgūdžius. Jie turi laisvę ir įgaliojimus veikti, Priimdami savarankiškus sprendimus, vertindami, diagnozuodami ir gydydami pacientus. • Šis vaidmuo reguliuojamas vietinėmis procedūromis, pasikliaujant darbdaviais, kurie priima sprendimus dėl praktikos apimties ir pasirengimo. Šis vaidmuo nėra reglamentuojamas visos Jungtinės Karalystės mastu. 	Advanced Practice Standards (2021), York (2021)
Kanada	<p>Yra du pagrindiniai išplėstinės praktikos slaugytojo vaidmenys:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klinikinis slaugos specialistas yra registruotas slaugytojas, turintis pažangių žinių ir įgūdžių priimti sudėtingus sprendimus, turintis slaugos magistro arba daktaro laipsnį ir klinikinės slaugos specialybės patirtį. • Slaugytojas praktikas yra registruotas slaugytojas, turintis papildomą išsilavinimą ir patirtį, turintis ir demonstruojantis kompetencijas savarankiškai diagnozuoti, užsakyti ir interpretuoti diagnostinius tyrimus, ištašyti vaisus, atlikti konkrečias procedūras pagal teisės aktų nustatytą praktikos sritį. 	Advanced Practice Nursing (2019)
Japonija	<p>Yra du išplėstinės praktikos slaugytojų tipai:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klinikinis slaugos specialistas yra slaugytojas, kuris buvo patvirtintas kaip turintis „puikius slaugos praktikos 	Kondo (2013)

	<p>gebėjimus“ konkrečioje srityje ir išlaikęs JNA egzaminą po to, kai baigė sertifikuotą mokymo programą (įgijo magistro laipsnį). Baigus studijas, privaloma turėti ne trumpesnę kaip 6 mėn. klinikinę praktiką ir išlaikyti JNA klinikinio slaugos specialisto egzaminą pasirinktoje specializacijos srityje).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Slaugytojas praktikas yra slaugytojas, teikiantis aukštos kokybės slaugą, pasitelkiant ekspertų slaugos įgūdžius ir žinias bei plečia ir gerina slaugos kokybę. Jis taip pat yra sertifikuojamas JNA ir dalyvauja JNA organizuojamoje 6 mėn. programoje, tačiau laipsnio neįgyja. Yra trys slaugytojo praktiko vaidmenys: praktiko, mokytojo ir konsultanto kiekvienoje konkrečioje srityje. 	
Australija	<ul style="list-style-type: none"> • Tai slaugytojai, praktikuojantys aukštesnio lygio praktikos lygiu, į kurių praktiką yra įtraukta profesinė lyderystė, švietimas, tyrimai ir sistemų palaikymas. Jų praktika apima atitinkamą patirtį, kritinį mąstymą, sudėtingų sprendimų priėmimą, savarankišką praktiką. 	Advances nursing practice guidelines for the Australian context (2020)
Naujoji Zelandija	<ul style="list-style-type: none"> • Tai slaugytojai turintys aukštesnį išsilavinimą (magistro laipsnio), klinikinį mokymą ir įrodytą kompetenciją bei tiesioginius įgaliojimus užsiimti slaugos praktika nei registruoti slaugytojai. 	Position Statement: Advanced Nursing Practice (2020).
Lietuva	<ul style="list-style-type: none"> • Tai bendrosios praktikos slaugytojas, Lietuvos Respublikos slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatymo ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka įgijęs išplėstinės praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją. 	Lietuvos Respublikos slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatyme (2001, suvest. red. 2020)

Sudaryta darbo autorės pagal lentelėje nurodytus šaltinius.

Kaip matoma (žr. 1 lentelę) išplėstinės praktikos slaugytojų apibrėžimai skiriasi – JAV išplėstinės praktikos slaugytojų reguliavimas ir kompetencija priklauso atskiroms valstijoms. Jungtinėje Karalystėje išplėstinės praktikos slaugytojo vaidmuo nėra reglamentuojamas visos šalies mastu, Kanadoje ir Japonijoje yra du pagrindiniai išplėstinės praktikos slaugytojų tipai – klinikinis slaugos specialistas ir slaugytojas praktikas, kuriems nustatomi skirtingi reikalavimai. Jungtinės Karalystės, Kanados ir Australijos apibrėžimuose akcentuojamos ir slaugytojų kompetencijos bei savarankiška praktika. Visuose apibrėžimuose yra pabrėžiama išsilavinimo svarba. Todėl toliau pateikimas išplėstinės praktikos slaugytojo kvalifikacijai reikalingas išsilavinimas ir kiti reikalavimai skirtingose pasaulio šalyse (žr. 2 lentelę).

2 lentelė. Išplėstinės praktikos slaugytojo kvalifikacijai įgauti reikalingas išsilavinimas ir kiti reikalavimai skirtingose pasaulio šalyse

Šalys	Reikalingas išsilavinimas
Australija	Magistro išsilavinimas (pakopinis išsilavinimas) arba magistro lygis. Išplėstinės slaugos praktikos vaidmeniui reikalinga 5 m. klinikinė rezidentūra, kad būtų suteikta teisė išrašyti vaistus.
Belgija	Bakalauro arba magistro išsilavinimas;
Kanada	Slaugytojas praktikas turi turėti minimalų bakalauro lygmens išsilavinimą, išlaikyti Kanados slaugytojo egzaminą, įgyti licenciją provincijoje, kurioje jie nori užsiimti praktika; Klinikinis slaugos specialistas turi būti įgijęs magistro arba daktaro laipsnį, turėti klinikinės slaugos specialybės patirtį.

Šalys	Reikalingas išsilavinimas
Kinija	Reikalingas magistro laipsnis.
Fidžis	Kad būtų priimtas į išplėstinės praktikos slaugos programą asmuo turi būti registruotas slaugytojas, arba akušeris ir turėti ne mažesnę kaip 5 m. klinikinę patirtį sveikatos priežiūros srityje; Reikalingas magistro laipsnis.
Prancūzija	Minimalus magistro laipsnis.
Honkongas	Minimalus magistro laipsnis, daugiausiai dėmesio skiriant klinikinei praktikai.
Airija	Minimalus magistro laipsnis.
Italija	Magistro laipsnis, įgytas gavus 60 kreditų pagal Europos kreditų perkėlimo ir kaupimo o sistemą (ECTS). Tačiau slaugytojos nėra sertifikuojamos ar registruojamos.
Japonija	Klinikiniam slaugos specialistui reikalingas magistro laipsnis ir nacionalinis sertifikavimas.
Nyderlandai	Reikalingas magistro laipsnis, slaugytojai turi registruotis atskirame registre.
Puerto Rikas	Reikalingas magistro laipsnis. Taip pat gali būti įgyjamas ir daktaro laipsnis, kad būtų galima tobulėti ir specializuotis.
Samoa	Vienerių metų antrosios pakopos išsilavinimas, taip pat būtina registruotis Sveikatos ministerijos registre.
Singapūras	Asmuo turi būti registruotas Singapūro slaugos taryboje ir turėti bent 3 m. patirtį po registracijos pagal specialybę. Taip pat yra ir magistrantūros programa. Asmuo, baigęs akredituotą programą ir pateikęs registraciją, turi vienerius metus atlikti prižiūrimą praktiką ir įvykdyti mažiausiai 1280 val. tiesioginės paciento priežiūros aukštesniu lygiu.
Pietų Korėja	Magistro laipsnis. Išplėstinės praktikos slaugytojo pareigas valdo ir sertifikuoja Sveikatos ministerija.
Švedija	Slaugytojai specialistai ruošiami magistrantūros lygiu.
Šveicarija	Reikalingas magistro laipsnis. Taip pat išplėstinės praktikos slaugytojo programa reikalauja, kad asmuo mokėtų anglų kalbą, turėtų 2 m. klinikinės profesinės slaugos patirties ir slaugytojo išsilavinimą. Taip pat galima studijas tęsti ir daktaro laipsniui įgyti.
Tailandas	Magistro laipsnis.
Jungtinė Karalystė	Klinikinės praktikos magistro išsilavinimas
Jungtinės Amerikos valstijos	Visiems slaugos vaidmenims įgyti slaugytojai turi būti registruoti, turintys magistro laipsnį.

Sudaryta darbo autorės pagal International Advanced Practise Nursing (2021).

Taigi galima teigti, kad daugelyje nagrinėtų pasaulio šalių išplėstinės slaugos slaugytojas turi būti įgijęs magistro laipsnį. Taip pat priklausomai nuo šalies yra keliami ir kiti reikalavimai, pvz., kad slaugytojas turi būti registruotas (Fidžyje, Nyderlanduose, Samoa, Singapūre, JAV ir kt.) (žr. 2 lentelę). Australijoje slaugytojo praktiko vaidmeniui reikalinga 5 m. klinikinė rezidentūra, kad būtų suteikta teisė išrašyti vaistus, o Singapūre asmuo turi vienerius metus atlikti prižiūrimą praktiką ir įvykdyti mažiausiai 1280 val. tiesioginės paciento priežiūros aukštesniu lygiu.

Išplėstinės slaugos praktikos vaidmenys ir situacija tarptautiniu mastu. Tarptautinė slaugytojų taryba taip pat išskyrė tam tikras išplėstinės praktikos slaugytojo specializacijas (Guidelines on advanced practice nursing, 2020). Išplėstinės praktikos registruoto slaugytojo (angl. advanced practice registered nurse) terminas (kaip naudojama JAV) apibūdina slaugytojus, kurie atitinka švietimo ir atestavimo reikalavimus, ir gavo licenciją išplėstinės registruotos slaugos praktikai viename iš keturių vaidmenų: sertifikuotas registruotas anestezijos slaugytojas (angl. certified registered nurse anesthetist),

sertifikuotas slaugytojas-akušeris (angl. certified nurse-midwife), klinikinis slaugos specialistas (angl. Clinical Nurse Specialist), sertifikuotas slaugytojas praktikas (angl. certified Nurse Practitioner) (Kirsner, 2014; Guidelines on advanced practice nursing, 2020). Tačiau ne visos šalys turi visas specializacijas savo sveikatos priežiūros sistemoje. Išplėstinės praktikos slaugytojų klinikinės praktikos klasifikavimo įvairovę lemia kontekstas ar šalis, kurioje šis vaidmuo vystosi (Schober, 2019). Jungtinėje Karalystėje nėra išplėstinės praktikos slaugytojo reguliavimo apsaugos, tačiau Škotijoje yra skurtas išplėstinės praktikos priemonių rinkinys, kuriuo siekiama geriau suprasti išplėstinės praktikos slaugos vaidmenį (Schober, 2019). Nyderlanduose išplėstinės slaugos praktika yra patvirtina Nyderlandų ir Flandrijos akreditavimo organizacijos, o slaugytojai gali rinktis iš penkių išplėstinės slaugos praktikos vaidmenų (nuo profilaktinių somatinių būklių priežiūros iki psichikos sveikatos priežiūros). O Airijoje nuo 2019 m. išplėstinės slaugos praktika yra suprantama, kaip slaugytojų karjeros kelias, todėl yra du pagrindiniai vaidmenys, autonomiškai veikiantys praktikai-ekspertai, atliekantys išplėstinės slaugos praktiką ir išplėstinės slaugos praktikos akušeriai. Kitos Europos šalys, pavyzdžiui, Čekija ir Vengrija tik pradeda kurti išplėstinės slaugos praktiką (Lee, Hendriks ir Deaton, 2020). Tuo tarpu Graikijoje nėra patvirtintos išplėstinės slaugos praktikos. Graikijoje yra daugiau gydytojų nei slaugytojų, o tai kliudo skatinti šią praktiką (Carney, 2016). Nors Australijoje yra suformuotas formalus slaugytojo praktiko vaidmens apibrėžimas, tačiau nėra sistemos išplėstinės slaugos praktikos vaidmenims (Chang ir kt., 2011). JAV turi visas išplėstinės praktikos slaugytojo specializacijas (Guidelines on advanced practice nursing, 2020).

Išplėstinės slaugos praktikos reguliavimas JAV. Kiekviena JAV valstija pateikia skirtingą išplėstinės praktikos slaugytojo apibrėžimą. Išplėstinės praktikos slaugytojai JAV sudaro vieną labiausiai augančių pirminės priežiūros specialistų segmentų (Martsolf, Auerbach ir Arifkhanova, 2015). JAV nuo 2000 m. siekiant tobulinti išplėstinės praktikos slaugą pradėtos diegti doktorantūros programos (Sheer ir kt., 2008). Tam prielaidą sudaro noras patenkinti sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjų poreikius (Alpert, Yucha ir Atienza, 2013). Didžiojoje JAV dalyje anestezijos slaugytojas atlieka savo darbą ir praktiką prižiūrint gydytojui anesteziologui-reanimatologui (kaip Švedijoje, Norvegijoje, Ispanijoje ar Italijoje) (Matsusaki ir Sakai, 2011). Gydytojas gali prižiūrėti nuo dviejų iki keturių slaugytojų, tačiau fiziškai jam nereikia atlikti intervencijų (Matsusaki ir Sakai, 2011). Taip pat tokie slaugytojai padeda spręsti gydytojų stygiaus problemą (Manion ir Daga, 2014), gerina sveikatos priežiūros kokybę, kartu padedama mažinti bendrąsias sveikatos priežiūros išlaidas (Martsolf, Auerbach ir Arifkhanova, 2015).

JAV teisinis išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijų reguliavimas priskiriamas valstybinės teisės sričiai. Tai reiškia, kad remiamasi administracinių agentūrų suformuotomis taisyklėmis. Būtent šios agentūros prižiūri, kad nebūtų taisyklių ir statutų pažeidimų. Kitu atveju, licencija gali būti panaikinta arba skirta nuobauda. Šie agentūrų sprendimai gali būti peržiūrėti

teismuose. JAV išplėstinės praktikos slauga yra reguliuojama tiek baudžiamosios, tiek civilinės teisės aktais. Nors dažniau yra reguliuojama remiantis civiline teise, tačiau dėl tam tikrų aplinkybių (pavyzdžiui, praktikos neturint licencijos, apgaulingo medicininių įrašų pildymo) gali būti užsitraukiama baudžiamoji atsakomybė. Civilinės atsakomybės užsitraukimas yra siejamas su aplaidžiu darbu, numatytų standartų nesilaikymu, kurie siejami su finansine, fizine ar emocine žala (Kirsner, 2014). Tačiau kiekvienoje valstijoje galioja atskira teisinė reguliacija, o tai sudaro kliūtis išnaudoti išplėstinės slaugos praktikos galimybes, susijusias su mokymu ir švietimu. Tik trečdalis valstijų yra priėmę pilnos praktikos įgaliojimus. Likusiose valstijose išplėstinė slaugos praktika yra sumažinta (ją reguliuoja susitarimai su išorinėmis sveikatos priežiūros institucijomis) arba egzistuoja tik praktika arba licencijos (reikalauja priežiūros, delegacijos ar komandinio valdymo iš išorinių sveikatos priežiūros institucijų) (Lowe, Plummer, O'Brien ir Boyd, 2011).

Išplėstinės slaugos praktikos reguliavimas Europoje ir Europos Sąjungoje (toliau – ES), pirmiausiai, yra grindžiamas Lisabonos sutartimi, kurioje išskiriama, kad šalys narės pačios nustato sveikatos politikos organizavimo ir valdymo atsakomybę (Lisabonos sutartis, 2007). Visgi slaugytojų kompetencijas taip pat reglamentuoja ir tam tikri specifiniai ES teisės aktai. Vienas tokių, yra Direktyva 2005/36/EC, kuri pakeista ir papildyta Direktyva 2013/55/EU, kurioje nurodomi profesinės kvalifikacijos pripažinimo principai, o atskirai 31 str. detalizuojami principai, susiję su slaugytojų mokymu. 2013 m. ES direktyvoje keliama daugiau reikalavimų slaugytojų profesijai bei išsilavinimui ir gebėjimams planuoti, organizuoti, vertinti ir pranešti apie suteiktą slaugą, lyginant su 2005 m. direktyva. (Direktyva 2005/36/EC; 2013/55/EU). Taigi galima teigti, kad Europos Sąjungos taryba rengia direktyvas, kurios turi tam tikrą įtaką išplėstinės slaugos praktikai. Visgi atskirose Europos šalyse, kaip jau buvo minėta anksčiau, trūksta išplėstinės slaugos praktikos reguliavimo, kyla neapibrėžtumas dėl politikos, išsilavinimo, vaidmenų, įgūdžių, kompetencijų. Daugelis Europos šalių įdiegė išplėstinės slaugos praktiką be palaikomųjų teisės aktų, reguliavimo pakeitimų ar profesinio savarankiškumo užtikrinimo. Pavyzdžiui, nors išplėstinio vaikų slaugytojo pareigybė buvo įvesta Norvegijoje ir Švedijoje, tačiau slaugytojams trūksta palaikomųjų teisės aktų. Tačiau daugelyje Europos šalių trūksta ne tik teisės aktų, bet ir sveikatos priežiūros specialistų bendruomenės pritarimo, kad slaugytojai galėtų dirbti visu pajėgumu. Išplėstinės slaugos praktikos slaugytojų apibrėžimas daugumoje Europos šalių yra nepakankamas. Taigi praktikos apimtis priklauso nuo palaikomosios politikos ir teisės aktų, kurių trūksta šalyse, kur slaugytojai įgyja aukštąjį išsilavinimą, neįgydami didesnės autonomijos (Egerod, 2021).

Apibendrinant galima teigti, kad šiame darbe remiamasi Tarptautinės slaugytojų tarybos apibrėžimu, kad išplėstinės praktikos slaugytojas yra bendrosios arba specializuotos praktikos slaugytojas, įgijęs papildomą išsilavinimą (ne mažesnę, kaip magistro laipsnis), turintis ekspertinę žinių bazę, gebantis priimti sprendimus ir turintis klinikinių kompetencijų išplėstinei praktikai. Išplėstinės praktikos slaugytojų apibrėžimai skiriasi – JAV išplėstinės praktikos slaugytojų reguliavimas ir

kompetencija priklauso atskiroms valstijoms. Jungtinėje Karalystėje išplėstinės praktikos slaugytojo vaidmuo nėra reglamentuojamas visos šalies mastu. Jungtinės Karalystės, Kanados ir Australijos apibrėžimuose akcentuojamos ir slaugytojų kompetencijos bei savarankiška praktika. Visuose analizuotuose apibrėžimuose yra pabrėžiama išsilavinimo svarba. Daugelyje nagrinėtų pasaulio šalių išplėstinės slaugos slaugytojas turi būti įgijęs magistro laipsnį. Taip pat priklausomai nuo šalies yra keliami ir kiti reikalavimai, pvz., kad slaugytojas turi būti registruotas (Fidžyje, Nyderlanduose, Samoa, Singapūre, JAV ir kt.). Išplėstinės praktikos slaugytojams tenka baudžiamoji ir civilinė atsakomybė. Visgi dažniausiai išplėstinės praktikos slaugytojų veiklos reguliavimas yra siejama būtent su civiline atsakomybe. Išplėstinės praktikos slaugytojai gali padėti skatinti išplėstinės praktikos reguliavimą, supažindindami sveikatos priežiūros specialistus, vadovybę ir visuomenę apie šią praktiką. Tačiau išanalizavus taip pat nustatyta, kad kai kuriose šalyse (pvz., Graikijoje, Australijoje ir kt.) egzistuoja painiava dėl išplėstinės praktikos slaugytojų vaidmenų.

1.2. Išplėstinės slaugos praktikos teisinis reguliavimas Lietuvoje

Mokslinėje literatūroje nurodoma, kad išplėstinės slaugos praktika Lietuvoje yra įgyvendinama nepakankamai. Ši situacija yra siejama su teisės aktų ir su slauga, susijusių mokslinių tyrimų bei gairių nepakankamumu. Pagrindinės prielaidos modernizuoti ir tobulinti slaugos studijų programas yra siejama su didesniais reikalavimais slaugytojo specialybei ir sveikatos priežiūros sistemos pokyčiais (Nacionalinės slaugos politikos 2016-2025 metų gairės, 2016).

Išplėstinės slaugos praktika Lietuvos Respublikos slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatyme (2001, suvest. red. 2020) yra apibrėžiama, kaip: „šio įstatymo ir kitų teisės aktų reglamentuotos bendrosios praktikos slaugytojo, turinčio galiojančią bendrosios slaugos praktikos licenciją, kurioje teisės aktų nustatyta tvarka yra įrašas apie įgytą išplėstinės praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją, teikiamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos“, tuo tarpu išplėstinės praktikos slaugytojas yra traktuojamas, kaip – „bendrosios praktikos slaugytojas, šio įstatymo ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka įgijęs išplėstinės praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją“. Šis pakeitimas buvo įgyvendintas 2015 m. Remiantis juo buvo parengta „Išplėstinės slaugos praktikos magistrantūros studijų programa“ (LSMU). Šio įstatymo 3 str. pažymima, kad išplėstinės praktikos slaugytojas įgyja savo kvalifikaciją baigęs slaugos magistrantūros studijų programą ir išlaikęs kvalifikacinį egzaminą, o 4 str. nurodoma, kad išplėstinė slaugos praktika galima verstis tik turint atitinkamą licenciją, kurioje yra „įrašas apie įgytą išplėstinės praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją“. Lietuvos Respublikos slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatymo (2001, suvest. red. 2020) 11(1) str. išskiriamos išplėstinės praktikos slaugytojo teisės, apimančios medicininių pagalbos priemonių ir vaistų skyrimą ir išrašymą, asmens sveikatos pažymėjimų išdavimą, asmens sveikatos būklės tikrinimo ir ligų profilaktikos atlikimą. Šio įstatymo 13 str. yra detalizuojamos ir išplėstinės praktikos slaugytojo pareigos (šios pareigos yra tokios

pačios kaip ir bendrosios praktikos slaugytojo). Jos apima įvairias pareigas nuo reikiamų dokumentų Licencijavimo institucijai pateikimo, reikalavimų laikymosi, profesinė kvalifikacijos tobulinimo, sveikatos priežiūros paslaugų teikimo (pagal turimą kompetenciją) iki pacientų teisų gerbimo, informacijos apie paciento sveikatą teikimo, bendradarbiavimo su sveikatos priežiūros ir kitais specialistais ir kt. Minėto įstatymo 15 str. atskleidžiama, kaip yra vertinamos išplėstinės praktikos slaugytojo profesinės kompetencijos ir atsakomybė. Tai atlieka profesinės kompetencijos vertinimo komisija, kuri vertina ne tik slaugytojų kompetenciją, bet ir slaugos praktikos klaidas. Išplėstinės praktikos slaugytojai (kaip ir bendrosios praktikos slaugytojai bei akušeriai) už netinkamą pareigų vykdymą ar jų nevykdymą atsako pagal Lietuvos Respublikos įstatymus.

Bendrosios praktikos slaugytojo kompetencijos yra apibrėžiamos Lietuvos medicinos normoje MN 28:2019 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“. Taip pat yra atskira medicinos norma reglamentuojanti išplėstinės praktikos slaugytojo teises, pareigas ir kompetencijas – MN 160:2017, kurioje be bendrosios praktikos slaugytojui priskiriamų kompetencijų, išplėstinės praktikos slaugytojas turi žinoti, kaip rengti, tvarkyti ir apskaityti dokumentus, turėti medicinos statistikos, sveikatos draudimo, sveikatos teisės, informacinių ir ryšio technologijų, sveikatos apsaugos ir socialinės medicinos organizavimo, teisės aktų, susijusių su vykdoma veikla ir sveikatos priežiūros sistema, pagrindus. Be to, šio tipo slaugytojas turi išmanyti išplėstinės slaugos praktikos vadybos principus, žmogaus psichologijos ypatumus, slaugos mokslo pagrindus ir kt. bei gebėti rengti slaugos ir priežiūros dokumentų projektus, dalyvauti profesinės kvalifikacijos tobulinime, konsultuoti pacientą, prisiimti vadovaujantį vaidmenį įgyvendinant išplėstinės slaugos praktikos principus ir kt. (Lietuvos medicinos norma MN 160:2017, 2017). Atskirai yra reglamentuojamos ir specifinės anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojo kompetencijos, kurios yra apibrėžiamos Lietuvos medicinos normoje MN 60:2019. Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“. Nors šios medicinos normos projektas, siekiant, kad šio tipo slaugytojai galėtų atlikti mažos rizikos anestezijas, intensyviau buvo pradėtas svarstyti 2014 m., tačiau keičiantys pakeitimai buvo įvykdyti 2019 m. Zavackienė ir Šakienė (2015) nurodo, kad pokyčių reikia dėl tokių pagrindinių priežasčių, kaip nuolatiniai sveikatos sistemos priežiūros pokyčiai (nacionaliniu ir tarptautiniu mastu) ir slaugos specialybės prestižo poreikis, nes slaugytojai yra lygiaverčiai sveikatos priežiūros komandos nariai, o ne pagalbiniai darbuotojai. Pagal MN 60:2019 7 dalies 14 punktą papildomai anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojas turi žinoti anesteziologijos, reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyrių darbo organizavimo ypatumus, kaip veikia medicinos prietaisai ir kaip tinkamai jie turi būti valdomi, psichikos sutrikimų apraiškas ir bendravimo su sergančiu žmogumi bei jo artimaisiais ypatumus, reikalavimus higienos normoms, turėti skausmo medicinos bei bendrosios ir specialiosios anesteziologijos pagrindus, vaistų skyrimo taisykles ir vartojimo galimybes. Be šių žinių anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojas turi išmanyti anestezijos rūšis, jos taikymo būdus

atsižvelgiant į amžių ir kt. Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojas už padarytas klaidas, aplaidumą, netinkamą jam priskirtų funkcijų vykdymą ar bioetikos reikalavimų pažeidimą, taip pat už pareigų viršijimą atsako Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka (Lietuvos medicinos norma MN 60:2019). Pagal Lietuvos Respublikos civilinį kodeksą (2000, suvest. red. 2021) dažniausiai slaugytojai užsitraukia civilinę atsakomybę.

Dar vienas dokumentas, kuris reglamentuoja išplėstinės slaugos praktiką yra Išplėstinės slaugos praktikos gairės (2014). Jame detalai apžvelgiama šios praktikos situacija iki 2014 m. bei išskiriama, kad išplėstinės praktikos slaugytojai po magistratūros studijų turėdami atitinkamas žinias ir papildomas kompetencijas galėtų atlikti dalį gydytojų funkcijų. Taip pat aktualizuojama slaugytojų funkcijų išplėtimo svarba, nes taip būtų galima efektyviau kontroliuoti lėtines ligas, racionaliau planuoti darbo krūvius ir visapusiškai gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Šiose gairėse taip pat numatomas išplėstinės slaugos praktikos 2014-2020 m. įgyvendinimo priemonių planas, vykdomas keturiais etapais. Tačiau visuose priemonių plano etapuose pastebimas vėlavimas. Nors išplėstinės slaugos praktiką reglamentuojantys teisės aktai turėjo būti parengti jau 2014 m., tačiau reikšmingas Lietuvos Respublikos slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatymo pakeitimas buvo įvykdytas 2015 m., bendrosios praktikos slaugytojo MN 28:2019 norma pakeista 2019 m., o medicinos norma reglamentuojanti išplėstinės praktikos slaugytojo veiklą patvirtinta 2017 m.

Taigi išnagrinėjus išplėstinės slaugos praktikos teisinio reguliavimą Lietuvoje yra tikslinga jį palyginti su užsienio šalimis (žr. 3 lentelę).

3 lentelė. Išplėstinės slaugos praktikos teisinio reguliavimo palyginimas Lietuvoje, JAV ir Jungtinėje Karalystėje

	JAV	Jungtinė Karalystė	Lietuva
Išplėstinės praktikos slaugytojo apibrėžimas	Nustatomas atskirai kiekviename valstijoje ir paremtas konkrečios valstijos Slaugytojo praktikos įstatymu	Paremtas Royal Collafe of Nursing suformuota slaugytojo praktiko programa. Nėra reglamentuojamas visos Jungtinės Karalystės mastu.	Nustatytas Lietuvos Respublikos slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatyme (2001, suvest. red. 2020)
Slaugos vaidmenys	<ul style="list-style-type: none"> • sertifikuotas registruotas slaugytojas anesteziologas; • sertifikuotas slaugytojas-akušeris; • klinikinis slaugos specialistas; • sertifikuotas slaugytojas praktikas 	Išplėstinės slaugos praktikos slaugytojas praktikas.	Nustatyti trys išplėstinės slaugos praktikos vaidmenys.
Reikalingas išsilavinimas ir kiti reikalavimai	Visiems slaugos vaidmenims įgyti slaugytojai turi būti registruoti, turintys magistro laipsnį.	Klinikinės praktikos magistro išsilavinimas.	Turi būti įgijęs išplėstinės praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją, išlaikęs kvalifikacinį egzaminą, turintis atitinkamą licenciją

Sudaryta darbo autorės pagal Kirsner (2014), Lietuvos Respublikos slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatymas (2001, suvest. red. 2020), Guidelines on advanced practice nursing (2020), International Advanced Practise Nursing (2021), Advanced Practice Standards (2021), York (2021).

Kaip matoma (žr. 3 lentelę) Lietuvoje išplėstinės praktikos slaugytojo veikla yra apibrėžiama nacionaliniu mastu Lietuvos Respublikos slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatyme (2001, suvest. red. 2020). JAV šią veiklą reglamentuoja kiekviena valstija atskirai pagal savo Slaugytojo praktikos įstatymą, o Jungtinėje Karalystėje veikla nėra reglamentuojama visos šalies mastu. Jungtinėje Karalystėje yra išskiriamas vienas išplėstinės praktikos vaidmuo, Lietuvoje – trys (anestezijos ir intensyviosios terapijos specializacijos išplėstinės praktikos slaugytojas, pirminės sveikatos priežiūros specializacijos išplėstinės praktikos slaugytojas, skubiosios medicinos pagalbos specializacijos išplėstinės praktikos slaugytojas) vaidmenys, tuo tarpu JAV yra išskiriami keturi skirtingi išplėstinės praktikos slaugos vaidmenys. Visiems vaidmenims įgyti nagrinėjamose šalyse yra būtinas magistro išsilavinimas. Taip pat pagal šalį yra nustatomi ir atskiri reikalavimai šiai specialybei, JAV – slaugytojai turi būti registruoti, Jungtinėje Karalystėje nėra atskiro išplėstinės praktikos slaugytojų registro (yra slaugytojų-akušerių ir pirmo bei antro lygio slaugytojų registro, kuriame taip pat gali būti nurodyti specifiniai papildomi slaugytojų įgūdžiai (pvz., vaistų išrašymas)), Lietuvoje slaugytojai turi gauti licenciją, išlaikyti kvalifikacinį egzaminą.

Apibendrinant galima teigti, kad nors Lietuvoje išplėstinės slaugos praktika yra įgyvendinama nepakankamai, tačiau matomi teigiami pokyčiai – nuolat tobulinami teisės aktai, 2017 m. įvesta atskira medicinos norma išplėstinės praktikos slaugytojams, pagal teisės aktus rengiamos ir tobulinamos magistrantūros studijų programos. Visgi pokyčiai vyksta pakankamai lėtai, o tai galima traktuoti, kaip problemą, siekiant užtikrinti visapusę išplėstinės slaugos praktikos integraciją Lietuvoje. Lyginant išplėstinės praktikos slaugos situaciją su kitomis šalimis pastebimi tam tikri panašumai, t. y. šiai veiklai yra reikalingas magistro laipsnis. Taip lyginant su Jungtine Karalyste ar JAV, Lietuvoje išplėstinės praktikos slaugytojo kvalifikacija yra vienodai reguliuojama nacionaliniu mastu. Lietuvoje lyginant su JAV yra mažiau išplėstinės praktikos slaugytojų specializacijų, t. y. Lietuvoje yra tik trys išplėstinės praktikos slaugytojo vaidmenys. Kiti slaugytojų tipai, kurie galėtų būti priskirti išplėstinės slaugos praktikai yra reglamentuojami, kaip bendrosios praktikos slaugytojai su atskira specializacija (pvz., operacinės slaugytojo kvalifikacijos atveju).

1.3. Išplėstinės slaugos praktikos slaugytojų kompetencijos: samprata, ribos ir ugdymo modeliai

Šiame darbo poskyryje yra analizuojama išplėstinės slaugos praktikos slaugytojų kompetencijos samprata, ribos ir ugdymo modeliai.

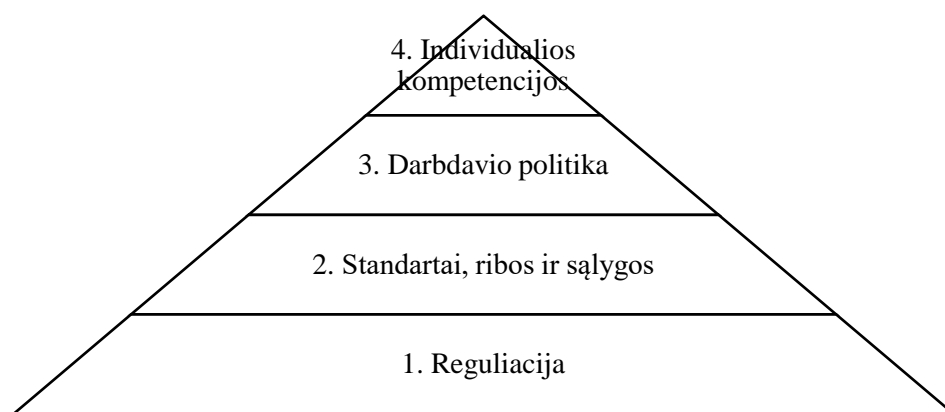
Išplėstinės slaugos praktikos slaugytojų kompetencijų samprata. Analizuojant išplėstinės slaugos praktiką, pirmiausiai, tikslinga apibrėžti slaugytojų kompetencijas. Bendriausia prasme kompetencijos suprantamos, kaip tam tikri asmens sugebėjimai tinkamai atlikti darbą, todėl ir tiek bendrosios praktikos,

tek išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijos yra siejamos su konkrečiais įgūdžiais, sugebėjimais bei profesionalumu. Mokslinėje literatūroje išskiriama, kad slaugytojo veiklos efektyvumas yra jo turimos kvalifikacijos ir kompetencijų atspindys. Remiantis tuo, slaugytojo kompetencija yra siejama su bendrosiomis ir specializuotomis profesinėmis žiniomis, gebėjimais ir asmeniniu požiūriu (Butėnas ir Žydžiūnaitė, 2013). Slaugos kompetencija apima pagrindinius gebėjimus, kurių reikia norint atlikti slaugytojo vaidmenį. Slaugos kompetenciją galima suskirstyti į tris pagrindines kategorijas: biheviorizmą, bruožų teoriją ir holizumą. Biheviorizmas reiškia kompetenciją, kaip gebėjimą atitikti individualius pagrindinius įgūdžius ir yra vertinama demonstruojant tuos įgūdžius. Bruožų teorija kompetenciją vertina, kaip individualius bruožus, būtinus efektyviai atlikti pareigas (žinios, kritinio mąstymo įgūdžiai ir kt. Holizmas kompetenciją vertina kaip elementų, įskaitant žinias, įgūdžius, požiūrius, mąstymo gebėjimus ir vertybes, kurių reikiam tam tikruose kontekstuose, sankaupa. Slaugos kompetencija paprastai vertinama kaip sudėtinga žinių, įskaitant profesinį sprendimą, įgūdžius, vertybes ir požiūrį, integracija. O tai rodo, kad holizmas yra plačiai priimtas. Slaugos praktikoje reikalaujama, kad slaugytojas įgytas žinias, įgūdžius ir įgimus individualius bruožus pritaikytų kiekvienoje situacijoje ir gebėtų tas žinias bei įgūdžius pritaikyti prie skirtingų aplinkybių (Fukada, 2018). Panašios nuomonės laikosi ir kiti mokslininkai išskirdami, kad kompetencija yra žinių, įgūdžių, požiūrio, vertybių ir gebėjimų rinkinys, didinantis efektyvumą profesinėje darbo aplinkoje (Faraji, Karimi, Azizi ir kt., 2019). Reikiamų kompetencijų turėjimas užtikrina geresnę pacientų priežiūros kokybę ir didesnę pacientų pasitenkinimą slaugytojais, taip pat padeda populiarinti slaugos profesiją ir tobulinti slaugytojo išsilavinimą bei slaugą (Karami, Farokhzadian ir Foroughameri, 2017). Siekiant, kad slaugytojo kompetencijos būtų tinkamos jo veiklai būtina nuolat vystyti profesinę ir slaugos veiklą, užtikrinti nuolatinio mokymosi procesą (Šakalytė, 2013). Mokslinėje literatūroje nurodoma, kad bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų išplėtimas yra siejamas su kokybės gerinimu (Karami, Farokhzadian ir Foroughameri, 2017; Fukada, 2018, Faraji, Karimi, Azizi ir kt., 2019), slaugytojų veiklos standartizavimo poreikiu (Carrier, 2020). Be to, bendrosios praktikos organizacinė struktūra ir hierarchinė bendrosios praktikos slaugytojo padėtis riboja galimybes dalintis žiniomis (Carrier, 2020). Bendrosios praktikos slaugytojams trūksta paaukštinimo ir nuolatinio profesinio tobulėjimo galimybių slaugos ir bendrosios praktikos srityje (Casey, O'Connor, Rodhe ir kt., 2021). Taigi šių kompetencijų išplėtimas yra būtinas siekiant užtikrinti slaugos kokybės gerinimą, standartizuoti slaugytojų veiklą, užtikrinti dalijimąsi žiniomis bei profesinio tobulėjimo galimybes.

Išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijų ribos. Slaugytojas kritinėse ar ekstremaliose situacijose turi elgtis kompetentingai, siekiant užtikrinti paciento saugumą. Jei slaugytojas savo veiksmais peržengia kompetencijos ribas turi būti informuojamas gydytojas (Butėnas ir Žydžiūnaitė, 2013). Galima teigti, kad išplėstinės praktikos slaugytojo kompetencijos ribos yra suprantamos kaip leidimas atlikti tik tuos veiksmus, kurie yra apibrėžti pagal galiojančius teisės aktus, o patys slaugytojai

atitinka tam tikrus nustatytus kriterijus bei sąlygas (Parker ir Hill, 2017). Vertinant išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijos ribas svarbu išskirti anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugos praktiką, nes takoskyra tarp gydytojo ir slaugytojo atliekamų užduočių nėra pakankamai apibrėžta ir aiški (Taylor, 2009). Dažnai išplėstinėje slaugos praktikoje susiduriama su tokia problema, kad nėra aiškiai apibrėžiami slaugytojų vaidmenys, kokias veiklas jie turi atlikti, kokios kompetencijos yra būtinos ir kokios yra jų kompetencijos ribos (Chang, Glenn, Duffield ir Ramis, 2011). Visgi šias kompetencijų ribas yra siekiama nuolat plėsti. Tai yra siejama su siekiu padaryti sveikatos priežiūros sistemą veiksmingesnę ir labiau prieinamą, perduodant daugiau funkcijų slaugytojams (Jakimowicz, Williams ir Stankewicz, 2017). Slaugytojų kompetencijų sankirta turėtų būti traktuojama, kaip paciento poreikių supratimo išraiška (Woo Lee ir Tam, 2017). Būtina pabrėžti ir tai, kad išplėstinės slaugos praktikoje svarbu, remiantis patirtimi ir išsilavinimu, savarankiškai priimti sprendimus (Lamb ir kt., 2018).

Slaugos praktikoje yra išskiriami tam tikri kontrolės lygiai, kurie apibrėžia ir išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijų ribas (žr. 1 pav.).



1 pav. Slaugos praktikos kontrolė

Sudaryta darbo autorės pagal Scope of practice for nurse practitioners: standards, limits and conditions (2016)

Kaip matoma (žr. 1 pav.) pirmasis lygmuo apima reguliaciją, kuri charakterizuoja slaugos praktikos taikymą. Standartai, ribos ir sąlygos yra siejami su teisinės reguliacijos papildymu. Darbdavio politika taip pat gali riboti išplėstinės slaugos praktiką. O individualios kompetencijos yra siejamos su slaugytojo funkcijomis ir kompetencijomis atlikti tam tikrą veiklą (Scope of practice for nurse practitioners: standards, limits and conditions, 2016). Taigi šie kontrolės lygiai apibūdina išplėstinės praktikos slaugytojo kompetencijos ribas.

Išplėstinės slaugos praktikos slaugytojų kompetencijų ugdymo modeliai. Siekiant didesnės išplėstinės slaugos praktikos integracijos turi būti suformuotas slaugytojų kompetencijų ugdymo modelis. Bendriausia prasme, kompetencijų ugdymo modelių tikslas yra siejamas su išplėstinės praktikos slaugytojų patirties įgijimu, turimų kompetencijų efektyvumo įvertinimu, kompetencijų ir įgūdžių spragų nustatymu, profesinio tobulėjimo ir pokyčių proceso užtikrinimu. Požiūris į išplėstinės

praktikos slaugytojų kompetencijas neturėtų būti universalus – tai reiškia, kad nėra vieno viską apimančio modelio, nes slaugytojų kompetencijų ugdymas priklauso nuo tokių veiksnių, kaip darbo pobūdis, slaugytojo turimų vaidmenų skirtingumas ir pan.

Siekiant tinkamai suformuoti išplėstinės slaugos praktikos vaidmenis galima naudotis PEPPA modeliu (angl. participatory, evidence based, patient-focused process for guiding the development, implementation, and evaluation of advanced practice nursing). Pagrindinė šio modelio stiprybė yra tai, kad jame nuolat dalyvauja suinteresuotosios pusės (pacientai, atstovai, gydytojai ir kiti sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjai, pedagogai, sveikatos priežiūros administratoriai ir vyriausybės politikos formuotojai). Dalyvaujant visoms suinteresuotoms šalims ir vertinant poreikių strategijas galima susitarti, kokius sveikatos sistemos poreikius ir tikslus gali išspręsti išplėstinės slaugos praktika (Bryant-Lukosius ir kt., 2017). Šis modelis susideda iš tokių etapų, kaip (Aguirre-Boza ir kt., 2019):

1. Pacientų populiacijos apibrėžimas ir dabartinio priežiūros modelio apibūdinimas;
2. Suinteresuotųjų šalių identifikavimas ir jų įtraukimas;
3. Naujo priežiūros modelio poreikio nustatymas;
4. Prioritetinių problemų ir tikslų, siekiant pagerinti priežiūros modelį, nustatymas;
5. Naujo priežiūros modelio ir išplėstinės slaugos praktikos slaugytojo apibrėžimas;
6. Įgyvendinimo strategijų suplanavimas – rezultatų nustatymas, vertinimo plano apibendrinimas, pradinių duomenų surinkimas vaidmenų tarpininkų ir kliūčių nustatymas;
7. Išplėstinės slaugos praktikos slaugytojo vaidmens įgyvendinimo planas – mokymo programos, ištekliai parama, vaidmenų politika ir protokolai, vaidmenų kūrimas ir įgyvendinimas;
8. Išplėstinės slaugos praktikos slaugytojo vaidmenų ir naujo priežiūros modelio įvertinimas;
9. Ilgalaikis išplėstinės slaugos praktikos slaugytojo ir priežiūros modelio stebėjimas.

Pirmuose šešiuose etapuose pagrindinis dėmesys skiriamas išplėstinės slaugos praktikos vaidmens apimties nustatymui ir apibrėžimui. Septintas etapas skirtas vaidmens kūrimui ir įgyvendinimui, o aštuntas ir devintas etapai nuolatiniam vaidmens tobulinimui ir ilgalaikiam tvarumui, kruopščiai įvertinant gautus rezultatus (Aguirre-Boza ir kt., 2019).

Mokslinėje literatūroje taip pateikiami ir kiti išplėstinės slaugos praktikos kompetencijos modeliai (žr. 4 lentelę).

4 lentelė. Išplėstinės slaugos praktikos kompetencijų modeliai ir taikymo sritys

Modelis	Taikymo sritis	Kompetencijos
Fenton & Brykczynski (1993) modelis	Klinikinės slaugos specialistas ir slaugytojo praktiko vaidmenys	Bendradarbiavimas, klinikinė ir profesinė lyderystė, mentorystė ir mokymas, komunikacija, etinė ir teisinė praktika.
Strong (Ackerman et al. 1996) modelis	Greitosios pagalbos slaugytojo vaidmuo	Bendradarbiavimas, klinikinė ir profesinė lyderystė, mentorystė ir mokymas.
Sinergijos modelis (Edwards 1999)	Kritinės slaugos vaidmenys	Bendradarbiavimas, klinikinė ir profesinė lyderystė, mentorystė ir mokymas, palaikymas – propagavimas.

Modelis	Taikymo sritis	Kompetencijos
University Health Network (UHN) modelis išplėtos praktikos slaugytojams (Micevski et al. 2004)	Kanados išplėstinės praktikos vaidmenys	Bendradarbiavimas, klinikinė ir profesinė lyderystė, pokyčių valdymas.
Hamric vertinimo instrumentas (Hamric 2005)	Klinikinės slaugos specialisto vaidmuo	Bendradarbiavimas, klinikinė ir profesinė lyderystė, mentorystė ir mokymas, komunikacija etinė ir teisinė praktika, tyrinėjimai, konsultavimas
Konceptualus išplėstinės praktikos modelis (Manley 1997)	Išplėstinis praktiko ir slaugas konsultanto vaidmenys	Bendradarbiavimas, klinikinė ir profesinė lyderystė, komunikacija, tyrinėjimai, konsultavimas, ekspertinis klinikinis vertinimas, slaugos valdymas
Esminės klinikinės sritys, klinikinio slaugytojo praktikoje (Lewandowski, Adamle 2009)	Klinikinio specialisto – slaugytojo vaidmuo	Bendradarbiavimas, komunikacija, pokyčių valdymas, konsultavimas, išsilavinimas
Išplėstinės praktikos slaugytojo veiklos vertinimas kriterijų pagrindu (Scarpa, 2011)	Išplėstinės praktikos slaugytojo vaidmenys	Bendradarbiavimas, klinikinė ir profesinė lyderystė, komunikacija, tyrinėjimai, konsultavimas, išsilavinimas
Išplėstinės praktikos slaugytojo klinikinės kompetencijos (Nieminen et al. 2011)	Skandinavijos išplėstinės praktikos slaugytojo vaidmenys	Bendradarbiavimas, komunikacija, konsultavimas, ekspertinis klinikinis vertinimas, profesinė autonomija.

Sudaryta darbo autorės pagal Sastre-Fullana ir kt. (2014)

Apibendrinant 4 lentelėje pateiktus kompetencijų modelius galima teigti, kad viena pagrindinių kompetencijų, aptinkamų visuose modeliuose yra bendradarbiavimas. Kitas ne mažiau svarbus elementas yra klinikinė ir profesinė lyderystė. Komunikacija taip pat yra reikšminga išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijai. Nors kiti elementai yra rečiau minimi pateiktuose modeliuose, tačiau taip pat yra ne mažiau svarbūs. Išplėstinės slaugos praktikos modelių struktūra yra aiški, jie yra įgyvendinami pagal planą, slaugytojų kompetencijos ir įgaunama kvalifikacija yra apibrėžtos, taip pat yra apibrėžta ir šių kompetencijų įgijimo trukmė.

Siekiant atskleisti išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijas bei jų ribas yra tikslinga panagrinėti skirtingų šalių pavyzdžius tiek atskirų kompetencijų tiek jų grupių pagrindu (žr. 4 lentelę).

5 lentelė. Išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijos

Kompetencijos	JAV	Jungtinė Karalystė	Lietuva
Anamnezės surinkimas, paciento ištyrimas	+	+	+
Atlikti ar užsakyti diagnostines procedūras	+	+	+
Invazinių/neinvazinių priemonių taikymas	+	+	+
Intubacijos	+	+	+
Trombolizinis gydymas		+	
Kardioversijos atlikimas		+	
Medikamentų ir skysčių paskyrimas	+	+	+
Pacientų ir/ar jų giminaičių mokymas ir švietimas		+	+
Ūminio ir lėtinio skausmo valdymas	+	+	+
Paciento kvėpavimo užtikrinimas	+	+	+
Anestezijos technikos inicijavimas	+		

Kompetencijos	JAV	Jungtinė Karalystė	Lietuva
Budimo iš anestezijos palengvinimas	+		
Radiologinių tyrimų interpretavimas		+	
Išplėstinės slaugos praktikos studentų mokymas (mentorystė)	+/- (tik klinikinis slaugos specialistas)	+	+
Bendradarbiavimas	+		+
Klinikinė ir profesinė lyderystė	+	+	+
Komunikacija			
Etinė ir teisinė praktika	+		
Palaikymas - propagavimas	+	+	+
Pokyčių valdymas	+	+	+
Tyrimai ir tyrinėjimai	+	+	+
Konsultavimas	+	+	+
Ekspertinis klinikinis vertinimas	+	+	+
Slaugos valdymas	+	+	+
Profesinė autonomija	+	+	+

Sudaryta darbo autorės pagal Consensus Model for APRN Regulation: Licensure, Accreditation, Certification & Education (2008), Daves, Bickell ir Tibby (2010), Matsusaki ir Sakai (2011), Lietuvos medicinos norma MN 160:2017 (2017), Advanced Nurse Practitioner - National Competencies (2021), Advanced Practice Standards (2021).

Taigi išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijos ir jų ribos kiekvienoje šalyje yra skirtingos (žr. 5 lentelę). Jungtinėje Karalystėje skirtingai nei JAV ar Lietuvoje į išplėstines kompetencijas yra įtraukiamas trombolizinis gydymas, kardioversijos atlikimas, radiologinių tyrimų interpretavimas. Tačiau prie JAV slaugytojų kompetencijų yra priskiriamas anestezijos technikos iniciavimas. Mentorystė priklauso išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijai tiek Lietuvoje, tiek Jungtinėje karalystėje, tačiau JAV ši kompetencija priskiriama tik klinikinio slaugos specialisto vaidmeniui. Pažymėtina, kad išplėstinės praktikos slaugytojų autonomija ir savarankiškumas yra dažna mokslinių tyrinėjimų tema, išskiriant, kad jiems trūksta savarankiškumo, siekiant užtikrinti slaugos priežiūros kokybę (Torrens ir kt., 2020) arba diskutuojant apie savarankiškumo ribas (Parker ir Hill, 2017). Jungtinėje Karalystėje išplėstinės praktikos slaugytojai turi savarankiškumą, atitinkantį savo praktikos apimtį ir klinikinės srities kontekstą bei gali reikalauti, kad būtų atlikti diagnostiniai tyrimai, pagrįsti diferencine diagnoze (Advanced Nurse Practitioner - National Competencies, 2021). Lietuvoje išplėstinės praktikos slaugytojai savarankiškai gali atlikti daug procedūrų nuo skausmo valdymo ir sedacijos iki infuzoterapijos, suformuoti slaugos diagnozę, sudaryti slaugos planą ir jį įgyvendinti, konsultuoti pacientą, vykdyti neinfekcinių ligų profilaktiką, pagal indikacijas savarankiškai paskirti laboratorinius išmatų, bendrą šlapimo, kraujo tyrimus pagal savo kompetenciją, vadovaudamasis įstaigos vadovo patvirtintais laboratorinių tyrimų atlikimo protokolais (Lietuvos medicinos norma MN 160:2017, 2017). JAV yra kuriami protokolai kartu su gydytojais ir kitais specialistais, kurie suteikia įvairaus laipsnio savarankiškumą išplėstinės praktikos slaugytojams priimat sprendimus, pvz. diagnostinis įvertinimas, ar vaistų išrašymas (Parker ir Hill, 2017).

Apibendrinant galima teigti, kad išplėstinės slaugos praktika pasižymi vaidmenų įvairove, todėl ir ribos tarp kompetencijų darosi vis mažesnės. Daugiau kompetencijų taip pat reiškia ir didesnę atsakomybę. Tam tikrose kritinėse situacijose, kurios nėra įtrauktos į slaugytojų kompetencijas ir jų nereglamentuoja teisės aktai, būtina kreiptis į gydytoją. Mokslinėje literatūroje taip pat pateikiami įvairūs išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijų ugdymo modeliai. Pagrindinės kompetencijos šiuose modeliuose apima bendradarbiavimą, klinikinę ir profesinę lyderystę, komunikaciją, pokyčių valdymą, konsultavimą, tačiau ne mažiau svarbūs yra ir tokie elementai, kaip išsilavinimas, profesinė autonomija ar etinė ir teisinė praktika. Šiuos modelius galima vertinti įvairiais būdais – matuojant slaugytojų pasitenkinimą, per ugdymo plane numatytų priemonių įgyvendinimą, reikalingų įgūdžių įgijimą. Palyginus JAV, Jungtinės Karalystės ir Lietuvos išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijas nustatyta, kad išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijos ir jų ribos kiekvienoje šalyje yra skirtingos. Jungtinėje Karalystėje skirtingai nei JAV ar Lietuvoje į išplėstinės kompetencijas yra įtraukiamas trombolizinis gydymas, kardioversijos atlikimas, radiologinių tyrimų interpretavimas. Mentorystė priklauso išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijai tiek Lietuvoje, tiek Jungtinėje karalystėje, tačiau JAV ši kompetencija priskiriama tik klinikinio slaugos specialisto vaidmeniui. Komunikavimo kompetencija nėra akcentuojama visose trijose nagrinėtose šalyse.

1.4. Išplėstinės slaugos praktikos integracijos veiksniai

Išplėstinės slaugos praktika turėtų būtinai traktuojama, kaip neatskiriama sveikatos priežiūros sistemos dalis. Išplėstinės praktikos slaugytojai, gavę licenciją, atlieka fizinius tyrimus, nustato diagnozes, gali išrašyti medikamentus bei slaugos priemones ar užsakyti gydymo procedūras. Moksliniuose tyrimuose išskiriama, kad tie pacientai, kuriuos prižiūri išplėstinės praktikos slaugytojai, rečiau lankosi skubios pagalbos skyriuose, rečiau priimami į ligoninę ir yra rečiau hospitalizuojami, palyginti su pacientais, kuriems teikiama panaši gydytojų priežiūra (Schober, 2019). Dubicka, Stundžienės ir Urbanavičės (2021) atlikta mokslinių tyrimų analizė atskleidė, kad pacientai patenkinti išplėstinės praktikos slaugytojų teikiamomis paslaugomis, nes greičiau patenka į gydymo įstaigą, konsultacijų metu jiems skiriama daugiau laiko, išsamiau surenkama anamnezė, mažesnis hospitalizacijų skaičius bei mirštamumas dėl lėtinių ligų.

Visiška integracija į sveikatos priežiūros sistemą reiškia, kad išplėstinės praktikos slaugytojo vaidmuo yra pilnai išnaudojamas sveikatos priežiūros sistemoje. Tačiau visiška integracija negali įvykti, jei vaidmuo nėra gerai išvystytas ir įgyvendintas (DiCenso, Bryant-Lukosius, Martin-Misner ir kt., 2010). Moksliniuose tyrimuose pateikiama, kad nors išplėstinės praktikos slaugytojai užtikrina pacientų saugą, o jų darbas yra veiksmingas, tačiau jų visiška integracija į sveikatos priežiūros sistemą ne visuomet yra įgyvendinama, o jų vaidmenys vystomi nepakankamai (DiCenso, Bryant-Lukosius,

Martin-Misner ir kt., 2010; Chouinard, Contandriopoulos, Perroux ir kt., 2017). Išplėstinės praktikos slaugytojų vaidmuo išplečia slaugos praktiką ir dėl to reikia persvarstyti kiekvieno specialisto vaidmens komandoje pobūdį (Contandriopoulos, Brousselle, Breton ir kt., 2016).

Išplėstinės praktikos slaugytojų integracija priklauso nuo sėkmingo vaidmenų kūrimo ir įgyvendinimo tarptautiniu, nacionaliniu, regioniniu ir organizacijos lygmeniu. Mokslinėje literatūroje pateikiama įvairių veiksnių lemiančių išplėstinės praktikos slaugytojų integraciją (žr. 6 lentelę).

6 lentelė. Išplėstinės praktikos slaugytojų integracijos veiksniai

Autoriai	Veiksniai
DiCenso, Bryant-Lukosius, Martin-Misner ir kt. (2010)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Veiksniai, įgalinantys vaidmens vystymąsi</i>: išsilavinimas (standartizuoti reikalavimai, išsilavinimo ir praktikos atitikimas, pakankami išteklių, tarpprofesinis išsilavinimas), teisės aktai ir reglamentai, planavimas (vaidmens įvertinimas ir supratimas, suinteresuotųjų pusių įsitraukimas). • <i>Veiksniai, įgalinantys vaidmens įgyvendinimą</i>: įdarbinimas ir darbuotojų išlaikymas, finansavimas (išplėstinės praktikos vaidmens finansavimas, atlyginimas), visuomenės sąmoningumas, nacionalinė vadovybės parama, vaidmens įvertinimas, vaidmens aiškumas, sveikatos priežiūros aplinkos palaikymas (lyderystės palaikymas, tinklo kūrimas), vaidmens elementų įgyvendinimas, tarpprofesiniai santykiai (darbiniai santykiai su gydytojais, tarpprofesinis bendradarbiavimas, komandos priėmimas).
Carter, Martin-Misener, Kilpatrick ir kt. (2010)	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemingas planavimas, kad būtų kuriami vaidmenys, pagrįsti paciento ir bendruomenės poreikiais, įtraukiant suinteresuotąsias šalis, informacijos apie vaidmenis organizacijoje perdavimas, tinkle kūrimas, mentorystės programos, komandos palaikymas.
Contandriopoulos, Brousselle, Breton ir kt. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> • Integracijos planavimas, vaidmens apibrėžimas, pacientų valdymas, bendradarbiavimas, komandinis palaikymas.
Chouinard, Contandriopoulos, Perroux ir kt. (2017)	<ul style="list-style-type: none"> • Klinikinė parama (prieiga prie klinikinės informacijos ir išteklių, gebėjimų ugdymo galimybės ir mokymai, keitimasis žiniomis su kitais specialistais); • Komandinė parama (bendrų tikslų nustatymas, komunikacijos kanalų plėtimas, vadovybės susitelkimas į komandą); • Sisteminė parama (žinios apie vaidmenį, priskirta atsakomybė, finansinė parama, paslaugų kompensavimo taisyklės, koordinuojančių komitetų sudarymas)
Ameen (2017), Woo ir kt. (2017), Wang ir kt. (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Išplėstinės praktikos slaugytojų integravimosi barjerai: struktūros ir formalių taisyklių nebuvimas, skirtingų nuomonių sankirta, informacijos sklaidos nepakankamumas.
Bryant-Lukosius ir kt. (2017)	<ul style="list-style-type: none"> • Išplėstinės praktikos slaugytojų integravimosi barjerai: neaiškus išplėstinės slaugos praktikos apibrėžimas, nepakankamas teisės aktų reglamentavimas, švietimo programų stoka, nepakankamas finansavimas, gydytojų pasipriešinimas.

Sudaryta darbo autorės pagal lentelėje nurodytus šaltinius.

Apibendrinant 6 lentelėje pateiktus duomenis galima teigti, kad mokslinėje literatūroje yra išskiriami įvairūs veiksniai, tačiau aptinkama ir tam tikrų panašumų, t. y. akcentuojamas išsilavinimas ir mokymai, integracijos ir vaidmens planavimas bei įgyvendinimas, sveikatos priežiūros aplinkos palaikymas, tarpprofesiniai santykiai ir komandinė parama. Tačiau ne mažiau svarbūs yra tokie veiksniai, kaip visuomenės sąmoningumas, teisės aktai ir reglamentai bei jų pakankamumas, sisteminė parama (finansavimas, priskirta atsakomybė ir pan.). Šie veiksniai yra toliau detalizuojami.

Išsilavinimas ir mokymai.

Standartizuoti reikalavimai. Tarptautinės slaugytojų tarybos apibrėžimu, tiek užsienio šalių situacijos analize pateikta 1.1 poskyryje galima teigti, kad išplėstinės praktikos slaugytojai turi būti rengiami magistrantūros lygmeniu. Anot DiCenso, Bryant-Lukosius, Martin-Misner ir kt. (2010), toks standartizavimas yra būtinas siekiant įgyvendinti tarptautinius lūkesčius ir įgyvendinti jų įsitraukimą į tokias kompetencijas, kaip išplėstinė klinikinė praktika, tyrimai, švietimas, vadovavimas ir konsultacijos bei bendradarbiavimas.

Išsilavinimo ir praktikos atitikimas. DiCenso, Bryant-Lukosius, Martin-Misner ir kt. (2010) atlikto tyrimo rezultatai parodė neatitikimą tarp bendrojo slaugos išsilavinimo ir specializuotos praktikos visuose išplėstinės praktikos slaugytojų vaidmenyse. Tą lėmė ribotos galimybės dirbti klinikinėse srityse ir ribotas pereinamumas prie programų.

Pakankami ištekliai. Aukštos kokybės švietimo programos priklauso nuo tinkamų išteklių įskaitant finansavimą, skirtą sukurti ir apmokėti reikiamą skaičių, dėstytojų ir mentorių bei užtikrinti reikiamą kiekį klinikinės praktikos vietų. Šią problemą galima spręsti pasidalijant akademinis išteklius tarp universitetų ir tarp sveikatos disciplinų universitetuose (DiCenso, Bryant-Lukosius, Martin-Misner ir kt., 2010).

Tarpprofesinis išsilavinimas. Rekomenduojama, kad į visų bakalaurų ir antrosios pakopos studijų sveikatos specialistų mokymo programas būtų įtraukti elementai, skirti tarpprofesiniam išsilavinimui, siekiant supažindinti visus sveikatos priežiūros specialistus su kolegų vaidmenimis, pareigomis ir praktikos skirtimis (DiCenso, Bryant-Lukosius, Martin-Misner ir kt., 2010).

Integracijos ir vaidmenų planavimas bei įgyvendinimas.

Vaidmens įvertinimas ir supratimas. Vaidmenų įvedimas turėtų būti pagrįstas paciento ir bendruomenės poreikių vertinimu ir aiškiu vaidmenų supratimu (Bryant-Lukosius ir kt., 2017). DiCenso, Bryant-Lukosius, Martin-Misner ir kt. (2010) tyrime atskleista, kad paslaugų poreikio ar praktikos spragų, kurias galėtų užpildyti išplėstinės slaugos praktiko vaidmuo, nustatymas buvo svarbus veiksnys, lemiantis vaidmenų integravimo sėkmę. Tam reikšmingos įtakos turėjo ir išplėstinės praktikos slaugytojo vaidmens įgyvendinimo gairės. Bryant-Lukosius ir kt. (2017) nurodo, kad išplėstinės praktikos slaugytojo vaidmens kompetencijos apima tiesioginę pacientų priežiūrą, mokslinius tyrimus, švietimą, konsultacinę ir lyderystės veiklą. Kiekvienai veiklai skirtas laikas skiriasi, tačiau pusiausvyra tarp klinikinės ir neklinikinės veiklos palengvina šią slaugos praktiką.

Suinteresuotųjų pusių įsitraukimas. Suinteresuotosios pusės apima pacientus, šeimas, advokatų grupes, savanoriškas organizacijas, sveikatos priežiūros organizacijas, sveikatos priežiūros komandas, sveikatos priežiūros teikėjus, profesines asociacijas, pagalbinius darbuotojus administratorius, pedagogus ir vyriausybines organizacijas, susijusias su sveikatos politika ir finansavimu (Bryant-Lukosius ir kt., 2017). Suinteresuotųjų pusių dalyvavimas išplėstinės praktikos slaugytojo vaidmens

ugdymo pradžioje yra labai svarbus siekiant užtikrinti įsipareigojimą ir teikti paramą planuojamiems pokyčiams, net jei tai gali pailginti procesą. Taip pat išskiriama, kad nepakankamas suinteresuotųjų šalių dalyvavimas, prisideda prie vaidmens aiškumo trūkumo (DiCenso, Bryant-Lukosius, Martin-Misner ir kt., 2010). Slaugos ir tarpsektorinės lyderystės bei partnerystės reikia tam, kad šio vaidmens plėtojimui būtų gaunamas pakankamas finansavimas bei, kad jo įgyvendinimui būtų skiriamas prioritetas (Bryant-Lukosius ir kt., 2017).

Planavimo procesas. Pirmasis planavimo proceso žingsnis yra apmąstyti numatomą praktikos modelį tarp visų dalyvaujančių dalyvių (gydytojų, slaugytojų, vadovų ir kitų komandos narių). Išsamus visų komandos narių bendrai parengtas planas yra vienas pagrindinių veiksnių įgyvendinant veiksmingą ir patenkinamą praktikos modelį. Taip pat svarbu pakankami įvertinti sąsajas tarp administracinės ir reguliavimo informacijos apie išplėstinės praktikos slaugytojo vaidmenį ir užtikrinti, kad visi komandos nariai žinotų šią informaciją. Be to, informacija ne tik turi būti pateikiama, bet ir užtikrinama, kad ji bus paversta praktinėmis žiniomis. Apibrėžus praktikos modelį, tai pat plačiau turi būti aptariami ir patys vaidmenys. Iš anksti apibrėžus kategorijas komanda galės įvertinti, ar jų lūkesčiai yra realūs ir ar atitinka išplėstinės praktikos slaugytojo veiklą reglamentuojančią reguliavimo ir administracinę sistemą. Taip pat svarbu paskirti ir atsakingą asmenį už praktinius integracijos proceso etapus, įskaitant komunikacijos strategijų numatymą, siekiant užtikrinti veiksmingą informacijos perdavimą komandoje ir už jos ribų (Contandriopoulos, Brousselle, Breton ir kt., 2016)

Sveikatos priežiūros aplinkos palaikymas.

Lyderystės palaikymas. Organizacinės, slaugos ir gydytojų paramos trūkumas trukdo įgyvendinti visų tipų išplėstinės praktikos slaugytojo vaidmenis. Lyderystė, leidžianti visapusiškai įgyvendinti išplėstinės praktikos slaugytojo vaidmenį, įgyvendina politiką, kuri palaiko ir įteisina vaidmenį bei suteikia tvirtą vadovybės paramą (DiCenso, Bryant-Lukosius, Martin-Misner ir kt., 2010).

Tinklo kūrimas. Tinklai gali būti kuriami keliais būdais, pvz., per mentorystės programas, užtikrinant geresnes profesinio tobulėjimo galimybes, kuriant bendrus komitetus arba specialistų grupes, kurios padėtų atskleisti nuolatinis planavimo poreikis ir dalytis bendrais klausimais, formuojant praktikos bendruomenę, taip skatinant profesinį tobulėjimą (DiCenso, Bryant-Lukosius, Martin-Misner ir kt., 2010).

Tarpprofesiniai santykiai ir komandinė parama. Moksliniai tyrimai rodo vienas svarbiausių elementų išplėstinės slaugos praktikos integracijoje yra komunikacija tarp gydytojų ir slaugytojų, kuri vaidina svarbų vaidmenį pacientų rezultatų kokybei, didina pacientų pasitenkinimą, sutrumpina buvimo ligoninėje trukmę, sumažina nepageidaujamų įvykių kiekį (Lowe ir kt., 2011; Woo ir kt., 2017; Wang ir kt., 2018). Šis bendradarbiavimas yra svarbus, nes taip yra sujungiami unikalūs abiejų profesijų pranašumai (Ameen, 2017). Jis taip pat yra svarbus, vertinant slaugytojų pasitenkinimą darbu ir jų išlaikymą (Zhang ir kt., 2016) bei didina darbo našumą ir efektyvumą (Crosson, 2020). Sveikatos

priežiūros specialistai turėtų veikti, kaip viena komanda. Tam yra būtini bendri mokymai, naudojant įvairius metodus (simuliacijas, kontrolinius sąrašus). Dirbdami kartu išplėstinės praktikos slaugytojai ir gydytojai padaro mažiau klaidų dėl proceso planavimo ir standartizavimo, vaidmenų žinojimo, sugebėjimo atkreipti vienas kito dėmesį į daromas klaidas. Tarpdisciplininė komanda geba pasitikėti vienas kito vertinimais ir padeda vieni kitiems spręsti problemas (Hailu ir kt., 2016). Tam, kad šis bendradarbiavimas būtų efektyvus yra būtina bendradarbiavimo kultūra (Sayed ir Sleem, 2011). Viename moksliniam tyrime, nustatyta, kad paskutinių bakalauro metų slaugos studentų požiūris į bendradarbiavimą tarp slaugytojų ir gydytojų yra teigiamas (Zakerimoghadam ir kt., 2015). Be to, slaugytojų požiūris į bendradarbiavimą su gydytojais yra labiau teigiamas (Elsois ir kt., 2017). Kitame tyrime buvo nustatyta, kad moteriškos lyties slaugytojos yra labiau teigiamai nusiteikusios bendradarbiavimo su gydytojais atžvilgiu (Natan ir Matthews, 2011). Teigiamo bendradarbiavimo rezultatai taip pat priklauso nuo slaugytojų ir gydytojų darbo stažo (Falana ir kt., 2016). Bendradarbiavimas kartu skatina ir vaidmenų aiškumą (Nair, ir kt., 2012). Išplėstinės praktikos slaugytojai turi daugiau autonomijos, jiems yra priskiriama daugiau kompetencijų, todėl jie gali stokoti paramos iš slaugos vadovų ar kolegų (Ameen, 2017). Pačio išplėstinės slaugos praktikos instituto išplėtimas didžiąja dalimi priklauso, kaip tai vertina kiti sveikatos priežiūros darbuotojai (Nair ir kt., 2012). Viename tyrime nustatyta, kad pagrindiniai bendradarbiavimo ir integracijos barjerai yra nesutarimai dėl autonomijos lygio, tai kas įeina į slaugytojo kompetencijas, komandinių veiksmų stoka, profesionalumo stoka (Torrens ir kt., 2020). Santykius tarp profesionalų taip pat riboja ir greitas darbo ritmas (Hailu ir kt., 2016). Dažnai išplėstinės praktikos slaugytojas veikia prižiūrint gydytojui. Todėl jie, kaip komandos nariai, gali būti nepastebimi (Lowe ir kt., 2011). Išplėstinės slaugos praktikos įgyvendinimas ir integracija gali sutrikdyti santykius tarp sveikatos priežiūros specialistų, todėl svarbu skatinti bendradarbiavimą tarp šių grupių (Paton ir kt., 2016).

Visuomeninis sąmoningumas. Išplėstinės slaugos praktikos integracijos stiprinimas galėtų būti siejamas su visuomenės supratimu apie šį slaugytojų vaidmenį ir stipri slaugos lyderystė įvairiose sveikatos priežiūros sistemos lygiuose (Bryant-Lukosius ir kt., 2017).

Teisės aktai ir reglamentai. Teisės aktai ir reguliavimas leidžia išplėstinės praktikos slaugytojams vykdyti veiklą savarankiškai. Šios srities barjerai yra siejami su apribojimais išrašyti vaistus, siuntimu pas specialistus, teisinėmis formaliomis praktikos sutartimis, ribojančiomis išplėstinės praktikos slaugytojų veiklą, priklausomybė nuo medicininių nurodymų, kuriuos sunku parengti. Dėl to gali didėti išplėstinės praktikos slaugytojų nepasitenkinimas (DiCenso, Bryant-Lukosius, Martin-Misner ir kt., 2010). Be to, kaip jau buvo minėta išplėstinės praktikos slaugytojų apibrėžimas daugumoje Europos šalių yra nepakankamas. Todėl praktikos apimtis priklauso nuo palaikomosios politikos ir teisės aktų, kurių trūksta šalyse, kur slaugytojai įgyja aukštąjį išsilavinimą, neįgydami didesnės autonomijos (Egerod, 2021).

Sisteminė parama. Sisteminio lygio pramos praktika yra susijusi su prisitaikymu prie platesnės aplinkos, kurioje yra integruoti išplėstinės praktikos slaugytojų vaidmenys, ir jos pritaikymu.

Slaugytojų vadovų vaidmuo. Slaugytojų vadovai gali atlikti lemiamą vaidmenį integruojant slaugytojus į sveikatos priežiūros įstaigas, tačiau jų gebėjimas tai daryti priklauso nuo jų žinių apie šį vaidmenį lygio, nuo jų gebėjimo imtis strateginių veiksmų organizacijoje ir nuo jiems priskirtos atsakomybės atliekant šią funkciją (Chouinard, Contandriopoulos, Perroux ir kt., 2017).

Finansavimas. Kitos sisteminės praktikos yra susijusios su finansinės paramos ar paslaugų kompensavimo taisyklėmis (Chouinard, Contandriopoulos, Perroux ir kt., 2017). Didžioji dalis išplėstinės praktikos slaugytojų pozicijų yra finansuojamos tiesiogiai iš vyriausybių. Mokslinėje literatūroje išskiriamos problemos, susijusios su nepakankamu finansuojamų pozicijų skaičiumi, stabilaus finansavimo nebuvimu, netinkamu pridėtinių išlaidų finansavimu ir sudėtingu finansavimo procesu (DiCenso, Bryant-Lukosius, Martin-Misner ir kt., 2010).

Išplėstinės slaugos praktikos integracijos barjerai. Išplėstinės slaugos praktikos integracija susiduria su tokiais kliūtimis, kaip struktūros ar formalių taisyklių nebuvimas, skirtingų nuomonių sankirta, informacijos sklaidos nepakankamumas (Ameen, 2017; Woo ir kt., 2017; Wang ir kt., 2018), neaiškus išplėstinės slaugos praktikos apibrėžimas, nepakankamas teisės aktų reglamentavimas, švietimo programų stoka, nepakankamas finansavimas, gydytojų pasipriešinimas (Bryant-Lukosius ir kt., 2017).

Apibendrinant galima teigti, kad mokslinėje literatūroje yra išskiriami įvairūs veiksniai, siejami su išplėstinės praktikos slaugytojų integravimu į sveikatos priežiūros sistemą, tačiau aptinkama ir tam tikrų panašumų, t. y. akcentuojamas išsilavinimas ir mokymai, integracijos ir vaidmens planavimas bei įgyvendinimas, sveikatos priežiūros aplinkos palaikymas, tarpprofesiniai santykiai ir komandinė parama. Tačiau ne mažiau svarbūs yra tokie veiksniai, kaip visuomenės sąmoningumas, teisės aktai ir reglamentai bei jų pakankamumas, sisteminė parama (finansavimas, priskirta atsakomybė ir pan.). Šiai integracijai yra svarbūs tokie veiksniai, kaip galiojantys teisės aktai ir jų pakankamumas, formalių taisyklių buvimas, aiškus išplėstinės praktikos slaugytojo vaidmens apibrėžimas, kokybiškai parengtos švietimo programos ir kiti veiksniai. (aiškiai nesimato, kur tai atskleista). Dėl didesnės autonomijos išplėstinės praktikos slaugytojai gali susilaukti neigiamo kitų sveikatos priežiūros specialistų vertinimo, todėl organizacinės ir bendradarbiavimo kultūros stiprinimas, slaugos lyderystė, tarpsektorinė partnerystė ir teigiamas vadovybės požiūris yra būtini, siekiant plėtoti šį vaidmenį.

1.5. Teorinės dalies apibendrinimas

Šiame darbe remiamasi Tarptautinės slaugytojų tarybos apibrėžimu, kad išplėstinės praktikos slaugytojas yra bendrosios arba specializuotos praktikos slaugytojas, įgijęs papildomą išsilavinimą (ne

mažesni, kaip magistro laipsnis), turintis ekspertinę žinių bazę, gebantis priimti sprendimus ir turintis klinikinių kompetencijų išplėstinei praktikai. Išplėstinės praktikos slaugytojų apibrėžimai skiriasi – JAV išplėstinės praktikos slaugytojų reguliavimas ir kompetencija priklauso atskiroms valstijoms. Jungtinėje Karalystėje išplėstinės praktikos slaugytojo vaidmuo nėra reglamentuojamas visos šalies mastu. Jungtinės Karalystės, Kanados ir Australijos apibrėžimuose akcentuojamos ir slaugytojų kompetencijos bei savarankiška praktika. Visuose analizuotuose apibrėžimuose yra pabrėžiama išsilavinimo svarba. Daugelyje nagrinėtų pasaulio šalių išplėstinės slaugos slaugytojas turi būti įgijęs magistro laipsnį. Taip pat priklausomai nuo šalies yra keliami ir kiti reikalavimai, pvz., kad slaugytojas turi būti registruotas (Fidžyje, Nyderlanduose, Samoa, Singapūre, JAV ir kt.). Išplėstinės praktikos slaugytojams tenka baudžiamoji ir civilinė atsakomybė. Visgi dažniausiai išplėstinės praktikos slaugytojų veiklos reguliavimas yra siejama būtent su civiline atsakomybe. Išplėstinės praktikos slaugytojai gali padėti skatinti išplėstinės praktikos reguliavimą, supažindindami sveikatos priežiūros specialistus, vadovybę ir visuomenę apie šią praktiką. Tačiau išanalizavus taip pat nustatyta, kad kai kuriose šalyse (pvz., Graikijoje, Australijoje ir kt.) egzistuoja painiava dėl išplėstinės praktikos slaugytojų vaidmenų.

Lietuvoje išplėstinės slaugos praktika yra įgyvendinama nepakankamai, tačiau matomi teigiami pokyčiai – nuolat tobulinami teisės aktai, 2017 m. įvesta atskira medicinos norma išplėstinės praktikos slaugytojams, pagal teisės aktus rengiamos ir tobulinamos magistrantūros studijų programos. Visgi pokyčiai vyksta pakankamai lėtai, o tai galima traktuoti, kaip problemą, siekiant užtikrinti visapusę išplėstinės slaugos praktikos integraciją Lietuvoje. Lyginant išplėstinės praktikos slaugos situaciją su kitomis šalimis pastebimi tam tikri panašumai, t. y. šiai veiklai yra reikalingas magistro laipsnis. Taip lyginant su Jungtine Karalyste ar JAV, Lietuvoje išplėstinės praktikos slaugytojo kvalifikacija yra vienodai reguliuojama nacionaliniu mastu. Lietuvoje lyginant su JAV yra mažiau išplėstinės praktikos slaugytojų specializacijų, t. y. Lietuvoje yra tik trys išplėstinės praktikos slaugytojo specializacijos. Kiti slaugytojų tipai, kurie galėtų būti priskirti išplėstinės slaugos praktikai yra reglamentuojami, kaip bendrosios praktikos slaugytojai su atskira specializacija (pvz., operacinės slaugytojo kvalifikacijos atveju).

Išplėstinės slaugos praktika pasižymi vaidmenų įvairove, todėl ir ribos tarp kompetencijų darosi vis mažesnės. Daugiau kompetencijų taip pat reiškia ir didesnę atsakomybę. Tam tikrose kritinėse situacijose, kurios nėra įtrauktos į slaugytojų kompetencijose ir jų nereglamentuoja teisės aktai, būtina kreiptis į gydytoją. Mokslinėje literatūroje taip pat pateikiami įvairūs išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijų ugdymo modeliai. Pagrindinės kompetencijos šiuose modeliuose apima bendradarbiavimą, klinikinę ir profesinę lyderystę, komunikaciją, pokyčių valdymą, konsultavimą. Šiuos modelius galima vertinti įvairiais būdais – matuojat slaugytojų pasitenkinimą, per ugdymo plane numatytų priemonių įgyvendinimą, reikalingų įgūdžių įgijimą. Palyginus JAV, Jungtinės Karalystės ir Lietuvos išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijas nustatyta, kad išplėstinės praktikos slaugytojų

kompetencijos ir jų ribos kiekvienoje šalyje yra skirtingos. Jungtinėje Karalystėje skirtingai nei JAV ar Lietuvoje į išplėstines kompetencijas yra įtraukiamas trombolizinis gydymas, kardioversijos atlikimas, radiologinių tyrimų interpretavimas. Mentorystė priklauso išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijai tiek Lietuvoje, tiek Jungtinėje karalystėje, tačiau JAV ši kompetencija priskiriama tik klinikinio slaugos specialisto vaidmeniui. Komunikavimo kompetencija nėra akcentuojama visose trijose nagrinėtose šalyse.

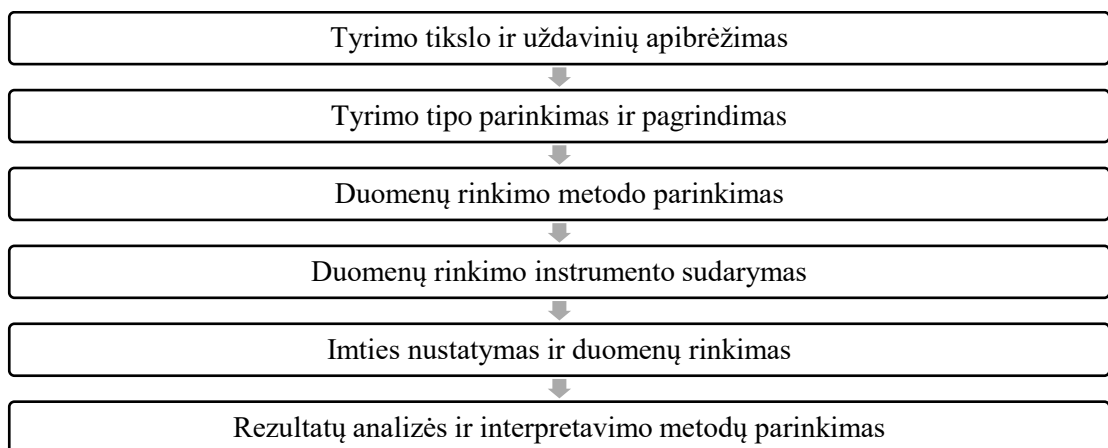
Mokslinėje literatūroje yra išskiriami įvairūs veiksniai, siejami su išplėstinės praktikos slaugytojų integravimu į sveikatos priežiūros sistemą, tačiau aptinkama ir tam tikrų panašumų, t. y. akcentuojamas išsilavinimas ir mokymai, integracijos ir vaidmens planavimas bei įgyvendinimas, sveikatos priežiūros aplinkos palaikymas, tarpprofesiniai santykiai ir komandinė parama. Tačiau ne mažiau svarbūs yra tokie veiksniai, kaip visuomenės sąmoningumas, teisės aktai ir reglamentai bei jų pakankamumas, sisteminė parama (finansavimas, priskirta atsakomybė ir pan.). Šiai integracijai yra svarbūs tokie veiksniai, kaip galiojantys teisės aktai ir jų pakankamumas, formalių taisyklių buvimas, aiškus išplėstinės slaugos praktikos slaugytojo vaidmens apibrėžimas, kokybiškai parengtos švietimo programos ir kiti veiksniai. Dėl didesnės autonomijos išplėstinės praktikos slaugytojai gali susilaukti neigiamo kitų sveikatos priežiūros specialistų vertinimo, todėl organizacinės ir bendradarbiavimo kultūros stiprinimas, slaugos lyderystė, tarpsektorinė partnerystė ir teigiamas vadovybės požiūris yra būtini, siekiant plėtoti šį vaidmenį.

2. IŠPLĖSTINĖS SLAUGOS PRAKTIKOS INTEGRACIJOS METODOLOGIJA

Mokslinės literatūros analizė padėjo atskiesti, kaip yra reguliuojama ir reglamentuojama išplėstinės slaugos praktika tarptautiniu ir nacionaliniu mastu, kokia yra išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijos samprata, kokios kompetencijos sudaro išplėstinės slaugos praktiką bei kokie yra šią praktiką ribojantys bei skatinantys veiksniai.

Išanalizavus mokslinę literatūrą buvo atskleista, kad nors išplėstinės praktikos slaugytojo vaidmuo Lietuvoje buvo pradėtas teisiškai reglamentuoti 2017, kai buvo įvesta su šiuo vaidmeniu susijusi medicinos norma, pagal kurią yra tobulinamos ir magistrantūros studijų programos, tačiau pokyčiai vyksta pakankamai lėtai. O tai yra traktuojama, kaip problema siekiant užtikrinti visapusę išplėstinės slaugos praktikos integraciją Lietuvoje.

Išplėstinės slaugos praktikos integracijos tyrimas susideda iš šešių etapų, pateikiamų 2 paveiksle.



2 pav. Loginė tyrimo schema

Sudaryta darbo autorės

Tyrimo loginė schema yra sudaryta iš tyrimo tikslo ir uždavinių apibrėžimo, tyrimo tipo parinkimo ir pagrindimo, duomenų rinkimo metodo parinkimo, duomenų rinkimo instrumento sudarymo, imties nustatymo ir duomenų rinkimo, rezultatų analizės bei interpretavimo metodų parinkimo. Todėl šie etapai toliau yra detalizuojami pateikta tvarka.

Tyrimo tikslo ir uždavinių apibrėžimas.

Šio darbo **tikslas** yra įvertinti išplėstinės slaugos praktikos integracijos galimybes slaugos vadovų požiūriu. Tyrimo tikslui pasiekti buvo iškelti tokie uždaviniai:

1. Ištirti slaugos vadovų požiūrį į išplėstinės slaugos praktikos integracijos kliūtis.
2. Įvertinti išplėstinės slaugos praktikos integracijos galimybes slaugos vadovų požiūriu.

Tyrimo tipo parinkimas ir pagrindimas. Siekiant įvertinti slaugos praktikos integracijos galimybes slaugos vadovų požiūriu buvo taikomas kokybinis tyrimas. Toks tyrimo tipas pasirinktas atsižvelgiant į metodinėje literatūroje (Bilievičienė ir Jonušauskas, 2011) pateiktas nuostatas, jog toks tyrimo tipas užtikrina tikslių rezultatų ir statistiškai patikimų duomenų gavimą tiriamo objekto atžvilgiu (šio darbo objektas – išplėstinės slaugos praktikos integracija). Darbo autorės nuomone, tokiu būdu iš nedidelės populiacijos (imties) galima gauti išvadas apie populiacijos elgesį, o taip pat atskleisti išplėstinės slaugos praktikos integraciją ribojančius ir skatinančius veiksnius.

Duomenų rinkimo metodo parinkimas. Duomenų rinkimui buvo naudojama anoniminė anketinė slaugos vadovų apklausa. Mokslinėje literatūroje išskiriama, kad anketinės apklausos tyrimo forma padeda ne tik standartizuoti atsakymus, bet ir kiekvieną atvejį įvertinti pagal iš anksto numatytus požymius (Gaižauskaitė ir Mikėnė, 2014). Tyrime buvo naudota anketinė apklausa internetu. Kaip pagrindinius tokios apklausos privalumus galima išskirti tai, kad respondantai galėjo apgalvoti savo atsakymus, pasirinkti individualų apklausos pildymo greitį, taip pat buvo išvengta ir anketos pildymo klaidų (nes visi atsakymai į klausimus yra privalomi). Taigi galima teigti, kad tokia duomenų rinkimo forma leidžia surinkti duomenis tokiu būdu, kad jie būtų tarpusavyje palyginami.

Duomenų rinkimo instrumento sudarymas. Išplėstinės slaugos praktikos integracijos slaugos vadovų požiūriu anketa pateikiama 1 priede. Ši anketa yra suskirstyta į atskirus blokus (žr. 7 lentelę).

7 lentelė. Anketos blokai

Eil. Nr.	Pavadinimas	Klausimai	Apibūdinimas	Autoriai (teorinis pagrindimas)
1.	Demografinė informacija	1-4 kl.	Skirtas surinkti demografinę informaciją apie respondentus.	-
2.	Išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijų vertinimas ir reikšmė	5-7 kl., 11 kl.	Skirtas nustatyti, kaip yra vertinamos bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijos, ar jas reiktų plėsti, ir ar ši kvalifikacija egzistuoja respondentų darbovietėje. Taip pat respondentų klausiama ar respondentų žinios apie išplėstinės praktikos slaugytojo profesiją yra pakankamos, kaip yra suprantamas išplėstinės praktikos slaugytojas, ir kokias kompetencijas jis turėtų atitikti.	Daves, Bickell ir Tibby (2010), Matsusaki ir Sakai (2011), Sastre-Fullana ir kt. (2014), Chang, Glenn, Duffield ir Ramis (2011), Jakimowicz, Williams ir Stankewicz (2017), Woo Lee ir Tam (2017), Lietuvos medicinos norma MN 160:2017 (2017), Advanced Nurse Practitioner - National Competencies (2021), Advanced Practice Standards (2021).
3.	Išplėstinės slaugos praktikos integracija ir jos veiksniai	8-10 kl., 12 kl.	Skirtas nustatyti ar respondentų įstaigos strategijoje yra numatyta išplėstinės slaugos praktikos integracija, kokie veiksniai yra reikšmingi jos sėkmei ir kokie veiksniai priklauso nuo pačių slaugos vadovų, kokie yra šią praktiką ribojantys veiksniai.	DiCenso, Bryant-Lukosius, Martin-Misner ir kt. (2010), Carter, Martin-Misener, Kilpatrick ir kt. (2010), Contandriopoulos, Brousselle, Breton ir kt. (2016), Chouinard, Contandriopoulos, Perroux ir kt. (2017), Ameen (2017), Woo ir kt. (2017), Wang ir kt. (2018), Bryant-Lukosius ir kt. (2017)

Pirmasis klausimų blokas (1-4 kl.) buvo skirtas surinkti demografinę informaciją apie respondentus t.y. jų darbovietę, skyrių, darbo stažą bei lytį. Antrasis klausimų blokas (5-7 kl., 11 kl.) buvo skirtas nustatyti kaip respondentai vertina esamas slaugytojų kompetencijas bei jų nuomonę apie esamų slaugytojų kompetencijų išplėtimą. Taip pat respondentų klausiama ar respondentų žinios apie išplėstinės praktikos slaugytojo profesiją yra pakankamos, kaip yra suprantamas išplėstinės praktikos slaugytojas, ir kokias kompetencijas jis turėtų atitikti. Šio klausimų bloko klausimai buvo parengti, remiantis Daves, Bickell ir Tibby (2010), Matsusaki ir Sakai (2011), Sastre-Fullana ir kt. (2014), Chang, Glenn, Duffield ir Ramis (2011), Jakimowicz, Williams ir Stankewicz (2017), Woo Lee ir Tam (2017), Lietuvos medicinos norma MN 160:2017 (2017), Advanced Nurse Practitioner - National Competencies (2021), Advanced Practice Standards (2021). Trečiasis klausimų blokas (8-10 kl., 12 kl.) yra susijęs su išplėstinės praktikos integracija, jos numatymu strateginiuose įstaigų dokumentuose, bendrais sėkmės veiksniais, veiksniais, kurie priklauso nuo slaugos vadovų ir išplėstinės slaugos praktikos integracijos barjerai. Šio klausimų bloko klausimai buvo parengti, remiantis DiCenso, Bryant-Lukosius, Martin-Misner ir kt. (2010), Carter, Martin-Misener, Kilpatrick ir kt. (2010), Contandriopoulos, Brousselle, Breton ir kt. (2016), Chouinard, Contandriopoulos, Perroux ir kt. (2017), Ameen (2017), Woo ir kt. (2017), Wang ir kt. (2018), Bryant-Lukosius ir kt. (2017).

Imties nustatymas ir duomenų rinkimas. Atsitiktinės atrankos būdu į tyrimą buvo įtraukti 102 respondentai dirbantys I, II, III asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Pagrindinis tyrimo imties atrankos kriterijus yra respondentų pareigybė. Tyrime buvo apklausiami:

- Vyresnieji slaugytojai-administratoriai;
- Vyriausieji slaugos administratoriai/Slaugos vadovai;
- Direktoriai slaugai/Pavaduotojai slaugai.

Tyrimo organizavimas ir eiga. Tyrimas buvo vykdytas 2022 m. kovo mėn. Anketos nuoroda buvo patalpinta į tikslines socialinių tinklų grupes, skirtas vyresniesiems slaugytojams-administratoriams, vyriausiems slaugos administratoriams/slaugos vadovams, direktoriams ir pavaduotojams slaugai.

Rezultatų analizės ir interpretavimo metodų parinkimas. Duomenys koduoti, saugoti ir analizuoti naudojant statistinio programų rinkinio SPSS (angl. Statistical Package for Social Sciences) 21 versiją ir Microsoft Excel 2013 programą. Duomenys buvo analizuojami pagal aprašomosios statistikos principus (analizuojamas jų atsakymų pasiskirstymų dažnis t. y. kiek atvejų patenka į kiekvieną kategoriją, skaičiuojama procentinė išraiška), atliekama požymių priklausomumo analizė (skaičiuojamas Pearson koreliacijos koeficientas). Taip pat darbe buvo naudojami statistinio reikšmingumo lygmenys. Tai reiškia, kad statistiškai patikimi skirtumai tarp grupių laikomi, kai $p < 0,05$.

Rezultatų aptarimas buvo atliekamas lyginant autorės tyrimo rezultatus su mokslinėje literatūroje išskirtomis nuostatomis.

Tyrimo rezultatai gali būti pritaikomi praktikoje, siekiant sėkmingiau integruoti išplėstinės praktikos slaugos vaidmenį į sveikatos priežiūros sistemą. Šio tyrimo struktūra gali būti pritaikomas, skirtingomis sąlygomis. Tyrimo objektyvumas yra aukštas. Tyrimo anketos nuorodos buvo išsiųstos respondentams, tačiau jie galėjo paklausti tyrėjo, apie vietas anketoje, kurios jiems nėra aiškios, tačiau tyrėjas nedarė įtakos jų anketos užpildymo procedūrai.

Anketų skalės vidinis suderinamumas (*angl.* Scale Internal Consistency) įvertintas, naudojant Cronbacho alfa koeficientą, kuris remiasi atskirų klausimų, sudarančių klausimyną, koreliacija ir įvertina, ar visi skalės klausimai pakankamai atspindi tiriamąjį dydį. Cronbach alfa koeficiento reikšmė gerai sudarytam klausimynui turėtų būti didesnė už 0,7. Gautas Cronbach alfa koeficientas siekė 0,902, todėl galima teigti, kad klausimynas yra patikimas.

Tyrimo etika. Apklausa atlikta laikantis etinių rekomendacijų: savanoriškumo, anonimiškumo, pagarbos principų.

Apibendrinant galima teigti, kad suformuota tyrimo metodika leidžia tinkamiausiai įvertinti išplėstinės slaugos praktikos integracijos galimybes slaugos vadovų požiūriu.

3. IŠPLĖSTINĖS SLAUGOS PRAKTIKOS INTEGRACIJOS TYRIMO REZULTATŲ ANALIZĖ

3.1. Demografinės respondentų charakteristikos

Demografinė respondentų analizė yra reikšminga, nes leidžia juos išskirti pagal nustatytas charakteristikas (šio darbo atveju pagal lytį, darbo vietą, pareigas ir darbo stažą), kurias galima analizuoti kartu su kitais klausimais, vertinant atskirų grupių nuomonę apie tiriamą reiškinį.

Tyrime dalyvavo 102 respondentai, iš jų 101 moteris (99 proc. visų respondentų) ir 1 vyras (1 proc. visų respondentų). Toliau pateikiamas respondentų pasiskirstymas pagal sveikatos priežiūros įstaigą, pareigas ir darbo stažą (žr. 8 lentelę).

8 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal sveikatos priežiūros įstaigą, pareigas ir darbo stažą

Kategorija	Subkategorija	Respondentų sk. (N)	Proc.
Darbo vieta	I lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigoje	21	20,6%
	II lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigoje	54	52,9%
	III lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigoje	27	26,5%
Pareigos	Vyresnysis slaugytojas-administratorius	78	76,5%
	Vyriausiasis slaugos administratorius/Slaugos vadovas	16	15,7%
	Direktorius slaugai/Pavaduotojas slaugai	6	5,9%
	Nenurodė	2	2%
Darbo stažas	Iki 10metų	33	32,4%
	11-20metų	25	24,5%
	21-30metų	34	33,3%
	31 metų ir daugiau	10	9,8%

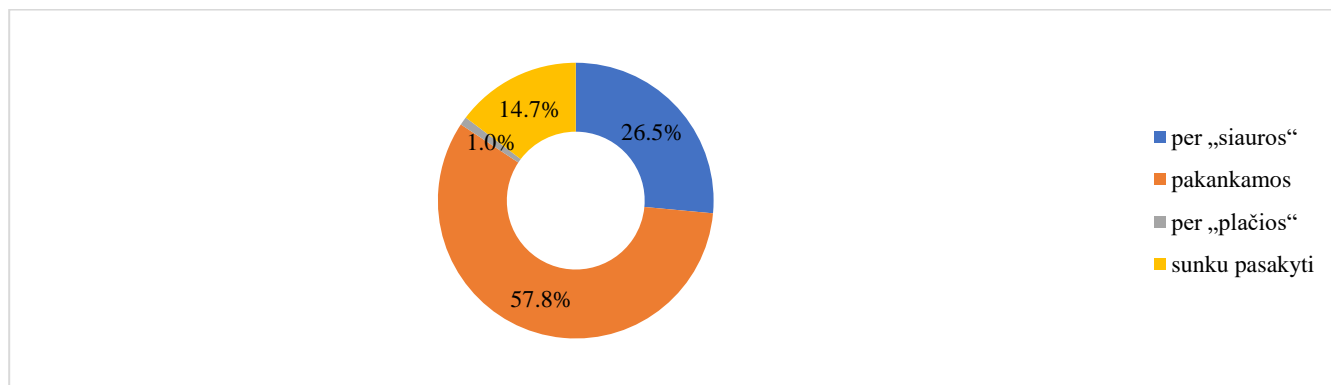
Kaip matoma didžioji dalis tiriamųjų dirba II lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigoje (52,9 proc. visų respondentų). 20,6 proc. visų respondentų dirba I lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, o 26,5 proc. visų respondentų – III lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigoje. Didžioji dalis respondentų dirba vyresniojo slaugytojo-administratoriaus pareigose (76,5 proc. visų respondentų). Taip pat į anketos klausimus atsakinėjo 15,7 proc. vyriausiųjų slaugos administratorių/slaugos vadovų ir 5,9 proc. direktorių slaugai/pavaduotojų slaugai. 2 proc. visų respondentų nenurodė savo pareigybės. Daugiau nei trečdalis respondentų asmens sveikatos priežiūros sistemoje dirba 21-30 m. (33,3 proc. visų respondentų). Iki 10 m. sveikatos priežiūros sistemoje dirbo 32,4 proc. visų respondentų. 24,5 proc. visų respondentų dirbo 11-20 m. 9,8 proc. visų respondentų sveikatos priežiūros sistemoje dirbo daugiau nei

31 m. (žr. 8 lentelę). Taigi galima teigti, kad didžioji dalis respondentų yra moterys, dirbančios II lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, vyresniojo slaugytojo-administratorius pareigose.

3.2. Išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijų vertinimas ir reikšmė

Šis poskyris skirtas nustatyti kaip respondentai vertina esamas slaugytojų kompetencijas bei jų nuomonę apie esamų slaugytojų kompetencijų išplėtimą. Taip pat respondentų klausiama ar respondentų žinios apie išplėstinės praktikos slaugytojo profesiją yra pakankamos, kaip yra suprantamas išplėstinės praktikos slaugytojas, ir kokias kompetencijas jis turėtų atitikti.

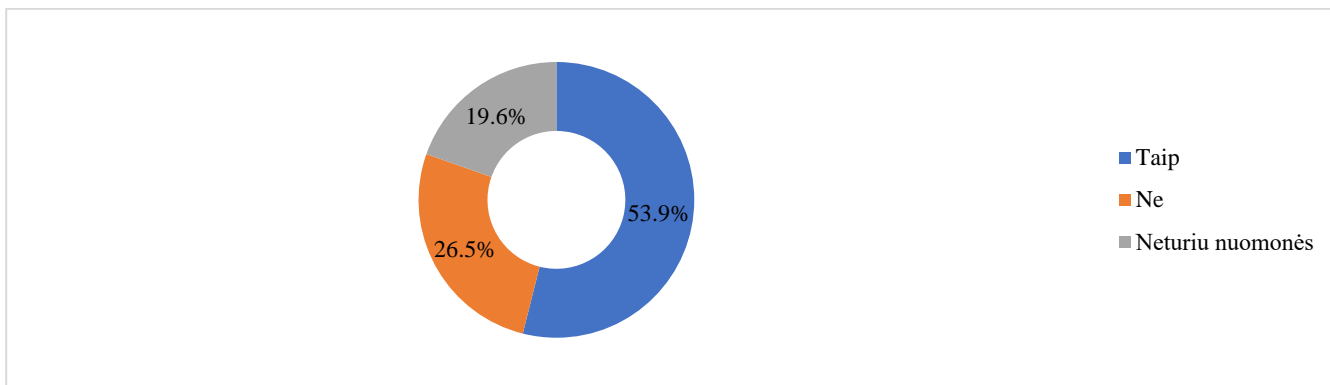
Mokslinėje literatūroje išskiriama, kad profesinių gebėjimų plėtimas yra siejamas su slaugos kokybės gerinimu (Karami, Farokhzadian ir Foroughameri, 2017; Fukdada, 2018, Faraji, Karimi, Azizi ir kt., 2019). Todėl buvo siekiama išsiaiškinti, kaip respondentai vertina bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijas (žr. 3 pav.).



3 pav. Bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų vertinimas, proc.

Išanalizavus tyrimo rezultatus nustatyta, kad daugiau nei pusė respondentų mano, kad bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijos yra pakankamos (57,8 proc. visų respondentų). Visgi ketvirtadalis respondentų nurodė, kad šios kompetencijos yra per siauros (26,5 proc. visų respondentų) (žr. 3 pav.). Panašūs rezultatai buvo gauti ir kitame darbo autorės tyrime, kuriame daugiau nei pusė respondentų išskyrė, kad bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijos yra pakankamos. (Jasukaitenė, 2017).

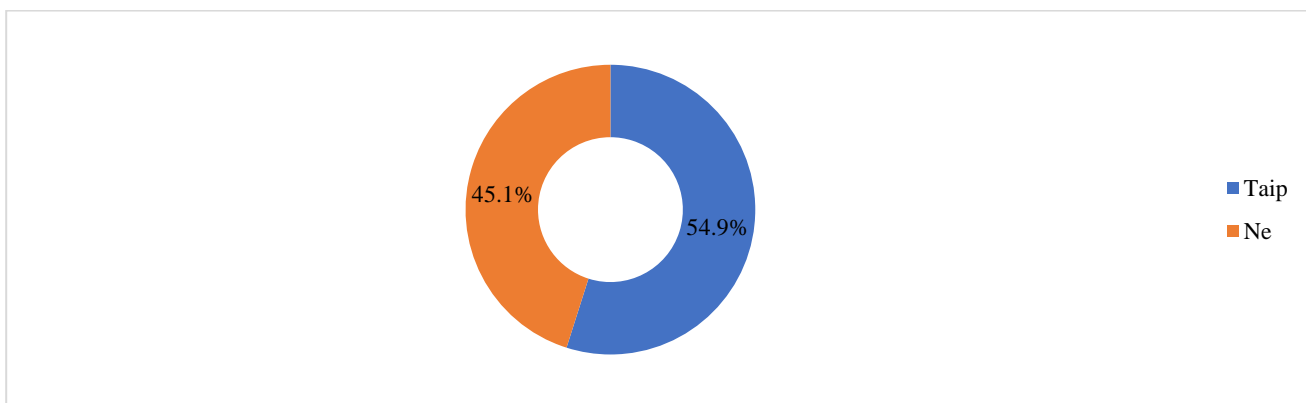
Moderniai sveikatos priežiūros sistemai yra reikalingi aukštos kvalifikacijos ir naujų profesinių kvalifikacijų slaugytojai (Išplėstinės slaugos praktikos gairės, 2014). Apskritai vis dažniau svarstoma išplėsti slaugytojų vaidmenį, apimančius gydytojų pareigų perkėlimą slaugytojams, turintiems aukštesnį išsilavinimą ir klinikinę patirtį (Maier ir Aiken, 2016), todėl respondentų buvo klausiama, ar reikėtų išplėsti esamas bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijas (žr. 4 pav.).



4 pav. Esamų bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų išplėtimo reikalingumo vertinimas, proc.

Daugiau nei pusė respondentų pritaria, kad esamos bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijos turėtų būti išplėtos (53,9 proc. visų respondentų) (žr. 4 pav.). Visgi ketvirtadalis respondentų nurodė, kad šių kompetencijų išplėsti nereikia (26,5 proc. visų respondentų). Moksliniuose tyrimuose taip nustatyta, kad ir slaugytojai pritartų jų vaidmenų išplėtimui, taip perimant tradicines gydytojų kompetencijas. (Maier ir Aiken, 2016). Tokiam išplėtimui pritartų ir gydytojai (Brodsky ir Dijk, 2008; Jasukaitienė, 2017). Moksliniai taip pat pažymi esamų bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų reikalingumą. Kompetencijų išplėtimas būtų labai naudingas siekiant sumažinti slaugytojų darbo krūvį, pagerinti priežiūrą, greitą ir tikslų aptarnavimą. Išplėstinės praktikos slaugytojo vaidmuo suteikia daugiau autonomijos, užtikrina veiksmingesnę ir efektyvesnę pacientų priežiūrą, didina pačių slaugytojų pasitenkinimą darbu ir užtikrina didesnes jų kompetencijas (Casey, O'Connor, Rodhe ir kt., 2021). Taigi esamos bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų išplėtimui yra reikalingas tiek slaugytojų įsipareigojimas asmeniniam augimui, tiek nuolatinis profesinių žinių ir kompetencijų plėtojimas, tiek ir vadovavimo bei lyderystės praktika, tiek slaugytojų krūvio mažinimas.

Toliau buvo siekiama nustatyti ar respondentų darbovietėje yra išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybė (žr. 5 pav.).



5 pav. Išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybės buvimas darbovietėje, proc.

Kaip matoma (žr. 5 pav.) tik šiek tiek daugiau nei pusė visų respondentų nurodė, kad ši pareigybė egzistuoja jų darbovietėje, tačiau taip pat didelė dalis respondentų mano, kad tokios pareigybės jų darbovietėje nėra (45,1 proc. visų respondentų nurodė) (žr. 4 pav.). Tai rodo, respondentų neužtikrintumą dėl tokios pareigybės darbovietėje buvimo. Tokius rezultatus galima apaiškinti dvejomis prielaidomis, arba tiriamose įstaigose trūksta komunikacijos apie išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybę, arba trūksta strateginių dokumentų ją apibrėžiančių.

Bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų vertinimo pasiskirstymo, esamų bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų išplėtimo reikalingumo, išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybės buvimo darbovietėje pasiskirstymas pagal darbo vietą pateikiamas 9 lentelėje.

9 lentelė. Bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų, esamų bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų išplėtimo reikalingumo, išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybės buvimo darbovietėje vertinimas pagal darbo vietą

Vertinimo kategorijos			Darbo vieta			Patikimumas (Asymp. Sig. (2-sided))
			I lygio	II lygio	III lygio	
Esamų slaugytojų kompetencijų vertinimas	Per „siauros“	<i>n</i>	8	14	5	0,321
		<i>Proc.</i>	38.1%	25.9%	18.5%	
	Pakankamos	<i>n</i>	12	33	10	
		<i>Proc.</i>	57.1%	59.3%	55.6%	
	Per „plачios“	<i>n</i>	0	0	1	
		<i>Proc.</i>	0.0%	0.0%	3.7%	
	Sunku pasakyti	<i>n</i>	1	8	6	
		<i>Proc.</i>	4.8%	14.8%	22.2%	
Esamų bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų išplėtimas	Taip	<i>n</i>	12	33	10	0,234
		<i>Proc.</i>	57.1%	61.1%	37.0%	
	Ne	<i>n</i>	4	12	11	
		<i>Proc.</i>	19.0%	22.2%	40.7%	
	Neturiu nuomonės	<i>n</i>	5	9	6	
		<i>Proc.</i>	23.8%	16.7%	22.2%	
Išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybės buvimas	Taip	<i>n</i>	5	31	20	0,002*
		<i>Proc.</i>	23.8%	57.4%	74.1%	
	Ne	<i>n</i>	16	23	7	
		<i>Proc.</i>	76.2%	42.6%	25.9%	

* – statistiškai reikšmingas rezultatas ($p < 0,05$).

Daugiau nei pusė visų I, II ir III lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių respondentų nurodė, kad esamos slaugytojų kompetencijos yra pakankamos (atitinkamai, 57,1 proc., 59,3 proc. ir 55,6 proc.). I ir II lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys respondentai nurodė, kad reikia išplėsti esamas bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijas (atitinkamai 57,1 proc. ir 61,1 proc.). Visgi 40,7 proc. III lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių respondentų nurodė, kad šių kompetencijų išplėsti nereikia. Tai rodo, kad III lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigose bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijos yra pakankamos (žr. 9 lentelę).

Tyrimo metu nustatyti statistiškai patikimi skirtumai vertinant išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybės buvimą pagal darbo vietą ($p=0,002$). Daugiau nei du trečdaliai III lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbančių asmenų nurodė, kad išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybė egzistuoja jų įstaigoje. Tai rodo III lygio asmens sveikatos priežiūros dirbančių asmenų informuotumą apie šią pareigybę, ir tai, kad respondento nuomone, ši pareigybė yra dažnesne būtent šio lygio įstaigose. Daugiau nei pusė II lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių respondentų nurodė, kad ši pareigybė egzistuoja ir jų įstaigoje. Tik ketvirtadalis I lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių asmenų pažymėjo apie tokios pareigybės egzistavimą jų įstaigoje (23,8 proc. visų respondentų) (žr. 9 lentelę).

Bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų vertinimo pasiskirstymo, esamų bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų išplėtimo reikalingumo, išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybės buvimo darbovietėje pasiskirstymas pagal pareigas pateikiamas 10 lentelėje.

10 lentelė. Bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų, esamų bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų išplėtimo reikalingumo, išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybės buvimo darbovietėje vertinimas pagal pareigas

Vertinimo kategorijos			Pareigos			Patikimumas (Asymp. Sig. (2-sided))
			Vyresnysis slaugytojas- administratorius	Vyriausiasis slaugos administratorius/ Slaugos vadovas	Direktorius slaugai/ Pav. aduotojas slaugai	
Esamų slaugytojų kompetencijų vertinimas	Per „siauros“	<i>n</i>	20	5	2	0,001*
		<i>Proc.</i>	25.6%	31.3%	33.3%	
	Pakankamos	<i>n</i>	48	9	2	
		<i>Proc.</i>	61.5%	56.3%	33.3%	
	Per „plačios“	<i>n</i>	0	0	1	
		<i>Proc.</i>	0.0%	0.0%	16.7%	
	Sunku pasakyti	<i>n</i>	10	2	1	
		<i>Proc.</i>	12.8%	12.5%	16.7%	
Esamų bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų išplėtimas	Taip	<i>n</i>	43	10	1	0,062
		<i>Proc.</i>	55.1%	62.5%	16.7%	
	Ne	<i>n</i>	17	5	4	
		<i>Proc.</i>	21.8%	31.3%	66.7%	
	Neturiu nuomonės	<i>n</i>	18	1	1	
		<i>Proc.</i>	23.1%	6.3%	16.7%	
Išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybės buvimas	Taip	<i>n</i>	42	11	3	0,288
		<i>Proc.</i>	53.8%	68.8%	50.0%	
	Ne	<i>n</i>	36	5	3	
		<i>Proc.</i>	46.2%	31.3%	50.0%	

* – statistiškai reikšmingas rezultatas ($p<0,05$).

Daugiau nei pusė vyresniųjų slaugytojų-administratorių ir vyriausiųjų slaugos administratorių/slaugos vadovų mano, kad esamos bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijos yra

pakankamos (atitinkamai, 61,5 proc. ir 56,3 proc. savo grupėse). Didžioji dalis vyresniųjų slaugytojų-administratorių ir vyriausiųjų slaugos administratorių/slaugos vadovų mano, kad reiktų išplėsti esamas bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijas. Net daugiau nei pusė direktoriaus slaugai/pavadootojo slaugai pareigas užimantys respondentai nurodė, kad šių kompetencijų išplėsti nereikia (66,7 proc. respondentų šioje grupėje). Daugiau nei pusė vyresniųjų slaugytojų-administratorių ir vyriausiųjų slaugos administratorių/slaugos vadovų mano, kad išplėstinės praktikos slaugytojų pareigybė egzistuoja jų darbovietėje (atitinkamai, 53,8 ir 68,8 proc. savo grupėse). Direktorių ir pavadootojų slaugai nuomonės šiuo klausimu išsiskyrė, lygiai 50 proc. visų šioje grupėje esančių respondentų išskyrė, kad tokia pareigybė egzistuoja jų darbovietėje. Tai rodo, kad išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybė nėra įtvirtinta aukščiausiu lygmeniu.

Bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų vertinimo pasiskirstymo, esamų bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų išplėtimo reikalingumo, išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybės buvimo darbovietėje pasiskirstymas pagal darbo stažą pateikiamas 11 lentelėje.

11 lentelė. Bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų, esamų bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų išplėtimo reikalingumo, išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybės buvimo darbovietėje vertinimas pagal darbo stažą

Vertinimo kategorijos			Darbo stažas				Patikimumas (Asymp. Sig. (2-sided))
			Iki 10metų	11-20metų	21-30metų	31 ir daugiau	
Esamų slaugytojų kompetencijų vertinimas	Per „siauros“	<i>n</i>	7	8	9	3	0,174
		<i>Proc</i>	21.2%	32.0%	26.5%	30.0%	
	Pakankamos	<i>n</i>	22	14	18	5	
		<i>Proc</i>	66.7%	56.0%	52.9%	50.0%	
	Per „plačios“	<i>n</i>	0	0	1	0	
		<i>Proc</i>	0.0%	0.0%	2.9%	0.0%	
	Sunku pasakyti	<i>n</i>	4	3	6	2	
		<i>Proc</i>	12.1%	12.0%	17.6%	20.0%	
Esamų bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų išplėtimas	Taip	<i>n</i>	22	10	18	5	0,208
		<i>Proc</i>	66.7%	40.0%	52.9%	50.0%	
	Ne	<i>n</i>	5	11	7	4	
		<i>Proc</i>	15.2%	44.0%	20.6%	40.0%	
	Neturiu nuomonės	<i>n</i>	6	4	9	1	
		<i>Proc</i>	18.2%	16.0%	26.5%	10.0%	
Išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybės buvimas	Taip	<i>n</i>	19	18	15	4	0,136
		<i>Proc</i>	57.6%	72.0%	44.1%	40.0%	
	Ne	<i>n</i>	14	7	19	6	
		<i>Proc</i>	42.4%	28.0%	55.9%	60.0%	

Didžioji dalis visų darbo stažo grupių respondentų nurodė, kad esamos slaugytojų kompetencijos yra pakankamas (iki 10 m. amžiaus grupėje - 66,7 proc.; 11-20 m. - 56 proc.; 21-30 m. - 52,9 proc.; 31 m. ir daugiau - 50 proc.). Tik 11-20 m. darbo stažo grupėje esantys respondentai nurodė, kad esamų bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų nereikia išplėsti (44,0 proc. respondentų šioje grupėje). Tačiau net daugiau nei pusė kitų grupių respondentų aktualizavo kompetencijų išplėtimo poreikį. Tai rodo, kad poreikis šias kompetencijas plėsti yra tarp skirtingą darbo stažą turinčių slaugytojų. Du trečdaliai 11-20 m. ir daugiau nei pusė iki 10 m. darbo stažo grupėje esančių respondentų nurodė, kad išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybė egzistuoja jų įstaigoje (atitinkamai, 72,0 proc. ir 57,6 proc. savo grupėse). Taigi galima teigti, kad mažesnę darbo stažą turintys respondentai geriau žino apie šią pareigybę.

Šąsajos tarp bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų, esamų bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų išplėtimo reikalingumo, išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybės buvimo darbovietėje pateikiamos 12 lentelėje.

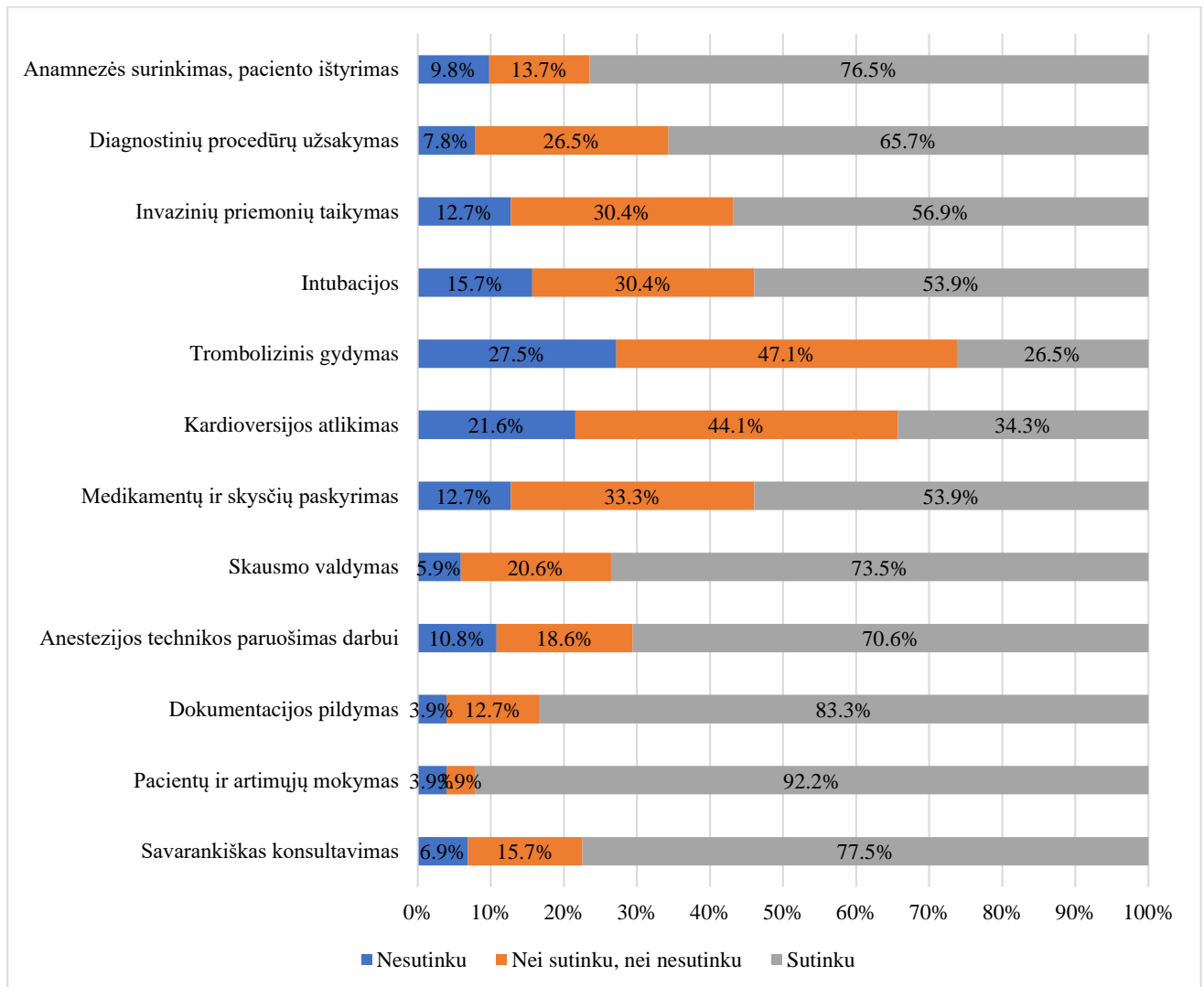
12 lentelė. Šąsajos tarp bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų, esamų bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų išplėtimo reikalingumo, išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybės buvimo darbovietėje

		Esamų bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų išplėtimo reikalingumo vertinimas	Išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybės buvimo darbovietėje vertinimas
Bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų vertinimas	Pearson Correlation	.420**	.047
	Sig. (2-tailed)	.000	.642

** – statistiškai reikšmingas rezultatas ($p < 0,01$).

Esamų bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijos teigiamai reikšmingai koreliuoja su jų išplėtimo vertinimu ($r=0,420$; $p=0,000$) (žr. 12 lentelę). Dauguma tirtų slaugytojų, kurie mano, kad esamos bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijos yra pakankamos nemano, kad jas reikia išplėsti (81,5 proc. tos grupės respondentų). Dauguma slaugytojų, kurie mano, kad šios kompetencijos yra "per siauros" išreiškė nuomonę, kad jas reiktų išplėsti (47,3 proc. tos grupės respondentų).

Lietuvos medicinos normoje MN 160:2017 (2017) yra išskiriamos išplėstinės praktikos slaugytojo kompetencijos. Lietuvoje išplėstinės praktikos slaugytojai savarankiškai gali atlikti daug procedūrų nuo skausmo valdymo ir sedacijos iki infuzoterapijos, suformuoti slaugos diagnozę, sudaryti slaugos planą ir jį įgyvendinti, konsultuoti pacientą, pagal indikacijas ir savo kompetencijas savarankiškai paskirti laboratorinius išmatų, bendrą šlapimo, kraujo tyrimus ir daugelį kitų veiksmų (Lietuvos medicinos norma MN 160:2017, 2017). Todėl respondentų buvo klausama, ką turėtų atlikti išplėstinės praktikos slaugytojas (žr. 6 pav.).



6 pav. Išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijų vertinimas, proc.

Kaip matoma (žr. 6 pav.) absoliuti dauguma respondentų pritaria, kad išplėstinės praktikos slaugytojas turėtų mokyti pacientus (92,2 proc. visų respondentų) ir pildyti dokumentaciją (83,3 proc. visų respondentų). Daugiau nei du trečdaliai respondentų išreiškė nuomonę, kad į išplėstinės praktikos slaugytojo kompetencijas įeina savarankiškas konsultavimas (77,5 proc. visų respondentų) ir anamnezių surinkimas (76,5 proc. visų respondentų). Skausmo valdymas, anestezijos technikos apuošimas darbui, diagnostinių procedūrų užsakymas, taip pat buvo dažnai minimos kompetencijos, kurios turėtų būti priskiriamos išplėstinės praktikos slaugytojams. Šiek tiek daugiau nei pusė respondentų sutiko, kad išplėstinės praktikos slaugytojas turėtų taikyti invazines priemones, daryti intonaciją ir skirti medikamentus bei skysčius. Labiausiai abejojama, ar išplėstinės praktikos slaugytojo kompetencijoms priklauso kardioversijos atlikimas ir trombolizinis gydymas.

Analizuojant išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijas pagal darbo vietą, pareigas ir stažą buvo rastas tik vienas statistiškai patikimas rezultatas: II lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys respondentai dažniau sutiko su tuo, kad išplėstinės praktikos slaugytojas turėtų mokėti valdyti

skausmą (85,2 proc. visų respondentų) lyginant su I ir III lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbančiais respondentais (atitinkamai, 57,1 proc. ir 63,0 proc. visų respondentų šiose grupėse) ($p=0,04$).

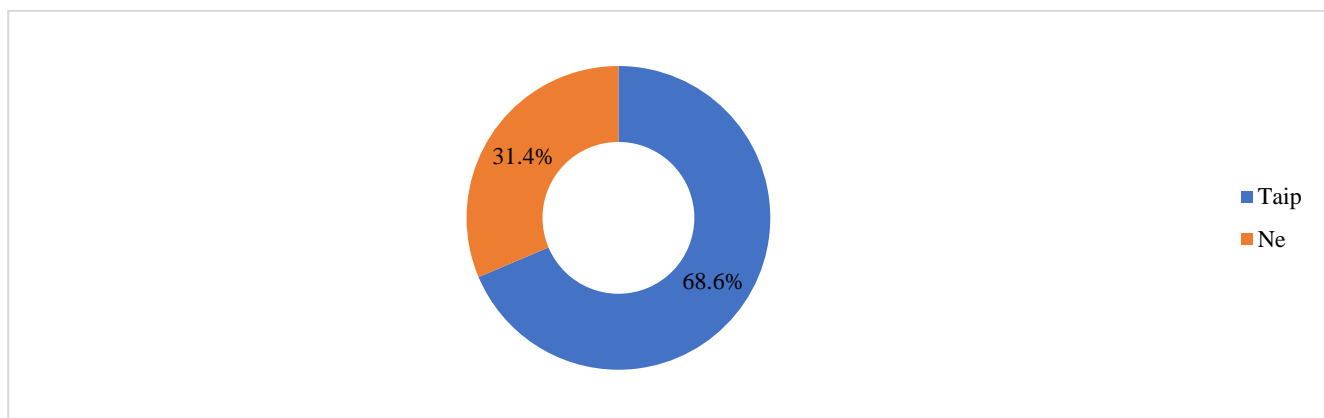
Išanalizavus sąsajas tarp bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų, esamų bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų išplėtimo reikalingumo, išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybės buvimo darbovietėje ir išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijų buvo nustatytas tik vienas statistikai reikšmingas ryšys – pareigybės buvimas darbovietėje neigiamai siejasi su skausmo valdymu ($r=-0,225$, $p=0,023$). Didžioji dauguma respondentų, kurie mano, kad jų darbovietėje yra išplėstinės praktikos pareigybė sutiko, kad skausmo valdymas yra priskiriamas išplėstinės praktikos slaugytojui (80,4 proc. visų respondentų šioje grupėje) lyginant su tais, kurie nurodė, kad tokios pareigybės jų darbovietėje nėra (65,2 proc. visų respondentų šioje grupėje).

Apibendrinant galima teigti, kad daugiau nei pusė respondentų mano, kad bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijos yra pakankamos. Vyresnieji slaugytojai-administratoriai ir vyriausiųjų slaugos administratoriai/slaugos vadovai mano, kad esamos bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijos yra pakankamos lyginant su direktoriais ir pavaduotojais slaugai. Daugiau nei pusė visų respondentų sutiko, kad esamas bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijos turėtų būti išplėtos. I ir II lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys respondentai nurodė, kad reikia išplėsti esamas bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijas lyginant su III lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbančiais respondentais. Daugiau nei pusė visų respondentų nurodė, kad ši pareigybė egzistuoja jų darbovietėje. Daugiau nei du trečdaliai III lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbančių asmenų nurodė, kad išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybė egzistuoja jų įstaigoje lyginant su kitų grupių respondentais. Didžioji dalis respondentų nurodė, kad išplėstinės praktikos slaugytojai turėtų atlikti daugiau veiksmų (nuo pacientų mokymo iki intubacijos ar medikamentų skyrimo).

3.3. Išplėstinės slaugos praktikos integracija ir jos veiksniai

Šiame poskyryje nagrinėjami klausimai susiję su išplėstinės praktikos integracija, jos numatymu strateginiuose įstaigų dokumentuose, bendrais sėkmės veiksniais, veiksniais, kurie priklauso nuo slaugos vadovų ir išplėstinės slaugos praktikos integracijos barjerai.

Sisteminis integracijos planavimas yra svarbus, kad būtų kuriami vaidmenys, pagrįsti paciento ir bendruomenės poreikiais, įtraukiant suinteresuotąsias šalis, informacijos apie vaidmenis organizacijoje perdavimas, tinkle kūrimas, mentorystės programos, komandos palaikymas. (Carter, Martin-Misener, Kilpatrick ir kt., 2010). Todėl respondentų buvo klausiami, ar išplėstinės slaugos praktikos integraciją yra numatymą jų įstaigų strategijose (žr. 7 pav.).



7 pav. Išplėstinės slaugos praktikos integracijos numatymas įstaigų strategijose, proc.

Daugiau nei pusė visų respondentų (68,6 proc. visų respondentų nurodė), kad išplėstinės slaugos praktikos integracija yra numatyta jų įstaigų dokumentuose (žr. 7 pav.). Išplėstinės slaugos praktikos integracijos strategijos numatymo svarba yra aktualizuojama ir kituose moksliniuose tyrimuose (Carter, Martin-Misener, Kilpatrick ir kt., 2010; Contandriopoulos, Brousselle, Breton ir kt., 2016; Aguirre-Boza ir kt., 2019).

Toliau pateikiamas išplėstinės slaugos praktikos integracijos numatymo įstaigų strategijose pasiskirstymas pagal darbo vietą (žr. 13 lentelę).

13 lentelė. Išplėstinės slaugos praktikos integracijos numatymo įstaigų strategijose pasiskirstymas pagal darbo vietą

Vertinimo kategorijos			Darbo vieta			Patikimumas (Asymp. Sig. (2-sided))
			I lygio	II lygio	III lygio	
Išplėstinės slaugos praktikos integracijos numatymas įstaigų strategijose	Taip	<i>n</i>	8	42	20	0,003**
		<i>Proc.</i>	38.1%	77.8%	74.1%	
	Ne	<i>n</i>	13	12	7	
		<i>Proc.</i>	61.9%	22.2%	25.9%	

** – statistiškai reikšmingas rezultatas ($p < 0,01$).

Atlikus tyrimo rezultatų analizę nustatyta, kad II ir III lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigose išplėstinės praktikos integracija yra numatyta įstaigų strategijose (atitinkamai, 77,8 proc. ir 74,1 proc. tų grupių respondentų) lyginant su I lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigomis (38,1 proc. visų tos grupės respondentų) (žr. 12 lentelę).

Toliau pateikiamas išplėstinės slaugos praktikos integracijos numatymo įstaigų strategijose pasiskirstymas pagal pareigas (žr. 14 lentelę).

14 lentelė. Išplėstinės slaugos praktikos integracijos numatymo įstaigų strategijose pasiskirstymas pagal pareigas

Vertinimo kategorijos			Darbo vieta			Patikimumas (Asymp. Sig. (2-sided))
			Vyresnysis slaugytojas- administratorius	Vyriausiasis slaugos administratorius/ Slaugos vadovas	Direktorius slaugai/ Pav. aduotojas slaugai	
Išplėstinės slaugos praktikos integracijos numatymas įstaigų strategijose	Taip	<i>n</i>	52	12	6	0,056
		<i>Proc.</i>	66.7%	75.0%	100.0%	
	Ne	<i>n</i>	26	4	0	
		<i>Proc.</i>	33.3%	25.0%	0.0%	

Visi direktoriai ir pavaduotojai slaugai nurodė, kad išplėstinės slaugos praktikos integracija yra numatyta jų įstaigų strategijose. Su tuo sutiko ir 75,0 proc. vyriausiųjų slaugos administratorių/slaugos vadovų bei 66,7 proc. visų vyresniųjų slaugytojų-administratorių. Taigi galima teigti, kad apie išplėstinės slaugos praktikos integraciją vyresniesiems slaugytojams-administratoriams nėra pakankamai komunikuojama.

Toliau pateikiamas išplėstinės slaugos praktikos integracijos numatymo įstaigų strategijose pasiskirstymas pagal darbo stažą (žr. 15 lentelę).

15 lentelė. Išplėstinės slaugos praktikos integracijos numatymo įstaigų strategijose pasiskirstymas pagal darbo stažą

Vertinimo kategorijos			Darbo stažas				Patikimumas (Asymp. Sig. (2-sided))
			Iki 10metų	11-20metų	21-30metų	31 ir daugiau	
Išplėstinės slaugos praktikos integracijos numatymas įstaigų strategijose	Taip	<i>n</i>	22	19	24	5	0,501
		<i>Proc.</i>	66.7%	76.0%	70.6%	50.0%	
	Ne	<i>n</i>	11	6	10	5	
		<i>Proc.</i>	33.3%	24.0%	29.4%	50.0%	

Didžioji dalis visų darbo stažo grupių respondentų nurodė, kad išplėstinės slaugos praktika integracija yra numatyta jų įstaigų strategijose (iki 10 m. amžiaus grupėje - 66,7 proc.; 11-20 m. - 56 proc.; 21-30 m. - 52,9 proc.; 31 m. ir daugiau - 50 proc.). Tai rodo, kad

Sąsajos tarp bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų, esamų bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų išplėtimo reikalingumo, išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybės buvimo darbovietėje iš išplėstinės slaugos praktikos integracijos numatymo strategijoje pateikiamos 16 lentelėje.

16 lentelė. Sąsajos tarp bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų, esamų bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų išplėtimo reikalingumo, išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybės buvimo darbovietėje iš išplėstinės slaugos praktikos integracijos numatymo strategijoje vertinimų

		Bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų vertinimas	Esamų bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų išplėtimo reikalingumo vertinimas	Išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybės buvimo darbovietėje vertinimas
Išplėstinės slaugos praktikos integracijos numatymas įstaigos strategijoje	Pearson Correlation	.040	.025	.661**
	Sig. (2-tailed)	.692	.806	.000

** – statistiškai reikšmingas rezultatas ($p < 0,01$).

Nustatyta, kad išplėstinės slaugos praktikos integracijos numatymas įstaigos strategijoje koreliuoja su išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybės buvimu darbovietėje ($r=0.061$, $p=0,000$) (=r. 16 lentelę). Tai rodo, kad strategijos numatymas turi įtakos išplėstinės praktikos slaugytojo vaidmens įgyvendinimui.

Sąsajos tarp išplėstinės slaugos praktikos integracijos numatymo įstaigos strategijoje ir išplėstinės praktikos slaugytojo kompetencijų pateikiamos 17 lentelėje.

17 lentelė. Sąsajos tarp išplėstinės slaugos praktikos integracijos numatymo įstaigos strategijoje ir išplėstinės praktikos slaugytojo kompetencijų

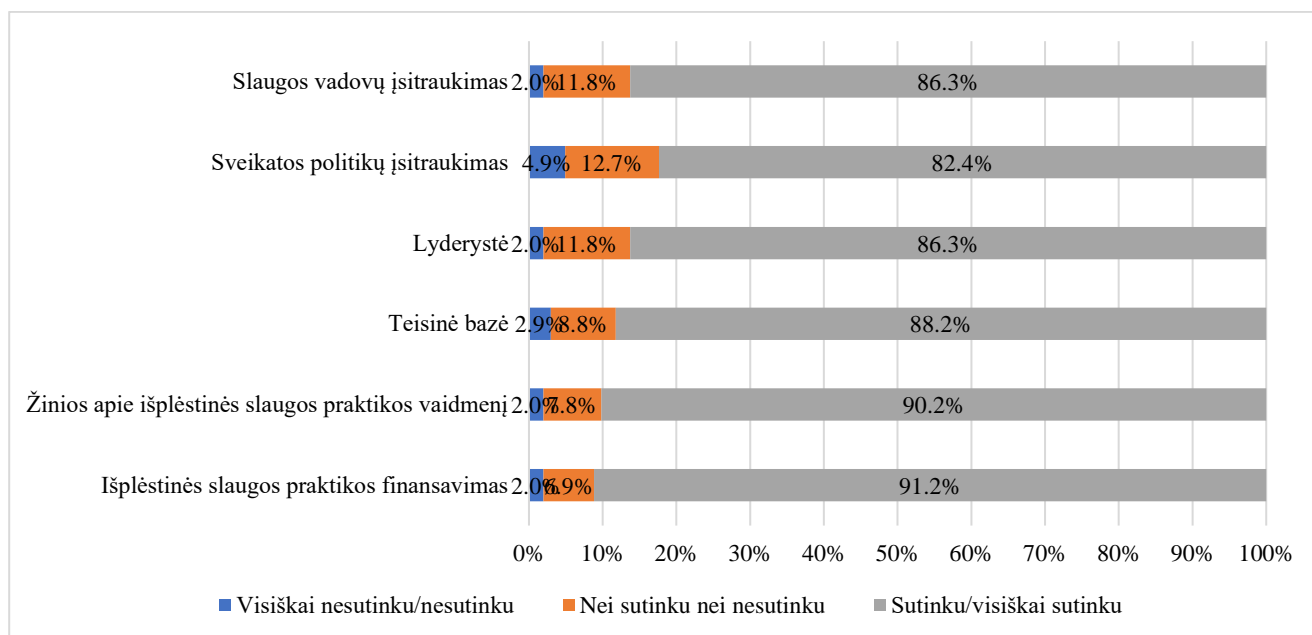
		Išplėstinės slaugos praktikos integracijos numatymas įstaigos strategijoje
Anamnezės surinkimas, paciento ištyrimas	Pearson Correlation	-.259**
	Sig. (2-tailed)	.008
Diagnostiniu procedūrų užsakymas	Pearson Correlation	-.102
	Sig. (2-tailed)	.309
Invaziniu priemonių taikymas	Pearson Correlation	-.086
	Sig. (2-tailed)	.392
Intubacijos	Pearson Correlation	-.204*
	Sig. (2-tailed)	.040
Trombolizinis gydymas	Pearson Correlation	-.073
	Sig. (2-tailed)	.464
Kardioversijos atlikimas	Pearson Correlation	-.021
	Sig. (2-tailed)	.832
Medikamentu ir skysčių paskyrimas	Pearson Correlation	-.054
	Sig. (2-tailed)	.591
Skausmo valdymas	Pearson Correlation	-.301**
	Sig. (2-tailed)	.002
Anestezijos technikos paruosimas darbui	Pearson Correlation	-.025
	Sig. (2-tailed)	.806
Dokumentacijos pildymas	Pearson Correlation	-.029
	Sig. (2-tailed)	.774

* – statistiškai reikšmingas rezultatas ($p < 0,05$).

** – statistiškai reikšmingas rezultatas ($p < 0,01$).

Kaip matoma (žr. 17 lentelę). buvo nustatyti ryšiai tarp išplėstinės slaugos praktikos integracijos numatymo įstaigos strategijoje ir kai kurių išplėstinės praktikos slaugytojo kompetencijų: anamnezės surinkimo bei paciento surinkimo ($r=-0,259$, $p=0,008$), intubacijų ($r=-0,204$, $p=0,040$) ir skausmo valdymo ($r=-0,301$, $p=0,002$). Penktadalis respondentų, kurie nemanė, kad išplėstinės praktikos slauga yra numatyta jų įstaigos strategijoje, abejojo, ar išplėstinės praktikos slaugytojo kompetencijai turėtų būti priskirtas anamnezės surinkimas ir paciento ištyrimas (21,9 proc.). Mažiau nei pusė respondentų, kurie nemanė, kad išplėstinės praktikos slauga yra numatyta jų įstaigos strategijoje, abejojo, kad slaugytojas turėtų atlikti intubacijas (40,6 proc.). Ketvirtadalis respondentų, kurie išskyrė, kad išplėstinės slaugos integracija nėra numatyta jų įstaigos strategijoje, abejojo, ar skausmo valdymas turėtų būti priskirtas išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijai (25,0 proc.). Taigi galima teigti, kad šių kompetencijų neįtraukimas į įstaigos strategiją gali mažinti jų išplėtimo galimybę ir neigiamai veikia šių kompetencijų vertinimą bei raišką atliekant išplėstinės praktikos slaugytojo vaidmenį.

Veiksniai svarbūs sėkmingai išplėstinės slaugos praktikos integracijai pateikiami 8 paveiksle.



8 pav. Veiksniai svarbūs sėkmingai išplėstinės slaugos praktikos integracijai, proc.

Kaip matoma (žr. 8 pav.) visi pateikti veiksniai yra svarbūs siekiant sėkmingai išplėsti slaugos praktikos integraciją. Tačiau kaip du pagrindinius galima išskirti išplėstinės slaugos praktikos finansavimą (91,2 proc. visų respondentų) ir žinias apie išplėstinės slaugos praktikos vaidmenį (90,2 proc. visų respondentų). Finansavimas yra vienas opiausių sveikatos priežiūros sistemos klausimų. Finansavimas lemia pozicijų skaičių, todėl svarbu, kad jis būtų stabilus, pridėtinės išlaidos būtų tinkamai finansuojamos, o pat procesas supaprastinamas (DiCenso, Bryant-Lukosius, Martin-Misner ir kt., 2010). DiCenso, Bryant-Lukosius, Martin-Misner ir kt. (2010) tyrime atskleista, kad žinios apie išplėstinės slaugos praktikos vaidmenį taip pat lemia integracijos sėkmę. Tačiau kiti veiksniai lemiantys išplėstinės

slaugos praktikos sėkmę, tokie kaip teisinė bazė, lyderystė, slaugos vadovų ir sveikatos politikų įsitraukimas, taip pat yra svarbūs šiai integracijai.

Didžiausia dalis I lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbančių slaugytojų nurodė, kad pagrindinis veiksnys sėkmingai išplėstinės praktikos integracijai yra išplėstinės slaugos praktikos finansavimas (90,5 proc. visų tos grupės respondentų). II lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys slaugytojai, kaip pagrindinį veiksni išskyrė slaugos vadovų įsitraukimą (92,6 proc. tos grupės respondentų), o III lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys slaugytojai manė, kad pagrindinis sėkmingą išplėstinės slaugos praktikos integraciją užtikrina žinių apie išplėstinės slaugos praktikos vaidmenį (96,3 proc. tos grupės respondentų). III lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigose dažniau išskyrė tokius sėkmės veiksnius, kaip išplėstinės slaugos praktikos finansavimas ir žinias apie išplėstinės praktikos vaidmenį, nei kitos grupės. II lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys slaugytojai dažniau išskyrė tokius sėkmės veiksnius, kaip teisinė bazė, lyderystė, sveikatos politikų ir slaugos vadovų įsitraukimas. Todėl skirtingo lygio sveikatos priežiūros įstaigos įgyvendindamos išplėstinės slaugos praktikos vaidmenis, turėtų į juo labiau atsižvelgti.

Absoluti dauguma direktorių ar pavaduotojų slaugai išskyrė, kad visi analizuoti veiksniai yra svarbūs sėkmingai išplėstinės slaugos praktikos integracijai. Didžiausia dalis vyresniųjų slaugytojų-administratorių nurodė, kad pagrindinis sėkmės veiksnys yra išplėstinės praktikos finansavimas (92,3 proc. tos grupės respondentų). Tai rodo, kad aukštesnes pareigas užimantys respondentai geriau supranta šių veiksnių raišką, siekiant išplėstinės praktikos slaugos integracijos.

Mažesni (iki 10 m.) darbo stažą turintys slaugytojai kaip pagrindinius sėkmės veiksnius išskyrė slaugos vadovų ir sveikatos politikų įtraukimą bei žinias apie išplėstinės slaugos praktikos vaidmenį lyginant su kitomis darbo stažo grupėmis. Tai rodo, kad mažesni darbo stažą turintys asmenys mano, kad strateginiai integracijos aspektai yra svarbesni. 11-20 m. darbo stažą turintys slaugytojai kaip svarbesnius vertino tokius veiksnius, kaip lyderystė, teisinė bazė, išplėstinės slaugos praktikos finansavimas.

Integracijos sėkmės veiksnių tarpusavio ryšiai pateikiami 18 lentelėje (kitame puslapyje).

18 lentelė. Sąsajos tarp veiksnių, kurie yra svarbūs sėkmingai išplėstinės slaugos praktikos integracijai

		Slaugos vadovų įsitraukimas	Sveikatos politikų įsitraukimas	Lyderystė	Teisinė bazė	Žinios apie išplėstinės slaugos praktikos vaidmenį	Išplėstinės slaugos praktikos finansavimas
Slaugos vadovų įsitraukimas	Pearson Correlation	1	.653**	.657**	.698**	.696**	.661**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	.000

		Slaugos vadovu įsitraukimas	Sveikatos politikų įsitraukimas	Lyderystė	Teisinė bazė	Žinios apie išplėstinės slaugos praktikos vaidmenį	Išplėstinės slaugos praktikos finansavimas
Sveikatos politikų įsitraukimas	Pearson Correlation	.653**	1	.517**	.596**	.511**	.537**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000	.000
Lyderystė	Pearson Correlation	.657**	.517**	1	.587**	.633**	.597**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.000	.000
Teisinė bazė	Pearson Correlation	.698**	.596**	.587**	1	.618**	.706**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000	.000
Žinios apie išplėstinės slaugos praktikos vaidmenį	Pearson Correlation	.696**	.511**	.633**	.618**	1	.754**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000		.000
Išplėstinės slaugos praktikos finansavimas	Pearson Correlation	.661**	.537**	.597**	.706**	.754**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	

** – statistiškai reikšmingas rezultatas ($p < 0,01$).

Visi veiksniai, kurie yra svarbūs sėkmingai išplėstinės praktikos integracijai yra tarpusavyje susiję. Tai reiškia, kad sėkminga išplėstinės praktikos integracija priklauso ne nuo vieno veiksnio raiškos, bet nuo viso jo rinkinio. Tik užtikrinus, kad egzistuoja slaugos vadovų ir sveikatos politikų įsitraukimas, supratimas apie šį vaidmenį, vykdoma lyderystė, tinkamai reglamentuoti įstatymai ir paskirtas adekvatus finansavimas, galima užtikrinti sėkmingą išplėstinės slaugos praktikos įgyvendinimą. Visgi stipriausi ryšiai nustatyti tarp išplėstinės slaugos praktikos finansavimo ir teisinės bazės ($r = 0,706$; $p = 0,000$) bei žinių apie išplėstinės praktikos vaidmenį vertinimų ($r = 0,754$; $p = 0,000$). Absoliuti dauguma respondentų, kurie išskyrė, kad išplėstinės praktikos finansavimas lemia išplėstinės slaugos praktikos integraciją, taip dažniau sutiko su tuo, kad šiai integracijai reikšmės turi ir teisinė bazė (93,5 proc.) ir žinios apie išplėstinės slaugos praktikos vaidmenį (95,7 proc.). Visgi tie respondentai, kurie abejojo finansavimo reikšme išplėstinės slaugos praktikos integracijos kontekste, taip pat dažniau abejojo ir dėl teisinės bazės (42,9 proc.) ir žinių apie išplėstinės praktikos vaidmenį (57,1 proc.) svarbos (žr. 18 lentelę).

Toliau analizuojama, kaip sėkmės veiksniai siejasi su bendros praktikos slaugytojų kompetencijų vertinimu, reikalingumu, pareigybės buvimu darbovietėje ir numatymu strategijoje (žr. 19 lentelę).

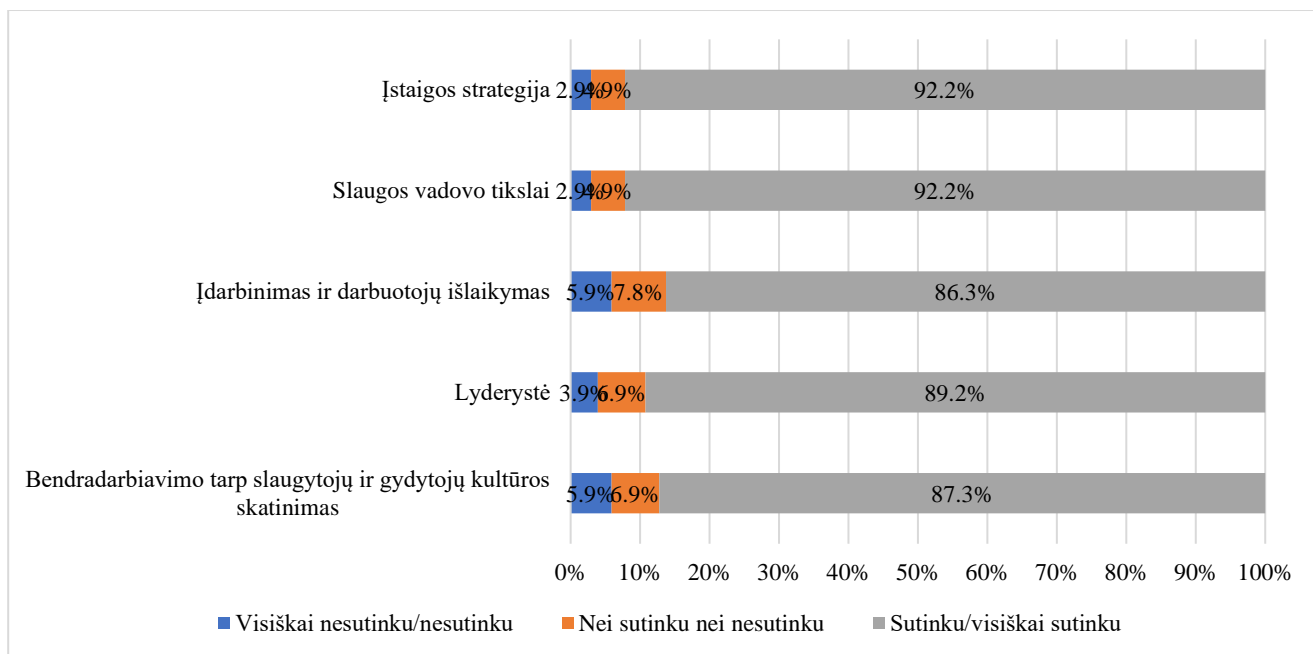
19 lentelė. Sąsajos tarp bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų, esamų bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų išplėtimo reikalingumo, išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybės buvimo darbovietėje iš išplėstinės slaugos praktikos integracijos numatymo strategijoje ir veiksnių, kurie yra svarbūs sėkmingai išplėstinės slaugos praktikos integracijai

		Bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų vertinimas	Esamų bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų išplėtimo reikalingumo vertinimas	Išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybės buvimo darbovietėje vertinimas	Išplėstinės slaugos praktikos integracijos numatymas įstaigos strategijoje
Slaugos vadovų įsitraukimas	Pearson Correlation	-.112	.091	-.085	-.203*
	Sig. (2-tailed)	.264	.363	.396	.041
Sveikatos politikų įsitraukimas	Pearson Correlation	-.042	.200*	.052	-.032
	Sig. (2-tailed)	.672	.044	.605	.752
Lyderystė	Pearson Correlation	-.061	.061	-.037	.001
	Sig. (2-tailed)	.546	.542	.710	.992
Teisinė bazė	Pearson Correlation	-.232*	.156	-.057	-.162
	Sig. (2-tailed)	.019	.117	.571	.103
Žinios apie išplėstinės slaugos praktikos vaidmenį	Pearson Correlation	-.099	.017	-.031	-.125
	Sig. (2-tailed)	.324	.863	.760	.211
Išplėstinės slaugos praktikos finansavimas	Pearson Correlation	-.102	.098	-.056	-.089
	Sig. (2-tailed)	.306	.329	.579	.374

* – statistiškai reikšmingas rezultatas ($p < 0,05$).

Nustatyta, slaugos vadovų įsitraukimo vertinimas neigiamai reikšmingai koreliuoja su išplėstinės slaugos praktikos integracijos numatymu strategijoje ($r = -0,203$, $p = 0,041$). Daugiau nei ketvirtadalis respondentų, kurie nemano, kad išplėstinės slaugos praktikos integracija yra numatyta jų įstaigos strategijoje, abejojo, ar slaugos vadovų įsitraukimas, gali būti traktuojamas, kaip sėkmės veiksnys šiai integracijai (28,1 proc.). Sveikatos politikų įsitraukimo vertinimą ir esamų bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų reikalingumą sieja teigiami reikšmingi ryšiai ($r = 0,200$, $p = 0,044$). Absoliuti dauguma respondentų, kurie manė, kad reikia išplėsti esamas bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijas, išskyrė, kad sveikatos politikų įsitraukimas lemtų sėkmingą šios praktikos integraciją (74,5 proc.). Teisinės bazės vertinimas neigiamai reikšmingai koreliuoja su bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų vertinimu ($r = -0,232$, $p = 0,019$). Tie respondentai, kuriems sunku buvo įvertinti, kokios yra bendrosios praktikos kompetencijos dažniau buvo linkę nesutikti arba abejoti ar teisinė bazė lemia sėkmingą šios praktikos integraciją (po 13,3 proc. kiekvienoje grupėje).

Toliau analizuojama, kokie veiksniai daro įtaką išplėstinės slaugos praktikos integracijai (žr. 9 pav.).



9 pav. Veiksniai, darantys įtaką išplėstinės slaugos praktikos integracijai, proc.

Absoliuti dauguma išskyrė tokius veiksnius, darančius įtaką išplėstinės slaugos praktikai, kaip įstaigos strategija ir slaugos vadovo tikslai. Tačiau ir kiti veiksniai, tokie kaip lyderystė, bendradarbiavimo tarp slaugytojų ir gydytojų kultūros skatinimas bei įdarbinimas ir darbuotojų išlaikymas yra ne mažiau svarbūs (žr. 9 pav.). Moksliniuose tyrimuose yra išryškinama lyderystės veiksnio svarba, nes šis veiksnys leidžia išreikšti savo lyderystę sprendimų priėmėjams, kitiems sveikatos priežiūros specialistams ir visuomenei. Lyderystė gali pagerinti supratimą apie išplėstinės slaugos praktikos vaidmenį ir optimizuoti šio vaidmens vadovavimo galimybes (Lamb, Martin-Misner, Bryant-Lukosius ir Latimer, 2018). Taip pat moksliniuose tyrimuose aktualizuojamas ir bendradarbiavimas tarp slaugytojų ir gydytojų. Šis bendradarbiavimas yra būtinas, siekiant užtikrinti geresnę sveikatos priežiūros kokybę ir plėsti slaugytojo vaidmenį (Lowe ir kt., 2011; Woo ir kt., 2017; Wang ir kt., 2018). Šis bendradarbiavimas yra svarbus, nes taip yra sujungiami unikalūs abiejų profesijų pranašumai (Ameen, 2017).

Sąsajos tarp veiksnių, darančių įtaką išplėstinės slaugos praktikos integracijai pateikiamos 20 lentelėje.

20 lentelė. Sąsajos tarp veiksmų, darančių įtaką išplėstinės slaugos praktikos integracijai

		Įstaigos strategija	Slaugos vadovo tikslai	Įdarbinimas ir darbuotojų išlaikymas	Lyderystė	Bendradarbiavimo tarp slaugytojų ir gydytojų kultūros skatinimas
Įstaigos strategija	Pearson Correlation	1	.557**	.562**	.683**	.567**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000
Slaugos vadovo tikslai	Pearson Correlation	.557**	1	.609**	.793**	.567**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000
Įdarbinimas ir darbuotojų išlaikymas	Pearson Correlation	.562**	.609**	1	.665**	.642**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.000
Lyderystė	Pearson Correlation	.683**	.793**	.665**	1	.592**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000
Bendradarbiavimo tarp slaugytojų ir gydytojų kultūros skatinimas	Pearson Correlation	.567**	.567**	.642**	.592**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	

** – statistiškai reikšmingas rezultatas ($p < 0,01$).

Kaip ir sėkmės veiksnių, atveju, taip ir įtaką darančių veiksnių atveju visi veiksniai statistiškai reikšmingai koreliuoja tarpusavyje. Taigi galima teigti, kad išplėstinės slaugos praktikai įtaką daro šių veiksnių rinkinys. Visgi stipriausiai tarpusavyje koreliuoja slaugos vadovo tikslų ir lyderystės vertinimas ($r=0,793$, $p=0,000$). O tai yra suprantama, nes būtent nuo jo nustatytų saugos tikslų priklauso, kaip bus vykdoma lyderystė integruojant šį vaidmenį į asmens sveikatos priežiūros įstaigas (žr. 20 lentelę).

Analizuojant statistiškai patikimus rezultatus nustatyta, kad visi direktoriai ir pavaduotojai slaugai visiškai sutiko su tuo, kad slaugos vadovo tikslai daro įtaką išplėstinės slaugos praktikos integracijai (100 proc. visų tos grupės respondentų) lyginant su kitomis grupėmis (37,5 proc. visų vyriausiųjų slaugos administratorių/slaugos vadovų; 42,3 proc. visų vyresniųjų slaugytojų-administratorių) ($p=0,036$); Visi direktoriai ir pavaduotojai slaugai visiškai sutiko su tuo, kad įdarbinimas ir darbuotojų išlaikymas daro įtaką išplėstinės slaugos praktikos integracijai (100 proc. visų tos grupės respondentų) lyginant su kitomis grupėmis (56,3 proc. visų vyriausiųjų slaugos administratorių/slaugos vadovų; 44,9 proc. visų vyresniųjų slaugytojų-administratorių) ($p=0,002$).

Sąsajos tarp veiksmų, svarbių išplėstinės praktikos integracijos sėkmei ir veiksnių, darančių įtaką jai pateikiami 21 lentelėje.

21 lentelė. Sąsajos tarp veiksmų, svarbių išplėstinės praktikos integracijos sėkmei ir veiksmų, darančių įtaką jai

			Veiksniai, kurie yra svarbūs sėkmingai išplėstinės praktikos integracijai					
			Slaugos vadovu įsitraukimas	Sveikatos politikų įsitraukimas	Lyderystė	Teisinė bazė	Žinios apie išplėstinės slaugos praktikos vaidmenį	Išplėstinės slaugos praktikos finansavimas
Veiksniai, darančys įtaką išplėstinės slaugos praktikos integracijai	Įstaigos strategija	Pearson Correlation	.498**	.406**	.498**	.486**	.507**	.596**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	Slaugos vadovo tikslai	Pearson Correlation	.498**	.549**	.498**	.544**	.442**	.596**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	Įdarbinimas ir darbuotojų išlaikymas	Pearson Correlation	.355**	.375**	.265**	.438**	.328**	.449**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.007	.000	.001	.000
	Lyderystė	Pearson Correlation	.401**	.525**	.506**	.495**	.358**	.495**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	Bendradarbiavimo tarp slaugytojų ir gydytojų kultūros skatinimas	Pearson Correlation	.423**	.398**	.352**	.348**	.348**	.367**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000

** – statistiškai reikšmingas rezultatas ($p < 0,01$).

Visi veiksniai, darančys įtaką išplėstinės praktikos integracijai statistiškai reikšmingai koreliuoja su svarbiausiais sėkmės veiksniais. Tačiau stipriausios koreliacijos apstebimos tarp įstaigos strategijos ir žinių apie išplėstinės praktikos slaugos vaidmenį ($r=0,507$, $p=0.000$), slaugos vadovo tikslų ir sveikatos politikų įsitraukimo ($r=0,549$, $p=0.000$), teisinės bazės ($r=0,544$, $p=0.000$) ir šios praktikos finansavimo ($r=0,596$, $p=0.000$), lyderystės ir sveikatos politikų įsitraukimo ($r=0,525$, $p=0.000$). Taigi galima teigti, kad įstaigos strategijos planavimas ir įgyvendinimas lemia, kaip bus suprantamas išplėstinės slaugos praktikos vaidmuo. Sveikatos politikų įsitraukimas lemia slaugos vadovo tikslus ir lyderystę. Egzistuojanti teisinė bazė taip pat yra siejam su slaugos vadovo tikslais ir finansavimu (žr. 21 lentelę).

Toliau analizuojama, kaip veiksniai, darančys įtaką išplėstinės praktikos integracijai siejami su bendros praktikos slaugytojų kompetencijų vertinimu, reikalingumu, pareigybės buvimu darbovietėje ir numatymu strategijoje (žr. 22 lentelę).

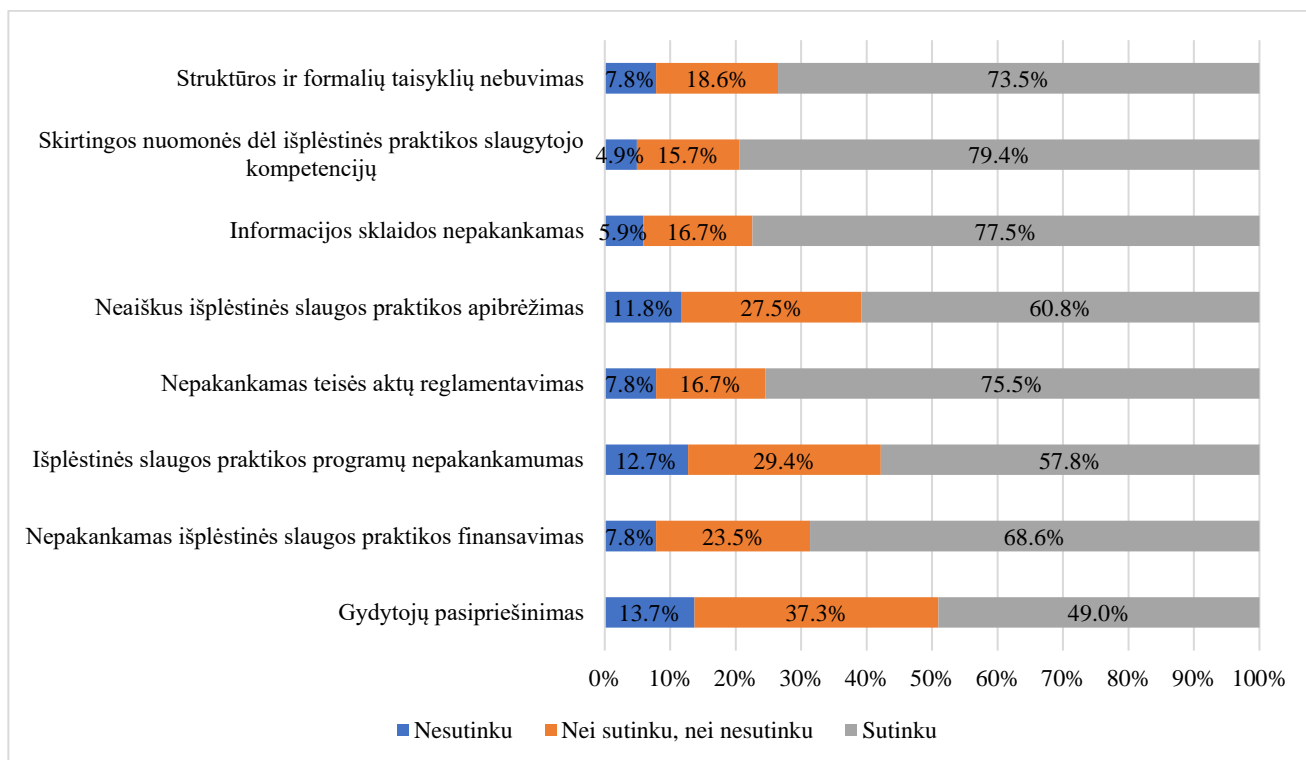
22 lentelė. Sąsajos tarp bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų, esamų bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų išplėtimo reikalingumo, išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybės buvimo darbovietėje iš išplėstinės slaugos praktikos integracijos numatymo strategijoje ir veiksnių, darančių įtaką išplėstinės slaugos praktikos integracijai

		Bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų vertinimas	Esamų bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų išplėtimo reikalingumo vertinimas	Išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybės buvimo darbovietėje vertinimas	Išplėstinės slaugos praktikos integracijos numatymas įstaigos strategijoje
Įstaigos strategija	Pearson Correlation	-.176	-.066	-.002	-.083
	Sig. (2-tailed)	.076	.510	.984	.406
Slaugos vadovo tikslai	Pearson Correlation	-.176	.091	.148	.024
	Sig. (2-tailed)	.076	.361	.137	.809
Įdarbinimas ir darbuotojų išlaikymas	Pearson Correlation	-.125	-.034	.113	.092
	Sig. (2-tailed)	.210	.732	.256	.360
Lyderystė	Pearson Correlation	-.150	.094	.033	-.014
	Sig. (2-tailed)	.132	.349	.739	.891
Bendradarbiavimo tarp slaugytojų ir gydytojų kultūros skatinimas	Pearson Correlation	-.269**	-.143	.110	.005
	Sig. (2-tailed)	.006	.152	.271	.960

** – statistiškai reikšmingas rezultatas ($p < 0,01$).

Nustatyta tik viena reikšminga koreliacija. Bendradarbiavimas tarp slaugytojų ir gydytojų kultūros neigiamai silpnai koreliuoja su bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų vertinimu ($r = -0,269$, $p = 0,006$). Nustatyta, kad tie slaugytojai, kurie mano, kad kompetencijos yra pakankamos dažniau abejojo dėl to, ar bendradarbiavimas tarp slaugytojų ir gydytojų daro įtaką išplėstinės praktikos slaugos integracijai (25,4 proc. šioje grupėje).

Išplėstinės slaugos praktiką ribojantys veiksniai pateikiami 10 paveiksle.



10 pav. Išplėstinės slaugos praktiką ribojantys veiksniai, proc.

Atlikus tyrimo rezultatų analizę nustatyta, kad pagrindiniai išplėstinės slaugos praktikos integraciją ribojantys veiksniai yra skirtingos nuomonės dėl išplėstinės praktikos slaugytojo kompetencijų, informacijos sklaidos nepakankamumas, nepakankamas teisės aktų reglamentavimas, struktūros ir formalių taisyklių nebuvimas (žr. 10 pav.). Nors šiek tiek mažiau nei pusė respondentų išskyrė, kad gydytojų pasipriešinimas yra ribojantis veiksnys, tačiau kiek daugiau nei trečdalis respondentų tuo abejojo. Viename tyrime nustatyta, kad pagrindiniai bendradarbiavimo ir integracijos barjerai yra nesutarimai dėl autonomijos lygio, tai kas įeina į slaugytojo kompetencijas, komandinių veiksmų stoka, profesionalumo stoka (Torrens ir kt., 2020).

Analizuojant statistiškai patikimus rezultatus nustatyta, kad II lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys respondentai dažniau sutiko su teiginiu, kad išplėstinės slaugos praktikos integraciją riboja skirtingos nuomonės šia tema (90,7 proc. visų šios grupės respondentų) lyginant su kitomis grupėmis (61,9 proc. visų I lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbančių respondentų; 70,4 proc. visų III lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbančių respondentų) ($p=0,019$); II ir III asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys respondentai dažniau sutiko su teiginiu, kad išplėstinės slaugos praktikos integraciją riboja išplėstinės slaugos programų nepakankamumas (atitinkamai, 61,3 proc. ir 63,0 proc. visų tų grupių respondentų) lyginant su I lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbančiais respondents (42,9 proc.) ($p=0,013$); Respondentai, kurių darbo stažas yra mažesnis nei 10 m. dažniau sutiko, kad išplėstinės slaugos praktikos integraciją riboja skirtingos nuomonės šia tema (90,9

proc. šios grupės respondentų) lyginant su kitomis darbo stažo grupėmis (80,0 proc. - 11-20 m., 76,5 proc. - 21-30 m., 50,0 - 31 m. ir daugiau) ($p=0,037$).

Tyrimo metu nustatyta, kad direktoriai ir pavaduotojai slaugai mažiau aktualizavo struktūros ir formalių taisyklių nebuvimą, informacijos sklaidos nepakankamumą, neaiškų išplėstinės slaugos praktikos apibrėžimą, nepakankamą teisės aktų reglamentavimą, kaip išplėstinės slaugos praktiką ribojančius veiksniai nei kitos tiriamųjų grupės.

Išplėstinės slaugos praktiką ribojančių veiksnių tarpusavio sąsajos pateikiamos 23 lentelėje.

23 lentelė. Išplėstinės slaugos praktiką ribojančių veiksnių tarpusavio sąsajos

		Struktūros ir formalių taisyklių nebuvimas	Skirtingos nuomos dėl išplėstinės praktikos slaugytojo kompetencijų	Informacijos sklaidos nepakankamas	Neaiškų išplėstinės slaugos praktikos apibrėžimas	Nepakankamas teisės aktu reglamentavimas	Išplėstinės slaugos praktikos programų nepakankamumas	Nepakankamas išplėstinės slaugos praktikos finansavimas	Gydytoju pasipriešinimas
Struktūros ir formalių taisyklių nebuvimas	Pearson Correlation	1	.610**	.645**	.376**	.601**	.414**	.506**	.349**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Skirtingos nuomos dėl išplėstinės praktikos slaugytojo kompetencijų	Pearson Correlation	.610**	1	.714**	.430**	.544**	.443**	.427**	.323**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.001
Informacijos sklaidos nepakankamas	Pearson Correlation	.645**	.714**	1	.565**	.608**	.512**	.468**	.331**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.001
Neaiškų išplėstinės slaugos praktikos apibrėžimas	Pearson Correlation	.376**	.430**	.565**	1	.515**	.727**	.549**	.190
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.056
Nepakankamas teisės aktu reglamentavimas	Pearson Correlation	.601**	.544**	.608**	.515**	1	.519**	.553**	.547**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000
Išplėstinės slaugos praktikos programų nepakankamumas	Pearson Correlation	.414**	.443**	.512**	.727**	.519**	1	.618**	.227*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.022
Nepakankamas išplėstinės	Pearson Correlation	.506**	.427**	.468**	.549**	.553**	.618**	1	.365**

		Struktūros ir formaliu taisyklių nebuvimas	Skirtingos nuomones dėl išplėstinės praktikos slaugytojo kompetencijų	Informacijos sklaidos nepakankamas	Neaiškus išplėstinės slaugos praktikos apibrėžimas	Nepakankamas teises aktu reglamentavimas	Išplėstinės slaugos praktikos programų nepakankamumas	Nepakankamas išplėstinės slaugos praktikos finansavimas	Gydytoju pasipriešinimas
slaugos praktikos finansavimas	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000
Gydytoju pasipriešinimas	Pearson Correlation	.349**	.323**	.331**	.190	.547**	.227*	.365**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.001	.001	.056	.000	.022	.000	

** – statistiškai reikšmingas rezultatas ($p < 0,01$).

Beveik visi ribojantys veiksniai siejasi tarpusavyje. Tačiau neaiškus išplėstinės slaugos praktikos apibrėžimas ir gydytojų pasipriešinimas tarpusavyje nesisieja. Stipriausi ryšiai fiksuojami tarp išplėstinės slaugos praktikos programų nepakankamumo ir neaiškaus išplėstinės slaugos praktikos apibrėžimo ($r=0,727$; $p=0,000$). Taigi siekiant užtikrinti, kad išplėstinės slaugos praktika būtų įgyvendinta sėkmingai yra tikslinga aiškiai nustatyti išplėstinės slaugos praktikos apibrėžimą ir integruoti jį į atitinkamas praktikos programas.

Išplėstinės slaugos praktiką ribojančių veiksnių ir integracijos sėkmės veiksnių sąsajos pateikiamos 24 lentelėje.

24 lentelė. Išplėstinės slaugos praktiką ribojančių veiksnių ir integracijos sėkmės veiksnių sąsajos

		Veiksniai, svarbūs sėkmingai išplėstinės praktikos integracijai						
		Slaugos vadovu įsitraukimas	Sveikatos politikų įsitraukimas	Lyderystė	Teisinė bazė	Žinios apie išplėstinės slaugos praktikos vaidmenį	Išplėstinės slaugos praktikos finansavimas	
Veiksniai ribojantys	Struktūros ir formaliu taisyklių nebuvimas	Pearson Correlation	.220*	.309**	.252*	.255**	.119	.172
		Sig. (2-tailed)	.026	.002	.011	.010	.232	.083
	Skirtingos nuomones dėl išplėstinės praktikos slaugytojo kompetencijų	Pearson Correlation	.217*	.205*	.294**	.219*	.157	.130
		Sig. (2-tailed)	.029	.039	.003	.027	.116	.194

		Veiksniai, svarbūs sėkmingai išplėstinės praktikos integracijai					
		Slaugos vadovų įsitraukimas	Sveikatos politikų įsitraukimas	Lyderystė	Teisinė bazė	Žinios apie išplėstinės slaugos praktikos vaidmenį	Išplėstinės slaugos praktikos finansavimas
Informacijos sklaidos nepakankamas	Pearson Correlation	.302**	.265**	.339**	.302**	.339**	.361**
	Sig. (2-tailed)	.002	.007	.000	.002	.000	.000
Neaiškus išplėstinės slaugos praktikos apibrėžimas	Pearson Correlation	.174	.246*	.143	.184	.126	.219*
	Sig. (2-tailed)	.079	.013	.152	.063	.207	.027
Nepakankamas teisės aktų reglamentavimas	Pearson Correlation	.145	.341**	.145	.152	.101	.117
	Sig. (2-tailed)	.145	.000	.145	.128	.312	.241
Išplėstinės slaugos praktikos programų nepakankamumas	Pearson Correlation	.153	.245*	.215*	.164	.108	.131
	Sig. (2-tailed)	.126	.013	.030	.099	.279	.189
Nepakankamas išplėstinės slaugos praktikos finansavimas	Pearson Correlation	.206*	.269**	.304**	.148	.142	.198*
	Sig. (2-tailed)	.038	.006	.002	.137	.155	.046
Gydytojų pasipriešinimas	Pearson Correlation	.166	.239*	.166	.060	.068	.129
	Sig. (2-tailed)	.094	.015	.094	.548	.495	.197

* – statistiškai reikšmingas rezultatas ($p < 0,05$).

** – statistiškai reikšmingas rezultatas ($p < 0,01$).

Atsižvelgiant į gautus rezultatus, galima teigti, kas slaugos vadovų įsitraukimas, sveikatos politikų įsitraukimas, lyderystę ir teisinę bazę lemia kiek pakankama bus struktūra ir formalios taisyklės. Slaugos vadovų ir sveikatos politikų įsitraukimas bei lyderystę lemia skirtingas nuomones dėl išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijų. Visi sėkmės veiksniai lemia informacijos sklaidą ir jos nepakankamumą. Sveikatos politikų įsitraukimas ir išplėstinės praktikos finansavimas turi sąsajas su neaiškiu išplėstinės slaugos praktikos apibrėžimu. Sveikatos politikų įsitraukimas ir lyderystė koreliuoja su išplėstinės slaugos praktikos programų nepakankamumu, o gydytojų pasipriešinimas – su sveikatos politikų įsitraukimu (žr. 24 lentelę).

Išplėstinės slaugos praktiką ribojančių veiksnių ir veiksnių, darančių įtaką išplėstinės slaugos integracijai sąsajos pateikiamos 25 lentelėje.

25 lentelė. Sąsajos tarp išplėstinės slaugos praktiką ribojančių veiksnių ir veiksnių, darančių įtaką išplėstinės slaugos integracijai

			Veiksniai, darančys įtaką išplėstinės praktikos integracijai				
			Įstaigos strategija	Slaugos vadovo tikslai	Įdarbinimas ir darbuotojų išlaikymas	Lyderystė	Bendradarbia vimo tarp slaugytojų ir gydytojų kultūros skatinimas
Veiksniai, ribojantys išplėstinės praktikos integraciją	Struktūros ir formalių taisyklių nebuvimas	Pearson Correlation	.295**	.295**	.286**	.447**	.239*
		Sig. (2-tailed)	.003	.003	.004	.000	.016
	Skirtingos nuomonės dėl išplėstinės praktikos slaugytojo kompetencijų	Pearson Correlation	.405**	.121	.229*	.244*	.213*
		Sig. (2-tailed)	.000	.225	.021	.014	.032
	Informacijos sklaidos nepakankamas	Pearson Correlation	.455**	.221*	.173	.355**	.140
		Sig. (2-tailed)	.000	.026	.082	.000	.159
	Neaiškus išplėstinės slaugos praktikos apibrėžimas	Pearson Correlation	.371**	.105	.234*	.233*	.122
		Sig. (2-tailed)	.000	.292	.018	.018	.221
	Nepakankamas teisės aktų reglamentavimas	Pearson Correlation	.320**	.250*	.315**	.389**	.183
		Sig. (2-tailed)	.001	.011	.001	.000	.066
	Išplėstinės slaugos praktikos programų nepakankamumas	Pearson Correlation	.319**	.123	.187	.242*	.023
		Sig. (2-tailed)	.001	.220	.059	.014	.815
	Nepakankamas išplėstinės slaugos praktikos finansavimas	Pearson Correlation	.393**	.393**	.378**	.503**	.266**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.007
	Gydytojų pasipriešinimas	Pearson Correlation	.120	.219*	.164	.200*	.168
		Sig. (2-tailed)	.228	.027	.099	.043	.091

* – statistiškai reikšmingas rezultatas (p<0,05).

** – statistiškai reikšmingas rezultatas (p<0,01).

Galima teigti, kad visi veiksniai darančys įtaką išplėstinės praktikos integracijai silpnai teigiamai koreliuoja su struktūros ir formalių taisyklių nebuvimu. Įstaigos strategija, įdarbinimas ir darbuotojų išlaikymas, lyderystė ir bendradarbiavimas turi įtakos skirtingoms nuomonėms dėl išplėstinės praktikos slaugytojo kompetencijų. Įstaigos strategija, slaugos vadovo tikslai, lyderystė teigiamai silpnai koreliuoja su informacijos sklaidos nepakankamumu. Įstaigos strategija, įdarbinimas ir darbuotojų išlaikymas, lyderystė siejasi su neaiškiu išplėstinės slaugos praktikos apibrėžimu. Visi veiksniai išskyrus bendradarbiavimą siejasi su nepakankamu teisės aktų reglamentavimu. Įstaigos strategija ir lyderystė silpnai teigiamai siejasi su išplėstinės slaugos praktikos programų nepakankamumu. Visi veiksniai koreliuoja su nepakankamu išplėstinės slaugos praktikos finansavimu. Slaugos vadovo tikslai ir lyderystė teigiamai silpnai koreliuoja su gydytojų pasipriešinimu. Tokie rezultatai rodo, kad

visų veiksmų darančių įtaką išplėstinės praktikos integracijai užtikrinimas ir tinkamas įgyvendinimas padėtų spręsti išplėstinės slaugos praktikos įgyvendinimo barjerus (žr. 25 lentelę).

Tyrimo hipotezė, kad išplėstinės slaugos praktikos integracijos galimybės slaugos vadovų požiūriu yra nepakankamos yra iš dalies priimama. Visi tirti veiksniai, kurie yra svarbūs sėkmingai išplėstinės slaugos praktikos integracijai yra tarpusavyje susiję. Vyresnieji slaugytojai-administratoriai ir vyriausieji slaugos administratoriai/slaugos vadovai mano, kad esamos bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijos yra pakankamos lyginant su direktoriais ir pavaduotojais slaugai. Daugiau nei pusė vyresniųjų slaugytojų-administratorių ir vyriausiųjų slaugos administratorių/slaugos vadovų mano, kad išplėstinės praktikos slaugytojų pareigybė egzistuoja jų darbovietėje. Direktorių ir pavaduotojų slaugai nuomonės šiuo klausimu išsiskyrė, lygiai 50 proc. visų šioje grupėje esančių respondentų išskyrė, kad tokia pareigybė egzistuoja jų darbovietėje. Tai rodo, kad išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybė nėra įtvirtinta aukščiausiu lygmeniu. Visi direktoriai ir pavaduotojai slaugai nurodė, kad išplėstinės slaugos praktikos integracija yra numatyta jų įstaigų strategijose. Su tuo sutiko ir 75,0 proc. vyriausiųjų slaugos administratorių/slaugos vadovų bei 66,7 proc. visų vyresniųjų slaugytojų-administratorių. Taigi galima teigti, kad apie išplėstinės slaugos praktikos integraciją vyresniesiems slaugytojams-administratoriams nėra pakankamai komunikuojama. Direktoriai ir pavaduotojai slaugai mažiau aktualizavo struktūros ir formalių taisyklių nebuvimą, informacijos sklaidos nepakankamumą, neiškų išplėstinės slaugos praktikos apibrėžimą, nepakankamą teisės aktų reglamentavimą, kaip išplėstinės slaugos praktiką ribojančius veiksnius nei kitos tiriamųjų grupės.

Apibendrinant galima teigti, kad siekiant išplėstinės slaugos praktikos integracijos svarbu atkreipti į jos sėkmės veiksnius, tokius kaip slaugos praktikos finansavimą ir žinias apie išplėstinės slaugos praktikos vaidmenį. Didesnį nei 31 m. darbo stažą turintys respondentai taip pat išskyrė ir lyderystės svarbą. Visgi taip pat apie išplėstinės slaugos praktikos integraciją vyresniesiems slaugytojams-administratoriams nėra pakankamai komunikuojama. Pagrindiniai išplėstinės slaugos praktikos integracijos sėkmės veiksniai yra įstaigos strategija ir slaugos vadovo tikslai. Strategijos numatymas turi įtakos išplėstinės praktikos slaugytojo vaidmens įgyvendinimui. Visi direktoriai ir pavaduotojai slaugai aktualizavo slaugos vadovų tikslų ir darbuotojų įdarbinimo bei išlaikymo įtaką išplėstinės slaugos praktikos integracijai. Aukštesnes pareigas užimantys respondentai geriau supranta sėkmės veiksmų raišką, siekiant išplėstinės praktikos slaugos integracijos. Sėkminga išplėstinės praktikos integracija priklauso ne nuo vieno veiksmo raiškos, bet nuo viso jo rinkinio. Tik užtikrinus, kad egzistuoja slaugos vadovų ir sveikatos politikų įsitraukimas, supratimas apie šį vaidmenį, vykdoma lyderystė, tinkamai reglamentuoti įstatymai ir paskirtas adekvatus finansavimas, galima užtikrinti sėkmingą išplėstinės slaugos praktikos įgyvendinimą. Kaip ir sėkmės veiksmų, atveju, taip ir įtaką darančių veiksmų atveju visi veiksniai statistiškai reikšmingai koreliuoja tarpusavyje. Taigi galima teigti, kad išplėstinės slaugos praktikai įtaką daro šių veiksmų rinkinys. Pagrindiniai išplėstinės slaugos

praktikos integraciją ribojantys veiksniai yra skirtingos nuomonės dėl išplėstinės praktikos slaugytojo kompetencijų, informacijos sklaidos nepakankamumas, nepakankamas teisės aktų reglamentavimas, struktūros ir formalių taisyklių nebuvimas. II lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys respondentai dažniau sutiko su teiginiu, kad išplėstinės slaugos praktikos integraciją riboja skirtingos nuomonės šia tema. II ir III asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys respondentai dažniau sutiko su teiginiu, kad išplėstinės slaugos praktikos integraciją riboja išplėstinės slaugos programų nepakankamumas. Įstaigos strategijos planavimas ir įgyvendinimas lemia, kaip bus suprantamas išplėstinės slaugos praktikos vaidmuo. Sveikatos politikų įsitraukimas lemia slaugos vadovo tikslus ir lyderystę. Egzistuojanti teisinė bazė taip pat yra siejam su slaugos vadovo tikslais ir finansavimu. Siekiant užtikrinti, kad išplėstinės slaugos praktika būtų įgyvendinta sėkmingai yra tikslinga aiškiai nustatyti išplėstinės slaugos praktikos apibrėžimą ir integruoti ją į atitinkamas praktikos programas.

4. DISKUSIJA

Moksliniuose tyrimuose ir diskusijose yra skiriamas didelis dėmesys tiek bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų išplėtimui, tiek ir pačių išplėstinės slaugos praktikos slaugytojų vaidmeniui. Mokslinių tyrimų ir darbo autorės tyrimo metu gautų rezultatų aptarimas bei sintezė leidžia įvertinti išplėstinės praktikos slaugytojų vaidmenų vystymo ir integravimo į sveikatos priežiūros sistemą galimybes.

Mokslinių tyrimų rezultatai rodo, kad išplėstinės slaugos praktikos vaidmuo tampa vis labiau integruotas į sveikatos priežiūros sistemą (DiCenso, Bryant-Lukosius, Martin-Misner ir kt., 2010). Išplėstinės slaugos praktika prisideda prie naujų profesinių ribų ir slaugytojų vaidmenų apibrėžimo (Contandriopoulos, Brousselle, Breton ir kt., 2016). Darbo autorės tyrimo rezultatai rodo, kad integracija vyksta ir Lietuvoje, tačiau negalima teigti, kad ši praktika yra visiškai integruota į sveikatos priežiūros sistemą. Daugiau nei du trečdaliai respondentų nurodė, kad išplėstinės slaugos praktikos integracija yra numatyta jų įstaigų dokumentuose, tačiau tai priklauso nuo asmens sveikatos priežiūros įstaigos lygio (II ir III lygio įstaigose jis yra numatomas dažniau). Darbo autorės tyrimo rezultatai taip pat rodo, kad strategijos numatymas turi įtakos išplėstinės praktikos slaugytojo vaidmens įgyvendinimui. Visgi tik šiek tiek daugiau nei pusė visų respondentų nurodė, kad ši pareigybė egzistuoja jų darbovietėje, tačiau taip pat didelė dalis respondentų teigia, kad tokios pareigybės jų darbovietėje nėra. Tai rodo, respondentų neužtikrintumą dėl tokios pareigybės darbovietėje buvimo. Be to, tiriamose įstaigose trūksta komunikacijos apie išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybę, o taip pat trūksta ir strateginių dokumentų ją apibūrinančių.

Mokslinėje literatūroje apteikiami įvairūs išplėstinės slaugos praktikos integraciją lemiantys ir ribojantys veiksniai (DiCenso, Bryant-Lukosius, Martin-Misner ir kt., 2010; Carter, Martin-Misener, Kilpatrick ir kt., 2010; Lowe ir kt., 2011; Contandriopoulos, Brousselle, Breton ir kt., 2016; Chouinard, Contandriopoulos, Perroux ir kt., 2017; Ameen, 2017; Woo ir kt., 2017; Wang ir kt., 2018; Torrens ir kt., 2020). DiCenso, Bryant-Lukosius, Martin-Misner ir kt. (2010) tyrime atskleidžiama, kad slaugos praktikos integraciją lemiantys veiksniai siejasi tarpusavyje. Vaidmenų ugdymui yra svarbus sistemingas planavimas nacionaliniu ir vietos lygmeniu. Veiksniai, kuriems reikia imtis veiksmų įstaigos lygmeniu apima vaidmenų apibrėžimą ir aiškumą, visų vaidmenų komponentų įgyvendinimą, tęstinį mokymą ir slaugos vadovų bei sveikatos politikų įsitraukimą. Darbo autorės tyrimo rezultatai rodo, kad visi veiksniai, kurie yra svarbūs sėkmingai išplėstinės praktikos integracijai yra tarpusavyje susiję. Tai reiškia, kad sėkminga išplėstinės praktikos integracija priklauso ne nuo vieno veiksnio raiškos, bet nuo viso jo rinkinio. Tik užtikrinus, kad egzistuoja slaugos vadovų ir sveikatos politikų įsitraukimas, suprantama išplėstinės slaugos praktikos integracijos svarba, vykdoma lyderystė, tinkamai

reglamentuoti įstatymai ir paskirtas adekvatus finansavimas, galima užtikrinti sėkmingą išplėstinės slaugos praktikos įgyvendinimą.

Mokslinėje literatūroje išskiriama, kad išplėstinės slaugos praktikos integracijai yra reikalingos strategijos, kurios užtikrintų tinkamą paslaugų tiekėjų derinį, atsižvelgiant į konkrečią aplinką ir pacientų poreikius. Visa tai turi įtakos šveitimo poreikių, susijusių su išplėstinės slaugos praktika, prognozavimui (DiCenso, Bryant-Lukosius, Martin-Misner ir kt., 2010). Darbo autorės tyrime nustatyta, kad pagrindiniai išplėstinės slaugos praktikos integracijos sėkmės veiksniai yra įstaigos strategija ir slaugos vadovo tikslai. Strategijos numatymas turi įtakos išplėstinės praktikos slaugytojo vaidmens įgyvendinimui. Įstaigos strategijos planavimas ir įgyvendinimas lemia, kaip bus suprantamas išplėstinės slaugos praktikos vaidmuo. Taip pat atskleista, kad įstaigos strategija lemia išplėstinės slaugos praktikos programų pakankamumą.

DiCenso, Bryant-Lukosius, Martin-Misner ir kt. (2010) tyrimo rezultatai rodo, kad teisės aktų ir sveikatos profesinės veiklos reguliavimas turi įtakos sveikatos priežiūros specialistų vaidmenų išplėtimui. Tą patvirtina ir darbo autorės tyrimo rezultatai. Teisinė bazė yra vienas iš svarbių sėkmės veiksnių, lemiančių išplėstinės slaugos praktikos integraciją. Teisinė bazė lemia kiek pakankama bus struktūra ir formalios taisyklės.

Slaugos lyderystė yra svarbi sėkmingai išplėstinės slaugos praktikos vaidmenų integracijai (Carter, Martin-Misener, Kilpatrick ir kt., 2010). Minėtų autorių tyrimo rezultatai rodo, kad slaugos lyderiai turi daugybę pareigų ir atlieka pagrindinį vaidmenį integruojant išplėstinę slaugos praktiką į sveikatos priežiūros sistemą. Tai yra nuolatinis procesas, kuriam reikalingas reguliarus bendradarbiavimas, gebėjimas derėtis, valdyti žmones bei procesus, geba įtraukti suinteresuotas šalis, geba apdidinti informuotumą apie išplėstinės slaugos praktikos vaidmenis organizacijoje (Carter, Martin-Misener, Kilpatrick ir kt., 2010). Darbo autorės tyrimo rezultatai rodo, kad lyderystė yra svarbus ir integraciją lemiantis veiksnys. Nustatyta, kad lyderystė turi įtakos skirtingoms nuomonėms dėl išplėstinės praktikos slaugytojo kompetencijų, informacijos teikimui, išplėstinės slaugos praktikos apibrėžimu, švietimo programomis. Tačiau tyrimo metu taip pat nustatyta, kad komunikacija apie išplėstinės slaugos praktikos vaidmenį nėra pakankama. O tai gali rodyti lyderystės stoką tirtose įstaigose.

Kitame moksliniame tyrime atskleidžiama, kad direktoriai ar jų pavaduotojai slaugai turėjo teigiamą poveikį integracijos procesui (Chouinard, Contandriopoulos, Perroux ir kt., 2017). Darbo autorės tyrime nustatyta, kad direktoriai ir pavaduotai slaugai mano, kad esamas bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijas būtina išplėsti. Visi direktoriai ir pavaduotojai slaugai aktualizavo slaugos vadovų tikslų ir darbuotojų įdarbinimo bei išlaikymo įtaką išplėstinės slaugos praktikos integracijai. Absoliuti dauguma direktorių ar pavaduotojų slaugai išskyrė, kad visi analizuoti veiksniai yra svarbūs sėkmingai išplėstinės slaugos praktikos integracijai. Absoliuti dauguma direktorių ar pavaduotojų

slaugai išskyrė, kad visi analizuoti veiksniai (slaugos vadovų ir politikų įsitraukimas, lyderystė, teisinė bazė, žinių pakankamumas ir finansavimas) yra svarbūs sėkmingai išplėstinės slaugos praktikos integracijai.

Moksliniuose tyrimuose nustatyta, kad slaugytojų administratoriams reikia švietimo politikų paramos, kad galėtų daryti įtaką sveikatos priežiūros politikai ir siekti ilgalaikio finansavimo (Carter, Martin-Misener, Kilpatrick ir kt., 2010). Finansavimas yra vienas opiausių sveikatos priežiūros sistemos klausimų. Finansavimas lemia pozicijų skaičių, todėl svarbu, kad jis būtų stabilus, pridėtinės išlaidos būtų tinkamai finansuojamos, o pat procesas supaprastinamas (DiCenso, Bryant-Lukosius, Martin-Misner ir kt., 2010). Darbo autorės tyrime nustatyta, kad sveikatos politikų įsitraukimas lemia slaugos vadovų įsitraukimą, lyderystę ir finansavimą.

Moksliniuose tyrimuose tiriami ir įvairūs veiksniai, ribojantys išplėstinės slaugos praktikos integraciją. DiCenso, Bryant-Lukosius, Martin-Misner ir kt. (2010) tyrime išskiriami keturi pagrindiniai veiksniai, siejami su formalių taisyklių, apibrėžiančių išplėstinės slaugos praktikos slaugytojo vaidmens nebuvimu, nepakankami švietimo ištekliai, susiję su šio vaidmens integracija, vaidmens reguliavimo ir reglamentavimo trūkumas bei aiškios informacijos nebuvimas. Kituose moksliniuose tyrimuose yra išskiriami panašūs veiksniai. Nurodoma, kad visišką išplėstinės slaugos praktikos integraciją į sveikatos priežiūros sistemą riboja, jau minėtas struktūros ir formalių taisyklių nebuvimas, skirtingų nuomonių sankirta, informacijos sklaidos nepakankamumas (Ameen, 2017; Woo ir kt., 2017; Wang ir kt., 2018), neaiškus išplėstinės slaugos praktikos apibrėžimas, nepakankamas teisės aktų reglamentavimas, švietimo programų stoka, nepakankamas finansavimas, gydytojų pasipriešinimas (Bryant-Lukosius ir kt., 2017). Dar viename tyrime nustatyta, kad pagrindiniai bendradarbiavimo ir integracijos barjerai yra nesutarimai dėl autonomijos lygio, tai kas įeina į slaugytojo kompetencijas, komandinių veiksmų stoka, profesionalumo stoka (Torrens ir kt., 2020). Darbo autorės gauti tyrimo rezultatai taip pat patvirtina minėtų autorių tyrimų rezultatus. Tyrimo metu nustatyta, kad pagrindiniai išplėstinės slaugos praktikos integraciją ribojantys veiksniai yra siejami su skirtinga nuomone dėl išplėstinės praktikos slaugytojo kompetencijų, informacijos sklaidos nepakankamumu, nepakankamu reglamentavimu, struktūros ir formalių taisyklių nebuvimu.

Darbo autorės atlikto tyrimo rezultatai patvirtina, kad respondentų nuomonės dėl to, ką turėtų atlikti išplėstinės praktikos slaugytojas nesutampa, statistiškai reikšmingai priklauso nuo to, kokio lygio įstaigoje respondentas dirba. Taigi galima teigti, kad siekiant išplėstinės slaugos praktikos integracijos yra svarbu sutarti dėl pagrindinių kompetencijų, kurias turėtų atlikti slaugytojas bei vystyti šį vaidmenį. Kitu atveju negalima tikėtis, kad ši integracija bus sėkminga. Žinoma, reikia atsižvelgti ir į tai, kad slaugytojų kompetencijų ribos nuolat kinta, kartu kinta ir išplėstinės praktikos slaugytojo vaidmuo. Lyginant gautus rezultatus su kitu darbo autorės darbu (Jasukaitienė, 2017), kuriame buvo tirama gydytojų-anesteziologų nuomonę apie išplėstinės slaugos praktiką, nustatyta, kad absoliuti dauguma

respondentų manė, jog išplėstinės praktikos slaugytojas turėtų pildyti dokumentaciją, paruošti anestezijos techniką darbui, mokėti valdyti skausmą. Visgi šio darbo autorės tyrimo rezultatai parodė, kad slaugytojų nuomone, išplėstinės praktikos slaugytojas turėtų mokyti pacientus, pildyti dokumentaciją, savarankiškai konsultuoti, surinkti anamnezės. Labiausiai abejojama, ar išplėstinės praktikos slaugytojo kompetencijoms priklauso kardioversijos atlikimas ir trombolizinis gydymas. Anksčiau atliktame darbo autorės tyrime (Jasukaitienė, 2017), taip pat buvo abejojama dėl kardioversijos atlikimo, tačiau su tromboliziniu gydymu respondentai buvo labiau linkę nesutikti.

Mokslinėje literatūroje nurodoma, kad vaidmens išplėtimas gali sukelti diskusijas dėl autonomijos, kontrolės, siekis integruoti išplėstinės praktikos slaugytojo vaidmenį į sveikatos priežiūros sistemą gali sulaukti pasipriešinimo (DiCenso, Bryant-Lukosius, Martin-Misner ir kt., 2010; Bryant-Lukosius ir kt., 2017). Išplėstinės slaugos praktikos slaugytojai turi didesnę autonomiją, jų praktinės kompetencijos yra labiau išplėtos, todėl gali būti stokojama paramos iš slaugos ar kolegų (Lowe ir kt., 2011). Parama šio vaidmens integracijai iš gydytojų pusės yra aktualizuojama įvairiuose moksliniuose tyrimuose (Lowe ir kt., 2011; Woo ir kt., 2017; Wang ir kt., 2018), nes taip yra sujungiami unikalūs abiejų profesijų pranašumai (Ameen, 2017). Darbo autorės tyrimo rezultatai rodo, kad bendradarbiavimo tarp slaugytojų ir gydytojų kultūros skatinimas lemia išplėstinės slaugos praktikos integraciją. Visgi tie slaugytojai, kurie mano, kad kompetencijos yra pakankamos dažniau abejojo dėl to, ar bendradarbiavimas tarp slaugytojų ir gydytojų daro įtaką išplėstinės praktikos slaugos integracijai.

Apibendrinant galima teigti, kad atlikto tyrimo rezultatai patvirtina prielaidą, jog išplėstinės slaugos integraciją į sveikatos priežiūros sistemą lemia ne vienas konkretus veiksnys, bet jų visuma. Žinių apie išplėstinės slaugos praktikos vaidmenis kūrimas, komunikavimas ir įstaigų strategijos šiuo klausimu yra aktualus, siekiant integracijos, tačiau pastebima, kad šie aspektai nėra vykdomi tinkamai. Tiriamose įstaigose trūksta komunikacijos apie išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybę, o taip pat trūksta ir strateginių dokumentų ją apibrėžiančių. O tai taip pat gali rodyti lyderystės stoką tirtose įstaigose. Moksliniuose tyrimuose aktualizuojamas direktorių ir pavaduotojų slaugai vaidmuo, siekiant integracijos. Tą patvirtina ir darbo autorės tyrimo rezultatai. Siekiant išplėstinės slaugos praktikos integracijos yra svarbu sutarti dėl pagrindinių kompetencijų, kurias turėtų atlikti slaugytojas bei vystyti šį vaidmenį. Tačiau respondentų atsakymai pagal asmens sveikatos priežiūros įstaigų lygį skiriasi. Visų veiksmų darančių įtaką išplėstinės praktikos integracijai tinkamas įgyvendinimas ir užtikrinimas padėtų spręsti išplėstinės slaugos praktikos įgyvendinimo barjerus.

IŠVADOS

1. Išplėstinės praktikos slaugytojų apibrėžimai skiriasi – JAV išplėstinės praktikos slaugytojų reguliavimas ir kompetencija priklauso atskiroms valstijoms. Jungtinėje Karalystėje išplėstinės praktikos slaugytojo vaidmuo nėra reglamentuojamas visos šalies mastu. Jungtinės Karalystės, Kanados ir Australijos apibrėžimuose akcentuojamos ir slaugytojų kompetencijos bei savarankiška praktika. Visuose analizuotuose apibrėžimuose yra pabrėžiama išsilavinimo svarba. Daugelyje nagrinėtų pasaulio šalių išplėstinės slaugos slaugytojas turi būti įgijęs magistro laipsnį. Taip pat priklausomai nuo šalies yra keliami ir kiti reikalavimai, pvz., kad slaugytojas turi būti registruotas. Išplėstinės praktikos slaugytojai gali padėti skatinti išplėstinės praktikos reguliavimą, supažindindami sveikatos priežiūros specialistus, vadovybę ir visuomenę apie šią praktiką. Tačiau išanalizavus taip pat nustatyta, kad kai kuriose šalyse (pvz., Graikijoje, Australijoje ir kt.) egzistuoja painiava dėl išplėstinės praktikos slaugytojų vaidmenų. Nors Lietuvoje išplėstinės slaugos praktika yra įgyvendinama nepakankamai, tačiau matomi teigiami pokyčiai – nuolat tobulinami teisės aktai, 2017 m. įvesta atskira medicinos norma išplėstinės praktikos slaugytojams, pagal teisės aktus rengiamos ir tobulinamos magistrantūros studijų programos. Visgi pokyčiai vyksta pakankamai lėtai, o tai galima traktuoti, kaip problemą, siekiant užtikrinti visapusę išplėstinės slaugos praktikos integraciją Lietuvoje. Lyginant išplėstinės praktikos slaugos situaciją su kitomis šalimis pastebimi tam tikri panašumai, t. y. šiai veiklai yra reikalingas magistro laipsnis. Taip lyginant su Jungtine Karalyste ar JAV, Lietuvoje išplėstinės praktikos slaugytojo kvalifikacija yra vienodai reguliuojama nacionaliniu mastu. Lietuvoje lyginant su JAV yra mažiau išplėstinės praktikos slaugytojų specializacijų.

2. Mokslinėje literatūroje yra išskiriami įvairūs veiksniai, siejami su išplėstinės praktikos slaugytojų integravimu į sveikatos priežiūros sistemą, tačiau aptinkama ir tam tikrų panašumų, t. y. akcentuojamas išsilavinimas ir mokymai, integracijos ir vaidmens planavimas bei įgyvendinimas, sveikatos priežiūros aplinkos palaikymas, tarpprofesiniai santykiai ir komandinė parama. Tačiau ne mažiau svarbūs yra tokie veiksniai, kaip visuomenės sąmoningumas, teisės aktai ir reglamentai bei jų pakankamumas, sisteminė parama (finansavimas, priskirta atsakomybė ir pan.). Šiai integracijai yra svarbūs tokie veiksniai, kaip galiojantys teisės aktai ir jų pakankamumas, formalių taisyklių buvimas, aiškus išplėstinės praktikos slaugytojo vaidmens apibrėžimas, kokybiškai parengtos švietimo programos ir kiti veiksniai. (aiškiai nesimato, kur tai atskleista). Dėl didesnės autonomijos išplėstinės praktikos slaugytojai gali susilaukti neigiamo kitų sveikatos priežiūros specialistų vertinimo, todėl organizacinės ir bendradarbiavimo kultūros stiprinimas, slaugos lyderystė, tarpsektorinė partnerystė ir teigiamas vadovybės požiūris yra būtini, siekiant plėtoti šį vaidmenį.

3. Siekiant išplėstinės slaugos praktikos integracijos svarbu atkreipti į jos sėkmės veiksnius, tokius kaip slaugos praktikos finansavimą ir žinias apie išplėstinės slaugos praktikos vaidmenį. Didesnį

nei 31 m. darbo stažą turintys respondentai taip pat išskyrė ir lyderystės svarbą. Visgi taip pat apie išplėstinės slaugos praktikos integraciją vyresniesiems slaugytojams-administratoriams nėra pakankamai komunikuojama. Pagrindiniai išplėstinės slaugos praktikos integracijos sėkmės veiksniai yra įstaigos strategija ir slaugos vadovo tikslai. Strategijos numatymas turi įtakos išplėstinės praktikos slaugytojo vaidmens įgyvendinimui. Visi direktoriai ir pavaduotojai slaugai aktualizavo slaugos vadovų tikslų ir darbuotojų įdarbinimo bei išlaikymo įtaką išplėstinės slaugos praktikos integracijai. Aukštesnes pareigas užimantys respondentai geriau supranta sėkmės veiksnių raišką, siekiant išplėstinės praktikos slaugos integracijos. Sėkminga išplėstinės praktikos integracija priklauso ne nuo vieno veiksnio raiškos, bet nuo viso jo rinkinio. Tik užtikrinus, kad egzistuoja slaugos vadovų ir sveikatos politikų įsitraukimas, supratimas apie šį vaidmenį, vykdoma lyderystė, tinkamai reglamentuoti įstatymai ir paskirtas adekvatus finansavimas, galima užtikrinti sėkmingą išplėstinės slaugos praktikos įgyvendinimą. Kaip ir sėkmės veiksnių, atveju, taip ir įtaką darančių veiksnių atveju visi veiksniai statistiškai reikšmingai siejasi tarpusavyje. Išplėstinės slaugos praktikai įtaką daro šių veiksnių rinkinys. Pagrindiniai išplėstinės slaugos praktikos integraciją ribojantys veiksniai yra skirtingos nuomonės dėl išplėstinės praktikos slaugytojo kompetencijų, informacijos sklaidos nepakankamumas, nepakankamas teisės aktų reglamentavimas, struktūros ir formalių taisyklių nebuvimas. II lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys respondentai dažniau sutiko su teiginiu, kad išplėstinės slaugos praktikos integraciją riboja skirtingos nuomonės šia tema. II ir III asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys respondentai dažniau sutiko su teiginiu, kad išplėstinės slaugos praktikos integraciją riboja išplėstinės slaugos programų nepakankamumas. Įstaigos strategijos planavimas ir įgyvendinimas lemia, kaip bus suprantamas išplėstinės slaugos praktikos vaidmuo. Sveikatos politikų įsitraukimas lemia slaugos vadovo tikslus ir lyderystę. Egzistuojanti teisinė bazė taip pat yra siejam su slaugos vadovo tikslais ir finansavimu. Siekiant užtikrinti, kad išplėstinės slaugos praktika būtų įgyvendinta sėkmingai yra tikslinga aiškiai nustatyti išplėstinės slaugos praktikos apibrėžimą ir integruoti jį į atitinkamas praktikos programas.

4. Atlikto tyrimo rezultatai patvirtina prielaidą, jog išplėstinės slaugos integraciją į sveikatos priežiūros sistemą lemia ne vienas konkretus veiksnys, bet jų visuma. Žinių apie išplėstinės slaugos praktikos vaidmenį kūrimas, komunikavimas ir įstaigų strategijos šiuo klausimu yra aktualus, siekiant integracijos, tačiau pastebima, kad šie aspektai nėra vykdomi tinkamai. Tiriamose įstaigose trūksta komunikacijos apie išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybę, o taip pat trūksta ir strateginių dokumentų ją apibrėžiančių. Siekiant išplėstinės slaugos praktikos integracijos yra svarbu sutarti dėl pagrindinių kompetencijų, kurias turėtų atlikti slaugytojas bei vystyti šį vaidmenį. Tačiau respondentų atsakymai pagal asmens sveikatos priežiūros įstaigų lygį skiriasi. Visų veiksnių darančių įtaką išplėstinės praktikos integracijai tinkamas įgyvendinimas ir užtikrinimas padėtų spręsti išplėstinės slaugos praktikos įgyvendinimo barjerus.

REKOMENDACIJOS

Sveikatos politikams, sveikatos priežiūros įstaigų vadovams ir slaugos vadovams:

- Sveikatos politikai, sveikatos priežiūros įstaigų vadovai ir slaugos vadovai bendradarbiaudami tarpusavyje turėtų formuoti strategijas, kurios leistų geriau suvokti išplėstinės praktikos slaugytojo vaidmenį tarp sveikatos specialistų, bendradarbių ir visuomenės bei aiškiai apibrėžti išplėstinės slaugos praktikos slaugytojų vaidmenis.
- Išplėstinės slaugos praktikos slaugytojų vaidmenų integracija turi būti vykdoma sistemingai, remiantis bendruomenės poreikių įvertinimo procesu, kartu įtraukiant visas suinteresuotas šalis.

Sveikatos priežiūros įstaigų vadovams ir slaugos vadovams:

- Apie išplėstinės praktikos slaugos vaidmenis turi būti aiškiai komunikuojama sveikatos politikų, sveikatos priežiūros įstaigų vadovų ir vadovų slaugai lygmenimis.
- Stiprinti organizacinę kultūrą tarp gydytojų ir slaugytojų, taip sudarant prielaidas geresniam šių grupių bendradarbiavimui įgyvendinant išplėstinės slaugos praktikos vaidmenis.

Slaugos vadovams:

- Pagrindiniai išplėstinės slaugos praktikos integracijos sėkmės veiksniai yra įstaigos strategija ir slaugos vadovo tikslai, todėl turi būti skatinama slaugos vadovų lyderystė, siekiant išplėstinės slaugos praktikos integracijos.

Moksliniams tyrimams:

- Atlikti daugiau tyrimų Lietuvoje, kurie atskleistų išplėstinės slaugos praktikos integracijos į sveikatos priežiūros sistemą situaciją, siekiant suformuoti tinkamą slaugytojų kompetencijų išplėtimo modelį.

BIBLIOGRAFIJOS ŠALTINIŲ SĄRAŠAS

Teisės ir kiti normatyviniai aktai

1. California nursing practice act NPR - 1 -15 (2013). Prieiga per internetą: <https://www.rn.ca.gov/pdfs/regulations/npr-i-15.pdf>.
2. Colorado revised statutes, Healthcare professions and occupations, article 255: nurses and nurse aides (2021). Prieiga per internetą: <https://drive.google.com/file/d/0B-K5DhxXxJZbOHRFaGVIV0xVSEk/view?resourcekey=0-PmFMTK0ZnhvZTDF959qR3A>
3. Lisabonos sutartis, iš dalies keičianti Europos Sąjungos sutartį ir Europos bendrijos steigimo. 2007/C 306/1.
4. Europos parlamento ir tarybos direktyva 2005/36/EB dėl profesinių kvalifikacijų pripažinimo. Prieiga per internetą: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/HTML/?uri=CELEX:32005L0036&from=EN>.
5. Europos parlamento ir tarybos direktyva 2013/55/ES, kuria iš dalies keičiama Direktyva 2005/36/EB dėl profesinių kvalifikacijų pripažinimo ir Reglamentas (ES) Nr. 1024/2012 dėl administracinio bendradarbiavimo per Vidaus rinkos informacijos sistemą (IMI reglamentas). Prieiga per internetą: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/HTML/?uri=CELEX:32013L0055&from=LT>.
6. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. vasario 27 d. įsakymas V-222 dėl nacionalinės slaugos politikos 2016-2025 metų gairių patvirtinimo. Prieiga per internetą: http://www.lsadps.lt/failai/593_SAMisakymas_2016-slaugopolitika.doc
7. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. sausio 21 d. įsakymas V-51 dėl reikalavimų specializuotų slaugos sričių neformaliojo švietimo programoms aprašų patvirtinimo. Prieiga per internetą: <http://www.infolex.lt/lite/ta/129183>
8. Lietuvos Respublikos slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatymas. *Valstybės žinios*, 2001-07-18, 62-2224 (suvest. red. 2020).
9. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 8 d. įsakymas V-591 dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:201 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.401304> (akt. red. 2019).
10. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 27 d. įsakymas V-644 dėl Lietuvos medicinos normos MN 60:2019 „Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.403084?jfwid=> (akt. red. 2019).

11. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017 m. liepos 7 d. įsakymas V-852 dėl Lietuvos medicinos normos MN 160:2017 „Išplėstinės praktikos slaugytojas“ patvirtinimo. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/96b1d63166cf11e7a53b83ca0142260e?jfwid=11dyheoksi>
12. Lietuvos Respublikos civilinio kodekso patvirtinimo, įsigaliojimo ir įgyvendinimo įstatymas. 2000 m. liepos 18 d., Nr. VIII-1864, suvest. red. 2021. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.107687>.
13. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 4 d. įsakymas V-766 dėl išplėstinės slaugos praktikos gairių patvirtinimo. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/6d17726007ac11e4879d8f5e8fec0fdf?jfwid=>

Mokslinė literatūra

14. Aguirre-Boza, F., Ceron, M. C., Pulcini, J., Bryant-Lukosius, D. (2019). D. Implementation strategy for advanced practice nursing in primary health care in Chile. *Acta Paul Enferm*, 32(2), 120-128.
15. Alpert, P. T., Yucha, C.B. , Atienza, M. (2013). An advanced practice nursing program for foreign medical doctors: a practical approach. *Nursing Education Perspectives*, 34 (4), 254-259.
16. Ameen, F. (2017). Nurse-Physician Conflict and Power Dynamic. *JOJ nursing and health care*, 5 (3), 1-5.
17. Bilevičienė, J., Jonušauskas, S. (2011). *Statistinių metodų taikymas rinkos tyrimuose*. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.
18. Bryant-Lukosius, D., Valaitis, R., Martin-Misener, R., Donald, F., Pena, L. M., Brousseau, L. (2017). Advanced Practice Nursing: A Strategy for Achieving Universal Health Coverage and Universal Access to Health. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2826. Prieiga per internetą: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/LsdQZykj93tLMgJWnSZ9fRr/?lang=en&format=pdf>
19. Brodsky, E., Dijk, D.V. (2008). Advanced and Specialist Nursing Practice: Attitudes of Nurses and Physicians in Israel. *Journal of nursing scholarship*, 40 (2), 187-194.
20. Butėnas, R., Žydžiūnaitė, V. (2013). Vertybių refleksija slaugytojo veiklą reglamentuojančiuose dokumentuose. *Sveikatos mokslai*, 23 (1), 166-172.
21. Carney, M. (2016). Regulation of advanced nurse practice: its existence and regulatory dimensions from an international perspective. *Journal of nursing management*, 24, 105-114.
22. Carrier, J. (2020). An ethnographic exploration of the social organisation of general practice nurses' knowledge use: more than 'mindlines'? *J Res Nurs*, 25(6-7), 604-615.
23. Carter, N., Martin-Misner, R., Kilpatrick, K., Kaasalainen, S., Donald, F., Bryant-Lukosius, D., harbman, P., Boureault, I., DiCenso, A. (2010). The Role of Nursing Leadership in Integrating

- Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners in Healthcare Delivery in Canada. *Nurse leadership*, 23, 167-185.
24. Casey, M., O'Connor, L., Rohde, D., Twomey, L., Cullen, W., Carroll, A. (2021). Role dimensions of practice nurses and interest in introducing advanced nurse practitioners in general practice in Ireland. *Health Science reports*, 5, 1-10.
 25. Chang, M., Glenn, E. Duffield, G.C., Ramis, A.M. (2011). Advanced practice nursing role development: factor analysis of a modified role delineation tool. *Journal of advanced nursing*, 68 (6): 1369-1379.
 26. Chouinard, V., Contandriopoulos, D., Perroux, M., Larouche, C. (2017). Supporting nurse practitioners' practice in primary healthcare settings: a three-level qualitative model. *BMC Health Services Research*, 17. Prieiga per internetą: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2363-4>.
 27. Contandriopoulos, D., Brousselle, A., Breton, M., Sangster-Gormley, E., Kilpatrick, K., Dubois, C.A., Brault, I., Perroux, M. (2016). Nurse practitioners, canaries in the mine of primary care reform. *Health Policy*, 120(6), 682–689.
 28. Crosson, J. J. (2020). Physician and Nurse Practitioner Teamwork Sustains the Primary Care Workforce. *Journal of General Internal Medicine*, 35, 990-991.
 29. Egerod, I., Kaldan, G., Nordentof, S., Larsen, A., Herling, S. F., Thomsen, T., Endacott, R. (2021). Skills, competencies, and lcs for advanced practice critical care nursing in Europe: A scoping review. *Nurse education in practice*, 54, 103142.
 30. Elsois, A., Radwan, M., Mohsen, S. (2017) Nurses and Physicians Attitudes toward Nurse-Physician Collaboration: A Survey from Gaza Strip, Palestine. *Nursing Research and Practice*, 7406278. Prieiga per internetą: <https://www.hindawi.com/journals/nrp/2017/7406278/>.
 31. DiCenso, A., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misner, R., Donald, F., Abelson, J., Bourgeault, I., Kilpatrick, K., Carterm N., Kaasalainen, S., Harbman, P. (2010). Factors enabling advanced practice nursing role integration in Canada. *Nurse Leadership*, 23, 211-238.
 32. Dubicka, A., Stundžienė, R., Urbanavičė, R. (2021). Išplėstinės praktikos slaugytojų integravimo galimybės į pirminės sveikatos priežiūros įstaigą. *Sveikatos mokslai*, 31 (2), 136-140.
 33. Falana, T.D, Afolabi, O.T, Adebayo, A.M., Ilseami, O.S. (2016) Collaboration between Doctors and Nurses in a Tertiary Health Facility in South West Nigeria: Implication for Effective Healthcare Delivery. *International Journal of Caring Sciences*, 9 (1), 165-173.
 34. Faraji, A., Karimi, M., Azizi, S/ M., Janatolmakan, M., Khatony, A. (2019). Evaluation of clinical competence and its related factors among ICU nurses in Kermanshah-Iran: A cross-sectional study. *International Journal of nursing sciences*, 2019, 6, 421-425.

35. Fukada, M. (2018). Nursing competency: definition, structure and development. *Yonago Acta Medica*, 61, 1-7.
36. Gaižauskaitė, I., Mikėnė, S. (2014). *Socialinių tyrimų metodai: apklausa*. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.
37. Guidelines of advanced practice nursing (2020). Prieiga per internetą:
https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf .
38. Hailu, F. B., Kassahun, C.W., Kerie, M.W. (2016). Perceived Nurse—Physician Communication in Patient Care and Associated Factors in Public Hospitals of Jimma Zone, South West Ethiopia: Cross Sectional Study. y. *PLoS ONE*, 11(9): 1-21.
39. Jakimowicz, M., Williams, D., Stankiewicz, G. (2017). A systematic review of experiences of advanced practice nursing in general practice. *MBC nursing*, 16. Prieiga per internetą:
<https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-016-0198-7#citeas>.
40. Jasukaitiene, E. (2017). Išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijų ir teisinės apsaugos vertinimas gydytojų anesteziologų-reanimatologų požiūriu. *Išplėstinės slaugos praktikos magistro darbas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas*, 1-71. Prieiga per internetą:
<https://www.lsmuni.lt/cris/bitstream/20.500.12512/101842/1/Erikajasukaitiene.pdf>.
41. Karami, A., Farokhzadian, J., Foroughameri, G. Nurses' professional competency and organizational commitment: Is it important for human resource management? *PLoS ONE*, 12(11), 1-15. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187863>
42. Kirsner KM. (2014). Legal concepts in nurse anesthesia practice. In: Nagelhout JL, Plaus KL, editors. *Nurse anesthesia*. St. Louis, Missouri: Saunders, 27-36.
43. Kondo, A. (2013). Advanced Practice Nurses in Japan: Education and Related Issues. *Journal of Nursing & Care*, 5, 1-6.
44. Lamb, A., Martin-Misner, R., Lukosius, D. B., Latimer, M. (2018). Describing the leadership capabilities of advanced practice nurses using a qualitative descriptive study. *Nurse Open* , 5 (3): 400-413.
45. Lee, G., Hendriks, J., Deaton, C. (2020). Advanced nursing practice across Europe: Work in progress. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 0, 1-3.
46. Lowe, G., Plummer, V., O'Brien, AP., Boyd, L. (2011). Time to clarify – the value of advanced practice nursing roles in health care. *Journal of advanced nursing*, 677-685.
47. Nair, D. M, Fitzpatrick, J.J, McNulty, R., Click, E.R., Glembocki, M. M. (2012). Frequency of nurse-physician collaborative behaviors in an acute care hospital. *J Interprof Care*, 26(2), 115–20.
48. Natan, B. M, Matthews P. (2011). The essence of nursing in the shifting reality of Israel today. *Online Journal Of Issues In Nursing*, 16 (2), 1-7.

49. Maier, C. B., Aiken L. H. (2016). Expanding clinical roles for nurses to realign the global health workforce with population needs: a commentary. *Israel Journal of Health Policy Research*, 5, 1-4.
50. Manion, A. B., Daga, J. A. (2014). Health care economics and the advanced practice registered nurse. *J Pediatr Health Care*, 28 (5), 466-469.
51. Martsof, G., Auerbach, D. I., Arifkhanova, A. (2015). The Impact of Full Practice Authority for Nurse Practitioners and Other Advanced Practice Registered Nurses in Ohio. *RAND Corporation*, 1-37.
52. Matsusaki, T., Sakai, T. (2011). The role of certified nurse anesthetists in the United States. *J Anesth*, 25, 734-740.
53. Multi-professional framework for advanced clinical practice in England (2017). Priei9ga per internetą: <https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/multi-professionalframeworkforadvancedclinicalpracticeinengland.pdf>
54. Parker, J. M., Hill, M. N. (2017). A review of advanced practice nursing in the United States, Canada, Australia and Hong Kong Special Administrative Region (SAR), China. *International journal of nursing sciences*, 4(2), 196-204.
55. Paton, A., Stein, D.E., D'Agostino, R., Pastores, S.M. (2016). Critical care medicine advanced practice provider model at a comprehensive center: success and challenges. *American journal of critical care*, 19, 439-443.
56. Sayed, K. A. E. L, Sleem, W. F. (2011). Nurse – physician collaboration: A comparative study of the attitudes of nurses and physicians at Mansoura University Hospital. *Life Science Journal*, 8(2), 140-146.
57. Sastre-Fullana, P., De Pedro-Gómez, J.E, Bennasar-Veny, M., Serrano-Gallardo, P., Morales-Asencio, J.M. (2014). Competency frameworks for advanced practice nursing: a literature review. *Int Nurs Rev*, 61, 534-542.
58. Sheer B, Kam F., Wong Y. (2008). The Development of advanced nursing practice globally. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(3),204-211.
59. Schober, M. (2019). Development of advanced practice nursing (APN): the international context. *Enfermeria Clinica*, 29(2): 63-66.
60. Scope of practice for nurse practitioners: standarts, limits and conditions (2016). *CRNBC*, 1-59 Prieiga per internetą: <https://www.crnbc.ca/Standards/Lists/StandardResources/433ScopeforRegisteredNurses.pdf>
61. Srivastava N., Janet S Tucker JS., Draper ES., Milner M. (2008). A literature review of principles, policies and practice in extended nursing roles relating to UK intensive care settings. *J Clin Nurs*, 17, 2671-2680.

62. Šakalytė, D. (2014). Pagrindiniai pažangios slaugos klinikinės kompetencijos požymiai. *Socialinė sveikata*, 2, 18-25.
63. Taylor, C. L. (2009). Attitudes toward physician-nurse collaboration in anesthesia. *AANA Journal*, 77 (5): 343-348.
64. Torrens, C., Campbell, P., Hoskins, G., Strachan, H., Wells, M., Cunningam, M., Bottone, H., Polson, R., Maxwell, M. (2020). Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 104. Prieiga per internetą: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748919302500>.
65. Zakerimoghadam, M., Ghiyasvandian, S., Leili, A. K. (2015). Nurse–Physician Collaboration: the Attitudes of Baccalaureate Nursing Students at Tehran University of Medical Sciences. *Iran Red Crescent Med J*, 17 (4): 1-8.
66. Zavackienė, A., Šakienė, L. (2015). Dėl anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojo išplėstinės slaugos praktikos projekto. *Slauga: mokslas ir praktika*, 11 (2227), 12-13.
67. Zhang, L., Huang, L., Liu, M., Yan, H., Li, X. (2016). Nurse–physician collaboration impacts job satisfaction and turnover among nurses: A hospital-based cross-sectional study in Beijing. *International journal of nursing practice*, 22, 284-290.
68. Wang, Y. Y., Wan, Q., Frances, W., Lin, F., Zhou, W. J., Shang, S. M. (2018). Interventions to improve communication between nurses and physicians in the intensive care unit: An integrative literature review. *Int J Nurs Sci*, 5(1), 81–88.
69. Woo, B. F., Lee, J. X., Tam, W. W. S. (2017). The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review. *Human recourses for health*, 15 (63). Prieiga per internetą: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-017-0237-9#citeas>.

Kiti šaltiniai

62. Advanced Nurse Practitioner - National Competencies (2021). NHS. Prieiga per internetą: <https://www.advancedpractice.scot.nhs.uk/education/advanced-nurse-practitioner-national-competencies.aspx>.
63. Advanced Practice Standards (2021). Royal collage of nursing. Prieiga per internetą: <https://www.rcn.org.uk/professional-development/advanced-practice-standards>.
64. Advances nursing practice guidlines for the Australian context (2020). Australiajn government, department of health. prieiga per internetą: <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2020/10/advanced-nursing-practice-guidelines-for-the-australian-context.pdf>.

65. Advanced Practice Nursing (2019). Canadian nurses association. Prieiga per internetą:
<https://www.cna-aiic.ca/en/nursing/advanced-nursing-practice>.
66. Consensus Model for APRN Regulation: Licensure, Accreditation, Certification & Education (2008). APRN Joint Dialogue Group Report. Prieiga per internetą:
https://www.ncsbn.org/Consensus_Model_Report.pdf.
67. International Advanced Practise nursing (2021). Prieiga per internetą:
<https://internationalapn.org/>
68. Position Statement: Advanced Nursing Practice (2020). Nursing Council of New Zealand. Prieiga per internetą:
<https://www.nzno.org.nz/LinkClick.aspx?fileticket=iQHfOskJEyw%3D&tabid=109&portalid=0&mid=4918>.

SANTRAUKA

Jasukaitienė E. Išplėstinės slaugos praktikos integracija slaugos vadovų požiūriu / Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas. Vadovė. doc. dr. R. Dačiulytė - Mykolo Romerio universitetas, Vadybos ir politikos mokslų institutas, 2022, 81 p. (be priedų).

Visiška integracija į sveikatos priežiūros sistemą reiškia, kad išplėstinės praktikos slaugytojo vaidmuo yra pilnai išnaudojamas sveikatos priežiūros sistemoje. Nors išplėstinės praktikos slaugytojų darbas yra veiksmingas, tačiau visiška šio vaidmens integracija į sveikatos priežiūros sistemą ne visuomet yra įgyvendinama, o jų vaidmenys vystomi nepakankamai. Visiška šio vaidmens integracija negali įvykti, jei vaidmuo nėra gerai išvystytas ir įgyvendintas.

Tyrimo objektas – išplėstinės slaugos praktikos integracija.

Darbo tikslas – įvertinti išplėstinės slaugos praktikos integracijos galimybes slaugos vadovų požiūriu.

Uždaviniai: 1) Apžvelgti teisės aktus reglamentuojančius išplėstinės slaugos praktiką tarptautiniu ir nacionaliniu mastu. 2) Išanalizuoti išplėstinės slaugos praktikos integracijos teorinius aspektus; 3) Ištirti slaugos vadovų požiūrį į išplėstinės slaugos praktikos integracijos kliūtis; 4) Įvertinti išplėstinės slaugos praktikos integracijos galimybes slaugos vadovų požiūriu.

Tyrimo metodai: mokslinės literatūros analizė, dokumentų ir teisės aktų analizė, statistinė duomenų analizė, anketinės apklausos metodas.

Išvados. Lietuvoje išplėstinės slaugos praktika yra įgyvendinama nepakankamai. Pokyčiai vyksta pakankamai lėtai, o tai galima traktuoti, kaip problemą, siekiant užtikrinti visapusę išplėstinės slaugos praktikos integraciją Lietuvoje. Mokslinėje literatūroje yra išskiriami įvairūs veiksniai, siejami su išplėstinės praktikos slaugytojų integravimu į sveikatos priežiūros sistemą: akcentuojamas išsilavinimas ir mokymai, integracijos ir vaidmens planavimas bei įgyvendinimas, sveikatos priežiūros aplinkos palaikymas, tarp profesiniai santykiai ir komandinė parama, organizacinės ir bendradarbiavimo kultūros stiprinimas, slaugos lyderystė, tarpsektorinė partnerystė ir teigiamas vadovybės požiūris. Atliktus tyrimą nustatyta, kad sėkminga išplėstinės praktikos integracija priklauso ne nuo vieno veiksnio raiškos, bet nuo viso jo rinkinio. Tik užtikrinus, kad egzistuoja slaugos vadovų ir sveikatos politikų įsitraukimas, supratimas apie šį vaidmenį, vykdoma lyderystė, tinkamai reglamentuoti įstatymai ir paskirtas adekvatus finansavimas, galima užtikrinti sėkmingą išplėstinės slaugos praktikos įgyvendinimą. Aukštesnes pareigas užimančios respondentai geriau supranta sėkmės veiksnių raišką, siekiant išplėstinės praktikos slaugos integracijos. Žinių apie išplėstinės slaugos praktikos vaidmenį kūrimas, komunikavimas ir įstaigų strategijos šiuo klausimu yra aktualus, siekiant integracijos, tačiau pastebima, kad šie aspektai nėra vykdomi tinkamai. Tiriamose įstaigose trūksta komunikacijos apie išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybę, o taip pat trūksta ir strateginių dokumentų ją apibrėžiančių. Siekiant išplėstinės slaugos praktikos integracijos yra svarbu sutarti dėl pagrindinių kompetencijų, kurias turėtų atlikti slaugytojas bei vystyti šį vaidmenį. Tačiau respondentų atsakymai pagal asmens sveikatos priežiūros įstaigų lygį skiriasi.

Raktiniai žodžiai: išplėstinės slaugos praktika, išplėstinės slaugos praktikos integracija, išplėstinės slaugos praktikos vaidmenys.

SUMMARY

Jasukaitienė E. Integration of Advanced Nursing Practice from the Perspective of Nursing Managers / Master's Thesis in Health Policy and Management. Supervisor. doc. dr. R. Dačiulytė - Mykolas Romeris University, Institute of Management and Political Science, 2022, 81 p. (without appendixes).

Full integration into the health care system means that the role of the nurse in advanced practice is fully exploited in the health care system. Although the work of nurses in advanced care is effective, the full integration of this role into the health care system is not always achievable and their roles are underdeveloped. Full integration of this role cannot take place if the role is not well developed and implemented.

The object of the research is the integration of advanced nursing practice.

The aim of the study was to evaluate the possibilities of integration of advanced nursing practice from the point of view of nursing managers.

Objectives: 1) To review the legislation governing the practice of advanced care at the international and national level. 2) To analyze the theoretical aspects of the integration of advanced nursing practice; 3) To explore the attitudes of nursing managers towards barriers to the integration of advanced nursing practices; 4) To evaluate the possibilities of integration of advanced nursing practice from the point of view of nursing managers.

Research methods: analysis of scientific literature, analysis of documents and legal acts, statistical data analysis, questionnaire survey method.

Conclusions. In Lithuania, the practice of advanced care is insufficiently implemented. Changes are slow, which can be seen as a problem to ensure the full integration of advanced nursing practice in Lithuania. The scientific literature highlights various factors related to the integration of advanced care nursing into the health care system: emphasis is being put on education and training, planning and implementation of integration and role, maintenance of the health care environment, interprofessional relationships and team support, strengthening organizational and collaborative culture, nursing leadership, intersectoral partnership and a positive management attitude. The study found that the successful integration of advanced practice does not depend on the expression of a single factor, but on its whole set. Only by ensuring the involvement of care managers and health policy makers, awareness of the role, leadership, and adequate funding can the successful implementation of advanced care practices be assured. Respondents in higher positions have a better understanding of the expression of success factors for the integration of advanced practice nursing. The development of knowledge about the roles of advanced nursing practices, communication and institutional strategies in this regard are relevant to integration, but it is noted that these aspects are not being addressed properly. There is a lack of communication about the position of nurse in advanced practice in the researched institutions, as well as a lack of strategic documents defining it. In order to integrate advanced nursing practices, it is important to agree on and develop the key competencies that a nurse should perform. However, respondents' responses vary by level of personal health care facility.

Keywords: advanced nursing practice, integration of advanced nursing practice, roles of advanced nursing practice.

PRIEDAI

1 priedas.

Anketa

Aš, Erika Jasukaitienė, esu MRU Viešojo valdymo fakulteto, sveikatos politikos ir vadybos magistrantė ir rašau savo magistrinį darbą tema „Išplėstinės praktikos slaugytojų integracijos galimybės slaugos vadovų požiūriu“.

Jūsų dalyvavimas apklausoje yra labai svarbus vystant, tobulinant ir formuojant išplėstinės slaugos praktikos politiką. Apklausa anoniminė, todėl Jūsų nuoširdūs atsakymai padės gauti objektyvius tyrimo rezultatus.

1. Jūs dirbate:

- a. I lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigoje
- b. II lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigoje
- c. III lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigoje

2. Jūsų pareigos:

- a. Vyresnysis slaugytojas-administratorius
- b. Vyriausiasis slaugos administratorius/Slaugos vadovas
- c. Direktorius slaugai/Pavaduotojas slaugai

3. Darbo stažas metais

- a. Iki 10metų
- b. 11-20metų
- c. 21-30metų
- d. 31 ir daugiau

4. Lytis

- a. V
- b. M

5. Kaip vertinate esamas bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijas?

- a. per „siauros“
- b. pakankamos
- c. per „plačios“
- d. sunku pasakyti

6. Jūsų nuomone, ar reikėtų išplėsti esamas bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijas?

- a. Taip
- b. Ne
- c. Neturiu nuomonės

7. Ar Jūsų darbovietėje yra išplėstinės praktikos slaugytojo pareigybės?

- a. Taip
- b. Ne

8. Ar Jūsų įstaigos strategijoje numatyta išplėstinės slaugos praktikos integracija?

- a. Taip
- b. Ne

9. Jūsų nuomone, kokie veiksniai yra svarbūs sėkmingai išplėstinės slaugos praktikos integracijai?

	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nei sutinku nei nesutinku	Sutinku	Visiškai Sutinku
Slaugos vadovų įsitraukimas					
Sveikatos politikų įsitraukimas					
Lyderystė					
Teisinė bazė					
Žinios apie išplėstinės slaugos praktikos vaidmenį					
Išplėstinės slaugos praktikos finansavimas					

10. Kaip galvojate, kas įtakoja sėkmingą išplėstinės slaugos praktikos integraciją?

	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nei sutinku nei nesutinku	Sutinku	Visiškai Sutinku
Įstaigos strategija					
Slaugos vadovo tikslai					
Įdarbinimas ir darbuotojų išlaikymas					
Lyderystė					
Bendradarbiavimo tarp slaugytojų ir gydytojų kultūros skatinimas					

11. Jūsų nuomone, ką turėtų atlikti išplėstinės praktikos slaugytojas?

	Nesutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Sutinku
Anamnezės surinkimas, paciento ištyrimas			
Diagnostinių procedūrų užsakymas			
Invazinių priemonių taikymas			

Intubacijos			
Trombolizinis gydymas			
Kardioversijos atlikimas			
Medikamentų ir skysčių paskyrimas			
Skausmo valdymas			
Anestezijos technikos paruošimas darbui			
Dokumentacijos pildymas			
Pacientų ir artimųjų mokymas			
Savarankiškas konsultavimas			

12. Kokie yra išplėstinės slaugos praktiką ribojantys veiksniai?

	Nesutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Sutinku
Struktūros ir formalių taisyklių nebuvimas			
Skirtingos nuomonės dėl išplėstinės praktikos slaugytojo kompetencijų			
Informacijos sklaidos nepakankamas			
Neaiškus išplėstinės slaugos praktikos apibrėžimas			
Nepakankamas teisės aktų reglamentavimas			
Išplėstinės slaugos praktikos programų nepakankamumas			
Nepakankamas išplėstinės slaugos praktikos finansavimas			
Gydytojų pasipriešinimas			

Ačiū už atsakymus