**LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS**

**MEDICINOS AKADEMIJA**

**Visuomenės sveikatos fakultetas**

**Sveikatos vadybos katedra**

**Jurgita Vaičytė**

**STACIONARO SLAUGYTOJŲ BENDRAVIMO SU PACIENTAIS REIKŠMĖ, UŽTIKRINANT JIEMS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ SAUGĄ**

**Magistro diplominis darbas**

**(Visuomenės sveikatos vadyba)**

**Mokslinė vadovė**

**dr. Jurgita Vladičkienė**

**Data**

**2011-05-16**

**KAUNAS, 2011**

**SANTRAUKA**

Visuomenės sveikatos vadyba

STACIONARO SLAUGYTOJŲ BENDRAVIMO SU PACIENTAIS REIKŠMĖ, UŽTIKRINANT JIEMS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ SAUGĄ

Jurgita Vaičytė

Mokslinė vadovė dr. Jurgita Vladičkienė

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Visuomenės sveikatos fakultetas, Sveikatos vadybos katedra. Kaunas; 2011. 74 p.

**Darbo tikslas.** Išanalizuoti stacionaro slaugytojų bendravimo su pacientais reikšmę, užtikrinant jiems sveikatos priežiūros paslaugų saugą.

**Darbo uždaviniai:** atskleisti slaugytojų nuomonę apie atsakomybę už pacientų saugą; nustatyti slaugytojų nuomonę apie pacientų informuotumo ir tarpasmeninio bendravimo svarbą jų saugai; palyginti slaugytojų dirbančių terapiniame ir chirurginiame profiliuose nuomonę apie atsakomybę už pacientų saugą ir tarpasmeninį bendravimą.

**Tyrimo metodika.** Anoniminė anketinė stacionaro slaugytojų apklausa buvo atlikta 2010 m. lapkričio – gruodžio mėnesiais. Išdalintos 220 anketos, iš kurių grįžo 182 (atsako dažnis 84,1 proc.). Statistinė duomenų analizė buvo atlikta naudojant duomenų analizės paketą „SPSS 17.0 for Windows”. Hipotezės tikrinamos naudojant Chi-kvadrato (χ2) ir z kriterijus. Skirtumai tarp požymių laikyti statistiškai reikšmingais, kai p<0,05. Kiekybiniams požymiams vertinti buvo apskaičiuotas aritmetinis vidurkis ir standartinė nuokrypis. **Rezultatai.** Daugelis stacionaro slaugytojų sutiko, jog sveikatos priežiūros įstaigoje būtų skatinama asmeninė atsakomybė už pacientų saugą. Beveik du trečdaliai respondentų pažymėjo, kad labiausiai slaugytojas – atsakingas už pacientų saugą. Didesnė dalis terapinio nei chirurginio profilio slaugytojų nurodė, jog už nepageidaujamą įvykį slaugytojas turi prisiimti asmeninę atsakomybę, o didesnė dalis chirurginio nei terapinio profilio slaugytojų teigė, jog atsakomybė už pacientų saugą turėtų būti bendra. Daugumai (71,0 proc.) stacionaro slaugytojų bendravimas su pacientais yra labai svarbus, tačiau didesnė dalis terapinio profilio slaugytojų bendravime su pacientais įžvelgia teigiamos reikšmės pacientų saugai nei chirurginio profilio slaugytojai.Labai svarbūs paciento saugai slaugytojo bendravimo įgūdžiai respondentų nuomone – kantrybė ir išklausymas, mažiau svarbūs – šiluma ir lytėjimas. Stacionaro slaugytojams dažniausiai sunku bendrauti su pacientu dėl didelio darbo krūvio bei laiko stokos. Daugiau nei dviem trečdaliams tyrime dalyvavusių stacionaro slaugytojų trūksta laiko bendrauti su pacientu, o 61,0 proc. nuomone, jei slaugytojas daugiau laiko bendrautų su pacientu, tai turėtų teigiamos reikšmės pacientų saugai.Beveik trijų ketvirtadalių slaugytojų nuomone, didžiausias paciento informavimo poreikis yra jam atvykus į skyrių. Stacionaro slaugytojų nuomone, siekiant paciento saugos užtikrinimo, pacientas visada turi būti informuojamas apie skyriaus vidaus taisykles, būsimą procedūrą, kaip vartoti paskirtus vaistus, kur yra higienos kambarys. Pacientų saugos atžvilgiu, paciento informavimo procese svarbiausia – pateikiamos informacijos konkretumas, aiškumas, suprantamumas, mažiau svarbu – informacijos pakartojimas.

**Išvados.** Teikiant pacientams sveikatos priežiūros paslaugas, stacionaro slaugytojai įžvelgia teigiamą bendravimo reikšmę pacientų saugai, tačiau bendravimui su pacientais slaugytojams trukdo dideli darbo krūviai, laiko stoka, todėl būtina į tai atkreipti sveikatos priežiūros institucijų vadovų, sveikatos politikų bei visuomenės dėmesį.

**Raktažodžiai.** Pacientų sauga, bendravimas, sveikatos priežiūros paslaugos, slaugytojai.

**SUMMARY**

Management of Public Health

RELEVANCE OF COMMUNICATION BETWEEN IN-PATIENT NURSES AND PATIENTS FOR SAFETY OF HEALTH CARE SERVICES

Jurgita Vaičytė

Supervisor Dr. Jurgita Vladičkienė

Lithuanian University of Health Sciences, Faculty of Public Health, Department of Health Management. Kaunas; 2011. 74 p.

**Aim of the study:** to investigate the relevance of communication between in-patient nurses and patients for safety of health care services.

**Objectives of the study:** to examine the opinion of nurses about responsibility for patients safety; to examine the opinion of nurses about the relevance of information and interpersonal communication for patients safety; to compare the perception of nurses about the responsibility for patients safety and interpersonal communication at therapy and surgery units.

**Material and methods.** The survey using anonymous questionnaire was conducted in November-December 2010. Altogether, 220 questionnaires were distributed and 182 returned (response rate 84.1%). Statistical data analysis was performed using „SPSS 17.0 for Windows” statistical software. Associations were tested using chi-square and z-test. Statistical significance level was set at p<0.05. Quantitative variables were described by arithmetic mean and standard deviation of the mean.

**Results.** The majority of in-patient nurses agreed that personal responsibility should be promoted at health care settings. Almost two thirds of nurses noted that the nurse foremost is responsible for patients safety. The nurses at therapy units more frequently stated that the nurse should take a personal responsibility for untoward event while their counterparts at surgery units rather preferred to state that this is a matter of mutual responsibility. The majority of nurses (71%) marked that the communication between nurses and patients is very important, though the nurses at therapy units find here more positive effect for patient’s safety than the nurses at surgery units.From perspective of nurses, the most important aspects of communication for patient’s safety are the patience and careful listening, while warm and tactile communication is less important. More than two thirds of responders reported a lack of time for communication with patients and 61% claimed that more time in communication would lead to a better patient’s safety. Almost three quarters of nurses stated that the highest need for patients to be informed is at arrival to hospital. The study participants noted that for better patient’s safety, every patient should be well informed about internal rules at hospital, oncoming procedures, drug use and compliance, and place of lavatory. The main information for patients safety is concrete, clear, and understandable information, while less important – repetition of information.

**Conclusions.** At in-patient health care setting, the nurses perceive high relevance of positive communication with patients, though this is disturbed by extensive workload and lack of time, therefore the decision makers such as chiefs of health care settings, health policy makers and society as a whole should pay more attention to the issue.

**Keywords:** patient’s safety, communication, health care services, nurses.

**SANTRUMPOS**

ES – Europos sąjunga

JAV – Jungtinės Amerikos valstijos

lls – laisvės laipsnių skaičius

n – absoliutus skaičius

p – paklaidos tikimybė

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

χ2 – Chi kvadrato kriterijus

**TURINYS**

[ĮVADAS 6](#_Toc295041750)

[DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI 8](#_Toc295041751)

[1. LITERATŪROS APŽVALGA 9](#_Toc295041752)

[1.1. Pacientų sauga ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybė 9](#_Toc295041753)

[1.2. Pacientų saugos politika Lietuvoje ir pasaulyje 11](#_Toc295041754)

[1.3. Slaugytojų vaidmuo užtikrinant pacientų saugą 13](#_Toc295041755)

[1.3.1. Slaugytojų atsakomybė už pacientų saugą 13](#_Toc295041756)

[1.3.2. Slaugytojų ir pacientų tarpasmeninis bendravimas 16](#_Toc295041757)

[1.3.3. Bendravimo ir pacientų saugos ryšys 24](#_Toc295041758)

[2. TYRIMO METODIKA 27](#_Toc295041759)

[3. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS 31](#_Toc295041760)

[3.1. Slaugytojų nuomonė apie atsakomybę už pacientų saugą 31](#_Toc295041761)

[3.2. Slaugytojų nuomonė apie tarpasmeninio bendravimo su pacientais svarbą pacientų saugai 40](#_Toc295041762)

[3.3. Slaugytojų nuomonė apie pacientų informuotumo svarbą pacientų saugai 51](#_Toc295041763)

[IŠVADOS 60](#_Toc295041764)

[PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS 62](#_Toc295041765)

[LITERATŪRA 63](#_Toc295041766)

[PRIEDAI 69](#_Toc295041767)

# ĮVADAS

Šiuolaikinė medicina sparčiai tobulėja, diegiant naujausias sveikatos priežiūros technologijas, jos įveikia, rodos, praeityje neįveikiamas sveikatos problemas. Tačiau tuo pat metu sveikatos priežiūros sektorius, turintis didelę riziką ir aukštą klaidų potencialą, pacientui gali ir pakenkti. Žiniasklaidoje vis dažniau girdima apie pacientų nepasitenkinimą suteikta sveikatos priežiūros paslauga, patirtą žalą ligoninėse, laiku nediagnozuotas ligas (1).

Pacientų sauga paskutinius dešimt metų tapo aktualia sveikatos priežiūros sistemos problema ne tik Lietuvoje, bet ir visame pasaulyje (2). Atlikti tyrimai rodo, kad nepageidaujami įvykiai sveikatos priežiūros sistemoje yra gana dažni ir sukelia didelių ekonominių, socialinių, psichologinių, moralinių nuostolių (3).

Lietuvos sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programoje teigiama, kad kokybiška sveikatos priežiūra yra tokia, kai tenkinami vartotojo, jo šeimos narių poreikiai. Tad vienas iš pagrindinių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų tikslų – optimalus pacientų poreikių tenkinimas. Pacientų poreikių tenkinimo kokybe turi rūpintis visi sveikatos priežiūros organizacijų specialistai (2).

Lietuvos sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programoje paslaugų saugumas yra apibrėžiamas kaip viena iš pagrindinių kokybės dimensijų, užtikrinančių sveikatos priežiūros kokybę. Šioje programoje teigiama, kad pacientas turi teisę gauti saugias sveikatos priežiūros paslaugas, o sveikatos priežiūros specialistas turi pareigą teikti saugias bei teisę saugiai teikti pacientui sveikatos priežiūros paslaugas (2).

Praktikoje sveikatos priežiūros kokybė nėra tokia aukšta palyginus su kitomis industrijomis: kosmosu, telekomunikacijomis, informacinėmis technologijomis ir kt. (4, 5). Tačiau atsakomybė už padarytas klaidas sveikatos priežiūroje yra didesnė, kadangi tai sritis, susijusi su žmogaus gyvybe (5).

Dauguma sveikatos apsaugos paslaugų teikėjų ir patys pacientai puikiai supranta, kad sveikatos priežiūros įstaigos yra potencialiai rizikingos, kad nepageidaujami įvykiai kartais įvyksta, nežiūrint geriausių žmonių ir sveikatos priežiūros organizacijų pastangų (6).

Kiekvienas žmogus yra potencialus pacientas. Kai žmonėms atsiranda sveikatos priežiūros paslaugų poreikis, jie patenka į ligoninę, kurioje dėl nepažįstamos aplinkos dažniausiai jaučiasi sutrikę ir nesaugūs (7). Adaptuotis prie pasikeitusios aplinkos jiems padeda sveikatos priežiūros specialistai. Daugiausiai laiko su pacientais praleidžia slaugytojai (8). Jie pacientams yra pagrindinis informacijos šaltinis. Pirminis paciento ir slaugytojo kontaktas yra labai svarbus tarpasmeninių santykių užmezgimui (9). Slaugytojams bendravimas yra pagrindinė priemonė, kurios dėka jie pacientams suteikia pagalbą. Slaugytojai naudodamiesi bendravimo galimybe pacientus išklauso, atsako į iškilusius klausimus, paaiškina, supažindina su pasikeitusia aplinka, informuoja, kaip reikia elgtis vienu ar kitu atveju. Per bendravimą slaugytojas gali padėti pacientui pasijusti saugesniam, nepažystamoje ligonines aplinkoje.

Pacientų saugą tapo dažnu tyrinėjimų objektu įvairiose pasaulio šalyse. Daug atlikta tarptautinių biomedicinos ir slaugos studijų pacientų saugos srityje (10). Daugelis užsienio mokslininkų pacientų saugą tyrinėja įvairiais aspektais. Dauguma darbų yra susiję su pacientų saugos kultūra, pacientų saugos pagerinimu, medicinos personalo bendradarbiavimu, bendravimu, vaistų administravimo problemomis pacientų saugos srityje ir kt.

Lietuvoje dar nėra atliktų išsamių mokslinių tyrimų nagrinėjančių pacientų saugos problemas (11). Šiuo metu Lietuvoje atliekamas pacientų saugos kultūros tyrimas, kuriame dalyvauja 20 ligoninių. Tyrimo tikslas yra aptarti ir apibendrinti informaciją apie pacientų saugos kultūros lygį Lietuvos ligoninėse (12).

Mokslinių tyrimų, kuriuose būtų analizuojama slaugytojų ir pacientų bendravimo reikšmė pacientui saugai, nėra. Ištyrus slaugytojų nuomone apie bendravimo su pacientais svarbą pacientų saugai, bus galima teikti praktines rekomendacijas, kaip užtikrinti pacientų saugą, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas.

# DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI

**Darbo tikslas**

Išanalizuoti stacionaro slaugytojų bendravimo su pacientais reikšmę, užtikrinant jiems sveikatos priežiūros paslaugų saugą.

**Darbo uždaviniai:**

1. Atskleisti slaugytojų nuomonę apie atsakomybę už pacientų saugą.
2. Nustatyti slaugytojų nuomonę apie tarpasmeninio bendravimo su pacientais svarbą pacientų saugai.
3. Nustatyti slaugytojų nuomonę apie pacientų informuotumo svarbą pacientų saugai.
4. Palyginti slaugytojų, dirbančių terapiniame ir chirurginiame profiliuose, nuomonę apie atsakomybę už pacientų saugą ir tarpasmeninį bendravimą.

# LITERATŪROS APŽVALGA

## Pacientų sauga ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybė

Lietuvoje ir pasaulyje pacientų sauga apibrėžiama ir suprantama įvairiai. Kiekvienas pacientų saugos apibrėžimas turi kažką bendro ir kažkuo skiriasi.

Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programoje, pacientų sauga apibrėžiama kaip sveikatos priežiūros struktūros ir procesai, kurių taikymas sumažina nepageidaujamų įvykių, atsirandančių dėl sveikatos priežiūros sistemos poveikio, tikėtinumą (2).

Pasaulinė sveikatos organizacija (toliau PSO) pacientų saugą apibrėžia kaip pacientų teisę apsisaugoti nuo nereikalingos ar galimos žalos, susijusios su sveikatos priežiūros paslaugomis (1).

Pacientų sauga taiatsitiktinių sužeidimų medicininės priežiūros metu nebuvimas. Tai – veikla, padedanti išvengti, užkirsti kelią ar ištaisyti nepageidaujamų įvykių sukeliamą žalą sveikatos priežiūros paslaugos teikimo metu (13).

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 (14).

Nepageidaujamas įvykis pacientų saugoje suprantamas kaip 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. Nepageidaujamą įvykį paprastai sukelia ne vienas veiksnys, bet daugybės aplinkybių ir įvykių tarpusavio sąveika (2). Pacientų sauga orientuota į nepageidaujamų įvykių sveikatos priežiūroje prevenciją. Nepageidaujamų įvykių valdymas – tai privalomas ir savanoriškas įvykio raportavimas ir registravimas (15). Kaip išvengti nepageidaujamų įvykių medicinoje ir padidinti visuomenės pasitikėjimą sveikatos priežiūra, tapo vienu iš didžiausių prioritetu sveikatos politikoje daugelyje pasaulio šalių (16).

Spręsti su pacientų sauga susijusius klausimus tampa itin aktualu dėl augančių visuomenės lūkesčių, senstančios visuomenės ir sparčios medicinos mokslo ir technologijų pažangos. Visos Europos sveikatos priežiūros sistemos, prisitaikydamos prie nuolatinės medicinos mokslo pažangos, susiduria su panašiomis problemomis. Daugeliui Europos šalių ir tarptautinių organizacijų rūpi veiksmingas sveikatos priežiūros kokybės ir pacientų saugos gerinimas (1).

Pacientų sauga yra vienas iš bet kurios kokybiškos sveikatos priežiūros sistemos kertinių akmenų (1, 3). XXI a. kokybišką sveikatos priežiūrą sudaro: priežiūra kuri yra saugi pacientui, pastarasis yra gydymo ir priežiūros proceso centre, priežiūra teikiama laiku, teisingai ir efektyviai (17). Lietuvos sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programoje saugumas yra numatytas kaip viena iš pagrindinių kokybės dimensijų, užtikrinančių sveikatos priežiūros kokybę (2).

Pacientam sveikatos priežiūros paslaugas teikia medicinos specialistai. Pagrindinis sveikatos priežiūros darbuotojo tikslas yra kokybiškai suteikti paslaugą pacientui (18).

Slaugytojai yra tie medicinos darbuotojai, kurie su pacientais praleidžia 24 valandas per parą (19). Jie yra labai svarbūs sveikatos priežiūros specialistai, kurie įtakoja pacientų saugą, o tuo pačiu ir sveikatos priežiūros kokybę (20).

Svarbiausios grėsmės pacientų saugai visame pasaulyje – neadekvatus kompetentingų sveikatos priežiūros specialistų skaičius (pvz., slaugytojų) ir nepakankamos žinios apie saugią sveikatos priežiūros praktiką (1, 18).

Lietuvoje medicinos studijų programos skirtos klinikiniams įgūdžiams ugdyti, nepakankamai išryškinama paslaugų organizavimo, lyderystės ir sveikatos priežiūros komandos bendradarbiavimo, sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimo, rizikos veiksnių valdymo įgūdžių formavimo svarba. Atsižvelgiant į nūdienos reikalavimus, sveikatos priežiūros įstaigoms pacientų sauga ir kokybės vadyba tampa labai svarbiu visų sveikatos priežiūros darbuotojų veiklos objektu. Todėl formaliojo bei neformaliojo švietimo universitetinėms ir neuniversitetinėms mokymo institucijoms labai svarbu reaguoti į šiandienius reikalavimus. Reikia atsižvelgti į Europos Sąjungos tarybos (toliau ES) ir PSO rekomendacijose siūloma pacientų saugos klausimus integruoti į klinikinį studentų mokymą, plėtojant tarpdalykinį ir tarpkryptinį bendradarbiavimą (1).

Taigi, apibendrinant šį skyrių galima teigti, kad pacientų sauga yra kiekvieno paciento teisė į atsitiktinių sužalojimų, žalos nebuvimą, jam naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis. Vienas iš svarbiausių aspektų apibūdinančių sveikatos paslaugų kokybę yra pacientų sauga. Pacientų sauga ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybė yra viena nuo kitos neatsiejamos. Jei nebus užtikrinta pacientų sauga, tuomet sveikatos priežiūra nebus kokybiška. Slaugytojai yra pagrindiniai sveikatos priežiūros specialistai, kurie daugiausiai laiko praleidžia su pacientu. Slaugytoju pacientams teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos turi būti netik kokybiškos, bet ir saugios.

## Pacientų saugos politika Lietuvoje ir pasaulyje

Šiandien pacientų sauga tapo Lietuvos ir daugelio kitų valstybių sveikatos priežiūros sistemos aktualija.

1999 m. Jungtinių Amerikos valstijų (toliau JAV) medicinos institutas paskelbė publikaciją – „Klysti yra žmogiška”, kurioje buvo atskleista, kad nuo 44 tūkst. iki 98 tūkst. mirties atvejų dėl nepageidaujamų įvykių įvyksta gydymo įstaigose JAV per metus. Šie nepageidaujami įvykiai kasmet kainuoja apie 9 mlrd. JAV dolerių (1, 13, 21). JAV daugiau žmonių miršta dėl medicininių klaidų nei dėl transporto avarijų, krūties vėžio ar AIDS (22).

Problemos akivaizdumas paskatino pacientų saugą įvardyti kaip atskirą procesą bei pradėti kurti sveikatos pacientų saugos kultūrą tarptautiniu mastu. 2004 m. šiai problemai spręsti PSO įkūrė Pasaulio pacientų saugos aljansą, kurio misija – visuotinės pacientų saugos politikos kūrimas ir jos realizavimas klinikinėje praktikoje (1, 3).

Daugelis pasaulio valstybių (JAV, Kanada, Didžioji Britanija, Danija ir kt.) sprendžia pacientų saugos problemą įvairiais būdais. Yra kuriamos nacionalinės pacientų saugos strategijos, registruojami ir analizuojami nepageidaujami įvykiai, ieškoma būdų, kaip išvengti klaidų pasikartojimo bei padidinti paslaugų saugumą. Didelis dėmesys skiriamas pacientų vaidmens didinimui, sprendžiant pacientų saugos problemas (1).

Lietuva taip pat yra viena iš tokių šalių, kuri ėmėsi aktyvių veiksmų pacientų saugos ir sveikatos priežiūros kokybės atžvilgiu. Lietuvoje sveikatos priežiūros kokybei ir esminiam jo komponentui – pacientų saugai – skiriamas vis didesnis dėmesys. Tuo tikslu sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymu Nr. V-642 patvirtinta Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programa. 2008 m. gruodžio 9 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-1233 „Dėl komiteto nacionalinei pacientų saugos platformai parengti sudarymo“ buvo sudarytas komitetas nacionalinei pacientų saugos platformai parengti (1).

2010-2014 m. Nacionalinės pacientų saugos platformos misija – gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir saugumą (1).

Nacionalinėje pacientų saugos platformoje siūlomi tokie prioritetai: 1) pacientų saugos kultūros įgyvendinimas sveikatos priežiūroje; 2) sveikatos priežiūros darbuotojų informavimas ir mokymas pacientų saugos klausimais; 3) pacientų informuotumas ir mokymas pacientų saugos klausimais; 4) nepageidaujamų įvykių sveikatos priežiūroje registravimo ir mokymosi sistemos sukūrimas; 5) teisinės aplinkos, užtikrinančios efektyvų nepageidaujamų įvykių registravimą, formavimas (1).

Sveikatos priežiūros kokybės ir pacientų saugos gerinimas rūpi daugeliui Europos šalių ir ne vienai tarptautinei organizacijai (3).

Augant sveikatos priežiūros problemos aktualumui nacionaliniu lygiu, taip pat didėjant pacientų mobilumui ES regione, iškilo būtinybė spręsti sveikatos priežiūros paslaugų saugumo problemas ES lygiu. 2005 m. balandžio mėn. paskelbtoje Liuksemburgo pacientų saugos deklaracijoje buvo pripažinta, kad teisė į kokybišką sveikatos priežiūrą – viena iš pagrindinių žmogaus teisių, kurią turėtų gerbti ES, jos institucijos ir visi Europos piliečiai. 2006 m. Europos taryba paskelbė rekomendacijas dėl pacientų saugos ir nepageidaujamų įvykių sveikatos priežiūroje valdymo (1, 3). Už pacientų saugą visų pirma atsako pačios valstybės narės, o ES gali paskatinti jas bendradarbiauti ir remti jų veiklą tose srityse, kuriose ES intervencija gali teikti papildomos naudos.

Europos bendrijos komisija ragina valstybes nares, siekiant užtikrinti pacientų saugą, imtis tokių veiksmų: remti nacionalinės pacientų saugos politikos ir atitinkamų programų rengimą ir plėtotę; informuoti pacientus ir suteikti jiems galimybę dalyvauti pacientų saugos politikos formavimo veikloje; nustatyti arba patobulinti išsamias ir objektyvias pranešimų teikimo sistemas, kad būtų galima registruoti nepageidaujamų reiškinių paplitimą, tipą ir priežastis, tinkamai skirstyti lėšas sprendimų paieškai, ir intervencijos priemonėms, prireikus, ES lygmeniu; užtikrinti, kad pacientų saugos klausimai būtų integruoti į sveikatos priežiūros darbuotojų – paslaugų teikėjų rengimą ir mokymą (3, 5).

Kiekviena šalis savo mastu ir ne tik, rengia praktines rekomendacijas, nuostatus, raginančius pranešimus, teorijas skatinančias pacientų saugos užtikrinimą (3, 5). 2004 m. Anglijos nacionalinė pacientų saugumo agentūra pacientų saugumui užtikrinti suformulavo 7 žingsnių teoriją. Joje nurodomos priemonės, kurias turėtų taikyti sveikatos priežiūros organizacijos (5, 23):

1. Sukurti saugumo kultūrą, grindžiamą atvirumu ir teisumu.
2. Vadovauti, taip pat palaikyti savo darbuotojus, aiškiai ir atvirai orientuojant visus organizacijos narius pacientų saugumui užtikrinti.
3. Integruoti rizikos valdymo veiksmus, sukuriant sistemas ir procesus, kurie padėtų valdyti riziką ir nustatyti ir įvertinti situacijas, galinčias sukelti pavojų.
4. Skatinti informavimą įstaigų ir valstybiniu lygmeniu.
5. Bendrauti su pacientais ir visuomene.
6. Mokytis saugumo ir dalytis patirtimi, skatinti darbuotojus taikyti priežasčių ir pasekmių analizę.
7. Diegti pokyčius per procesų, sistemų keitimus, vadovaujantis savo patirtimi.

Tam, kad būtų efektyviau įgyvendinta pacientų saugos politika visų valstybių sveikatos priežiūros sistemose, yra būtina sukurti vieningą sistemą, pagal kurią būtų galima spręsti apie tam tikrus pokyčius pacientų saugos klausimais. Tokiu tikslu buvo sukurta tarptautinė pacientų saugos klasifikacija (*ICPS – International Classification for Patient* *Safety*). Ji sukurta siekiant palengvinti aprašymų, palyginimų, matavimo, stebėjimo, analizės ir interpretacijos informaciją gerinant pacientų priežiūrą (24). Pasaulio pacientų saugos aljansas yra įsipareigojęs užtikrinti, kad pacientų saugos tarptautinė klasifikacija suartintų tarptautinį pagrindinių klausimų, susijusių su pacientų sauga, supratimą (5).

Tarptautinė pacientų saugos klasifikacija siekia apibrėžti, suvienodinti pacientų saugos grupės idėjas su tarptautine pacientų saugos klasifikacija, palankiu mokymusi, gerinant pacientų saugą visą laiką ir visur. Taip pat numatoma, kad tarptautinė pacientų saugos klasifikacija turi būti suderinta su galiojančiais tarptautiniais klasifikatoriais (5, 24).

Taigi, jau neabejojama, kad pacientų sauga yra aktuali problema sveikatos priežiūros sektoriuje. Pacientų saugos problemos aktualumas paskatino valstybes visame pasaulyje ir įvairias tarptautines organizacijas kurti politinius dokumentus, įvairias strategijas, registruoti nepageidaujamus įvykius bei išaiškinti jų priežastis. Lietuvoje taip pat pradėta aktyviai domėtis ir vykdyti įvairias veiklas, susijusias su pacientų saugos užtikrinimu. Siekiama bendradarbiavimo tarp įvairių Europos ir pasaulio valstybių, tarptautinių organizacijų, kurių tikslas yra siekti kuo geresnės pacientų saugos bei sveikatos priežiūros kokybės.

## Slaugytojų vaidmuo užtikrinant pacientų saugą

### Slaugytojų atsakomybė už pacientų saugą

„Atsakomybės“ terminas naudojamas, norint pabrėžti asmens atsakomybę už tam tikrus veiksmus (25).

Kalbant apie pacientų saugą ir atsakomybę, kartais naudojama sąvoka „atsakomybės kultūra“. Atsakomybės kultūra – pagrindinis saugos kultūros elementas. Atsakomybės kultūra suderina profesinę atsakomybę ir poreikį sukurti saugią aplinką, pranešti apie gydymo ir priežiūros klaidas (26).

Sveikatos priežiūroje yra keturi skirtingi vadybos lygiai, kurie lemia skirtingą etinę atsakomybę (25):

1. Mikrolygis – tiesioginė atsakomybė už pacientų priežiūrą ir kokybiškų paslaugų pacientams suteikimą. Šis lygis susijęs su asmeninio apsisprendimo, bendraujant su pacientu, etika.
2. Macholygis – atsakomybė už bendradarbiavimą ir vadovavimą komandai, slaugytojoms, psichologams, socialiniams darbuotojams. Šis lygis susijęs su vadovavimo ir komandinio darbo etika.
3. Mezolygis – atsakomybė už palatų valdymą, kliniką ar kitą instituciją. Šis lygis susijęs su strateginio planavimo, bendrųjų finansų ir kitų išteklių valdymo ir administravimo etika.
4. Makrolygis – atsakomybė už vidaus ir išorės politiką su tiesioginiais tarpininkais. Šis lygis apima politinę etiką: bendravimą su paslaugų tiekėjais, valstybės ar kitų fondų atstovais.

Tradiciškai nuo Hipokrato laikų atsakomybė buvo suprantama kaip gydytojo atsakomybė pacientui. Ši atsakomybės samprata negali tenkinti naujosios visuomenės sveikatos politikos. Būtina atsižvelgti į sudėtingą šiuolaikinės sveikatos priežiūros organizacinę struktūrą, jos vadybos vertybines orientacijas ir permastyti atsakomybės sąvoką, atsižvelgiant į sveikatos priežiūros paslaugų kainas, kokybę ir jų pasiekiamumą (25).

Pacientai, žengdami į sveikatos priežiūros sistemą, tikisi, kad ši sistema nebus žalinga jiems ir jų sveikatai. Tačiau nė vienas negali būti garantuotas, kad bus apsaugotas nuo įvairių nepageidaujamų įvykių (8).

Klaidos pasitaiko kiekvieno darbe. Medicinoje pasitaikantys nepageidaujami įvykiai yra skaudūs, nes tiesioginiai susieti su žala žmogui. Apie nepageidaujamus įvykius medicinoje kalbama nedrąsiai, nes labai sunku pripažinti, kad padarei klaidą ir esi kaltas (27). Daugelis sveikatos priežiūros specialistų linkę neatskleisti nepageidaujamo įvykio, nes bijo atsakomybės (28, 29).

Padarytos klaidos turėtų būti atskleistos pacientui. Priežastys, dėl kurių turėtų būti pacientui atskleidžiami nepageidaujami įvykiai: dėl pasitikėjimo sveikatos priežiūros specialistu ir visa medicina išlaikymo; sveikatos priežiūros specialistai turi etinę atsakomybę atskleisti nepageidaujamą įvykį pacientui. Jei nepageidaujamas įvykis yra neatskleidžiamas galima pakenti paciento ir sveikatos priežiūros specialisto santykiams, o tuo pačiu sumažinti pasitikėjimą medicina (30).

Pacientų sauga yra esminis ir labai svarbus aspektas siekiant kokybiškos slaugos. Įvairios suinteresuotos šalys, tokios kaip visuomenė, slaugytojai, slaugos pedagogai, administratoriai ir mokslininkai, gydytojai, valdžios ir įstatymų leidybos institucijos, profesinės asociacijos bei akreditavimo agentūros yra atsakingos už tai, kad pacientui sveikatos priežiūros paslaugos būtų suteiktos saugiai. Šių suinteresuotų subjektų atsakomybė už saugias sveikatos priežiūros paslaugas pacientams yra bendra (31).

Vienas iš sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjų – slaugytojas vaidina ypač svarbų vaidmenį, gerinant ir tobulinant pacientų saugumą. Slaugytojas yra neįkainojamas sveikatos priežiūros išteklius, kuris labai prisideda prie pacientų saugos (32). Slaugos mokslininkai mano, kad vaistų klaidos, hospitalinės infekcijos, pacientų kritimai ir pragulos yra tiesiogiai susiję su slaugytojų atsakomybe, nagrinėjant pacientų saugumą (8, 29, 33).

Pacientui prireikus sveikatos priežiūros paslaugų, jis atsiduria ligoninėje. Slaugytojų atsakomybė ir pareiga yra įvertinti paciento rizikos veiksnius, kurie gali sukelti nepageidaujamus įvykius sveikatos priežiūros įstaigoje. Įvertinus galimą riziką pacientui nesaugiai jaustis besigydant ligoninėje, reikia numatyti prevencinius veiksmus ir priemones, kurių pagalba įgyvendinamas numatytas gydymo ir priežiūros planas pacientų saugumui užtikrinti (7).

Rizikos veiksniai skirstomi į vidinius ir išorinius. Vidiniai rizikos veiksniai susiję su pačiu pacientu, o išoriniai rizikos veiksniai susiję su pacientą supančia aplinka (34, 35). Vidiniams rizikos veiksniams priskiriama: eisenos ir pusiausvyros sutrikimai; sąnarių ligos; vaistų vartojimas; mąstymo (protinės veiklos) sutrikimai; patologinės būklės ir ligos. Išoriniams rizikos veiksniams priskiriama: apšvietimas; grindys; laiptai; miegamoji vieta; vonia ir tualetas; apavas; nepakankamas personalo dėmesys (7).

Nemaža dalis atsakomybės už nepageidaujamus įvykius sveikatos priežiūroje, ir apskritai už visą sveikatos priežiūros sistemos kokybės būklę, tenka ir patiems pacientams. Atsainus pacientų požiūris į savo sveikatą, sveikatinimo ir gydymo procesus (pvz., gydytojų paskirto vaistų vartojimo režimo nesilaikymas ir kt.), žemas jų sveikatos raštingumas, menkas savo teisių žinojimas ir naudojimasis jomis, nepakankamas dalyvavimas priimant sprendimus gydymo ir medicininių procedūrų metu ir (ar) formuojant sveikatos politiką prisideda prie klaidų medicinoje atsiradimo ir stabdo kokybės plėtrą sveikatos priežiūros sistemoje. Kaip rodo užsienio valstybių patirtis, apie pusė pacientų nevartoja gydytojų paskirtų vaistų. Tačiau tai nelaikoma nepageidaujamu įvykiu, nors gydymo procesas reikalauja abiejų šalių, mediko ir paciento, pastangų (1).

Taigi, apibendrinant šį skyrių galime teigti, kad klaidos pasitaiko kiekvieno darbe. Nepageidaujami įvykiai yra skaudūs, nes susieti su žmogumi. Atsakomybę už pacientų saugą dalinasi daugelis sveikatos priežiūros specialistų ir pats pacientas. Nepageidaujamų įvykių priežastys yra sisteminės, tačiau jų išraiška yra konkrečių žmonių konkretūs veiksmai ir konkreti atsakomybė. Slaugytojai yra sveikatos priežiūros specialistai, kurie su pacientais praleidžia labai daug laiko, jie yra atsakingi už jų saugą. Norint, kad pacientai jaustųsi saugūs sveikatos priežiūros organizacijoje visi sveikatos priežiūros specialistai ir pats pacientas, jo artimieji turi būti atsakingi už savo veiksmus, bendrauti ir bendradarbiauti tarpusavyje.

### Slaugytojų ir pacientų tarpasmeninis bendravimas

**Bendravimo sąvoka**

Bendravimas – tai žmonių sąveika, kurioje pasikeičiama mintimis, emocijomis, susipažįstama, pasiekiama socialinio bendrumo (36, 37). Bendravimas yra kertinė buvimo žmogumi kategorija. Žmonių santykiai visada grindžiami bendravimu (38).

Bendravimo tikslas yra suprantamai suteikti informaciją, pasikeisti idėjomis, išsakyti savo mintis (25).

Pokalbis yra pirmasis žingsnis, kuris suteikia galimybę užmegzti tarpasmeninius santykius tarp dviejų ar daugiau žmonių (39).

Bendravime yra svarbus trys elementai: įsijautimas – gebėjimas atpažinti subtilias kalbėtojo siunčiamas žinutes, dėmesingumas – gebėjimas skaityti „iš akių“, veido, balso išraiškos, o ne tik iš žodžių esmės; atsakas – gali būti žodinis ir nežodinis (36).

Yra skiriamas žodinis ir nežodinis bendravimas (40). Jie abu slaugytojo darbe yra labai svarbūs.

Žodinis bendravimas (verbalinis bendravimas) – bendraujama kalbos simboliais žodžiu ir raštu. Nežodinis bendravimas (neverbalinė komunikacija) – vyksta informaciją perduodant vaizdais – gestais, mimika ir pan. (36).

Nežodinė kalba yra ne mažiau reikšminga už žodinę: ji padeda geriau išreikšti norimas mintis (36).

Nežodinis bendravimas atlieka tris funkcijas: perteikia tarpasmeninį požiūrį ir emocijas; pritaria arba prieštarauja žodiniam bendravimui; pakeičia kalbą, kai kalba neįmanoma (41).

Nežodinio bendravimo išraiškos būdai (36, 41):

* Atvirieji veiksmai – gestai, judesiai. Dauguma nežodinės kalbos veiksmų yra atviri ir lengvai pastebimi. Labai tiksliai perduoti informaciją galima rankų gestais.
* Slepiami veiksmai. Šiuos veiksmus dažnai sunku pastebėti, bet jie perduoda daugiau informacijos nei atviri, pvz., veido raudonumas, rankų prakaitavimas ar drebėjimas perduoda žmogaus nerimą, susijaudinimą ir pan.
* Akių kontaktas. Jis labai svarbus nežodiniame bendravime. Akių kontaktas bendraujant atlieka pažintinę funkciją. Tiesioginis akių kontaktas rodo susidomėjimą ir norą ką nors sužinoti. Akių išraiška taip pat gali parodyti, kaip mes jaučiamės tam tikromis aplinkybėmis. Nustebimas, sumaištis, baimė, pyktis, nusiminimas, laimė, linksmumas geriausiai matomi iš akių išraiškos. Akių žvilgsnis turi būti gana pastovus. Jei akių kontaktas nepastovus tai rodo nedėmesingumą. Slaugytojai norėdami iškreišti šilumą ir empatija turi palaikyti akių kontaktą su pacientu.
* Lytėjimas. Jis labai svarbus kuriant slaugytojo ir paciento ryšį bei nusakant santykius. Skiriami du prisilietimo tipai, instrumentinis ir emocinis. Instrumentinis slaugytojo prisilietimas prie paciento vadinamas tuomet, kai reikia atlikti procedūrą pvz., matuojant pulsą ar kraujo spaudimą. Emocinis prisilietimas vadinamas tuomet, kai slaugytojas liečia pacientą, norėdamas jį paguosti, padrąsinti ir pan.
* Fiziniai duomenys. Asmens išvaizda ir fiziniai duomenys, tokie kaip fizinis sudėjimas, susitvarkymas, odos spalva ir pan., gali perduoti tam tikrą informaciją, pvz., kaip slaugytojas atrodo, kokia yra jo apranga ar tvarkinga, ar ne ir pan. Taip pat labai daug informacijos suteikia su žmogumi kartu esantys daiktai, pvz., jei į palatą įeina moteris apsirengusi medicinine apranga ir su švirkštu rankose, tai pacientas greičiausia galvoja, kad tai slaugytoja, o ne administratorė.
* Daiktai. Daiktai esantys mūsų aplinkoje taip pat gali padėti bendraujant.
* Balsas. Informaciją gali perduoti balso išraiška, pvz., juokas, verksmas, šauksmas.
* Išoriniai garsai. Jie gali įvairiai veikti bendravimą, pvz., didelis triukšmas gali trukdyti susikalbėti su žmogumi.
* Laikas. Jis labai svarbus bendraujant pacientui ir slaugytojui. Dažnai iki galo išklausyti pacientą pritrūksta laiko, pvz., dėl didelio darbo krūvio ir pan.
* Kvapas. Pastarasis taip pat perduoda informaciją, pvz., į malonius kvapus reaguojama teigiamai ir atvirkščiai.
* Aplinka. Ji taip pat gali veikti bendravimą, pvz., kambario dydis ir spalva. Mėlyna ir žalia spalvos padeda atsipalaiduoti, sukuria ramią aplinką. Geltona ir oranžinė spalvos padidina žmonių energingumą.

Tiek slaugytojas, tiek pacientas bendraudami tarpusavyje naudoja nežodinę kalbą. Nežodinė kalba gali padėti slaugytojui paaiškinti, o pacientui suprasti ką sako slaugytojas. Nežodinė kalba slaugytojo ir paciento bendravime įveda aiškumo, suprantamumo, o tai gali padėti išvengti nepageidaujamų įvykių slaugoje, pvz., jei pacientas nekalba, dėl esamos sveikatos būklės, tai gestai, akių žvilginis ir rankų judesiai gali padėti slaugytojui ir pacientui susikalbėti bei suprasti teikiamą informaciją.

Taigi, galime teigti, jog bendravimas yra pasikeitimas prasminga informacija tarp dviejų ar daugiau žmonių. Bendraujama dvejomis formomis žodiniu ir nežodiniu bendravimu. Abi bendravimo formos suteikia pašnekovams daug naudingos informacijos. Slaugytojo ir paciento bendravime – svarbi tiek žodinė, tiek nežodinė kalba. Jų naudojimas ir derinimas kartu gali padėti išvengti nepageidaujamų įvykių slaugoje.

**Slaugytojo ir paciento bendravimas**

Slaugytojo ir paciento bendravimo santykiai yra labai svarbi slaugos praktikos dalis. Slaugytojo ir paciento bendravimas yra kertinis akmuo jų tarpusavio santykiams. Geras bendravimas slaugytojo praktikoje efektyvina sveikatos priežiūrą. Kartais bendravimą su pacientu gali trikdyti įvairios problemos. Dažnai bendravimas sveikatos priežiūros įstaigose būna skubotas dėl laiko stokos (42).

Slaugytojo ir paciento pokalbis prasideda nuo pirmosios paciento apklausos ar įvertinimo ir trunka visą laiką, kol pacientas yra slaugomas. Per pokalbį slaugytojas pacientui padeda išsakyti savo poreikius, sumažinti įtampą ar nerimą keliančias problemas ir pasirinkti iš esamų galimybių tinkamiausią (39).

Slaugytojas yra vienintelis sveikatos priežiūros darbuotojas, kuris su pacientu bendrauja 24 valandas per parą (19, 43, 44). Slaugytojų bendravimas su pacientu visuomet yra nukreiptas į rezultatą (40). Savo kasdieniniame darbe slaugytojai bendrauja su daugybe žmonių. Kaip slaugytojas naudoja savo asmeninius bendravimo įgūdžius, turi didžiulės įtakos paciento slaugai pvz., kaip klausosi, kaip sugeba sudaryti tinkamą atmosferą, kad pacientas atsiskleistų, ir kaip pasiūlo nuoširdžią pagalbą bei paguodą (39).

Skiriamos keturios slaugytojo ir paciento bendravimo ypatybės (25):

* Asimetrija. Teikiant pagalbą pacientui, jo ir slaugytojo santykiai, iš esmės, visada yra asimetriški – pagalbos teikėjas turi informacijos ir galimybių, nuo kurių pagalbos prašytojas priklausomas. Asimetrija gali tapti problema. Kai yra asimetrija, tarp pašnekovų dažnai neaišku kas teisus. Dalyviams nėra aišku, kas bendraujant yra viršesnis, jie nepripažįsta vienas kito išmanymo arba jaučiasi apvilti emociškai. Kartais pacientas, bendraudamas su medicinos personalu, gali jausti, kad jo visai nepaisoma. Tokiu atveju gali sumažėti paciento pasitikėjimas bendraujančiu medicinos personalu.
* Pasitikėjimas. Pasitikėjimas, kai santykiai asimetriški, reikalauja, kad bendraujantieji papildytų vienas kitą, t.y. kiekvienas jų drįstų pripažinti, kad kitas tam tikroje srityje yra viršesnis. Tokį pripažinimą galima pasiekti, rimtai atsižvelgiant į paciento pasitikėjimą ir laikant jį pokalbio atramos tašku ar nuolat domintis, kaip kitas, remdamasis savo moraline savivoką, tvarko ir grupuoja informaciją. Taigi papildymas yra abipusio pripažinimo procesas, kurio metu nustatoma skirtingų išmanymo aspektų pusiausvyra. Taip įgyjamas pasitikėjimas.
* Galia. Pagalbos prašytojas ateina pas paslaugos teikėją, nes šis gali turėti galios kaip nors pagerinti jo padėtį. Juk priežiūros teikėjo pasirinktas darbas yra padėti kitam ar jį paremti. Galią galima apibūdinti, kaip gebėjimą ką nors įvykdyti ar įgyvendinti.
* Įgaliojimai. Reiškia, kad turima pakankamai išmanymo ir patirties atlikti tam tikrus veiksmus ar priimti sprendimus. Kai pacientas sutrikęs ar abejoja, priežiūros teikėjui gali būti labai gera išeitis pasinaudoti savo įgaliojimais.

Šios ypatybės bendraujant slaugytojui ir pacientui visuomet egzistuoja. To priežastis paciento ir slaugytojo statuso neatitikimas. Slaugytojas visuomet turės daugiau žinių profesinėje srityje, galios ir įgaliojimų nei pacientas.

Slaugytojų bendravimo įgūdžiai ir kompetencijos turi didelės įtakos efektyviam bendravimui (45). Geri klausinėjimo ir kalbėjimo įgūdžiai yra labai svarbūs, siekiant tinkamai pasirūpinti pacientu, spręsti slaugos problemas ir planuoti slaugą. Slaugytojai turi tobulinti pokalbių įgūdžius, kad padėtų pacientui prasmingu pokalbiu (39).

Pagrindiniai slaugytojo bendravimo įgūdžiai ir savybės (39):

* Susitapatinimas. Tai lyg įsijautimas į paciento problemą ir jos suvokimas.
* Nuoširdumas. Jis yra būtina sąlyga pasitikėti santykiais. Nuoširdumas reiškia, kad asmuo yra sąžiningas dalindamasis su kitu savo mintimis, jausmais bei patirtimi.
* Konkretumas. Tai reiškia, kad slaugytojas turi kalbėti tiksliai, konkrečiai, o ne abstrakčiai. Svarbu nenukrypti nuo esmės.
* Rūpinimasis. Tai slaugytojo pagalba pacientui. Rūpinimasis slaugoje gali būti tiek fizinis, tiek psichologinis.
* Pagarba. Pacientą reikia gerbti kaip individą. Slaugytojai neturi teisti, vertinti paciento pagal savo vertybių skalę, nes kiekvienas jų yra atskiras individas su savo jausmais ir morale.
* Dėmesingumas. Tai reiškia, kad bendraujant pacientui ir slaugytojui svarbūs yra pritarimas, susidomėjimas ir neužbėgimas už akių.
* Išklausymas. Tai įsiklausymas į kito žmogaus žodžius, mintis ir jausmus, nepriklausomai nuo to ar jie būtų išreikšti, ar numanomi. Išklausymas reikalauja jautrumo, santūrumo kito žmogaus atžvilgiu.
* Šiluma. Šiluma yra daugiausiai perduodama bendraujant nežodiniais būdais. Slaugytojas šilumą gali parodyti: šypsodamasis, draugišku balsu kreipdamasis į pacientą, liesdamas pacientą, stovėdamas ir laisvai bendraudamas su pacientu (tai yra stovi atsipalaidavęs, kojos turi svirtai stovėti ant žemės; kojos ir rankos neturi būti sukryžiuotos ar kietai sunertos, kadangi tai sudarys įspūdį, jog slaugytojas jaučiasi nesmagiai), rodydamas susidomėjimą pacientu.

Slaugytojui reikia gerų bendravimo įgūdžių siekiant įvertinti paciento poreikius ir pasirūpinti, kad priežiūra būtų individuali, pritaikyta konkrečiam asmeniui (41), o tuo pačių ir saugi.

Taigi slaugytojo ir paciento bendravimas yra labai svarbus visą paciento buvimo ligoninėje laikotarpį. Bendravimo įgūdžiai slaugytojo darbe padeda suprasti pacientą, jo problemas, poreikius, lūkesčius bei pasiekti norimo rezultato. Bendraujant slaugytojui ir pacientui užmezgami tarpasmeniniai santykiai.

**Slaugytojo ir paciento tarpasmeniniai santykiai**

Slaugytojo ir paciento santykiai yra vystomi dėl to, kad būtų patenkinti paciento poreikiai. Esant geriems paciento ir slaugytojo tarpusavio santykiams paciento poreikiai yra svarbiausi. Už slaugytojo ir pacientų santykių užmezgimą atsakingas yra slaugytojas (9).

Yra skiriami asmeniniai (kasdieniniai, draugiški, romantiški, seksualiniai) ir profesiniai santykiai (pvz., slaugytojo – paciento) (9).

Asmeniniai santykiai skirstomi į: kasdieninius santykius (tokius santykius, slaugytojas gali užmegzti žmonių bendruomenėje); draugiškus santykius (tai tokie santykiai, kuriuose žmogus su slaugytoju jau seniau susipažino, o dabar jis atsidūrė paciento pozicijoje); romantiški ir seksualiniai santykiai (tokie santykiai su pacientu yra neetiški ir neprofesiniai) (9).

Profesiniai santykiai yra tokie santykiai, kurie plėtojami tarp slaugytojo ir paciento. Tokiuose santykiuose pacientui leidžiama aktyviai priimti sprendimus, kurie yra susiję su jo sveikatos priežiūra. Slaugytojas tokiuose santykiuose turi nustatyti ribas, nes vis dėlto jis yra profesionalas savo srityje (9).

Profesinių ir asmeninių santykių skirtumai (9):

1. Elgsena:

* Profesiniuose santykiuose – reguliuoja etikos kodekso ir profesinių standartų.
* Asmeniniuose santykiuose – paremta asmeninėmis vertybėmis ir įsitikinimais.

1. Atlygis:

* Profesiniuose santykiuose – už priežiūrą slaugytojui yra mokamas.
* Asmeniniuose santykiuose – neprašomas.

1. Santykių trukmė:

* Profesiniuose santykiuose – trunka tiek kiek pacientas guli ligoninėje.
* Asmeniniuose santykiuose – gali trukti visą gyvenimą.

1. Santykių vieta:

* Profesiniuose santykiuose – apibrėžta ir ribota – sveikatos priežiūros įstaiga.
* Asmeniniuose santykiuose – neapibrėžta ir neribota.

1. Santykių tikslas:

* Profesiniuose santykiuose – pasirūpinti pacientu.
* Asmeniniuose santykiuose – malonumas, nukreiptas į interesuotas temas.

1. Santykių struktūra:

* Profesiniuose santykiuose – slaugytojo suplanuota paciento priežiūrą.
* Asmeniniuose santykiuose – spontaniška, nesisteminga.

1. Galios balansas:

* Profesiniuose santykiuose – nevienodas, nes slaugytojas yra profesionalas savo darbe. Skiriasi slaugytojo ir paciento žinios bei įtaka.
* Asmeniniuose santykiuose – vienodas.

1. Atsakomybė:

* Profesiniuose santykiuose – slaugytojo. Jis atsakingas už santykių užmezgimą ir palaikymą.
* Asmeniniuose santykiuose – lygi. Už santykių sukūrimą ir palaikymą atsakingi abu asmenys.

1. Pasiruošimas santykiams:

* Profesiniuose santykiuose – slaugytojas turi formalias žinias, pasiruošimą, orientavimąsi ir mokymą.
* Asmeniniuose santykiuose – neturima formalių žinių, pasiruošimo, orientavimosi ir mokymosi.

1. Laikas praleistas santykiuose:

* Profesiniuose santykiuose – apibrėžtas slaugytojo darbo valandomis.
* Asmeniniuose santykiuose – laisvai pasirenkamas.

Slaugytojas turi žinoti profesinių ir asmeninių santykių skirtumus, kad bendraudamas su pacientu galėtų nubrėžti profesinio bendravimo ribas. Laikantis profesinio bendravimo ribų, slaugytojo ir paciento bendravimas būtų efektyvesnis ir kokybiškesnis.

Taigi už tarpasmeninių santykių užmezgimą atsakingas slaugytojas. Tarpasmeniniai slaugytojo ir paciento santykiai padeda tenkinti paciento poreikius, tikslus. Svarbu profesiniuose slaugytojo ir paciento santykiuose nustatyti ribas. Plėtojant profesinius slaugytojo ir paciento santykius gali kilti įvairių bendravimo problemų ir nesusipratimų.

**Slaugytojo ir paciento bendravimo barjerai**

Slaugytojo ir paciento santykiai priklauso nuo veiksmingo bendravimo. Slaugytojai turi veiksmingai bendrauti, kad atliktų savo vaidmenį su pacientu, kolegomis ir pan. Efektyvi komunikacija tarp sveikatos priežiūros darbuotojų ir pacientų yra gyvybiškai svarbi (46).

Norint atsakyti į klausimą kas yra efektyvus bendravimas, reikia atsakyti į sekančius 4 klausimus (47):

1. Kokius žodžius reikia naudoti, kad bendravimas taptų efektyvus?
2. Kaip slaugytojui užtikrinti, kad per skirtą trumpą laiką bendravimui jis suprato, ką pacientas norėjo pasakyti?
3. Kaip nustatyti, ar pacientas suprato slaugytoją?
4. Kokia galima žala, jei informacija bus nesuprasta?

Į šiuos klausimu atsakyti nelengva. Atsakymai turėtų priklausyti nuo kiekvieno paciento individualiai. Kai slaugytojas išanalizuoja paciento būseną, poreikius, problemas ir pan., tuomet gali nuspręsti, kaip tinkamiausiai reikia su juo bendrauti, kad tarpusavio bendravimas būtų ne tik efektyvus, bet ir saugus.

Daugelis autorių išskiria rizikos veiksnius, kurie gali sutrikdyti efektyvų slaugytojo ir paciento bendravimą (20, 40, 48, 49):

* Kultūra. Jei paciento ir slaugytojo kultūros skiriasi, tai gali paveikti bendravimą.
* Socialiniai ir ekonominiai skirtumai, pvz., išsilavinimo lygis, ekonominė padėtis.
* Medicininis raštingumas. Kaip gerai pacientas supranta medicininius terminus. Nuo to ką pacientas ir kaip supranta bendraudamas su slaugytoju labai priklauso jo sauga.
* Kalba. Slaugytojui ir pacientui bendraujant skirtingomis kalbomis gali kilti įvairių bendravimo keblumų.
* Lytis. Ji taip pat gali turėti įtakos paciento ir slaugytojo santykiams.
* Asmenybė ir elgesys. Tai taip pat turi įtakos bendravimui. Kaip mes įprastai bendraujame, taip mus mato ir supranta kiti asmenys.
* Asmenybė ir kalbos manieros, pvz., dėl aukšto slaugytojo tono pacientas gali pasijusti nejaukiai.

Tyrėjai rekomenduoja, kad siekiant kuo mažiau nesusipratimų ir paciento nepasitenkinimo, bendraujant slaugytojui verta vadovautis šiomis taisyklėmis (50):

1. Žiūrėti į pacientą kaip į asmenį, kuris turi ką papasakoti. Leisti jam pasakyti, ką kiekvienas simptomas reiškia būtent jam. Kuo reikšmingesnė ligoniui atrodys apklausa, tuo didesnė tikimybė, kad taikomas gydymas bus veiksmingas, o pacientas labiau patenkintas.
2. Prieš kalbantis su pacientu, reikia skirti laiko pokalbio pasirengimui – peržvelgti paciento istoriją. Išankstinis susipažinimas su paciento būkle rodo, kad jis yra gerbiamas.
3. Prieš pradedant pokalbį reikia prisistatyti, jei leidžia aplinkybės paspausti ranką. Toks gestas rodo, kad žiūrite į jį kaip į sau lygų asmenį, ir tai padeda pagrindą geriems santykiams.
4. Pacientui reikia parodyti, kad visas dėmesys yra skiriamas jam, dėl laiko stokos stengtis jo nepertraukti. Jeigu pokalbiui nėra daug laiko, apie tai reikia perspėti pacientą, kad jis neinterpretuotų jūsų elgesį kaip abejingumą.
5. Niekada nežadėti to, ko nebus galima įvykdyti (pvz., pažadėti, kad ateisite apžiūrėt popiet). Pacientams neišpildytas pažadas – nerūpestingumo, pagarbos stokos ženklas.
6. Paklausti, ar pacientas neturi klausimų. Toks elgesys parodo, jog slaugytojui svarbu, kad ligonis suprastų savo sveikatos problemą ir aktyviai dalyvautų jos sprendime.

Taigi efektyviai bendrauti slaugytojui ir pacientui gali trukdyti įvairūs bendravimo barjerai. Barjerus, esančius slaugytojo ir paciento bendravimo metu, reikia šalinti, kad bendravimas ir tarpasmeniniai santykiai taptų efektyvūs ir pasiektų išsikeltus paciento sveikatos priežiūros plano tikslus.

Apibendrinant šį skyrių galime teigti, kad bendravimas yra svarbiausia slaugytojo pagalbos priemonė, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas pacientui. Bendraujant pacientui ir slaugytojui labai svarbūs yra slaugytojo bendravimo įgūdžiai ir savybės. Efektyvus bendravimas – sėkmingos slaugos pagrindas. Geras bendravimas ir informacijos skleidimas prisideda prie sveikatos priežiūros kokybės ir pacientų saugos.

### Bendravimo ir pacientų saugos ryšys

Pacientų saugos atžvilgiu yra labai svarbus bendravimas ir bendradarbiavimas tarp sveikatos priežiūros organizacijos specialistų, paciento, jo artimųjų ir slaugytojo (51, 52, 53, 54). Daugelis užsienio mokslininkų teigia, kad pacientų informavimo poreikis yra labai didelis (55, 56, 57). Lietuvos mokslininkai teigia, kad pacientai nori gauti išsamią informaciją apie sveikatos būklę, gydymo ir slaugymo procesą ir galimą šalutinį vaistų poveikį (58).

Pacientui, atsidūrus sveikatos priežiūros organizacijoje, reikalingą informaciją gali suteikti daugelis ten dirbančių specialistų. Vienas iš sveikatos priežiūros specialistų yra slaugytojas. Jis – paciento informacijos šaltinis, kuris jam lengvai pasiekiamas.

Lietuvoje slaugytojų pareigą teikti informaciją pacientui reglamentuoja keletas teisės aktų. Lietuvos Respublikos Slaugos įstatyme įtvirtinta slaugytojo pareiga teikti informaciją apie paciento sveikatą Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka (59). Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme yra apibrėžiama gyventojų teisė gauti informaciją apie sveikatos priežiūros įstaigas, jų teikiamas paslaugas ir galimybes jomis pasinaudoti, teisė gauti suprantamą informaciją apie sveikatos būklę arba jos atsisakyti (60). Lietuvos medicinos normoje MN 28:2004 „Bendrosios praktikos slaugytoja (slaugytojas)“ nurodyta, kad slaugytojai privalo mokyti pacientus, šeimas, bendruomenę saugoti ir prižiūrėti sveikatą; privalo aiškinti pacientui ir (ar) jo šeimai apie procedūrų atlikimo būdus, pasiruošimą, galimas komplikacijas, apie gydytojo skirtus vaistus, galimą nepageidaujamą vaistų poveikį (61).

Europos bendrijų komisija taip pat pabrėžia, kad pacientas turi teisę gauti išsamią ir adekvačią informaciją apie sveikatą ir jos išsaugojimą (62).

Vienas iš slaugos tikslų yra saugus bendravimas. Jis padeda pacientui pasiekti optimaliausią poveikį paciento sveikatai. Saugus bendravimas su pacientu yra pagrindinė priemonė visiems sveikatos priežiūros specialistams siekiant saugos pacientui.Saugus bendravimas yra slaugytojo pareiga rinkti ir dalintis informacija su pacientu, paaiškinti jam neaiškius dalykus. Saugus bendravimas sukuria bendradarbiavimą su pacientu ir jo šeimos nariais, padeda kitiems sveikatos priežiūros darbuotojams siekti bendrų saugos tikslų, o tuo pačiu aukštos sveikatos priežiūros kokybės (63).

Labai svarbu užtikrinti perduodamos informacijos tikslumą. Ar informacija perduodama tiksliai ir aiškiai, priklauso nuo informacijos skleidėjo bendravimo įgūdžių. Slaugytojai su pacientu turi bendrauti atsižvelgiant į jo būklę, supratimo laipsnį ir pan. Taip pat slaugytojas turi paklausti paciento, ar jis viską suprato, ką pasakė slaugytojas (63).

Siekiant pacientų saugos, slaugytojai ir kiti sveikatos priežiūros darbuotojai turi skatinti bendravimą su pacientu. Taip sužinomos paciento problemos, poreikiai ir pan. Bendraujant stiprėja pasitikėjimas ir tarpusavio santykiai. Jei pacientas nepasitiki slaugytoju, nenorės nuoširdžiai dalintis informacija apie save. Slaugytojai ir kiti sveikatos priežiūros darbuotojai yra atsakingi už informacijos apie pacientą perdavimo tikslumą ir aiškumą. Slaugytojas atsakingas už saugaus ryšio palaikymą su pacientu (63).

Skiriamos šešios slaugytojo atsakomybės, kurios yra susijusios su saugiu bendravimu (63):

1. Slaugytojas atsakingas už paciento ir slaugytojo santykių sukūrimą. Jų dėka didinamas paciento pasitikėjimas slaugytoju ir kuriamas ryšys tarp slaugytojo ir paciento. Dėl pasitikėjimo ir sukurto ryšio pacientas yra atviresnis slaugytojui. Slaugytojas gauna informaciją apie paciento savijautą ir pan.
2. Slaugytojas atsakingas už keitimąsi reikalinga informacija su pacientu ir jo šeimos nariais. Tai padeda įvertinti paciento sveikatos būklę, planuoti procedūras, nustatyti atsaką į pacientų mokymąsi ir mokymo veiksmingumą.
3. Slaugytojo atsakomybė yra užtikrinti, kad paciento slaugos ir gydymo rėžimas būtų teisingas ir aiškus. Tai reiškia, kad prieš teikiant sveikatos priežiūros paslaugas reikia identifikuoti pacientą, įtraukti jį į sveikimo procesą, kaip aktyvų dalyvį, suprantamai paaiškinti jam galimus ir negalimus atlikti veiksmus, esant tokiam paskirtam gydymo rėžimui.
4. Slaugytojas yra atsakingas už keitimąsi informacija apie pacientą su kitais sveikatos priežiūros specialistais.
5. Slaugytojas yra atsakingas už atsakomybės perkėlimą rūpintis pacientu kitam slaugytojui, kai pacientas yra perkeliamas į kitą skyrių, instituciją, keičiantis pamainai ir pan.
6. Slaugytojo atsakomybė yra užtikrinti informacijos tikslumą bendraujant pacientui ir slaugytojui bei slaugytojui su kitu medicinos personalu.

Jeigu kurios nors vienos iš išvardintų atsakomybių nevykdo slaugytojas, tuomet gali kilti pavojus paciento saugai.

PSO pateikė sveikatos priežiūros specialistams patarimus skirtus bendrauti su pacientu**:** teikti informaciją pacientui apie jo sveikatos būklę ir priežiūros planą taip, kad jis suprastų; informuoti pacientą apie jam skirtus vaistus, dozes, vartojimo laiką; informuoti pacientą apie asmenį, kuris yra atsakingas už jo saugą ir kokybišką priežiūrą; sukurti galimybę pacientams ir jo artimiesiems užduoti rūpimus klausimus sveikatos priežiūros paslaugos teikėjui; įtraukti pacientą ir jo artimuosius į diskusiją apie paciento priežiūrą (64).

Ryšį tarp paciento saugos ir bendravimo sudaro informacija, kurią slaugytojai ir kiti sveikatos priežiūros specialistai gauna iš pacientų ir kitų medicinos specialistų. Gauta informacija naudojama planuojant individualų paciento gydymą, priežiūrą bei procedūras. Svarbu, kad informacija būtų teisinga, tiksli ir neiškraipyta. Jei sprendimai daromi naudojantis neteisinga, netikslia, iškraipyta informacija, tuomet pacientas gydomas ir teikiamos sveikatos priežiūros paslaugas netinkamai. Tokie veiksmai gali pacientui suketi žalą (**64**).

Apibendrinant galima teigti, kad slaugytojai bei kiti sveikatos priežiūros specialistai yra atsakingi už informacijos apie pacientą teikimą. Teikiama informacija turi būti tiksli. Pacientai, teikiantys tikslią informaciją apie save ir sveikatos priežiūros specialistai, dalinantys tarpusavyje turimą tikslią informaciją apie pacientą, gali pasiekti geresnės pacientų saugos ir geresnių sveikatos priežiūros rezultatų.

# TYRIMO METODIKA

**Tiriamųjų kontingentas ir tyrimo eiga**

Siekiant išanalizuoti stacionaro slaugytojų bendravimo su pacientais reikšmę, užtikrinant jiems sveikatos priežiūros paslaugų saugą, parengta anketa ir atlikta apklausa.

Siekiant nepažeisti tyrimo etikos principų, parengus galutinę anketą, buvo kreiptasi į „N“ ligoninės vadovą dėl sutikimo atlikti tyrimą šioje organizacijoje. Gautas sutikimas buvo pateiktas LSMU Bioetikos centrui, kur buvo išduotas leidimas tyrimui atlikti (1 priedas).

Anoniminė anketinė slaugytojų apklausa buvo atlikta 2010 m. lapkričio – gruodžio mėnesiais. Paaiškinus tyrimo tikslą ir turinį, tiriamiesiems buvo išdalintos anketos vokuose. Siekiant išsaugoti tiriamųjų anonimiškumą, jiems nereikėjo rašyti nei savo vardo, nei pavardės. Anketų užpildymui buvo skirta 2 savaitės. Tyrimu siekta apklausti visus slaugytojus, dirbančius „N“ ligoninės stacionaro terapiniame ir chirurginiame profilyje. Tyrimo metu stacionare dirbo 220 slaugytojų. Buvo išdalintos 220 anketos, iš kurių 130 terapiniame, o 90 chirurginiame profilyje. Iš viso grįžo 182 anketos (atsako dažnis – 84,1 proc.), iš kurių 97 iš terapinio, o 85 iš chirurginio profilio.

**Anketos turinys ir struktūra**

Tyrimo metu buvo naudota anoniminė anketa (2 priedas), kuri sudaryta remiantis lietuvių ir užsienio autorių literatūros analize. Anketą sudarė 28 uždaro ir atviro tipo klausimai. Klausimyne buvo prašoma pažymėti vieną ar kelis pasirinktus atsakymus iš pateiktų variantų ar įrašyti atsakymą nurodytose vietose. Klausimynas suskirstytas į keturias dalis, jo struktūra pateikta 1 lentelėje.

**1 lentelė.** Anketos klausimų grupavimas pagal temas.

|  |  |
| --- | --- |
| **Klausimų grupės** | **Klausimų numeriai** |
| 1. Respondentų socialinės demografinės charakteristikos | 1, 2, 3, 4, 5, 6 |
| 1. Slaugytojų nuomonė apie atsakomybę už pacientų saugą | 7, 8, 9, 10, 11, 12,13 |
| 1. Slaugytojų nuomonė apie tarpasmeninio bendravimo su pacientais svarbą pacientų saugai | 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 |
| 1. Slaugytojų nuomonė apie pacientų informavimo svarbą pacientų saugai | 23, 24, 25, 26, 27, 28 |

Pirmoje anketos dalyje pateikti klausimai skirti susipažinti su tiriamaisiais. Buvo prašoma nurodyti savo amžių, gyvenamąją vietą, išsilavinimą, darbo stažą slaugoje, darbo profilį bei kokioje pamainoje jie dažniausiai dirba. Šių klausimų analizė padės įvertinti slaugytojų socialinius demografinius veiksnius ir palyginti slaugytojų dirbančių terapiniame ir chirurginiame profilyje nuomonę apie bendravimą su pacientu bei jo reikšmę pacientų saugai.

Antroje anketos dalyje respondentams pateikiami klausimai, kurie susiję su slaugytojų atsakomybe už pacientų saugą. Slaugytojų buvo klausiama apie bendrą, asmeninę bei paciento atsakomybę už pacientų saugą, taip pat buvo klausiama apie nepageidaujamų įvykių dažnumą slaugytojo darbo praktikoje bei pranešimo apie juos pacientui atsakomybę. Respondentų taip pat buvo prašoma įvertinti sveikatos priežiūros specialistų ir kitų ligoninės darbuotojų atsakomybę už pacientų saugą nuo „labai atsakingas“ iki „visiškai neatsakingas“. Šių klausimų analizė leis įvertinti slaugytojų nuomonę apie atsakomybę už pacientų saugą.

Trečioje dalyje pateikiami klausimai, kurie susiję su slaugytojų ir pacientų tarpasmeniniu bendravimu. Slaugytojų buvo klausiama apie bendravimo su pacientu reikšmę jų saugai, bendravimo laiką bei jo reikšmę pacientų saugai. Taip pat slaugytojų buvo klausiama, kas būdinga slaugytojui bendraujant su pacientu bei dėl kokių priežasčių jam gali būti sunku bendrauti su pacientu. Respondentų buvo prašoma įvertinti slaugytojų bendravimo su pacientu svarbumą balais nuo 1 (visiškai nesvarbu) iki 10 (labai svarbu) bei slaugytojų bendravimo įgūdžius svarbius pacientų saugai nuo “labai svarbus“ iki „visiškai nesvarbus“. Šių klausimų analizė leis įvertinti slaugytojų nuomonę apie bendravimą su pacientais bei jo svarbą pacientų saugai.

Ketvirtoje anketos dalyje pateikiami klausimai, kurie susiję su slaugytojų teikiama informacija pacientui. Respondentų buvo klausiama, kokią informaciją slaugytojas turėtų suteikti pacientui, kad pacientas jaustųsi saugus, kiek vidutiniškai laiko slaugytojas turėtų skirti paciento informavimui, kas pacientų saugos atžvilgiu, informavimo procese yra svarbiausia, kada yra didžiausias paciento informatyvumo poreikis ir ar tinkamai informavus pacientą galima išvengti daugelio nepageidaujamų įvykių. Šių klausimų analizė leis įvertinti slaugytojų nuomonę apie pacientų informatyvumo svarbą pacientų saugos atžvilgiu.

Klausimų, kuriuos respondentai vertino pagal Likerto skalę (pvz., 7 klausimo atsakymo variantai buvo “visiškai sutinku”, “sutinku”, “abejoju”, “nesutinku” ir “visiškai nesutinku”), atsakymų variantai atliekant duomenų analizę (lyginant slaugytojus pagal darbo profilį), buvo suvienodinti, t.y. vertinimai “visiškai sutinku” ir “sutinku” buvo apjungti ir laikomi teigiamu atsakymu bei vertinimai ”nesutinku” ir “visiškai nesutinku” taip pat buvo apjungti ir laikomi neigiamu atsakymu.

**Demografinė ir socialinė respondentų charakteristika**

Tyrime dalyvavo 182 slaugytojai dirbantys „X“ ligoninės stacionare. Slaugytojai dirbantys terapiniame profilyje sudarė 53,3 proc., o chirurginiame profilyje 46,7 proc.

Tyrime dalyvavusių slaugytojų amžius svyravo nuo 21 iki 59 metų. Apklaustų slaugytojų amžiaus vidurkis – 39,4 ± 9,20. Tyrime dalyvavę slaugytojai pagal amžių buvo suskirstyti į tris grupes: I grupė – 30 m. ir jaunesni (18,7 proc.); II grupė – 31-40 m. (37,9 proc.); III grupė – 41 m. ir vyresni (43,4 proc.). Slaugytojų skirstinys atsižvelgiant į darbo profilį ir amžiaus grupes, pateiktas 2 lentelėje. Statistiškai reikšmingo skirtumo tarp slaugytojų darbo profilio ir amžiaus grupių nustatyta nebuvo.

**2 lentelė.** Slaugytojų skirstinys atsižvelgiant į darbo profilį ir amžiaus grupes.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Amžiaus grupės** | **Darbo profilis** | | | | **Iš viso** | |
| **Terapinis** | | **Chirurginis** | |
| **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| 30 m. ir jaunesni | 16 | 16,5 | 18 | 21,2 | 34 | 18,7 |
| 31-40 m. | 36 | 37,1 | 33 | 38,8 | 69 | 37,9 |
| 41 m. ir vyresni | 45 | 46,4 | 34 | 40,0 | 79 | 43,4 |
| **Iš viso** | 97 | 100,0 | 85 | 100,0 | 182 | 100,0 |

Apklausos duomenų analizės rezultatai parodė, kad 93,4 proc. tyrime dalyvavusių slaugytojų gyvena mieste ir tik 6,6 proc. kaime.

Daugiau nei trečdalis 36,3 proc. visų slaugytojų turi aukštesnįjį išsilavinimą, o mažiau nei penktadalis 17,0 proc. turi spec. vidurinį išsilavinimą (1 pav.).

**1 pav.** Slaugytojų skirstinys pagal išsilavinimą (proc.).

Tyrime dalyvavusių slaugytojų darbo stažas slaugoje svyravo nuo 0,5 iki 40 metų. Apklaustų slaugytojų darbo stažo slaugoje vidurkis – 16,36 ± 9,93. Tyrime dalyvavę slaugytojai pagal darbo stažą slaugoje buvo suskirstyti į tris grupes: I grupė – 10 m. ir mažiau (33,0 proc.); II grupė – 11-20 m. (36,8 proc.); III grupė – 21 m. ir daugiau (30,2 proc.). Slaugytojų skirstinys atsižvelgiant į darbo profilį ir darbo stažo slaugoje grupes, pateiktas 3 lentelėje. Statistiškai reikšmingo skirtumo tarp slaugytojų darbo profilio ir darbo stažo slaugoje grupių nustatyta nebuvo.

**3 lentelė.** Slaugytojų skirstinys atsižvelgiant į darbo profilį ir darbo stažą slaugoje metais.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Darbo stažo slaugoje grupės** | **Darbo profilis** | | | | **Iš viso** | |
| **Terapinis** | | **Chirurginis** | |
| **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| 10 m. ir mažiau | 36 | 37,1 | 24 | 28,2 | 60 | 33,0 |
| 11-20 m. | 33 | 34,0 | 34 | 40,0 | 67 | 36,8 |
| 21 m. ir daugiau | 28 | 28,9 | 27 | 31,8 | 55 | 30,2 |
| **Iš viso** | 97 | 100,0 | 85 | 100,0 | 182 | 100,0 |

Tyrimo dalyvių buvo klausiama, kokioje pamainoje jie dažniau dirba: dieninėje ar naktinėje. Slaugytojai dažniau dirbantys dieninėje pamainoje sudarė 62,6 proc., o naktinėje pamainoje 37,4 proc.

**Statistinė duomenų analizė**

Statistinė duomenų analizė buvo atlikta naudojant programų paketą „SPSS 17.0 for Windows”. Hipotezės apie dviejų požymių nepriklausomumą buvo tikrinamos naudojant Chi-kvadrato (χ2) kriterijų. Hipotezė apie dviejų proporcijų lygybę buvo tikrinama naudojant z kriterijų. Skirtumai tarp požymių laikyti statistiškai reikšmingais, kai p<0,05. Kiekybiniams požymiams vertinti buvo apskaičiuotas aritmetinis vidurkis ir standartinė nuokrypis.

# REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

## Slaugytojų nuomonė apie atsakomybę už pacientų saugą

Siekiant išsiaiškinti, slaugytojų požiūrį į jų atsakomybę už pacientų saugą, slaugytojų buvo klausiama, ar jie sutinka su teiginiu, kad „ligoninėje turi būti skatinama asmeninė atsakomybė už pacientų saugą“. Beveik du trečdaliai (58,8 proc.) slaugytojų sutinka, o daugiau nei penktadalis (20,9 proc.) visiškai sutinka, kad ligoninėje turėtų būti skatinama asmeninė atsakomybė už pacientų saugą, o nesutinka ar visiškai nesutinka su šiuo teiginiu atitinkamai 13,7 proc. ir 1,1 proc. slaugytojų (2 pav.).

**2 pav.** Slaugytojų atsakymų skirstinys (proc.) pagal sutikimą su teiginiu, jog ligoninėje turi būti skatinama asmeninė atsakomybė už pacientų saugą.

Mūsų nuomone, toks slaugytojų nuomonės pasiskirstymas gal būt rodo, kad slaugytojai nebijo asmeninės atsakomybės už pacientų saugą, nes daugiau nei trys ketvirtadaliai (79,7 proc.) sutinka ar visiškai sutinka, kad ligoninėje būtų skatinama asmeninė atsakomybė už pacientų saugą.

Slaugytojų dirbančių terapiniame ir chirurginiame profilyje nuomonė apie, sutikimą su šiuo teiginiu, skyrėsi statistiškai reikšmingai. 87,6 proc. slaugytojų dirbančių terapiniame profilyje ir 70,6 proc. slaugytojų dirbančių chirurginiame profilyje teigė, jog visiškai sutinka ar sutinka su teiginiu, kad ligoninėje turi būti skatinama asmeninė atsakomybė už pacientų saugą, 22,4 proc. slaugytojų dirbančių chirurginiame profilyje ir 8,2 proc. slaugytojų dirbančių terapiniame profilyje nurodė, kad visiškai nesutinka ar nesutinka su teiginiu, kad ligoninėje turi būti skatinama asmeninė atsakomybė už pacientų saugą (χ2=8,437; lls=2; p<0,05) (3 pav.).

\*p<0,05, lyginant slaugytojus pagal darbo profilį

**3 pav.** Slaugytojų dirbančių skirtinguose profiliuose skirstinys pagal sutikimą su teiginiu, kad ligoninėje turi būti skatinama asmeninė atsakomybė už pacientų saugą (proc.).

Mūsų nuomone, tokie slaugytojų nuomonių skirtumai gali rodyti, kad gal būt terapinio profilio slaugytojai labiau linkę būti atsakingais už pacientų saugą nei chirurginio profilio slaugytojai.

Respondentų buvo prašoma įvertinti sveikatos priežiūros specialistų ir kitų darbuotojų (ligoninės vadovo, ligoninės pavaduotojo slaugai, skyriaus vedėjo, gydytojo, vyr. slaugos administratoriaus, slaugytojo, slaugytojo padėjėjo) atsakomybę už pacientų saugą.

Analizuojant rezultatus nustatyta, kad beveik du trečdaliai (59,3 proc.) respondentų labai atsakingu už pacientų saugą įvardijo slaugytoją, taip pat daugiau nei pusė (51,6 proc.) respondentų atsakingu už pacientų saugą nurodė ligoninės pavaduotoją slaugai. Labiausiai respondentai abejojo, dėl ligoninės vadovo ir skyriaus vedėjo atsakomybės už pacientų saugą (4 lentelė).

**4 lentelė.** Slaugytojų nuomonės skirstinys pagal sveikatos priežiūros specialistų ir kitų darbuotojų atsakomybę už pacientų saugą.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Atsakingas asmuo** | **Labai atsakingas** | | **Atsakingas** | | **Abejoju ar atsakingas** | | **Neatsakingas** | | **Visiškai neatsakingas** | | **Iš viso** | |
| **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| 1. Ligoninės vadovas | 37 | 20,4 | 91 | 50,0 | 29 | 15,9 | 9 | 4,9 | 16 | 8,8 | 182 | 100 |
| 1. Ligoninės pavaduotojas slaugai | 46 | 25,4 | 94 | 51,6 | 19 | 10,4 | 9 | 4,9 | 14 | 7,7 | 182 | 100 |
| 1. Skyriaus vedėjas | 49 | 26,9 | 87 | 47,9 | 23 | 12,6 | 6 | 3,3 | 17 | 9,3 | 182 | 100 |
| 1. Gydytojas | 58 | 31,9 | 92 | 50,6 | 19 | 10,4 | 5 | 2,7 | 8 | 4,4 | 182 | 100 |
| 1. Vyresnysis slaugos administratorius | 71 | 39,1 | 89 | 48,9 | 9 | 4,9 | 6 | 3,3 | 7 | 3,8 | 182 | 100 |
| 1. Slaugytojas | 108 | 59,3 | 68 | 37,4 | 2 | 1,1 | 0,0 | 0,0 | 4 | 2,2 | 182 | 100 |
| 1. Slaugytojo padėjėjas | 77 | 42,3 | 82 | 45,1 | 14 | 7,7 | 4 | 2,2 | 5 | 2,7 | 182 | 100 |

Beveik visi respondentai (96,7 proc.) labai atsakingu ar atsakingu už pacientų saugą įvardijo slaugytoją. Mūsų nuomone, tokią slaugytojų nuomonę galėjo lemti tai, kad slaugytojai yra tiesiogiai atsakingi už pacientų priežiūrą, slaugą, o tuo pačiu ir už pacientų saugą.

Statistiškai reikšmingo ryšio tarp slaugytojų dirbančių skirtinguose profiliuose ir gydytojo, vyresniojo slaugos administratoriaus, slaugytojo bei slaugytojo padėjėjo atsakomybės už pacientų saugą nustatyta nebuvo.

Atliekant porinius palyginimus statistiškai reikšmingi ryšiai buvo rasti tarp slaugytojų dirbančių skirtinguose profiliuose ir ligoninės vadovo, ligoninės pavaduotojo slaugai, skyriaus vedėjo atsakomybės už pacientų saugą.

Statistiškai reikšmingai didesnė dalis slaugytojų dirbančių chirurginiame profilyje, nei dirbančių terapiniame profilyje mano, kad ligoninės vadovas ir ligoninės pavaduotojas slaugai yra visiškai neatsakingas ar neatsakingas už pacientų saugą. 83,5 proc. slaugytojų dirbančių terapiniame profilyje ir 64,7 proc. slaugytojų dirbančių chirurginiame profilyje teigė, kad skyriaus vedėjas yra labai atsakingas ar atsakingas už pacientų saugą, 18,8 proc. slaugytojų dirbančių chirurginiame profilyje ir 7,2 proc. slaugytojų dirbančių terapiniame profilyje nurodė, kad skyriaus vedėjas yra visiškai neatsakingas ar neatsakingas už pacientų saugą (5 lentelė).

**5 lentelė.** Slaugytojų dirbančių skirtinguose profiliuose skirstinys pagal sveikatos priežiūros specialistų ir kitų darbuotojų atsakomybę už pacientų saugą.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Atsakingas asmuo** | | **Darbo profilis** | | | | **χ2, lls, p** |
| **Terapinis** | | **Chirurginis** | |
| **n** | **%** | **n** | **%** |
| 1. Ligoninės vadovas | Labai atsakingas ar atsakingas | 74 | 76,3 | 54 | 63,5 | χ2=9,999; lls=2; p<0,01 |
| Abejoju ar atsakingas | 17 | 17,5 | 12 | 14,1 |
| Visiškai neatsakingas ar neatsakingas | 6 | 6,2\*\* | 19 | 22,4 |
| **Iš viso** | | 97 | 100 | 85 | 100 |
| 1. Ligoninės pavaduotojas slaugai | Labai atsakingas ar atsakingas | 79 | 81,4 | 61 | 71,8 | χ2=8,135; lls=2; p<0,05 |
| Abejoju ar atsakingas | 12 | 12,4 | 7 | 8,2 |
| Visiškai neatsakingas ar neatsakingas | 6 | 6,2\* | 17 | 20,0 |
| **Iš viso** | | 97 | 100 | 85 | 100 |
| 1. Skyriaus vedėjas | Labai atsakingas ar atsakingas | 81 | 83,5\* | 55 | 64,7 | χ2=8,826; lls=2; p<0,05 |
| Abejoju ar atsakingas | 9 | 9,3 | 14 | 16,5 |
| Visiškai neatsakingas ar neatsakingas | 7 | 7,2\* | 16 | 18,8 |
| **Iš viso** | | 97 | 100 | 85 | 100 |

\*p<0,05; \*\*p<0,01, lyginant slaugytojus pagal darbo profilį

Panašūs tyrimo rezultatai buvo gauti ir užsienio mokslininkų atliktame tyrime. Cook A.F. ir kt. 9 JAV valstijose atliko tyrimą, kuriame pagrindinis dėmesys buvo skirtas organizaciniams procesams, naudojamiems atpažinti nepageidaujamus įvykius. Taip pat tyrimu buvo siekiama įvertinti sveikatos priežiūros specialistų atsakomybę už nepageidaujamus įvykius (65). Apklausoje dalyvavo įvairūs sveikatos priežiūros specialistai: slaugytojai, gydytojai, administratoriai, farmacininkai ir kiti sveikatos priežiūros darbuotojai iš 29 nedidelių kaimo ligoninių. Tyrimo rezultatai parodė, kad gydytojai, administratoriai bei slaugytojai buvo linkę pacientų saugą vertinti visų pirma kaip slaugytojų atsakomybę.

Į klausimą „Kaip dažnai slaugytojo darbo praktikoje pasitaiko nepageidaujami įvykiai?“ daugiau nei pusė (53,3 proc.) respondentų atsakė, kad kartais slaugytojo darbo praktikoje pasitaiko nepageidaujami įvykiai ir tik 1,6 proc. respondentų teigė, jog pasitaiko labai dažnai. Labai maža dalis (0,5 proc.) slaugytojų pažymėjo, kad slaugytojo darbo praktikoje nepasitaiko nepageidaujamų įvykių (4 pav.).

**4 pav.** Slaugytojų atsakymų skirstinys (proc.) pagal tai, kaip dažnai slaugytojo darbo praktikoje pasitaiko nepageidaujami įvykiai.

Beveik du trečdaliai (59,8 proc.) terapiniame profilyje ir beveik pusė (45,9 proc.) chirurginiame profilyje dirbančių slaugytojų pažymėjo, kad slaugytojo darbo praktikoje kartais pasitaiko nepageidaujamų įvykių. Tik nedidelė dalis slaugytojų dirbančių terapiniame ir chirurginiame profilyje (atitinkamai 16,5 proc. ir 14,2 proc.) teigė, kad slaugytojo darbo praktikoje labai dažnai ar dažnai pasitaiko nepageidaujamų įvykių. Slaugytojų nuomonė šiuo klausimu statistiškai reikšmingai nesiskyrė priklausomai nuo darbo profilio.

2006 m. atliktoje gydytojų ir slaugytojų apklausoje buvo nustatyta, kad beveik pusė (48,9 proc.) tyrime dalyvavusių respondentų teigė, jog darbe nepageidaujamų įvykių nepasitaiko, 47,3 proc. nuomone – kartais pasitaiko, 3,8 proc. pažymėjo, kad darbe pasitaiko nepageidaujamų įvykių (66).

Į klausimą „Ar slaugytojas turi prisiimti asmeninę atsakomybę už nepageidaujamą įvykį slaugoje?“ teigiamai atsakė 12,1 proc., neigiamai – 8,8 proc., o 79,1 proc. atsakė, jog slaugytojas iš dalies turi prisiimti asmeninę atsakomybę už nepageidaujamą įvykį slaugoje.

Statistiškai reikšmingai didesnė dalis slaugytojų dirbančių terapiniame profilyje (18,6 proc.) nei dirbančių chirurginiame profilyje (4,7 proc.) teigė, jog slaugytojas turi prisiimti asmeninę atsakomybę už įvykusį nepageidaujamą įvykį slaugoje (χ2=9,186; lls=2; p<0,01) (5 pav.).

\*\*p<0,01, lyginant slaugytojus pagal darbo profilį

**5 pav.** Slaugytojų dirbančių skirtinguose profiliuose skirstinys pagal asmeninės atsakomybės prisiėmimą už įvykusį nepageidaujamą įvykį slaugoje (proc.).

Mūsų nuomone, tokį slaugytojų nuomonės skirtumą galėjo lemti tai, kad terapiniame profilyje dirbantys slaugytojai jaučiasi labiau atsakingi už savo veiksmus nei chirurginio profilio slaugytojai.

Rassin A. ir kt. atliko kokybinį tyrimą, kuriame dalyvavo 20 slaugytojų iš nacionalinio Izraelio medicinos centro. Tyrimo metu buvo siekta išsiaiškinti slaugytojų savijautą po įvykusio nepageidaujamo įvykio, t.y. vaistų administravimo klaidos. Tyrimo rezultatai parodė, kad visi tyrime dalyvavę slaugytojai buvo linkę prisiimti asmeninę atsakomybę už įvykusį nepageidaujamą įvykį (67).

Lygiai pusė respondentų teigė, kad iš dalies slaugytojo atsakomybė – pranešti pacientui apie įvykusį nepageidaujamą įvykį. 24,2 proc. slaugytojų sutinka, o daugiau nei ketvirtadalis (25,8 proc.) nesutinka, kad slaugytojo atsakomybė yra pranešti pacientui apie įvykusį nepageidaujamą įvykį.

Statistiškai reikšmingai daugiau slaugytojų dirbančių terapiniame profilyje (59,8 proc.) nei slaugytojų dirbančių chirurginiame profilyje (38,8 proc.) mano, kad iš dalies slaugytojo atsakomybė yra pranešti pacientui apie įvykusį nepageidaujamą įvykį (χ2=7,972; lls=2; p<0,05) (6 pav.).

\*p<0,05, lyginant slaugytojus pagal darbo profilį

**6 pav.** Slaugytojų dirbančių skirtinguose profiliuose skirstinys pagal atsakomybę pranešti pacientui apie įvykusį nepageidaujamą įvykį (proc.).

Mūsų nuomone, tokį slaugytojų nuomonės skirtumą galėjo lemti tai, kad terapinio profilio slaugytojai labiau linkę sau prisiimti pranešimo, apie įvykusį nepageidaujamą įvykį, pacientui atsakomybę, o chirurginio profilio slaugytojai gal būt labiau linkę pranešimo apie įvykusį nepageidaujamo įvykio pacientui atsakomybę perleisti kitiems sveikatos priežiūros specialistams nei prisiimti sau.

Blegen ir kt. atliko tyrimą, kuriame buvo siekta išanalizuoti pranešimų apie vaistų administravimo klaidas, pacientų kritimus ir nelaimingų atsitikimų darbe galimybes. Tyrime dalyvavo 1105 slaugytojos iš 25 ligoninių. Daugiau nei 80 proc. respondentų nurodė, kad apie visus įvykusius nepageidaujamus įvykius yra būtina pranešti. Taip pat tyrimo metu buvo nustatyti tokie faktinių (realiai įvykusių) pranešimų lygiai: 77 proc. atvejų praneša apie pacientų kritimus, 48 proc. praneša apie nereikalingas intervencijas, 47 proc. atvejų slaugytojai praneša apie vaistų administravimo klaidas, 22 proc. praneša apie žalą pacientui ir 17 proc. atvejų slaugytojai informuoja apie pacientų gautas traumas (29). Slaugytojo pranešimas apie įvykusį nepageidaujamą įvykį yra labai svarbus, nes tik tuomet mokomasi iš padarytų klaidų (68).

Daugiau nei prieš du dešimtmečius pacientas buvo pasyvus sveikatos priežiūros dalyvis. Šiuo metu pacientas yra aktyvus sveikatos priežiūros narys ir dalyvauja sprendimų priėmime, kurie yra susiję su jo sveikatos priežiūra (31). Atsižvelgiant į šią situaciją respondentų buvo klausiama „Ar pacientas turi prisiimti dalį atsakomybės už įvykusį nepageidaujamą įvykį?“. Daugiau nei pusė (54,4 proc.) respondentų į šį klausimą atsakė teigiamai, o 44,0 proc. nurodė, kad iš dalies pacientas turi prisiimti dalį atsakomybės už įvykusį nepageidaujamą įvykį. 1,6 proc. respondentų nurodė, kad pacientas neturėtų prisiimti dalį atsakomybės už įvykusį nepageidaujamą įvykį.

Taigi beveik visi (98,4 proc.) respondentų pažymėjo, kad pacientas turi prisiimti ar iš dalies prisiimti atsakomybę už įvykusį nepageidaujamą įvykį.

Slaugytojų dirbančių terapiniame ir chirurginiame profilyje nuomonė šiuo klausimu, skyrėsi statistiškai reikšmingai. 67,1 proc. slaugytojų dirbančių chirurginiame profilyje ir 43,3proc. slaugytojų dirbančių terapiniame profilyje teigė, jog pacientas turi prisiimti atsakomybę už įvykusį nepageidaujamą įvykį, 56,7 proc. slaugytojų dirbančių terapiniame profilyje ir 29,4 proc. slaugytojų dirbančių chirurginiame profilyje nurodė, kad pacientas iš dalies turi prisiimti atsakomybę už įvykusį nepageidaujamą įvykį (χ2=15,800; lls=2; p<0,001) (7 pav.).

\*\*\*p<0,001, lyginant slaugytojus pagal darbo profilį

**7 pav.** Slaugytojų dirbančių skirtinguose profiliuose skirstinys pagal pacientų atsakomybę prisiimti už įvykusį nepageidaujamą įvykį (proc.).

Mūsų nuomone, tokie slaugytojų nuomonių skirtumai rodo, kad gal būt terapiniame profilyje dirbantys slaugytojai labiau likę sau ar kitiems sveikatos priežiūros specialistams priskirti atsakomybę už pacientų saugą nei pacientui.

[Davis R.E](javascript:__doLinkPostBack('','ss%7E%7EAU%20%22Davis%20RE%22%7C%7Csl%7E%7Erl','');). ir kt. atliko tyrimą, kurio tikslas buvo sužinoti pacientų nuomonę apie jų aktyvų elgesį siekiant pacientų saugos. Išanalizavus gautus rezultatus nustatyta, kad pacientai nebuvo linkę imtis aktyvių veiksmų pacientų saugos atžvilgiu (68). Mūsų nuomone, ne tik sveikatos priežiūros specialistai, bet ir patys pacientai turėtų aktyviai prisidėti prie pacientų saugos ir imtis aktyvių veiksmų bendradarbiaujant kartu su sveikatos priežiūros specialistai.

Daugiau nei trys ketvirtadaliai (87,9 proc.) respondentų pažymėjo, kad atsakomybė už pacientų saugą turėtų būti bendra (pvz., gydytojo, slaugytojo ir paciento).

Statistiškai reikšmingai didesnė dalis slaugytojų dirbančių chirurginiame profilyje (94,1 proc.) nei slaugytojų dirbančių terapiniame profilyje (82,5 proc.) mano, kad atsakomybė už pacientų saugą turėtų būti bendra (χ2=6,500; lls=2; p<0,05) (8 pav.).

\*p<0,05, lyginant slaugytojus pagal darbo profilį

**8 pav.** Slaugytojų dirbančių skirtinguose profiliuose skirstinys pagal nuomonę apie bendrą atsakomybę už pacientų saugą (proc.).

Mūsų nuomone, toks slaugytojų nuomonės skirtumas gali rodyti, kad terapinio profilio slaugytojai labiau likę prisiimti asmeninę atsakomybę, o chirurginio profilio slaugytojai daugiau norėtų, kad atsakomybė būtų bendra.

Cook A.F. ir kt. atliktame tyrime nustatyta, kad tik 22,0 proc. dalyvavusių respondentų manė, jog atsakomybė už pacientų saugą yra bendra. Jų nuomone gydytojai, slaugytojai, vaistininkai ir administratoriai yra vienodai atsakingi už saugesnės sveikatos priežiūros sistemos kūrimą (65).

Išanalizuojant šiame skyriuje pateiktus tyrimo rezultatus galima teigti, kad daugiau nei trys ketvirtadaliai apklaustų stacionaro slaugytojų sutinka, jog sveikatos priežiūros įstaigoje turėtų būti skatinama asmeninė atsakomybė už pacientų saugą. Beveik visi (96,7 proc.) tyrime dalyvavę slaugytojai pažymėjo, kad labai atsakingas ar atsakingas už pacientų saugą – slaugytojas. 53,3 proc. respondentų atsakė, jog kartais slaugytojo darbo praktikoje pasitaiko nepageidaujamų įvykių, tačiau tik 12,1 proc. nurodė, kad slaugytojas turi prisiimti, o 79,1 proc. iš dalies prisiimti asmeninę atsakomybę už įvykusį nepageidaujamą įvykį. 24,2 proc. stacionaro slaugytojų sutinka, o daugiau nei ketvirtadalis (25,8 proc.) nesutinka, kad slaugytojo atsakomybė yra pranešti pacientui apie įvykusį nepageidaujamą įvykį. Beveik visi (98,4 proc.) respondentai pažymėjo, kad pacientas turi prisiimti ar iš dalies prisiimti atsakomybę už įvykusį nepageidaujamą įvykį. Daugiau nei trys ketvirtadaliai (87,9 proc.) slaugytojų nurodė, kad atsakomybė už pacientų saugą turėtų būti bendra.

Atliekant porinius palyginimus nustatyta, kad didesnė dalis stacionaro slaugytojų dirbančių terapiniame profilyje nei slaugytojų dirbančių chirurginiame profilyje: 1) sutiko su tuo, kad ligoninėje turi būti skatinama asmeninė atsakomybė už pacientų saugą; 2) nurodė, jog kartais slaugytojo darbe pasitaiko nepageidaujami įvykiai; 3) teigė, kad slaugytojas turi prisiimti asmeninę atsakomybę už įvykusį nepageidaujamą įvykį; 4) manė, kad iš dalies slaugytojas atsakingas už pranešimą pacientui apie įvykusį nepageidaujamą įvykį. Tuo tarpu didesnė dalis chirurginio profilio slaugytojų nei terapinio profilio slaugytojų teigė, kad pacientas bent dalį atsakomybės už įvykusį nepageidaujamą įvykį turi prisiimti sau ir, kad atsakomybė už pacientų saugą turėtų būti bendra. Mūsų nuomone, tokie stacionaro slaugytojų dirbančių skirtinguose profiliuose nuomonių skirtumai rodo, kad terapinio profilio slaugytojai yra labiau asmeniškai atsakingi už pacientų saugą, o chirurginio profilio slaugytojai labiau norėtų, kad atsakomybė už pacientų saugą būtų bendra.

## Slaugytojų nuomonė apie tarpasmeninio bendravimo su pacientais svarbą pacientų saugai

Respondentų buvo klausiama, kas jų manymu daugiau laiko bendrauja su pacientu: gydytojas ar slaugytojas. Beveik visi (96,7 proc.) respondentai pažymėjo, kad su pacientu daugiau laiko bendrauja slaugytojas.

Remiantis apklausos duomenimis slaugytojų nuomonė apie tai, kas daugiau laiko bendrauja su pacientu: slaugytojas ar gydytojas, priklausė nuo darbo profilio. 99,0 proc. slaugytojų dirbančių terapiniame profilyje ir 88,2 proc. slaugytojų dirbančių chirurginiame profilyje teigė, kad su pacientu daugiau laiko bendrauja slaugytojas, 11,8 proc. slaugytojų dirbančių chirurginiame profilyje ir 1,0 proc. slaugytojų dirbančių terapiniame profilyje nurodė, kad su pacientu daugiau laiko bendrauja gydytojas (χ2=9,191; lls=1; p<0,05) (9 pav.).

\*p<0,05, lyginant slaugytojus pagal darbo profilį

**9 pav.** Slaugytojų dirbančių skirtinguose profiliuose skirstinys pagal nuomonę, kas daugiau laiko bendrauja su pacientu (proc.).

Mūsų nuomone, tokį slaugytojų nuomonės skirtumą galėjo lemti tai, kad gal būt su pacientu chirurginiame profilyje daugiau laiko bendrauja kiti sveikatos priežiūros specialistai, pvz., gydytojas chirurgas, nei slaugytojas.

Lietuvos mokslininkai taip pat teigia, kad pacientas daugiau laiko bendrauja su slaugytoju nei su gydytoju. Jų teigimu 1 – 2 valandas per dieną pacientas ligoninėje bendrauja su gydytoju, o likusį laiką – su slaugytojais (44).

Remiantis mūsų atliktu tyrimu ir Lietuvos mokslininkų teigimu galime teigti, kad slaugytojas pacientui atvykusiam į sveikatos priežiūros įstaigą yra pagrindinis ir lengvai prieinamas informacijos šaltinis.

Bendravimas yra labai svarbus paciento priežiūrai bei saugai. Bendravimo pagalba slaugytojas ir pacientas gali vienas kitą suprasti bei gauti ar teikti naudingą informaciją, kuri reikalinga paciento sveikimui bei saugai.

Dauguma tyrime dalyvavusių respondentų teigė, jog slaugytojo bendravimas su pacientu yra labai svarbus. Tyrimo dalyviai slaugytojo bendravimo su pacientu svarbą vertino balais nuo 1 (visiškai nesvarbu) iki 10 (labai svarbu). Slaugytojų nuomonės apie slaugytojo bendravimo su pacientu svarbą vertinimo vidurkis – 9,42 ± 1,058 (10 pav.). Mažiausias balas, kuriuo vertino trys slaugytojai buvo 5 (1,6 proc.), didžiausiu balu įvertino beveik trys ketvirtadaliai (71,0 proc.) visų apklausoje dalyvavusių slaugytojų.

**10 pav.** Slaugytojų atsakymų skirstinys (proc.) pagal nuomonę apie slaugytojų bendravimo su pacientu svarbą.

Mūsų nuomone, toks slaugytojų nuomonės pasiskirstymas rodo, kad slaugytojams bendravimas su pacientais yra svarbus.

Į klausimą „Ar slaugytojas yra atsakingas už bendravimą su pacientu savo kompetencijos ribose?“ teigiamai atsakė 81,2 proc., iš dalies – 16,5 proc., o 2,3 proc. nurodė, kad slaugytojas yra neatsakingas už bendravimą su pacientu savo kompetencijos ribose.

Didesnė dalis slaugytojų dirbančių chirurginiame profilyje (81,2 proc.) nei slaugytojų dirbančių terapiniame profilyje (75,3 proc.) teigė, kad slaugytojas yra atsakingas už bendravimą su pacientu savo kompetencijos ribose, tačiau slaugytojų nuomonė, priklausomai nuo darbo profilio, statistiškai reikšmingai nesiskyrė.

Mūsų nuomone, tokie gauti rezultatai rodo, kad slaugytojai yra linkę prisiimti atsakomybę už bendravimą su pacientu savo kompetencijos ribose.

Išsiaiškinę, jog slaugytojams bendravimas su pacientu yra svarbus ir, kad jie yra linkę prisiimti atsakomybę už bendravimą su pacientu savo kompetencijos ribose, toliau respondentų klausėme „Ar slaugytojo bendravimas su pacientu turi teigiamos reikšmės paciento saugai?“. Daugiau nei trys ketvirtadaliai (76,4 proc.) slaugytojų atsakė, kad slaugytojo bendravimas su pacientu turi teigiamos reikšmės paciento saugai (11 pav.).

**11 pav.** Slaugytojų atsakymų skirstinys (proc.) pagal teigiamą slaugytojo bendravimo su pacientu reikšmę pacientų saugai.

Slaugytojų dirbančių terapiniame ir chirurginiame profilyje nuomonė apie teigiamą slaugytojo ir paciento bendravimo reikšmę pacientui saugai, skyrėsi statistiškai reikšmingai. 85,6 proc. terapinio ir 65,9 proc. chirurginio profilio slaugytojų teigė, kad slaugytojo bendravimas su pacientu turi teigiamos reikšmės paciento saugai, 28,2 proc. chirurginio ir 12,4 proc. terapinio profilio slaugytojų nurodė, jog slaugytojo bendravimas su pacientu iš dalies gali turėti teigiamos reikšmės paciento saugai (χ2=9,782; lls=2; p<0,05) (12 pav.).

\*p<0,05, lyginant slaugytojus pagal darbo profilį

**12 pav.** Slaugytojų dirbančių skirtinguose profiliuose skirstinys pagal teigiamą slaugytojo bendravimo su pacientu reikšmė paciento saugai (proc.).

Mūsų nuomone, tokie slaugytojų nuomonių skirtumai gali rodyti, jog galbūt terapinio profilio slaugytojai bendravime su pacientu įžvelgia daugiau prasmės ir teigiamos reikšmės pacientų saugai nei chirurginio profilio slaugytojai.

2009 m. atlikto tyrimo metu nustatyta, kad efektyvus ir geras bendravimas turi teigiamos reikšmės sveikatos priežiūros sistemos rezultatams – ne tik pacientų saugai, bet ir gydymo veiksmingumui, sveikatos priežiūros išlaidoms, pacientų pasitenkinimui (69).

Respondentų buvo prašoma įvertinti slaugytojo bendravimo įgūdžių (kantrybės, šilumos, rūpesčio, lytėjimo, konkretumo, pagarbos, nuoširdumo, empatijos, pasitikėjimo, konfidencialumo, išklausymo) svarbą pacientų saugai.

Analizuojant rezultatus nustatyta, kad respondentai „labai svarbius“ pacientų saugai slaugytojo bendravimo įgūdžius įvardijo kantrybę (75,8 proc.) ir išklausymą (74,2 proc.), kaip mažiau „svarbius“ – šilumą (55,5 proc.) ir lytėjimą (40,7 proc.). Slaugytojai kaip „nesvarbius“ ir „visiškai nesvarbius“ slaugytojo bendravimo įgūžius paciento saugai įvardijo lytėjimą ir empatiją (6 lentelė). Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp slaugytojų darbo profilio ir bendravimo įgūdžių svarbių pacientų saugai nustatyta nebuvo.

**6 lentelė.** Slaugytojų nuomonės skirstinys pagal slaugytojo bendravimo įgūdžių svarbą pacientų saugai.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bendravimo įgūdis** | **Labai svarbu** | | **Svarbu** | | **Nesu tikras ar svarbu** | | **Nesvarbu** | | **Visiškai nesvarbu** | | **Iš viso** | |
| **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| 1. Kantrybė | 138 | 75,8 | 40 | 22,0 | 4 | 2,2 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 182 | 100 |
| 1. Šiluma | 64 | 35,2 | 101 | 55,5 | 15 | 8,2 | 2 | 1,1 | 0 | 0,0 | 182 | 100 |
| 1. Rūpestis | 119 | 65,4 | 54 | 29,7 | 9 | 4,9 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 182 | 100 |
| 1. Lytėjimas | 23 | 12,6 | 74 | 40,7 | 54 | 29,7 | 23 | 12,6 | 8 | 4,4 | 182 | 100 |
| 1. Konkretumas | 105 | 57,7 | 64 | 35,2 | 10 | 5,5 | 3 | 1,6 | 0 | 0,0 | 182 | 100 |
| 1. Pagarba | 119 | 65,4 | 60 | 33,0 | 3 | 1,6 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 182 | 100 |
| 1. Nuoširdumas | 116 | 63,7 | 59 | 32,5 | 4 | 2,2 | 3 | 1,6 | 0 | 0,0 | 182 | 100 |
| 1. Empatija | 47 | 25,8 | 70 | 38,5 | 45 | 24,7 | 16 | 8,8 | 4 | 2,2 | 182 | 100 |
| 1. Pasitikėjimas | 109 | 60,0 | 61 | 33,5 | 11 | 6,0 | 1 | 0,5 | 0 | 0,0 | 182 | 100 |
| 1. Konfidencialumas | 122 | 67,0 | 54 | 29,7 | 5 | 2,8 | 1 | 0,5 | 0 | 0,0 | 182 | 100 |
| 1. Išklausymas | 135 | 74,2 | 46 | 25,3 | 1 | 0,5 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 182 | 100 |

Mūsų nuomone, toks slaugytojų nuomonės pasiskirstymas rodo, kad slaugytojo darbe bendraujant su pacientu yra labai svarbi kantrybė bei išklausymas. Jei slaugytojas iki galo neišklauso ar neturi kantrybės klausyti paciento, tuomet gali būti prarasta labai svarbi informacija, kuri gali būti naudinga nepageidaujamų įvykių išvengimui.

Analizuojant tyrimo rezultatus paaiškėjo, kad dažniausiai slaugytojui bendraujant su pacientu yra būdinga šypsena ir akių kontakto palaikymas, o rečiausiai – judesiai ir instrumentinis prisilietimas (pvz., atliekant kokią nors procedūrą) (13 pav.).

**13. pav.** Slaugytojų atsakymų skirstinys (proc.) pagal tai, kas būdinga slaugytojui bendraujant su pacientu.

Statistiškai reikšmingo ryšio tarp slaugytojų dirbančių skirtinguose profiliuose ir judesių (galvos, rankų) ir emocinio prisilietimo bendraujant su pacientu, nustatyta nebuvo.

Statistiškai reikšmingai didesnė dalis slaugytojų dirbančių chirurginiame profilyje (95,3 proc.) nei slaugytojų dirbančių terapiniame profilyje (70,1 proc.) teigė, kad slaugytojui bendraujant su pacientu būdinga šypsena (χ2=19,367; lls=1; p<0,001).

Taip pat statistiškai reikšmingi ryšiai buvo rasti tarp slaugytojų dirbančių skirtinguose profiliuose ir akių kontakto palaikymo bei instrumentinio prisilietimo bendraujant su pacientu (14 pav.).

\*p<0,05; \*\*\* p<0,001, lyginant slaugytojus pagal darbo profilį

**14 pav.** Slaugytojų dirbančių skirtinguose profiliuose skirstinys pagal tai, kas būdinga slaugytojui bendraujant su pacientu (proc.).

Mūsų nuomone, tokie slaugytojų nuomonių skirtumai rodo, kad slaugytojai dirbantys chirurginiame profilyje bendraudami su pacientais dažniau šypsosi, palaiko akių kontaktą, bet rečiau atlieka instrumentinę procedūrą (pvz., leidžia vaistus), o slaugytojai dirbantys terapiniame profilyje bendraudami su pacientais rečiau šypsosi ir palaiko akių kontaktą, bet dažniau bendraudami atlieka tam tikrą instrumentinę procedūrą. Jei chirurginio profilio slaugytojai su pacientu dažniau bendrauja šypsodamiesi ir palaikydami akių kontaktą, tai pacientas jaučia, kad yra užsimezgęs tarp jų tam tikras ryšys ir pacientas pasitikėdamas slaugytoju gali pasakyti daugiau faktų apie save, kurie gali būti naudingi nepageidaujamų įvykių išvengimui.

Panašūs tyrimo rezultatai buvau gauti ir užsienio mokslininko Charis-Vehallen WM. atlikto tyrimo metu. Šio tyrimo tikslas buvo išsiaiškinti slaugytojų neverbalinę elgseną bendraujant su pacientu. Atlikus tyrimą nustatyta, kad pacientai bendraudami su slaugytojais 100 proc. susiduria su akių kontakto palaikymu, 92 proc. su galvos judesiais, 85 proc. su šypsena, 72 proc. su instrumentiniu prisilietimu, 58 proc. su palinkusia slaugytojo kūno poza (paslaugia), 42 proc. su emociniu prisilietimu (41).

Buvo svarbu išanalizuoti, dėl kokių priežasčių slaugytojui sunku bendrauti su pacientu. Rezultatai akivaizdžiai parodė, kad slaugytojui dažniausiai sunku bendrauti su pacientu dėl didelio darbo krūvio (92,3 proc.) bei laiko stokos (80,2 proc.), rečiausiai – dėl kultūros, socialinių, ekonominių ir lyties skirtumų (15 pav.).

**15 pav.** Slaugytojų atsakymų skirstinys (proc.) pagal priežastis, dėl kurių sunku bendrauti su pacientu.

6,0

4,9

3,3

2,2

2,2

Išanalizavus šio klausimo atsakymų rezultatus galime teigti, kad galbūt slaugytojams trūksta laiko bendrauti su pacientu, dėl didelio darbo krūvio. Slaugytojų bendravimui su pacientu netrukdo paciento sociodemografiniai veiksniai.

Statistiškai reikšmingai didesnė dalis slaugytojų dirbančių terapiniame profilyje (88,7 proc.) nei slaugytojų dirbančių chirurginiame profilyje (68,2 proc.) teigė, kad slaugytojui bendrauti su pacientu sunku dėl laiko stokos (χ2=11,440; lls=1; p<0,001).

Taip pat statistiškai reikšmingai didesnė dali slaugytojų dirbančių chirurginiame profilyje (41,2 proc.) nei slaugytojų dirbančių terapiniame profilyje (21,6 proc.) nurodė, jog slaugytojui sunku bendrauti su pacientu dėl kalbos barjero (χ2=8,109; lls=1; p<0,05) (16 pav.).

\*p<0,05; \*\*\* p<0,001, lyginant slaugytojus pagal darbo profilį

**16 pav.** Slaugytojų dirbančių skirtinguose profiliuose skirstinys pagal priežastis, dėl kurių sunku bendrauti su pacientu (proc.).

Mūsų nuomone, tokie slaugytojų nuomonių skirtumai gali rodyti, kad galbūt terapinio profilio slaugytojams trūksta laiko bendrauti su pacientais, o slaugytojam dirbantiems chirurginiame profilyje dažniau tenka bendrauti su pacientais, kurie yra atvykę iš užsienio. Sekančio anketos klausimo analizė patvirtina, kad slaugytojams trūksta laiko bendrauti su pacientu.

Daugiau nei du trečdaliai (66,5 proc.) respondentų pažymėjo, kad slaugytojui trūksta laiko, beveik trečdalis (31,9 proc.) nurodę, jog slaugytojui iš dalies trūksta – laiko bendrauti su pacientu (17 pav.).

**17 pav.** Slaugytojų atsakymų skirstinys (proc.) pagal laiko trūkumą slaugytojui bendrauti su pacientu.

Didesnė dalis slaugytojų dirbančių terapiniame profilyje (69,1 proc.) nei slaugytojų dirbančių chirurginiame profilyje (63,5 proc.) teigė, kad trūksta laiko bendrauti su pacientu, tačiau slaugytojų nuomonė, priklausomai nuo darbo profilio, statistiškai reikšmingai nesiskyrė.

2009 m. atliktame tyrime nustatyta, kad net 92 proc. apklaustų slaugytojų tvirtina, jog bendravimo trūkumas turi didelį ar labai didelį neigiamą poveikį pacientų saugai (69). Kitame tyrime, apklausus slaugytojus, buvo nustatyta, jei slaugytojo ir paciento bendravimui trūksta laiko, tuomet tai gali neigiamai paveikti paciento būklę, pailginti paciento gulėjimo trukmę sveikatos priežiūros įstaigoje (70).

Taip pat respondentų buvo klausiama „Jei slaugytojas daugiau laiko bendrautų su pacientu, ar tai turėtų teigiamos reikšmės pacientų saugai?“ Beveik du trečdaliai (61,0 proc.) respondentų pažymėjo „taip“, o daugiau nei trečdalis (36,3 proc.) pažymėjo, jog taip – „iš dalies“, turėtų teigiamos reikšmės pacientų saugai, jei slaugytojas daugiau laiko bendrautų su pacientu (18 pav.).

**18 pav.** Slaugytojų atsakymų skirstinys (proc.) pagal teigiamą reikšmę pacientų saugai, jei slaugytojas turėtų daugiau laiko bendrauti su pacientu.

Dažniau slaugytojai dirbantys terapiniame profilyje (63,9 proc.) nei slaugytojai dirbantys chirurginiame profilyje (57,6 proc.) teigė, kad jei slaugytojas turėtų daugiau laiko bendrauti su pacientu tai turėtų teigiamos reikšmės pacientų saugai, tačiau slaugytojų nuomonė, priklausomai nuo darbo profilio, statistiškai reikšmingai nesiskyrė.

Kaip rodo mūsų tyrimo rezultatai (žr. 48, 49 psl.) slaugytojui trūksta laiko bendrauti su pacientu. Jeigu slaugytojas turėtų daugiau laiko bendrauti su pacientu, tuomet tai turėtų teigiamos reikšmės paciento saugai, o tai reiškia, kad gal būt būtų galima išvengti daugelio nepageidaujamų įvykių, kurie kyla dėl slaugytojo bendravimo su pacientu stokos.

Išanalizavus šiame skyriuje pateiktus rezultatus galime teigti, kad beveik visi (96,7 proc.) respondentai nurodė, jog su pacientu daugiau laiko bendrauja slaugytojas nei gydytojas. 71 proc. apklaustų stacionaro slaugytojų bendravimas su pacientu yra labai svarbus, o daugiau nei trys ketvirtadaliai (76,4 proc.) teigė, kad bendravimas su pacientais turi teigiamos reikšmės pacientų saugai. Labai svarbiais paciento saugai slaugytojo bendravimo įgūdžius respondentai įvardijo kantrybę (75,8 proc.) ir išklausymą (74,2 proc.), kaip mažiau svarbius – šilumą (55,5 proc.) ir lytėjimą (40,7 proc.). Stacionaro slaugytojams dažniausiai sunku bendrauti su pacientu dėl didelio darbo krūvio bei laiko stokos, rečiausiai – dėl kultūros, socialinių, ekonominių ir lyties skirtumų. Daugiau nei du trečdaliai (66,5 proc.) respondentų pažymėjo, kad slaugytojui trūksta laiko, o beveik trečdalis (31,9 proc.) nurodę, jog slaugytojui iš dalies trūksta – laiko bendrauti su pacientu. 61,0 proc. respondentų nurodė, jei slaugytojas daugiau laiko bendrautų su pacientu tuomet tai turėtų teigiamos reikšmės pacientų saugai.

Atliekant porinius palyginimus nustatyta, kad didesnė dalis stacionaro slaugytojų dirbančių terapiniame profilyje nei slaugytojų dirbančių chirurginiame profilyje: 1) teigė, kad su pacientu daugiau laiko bendrauja slaugytojas nei gydytojas; 2) nurodė, jog slaugytojo bendravimas su pacientu turi teigiamos reikšmės pacientų saugai; 3) pažymėjo, kad su pacientu sunku bendrauti dėl laiko stokos. Tuo tarpu didesnė dalis chirurginio profilio slaugytojų nei terapinio profilio slaugytojų teigė, kad daugiau laiko su pacientu bendrauja gydytojas, o slaugytojui bendrauti su pacientu gali būti sunku dėl kalbos barjero. Mūsų nuomone tokie stacionaro slaugytojų nuomonių skirtumai rodo, kad galbūt terapinio profilio slaugytojai daugiau laiko bendrauja su pacientais ir tame įžvelgia teigiamos reikšmės pacientų saugai. Dažniau terapinio profilio slaugytojams bendrauti su pacientais sunku dėl laiko stokos, o chirurginio profilio slaugytojams – kalbos skirtumo.

## Slaugytojų nuomonė apie pacientų informuotumo svarbą pacientų saugai

Siekiant išsiaiškinti, slaugytojų nuomonę apie pacientų informuotumą, slaugytojų buvo klausiama „Kaip dažnai slaugytojas turi prisistatyti pacientui (t.y. pasakyti savo vardą, pavardę ir pareigas)?“. Beveik du trečdaliai (59,3 proc.) slaugytojų teigia, kad pacientui reikia visada prisistatyti ir tik mažesnioji dalis (9,3 proc.) slaugytojų nurodė, kad pacientui nereikia prisistatyti (19 pav.).

**19 pav.** Slaugytojų atsakymų skirstinys (proc.) pagal tai, kaip dažnai slaugytojas turi prisistatyti pacientui.

Mūsų nuomone, toks slaugytojų nuomonės pasiskirstymas rodo, kad slaugytojams yra svarbu informuoti pacientą apie savo vardą, pavardę bei pareigas. Suteikta informacija pacientui yra labai svarbi, nes jis žino su kuo bendrauja.

Slaugytojų dirbančių terapiniame ir chirurginiame profilyje nuomonė apie tai, kaip dažnai slaugytojas turi informuoti pacientą apie savo vardą, pavardę ir pareigas, skyrėsi statistiškai reikšmingai. 83,5 proc. terapinio ir 70,6 proc. chirurginio profilio slaugytojų teigė, kad slaugytojas visada ar dažnai turi informuoti pacientą apie savo vardą, pavardę bei pareigas, 23,5 proc. chirurginio ir 5,2 proc. terapinio profilio slaugytojų nurodė, jog slaugytojui niekada ar retai reikia prisistatyti pacientui (χ2=13,646; lls=2; p<0,001) (20 pav.).

\*\*\* p<0,001, lyginant slaugytojus pagal darbo profilį

**20 pav.** Slaugytojų dirbančių skirtinguose profiliuose stacionaro pagal priežastis pacientų informavimą apie savo vardą, pavardė ir pareigas (proc.).

Panašūs tyrimo rezultatai buvo gauti 2005 m. buvo atliktame tyrime. Šiuo tyrimu buvo siekta įvertinti medicinos personalo nuomonę apie paciento teisės į informaciją įgyvendinimą. Anketinėje apklausoje dalyvavo 260 gydytojų ir slaugos specialistų. Gauti rezultatai parodė kad, daugiau kaip pusė (55,1 proc.) medicinos darbuotojų teigė, jog visada pasako pacientui savo vardą, pavardę, trečdalis respondentų (34,1 proc.) – kartais (71).

Mūsų nuomone, suteikta tam tikra slaugytojo informacija pacientui (pvz., apie vaistų vartojimą) gali padėti išvengti daugelio nepageidaujamų įvykių sveikatos priežiūroje, todėl tyrimo dalyvių buvo klausiama, jei siekiama paciento saugos užtikrinimo, tuomet apie ką slaugytojas turi informuoti pacientą.

Tyrimo duomenimis dažniausiai respondentai teigė, jog siekiant paciento saugos užtikrinimo, slaugytojas visada turi jį informuoti apie skyriaus vidaus taisykles (91,3 proc.). Taip pat daugiau nei trys ketvirtadaliai (87,5 proc.) respondentų nurodė, kad visada slaugytojas pacientą turi informuoti apie būsimą procedūrą, kaip vartoti paskirtus vaistus bei kur yra higienos kambarys. 36,3 proc. respondentų teigė, kad visada slaugytojas pacientą turi informuoti apie šalutinį vaistų poveikį. Taip pat tokia pati dalis tyrimo dalyvių teigia, kad tik kartais slaugytojas pacientą turi informuoti apie šalutinį vaistų poveikį. Apklaustųjų nuomone slaugytojai neturi informuoti paciento apie gydymo trukmę (64,4 proc.) ir ligą (57,2 proc.) (7 lentelė).

**7 lentelė.** Slaugytojų nuomonės skirstinys pagal teikiamą informaciją pacientui, siekiant užtikrinti jo saugą.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pacientas informuojamas apie:** | **Visada** | | **Dažnai** | | **Kartais** | | **Retai** | | **Niekada** | | **Iš viso** | |
| **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| 1. Būsimą procedūrą | 159 | 87,5 | 7 | 3,8 | 9 | 4,9 | 2 | 1,1 | 5 | 2,7 | 182 | 100 |
| 1. Būsimą tyrimą | 147 | 80,8 | 15 | 8,2 | 8 | 4,4 | 8 | 4,4 | 4 | 2,2 | 182 | 100 |
| 1. Kaip vartoti paskirtus vaistus | 159 | 87,5 | 10 | 5,5 | 5 | 2,7 | 3 | 1,6 | 5 | 2,7 | 182 | 100 |
| 1. Šalutinį vaistų poveikį | 66 | 36,3 | 21 | 11,5 | 67 | 36,8 | 4 | 2,2 | 24 | 13,2 | 182 | 100 |
| 1. Kur yra higienos kambarys | 159 | 87,5 | 4 | 2,2 | 5 | 2,7 | 9 | 4,9 | 5 | 2,7 | 182 | 100 |
| 1. Skyriaus vidaus taisykles | 166 | 91,3 | 3 | 1,6 | 6 | 3,3 | 5 | 2,7 | 2 | 1,1 | 182 | 100 |
| 1. Paskirtą slaugos rėžimą | 137 | 75,3 | 5 | 2,7 | 6 | 3,3 | 22 | 12,1 | 12 | 6,6 | 182 | 100 |
| 1. Ligą | 8 | 4,4 | 11 | 6,0 | 23 | 12,6 | 36 | 19,8 | 104 | 57,2 | 182 | 100 |
| 1. Gydymo trukmę | 6 | 3,3 | 9 | 4,9 | 25 | 13,7 | 25 | 13,7 | 117 | 64,4 | 182 | 100 |
| 1. Kaip elgtis grįžus į namus | 81 | 44,5 | 32 | 17,6 | 37 | 20,3 | 17 | 9,3 | 15 | 8,3 | 182 | 100 |

Statistiškai reikšmingi ryšiai tarp slaugytojų darbo profilio ir pacientų informavimo apie: būsimą procedūrą, tyrimą, kaip vartoti paskirtus vaistus, kur yra higienos kambarys, skyriaus vidaus taisykles, ligą bei gydymo trukmę, nustatyti nebuvo.

Statistiškai reikšmingai didesnė dalis slaugytojų dirbančių chirurginiame profilyje nei slaugytojų dirbančių terapiniame profilyje teigė, kad siekiant užtikrinti paciento saugą, slaugytojas visada ar dažnai turi jį informuoti apie paskirtą slaugos rėžimą, galimą šalutinį vaistų poveikį ir kaip elgtis grįžus į namus (8 lentelė).

**8 lentelė.** Slaugytojų dirbančių skirtinguose profiliuose skirstinys pagal teikiamą informaciją pacientui, siekiant užtikrinti jo saugą.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pacientas informuojamas apie:** | | **Darbo profilis** | | | | **χ2, lls, p** |
| **Terapinis** | | **Chirurginis** | |
| **n** | **%** | **n** | **%** |
| 1. Šalutinį vaistų poveikį | Visada ar dažnai | 37 | 38,1\* | 50 | 58,8 | χ2=8,116; lls=2; p<0,05 |
| Kartais | 41 | 42,3 | 26 | 30,6 |
| Niekada ar retai | 19 | 19,6 | 9 | 10,6 |
| **Iš viso** | | 97 | 100 | 85 | 100 |
| 1. Paskirtą slaugos rėžimą | Visada ar dažnai | 69 | 71,1\* | 73 | 85,9 | χ2=6,251; lls=2; p<0,05 |
| Kartais | 5 | 5,2 | 1 | 1,2 |
| Niekada ar retai | 23 | 23,7 | 11 | 12,9 |
| **Iš viso** | | 97 | 100 | 85 | 100 |
| 1. Kaip elgtis grįžus į namus | Visada ar dažnai | 51 | 52,6\* | 62 | 72,9 | χ2=8,085 lls=2; p<0,05 |
| Kartais | 24 | 24,7 | 13 | 15,3 |
| Niekada ar retai | 22 | 22,7 | 10 | 11,8 |
| **Iš viso** | | 97 | 100 | 85 | 100 |

\*p<0,05, lyginant slaugytojus pagal darbo profilį

Mūsų nuomone, tokie slaugytojų nuomonių skirtumai gali rodyti, kad gal būt chirurginio profilio slaugytojai, dėl darbo specifikos yra dažniau linkę informuoti pacientus apie galimą šalutinį vaistų poveikį, paskirtą slaugos rėžimą bei rekomenduoja ir moko, kaip reikėtų elgtis grįžus namo.

Lietuvoje yra atlikta keletas tyrimų apie pacientų informavimą. 2007 m. atliktoje pacientų apklausoje nustatyta, kad daugiausia (90,4 proc.) apklausoje dalyvavusių pacientų nurodė, kad apie savo ligą sužinantys iš gydytojo ir tik 17,1 proc. iš slaugytojo. Du trečdaliai (67,7 proc.) pacientų teigė, kad slaugytojai informacijos jiems suteikė pakankamai, 9,5 proc. – nežinojo ir 22,9 proc. nurodė, kad nepakankamai. Dauguma pacientų teigė, kad slaugytojai jiems suteikė pakankamai informacijos apie jiems paskirtų vaistų vartojimą (89,5 proc.), pasiruošimą būsimiems tyrimams (90,0 proc.), slaugytojų atliekamas procedūras (85,9 proc.), gydymosi trukmę (55,6 proc.) bei kaip elgtis grįžus į namus (69,9 proc.) (72).

Taip pačiais metais buvo atliktas vienmomentinis tyrimas, kuriame dalyvavo slaugytojai ir pacientai. Tyrimo metu nustatyta, kad daugiau kaip pusė pacientų teigė, kad, jiems besigydant, slaugytojai suteikė pakankamai informacijos apie jų ligą (67,7 proc.), sveikatos būklę (67,8 proc.), gydymo trukmę (55,6 proc.). Slaugytojai buvo savikritiškesni savo atžvilgiu, todėl tik apie ketvirtadalį jų (24,6 proc.) nurodė suteikiantys pakankamai informacijos apie ligą, 37,4 proc. apie pacientų sveikatos būklę, 25,7 proc. apie gydymo trukmę. Dėl informacijos suteikimo apie atliekamas slaugos procedūras, pasiruošimą būsimiems tyrimams, skirtų vaistų vartojimą, apie tai, kaip elgtis grįžus į namus, slaugytojų ir pacientų nuomonės buvo panašios, tačiau slaugytojai teigė daugiau suteikiantys informacijos nei tą pripažino pacientai (73).

Daugiau pacientų, gydomų chirurgijos (73,5 proc.) skyriuose nei vidaus ligų (63,5 proc.) skyriuose teigė, kad slaugytojai suteikia pakankamai informacijos apie jų sveikatos būklę, tačiau, paklausus apie pasiruošimą būsimiems tyrimams, atsakyta priešingai – informacijos labiau užteko vidaus ligų (92,8 proc.) nei chirurgijos (86,3 proc.) skyrių pacientams (p<0,05) (73).

2000 m. buvo atliktas tyrimas, kurio tikslas buvo išsiaiškinti pacientų pasitenkinimą Lietuvos sveikatą stiprinančių ligoninių tinklo slaugytojų ir gydytojų darbu*.* Tyrimo metu nustatyta, kad kas dešimtas (11,9 proc.) pacientas teigė, jog slaugytojas labai blogai ar blogai paaiškina apie ligą (74), o 2005 m. atliktame tyrime nustatyta, kad visi apklausoje dalyvavę gydytojai ir mažiau kaip pusė (46,6 proc.) slaugytojų teigė, kad informaciją apie ligą ir gydymą pacientams teikia suprantamai (71).

Daugiausiai, beveik ketvirtadalis (24,2 proc.), apklausoje dalyvavusių slaugytojų mano, kad slaugytojas vidutiniškai 15 minučių turi skirti naujai atvykusio paciento informavimui. Beveik po ketvirtadalį respondentų pažymėjo, kad slaugytojas turėtų vidutiniškai skirti naujai atvykusio paciento informavimui po 10 min. (atitinkamai pažymėjo 19,8 proc.) ir 30 minučių (atitinkamai pažymėjo 19,2 proc.). Slaugytojo skirto laiko naujai atvykusio paciento informavimui vidurkis – 18,8 ± 11,2 minučių. Tyrime dalyvavę slaugytojai, kaip vidutiniškai trumpiausią laiką, kuris turėtų būti skirtas naujai atvykusio paciento informavimui, nurodė 5 minutes (4,9 proc.), o ilgiausias – 60 min. (2,7 proc.).

Mūsų nuomone, toks slaugytojų nuomonių paskirstymas rodo, kad slaugytojas norėtų naujai atvykusio paciento informavimui skirti nuo 10 iki 30 minučių laiko, gal būt tokio laiko pakaktų pacientui suteikti visą reikiamą informaciją ir rečiau pasitaikytų nepageidaujami įvykiai.

Slaugytojų nuomone paciento informavimo procese, pacientų saugos atžvilgiu, svarbiausia yra konkretumas (81,3 proc.), aiškumas (76,6 proc.) ir informacijos suprantamumas (74,7 proc.), mažiaus svarbu – informacijos pakartojimas (22,5 proc.) bei paprašymas, kad pacientas pakartotų tai ką suprato (25,8 proc.) (21 pav.).

**21 pav.** Slaugytojų atsakymų skirstinys (proc.), pagal paciento informavimo procesui svarbius komponentus.

Mūsų nuomone, toks slaugytojų nuomonės pasiskirstymas rodo, kad slaugytojui svarbiausiai suprantamai, konkrečiai ir aiškiai pateikti informaciją pacientui. Jei informacija bus pateikta suprantamai ir aiškiai tuomet būtų galima išvengti nepageidaujamų įvykių slaugoje.

Statistiškai reikšmingi ryšiai tarp slaugytojų darbo profilio ir paciento informavimui procese svarbių aspektų: tiesos sakymo, konfidencialumo, konkretumo, informacijos suprantamumo, pakartojimo ir paprašymo, kad pacientas pakartotų tai ką suprato, nustatyti nebuvo.

Statistiškai reikšmingai didesnė dalis slaugytojų dirbančių chirurginiame profilyje (85,9 proc.) nei slaugytojų dirbančių terapiniame profilyje (69,4 proc.) teigė, kad paciento informavimo procese yra svarbus aiškumas (χ2=7,212; lls=1; p<0,01) (22 pav.).

\*\* p<0,01, lyginant slaugytojus pagal darbo profilį

**22 pav.** Slaugytojų dirbančių skirtinguose profiliuose skirstinys pagal paciento informavimo procesui svarbius aspektus (proc.).

Mūsų nuomone, toks slaugytojų nuomonės skirtumas gali rodyti, kad gal būt chirurginio profilio slaugytojams informuojant pacientus reikia ilgiau aiškinti, kad pacientas tinkamai suprastų slaugytojo teikiamą informaciją.

2007 m. Lietuvoje buvo atliktas tyrimas, kuriuo buvo siekiama ištirti pacientų sveikatos raštingumą, jį įtakojančius veiksnius bei pacientų nuomonę apie slaugytojų jiems suteikiamą informaciją. Išanalizavus tyrimo rezultatus buvo pastebėta, kad į klausimą „ar dažnai prašote, kad slaugytojai pakartotų Jums rūpimą informaciją", pacientų atsakymai pasiskirstė taip: „visada" arba „dažnai" prašo pakartoti 22,0 proc. nepakankamą sveikatos raštingumą, 12,5 proc. – ribinį sveikatos raštingumą ir 9,1 proc. – pakan­kamą sveikatos raštingumą turinčių pacientų (p<0,05) (72).

Beveik trys ketvirtadaliai (70,4 proc.) slaugytojų nurodė, kad didžiausias paciento informavimo poreikis yra jam atvykus į skyrių. Statistiškai reikšmingai didesnė dalis slaugytojų dirbančių chirurginiame profilyje (82,4 proc.) nei slaugytojų dirbančių terapiniame profilyje (59,8 proc.) nurodė, jog didžiausias paciento informacijos poreikis yra jam atvykus į skyrių (χ2=12,033, lls=2, p<0,01).

Daugiau nei du trečdaliai (66,5 proc.) slaugytojų mano, kad iš dalies galima išvengti daugelio nepageidaujamų įvykių, jei pacientas bus tinkamai informuotas (23 pav.).

**23 pav.** Slaugytojų atsakymų skirstinys (proc.) pagal tai, ar galima išvengti daugelio nepageidaujamų įvykių, jei pacientas bus tinkamai informuotas.

Didesnė dalis slaugytojų dirbančių chirurginiame (70,6 proc.) nei terapiniame (62,9 proc.) profilyje teigė, jog iš dalies galima išvengti daugelio nepageidaujamų įvykių, jei pacientas bus tinkamai informuotas. Slaugytojų dirbančių skirtinguose profiliuose nuomonė šiuo klausimu statistiškai reikšmingai nesiskyrė.

Išanalizavus šiame skyriuje pateiktus tyrimo rezultatus galime teigti, kad beveik trys ketvirtadaliai (70,4 proc.) stacionaro slaugytojų nurodė, kad didžiausias paciento informavimo poreikis yra jam atvykus į skyrių. Beveik ketvirtadalis (24,2 proc.) respondentų mano, kad slaugytojas vidutiniškai 15 minučių turi skirti naujai atvykusio paciento informavimui. Respondentų nuomone, siekiant užtikrinti pacientų saugą, slaugytojas visada turi informuoti pacientą apie skyriaus vidaus taisykles (91,3 proc.), būsimą procedūrą (87,5 proc.), kaip vartoti paskirtus vaistus (87,5 proc.), kur yra higienos kambarys (87,5 proc.), o neturi informuoti apie gydymo trukmę (64,4 proc.) ir ligą (57,2 proc.). Pacientų saugos atžvilgiu, paciento informavimo procese svarbiausia – teikiamos informacijos konkretumas (81,3 proc.), aiškumas (76,6 proc.) ir informacijos suprantamumas (74,7 proc.), mažiau svarbu – informacijos pakartojimas (22,5 proc.) bei paprašymas, kad pacientas pakartotų tai ką suprato (25,8 proc.). 66,5 proc. stacionaro slaugytojų nurodė, jei pacientas bus tinkamai informuotas tuomet iš dalies bus išvengta daugelio nepageidaujamų įvykių.

Atliekant porinius palyginimus nustatyta, kad didesnė dalis slaugytojų dirbančių chirurginiame profilyje nei slaugytojų dirbančių terapiniame profilyje: 1) teigė, jog siekiant užtikrinti pacientų saugą, slaugytojas pacientą visada turi informuoti apie paskirtą slaugos rėžimą, galimą šalutinį vaistų poveikį ir kaip elgtis grįžus į namus; 2) nurodė, kad paciento informavimo procese yra svarbus konfidencialumas ir aiškumas; 3) pažymėjo, kad didžiausias paciento informacijos poreikis yra jam atvykus į skyrių. Mūsų nuomone, tokie tyrimo rezultatai gali rodyti, kad gal būt dažniau chirurginiame nei terapiniame profilyje įvyksta nepageidaujami įvykiai susieti su slaugos rėžimo pažeidimais, vaistų vartojimo klaidomis. Tam patikrinti reikėtų atlikti tolimesnius mokslinius tyrimus.

# IŠVADOS

1. Daugelis stacionaro slaugytojų sutiko, jog sveikatos priežiūros įstaigoje būtų skatinama asmeninė atsakomybė už pacientų saugą. Beveik du trečdaliai slaugytojų pažymėjo, kad labiausiai slaugytojas – atsakingas už pacientų saugą. Daugiau nei pusė stacionaro slaugytojų nurodė, kad kartais slaugytojo darbo praktikoje įvyksta nepageidaujami įvykiai, bet tik 12,1 proc. teigė, jog slaugytojas turi prisiimti asmeninę atsakomybę už įvykusį nepageidaujamą įvykį. 87,9 proc. respondentų pažymėjo, kad atsakomybė už pacientų saugą turėtų būti bendra.
2. Beveik visi respondentai nurodė, jog su pacientu daugiau laiko bendrauja slaugytojas nei gydytojas. Daugumai 71,0 proc. apklaustų slaugytojų bendravimas su pacientu yra labai svarbus, o daugiau nei trys ketvirtadaliai teigė, kad bendravimas su pacientais turi teigiamos reikšmės pacientų saugai. Labai svarbūs paciento saugai slaugytojo bendravimo įgūdžiai respondentų nuomone – kantrybė ir išklausymas, mažiau svarbūs – šiluma ir lytėjimas. Stacionaro slaugytojams dažniausiai sunku bendrauti su pacientu dėl didelio darbo krūvio bei laiko stokos. Daugiau nei dviem trečdaliams tyrime dalyvavusių stacionaro slaugytojų trūksta laiko bendrauti su pacientu, o 61,0 proc. nuomone, jei slaugytojas daugiau laiko bendrautų su pacientu, tai turėtų teigiamos reikšmės pacientų saugai.
3. Beveik trijų ketvirtadalių stacionaro slaugytojų nuomone, didžiausias paciento informavimo poreikis yra jam atvykus į skyrių. Slaugytojų nuomone, siekiant paciento saugos užtikrinimo, pacientas visada turi būti informuojamas apie skyriaus vidaus taisykles, būsimą procedūrą, kaip vartoti paskirtus vaistus, kur yra higienos kambarys. Pacientų saugos atžvilgiu, paciento informavimo procese respondentų nuomone svarbiausia – teikiamos informacijos konkretumas, aiškumas, mažiau svarbu – informacijos pakartojimas.
4. Lyginant stacionaro slaugytojų, dirbančių terapiniame ir chirurginiame profiliuose, nuomonę apie atsakomybę už pacientų saugą ir tarpasmeninį bendravimą nustatyta, jog:

* Didesnė dalis terapinio nei chirurginio profilio slaugytojų nurodė, jog už nepageidaujamą įvykį slaugytojas turi prisiimti asmeninę atsakomybę, o didesnė dalis chirurginio nei terapinio profilio slaugytojų teigė, jog atsakomybė už pacientų saugą turėtų būti bendra.
* Daugumai stacionaro slaugytojų bendravimas su pacientais yra labai svarbus, tačiau didesnė dalis terapinio profilio slaugytojų bendravime su pacientais įžvelgia teigiamos reikšmės pacientų saugai nei chirurginio profilio slaugytojai.

1. Teikiant pacientams sveikatos priežiūros paslaugas, stacionaro slaugytojai įžvelgia teigiamą bendravimo reikšmę pacientų saugai, tačiau bendravimui su pacientais slaugytojams trukdo didelis darbo krūvis, laiko stoka, todėl būtina į tai atkreipti sveikatos priežiūros institucijų vadovų, sveikatos politikų bei visuomenės dėmesį.

# PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

1. Sveikatos priežiūros įstaigų vadovams:

* Sumažinti slaugytojų darbo krūvius, priskiriant daugiau funkcijų slaugytojų padėjėjams, arba didinant slaugytojų etatų skaičių. Tuomet slaugytojai galėtų daugiau laiko bendrauti su pacientais ir taip būtų galima išvengti daugelio nepageidaujamų įvykių sveikatos priežiūroje.

1. Stacionaro slaugytojams:

* Dalyvauti kvalifikacijos tobulinimo kursuose, seminaruose bei mokymuose, ne tik Lietuvoje, bet ir užsienio šalyse, kuriuose įgytų žinių apie pacientų saugą sveikatos priežiūroje.
* Suplanuoti darbo dieną taip, kad būtų skiriama pakankamai laiko paciento išklausymui ir informavimui. Tai galima įgyvendinti per konsultacijas su slaugos administratoriai, nes pastarieji turi daugiau žinių šioje srityje arba dalyvauti vadybininkų organizuojamose mokymuose, darbo dienos planavimo aspektais.
* Įvykus nepageidaujamam įvykiui, organizuoti skyriaus ar slaugytojų komandos susirinkimą, kuriame būtų atvirai aptariamas įvykęs nepageidaujamas įvykis, jo priežastys, pasekmės, teikiamos praktinės rekomendacijos, kaip buvo galima išvengti įvykusio nepageidaujamo įvykio.
* Būti atsakingais ir skatinti kitus sveikatos priežiūros specialistus bei pacientus būti atsakingais už pacientų saugą. Tai galima įgyvendinti per skyriuose organizuojamus susirinkimus, kuriuose būtų vystoma atvira diskusija tarp slaugytojų ir kitų dalyvių, kurios metu būtų aiškinamasi apie įvykusius nepageidaujamus įvykius, jų priežastis, atsakomybę bei kaip reikėtų elgtis, kad tai nepasikartotų.
* Bendradarbiauti ir dalytis patirtimi su kitais slaugytojais ir sveikatos priežiūros specialistai pacientų saugos klausimais.

# LITERATŪRA

1. Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie sveikatos apsaugos ministerijos. Nacionalinė pacientų saugos platforma 2010-2014 m. (žiūrėta 2010 m. gegužės 5 d.). Prieiga per internetą:

<<http://www.vaspvt.gov.lt/index.php?577189552>>.

1. Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr. V-642. Valstybės Žinios 2004;144-5268.
2. Europos Bendrijų Komisija. Komisijos komunikatas Europos parlamentui ir tarybai: dėl pacientų saugos ir su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijos ir kontrolės. Briuselis (žiūrėta 2010 m. balandžio 5 d.). Prieiga per internetą:

<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52008DC0836:LT: NOT>.

1. Reeder JM. Patient safety, errors and mistakes, and preoperative nursing. Semin Perioper Nurs 2001;10(2):115-118.
2. Vansevičiūtė A. Medicinos personalo nuomonė apie pacientų saugos užtikrinimą „N“ ligoninėje: magistro diplominis darbas. Kaunas: Kauno medicinos universitetas; 2009.
3. Gallagher TH, Studdert D, Levinson W. Disclosing harm­ful medical errors to patients. N Engl J Med 2007;356(26):2713-2719.
4. Virkėtienė D, Mitalienė O, Kazlauskas H. Pacientų saugumo užtikrinimas. Sveikatos mokslai (Vilnius) 2009;4:2536-2542.
5. White P, McGillis Hall L. Patient safety outcomes. Nursing – sensitive outcomes. State of the ccience. Edited by Doran DM 2003. p. 211-242.
6. College of registered nurses of British Columbia. Nurse-client relationships 2006 (žiūrėta 2010 rugsėjo 17 d.). Prieiga per internetą:

<[https://www.crnbc.ca/Standards/Lists/StandardResources/406NurseClientRelationshi ps.pdf](https://www.crnbc.ca/Standards/Lists/StandardResources/406NurseClientRelationshi%09ps.pdf)>.

1. Forster AJ, Asmis TR, Saied GA, Code CC, Caughey SC, Baker K, et al. Ottawa hospital patient safety study: incidence and timing of adverse events in patients admitted to a Canadian teaching hospital. CMAJ 2004;170(8):1235-1240.
2. Istomina N. Pacientų saugumo sveikatos priežiūros įstaigose vertinimo ir tobulinimo galimybės. Slauga. Moklas ir praktika (Vilnius) 2005;3:6-9.
3. Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie sveikatos apsaugos ministerijos. Pacientų sauga: pilotinis pacientų saugos kultūros tyrimas (žiūrėta 2010 m. gegužės 5 d.). Prieiga per internetą:

<[http://www.vaspvt.gov.lt/index.php? 2115860973](http://www.vaspvt.gov.lt/index.php?%202115860973)>.

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human – building a safer health system. Institute of Medicine, Committee on the quality of health care in America. Washington: National Academy Press; 2000. p. 23.
2. Aspden P, Corrigan JM, Wolcott J, Erickson SM. Patient safety: achieving a new standard for care. Institute of medicine, Committee on data standards for patient safety. Washington: National Academy Press; 2004. p. 550.
3. Paškevičius L. Bausti negalima pasigailėti. Slėpti negalima mokytis. Gydytojų žinios (Vilnius) 2006 vasario 11 d.;3(397):8-9.
4. Miyamoto A. Actions for improvement of medical safety by all parties involved in healthcare. Abstract. Article in Japanese. Nippon Geka Gakkai Zasshi 2003;104(1):6-8.
5. Committee on the quality of health care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, D.C: National Academy Press; 2001.
6. Ziv A, Small SD, Wolpe PR. Patient safety and simulation-based medical education. Med Teach 2000;22(5):489-495.
7. Canadian nurses association and university of Toronto faculty of nursing. Nurses and patient safety: a discussion paper; 2004 (žiūrėta 2009-05-10). Prieiga per internetą: <http://www.cna nurses.ca/CNA/practice/environment/safety/default\_e.aspx>.
8. Alden KR, Alster K, Antle L, Ayello EA, Barnsteine JH, Bemis A et al. Patient safety and quality. An evidence-based handbook for nurses. Agency for healthcare research and quality; 2008 (žiūrėta 2010 m. liepos 1 d.). Prieiga per internetą: <<http://www.ahrq.gov/qual/nurseshdbk/>>.
9. Barach P, Small S.D. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non – medical near miss reporting systems. BMJ 2000;320(7237):759-763.
10. Centers for disease control and prevention (National center for health statistics). Births and deaths: preliminary data for 1998. National vital statistic reports 1999;47:6.
11. NHS. Seven steps to patient safety. An overview guide to NHS staff 2004 (žiūrėta 2009 m. spalio 15 d.). Prieiga per internetą:

<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/ collections/seven-steps-to-patient-safety/>.

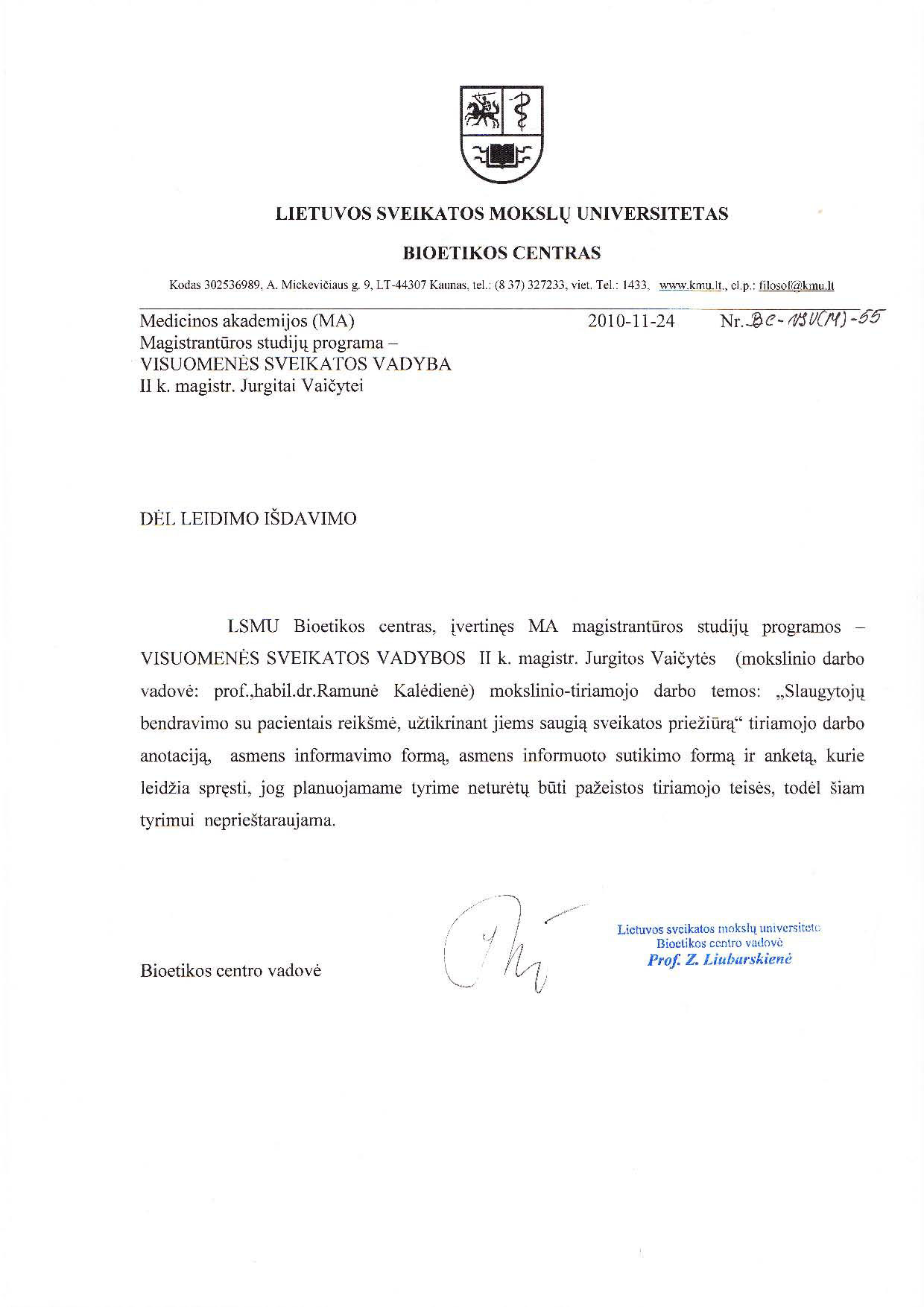
1. World Health Organization. Statement of purpose – international classification for patient safety. 2008 Nov. 30 (žiūrėta 2009 m. gruodžio 13 d. ). Prieiga per internetą: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\_statement\_of\_purpose.pdf >.
2. Blaževičienė A, Jakušovaitė I. Slaugos etika. Kaunas: Vitae litera; 2008.
3. Marx D. Patient safety and the “just culture”: a primer for health care executives. prepared for Columbia university under a grant provided by the National Heart, Lung, and Blood institute 2001. p. 28 (žiūrėta 2010 m. spalio 10 d.). Prieiga per internetą: <<http://www.mers-tm.org/support/Marx_Primer.pdf>>.
4. Quick O. Outing medical errrors: questions on trust and responsibility. Med Law Rev 2006;14(1):22-43.
5. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. Med Care 2000;(3)38:261-271.
6. Blegen MA, Vaughn T, Pepper G, Vojir C, Stratton K, Boyd M et al. Patient and staff safety: voluntary reporting. Am J Med Qual 2004;19(2):67-74.
7. Hebert PC, Levin AV, Robertson G. Bioethics for clinicians: 23. Disclosure of medical error. Can Med Ass J 2001;164:509-513.
8. Ballard KA. Patient safety: a shared responsibility. J Issues Nurs 2003;8(3):105-118.
9. Greenberg M. Hailing one of health care's priceless resources – nurses. Tennessee Nurse/Tennessee Nurses Association 2002;65(5):6.
10. Batcheller J, Burkman K, Armstrong D, Chappell C, Carelock JL. A practice model for patient safety: the value of the experienced registered nurse. J Nurs Adm 2004;34(4):200-205.
11. Kornely H. Falls in the care setting: identification of risk factors. GeriNotes, 1996;3(3):45-49.
12. Macienė A. Griuvimų paplitimas ir priežastys. Slauga. Mokslas ir praktika (Vilnius) 2008;12:7-11.
13. Riklikienė O. Slaugos vadyba. Kaunas: Vitae litera; 2008.
14. Jovaiša L. Edukologijos įvadas. Kaunas: Technologija; 1993.
15. Have HAMJ, Meulen RHJ, Leeuwen E. Medicinos etika. Vilnius:Charibdė; 2003.
16. Lemon. Slauga: slaugos mokomoji medžiaga, 3 dalis. Bendravimas. Vilnius: Charibdė; 1998.
17. Daliels R. Nursing fundamentals: caring and clinical decision making. New York: Delmar Thomson Learning; 2003.
18. Caris-Verhallen WM. Non – verbal behaviour in nurse – elderly patient communication. J Adv Nurs 1999;29(4):808-818.
19. Sheldon LK, Barrett R, Ellington L. Difficult communication in nursing. J Nurs Scholarsh 2006;38(2):141-147.
20. Chambers R. Drinkwater C, Boath E. Involving patients and the public: how to do it better. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2000.
21. Glamba V, Jerešiūnienė O, Jerešiūnas A. Kokybės vadybos sistemos įtakos analizė reabilitacijos ligoninėje pacientų požiūriu. Medicinos teorija ir praktika (Vilnius) 2010;16(1):69-74.
22. Martin DR, Tipton BK. Patient advocacy in the USA: key communication role functions. Nurs Health Sci 2007;9(3):185-191.
23. Ramsay J, Keith G, Ker JS. Use of simulated patients for a communication skills exercise. Nurs Stand2008;22(19):39-44.
24. Legauskas V. Socialinė psichologija. Vilnius: Vaga; 2008.
25. Michael S, Woods M.D. How communication complicates the patient pafety movement. Patient safety and quality healthcare 2006;5-6.
26. Nordby H. Nurse–patient communication: language mastery and concept possession. Nurs Inq 2006;13(1):64-72.
27. Lewinson W, Roter D, Mullooly JP, Dull V, Frankel R. Physician – patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. JAMA 1999;277:553-559.
28. Nadzam DM. Nurses role in communication and patient safety. J Nurs Care Qual 2009;24(3):184-188.
29. [Friesen MA](javascript:__doLinkPostBack('','ss%7E%7EAU%20%22Friesen%20MA%22%7C%7Csl%7E%7Erl','');); [Hughes RG](javascript:__doLinkPostBack('','ss%7E%7EAU%20%22Hughes%20RG%22%7C%7Csl%7E%7Erl','');); [Zorn M](javascript:__doLinkPostBack('','ss%7E%7EAU%20%22Zorn%20M%22%7C%7Csl%7E%7Erl','');). Communication: patient safety and the nursing work environment. Nebr Nurse 2007;40(4):11-12.
30. Wilson C, Jones B, Lipp A. Exchanging information: patients views on health care. Nurs Manag 2009;16(3):30-34.
31. Miller JL. From “building” to “cultivating”: changing the way we educate doctors and nurses in the 21st century. Creat Nurs 2004;10(3):6-8.
32. Chan A, Woodruff R. Communicating with patients with advanced cancer. J Palliat Care 1997;13(3):29-33.
33. Harris RL. Consistency of patient information: is this happening? Cancer Nurs 1997;20(4):274-276.
34. Kirk P, Kirk I, Kristjanson L. What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told? A Canadian and Australian qualitative study. BMJ 2004;328(7452):1343.
35. Zagurskienė D, Misevičienė I. Skirtingų sveikatos raštingumo lygių pacientų nuomonė apie slaugytojų teikiamą sveikatos informaciją. Medicina (Kaunas) 2010;46(1 priedas):27-34.
36. Lietuvos Respublikos slaugos įstatymo pakeitimo įstatymas: priimtas Lietuvos Respublikos seimo 2009 m. liepos 14 d. Nr. XI-343. Valstybės žinios 2009;89-3801.
37. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimo įstatymas: priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 2009 m. lapkričio 19 d. Nr. – 499. Valstybės žinios 2009;145-6425.
38. Lietuvos medicinos norma MN 28:2004. Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės pareigos, kompetencija ir atsakomybė. Vilnius: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija; 2004.
39. Europos bendrijų komisija. Baltoji knyga. Kartu sveikatos labui, 2008-2013 m. ES strateginis požiūris 2007 (žiūrėta 2010 sausio 15 d.). Prieiga per internetą:

<<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007>:0630:FIN:LT:PD F>.

1. Schuster PS, Nykolyn L. Communication for nurses: how to prevent harmful events and promote patient safety. Philadelphia: F. A. Davis company; 2010.
2. **World Health Organization, Collaborating Centre for Patient Safety Solutions.** Communication during patient hand – overs(žiūrėta 2010 m. spalio 10 d.). Prieigą per internetą: <<http://www.ccforpatientsafety.org/Patient-Safety-Solutions/>>.
3. [Cook AF](javascript:__doLinkPostBack('','ss%7E%7EAU%20%22Cook%20AF%22%7C%7Csl%7E%7Erl','');), [Hoas H](javascript:__doLinkPostBack('','ss%7E%7EAU%20%22Hoas%20H%22%7C%7Csl%7E%7Erl','');), [Guttmannova K](javascript:__doLinkPostBack('','ss%7E%7EAU%20%22Guttmannova%20K%22%7C%7Csl%7E%7Erl','');), [Joyner JC](javascript:__doLinkPostBack('','ss%7E%7EAU%20%22Joyner%20JC%22%7C%7Csl%7E%7Erl','');). An error by any other name. Am J Nurs 2004;104(6):32-43.
4. Augustėnienė, A. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo perspektyvos ligoninėje medicinos personalo požiūriu: magistro diplominis darbas. Kaunas: Kauno medicinos universitetas; 2007.
5. Rassin M, Kanti T, Silner D. [Chronology of medication errors by nurses: accumulation of stresses and PTSD symptoms.](http://sf.library.lt:2059/ehost/viewarticle?data=dGJyMPPp44rp2%2fdV0%2bnjisfk5Ie46bJQtKq1TLSk63nn5KyF49rqgezbvk%2btqLZHsKavSJ6ruEi2sLNNnrfLPvLo34bx1%2bGM5%2bXsgeKzq0mzqLFItqeySrWc6nns3bt97JziervZ633i46SM3927Wcyc34a7p7RKrqm0TK%2bc5Ifw49%2bMu9zzhOrq45Dy&hid=12) Issues Ment Health Nurs 2005;26(8):873-886.
6. [Davis RE](javascript:__doLinkPostBack('','ss%7E%7EAU%20%22Davis%20RE%22%7C%7Csl%7E%7Erl','');), [Sevdalis N](javascript:__doLinkPostBack('','ss%7E%7EAU%20%22Sevdalis%20N%22%7C%7Csl%7E%7Erl','');), [Vincent CA](javascript:__doLinkPostBack('','ss%7E%7EAU%20%22Vincent%20CA%22%7C%7Csl%7E%7Erl','');). Patient involvement in patient safety: How willing are patients to participate? Qual Saf Health Care 2011;20(1):108-114.
7. Dare F. “Cisco 2009 National survey of hospital nurses“. The high cost of nurses communication challenges, survey report 2009.
8. Hemsley B, Balandin S. Without AAC: the stories of unpaid corers of adults with cerebral palsy and complex communication needs in hospital. Augmentative and Alternative Communication 2004;20:243–258.
9. Girštautaitė G, Dučinskienė D, Vladičkienė J, Jankauskienė L. Gydytojų ir slaugytojų nuomonė apie pacientų teisės į informaciją įgyvendinimą. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas (Kaunas) 2008;XII(5):342-347.
10. Zagurskienė D, Misevičienė I. Pacientų sveikatos raštingumo ir slaugytojų jiems teikiamos informacijos vertinimas. Sveikatos mokslai (Vilnius) 2008;3:1594-1598.
11. Zagurskienė D, Misevičienė I. Pacientų ir slaugytojų nuomonės apie sveikatos mokymą ir slaugytojų dalyvavimą šiame procese palyginimas. Medicina (Kaunas) 2008;44(11):885-894.
12. Misevičienė I, Milašauskienė Ž. Pacientų pasitenkinimas ligoninės medicinos personalo darbu. Medicina (Kaunas) 2002;38(5):559-565.

# PRIEDAI

1 priedas



2 priedas

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**ANKETA ID**

***Gerb. Slaugytojau,***

*Tyrimą atlieka Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Visuomenės sveikatos fakulteto Visuomenės sveikatos vadybos katedros II kurso magistrantė Jurgita Vaičytė. Šiuo tyrimu siekiama atskleisti slaugytojų atsakomybę už pacientų saugą bei nustatyti slaugytojų bendravimo su pacientais reikšmę, užtikrinant jiems sveikatos priežiūros paslaugų saugą. Ši anketa yra anoniminė. Tyrimo rezultatai bus apibendrinti ir tik tuomet naudojami. Anketos užpildymas truks keletą minučių. Jūsų atsakymai yra labai svarbūs.*

*Visus Jums tinkamus atsakymus apibraukite (pvz., 🄋) arba įrašykite.*

***Pacientų sauga – tai paciento sužalojimų ar nepageidaujamų įvykių, pasitaikančių teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, prevencija ir vengimas.***

*Iš anksto dėkoju už Jūsų bendradarbiavimą!*

1. Jūsų amžius

(įrašykite metais) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Jūsų gyvenamoji vieta
2. Miestas
3. Kaimas
4. Jūsų išsilavinimas
5. Spec. vidurinis
6. Aukštesnysis
7. Aukštasis neuniversitetinis
8. Aukštasis universitetinis
9. Jūsų darbo stažas slaugoje

(įrašykite metais)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Jūsų darbo profilis
2. Terapinis
3. Chirurginis
4. Kokioje pamainoje dažniausiai dirbate?
5. Dieninėje
6. Naktinėje
7. Ar sutinkate su teiginiu, kad ligoninėje turi būti skatinama asmeninė atsakomybė už pacientų saugą?
8. Visiškai sutinku
9. Sutinku
10. Abejoju
11. Nesutinku
12. Visiškai nesutinku

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Jūsų nuomone, už pacientų saugą atsakingas: | Labai atsakingas | Atsakingas | Abejoju ar atsakingas | Neatsakingas | Visiškai neatsakingas |
| 1. Ligoninės vadovas | • | • | • | • | • |
| 1. Ligoninės pavaduotojas slaugai | • | • | • | • | • |
| 1. Skyriaus vedėjas | • | • | • | • | • |
| 1. Gydytojas | • | • | • | • | • |
| 1. Vyr. slaugos administratorius | • | • | • | • | • |
| 1. Slaugytojas | • | • | • | • | • |
| 1. Slaugytojo padėjėjas | • | • | • | • | • |

1. Jūsų nuomone, kaip dažnai slaugytojo darbo praktikoje pasitaiko nepageidaujami įvykiai?
2. Labai dažnai
3. Dažnai
4. Kartais
5. Retai
6. Niekada
7. Kaip Jūs manote, ar slaugytojas turi prisiimti asmeninę atsakomybę už nepageidaujamą įvykį slaugoje?
8. Taip
9. Iš dalies
10. Ne
11. Kaip Jūs manote, ar pranešti pacientui apie įvykusį nepageidaujamą įvykį yra slaugytojo atsakomybė?
12. Taip
13. Iš dalies
14. Ne
15. Kaip Jūs manote, ar pacientas turi prisiimti dalį atsakomybės už įvykusį nepageidaujamą įvykį?
16. Taip
17. Iš dalies
18. Ne
19. Kaip Jūs manote, ar atsakomybė už pacientų saugą turėtų būti bendra (pvz., gydytojo, slaugytojo ir paciento)?
20. Taip
21. Iš dalies
22. Ne
23. Kaip Jūs manote, kas daugiau laiko bendrauja su pacientu?
24. Gydytojas­­­­
25. Slaugytojas
26. Balais įvertinkite slaugytojo bendravimo su pacientu svarbumą.

Visiškai nesvarbu 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Labai svarbu

1. Kaip Jūs manote, ar slaugytojas yra atsakingas už bendravimą su pacientu savo kompetencijos ribose?
2. Taip
3. Iš dalies
4. Ne
5. Kaip Jūs manote, ar slaugytojo bendravimas su pacientu turi teigiamos reikšmės paciento saugai?
6. Taip
7. Iš dalies
8. Ne

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Įvertinkite slaugytojo bendravimo įgūdžių svarbą pacientų saugai: | Labai svarbu | Svarbu | Nesu tikras ar svarbu | Nesvarbu | Visiškai nesvarbu |
| 1. Kantrybė | • | • | • | • | • |
| 1. Šiluma | • | • | • | • | • |
| 1. Rūpestis | • | • | • | • | • |
| 1. Lytėjimas | • | • | • | • | • |
| 1. Konkretumas | • | • | • | • | • |
| 1. Pagarba | • | • | • | • | • |
| 1. Nuoširdumas | • | • | • | • | • |
| 1. Empatija (įsijautimas į kito žmogaus padėtį) | • | • | • | • | • |
| 1. Pasitikėjimas | • | • | • | • | • |
| 1. Konfidencialumas | • | • | • | • | • |
| 1. Išklausymas | • | • | • | • | • |

1. Kaip Jūs manote, kas būdinga slaugytojui bendraujant su pacientu?

(Galite apibraukti kelis atsakymo variantus)

1. Šypsena
2. Akių kontakto palaikymas
3. Judesiai (galvos, rankų)
4. Emocinis prisilietimas (pvz., išreiškiant paguodą)
5. Instrumentinis prisilietimas (pvz., atliekant procedūrą)
6. Kaip Jūs manote, dėl kokių priežasčių slaugytojui sunku bendrauti su pacientu?

(Galite apibraukti kelis atsakymo variantus)

1. Laiko stokos
2. Didelio darbo krūvio
3. Informacijos suprantamumo
4. Kalbos barjero
5. Socialinių skirtumų
6. Ekonominių skirtumų
7. Kultūros skirtumų
8. Lyčių skirtumo
9. Kaip Jūs manote, ar slaugytojui trūksta laiko bendrauti su pacientu?
10. Taip
11. Iš dalies
12. Ne
13. Kaip Jūs manote, jei slaugytojas daugiau laiko bendrautų su pacientu, ar tai turėtų teigiamos reikšmės paciento saugai?
    1. Taip
    2. Iš dalies
    3. Ne
14. Jūsų nuomone, kaip dažnai slaugytojas turi prisistatyti pacientui (pvz., pasakyti savo vardą, pavardę, pareigas)?
15. Visada
16. Dažnai
17. Kartais
18. Retai
19. Niekada

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Siekiant paciento saugos užtikrinimo, slaugytojas turi jį informuoti apie: | Visada | Dažnai | Kartais | Retai | Niekada |
| 1. Būsimą procedūrą (pvz., lašelinę) | • | • | • | • | • |
| 1. Būsimą tyrimą (pvz., echoskopiją) | • | • | • | • | • |
| 1. Kaip vartoti paskirtus vaistus | • | • | • | • | • |
| 1. Šalutinį vaistų poveikį | • | • | • | • | • |
| 1. Kur yra higienos kambarys (pvz., vonia) | • | • | • | • | • |
| 1. Skyriaus vidaus taisykles | • | • | • | • | • |
| 1. Paskirtą slaugos rėžimą | • | • | • | • | • |
| 1. Ligą | • | • | • | • | • |
| 1. Gydymo trukmę | • | • | • | • | • |
| 1. Kaip elgtis grįžus į namus | • | • | • | • | • |

1. Kaip Jūs manote, kiek slaugytojas vidutiniškai turi skirti laiko naujai atvykusio paciento informavimui?

Įrašykite (minutėmis)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Kaip Jūs manote, kas pacientų saugos atžvilgiu yra svarbiausia paciento informavimo procese?

(Galite apibraukti kelis atsakymo variantus)

1. Tiesos sakymas
2. Konfidencialumas
3. Konkretumas
4. Aiškumas
5. Informacijos suprantamumas
6. Informacijos pakartojimas
7. Paprašymas, kad pacientas pakartotų ką suprato
8. Kaip Jūs manote, kada yra didžiausias paciento informacijos poreikis?

(Apibraukite 1 atsakymo variantą)

1. Kai pacientas atvyksta į skyrių
2. Kai pacientas išvyksta į namus
3. Informavimas nepriklauso nuo paciento gulėjimo dienos
4. Kaip Jūs manote, ar galima išvengti nepageidaujamų įvykių tinkamai informavus pacientą?
5. Taip
6. Iš dalies
7. Ne

**SĖKMĖS DARBE!**