

**KLAIPĖDOS UNIVERSITETO
SVEIKATOS MOKSLŲ FAKULTETO
SLAUGOS KATEDRA**

**SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SPECIALISTŲ
POŽIŪRIS Į PACIENTŲ SAUGĄ IR KOMANDINĮ
DARBĄ**

Magistro baigiamasis darbas

Autorius

DMSSL19 gr., stud. Romualda Tverkienė

Vadovas

Prof. habil. dr. Nora Šiupšinskienė

Klaipėda, 2021

SANTRAUKA

Tverkienė R. Sveikatos priežiūros specialistų požiūris į pacientų saugą ir komandinį darbą. Slaugos studijų programos magistro baigiamasis darbas. Darbo vadovas prof. habil. dr. N. Šiupšinskienė. Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2020. – p 74.

Pacientų saugos užtikrinimas, tai vienas svarbiausių sveikatos priežiūros iššūkių. Ir ši problema paliečia visas pasaulio šalis, neatsižvelgiant į jų išsivystymo lygį. Spręsti su pacientų sauga susijusius klausimus tampa itin aktualu dėl sparčios mokslo ir technologijų pažangos, augančių visuomenės lūkesčių bei senstančios visuomenės.

Tyrimo tikslas: išanalizuoti sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į pacientų saugą ir komandinį darbą.

Tyrimo metodika – Buvo atlikta anketinė apklausa. Duomenų analizei naudotas statistinių programų paketas „SPSS 22.0 for Windows“. Imtį sudarė 172 sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojai. Buvo laikytasi etikos principų.

Tyrimo rezultatai. Tyrimo rezultatai rodo, kad tiriamieji teigiamai vertina požiūrį į pacientų saugą ir į komandinį darbą. Komandinio darbo aplinką ne teigiamai įvertino daugiau nei trečdalis respondentų, streso įtaką darbe - 41,3 proc. Tiriamieji labiausiai patenkinti savo darbo sąlygomis (80,2 proc.), vadovybės požiūrį į saugą (71,5 proc.), pasitenkinimą darbu (75,6 proc.) bei saugos aplinką (70,3 proc.). Situacijos stebėjimą ir vadovavimą teigiamai įvertino beveik visi tyrimo dalyviai, atitinkamai 93,6 proc. ir 90,7 proc. Komandos struktūrą teigiamai įvertino 72,7 proc. tiriamųjų.

Išvados. Tiriamose įstaigose vyrauja saugi, komandinio darbo aplinka. Tiriamieji didžiuojasi savo organizacija, yra patenkinti užimamomis pareigomis. Vadovybė darbą atlieka gerai, tačiau siekiant aukštesnės ir efektyvesnės pacientų saugos turėtų būti didesnis personalo skaičius. Kiekvieno komandos nario darbas turi būti tinkamai vertinamas, o siekiant efektyvaus komandinio darbo būtina stebėti atliekamo darbo efektyvumą bei savo emocinę ir fizinę būklę. Tyrimo metu išryškėjo silpnai ir vidutiniškai teigiamos statistiškai reikšmingos sąsajos tarp didžiosios dalies požiūrio į pacientų saugą ir komandinio darbo dimensijų.

Reikšminiai žodžiai: pacientų sauga, komandinis darbas, komanda, požiūris į pacientų saugą

SUMMARY

Tverkienė R. Health Care Professionals' Attitudes Towards Patient Safety and Teamwork. Supervisor: Prof. Habil. Dr. N. Šiupšinskienė. Klaipėdos University: Klaipėda, 2020. – p 74.

One of the most important healthcare system challenges, covering all countries in the world regardless their development level, is guarantee of the patients' safety. Patient safety related solutions are very relevant because of the rapid scientific/ technological development, increasing social expectations and aging society.

Aim: to analyze the approach of the health care specialists on patients' safety and team work

Methodology: the questionnaire. Data processed with the statistics software SPSS 22.0 for Windows. Respondents: 172 health care entity employees. The research has been performed, observing the principles of ethics.

Results: the research has revealed the positive approach of the health care specialists on patients' safety and team work. The latter has been positively assessed by over 1/3 of the respondents, occupational stress impact - 41.3 per cent. The respondents were mostly satisfied with their work conditions (80.2 per cent), the authorities' approach on safety (71.5 per cent), satisfaction with work (75.6 per cent) and safety environment (70.3 per cent). Almost all respondents have positively assessed the situation monitoring and leadership (93.6 per cent and 90.7 per cent accordingly). The team structure has been positively assessed by 72.7 per cent of the respondents.

Conclusions. The assessed entities featured safe and team-oriented environment. The respondents were proud of their organization and were satisfied with their jobs. The authorities' functions were assessed positively, however, in order to achieve higher and more effective patients' safety, the number of the personnel should be increased. Work of each team member should be evaluated appropriately. The team work efficiency could be increased by monitoring of individual productivity, emotional and physical state. The research showed low up to medium statistically significant relation between the major approach on patients' safety and team work dimensions.

Keywords: patients' safety, team work, team, approach on patients' safety

SANTRUMPOS

ES - Europos Sąjunga;

JAV- Jungtinės Amerikos Valstijos

VS – Valstybės Narės

LR - Lietuvos Respublika;

NĮ - Nepageidaujamas (-i) įvykis (-iai);

ET - Europos Tarybos

EK - Europos Komisijos

VASPVT - Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos

HI – Higienos institutas

PSO - Pasaulio sveikatos organizacija;

SAM - Sveikatos apsaugos ministerija;

SPSS – vienas labiausiai paplitusių statistinės informacijos apdorojimo programinių paketų p – tikimybės reikšmė;

χ^2 - (Chi-kvadratas) neparametrinis kriterijus naudojamas hipotezėms apie kintamojo skirstinį populiacijoje tikrinti.

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Paveikslų pavadinimas	Puslapis
1.	Komandinio darbo bruožai	30
2.	Komandinio darbo nauda sveikatos priežiūros įstaigoje	31
3.	Požiūrio į pacientų saugą dimensijų vertinimas (N=172)	41
4.	Komandinės darbo aplinkos atspindinčių teiginių bendras vertinimas (N=172)	43
5.	Saugos aplinką atspindinčių teiginių bendras vertinimą (N=172)	45
6.	Sunku aptarti pasitaikančias klaidas, atsižvelgiant į pareigas (proc.) (N=172) (p<0,05)	46
7.	Gaunami atsiliepimai apie atliktą darbą, atsižvelgiant į amžių (proc.) (N=172) (p<0,05)	46
8.	Klinikinėje srityje yra tinkamai tvarkomasi su medicinos klaidomis, atsižvelgiant į darbo stažą (proc.) (N=172) (p<0,05)	46
9.	Pasitenkinimo darbu atspindinčių teiginių bendras vertinimas (N=172)	47
10.	Streso įtakos darbe atspindinčių teiginių bendras vertinimas (N=172)	49
11.	Vadovybės požiūris į saugą atspindinčių teiginių bendras vertinimas (N=172)	51
12.	Darbo sąlygų atspindinčių teiginių bendras vertinimas (N=172)	52
13.	Požiūrio į komandinį darbą dimensijų vertinimas (N=172)	54
14.	Komandos struktūrą atspindinčių teiginių bendras vertinimas (N=172)	52 55
15.	Vadovavimą atspindinčių teiginių bendras vertinimas (N=172)	58
16.	Situacijos stebėjimą atspindinčių teiginių bendras vertinimas (N=172)	60
17.	Abipusę paramą atspindinčių teiginių bendras vertinimas (N=172)	62
18.	Bendravimą atspindinčių teiginių bendras vertinimas (N=172)	63

LENTELIŲ SĄRAŠAS

Eil. Nr.	Lentelės pavadinimas	Puslapis
1.	Privalomų registruoti NĮ sąrašas ir atsakingos institucijos, teisės aktai reglamentuojantys nepageidaujamus įvykius	20
2.	Tyrimo dalyvių bendrosios charakteristikos	32
3.	Pirmos (požiūrio į pacientų saugą) klausimyno dalies vidinio patikimumo vertinimas	33
4.	Antros (požiūrio į komandinį darbą) klausimyno dalies vidinio patikimumo vertinimas	34
5.	Požiūrio į saugą klausimų klasifikacija	34
6.	Požiūrio į komandinį darbą klausimų klasifikacija	35
7.	Tiriamųjų atsakymų vidurkiai pagal pacientų saugos dimensijas	39
8.	Komandinio darbo aplinkos atspindinčių teiginių bendras vertinimas, atsižvelgiant į amžių, profesiją ir darbo stažą (proc.)	40
9.	Komandinės darbo aplinkos atspindinčių teiginių bendras vertinimas, atsižvelgiant į pareigas (N=172) (p<0,05)	41
10.	Komandinės darbo aplinkos atspindinčių teiginių bendras vertinimas, atsižvelgiant į amžių (N=172) (p<0,05)	42
11.	Komandinės darbo aplinkos atspindinčių teiginių bendras vertinimas, atsižvelgiant į darbo stažą (N=172) (p<0,05)	42
12.	Saugos aplinka dimensijos vertinimas, atsižvelgiant į amžių, profesiją ir darbo stažą (proc.)	42
13.	Pasitenkinimas darbu dimensijos vertinimas, atsižvelgiant į amžių, profesiją ir darbo stažą (proc.)	45
14.	Pasitenkinimas darbu atspindinčių teiginių bendras vertinimas, atsižvelgiant į pareigas (proc.) (N=172) (p<0,05)	46
15.	Pasitenkinimas darbu atspindinčių teiginių bendras vertinimas, atsižvelgiant į amžių (proc.) (N=172) (p<0,05)	46
16.	Streso įtaka darbe dimensijos vertinimas, atsižvelgiant į amžių, profesiją ir darbo stažą (proc.)	47
17.	Streso įtakos darbe atspindinčių teiginių bendras vertinimas, atsižvelgiant į amžių (proc.) (N=172) (p<0,05)	47
18.	Streso įtakos darbe atspindinčių teiginių bendras vertinimas, atsižvelgiant į darbo stažą (proc.) (N=172) (p<0,05)	48
19.	Vadovybės požiūrio į saugą dimensijos vertinimas, atsižvelgiant į amžių, profesiją ir darbo stažą (proc.)	48
20.	Vadovybės požiūris į saugą atspindinčių teiginių bendras vertinimas, atsižvelgiant į amžių (proc.) (N=172) (p<0,05)	49
21.	Darbo sąlygos dimensijos vertinimas, atsižvelgiant į amžių, profesiją ir darbo stažą (proc.)	49
22.	Darbo sąlygų atspindinčių teiginių bendras vertinimas, atsižvelgiant į amžių (proc.) (N=172) (p<0,05)	50
23.	Tiriamųjų atsakymų vidurkiai pagal komandinio darbo dimensijas	51
24.	Komandos struktūros dimensijos vertinimas, atsižvelgiant į amžių, profesiją ir darbo stažą (proc.)	52
25.	Komandos struktūrą atspindinčių teiginių bendras vertinimas, atsižvelgiant į pareigas (proc.) (N=172) (p<0,05)	53
26.	Komandos struktūrą atspindinčių teiginių bendras vertinimas, atsižvelgiant į amžių (proc.) (N=172) (p<0,05)	54

27.	Komandos struktūrą atspindinčių teiginių bendras vertinimas, atsižvelgiant į darbo stažą (proc.) (N=172) (p<0,05)	54
28.	Vadovavimo dimensijos vertinimas, atsižvelgiant į amžių, profesiją ir darbo stažą (proc.)	55
29.	Vadovavimą atspindinčių teiginių bendras vertinimas, atsižvelgiant į amžių (proc.) (N=172) (p<0,05)	56
30.	Vadovavimą atspindinčių teiginių bendras vertinimas, atsižvelgiant į darbo stažą (proc.) (N=172) (p<0,05)	57
31.	Situacijos stebėjimo dimensijos vertinimas, atsižvelgiant į amžių, profesiją ir darbo stažą (proc.)	57
32.	Situacijos stebėjimą atspindinčių teiginių bendras vertinimas, atsižvelgiant į amžių (proc.) (N=172) (p<0,05)	58
33.	Abipusės paramos dimensijos vertinimas, atsižvelgiant į amžių, profesiją ir darbo stažą (proc.)	59
34.	Abipusę paramą atspindinčių teiginių bendras vertinimas, atsižvelgiant į amžių (proc.) (N=172) (p<0,05)	60
35.	Bendravimo dimensijos vertinimas, atsižvelgiant į amžių, profesiją ir darbo stažą (proc.)	61
36.	Asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūrio į pacientų saugą ir komandinį darbą dimensijų koreliacija (Pearsono)	62

ŽODYNĖLIS

1. Gydytojas – medicinos gydytojas, gydytojas rezidentas, šeimos gydytojas ar gydytojas specialistas (LR medicinos praktikos įstatymas).
2. Nepageidaujamas įvykis – įvykiai, reakcijos, reiškiniai, aplinkybės, atsiradę dėl veikos galėjusios sukelti ar sukėlusios nepageidaujamą išeitį (rezultatą) pacientui (HI, 2015).
3. Pacientų sauga – sveikatos priežiūros struktūros ir procesai, kurių taikymas sumažina nepageidaujamų įvykių, atsirandančių dėl sveikatos priežiūros sistemos poveikio, tikėtinumą (Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programa).
4. Požiūris – sąlygiškai pastovi nuomonių, interesų, pažiūrų išraiška, atspindinti asmens individualią patirtį (Marmienė, 2015).
5. Sveikatos priežiūros specialistas – asmuo, kuriam Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka suteikta teisė verstis sveikatos priežiūra (Sveikatos priežiūros specialistų profesinės kompetencijos patikrinimo tvarkos).
6. Komandinis darbas - tai procesas, kurio metu žmonių grupė dirba siekdama bendro tikslo, dalindamasi atsakomybe (Mykolo Romerio Universitetas. 2010).

TURINYS

IVADAS	16
I. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SPECIALISTŲ POŽIŪRIO Į PACIENTŲ SAUGĄ IR KOMANDINĮ DARBĄ TEORINIAI PAGRINDAI	18
1.1. Požiūrio į pacientų saugą teoriniai aspektai	18
1.1.1. Pacientų saugos apibrėžtis	18
1.1.2. Teisinis pacientų saugos reglamentavimas.....	20
1.1.3. Pacientų saugos valdymas sveikatos priežiūros įstaigose	22
1.2. Komandinio darbo, kaip pacientų saugą lemiančio veiksnio, svarba sveikatos priežiūros įstaigoje.....	27
II. EMPIRINĖ DALIS	31
2.1. Tyrimo metodika	31
2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos	31
2.1.2. Tyrimo metodai	32
2.1.3. Tyrimo instrumentas.....	34
2.1.4. Tyrimo procesas/eiga.....	36
2.1.5. Tyrimo etika	37
2.2. Tyrimo rezultatai	38
2.2.1. Asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūrio į pacientų saugą vertinimas.....	38
2.2.2. Asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūrio į komandinį darbą, siekiant užtikrinti pacientų saugą vertinimas.....	50
2.2.3. Asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūrio į pacientų saugą ir komandinį darbą .	60
sąsajos.....	60
2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas.....	62
IŠVADOS	65
REKOMENDACIJOS	66
LITERATŪRA	67
PRIEDAI	74

IVADAS

Tyrimo aktualumas. XXI a. pacientų saugos užtikrinimas yra įvardinamas kaip vienas svarbiausių sveikatos priežiūros iššūkių (Paškevičius, 2017), kuris sulaukia vis didesnio praktikų ir mokslininkų dėmesio. Pacientų sauga terminas pirmą kartą buvo paminėtas 1999 m. Jungtinėse Amerikos Valstijose (toliau – JAV). Kai medicinos institutas išleido studiją „Klysti žmogiška: saugios sveikatos apsaugos kūrimas“. Ši studija sukėlė precedento neturintį visuomeninį rezonansą pacientų saugos srityje JAV ir visame pasaulyje (Paškevičius, 2017). Mokslinėse publikacijose pacientų sauga suprantama kaip sveikatos priežiūros įstaigų gebėjimas užtikrinti kuo aukštesnį suplanuotų sėkmingų rezultatų lygį ir sėkmingai suteikti saugias sveikatos priežiūros paslaugas pacientams. Pacientų saugos problema paliečia visas pasaulio šalis, neatsižvelgiant į jų išsivystymo lygį. Spręsti su pacientų sauga susijusius klausimus tampa itin aktualu dėl sparčios mokslo ir technologijų pažangos, augančių visuomenės lūkesčių bei senstančios visuomenės. Europos Sąjungos (toliau – ES) Valstybės Narės (toliau - VN) raginamos problemos, susijusias su pacientų sauga, spręsti kompleksiniu būdu – taikant komandinio darbo principą, įtraukiant pacientus ir jų artimuosius į gydymo procesą, skatinant kolektyvo glaudesnę bendradarbiavimą, bei kuriant pacientų saugos kultūrą (Paškevičius, 2017).

Paskutinio dešimtmečio publikacijos rodo, kad teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos nėra saugios pacientams ir nelaimingų atsitikimų (toliau – NĮ) sveikatos priežiūros įstaigose pasitaiko pakankamai dažnai, sukeldamos žymius ekonominius, socialinius, psichologinius bei moralinius nuostolius. 2009 m. ES paskelbė Europos Tarybos (toliau – ET) rekomendaciją „Dėl pacientų saugos ir su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencija ir kontrolė“. Kartu su rekomendacija buvo atkreiptas ypatingas dėmesys į pacientų saugą. Rekomendacija pateikia pacientų saugos stiprinimo gaires ES VN. 2014 m. Europos Komisijos (Toliau – EK) parengtoje antroje ataskaitoje ET, įvertinta ES valstybių situacija pacientų saugos srityje. Buvo nustatyta, kad ET rekomendacija padidino informuotumą apie pacientų saugą politinių lygmeniu bei daugelyje ES VN paskatino įvairius pokyčius, tokius kaip nacionalinių pacientų saugos strategijų ir programų plėtojimą, NĮ registravimą ir mokymosi iš klaidų sistemų kūrimą (Babinskas ir Kanapeckienė, 2019). Lietuvoje XX a. pabaigoje buvo pradėta formuoti teisiniai pacientų saugos pagrindai, imta kurti viešojo administravimo institucijos, kurios priskiriamos kuruoti ir kontroliuoti pacientų saugos sritis, taip pat pradėti vykdyti moksliniai tyrimai ir studijos pacientų saugos tema (Paškevičius, 2017).

Kitas labai svarbus pacientų saugos elementas – komandinis darbas (Manser, 2008). Anot Piškinaitės (2019) (cit. Diab ir Ahmed, 2015), 92,2 proc. slaugos specialistų patvirtina, jog aukšti pacientų saugos rodikliai priklauso nuo koordinuotos specialistų komandos. Nėra abejonių, kad kokybiškos asmens sveikatos priežiūros paslaugos priklauso nuo medicinos personalo įgūdžių, žinių,

elgesio, požiūrio, bet ir nuo to, kaip jie dirba komandoje. Mokslinėje literatūroje akcentuojama, kad komandinis darbas, lyginant su individualiu, turi daugiau privalumų, tokių kaip: darbo rezultatų kokybiškumas ir efektyvumas, individualių privalumų išryškėjimas, skatinamas tarpusavio bendravimas ir bendradarbiavimas.

Tyrimo naujumas. Nors pastaruosiu metu Lietuvoje atsiranda studijų, nagrinėjančių pacientų saugos tematika, tačiau jų nėra pakankamai daug. Rasti pavyko tik vieną, nacionalinio lygmens Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos [VASPVT] prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – SAM) Pilotinį pacientų saugos kultūros tyrimą, tačiau šio tyrimo duomenys nėra skelbiami. Šalyje yra atlikta nemažai tyrimų, kurie analizuoja sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir jos gerinimo galimybes (Jerdiakova, Mikaliūkštienė, Rabkovskaja, Žilinskienė, Kutkauskienė ir Davydenko, 2020; Juodzevičė, 2020; Kemečienė, 2019; Žiliukas, Drungilienė ir Užkurėlytė, 2013), personalo pasitenkinimą darbu ir pacientų pasitenkinimą personalu (Kairys, Žėblienė ir Zokas, 2005; Keliauskaitė, 2010; Misevičienė ir Milašauskienė, 2002; Stankevičiūtė, Machtejevienė, Skorobogatova ir Kliučinskas, 2011), apie NĮ ir žalos atlyginimą pacientams (Stirblienė, 2019; Janušonis, 2005; Janušonis ir Kasap, 2012; Kringelytė, 2012). Apie požiūrį į pacientų saugą ir komandinį darbą pavyko rasti tik keletas tyrimų (Brasaitė-Abromė, 2016; Brasaitė-Abromė, Kulevičiūtė ir Vasyliūtė, 2017; Piškinaitė, 2019; Klasauskaitė, 2018). Todėl šis tyrimas bus vienas iš nedaugelio analizuojančių pacientų saugos ir komandinio darbo sąsajas.

Tyrimo problema: Šiuo metu neabejotinai skiriamas didelis dėmesys pacientų saugai ir komandiniam darbui, kaip atskiroms dalims, tačiau pasigendama tyrimu, jungiančius šias dvi sritis.

Tyrimo objektas: požiūris į pacientų saugą ir komandinį darbą.

Tyrimo subjektas: sveikatos priežiūros specialistai dirbantys sveikatos priežiūros įstaigose teikiančiose daugiaprofilinio lygio paslaugas.

Tyrimo tikslas: išanalizuoti sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į pacientų saugą ir komandinį darbą.

Uždaviniai:

1. Atskleisti sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į pacientų saugą;
2. Nustatyti sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į komandinį darbą;
3. Nustatyti sąsajas tarp asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūrio į pacientų saugą ir požiūrio į komandinį darbą.

Hipotezė: tikėtina, kad yra sąsaja tarp požiūrio į pacientų saugą ir komandinį darbą.

Tyrimo metodai:

1. Mokslinės literatūros analizė.
2. Kiekybinis tyrimas. Duomenys surinkti naudojant anoniminę anketinę apklausą raštu.

I. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SPECIALISTŲ POŽIŪRIO Į PACIENTŲ SAUGĄ IR KOMANDINĮ DARBĄ TEORINIAI PAGRINDAI

1.1. Požiūrio į pacientų saugą teoriniai aspektai

Požiūrio į pacientų saugą teoriniai aspektai apima pacientų saugos sampratą ir teisinius pacientų saugos reglamentavimus, kurie, pasitelkiant politikos išteklius bei priemones, padeda gerinti pacientų saugą.

1.1.1. Pacientų saugos apibrėžtis

Dar Hipokrato priesaikoje nurodyta taisyklė „pirmiausia - nepakenk“, jau nuo senovės pacientų saugumas buvo viena iš daugiausiai susirūpinimo keliančių sričių sveikatos priežiūros specialistams.

Mokslinėje literatūroje pacientų saugos apibrėžimų pateikta labai daug, tačiau ne visuomet yra tinkamai ir aiškiai apibrėžti. Šis terminas JAV pirmą kartą paminėtas 1999 metais. Kai buvo išspausdintas pranešimas „*Klysti yra žmogiška: saugesnė sveikatos priežiūra*“ (Jerdiakova, Mikaliūkštienė ir Kalibatienė, 2015). Šita publikacija paskatino didesnę mokslininkų, o taip pat ir politikų susidomėjimą pacientų sauga, o pacientų sauga tapo sveikatos priežiūros prioritetu. Lietuvoje šis terminas pirmą kartą buvo pavartotas ganėtinai neseniai – 2004 m., kai buvo patvirtinta sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programa. Šioje programoje pabrėžiama, kad „*pacientų sauga – sveikatos priežiūros struktūros ir procesai, kurių taikymas sumažina nepageidaujamų įvykių, atsirandančių dėl sveikatos priežiūros sistemos poveikio, tikėtinumą*“.

Yra daug oficialių paciento saugos apibrėžimų ir šie aspektai apima daugelį skirtingų koncepcijų aspektų: „iki priimtino minimumo sumažinama su sveikatos priežiūra susijusios nereikalingos žalos rizika“ (Runciman, Hibbert, Thomson, Schaaf, Sherman ir Lewalle, 2009). Paškevičius (2017) disertacijoje išskiria 15 pacientų saugos sąvokos apibrėžimų ir juos suskirsto į keturias dimensijas: *paciento būklė ir dėl jos atliekami veiksmai; nepatirtos žalos pobūdis ir apimtis; padarinių sumažinimas arba nebuvimas; pozityvus reiškinyss*. Autorė Marmienė (2015) šią sąvoką sieja su nepageidaujamais įvykiais, analizuoja kaip visuomenės sveikatos problemą arba kaip sveikatos sistemos dalį. Paulikienė (2013) taip pat pacientų saugą įvardina kaip visuotinę visuomenės sveikatos problemą. Anot autorės (2013, p. 126), pacientų sauga – rizikos ir nepageidaujamų įvykių (susijusių su pacientu) atpažinimas, analizė ir valdymas, kad pacientų sveikatos priežiūra taptų saugesnė ir būtų kuo labiau sumažinta pacientams daroma žala. Šalkauskienė, Žalys ir Žalienė (2006) pacientų saugą apibrėžia kaip procesą ar jų visumą, kuriuos taikant sumažinami nepageidaujami įvykiai. Pasaulio sveikatos organizacija (toliau – PSO) (World Health Organization [WHO], 2005) ir Ribonienė (2012), pacientų saugą sieja su pacientų teise, teise apsaugoti nuo galimos žalos, kurios

susijusios su teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis. Pasak Marmienės (2015, p. 12), pacientų saugos apibrėžtys atkreipia dėmesį ne tik į paciento teisę gauti kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą, tačiau ir aktyvų jo dalyvavimą siekiant užtikrinti saugą. Higienos instituto (toliau – HI) (2015, p. 6) metodiniame leidinyje pateikta aiški ir konkreti pacientų saugos apibrėžtis, kad – tai galimybė pacientui išvengti nereikalingos ar potencialios žalos, susijusios su sveikatos priežiūros paslaugomis. Taigi, kalbant apie pacientų saugą, neišvengiamai būtina išsiaiškinti bei suvokti dar vieną terminą, kuris yra glaudžiai susijęs su šiuo reiškiniu - tai yra nepageidaujamas įvykis (toliau – NĮ) (kai kuriuose literatūros šaltiniuose jis dar vadinamas „nepageidaujami reiškiniai“, „nepageidautinas įvykis“, „neatitiktis“).

Pirmas žingsnis link NĮ išvengimo, buvo sukurti tinkamą apibrėžtį, kas yra NĮ, kokios yra jo dedamosios. Netinkamas sąvokos „nepageidaujamas įvykis“ vartojimas taip pat turi pridėtinės vertės prie pacientų saugumo užtikrinimo. Runciman, Hibbert, Thomson, Schaaf, Sherman ir Lewalle (2009) išsikėlė šiuos pagrindinius tikslus tobulinant „nepageidaujamas įvykis“ terminą:

- sąvoka turėtų būti taikoma visam sveikatos priežiūros spektrui nuo pirminės iki labai specializuotos priežiūros ir atitikti esamus procesus bei sistemas;
- sąvoka turi atitikti sąvokas iš kitų terminų ir klasifikacijų PSO tarptautinių klasifikacijų šeimoje;
- terminas turėtų būti vartotinas daugeliu kalbų;
- sąvokos apibrėžimas turėtų perduoti tinkamas paciento saugos reikšmes;
- apibrėžimas turėtų būti trumpas ir aiškus, be nereikalingų ar nereikšmingų apibūdinimų, pradedant nuo pagrindinių apibrėžimų ir vėliau juos parengiant kiekvienoje paskesnėje apibrėžtyje (Runciman ir kt. 2009).

Higienos instituto leidinyje (2015, p. 8) NĮ apibrėžiama taip:

- tai įvykis, kurio prigimtis natūrali, tačiau jis nepageidautinas (nepalankus, padaręs žalos sveikatos priežiūros sistemai);
- būtinas pacientų dalyvavimas (NĮ susijęs su pacientu ir turi jam neigiamą poveikį);
- aiški priežastis (turi būti požymių, kad NĮ yra SP sistemos veiklos rezultatas).

Vadovaujantis LR sveikatos apsaugos ministro įsakymu „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 6 d. įsakymo Nr. V-401 „Dėl Privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“, kuris įsigaliojo 2019 m. sausio 1 d., NĮ „laikomi įvykiai, reakcijos, reiškiniai, aplinkybės, atsiradę dėl veikos, galėjusios sukelti ar sukėlusios nepageidaujamą išėitį (rezultatą) pacientui“ (Jankauskienė ir Kostereva, 2019, p. 43). 2005-2010 kokybės užtikrinimo programoje pateikta NĮ sąvoka, nepageidaujamas įvykis – įvykis, įvykęs dėl veikos, galėjusios sukelti ar sukėlusios nepageidaujamą

išeitį (rezultatą) pacientui, daugiau dėl medicininės pagalbos teikimo ir organizavimo, negu dėl paties paciento ligos ar būklės.

Siekiant užtikrinti pacientų saugą, būtinas NĮ registravimas. Europos parlamento ir tarybos sprendimu patvirtinta Bendrijos veiksmų visuomenės sveikatos srityje 2014-2020 m., kurioje dalyvauja 27 Europos Sąjungos narės (Lietuva tarp jų). Reglamente nurodoma, kad vienas iš šios programos tikslų yra sukurti NĮ stebėjimo sistemą ir vieningą NĮ registrą, tinkamai jį pildyti, valdyti bei administruoti siekiant užtikrinti informacijos sklaidą ir prevenciją (Europos parlamento ir tarybos reglamentas, 2014). Lietuvoje NĮ visose bet kokio profilio paslaugas teikiančiose sveikatos priežiūros įstaigose pradėti registruoti ir privalomais pranešti atitinkamoms įstaigoms tapo nuo 2010 m. pagal LR SAM nustatytą „Privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių registravimo tvarkos aprašą“ (LR SAM, 2010).

PSO rekomenduoja sveikatos priežiūros įstaigoms įgyvendinti keturis NĮ registravimo principus:

- duomenų teikimas apie nepageidaujamą įvykį privalo būti saugus – t.y. teikiantysis informaciją apie NĮ negali būti baudžiamas už tai, jog tiekia duomenis;
- „duomenų teikimas turi prasmę, kai užtikrinamas atsakas apie pateiktus duomenis: mažiausia grįžtamoji informacija galėtų būti duomenų statistika, geriausias atsakas – rekomendacijos, kaip išvengti registruotų atvejų“;
- išsamiai analizei ir informacijos sklaidai reikia numatyti papildomų tiek finansinių, tiek žmogiškųjų išteklių;
- „įstaiga, kuri vykdo NĮ stebėseną, turi užtikrinti statistinių duomenų, rekomendacijų ir prevencinių priemonių sklaidą“ (WHO, 2014).

Apibendrinat galima teigti, kad pacientų sauga – tai priemonių visuma, kuri siekia suteikti pacientui kuo kokybiškesnes sveikatos priežiūros paslaugas išvengiant NĮ ar daromų klaidų. Pacientų sauga yra viena iš svarbiausių sveikatos priežiūros sistemos dalių, tai nepageidaujamų įvykių (susijusių su pacientu) atpažinimas, analizė ir valdymas. Nepageidaujamas įvykis - tai koks nors procesas, sukėlęs nepageidaujamą rezultatą ir turintis įtakos pacientų saugos kultūrai ir pačiai saugai.

1.1.2. Teisinis pacientų saugos reglamentavimas

Lietuvoje nėra specialaus pacientų saugą reglamentuojančio įstatymo. Nepaisant to, pacientų sauga ir jos nuostatos, kaip vienas iš paciento saugos kokybės elementų, yra Lietuvos Respublikos (toliau - LR) sveikatos sistemos įstatymo dalis. Šio įstatymo preambulėje deklaruojama žmogaus teisė turėti kuo geresnę sveikatą, sveiką aplinką, teisė gauti priimtina, prieinama ir tinkama sveikatos

priežiūrą pripažįstama prigimtine žmogaus teise. Pacientų saugai skiriamas dėmesys ir LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme, kuris reglamentuoja asmens priežiūros paslaugų teikimo reikalavimus. Įstatymo 20 str. numato, jog sveikatos priežiūros specialistai privalo taikyti SAM nustatyta tvarka aprobuotas diagnostikos ir gydymo metodikas.

Lietuvoje 2002 m. Sveikatos apsaugos ministras patvirtino sveikatos priežiūros kokybės koncepciją. Vienas iš jos keliamų uždavinių – tobulinti paciento saugos reikalavimų ir priemonių jiems įgyvendinti sąveiką. Šiai koncepcijai įgyvendinti 2004 m. buvo patvirtinta „Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programa“, kurioje buvo iškeltos esminės probleminės sveikatos priežiūros kokybės sritys. Programa įvardijo pacientų saugą kaip vieną svarbiausių sveikatos priežiūros kokybės komponentų. 2007 m. patvirtintos „Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo priemonės“, apimančios konkrečias užduotis pacientų saugai gerinti. LR sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 6 d. patvirtintas įsakymas „Dėl Privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ yra esminis teisės aktas apibrėžiantis NĮ sąvoką, privalomai registruotinų NĮ sąrašą ir nustatantis ASPĮ prievolę pranešti apie NĮ atitinkamoms institucijoms. PSO nuo 2004 m. vykdo pacientų saugos programą ir pradėjo keletą strategijų ir kampanijų (WHO, 2018). Norvegijos sveikatos ir priežiūros tarnybų ministerija, remdamasi PSO programa, 2011 m. inicijavo nacionalinę pacientų saugos kampaniją, kuri nuo 2014 m. Virto penkerių metų programa „Saugiose rankose 24–7“. Nuo 2019 m. iniciatyvą vykdo Norvegijos sveikatos direktorato skyrius. Šia iniciatyva siekiama:

- sumažinti pacientų žalą,
- sukurti tvarią pacientų saugos struktūrą
- pagerinti pacientų saugos kultūrą (Norwegian Government Department of Health; 2013).

1 lentelėje pateikiamas šiame įsakyme numatytas privalomų registruoti NĮ sąrašas ir informaciją iš ASPĮ renkančios atsakingos institucijos.

1 lentelė. Privalomų registruoti NĮ sąrašas ir atsakingos institucijos, teisės aktai reglamentuojantys nepageidaujamus įvykius

Nepageidaujami įvykiai	Institucija kuriai informuojama apie nepageidaujamą įvykį	Teisės aktas reglamentuojantis prievolę informuoti apie nepageidaujamą įvykį
Nepageidaujami įvykiai, susiję su pacientų patirta avarine arba nenumatytąja apšvita.	Radiacinės saugos centrai	LR sveikatos apsaugos ministro 2001 m. gruodžio 21 d. įsakymu Nr. 663 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 73:2018 „Pagrindinės radiacinės saugos normos“ patvirtinimo“;
Nepageidaujami įvykiai apie neatitinkančius reikalavimų medicinos priemones (priedaisius).	Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai prie Sveikatos apsaugos ministerijos	Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2004 m. rugpjūčio 5 d. įsakymu Nr. T1-136 „11-388
Nepageidaujami įvykiai susiję su vaistinių preparatų naudojimu.	Valstybinei vaistų kontrolės tarnybai prie Sveikatos apsaugos ministerijos	RL sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gegužės 31 d. įsakymu Nr. V-435 „Dėl pritarimo atlikti klinikinį vaistinio preparato tyrimą liudijimų ir leidimų atlikti klinikinį

		vaistinio preparato tyrimą išdavimo, tyrimų atlikimo ir kontrolės tvarkos aprašo patvirtinimo“ ir LR sveikatos apsaugos ministro 2013 m. vasario 20 d. įsakymu Nr. V-185 „Dėl Sveikatos priežiūros ar farmacijos specialisto pranešimo apie įtariamą nepageidaujamą reakciją (INR) pateikimo tvarkos aprašo, Sveikatos priežiūros ar farmacijos specialisto pranešimo apie įtariamą nepageidaujamą reakciją (INR) formos ir Paciento pranešimo apie įtariamą nepageidaujamą reakciją (INR) formos patvirtinimo“;
Nepageidaujami įvykiai apie pavojingas nepageidaujamas reakcijas ir pavojingus nepageidaujamus reiškinius	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai	LR sveikatos apsaugos ministro 2006 m. rugpjūčio 11 d. įsakymu Nr. V-687 „Dėl susekamumo ir pranešimų Sveikatos apsaugos ministerijai apie pavojingas nepageidaujamas reakcijas ir pavojingus nepageidaujamus reiškinius, susijusius su kraujo ir jo komponentų ruošimu ar transfuzija, tvarkos aprašo patvirtinimo“;
Apie pavojingas nepageidaujamas reakcijas ir (ar) pavojingus nepageidaujamus reiškinius	Nacionaliniam transplantacijos biurui prie Sveikatos apsaugos ministerijos	LR sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gegužės 22 d. įsakymu Nr. V-401 „Dėl Pranešimo apie pavojingas nepageidaujamas reakcijas ir (ar) pavojingus nepageidaujamus reiškinius, susijusius su audinių, ląstelių, organų donorystės ir transplantacijos procesu ir pagalbiniu apvaisinimu, tvarkos aprašo patvirtinimo“
Apie nustatytas hospitalines infekcijas	Higienos institutui	LR sveikatos apsaugos ministro 2008 m. lapkričio 14 d. įsakymu Nr. V-1110 „Dėl hospitalinių infekcijų epidemiologinės priežiūros ir valdymo“

Lietuva 2008–2010 m. dalyvavo projekte EUNetPaS, kurio tikslas – įkurti tinklą, vienijantį visas ES šalis nares ir tarptautines ES organizacijas, skatinant pagerinti bendradarbiavimą pacientų saugos srityje ir tokiu būdu padidinti sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumą. 2012–2014 m. Lietuva buvo darbo grupės narė tęstiniame pacientų saugos projekte - PaSQ, kuriuo siekta apgalvoti geros kokybės sveikatos priežiūros principus ir užtikrinti bendradarbiavimą ES sveikatos priežiūros kokybės klausimais.

Apibendrinant galime teigti, kad Lietuvoje nėra specialaus pacientų saugą reglamentuojančio įstatymo, tačiau yra parengti ir patvirtinti būtini esminiai tarptautiniai bei nacionaliniai teisės aktai, reglamentuojantys pacientų saugą.

1.1.3. Pacientų saugos valdymas sveikatos priežiūros įstaigose

Kaip jau buvo minėta, pacientų sauga visai neseniai buvo pradėta intensyviai tirti žiniasklaidoje, o taip pat ir kritikuojama. Sąvoka „klaida“ ar „nepageidaujamas įvykis“ apima plačiausią klaidų, beveik įvykusių klaidų, aktyvių klaidų ir latentinių klaidų, taip pat incidentų, susijusių su paciento sužalojimais ar žalos, susijusios su medicinine priežiūra, apibrėžtį (Winning, Merandi, Lewe, Stepney, Liao, Fortney ir Gerhardt, 2017). Pacientų saugumas reiškia, kad pacientui nebus pakenkta. Bendrosios praktikos slaugytojų darbo aplinkoje yra daug veiksnių galinčių sukelti fizinę ir emocinę žalą. Slaugos tikslas ne tik nustatytų problemų, sprendimų generavimas ir procedūrų

atlikimas, bet ir galimos žalos atsiradimo rizikos mažinimas (Parsons, 2016). Nors šie įvykiai gali pakenkti pacientams ir jų šeimoms, jie taip pat gali turėti didžiulį neigiamą poveikį sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams (gydytojams, slaugytojams).

Pacientų saugai padidėjęs dėmesys iš dalies susijęs su labiau struktūruotomis pacientų žalos įvertinimo pastangomis, kurios atskleidė problemos mastą. 2000 m. stulbinančioje Medicinos instituto ataskaitoje pateikta, kad 98 000 pacientų mirties atvejų kasmet nutinka dėl nepageidaujamų reiškinių, kurių buvo galima išvengti (Kohn, Corrigan ir Donaldson, 2000). Dėl šios priežasties medicininių klaidų peržiūra ir kontrolė tapo įprastesnė, ir bendra paciento sauga pastebimai pagerėjo visose sveikatos priežiūros įstaigose (vertinant jų patiektas ataskaitas) (Rafter, Hickey, Condell, Conroy, O'Connor, Vaughan ir Williams, 2015). Nepaisant gerėjančių rezultatų, NĮ visiškai neišnyksta ir kasmet tūkstančiai pacientų miršta dėl rimtų, ir iš esmės išvengiamų saugos įvykių ar medicininių klaidų. Šis pažangos trūkumas, nepaisant finansinių ir žmogiškųjų išteklių, skirtų problemai spręsti vietos, valstybės ir nacionaliniu lygmeniu, rodo, kad metodai, kuriuos šiuo metu naudoja pacientų saugos problemai išspręsti, tiesiog neveikia. Visų pirma, su sveikatos priežiūros sauga susijusios problemos neatspindi blogo sveikatos priežiūros specialistų darbo ar blogos valios. Iš ties, sveikatos priežiūros specialistai dirba norėdami padėti pacientams, tačiau dažnai yra patekę į aplinką, kurioje jiems ir jų pacientams nepavyksta, o tradicinės strategijos, kurias panaudoja sprenddami šias sistemines sveikatos priežiūros problemas, nebuvo sėkmingos (Howe, Butler, Kim ir Kellogg, 2020).

Siekiant ištirti nepageidaujamų veiksnių, aplinkos poveikį NĮ nutikti, sveikatos priežiūros sistemoje naudojamas SHELL modelis, kuris pirmą kartą buvo pritaikytas aviacijoje, o dabar yra pritaikytas sveikatos priežiūrai. Šį modelį sudaro: **S** (ang. *Software*) Procedūros; **H** (ang. *Hardware*) Įrankiai; **E** (ang. *Environment*) Aplinka; **L** (ang. *Liveware*) Žmogus; **L** (ang. *Liveware*) Žmonės (Stolzer, Halford ir Goglia, 2013).

Svarbiausias elementas yra *žmogus* (modelyje nurodomas sveikatos priežiūros specialistas), kurį supa visi kiti elementai tarpusavio ryšiais. „*Žmogus – Įrankiai*“ sąryšyje kalbama apie sveikatos priežiūros specialistų sąveiką su medicinine bei kompiuterine įranga. „*Žmogus – Procedūros*“ sąryšyje vertinama SP specialisto sąveika su atliekamomis procedūromis ir su jomis susijusiomis taisyklėmis. „*Žmogus – Aplinka*“ sąryšis kalba apie SP specialisto darbui įtakos turinčius veiksnius (teisiniai aspektai, darbo aplinka, mikroklimatas, vadovybė, kolegos, ir t.t.). „*Žmogus – Žmonės*“ įvertinamas sąryšis su kitais žmonėmis: gydytojo – paciento, gydytojo – slaugytojo, gydytojo – vadovybės ir kt. (Paškevičius, 2014)

NĮ prigimties raidoje randami 3 pagrindiniai modeliai, kurie parodo priežasties – pasekmės ryšį:

1. *Domino (linijinis) teorinis modelis*. Aprašytas dar 1931 metais, pateikiamas kaip nuoseklios sekos vienlinijinis modelis, kuris paremtas domino priežastingumo teorija, ir

parodo atliktos klaidos svarbą. Ši teorija teigia, kad NĮ sukelia vienas po kito sekantys atskiri nuoseklūs veiksmai;

2. *Šveicariško sūrio modelis (epidemiologinis)*. Nesuveikus apsauginiams barjerams, arba juose esant tam tikriems defektams (skylėms), pavojus pro jas praeina nekliudomas, kas sąlygoja NĮ atsiradimą. Šis modelis rodo, kad reikia stiprinti struktūras, procesus bei apsauginius barjerus;
3. *Hierarchinis - sociotechninis modelis (sisteminis)*. Šis modelis išskiria du sistemų rizikų valdymo komponentus: struktūrinį ir dinaminį. Sociotechninės sistemos struktūra įvairiuose lygmenyse (nuo vyriausybės iki darbo) patiria nuolatinį aplinkos spaudimą. Neefektyvūs informacijos mainai tarp lygmenų sąlygoja netobulus sprendimus priimtus keliuose sistemos lygmenyse, ir tada įvyksta NĮ. Modelio dinaminis aspektas pagrindžiamas tuo, kad SP darbuotojų elgsena priklauso nuo organizacijos darbo aplinko dinaminio konteksto (Paškevičius, 2014).

Norvegijoje pristatytame pranešime „Klysti yra žmogiška“ ir panašūs kitų šalių pranešimai pateiktose išvalgose paskatino įvairias programas tiek pasauliniu, tiek nacionaliniu lygmeniu (Kongsvik, Halvorsen, Osmundsen, ir Gjørsund, 2016). Šiame veikalė taip pat atkreiptas dėmesys, kad klaidų išvengimo profilaktika yra daugiau taikoma specializuotoje sveikatos priežiūroje, lyginant su pirmine sveikatos priežiūra. Todėl autoriai pasiūlė įdiegti vietinių medicinos centrų [LMC], kaip tarpinius vienetus tarp pirminės ir specializuotos sveikatos priežiūros paslaugų. Jų įsteigimas yra viena iš strategijų, kaip galima prisidėti stiprinant pacientų saugą pirminės sveikatos priežiūros srityje ir gauti specialistų priežiūrą ne regioninėse ligoninėse, bei užtikrinti didesnę paciento priežiūros tęstinumą. Kai pacientas gauna sveikatos priežiūrą arčiau namų, galima išvengti sunkaus ir galimai kenksmingo pervežimo (Kongsvik ir kt. 2016). Heldal, Kongsvik ir Haland (2019) savo darbu siekė įdiegti naujas slaugytojų pareigas dėl pacientų saugos. Slaugytojo atsakomybė vystėsi palaipsniui, o autorių atlikto tyrimo metu buvo įtraukta pacientų saugos programos apibrėžtose vietose rengti incidentų statistiką palatos lygyje. Pacientų saugos kokybės gerinimo strategija buvo veiklos pagrindas, o bendraujant su palatomis buvo aktyviai naudojama metodika „Suplanuok, daryk, patikrink“. Pacientų saugos slaugytoja pristatė įvykių skaičių mėnesiniuose „pokalbių lentos posėdžiuose“, kuriuose incidento pokyčiai palatoje buvo lyginami su kitų skyriaus palatų pokyčiais. Pokalbių lentos buvo naudojamos apibrėžtų rizikos sričių būklei ir tobulinimo veiksmų planams nagrinėti. Nurodė, kad kuriamos ir diegiamos programos, kuriomis taip pat siekiama pakeisti slaugytojų profesinį elgesį. Tačiau kaip buvo pastebėta, neretai diegiamos programos ar kitos iniciatyvos priimamos su pasipiktinimu, mat jos suprantamos kaip iššūkis profesinei tapatybei, nes pacientų saugos programos dažnai būna vadybinės formos. Tačiau įgyvendinant projektą buvo

atkurtas pasitikėjimas, darbas ir vertybės, sustiprintas slaugytojų profesinis statusas (Heldal ir kt., 2019).

Kitokia NĮ prevencijos alternatyva buvo pasiūlyta JAV. Majamio universiteto slaugos ir sveikatos studijų mokykla drauge su visos Amerikos sveikatos organizacija ir Tarptautiniu slaugos ir pacientų saugos tinklu reaguodami į pacientų saugumą, kaip kritinę sveikatos priežiūros temą, turinčią įtakos ne tik slaugytojams, gydytojams, administratoriams, bet ir pacientams bei jų gerovei, 2012 m. sukūrė internetinius slaugos ir pacientų saugos kursus. Kaip teigia autoriai Ortega J., Cometto, M., Zárate Grajales, R. Malvárez, S., Cassiani, S. ir Falconi, C. (2020) slaugos ir pacientų saugos kursai pradėti įgyvendinami nuo 2012 m. ir buvo nepaprastai sėkmingi. Nors autorių teigimu negalima nustatyti tiesioginio ryšio tarp kurso ir išgelbėtų gyvybių skaičiaus ar sušvelnintų komplikacijų, tačiau yra rimtų priežasčių manyti, kad tai prisidėjo prie bendro skaičiaus augimo ir pacientų saugos supratimo tarptautiniu mastu, o ypač besivystančiame pasaulyje. Kursas yra prieinamas trimis kalbomis (anglų, portugalų, ispanų). Tai reiškia, kad kursus „lankyti“ gali slaugytojai iš įvairių šalių, o jų paprastas prieinamumas ir neapmokestinimas prisidėjo prie galimybės dalyvauti slaugytojams iš viso pasaulio. Šie džiuginantys rezultatai anot autorių, paskatino didžiulį entuziazmą rengti kursus, todėl antrasis internetinis pacientų saugos kursas jau yra pradiniam kūrimo etape, o naujas modulių rinkinys planuojamas 2020 m. pabaigoje. (Ortega ir kt., 2020)

Išnagrinėjus mokslinę literatūrą, galima skirstyti veiksnius, kurie turi įtakos NĮ nutikti, į:

- išorinius (susiję su pacientu, jo šeima ir t.t.);
- vidinius (problemos, kylančios iš slaugytojo).

Šiandien slaugos namų gyventojai paprastai būna vyresni ir turintys daugiau lėtinių ligų nei anksčiau. Dauguma žmonių taip pat gali turėti kognityvinių sutrikimų, dėl kurių sunku suprasti pagyvenusio žmogaus poreikius, norus ir simptomus. Taip pat žinoma, kad dauguma gyventojų per dieną vartoja šešis ar daugiau medikamentų, ir jiems gali nepavykti išdėstyti susirūpinimo dėl narkotinių analgetikų rizikos ar kitų medikamentų vartojimo. Atsižvelgiant į visas šias aplinkybes, santykinai nedidelis nepageidaujamas reiškinys slaugos namų gyventojams, pavyzdžiui, kritimas, vaisto vartojimo klaidos ar infekcija, įgyta lignoninėje, gali sukelti rimtų neigiamų padarinių, tokių kaip sužalojimai ar net mirtis (Anderson, Frank, Willman, Sandman ir Hansebo, 2017). Taip pat kaip galimas veiksnys NĮ ištikti priskiriama nepritaikyta darbo aplinka. Švedijoje Sundberg, Fridh, Lindahl ir Kareholt (2020) atliktas tyrimas parodė, kad patobulinus darbinę aplinką (sienose ir lubose buvo įmontuotos akustinės plokštės ir sumontuotos naujos grindys, be to, buvo sumontuotos švytuoklių prototipai, įrengti žibintai, elektros lizdai, medicininių dujų tiekimas, buvo įrengtas ciklinis apšvietimas, imituojantis sutemą iki aušros. Svarbu paminėti, kad buvo naudojami tie patys medicininiai ir techniniai prietaisai, o kabinetas turėjo tokias pačias galimybes prižiūrėti kritiškai sergančius pacientus), gauti reikšmingi rezultatai apie NĮ sumažėjimą (Sundberg ir kt., 2020)

Mokslinių tyrimų skiriamas dėmesys NĮ sveikatos priežiūroje ne tik veiksmingai sumažino klaidų ir NĮ skaičių, bet jis taip pat padidino supratimą bei susidomėjimą apie svarbų reiškinį šioje situacijoje – „antrąją auką“ (Kable, Kelly ir Adams, 2018). Iš pradžių terminas „antroji auka“ buvo sukurtas siekiant pabrėžti būtinybę suteikti pagalbą gydytojams po medicininės klaidos. Vėliau ši koncepcija buvo išplėsta, ir apėmė visus „sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus, susijusius su nenumatytu nepageidajamu paciento įvykiu, medicinine klaida ir (arba) paciento sužalojimu, kuris tampa auka, kai teikėjas patiria traumą dėl nepageidajamo įvykio“ (Winning ir kt., 2018). Dar 1973 m. Ashley rašė apie „Slaugos galią“ ir nagrinėjo problemas bei iššūkius, su kuriais susiduria slaugytojai. Pagrindinės to meto problemos ir iššūkiai su kuriais susiduria slaugytojai ir kurie galėjo lemti NĮ atsiradimą buvo:

- Darbo ir poilsio režimo nebuvimas;
- Perdegimas;
- Slaugytojų darbo metu tenkančios atsakomybės ir atlyginimo neproporcingumas;
- Dideli sergančiųjų srautai ir slaugytojų stygius (Ashley, 1973).

Praėjus beveik penkiems dešimtmečiams nuo Ashley (1973) nurodytų slaugytojams ypatingai aktualių problemų ir kylančių iššūkių, pastebima, kad tos problemos aktualios ir šiandien. Nacionalinės slaugos politikos 2016–2025 metų gairėse analizuojant esamą situaciją Lietuvoje teigiama, kad „Slaugos kokybei ir pacientų saugumui užtikrinti įtakos turi nepalanki slaugytojų darbo ir kita socialinė aplinka: nepakankamas slaugytojų skaičius ir naujų darbo vietų trūkumas, dideli darbo krūviai, mažas darbo užmokestis, maža darbo vietų diferenciacija pagal slaugytojų įgytą išsilavinimą ir kompetencijas, neužtikrinta darbų sauga, žemas profesijos prestižas“ (LRS „Isakymas dėl nacionalinės slaugos politikos 2016–2025 metų gairių patvirtinimo“).

Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai dažnai atsiliepia apie patiriamą didelę emocinę kančią ir pablogėjusią profesinę gyvenimo kokybę dėl nutikusios darbe klaidos ar NĮ. Be to, dėl teisinių sumetimų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai dažnai nėra tikri, kur kreiptis psichologinės pagalbos: „slaugytojai „dažnai tyliai liudija apie klaidas ir jaudinasi dėl priešaringo lojalumo pacientui, įstaigai ir komandoms“ (Seys, Gerven, Euwema, Scott, Sermeus ir Vanhaecht, 2012). Be to, šių įvykių poveikis gali apimti antrosios aukos asmeninį ir profesinį gyvenimą, dėl to gali sumažėti jų profesinis pasitikėjimas ir atsirasti atsiribojimas nuo pacientų: sveikatos specialistai, įsitraukę į nenumatytą nepageidajamą paciento įvykį, galėjo būti traumuoti, dažnai jautėsi asmeniškai atsakingi už paciento baigtį, jautė, kad nepavyko pacientui, ir kad prarado pasitikėjimą savo klinikiniais įgūdžiais ir žinių baze (Scott, Hirschinger, Cox, McCoig, Brandt ir Hall, 2009). Antrosios aukos ne tik gali patirti didelę emocinę kančią dėl klaidos ar NĮ, bet gali sukelti ir socialinę izoliaciją. Naujausiuose moksliniuose šaltiniuose randama atliktų tyrimų rezultatų, kurie rodo, kad NĮ turi platesnių neigiamų padarinių, nei manyta anksčiau, ir tai daro didelę įtaką slaugytojų perdegimui

slaugos skyriuose, ypač kai slaugytojai stipriai susitapatina su savo darbo grupe. Šis poveikis sumažėja, kai vadovai puoselėja saugų klimatą (Vogus, Ramanujam, Novikov, Venkataramani ir Tangirala, 2020). Nepageidaujami reiškiniai yra teigiamai susiję su slaugytojo perdegimu. Neigiamų reiškinų poveikis slaugytojų perdegimui yra sustiprintas, kai slaugytojos atpažino aukštą darbo grupės lygį, ir sumažėjo, kai saugos klimatas buvo didesnis. Vis dėlto, bendradarbių parama yra vienas šaltinis, kuris dažnai minimas kaip naudingas ir skatinantis teigiamą prisitaikymą, taip pat patvirtinamas poreikis kurti institucines paramos programas, kurios padėtų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams atsitiesti po įvykio (Krzan, Merandi, Morvay ir Mirtallo, 2015; Winning ir kt., 2018). Australijoje atliktame tyrime, buvo matoma, kad slaugytojai sutelkia dėmesį į įvykio poveikį aukos šeimoms. Autoriai apibūdino reikšmingas slaugytojų emocines reakcijas į šeimas, kurios patyrė artimo žmogaus netektį arba kurių giminaitis dalyvavo NĮ. Tai buvo akivaizdu nuoširdžiai stengiantis suteikti tinkamą paramą šioms šeimoms, o emocinis poveikis šeimoms prisidėjo prie traumos, kurią kartu patyrė ir slaugytojai. Šie atsakai į nepageidaujamus reiškinius rodo aukštą šių slaugytojų požiūrį į paciento iškėlimą į pirmą vietą ir tinkamos pagalbos teikimą bei tolesnius veiksmus po NĮ (Kable ir kt., 2018). Kalbant apie pacientų nuomonę apie NĮ, visuomenei būdingas gilus ir žalingas įprotis kaltinti konkrečias medicinos klaidas ir kaltinimus taikyti tik konkretiems sveikatos priežiūros specialistams. Kita vertus, tiesa, kad asmenys yra neatsiejama ir būtina sveikatos priežiūros sistemos dalis. Asmenys taip pat veikia kaip komandos nariai ir sąveikauja su kitomis sistemos dalimis, tačiau kaltinti konkretų vieną asmenį būtų netikslinga (Wu ir Busch, 2019).

Apibendrinant galime teigti, kad valstybės visame pasaulyje, siekdamos valdyti pacientų saugą ir sumažinti nesėkmes, susijusias su pacientų sauga, investuoja į veiksmus, kurių tikslas – sveikatos priežiūros kokybė.

1.2. Komandinio darbo, kaip pacientų saugą lemiančio veiksnio, svarba sveikatos priežiūros įstaigoje

Praktikai ir mokslininkai yra vieningos nuomonės, kad komandinis darbas – tai pagrindinis veiksnys, lemiantis organizacijos sėkmę. Siekiant išsiaiškinti komandinio darbo svarbą, visų pirmą reikia apibrėžti, kas apskritai yra komanda ir komandinis darbas.

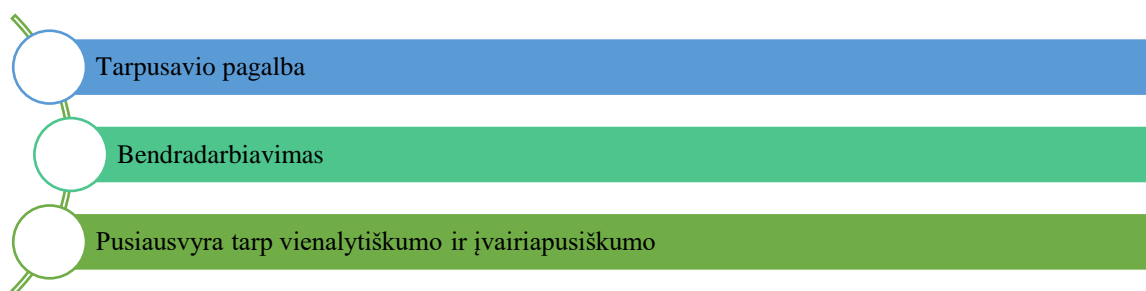
Komandos apibrėžimų mokslinėje literatūroje aptinkama daug. Daugumoje apibrėžimų, komanda pateikiama kaip: individų grupė, kuri siekia bendro tikslo, dirba išvien bei dalijasi užduotimis (Hegar, 2011; Stott ir Walker, 1995). „Komanda – tai kartu dirbančių asmenų grupė, kurioje visų asmenų buvimas yra būtinas bendram tikslui įgyvendinti ir kiekvieno grupės nario individualiems poreikiams patenkinti“ (Seilius ir Šimanskienė, 2008, p. 108). Pasak Šalkauskienės (2011), komanda – tai atvira sistema, kuri turi savo tikslą, uždavinius, paskirtį, kuri yra veikiama vidinės ir išorinės aplinkos. Mališauskienė (2020) cituoja Vilčiauskaitę (2010) ir pateikia tokį

komandos apibrėžtį - tai efektyviai dirbanti grupė, pasiekusi tokį integracijos lygį, kai veiklos efektyvumą lemia vaidmenų pasiskirstymas tarp komandos narių. Rimdeikienė ir Čiuberkienė (2005, p. 88) pateikia kelis komandos apibrėžimus, kad tai:

- energingų žmonių, kurie turi įgyvendinti bendrus siekius, kurie puikiai kartu dirba ir kuriems tai patinka, kurie atlieka aukštos kokybės darbą, grupė;
- grupė žmonių, kuriuos vienija bendras tikslas ir kuriems reikia dirbti drauge, kad juos pasiektų;
- du ar daugiau žmonių, kurie tarpusavyje yra susiję ir daro vienas kitam įtaką, siekdami bendro tikslo;
- tai kartu dirbančių asmenų grupė, kurioje visų asmenų buvimas yra būtinas bendram tikslui įgyvendinti ir kiekvieno grupės nario individualiems poreikiams patenkinti.

Komandoje kiekvienas narys pagal savo sugebėjimus ir pomėgius prisiima tam tikrą vaidmenį. Komandą gali sudaryti nedidelė ir iš dviejų žmonių sudaryta grupė, kurioje visų komandos narių būvimas yra privalomas, siekiant pasiekti bei įgyvendinti išsikelto tikslo ir patenkinti individualius poreikius. Komandoje svarbūs kiekvieno grupės nario įgūdžiai, nes atskiro komandos nario rezultatai nulemia visos komandos rezultatus, tai yra kiekvienas komandos narys priklauso vienas nuo kito. Taigi, komandos apibrėžimuose išryškėjo nuostata, kad komanda yra asmenų grupė, kuri išsikelia bendrą tikslą ir kiekvienas yra atsakingas už bendrą rezultatą.

Atlikus mokslinės literatūros analizę, nebuvo rasta tikslaus komandinio darbo apibrėžimo, visur kalbama apie komandą, komandinio darbo bruožus ar požymius. Mališauskienė (2020, p. 11) cituodama Salas, Cooke ir Rosen (2008), komandinį darbą apibūdina kaip darbą, dėl kurio suvienytos pastangos, kuomet aiškiai apibrėžiamos kiekvieno nario funkcijos, kontroliuojamas individualios veiklos efektyvumas ir įtaka bendram rezultatui. Pasak Šalkauskienės (2011), komandinis darbas vyks tik tuomet, kai komandos nariai pasiskirstys vaidmenimis, derės komandos veiklos turinys su darbo procesu. Vijeikis ir Vijeikienė (2000) išskiria pagrindinius tris komandinio darbo bruožus (1 pav.).



1 pav. Komandinio darbo bruožai

Šaltinis: sudaryta darbo autorės

Komandinis darbas yra grindžiamas tarpusavio pagalba, tačiau, pasak Zainyšev (2002), jei komanda susideda iš asmenų, kurių asmenybės yra vienodos, nebus pusiausvyros tarp vienalytiškumo ir įvairiapusiškumo, kris komandos efektyvumas, nors ir kaip stengsis komandos nariai bendradarbiauti ir padėti vieni kitam.

Pagrindinis komandos bendras tikslas – paciento gerovė. Pastaruoju metu atliekamų mokslinių tyrimų rezultatai rodo, kad komandinio darbo taikymas sveikatos priežiūros įstaigose gerina pacientų gydymo procesą (Buchbinder ir Shanks, 2012). Sveikatos priežiūros įstaigose labai svarbus vaidmuo tenka efektyviam komandiniam darbui. Efektyvi komanda laikoma tuomet, kai visi nariai, pasinaudojant turima kompetencija, aktyviai dalyvauja sprendžiant tam tikrą užduotį, kai bendrai dalinamos turimos žinios ir yra stiprus tarpusavio ryšys (Čegytė ir Ališauskienė, 2009). Autorės (ten pat., 2009) išskiria pagrindinius efektyvaus komandinio darbo požymius:

- *Efektyvus vadovavimas.* Kuris pasireiškia gerais vadovo ir komandos narių santykiais, nuolatiniais strategijų ir vaidmenų analizavimais, lanksčiu reagavimu į pokyčius;
- *Pozityvi psichologinė atmosfera.* Komandos narių sutelktumas, entuziazmas, didžiavimasis komanda, pagarba bei tarpusavio pasitikėjimas. Taip pat didelę reikšmę turi palanki darbo aplinka;
- *Efektyvi profesinė veikla ir tobulėjimas.* Efektyviai sprendžiamos iškilusios problemos, dalijamasi informacija ir diskutuojama apie klaidas, planuojama veikla bei generuojamos naujos idėjos;
- *Bendrumas.* Svarbus bendras tikslo, vaidmens, interesų supratimas. Dalinimasis atsakomybę už rezultatus;
- *Idėjų įvairovė ir įvairiapusiškumas.* Sujungiama komandos patirtis, kompetencijos ir vaidmenys. O idėjos skatina efektyvesnį sprendimų priėmimą;
- *Asmeninės savybės.* Sąžiningumas, atlaidumas, parama.

Sėkminga komanda - tai lygiavertė komanda. Ji pagrįsta pagalba vienas kitam ir bendradarbiavimu siekiant pagrindinio tikslo – pacientų saugos. Sėkmingais komandos nariais gali jaustis specialistai, kurie dalinasi informacija apie ligonį, aptaria rūpimas ir iškilusias problemas, susidaro veiksmų planą, papildo vieni kitus, suteikia vieni kitiems naujų žinių. Šis bendradarbiavimo būdas – tai komandinio darbo esmė. (Piškinaitė, 2019). Sėkminga komanda grindžiama bendradarbiavimu ir mokymusi vieni iš kitų. Sveikatos priežiūros įstaigose gydytojai ir slaugytojai – tai pagrindiniai komandos nariai, kurių tarpusavio bendravimas yra reikšmingas veiksnys, siekiant užtikrinti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas ir efektyvų komandinį darbą (Marmienė, Kalėdienė, Kaselienė ir Vladičkienė, 2015). Tyrimo rezultatai rodo, kad slaugytojų ir gydytojų efektyvus bendravimas susijęs su geresne pacientų sauga, taip pat pagerėja pati teikiamų paslaugų kokybė, o darbuotojai būna labiau patenkinti savo darbu. Tačiau netinkamas gydytojo ir slaugytojo

bendravimas gali įtakoti paciento sveikatą išduodant netinkamus vaistus ar net sąlygoti paciento mirtį (ten pat., 2015).

Dėl efektyvaus ir sėkmingo komandinio darbo naudą gali gauti: pacientas, komandos grupės nariai, pati komanda ir organizacija (2 pav.).

Pacientas	Pasitenkinimas paslaugomis
	Paslaugų prieinamumas
	Geresni gydymo rezultatai
	Išvengiami NĮ
Grupės nariai	Pasitenkinimas darbu
	Aiškūs vaidmuo
	Gerovė
Komanda	Bendradarbiavimas
	Profesinė įvairovė
Organizacija	Sumažėję kaštai
	Sumažėjęs priemonių naudojimas
	Paslaugų prieinamumas

2 pav. Komandinio darbo nauda sveikatos priežiūros įstaigoje
Šaltinis: Sudaryta darbo autorės

Geriausia komanda yra ta, kuri jungia specialistus iš įvairių sričių, kurie supranta, kokie yra komandinio darbo principai ir esmė. Komandos sveikatos priežiūros įstaigose sudarytos iš įvairių specialistų, gebančių turimas žinias pritaikyti darbo vietoje. Specialistai, kurie dirba komandoje jaučiasi geriau, dalinasi išskylančiomis problemomis ir užtikrina geresnę teikiamų paslaugų kokybę. O sprendžiant su asmens sveikatos priežiūra susijusias problemas, svarbūs komandinio darbo principai – darbo pasidalijimas ir bendra specialistų atsakomybė.

Apibendrinant galime teigti, kad komandinis darbas remiasi aiškiai išsikeltu bendru tikslu, kuris pasidalija į aiškiai pamatuojamus uždavinius, priskiriamus kiekvienam komandos nariui. Pagrindiniai komandinio darbo plusai yra siejami žmonių įgūdžiai, sutaupomi resursai, greičiau ir efektyviau pasiekiamas tikslas. Komandą sveikatos priežiūros įstaigoje yra būtina, nes komandos jausmas skatina specialistus daugiau pastangų skirti darbui, taip pat yra gerinamas jų bendravimas, informacijos atranka, lyderystės įgūdžiai, didinama motyvacija. Komandinio darbo dėka pacientas yra dėmesio centre, o pats komandinis darbas efektyvesnis.

II. EMPIRINĖ DALIS

2.1. Tyrimo metodika

Tyrimas „Sveikatos priežiūros specialistų požiūris į pacientų saugą ir komandinį darbą“ atliktas Kauno apskrities, viename rajone, viešąsias sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose įstaigose (įstaigų vadovų leidimai gauti). Tyrimo tikslas - išanalizuoti sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į pacientų saugą ir komandinį darbą. Tyrimo tikslui įgyvendinti pasirinktas netikimybinės tikslinės imties atrankos būdas t. y. pasirinkti respondentai, kurie dirba sveikatos priežiūros įstaigose, teikiančiuose daugiaprofilines paslaugas. Tiriamųjų grupę sudarė sveikatos priežiūros specialistai (gydytojai, slaugytojai), kurie laisvu noru sutiko dalyvauti tyrime ir tyrimo metu buvo darbo vietoje. Apklausą sveikatos priežiūros įstaigose atliko įstaigos vadovo paskirtas darbuotojas, kurį tyrėjas supažindino su tyrimo tikslais ir gautų duomenų panaudojimu. Kiekviena anoniminė anketa respondentui buvo pateikiama su voku, į kurį buvo prašoma įdėti užpildytą klausimyną ir grąžinti atsakingam darbuotojui. Apklausa atliekama laikantis savanoriškumo, anonimiškumo, konfidencialumo bei lygiavertiškumo principų.

Empiriniam tyrimui atlikti buvo pasirinktas kiekybinis tyrimo metodas. Taikoma apklausos tyrimo metodo rūšis – anketinė apklausa, pagal standartizuotus klausimynus naudojant požiūrio į saugą (Safety Attitudes Questionnaire) ir požiūrio į komandinį darbą (Teams STEPPS Teamwork Attitudes Questionnaire Manual) klausimynus.

Teorinis tyrimo metodikos pagrindimas. Moksliniai tyrimai pacientų saugos tematika vykdomi keliomis kryptimis. Moksliniuose tyrimuose pacientų sauga vertinama analizuojant požiūrį į pacientų saugą (Brasaitė-Abromė, 2016; Brasaitė-Abromė, Kulevičiūtė ir Vasyliūtė, 2017; Piškinitė, 2019; Klasauskaitė, 2018; Marmienė, Kalėdienė, Kaselienė ir Vladičkienė, 2015), akcentuojama komandinio darbo svarba pacientų saugai, tiriamos efektyvaus komandinio darbo prielaidos (Lukoševičiūtė, 2013; Manser, 2008; Paškevičius, 2014; Šalkauskienė ir Veinhardt, 2018).

2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos

Tyrimui atlikti buvo pasirinkta tikslinė patogiosios imties atranka. Sveikatos priežiūros specialistų įtraukimo į tyrimą kriterijai:

- 1) dirba sveikatos priežiūros įstaigoje;
- 2) yra sveikatos priežiūros specialistas, turi licenciją (įvairių specialybių gydytojai, slaugytojai, burnos higienistai, odontologų padėjėjai, masažuotojai, skubios pagalbos specialistai, paramedikai, kineziterapeutai, klinikos laborantai).

Sveikatos priežiūros specialistų įtraukimo į tyrimą atmetimo kriterijai:

- 1) laikinai nedirba sveikatos priežiūros įstaigoje;

2) nesutinka dalyvauti tyrime.

Remiantis viešai pateiktomis sveikatos priežiūros įstaigų vadovų metinėmis veiklos ataskaitomis, šio rajono viešosiose gydymo įstaigose dirbo 312 sveikatos priežiūros specialistų. Atsižvelgiant į populiacijos dydį, imtis buvo apskaičiuojama naudojantis Paniotto formule (Kardelis, 2005):

$$n = 1/(\Delta^2 + 1/N)$$

n – atvejų skaičius atrankinėje grupėje;

N – generalinė aibė,

Δ – paklaidos dydis.

Siekiant, kad apklausa būtų reprezentatyvi ir patikima, ji atliekama su 5 proc. paklaida. Taigi, tyrimo metu buvo išdalinta 200 anketų, grįžo 175, 3 buvo netinkamai užpildytos, tyrime naudotos 172 (N=172) anketos.

Dėl mažo respondentų skaičiaus kai kuriose amžiaus grupėse ir darbo patirtį, duomenys buvo sujungti. Statistinei duomenų analizei respondentai sujungti į grupes: pagal amžių - ≤30 ir 31-40 metų ir pakeistą į ≤ 40 metų amžiaus; pagal darbo patirtį - >6 mėn., 6-11 mėn., 1-2 metai, 3-4 metai ir 5-10 metų ir pakeistą į ≤ 10 metų. Išanalizavus respondentų duomenis nustatyta, kad daugiausiai respondentų buvo slaugytojų – 73,8 proc. (127 abs. sk.) ir 51 metų ir vyresni tiriamųjų (68,6 proc.; 118 abs. sk.). 75 proc. sveikatos priežiūros specialistų dirba 21 ir daugiau metų (2 lentelė). Kadangi tiriamųjų kontingente vyrai sudarė tik 2,9 proc. (5 abs. sk.), duomenys pagal lytį nebuvo analizuoti.

2 lentelė. Tyrimo dalyvių bendrosios charakteristikos

		Proc.	Abs. sk.
Pareigos	Gdytojai	26,2	45
	Slaugytojai	73,8	127
Lytis	Vyras	2,9	5
	Moteris	97,1	167
Amžius	≤40 metų	11,6	20
	41-50 metų	19,8	34
	≥51 metų	68,6	118
Darbo stažas sveikatos priežiūros įstaigoje	≤10 metų	12,2	21
	11-20 metų	12,8	22
	≥21 metų	75,0	129

2.1.2. Tyrimo metodai

Kintamieji ir jų vertinimo kriterijai. Kintamieji vertinimo kriterijai - socialinės demografinės ir su darbu susijusios respondentų charakteristikos.

Tyrimo duomenų statistinė analizė. Šio darbo tyrimo duomenys buvo nuosekliai sisteminami ir grupuojami, lyginami bei skirstomi pagal anketinėje apklausoje pateiktus klausimus.

Duomenys apdoroti *Microsoft Excel* programa. Statistinė tyrimo rezultatų analizė atliekama taikant SPSS 22.00 programinį paketą.

Klausimyne pateiktų teiginių vertinimui pasitelkta Likerto skalė: tiriamųjų prašoma įvertinti kiekvieną teiginį, pasirenkant reikšmę nuo „visiškai nesutinku“ (atitinka reikšmę „1“) iki „visiškai sutinku“ (atitinka reikšmę „5“). Suvedant duomenis į programą, atsakymai buvo koduojami: 1 – „visiškai nesutinku“, 2 – „nesutinku“, 3 – „nei sutinku, nei nesutinku“, 4 – „sutinku“, 5 – „visiškai sutinku“. Atliekant tyrimo duomenų analizę, respondentų atsakymai buvo sujungti: „visiškai nesutinku“ ir „nesutinku“ buvo laikoma neigiamu vertinimu, o „visiškai sutinku“ ir „sutinku“ buvo laikoma teigiamu vertinimu. Atliekant duomenų analizę Likerto skalė buvo perkoduota į balus nuo 0 iki 100: 1=0; 2=25; 3=50; 4=75; 5=100. Teigiamas respondentų požiūris į atskirus elementus laikytinas tuomet, kai atsakymų balų suma yra lygi 75 arba daugiau; kai atsakymų balų suma mažesnė nei 75 balai, požiūris nėra teigiamas („ne teigiamas“ požiūris).

Statistinės hipotezės tikrinamos statistiniais kriterijais. Analizuojant požymių tarpusavio ryšius priklausomai nuo jų pasiskirstymo naudoti Pearson'o (r) ir Spearman'o (r) koreliacijos metodai. Buvo analizuojamas chi-kvadrato (χ^2) kriterijus, kuris naudojamas hipotezėms apie kintamojo skirstinį populiacijoje tikrinti. Chi-kvadrato kriterijus parodo, ar empirinio ir teorinio skirstinių skirtumas yra reikšmingas, t.y. tikrinama, ar turimas empirinis skirstinys yra suderintas su teoriniu modeliu (Čekanavičius ir Murauskas, 2000). Naudoti statistinių hipotezių reikšmingumo lygmenys: kai $p < 0,05$ - reikšminga ir kai $p > 0,05$ – statistiškai nereikšminga.

Kokybiniams kintamiesiems skaičiuoti procentai, kiekybiniams – vidurkis, standartinis nuokrypis, taip pat skaičiuoti 95 proc. pasikliautinieji intervalai (PI).

Klausimyno skalių vidiniam nuoseklumui įvertinti buvo skaičiuojamas Kronbacho alfa (Cronbach's alpha) koeficientas, kuris remiasi atskirų klausimų, sudarančių klausimą, koreliacija, ir įvertina, ar visi klausimai pakankamai atspindi tiriamą problemą bei įgalina patikslinti reikiamų klausimų skaičių. Buvo remtasi tuo, jog kuo Kronbacho alfa koeficientas artimesnis vienetui, tuo teiginių, sudarančių klausimą, vidinis nuoseklumas didesnis, kuris gerai sudarytam klausimynui turėtų būti didesnis negu 0,70 (kai kurių autorių teigimu – už 0,6) (Pukėnas, 2010) Požiūrio į paciento saugą patikimumo koeficientas siekia 0,827, o požiūrio į komandinį darbą - 0,837 Atskirų klausimyno skalių Kronbacho alfa koeficiento reikšmės pateiktos 3 ir 4 lentelėse.

3 lentelė. Pirmo (požiūrio į pacientų saugą) klausimyno dalies vidinio patikimumo vertinimas

Anketos skalės	Teiginių skaičius	Cronbach'o alpha koeficientas
Komandinio darbo aplinka	6	0,653
Saugos aplinka	7	0,682
Pasitenkinimas darbu	5	0,682
Streso įtaka darbe	4	0,789

Vadovybės požiūris į saugą	5	0,743
Darbo sąlygos	4	0,685
Bendras	32	0,827

4 lentelė. Antro (požiūrio į komandinį darbą) klausimyno dalies vidinio patikimumo vertinimas

Anketos skalės	Teiginių skaičius	Cronbach'o alpha koeficientas
Komandos struktūra	3	0,659
Vadovavimas	6	0,762
Situacijos stebėjimas	6	0,821
Abipusė parama	7	0,670
Bendravimas	6	0,644
Bendras	31	0,837

2.1.3. Tyrimo instrumentas

Siekiant išanalizuoti sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į pacientų saugą ir komandinį darbą buvos atliktas kiekybinis tyrimas, naudojant anketinę apklausą raštu (1 priedas). Anketą sudaro 71 klausimas. Anketa sudaryta iš dviejų klausimynų, siekiant išsiaiškinti požiūrį į pacientų saugą (Safety Attitudes Questionnaire) ir požiūrį į komandinį darbą (Teams STEPPS Teamwork Attitudes Questionnaire Manual), klausimynų autorių sutikimai gauti (2 ir 3 priedas).

Klausimyną sudaro trys dalys:

I dalis. Pirmąją klausimyno dalį sudaro požiūris į pacientų saugą (Safety Attitudes Questionnaire) klausimai (1-32 klausimai). Šią tyrimo instrumento dalį sudaro 6 pacientų saugos dimensijos: komandinio darbo aplinka, saugos aplinka, pasitenkinimas darbu, streso įtaka darbe, vadovybės požiūris į saugą, darbo sąlygos. Klausimyne pateiktus teiginius prašoma įvertinti Likerto skalėje, nuo visiškai nesutinku iki visiškai sutinku. Klausimų klasifikacija atlikta remiantis kitų mokslininkų pateiktomis klausimų gradacijomis (Zimmermann ir kt., 2013; Kristensen ir kt., 2015).

5 lentelė. Požiūrio į saugą klausimų klasifikacija

Klausimyno dimensijos	Klausimai
Komandinio darbo aplinka	Mano darbo indėlis šioje įstaigoje yra vertinamas. Jei pastebiu paciento priežiūros problemą, darbe sunku apie tai kalbėti. Nesutarimai klinikinėse situacijose yra sprendžiami tinkamai (t.y. ne tai, kas yra teisu, bet tai kas yra geriausia pacientui). Atliekant savo funkcijas darbe, turiu reikalingą palaikymą iš kito personalo. Personalo lengva paklausti, jei kažko nežinau. Personalas dirba kartu kaip gerai suderinta komanda.
Saugos aplinka	Aš jausčiausi saugus, jei būčiau pacientas Klinikinėje srityje, kurioje dirbu, yra tinkamai tvarkomasi su medicinos klaidomis Aš žinau kaip tinkamai spręsti klausimus, susijusius su pacientų sauga. Aš gaunu atsiliepimų apie savo atliktą darbą. Darbe sunku aptarti pasitaikančias klaidas Mano kolegų skatina mane pranešti apie visus galimus pacientų saugos klausimus Darbo kultūra man leidžia lengvai mokintis iš kitų klaidų

Pasitenkinimas darbu	Man patinka mano darbas Dirbti čia yra tarsi būti didelės šeimos dalimi Tai gera vieta dirbti Aš didžiuojuosi dirbdama (s) šioje klinikinėje srityje Moralė šioje klinikinėje srityje yra aukšta
Streso įtaka darbe	Kai mano darbo krūvis tampa per didelis, pablogėja darbo kokybė Kai pavargstu, aš esu mažiau naudinga (s) darbe Aš labiau linkusi (-ęs) daryti klaidas įtemptose situacijose Nuovargis blogina mano darbą skubių situacijų metu
Vadovybės požiūris į saugą	Administracija palaiko mano kasdienes pastangas Vadovybė sąmoningai nepažeidžia pacientų saugos Vadovybė atlieka savo darbą gerai Iškiliusias problemas darbuotojams, vadovybė sprendžia konstruktyviai Laiku gaunu tinkamą informaciją apie įvykius, kurie gali turėti įtakos mano darbui
Darbo sąlygos	Personalo skaičius šioje klinikinėje srityje yra pakankamas pacientų skaičiui patenkinti Šioje įstaigoje, nauji darbuotojai tinkamai paruošiami darbui Visa man reikalinga informacija darbui yra prieinama Studentai yra tinkamai prižiūrimi

Komandinio darbo aplinka apima 1–6 klausimus; saugos aplinka apima 7-13 klausimus; pasitenkinimas darbu apima 15-19 klausimus; streso įtaka darbe apima 20–23 klausimus; vadovybės požiūris į saugą apima 24–28 klausimus ir darbo sąlygos apima 29–32 klausimus.

II dalis. Antrąją klausimyno dalį sudaro Teams STEPPS Teamwork Attitudes Questionnaire. Anketoje tai yra 37 – 66 klausimai. Šią tyrimo instrumento dalį sudaro 5 komandinio darbo komponentai susiję su paciento priežiūra ir sauga: komandos struktūra, vadovavimas, situacijos stebėjimas, abipusė parama, bendravimas. Klausimyne pateiktus teiginius prašoma įvertinti Likerto skalėje, nuo visiškai nesutinku iki visiškai sutinku.

6 lentelė. Požiūrio į komandinį darbą klausimų klasifikacija

Dimensijos	Klausimai
Komandos struktūra	Svarbu paprašyti pacientų ir jų šeimos narių atsiliepimų (atgalinio ryšio) apie paciento priežiūrą Pacientai yra kritinis komandos komponentas Šios įstaigos administracija daro tiesioginę įtaką komandos sėkmei Komandos misija yra vertingesnė nei atskirų komandos narių tikslai Efektyviai dirbantys komandos nariai gali numatyti kitų komandos narių poreikius Sveikatos priežiūros srityje labai gerai dirbančių komandų savybės yra tokios pat, kaip ir kitose pramonės šakose, gerai dirbančių komandų savybės
Vadovavimas	Vadovams svarbu keistis informacija su komandos nariais Vadovai turėtų sudaryti neoficialias galimybes komandos nariams keistis informacija Efektyvūs vadovai nepiktybiškas klaidas laiko prasmingomis mokymosi galimybėmis Tinkamo komandos elgesio modeliavimas yra vadovo pareiga Svarbu kai vadovas skiria laiko aptarti su komandos nariais planus apie pacientų priežiūrą Padalinių vadovai turėtų užtikrinti, kad komandos nariai prireikūs padėtų vieni kitiems
Situacijos stebėjimas	Esant sudėtingoms situacijoms, komandos narius galima išmokyti tinkamai reaguoti į aplinką Pacientų stebėjimas yra svarbus indėlis į efektyvų komandos darbą Net asmenys, nepriklausantys tiesioginės priežiūros komandai, turėtų būti skatinami tikrinti paciento būklės pokyčius ir pranešti apie juos Svarbu stebėti kitų komandos narių emocinę ir fizinę būklę Vienas komandos narys gali pasiūlyti pagalbą kitam, kuris gali būti per daug pavargęs ar stresinėje situacijoje, užduočiai atlikti Vienas komandos narys gali pasiūlyti pagalbą kitam, kuris gali būti per daug pavargęs ar stresinėje situacijoje, užduočiai atlikti

Abipusė parama	Efektyvesni yra komandos nariai, kurie stebi savo emocinę ir fizinę būklę darbe Norint kad komanda dirbtų efektyviai, turi suprasti kiekvieno komandos nario darbą Prašymas padėti komandos nariui yra ženklas, kad asmuo nežino, kaip efektyviai atlikti savo darbą Pagalbos teikimas komandos nariams yra ženklas, kad darbuotojas neturi pakankamai darbo Pasiūlymas padėti kolegai, komandos nariui atlikti jo individualias darbo užduotis yra efektyvi priemonė komandos rezultatams gerinti Tikslinga toliau reikšti susirūpinimą dėl paciento saugos, iki būsite tikri, kad buvote išklaustyti Asmeniniai komandos narių konfliktai neturi įtakos paciento saugai
Bendravimas	Komandos kurios efektyviai nebendrauja, žymiai padidina jų atliekamų klaidų riziką Prastas bendravimas yra dažniausia pateiktų klaidų priežastis Neigiamus reiškinius galima sumažinti palaikant keitimąsi informacija su pacientais ir jų šeimos nariais Man labiau patinka dirbti su komandos nariais, kurie užduoda klausimus apie mano atliekamą darbą Perduodant informaciją apie pacientą, svarbu turėti standartizuotą keitimosi informacija metodą Beveik neįmanoma išmokyti asmenų, kaip būti geresniais komunikacijos srityje

III dalis. Trečiąją klausimyno dalį sudarė demografiniai klausimai, kuriais tyrimo metu siekiama išsiaiškinti papildomą informaciją, kuri padėtų tyrimo tikslui ir uždaviniams įgyvendinti.

2.1.4. Tyrimo procesas/eiga

Tyrimas buvo atliekamas šiais etapais:

I tyrimo etapas. Temos pasirinkimas. Buvo pasirinkta magistro darbo nagrinėjimo tema, pasirinkimą lėmė temos aktualumas, naujumas (2019 m. spalio mėnuo).

II tyrimo etapas. Mokslinių šaltinių atranka ir analizė. Atlikta išsami mokslinės literatūros bei teisės aktų apžvalga. Moksliniai šaltiniai buvo ieškomi duomenų bazėse, moksliniuose žurnaluose. Mokslinės literatūros atranka vyko pagal raktinius žodžius: pacientų sauga, komandinis darbas, komanda, požiūris į pacientų saugą (2019 m. spalio mėn. – 2020 m. balandžio mėn.).

III tyrimo etapas. Tyrimo plano ir instrumento sudarymas. Atliktas tikslo ir uždavinių iškėlimas, kurie padėjo numatyti kiekybinio tyrimo atlikimo tinkamumą. Tyrimui atlikti buvo pasirinkti du klausimynai: siekiant išsiaiškinti požiūrį į pacientų saugą (Safety Attitudes Questionnaire); siekiant išsiaiškinti požiūrį į komandinį darbą (Teams STEPPS Teamwork Attitudes Questionnaire Manual). Klausimynų autorių sutikimai gauti (2 ir 3 priedas). Tyrimui atlikti taip pat buvo gauti reikalingi leidimai iš sveikatos priežiūros įstaigų, kuriuose buvo vykdomas tyrimas, vadovų, Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos katedros Etikos komisijos bei anketų autorių (2019 m. spalio mėn. – 2020 m. vasario mėn.).

IV tyrimo etapas. Duomenų rinkimas. Apklausą sveikatos priežiūros įstaigose atliko įstaigos vadovo paskirtas darbuotojas, kurį tyrėjas supažindino su tyrimo tikslais ir gautų duomenų panaudojimu. Kiekviena anoniminė anketa respondentui buvo pateikiama su voku, į kurį buvo prašoma įdėti užpildytą klausimyną ir grąžinti atsakingam darbuotojui. Apklausą buvo atliekama

laikantis savanoriškumo, anonimiškumo, konfidencialumo bei lygiavertiškumo principų (2020 m. kovo – rugpjūčio mėn.).

V tyrimo etapas. Tyrimo duomenų analizė. Tyrimo duomenų vedimas į SPSS for Winfows programą, rezultatų analizė ir interpretavimas (2020 m. rugpjūčio mėn. - rugsėjo mėn.).

VI tyrimo etapas. Tyrimo rezultatų aptarimas. Atliktas gautų tyrimo rezultatų palyginimas su kitais Lietuvos ir užsienio autorių atliktais tyrimais (2020 m. rugsėjo mėn. - spalio mėn.).

VII tyrimo etapas. Išvadų ir rekomendacijų parengimas. Atsižvelgiant į iškeltus uždavinius ir gautus tyrimo rezultatus, suformuluotos tyrimo išvados ir parengtos rekomendacijos (2020 m. lapkričio mėn.).

VIII tyrimo etapas. Baigiamojo darbo ataskaitos parengimas (2020 m. lapkričio mėn.).

2.1.5. Tyrimo etika

Sudarant anketą, vadovautasi tyrimo etikos principais: į tyrimo dalyvį kreipiamasi „gerbiamas(a)“, yra paaiškinama, kodėl prašoma užpildyti anketą ir kam bus panaudoti apklausos duomenys. Taip pat nurodoma, kad anketa yra anoniminė, pažymima, kad tyrimo dalyvių nuomonė yra labai svarbi, nurodoma, kad tyrimo instrumentas yra patvirtintas KU SvMF slaugos katedros Etikos komisijos posėdyje. Pateikiama anketos pildymo instrukcija, nurodoma, kur galima kreiptis, iškilus neaiškumams, ir iš anksto padėkojama už bendradarbiavimą. Asmenims pateikiami 71 klausimai, kuriuose nėra įžeidžiamų, diskriminuojančių ar neigiamas emocijas sukeliančių žodžių ar išsireiškimų. Tyrimas atliktas savanoriškumo principu, nes asmuo turėjo laisvo pasirinkimo galimybę – dalyvauti ar ne siūlomame tyrime (Razbadauskas ir kt., 2008), tyrimo dalyviams netaikytas psichologinis spaudimas ir jie nebuvo apgaudinėjami. Atliekant tyrimą, vadovautasi Helsinkio deklaracija, bendrosios etikos principais: autonomiškumo, privatumo, konfidencialumo, nežalingumo, geradarystės. Gauti įstaigų vadovų sutikimai ir Klaipėdos universiteto Etikos komisijos pritarimas.

Atliekant tyrimą neretai susiduriama su klausimais ar nebus peržengtos respondentų asmeninio gyvenimo ir moralės ribos, ar visi klausimai yra priimtini respondentams. Tyrimo metu etikos ribos nebuvo peržengtos, respondentai galėjo bet kada nutraukti tyrimą, garantuojamas jų anonimiškumas, tyrėjas neįtakėjo tyrime dalyvavusių respondentų nuomonės.

2.2. Tyrimo rezultatai

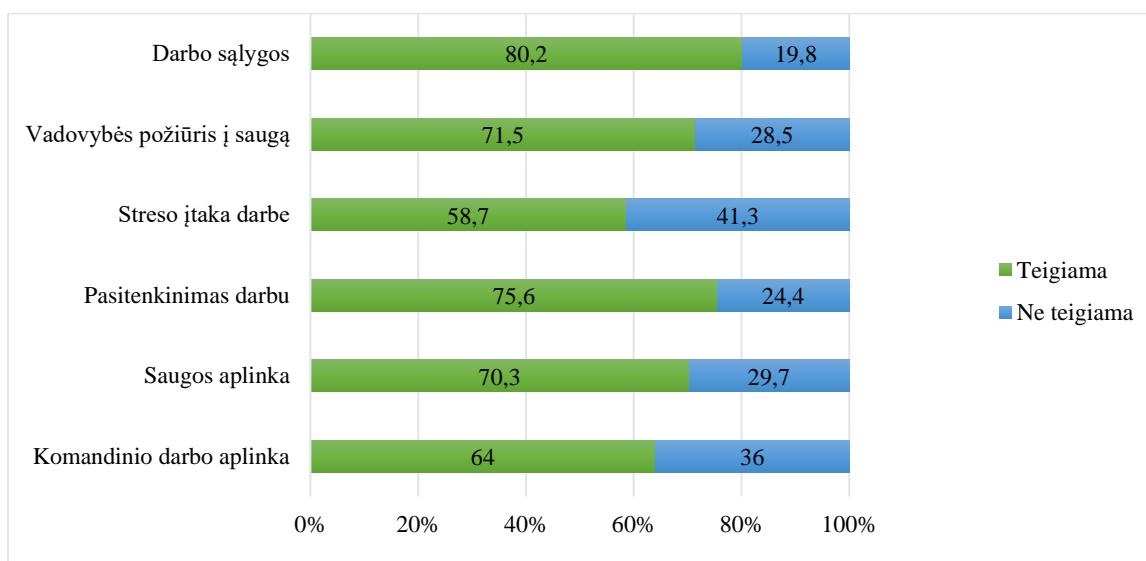
2.2.1. Asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūrio į pacientų saugą vertinimas

Tyrimo metu buvo siekiama išsiaiškinti sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į pacientų saugą. Rezultatai rodo, kad požiūris į pacientų saugą yra labiau teigiamas nei neigiamas, iš 6 dimensijų 4 buvo įvertintos teigiamai. Nustatyta, kad tiriamieji aukščiausiais balais įvertino pasitenkinimą darbu (84,65 balai; 95% PI 82,11 – 87,19) ir darbo sąlygas (84,27 balai; 95% PI 81,42 – 87,11). Mažiausiais balais įvertinimo streso įtaką darbe (64,97 balai; 95% PI 60,89–69,05) ir komandinio darbo aplinką (74,37 balai; 95% PI 72,14 – 76,60), šios dimensijos vertinamos neigiamai, nes atskirų skalių balų suma yra mažesnė nei 75 (7 lentelė).

7 lentelė. Tiriamųjų atsakymų vidurkiai pagal pacientų saugos dimensijas

Požiūrio į saugą dimensijos	Įverčių vidurkiai (balai, 95%PI)	SD
Komandinio darbo aplinka	74,37 (72,14-76,60)	14,82
Saugos aplinka	77,62 (75,67-79,56)	12,93
Pasitenkinimas darbu	84,65 (82,11-87,19)	16,88
Streso įtaka darbe	64,97 (60,89-69,05)	27,11
Vadovybės požiūris į saugą	79,13 (76,13-82,13)	19,92
Darbo sąlygos	84,27 (81,42-87,11)	18,89

3 pav. matome, kad komandinio darbo aplinką ne teigiamai įvertino daugiau nei trečdalis (36 proc.) respondentų, streso įtaką darbe – 41,3 proc. Darbo sąlygas teigiamai vertina 80,2 proc. tiriamųjų, ne teigiamai įvertino mažiausia dalis - 19,8 proc. Virš 70 proc. tiriamųjų teigiamai vertina vadovybės požiūrį į saugą (71,5 proc.), pasitenkinimą darbu (75,6 proc.) bei saugos aplinką (70,3 proc.).



3 pav. Požiūrio į pacientų saugą dimensijų vertinimas (N=172)

Teigiamas vertinimas – pacientų saugos įvertis ≥ 75 ; kitas vertinimas (ne teigiamas) – pacientų saugos įvertis < 75

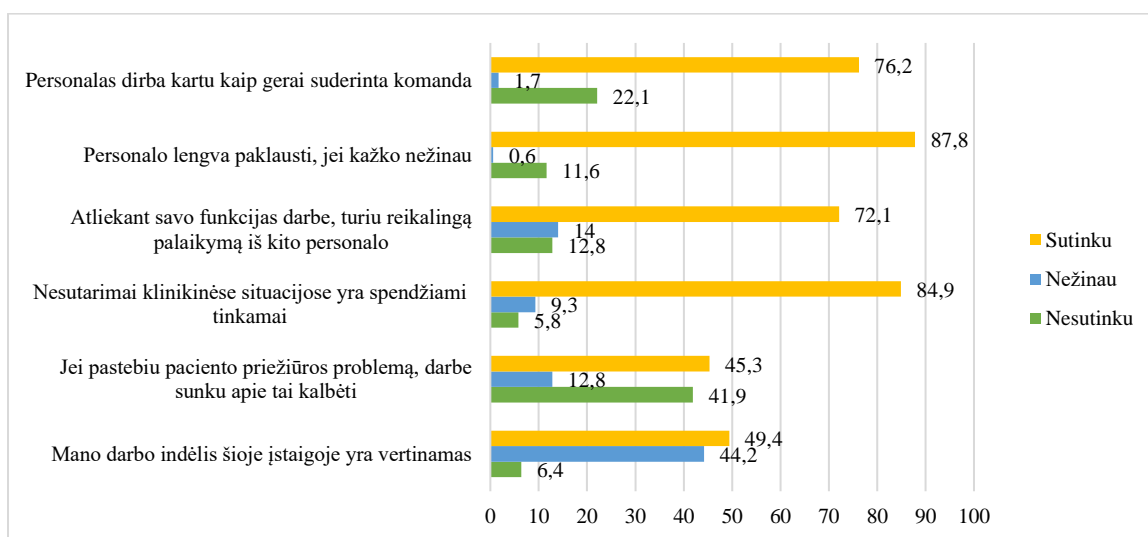
Analizuojant komandinio darbo aplinkos vertinimą pagal sociodemografinius, profesinius duomenis, statistinis reikšmingumas ($p < 0,05$) buvo nustatyta tarp respondentų profesijos. Tyrimo rezultatai rodo, kad slaugytojai (40,9 proc.) blogiau vertina komandinę darbo aplinką. Nors atsakymų pasiskirstymas statistiškai reikšmingai nesiskiria ($p > 0,05$), tačiau 8 lentelėje matome, kad komandos darbo aplinką blogiau vertina 41-50 metų amžiaus (38,2 proc.) ir 11-20 metų darbo stažą (40,9 proc.) turintys respondentai.

8 lentelė. Komandinio darbo aplinkos atspindinčių teiginių bendras vertinimas, atsižvelgiant į amžių, profesiją ir darbo stažą (proc.)

		Ne teigiamas	Teigiamas	Pearson Chi-Square
Amžius	≤ 40 metų	30,0	70,0	p>0,05
	41-50 metų	38,2	61,8	
	51 ≥ metų	36,4	63,6	
Profesija	Gydytojas	22,2	77,8	p<0,05
	Slaugytojas	40,9	59,1	
Darbo stažas	≤ 10 metų	23,8	76,2	p>0,05
	11-20 metų	40,9	59,1	
	21 ≥ metų	37,2	62,8	

Teigiamas vertinimas – pacientų saugos įvertis ≥ 75; kitas vertinimas (ne teigiamas) – pacientų saugos įvertis < 75

Didžioji dalis (87,8 proc.) tiriamųjų sutinka, kad jų dirbamoje sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje įstaigoje personalas gali kreiptis vienas į kitą, jei kažko nežino, o nesutarimai klinikinėse situacijose sprendžiami tinkamai, atsižvelgiant į tai, kas geriausia pacientui (84,9 proc.). 76,2 proc. tiriamųjų teigia, kad jų įstaigoje komanda yra gerai suderinta, o darbas vyksta kartu, 72,1 proc. jaučia palaikymą iš kito personalo. Klausiant apie paciento priežiūros problemas, tiriamųjų atsakymai pasiskirstė vienodai, 45,3 proc. apie tai darbe sunku kalbėti, 41,9 proc. kalbėti yra nesunku. Apie pusę respondentų (49,4 proc.) teigia, kad jų darbo indėlis yra vertinamas, tačiau 44,2 proc. nežino kaip jų darbas yra vertinamas (4 pav.).



4 pav. Komandinės darbo aplinkos atspindinčių teiginių bendras vertinimas (N=172)

Statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) didesnė dalis gydytojų (11,1 proc.), lyginant su slaugytojais (4,7 proc.), nesutinka, kad jų darbo indėlis yra vertinimas. Gydytojų teigimu, jų įstaigoje nesutarimai sprendžiami netinkamai ir ne visada atsižvelgiama į pacientus (13,3 proc.). Kad sprendimai yra netinkami atsakė dešimčia procentų mažiau slaugytojų (3,1 proc.). Tyrimo rezultatai atskleidė, kad kito personalo palaikymą dažniau jaučia gydytojai ir jiems lengva paklausti kitų, jei kažko nežino (9 lentelė).

9 lentelė. Komandinės darbo aplinkos atspindinčių teiginių bendras vertinimas, atsižvelgiant į pareigas (N=172) ($p < 0,05$)

	Sutinku	Nežinai	Nesutinku
	<i>Mano darbo indėlis šioje įstaigoje yra vertinamas</i>		
Gydytojas	62,2	26,7	11,1
Slaugytojas	44,9	50,4	4,7
	<i>Jei pastebiu paciento priežiūros problemą, darbe sunku apie tai kalbėti</i>		
Gydytojas	82,2	4,4	13,3
Slaugytojas	85,8	11,0	3,1
	<i>Atliekant savo funkcijas darbe, turiu reikalingą palaikymą iš kito personalo</i>		
Gydytojas	91,1	4,4	4,4
Slaugytojas	65,4	17,3	15,7
	<i>Personalo lengva paklausti, jei kažko nežinau</i>		
Gydytojas	93,3	2,2	4,4
Slaugytojas	85,8	0,0	14,2

Pastebėjus paciento priežiūros problemą, apie ją lengviausia kalbėti jauniausiai amžiaus grupei priskirtiems tiriamiesiems (40 metų amžiaus ir mažiau). Sunku kalbėti pusei (52,9 proc.) 41-50 metų ir 44,9 proc. vyriausiems tyrimo dalyviams (51 ir daugiau metų). Palaikymą iš kito personalo dažniausiai jaučia 40 metų ir jaunesni bei 51 metus ir daugiau turinčius sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojus (10 lentelė).

10 lentelė. Komandinės darbo aplinkos atspindinčių teiginių bendras vertinimas, atsižvelgiant į amžių (N=172) ($p < 0,05$)

	Sutinku	Nežinau	Nesutinku
	<i>Jei pastebiu paciento priežiūros problemą, darbe sunku apie tai kalbėti</i>		
≤ 40 metų	35,0	15,0	50,0
41-50 metų	52,9	26,5	20,6
51 ≥ metų	44,9	8,5	46,6
	<i>Atliekant savo funkcijas darbe, turiu reikalingą palaikymą iš kito personalo</i>		
≤ 40 metų	85,0	5,0	10,0
41-50 metų	58,8	17,6	17,6
51 ≥ metų	73,7	14,4	11,9

Statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) tiriamieji, kurių darbo stažas iki 20 metų teigia, kad jų indėlis įstaigoje yra vertinamas (darbo stažas ≤ 10 metų – 66,7 proc.; 11-20 metų- 77,3 proc.). Darbuotojai, kurie įstaigoje dirba 21 ir daugiau metų nežino, ar jie yra vertinami, taip pat jie nežino, ar juos palaiko

kitas personalas. Beveik visus respondentus, kurių darbo stažas 10 metų ir mažiau palaiko kitas personalas, 81 proc. gali paklausti kitų, jei kažkas neaišku (11 lentelė).

11 lentelė. Komandinės darbo aplinkos atspindinčių teiginių bendras vertinimas, atsižvelgiant į darbo stažą (N=172) (p<0,05)

	Sutinku	Nežinai	Nesutinku
	<i>Mano darbo indėlis šioje įstaigoje yra vertinamas</i>		
≤ 10 metų	66,7	19,0	14,3
11-20 metų	77,3	18,2	4,5
21 ≥ metų	41,9	52,7	5,4
	<i>Atliekant savo funkcijas darbe, turiu reikalingą palaikymą iš kito personalo</i>		
≤ 10 metų	90,5	0,0	9,5
11-20 metų	68,2	4,5	27,3
21 ≥ metų	69,8	17,8	10,9
	<i>Personalas lengva paklausti, jei kažko nežinau</i>		
≤ 10 metų	81,0	4,8	14,3
11-20 metų	100,00	0,0	0,0
21 ≥ metų	86,8	0,0	13,2

Analizuojant saugos aplinkos dimensijos atsakymų pasiskirstymą pagal amžių, profesiją bei darbo stažą nustatytas statistiškai nereikšmingas ryšys (p>0,05). Tačiau pastebėta, kad 41-50 metų amžiaus ir 11-20 metų darbo stažą turintys darbuotojai saugos aplinkos dimensiją vertina geriau nei kiti tiriamieji (12 lentelė).

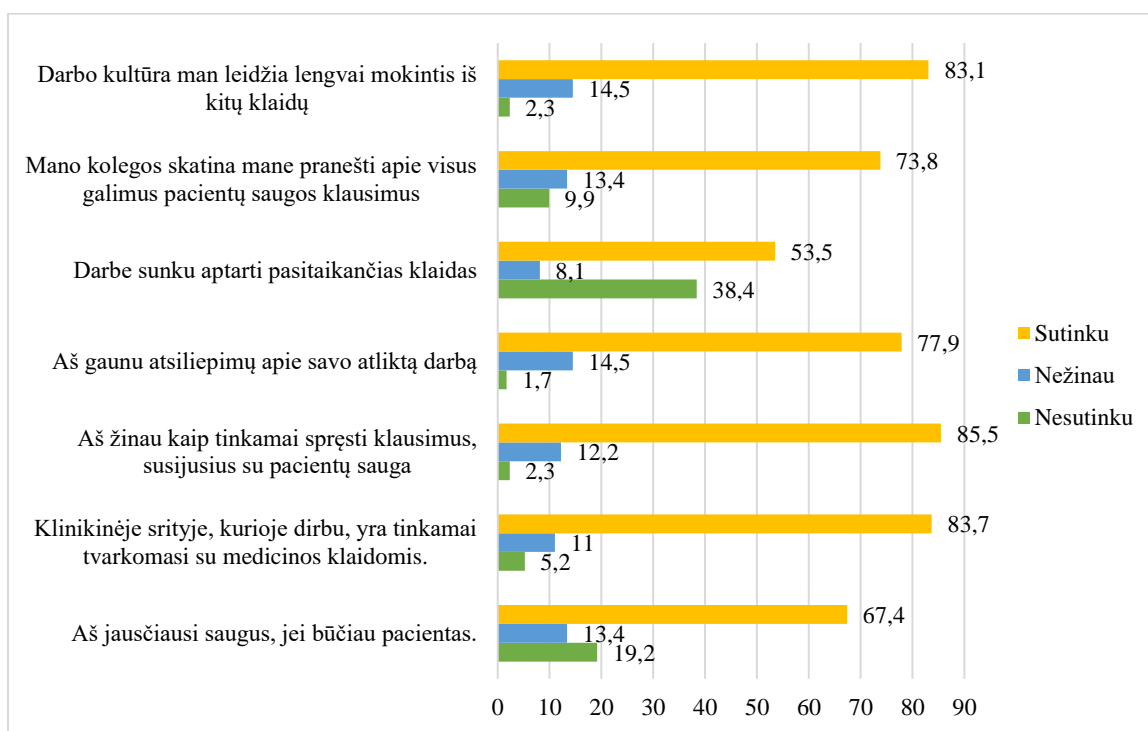
12 lentelė. Saugos aplinka dimensijos vertinimas, atsižvelgiant į amžių, profesiją ir darbo stažą (proc.)

		Ne teigiamas	Teigiamas	Pearson Chi-Square
Amžius	≤ 40 metų	35,0	65,0	p>0,05
	41-50 metų	14,7	85,3	
	51 ≥ metų	33,1	66,9	
Profesija	Gydytojas	26,7	73,3	p>0,05
	Slaugytojas	30,7	69,3	
Darbo stažas	≤ 10 metų	33,3	66,7	p>0,05
	11-20 metų	15,2	81,8	
	21 ≥ metų	31,0	69,0	

Teigiamas vertinimas – pacientų saugos įvertis ≥ 75; kitas vertinimas (ne teigiamas) – pacientų saugos įvertis < 75

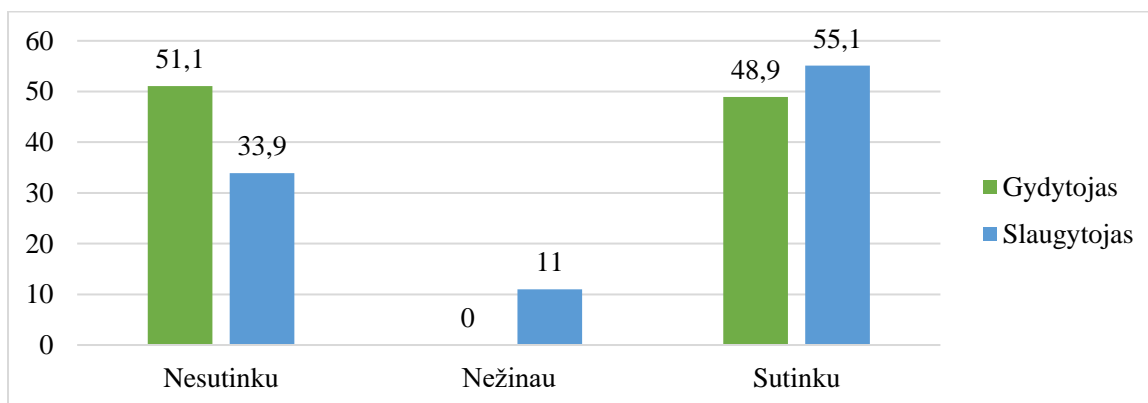
Virš 80 proc. respondentų sutinka, kad klinikinėje srityje, kurioje dirba, yra tinkamai tvarkomasi su medicinos klaidomis (83,7 proc.), 85,5 proc. žino kaip tinkamai spręsti klausimus, susijusius su pacientų sauga ir 83,1 proc. darbo kultūra leidžia lengvai mokintis iš kitų klaidų. 77,9 proc. tirtų įstaigų darbuotojų visuomet gauna atsiliepimų apie savo atliktą darbą ir kolegų vieni kitus skatina pranešti apie visus galimus pacientų saugos klausimus (73,8 proc.). Daugiau nei pusės (67,4 proc.) tiriamųjų teigimu, jei jie būtų pacientais, jaustųsi saugūs. Virš trečdaliu (38,4 proc.)

respondentų nesutinka su teiginiu, kad sunku aptarti pasitaikančias klaidas, 53,3 proc. klaidas sunku aptarti (5 pav.).



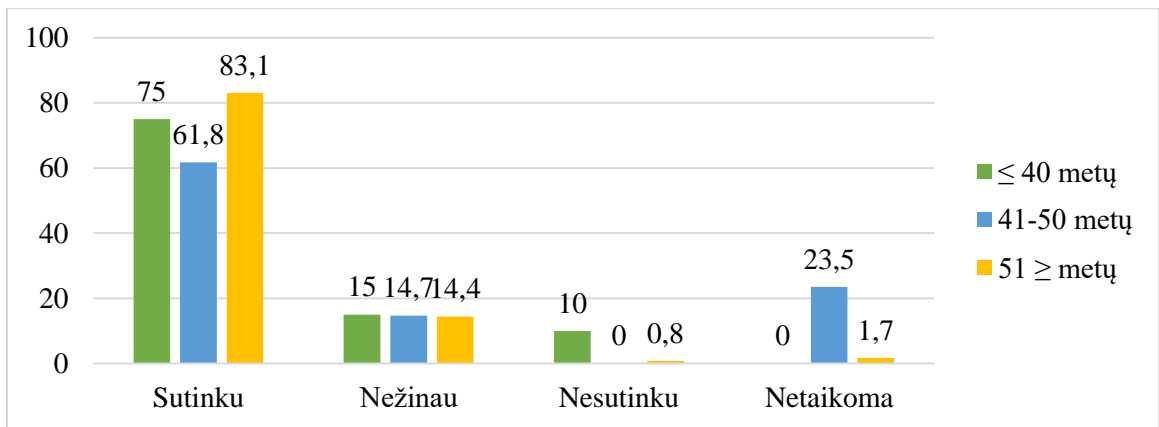
5 pav. Saugos aplinką atspindinčių teiginių bendras vertinimą (N=172)

Statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) slaugytojai nežino ar sunku aptarti išskylančias klaidas (11 proc.). Pusę (51,1 proc.) gydytojų nesutinka su šiuo teiginiu, o toks pat procentas slaugytojų sutinka, kad sunku aptarti išskylančias klaidas (6 pav.).



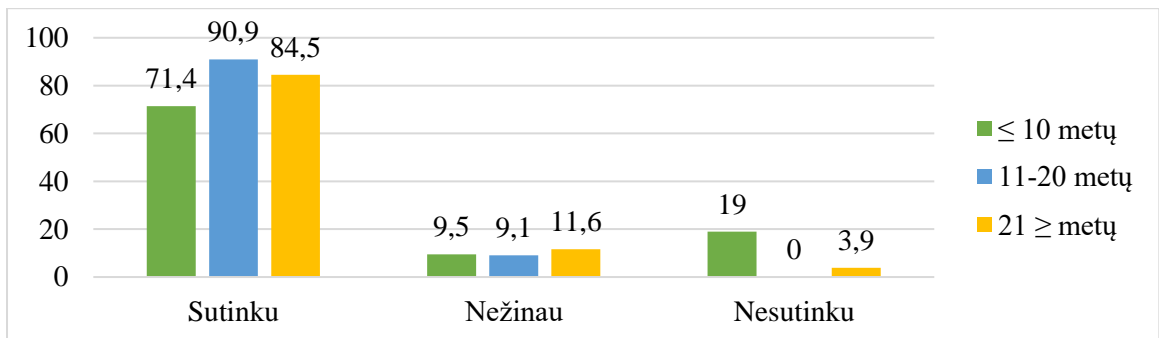
6 pav. Sunku aptarti pasitaikančias klaidas, atsižvelgiant į pareigas (proc.) (N=172) ($p < 0,05$)

Apie atliktą darbą atsiliepimus dažniausiai gauna vyriausi (51 ir daugiau metų) tyrimo dalyviai. 23,5 proc. 41-50 metų amžiaus darbuotojų teigimu, jų įstaigoje netaikoma tokia praktika, 14,7 proc. nežino ar gauna atsiliepimų ir gauna - 75 proc. 75 proc. 40 metų ir mažiau turintys respondentai sutinka, kad visuomet gauną atsiliepimus apie savo atliktą darbą ($p < 0,05$) (7 pav.).



7 pav. Gaunami atsiliepimai apie atliktą darbą, atsižvelgiant į amžių (proc.) (N=172) ($p < 0,05$)

Statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) 10 metų ir mažesnę darbo stažą turintys tiriamieji nesutinka (19 proc.), kad tinkamai yra tvarkomasi su medicinos klaidomis, sutinka 71,4 proc. ir nežino – 9,5 proc. Dauguma (90,9 proc.) nuo 11 iki 20 metų dirbančių darbuotojų mano, kad jų įstaigoje visuomet tinkamai tvarkosi su klaidomis (8 pav.).



8 pav. Klinikinėje srityje yra tinkamai tvarkomasi su medicinos klaidomis, atsižvelgiant į darbo stažą (proc.) (N=172) ($p < 0,05$)

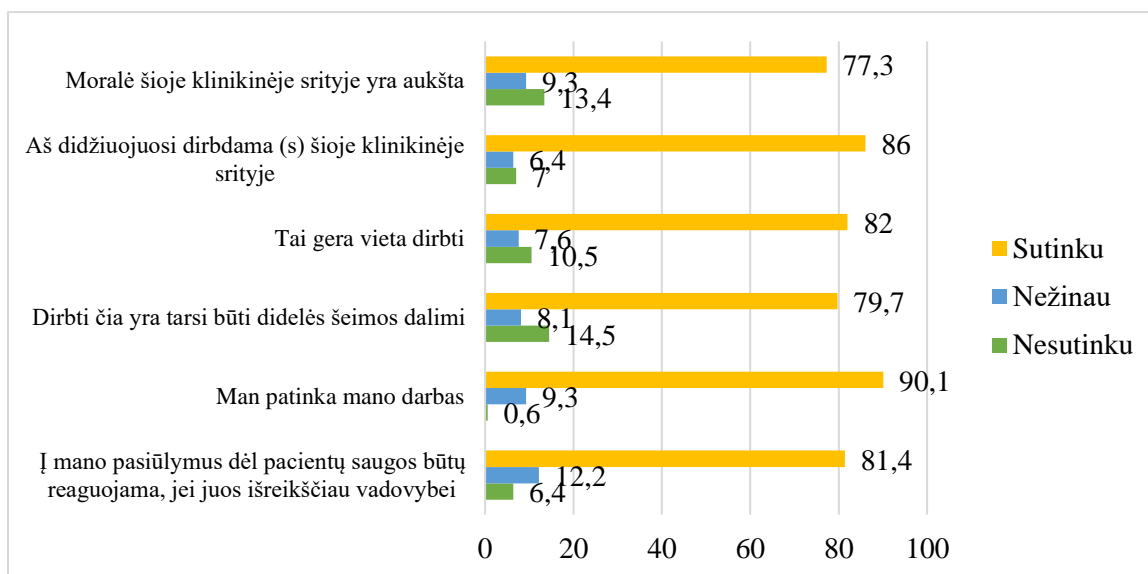
Tyrimas parodė, kad mažiausiai patenkinti darbu yra gydytojai ($p < 0,05$). Analizuojant duomenis pagal amžių ir stažą, atsakymų pasiskirstymas statistiškai reikšmingai neišsiskyrė ($p > 0,05$). Tačiau matome, kad vyriausi (51 ≥ metų) ir mažiausią darbo stažą (≤ 10 metų) turintys tiriamieji yra mažiau patenkinti savo darbu nei kiti respondentai (13 lentelė).

13 lentelė. Pasitenkinimas darbu dimensijos vertinimas, atsižvelgiant į amžių, profesiją ir darbo stažą (proc.)

		Ne teigiamas	Teigiamas	Pearson Chi-Square
Amžius	≤ 40 metų	25,0	75,0	$p > 0,05$
	41-50 metų	38,2	61,8	
	51 ≥ metų	20,3	79,7	
Profesija	Gydytojas	11,1	88,9	$p < 0,05$
	Slaugytojas	29,1	70,9	
Darbo stažas	≤ 10 metų	19,0	81,0	$p > 0,05$
	11-20 metų	36,4	63,6	
	21 ≥ metų	23,3	76,7	

Teigiamas vertinimas – pacientų saugos įvertis ≥ 75; kitas vertinimas (ne teigiamas) – pacientų saugos įvertis < 75

Tyrimo rezultatai parodė, kad tiriamieji yra patenkinti savo darbu. Su visais pasitenkinimo darbu dimensijoms klausimais sutiko nuo 77,3 proc. iki 90,1 proc. tiriamųjų. 14,5 proc. darbuotojų nemano, kad darbas yra tarsi būti didelės šeimos dalimi, 13,4 proc. sako, kad moralė nėra aukšta ir tai nėra gera vieta dirbti (10,5 proc.) (9 pav.).



9 pav. Pasitenkinimo darbu atspindinčių teiginių bendras vertinimas (N=172)

Statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) slaugytojai nežino (11,8 proc.) ar jiems patinka jų darbas, nežino ir 2,2 proc. gydytojų. Taip pat slaugytojai nesutinka, kad darbas – tarsi būti didelės šeimos dalimi (14 lentelė).

14 lentelė. Pasitenkinimas darbu atspindinčių teiginių bendras vertinimas, atsižvelgiant į pareigas (proc.) (N=172) ($p < 0,05$)

	Sutinku	Nežinai	Nesutinku
	<i>Man patinka mano darbas</i>		
Gydytojas	95,6	2,2	2,2
Slaugytojas	88,2	11,8	0,0
<i>Dirbti čia yra tarsi būti didelės šeimos dalimi</i>			
Gydytojas	88,9	4,4	4,4
Slaugytojas	72,4	9,4	18,1

Tiriamieji, kurių amžius priklauso 40 ir jaunesnei amžiaus grupei, mažiau sutinka su teiginiu, kad į jų pasiūlymus dėl pacientų saugos reaguoja vadovybė. 41-50 metų turintys darbuotojai nežino (23,5 proc.) arba nesutinka (20,6 proc.), kad darbas dirbamoje įstaigoje yra tarsi būti didelės šeimos dalimi. Taip pat šios amžiaus grupės tiriamieji nesutinka (20,6 proc.) arba nežino: ar darbovietė yra gera vieta dirbti (23,5 proc.); ar dirbant šioje įstaigoje jaučia pasididžiavimą (20,6 proc.); ar moralė įstaigoje yra aukšta (26,5 proc.). O vyriausi (51 \geq metų) tyrimo dalyviai nesutinka apie aukštą moralę klinikinėje srityje (15 lentelė).

15 lentelė. Pasitenkinimas darbu atspindinčių teiginių bendras vertinimas, atsižvelgiant į amžių (proc.) (N=172) (p<0,05)

	Sutinku	Nežinau	Nesutinku
	<i>Į mano pasiūlymus dėl pacientų saugos būtų reaguojama, jei juos išreikščiau vadovybei</i>		
≤ 40 metų	65,0	20,0	15,0
41-50 metų	70,6	23,5	5,9
51 ≥ metų	87,3	7,6	5,1
	<i>Dirbti čia yra tarsi būti didelės šeimos dalimi</i>		
≤ 40 metų	75,0	15,0	10,0
41-50 metų	55,9	23,5	20,6
51 ≥ metų	83,1	2,5	13,6
	<i>Tai gera vieta dirbti</i>		
≤ 40 metų	85,0	10,0	5,0
41-50 metų	61,8	17,6	20,6
51 ≥ metų	87,3	4,2	8,5
	<i>Aš didžiuojuosi dirbdama (s) šioje klinikinėje srityje</i>		
≤ 40 metų	90,0	5,0	5,0
41-50 metų	76,5	20,6	2,9
51 ≥ metų	88,1	2,5	8,5
	<i>Moralė šioje klinikinėje srityje yra aukšta</i>		
≤ 40 metų	85,0	10,0	5,0
41-50 metų	70,6	26,5	2,9
51 ≥ metų	78,0	4,2	17,8

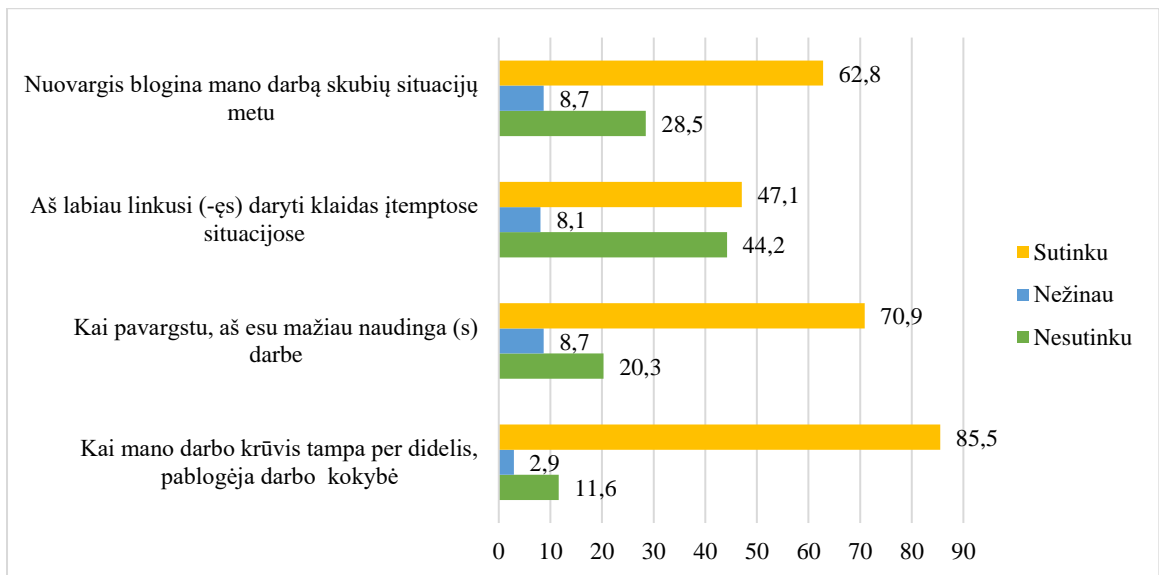
Streso įtaka darbe dimensiją teigiamai vertina didžioji dalis (88,2 proc.) 41-50 metų amžiaus ir 11-20 metus sveikatos priežiūros įstaigoje dirbantys tiriamieji (p<0,05). Gydytojų ir slaugytojų atsakymų pasiskirstymas statistiškai reikšmingai neišsiskyrė (p>0,05), 62,2 proc. gydytojų ir 57,5 proc. slaugytojų šią dimensiją vertina teigiamai (16 lentelė).

16 lentelė. Streso įtaka darbe dimensijos vertinimas, atsižvelgiant į amžių, profesiją ir darbo stažą (proc.)

		Ne teigiamas	Teigiamas	Pearson Chi-Square
Amžius	≤ 40 metų	50,0	50,0	p<0,05
	41-50 metų	11,8	88,2	
	51 ≥ metų	48,3	51,7	
Profesija	Gydytojas	37,8	62,2	p>0,05
	Slaugytojas	42,5	57,5	
Darbo stažas	≤ 10 metų	47,6	52,4	p<0,05
	11-20 metų	18,2	81,8	
	21 ≥ metų	44,2	55,8	

Teigiamas vertinimas – pacientų saugos įvertis ≥ 75; kitas vertinimas (ne teigiamas) – pacientų saugos įvertis < 75

Tyrimo rezultatai rodo, kad padidėjus tiriamųjų darbo krūviui, jų darbo kokybė pablogėja (85,5 proc.), o kai darbuotojai pavargsta, jie tampa mažiau naudingi (70,9 proc.). 62,8 proc. teigimu, nuovargis blogina darbą skubių situacijų metu. Apie pusę tiriamųjų sutinka (47,1 proc.) ir nesutinka (44,2 proc.), kad įtemptoje situacijoje tiriamieji labiau linkę daryti klaidas (10 pav.).



10 pav. Streso įtakos darbe atspindinčių teiginių bendras vertinimas (N=172)

Statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) dėl didesnio darbo krūvio pablogėja darbo krūvis 41 metų ir vyresniems tyrimo dalyviams (41-50 metų – 91,2 proc.; $51 \geq$ metų – 87,3 proc.), taip pat jie būna mažiau naudingi darbe kai pavargsta (41-50 metų – 73,5 proc.; $51 \geq$ metų – 72,9 proc.). Trečdalis jauniausių (≤ 40 metų) ir vyriausių ($51 \geq$ metų) respondentu nesutinka, jog nuovargis blogina jų darbą skubių situacijų metu (17 lentelė).

17 lentelė. Streso įtakos darbe atspindinčių teiginių bendras vertinimas, atsižvelgiant į amžių (proc.) (N=172) ($p < 0,05$)

	Sutinku	Nežinau	Nesutinku
	<i>Kai mano darbo krūvis tampa per didelis, pablogėja darbo kokybė</i>		
≤ 40 metų	65,0	10,0	25,0
41-50 metų	91,2	2,9	5,9
$51 \geq$ metų	87,3	1,7	11,0
<i>Kai pavargstu, aš esu mažiau naudinga (s) darbe</i>			
≤ 40 metų	55,0	10,0	35,0
41-50 metų	73,5	20,6	5,9
$51 \geq$ metų	72,9	5,1	22,0
<i>Nuovargis blogina mano darbą skubių situacijų metu</i>			
≤ 40 metų	55,0	15,0	30,0
41-50 metų	55,9	35,3	8,8
$51 \geq$ metų	66,1	0,0	33,9

Visų tiriamųjų, kurie įstaigoje dirba nuo 11 iki 20 metų, darbo kokybė pablogėja, kai darbo krūvis tampa per didelis ($p < 0,05$). 19 proc. 10 metų ir iki 10 metų darbo stažą turintys respondantai nežino ar jų darbo kokybei ir klaidų atsiradimui turi įtakos padidėjęs darbo krūvis bei įtempta situacija (18 lentelė).

18 lentelė. Streso įtakos darbe atspindinčių teiginių bendras vertinimas, atsižvelgiant į darbo stažą (proc.) (N=172) (p<0,05)

	Sutinku	Nežinau	Nesutinku
	<i>Kai mano darbo krūvis tampa per didelis, pablogėja darbo kokybė</i>		
≤ 10 metų	52,4	19,0	28,6
11-20 metų	100,00	0,0	0,0
21 ≥ metų	88,4	0,0	10,9
<i>Aš labiau linkusi (-ęs) daryti klaidas įtemptose situacijose.</i>			
≤ 10 metų	42,9	19,0	33,3
11-20 metų	45,5	0,0	54,5
21 ≥ metų	48,1	7,8	44,2

Vertinant vadovybės požiūrio į saugą dimensiją, nenustatytas statistiškai reikšmingas ryšis (p>0,05) tarp amžiaus grupių, profesijos ir darbo stažo. Tačiau 19 lentelėje matome, kad jauniausių (≤ 40 metų) respondentų nuomonė išsiskyrė per pus. Ir šioje grupėje vadovybės požiūrį vertina blogiausiai.

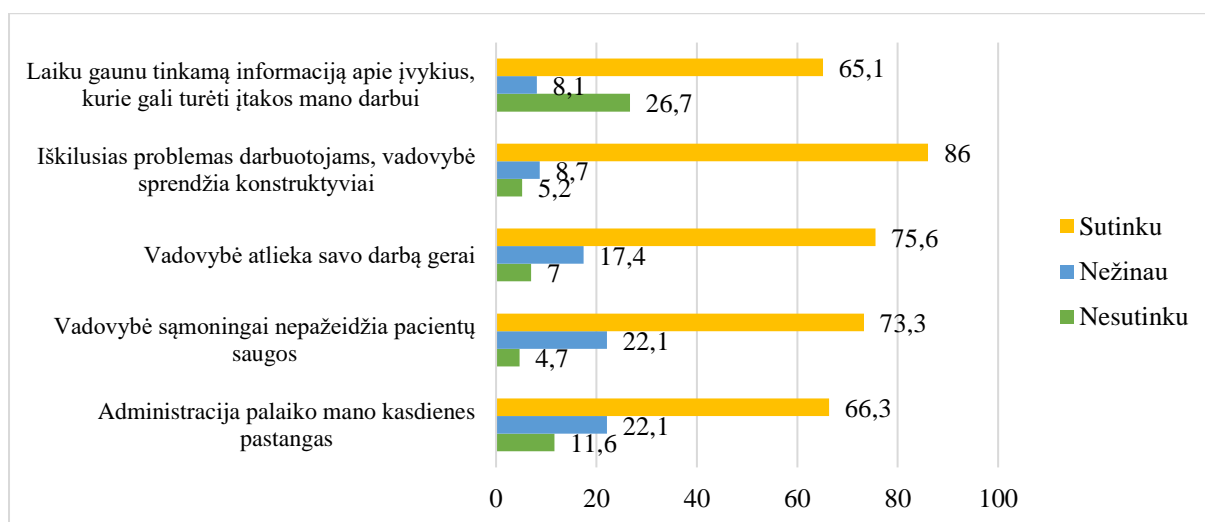
19 lentelė. Vadovybės požiūrio į saugą dimensijos vertinimas, atsižvelgiant į amžių, profesiją ir darbo stažą (proc.)

		Ne teigiamas	Teigiamas	Pearson Chi-Square
Amžius	≤ 40 metų	50,0	50,0	p>0,05
	41-50 metų	26,5	73,5	
	51 ≥ metų	25,4	74,6	
Profesija	Gydytojas	28,9	71,1	p>0,05
	Slaugytojas	28,3	71,7	
Darbo stažas	≤ 10 metų	38,1	61,9	p>0,05
	11-20 metų	22,7	77,3	
	21 ≥ metų	27,9	72,1	

Teigiamas vertinimas – pacientų saugos įvertis ≥ 75; kitas vertinimas (ne teigiamas) – pacientų saugos įvertis < 75

Analizuojamose įstaigose, vadovybė iškilusias darbuotojų problemas sprendžia konstruktyviai. 75,6 proc. teigimu, vadovybė darbą atlieka gerai ir sąmoningai nepažeidžia pacientų saugos (73,3 proc.). Tačiau apie trečdalis (26,7 proc.) darbuotojų laiku negauna tinkamos informacijos apie įvykius, kurie turi įtakos darbui ir 11,6 proc. mano, kad administracija palaiko jų kasdienes pastangas. Tačiau bendrai vadovybės požiūris į saugą vertinamas pakankamai gerai (11 pav.).

Tiriamieji, kurių amžius 40 metų ir jaunesni, nemano, jog vadovybė iškilusias problemas sprendžia konstruktyviai, tačiau šios amžiaus grupės respondentai laikų gauna informaciją, kuri įtakoja jų darbą. Informacija laiku pasiekia ir 51 metų ir vyresnius darbuotojus (20 lentelė).



11 pav. Vadovybės požiūris į saugą atspindinčių teiginių bendras vertinimas (N=172)

20 lentelė. Vadovybės požiūris į saugą atspindinčių teiginių bendras vertinimas, atsižvelgiant į amžių (proc.) (N=172) ($p < 0,05$)

	Sutinku	Nežinau	Nesutinku
<i>Iškilusias problemas darbuotojams, vadovybė sprendžia konstruktyviai</i>			
≤ 40 metų	80,0	5,0	15,0
41-50 metų	76,5	20,6	2,9
51 ≥ metų	89,8	5,9	4,2
<i>Laiku gaunu tinkamą informaciją apie įvykius, kurie gali turėti įtakos mano darbui</i>			
≤ 40 metų	65,0	20,0	15,0
41-50 metų	41,2	20,6	38,2
51 ≥ metų	72,0	2,5	25,4

Darbo sąlygas statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) ne teigiamai vertina 11-20 metų darbo stažą turintys darbuotojai ir 51 ≥ metų amžiaus grupei priklausantys tiriamieji. Kiti atsakymų pasiskirstymai statistiškai nesiskiria ($p > 0,05$) (21 lentelė).

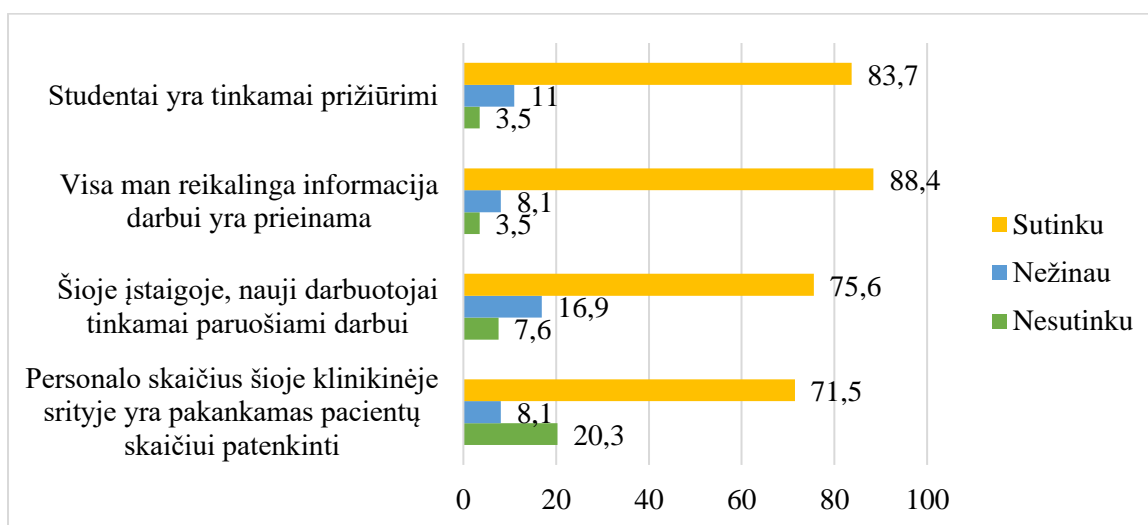
21 lentelė. Darbo sąlygos dimensijos vertinimas, atsižvelgiant į amžių, profesiją ir darbo stažą (proc.)

		Ne teigiamas	Teigiamas	Pearson Chi-Square
Amžius	≤ 40 metų	30,0	70,0	P<0,05
	41-50 metų	38,2	61,8	
	51 ≥ metų	12,7	87,3	
Profesija	Gydytojas	17,8	82,2	p>0,05
	Slaugytojas	20,5	79,5	
Darbo stažas	≤ 10 metų	23,8	76,2	P<0,05
	11-20 metų	40,9	59,1	
	21 ≥ metų	15,5	84,5	

Teigiamas vertinimas – pacientų saugos įvertis ≥ 75; kitas vertinimas (ne teigiamas) – pacientų saugos įvertis < 75

Darbo sąlygos yra vertinamos pakankamai gerai. Didžioji (88,4 proc.) dalis tiriamųjų visuomet gauna jiems reikiamą informaciją. Nauji darbuotojai tinkamai paruošiami darbui (71,5 proc.), o studentai yra prižiūrimi (83,7 proc.). Šiuose įstaigose, anot tiriamųjų, personalo skaičius yra

pakankamas pacientų skaičiui patenkinti (71,5 proc.), tačiau 20,3 proc. nesutinka su šiuo teiginiu (12 pav.).



12 pav. Darbo sąlygų atspindinčių teiginių bendras vertinimas (N=172)

Vyriausi (51 ≥ metų) tyrimo dalyviai darbo sąlygas vertina palankiau, nei tiriamieji priklausantys kitai amžiaus grupei ($p < 0,05$). Didžioji dalis jų sutinka, kad studentai yra prižiūrimi (92,4 proc.) ir nauji darbuotojai tinkamai paruošiami darbui (85,6 proc.). 91,5 proc. 51 metų amžiaus ir vyresni bei 90,0 proc. 40 metų amžiaus ir jaunesni respondentai teigia, kad visa reikiama informacija yra prieinama (22 lentelė).

22 lentelė. Darbo sąlygų atspindinčių teiginių bendras vertinimas, atsižvelgiant į amžių (proc.) (N=172) ($p < 0,05$)

	Sutinku	Nežinau	Nesutinku
<i>Personalo skaičius šioje klinikinėje srityje yra pakankamas pacientų skaičiui patenkinti</i>			
≤ 40 metų	60,0	10,0	30,0
41-50 metų	52,9	5,9	41,2
51 ≥ metų	78,8	8,5	12,7
<i>Šioje įstaigoje, nauji darbuotojai tinkamai paruošiami darbui</i>			
≤ 40 metų	70,0	20,0	10,0
41-50 metų	44,1	50,0	5,9
51 ≥ metų	85,6	6,8	7,6
<i>Visa man reikalinga informacija darbui yra prieinama</i>			
≤ 40 metų	90,0	0,0	10,0
41-50 metų	76,5	17,6	5,9
51 ≥ metų	91,5	6,8	1,7
<i>Studentai yra tinkamai prižiūrimi</i>			
≤ 40 metų	65,0	15,0	10,0
41-50 metų	64,7	32,4	0,0
51 ≥ metų	92,4	4,2	3,4

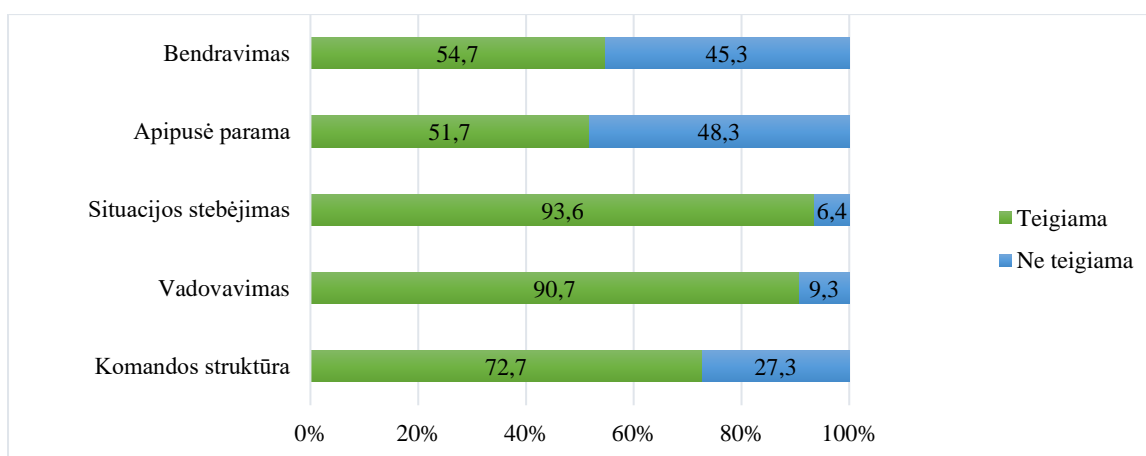
2.2.2. Asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūrio į komandinį darbą, siekiant užtikrinti pacientų saugą vertinimas

Tyrimo metu taip pat buvo siekiama išsiaiškinti sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į komandinį darbą. Rezultatai rodo, kad požiūris į komandinį darbą yra ganėtinai teigiamas, iš 5 dimensijų 2 dimensijų įverčių vidurkis siekė virš 90 ir tik 1 buvo įvertinta neigiamai. Nustatyta, kad tiriamieji aukščiausiais balais įvertino situacijos stebėjimą (92,95 balai; 95% PI 91,11 – 94,79) ir vadovavimą (90,48 balai; 95% PI 88,56 – 92,40). 79,65 balais (95% PI 77,25-82,05) įvertino komandos struktūrą ir 75,99 (95% PI 73,48-78,50) bendravimą. Mažiausiais balais įvertino abipusę paramą (72,63 balai; 95% PI 69,93–75,34), tačiau nereiškia, kad abipusė parama tirtose įstaigose yra bloga, iš pateiktų 7 klausimų, 2 klausimai vertinami atvirkščiai (23 lentelė).

23 lentelė. Tiriamųjų atsakymų vidurkiai pagal komandinio darbo dimensijas

Požiūrio į komandinį darbą dimensijos	Įverčių vidurkiai (balai, 95% PI)	SD
Komandos struktūra	79,65 (77,25-82,05)	15,95
Vadovavimas	90,48 (88,56-92,40)	12,77
Situacijos stebėjimas	92,95 (91,11-94,79)	12,20
Abipusė parama	72,63 (69,93-75,34)	17,98
Bendravimas	75,99 (73,48-78,50)	16,68

Beveik visi tiriamieji teigiamai įvertino situacijos stebėjimą (93,6 proc.) ir vadovavimą (90,7 proc.). 72,7 proc. respondentų teigiamai ir 27,3 proc. ne teigiamai įvertino tirtų sveikatos priežiūros įstaigų komandos struktūrą. Atsakymų apie abipusę paramą ir bendravimą pasiskirstymas yra panašus, pusė tiriamųjų šias dimensijas įvertinimo ir teigiamai ir neigiamai (13 pav.).



13 pav. Požiūrio į komandinį darbą dimensijų vertinimas (N=172)

Teigiamas vertinimas – pacientų saugos įvertis ≥ 75 ; kitas vertinimas (ne teigiamas) – pacientų saugos įvertis < 75

Statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) komandos struktūrą labiau neigiamai vertina gydytojai (40,0 proc.) ir jauniausi (≤ 40 metų) tyrimo dalyviai (45,0 proc.). Atsakymų pasiskirstymas pagal darbo

stažą statistiškai reikšmingai neišsiskyrė ($p > 0,05$), tačiau 24 lentelėje matome, jog ≤ 10 metų stažą turintys darbuotojai komandos struktūra vertina prasčiausiai.

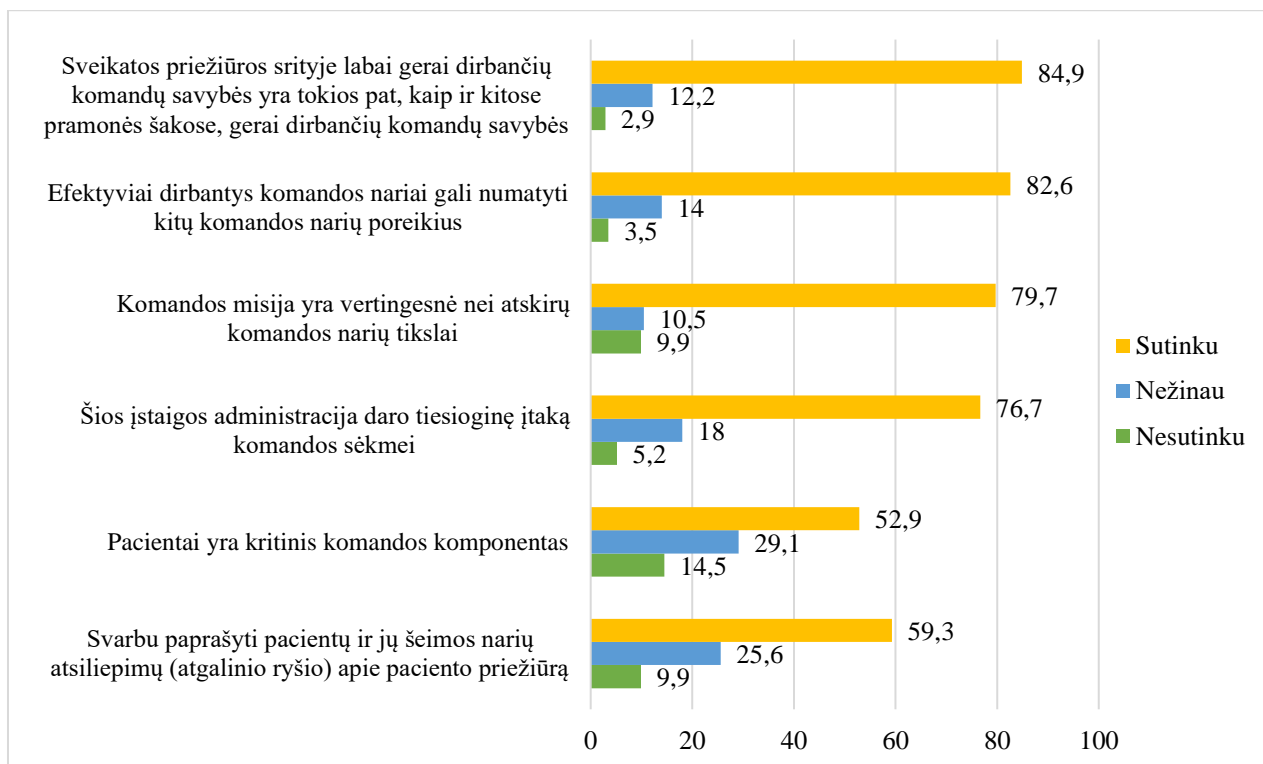
24 lentelė. Komandos struktūros dimensijos vertinimas, atsižvelgiant į amžių, profesiją ir darbo stažą (proc.)

		Ne teigiamas	Teigiamas	Pearson Chi-Square
Amžius	≤ 40 metų	45,0	55,0	$p < 0,05$
	41-50 metų	35,3	64,7	
	$51 \geq$ metų	22,0	78,0	
Profesija	Gydytojas	40,0	60,0	$p < 0,05$
	Slaugytojas	22,8	77,2	
Darbo stažas	≤ 10 metų	42,9	57,1	$p > 0,05$
	11-20 metų	27,3	72,7	
	$21 \geq$ metų	24,8	75,2	

Teigiamas vertinimas – pacientų saugos įvertis ≥ 75 ; kitas vertinimas (ne teigiamas) – pacientų saugos įvertis < 75

Atlikus duomenų analizę nustatyta, kad darbuotojai nežino (25,6 proc.) ar yra svarbus atgalinis ryšys, tai yra ar svarbu paprašyti paciento ir jo šeimos narių atsiliepiamų apie paciento saugą. 9,9 proc. nesutinka, kad atgalinis ryšys yra svarbus. Trečdalis (29,1 proc.) tiriamųjų teigimu, jie nežino, ar pacientas yra kritinis komandos komponentas, 14,5 proc. nesutinka su šiuo teiginiu. 76,7 proc. respondentų sutinka, kad įstaigos administracija daro tiesioginę įtaką komandos sėkmei ir komandos misija yra vertingesnė nei atskirų komandos narių tikslai. Likusi darbuotojų dalis nežino (10,5 proc.) arba nesutinka (9,9 proc.) su šiuo teiginiu. Kad efektyviai dirbantys komandos nariai gali numatyti kitų komandos narių poreikius, atsakė 82,6 proc. tiriamųjų, 14 proc. nežino ar gali numatyti kitų poreikius ir 3,5 proc. nesutinka, kad kitų poreikius galima numatyti. Iš komandos struktūrą atspindinčių teiginių, daugiausia (84,9 proc.) tiriamųjų sutiko, kad sveikatos priežiūros srityje labai gerai dirbančių komandų savybės yra tokios pat, kaip ir kitose pramonės šakose, gerai dirbančių komandų savybės (14 pav.).

Statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) gydytojų manymu (11,1 proc.) efektyviai dirbantys komandos nariai gali numatyti kitų komandos narių poreikius, su šiuo teiginiu nesutinka nei vienas slaugytojas (0,0 proc.). Taip pat gydytojai, lyginant su slaugytojais, sutinka, arba nežino ar sutinka, kad sveikatos priežiūros srityje labai gerai dirbančių komandų savybės yra tokios pat, kaip ir kitose pramonės šakose, gerai dirbančių komandų savybės (25 lentelė).



14 pav. Komandos struktūrą atspindinčių teiginių bendras vertinimas (N=172)

25 lentelė. Komandos struktūrą atspindinčių teiginių bendras vertinimas, atsižvelgiant į pareigas (proc.) (N=172) ($p < 0,05$)

	Sutinku	Nežinai	Nesutinku
	<i>Efektyviai dirbantys komandos nariai gali numatyti kitų komandos narių poreikius</i>		
Gydytojas	11,1	2,2	86,7
Slaugytojas	0,0	18,1	91,1
	<i>Sveikatos priežiūros srityje labai gerai dirbančių komandų savybės yra tokios pat, kaip ir kitose pramonės šakose, gerai dirbančių komandų savybės</i>		
Gydytojas	8,9	13,3	77,8
Slaugytojas	0,8	11,8	87,4

Lyginant komandos struktūrą atspindinčių teiginių palyginimą pagal amžių, keturių teiginių atsakymais statistiškai reikšmingai išsiskyrė ($p < 0,05$). Trečdalis (35,3 proc.) 41-50 metų amžiaus grupei priklausančių tiriamųjų mano, kad pacientai yra kritinis komandos komponentas. Su šiuo teiginiu sutinka tik 5 proc. jauniausių (≤ 40 metų) ir 10,2 proc. vyriausių ($51 \geq$ metų) tiriamųjų. Šiek tiek daugiau nei pusę (55,9 proc.) 41-50 metų amžiaus respondentų nežino ar įstaigos administracija daro tiesioginę įtaką komandos sėkmei, su šiuo teiginiu nesutiko – 44,1 proc. Statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) su šiuo teiginiu sutinka jauniausi (≤ 40 metų) įstaigų darbuotojai, o didžioji dalis (89,0 proc.) vyriausių ($51 \geq$ metų) tiriamųjų teigimu, administracija nedaro tiesioginės įtakos. Kad komandos misija yra vertingesnė nei atskirų komandos narių tikslai, mano 20 proc. jauniausių (≤ 40 metų), 5,9 proc. 41-50 metų amžiaus ir 9,3 proc. vyriausių ($51 \geq$ metų) tiriamųjų. Kad komandos misija nėra vertingesnė, teigia didesnė (84,7 proc.) dalis vyriausių ($51 \geq$ metų) tyrimo dalyvių. Beveik visi (92,4

proc.) šios amžiaus grupės darbuotojų mano, jog sveikatos priežiūros srityje labai gerai dirbančių komandų savybės nėra tokios pat, kaip ir kitose pramonės šakų darbuotojų. Kad savybės nėra tokios pat mano 65 proc. 40 metų ir jaunesni bei 70,6 proc. 41-50 metų amžiaus darbuotojai (26 lentelė).

26 lentelė. Komandos struktūrą atspindinčių teiginių bendras vertinimas, atsižvelgiant į amžių (proc.) (N=172) (p<0,05)

	Sutinku	Nežinau	Nesutinku
	<i>Pacientai yra kritinis komandos komponentas</i>		
≤ 40 metų	5,0	30,0	65,0
41-50 metų	35,3	23,5	41,2
51 ≥ metų	10,2	30,5	54,2
	<i>Šios įstaigos administracija daro tiesioginę įtaką komandos sėkmei</i>		
≤ 40 metų	15,0	25,0	60,0
41-50 metų	0,0	55,9	44,1
51 ≥ metų	5,1	5,9	89,0
	<i>Komandos misija yra vertingesnė nei atskirų komandos narių tikslai</i>		
≤ 40 metų	20,0	5,0	75,0
41-50 metų	5,9	29,4	64,7
51 ≥ metų	9,3	5,9	84,7
	<i>Sveikatos priežiūros srityje labai gerai dirbančių komandų savybės yra tokios pat, kaip ir kitose pramonės šakose, gerai dirbančių komandų savybės</i>		
≤ 40 metų	0,0	35,0	65,0
41-50 metų	0,0	29,4	70,6
51 ≥ metų	4,2	3,4	92,4

Analizuojant duomenis pagal darbo stažą, statistiškai reikšmingai (p<0,05) išsiskyrė nuomonė dvejuose komandos struktūrą atspindinčiuose teiginiuose. 11-20 metų darbo stažą turintys darbuotojai sutinka (36,4 proc.), kad pacientai yra kritinis komandos komponentas, taip pat didesnė dalis (45,5 proc.) jų nežino, ar įstaigos administracija daro tiesioginę įtaką komandos sėkmei (27 lentelė).

27 lentelė. Komandos struktūrą atspindinčių teiginių bendras vertinimas, atsižvelgiant į darbo stažą (proc.) (N=172) (p<0,05)

	Sutinku	Nežinau	Nesutinku
	<i>Pacientai yra kritinis komandos komponentas</i>		
≤ 10 metų	0,0	38,1	61,9
11-20 metų	36,4	13,6	50,0
21 ≥ metų	13,2	30,2	51,9
	<i>Šios įstaigos administracija daro tiesioginę įtaką komandos sėkmei</i>		
≤ 10 metų	4,8	19,0	76,2
11-20 metų	9,1	45,5	45,5
21 ≥ metų	4,7	13,2	82,2

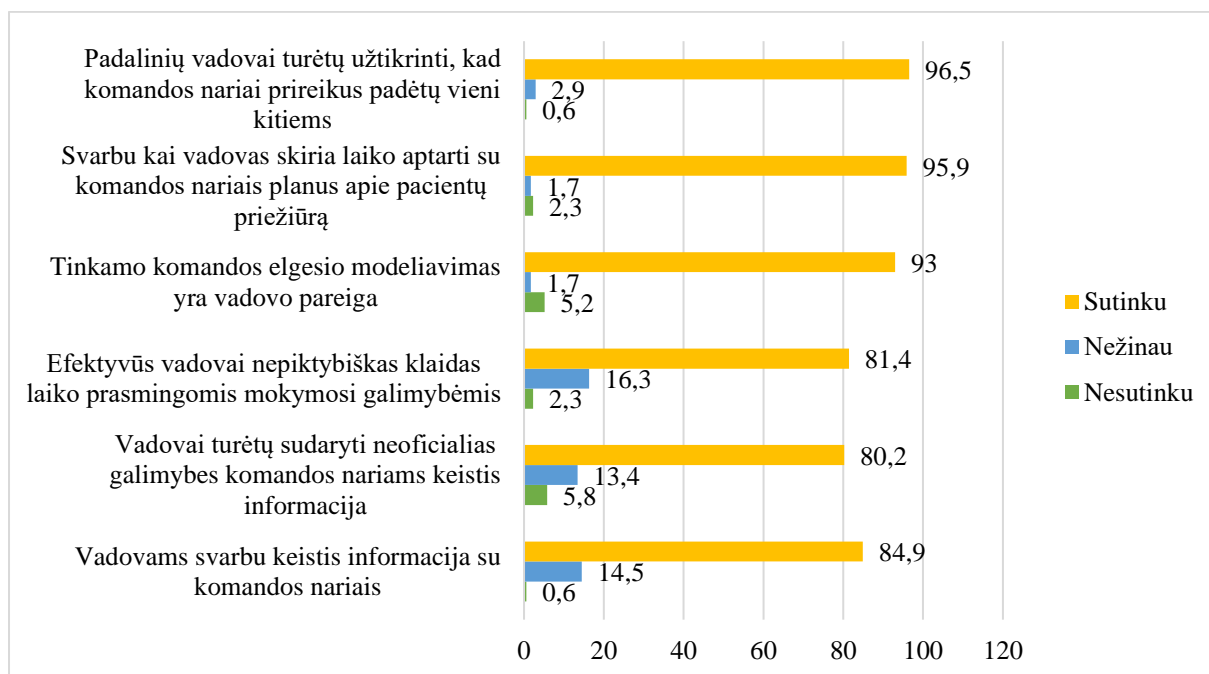
Statistiškai reikšmingai (p<0,05) jauniausi (≤ 40 metų) ir mažiausią (≤ 10 metų) darbo stažą turintys trijų mėnesių ne teigiamai vertina vadovavimo dimensiją. Atsakymų pasiskirstymai pagal profesiją statistiškai reikšmingai neišsiskyrė (p>0,05) (28 lentelė).

28 lentelė. Vadovavimo dimensijos vertinimas, atsižvelgiant į amžių, profesiją ir darbo stažą (proc.)

		Ne teigiamas	Teigiamas	Pearson Chi-Square
Amžius	≤ 40 metų	25,0	75,0	p<0,05
	41-50 metų	5,9	91,4	
	51 ≥ metų	7,6	92,4	
Profesija	Gydytojas	13,3	86,7	p>0,05
	Slaugytojas	7,9	92,1	
Darbo stažas	≤ 10 metų	23,8	76,2	p<0,05
	11-20 metų	13,6	86,4	
	21 ≥ metų	6,2	93,8	

Teigiamas vertinimas – pacientų saugos įvertis ≥ 75; kitas vertinimas (ne teigiamas) – pacientų saugos įvertis < 75

Rezultatai rodo, kad vadovavimą atspindinčius teiginius respondentai vertina teigiamai. Didžioji dalis sutinka, kad: vadovams svarbu keisti informaciją su komandos nariais (84,9 proc.); tinkamo komandos elgesio modeliavimas yra vadovo pareiga (93 proc.); svarbu kai vadovas skiria laiko aptarti su komandos nariais planus apie pacientų priežiūrą (95,9 proc.); padalinių vadovai turėtų užtikrinti, kad komandos nariai prireikus padėtų vieni kitiems (96,5 proc.). 81,4 proc. sutiko, 16,3 proc. nežino ar efektyvūs vadovai nepiktybiškas klaidas laiko prasmingomis mokymosi galimybėmis. O kad vadovai turėtų sudaryti neoficialias galimybes komandos nariams keisti informaciją, sutiko 80,2 proc. respondentų, 5,8 proc. mano priešingai. Ir 13,4 proc. nežino ar vadovas turi sudaryti tokias galimybes (15 pav.).



15 pav. Vadovavimą atspindinčių teiginių bendras vertinimas (N=172)

Statistiškai reikšmingai (p<0,05) tiriamieji, kurių amžius 41-50 metų, nesutinka (58,8 proc.) arba nežino (41,2 proc.), ar vadovai turėtų sudaryti neoficialias galimybes komandos nariams keisti

informacija. O jauniausių (≤ 40 metų) tyrimo dalyvių manymu, kad efektyvūs vadovai nepiktybiškas klaidas laiko prasmingomis mokymosi galimybėmis (15,0 proc.) ir, kad svarbu kai vadovas skiria laiko aptarti planus apie pacientų priežiūrą (15,0 proc.). Beveik visi 41 metų ir vyresni respondentai nemano, kad vadovai turėtų užtikrinti tarpusavio pagalbą. Su šiuo teiginiu nesutinka ir 80,0 proc. jauniausių (≤ 40 metų) tyrimo dalyvių. Likusi dalis (20,0 proc.) nežino ar tai įeina į vadovo pareigas (29 lentelė).

29 lentelė. Vadovavimą atspindinčių teiginių bendras vertinimas, atsižvelgiant į amžių (proc.) (N=172) (p<0,05)

	Sutinku	Nežinau	Nesutinku
	<i>Vadovai turėtų sudaryti neoficialias galimybes komandos nariams keistis informacija</i>		
≤ 40 metų	10,0	15,0	75,0
41-50 metų	0,0	41,2	58,8
51 \geq metų	0,0	5,1	87,3
	<i>Efektyvūs vadovai nepiktybiškas klaidas laiko prasmingomis mokymosi galimybėmis</i>		
≤ 40 metų	15,0	15,0	70,0
41-50 metų	0,0	26,5	73,5
51 \geq metų	0,8	13,6	85,6
	<i>Svarbu kai vadovas skiria laiko aptarti su komandos nariais planus apie pacientų priežiūrą</i>		
≤ 40 metų	15,0	0,0	85,0
41-50 metų	2,9	0,0	97,1
51 \geq metų	0,0	2,5	97,5
	<i>Padalinių vadovai turėtų užtikrinti, kad komandos nariai prireikus padėtų vieni kitiems</i>		
≤ 40 metų	0,0	20,0	80,0
41-50 metų	2,9	0,0	97,1
51 \geq metų	0,0	0,8	99,2

10 metų ir mažesnę darbo stažą turintys darbuotojai statistiškai reikšmingai (p<0,05) sutinka, kad tik efektyvus vadovas nepiktybiškas klaidas gali laikyti kaip mokymosi galimybę (14,3 proc.), taip pat svarbu, kad vadovas su komanda aptaria planus apie pacientų priežiūrą. Kad nereikia aptarti pacientų priežiūros planus, teigia visi 11-20 metų darbo stažą turintys tiriamieji (30 lentelė).

30 lentelė. Vadovavimą atspindinčių teiginių bendras vertinimas, atsižvelgiant į darbo stažą (proc.) (N=172) (p<0,05)

	Sutinku	Nežinau	Nesutinku
	<i>Efektyvūs vadovai nepiktybiškas klaidas laiko prasmingomis mokymosi galimybėmis</i>		
≤ 10 metų	14,3	14,3	71,4
11-20 metų	4,5	9,1	86,4
21 \geq metų	0,0	17,8	82,2
	<i>Svarbu kai vadovas skiria laiko aptarti su komandos nariais planus apie pacientų priežiūrą</i>		
≤ 10 metų	19,0	0,0	81,0
11-20 metų	0,0	0,0	100,0
21 \geq metų	0,0	2,3	97,7

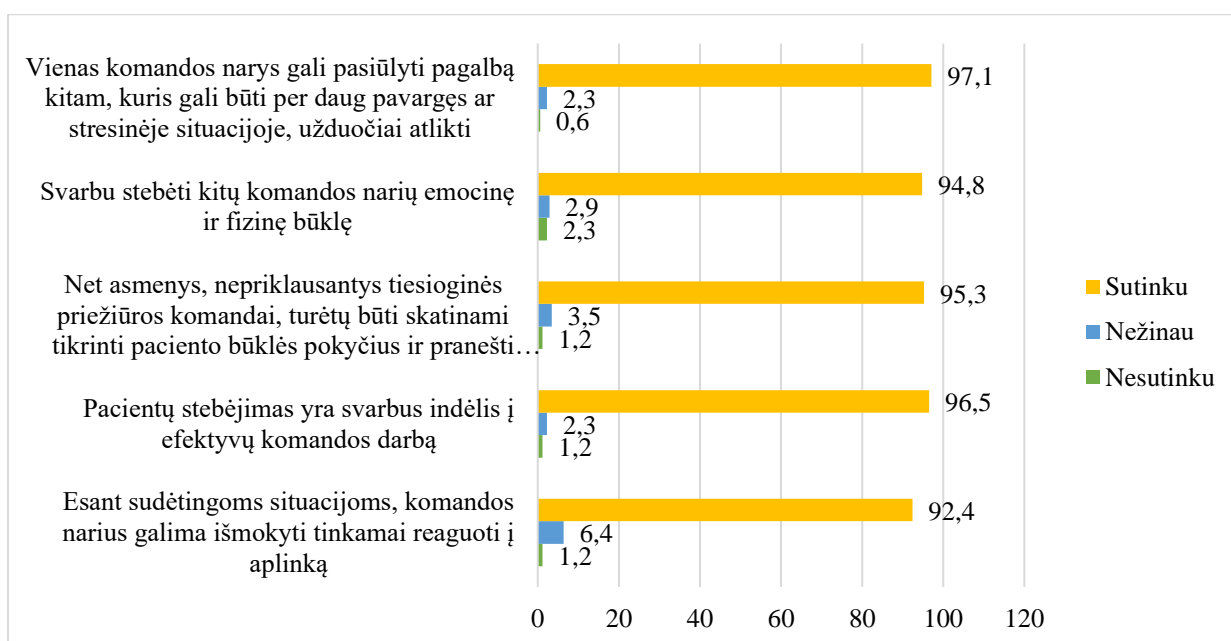
Situacijos stebėjimo dimensiją statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) ne teigiamai vertina iki 50 metų amžiaus grupei priklausantys tiriamieji (≤ 40 metų – 20,0 proc.; 41-50 metų – 17,6 proc.). Kiti atsakymų pasiskirstymai pagal profesiją ir darbo stažą buvo panašūs, tai yra nebuvo nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys ($p > 0,05$) (31 lentelė).

31 lentelė. Situacijos stebėjimo dimensijos vertinimas, atsižvelgiant į amžių, profesiją ir darbo stažą (proc.)

		Ne teigiamas	Teigiamas	Pearson Chi-Square
Amžius	≤ 40 metų	20,0	80,0	$p < 0,05$
	41-50 metų	17,6	82,4	
	$51 \geq$ metų	0,8	99,2	
Profesija	Gydytojas	4,4	95,6	$p > 0,05$
	Slaugytojas	7,1	92,9	
Darbo stažas	≤ 10 metų	14,3	85,7	$p > 0,05$
	11-20 metų	9,1	90,9	
	$21 \geq$ metų	4,7	95,3	

Teigiamas vertinimas – pacientų saugos įvertis ≥ 75 ; kitas vertinimas (ne teigiamas) – pacientų saugos įvertis < 75

Tyrimo rezultatai parodė, kad beveik visi tiriamieji sutinka su situacijos stebėjimą atspindinčiais teiginiais. 92,4 proc. teigia, kad esant sudėtingoms situacijoms, komandos narius galima išmokyti tinkamai reaguoti į aplinką ir pacientų stebėjimas yra svarbus indėlis į efektyvų komandos darbą (96,5 proc.). 95,3 proc. mano, kad asmenys, kurie nepriklauso tiesioginės priežiūros komandai, turėtų būti skatinami tikrinti paciento būklės pokyčius ir pranešti apie juos. 94,8 proc. yra svarbu stebėti kitų komandos narių emocinę ir fizinę būklę. Ir, kad vienas komandos narys gali pasiūlyti pagalbą kitam, kuris gali būti per daug pavargęs ar stresinėje situacijoje, užduočiai atlikti, atsakė 97,1 proc. tiriamųjų. Nesutiko su šiais teiginiais nuo 0,6 iki 1,2 proc. respondentų (16 pav.).



16 pav. Situacijos stebėjimą atspindinčių teiginių bendras vertinimas (N=172)

Statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) tiriamieji, kurių amžius iki 50 metų, lyginant su vyriausiais ($51 \geq$ metų) respondentais, nežino, ar esant sudėtingoms situacijoms, komandos narius galima išmokyti tinkamai reaguoti į aplinką (≤ 40 metų – 15,0 proc.; 41-50 metų – 17,6 proc.), bei ar asmenys, nepriklausantys tiesioginės priežiūros komandai, turėtų būti skatinami tikrinti paciento būklės pokyčius ir pranešti apie juos (≤ 40 metų – 10,0 proc.; 41-50 metų – 8,8 proc.). 40 metų ir jaunesni tiriamieji taip pat nežino, ar pacientų stebėjimas yra svarbus indėlis į efektyvų komandos darbą (15,0 proc.) ir ar vienas komandos narys gali pasiūlyti pagalbą kitam, kuris gali būti per daug pavargęs ar stresinėje situacijoje, užduočiai atlikti (15,0 proc.). Beveik visi vyriausiai ($51 \geq$ metų) amžiaus grupei priklausantys tiriamieji sutinka su šiais teiginiais (32 lentelė).

32 lentelė. Situacijos stebėjimą atspindinčių teiginių bendras vertinimas, atsižvelgiant į amžių (proc.) (N=172) ($p < 0,05$)

	Sutinku	Nežinau	Nesutinku
	<i>Esant sudėtingoms situacijoms, komandos narius galima išmokyti tinkamai reaguoti į aplinką</i>		
≤ 40 metų	5,0	15,0	80,0
41-50 metų	0,0	17,6	82,4
$51 \geq$ metų	0,8	1,7	97,5
	<i>Pacientų stebėjimas yra svarbus indėlis į efektyvų komandos darbą</i>		
≤ 40 metų	5,0	15,0	80,0
41-50 metų	2,9	0,0	97,1
$51 \geq$ metų	0,0	0,8	99,2
	<i>Net asmenys, nepriklausantys tiesioginės priežiūros komandai, turėtų būti skatinami tikrinti paciento būklės pokyčius ir pranešti apie juos</i>		
≤ 40 metų	10,0	10,0	80,0
41-50 metų	0,0	8,8	91,2
$51 \geq$ metų	0,0	0,8	99,2
	<i>Vienas komandos narys gali pasiūlyti pagalbą kitam, kuris gali būti per daug pavargęs ar stresinėje situacijoje, užduočiai atlikti</i>		
≤ 40 metų	5,0	15,0	80,0
41-50 metų	0,0	0,0	100,0
$51 \geq$ metų	0,0	0,8	99,2

Apie abipusę paramą dimensiją ne teigiamai vertina pusę gydytojų (53,3 proc.) ir šiek tiek mažiau (46,5 proc.) slaugytojų. Iki 50 metų turintys tiriamieji paramą vertina labiau ne teigiamai (≤ 40 metų – 60,0 proc.; 41-50 metų – 61,8 proc.), nei teigiamai (≤ 40 metų – 40,0 proc.; 41-50 metų – 38,2 proc.) ($p > 0,05$). Statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) 11-20 metų darbo stažą turintys darbuotojai abipusę paramą vertina ne teigiamai (72,7 proc.) (33 lentelė).

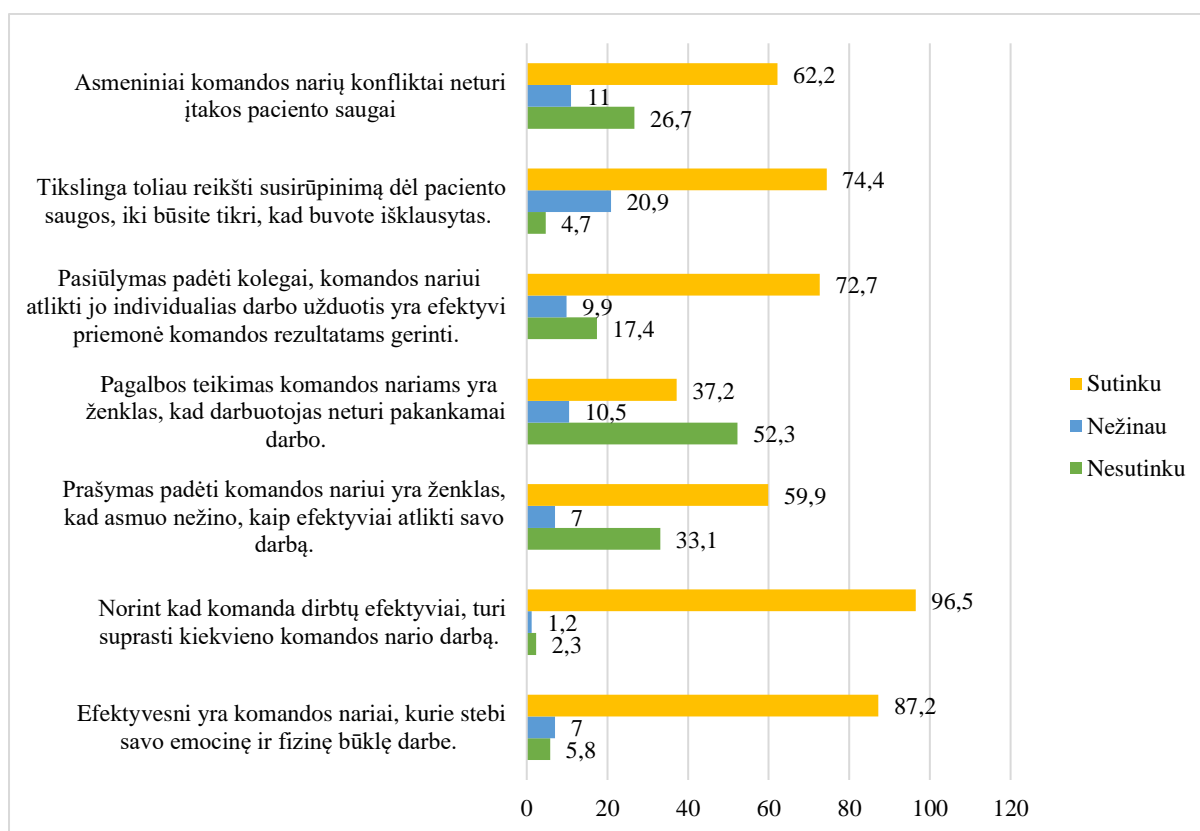
Trečdalis (33,1 proc.) tiriamųjų nesutinka, kad prašymas padėti komandos nariui yra ženklas, kad asmuo nežino, kaip efektyviai atlikti savo darbą, taip pat pusę (52,3 proc.) teigia, jog pagalbos teikimas komandos nariams, tai nėra ženklas, kad darbuotojas neturi pakankamai darbo. 26,7 proc. teigimu, asmeniniai komandos narių konfliktai įtakoja pacientų saugą. 17,4 proc. nemano, kad reikia siūlyti kolegai atlikti jo individualias darbo užduotis, nes tai neįtakos komandos rezultatų. Dauguma

(87,2 proc.) respondentų sutinka, jog efektyvesni komandos nariai yra tie, kurie stebi savo emocinę ir fizinę būklę darbe. 96,5 proc. teigimu, norint, kad komanda dirbtų efektyviai, turi suprasti kiekvieno komandos nario darbą. 74,4 proc. sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojų tikslingai reiškia susirūpinimą dėl paciento saugos (17 pav.).

33 lentelė. Abipusės paramos dimensijos vertinimas, atsižvelgiant į amžių, profesiją ir darbo stažą (proc.)

		Ne teigiamas	Teigiamas	Pearson Chi-Square
Amžius	≤ 40 metų	60,0	40,0	p>0,05
	41-50 metų	61,8	38,2	
	51 ≥ metų	42,4	57,6	
Profesija	Gydytojas	53,3	46,7	p>0,05
	Slaugytojas	46,5	53,5	
Darbo stažas	≤ 10 metų	42,9	57,1	p<0,05
	11-20 metų	72,7	27,3	
	21 ≥ metų	45,0	55,0	

Teigiamas vertinimas – pacientų saugos įvertis ≥ 75; kitas vertinimas (ne teigiamas) – pacientų saugos įvertis < 75



17 pav. Abipusę paramą atspindinčių teiginių bendras vertinimas (N=172)

Statsitiškai reikmingai ($p < 0,05$) jauniausi (≤ 40 metų) tyrimo dalyviai mano, kad komandos nariai turi stebėti savo emocinę ir fizinę būklę darbe (20,0 proc.), tai pat būtina suprasti kiekvieno komandos nario darbą (20,0 proc.), o asmeniniai konfliktai neturi turėti įtakos pacientų saugai (50

proc.). 41-50 metų respondentai, lyginant su kitomis grupėmis, nežino kaip vertinti teiginius (34 lentelė).

34 lentelė. Abipusę paramą atspindinčių teiginių bendras vertinimas, atsižvelgiant į amžių (proc.) (N=172) ($p<0,05$)

	Sutinku	Nežinau	Nesutinku
	<i>Efektivesni yra komandos nariai, kurie stebi savo emocinę ir fizinę būklę darbe</i>		
≤ 40 metų	20,0	5,0	75,0
41-50 metų	0,0	23,5	76,5
51 ≥ metų	5,1	2,5	92,4
	<i>Norint kad komanda dirbtų efektyviai, turi suprasti kiekvieno komandos nario darbą</i>		
≤ 40 metų	20,0	5,0	75,0
41-50 metų	0,0	0,0	100,00
51 ≥ metų	0,0	0,8	99,2
	<i>Prašymas padėti komandos nariui yra ženklas, kad asmuo nežino, kaip efektyviai atlikti savo darbą</i>		
≤ 40 metų	45,0	5,0	50,0
41-50 metų	17,6	20,6	61,8
51 ≥ metų	35,6	3,4	61,0
	<i>Pasiūlymas padėti kolegai, komandos nariui atlikti jo individualias darbo užduotis yra efektyvi priemonė komandos rezultatams gerinti</i>		
≤ 40 metų	20,0	25,0	55,0
41-50 metų	32,4	26,5	41,2
51 ≥ metų	12,7	2,5	84,7
	<i>Asmeniniai komandos narių konfliktai neturi įtakos paciento saugai</i>		
≤ 40 metų	50,0	15,0	35,0
41-50 metų	29,4	20,6	50,0
51 ≥ metų	22,0	7,6	70,3

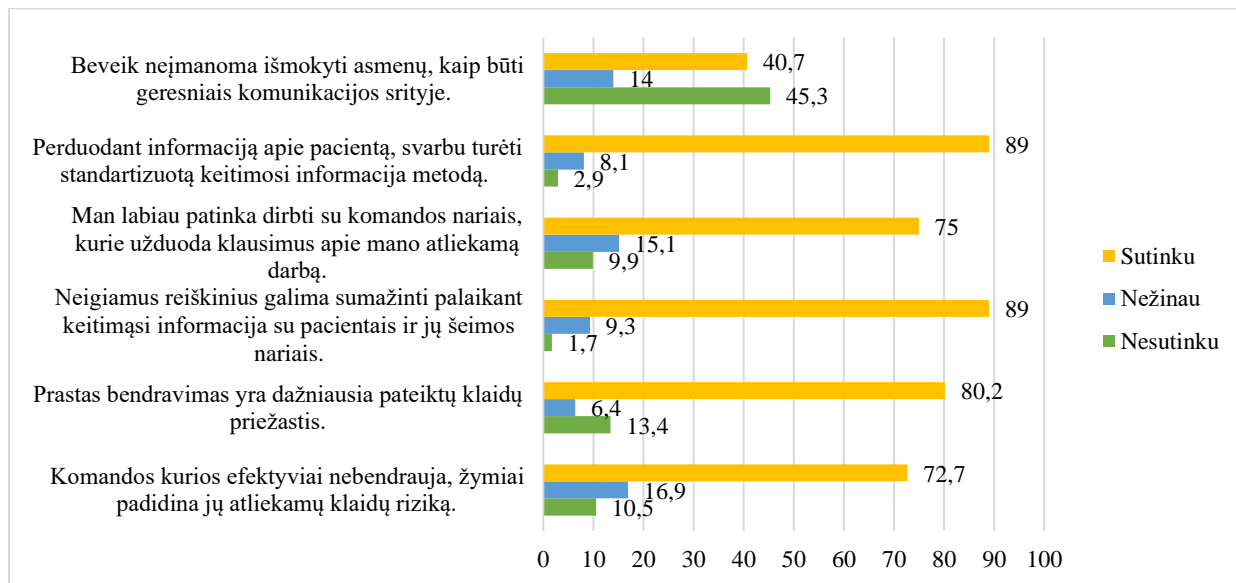
Analizuojant duomenis apie bendravimą, atsakymų pasiskirstymas statistiškai reikšmingai išsiskyrė ($p<0,05$) pagal amžių. 41-50 metų amžiaus tiriamieji palankiau (teigiamai pažymėjo - 73,5 proc.) vertina bendravimo dimensiją (35 lentelė).

35 lentelė. Bendravimo dimensijos vertinimas, atsižvelgiant į amžių, profesiją ir darbo stažą (proc.)

		Ne teigiamas	Teigiamas	Pearson Chi-Square
Amžius	≤ 40 metų	60,0	40,0	p<0,05
	41-50 metų	26,5	73,5	
	51 ≥ metų	48,3	51,7	
Profesija	Gydytojas	42,2	57,8	p>0,05
	Slaugytojas	46,5	53,5	
Darbo stažas	≤ 10 metų	47,6	52,4	p>0,05
	11-20 metų	27,3	72,7	
	21 ≥ metų	48,1	51,9	

Teigiamas vertinimas – pacientų saugos įvertis ≥ 75; kitas vertinimas (ne teigiamas) – pacientų saugos įvertis < 75

19 pav. matome, kad dauguma tiriamųjų sutinka, kad tarpusavyje reikia keistis informacija apie pacientą (89 proc.), bei, kad neigiamus reiškinius sumažina informacijos keitimasis su pacientais ir jų šeimos nariais (89 proc.). 80,2 proc. mano, kad dėl prasto bendravimo kyla klaidos, o komandos, kurios nebendruoja padidina klaidų riziką (72,7 proc.). 75 proc. respondentams labiau patinka dirbti su komanda, kuri užduoda klausimus apie atliekamą darbą (18 pav.).



18 pav. Bendravimą atspindinčių teiginių bendras vertinimas (N=172)

2.2.3. Asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūrio į pacientų saugą ir komandinį darbą sąsajos

Moksliniuose tyrimuose akcentuojama komandinio darbo svarba, siekiant pagerinti pacientų saugą. Tyrimo metu buvo siekiama nustatyti sąsaja tarp asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūrio į pacientų saugą ir požiūrio į komandinį darbą. Analizuojant ryšį tarp komandos struktūros ir požiūrio į pacientų saugą dimensijas, nustatytas statistiškai reikšmingas ir silpnas koreliacijos ryšys tarp: komandinio darbo aplinkos ($p < 0,01$; $r = 0,299$), saugos aplinkos ($p < 0,01$; $r = 0,367$), pasitenkinimu darbu ($p < 0,01$; $r = 0,322$), vadovybės požiūri į saugą ($p < 0,01$; $r = 0,403$) ir darbo sąlygų ($p < 0,01$; $r = 0,407$). Vadovavimo dimensija silpnai koreliuoja ir nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys su: komandinio darbo aplinka ($p < 0,01$; $r = 0,399$), pasitenkinimu darbu ($p < 0,01$; $r = 0,299$), vadovybės požiūrio į saugą ($p < 0,01$; $r = 0,365$). Taip pat vidutinis koreliacijos ryšys nustatytas tarp vadovavimo ir saugos aplinkos ($p < 0,01$; $r = 0,524$) ir darbo sąlygų ($p < 0,01$; $r = 0,545$). Situacijos stebėjimo dimensija silpnai koreliuoja su penkiomis požiūrio į pacientų saugą dimensijomis: komandinio darbo aplinka ($p < 0,01$; $r = 0,261$); saugos aplinka ($p < 0,01$; $r = 0,420$); pasitenkinimu darbu ($p < 0,01$; $r = 0,475$); vadovybės požiūris į saugą ($p < 0,01$; $r = 0,480$); darbo sąlygos ($p < 0,01$; $r = 0,486$). Abipusė parama silpnai koreliuoja su saugos aplinka ($p < 0,01$; $r = 0,376$); pasitenkinimu darbu ($p < 0,01$; $r = 0,345$); vadovybės požiūriu į saugą ($p < 0,01$; $r = 0,294$) ir darbo sąlygomis ($p < 0,01$;

$r=0,262$). Taip pat buvo nustatytas silpnas koreliacijos ryšys ir statistinis reikšmingumas tarp keturių požiūrio į saugą dimensijų: komandinio darbo aplinka ($p<0,01$; $r=0,241$); pasitenkinimu darbu ($p<0,01$; $r=0,262$); vadovybės požiūriu į saugą ($p<0,01$; $r=0,244$) bei darbo sąlygomis ($p<0,01$; $r=0,221$) (36 lentelė).

36 lentelė. Asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūrio į pacientų saugą ir komandinį darbą dimensijų koreliacija (Pearsono)

	Komandinio darbo aplinka	Saugos aplinka	Pasitenkinimas darbu	Streso įtaka darbe	Vadovybės požiūris į saugą	Darbo sąlygos
Komandos struktūra	0,299	0,367	0,322	0,027	0,403	0,407
	***	***	***	*	***	***
Vadovavimas	0,399	0,524	0,373	-0,052	0,365	0,545
	***	***	***	*	***	***
Situacijos stebėjimas	0,261	0,420	0,475	-0,025	0,480	0,486
	***	***	***	*	***	***
Abipusė parama	0,164	0,376	0,345	-0,155	0,294	0,262
	**	***	***	**	***	***
Bendravimas	0,241	0,191	0,262	-0,006	0,244	0,221
	***	**	***	*	***	***

* $p>0,05$; ** $p<0,05$; *** $p<0,01$

Tyrimo metu buvo siekiama išsiaiškinti, kiek kokia tiriamųjų dalis registravo nepageidaujamus įvykius. Rezultatai rodo, kad tik 22,7 apklausoje dalyvavusių sveikatos priežiūros specialistų registravo nepageidaujamus įvykius.

2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas

Vertinant tyrimo rezultatus, matyti, kad sveikatos priežiūros darbuotojų požiūris į pacientų saugą yra teigiamas. Tiriamieji labiausiai išskyrė šias dimensijas: pasitenkinimą darbu (84,65) ir darbo sąlygas (84,27). Mažiausiais balais buvo įvertinta komandinio darbo aplinka (74,37) ir streso įtaka darbe (64,97). Tai yra, sveikatos priežiūros specialistai yra patenkinti darbo sąlygomis ir savo darbu, tačiau stresas jų darbe pasitaiko dažnai ir nepakankamas komandinis darbas. Panašius teigiamus vertinimus pateikė ir kiti Lietuvos bei užsienio mokslininkų, tačiau išsiskyrė mažiausiai balais vertintos dimensijos. Schwendimann, R., Zimmermann, N., Kung, K., Ausserhofer, D. ir Sexton, B. (2013) atlikto tyrimo rezultatai buvo panašūs, aukščiausiais balais buvo įvertintas pasitenkinimas darbu (77,6 balai), o žemiausiais balais - streso įtaka darbe (50,5 balai). Kulevičiūtė, Vasyliūtė ir Brasaitė – Abromė (2016) tyrė slaugytojų požiūrį į saugą, atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad slaugytojai geriausiai vertino pasitenkinimą darbu, darbo sąlygas ir komandinio darbo aplinką, o mažiausiais balais buvo įvertintas vadovybės požiūris į pacientų saugą. Abdou ir Saber (2011) požiūrio į pacientų saugą vertinimo tyrimo duomenys parodė, kad respondentai labiau teigiamai įvertino pasitenkinimą darbu, o žemiausiais balais – vadovybės požiūrį į saugą. Šio tyrimo rezultatai buvo analizuojami pagal amžiaus grupę, profesiją ir darbo stažą. Tyrimo rezultatai rodo, kad slaugytojai ($p < 0,05$) (40,9 proc.), 41-50 metų amžiaus (38,2 proc.) ($p > 0,05$) ir 11-20 metų darbo stažą (40,9 proc.) ($p > 0,05$) turintys tiriamieji blogiau vertina komandinę darbo aplinką. Šie tiriamieji nejaučia palaikymo iš kito personalo, o slaugytojams nėra lengva kreiptis į kitus, jei kažko nežino. Nustatyta, kad tiriamieji nelinkę kalbėti apie pastebėtą paciento priežiūros problemą. Taivane atlikti tyrimo rezultatai buvo panašūs, autorių teigimu, sveikatos priežiūros personalas nelinkęs atvirai kalbėti apie nepageidaujamus įvykius ir renkasi tylėjimą (Chen ir Li, 2010). Šio tyrimo metu vadovybės požiūris į saugą buvo įvertintas 79,13 balais, tai yra vertinama teigiamai. Scherer ir Fitzpatrick (2008) taip pat pateikia panašius rezultatus - sveikatos priežiūros personalas buvo patenkintas vadovybės veiksmais, susijusiais su pacientų sauga. O Bogdanova ir Večkienė (2009), Castle ir Sonon (2008), Hellings, Schrooten, Klazinga ir Vleugels (2007), Singer, Gaba, Geppert, Sinaiko, Howard ir Park (2003) pateikia priešingus rezultatus, pasak autorių, jų atliktuose tyrimuose, slaugytojų ir gydytojų nuomone, vadovybė nepakankamai palaiko pacientų saugą. Atliekant šio tyrimo saugos aplinkos dimensijos vertinimą, atsakymų pasiskirstymas statistiškai reikšmingai neišsiskyrė ($p > 0,05$). Tačiau pastebėta, kad gydytojai (73,3 proc.), 41-50 metų amžiaus ir 11-20 metų darbo stažą turintys darbuotojai saugos aplinkos dimensiją vertina geriau nei kiti tiriamieji. O mažiausiai patenkinti savo darbu yra gydytojai ($p < 0,05$), vyriausi (51 \geq metų) ir mažiausią darbo stažą (≤ 10 metų) turintys tiriamieji ($p > 0,05$). Statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) gydytojų, lyginant su slaugytojais, darbo indelis gydymo įstaigoje yra vertinamas, jie jaučia palaikymą iš kito personalo

bei lengva paklausti personalo to, ko jie nežino. Užsienio mokslininkų tyrimuose nustatyta, kad statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) gydytojai gali atvirai išsakyti savo nuomonę ir juos dažniau palaiko kitas personalas. Pumputytės, A. (2014) atlikto tyrimo rezultatai atskleidė, kad respondentų amžius yra reikšmingai susijęs su pasitenkinimo darbu vertinimu. Buvo lyginami 49 m. ir vyresni respondentai su jaunesniais nei 30 m. respondентаis ir su 30–39 m. amžiaus respondentų grupe, nustatyta, kad vyriausioji respondentų grupė pasitenkinimo darbu sritį vertino reikšmingai didesniais įverčiais. Šio tyrimo rezultatai nenustatė statistiškai reikšmingo ryšio ($p > 0,05$) tarp amžiaus ir pasitenkinimo darbu, tačiau matome, kad vyriausi ($51 \geq$ metų) ir mažiausią darbo stažą (≤ 10 metų) turintys tiriamieji yra mažiau patenkinti savo darbu nei kiti respondentai. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė neabejotinai reikšmingai priklauso nuo streso darbe ir jo įveikos būdo. Mūsų atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad streso įtaka darbe dimensijos teiginius teigiamai įvertino 57,8 tiriamųjų, ne teigiamai – 41,3 proc. Streso įtaką darbe palankiausiai vertina 41-50 metų amžiaus ir 11-20 metus sveikatos priežiūros įstaigoje dirbantys tiriamieji ($p < 0,05$). Darbo sąlygas statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) ne teigiamai vertina 11-20 metų darbo stažą turintys darbuotojai ir $51 \geq$ metų amžiaus grupe priklausantys tiriamieji. Esant slaugytojų trūkumui skyriuje, pacientui skiriama mažiau dėmesio, dėl ko didėja tikimybė nepageidaujamam įvykiui atsirasti (Farquouhar, Collins ir Clancy, 2007). Rezultatai rodo, kad personalo skaičius tirtose klinikose yra pakankamas pacientų skaičiui patenkinti, taip mano 71,5 proc. tiriamųjų. Todėl pacientų saugai užtikrinti ypatingai svarbu pakankamas sveikatos priežiūros personalo skaičius sveikatos priežiūros įstaigoje.

Moksliniuose tyrimuose, susijusiuose su pacientų sauga, ypač didelis dėmesys skiriamas komandiniam darbui teikiant sveikatos priežiūros paslaugas (Makary, Sexton, Freischlag J, Holzmueller, Millman, Rowen ir Pronovost, 2006; Manser, 2008; Mills, Neily ir Dunn, 2008; Sandra, 2007; Sexton ir kt., 2006; Smits, Wagner, Spreeuwenberg, Wal ir Groenewegen, 2009). Anot Klasauskaitės (2018) (cit. Sexton, 2006), komandinio darbo trikdžiai siejami su informacijos sklaidos stoka, komplikuoju bendravimu, nelygiaverčiais komandos narių santykiais, įgūdžių dirbti komandoje stoka. Mūsų atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad požiūris į komandinį darbą yra ganėtinai teigiamas, iš 5 dimensijų įverčių vidurkis siekė virš 90 ir tik 1 buvo įvertinta neigiamai. Nustatyta, kad tiriamieji aukščiausiais balais įvertino situacijos stebėjimą (92,95) ir vadovavimą (90,48), mažiausiais - abipuse paramą (72,63). Pagrindiniai komandos nariai – gydytojas, slaugytojas, pacientas ir jo artimieji. Sveikatos priežiūros specialistų komandos tikslas – pateisinti pacientų lūkesčius, tad pacientas tampa lygiaverčiu komandos nariu (*National Patient Safety Agency*, 2004). Šio tyrimo rezultatai rodo, kad komandos struktūrą 72,7 proc. tiriamųjų įvertino teigiamai. Statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) komandos struktūrą labiau neigiamai vertina gydytojai (40,0 proc.) ir jauniausi (≤ 40 metų) tyrimo dalyviai (45,0 proc.). Virš 10 proc. gydytojų manymu, efektyviai dirbantys komandos nariai gali numatyti kitų komandos narių poreikius, su šiuo teiginiu nesutinka nei vienas

slaugytojas. Matziou, V., Vlahioti, E., Perdikaris, P., Matziou, T., Megapanou, E. ir Petsios. K. (2014) atlikto tyrimo rezultatai buvo priešingi, autorių teigimu, gydytojai dažniau negu slaugytojai linkę savo darbo pobūdį vertinti kaip komandinį. Kuriant pozityvią pacientų saugos kultūrą, pagrindinis veiksnys – atviro bendravimo aplinkos kūrimas. Tyrimo rezultatai rodo, kad dauguma tiriamųjų sutinka, kad tarpusavyje reikia keistis informacija apie pacientą (89,0 proc.) ir, kad neigiamus reiškinius sumažina informacijos keitimasis su pacientais ir jų šeimos nariais (89,0 proc.). Kinijos tyrėjai Chi Chen ir Hung-Hui Li Taivano ligoninėje nustatė itin aukštą komandinio darbo svarbą pacientų saugai, beveik visi ligoninės apklaustieji (94 proc.) teikė pirmumą bendradarbiavimui, bei vadovavimui.

Apibendrinant galima teigti, kad palyginus užsienio šalių atliktus tyrimus bei šiame darbe atlikto tyrimo rezultatus yra išskiriamos panašios problemos užtikrinant pacientų saugą. Šio darbo tyrimo rezultatai atskleidė, jog tiriamieji yra labiau patenkinti darbu, darbo sąlygomis, vadovavimu ir situacijos stebėjimu.

Hipotezė, tikėtina, kad yra sąsaja tarp požiūrio į pacientų saugą ir komandinį darbą, pasitvirtino.

IŠVADOS

1. Tyrimo rezultatai rodo, kad tiriamose įstaigose vyrauja komandinio darbo aplinka, respondentai nebijo prašyti pagalbos, analizuojamos susidariusios situacijos siekiant užtikrinti ir apginti paciento interesus. Tirtose sveikatos priežiūros įstaigose skatinama saugi aplinka, personalui suteikiama galimybė aptarti pasitaikiusias klaidas, pasidalinti turima patirtimi, sudaromos galimybės mokytis iš klaidų. Sveikatos priežiūros specialistai didžiuojasi savo organizacija, yra patenkinti užimamomis pareigomis. Nors stresinės situacijos lemia darbuotojų orientaciją, pasitenkinimą darbu, tačiau respondentai nėra linkę pritarti ar paneigti, jog stresinių situacijų metu padidėja klaidų tikimybė, o nuovargis lemia naudingumą. Nustatyta, kad vadovybė darbą atlieka gerai, taip pat sąmoningai nepažeidžia pacientų saugos bei iškilusios problemos yra sprendžiamos konstruktyviai, o darbuotojai gali pasitikėti ją bei sulaukti reikiamo palaikymo ir paramos. Tačiau galima daryti prielaidą, kad siekiant aukštesnės ir efektyvesnės pacientų saugos turėtų būti didesnis personalo skaičius;
2. Tyrimo rezultatai atskleidė, jog komandinis darbas yra svarbus užtikrinant pacientų saugą, numatant kritines situacijas bei vertinant klaidų tikimybę. Ir atskirų komandos narių tikslai yra mažiau vertingi nei bendra komandos misija ir įgyvendinami tikslai. Tirtų įstaigų vadovybė skatina dalintis patirtimi, aptaria planus, susijusius su pacientų priežiūra, skatina keistis informacija su kitais komandos nariais. Sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojai stebėdami pacientus gerina ne tik komandinį darbą, bet ir vertina pacientų saugos situaciją, gali numatyti rizikingas situacijas bei identifikuoti klaidų tikimybę. Rezultatai atskleidė, kad kiekvieno komandos nario darbas turi būti tinkamai vertinamas ir tik suvokus kiekvieno komandos nario indėlį ir svarbą galima pasiekti aukščiausių rezultatų. Taip pat siekiant efektyvaus komandinio darbo būtina stebėti atliekamo darbo efektyvumą bei savo emocinę ir fizinę būklę. Tyrimo rezultatai leidžia daryti išvadą, jog užtikrinant pacientų saugą yra svarbi komunikacija ir bendravimas ne tik su organizacijos darbuotojais, bet ir pacientais.
3. Tyrimo metu išryškėjo silpnai ir vidutiniškai teigiamos statistiškai reikšmingos sąsajos tarp požiūrio į pacientų saugą ir komandinio darbo dimensijų: komandinio darbo aplinka; saugos aplinka; pasitenkinimas darbu; vadovybės požiūriu į saugą ir darbo sąlygos. Gauti rezultatai parodė, kad komandinis darbas nedaro reikšmingos įtakos streso atsiradimui darbe.

REKOMENDACIJOS

1. Sudaryti sąlygas sveikatos priežiūros specialistams tobulinti kvalifikaciją pacientų saugos srityje, simuliuoti situacijas ir mokytis komandinio darbo.
2. Organizuoti pasitarimus iškilus problemoms, susijusioms su pacientų sauga, diskutuoti apie jų priežastis bei ieškoti prevencinių priemonių ir problemos sprendimo būdų.
3. Skatinti komandinį darbą ir aktyvų dalyvavimą, sprendžiant problemas.
4. Sveikatos priežiūros specialistams organizuoti komandinio darbo įgūdžių, bendravimo su pacientais mokymus.
5. Įstaigų vadovams organizuoti vadybinių įgūdžių, komandinio darbo, vadovavimo skirtingų kartų darbuotojams mokymus.
6. Įstaigų vadovams kurti palankią aplinką, kuri skatintų kalbėti darbuotojus apie pastebėtas problemas, gerinant darbuotojų tarpusavio santykius, organizuojant skyriaus darbuotojų neformalias išvykas, renginius.
7. Įstaigų administracijai bendrauti ir bendradarbiauti su kitomis gydymo įstaigomis ir dalintis pacientų saugos ir komandinio darbo gerąja patirtimi.
8. Įstaigų administracijai bendrauti ir bendradarbiauti su kitų šalių gydymo įstaigomis, kurios vykdo pacientų saugos prevencines programas bei dalintis patirtimi.
9. SAM teikti rekomendacijas gydymo įstaigoms pacientų saugos klausimais.
10. SAM reglamentuoti sveikatos priežiūros specialistų darbo krūvius

LITERATŪRA

1. Ashley, J. 1973. Power in Nursing: some historical perspectives on current conflicts. *Nursing Outlook*. (10), 637-641.
2. Andersson, A., Frank, C., Willman, A., Sandman, P. ir Hansebo, G. (2017). Factors contributing to serious adverse events in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*. 27(1-2), 354–362. doi: 10.1111/jocn.13914.
3. Abdou, H. A. ir Saber, K.M. 2011. A baseline assessment of patient safety culture among nurses at tudent University Hospital. *World Journal of Medical Sciences*,6(1), 17-26
4. Babinskas S. ir Kanapeckienė V. (2019). Nepageidaujamų įvykių valdymo patirtis užsienio šalyse. *Visuomenės sveikata*, 8 (87), 20-29.
5. Brasaitė, I. 2016. Health care professionals' knowledge and attitudes regarding patient safety and skills for safe patient care: academic dissertation. Tampere.
6. Brasaitė, I., Kulevičiūtė, L. ir Vasyliūtė, I. 2017. Slaugytojų požiūris į pacientų saugą. *Sveikatos mokslai. Slauga*, 27(6), 195-199. doi: <https://doi.org/10.5200/sm-hs.2017.118>.
7. Bogdanova, J. ir Večkienė, N. P. 2009. Partnerystė rengiant socialinius darbuotojus: tarpdisciplininės komandos patirtis psichiatrijos skyriuje. Socialinis darbas. *Patirtis ir metodai*, 3(1), 23-43. doi: <http://dx.doi.org/10.15181/tbb.v78i1.1759>.
8. Čegyūtė, D. ir Ališauskienė, S. 2009. Specialistų komandos bendroji pasidalyta kompetencija tenkinant vaikų specialiuosius poreikius: koncepto analizė. *Jaunųjų mokslininkų darbai*, 1(22), 33-43.
9. Castle, N. G. ir Sonon, K. E. 2006. A culture of patient safety in nursing home. *Qal Saf Health Care* (15), 405–8. doi: 10.1136/qshc.2006.018424.
10. Chen, I. C. ir Li, H. 2010. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Serv* 7(10),152. doi: 10.1186/1472-6963-10-152.
11. Europos Sąjungos Tarybos rekomendacija 2009/C 150/01 (2009 m. birželio 9 d.) dėl pacientų saugos ir su sveikatos priežiūra susijusių infekcijos prevencijos ir kontrolės. Prieiga per internetą. <[https://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703\(01\)&from=EN/](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703(01)&from=EN/)>.
12. Heldal, F., Kongsvik, T. ir Håland, E. 2019. Advancing the status of nursing: reconstructing professional nursing identity through patient safety work. *BMC Health Services Research*, 19(1), 418.
13. Hegar, W. K. 2011. *Modern Human Relations at Work*. Cengage South-Western.
14. Hellings, J., Schrooten, W., Klazinga N. ir Vleugels, A. 2007. Challenging patient safety culture: survey results. *Int J Health Care Qual Assur* 20, 620-32. doi: 10.1108/09526860710822752.

15. Higienos institutas. 2015. Nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemos diegimas ir plėtra Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Metodinis leidinys.
16. Farquhar, M, Collins, S. B. ir Clancy, C. M. 2007. Patient Safety in Nursing Practice. AHRQ Commentary. *AQRN Journal* 86(3), 455–57. doi: 10.1097/00001786-200507000-00001.
17. Howe, J., Butler, R., Kim, T. ir Kellogg, K. 2020. Chapter 123 - Addressing adverse events in health care through a safety science lens. *Clinical Engineering Handbook* (2), 865-870.
18. Jankauskienė, D. ir Kostereva, A. 2019. Nepageidaujamų įvykių valdymas ligoninėje. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(1), 40-62. doi: 10.13165/SPV-19-1-11-03
19. Jerdiakova, N., Mikaliūkštienė, A., Rabkovskaja, J., Žilinskienė, R., Kutkauskienė, J. ir Davydenko, E. 2020. Dažniausi pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę lemiantys veiksniai. Pacientų požiūris. *Sveikatos mokslai. Visuomenės sveikata*, 30(1), 56-64. doi: 10.35988/sm-hs.2020.008.
20. Jerdiakova, N., Mikaliūkštienė, A. ir Kalibatienė, D. 2015. Pacientų saugos užtikrinimas sveikatos priežiūros įstaigose. Prieiga per internetą: https://healthdocbox.com/Incest_and_Abuse_Support/75033479-Pacientu-saugos-uztikrinimas-sveikatos-prieziuros-istaigose.html
21. Juodzevičė, L. 2020. Pacientų ir gydytojų požiūris į sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje įstaigoje. Magistro baigiamasis darbas. Kaunas.
22. Janušonis, V. 2005. Nepageidautinų įvykių pranešimų sistemos sveikatos priežiūros organizacijose. *Sveikatos mokslai*, 1, 75-80.
23. Janušonis, V. ir Kasap, G. 2012. Nepageidautini įvykiai sveikatos priežiūroje: medikų požiūris į jų registraciją ir pranešimus išvystytos infrastruktūros daugiaprofilinėse ligoninėse. *Sveikatos ekonomika ir vadyba*, 22(4), 62-9.
24. Kable, A., Kelly, B. ir Adams, J. 2018. Effects of adverse events in health care on acute care nurses in an Australian context: A qualitative study. *Nursing & Health Sciences*. 20(2), 238–246. doi: 10.1111/nhs.12409.
25. Kardelis, K. 2005. *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai* (edukologija ir kiti socialiniai mokslai). Lietuvos kūno kultūros akademija. 3-iasis leid. Šiauliai: Liucilijus.
26. Kohn, L., Corrigan, J. ir Donaldson, M. 2000. To err is human. National Academy Press, Washington, DC. Kohn L.T., Corrigan J.M. and Donaldson M.S. (Eds) To err is human - Building a safer health system. (Rapport) *Institute of Medicine, National Academy Press, Washington*, 23. doi: 10.17226/9728.
27. Kongsvik, T., Halvorsen, K., Osmundsen, T. ir Gjøvsund, G. 2016. Strengthening patient safety in transitions of care: an emerging role for local medical centres in Norway. *BMC Health Serv Res*, 16(1), 452. doi: 10.1186/s12913-016-1708-8.

28. Krzan, K., Merandi, J., Morvay, S. ir Mirtallo, J. 2015. Implementation of a "second victim" program in a pediatric hospital. *American Journal Of Health -System Pharmacy*.
29. Klasauskaitė, J. 2018. Pacientų saugos ir komandinio darbo vertinimas asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūriu. Magistro baigiamasis darbas. Kaunas.
30. Kemežienė, I. 2019. Paslaugų kokybės vertinimas pacientų požiūriu universitetinėje ligoninėje. Magistro baigiamasis darbas. Kaunas.
31. Kairys, J., Žėbienė, E. ir Zokas, I. 2005. Medicinos slaugytojų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugas Lietuvoje. *Sveikatos mokslai*, 3, 57-62.
32. Keliauskaitė, D. 2010. Slaugos personalo pasitenkinimas darbu slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse. Magistro diplominis darbas. Kaunas: Kauno medicinos universitetas.
33. Kringelytė, G. 2012. Sveikatos priežiūros specialistų požiūris į nepageidaujamų įvykių pranešimus ir registraciją daugiaprofilinėse ligoninėse. Magistro diplominis darbas. Kaunas:
34. Lima Neto, A., Antunes da Silva, F., De Oliveira Lima Brito, G., Nóbrega Elias, T., Cortez de Sena, B. ir Medeiros de Oliveira R. 2019. Analysis of notifications of adverse events in a private hospital. *Enfermería Global*, 18(3), 314–343.
35. LR sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 6 d. įsakymas Nr. V-401 „Dėl privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (Žin., 2018, Nr. V-1001; 2018 Nr. 14383).
36. LR Sveikatos sistemos įstatymas (Žin., 1994, Nr. 63-1231; 1998, Nr. I-552).
37. LR Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas (Žin., 1996, Nr. 102-2317; 1996, Nr. I-1562).
38. LR Sveikatos apsaugos ministro 2016 vasario 16 d. įsakymas Nr. V-222 „Dėl nacionalinės slaugos politikos 2016–2025 metų gairių patvirtinimo“.
39. LR Sveikatos apsaugos ministro 2002 m. sausio 28 d. įsakymas Nr. 58 „Dėl sveikatos priežiūros specialistų profesinės kompetencijos patikrinimo tvarkos“
40. LR medicinos praktikos įstatymas (Žin., 1996, Nr. 102-2313; 1998, Nr. 52-1423; 2001, Nr. 39-1352; 2004, Nr. 4-39).
41. LR Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr. V-642 “Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. Programos patvirtinimo“ (Žin., 2004, Nr. 144-5268; 2004, Nr. V-642).
42. LR Sveikatos apsaugos ministro 2016 vasario 16 d. įsakymas Nr. V-222 „Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo priemonės“
43. LR įsakymas „Dėl Lietuvos higienos normos HN 73:2018 „Pagrindinės radiacinės saugos normos“ patvirtinimo“ (Žin. 2001, Nr. 11-388, 2002 Nr. 663).

44. Lukoševičiūtė, V. 2013. Pacientų saugos kultūros pokyčių vertinimas ligoninėse. Magistro baigiamasis darbas. Kaunas
45. Marmienė, L. ir Kalėdienė, R. 2015. Gydytojų ir slaugytojų požiūris į nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių valdymą Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninėse. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(8), 29–45. doi: 10.13165/SPV-15-1-8-02.
46. Marmienė, L. 2015. Asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūrio į pacientų saugą bendrojo pobūdžio ligoninėse vertinimas asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūrio į pacientų saugą bendrojo pobūdžio ligoninėse vertinimas. *Daktaro disertacija. Biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata*. Kaunas.
47. Marmienė, L., Kalėdienė, S. ir Vladičkienė, J. 2015. Gydytojų ir slaugytojų požiūris į komandinį darbą Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninėse. *Visuomenės sveikata*, 2(69), 48–55.
48. Misevičienė I, Milašauskienė Ž. 2002. Pacientų pasitenkinimas ligoninės medicinos personalo darbu. *Medicina (Kaunas)* 38(5): 559-65.
49. Ortega, J., Cometto, M., Zárate Grajales, R. Malvárez, S., Cassiani, S. ir Falconi, C. 2020. Distance learning and patient safety: report and evaluation of an online patient safety course. *Panam Salud Publica*. 44(33). Prieiga per internetą: <https://www.researchgate.net/publication/341522960_Distance_learning_and_patient_safety_Report_and_evaluation_of_an_online_patient_safety_course/>.
50. Parsons, C. 2016. A Culture of Safety: The Power of the Individual. *Fla Nurse*. 64(3), 12.
51. Paškevičius, L. 2017. Kompleksinis pacientų saugos įvykių valdymas Lietuvos ligoninėse. Daktaro disertacija. Vilnius
52. Pukėnas, K. 2010. *Kokybinių duomenų analizė SPSS programa*: mokomoji knyga. Kaunas: LKKA.
53. Piškinitė, G. 2019. Darbuotojų požiūrio į komandinį darbą ir pacientų saugą vertinimas LSMUL Neonatologijos klinikoje. Magistro baigiamasis darbas. Kaunas.
54. Paulikienė, S. 2013. Praktinio mokymo ir mentorystės vaidmuo ugdant pacientų saugos gebėjimus: slaugos studijų atvejis. *Sveikatos mokslai. Slauga*, 23(2), 126-133. doi: 10.5200/sm-hs.2013.058
55. Paškevičius, L. 2014. Kompleksinio požiūrio į pacientų saugą ir rizikos valdymą sveikatos priežiūros organizacijose paieška. Prieiga per internetą: <<https://repository.mruni.eu/bitstream/handle/007/12777/1719-4796-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y/>>.

56. Rafter, N., Hickey, A., Condell, S., Conroy, R., O'Connor, P., Vaughan, D. ir Williams, D. 2015. Adverse events in healthcare: Learning from mistakes. *QJM: Monthly Journal of the Association of Physicians*, 108(4), 273-277. doi: 10.1093/qjmed/hcu145.
57. Reason, J. 2000. Human error: models and management. *BMJ*, 320, 768–770. doi: 10.1136/bmj.320.7237.768
58. Runciman, W., Hibbert, P., Thomson, R., Schaaf, T., Sherman, H. ir Lewalle P. 2009. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. *International Journal of Quality in Health Care*, 21(1), 18–26. doi: 10.1093/intqhc/mzn057
59. Ribokienė, N. 2012. Pacientų saugos klausimai tampa itin aktualūs. Lietuvos sveikata. Prieiga per internetą: <https://vaspvt.gov.lt/files/files/pacientu%20sauga%202012.pdf>
60. Rimdeikienė, S. ir Čiuberkienė, R. 2005. Komandinio (multidisciplininio) socialinio darbo modelio samprata bei diegimas Lietuvoje. *Jaunųjų mokslininkų darbai*, 3(7), 88-93.
61. Razbadauskas, A., Žiliukas, G., Idzelienė, I., Drungilienė, D. ir Acienė, A. 2008. *Slaugos mokslo metodologijos pagrindai*. Kaunas
62. Stankevičiūtė V, Machtejevienė E, Skorobogatova N, Kliučinskas M. 2011. Akušerių pasitenkinimo darbu poreikiai. *Sveikatos mokslai*, 21(5): 171-75.
63. Stirblienė, J. 2019. Žalos pacientų sveikatai atlyginimo pokyčiai: greitesnis ir paprastesnis procesas. *Lietuvos teisė. Esminiai pokyčiai*, 34-41. doi: 10.13165/LT-19-01-05
64. Stott, K. ir Walker, A. 1995. Teams, teamwork and teambuilding: the manager's complete guide to teams in organisations. Singapore : Prentice-Hall
65. Seilius, A ir Šimanskienė, L. 2008. Grupė ir komanda: ar galima dėti lygybės ženklą? *Organizacijų vadyba*, 107-121
66. Seys, W., Gerven, V., Euwema, P., Scott, C., Sermeus ir Vanhaecht. 2012. Health care professionals as second victims after adverse events: A systematic review. *Evaluation & the Health Professions*, 36(2), 135 -162. doi: 10.1177/0163278712458918.
67. Singer, S. J, Gaba, D. M, Geppert, J. J, Sinaiko, A. D, Howard, S. K. ir Park, K.C. 2003. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Qual Saf Health Care*, 12, 112–18. doi: 10.1136/qhc.12.2.112.
68. Smits, M., Wagner, C., Spreeuwenberg, P., Wal, G. ir Groenewegen, P. P. 2009. Measuring patient safety culture: an assessment of the clustering of responses at unit level and hospital level. *Qual Saf Health Care*, 18, 292-6. doi: 10.1136/qshc.2007.025965.
69. Sandra, G. 2007. Effective healthcare teams require effective team members: defining teamwork competencies. *BMC Health Serv Res*;7, 17.

70. Sexton, J. B., Makary, M. A., Tersigni, A. R., Pryor, D., Hendrich, A. ir Thomas, E. J. 2006. Teamwork in the operating room: frontline perspectives among hospitals and operating room personnel. *Anesthesiology*, 105(50), 877 – 84. doi: 0.1097/00000542-200611000-00006.
71. Scherer, D, Fitzpatrick, J. 2008. Perceptions of patient safety culture among physicians and RNs in the perioperative area. *AORN Journal*, 87,163–75. doi: 10.1016/j.aorn.2007.07.003.
72. Scott, S., Hirschinger, L., Cox, K., McCoig, M., Brandt, J. ir Hall, L. 2009. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Quality & Safety in Health Care*, 18(5), 325-330. doi: 10.1136/qshc.2009.032870.
73. Sundberg, F., Fridh, I., Lindahl, B. ir Kåreholt, I. 2020. Associations between healthcare environment design and adverse events in intensive care unit. *Nurs Crit Care*, 1,8. doi: 10.1111/nicc.12513.
74. Schwendimann, R., Zimmermann, N., Kung, K., Ausserhofer, D. ir Sexton, B. 2013. Variation in safety culture dimensions within and between US and Swiss hospital units: an exploratory study. *BMJ quality and safety* 22, 32-41. doi: 10.1136/bmjqs-2011-000446.
75. Stolzer, A., Halford, C. ir Goglia, J. 2013. Safety Management Systems in Aviation. Ashgate Studies in Human Factors for Flight Operations. Burlington: Ashgate Publishing Company.
76. Šalkauskienė, L, Žalys L. ir Žalienė, I. 2003. *Komandinis darbas paslaugų sferoje*. Mokomoji knyga. Šiauliai.
77. Šalkauskienė, L. ir Veinhardt, J. 2008. *Komandinio darbo ypatumai skirtingo tipo Lietuvos organizacijose*. Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai.
78. Šalkauskienė, L. 2011. Komandinio darbo tobulinimas Lietuvos organizacijų pavyzdžiu. Daktaro dizertacija.
79. Mališauskienė, D. 2020. Komandinio darbo organizavimo operacinėse vertinimas. Magistro baigiamasis darbas. Kaunas.
80. Manser, T. 2008. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand* 53, 143–51. doi: 10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x.
81. Matziou, V., Vlahioti, E., Perdikaris, P., Matziou, T., Megapanou, E. ir Petsios, K. 2014. Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *J Interprof Care*, 28(6), 526-33. doi: 10.3109/13561820.2014.934338.
82. Mills, P., Neily, J. ir Dunn, E. 2008. Teamwork and communication in surgical teams: implication for patient safety. *J Am Coll Surg*, 206(1), 107–12. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2007.06.281.
83. Mykolo Romerio Universitetas. 2010. *Sveikatos politika ir valdymas*. Mokslo darbai. Vilnius; 2010

84. National Patient Safety Agency. 2004. Seven step to patient safety. The full reference guide. Prieiga per internetą: <https://www.publichealth.hscni.net/sites/default/files/directorates/files/Seven%20steps%20to%20safety.pdf>
85. Vogus, T., Ramanujam, R., Novikov, Z., Venkataramani, V. ir Tangirala, S. 2020. Adverse Events and Burnout. *Medical Care*, 58(7), 594-600.
86. Vijeikis, J. ir Vijeikienė, B. 2000. *Komandinio darbo pagrindai*. Mokymo priemonė studentams. Vilnius: Rosma.
87. Winning, A., Merandi, J., Lewe, D., Stepney, L., Liao, N., Fortney, C. ir Gerhardt, C. 2017. The emotional impact of errors or adverse events on healthcare providers in the NICU: The protective role of coworker support. *Journal of Advanced Nursing*. 74(1),. 172–180. doi: 10.1111/jan.13403.
88. Wu, A. ir Busch, I. 2019. Patient safety: a new basic science for professional education. *GMS journal for medical education*, 36(2), Doc21. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.3205/zma001229/>.
89. WHO. 2014. Prieiga per internetą: https://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf.
90. WHO. 2018. Patient safety; 2018. Prieiga per internetą: https://www.who.int/patientsafety/policies/ministerial_summit_18/en/.
91. Zainyšev, I. 2002. *Texnologija socialnoi raboty*. Moskva: Mockovski gosudarstveny universitet.
92. Žiliukas, G, Drungilienė, D. ir Užkurėlytė, R. 2013. Slaugos kokybės gerinimo galimybės miesto ligoninėje. *Sveikatos mokslai* 23(3): 86-91. doi: 10.5200/sm-hs.2013.082.

PRIEDAI

Gerb. apklausos Dalyvi (-e),

Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos magistrantūros studijų programos I kurso studentė, Romualda Tverkienė atlieka tyrimą, kurio tikslas – įvertinti sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į pacientų saugą. Mums labai svarbi Jūsų nuomonė. Apklausa – anoniminė (nereikia rašyti nei vardo, nei pavardės). Surinkti duomenys bus naudojami rengiant mokslines išvadas bei praktines rekomendacijas, kurios padės tobulinti slaugos procesą.

Ši tyrimo priemonė patvirtinta KU SvMF Slaugos katedros Etikos komisijos posėdyje. Iškilus neaiškumams, prašom kreiptis į darbo autorę Romualdą Tverkienę (tel. 8 680 78992) arba į Etikos komisijos pirmininką (tel. (846) 398 558).

Instrukcija. Prašome atidžiai perskaityti kiekvieną klausimą ir pasirinkti labiausiai Jums tinkantį atsakymo variantą (jį pažymėkite varnele (v) ar kryžiuoku (x)) arba įrašyti savąjį atsakymą. Labai svarbu, kad į visus klausimus atsakytumėte nuoširdžiai.

Irašykite savo pareigas		
Pažymėkite savo lytį	Vyras •	Moteris •

Ar esate registravę Nepageidaujamą įvykį	Taip •	Ne •
--	--------	------

Stažas pagal specialybę	<input type="checkbox"/> > 6 mėnesiai	<input type="checkbox"/> 6-11 mėnesių	<input type="checkbox"/> 1-2 metai	<input type="checkbox"/> 3-4 metai	<input type="checkbox"/> 5-10 metų	<input type="checkbox"/> 11-20 metų	<input type="checkbox"/> 21 ir daugiau metų
Jūsų amžius	<input type="checkbox"/> ≤30;	<input type="checkbox"/> 31-40;	<input type="checkbox"/> 41-50;	<input type="checkbox"/> ≥51;			

Pasirinkite savo atsakymus, naudodami žemiau pateiktą skalę:

Visiškai nesutinku	Šiek tiek nesutinku	Nežinau	Šiek tiek sutinku	Visiškai sutinku	Netaikoma
--------------------	---------------------	---------	-------------------	------------------	-----------

(Prašome pažymėti, kaip vertinate kiekvieną iš šių teiginių.)	Visiškai nesutinku	Šiek tiek nesutinku	Nežinau	Šiek tiek sutinku	Visiškai sutinku	Netaikoma
1. Mano darbo indėlis šioje įstaigoje yra vertinamas.	•	•	•	•	•	•
2. Jei pastebiu paciento priežiūros problemą, darbe sunku apie tai kalbėti.	•	•	•	•	•	•
3. Nesutarimai klinikinėse situacijose yra sprendžiami tinkamai (t.y. ne tai, kas yra teisu, bet tai kas yra geriausia pacientui).	•	•	•	•	•	•
4. Atliekant savo funkcijas darbe, turiu reikalingą palaikymą iš kito personalo.	•	•	•	•	•	•
5. Personalas lengva paklausti, jei kažko nežinau.	•	•	•	•	•	•
6. Personalas dirba kartu kaip gerai suderinta komanda.	•	•	•	•	•	•
7. Aš jausčiausi saugus, jei būčiau pacientas.	•	•	•	•	•	•
8. Klinikinėje srityje, kurioje dirbu, yra tinkamai tvarkomasi su medicinos klaidomis.	•	•	•	•	•	•

(Prašome pažymėti, kaip vertinate kiekvieną iš šių teiginių.)	Visiškai nesuinku	Šiek tiek nesuinku	Nežinau	Šiek tiek suinku	Visiškai suinku	Netaikoma
9. Aš žinau kaip tinkamai spręsti klausimus, susijusius su pacientų sauga.	•	•	•	•	•	•
10. Aš gaunu atsiliepimų apie savo atliktą darbą.	•	•	•	•	•	•
11. Darbe sunku aptarti pasitaikančias klaidas.	•	•	•	•	•	•
12. Mano kolegos skatina mane pranešti apie visus galimus pacientų saugos klausimus.	•	•	•	•	•	•
13. Darbo kultūra man leidžia lengvai mokintis iš kitų klaidų.	•	•	•	•	•	•
14. Į mano pasiūlymus dėl pacientų saugos būtų reaguojama, jei juos išreikščiau vadovybei.	•	•	•	•	•	•
15. Man patinka mano darbas.	•	•	•	•	•	•
16. Dirbti čia yra tarsi būti didelės šeimos dalimi.	•	•	•	•	•	•
17. Tai gera vieta dirbti.	•	•	•	•	•	•
18. Aš didžiuojuosi dirbdama (s) šioje klinikinėje srityje.	•	•	•	•	•	•
19. Moralė šioje klinikinėje srityje yra aukšta.	•	•	•	•	•	•
20. Kai mano darbo krūvis tampa per didelis, pablogėja darbo kokybė.	•	•	•	•	•	•
21. Kai pavargstu, aš esu mažiau naudinga (s) darbe.	•	•	•	•	•	•
22. Aš labiau linkusi (-ęs) daryti klaidas įtemptose situacijose.	•	•	•	•	•	•
23. Nuovargis blogina mano darbą skubių situacijų metu.	•	•	•	•	•	•
24. Administracija palaiko mano kasdienes pastangas.	•	•	•	•	•	•
25. Vadovybė sąmoningai nepažeidžia pacientų saugos.	•	•	•	•	•	•
26. Vadovybė atlieka savo darbą gerai.	•	•	•	•	•	•
27. Iškilusias problemas darbuotojams, vadovybė sprendžia konstruktyviai.	•	•	•	•	•	•
28. Laiku gaunu tinkamą informaciją apie įvykius, kurie gali turėti įtakos mano darbui.	•	•	•	•	•	•
29. Personalo skaičius šioje klinikinėje srityje yra pakankamas pacientų skaičiui patenkinti.	•	•	•	•	•	•
30. Šioje įstaigoje, nauji darbuotojai tinkamai paruošiami darbui.	•	•	•	•	•	•
31. Visa man reikalinga informacija darbui yra prieinama.	•	•	•	•	•	•
32. Studentai yra tinkamai prižiūrimi.	•	•	•	•	•	•
33. Patiriu gerą bendradarbiavimą su slaugytojais.	•	•	•	•	•	•
34. Patiriu gerą bendradarbiavimą su gydytojais.	•	•	•	•	•	•
35. Patiriu gerą bendradarbiavimą su kitu personalu.	•	•	•	•	•	•

(Prašome pažymėti, kaip vertinate kiekvieną iš šių teiginių.)	Visiškai nesuinku	Šiek tiek nesuinku	Nežinau	Šiek tiek suinku	Visiškai suinku	Netaikoma
36. Dažniausiai pasitaiko bendradarbiavimo ryšio nutrūkimas, dėl kurio vėluojama suteikti slaugos paslaugas.	•	•	•	•	•	•
37. Svarbu paprašyti pacientų ir jų šeimos narių atsiliepimų (atgalinio ryšio) apie paciento priežiūrą.	•	•	•	•	•	•
38. Pacientai yra kritinis komandos komponentas.	•	•	•	•	•	•
39. Šios įstaigos administracija daro tiesioginę įtaką komandos sėkmei.	•	•	•	•	•	•
40. Komandos misija yra vertingesnė nei atskirų komandos narių tikslai.	•	•	•	•	•	•
41. Efektyviai dirbantys komandos nariai gali numatyti kitų komandos narių poreikius.	•	•	•	•	•	•
42. Sveikatos priežiūros srityje labai gerai dirbančių komandų savybės yra tokios pat, kaip ir kitose pramonės šakose, gerai dirbančių komandų savybės.	•	•	•	•	•	•
43. Vadovams svarbu keistis informacija su komandos nariais.	•	•	•	•	•	•
44. Vadovai turėtų sudaryti neoficialias galimybes komandos nariams keistis informacija.	•	•	•	•	•	•
45. Efektyvūs vadovai nepiktybiškas klaidas laiko prasmingomis mokymosi galimybėmis.	•	•	•	•	•	•
46. Tinkamo komandos elgesio modeliavimas yra vadovo pareiga.	•	•	•	•	•	•
47. Svarbu kai vadovas skiria laiko aptarti su komandos nariais planus apie pacientų priežiūrą.	•	•	•	•	•	•
48. Padalinių vadovai turėtų užtikrinti, kad komandos nariai prireikus padėtų vieni kitiems.	•	•	•	•	•	•
49. Esant sudėtingoms situacijoms, komandos narius galima išmokyti tinkamai reaguoti į aplinką.	•	•	•	•	•	•
50. Pacientų stebėjimas yra svarbus indėlis į efektyvų komandos darbą.	•	•	•	•	•	•
51. Net asmenys, nepriklausantys tiesioginės priežiūros komandai, turėtų būti skatinami tikrinti paciento būklės pokyčius ir pranešti apie juos.	•	•	•	•	•	•
52. Svarbu stebėti kitų komandos narių emocinę ir fizinę būklę.	•	•	•	•	•	•
53. Vienas komandos narys gali pasiūlyti pagalbą kitam, kuris gali būti per daug pavargęs ar stresinėje situacijoje, užduočiai atlikti.	•	•	•	•	•	•

(Prašome pažymėti, kaip vertinate kiekvieną iš šių teiginių.)	Visiškai nesutinku	Šiek tiek nesutinku	Nežinau	Šiek tiek sutinku	Visiškai sutinku	Neatkoma
54. Efektyvesni yra komandos nariai, kurie stebi savo emocinę ir fizinę būklę darbe.	•	•	•	•	•	•
55. Norint kad komanda dirbtų efektyviai, turi suprasti kiekvieno komandos nario darbą.	•	•	•	•	•	•
56. Prašymas padėti komandos nariui yra ženklas, kad asmuo nežino, kaip efektyviai atlikti savo darbą.	•	•	•	•	•	•
57. Pagalbos teikimas komandos nariams yra ženklas, kad darbuotojas neturi pakankamai darbo.	•	•	•	•	•	•
58. Pasiūlymas padėti kolegai, komandos nariui atlikti jo individualias darbo užduotis yra efektyvi priemonė komandos rezultatams gerinti.	•	•	•	•	•	•
59. Tikslinga toliau reikšti susirūpinimą dėl paciento saugos, iki būsite tikri, kad buvote išklaustas.	•	•	•	•	•	•
60. Asmeniniai komandos narių konfliktai neturi įtakos paciento saugai.	•	•	•	•	•	•
61. Komandos kurios efektyviai nebendrauja, žymiai padidina jų atliekamų klaidų riziką.	•	•	•	•	•	•
62. Prastas bendravimas yra dažniausia pateiktų klaidų priežastis.	•	•	•	•	•	•
63. Neigiamus reiškinius galima sumažinti palaikant keitimąsi informacija su pacientais ir jų šeimos nariais.	•	•	•	•	•	•
64. Man labiau patinka dirbti su komandos nariais, kurie užduoda klausimus apie mano atliekamą darbą.	•	•	•	•	•	•
65. Perduodant informaciją apie pacientą, svarbu turėti standartizuotą keitimosi informacija metodą.	•	•	•	•	•	•
66. Beveik neįmanoma išmokyti asmenų, kaip būti geresniais komunikacijos srityje.	•	•	•	•	•	•

Ar anksčiau esate pildę šią apklausą?	Taip •	Ne •	Nežinau •
---------------------------------------	--------	------	-----------

© Autorystės teisės saugomos. The University of Texas at Austin 2004 , American Institutes for Research 2008.

Dėkojame, kad užpildėte apklausą – Jūsų laikas ir dalyvavimas yra labai vertinami.

Sutikimas naudoti klausimyną



Romualda Tverkiene <romve@gmail.com>

Fwd: request for permission to use intellectual property / concerning your publication

2 laiškai(-ų)

Romualda,

By all means please feel free to use the questionnaire. We of course would like to see the translated version for fun. I am also interested in if you find differences from what we found in the US regarding attitudes toward teamwork.

David

From: Romualda Tverkiene <romtve@gmail.com>**Sent:** Sunday, October 27, 2019 8:02 AM**To:** David Baker <dbaker@impaqint.com>**Subject:** request for permission to use intellectual property / concerning your publication

Dear Dr David P Baker,

I am Romualda Tverkiene, a student in Klaipeda University Department of Nursing (Lithuania). I am contacting you in concern of your publication entitled "Assessing teamwork attitudes in healthcare: development of the TeamSTEPPS teamwork attitudes questionnaire".

I would like to ask for your permission to use your information provided in the article as a basis for the research of my thesis of the Master degree in Nursing which title is "Assessment of attitudes of health care professionals towards patient safety". My supervisor is habil. dr. Nora Siupsinskiene.

I would like to ask for your permission to use your questionnaire and translate it into Lithuanian language, and if it is possible to modify it to Lithuanian environment in case of need. Your authorship will be provided in the questionnaire, and cited in the literature review and methodological part of the thesis, and if any publication to follow, you will be contacted and included as one of the authors.

If you would be so kind to agree, could you please send the questionnaire with any instructions for use or other required information. I appreciate your help in this matter. Thank you.

Sincerely,

Romualda Tverkiene

e-mail romtve@gmail.com

mob. tel. +370 680 789 92--

Pagarbiai, Romualda
Tverkienė

Sutikimas naudoti klausimyną



Romualda Tverkiene <romve@gmail.com>

Fwd: request for permission to use intellectual property / concerning your publication1 žinutė

Hi,

Yes, you have permission to use the survey and to translate it. Thank you for your interest in our survey and best wishes.

Eric

Eric J Thomas MD MPH

Professor of Medicine

Associate Dean for Healthcare Quality

Director, UT Houston – Memorial Hermann Center for Healthcare Quality and Safety



6410 Fannin UTPB 1100.44

Houston TX 77030

713-500-7958

Dear Eric Thomas,

I am Romualda Tverkiene, a student in Klaipeda University Department of Nursing (Lithuania). I am contacting you in concern of your publication entitled "Measuring Safety Culture in the Ambulatory Setting: The Safety Attitudes Questionnaire—Ambulatory Version. Found in Journal of General Internal Medicine, January 2007, Volume 22, Issue 1, pp 1–5.

I would like to ask for your permission to use your information provided in the article as a basis for the research of my thesis of the Master degree in Nursing which title is "Assessment of attitudes of health care professionals towards patient safety". My supervisor is habil. dr. Nora Siupsinskiene.

I would like to ask for your permission to use your questionnaire and translate it into Lithuanian language, and if it is possible to modify it to Lithuanian environment in case of need. Your authorship will be provided in the questionnaire, and cited in the literature review and methodological part of the thesis, and if any publication to follow, you will be contacted and included as one of the authors.

If you would be so kind to agree, could you please send the questionnaire with any instructions for use or other required information. I appreciate your help in this matter. Thank you.

Sincerely,

Romualda Tverkiene

e-mail romtve@gmail.com

mob. tel. +370 680 789 92