

**VILNIAUS UNIVERSITETAS**  
**MEDICINOS FAKULTETAS**  
**REABILITACIJOS, SPORTO MEDICINOS IR SLAUGOS INSTITUTAS**

Tvirtinu:

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto  
Slaugos studijų programų komiteto  
Pirmininkė prof. D. Kalibatienė  
Data:

Darbo autorė: Jolanta Sauškina

**SLAUGYTOJO VAIDMUO OPERACINĖS KOMANDOJE**

SLAUGOS MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

Darbo vadovas:

m. dr. V. Sokolovas

Vilnius 2009

## DARBO ANOTACIJA

Slaugos magistro baigiamasis darbas „Slaugytojo vaidmuo operacinės komandoje“ atliktas 2008 – 2009 metais Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos institute, taip pat VšĮ VUL Santariškių klinikose.

Darbo **mokslinis vadovas** – VUL Santariškių klinikų organų transplantavimo koreliavimo centro vyriausiasis specialistas organų transplantacijai m. dr. V. Sokolovas.

Darbas apsvarstytas Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos instituto posėdyje **2009-06-05** d., įvertintas teigiamai ir rekomenduotas viešam gynimui.

Darbo recenzentai:

- 1.
- 2.

Slaugos magistro baigiamasis darbas „Slaugytojo vaidmuo operacinės komandoje“ bus ginamas viešame Slaugos magistro darbų gynimo komiteto posėdyje, kuris įvyks **2009 m. birželio 05 d. 10 val.** Vilniaus miesto universitetinės ligoninės salėje (Antakalnio 57). Su darbu galima susipažinti Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos institute.

# SANTRAUKA LIETUVIŲ KALBA

Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas  
Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos institutas  
Slaugos magistrantūros programa

## SLAUGYTOJO VAIDMUO OPERACINĖS KOMANDOJE

Slaugos magistro baigiamasis darbas

**Darbo autorė: Jolanta Sauškina**

**Darbo vadovas: m.dr. V. Sokolovas**

Vilnius 2009

**Pagrindinės sąvokos:** komandinis darbas, operacinės komanda, operacinės slaugytojas komandoje.

**Darbo tikslas:** išsiaiškinti slaugytojo vaidmenį operacinės komandoje.

**Tyrimo uždaviniai:**

1. Išnagrinėti medicinos komandos sampratą.
2. Apibūdinti operacinės komandos veiklos tikslus.
3. Ištirti operacinės komandos narių pasitenkinimą darbu.
4. Išanalizuoti darbo santykius tarp operacinės komandos narių.
5. Ištirti operacinės slaugytojo komandinį vaidmenį ir kompetenciją.

**Tyrimo populiacija:** 102 Vši VUL Santariškių klinikų slaugytojos, dirbančios abdominalinės chirurgijos, ginekologijos, urologijos, kraujagyslių, akių operacinėse bei Vši VUL Santariškių klinikų gydytojai chirurgai, ginekologai, urologai, akių gydytojai, kraujagyslių chirurgai ir gydytojo asistentai dirbantys VUL Santariškių klinikų operacinėse.

**Tyrimo metodai:**

1. Teorinė mokslinės literatūros, leidinių, publikacijų apžvalga.
2. Operacinės slaugytojų, gydytojų chirurgų, gydytojo asistentų anketinė apklausa.  
Kaip metodas buvo panaudotas pilotinis tyrimas.
3. Gautų rezultatų aptarimas ir jų analizė.

**Darbo išvados:**

1. Remiantis mokslinės literatūros apžvalga bei atlikto tyrimo rezultatais nustatyta: darbo komandai būdingi bendravimas, tarpusavio pagalba ir bendro tikslo siekimas.

Apklaustieji medikai apibrėžė komandą kaip grupę žmonių, kurioje žmonės pirmiausia sąveikauja tarpusavyje, kad keistūsi informacija ir priimtų sprendimus, kurių tikslas –

padėti vienas kitam, vykdyti savo srities užduotis.

2. Komandinio darbo operacinėje tikslas - suteikti kvalifikuotą medicininę pagalbą, o svarbiausias operacinės komandos uždavinys - užduoties atlikimas. Slaugytojų ir gydytojų požiūris į darbą skiriasi, o darbo tikslai suprantami nevienodai.

3. Didžioji dalis operacinės darbuotojų patenkinti arba labai patenkinti savo darbu. Pasitenkinimas darbu statistiškai reikšmingai priklauso nuo respondentų darbo stažo.

4. Bendradarbiaujant slaugytojos daugiau vertino žmogaus individualumą ir šiltus bei gerus santykius, kurie priklausytų nuo komandoje dirbančių žmonių. Dauguma respondentų jautėsi pilnaverčiais komandos nariais. Didžiąjai daliai apklaustų medikų teko patirti „mobingą“.

5. Respondentų nuomone, operacinės slaugytojos atlieka du pagrindinius vaidmenis: a) Jos dirba sterilioje aplinkoje šalia paciento, b) tarpininkauja tarp sterilios aplinkos ir likusio skyriaus.

Dauguma respondentų negalėjo išvardinti operacinės slaugytojo kompetencijų. Dalis respondentų nurodė, kad operacinės slaugytojo kompetencija apima tik chirurginių instrumentų pavadinimų ir jų paskirties išmanymą, chirurginių siūlų rūšių ir jų panaudojimo žinojimą, aseptikos ir antiseptikos principus ir metodus, hospitalinės infekcijos prevenciją, operacijos eigos žinojimą bei išskyrė operacinės slaugytojo kompetenciją, pagal įgytą išsilavinimą.

## SUMMARY

**Faculty of Medicine of Vilnius University  
Institute of Rehabilitation, Sport Medicine and Nursing  
Master Programme of Nursing Care**

### **Nurse's Role in Operating Room Team**

**Master Thesis in Nursing Care**

**Author: Jolanta Sauškina**

**Supervisor: V. Sokolovas, MD**

Vilnius 2009

**Keywords:** teamwork, surgery team, surgical nurse in the team.

**Objective of the thesis:** to analyse the role of the nurse in the surgery team.

**The goals of the research:**

6. Analyse the concept of the medical team.
7. Define the objectives of the surgery team.
8. Determine the level of satisfaction of the members of the surgery team with their job.
9. Look into professional relations among the members of the surgery team.
10. Consider the role and competence of the surgical nurse in the team.

**Survey population:** 102 nurses of Public Institution Vilnius University Hospital Santariškių klinikos working in the operating rooms of abdominal surgery, gynaecology, urology, vascular and eye diseases, and surgeons, gynaecologists, urologists, eye doctors, vascular doctors and assistant doctors of Public Institution Vilnius University Hospital Santariškių klinikos working in operating rooms of Vilnius University Hospital Santariškių klinikos.

**Research methods:**

1. Theoretical review of scientific references and publications.
2. Questionnaire survey of surgical nurses, surgeons and assistant doctors.  
A pilot survey was employed as the method.
3. Discussion and analysis of the results.

**Conclusions:**

1. Based on the review of scientific references and the results of the survey, it was established that communication, mutual support and focus on the common goal are the attributes

characterising a team.

The surveyed medical workers described a team as a group of persons, wherein members primarily interact with one another to exchange information and make decisions, and their aim is to support each other and perform own tasks.

2. The goal of the teamwork in the operating room is to pool qualified medical aid, while the key objective of the surgery team is to fulfil the task. Attitude to work differs among nurses and doctors, and the goals of work are understood in various ways.

3. The majority of surgery workers were either satisfied or extremely satisfied with their job. In terms of statistics, satisfaction with job heavily relies on the length of the respondents' service.

4. In cooperation, nurses rather appreciated individuality of a person and warm and good relationships, which would depend on the members of the team. The majority of the respondents felt themselves being full-blooded team members. A great number of the medical workers admitted having been subjected to mobbing.

5. In the respondents' opinion, the surgical nurse basically performs the following two roles: a) working in a sterile surroundings beside the patient, b) being the medium between the sterile surroundings and the rest of the department.

The majority of the respondents were not able to name the competences of the surgical nurse. Some respondents referred to knowledge of the names and purpose of surgical instruments, of types of surgical sutures and their usage, of principles and methods of aseptics and antiseptics, prevention of hospital infection and knowledge of the operation process as the only competences of the surgical nurse, and further distinguished competences of the surgical nurse by acquired education.

## LENTELIŲ SĄRAŠAS

|  |    |
|--|----|
| 1 lentelė. Grupės ir komandos skirtumai .....  | 12 |
| 2 lentelė. Vaidmenų pasiskirstymas .....   | 22 |
| 3 lentelė. Neturinčių tikslo ir tikslingai veikiančių komandų charakteristikos.....                      | 25 |
| 4 lentelė. Respondentų atsakymai, ar rekomenduotų kitam žmogui rinktis tokią pat specialybę kaip jų..... | 44 |
| 6 lentelė. Respondentų atsakymai, kas yra komanda.....   | 45 |
| 7 lentelė. Respondentų atsakymai, kas yra operacinės komandos lyderis.....                               | 47 |
| 8 lentelė. Respondentų nuomone, kokia yra svarbiausia operacinės komandos užduotis.....                  | 49 |
| 9 lentelė. Respondentų nuomone, koks yra operacinės slaugytojo vaidmuo operuojančioje komandoje.....     | 50 |
| 10 lentelė. Respondentų nuomone, už ką yra atsakingas operacinės slaugytojas.....                        | 50 |
| 11 lentelė. Ar Jums teko patirti „mobingo“.....  | 52 |

## PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

|  |    |
|--|----|
| 1 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių.....                                   | 37 |
| 2 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal pareigas.....                                | 37 |
| 3 pav. Skirtingas pareigas einančių respondentų pasiskirstymas pagal amžių.....      | 38 |
| 4 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal bendrą darbo stažą.....                      | 38 |
| 5 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal darbo etato krūvį .....                      | 39 |
| 6 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal šeimyninę padėtį .....                       | 39 |
| 7 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą .....                           | 40 |
| 8 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal išsilavinimą .....                            | 40 |
| 9 pav. Respondentų nuomonė, kaip sekasi suderinti darbą ir pareigos šeimoje .....    | 41 |
| 10 pav. Darbo ir pareigos šeimoje suderinimo priklausomybė nuo einamų pareigų .....  | 41 |
| 11 pav. Respondentų pasitenkinimas savo darbu .....                                  | 42 |
| 12 pav. Pasitenkinimo darbu ir bendro darbo stažo priklausomybė .....                | 42 |
| 13 pav. Respondentų nepasitenkinimo darbu priežastys .....                           | 43 |
| 14 pav. Respondentų nepasitenkinimo darbu priežasties ir pareigų priklausomybė ..... | 43 |
| 15 pav. Respondentų nuomonė, ar jų darbas pakankamai atlyginamas materialiai.....    | 44 |
| 16 pav. Respondentų nuomone, kokie yra pagrindiniai komandos bruožai.....            | 45 |

|  |    |
|--|----|
| 17 pav. Respondentų nuomone, ar komandinio darbo efektyvumą, siekiant bendro tikslo, lemia finansinis paskatinimas .....                         | 46 |
| 18 pav. Nuomonės, ar komandinio darbo efektyvumą, siekiant bendro tikslo, lemia finansinis paskatinimas ir bendro darbo stažo priklausomybė..... | 46 |
| 19 pav. Nuomonės, kas yra operacinės komandos lyderis, ir respondentų pareigų ryšys.....   | 49 |
| 20 pav. Respondentų nuomone, koks yra operacinės komandos veiklos tikslas .....  | 49 |
| 21 pav. Nuomonės, kokia yra svarbiausia operacinės komandos užduotis, ir respondentų pareigų ryšys .....   | 50 |
| 22 pav. Svarbiausias komandinio darbo operacinėje privalumas.....  | 51 |
| 23 pav. Operacinės slaugytojo kompetencijas.....   | 53 |
| 24 pav. Atsakymų į klausimą „Ar operacinėje reikalingas antras operacinės slaugytojas?“ pasiskirstymas .....                                     | 55 |
| 25 pav. Ar jaučiate vertinami savo darbe?.....   | 55 |
| 26 pav. Atsakymų į klausimą „ar kartu dirbant komandoje turi egzistuoti geri ir šilti santykiai tarp komandos narių?“ pasiskirstymas.....        | 55 |
| 28 pav. Respondentų nuomonę, ar komandinio darbo efektyvumą, siekiant bendro tikslo, lemia moralinis paskatinimas .....                          | 56 |
| 29 pav. Ar konfliktai tarp Jūsų operacinės komandos narių aptariamai atvirai .....   | 56 |
| 30 pav. Respondentų nuomonė, kokie „mobingo“ rezultatai pasitaiko dažniausiai.....   | 57 |



## **Santrumpų ir jų paaiškinimų sąrašas**

**VUL** - Vilniaus universitetinė ligoninė

**PSO** – Pasaulinė sveikatos organizacija

**t. y.** – tai yra

**žr.** – žiūrėti

**pvz.** - pavyzdžiui

Turinys

|   |    |
|---|----|
| 1.ĮVADAS.....   | 10 |
| 2. LITERATŪROS APŽVALGA.....  | 12 |
| 2.1.Komandinis darbas.....  | 12 |
| 2.1.1.Komandų ir grupių skirtumai.....                                  | 12 |
| 2.1.2.Komandos ir kolektyvo skirtumai.....                              | 13 |
| 2.1.3.Komandinio darbo plusai ir minusai.....                           | 14 |
| 2.1.4.Komandų klasifikavimas.....                                       | 14 |
| 2.1.5. Komandinis vaidmuo.....  | 15 |
| 2.1.6. Komandų vystymosi etapai.....                                    | 16 |
| 2.1.7. Komandų vidaus konfliktai (paradoksai).....                      | 16 |
| 2.1.8. Komandos sutelktumas.....  | 17 |
| 2.1.9. Efektyvi komanda.....  | 17 |
| 2.2. Individas ir komanda.....  | 19 |
| 2.2.1. Individo pozicija komandoje.....                                 | 19 |
| 2.2.2. Santykiai komandoje.....   | 19 |
| 2.2.3. Santykių ribos.....  | 20 |
| 2.2.4. Tarprofesiniai slaugytojų ir gydytojų santykiai.....             | 20 |
| 2.2.5. Problemos su valdžios struktūromis.....                          | 22 |
| 2.2.6. Vadovavimas komandoje.....                                       | 22 |
| 2.2.7. Autoriteto reikšmė.....  | 24 |
| 2.2.8. Komandos dydis.....  | 26 |
| 2.2.9. Komandos veiklos tikslai.....                                    | 26 |
| 2.2.10. Komandos raidos stadijos.....                                   | 28 |
| 2.3. Komandos vaidmuo medicinoje.....                                   | 29 |
| 2.3.1. Komandos formavimas sveikatos priežiūros įstaigoje.....          | 29 |
| 2.3.2. Operacinės komanda.....  | 30 |
| 2.3.3. Operacinės slaugytojo darbas.....                                | 30 |
| 2.3.4. Operacinės slaugytojo vaidmenys.....                             | 31 |
| 2.3.5. Operacinės slaugytojo kompetencija.....                          | 32 |
| 2.3.6. Bendradarbiavimas.....   | 33 |
| 2.3.7. Vyresniojo slaugos vadovo asmenybės reikšmė slaugos kokybei..... | 33 |
| 2.3.8. Pasitenkinimas darbu.....  | 34 |
| 2.3.9. Darbo komandoje svarba.....                                      | 35 |

|   |    |
|---|----|
| 3. TYRIMO OBJEKTAS IR METODAI.....                                      | 36 |
| 4. TYRIMO REZULTATAI.....   | 38 |
| 4.1. Respondentų charakteristika.....                                   | 38 |
| 4.2. Respondentų pasitenkinimas savo darbu.....                         | 41 |
| 4.3. Respondentų bendros žinios apie komandinį darbą.....               | 45 |
| 4.4. Respondentų nuomonė apie komandinį darbą operacineje.....          | 48 |
| 4.5 Respondentų nuomone apie operacinės slaugytojo vaidmenį komandoje.. | 51 |
| 4.6 Santykiai tarp operacinės komandos narių.....                       | 54 |
| 5. TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS .....                                     | 58 |
| 6. IŠVADOS .....  | 64 |
| 7. PASIŪLYMAI.....  | 65 |
| LITERATŪRA.....   | 66 |
| 1 PRIEDAS. Apklauso anketa .....  | 69 |

## **1.ĮVADAS**

### **Temos aktualumas.**

Pastaruoju metu gerokai pasikeitė medicinos pagalbos pobūdis – sveikatos priežiūra tampa integruota, ją teikia ne vien gydytojas, bet ir slaugytojai, reabilitologai, socialiniai darbuotojai ir kt. Šių specialistų komandos darbas remiasi tikslumu, darbuotojų žinių ir įgūdžių derinimu bei kiekvieno indėliu. Skirtingi specialistai komandiniame darbe papildo vieni kitus, suteikia vieni kitiems naujų žinių, reikalingų šiandienos pacientų sveikatos problemoms spręsti. Jų visų bendras darbo tikslas – suteikti pacientui kokybiškas paslaugas panaudojant naujausius metodus ir išnaudojant mažiausius išteklius. I. Bučiūnienė, J. Pelkinis, Z. Milašauskienė akcentuoja, kad sveikatos priežiūros komandos formavimas kelia atskirų jos specialistų ir visos darbo grupės narių motyvaciją [1]. Dirbant bendrai, geriau atliekamos užduotys, didesnis medikų pasitenkinimas darbu. M. A. Makary ir kt. pabrėžia, jog sveikatos priežiūroje neturi būti hierarchinio valdymo, kuriam paklūsta kiti. Kiekvienas komandos narys, tarp jų slaugytojas, atsakingas už tai, kad būtų pasiektas tikslas, ir, kai reikia, turi sugebėti tapti komandos lyderiu.[2]

Pokyčiai sveikatos apsaugos sistemoje formuoja naują sampratą apie slaugą, kaip apie veiklą, besiremiančią komandiniu darbu. Komandinis darbas šiuolaikinėje sveikatos priežiūros įstaigos veikloje yra vienas pagrindinių organizacijos sėkmę lemiančių veiksnių. Šiandien, plėtojantis slaugos teorijai ir mokslui, slaugos praktikos vaidmuo vis labiau didėja [3].

Komandinė slauga remiasi tikėjimu, kad kiekvienas slaugos personalo narys įneša savo indėlį į slaugos planavimą ir slaugymą, kad jaučiant atsakomybę motyvacija yra stipresnė, kad individai yra laimingesni, kuomet jie jaučia, kad svariai prisideda grupei siekti tikslų. Slaugytojams tenka ypatinga veikla komandoje, tarpprofesiniame bendradarbiavime ir bendraujant su komandos nariais.

Operacinės slaugytojo vaidmuo turi labai didelės reikšmės visos operuojančios komandos darbui ir galutiniam darbo rezultatui . Ši tema yra aktuali, nes atliktų tyrimo darbų Lietuvos moksliniuose leidiniuose dar nebuvo.

Slauga dabartiniu metu suprantama kaip tarpprofesinė veikla komandoje, kuri vyksta tarp skirtingų sričių specialistų, pirmenybę teikiant komandiniam, o ne individualiam darbui. Komandinis darbas lemia slaugos veiklos kryptingumą ir leidžia pasiekti laukiamų rezultatų. Slaugytojams tenka ypatinga veikla komandoje, tarpprofesiniame bendradarbiavime ir bendraujant su komandos nariais [2, 3]. Komandinis darbas sveikatos priežiūros komandoje yra būtinas, nes komandos jausmas skatina specialistus daugiau pastangų skirti darbui, taip pat plėtojamas jų bendravimas, informacijos atranka, lyderystės įgūdžiai, didinama motyvacija [4]. Kiekvieno slaugytojo funkcijos teisiškai reglamentuotos, pagrįstos nepriklausomybe, autonomija, todėl jie prisiima ir visišką atsakomybę. Tačiau komandos nariai privalo prisiimti atsakomybę ne tik už save,

bet ir už visus jos narius, o jų bendradarbiavimo pagrindas turi būti grįstas pasitikėjimu vienas kitu [5,6,7]. Remiantis literatūros šaltiniais ir pastebėjimais, operacinės slaugytojas operuojančioje komandoje taip pat priklauso svarbus vaidmuo. Nuo jo profesinių žinių ir darbo patirties priklauso sisteminga darbo eiga ir kvalifikuotas asistavimas esamoje komandoje, todėl šio darbo iškeltas tikslas išanalizuoti operacinės slaugytojo vaidmenį operuojančioje komandoje.

**Darbo tema:** Slaugytojo vaidmuo operacinės komandoje.

**Tikslas:** Išsiaiškinti slaugytojo vaidmenį operacinės komandoje.

**Uždaviniai:**

1. Išnagrinėti medicinos komandos sampratą.
2. Apibūdinti operacinės komandos veiklos tikslus.
3. Ištirti operacinės komandos narių pasitenkinimą darbu.
4. Išanalizuoti darbo santykius tarp operacinės komandos narių.
5. Ištirti operacinės slaugytojo komandinį vaidmenį ir kompetenciją.

**Objektas:** VUL Santariškių klinikų slaugytojos, dirbančios abdominalinės chirurgijos, ginekologijos, urologijos, kraujagyslių, akių operacinėse; VUL Santariškių klinikų gydytojai chirurgai, ginekologai, urologai, akių gydytojai, kraujagyslių chirurgai ir gydytojo asistentai dirbantys VUL Santariškių klinikų operacinėse.

**Darbo metodologija:**

1. Teorinė mokslinės literatūros, leidinių, publikacijų apžvalga.
2. Operacinės slaugytojų, gydytojų chirurgų, gydytojo asistentų anketinė apklausa.  
Kaip metodas buvo panaudotas pilotinis tyrimas.
3. Gautų rezultatų aptarimas ir jų analizė.

**Tyrimo hipotezė:**

Slaugytojai atlieka svarbų, lygiateisį vaidmenį operacinės komandos darbe.

## 2. LITERATŪROS APŽVALGA

## 2.1 KOMANDINIS DARBAS

Specializuojantis medicinos pagalbai ir pasitelkiant į pagalbą kitų sričių specialistus, vienas medikas jau nebegali suteikti visų paslaugų pacientui. Kad pacientas gautų aukštos kvalifikacijos pagalbą, reikalinga specialistų komanda [8].

Išskiriami šie pagrindiniai komandos darbo bruožai:

1. Bendradarbiavimas.
2. Tarpusavio pagalba.
3. Vienalytiškumo ir įvairiapusiškumo pusiausvyra.

**K o m a n d a** - tai kartu dirbančių asmenų grupė, kurioje visų asmenų buvimas yra būtinas bendram tikslui įgyvendinti ir kiekvieno grupės nario individualiems poreikiams patenkinti.

Medicinoje komandos supratimas atsirado labai neseniai, ir ši koncepcija dar yra vystoma. Autorė L. Gudelienė – Gudelevičienė mano, kad komandinė slauga yra daugiau filosofija negu darbo metodas. Galbūt tai yra ir viena, ir kita, kadangi komandinės slaugos metu paskirstomi ligoniai ir slaugos procesas organizuojamas specialiais metodais. Kaip filosofija komandinė slauga išreiškia tikėjimą ligoniu, personalu, lyderiavimu ir ryšiais (bendradarbiavimu). Komandinės slaugos koncepcija grindžiama filosofija, kad personalo grupė, koordinuotai dirbdama kartu ir bendradarbiaudama, gali atlikti visas slaugos funkcijas teikiant individualizuotą slaugos pagalbą [9].

Komandinis darbas yra grindžiamas bendradarbiavimu ir tarpusavio pagalba, tačiau jeigu komandą sudaro panašios ar vienodos asmenybės, komandinio darbo efektyvumas krenta, kaip besistengtų komandos nariai bendradarbiauti ir vienas kitam padėti. Įvairūs asmenybių bruožai įgalina komandą dirbti efektyviai, nes tuomet komandos nariai mokosi vienas iš kito, papildydami vienas kitą. Iškylančios priešingos nuomonės padeda diskutuoti, ieškoti geriausio sprendimo. Nors ir visiškai nieko bendro neturinčios asmenybės konfliktuoja, tačiau komandoje turi būti išlaikyta pusiausvyra, kad nesumažėtų komandinio darbo efektyvumas [10].

### 2.1.1 KOMANDŲ IR GRUPIŲ SKIRTUMAI

Kiekviena komanda yra grupė, bet ne kiekviena grupė yra komanda.

Darbo grupė - tai grupė, kurioje žmonės pirmiausia sąveikauja tarpusavyje, kad keistųsi informacija ir priimtų sprendimus, kurių tikslas - padėti vienas kitam, vykdyti savos srities užduotis.

Darbo grupėms nėra reikalo ar galimybių užsiimti kolektyviniu darbu, reikalaujančiu bendrų pastangų. Tai grupių veiklos rezultatas yra paprasčiausia visų grupės narių individualių indėlių suma. Čia nėra veikimo iš vien, sukuriančio bendrą veiklos rezultatą, kuris didesnis nei visų narių indėlių suma [ 10, 11].

Kiekvienas žmogus komandoje yra lygiavertis jos narys. Atsižvelgiant į situaciją, jis turi ir lyderiavimo, ir narystės (dalyvavimo) teisę. Priimant sprendimus, siekiama susitarimo- sprendžia visi komandos nariai.

Komandos nariai pasižymi aukšta motyvacija, kai įgyvendinami bendri komandos tikslai, nes jų individualūs tikslai bei poreikiai atitinka komandos poreikius ir tikslus. Tarpasmeniniai santykiai komandoje grindžiami priėmimu, tarpusavio supratimu, abipuse pagarba, pasitikėjimu ir pripažinimu. Komanda yra pajėgi prisitaikyti prie aplinkybių ir aplinkos pasikeitimo, įvertinti savo veiklą, ją keisti, neprarandant tam tikro efektyvumo lygio [8,10].

Komandos ir grupės skirtumai pateikti 1 lentelėje.

### **1lentelė. Grupės ir komandos skirtumai**

| GRUPĖ  | KOMANDA   |
|--|---|
| Vienintelis aiškus lyderis                   | Vadovavimą dalijasi visi komandos nariai          |
| Kiekvienas atsako tik už save                | Kiekvienas atsako už save ir už kitus             |
| Kiekvienas dirba nesiderindamas prie kitų    | Kiekvienas prisiderina prie kitų komandos veiksmų |
| Atsakomybė prisiima tik už asmeninius darbus | Bendra atsakomybė už komandinius rezultatus       |

#### **2.1.2. KOMANDOS IR KOLEKTYVO SKIRTUMAI**

Tiek komanda, tiek kolektyvas yra žmonių grupė, dirbanti kartu. Tačiau kolektyvo neįjungia komandinė dvasia, t.y. jie visi nedirba viena kryptimi nukreipto darbo su tuo pačiu darbo objektu, medicinoje – ligoniu. Pvz., skyriuje dirba keletas gydytojų, keletas slaugytojų, jie bendrauja tarpusavyje, jų veiklą koordinuoja bendras vadovas, tačiau jie visi pasiskirstę savo palatas, ligonius arba keičia vienas kitą toje pačioje veiklos sferoje skirtingu metu (per budėjimus). Tai jau kolektyvas. Tuo tarpu komanda – kolektyvo dalis, specialistai, visi gydantys tą patį ligonį, tik į darbą žiūrintys iš skirtingų pusių. Pvz. operacijos metu dirba nemaža komanda: anesteziologas su anestezistu stebi paciento būklę, chirurgas su asistentais operuoja, operacinės slaugytoja stebi operacijos eigą ir pagal tai puikiai žino tolimesnius savo veiksmus, o taip pat vykdo operuojančio chirurgo nurodymus, o slaugytojos padėjėja vykdo visus operacinės slaugytojos komandas. Komandoje reikalingas glaudesnis bendradarbiavimas negu kolektyve, čia atsakomybė yra bendra, o kolektyve kiekvienas vis dėlto atlieka savo darbą [25].

### 2.1.3. KOMANDINIO DARBO PLIUSAI IR MINUSAI

Remiantis A.Sakalo „Personalo vadyba“ [11] išskiriami žemiau išvardinti komandinio darbo privalumai ir minusai.

Komandinio darbo plusai: komandos stabilumas, net jei trūksta 1 nario; duoda daugiau ir geresnės kokybės rezultatų; darbas greičiau atliekamas; abipusė parama ir mokymasis iškilus sunkumams; derinamos žinios ir įgūdžiai; sukuriamas bendradarbiavimo veiksmas; geriausiai išnaudojami individo pranašumai; sumažėja atsakomybė; pagerinamas aktyvumas; sumažėja apsirikimų rizika; palengvina kūrybingumą; palaiko priklausymo jausmą.

Komandinio darbo minusai: dažnai atsiranda atplaišūnai / atsiskyrėliai; apatija; kova dėl įtakos; konfliktai; galimybių sumažėjimas; vieno dalyvių dominavimas; sunku priimti bendrą sprendimą; daugiadisciplinarinė komanda.

### 2.1.4 KOMANDŲ KLASIFIKAVIMAS

Organizacijoje sukurtos komandos gali būti klasifikuojamos įvairiai, pagal skirtingus kriterijus. Egzistuoja keturi pagrindiniai tipai: problemų sprendimo komandos, specialios komandos, save valdančios komandos ir virtualios komandos [10].

- Problemų sprendimo komandos – jas sudaro 5-12 asmenų, atstovaujančių įvairiems organizacijos padaliniams. Jie susitinka vieną du kartus per savaitę darbo kokybės, efektyvumo bei darbo sąlygų tobulinimo būdams aptarti.
- Specialios komandos – jos rūpinasi darbo reformomis ir naujos technologijos kūrimu bei įdiegimu, palaiko ryšius su tiekėjais, užsakovais bei klientais, taip pat atlieka atskirų organizacijos funkcijų koordinatoriaus vaidmenį. Specialios komandos turėtų pagerinti bendradarbiavimą tarp padalinių ir vadovų, kai priimami visų lygių sprendimai, taip pat susikurti kokybės ir produktyvumo tobulinimo atmosferą organizacijoje.
- Savivaldos komandos – tai 5-15 žmonių, gaminančių tam tikrą produktą ar teikiančių tam tikras paslaugas. Komandos nariai išmoksta atlikti visas užduotis, tad gali keistis tarpusavyje, atlikdami įvairius darbus. Komanda pati prisiima valdymo atsakomybę. Save valdančios komandos darbą kontroliuoja pačios. Taip sugriaunamos hierarchinės valdymo pakopos bei biurokratiniai barjerai tarp organizacijos padalinių.
- Virtualios komandos - tai komandos, kurios naudoja kompiuterinę techniką, kad į vieną vietą suburtų fiziškai išsklaidytus savo narius ir įgyvendintų bendrą tikslą. Taip pat yra išskiriamos ir kiti komandų tipai [11]:



Komandavimo komanda – tai komanda, kurią sudaro vadovas ir darbuotojai, atsiskaitantys tam vadovui.

Komitetas – tai formali organizacijos komanda, paprastai sudaroma ilgam, kad atliktų specifines organizacijos užduotis.

Projekto komanda – tai laikina grupė, suformuota tik tam tikrai problemai išspręsti.

Kokybės būrelis – kokybės būrelių komandos susitinka kas savaitę valandai aptarti darbo problemas, išsiaiškinti priežastis, pasitarti dėl sprendimų bei imtis koreguojamų veiksmų. Kai komanda užbaigia savo tyrimus ir suranda sprendimą, ji pateikia oficialų pasiūlymą gamyklos vadovybei ir personalui.

### 2.1.5 KOMANDINIS VAIDMUO

Komandinis vaidmuo - tai vaidmuo, kurį mes prisiimame, išreikšdami savo įnašą ir santykius su likusiais komandos nariais, kai tik dirbame kaip kolektyvo dalis. Tai nustato mūsų neatskiriama asmenybė ir išmoktas elgesys, o ne mūsų įgūdžiai, patirtis ar techninės žinios. [12]

Taigi, jeigu kiekvienas turės vaidmenį, kuris atitinka tiek jo asmenybę, tiek įgūdžius, tai duos gana didelį įnašą į komandą. Jie gaus didesnę pripažinimą ir įvertinimą. Komandoje įvyks mažiau konfliktų, kadangi kiekvienas vertins savo įnašą ir nekonkuruos su kitais komandos nariais dėl vaidmenų. Tuo bus greičiau pasiektas darbo tikslas.[12]

Komandinis darbas lemia veiklos kryptingumą ir leidžia pasiekti laukiamų rezultatų. Operacinės slaugytojoms tenka ypatinga veikla operuojančioje komandoje, tarprofesiniame bendradarbiavime ir bendraujant su komandos nariais. Tema, apie operacinės slaugytojų ir chirurgų komandinį darbą operacinėje, operacinės slaugytojos vaidmenį ir bendradarbiavimą operuojančiojoje komandoje, yra aktuali, nes atliktų tyrimo darbų Lietuvos moksliniuose leidiniuose nėra. Tačiau atliktas darbas, kuriame I. Gailiutė, D. Drungilienė (Klaipėdos apskrities ligoninė, Klaipėdos universitetas) analizavo slaugytojų nuomonę apie chirurgijos skyriaus komandos darbą. Tiriamųjų nuomone, chirurgijos stacionaro slaugytojai dirbo komandiniu principu. Komandos sudėtis priklausė nuo konkrečios situacijos, bet dažniausiai komandą sudarė gydytojas chirurgas, slaugytojas, pacientai, jų artimieji. Komandinis darbas prasideda, kai pacientas kreipiasi į gydymo įstaigą. Slaugytojos komandinį darbą apibūdino kaip, darbą kartu, norą dirbti ir siekti kokybiško paciento gydymo ir slaugos. Geras bendradarbiavimas tarp gydytojo ir slaugytojų, veiklos funkcijų supratimas ir tinkamas jų atlikimas komandoje, savitarpio pagalba – būtina efektyvaus komandinio darbo sąlyga chirurgijos skyriaus komandoje [13].

### 2.1.6 KOMANDŲ VYSTYMOŠI ETAPAI :

E. Bagdonas ir L. Bagdonienė aprašė komandų vystymosi etapus [14]:

FORMAVIMAS. Nariai nelabai žino savo vaidmenis, taisykles ir ko jie tikisi. Nariai sužino, koks elgesys yra priimtinas, nustato esmines ir neesmines (pagrindines ir šalutines) darbo taisykles. Šis etapas – orientacijos ir aklimitizacijos (prisitaikymo) laikotarpis.

AUDRA. Nariai nesutaria dėl tikslų ir asmenybių. Nariai dažnai priešišškai nusiteikę ir stengiasi pasipriešinti pagrindinėms taisyklėms, nustatytoms formavimosi etapo metu.

NORMALIZAVIMASIS. Sutariama dėl darbo stiliaus, sukuriama jo sistema. Šiame etape yra sprendžiami konfliktai, pradeda atsirasti vienybė. Dalyvauja visa grupė, o ne keletas balsingesnių narių. Nariai pradeda reikšti asmeninę nuomonę, klostosi artimi santykiai.

VEIKLA. Įsivyrėja pozityvus, kūrybiškas ir našus komandinis darbas. Nariai nukreipti į veiklą.

UŽBAIGIMAS. Vyksta darbo rezultatų įvertinimas.

### 2.1.7. KOMANDŲ VIDAUS KONFLIKTAI (PARADOKSAI)

Savo darbe „Organizacijos elgsena“ P. Jucevičienė aptarinėja komandų vidaus konfliktus, kitaip vadinamus paradokais [15].

Tapatumo paradoksas – komandos turi vienyti skirtingų įgūdžių ir pažiūrų žmonės, vien dėl to, kad jie yra skirtingi, tačiau tuo tarpu žmonės dažnai atrodo, kad komandos slopina jų individualumą.

Demaskavimo paradoksas – komandos nariai turi atskleisti ką galvoja, kad komanda galėtų sėkmingai dirbti, tačiau atmetimo baimė skatina atskleisti tai kas priimtina kitiems.

Pasitikėjimo paradoksas – žmonės turi pasitikėti grupe, kartu grupė turi pasitikėti nariais, nes pasitikėjimą skatina tik pasitikėjimas.

Individualumo paradoksas – komandos stiprybę sudaro pavienių jos narių stiprybė, tačiau dirbdami kartu žmonės gali jausti pavojų savo individualumui.

Valdžios paradoksas – grupės galią sudaro jos pačių narių galia arba valdžia, tačiau tapę komandos dalimi savo galią perduoda komandai.

### 2.1.8. KOMANDOS SUTELKTUMAS

Komandos sutelktumas – tai solidarumo laipsnis ir teigiami jausmai, kurios individai puoselėja savo komandos atžvilgiu. Komandos sutelktumui svarbiausia pasitikėjimas [15].

R. Jucevičius pabrėžia būdus komandos sutelktumui padidinti [16]:

Konkurencijos įvedimas – konfliktai su pašaliniais asmenimis ar kitomis komandomis padidina grupės sutelktumą.

Tarpasmeninio patrauklumo didinimas – žmonės linkę telktis į komandas, su kurių nariais jie save tapatina arba kuriais žavisi. Organizacija gali pradėti vilioti darbuotojus, kurių asmeninės vertybės yra tos pačios.

Tarpusavio sąveikos didinimas – žmonės negali mėgti visų, su kuriais tenka bendrauti darbe, bet intensyvesnė sąveika gali padėti intensyviau bendrauti.

Bendrų tikslų ir bendrų likimų kūrimas :

Užduoties priklausomybė (technologija, darbo taisyklės, grupės narių artimumas)– grupės narių tarpusavio sąveikos laipsnis, kurio reikalauja grupės darbas.

Aukštas užduoties priklausomybės laipsnis padidina grupės galimybių jausmą – visos grupės tikėjimą, kad jie gali dirbti efektyviau.

Rezultatų priklausomybė – laipsnis, kurio grupės darbo rezultatus jaučia visi nariai (organizacijos apdovanojimai, pripažinimas).

#### 2.1.9 EFEKTYVI KOMANDA

Turi savo veiklos misiją.

MISIJA – bendras organizacijos tikslas, nusakantis organizacijos paskirtį jos egzistavimo priežastį, parodantis kuo ši organizacija skiriasi nuo kitų panašių organizacijų. Misija leidžia organizacijai nustatyti savo identiškumą (ugdyti savarankišką asmenybę). Labai svarbu, kad misija būtų žinoma ir priimtina visiems komandos nariams. Tik tuomet komandos nariai galės nukreipti savo pastangas reikiama linkme. Efektyvi komanda turi susikūrusi savo ateities viziją. Ateities siekiai ir tikslai. Efektyvi komanda aiškiai žino savo tikslus bei uždavinius t.y. tarpinius etapus, stengiantis įgyvendinti misiją ir viziją. Vizija gali atrodyti labai graži, tačiau tai labai tolima ir nepasiekiamo, bet kai tai suskaidoma į gabaliukus realiai galima pamatyti, kad tai yra įmanoma[17].

Siekdami bendro tikslo visus kilusius slaugos ar gydymo klausimus slaugytojos aptaria kartu su gydytoju, bendrai tariasi dėl tikslų, nes jie yra lygiaverčiai darbo ir komandos partneriai. Yra priežasčių, neleidžiančių efektyviai slaugytojoms dirbti komandoje: tai laiko stoka, dideli darbo krūviai, nepakankamai vertinamas slaugytojo darbas [35].

Efektyvioje komandoje kiekvienas žino, ką daro, už ką yra atsakingas ir ką daro jo kolegos. Efektyvioje komandoje darbai paskirstomi atsižvelgiant į kiekvieno žinias ir sugebėjimus. Bjaurūs darbai nepaliekami žemesnio rango darbuotojams. Efektyvioje komandoje informacija pateikiama laiku ir be iškraipymų, komandos nariai turi gauti tą informaciją, kuri yra būtina darbui, skubią informaciją stengiamasi perduoti be tarpininkų. Taip pat komandos nariams yra pateikiama visa

informacija apie organizaciją, kuri jiems gali būti įdomi. Efektyvi komanda turi turėti savo informacijos pateikimo kanalus [17].

Efektyvioje komandoje yra geri tarpusavio santykiai.

Pagal Bučiūnienė I [18] geri tarpusavio santykiai:

- Komandos nariai bendradarbiauja tarpusavyje padeda vieni kitiems.
- Nesiekia asmeninės naudos savo kolegų sąskaita.
- Komandos nariai pasitiki vienas kitais, gali atvirai išsakyti savo mintis.
- Nuoširdžiai bendrauja tarpusavyje.
- Palaiko vieni kitų pastangas mokytis.
- Suvokia, kad konfliktas yra normali žmogiškų santykių dalis. Konfliktus stengiasi spręsti greitai ir konstruktyviai.

- Yra lojalūs vienas kitam ir lyderiui.
- Puoselėja smagias tradicijas ir rengia bendras šventes.

Išskiriamos 4 efektyvaus komandų formavimo sąlygos:

1. Yra aiškiai apibrėžtas komandos formavimo tikslas;
2. Turi būti noras suformuoti efektyvią komandą;
3. Svarbus vadovo ir kiekvieno komandos nario dalyvavimas formuojant komandą;
4. Bendri komandos formavimo tikslai.

Tie tolesni komandos tikslai turi būti siejama su pirminiu komandos formavimo tikslu [18].

Komandinis darbas šiuolaikinėje sveikatos priežiūros įstaigos veikloje yra vienas pagrindinių organizacijos sėkmę lemiančių veiksnių, tai lygiaverčių partnerių, medikų grupė, kuri dirba draugiškai ir profesionaliai, sutardama dėl bendrų tikslų, paciento gero gydymo ir slaugos, grindžiama bendradarbiavimu ir tarpusavio pagalba, lygiavertiškumu [3].

## **2.2 INDIVIDAS IR KOMANDA**

Individai komandoje atlieka 4 funkcijas: uždaviniai, kuriuos jie įsipareigoja atlikti; jų kaip specialistų vaidmuo; jų pozicija tarpasmeniniuose santykiuose komandoje; jų asmenybė, kurią apibūdina jų asmeninė charakteristika ir gyvenimo istorija [15].

### 2.2.1 INDIVIDO POZICIJA KOMANDOJE

Pozicijas grupėje žmonės užima arba išsikovoja. Kartais žmonės okupuoja tam tikras pozicijas dėl savo asmenybės charakteristikų, ir tai paprastai turi polinkį daugelyje grupių, kurių nariais jie būna. Kai santykiai komandoje ar aplinkybės keičiasi, yra gaunami skirtingi vaidmenys.

P. Jucevičienė [15] pateikė 6 pavyzdžius žmonių pozicijų grupėje:

- Lyderis – vadovauja, prisiima atsakomybę.
- Manipuliatorius – neparodo savo tikrųjų jausmų.
- Kovotojas – „teisybės ieškotojas“.
- Visažinis.
- Katalizatorius (reakcijos pagreitinotojas).
- Taikdarys

Viena iš pagrindinių slaugytojo veiklos funkcijų – efektyviai veikti kaip sveikatos priežiūros komandos narys. J. C. Morey ir kiti savo tyrimais įrodė, kad mažinant medicinines klaidas svarbų vaidmenį komandos darbe atlieka slaugytojas [43].

### 2.2.2 SANTYKIAI KOMANDOJE

Struktūros supratimas gali padėti komandos nariams nuspręsti kaip jie kurs tarpusavio santykius. Literatūroje pateikiami 6 komando struktūros aspektai, kurie gali būti panaudoti suprantant kur ir kaip derinti komandą [19].

1. Kas ir kaip daugiausiai bendrauja su komandos nariais?
2. Kas turi valdžią ir koks jos pobūdis?
3. Kas ką mėgsta ir koks jos pobūdis?
4. Kaip komandos narių vaidmenys veikia vienas kitą?
5. Kaip vyksta darbas tarp komandos narių?
6. Koks žmogaus statusas santykyje su kitais ir koks to statuso pagrindas?

### 2.2.3 SANTYKIŲ RIBOS

S. Robbins aptaria 4 rūšis santykių tarp komandos narių ir pabrėžia, kad tai gali sukurti daug įvairių problemų [19].

1. Savitarpio santykiai – yra tada, kai derinasi ribos tarp 2 žmonių vaidmenų komandoje.

2. Iš dalies besikartojantys santykiai – komandos narių vaidmenys toje pačioje teritorijoje yra labai bendri arba darbo krūvis, kai kuriose specialybėse per didelis vienam asmeniui arba dviem žmonėm reikia įgyti darbo patirties.

3. Paralelinės santykių ribos – žmonės dirba toje pačioje teritorijoje, bet iš viso nesidalina darbu.

4. Tolimos santykių ribos – dažniausiai egzistuoja ten, kur yra tarpas tarp komandos narių vaidmenų. Darbas su žmonėmis skirtingose teritorijose arba su skirtingomis klientų grupėmis.

#### 2.2.4. TARPROFESINIAI SLAUGYTOJŲ IR GYDYTOJŲ SANTYKIAI

Tarpprofesiniai santykiai tarp gydytojų ir slaugytojų jau daugelį metų yra debatų tema, slaugos ir medicinos straipsniuose. Giliai išsisknijęs požiūris apie skirtingus šių profesijų statusus, padėtį visuomenėje, skirtingą išsilavinimą ir socializaciją. Per amžius nusistovėjusi nuostata, kad slauga yra medicinos pagalbininkė. Gera slauga buvo suprantama kaip besąlygiškas, tikslus gydytojų paskyrimų vykdymas. Net atsiradus slaugytojams praktikams, turintiems slaugos magistro laipsnius, kai kurie autoriai pažymi, kad išlieka esminiai nesutarimai tarp gydytojų ir slaugytojų, kurie neigiamai veikia gydytojų ir slaugytojų tarpusavio santykius. Šiandien, plėtojantis slaugos teorijai ir mokslui, slaugos praktikos vaidmuo vis labiau didėja [20].

Gydytojas ir slaugytojas dirba kartu, greta vienas kito, vienas kitą papildydami, abu jie veikia paciento labui. A.Vaškelytė, J.Sėdaitytė atliko tyrimą, kurio tikslas – ištirti slaugytojų požiūrį į gydytojų ir slaugytojų tarpprofesinius santykius. Labai svarbus slaugytojų ir gydytojų bendradarbiavimo kriterijus yra gydytojų vizitacijos kartu su slaugytojais bei pacientų slaugos, priežiūros plano aptarimas. Apklausoje dalyvavo 100 slaugytojų, buvo nustatyta, kad kasdieninėse gydytojų vizitacijose dalyvauja 69% respondentų [20]. Manau, organizuojant paslaugų teikimą, operaciniame skyriuje svarbu, kad prieš operacijas, vyktų kasdieniniai susirinkimai operacinės komandos narių, kurių metu analizuojami konkretūs atvejai ir iškilusios problemos, kas nėra vykdoma mūsų sveikatos priežiūros įstaigoje. Svarbu išmokti įvertinti kiekvieną konkretų atvejį, atkreipiant dėmesį į tai, kokios problemos kyla pacientui, kokiais ištekliais komandos nariai galės naudotis, sprendami jo problemas [21].

Slaugytojai, dirbdami komandoje, susiduria su įvairiomis problemomis. Gydytojai buvo ir yra hierarchinės struktūros pagrindas sveikatos priežiūros komandoje. Kadangi daug metų gydytojai būdavo slaugytojų mokytojai ir vadovai, buvo netgi apibrėžta slaugos vieta ir veiklos funkcijos (gydytojo asistento) sveikatos priežiūroje, taip susiformavo atitinkamas požiūris į slaugytojų profesiją, o ir pačių slaugytojų nuostata, kad jos yra tik gydytojo paskyrimų vykdytojai [35].

D.Drungilienė, I. Gailiūtė savo tyrime „Chirurgijos skyriaus komandos darbą sąlygojantys veiksniai“ rašo, kad slaugytojos pažymėjo, jog yra nepakankamai vertinamas slaugytojo darbas, gydytojai ne visada skaito jas lygiaverčiais partneriais komandoje. J. B. Sexton ir kiti, tyrinėję slaugytojų, dirbančių operacinės komandoje, nuolat kontroliuoja jų darbą, dėl to slaugytojai nesijaučia saugūs bei savarankiški specialistai [42].

Daugelis autorių akcentuoja, kad bendradarbiaujant tarpprofesinėje sveikatos priežiūros komandoje įvairiems specialistams kyla tiek asmeninio pobūdžio, tiek bendravimo, profesinio pobūdžio ir organizacinės problemos [39,40,41].

Analizuojant užsienio šaltinius apie komandinį darbą operacinėje, buvo atlikti tyrimai Šiaurės Karolinoje (JAV) WakeMed Health&Hospitals ir sukurta rekomendacijų sistema kuri pavadinta TeamsSTEPPS. Šią programą sudaro trys dalys:

#### 1. Priešoperacinis pasitarimas ( briefing )

Pranešama tam, kad sukurti geresnę efektyvesnę komandą pakanka vos 4 min. Prieš operaciją susirenka aptarimui visa operacinės komanda, yra aptariamas darbų sąrašas (checklist) – standartinių situacijų aprašymas, kurio punktus reikia suderinti prieš operaciją. Esmė tame, kad chirurgai, gydytojas anesteziologas, slaugytoja anesteziistė, operacinės slaugytojai, padėjėjai ir technikos darbuotojai suderina veiksmus ir informuoja vieni kitus apie galimus sunkumus operacijos metu, kuriems visi turi būti pasiruošę iš anksto.

#### 2. Pooperacinė ataskaita (the debriefing)

Po operacijos susirenka komandos nariai, diskutuoja kas buvo padaryta gerai ir kas galėtų būti padaryta geriau, atsakoma į „checklist“ klausimus:

- Ar teisingai suskaičiuoti instrumentai, tvarsliava?
- Ar teisingai sužymėta pathistologija?
- Kas buvo padaryta gerai? Ką galima buvo padaryti dar geriau?
- Ar kas nors galeėtų pasiūlyti kokį nors pakeitimą, kuris galeėtų padaryti operaciją saugesnia?

#### 3. Paciento perdavimas

Pranešama, kad perduodant pacientą žodžių sistema veikia sugedusio telefono principu, su galimu informacijos praradimu iki 97,5% (tikros informacijos lieka 2,5%). Tuo metu perduodant pacientą raštu informacija išsaugojama iki 99%, nes tai leidžia taupyti laiką, o raštą galima perskaityt pakeliui, transportuojant ligonį.

Programa TeamsSTEPPS plačiai naudojama JAV ligoninėse ir yra patvirtinta JAV Sveikatos apsaugos departamento [22].

Panaši sistema yra įdiegta Kaiser Permanente ligoninėje Kalifornijoje. Sistema „SBAR“ tai bendravimo tobulinimo sistema tarp operacinės komandos narių, ji remiasi įvairių priemonių ir elgesio standartizavimu kritiniuose situacijose ir kasdieniniame darbe apskritai. Pagal šią sistemą operacinės komandos nariai taip pat keletą minučių prieš operaciją susirenka aptarimui, kas gali padėti išvengti nemalonių staigmenų operacijos eigoje ir teigiamai įtakoti visą komandinį darbą operacinėje. Pabrėžiama, kad būtų labai efektyvų, jeigu asmenys, kontroliuojantys paciento būklę kiekvieną kartą informuotų kitus operacinės komandos narius apie paciento būklės pokyčius, kas padėtų išvengti netikėtumų ir būtų pasiruošiama staigių priemonių realizacijai. Ši sistema sumažino slaugytojų klaidas 16%, operacinės darbuotojų pasitenkinimas darbų išaugo 19%, saugumas operacinėje užaugo nuo gero iki puikaus. Žymus pagerėjimai pastebėti taip pat bendravime tarp operacinės komandų narių ir operacinės atmosferos apskritai.

#### 2.2.5. PROBLEMOS SU VALDŽIOS STRUKTŪROMIS

Jeigu vieni žmonės nuolat laimi, jų dominavimas ir kitų paklusnumas tampa problema, ypač jeigu dominuojantis asmuo nėra lyderis, nėra paskirtas būti lyderiu, ar jeigu vienas asmuo nuolat turi poreikį laimėti.

Sunki sritis yra valdžia ir atsakomybė. Paprastai jos eina kartu. Atsakomybės turėjimas be valdžios dažniausiai reiškia, kad darbas nėra prideramai atliekamas. Valdžios turėjimas, neprisiimant atsakomybės, dažniausiai sukelia pasipiktinimą [23].

Valdžios problemų sprendimas:

- Gali padėti asmeninio stiliaus pakeitimas, jeigu problema yra asmenybėje.
- Gali būti panaudotas tarpusavio santykių spaudimas keičiant valdingo asmens atsakomybę.

#### 2.2.6 VADOVAVIMAS KOMANDOJE

Daugelis komandų turi paskirtus vadovus. Komandos, kurios kuriamos įstaigose, vadovai paskiriami oficialiai. Formalus paskyrimas gali kelti konfliktą. Vadovas turi būti kompetentingas, kad komandos nariai galėtų juo pasitikėti.

Lyderis turi sugebėti atvirai daryti įtaką, jeigu komandos nariai pripažįsta vadovo sprendimų įtaką, jie ir vykdo tuos sprendimus.

Čia atsiranda vienas svarbiu vadovavimo aspektu – susidūrimas su nepasitikėjimu. Visi žmonės turintys paskirtą vietą komandoje (statusą) net ir neturintys valdžios, kelia nepasitikėjimą, nes komandos nariai nėra įsitikinę, kad jis daro viską, ko komandai reikia kartais manoma, kad paskirtas statusas gali būti panaudotas prieš juos. Asmuo, kuris kažką daro kitam, rizikuoja, nes kitas gali pradėti galvoti, kad jis arba ji tai galėtų daryti geriau, ypač kai nesiseka [11].



Komandos vadovas turi:

- Rūpintis, kad visi nariai suvoktų savo atsakomybę.
- Skatinti narius kuo labiau stengtis dėl komandos.
- Prižiūrėti komandos darbą tiek, kad būtų garantuota, jog atskiri žmonės dirba bendram labui.
- Reikiamai nustatyti grupės tikslus.

Komandos nariai turi sugebėti: rinkti, analizuoti ir interpretuoti informaciją, priimti sprendimus, dalyvauti komandos darbe. Komandos lyderiui reikia sugebėti: palengvinti darbą, kontroliuoti, skatinti, vadovauti, spręsti konfliktus, nustatyti standartus [17].

2 lentėle. Vaidmenų pasiskirstymas [29]

| Tema, elgesys             | AUTOKRATINIS   | DEMOKRATINIS   | LIBERALUS   |
|---------------------------|--|--|---|
| Susirinkimo organizavimas | Vadovas numato viską, apie tai nediskutuoja  | Numato kai kuriuos dalykus, juos aptaria su komanda                                      | Išskyrus darbo vietą nieko arba beveik nieko nenumato   |
| Tikslas                   | Vadovas numato, apibrėžia tikslą, neaptarinėja jo, primeta savo suvokimo būdą  | Paprašo pačių suformuluoti tikslus, padeda pasirinkti, kiekvienas gali išreikšti nuomonę | Leidžia komandai dirbti laisvai, tikslas gali likti neapibrėžtas arba nustatytas komandos lyderio |
| Procedūros ir planas      | Numato planą, nepriima pakeitimų; tai iššaukia pasipiktinimą, abejingumą komandos  | Siūlo daugelį variantų, kviečia siūlyti irkitus, palaiko komandos pasirinkimą            | Nuolaidus. Nieko nesiūlo, vadovavimą grupei perima lyderiai                                       |
| Santykiai komandoje       | Visi nukreipti į vadovą, įtempta atmosfera susidaro išpūdis, kad darbas efektyvus. Santykiai atšiaurūs ir agresyvūs. Nariai tampa „atpirkimo ožiu“ | Yra komunikacinis tinklas, startas gali būti lėtokas, vyrauja pasitikėjimo atmosfera     | Nevaržoma atmosfera, atsiranda grupuotės, susidaro išpūdis, kad bereikalingai švaistomas laikas.  |
| Aktyvumas                 | Viską daro vadovas. Jokios iniciatyvos iš  | Tiek dalyviai, tiek vadovas atlieka savo   | Kai kurie iniciatyvūs, kai kurie pasyvūs  |

|             |  |  |   |
|-------------|--|--|---|
|             | dalyvių pusės                              | vaidmenis. Turi tam tikras pareigas                |   |
| Įvertinimas | Nėra įvertinimo. Bijomasi grupės reakcijos | Įvertinimas labai svarbus, vertinamos visos sritys | Vadovas labai retai prisimena apie įvertinimą |

### 2.2.7. AUTORITETO REIKŠMĖ

Komandą bendram darbui suburia komandos vadovas, atliekantis autoriteto vaidmenį. Pagal apibrėžimą „autoritetas“ – tai jėga, priverčianti paklusti.

Diskutuojant dažnai daug laiko skiriama klausimui: kam komandoje iš viso reikalingas autoritetas? Gal pakaktų tik gerų specialistų, norinčių ir sugebančių dirbti kartu? Bendra diskusijų išvada: autoritetas komandoje reikalingas visų komandos narių darbui koordinuoti, jokių būdu nesikišant į specialistų darbo sritis.

Vaizdžiai palyginus – tai lyg šluotos kotas, sujungiantis atskirus šluojančius raželius į vieną visumą ir kartu koordinuojantis jų darbą. Bet, savaime suprantama, šluotos kotas vienas šluoti negali, todėl komandos vadovas nėra svarbesnis ir atsakingesnis už grupės narius.

Yra išskiriami trys autoriteto tipai [24, 25]:

- tradicinis,
- racionaliaiteisinis,
- charizmatinisautoritetas.

#### Tradicinis autoritetas

Šis autoritetas atstovauja „nerašytiems įstatymams“. Už jo – prielaida, kad pasaulyje viskas vyksta tam tikra tvarka, o kad ji būtų, privalo būti autoritetai. Tradicija – tai tvarka, su kuria sutinka absoliuti visuomenės dauguma. Todėl tradicinis autoritetas tikisi ir sulaukia paklusnumo be tiesioginio nurodymo. Tie, kurie yra hierarchiškai žemiau, turi „tiesiog suprasti“. Tradicinio autoriteto pavyzdys – tėvas patriarchalinėje šeimoje. Taip pat „savaime suprantama“, kad ligoniai paklūsta gydytojo nurodymams (nors ne gydytojas, o pats ligonis yra savo sveikatos šeimininkas), o skyriaus darbuotojai – vedėjui. Tradicinis autoritetas dažnai naudojami simboliais. Simbolis reiškia, kad jį turintis žmogus turi jėgą. Medikų simbolis – baltas chalatas. Dėl to jo taip nenoriai atsisakoma net ir tuose skyriuose, kuriuose dauguma darbuotojų neatlieka chirurginių intervencijų, pvz., psichiatrinio, pediatriinio profilio stacionaruose, ambulatorinėje grandyje. Kiti gydytojo simboliai – fonendoskopas ir kraujospūdžio matavimo aparatas, dėl to kraujospūdžio matavimas nenoriai patikimas slaugos personalui.

### Racionalus – teisinis autoritetas

Pastarasis autoritetas pagrįstas pozityvia mąstymo paradigma – pasaulį reguliuoja dėsniai, dėl kurių mes susitarėme. Jis pagrįstas taisyklėmis, kurios aiškios abiem pusėms. Teisinis autoritetas savo sprendimus paremia logika arba remiasi jam suteikta teisine galia. Teisinis autoritetas pasireiškia per apdovanojimus ir bausmes [24, 25].

Autoritetui paklūstama ne dėl gerokai iracionalios baimės, bet dėl supratimo: jei padarysiu taip, rezultatas bus toks, jei pasielsiu anaip, rezultatas bus kitoks. Šio tipo autoritetas labiausiai yra paplitęs JAV, kur visuomenė „mėgsta“ įstatymus, daug dėl jų diskutuoja. Jis ugdo žmogaus atsakomybę už save ir savo veiksmus. Šio tipo autoritetas yra labiausiai pageidaujamas tiek medicinoje apskritai, tiek medikų komandoje [25].

### Charizmatinis autoritetas

Autoriteto galia paremta ne žmogiškomis, bet dieviškomis savybėmis. Tai autoritetas, paremtas tikėjimu (loginis pagrindas čia nebūtinai). Jo pavyzdys – religinės sekto vadovas, kuris juo tampa dėl savo „ypatingų“ galių. Tačiau charizmą turime kiekvienas, kas tikime savo teorija, savo veiklos įgūdžiais. O jei profesionalas tiki savo veiklos teisingumu, savo įgūdžiais ir rezultatais, atlikti tyrimai rodo, kad jo darbo rezultatai yra geresni [24].

Žmonės dažnai linkę ką nors idealizuoti, o jei toks asmuo dirba šalia – atiduoti jam atsakomybę už bendrą darbą. Taip tiek komandos vadovas, tiek bet kuris jos narys gali pasijusti tuo charizmatiniu lyderiu, į kurį sudėtos visos grupės viltys. Kad ir psichoterapeutas: „kol tokia ligonio psichologinė būklė, jis sveikti negali, o jei jo psichologinė būklė būtų gera, jis sveiktų savaime“. Tada arba lieka prisiimti atsakomybę už visos komandos darbą ir kartu nuvertinimą bei kaltę už blogesnę nei pageidaujama rezultatą, arba mėginti paaiškinti, kad, tik gerėjant ligonio somatinei būklei, t.y. judesiams ir kalbai, gerės jo nuotaika. Tokia pat dalia gali ištikti terapeutą, neurologą, logopedą, kineziterapeutą ar bet kurį kitą komandos narį. Tai jau komandinio darbo atsakomybės tema – jei kartu dirbame, kartu ir esame atsakingi už darbo rezultatą. Ir padėka už gerai atliktą darbą jau priklauso ne man vienam asmeniškai, bet „mums“. Tenka apriboti savo narcisizmą: aš nesu toks kompetentingas, nusimanantis, kad vienas galėčiau išgydyti šį ligonį, todėl turiu dirbti kartu su kitais. Ir ligonį išgydžiau ne „aš“, bet išgydėme „mes“ [24].

### 2.2.8. KOMANDOS DYDIS

Tada iškyla klausimas: ar didelė gali būti komanda? Ar du tą patį pacientą gydantys žmonės, pvz., neurologas ir logopedas, jau yra komanda? Taip, šie du žmonės, jei jie nori dirbdami gauti gerų rezultatų, turi būti komanda. Bet didžiausias galimas komandos narių skaičius yra diskutuotinas. Šiaip ar taip sporte didesnių negu 10 narių komandų nebūna. Todėl didesnių

komandų ir medicinoje kurti nėra rekomenduojama, nes tada iškyla komandos narių veiklos koordinavimo ir jų veiklos dubliavimosi klausimai [18].

### 2.2.9. KOMANDOS VEIKLOS TIKSLAI

Jie gali būti konstruktyvūs ir destruktivūs. Sporte bendras tikslas yra aiškus – laimėti prieš kitą komandą, kuri taip pat nori to paties. Tai yra destruktivus tikslas. Reabilitacijos komandoje tikslas yra kitoks – padėti reabilitacijos skyriuje gulinčiam žmogui maksimaliai atnaujinti prarastus įgūdžius. Išoriškai viskas atrodo dar paprasčiau negu sporte. Tačiau yra pastebėta, kad komandų, turinčių destruktivius tikslus, narių tarpusavio bendravimas daug glaudesnis ir iškyla mažiau santykių problemų. Jei atsiranda bendras destruktivus tikslas, pvz., netoliese esantis konkuruojantis skyrius ar smarki kritika „iš viršaus“, kurią reikia paneigti, iš karto pagerėja komandos narių kohezija. Mat jei destrukcija neišsilieja į išorę, ji dažniausiai išryškėja kaip vidinė komandos destrukcija, pasireiškianti ginčais, apkalbomis, konkurencija, autoriteto žaidimais ir panašiai [10].

Kaip ir bet kuriuose žmogiškuose santykiuose, taip ir komandoje, daug lemia ne tik sąmoningi komandos narių tikslai, kurie gali būti skirtingi (padėti ligoniui, užsidirbti pinigų ir išlaikyti šeimą, išgarsėti kaip geram specialistui, išeiti į darbą iš namų „prasiblaškyti“ ir t.t.). Didelę reikšmę turi nesąmoningi tikslai. Sąmoningus tikslus būtų įmanoma ir labai naudinga aptarti tarpusavyje, tuo tarpu pasąmoniniai tikslai nesuvokiami net pačiam žmogui. Jie susiformuoja ankstyvuose vaikystės santykiuose su mums reikšmingais žmonėmis kaip tam tikros nuostatos, kurioms vėliau ieškome ir surandame patvirtinimą. Pvz., jei tikime, kad „visos autoriteto figūros visada mane kritikuoja“, iš baimės tikrai blogai atliksime savo darbą ir sulauksime vadovo kritikos. Pagal ankstesnių santykių patirtį formuojasi nesąmoningas emocijų perkėlimo mechanizmas, kai iš šalia esančių žmonių tikimės to paties, ko sulaukėme iš reikšmingų praeities figūrų ar iš ankstesnės grupės. Kadangi komandos narių ryšys yra glaudus, komandoje tai pasireiškia ypač ryškiai. Todėl būtų labai naudinga pasikalbėti, kokią kiekvienas turime patirtį iš ankstesnių grupių, kokią vietą jose užėmėme (mokyklos klasėje, ankstesniame darbo kolektyve), kad geriau suprastume vienas kitą, geriau žinotume vienas kito baimes ir lūkesčius [11].

3 lentelė. Neturinčių tikslo ir tikslingai veikiančių komandų charakteristikos

| <b>Neturinčios tikslo komandos</b>   | <b>Tikslingai veikiančios komandos</b> |
|--------------------------------------|--|
| Išgyvenamas didelis stresas, lydimas | Stresas nėra aktualiausia komandos     |

|  |  |
|--|--|
| bejėgiškumo jausmo   | problema: nėra baimės, įtampos, nes kiekvienas komandos narys žino, ko tikimasi.   |
| Veiklos produktyvumas ir efektyvumas mažėja: lenktniaujama tarpusavyje, individualūs pasiekimai yra svarbiausia, vyksta nekonstruktyvios, vienpusės diskusijos.                            | Veikla yra produktyvesnė ir efektyvesnė: kiekvienas komandos narys žino, ko siekiama, didėja pasitenkinimas darbu ir savirealizacija.  |
| Nesugebėjimas bendradarbiauti: pagalba kitam reiškia, kad bet kuris komandos narys gali nukonkuruoti tą narį, kuriam padeda.   | Gebėjimas bendradarbiauti: kiekvienas komandos narys yra priklausomas nuo kitų ir siekia kartu gerai atlikti darbą.  |
| Nepasitikėjimas: visi aplinkui yra priešai, vyrauja cinizmas ir nepasitikėjimas, identiteto stoka.   | Pasitikėjimas: kiekvienas narys turi paskirtą savo darbo dalį ir siekia pilnai ją įvykdyti.  |
| Žema darbinė moralė: prarandama energija ir entuziazmas.   | Aukšta darbinė moralė: darbas yra malonus, kiekvienas komandos narys jaučiasi gerai ir darbas vyksta vis sėkmingiau.   |
| Nepriimtinas organizacijos vadybos procesas: dažniausiai kaltinama administracija, ji nuolatos kritikuojama, vyksta apkalbos su pašaliniais ( ne organizacijos ir / ar komandos nariais ). | Priimtinas organizacijos vadybos procesas: kiekvienam nariui patinka realizuoti vadovavimą ir valdymą savo atliekamos užduoties kontekste, o administracija komandos narius traktuoja pagarbiai vadybiniu požiūriu, komandos viduje nekeičiamos suformuotos taisyklės. |
| Komandos nariai nesugeba įvaldyti organizacijos sistemos: komandos nariai jaučiasi ne organizacijos sistemoje, o už jos ribų.  | Komandos nariai sugeba įvaldyti organizacijos sistemą: kiekvienas komandos narys priverčia sistemą dirbti komandai.  |

#### 2.2.10. KOMANDOS RAIDOS STADIJOS

Kaip teigia E. Vaičienė [25] komanda, kaip ir kiekviena grupė, besivystydama praeina keletą stadijų:

- Orientacijos. Šioje stadijoje vyraujanti emocija – nerimas. Išskyla daugybė atsakymo neturinčių klausimų: kokia tai grupė, kurioje aš pradėtu dirbti? kaip man čia seksis? ko iš manęs tikisi kiti? kokie bus mūsų tarpusavio santykiai? ką mes veiksime? ir t.t. Nerimas mažėja susipažįstant su grupės nariais, bendraujant su jais ir randant savo vietą kolektyve (t.y. per grupės narių priklausomybę vienas nuo kito), taip pat suvokiant grupės misiją: kuriuo tikslu mes susirinkome ir ką mes veiksime.

- Antroje stadijoje apima euforija: mes kartu tikrai daug galime, mūsų darbas labai reikšmingas, tik, deja, dažnai neįvertintas. Darbui skiriama daug laiko, nuo to kenčia šeimos ir asmeninis gyvenimas, yra daug (dažnai nerealių) ateities planų. Ir ne darbo metu daug bendraujama su bendradarbiais, jie idealizuojami, kaip ir pats darbas. Viskas matoma „pro rožinius akinius“.

- Bet, deja, euforija ilgai tęstis negali, ateina nusivylimas ir nepasitenkinimas. Pamatomos neigiamos pusės tų reiškinių, kurių anksčiau stengėmės nematyti. Tai gali būti bendradarbių charakteriai, darbo sąlygos, netenkinantis atlyginimas, per didelis darbo krūvis, per dideli reikalavimai ir t.t.

- Konflikto išsprendimo stadija. Aišku, galima ir toliau stengtis nematyti neigiamų pusių, bet tai nebus produktyvu. Reikia kuo daugiau kalbėtis apie neigiamas darbo puses ir stengtis išspręsti tai, kas išsprendžiama. O jei ne – susitaikyti su esama situacija arba ieškoti kitų savęs realizavimo galimybių. Nes niekas kitas už mūsų gyvenimą ir pasitenkinimą jame negali būti atsakingas, tik mes patys. Neieškodami situacijos išsprendimo galimybių, nejučiomis tapsime niurgžliai, dėl visko kaltinantys darbą, kitus asmenis ir t.t.

- Jei tarpusavio konfliktai išsprendžiami, ateina produktyvaus darbo, jei ne – grupės suirimo stadija. Jei tarpusavio santykiai lieka blogi, daug energijos sunaudoja jų sprendimas (arba slopinimas), vietoje to, kad ji būtų skiriama darbui. Aišku, grupė gali suirti ir natūraliai, tada, kai atlieka savo misiją.

## **2.3 KOMANDOS VAIDMUO MEDICINOJE**

### **2.3.1 KOMANDOS FORMAVIMAS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOJE**

Pasaulinė sveikatos organizacija ( PSO ) apibrėžia komandą, dirbančią asmens sveikatos priežiūroje, kaip hierarchinės struktūros neturinčią žmonių sąjungą, kurios nariai turi skirtingą profesinį išsilavinimą, bet siekia bendro tikslo, kurį visada galima apibūdinti kaip visapusi sveikatos teikimą pacientams ir šeimoms. Pastaruoju metu pasikeitė medicininės pagalbos pobūdis – sveikatos priežiūra tampa integruota, ją teikia ne vien gydytojas, bet ir slaugytojai, ir kiti

specialistai. Šių specialistų komandos darbas remiasi tikslumu, darbuotojų žinių ir įgūdžių derinimu bei kiekvieno indėliu [21].

Slaugos komandą, sveikatos priežiūros įstaiguose, galima apibūdinti kaip grupę dirbančių skirtingų profesijų atstovų, kurių kiekvienas turi specifinę užduotį, yra tarpusavyje susiję ir daro vienas kitam įtaką, siekdami vieno tikslo. Komandinėje slaugoje du ar daugiau personalo narių, iš kurių vienas paskiriamas lyderiu, slaugydami grupę ligonių dirba kartu. Slaugos komandą paprastai sudaro registruotas slaugytojas ir neprofesionalūs darbuotojai (padėjėjai), atvykstant ligoniui į operacinę juo pradeda rūpintis du operacinės slaugytojai ir padėjėjas. Nepriklausomai nuo komandą sudarančių asmenų, komandos funkcionuoja vienodai. Komandos lyderiu paskiriama patyrusi slaugytoja. Asmuo, pasirinktas kaip komandos lyderis, yra slaugytoja, suteikianti individualizuotą aukšto lygio slaugą, operacinės slaugytoja turi išmanyti operacinės slaugos procesą, operacijos eigą, profesionaliai pasiruošti operacijai, pasirūpinti paciento saugumu [9].

Organizuojant slaugos komandą, svarbu anksti ir aiškiai nustatyti komandos lyderės atsakomybės ribas bei tą ligonio slaugos apimtį, kurią ji gali prisiimti. Yra svarbūs trys dalykai. Pirma, vyresnioji slaugytoja turi žinoti ligonių būklę ir jų slaugos planus ir visą laiką turi būti įsitikinusi, kad padaryti paskyrimai ir atliekamas darbas užtikrina slaugos kokybę. Antra, komandos lyderė turi laisvai naudotis iniciatyva ir galimybėmis slaugyti, prižiūrėti. Trečia, visais atvejais labai svarbu, kad vyresnioji slaugytoja ir komandos lyderė turi artimai bendrauti. Kaip ir ivairiuose skyriuose, taip ir operacinių bloke slaugytojai dalyvaujant vyresniajai slaugytojai, kas dieną rengia komandos konferenciją, ji planuoja paskyrimus komandoje, analizuoja pacientų problemas ir slaugos poreikius, planuoja jų slaugą. Reikia pripažinti, kad kontaktai ir nuolatinis informacijos pasikeitimas tarp vyresniosios slaugytojos ir komandos lyderės yra labai svarbūs geram komandos funkcionavimui [9].

### 2.3.2. OPERACINĖS KOMANDA

Specializuojantis medicinos pagalbai ir pasitelkiant į pagalbą kitų sryčių specialistus, vienas medikas jau nebegali suteikti visų paslaugų pacientui. Kad pacientas gautų aukštos kvalifikacijos pagalbą, reikalingą specialistų komandą.

Chirurginę komandą paprastai sudaro slaugytojas anesteziologas, gydytojas anesteziologas, du operacinės slaugytojai, chirurgas ir asistuojantis gydytojas. Grupė turi puikiai bendradarbiauti, kad pasirūpintų paciento individualiais poreikiais. Visą dėmesį jie turi skirti paciento saugumui bei gerovei. Komandos gydytojai yra atsakingi mediciniškai. Žmonės, sudarantys komandą, turi gerai žinoti paciento ligos istoriją [26.]

### 2.3.3. OPERACINĖS SLAUGYTOJO DARBAS

Lietuvos medicinos normos [27] reglamentuoja operacinės slaugytojo darbą. Jose operacinės slaugytojas apibrėžiamas kaip asmuo, baigęs pagrindines slaugos studijas ir įgijęs operacinės slaugytojo kvalifikaciją.

Operacinė slauga - specialioji slaugos praktikos rūšis, apimanti operacinės slaugytojų darbą sterilioje aplinkoje (sterilus asistavimas) ir operacinės slaugytojų darbą būnant sterilios aplinkos ir operacijų skyriaus tarpininku.

Operacinė komanda - tai chirurgas operatorius, chirurgas asistentas, operacinės slaugytojas, gydytojas anesteziologas - reanimatologas, anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojas ir operacinės slaugytojo padėjėjas.

Infekcijos prevencija - veiksnių visuma, apsauganti infekcijos patekimą į operacinę žaizdą ir paciento organizmą.

Sterilus asistavimas - tai operacinės slaugytojo darbas sterilioje aplinkoje šalia paciento su chirurgų komanda.

Sauga dabartiniu metu suprantama kaip tarpprofesinė veikla komandoje, kurioje operacinės slaugytojas yra labai atsakingas operacinio skyriaus asmuo, nes jo pareigų sąrašas yra didelis [28]:

- Prieš operaciją paruošia chirurginius instrumentus, tvarsliaivą, medikamentus, pooperacinius drabužius bei kitus reikmenis, reikalingus operavimui;
- Seka, kad operacinėje nebūtų pažeidžiama aseptika bei sterilumas (seka ir chirurgų veiksmus);
- Aktyviai dalyvauja operacijoje, paduoda ir paima iš operatoriaus instrumentus bei kitus medicininius reikmenis ir kartais įsijungia į operaciją kaip asistentas;
- Seka, kad ligonio operacinėje žaizdoje neliktų svetimkūnių;
- Dalyvauja ligonį paguldant bei nuimant nuo operacinio stalo, paruošiant jį narkozei.

Kai pacientas guldomas ant operacinio stalo, slaugytojas privalo:

- Patikrinti, ar pacientui suteikta informacija, kokioje padėtyje jis gulės chirurginės intervencijos metu;
- Rūpintis, kad pacientas nebūtų apnuogintas;
- Aptrauktais diržais pritvirtina pacientą prie operacinio stalo;
- Įsitikinti, kad paciento kvėpavimas ir medžiagų apykaita labai nepablogės dėl jo padėties;
- Rūpintis, kad būtų išvengta raumenų, nervų bei sąnarių tempimo;



- Neleisti kojomis kaboti už operacinio stalo kraštų [28].

#### 2.3.4. OPERACINĖS SLAUGYTOJO VAIDMENYS

Operacinė slauga, kaip atskira slaugos specializacija, egzistuoja daugiau nei 100 metų. Operacinės slaugytojo darbo užduotys keitėsi drauge su medicinos, technikos ir slaugos profesijos vystymūsi. Darbo užduotys tapo daug atsakingesnės, o funkcija reikalauja, kad operacinės slaugytojas visada suvoktų savo profesinę atsakomybę.

Šiandien operacinės slaugytojas atlieka vieną iš dviejų vaidmenų. Jis arba gali dirbti sterilioje aplinkoje šalia paciento arba būti sterilios aplinkos ir likusio skyriaus tarpininku. Įprasta šių funkcijų terminologija yra *sterilus asistavimas* arba *pagalba*.

Operacijos metu visada yra du operacinės slaugytojai. Jei abu visą laiką turi būti vienas šalia kito vien todėl, kad operacijos metu nereikėtų laukti reikalingų instrumentų. Artimai bendradarbiauti jie turi ir todėl, kad kartu galėtų pamatyti staigius chirurginės eigos pakitimus, reikalaujančius skubių veiksmų [26].

Operacinės slaugytojas atsakingas už tokios operacijos suplanavimą, kad būtų išsaugotas paciento saugumas. Infekcijos prevencijos veiksmai yra ypač svarbūs. Reikia patikrinti, ar operacinė yra tinkamai išvalyta, ar pakeistas oro filtras, ar vėdinimas vyksta taip, kaip turėtų. Taip pat svarbu patikrinti ir sureguliuoti temperatūrą ir šviesą. Operacinės slaugytojas turi suplanuoti, kokia įranga bus naudojama operacijos metu, pvz., instrumentai, siuvimo medžiaga, tvarsčiai ir marlės tamponai. Slaugytojas atsakingas ir už diatermijos aparatą, operacinį siurblių, operacines lempas, operacinį stalą, endoskopinę įrangą ir kitą naudojamą pažangią techniką. Tai reiškia, kad slaugytojas patikrina įrangą ir rūpinasi, kad su ja būtų elgiama tinkamai.

Operacinės slaugytojo klaidos ir neapsižiūrėjimas gali būti pavojingi ligonio sveikatai ar net gyvybei. [28]

Atlikdamas steriliaus asistavimo vaidmenį, slaugytojas turi pasirūpinti, kad įranga, kuri yra tiesiogiai naudojama operacijos metu, būtų patikrinta. Suskaičiuoti visus instrumentus, marlės, tamponus ir tvarsčius prieš ir po operacijos yra šios atsakomybės dalis. Jei nėra skaičiavimo įpročio, kyla pavojus, kad tokia įranga liks gulėti žaizdoje. Žaizda neužsiuvama, kol neįsitikinama, kad visų naudotų įrankių skaičius sutampa su pradiniu. [26]

Visos operacijos metu operacinės slaugytojas stebi pacientą. Svarbūs stebėjimai yra, pvz., paciento padėties pakeitimas, kraujavimas ar sąlygos, galinčios sukelti infekcijos pavojų. Remdamasis savo stebėjimais, slaugytojas arba pats turi imtis veiksmų, pagerinančių paciento būklę, arba pranešti tai, ką pastebi, komandai, kuri gali kuo nors padėti. Ir steriliai asistuojamas, ir atlikdamas pagalbininko funkciją, slaugytojas turi būti pasirengęs, kad paciento situacija gali greitai

keistis, o tai įtakoja operacinės slaugytojo veiksmus. Stebėti pakitimus ir žinoti, kaip elgtis ūmių situacijų metu operuojant, labai svarbu ir gali išgelbėti paciento gyvybę.

Operacinės slaugytojas turi žinoti operacijos eigą taip nuodugniai, kad visą laiką mintimis vienu žingsniu galėtų lenkti chirurgo veiksmus. Visa įranga turi būti parengta laiku. Taip galima sutrumpinti operacijos laiką iki minimumo ir sumažinti krūvį, kurį patiria pacientas.[26]

### 2.3.5. OPERACINĖS SLAUGYTOJO KOMPETENCIJA

Viena esminių komandinio darbo charakteristikų yra komandos narių kompetencija. Kompetencijos konceptas glaudžiai siejasi su gebėjimu valdyti kompleksinės situacijas bei taikyti žinias, įgudžius įvairaus sudėtingumo veiklos lygmenyse [29].

Vertinant slaugytojų kompetenciją, svarbu nustatyti profesinio vystymo sritis ir mokymo(si) poreikius, tikėti, kad slaugytojų kompetencija yra orientuota į visapusišką pacientų priežiūrą ir slaugą. Kompetencija turėtų būti pagrindinis kriterijus paskirstant finansus, planuojant darbo jėgą ir žmogiškuosius išteklius. Lietuvoje vykstantys socialiniai, ekonominiai, kultūriniai pokyčiai slaugytojui sąlygoja poreikį įgyti naujų žinių, įgūdžių ir kt. Taigi slaugytojo profesijai reikalinga kompetencija ir nuolatinis jos plėtojimas [30].

Lietuvos medicinos normose [27] parašyta operacinės slaugytoja turi išmanyti:

- chirurginės pagalbos organizavimą Lietuvoje
- chirurgijos principus ir ypatumus
- žmogaus anatomija ir fiziologija
- patologinės anatomijos pagrindus
- mikrobiologijos pagrindus
- slaugos etikos pagrindus
- operacinės slaugos procesą
- hospitalinės infekcijos prevenciją
- aseptikos ir antiseptikos principus ir metodus
- operacijos eigą
- chirurginių instrumentų pavadinimus ir jų paskirtį
- chirurginių siūlų rūšis ir jų panaudojimą
- desmurgijos pagrindus
- nejautos rūšis
- skirti klinikinės mirties požymius nuo biologinės mirties požymių
- gyvybei pavojingas būkles ir tinkamai į jas reaguoti
- gimdymo eigą ir pagalbą gimdyvei

- ergonomikos pagrindus, veiksmus.

### 2.3.6 BENDRADARBIAVIMAS

Operacinės slaugytojas dažnai būna tas asmuo, kuris pirmas pasitinka ir susipažįsta su atvykusiu į operacinę pacientu. Čia labai svarbus tinkamas slaugytojo elsys, bendravimas, tinkamai ir laiku pasakyti arba nepasakyti žodžiai [31]. Operacinės slaugytojui atitenka dar vienas vaidmuo, būti psichologu, nes kiekvienas ligonis įvairiai reaguoja į operaciją. Ligonio baimę, suprantama padidina ir ta nauja aplinka, į kurią jis papuola operacinėje, ir atitrūkimas nuo šeimos, ir daugybė nepažįstamų žmonių. Ligonį nerimo sklaidymas, ramios dvasinės būsenos formavimas padeda geriau su jais „bendradarbiauti“ ir tiesiog sumažina komplikacijų. Kalbėdamiesi taip pat susipažįstame su ligonio mintimis, vaizdiniais ir tomis fantazijomis, kurios galbūt trukdo būsimei operacijai. Atsiranda galimybė pakeisti nuomonę apie operaciją. Čia ypač svarbus veiksnys - ligonio pasitikėjimas, tikėjimas, kad pasveiks. Jeigu ligonis tiki gydytoju ir operacinės slaugytojais, jis jaučiasi saugus, žino, jog bus padaryta viskas, kad jis pasveiktų [32].

Operacinės aplinkos įtaka visų pirma priklauso nuo santykių, kurie susiformuoja tarp gydytojo, operacinės slaugytojo ir ligonio. Jeigu kalbėsime apie bendrą aplinkos poveikį, tai čia svarbiausia vieningas kolektyvo darbo stilius. Įstaigose, kuriose gerai dirbama, vieningą darbo stilių formuoja gilios profesinės žinios, glaudus bendradarbiavimas, vieninga kolektyvo dvasia. Gydytojai ir operacinės slaugytojai darbe turi būti draugai, bendradarbiauti kaip specialistai, sprendžiantys tą pačią problemą. Humaniškumas, pašaukimo jausmas turi tapti pagrindu darbo harmonijai, kuri pasireiškia darbo stiliaus, elgesio su ligoniais vienybe [36].

### 2.3.7. VYRESNIOJO SLAUGOS VADOVO ASMENYBĖS REIKŠMĖ SLAUGOS KOKYBEI

Nuo slaugos vadovo neabejotinai priklauso įstaigos darbams: organizavimas, darbo koordinavimas, darbuotojų motyvacija, darbo efektyvumas, darbo kokybė. Dažnai būtent vadovo asmenybė sąlygoja sėkmingą ar nesėkmingą sveikatos priežiūros įstaigos veiklą. Gebėjimas vadovauti yra viena esmingiausių sėkmingo vadovavimo sąlygų. Šiuolaikinis slaugos vadovas privalo būti demokratiškas, siekti komandos sutarimo tikslų ir veiklos būdų atžvilgiu [ 9, 33].

Operacinės slaugytojams vadovauja vyresnioji slaugytoja administratorė. Ji yra kolektyvo dvasinis vadovas, nuo jos priklauso ir emocinė darbo pusė. Be mūsų darbo stiliaus, bendraujant su ligoniais negalima pamiršti ir apie tai, jog vyresnioji operacinės slaugytoja savo asmeniniu pavyzdžiu, požiūriu į darbą, savo kasdienine veikla moko operacinės slaugytojas. Ji daro didelę įtaką ir jų elgesiui, ir jų požiūriui į darbą.

Vyresniosios operacinės slaugytojos darbe, greta profesinių žinių, labai vertingos yra socialinės psichologijos žinios ir sugebėjimas vadovauti. Jos darbe draugiškumas ir humaniškumas turi ne mažesnę reikšmę nei vadovavimo tvirtumas. Deja, dažnai ir ji savo darbe neatspiria administravimui ir mechaniškumui. O juk būtent vyresnioji operacinės slaugytoja gali padėti suformuluoti gerą operacinės slaugytojų kolektyvą, ji turi pastebėti mažiausius skyriaus darbo trūkumus, menkiausius nesutarimus tarp operacinės slaugytojų [33].

### 2.3.8 PASITENKINIMAS DARBU

Organizacijos sėkmė didele dalimi priklauso nuo to, kaip savo darbą atlieka organizacijos darbuotojai. Darbo atlikimas priklauso nuo veiklos bei organizacijos dalies; jų jausmai, poreikiai, patirtis, socialiniai santykiai turi lemiamą reikšmę sėkmingai organizacijos veiklai. Tam, kad organizacija galėtų sėkmingai funkcionuoti, reikia skatinti darbuotojus dirbti taip, kad jų darbas patenkintų tiek organizacijos reikalavimus, tiek pačių darbuotojų poreikius. Slaugytojų motyvavimas bus tinkamas, kai vadovai žinos savo pavaldinių darbo motyvus, lūkesčius. Jaučiantys pasitenkinimą darbuotojai stengiasi atlikti darbą kuo efektyviau. Slaugytojų požiūris į darbą, atsakomybė, iniciatyva, asmeninės vertybės bei jausmai daro įtaką paslaugų kokybei bei pacientų pasitenkinimui. Siekiant aukštesnio darbuotojų pasitenkinimo darbu lygmens reikia sukurti aplinką, kurioje darbuotojas jaustųsi patenkintas darbu. Patenkintas darbuotojas – tai lojalus, gerai save bei kolegas vertinantis, kūrybiškas žmogus – kaip tik toks, kokio reikia kiekvienai gydymo įstaigai [15.]

Begat I. Ellefsen B. Severinsson E. (2005) [34] atliktame tyrime nagrinėjo slaugytojų pasitenkinimą savo darbo aplinka. Jie nustatė, kad slaugytojų pasitenkinimas jų darbo aplinka atsispindi šešiose kategorijose: „darbo įtampa ir susirupinimas“, „santykis su kolegomis“, „bendradarbiavimas ir geras komunikavimas“, „darbo motyvacija“, „darbo reikalavimai“ ir „profesinė kompetencija“.

### 2.3.9 DARBO KOMANDOJE SVARBA

Dirbant grupėje galima patenkinti paciento pagrindinius poreikius ir norus. Tikrai per grupių veiklą – per jų ryšį su kitais – galima pasiekti poreikių ir norų patenkinimo. Kiekvienas individas gali patenkinti daugelį poreikių ir norų tik per ką nors kitą.

Tačiau grupė nėra vien tik keletas izoliuotų individų. Sveikatos apsaugoje grupė yra asociacija žmonių, kurie savo bendromis pastangomis pasiekia geresnių rezultatų, negu tiesiog suma kiekvieno atskirai dirbančio žmogaus rezultatų. Grupinių veiksmų dėka kombinuotas rezultatas gali būti didesnis negu atskirų individų pastangų suma [9].

Dirbti komandoje su skirtingų profesijų atstovais, kurių kiekvienas turi savo užduotį ir yra tarpusavyje susiję siekiant vieno tikslo, nėra lengva, nes reikia prisitaikyti prie komandos, jos taisyklių, normų. Komandinis darbas neišsivaizduojamas, jei nėra komandos bendro tikslo, konkrečios vienijančios veiklos. Kad sveikatos priežiūros komanda dirbtų efektyviai būtini geri tarpusavio santykiai ir darbo komandoje įgūdžiai [38].

Savaime suprantama, ne visi geri specialistai gali ir nori dirbti komandoje. Visada buvo ir bus specialistų, kurie pasiekia gerų rezultatų dirbdami vieni, o komandinis darbas jiems yra svetimas. Tačiau tai nėra žmogaus trūkumas. Tiesiog, ruošdamiesi dirbti komandoje, kiekvienas turime sau atsakyti, kaip mums geriau: dirbti vieniems ar su kitais. Nesėkmės komandinėje slaugoje dažniausiai būna dėl aiškių slaugos tikslų nebuvimo, komandinio darbo nenuoseklumo, atsidavusio komandos lyderio nebuvimo arba nesugebėjimo tinkamai instrukuoti ar kontroliuoti. Ten, kur yra tokia situacija, komandų lyderiai, vyresniosios slaugytojos ir mokymo personalas turi dėti koncentruotas pastangas, jog pakeistų neprofesionalių darbuotojų požiūrį kad slaugos komanda galėtų pasiekti savo tikslą [9].

Slaugytojo veikla chirurgijos komandoje orientuota į savarankišką, aktyvią, lygiateisę veiklą, bendradarbiavimą su kolegomis, pacientais. Darbo pasiskirstymas, bendradarbiavimas, žinių dalijimas, darbo patirtis suteikia galimybės slaugytojams komandoje išspręsti problemas, susijusias su paslaugos kokybe, pacientų saugumu. Taigi, slaugytojas atlieka svarbų darbą chirurgijos stacionaro komandos darbe. Slaugytojas atsakingas už savo darbą, tačiau trūkstant pagalbos ar žinių, kreipiasi į gydytoją ar kitą sveikatos priežiūros komandos narį. Todėl komandos nariai prisiima atsakomybę ne tik už save, bet ir už visus komandos narius, o jų bendradarbiavimo pagrindas grįstas pasitikėjimu vienas kitu [35].

### 3. TYRIMO OBJEKTAS IR METODAI

Tyrimo objektu pasirinkti VUL Santariškių klinikų slaugytojos, dirbančios abdominalinės chirurgijos, ginekologijos, urologijos, kraujagyslių, akių operacinėse; VUL Santariškių klinikų gydytojai chirurgai, ginekologai, urologai, akių gydytojai, kraujagyslių chirurgai ir gydytojo asistentai dirbantys VUL Santariškių klinikų operacinėse. Centrų vadovai buvo supažindinti su atliekamo tyrimo tikslu ir gautas jų sutikimas.

Šį pasirinkimą lėmė tai, kad:

- siekta iširti operacinės slaugytojų nuomonę apie darbą operacinėse;
- minėti operacinės komandos nariai tiesiogiai bendradabiauja ir įtakoja vienas kito darbą.

Tyrimo etika buvo grindžiama anonimiškumo ir savarankiškumo principu.

Respondentų atranka buvo tikslinė. Į šią grupę nepateko moterys, esančios nėštumo ir gimdymo ar vaikų iki 1 – 3 metų priežiūros atostogose. Medikai išvykę dirbti ar stažuotis į užsienį, esantys specializacijose ar kasmetinėse atostogose. Buvo išdalinta 116 anketos. Surinktos 102 (~88%) užpildytos anketos.

Pasirinktų respondentų nuomonei išsiaiškinti buvo sudaryta anketa (žr. 1 priedą). Anketinis tyrimo metodas buvo pasirinktas todėl, kad turi privalumų, reikalingų statistinio pobūdžio moksliniams darbams [15; 6]:

- Per trumpą laiko tarpą galima apklausti daug žmonių;
- Lengva užtikrinti anketų anonimiškumą;
- Galima duomenų apdorojimui pasitelkti informacines sistemas.

Anketos buvo pildomos darbo metu, turint laisvesnį laiką.

Anketinė apklausa buvo vykdoma 2009 03 10– 2009 04 10 dienomis.

Anketą sudarė 30 klausimų. Pradžioje pateikiami dokumentinės dalies klausimai, paskui - specialiosios dalies klausimai, į kuriuos atsakant reikia susikaupti ir daugiau pagalvoti. Buvo naudojami uždaro ir atviro tipo klausimai. Vienam klausimui atsakyti buvo pateikta 10 balų Likerto vertinimo skalė. Specialiosios dalies klausimais siekiama išsiaiškinti, kokios respondentų žinios apie komandinį darbą, apie operacinės komandą, ar apklaustieji patenkinti savo darbu, kokie veiksmai daro įtaką jų darbui. 3 klausimai skirti nustatyti operacinės slaugytojų vaidmenį komandoje. Taip pat siekiama išsiaiškinti santykius tarp operacinės komandos narių.

Anketą pagal klausimų pobūdį galima suskirstyti į keletą dalių ( žr. 1 lentelę).

### 1 lentelė. Anketos sudedamosios dalys

| Anketos dalys  | Klausimų numeriai    |
|--|----------------------|
| 1. Dokumentinė   | 1, 2, 3, 4, 5, 6     |
| 2. Respondentų pasitenkinimas savo darbu                             | 7, 8, 9, 10, 11      |
| 3. Respondentų bendros žinios apie komandinį darbą                   | 12, 13, 14,          |
| 4. Respondentų nuomonė apie komandinį darbą operacineje              | 15, 16, 17, 18, 19   |
| 5. Respondentų nuomone apie operacinės slaugytojo vaidmenį komandoje | 20, 21, 22, 23, 24   |
| 6. Santykiai tarp operacinės komandos narių                          | 25,26,27,28,29,30,31 |

1-5 klausimai yra dokumentiniai duomenys apie respondentus. Pagal amžių išskirtos keturios grupės: iki 25 m., 26-30 m., 31-40 m., virš 40 m. Pagal darbo stažą – keturios grupės: iki 5 m., 5-10 m., 11-15 m., daugiau 16 m. Pagal išsilavinimą – trys grupės: universitetinis aukštasis, neuniversitetinis aukštasis ir aukštesnysis/spec.vidurinis. Keturios grupės išskirtos respondentų šeimyniniai padėčiai nustatyti: ištekęjusi/vedęs, netekėjusi/nevedęs, našlė/našlys, išsituokusi (-ęs)

Kaip metodas buvo panaudotas pilotinis tyrimas. 2009 03 03 – 2009 03 09 dienomis buvo atlikta bandomoji anketinė apklausa. VUL Santariškių klinikų I operacine bloke buvo išdalintos 12 anketų. Jas pildę respondantai nurodė neaiškias formuluotes, sunkiau suprantamus klausimus, kurie buvo pakoreguoti.

Tyrimo rezultatams pateikti naudotas statistinės analizės metodas.

**Statistinė duomenų analizė.** Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant statistinės analizės naudojant SPSS (Statistical Package for Social Sciences Release) 13 versijos statistinį duomenų kaupimo ir analizės programinį paketą („SPSS for Windows 13.0“). Duomenų vidurkiai pateikiami kaip vidurkiai plus / minus standartinis nuokrypis ( $m \pm SN$ ). Statistiniai koreliaciniai ryšiai tarp kintamųjų apskaičiuoti naudojant Spearmano koreliacijos koeficientą, taikomą tolydiems dydžiams. Spearmano koreliacijos koeficientas rodo tiesioginį ir netiesioginį ryšį tarp kintamųjų. Kuo šiuo koeficiento reikšmė artimesnė 1 arba -1 tuo ryšys stipresnis. Rodiklių skirtumo statistinis patikimumas skaičiuotas remiantis Chi kvadrato ( $\chi^2$ ) pagalba. Jis vartojamas skirtumui tarp lyginamųjų reikšmių nustatyti, kai nagrinėjant parametrai suskirstyti daugiau nei į dvi grupes. Jis tai pat naudojamas požymių priklausomumui įvertinti. Duomenų skirtumas laikomi statistikai patikimas kuomet paklaida lygi ar yra mažesnė už 0,05.

Statistinės duomenų analizės rezultatai pateikiami lentelėmis ir diagramomis.

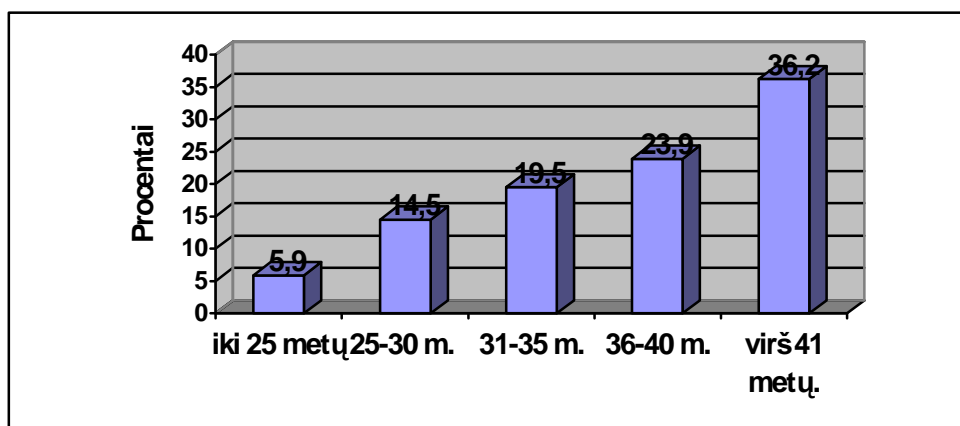
## 4. TYRIMO REZULTATAI

### 4.1. Respondentų charakteristika

Apklausoje dalyvavo 102 profesionalių VUL“SK“ operacinių darbuotojų.

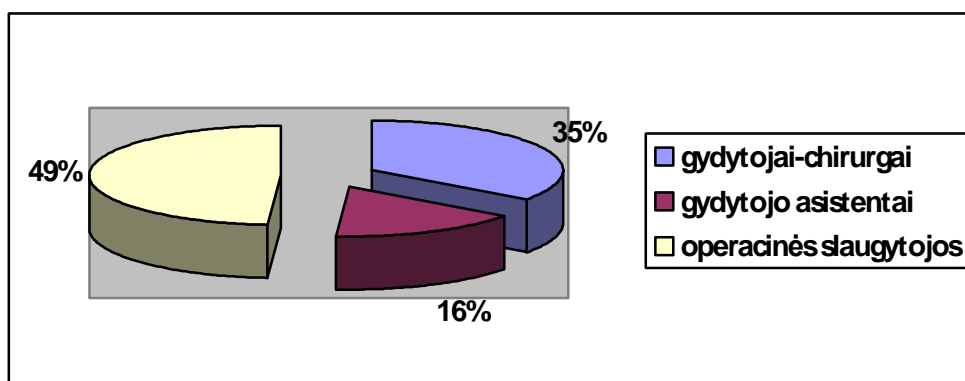
Tyrimo metu buvo siekiama išsiaiškinti respondentų pasiskirstymą pagal amžių, pareigas, bendrą darbo stažą, darbo etato krūvius, šeimyninę padėtį ir išsilavinimą.

Tiriant darbuotojų pasiskirstymą pagal amžių, jie buvo sugrupuoti į grupes 5 metų intervalu (1 pav.). Didžioji dalis respondentų (36,2 %) buvo vyresnio amžiaus, virš 41 metų. 14,5% respondentų buvo 25-30 metų amžiaus. 36-40 metų darbuotojų tyrimo metu dalyvavo 23,9 %. Jaunų medikų iki 25 metų amžiaus buvo mažiausias skaičius, tik 5,9 %.



1 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių

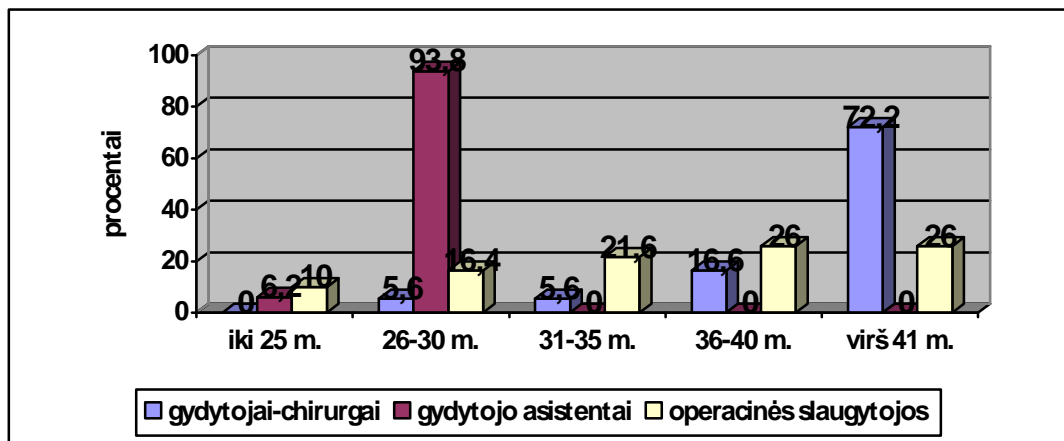
Tyrimo metu dalyvavo 35 % ir 16% gydytojų – chirurgų ir gydytojų asistentų atitinkamai. 49% apklaustųjų dirbo operacinės slaugytojomis (2 pav.).



2 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal pareigas

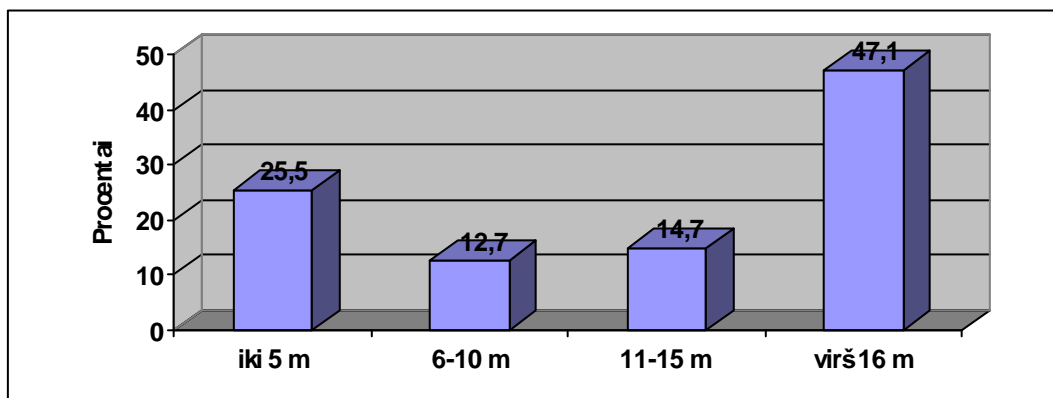


Tyrimo rezultatai parodė, kad yra statistiškai patikimas ( $p < 0,0001$ ) amžiaus skirtumas tarp skirtingas pareigas einančių medikų (Spearmano koreliacijos koeficientas  $-0,356$ ). Dauguma chirurgų (72%) yra vyresni nei 41 metų. Operacinės slaugytojų pasiskirstymas pagal amžių pasižymi didesniu įvairumu: 10% visų slaugytojų sudaro iki 25 metų amžiaus grupė, 20% – 26-30 metų, 18% – 31-35 metų ir 26% - 36-40 metų slaugytojos atitinkamai.. 26% slaugytojų amžius yra virš 41 metų (3 pav.).



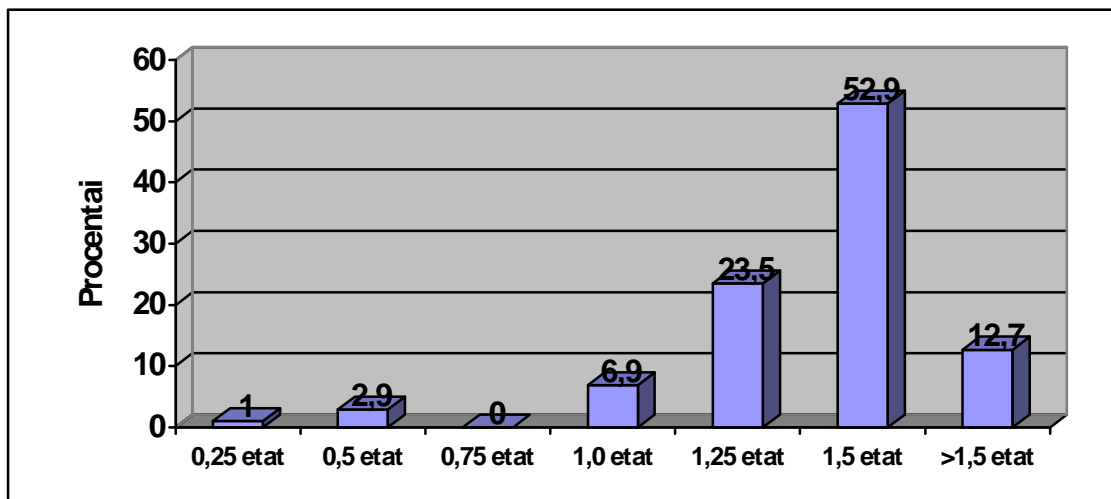
3 pav. Skirtingas pareigas einančių respondentų pasiskirstymas pagal amžių

Sugrupavus (kas 5 metai) operacinių darbuotojus pagal bendrą darbo stažą, dauguma turėjo virš 16 metų darbo stažą (47,1%), mažiausiai respondentų turėjo 11-15 m. darbo stažą (14,7%), bei darbo stažą 6-10 m. (12,7%) (4 pav.).



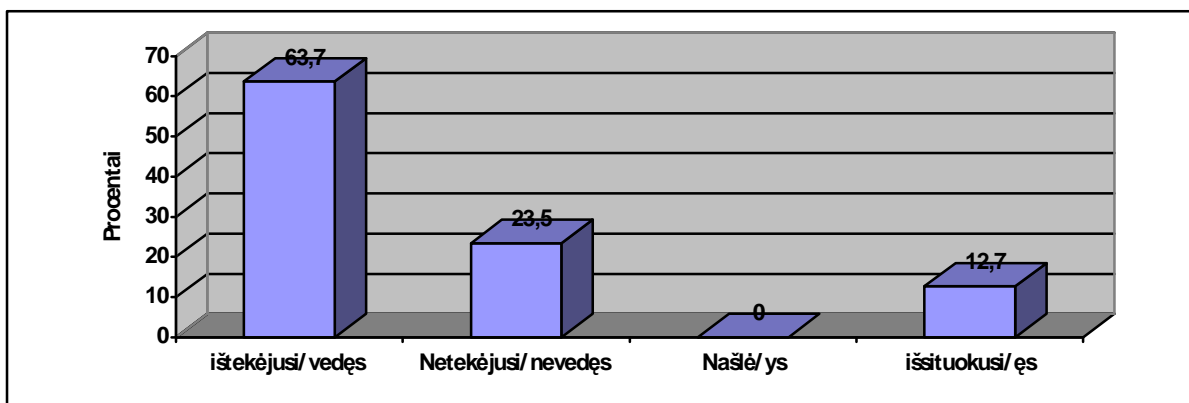
4 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal bendrą darbo stažą

Pagal darbo krūvį respondentai sugrupuoti kas 0,25 etato grupėmis. Tyrimo rezultatai parodė, kad daugiau nei pusė apklaustų medikų dirbo 1,5 etato (52,9%), 1,25 etato ir didesniu nei 1,5 etato krūviais – 23,5% ir 12,7% respondentų atitinkamai ir tik 6,9% - 1 etato krūviu (5 pav.).



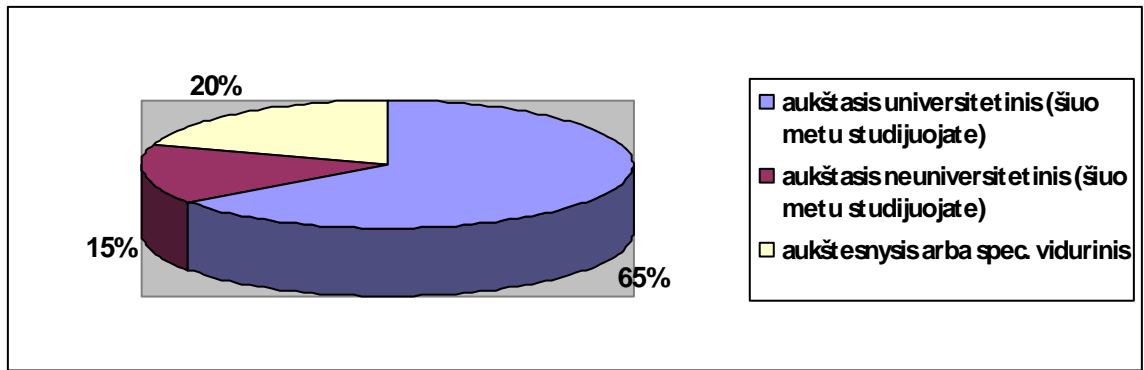
5 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal darbo etato krūvį

Tirdami respondentų šeimyninę padėtį, nustatėme, kad dauguma operacinės darbuotojų tyrimo metu nurodė, kad yra ištekęjusios/vedė (63,7 %). Netekėjusių/nevedusių grupę sudarė 23,5% respondentų, išsituokusių buvo 12,7%. (6 pav.).



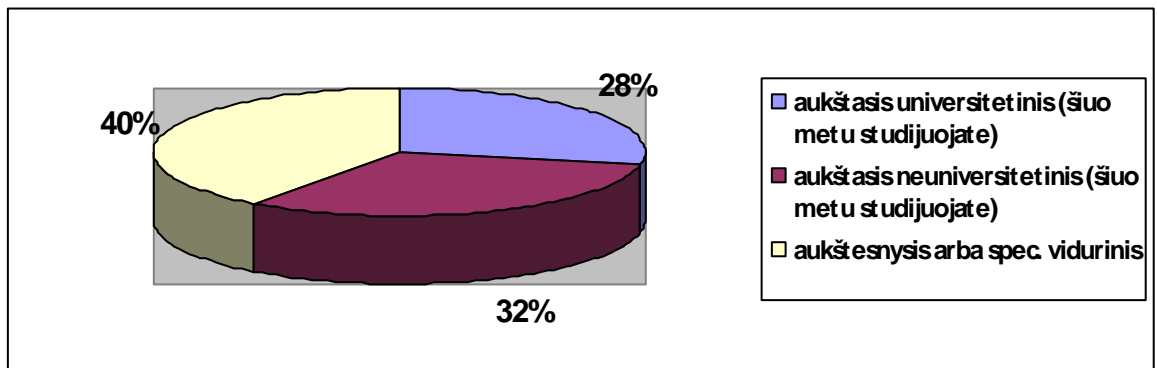
6 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal šeimyninę padėtį

Dominuojantis išsilavinimas respondentų tarpe buvo aukštasis universitetinis (65%). Penktadalis apklaustų medikų įgijo aukštesnįjį arba spec. vidurinį išsilavinimą, 15% aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą arba šiuo metu studijuoja ir (7 pav.).



7 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą

Tačiau, tyrimas parodė, kad 20 (40%) slaugytojų turi aukštesnįjį arba spec.vidurinį išsilavinimą, ir 14 (28%) įgyjo aukštąjį universitetinį išsilavinimą arba šiuo metu studijuoja universitetuose (8 pav.)

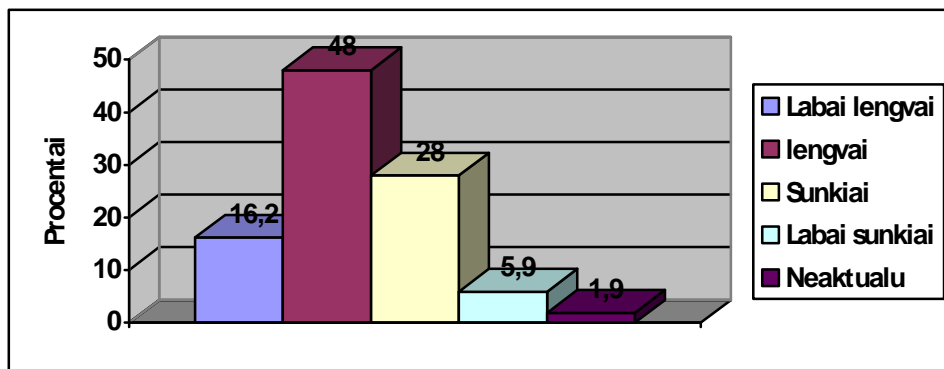


8 pav. Slaugytojų pasiskirstymas pagal išsilavinimą

## 4.2 Respondentų pasitenkinimas savo darbu

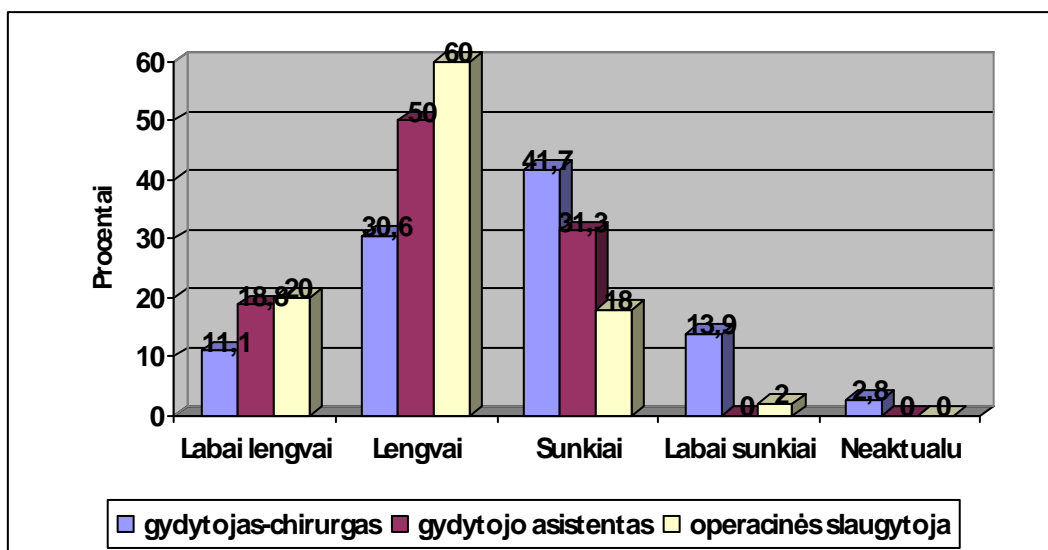
Vertinant veiksnius įtakančius respondentų pasitenkinimą darbu, buvo klausiama apie bandymą suderinti darbą ir pareigas, apie nepasitenkinimo priežastis bei materialaus atlyginimo už darbą vertinimą.

Išanalizavus atsakymus į klausimą: ``Jūsų nuomone, kaip Jums sekasi suderinti darbą ir pareigas šeimoje?``, buvo nustatyta, kad pusė respondentų darbą ir šeimos pareigas derina lengvai, daugiau ketvirtadalis - sunkiai, o 1,9% respondentams tai visai neaktuali (9 pav.).



9 pav. Respondentų nuomonė, kaip sekasi suderinti darbą ir pareigas šeimoje.

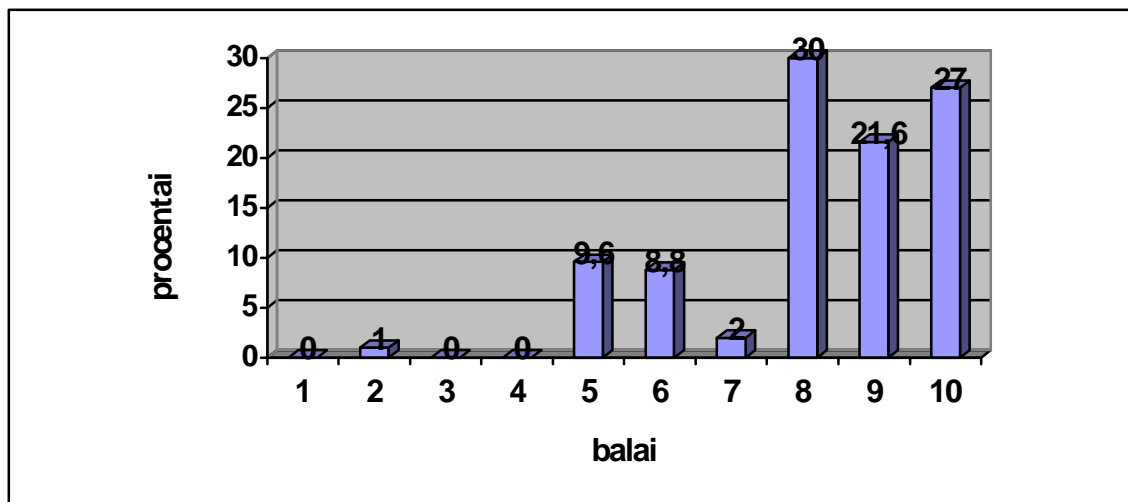
Tyrimo duomenimis darbo ir pareigos šeimoje suderinimui neturi reikšmingos įtakos respondentų amžius, bendras darbo stažas, išsilavinimas, darbo krūvis ir šeimyninė padėtis, tačiau yra priklausomybė nuo einamų pareigų (Spearmano koreiacijos koeficientas 0,344). Gydytojai-chirurgai sunkiai ir labai sunkiai derina pareigas darbe ir šeimoje, tuo tarpu slaugytojoms sekasi daug geriau. (10 pav.).



10 pav. Darbo ir pareigos šeimoje suderinimo priklausomybė nuo einamų pareigų

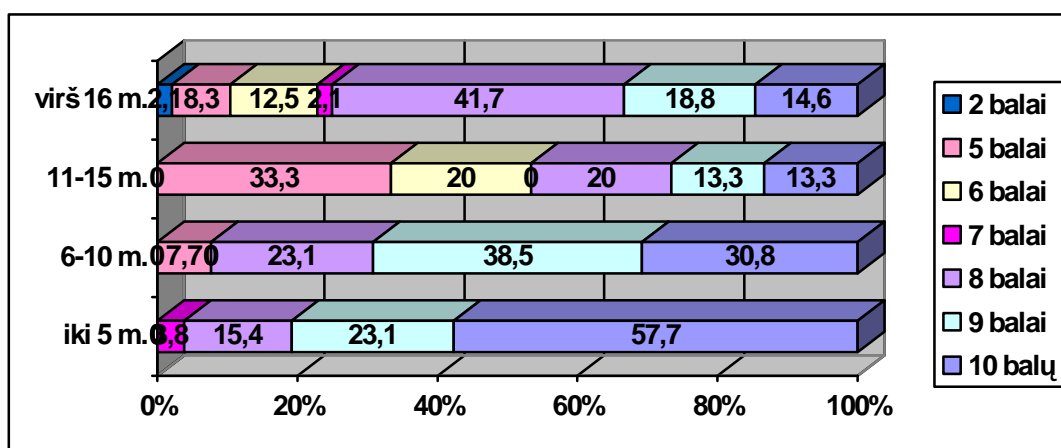
( $\chi^2 = 16,989$ ;  $p < 0,001$ )

Respondentams buvo užduotas klausimas: „Ar Jums patinka Jūsų darbas?“ ir pasiūlyta įvertinti savo pasitenkinimą darbu dešimtbale sistema, kur 0 – visai nepatinka; 10 – labai patinka. Tyrimas parodė, kad beveik visi operacinės darbuotojai vertina savo darbą daugiau 5 (vidutiniškai patinka). 8 ir 9 balais – 30% ir 21,6% atitinkamai, ir beveik trečdalis (27%) apklaustų medikų yra labai patenkinti savo darbu. Tik 1% respondentų yra nepatenkinti savo darbu (11 pav.).



### 11 pav. Respondentų pasitenkinimas savo darbu

Nagrinėjant atsakymus į klausimą „Respondentų pasitenkinimas savo darbu“, buvo skaičiuota koreliacija su amžiumi, darbo etato krūviu, bendru darbo stažu, išsilavinimu. Tyrimo rezultatai parodė, kad yra statistiškai reikšmingas ryšys tarp apklaustųjų darbo stažo ir pasitenkinimo savo darbu ( $p < 0,001$ ). Dauguma operacinės darbuotojų, kurių darbo stažas yra iki 5 metų vertina savo darbą 10 balų - 15 (57,7%) ir 9 balais – 6 (23,1%), t.y. labai patinka. Iš 6-10 metų dirbančių respondentų grupės, 4(30,8%) vertina savo darbą 10 ir 5 (38,5%) 9 balais. Tuo tarpu ilgesnį nei 10 metų darbo stažą turintys darbuotojai mažiau patenkinti savo darbu: 11-15 metų darbo stažas – po 2 (13,3%) apklaustųjų pažymėjo 10 ir 9 balų, virš 16 metų darbo stažas - 7(14,6%) ir 9(18,8%) 10 ir 9 balų atitinkamai. Dauguma 5 (33,3%) respondentų dirbantis 11-15 metų vertina savo darbą 5 balais (12 pav.).

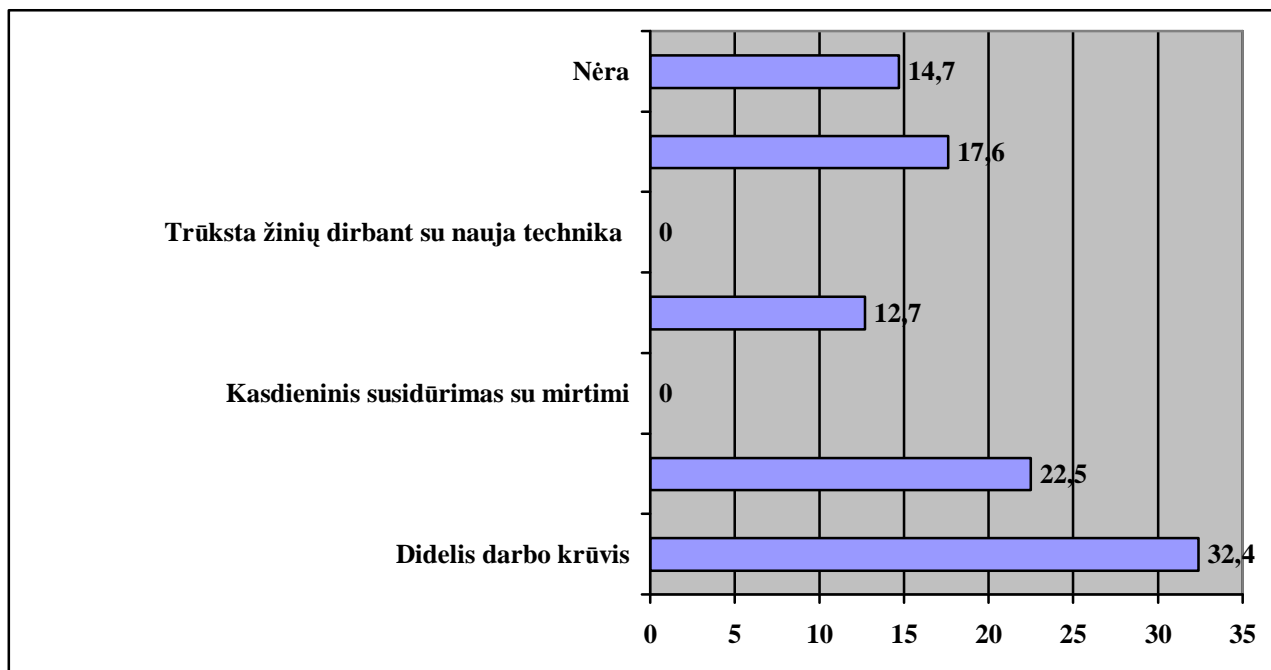


### 12 pav. Pasitenkinimo darbu ir bendro darbo stažo priklausomybė

(Spearmano koreliacijos koeficientas 0,304;  $\chi^2 = 39,547$ )

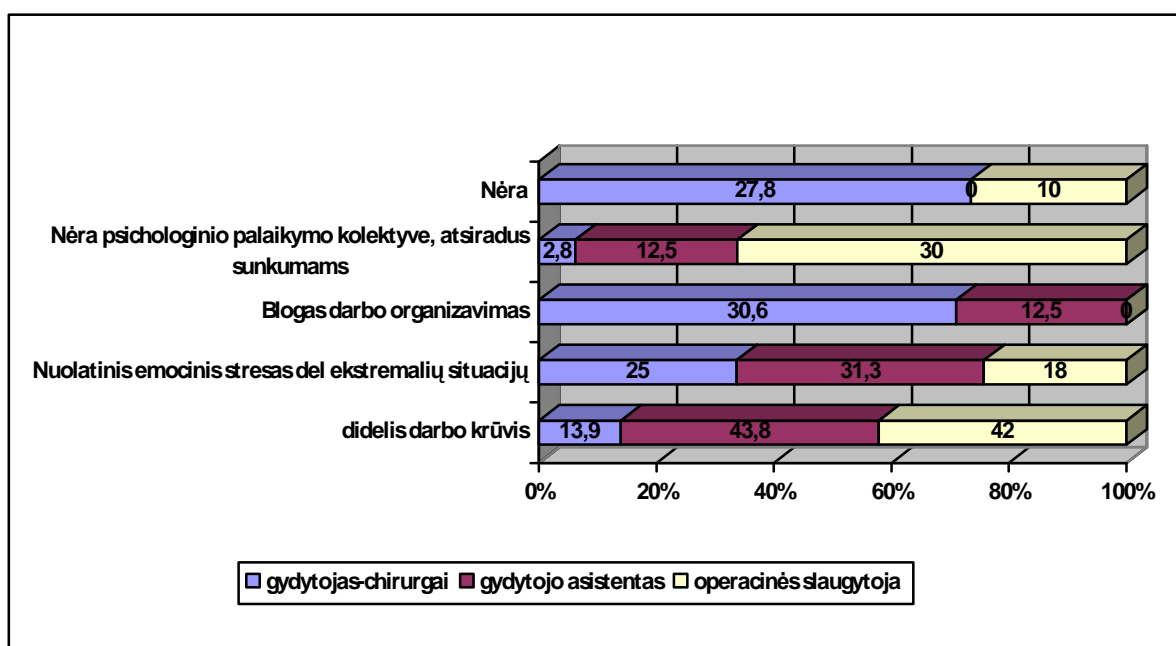
Vertinant atsakymų nepasitenkinimo darbu priežastis 32,4% apklaustųjų nurodė per didelį darbo krūvį, 22,5% – nuolatinį emocinį stresą dėl ekstremalių situacijų. 17,6% -psichologinio

palaikimo, atsiradus sunkumams, trūkumas. 14,7% operacinės darbuotojų visai neturi priežasties būti nepatenkintais darbu (13 pav.).



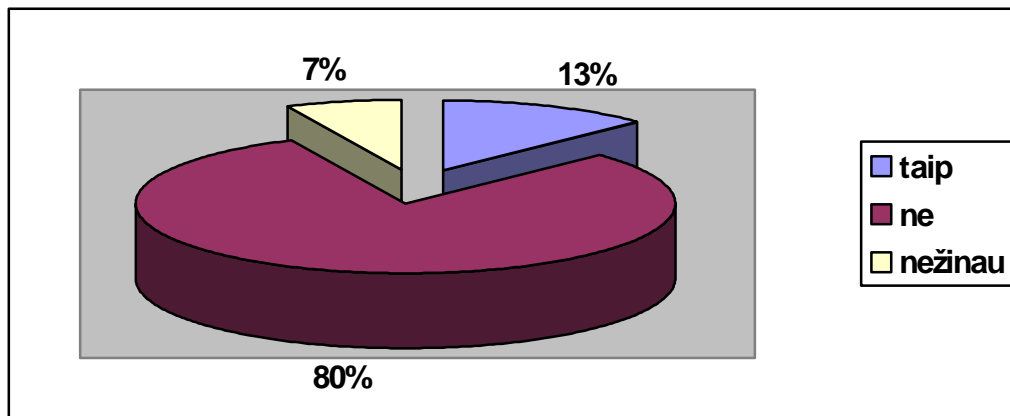
13 pav. Respondentų nepasitenkinimo darbu priežastys

Taikant koreliacinę analizę, buvo nustatytas statistiškai patikimas ( $p < 0,05$ ) ryšys tarp apklaustųjų pareigų ir nepasitenkinimo darbu priežasties. Operacinės laigytojoms ir gydytojo asistentams pagrindinė priežastis yra didelis darbo krūvis (42%), o gydytojams-chirurgams – blogas darbo organizavimas (30,6%). Pagaliau 27,8% gydytojų-chirurgų nurodė, kad neturi priežasčių būti nepatenkinti darbu (Spearmano koreliacijos koeficientas 0,278) (14 pav.).



14 pav. Respondentų nepasitenkinimo darbu priežasties ir pareigų priklausomybė

Vienas iš pasitenkinimo darbu veiksnių yra materialus atlyginimas už darbą. Respondentams buvo užduotas klausimas: ``Jūsų nuomone, ar Jūsų darbas pakankamai atlyginamas materialiai?`` ir pateikti keli atsakymo variantai. Kadangi nei su amžiumi, nei su darbo krūviu, nei darbo stažu, pareigomis, išsilavinimu statistiškai patikimo ryšio nėra, pavaizduotas bendras atsakymų pasiskirstymas (15 pav.).



**15 pav. Respondentų nuomonė, ar jų darbas pakankamai atlyginamas materialiai**

10 paveiksle matyti, kad tik 13 % apklaustųjų sutinka, kad jų darbas pakankamai atlyginamas materialiai. Net 80% operacinių darbuotojų mano, kad nesulaukia pakankamo materialiau atlyginimo už savo darbą.

Tačiau, net 64,7% respondentų rekomenduotų kitam žmogui rinktis tokią pat specialybę kaip jų (1 lentelė)

**4 lentelė. Respondentų atsakymai, ar rekomenduotų kitam žmogui rinktis tokią pat specialybę kaip jų**

|      | Skaičius | Procentai |
|------|----------|-----------|
| Taip | 66       | 64,7      |
| Ne   | 36       | 35,3      |

### 4.3 Respondentų bendros žinios apie komandinį darbą

Vertinant apklaustųjų žinias apie komandinį darbą, buvo išvardinti atsakymų teiginiai apie komandą darbo vietoje (12, 13 klausimai). Taip pat respondentams buvo užduotas klausimas ar, jų manymu, komandinio darbo efektyvumą, siekiant bendro tikslo, lemia finansinis paskatinimas.

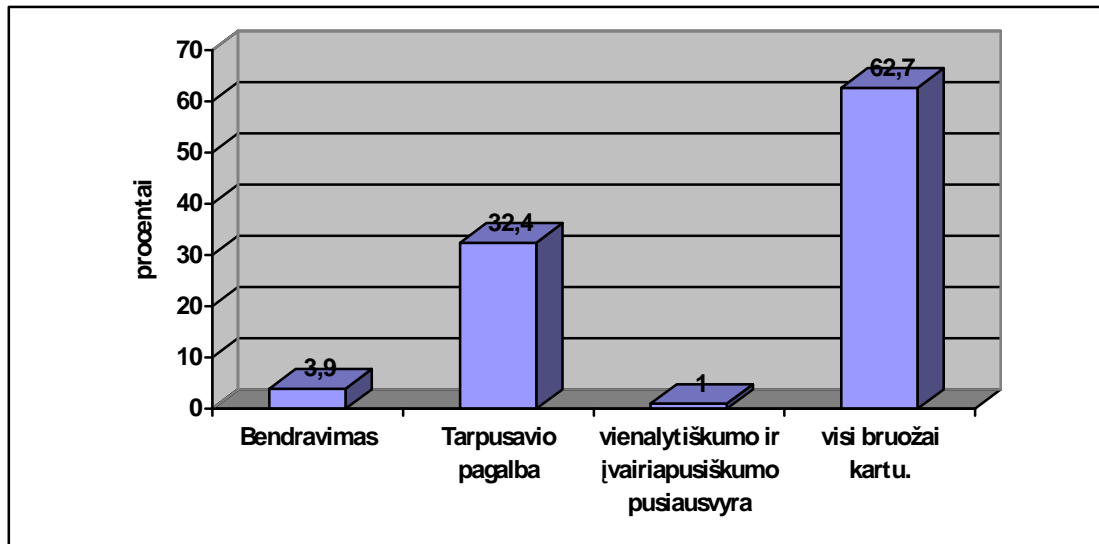
Tyrimo rezultatų duomenimis 48% darbuotojų nurodė, kad komanda, tai grupė žmonių,

kurioje visi asmenys yra tarpusavyje susiję ir jų visų bendravimas yra būtinas bendram tikslui pasiekti. Šiek tiek didesnės respondentų dalies (52%) nuomone, komanda, tai grupė žmonių, kurioje žmonės pirmiausia sąveikauja tarpusavyje, kad keistųsi informacija ir priimti sprendimus, kurių tikslas – padėti vienas kitam, vykdyti savo srities užduotis (2 lentelė).

**6 lentelė. Respondentų atsakymai, kas yra komanda**

| Komandos apibrėžimas   | Skaičius | Procentai |
|--|----------|-----------|
| Tai grupė žmonių, kurioje visi asmenys yra tarpusavyje susiję ir jų visų bendravimas yra būtinas bendram tikslui pasiekti.   | 49       | 48        |
| Tai grupė žmonių, kurioje žmonės pirmiausia sąveikauja tarpusavyje, kad keistųsi informacija ir priimti sprendimus, kurių tikslas – padėti vienas kitam, vykdyti savo srities užduotis | 53       | 52        |

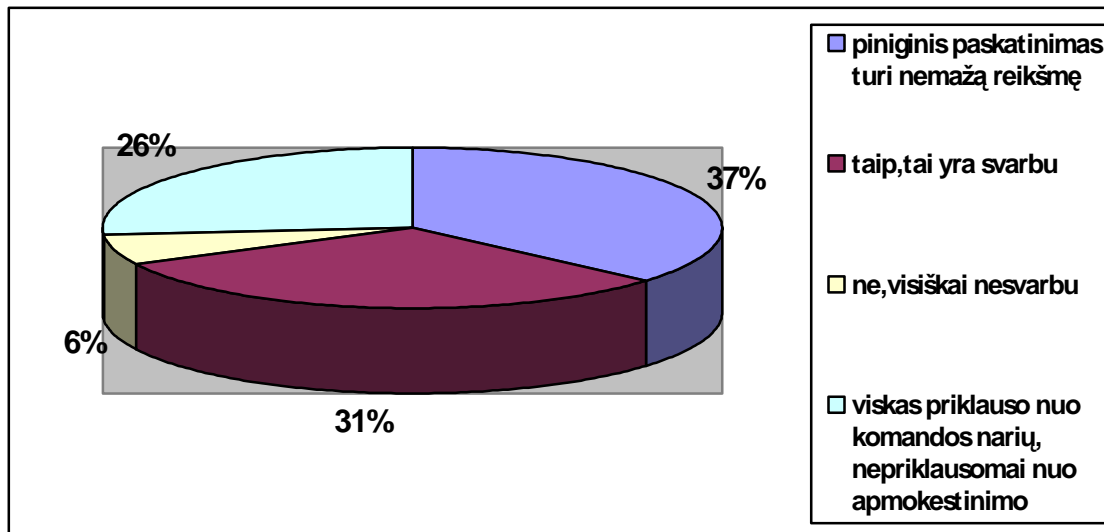
Tryliktu anketos klausimu siekta išsiaiškinti respondentų nuomone, kokie yra pagrindiniai komandos bruožai. Tik 1% apklaustųjų pažymėjo, kad tai vienalytiškumo ir įvairiapusiškumo pusiausvyra, 3,9% - bendravimas, 32,4% - tarpusavio pagalba. Net 67% operacinės darbuotojų mano, kad darbo komandai būdingi visi aukščiau išvardinti bruožai kartu. (16 pav.).



**16 pav. Respondentų nuomone, kokie yra pagrindiniai komandos bruožai**

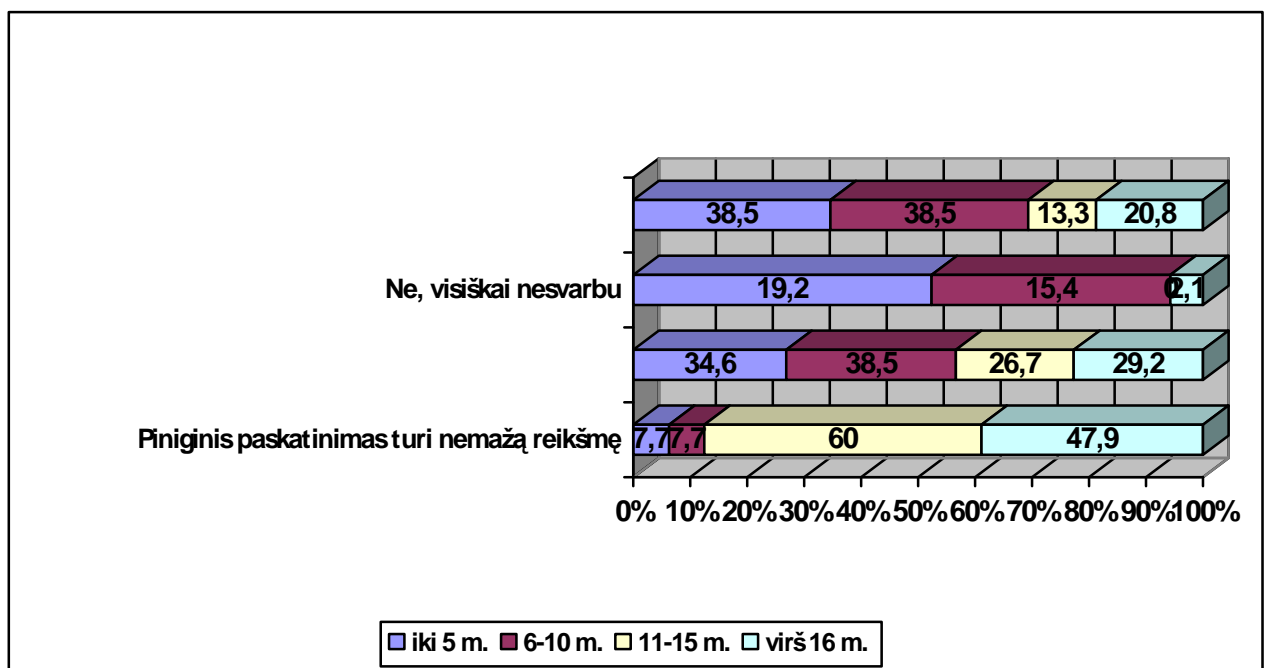
Tyrimo rezultatai rodo, kad daugumos (37%) manymu komandinio darbo efektyvumą, siekiant bendro tikslo, lemia finansinis paskatinimas. Beveik vienodas respondentų skaičius mano, kad viskas priklauso nuo komandos narių, nepriklausomai nuo apmokestinimo (29,4%) ir, kad piniginis paskatinimas turi nemažą reikšmę (31,3%). Tik 1,9% apklaustųjų medikų atsakė, kad finansinis paskatinimas yra visiškai nesvarbus. (17 pav.)





**17 pav. Respondentų nuomone, ar komandinio darbo efektyvumą, siekiant bendro tikslo, lemia finansinis paskatinimas**

Koreliacinė analizė parodė, kad egzistuoja statistiškai reikšmingas ( $p < 0,05$ ) ryšys tarp respondentų bendro darbo stažo ir nuomonės, ar komandinio darbo efektyvumą, siekiant bendro tikslo, lemia finansinis paskatinimas. 60% operacinės darbuotojų, kurių bendras darbo stažas yra 11-15 metų ir 47,9% operacinės darbuotojų, kurių bendras darbo stažas yra virš 16 metų mano, kad piniginis paskatinimas turi nemažą reikšmę. Tuo tarpu po 38,5% apklaustųjų, dirbančių trumpiau 5 metų ir 6-10 metų pažymėjo, kad viskas priklauso nuo komandos narių, nepriklausomai nuo apmokestinimo (Spearmano koreliacijos koeficientas  $-0,358$ ;  $p < 0,01$ ;  $\chi^2 = 26,124$ ) (18 pav.)



**18 pav. Nuomonės, ar komandinio darbo efektyvumą, siekiant bendro tikslo, lemia finansinis paskatinimas ir bendro darbo stažo priklausomybė**

#### 4.4 Respondentų nuomonė apie komandinį darbą operacineje

Tyrimo metu buvo siekiama išsiaiškinti apklaustųjų žinias ir nuomonę apie komandinį darbą operacineje. Buvo užduoti klausimai kas sudaro operacinės komandą, koks jos veiklos tikslas, uždaviniai, kas yra operacinės komandos lyderis (15,16,17,18 klausimai). Taip pat respondentams pasiūlyta pažymėti svarbiausę komandinio darbo privalumą (19 klausimas). Jų atsakymų pasiskirstymai parodyti lentelėse ir paveikslėliuose.

Visų, be išimties, respondentų nuomone operacinės komandą sudaro chirurgas operatorius, chirurgas asistentas, operacinės slaugytojas, gydytojas anesteziologas-reanimatologas, anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojas, operacinės slaugytojo padėjėjas.

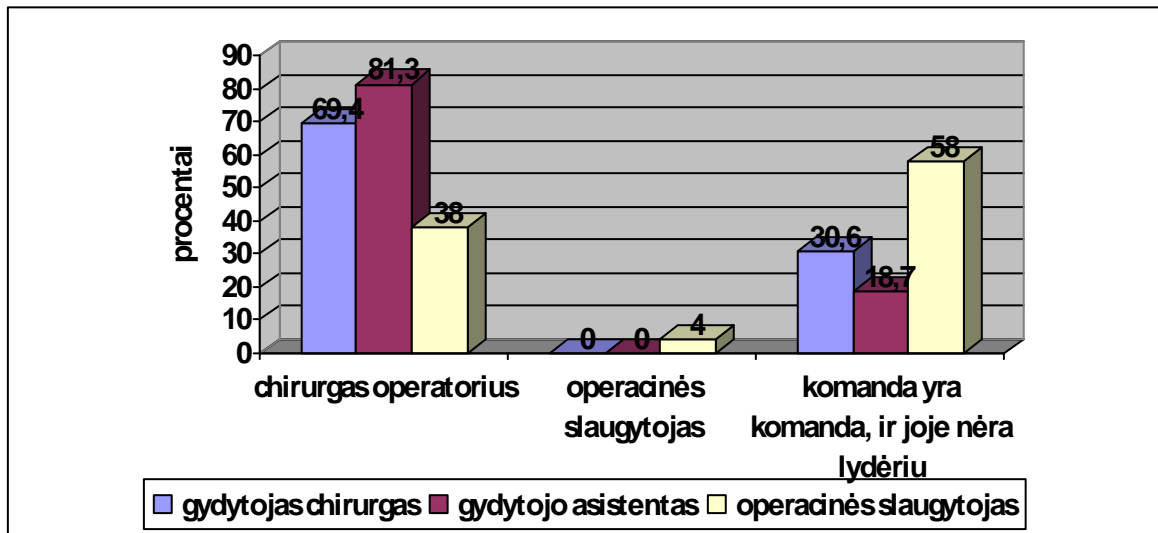
Dauguma apklaustųjų (55,9%) pažymėjo, kad chirurgas operatorius yra operacinės komandos lyderis. Tačiau nemaža dalis (42,2%) mano, kad komanda yra komanda, ir joje nėra lyderių, visi bendradarbiauja tarpusavyje (3 lentelė).

**7 lentelė. Respondentų atsakymai, kas yra operacinės komandos lyderis**

|   | Skaičius | Procentai |
|---|----------|-----------|
| Chirurgas operatorius   | 57       | 55,9      |
| chirurgas asistentas  | 0        | 0         |
| operacinės slaugytojas  | 2        | 2         |
| gydytojas anesteziologas-reanimatologas                                     | 0        | 0         |
| anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojas                         | 0        | 0         |
| operacinės slaugytojo padėjėjas   | 0        | 0         |
| komanda yra komanda, ir joje nėra lyderių, visi bendradarbiauja tarpusavyje | 43       | 42,2      |

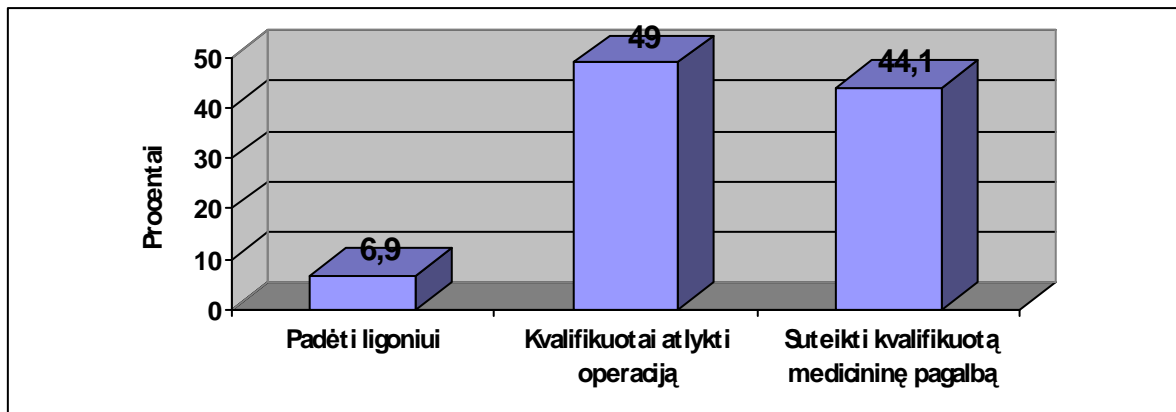
Nagrinėjant atsakymus į klausimą, kas yra operacinės komandos lyderis tikrinta koreliacija su respondentų pareigomis. Spearmano koreliacijos koeficientas 0,297 ( $\text{Chi}^2=14,174$ ;  $p<0,05$ ) rodo statistškai patikimą skirtumą tarp grupių. Pastebėta, kad 69,4% gydytojų chirurgų ir 81,3% gydytojo asistentų manymu, operacinės komandos lyderis yra chirurgas operatorius. Tuo

tarpu 58% operacinės slaugytojų galvoja, kad komanda yra komanda, ir joje nėra lyderių, visi bendradarbiauja tarpusavyje (19 pav.).



19 pav. Nuomonės, kas yra operacinės komandos lyderis, ir respondentų pareigų ryšys

Tyrimo rezultatų duomenimis tik 6,9% apklaustų medikų galvoja, kad operacinės komandos veiklos tikslas yra padėti ligoniui. Beveik pusės (49%) respondentų teigimu komandinio darbo operacinėje tikslas yra suteikti kvalifikuotą medicininę pagalbą. (20 pav.).



20 pav. Respondentų nuomone, koks yra operacinės komandos veiklos tikslas

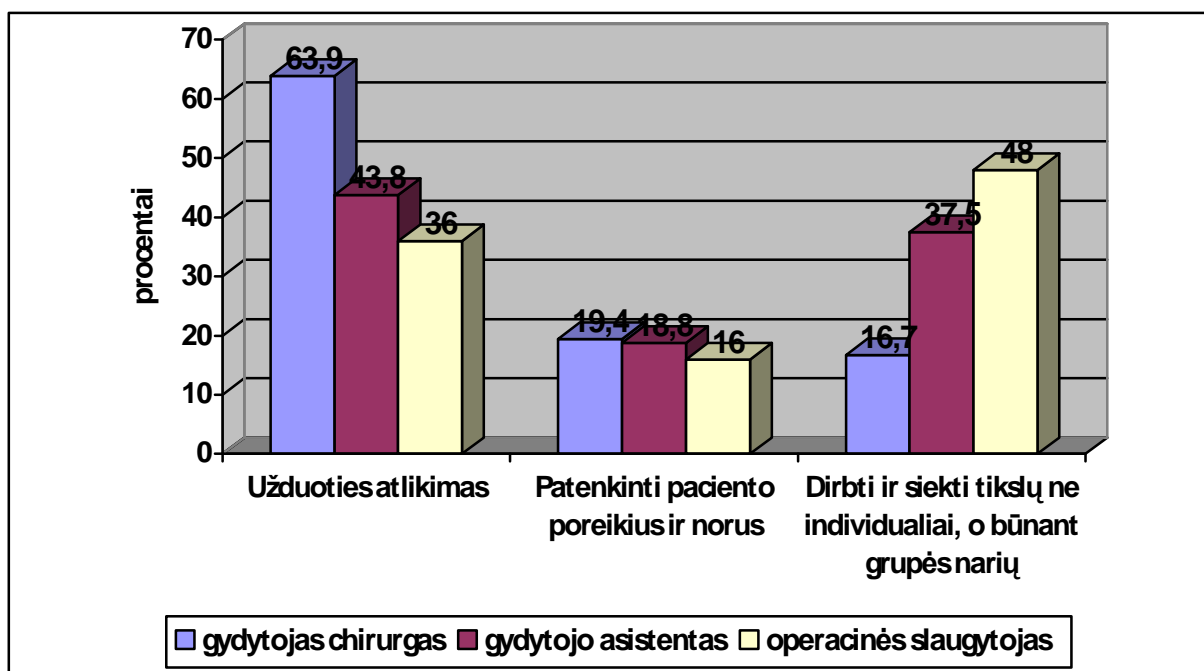
Analizuojant atsakymus koks yra operacinės komandos veiklos tikslas nustatėme, kad su amžiumi, stažu, darbo krūviu, šeimynine padėtimi, išsilavinimu nėra statistiškai reikšmingų ryšių ( $p > 0,05$ ).

Tyrimai parodė, kad, daugumos respondentų nuomone svarbiausias operacinės komandos uždavinys yra užduoties atlikimas (4 lentelė).

**8 lentelė. Respondentų nuomone, kokia yra svarbiausia operacinės komandos užduotis**

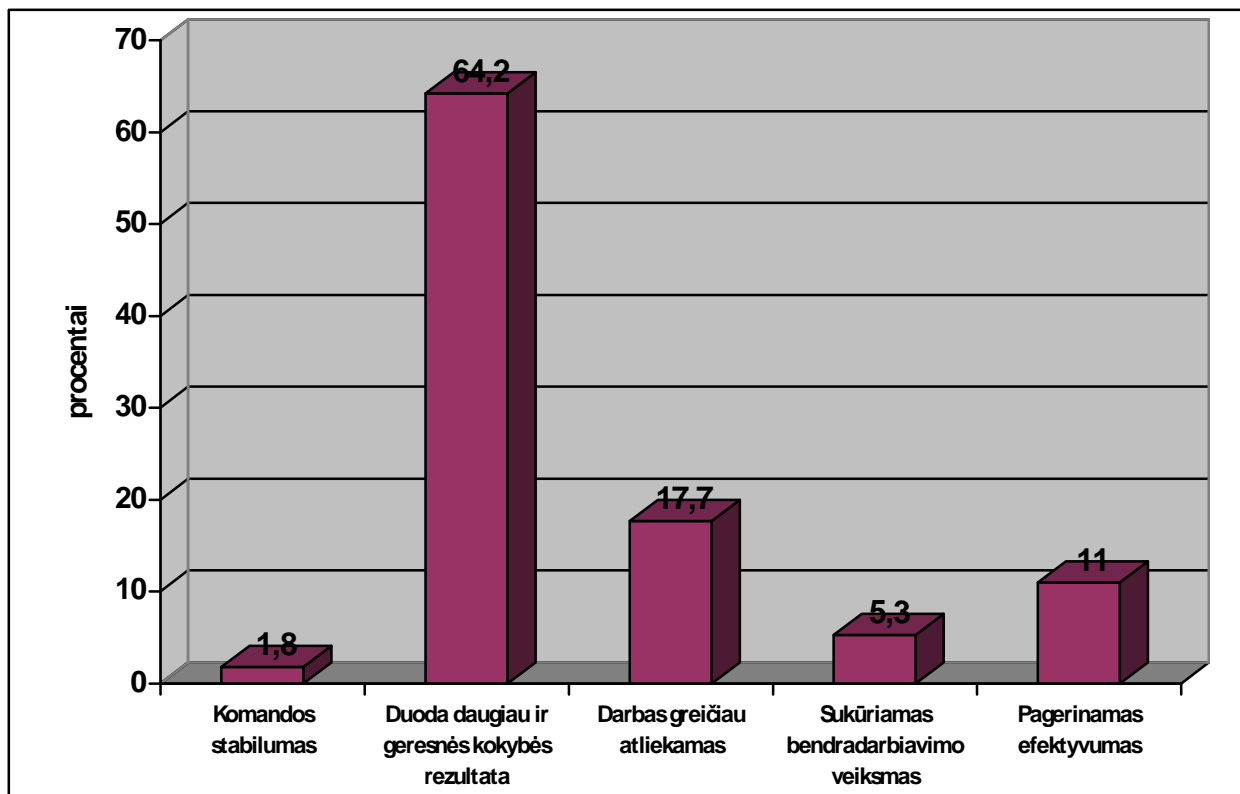
|   | Skaičius | Procentai |
|---|----------|-----------|
| Užduoties atlikimas   | 48       | 47,1      |
| Komandos narių pasitenkinimas                                   | 0        | 0         |
| Patenkinti paciento poreikius ir norus                          | 18       | 17,6      |
| Dirbti ir siekti tikslų ne individualiai, o būnant grupės narių | 36       | 35,3      |

Tyrimo metu nustatyta, kad egzistuoja ryšys tarp apklaustųjų nuomone, kokia yra svarbiausia operacinės komandos užduotis ir respondentų pareigų. 48% operacinės slaugytojų mano, kad komandinio darbo operacinėje užduotis yra dirbti ir siekti tikslų ne individualiai, o būnant grupės nariu. Tuo tarpu tokių uždavinį laiko pagrindiniu tik 16,7% gydytojų chirurgų. 63,9% gydytojų chirurgų ir 43,8% gydytojo padėjėjų svarbiausia laiko užduoties atlikimą. (21 pav.)



**21 pav. Nuomonės, kokia yra svarbiausia operacinės komandos užduotis, ir respondentų pareigų ryšys**

Respondentams buvo pasiūlyta pažymėti, koks svarbiausias komandinio darbo operacinėje privalumas. 64,2% apklaustųjų teigimu, tai daugiau ir geresnės kokybės rezultatai. (22 pav.)



**22 pav. Svarbiausias komandinio darbo operacinėje privalumas**

Analizė parodė, kad respondentų nuomonei, dėl svarbiausio komandinio darbo operacinėje privalumo, neturi reikšmingos įtakos respondentų amžius, bendras darbo stažas, pareigos, išsilavinimas ( $p > 0,05$ )

#### **4.5 Respondentų nuomone apie operacinės slaugytojo vaidmenį komandoje**

Tyrimo metu buvo siekiama sužinoti respondentų nuomonę apie operacinės slaugytojo vaidmenį komandiniame darbe, už ką jis atsakingas, ar jam būtinas specialus paruošimas. Išsiaiškinti apklaustųjų žinias apie operacinės slaugytojo kompetencijas.

Išanalizavus atsakymus į klausimą „kaip manote, koks yra operacinės slaugytojo vaidmuo operuojančioje komandoje?“, paaiškėjo, kad 31% tyrime dalyvavusių medikų mano, kad tai darbas sterilioje aplinkoje – sterilus asistavimas, 2% - kad tai tarpininkavimas tarp sterilios aplinkos ir likusio skyriaus – pagalba. Net 66,7% apklaustųjų galvoja, kad tai abi šios funkcijos (5 lentelė).

**9 lentelė. Respondentų nuomone, koks yra operacinės slaugytojo vaidmuo operuojančioje komandoje**

| Operacinės slaugytojo vaidmuo operuojančioje komandoje                 | Skaičius | Procentai |
|--|----------|-----------|
| Darbas sterilioje aplinkoje – sterilus asistavimas.                    | 32       | 31,4      |
| Tarpininkavimas tarp sterilios aplinkos ir likusio skyriaus – pagalba. | 2        | 2         |
| Abi šios funkcijos   | 68       | 66,7      |

Anketoje buvo užduotas klausimas „Kaip manote, už ką yra atsakingas operacinės slaugytojas?“ ir pateikti keli atsakymo variantai (6 lentelė).

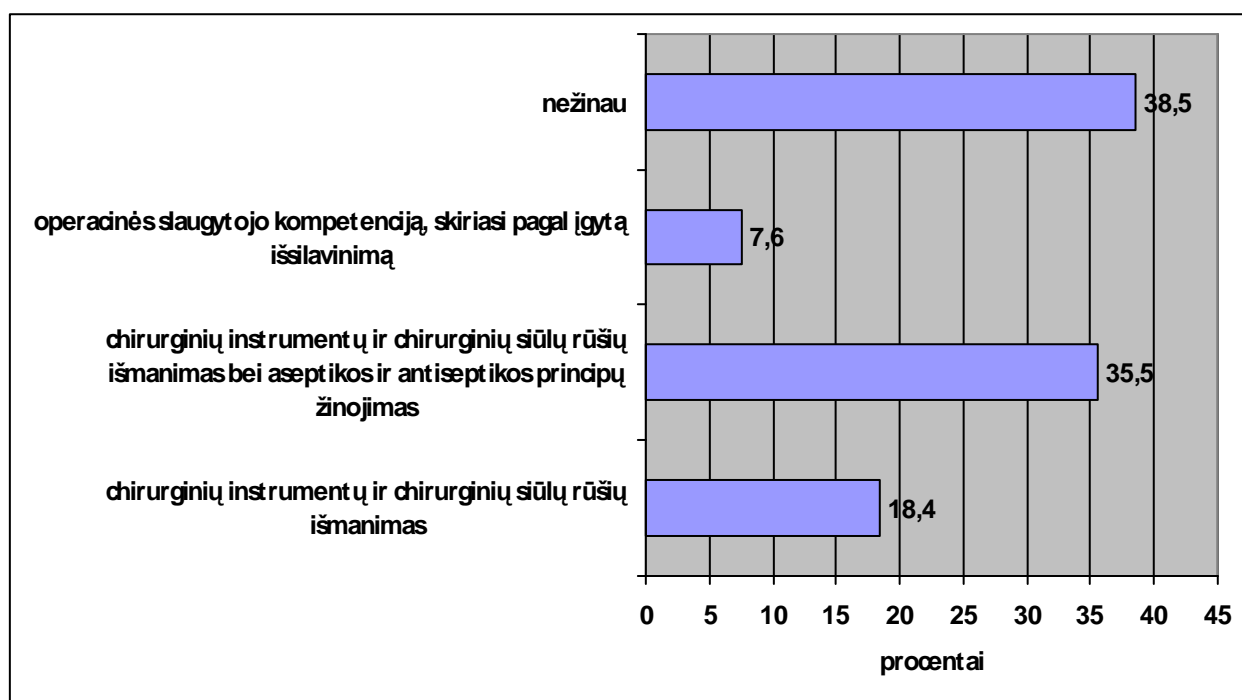
**10 lentelė. Respondentų nuomone, už ką yra atsakingas operacinės slaugytojas**

|                                   | Skaičius | Procentai |
|-----------------------------------|----------|-----------|
| Už paciento saugumą               | 0        | 0         |
| Už infekcijos prevenciją          | 28       | 27,5      |
| Medicininis prietaisus            | 0        | 0         |
| Biopsinę, bakteriologinę medžiagą | 0        | 0         |
| Už visus išvardintus dalykus      | 74       | 72,5      |

Kaip matome iš 6 lentelės, absoliučios daugumos respondentų nuomone, operacinės slaugytojo atsakomybė apima ir paciento saugumą, ir infekcijos prevenciją, ir medicininius prietaisus, ir biopsinę, bakteriologinę medžiagą.

Respondentams buvo pateiktas atviras klausimas. Pasiūlyta išvardinti operacinės slaugytojo kompetencijas. Išanalizavus gautus duomenis, visi atsakymų variantai buvo sugrupuoti į keturias grupes: 1 - chirurginių instrumentų ir chirurginių siūlų rūšių išmanymas; 2 - chirurginių instrumentų ir chirurginių siūlų rūšių išmanymas bei aseptikos ir antiseptikos principų žinojimas; 3 - operacinės slaugytojo kompetencija, skiriasi pagal įgytą išsilavinimą; 4 – nežinau. Pabrėžtina, kad 38,5% apklaustųjų parašė, kad jie negali išvardinti operacinės slaugytojo kompetencijas. Kita grupė (18,4%) sudaro medikai, kurie pakankamai siaurai supranta operacinės slaugytojo kompetenciją.

Jų nuomone, operacinės slaugytojo kompetencija apima tik chirurginių instrumentų pavadinimų ir jų paskirties išmanymą, chirurginių siūlų rūšių ir jų panaudojimo žinojimą. 35,5% respondentų priskiria dar ir aseptikos ir antiseptikos principus ir metodus, hospitalinės infekcijos prevenciją, operacijos eigos žinojimą. Ir tik 7,6 % apklaustųjų, be aukščiau išvardintų punktų, skiria operacinės slaugytojo kompetenciją, pagal įgytą išsilavinimą. Jie teigia, kad aukštąjį universitetinį išsilavinimą įgyję slaugytojo kompetencijai priklauso dalyvavimas sudetingesnėse operacijose, kitų slaugytojų apmokymas ir konsultavimas (23 pav.).

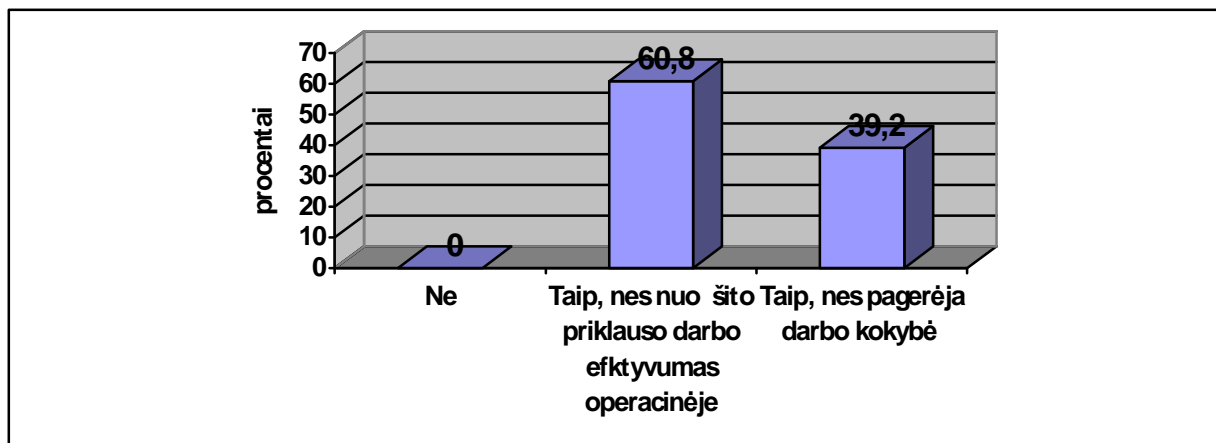


**23 pav. Operacinės slaugytojo kompetencijos**

Analizuojant respondentų nuomonę apie operacinės slaugytojo kompetenciją, atsakomybę, pasiruošimą statistiškai reikšmingų ryšių su respondentų amžiumi, bendru darbo stažu, pareigomis, išsilavinimu nenustatyta. ( $p > 0,05$ )

Kaip parodė tyrimo rezultatai, visi respondentai mano, kad operacinės slaugytojui būtinas specialus pasiruošimas.

Taip pat visi respondentai pažymi, kad operacinėje reikalingas antras operacinės slaugytojas. Dauguma apklaustųjų manymu, nuo šio priklauso darbo efektyvumas operacinėje. 39,2% mano, kad esant antram operacinės slaugytojui pagerėja darbo kokybė (24 pav.).

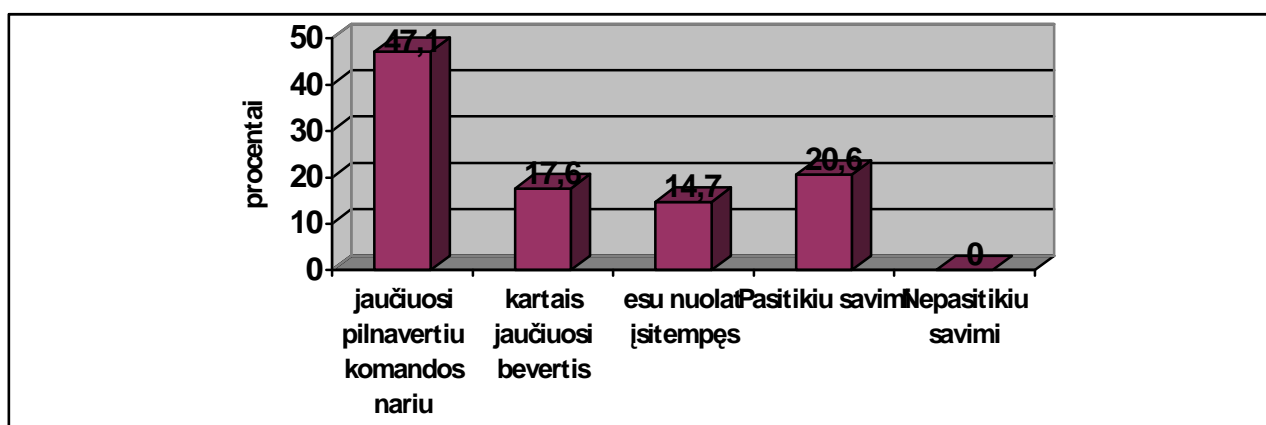


24 pav. Atsakymų į klausimą „Ar operacinėje reikalingas antras operacinės slaugytojas?“ pasiskirstymas

#### 4.6 Santykiai tarp operacinės komandos narių

Vertinant santykius tarp operacinės komandos narių, buvo klausiama ar respondentai jaučiasi vertinami savo darbe, ar kartu dirbant komandoje turi egzistuoti geri ir šilti santykiai, ar komandinio darbo efektyvumą, siekiant bendro tikslo, lemia moralinis paskatinimas. Taip pat buvo užduoti keli klausimai apie konfliktų tarp komandos narių sprendimą bei „mobingą“ darbe.

Tyrimo rezultatų duomenimis, 47,1% apklaustų medikų jaučiasi pilnaverčiais komandos nariais, 17,6% - kartais jaučiasi beverčiais, 14,7% - yra nuolat įsitempę (25 pav.).

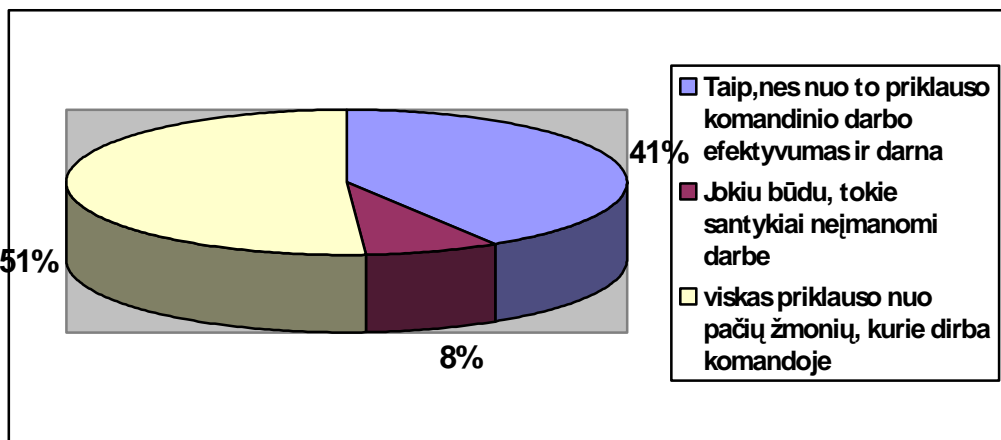


25 pav. Ar jaučiate vertinami savo darbe?

Gydytojai ir operacinės slaugytojai darbe turi būti draugai, bendradarbiauti kaip specialistai, sprendžiantys tą pačią problemą [32]. Respondentams buvo pateiktas klausimas „ar kartu dirbant komandoje turi egzistuoti geri ir šilti santykiai tarp komandos narių?“ Atsakymų pasiskirstymas

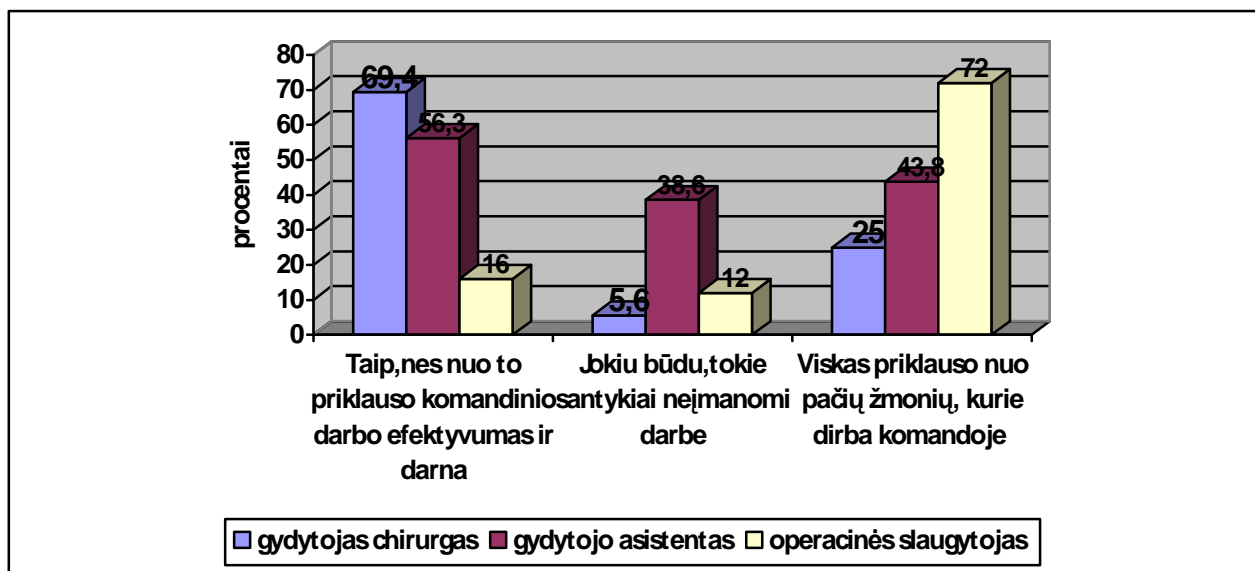


matomas 26 paveikslėlyje. Daugumos teigimu, viskas priklauso nuo pačių žmonių, kurie dirba komandoje.



**26 pav. Atsakymų į klausimą „ar kartu dirbant komandoje turi egzistuoti geri ir šilti santykiai tarp komandos narių?“ pasiskirstymas**

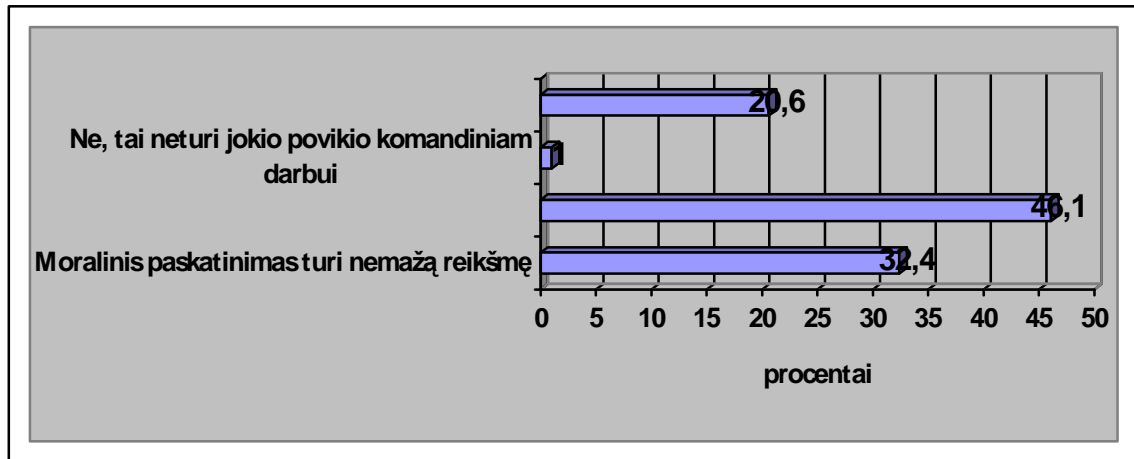
Aptarto klausimo atsakymų variantai koreliuoja (Spearmano koreliacijos koeficientas 0,482;  $p < 0,05$ ) su apklaustųjų pareigomis. Daugiau nei pusė gydytojų–chirurgų ir gydytojo asistentų mano, kad tarp komandos narių turi egzistuoti geri ir šilti santykiai, (69,4% ir 56,3% atitinkamai). Tuo tarpu dauguma operacinės slaugytojų teigia, kad viska priklauso nuo pačių žmonių, kurie dirba komandoje (27 pav.)



**27 pav. Atsakymų į klausimą „ar kartu dirbant komandoje turi egzistuoti geri ir šilti santykiai tarp komandos narių?“ priklausomybė nuo respondentų pareigų**

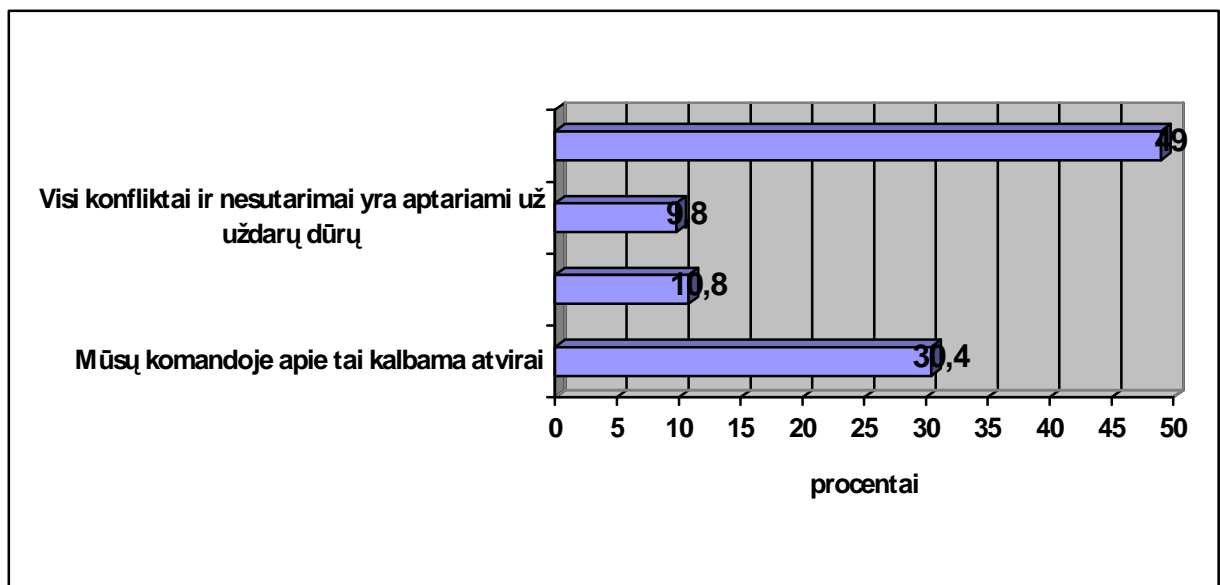
Dvidešimt šeštu klausimu buvo siekiama sužinoti respondentų nuomonę, ar komandinio darbo efektyvumą, siekiant bendro tikslo, lemia moralinis paskatinimas. Dauguma

(46,1%) apklaustųjų teigia, kad tai yra svarbu, nes tuomet komanda dirba darniau ir efektyviau. Pentadalis respondentų galvoja, kad viskas priklauso nuo komandos narių (28 pav.)



**28 pav. Respondentų nuomonę, ar komandinio darbo efektyvumą, siekiant bendro tikslo, lemia moralinis paskatinimas**

Tyrimo rezultatų duomenimis 30,4% apklaustųjų konfliktus tarp operacinės komandos narių aptaria atvirai. 9,8% mano, kad visi konfliktai ir nesutarimai turi būti aptariamai už uždarytų durų, 10,8% - komandoje konfliktų būti negali, o dauguma teigia, kad viskas priklauso nuo konflikto (29 pav.).



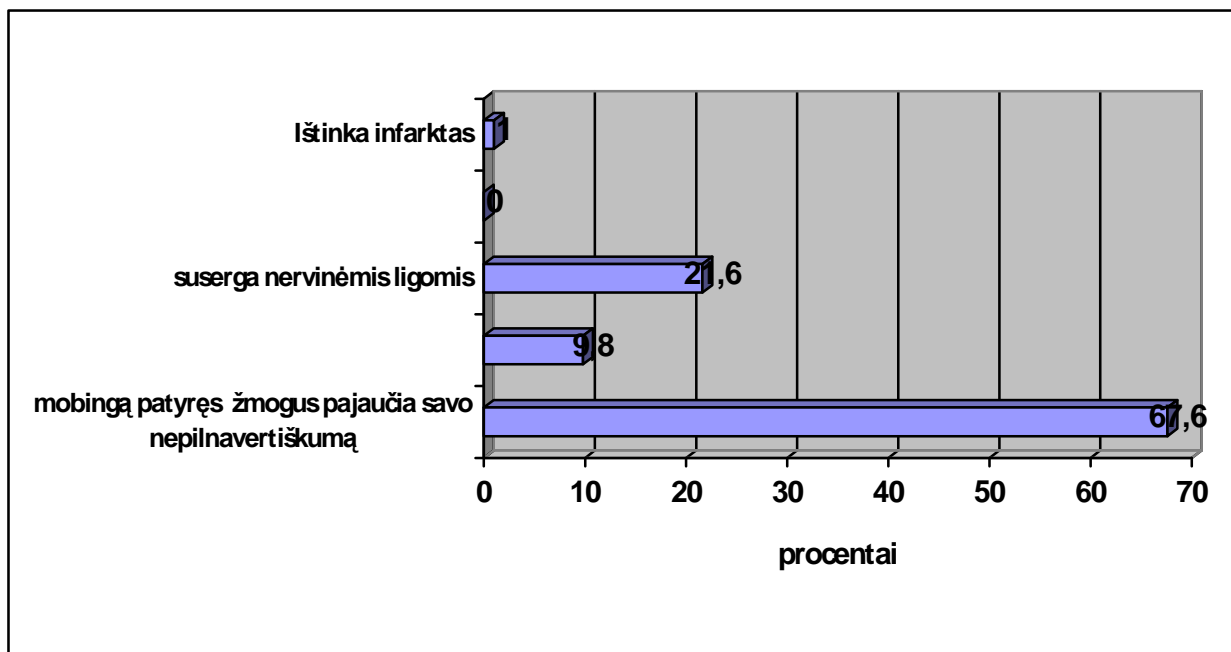
**29 pav. Ar konfliktai tarp Jūsų operacinės komandos narių aptariamai atvirai**

Tyrimo rezultatai rodo, kad net 60,8% apklaustų medikų teko patirti „mobingo“. (7 lentelė).

**11 lentelė. Ar Jums teko patirti „mobingo“**

|      |    |      |
|------|----|------|
|      |    |      |
| Taip | 62 | 60,8 |
| Ne   | 40 | 39,2 |

Daugumos (67,5%) respondentų teigimu mobingą patyręs žmogus pajaučia savo nepilnavertiškumą. Penktadalis galvoja, kad mobingo auka, suseraga nervinėmis ligomis, 9,8% - išeina iš darbo (30 pav.).



**30 pav. Respondentų nuomonė, kokie „mobingo“ rezultatai pasitaiko dažniausiai**

Koreliacinė analizė parodė, kad respondentų nuomone apie konfliktus darbe ir mobingą, neturi reikšmingos įtakos respondentų amžius, bendras darbo stažas, pareigos, išsilavinimas ( $p > 0,05$ )

## 5. TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS

Tyrimo rezultatai parodė, kad 102 respondentai, dirbantys VUL Santariškių klinikos įvairiose operacinėse, aktyviai dalyvavo apklausoje, atsakė į visus klausimus, kurie atskleidė daug faktorių, įtakančių jų darbo operacinės komandoje ypatumus. Tyrime dalyvavo 35 % gydytojų – chirurgų ir 16% ir gydytojų asistentų, 49% apklaustųjų sudarė operacinės slaugytojos. Logiškai galima būtų paaiškinti gautus duomenis apie gydytojų ir jų asistentų išsilavinimą, amžių ir darbo stažą. Gydytojais ir jų asistentais gali dirbti Universitetą baigę specialistai, be to medicinos studijos trunka mažiausiai 6 metus, kas lėmė vyresnį respondentų amžių ir darbo patirtį. Išaiškėjo, kad 60% tyrime dalyvavusių slaugytojų turėjo aukštąjį išsilavinimą arba tuo metu studijavo. Iš jų 28% – aukštąjį universitetinį, 32% – aukštąjį neuniversitetinį ir 40% slaugytojų turėjo aukštesnįjį išsilavinimą. Įdomu ir tai, kad didžioji dalis slaugytojų buvo vyresnio amžiaus. 10% visų slaugytojų buvo iki 25 metų amžiaus, 20% – 26-30 metų, 18% – 31-35 metų ir 26% - 36-40 metų, o 26% slaugytojų amžius buvo virš 41 metų. Tai rodo, kad operacinės slaugytojomis ateina dirbti mažai jaunų žmonių, tačiau vis daugiau slaugytojų siekia aukštojo išsilavinimo. Iš vienos pusės tai galima būtų vertinti, kad darbas operacinėje palyginus su kitomis medicinos sferomis nėra populiarus tarp slaugos specialybių atstovų, iš kitos pusės - darbas operacinėje labai įdomus, bet atsakingas darbas, kuris reikalauja specialaus pasiruošimo, žinių, įgūdžių, tam tikrų charakterio bruožų: greitos reakcijos ir orientacijos darbo metu. Ne kiekvienas, turintis medicininį išsilavinimą, galėtų ir sugebėtų tinkamai dirbti tokį darbą. Dideli darbo krūviai ir maži atlyginimai taip pat gali būti reikšmingi faktoriai. Tyrimo rezultatai parodė, kad dauguma apklaustųjų, nepriklausomai nuo pareigų, dirbo didesniu nei 1 etato krūvio. Net 70% slaugytojos nurodė, kad dirba 1,5 etato. Mūsų nuomone tai paaiškinama nepakankamais medikų atlyginimais, nes ir patys respondentai į klausimą „Ar Jūsų darbas pakankamai atlyginamas materialiai“, 80% manė, kad jų darbas nepakankamai atlyginamas. Iš dalies tai gali paaiškinti ir slaugytojų norą įgyti aukštąjį išsilavinimą, nepriklausomai nuo amžiaus ir didelės darbo patirties. 24% slaugytojų darbo stažas buvo 11-15 metų, 44% – dirbo virš 16 metų. Iš vienos pusės žmogus turi poreikį mokytis, tobulintis, gilinti savo žinias, iš kitos pusės – yra noras save realizuoti ir būti įvertintam. Kiekvienu atveju reikšmės turi tiek ekonominiai, tiek socialiniai, tiek žmoniškieji faktoriai. VUL SK medicinos darbuotojų atlyginimas yra diferencijuojamas, atsižvelgiant į darbuotojų išsilavinimą ir darbo patirtį.

Dauguma operacinės darbuotojų (63,7%) buvo ištekėjusios/vedė. Remiantis tyrimo rezultatais pusė apklaustų medikų darbą ir šeimos pareigas derino lengvai, daugiau ketvirtadalis - sunkiai, o 1,9% respondentams tai buvo visai neaktualu. Įdomu, kad darbo ir pareigos šeimoje

suderinimui turėjo reikšmingos įtakos respondentų einamos pareigos. Gydytojai-chirurgai sunkiai ir labai sunkiai derino pareigas darbe ir šeimoje, tuo tarpu slaugytojoms sekėsi daug geriau. Reikšmingu faktoriumi gali būti tai, kad gydytojų - chirurgų darbas operacinėje kartais būna nenormuotas, dažnai operuojant jiems tenka dirbti viršvalandžius. Tuo tarpu operacinės slaugytojoms lengviau suplanuoti savo laiką, nenumatytai užsitęsęs operacijai ir pasibaigus darbo laikui, jos visada turi galimybę perduoti pamainą.

Respondentams buvo pasiūlyta 10 balų Likerto skalė, vertinant jų pasitenkinimą darbu. Didžiausia dalis apklaustųjų pasirinkdavo 8-10 balų. Tyrimas parodė, kad beveik visi operacinės darbuotojai įvertino savo darbą daugiau 5 (vidutiniškai patinka) balų. 8 ir 9 balais – 30% ir 21,6% atitinkamai, ir beveik trečdalis (27%) apklaustųjų medikų nurodė, kad labai patenkinti savo darbu (10 balų). Tik 1% respondentų buvo nepatenkintas savo darbu. 12 (24%) slaugytojų pasirinko 8 balus, 9 (18%) – žymėdavo 9 balus, o 12 (24%) buvo labai patenkintos darbu (10 balų). Buvo nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp apklaustųjų darbo stažo ir pasitenkinimo savo darbu. Medikai, turintys trumpesnę darbo stažą buvo labiau patenkinti savo darbu. Analizuojant nepasitenkinimo darbu priežastis, dauguma apklaustųjų nurodė per didelį darbo krūvį ir nuolatinį emocinį stresą dėl ekstremalių situacijų. Trečia pagal dažnumą nepasitenkinimo priežastis buvo psichologinio palaikymo, atsiradus sunkumams, trūkumas. Koreliacinė analizė parodė priklausomybę nepasitenkinimo darbu priežasties nuo apklaustųjų pareigų. Operacinės slaugytojoms ir gydytojo asistentam pagrindinė priežastis buvo didelis darbo krūvis, o gydytojams-chirurgams – blogas darbo organizavimas. Tačiau nepaisant didelių darbo krūvių, nuolatinio emocinio streso, blogo darbo organizavimo, mažo atlyginimo ar kitų sunkumų, didžioji dalis patenkinti savo darbu ir net 64,7% respondentų rekomenduotų kitam žmogui rinktis tokią pat specialybę, kaip ir jų. Būtų labai įdomu ištirti gydytojų ir slaugytojų motyvaciją, pasirenkant specialybę, bet šio tyrimo metu tokio pobūdžio klausimų pateikta nebuvo, todėl šis klausimas lieka atviras.

Išanalizavus mokslinę literatūrą, buvo išskirti keletas populiariausių tarp medikų komandinio darbo apibrėžimai [3, 13, 21]. Vertinant apklaustųjų žinias apie komandinį darbą, anketoje buvo išvardinti atsakymų teiginiai apie komandą ir darbą komandoje. Respondentams buvo pasiūlyta pažymėti labiausiai jų manymu tinkantį iš pateiktų variantų anketoje arba įrašyti savo komandinio darbo apibrėžimą. Didesnės respondentų dalies 52% nuomone, komanda - tai grupė žmonių, kurioje žmonės pirmiausia sąveikauja tarpusavyje, kad keistųsi informacija ir priimti sprendimus, kurių tikslas – padėti vienas kitam, vykdyti savo srities užduotis. Geras bendradarbiavimas tarp gydytojo ir slaugytojo, funkcijų komandoje supratimas ir tinkamas jų atlikimas, sutarimas dėl bendrų tikslų, savitarpio pagalba būtina efektyvaus komandinio darbo

sąlyga [3, 13]. Mūsų tyrimas parodė, kad dauguma 67% operacinės darbuotojų manė, kad darbo komandai būdingi bendravimas, tarpusavio pagalba ir bendro tikslo siekimas. Visi aukščiau išvardinti bruožai vienodai svarbus komandiniam darbui. Tai sutampa su publikuotomis literatūroje išvadomis, kurios aprašytos literatūros apžvalgoje [3, 13, 21].

Rezultatai parodė, kad materialinis aspektas respondentams labai aktualus. 37% manymu komandinio darbo efektyvumą, siekiant bendro tikslo, lemia finansinis paskatinimas. Beveik vienodas respondentų skaičius 29,4% manė, kad viskas priklauso nuo komandos narių, nepriklausomai nuo atlyginimo ir 31,3% - kad piniginis paskatinimas turi nemažą reikšmę. Tik 1,9% apklaustų medikų atsakė, kad finansinis paskatinimas yra visiškai nesvarbus. Tačiau nustatytas koreliacinis ryšys tarp respondentų bendro darbo stažo ir nuomonės, ar komandinio darbo efektyvumą, siekiant bendro tikslo, lemia finansinis paskatinimas. Didesnė dalis operacinės darbuotojų, kurių bendras darbo stažas buvo 11-15 metų arba virš 16 metų manė, kad piniginis paskatinimas turi nemažą reikšmę. Tuo tarpu dauguma apklaustųjų, dirbusių trumpiau 5 metų ir 6-10 metų pažymėjo, kad viskas priklauso nuo komandos narių, nepriklausomai nuo atlyginimo. Galima daryti prielaidą, kad jaunų specialistų motyvacija nėra vien finansinis faktorius, o noras dirbti, entuziazmas ir idėjos mažėję ilgai bedirbant. Gaila, bet publikuotų tyrimų, analizuojančių medicinos darbuotojų norą bei motyvaciją pradedant karjerą ir jau įgijus tam tikrą patirtį nėra. Nes būtų labai įdomu sužinoti ir palyginti įvairių medicinos darbuotojų ir specialybių darbo motyvaciją įtakojančius faktorius.

Visi, be išimties, respondentai pažymėjo, kad operacinę komandą sudaro chirurgas operatorius, chirurgas asistentas, operacinis slaugytojas, gydytojas anesteziologas – reanimatologas, anestezijos ir intensyvios terapijos slaugytojas bei operacinės slaugytojo padėjėjas. Pastebėta, kad į klausimą „Kas yra operacinės komandos lyderis“ ne vienas respondentas nepažymėjo operacinio slaugytojo, anestezijos ir intensyvios terapijos slaugytojo, gydytojo anesteziologo-reanimatologo. 69,4% gydytojų chirurgų ir 81,3% gydytojų asistentų nurodė, kad operacinės komandos lyderis yra chirurgas operatorius, tuo tarpu 58% slaugytojų manė, kad komandoje nėra lyderių, visi bendradarbiauja tarpusavyje. Nors vis daugiau medicinos personalo, tarp jų ir gydytojų sutinka, kad slaugytojoms būtinas aukštas išsilavinimas ir keliami dideli reikalavimai, o jų vaidmuo lieka vienas svarbiausių medicinos srityje, slaugytojoms neleidžiama priimti didesnės atsakomybės, pavaduoti daugiau savarankiškumo arba užimti lyderio poziciją. Neretai trūksta pasitikėjimo kitos profesijos darbuotojais dėl skirtingų požiūrių, žinių, išsilavinimo lygio. Gaila, bet ir pačios slaugytojos ne visada nori imtis atsakomybės ir iniciatyvos. Kyla klausimas kodėl? Visuomenės požiūris, kitų žmonių nuomonė ir nepasitikėjimas gali įtakoti nepasitikėjimą savimi ir nenorą tapti komandos lyderiu. Slaugytojos labiau nei gydytojai buvo linkusios bendradarbiauti su kitais komandos nariais

ir manė, kad komandiniam darbui lyderis nebūtinai. Diskusija apie slaugytojų ir gydytojų santykius yra gana aktuali. Marijampolės ligoninėje buvo atliktas „Gydytojų požiūrio į slaugytojų darbą“ tyrimas. Apklausoje dalyvavo 82 gydytojai. Rezultatai parodė, kad 84,15% gydytojų manė, jog slaugytojos gali priimti savarankiškus sprendimus tam tikrose srityse, tačiau 86,25% įsitikinę, kad slaugytojos privalo vykdyti visus gydytojų nurodymus, neatsižvelgiant į jokiais aplinkybėmis [44]. Tai leidžia daryti prielaidą, kad gydytojai labiau linkę manyti, kad slaugytojos jiems pavaldžios, turi besąlygiškai vykdyti nurodymus bei visada paklusti. Tuo tarpu tiriant slaugytojų požiūrį į gydytojų ir slaugytojų tarp profesinius santykius, buvo nustatyta, kad 37 iš 100 slaugytojų pritaria teiginiui, jog slaugytojos yra tik gydytojų paskyrimų vykdytojai [20]. Sunku pakeisti kitų žmonių nuomonę apie slaugos specialybę ir darbą, kol pačios slaugytojos turės neteisingą ir prieštaringą nuomonę apie savo kompetenciją ir galimybes. Todėl nepakanka tik įgyti aukštą išsilavinimą, bet dirbdami kartu su gydytojais komandoje, slaugytojos privalo sugebėti apginti savo žiniomis paremtą nuomonę ir užimti tvirtą poziciją komandoje.

Beveik pusės 49% respondentų teigimu komandinio darbo operacinėje tikslas buvo suteikti kvalifikuotą medicininę pagalbą, o svarbiausias operacinės komandos uždavinys - užduoties atlikimas. Tyrimo metu nustatyta, kad egzistuoja ryšys tarp apklaustųjų nuomonės, kokia svarbiausia operacinės komandos užduotis ir respondentų pareigų. 48% operacinės slaugytojų manė, kad komandinio darbo operacinėje užduotis - dirbti ir siekti tikslų ne individualiai, o būnant grupės narių. Tai sutapo su anksčiau Lietuvoje atliktais tyrimų rezultatais [3,13]. Tuo tarpu tokį uždavinį laikė pagrindiniu tik 16,7% gydytojų chirurgų. 63,9% gydytojų - chirurgų ir 43,8% gydytojo padėjėjų svarbiausia laikė užduoties atlikimą. Tai rodo, kad slaugytojų ir gydytojų požiūris į darbą skiriasi, o darbo tikslai suprantami nevienodai.

Šiandien operacinės slaugytojas atlieka vieną iš dviejų pagrindinių vaidmenų. Jis arba gali dirbti sterilioje aplinkoje šalia paciento arba būti sterilios aplinkos ir likusio skyriaus tarpininku. Įprasta šių funkcijų terminologija yra sterilus asistavimas arba pagalba [32]. Tyrimo rezultatai parodė respondentų nuomonę apie operacinės slaugytojo vaidmenį komandoje. Išanalizavus atsakymus į klausimą „kaip manote, koks yra operacinės slaugytojo vaidmuo operuojančioje komandoje?“, paaiškėjo, kad trečdalis tyrime dalyvavusių medikų manė, jog tai darbas sterilioje aplinkoje – sterilus asistavimas, 2% - kad tai tarpininkavimas tarp sterilios aplinkos ir likusio skyriaus – pagalba. Net 66,7% apklaustųjų nurodė abi šias funkcijas. Taip pat dauguma respondentų (72,5%) į klausimą „Kaip manote, už ką yra atsakingas operacinės slaugytojas?“ pažymėjo visus įmanomus atsakymus: paciento saugumą, infekcijos prevenciją, medicininius prietaisus, biopsinę ir bakteriologinę medžiagą. Nors praktiniai pastebėjimai leidžia tvirtinti, kad

operacinės slaugytojo vaidmuo operuojančioje komandoje labai svarbus ir gali būti labai įvairiapusis, respondentų atsakymuose dominavo sterilios aplinkos ir aseptikos/antiseptikos užtikrinimas. Nei gydytojams, nei slaugytojams nekilo minties paminėti komandos bendradarbiavimo, aplinkos, bendravimo, tikslo siekimo svarbos aspektų. Jei žiūrėti į slaugytojo vaidmenį komandoje plačiaja prasme, apimant tiesioginių funkcijų vykdymą, socialinį bei psichologinį aspektus, tai operacinės slaugytojo funkcijos ir galimybės daugiau buvo vertinamos tam tikrais fizikiniais veiksmais.

Tai parodo ir atsakymai į atvirą klausimą apie operacinės slaugytojo kompetencijas. Pabrėžtina, kad 38,5% apklaustųjų parašė, kad jie negali išvardinti operacinės slaugytojo kompetencijas. Kitą grupę (18,4%) sudarė medikai, kurie pakankamai siaurai supranta operacinės slaugytojo kompetenciją. Jų nuomone, operacinės slaugytojo kompetencija apima tik chirurginių instrumentų pavadinimų ir jų paskirties išmanymą, chirurginių siūlų rūšių ir jų panaudojimo žinojimą. 35,5% respondentų priskyrė dar ir aseptikos ir antiseptikos principus ir metodus, hospitalinės infekcijos prevenciją, operacijos eigos žinojimą. Ir tik 7,6% apklaustųjų be aukščiau išvardintų punktų, išskyrė operacinės slaugytojo kompetenciją, pagal įgytą išsilavinimą. Jie teigė, kad aukštąjį universitetinį išsilavinimą įgiję slaugytojo kompetencijai priklausytu dalyvavimas sudėtingesnėse operacijose, kitų slaugytojų apmokymas ir konsultavimas. Be abejo slaugytojų kompetencija gali būti vertinama įvairiais aspektais, tačiau dažniausiai kompetencija suprantama, kaip gebėjimų, žinių, įgūdžių ir nuostatų derinys. Todėl visi respondentai teigė, kad slaugytojoms būtinas specialus paruošimas.

Medicinos mokslo specialistai teigia kad, operacijos metu visada turi būti du operacinės slaugytojai. Jei abu visą laiką turi būti vienas šalia kito vien todėl, kad operacijos metu nereikėtų laukti reikalingų instrumentų. Artimai bendradarbiauti jie turi ir todėl, kad kartu galėtų pamatyti staigius chirurginės eigos pakitimus, reikalaujančius skubių veiksmų [26]. Mūsų tyrimo duomenimis, visi respondentai taip pat pažymėjo, kad operacinėje reikalingas antras operacinės slaugytojas. Daugumos (60,8%) apklaustųjų manymu nuo šito priklauso darbo efektyvumas operacinėje. 39,2% manė, kad esant antram operacinės slaugytojui pagerėja darbo kokybė.

Vertinant santykius tarp operacinės komandos narių, buvo klausama ar respondentai jaučiasi vertinami savo darbe. Tyrimo rezultatų duomenimis, 47,1% respondentų jautėsi pilnaverčiais komandos nariais, 17,6% - kartais jautėsi beveik, 14,7% - buvo nuolat įsitempę. Mano manymu, darbuotojo savijauta ir pasitikėjimas savimi darbe pakankamai svarbus faktorius, galintys įtakoti darbo kokybę ir rezultatus. Tiriant chirurgijos skyriaus komandos darbą sąlygojančius veiksnius, slaugytojos pažymėjo, kad nepakankamai vertinamas slaugytojo darbas,



gydytojai ne visada laiko jas lygiaverčiais partneriais komandoje. Nors komandos narių parama, slaugytojo statuso pripažinimas komandoje leidžia pasiekti gerų rezultatų [13, 35].

Daugiau nei pusė gydytojų-chirurgų ir gydytojo asistentų pažymėjo, kad tarp komandos narių turi egzistuoti geri ir šilti santykiai 69,4% ir 56,3% atitinkamai. Tuo tarpu dauguma operacinės slaugytojų teigė, kad viskas priklauso nuo pačių žmonių, kurie dirba komandoje. Tai rodo, kad bendradarbiaujant slaugytojoms svarbus žmogiškas faktorius, kuris priklauso nuo žmogaus individualumo, o šilti bei geri santykiai priklausytų nuo komandoje dirbančių žmonių. Gydytojai ir asistentai vertino patį faktą, kad komandoje turi egzistuoti geri ir šilti santykiai.

Respondentai buvo klausiami apie konfliktų sprendimo būdus. Teigiama, kad dirbant komandoje, svarbu atvirai ir sąžiningai reikšti savo mintis, atvirai kalbėti apie klaidas, jos turėtų būti panaudojamos tobulėjimui [45]. Tyrimo rezultatų duomenimis 30,4% apklaustųjų konfliktus tarp operacinės komandos narių aptarinėjo atvirai. 9,8% manė, kad visi konfliktai ir nesutarimai turi būti aptariamai už uždarų durų, 10,8 % - komandoje konfliktų būti negali, o dauguma teigė, kad viskas priklauso nuo konflikto. Įdomu ir tai, kad net net 60,8% apklaustų medikų teko patirti „mobingą” ir tai, kad 67,5% respondentų teigimu mobingą patyręs žmogus pajaučia savo nepilnavertiškumą. Penktadalis galvojo, kad mobingo auka, susergera nervinėmis ligomis, 9,8% - išeina iš darbo. Čia slaugytojų ir gydytojų nuomonės sutapo ir statistikai reikšmingo skirtumo nustatyta nebuvo, taip pat respondentų nuomonei apie konfliktus darbe reikšmingos įtakos neturėjo respondentų amžius, bendras darbo stažas, pareigos bei išsilavinimas. Mano manymu, darbas komandoje bei konfliktų sprendimo būdai yra menas, kuriuo reikia mokintis ir kuriame nėra vienareikšmiškų sprendimų arba taisyklių. Kiekviena situacija labai individuali ir būtent nuo komandos narių sugebėjimų, žmogiškų faktorių ir profesionalumo priklausys konflikto priežastys ir jo sprendimo rezultatas.

## 6. IŠVADOS

1. Remiantis mokslinės literatūros apžvalga bei atlikto tyrimo rezultatais nustatyta: darbo komandai būdingi bendravimas, tarpusavio pagalba ir bendro tikslo siekimas. Visi aukščiau išvardinti bruožai vienodai svarbus komandiniam darbui.

Komanda - tai grupė žmonių, kurioje žmonės pirmiausia sąveikauja tarpusavyje, kad keistūsi informacija ir priimti sprendimus, kurių tikslas – padėti vienas kitam, vykdyti savo srities užduotis.

2. Komandinio darbo operacinėje tikslas - suteikti kvalifikuotą medicininę pagalbą, o svarbiausias operacinės komandos uždavinys - užduoties atlikimas. Dauguma operacinės slaugytojų manė, kad komandinio darbo operacinėje užduotis - dirbti ir siekti tikslų ne individualiai, o būnant grupės narių. Tuo tarpu didesne dalis gydytojų - chirurgų ir gydytojo padėjėjų svarbiausia laikė užduoties atlikimą. Tai rodo, kad slaugytojų ir gydytojų požiūris į darbą skiriasi, o darbo tikslai suprantami nevienodai.

3. Beveik visi operacinės darbuotojai patenkinti arba labai patenkinti savo darbu. Egzistuoja statistiškai reikšmingas ryšys tarp apklaustųjų darbo stažo ir pasitenkinimo savo darbu. Medikai, turintys trumpesnę darbo stažą labiau patenkinti savo darbu.

4. Bendradarbiaujant slaugytojoms svarbus žmogiškas faktorius, kuris priklauso nuo žmogaus individualumo, o šilti bei geri santykiai priklausytų nuo komandoje dirbančių žmonių. Gydytojai ir asistentai vertina patį faktą, kad komandoje turi egzistuoti geri ir šilti santykiai.

Dauguma respondentų jaučiasi pilnaverčiais komandos nariais.

60,8% apklaustųjų medikų teko patirti „mokingą“.

5. Operacinės slaugytojas atlieka du pagrindinius vaidmenis: a) Jis dirba sterilioje aplinkoje šalia paciento, b) būna sterilios aplinkos ir likusio skyriaus tarpininkais. Įprasta šių funkcijų terminologija yra sterilus asistavimas ir pagalba.

Dauguma respondentų negali išvardinti operacinės slaugytojo kompetencijų. 35,5% respondentų nuomone, operacinės slaugytojo kompetencija apima tik chirurginių instrumentų pavadinimų ir jų paskirties išmanymą, chirurginių siūlų rūšių ir jų panaudojimo žinojimą, aseptikos ir antiseptikos principus ir metodus, hospitalinės infekcijos prevenciją, operacijos eigos žinojimą. 7,6% apklaustųjų be aukščiau išvardintų punktų, išskyria operacinės slaugytojo kompetenciją, pagal įgytą išsilavinimą.

## 7. PASIŪLYMAI

- Siekiant padidinti darbo efektyvumą ir darbo kokybę operacinėje, slaugytojų darbas turi būti organizuotas taip, kad operacijos metu visada būtų du operacinės slaugytojai.
- Siekiant sustiprinti operacinės komandos narių bendradarbiavimą bei padidinti darbo efektyvumą, darbo operacinėje grafikai turi būti sudaromi taip, kad tie patys žmonės galėtų dirbti vienoje komandoje ilgesnį laiką (pvz. vieną mėnesį).
- Išskirti operacinės slaugytojo kompetenciją, pagal įgytą išsilavinimą. Be bendrų, visiems operacinės slaugytojoms priskiriamų kompetencijos aspektų, aukštąjį universitetinį išsilavinimą įgiję slaugytojo kompetencijai galima būtų priskirti dalyvavimą sudėtingesnėse operacijose, kitų slaugytojų apmokymą ir konsultavimą.

## LITERATŪRA

1. Bučiūnienė I., Pelkinis J., Milašauskienė Z. Assessment of health care services quality by medical professionals and patients. *Medicina (Kaunas)*, 2004, Nr. 40 (3), p. 272 – 277.
2. Makary M. A., Sexton J. B., Freischlag J. A., Holzmueller C. G., Millman E. A., Rowen L., Pronovost P. J. Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. *J Am Coll Surg*, 2006, May, No 202 (5), p. 746 – 752.
3. I. Gailiutė, D. Drungilienė (2007). Straipsnis “ Slaugytojų nuomonė apie chirurgijos skyriaus komandos darbą „, *Žurnalas „Sveikatos mokslai“* Nr.7, p. 1433 – 1435.
4. Kramer M., Schalenberg C. Securing „good nurse / physician relationships. *Nurs Manage*, 2003, July, p. 34 – 8.
5. Datwyler B., Schaufelberger J. Influencing factors and their meaning for the status of nursing: a care study. *Nursing in a medical department at a medical department at a university hospital. Pflege*, 2000, No 11(5), p. 263 – 267.
6. Tshannen D. The effect of individual characteristics on perceptions of collaboration in the work environment. *Medsurg Nurs*, 2004, October, No 13 (50), p. 312 – 318.
7. Cristian C.K., Gustafson M.L., Roth E. M., Sheridan T. B., Gandhi T. K., Dwyer K., Zinner M. J., Dierks M. M. A prospective study of patient safety in the operating room. *Surgery*, 2006, February, No 139(2), p. 159 – 173.
8. Gydyimo menas.(2005) Komandos vaidmuo medicinoje. Nr. 07 (119)
9. L.Gudelienė-Gudelevičienė (2004). Straipsnis „Pacientų slaugymo organizavimas“. *Žurnalas „Slauga, mokslas ir praktika“* Nr.11, p. 3 – 5.
10. Vijeikienė, B.; Vijeikis, J. Komandinio darbo pagrindai. - Vilnius: Rosma, 2000.
11. A. Sakalas (1998) Personalo vadyba. Vilnius. „Margi raštai“
12. Robbins, S. (2003) Organizacinės elgsenos pagrindai. Kaunas: poligrafijos ir informatikos leidykla, . 374 p.
13. I.Gailiutė, D. Drungilienė. (2007) Straipsnis „, Slaugytojų nuomonė apie chirurgijos skyriaus komandos darbą „, *Žurnalas „Sveikatos mokslai“* Nr.7
14. E. Bagdonas, L. Bagdonienė. Administravimo principai. Kaunas (2000), p. 114-115
15. P. Jucevičienė. Organizacijos elgsena. – Kaunas: Technologija, 1996. – 274 p.
16. R. Jucevičius. Strateginis organizacijų vystymas. Kaunas : Technologija, 1996. – 424 p.
17. G. T. Palubinskas. Strateginio planavimo procesas. Kaunas : Technologija, 1997. p. 165 – 167.

18. Bučiūnienė I. Personalo motyvavimas / Mokomoji knyga. – Kaunas: Technologija, 1996.
19. S. Robbins. Organizacinės elgsenos pagrindai. Kaunas: Poligrafijos ir informatikos leidykla, 2003. – 374 p.
20. A.Vaškelytė, J. Sėdaitytė. (2003) Straipsnis „ Tarprofesiniai slaugytojų ir gydytojų santykiai“. Žurnalas „ Sveikatos mokslai“ Nr.6
21. A. Petrauskienė. (2001) Straipsnis „Komandinio darbo prielaidos palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėje“. Žurnalas „Slauga.Mokslas ir praktika“ Nr.11-12
22. Laura A. Stokowski, RN, MS (2007) Perioperativa nurses: Dedicated to a safe operating room. Medscape Nurses. 2007; Medscape
23. V. Barvydienė, J. Kasiulis. Vadovavimo psichologija. – Kaunas, 1996. – 123p.
24. Z. Alseikienė. (2005) Straipsnis „Komandos vaidmuo medicinoje“. Žurnalas „Gydymo menas“ Nr.07 (119)
25. E. Vaičienė. (2006) Straipsnis „Kas lemia komandos darbo sėkmę“. Žurnalas „Slauga ir sveikata“ Nr.1 (37)
26. Klinikinė slauga. 1 knyga.- Vilnius: Charibdė, 1999.
27. Lietuvos medicinos normos (1996) MN 93:2001 „Operacinės slaugytojas. Teisės. Pareigos. Kompetencija ir atsakomybė.“ Patvirtinimo. Nr. 628, Vilnius
28. P. Plevokas, D. Kalibatienė, A. Gradauskas. Slaugytojo chirurgija. Vilniaus universiteto leidykla, 2002.
29. V. Žydžiunaitė (2005) Komandinio darbo kompetencijos ir jų tyrimo metodika, UAB „Judex“.
30. D. Ševcovienė, D. Kriukelytė. (2008) Straipsnis „Slaugytojų profesinės kompetencijos vertinimas“, Žurnalas „Sveikatos mokslai“ Nr.6
31. Natasa
32. I. Hardis. (1998) Gydytojas, medicinos sesuo, ligonis. Vilnius. Mokslas.
33. N. Istomina. (2007) Straipsnis „Slaugos vadovo asmenybės reikšmė slaugos kokybei“. Žurnalas „Slaugos. Mokslas ir praktika“ Nr.10
34. Begat, I., Ellefsen, B., Severinsson, E. Nurse’s satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses’ experiences of well-being-a Norwegian study. 2005 May [online]. From Journal of Nursing Management. Available from Internet <http://www.PubMed.com>. Indexed for Medline.
35. D. Drungilienė, I. Gailiūtė (2009) Straipsnis „Chirurgijos skyriaus komandos darbą sąlygojantys veiksniai“. Žurnalas „Sveikatos mokslai“ Nr.2

36. Sexton JB, Makary MA, Tesigni AR, Pryor D, Hendrich A, Thomas EJ, Holzmueller CG, Knight AP, Wu Y, Pronovos PJ. Teamwork in the operating room: frontline perspectives among hospitals and operating room personnel. The culture of a trauma team in relation to human factors. *Anesthesiology*. 2006 Nov; 105 (5): 745-9
37. Barvydienė V., Kasiulis J. *Vadovavimo psichologija*. 2001, Kaunas.
38. Joubert E., du Rand A., van Wyk N. Verbal abuse of nurse by physicians in a private sector setting. *Curations*. 2005; August 28 (3): 39-46.
39. Egerod I., Christensen B.V., Johansen L. Nurse's and physicians' sedation practices in Danish ICU in 2003. A National survey. *Intensive Crit. Care Nurs*. 2006; February 22(1): 22-31.
40. Yildirim A., Ates M., Akinci F., Ross T., Selimen D., Isserver H., Erdim A., Akgun M. Physician – nurse attitudes toward collaboration in Istanbul's public hospitals. *Int J Nurs Stud*. 2005; May 42 (4): 429- 437.
41. Carayon P., Hundt A.S., Alvarado C.J., Springman S.A., Ayoub P. Patient safety in outpatient surgery: the viewpoint of the healthcare providers. *Ergonomics*. 2006; April 15-May 15 (49-50): 470 – 485.
42. Riley R. G., Manias E. Governing time in operating rooms. *Journal of Clinical Nursing*. 2006; May, 15 (5): 546-553.
43. Simpson K. R., James D. C., Knox G. E. Nurse – physician communication during labor and birth: implications for patient safety. *Journal of Obstet*
44. J. Šėdaitytė. (2003) Straipsnis „Gydytojų požiūrio į slaugytojų darbą tyrimas“. *Žurnalas „Slauga.Mokslas ir praktika“* Nr.2(74)
45. L.Lingard, S.Espin, S.Whyte. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Qual Saf Health Care* 2004; 13

## 1 PRIEDAS. APKLAUSOS ANKETA

### *Gerbiamas respondente!*

Šią anketą parengė Vilniaus Universiteto Medicinos fakulteto studentė Jolanta Sauškina. Kviečiu Jus dalyvauti moksliniame tyrime „Operacinės slaugytojos vaidmuo operuojančioje komandoje“. Sudarant šią anketą buvo siekta išnagrinėti slaugytojos vaidmenį operuojančioje komandoje. Anketa yra anoniminė ir konfidencialumas garantuojamas.

Jums labiausiai tinkantį (-čius) atsakymo variantą (-us) pažymėkite kryželiu (X).

### ANKETA

#### **1. Jūsų amžius?**

- 1. Iki 25 m
- 2. 26-30 m.
- 3. 31-35 m.
- 4. 31-40 m.
- 5. virš 41 m.

#### **2. Jūsų pareigos?**

- 1. Gydytojas - chirurgas
- 2. Gydytojo asistentas
- 3. Operacinės slaugytoja

#### **3. Koks Jūsų bendras darbo stažas?**

- 1. Iki 5 m
- 2. 5-10 m.
- 3. 11-15 m.
- 4. virš 16 m.

**4. Kokių darbo krūvių dirbate?**

- 1. 0,25
- 2. 0,5
- 3. 0,75
- 4. 1,0
- 5. 1,25
- 6. 1,5
- 7. >1,5

**5. Jūsų šeiminei padėtis?**

- 1. Ištekėjusi/vedęs
- 2. Netekėjusi/nevedęs
- 3. Našlė (-ys)
- 4. Išsituokusi (-ęs)

**6. Koks Jūsų išsilavinimas?**

- 1. Aukštasis universitetinis (šiuo metu studijuojate)
- 2. Aukštasis neuniversitetinis (šiuo metu studijuojate)
- 3. Aukštesnysis / spec. vidurinis
- 4. Kita ( parašykite ) \_\_\_\_\_

**7. Jūsų nuomone, kaip Jums sekasi suderinti darbą ir pareigas šeimoje?**

- 1. Labai lengvai (tai nesukelia jokių problemų)
- 2. Lengvai
- 3. Sunkiai
- 4. Labai sunkiai
- 5. Neaktualu

**8. Ar Jums patinka Jūsų darbas ( apibraukite jums tinkamą skaičių )?**

|                  |   |   |                     |   |   |   |   |                |   |    |
|------------------|---|---|---------------------|---|---|---|---|----------------|---|----|
| 0                | 1 | 2 | 3                   | 4 | 5 | 6 | 7 | 8              | 9 | 10 |
| <b>Visai</b>     |   |   | <b>Vidutiniškai</b> |   |   |   |   | <b>Labai</b>   |   |    |
| <b>Nepatinka</b> |   |   | <b>Patinka</b>      |   |   |   |   | <b>Patinka</b> |   |    |



**9. Kokios yra nepasitenkinimo darbu priežastys?**

- 1. Didelis darbo krūvis
- 2. Nuolatinis emocinis stresas dėl ekstremalių situacijų
- 3. Kasdieninis susidūrimas su mirtimi
- 4. Blogas darbo organizavimas, slaugos priemonių trūkumas
- 5. Trūksta žinių dirbant su nauja technika
- 6. Nėra psichologinio palaikymo kolektyve, atsiradus sunkumams
- 7. Nėra

**10. Jūsų nuomone, ar Jūsų darbas pakankamai atlyginamas materialiai?**

- 1. Taip
- 2. Ne
- 3. Nežinau

**11. Ar rekomenduotumėte kitam žmogui rinktis tokią pat specialybę kaip Jūsų?**

- 1. Taip
- 2. Ne

**12. Kas Jūsų manymu yra komanda?**

- 1. Tai grupė žmonių, kurioje visi asmenys yra tarpusavy susiję ir jų visų bendravimas yra būtinas bendram tikslui pasiekti
  - 2. Tai grupė žmonių, kurioje žmonės pirmiausia sąveikauja tarpusavyje, kad keistųsi informacija ir priimti sprendimus, kurių tikslas – padėti vienas kitam, vykdyti savos srities užduotis.
  - 3. Kita ( įrašykite)
- 

**13. Kaip Jūs manote, kokie yra pagrindiniai komandos bruožai?**

- 1. Bendravimas
  - 2. Tarpusavio pagalba
  - 3. Vienalytiškumo ir įvairiapusiškumo pusiausvyra
  - 4. Visi šie bruožai kartu
  - 5. Kita ( įrašykite )
-

**14. Jūsų manymu, ar komandinio darbo efektyvumą, siekiant bendro tikslo, lemia finansinis paskatinimas?**

- 1. Piniginis paskatinimas turi nemažą reikšmę
- 2. Taip, tai yra svarbu
- 3. Ne, visiškai nesvarbu
- 4. Viskas priklauso nuo mano komandos narių, nepriklausomai nuo apmokestinimo
- 5. kažkas kita (įrašykite)

**15. Kaip Jūs manote, kas sudaro operacinės komandą?**

- 1. Chirurgas operatorius, chirurgas asistentas, gydytojas anesteziologas, anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojas
- 2. Chirurgas operatorius, chirurgas asistentas, operacinės slaugytojas
- 3. Chirurgas operatorius, chirurgas asistentas, operacinės slaugytojas, operacinės slaugytojo padėjėjas
- 4. Chirurgas operatorius, chirurgas asistentas, operacinės slaugytojas, gydytojas anesteziologas-reanimatologas, anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojas, operacinės slaugytojo padėjėjas

**16. Kaip Jūs manote, kas yra operacinės komandos lyderis?**

- 1. Chirurgas operatorius
  - 2. Chirurgas asistentas
  - 3. Operacinės slaugytojas
  - 4. Gydytojas anesteziologas-reanimatologas
  - 5. Anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojas
  - 6. Operacinės slaugytojo padėjėjas
  - 7. Komanda ir yra komanda, ir joje nėra lyderiu, visi bendradarbiauja tarpusavy
  - 8. Kita (įrašykite)
- 
- 

**17. Kaip Jūs manote, koks yra pagrindinis operacinės komandos veiklos tikslas?**

- 1. Padėti ligoniui
- 2. Kvalifikuotai atlikti operaciją
- 3. Suteikti kvalifikuotą medicininę pagalbą

4. Kažkas kita (įrašykite)
- 
- 

**18. Kaip Jūs manote , kokia yra svarbiausia operacinės komandos užduotis?**

1. Užduoties atlikimas
2. Komandos narių pasitenkinimas
3. Patenkinti paciento poreikius ir norus
4. Noras dirbti ir siekti tikslų ne individualiai, o būnant grupės nariu
5. Kita (įrašykite)
- 
- 

**19. Pažymėkite svarbiausia komandinio darbo operacinėje privalumą:**

1. Komandos stabilumas
2. Duoda daugiau ir geresnės kokybės rezultatų
3. Darbas greičiau atliekamas
4. Sukūriamas bendradarbiavimo veiksmas
5. Pagerinamas efektyvumas
6. Kita (įrašykite)
- 
- 

**20. Kaip manote, koks yra operacinės slaugytojos vaidmuo operuojančioje komandoje?**

1. Darbas sterilioje aplinkoje – sterilus asistavimas
2. Tarpininkas tarp sterilios aplinkos ir likusio skyriaus –pagalba
3. Abi šios funkcijos
4. Kita (įrašykite)
- 
- 

**21. Kaip manote, už ką yra atsakingas operacinės slaugytojas?**

1. Už paciento saugumą
2. Už infekcijos prevenciją
3. Medicininius prietaisus (aparaturą, tvarsliaiva, siūlai, instrumentai, apskaita)

- 4. Biopsinę, bakteriologinę medžiagą (saugojimas, transportavimas)
  - 5. Už visus išvardintus dalykus
  - 6. Kita (įrašykite)
- 
- 

**22. Išvardinkite operacinės slaugytojo kompetencijas: (įrašykite)**

---

---

---

**23. Kaip manote, ar operacinės slaugytojui būtinas specialus pasiruošimas?**

- 1. Reikalingas
  - 2. Visai nebūtinai
  - 3. Neturiu nuomonės
  - 4. Kita (įrašykite)
- 

**24. Ar operacinėje reikalingas antras operacinės slaugytojas?**

- 1. Taip, nes nuo to priklauso darbo efektyvumas operacinėje
- 2. Taip, nes pagerėja darbo kokybė
- 3. Ne, nereikalingas
- 4. Kita (įrašykite)

**25. Ar jaučiate vertinamas savo darbe?**

- 1. Jaučiuosi pilnavertės komandos nariu (-ė)
- 2. Kartais jaučiuosi bevertis(-ė)
- 3. Esu nuolat įsitemęs,(-us)
- 4. Pasitikiu savimi
- 5. Nepasitikiu savimi

**26. Kaip manote, ar kartu dirbant komandoje turi egzistuoti geri ir šilti santykiai tarp komandos narių?**

- 1. Taip, nes nuo to priklauso komandinio darbo efektyvumas ir darna
  - 2. Jokiu būdu, tokie santykiai neįmanomi darbe
  - 3. Viskas priklauso nuo pačių žmonių, kurie dirba komandoje
  - 4. Kita (įrašykite)
- 

**27. Jūsų manymu, ar komandinio darbo efektyvumą, siekiant bendro tikslo, lemia moralinis paskatinimas ?**

- 1. Moralinis paskatinimas turi nemažą reikšmę
  - 2. Taip, tai yra svarbu
  - 3. Ne, tai neturi jokio poveikio komandiniam darbui
  - 4. Viskas priklauso nuo komandos narių
  - 5. kažkas kita (įrašykite)
- 
- 

**28. Ar konfliktai tarp Jūsų operacinės komandos narių aptariami atvirai?**

- 1. Mūsų komandoje apie tai kalbama atvirai
  - 2. Komanda ir yra komanda, tad konfliktų joje būti negali
  - 3. Visi konfliktai ir nesutarimai yra aptariami už uždarytų durų
  - 4. Viskas priklauso nuo to, kas tai per konfliktas
  - 5. Kita (įrašykite)
- 
- 

**29. Ar Jums teko patirti „mobingo“(- tikslinis, sisteminis, ilgesnį laiką pasikartojantis elgesys, žeminantis darbuotojo asmenines savybes)? (tinkamą Jums atsakymą apibraukite).**

- 1. Puikiai žinau kas tai yra, nes patyriau tai pats ,-ti
- 2. Man pasisekė, nes to mano darbovietėje nėra.

**30. Kokie „mobingo“ rezultatai pasitaiko dažniausiai? (jei Jums teko tai patirti arba Jūsų pažįstamam taip yra nutikę ) ?**

- 1. Mobingą patyręs žmogus pajaučia savo nepilnavertiškumą
- 2. Išeina iš darbo
- 3. Suserga nervinėmis ligomis
- 4. Ištinka infarktas
- 5. Kyla suicidinių minčių
- 6. Kita (įrašykite)

---

---

**32. Jūsų pastabos ir pasiūlymai**

---

---

---

---

---

---

---

Anketos užpildymo data\_\_\_\_\_

**Dėkoju už atsakytus klausimus ir sugaištą laiką!**