



**VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS**

Išplėstinės praktikos slauga

Sveikatos mokslų instituto Slaugos katedra

Lina Lopinytė, II kursas, I gr.

MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

Slaugytojų ir gydytojų tarpusavio komunikacijos klinikinėje aplinkoje analizė

Analysis of Communication Between Nurses and Doctors in the Clinical Setting

Darbo vadovė

prof.dr. Natalja Istomina

Katedros vadovė

dr. Agnė Jakavonytė-Akstinienė

Konsultantas

lekt. Lina Gedrimė

Vilnius, 2025

lina.lopinyte@mf.stud.vu.lt

TURINYS

SANTRUMPOS	3
SANTRAUKA	4
SUMMARY	6
IVADAS	8
1. LITERATŪROS APŽVALGA	9
1.1. Komunikacija tarp slaugytojų ir gydytojų.....	9
1.1.1. Slaugytojų ir gydytojų komunikacijos reikšmė klinikinėje aplinkoje.....	9
1.1.2. Komunikacijos įtaka slaugytojų ir gydytojų darbo atmosferai ir jos gerovei.....	11
1.2. Komunikacijos modeliai.....	12
1.2.1. SBAR modelis.....	13
1.2.2. ISBAR modelis.....	14
1.2.3. GRRR modelis.....	14
1.2.4. STICC modelis.....	15
1.3. Komunikacijos barjerai klinikinėje aplinkoje.....	16
1.3.1. Struktūriniai ir organizaciniai barjerai.....	16
1.3.2. Kultūriniai, socialiniai ir psichologiniai barjerai.....	17
1.3.3. Strategijos komunikacijos barjerų mažinimui.....	18
2. TYRIMO METODOLOGIJA	20
2.1. Tyrimo metodika ir organizavimas.....	20
2.2. Tyrimo imties charakteristika.....	21
2.3. Tyrimo instrumentas.....	22
2.4. Duomenų analizės metodai.....	23
2.5. Tyrimo etika.....	23
3. TYRIMO REZULTATAI	24
3.1. Tyrimo dalyvių socialinės - demografinės ir bendrosios charakteristikos.....	24
3.2. Slaugytojų ir gydytojų komunikacijos rodikliai.....	25
3.3. Slaugytojų ir gydytojų tarpusavio komunikacijos klinikinėje aplinkoje pasitenkinimo lygį nustatymas.....	44
4. TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS	50
IŠVADOS	54
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS	55
PUBLIKACIJOS	56
LITERATŪRA	57
PRIEDAI	68
1 PRIEDAS. Autoriaus leidimas naudoti tyrimo instrumentą.....	68
2 PRIEDAS. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos leidimas nr. 1.....	68
3 PRIEDAS. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos leidimas nr. 2.....	69
4 PRIEDAS. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos leidimas nr. 3.....	69
5 PRIEDAS. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos leidimas nr. 4.....	70
6 PRIEDAS. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos leidimas nr. 5.....	70
7 PRIEDAS. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos leidimas nr. 6.....	71
8 PRIEDAS. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos leidimas nr. 7.....	71
9 PRIEDAS. VU Medicinos fakulteto mokslinių tyrimų etikos komisijos pritarimas.....	72
10 PRIEDAS. Tyrimo instrumentas – gydytojų apklausa.....	72
11 PRIEDAS. Tyrimo instrumentas – slaugytojų apklausa.....	76

SANTRUMPOS

SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) - struktūrizuotas komunikacijos modelis

GRRR (*Greet, Request, Respond, Review*) - struktūrizuotas komunikacijos modelis

ISBAR (*Introduction, Situation, Background, Assessment, Recommendation*) - struktūrizuotas komunikacijos modelis

STICC (*Situation, Task, Intent, Concern, Calibrate*) - struktūrizuotas komunikacijos modelis

CRP (*Communication and Resolution Programs*) - komunikacijos ir sprendimų priėmimo programos

SANTRAUKA

Efektyvi tarpusavio komunikacija yra esminė asmens sveikatos priežiūros proceso dalis, turinti tiesioginę įtaką pacientų saugumui, gydymo rezultatams ir sveikatos priežiūros sistemos efektyvumui. Tampa itin svarbu ne tik įvertinti esamas praktikas, bet ir mokslškai pagrįsti, kaip profesinės komunikacijos ypatumai tarp slaugytojų ir gydytojų gali lemti sveikatos priežiūros kokybę. Komunikacijos netolygumai, informacijos asimetrija bei profesinė hierarchija kelia riziką pacientų saugumui ir komandinio darbo efektyvumui, todėl šis tyrimas yra reikšmingas ne tik praktiniam tobulinimui, bet ir sveikatos politikos formavimui.

Darbo tikslas – nustatyti slaugytojų ir gydytojų tarpusavio komunikaciją klinikinėje aplinkoje.

Uždaviniai: 1) Išnagrinėti slaugytojų ir gydytojų tarpusavio komunikacijos pradžią ir pabaigą klinikinėje aplinkoje; 2) Palyginti slaugytojų ir gydytojų tarpusavio komunikaciją klinikinėje aplinkoje dalinantis informacija apie pacientus; 3) Nustatyti slaugytojų ir gydytojų tarpusavio komunikacijos klinikinėje aplinkoje pasitenkinimo lygį.

Darbo metodai. Atliktas kiekybinis skerspjūvio tyrimas ir aprašomoji literatūros apžvalga. Duomenys rinkti apklausos būdu. Instrumentas - klausimynas, kurį sudaro 3 dalys: sociodemografiniai respondentų duomenys, nuomonė apie slaugytojo ir gydytojo komunikaciją, pasitenkinimo tarpusavio komunikacija lygis. Tyrimo statistinė duomenų analizė atlikta naudojant SPSS Statistics 20 programinę įrangą ir MS Excel 2016 kompiuterinę programą. Tyrime dalyvavo 384 slaugytojai ir 378 gydytojai, dirbantys Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose.

Rezultatai. Vertinant tarpusavio komunikacijos pradžios ir pabaigos aspektus, nustatyta, kad tiek gydytojai, tiek slaugytojai dažniausiai bendrauja dėl pacientų apžiūros, pasisveikinimo ir dėmesingumo (teigiamai nurodė daugiau nei 90 % respondentų), o rečiausiai – dėl bendradarbiavimo, gydymo metodų privalumų, informacijos apie prognozę ir bendravimo vardu (mažiau nei 40 %). Vertinant komunikacijos skirtumus tarp profesijų, nustatyti ryškūs skirtumai tarp gaunamos ir pačių teikiamos komunikacijos, ypač gydymo aspektų, planuojamų veiksmų ir tyrimų rezultatų srityse (skirtumai siekė nuo 34 % iki 65 %). Gydytojų ir slaugytojų požiūriai į komunikacijos turinį taip pat reikšmingai skyrėsi – ypač dėl dėmesingumo, gydymo metodų ir pasisveikinimo. Pasitenkinimą komunikacija patvirtino 87 % gydytojų ir 65 % slaugytojų ($p < 0,05$). Gydytojai reikšmingai dažniau nei slaugytojai nurodė esantys patenkinti tarpusavio bendravimu. Reikšmingi skirtumai pagal socialines-demografines charakteristikas taip pat nustatyti gydytojų grupėje – jaunesni nei 40 metų, turintys mažiau nei 5 metų patirtį ir dirbantys miesto klinikinėse ligoninėse buvo reikšmingai dažniau patenkinti komunikacija ($p < 0,05$).

Išvados. Gydytojai dažniau nei slaugytojai laikosi bendravimo pradžios taisyklių, tačiau komunikacijos pabaigos elementai, tokie kaip apibendrinimas ir grįžtamasis ryšys, taikomi rečiau, ypač vyresnių specialistų. Dalijimasis informacija apie pacientus ne visada pakankamas – gydytojai dažniau inicijuoja svarbios informacijos perdavimą, o komunikacijos kokybė aukštesnė miesto gydymo įstaigose. Statistiškai reikšmingas skirtumas nustatytas ir pasitenkinimo komunikacija srityje – 87 % gydytojų buvo patenkinti bendravimu, palyginti su 65 % slaugytojų, kas rodo skirtingą informacijos gavimo ir emocinio palaikymo patirtį tarp profesijų.

Raktažodžiai: slaugytojai, gydytojai, komunikacija, klinikinė aplinka.

SUMMARY

Effective communication is a key part of healthcare and has a direct impact on patient safety, treatment outcomes, and how well the healthcare system works. It is becoming increasingly important not only to evaluate existing practices, but also to scientifically substantiate how the characteristics of professional communication between nurses and doctors can determine the quality of healthcare. Communication gaps, information asymmetry, and professional hierarchy pose risks to patient safety and teamwork effectiveness, making this study important not only for practical improvement but also for health policy development.

The aim of this study is to identify the communication between nurses and doctors in a clinical setting.

Objectives: 1) To examine the beginning and end of communication between nurses and doctors in a clinical setting; 2) To compare communication between nurses and doctors in a clinical setting when sharing information about patients; 3) To determine the level of satisfaction with communication between nurses and doctors in a clinical environment.

Methodology and materials. A quantitative cross-sectional study and a descriptive literature review were conducted. Data were collected through a survey. The instrument was a questionnaire consisting of three parts: sociodemographic data of respondents, opinions on communication between nurses and doctors, and level of satisfaction with mutual communication. Statistical analysis of the research data was performed using SPSS Statistics 20 software and MS Excel 2016. The study involved 384 nurses and 378 doctors working in Lithuanian healthcare institutions.

Results. When assessing the aspects of the beginning and end of mutual communication, it was found that both doctors and nurses most often communicate about patient examinations, greeting and showing attention (indicated positively by more than 90% of respondents), and least often about cooperation, the advantages of treatment methods, information about the prognosis, and communication on behalf of patients (less than 40%). When assessing communication differences between professions, significant differences were found between the communication received and that provided, especially in the areas of treatment aspects, planned actions, and test results (differences ranged from 34% to 65%). The views of doctors and nurses on the content of communication also differed significantly, particularly in terms of attentiveness, treatment methods, and greetings. Satisfaction with communication was reported by 87% of doctors and 65% of nurses ($p < 0.05$). Doctors reported significantly higher satisfaction with mutual communication than nurses. Significant differences according to socio-demographic characteristics were also found in the group of doctors – those younger than 40 years of age, with less

than 5 years of experience and working in city clinical hospitals were significantly more satisfied with communication ($p<0.05$).

Conclusions. The study found that doctors adhere to the rules of initiating communication more often than nurses, but elements of communication closure, such as summarizing and feedback, are used less frequently, especially by older specialists. The sharing of information about patients is not always sufficient – doctors are more likely to initiate the transfer of important information, and the quality of communication is higher in urban healthcare institutions. A statistically significant difference was also found in the area of satisfaction with communication – 87% of doctors were satisfied with communication, compared to 65% of nurses, which indicates different experiences of receiving information and emotional support between the professions.

Keywords: nurses, doctors, communication, clinical environment.

IVADAS

Kokybiška sveikatos priežiūra yra neatsiejama nuo slaugytojų ir gydytojų tarpusavio santykių. Efektyvi tarpusavio komunikacija yra esminė asmens sveikatos priežiūros proceso dalis, turinti tiesioginę įtaką pacientų saugumui, gydymo rezultatams ir sveikatos priežiūros sistemos efektyvumui [1]. Komunikacija suvokiama kaip dvikryptis procesas, kuriame vyksta ne tik informacijos perdavimas, bet ir bendros aplinkos kūrimas tarp specialistų. Tai apima verbalinę, neverbalinę, emocinę bei struktūrinę sąveiką, lemiančią profesinių santykių kokybę, sprendimų priėmimą ir bendrus gydymo rezultatus. Šiuolaikinėje medicinoje, kurioje vis dažniau naudojamos naujos technologijos ir komandinio darbo metodai, tarpdisciplininis bendravimas įgauna vis didesnę reikšmę [2].

Lietuvoje ir užsienyje atliktų mokslinių tyrimų rezultatai parodo, kad komandinio darbo efektyvumas yra neatsiejamas kasdieninėje klinikinėje veikloje, tai lemia ir pacientų priežiūrą, ir jų gydymo kokybę [3]. Pastebima, kad slaugytojų ir gydytojų požiūris į komandinį darbą skiriasi, todėl tarpusavio bendradarbiavimas turi būti tobulinamas. Buvo nustatyta, kad svarbiausia priežastis lemianti užmegzti gerus santykius tarp šių profesijų, gydytojų nuomone, buvo tai, kad jie nepripažino slaugytojų profesinio vaidmens [4]. Kito tyrimo išvadose teigiama, kad slaugytojų ir gydytojų bendradarbiavimas yra neoptimalus, o požiūris pagrįstas hierarchiniais santykiais vis dar egzistuoja [5]. Atsižvelgiant į tai, šioje aplinkoje yra svarbu gerinti tarp – profesinį bendravimą.

Tyrimai, kuriuose nagrinėti slaugytojų ir gydytojų bendravimo aspektai, turi tam tikrų įrodymų, kad jie yra susiję su pacientų priežiūros ir gydymo kokybe klinikinėje aplinkoje [6]. Kiti teigia, kad geresnė bendravimo kokybė tarp slaugytojų ir gydytojų yra susijusi su sumažėjusiomis vaistų vartojimo klaidomis. Rasta ir sąsajų, kad slaugytojų ir gydytojų komunikacijos pagerėjimas buvo susijęs su sumažėjusiu mirtingumu ligoninėse [7].

Šis tyrimas leis išanalizuoti tarpusavio komunikacijos aspektus klinikinėje aplinkoje tarp slaugytojų ir gydytojų, kurie padės suprasti komunikacijos mechanizmus ir identifikuoti veiksnius, galinčius padėti gerinti bendravimą tarp slaugytojų ir gydytojų. Mokslinėje literatūroje daugiau tyrimų apie gydytojo – paciento, slaugytojo – paciento tarpusavio santykius ir bendradarbiavimą [8]. Lietuvos kontekste trūksta tyrimų, kurie nagrinėtų būtent slaugytojų ir gydytojų komunikaciją, todėl būtina analizuoti esamas praktikas ir ieškoti naujų būdų, kurie padėtų užtikrinti efektyvų ir sklandų tarpdisciplininį bendradarbiavimą. Tampa itin svarbu ne tik įvertinti esamas praktikas, bet ir moksliskai pagrįsti, kaip profesinės komunikacijos ypatumai tarp slaugytojų ir gydytojų gali lemti sveikatos priežiūros kokybę. Komunikacijos netolygumai, informacijos asimetrija bei profesinė hierarchija kelia

riziką pacientų saugumui ir komandinio darbo efektyvumui, todėl šis tyrimas yra reikšmingas ne tik praktiniam tobulinimui, bet ir sveikatos politikos formavimui.

Tikslas – nustatyti slaugytojų ir gydytojų tarpusavio komunikaciją klinikinėje aplinkoje.

Uždaviniai:

1. Išnagrinėti slaugytojų ir gydytojų tarpusavio komunikacijos pradžią ir pabaigą klinikinėje aplinkoje.
2. Palyginti slaugytojų ir gydytojų tarpusavio komunikaciją klinikinėje aplinkoje dalinantis informacija apie pacientus.
3. Nustatyti slaugytojų ir gydytojų tarpusavio komunikacijos klinikinėje aplinkoje pasitenkinimo lygį.

Teorinė ir praktinė darbo reikšmė. Šiuo tyrimu siekiama išplėsti teorines žinias apie slaugytojų ir gydytojų tarpusavio komunikacijos ypatumus klinikinėje aplinkoje. Darbas papildė mokslinę literatūrą analizuojant komunikacijos pradžios ir pabaigos procesus, dalijimosi informacija aspektus bei pasitenkinimo komunikacija lygį tarp skirtingų profesijų grupių. Praktiniu požiūriu tyrimo rezultatai gali būti naudingi formuojant tobulinimo strategijas asmens sveikatos priežiūros įstaigose, rengiant mokymus ir gerinant tarpdisciplininio bendradarbiavimo kultūrą. Taip pat, nustatyti komunikacijos trūkumai ir skirtumai tarp šių profesijų gali padėti priimti efektyvesnius sprendimus dėl efektyvesnio informacijos perdavimo, pacientų saugumo užtikrinimo ir darbuotojų pasitenkinimo didinimo klinikinėje aplinkoje.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Komunikacija tarp slaugytojų ir gydytojų

1.1.1. Slaugytojų ir gydytojų komunikacijos reikšmė klinikinėje aplinkoje

Slaugytojų ir gydytojų komunikacija klinikinėje aplinkoje yra esminis aspektas, apimantis informacijos perdavimą tarp sveikatos priežiūros specialistų, siekiant užtikrinti efektyvų pacientų priežiūros procesą. Slaugytojų ir gydytojų komunikavimas yra viena iš svarbiausių sveikatos priežiūros kokybės dalių, tačiau šis procesas dažnai lieka nepakankamai ištirtas. Komunikacija tarp slaugytojų ir gydytojų klinikinėje aplinkoje turi tiesioginį poveikį ne tik paciento saugumui, komandos veiklai, bet ir visos sveikatos priežiūros sistemos kokybei. Tarp profesinis bendradarbiavimas gali pagerinti tiek pacientų priežiūros kokybę, tiek komandos narių pasitenkinimą darbu, todėl būtina išsamiai analizuoti, kaip prasideda ir baigiasi slaugytojų bei gydytojų komunikacija [9]. Atlikti tyrimai rodo, kad slaugytojų ir gydytojų bendravimo kokybė tiesiogiai veikia pacientų saugumą ir pasitenkinimą gautomis

paslaugomis[10,11]. Tarpusavio komunikacija yra sudėtingas procesas susidedantis iš informacijos perdavimo ir bendradarbiavimo, todėl būtinas tarp šių dviejų profesijų siekiant užtikrinti geresnius gydymo rezultatus [12]. Nors bendradarbiavimas buvo pripažintas auksiniu sveikatos priežiūros standartu, tačiau slaugytojų ir gydytojų santykiuose yra daug galimybių tobulėti [13]. Tyrimai teigia, kad skirtas laikas bendradarbiavimui ir dalijimusi žiniomis tarpusavyje, bei gydytojo ir slaugytojo hierarchijos pakeitimas bus neatsiejama mokymo dalis, turinti ilgalaikę perspektyvą gerinant slaugytojo ir gydytojo bendradarbiavimą [4,14].

Klinikinėje aplinkoje komunikacija apibrėžiama kaip procesas, kurio metu slaugytojai ir gydytojai turi gebėti efektyviai bendradarbiauti tarpusavyje: dalintis informacija, nuomonėmis ir emocijomis siekiant užtikrinti sklandžią informacijos sklaidą ir bendradarbiavimą [7,15]. Atliktas tyrimas parodė, kad slaugytojai ir gydytojai dalinasi jiems bendru tikslu – teikti aukštos kokybės sveikatos priežiūrą ir užtikrinti pacientų saugumą. Taip pat buvo nustatyta, kad geresnis tarpusavio bendradarbiavimas yra glaudžiai susijęs su geresniais pacientų rezultatais, todėl tarpusavio komunikacija būtina siekiant efektyvios priežiūros [7]. Kitame tyrime buvo pabrėžta, kad slaugytojai, kurie linkę labiau orientuotis į fiziologinius mechanizmus ir konkrečiai pranešti apie pacientų fiziologinius nukrypimus, gali įsitraukti į lygiavertes diskusijas su gydytojais. Tai rodo, kad slaugytojų pasitikėjimas savo žiniomis ir gebėjimas efektyviai bendrauti su gydytojais gali pagerinti informacijos sklaidą ir bendradarbiavimą [15]. Komunikacija tarp slaugytojų ir gydytojų, kaip ir kitų sveikatos priežiūros specialistų, yra ne tik įprasta, bet ir būtina siekiant užtikrinti pacientų saugumą ir gerovę. Tiesiogiai priklausydama nuo to, kaip specialistai keičiasi informacija ir kaip jie koordinuoja savo veiksmus, komunikacija tampa viena iš svarbiausių priemonių, užtikrinančių sveikatos priežiūros teisingumą ir kokybę. Tyrimuose pabrėžiama, kad tinkama komunikacija tarp slaugytojų ir gydytojų gali sumažinti klaidų riziką bei pagerinti pacientų priežiūrą [16,17].

Slaugytojai ir gydytojai atlieka skirtingas funkcijas, todėl labai svarbu nepamiršti, kad jų komunikacija turi būti dinamiška ir struktūrizuota. Gydytojai dažnai atlieka klinikinę analizę ir sudaro gydymo planą, slaugytojai nuolat bendrauja su pacientais ir stebi jų sveikatos būklę, bei turi didesnę galimybę pastebėti pokyčius, kurių gydytojai gali ir nepastebėti. Todėl būtina, kad slaugytojai ir gydytojai užtikrintų aiškų informacijos perdavimą ir abipusį supratimą apie tarpusavio komunikaciją [18]. Taip pat buvo atskleista, kad slaugytojai, kurie geba įvertinti paciento būklę ir bendrauti su gydytojais, gali geriau prisidėti prie sprendimų priėmimo proceso [11]. Geresnis supratimas apie paciento būklę skatina efektyvesnę komunikaciją ir sprendimų priėmimą [19].

Slaugytojai dažnai komunikacijos kokybę vertina kaip nepakankamą, o tai gali būti įvairūs veiksniais, vienas iš jų – darbo patirtis [11]. Tuo tarpu kitas atliktas tyrimas parodė, kad gydytojų ir slaugytojų požiūris vienas į kitą gali būti lemiamas veiksnys, turintis įtaką tarpusavio komunikacijos efektyvumui [20]. Būtina pabrėžti, kad bendravimo kokybė gali skirtis priklausomai nuo darbo aplinkos ir kultūrinių veiksnių. Skirtingose kultūrose gali skirtis požiūris į slaugytojų ir gydytojų bendravimą, o tai gali lemti jų bendradarbiavimą [21]. Efektyvi slaugytojų ir gydytojų komunikacija būtina ne tik siekiant gerinti pacientų priežiūrą, bet ir gerinant visos sveikatos priežiūros komandinę veiklą [22].

1.1.2. Komunikacijos įtaka slaugytojų ir gydytojų darbo atmosferai ir jos gerovei

Aktyvi komunikacija ir bendradarbiavimas tarp šių dviejų specialistų padeda slaugytojams tobulinti savo profesinius įgūdžius ir didina jų pasitenkinimą darbu. Slaugytojai, kurie turi galimybę aktyviai dalyvauti sprendimų priėmime dėl pacientų gydymo, jaučiasi labiau vertinami ir pasitikintys savo kompetencijomis, o tai prisideda prie geresnės pacientų priežiūros [23]. Tuo tarpu kitas tyrimas atskleidžia, kad komunikacijos trūkumai tarp slaugytojų ir gydytojų gali lemti slaugos užduočių neįvykdymą. Tyrime buvo atskleista, kad daugiau nei pusė slaugytojų mano, jog įtampos ir komunikacijos sutrikimai su medicinos personalu yra dažna priežastis, dėl kurios nebuvo tinkamai atliktos užduotys [24]. Todėl galime teigti, kad efektyvi komunikacija yra būtina siekiant užtikrinti, kad visos slaugos užduotys būtų vykdomos laiku ir tinkamai. Kitame atliktame tyrime nustatyta, kad gydytojai dažniau nori dirbti su patirtį įgyjusiaisiais slaugytojais, siekiant gauti kokybiškesnę informaciją apie pacientus [15]. Tai rodo, kad geras bendravimas ir tarpusavio pasitikėjimas tarp gydytojų ir slaugytojų gali pagerinti informacijos sklaidą ir bendradarbiavimą, kas yra būtina efektyviai pacientų priežiūrai. Aiškus komunikacijos kanalų pasirinkimas ir pasitikėjimo vystymas komunikacijos procese yra būtini norint užtikrinti, kad informacija būtų tiksliai perduota ir suprasta, tai sumažintų galimybę interpretuoti neteisingai ar praleisti svarbią informaciją, kas turėtų įtakos sukeliant klinikines klaidas [20].

Komunikacijos svarba tarp slaugytojų ir gydytojų yra neabejotinai esminė siekiant koordinuoti kokybišką pacientų priežiūrą. Tyrimuose teigiama, kad klaidos ir nesusipratimai dažniausiai komunikacijoje kyla dėl neaiškumo, netinkamo informacijos perdavimo ir įvairių darbo tempų bei vaidmenų skirtumų [20,25]. Su šiais iššūkiais dažniausiai susiduriama naktinių budėjimų metu, kuomet komunikacijos valdymas būna nepakankamas ir sukelia profesinį diskomfortą [26]. Tyrimai rodo, kad efektyvi komunikacija ne tik pagerina pacientų priežiūros rezultatus, bet ir didina darbuotojų pasitenkinimą darbu ir mažina streso lygį [27]. Gerai motyvuotas ir darbu patenkintas slaugytojas gali užtikrinti visapusiškai kokybišką slaugą, o tai tiesiogiai priklauso nuo efektyvios komunikacijos su

gydytojais [28]. Darbo aplinkos palaikymas būtinas, norint padidinti slaugytojų pasitenkinimą darbu [29]. Gydytojai dažnai jaučia nepasitenkinimą dėl konsultacijos trukmės ir per didelio darbo krūvio. Efektyvi komunikacija su slaugytojais gali padėti gydytojams geriau planuoti savo laiką ir užtikrinti, kad pacientai gautų reikiamą priežiūrą, kas gali sumažinti stresą ir padidinti pasitenkinimą darbu [30]. Geri slaugytojų ir gydytojų santykiai ir efektyvi komunikacija tarp šių profesijų gali pagerinti bendrą darbo atmosferą ir sumažinti perdegimo riziką [31]. Galiausiai mokslo įrodymų taikymas klinikinėje praktikoje ir geresnė komunikacija tarp slaugytojų ir gydytojų gali padidinti pasitenkinimą darbu, nes tai leidžia darbuotojams jaustis labiau įsitraukusiais ir vertinimais [32]. Efektyvi tarpusavio komunikacija yra būtina ne tik pacientų priežiūrai, bet ir darbuotojų pasitenkinimui. Kaip matome geresnė komunikacija gali mažinti stresą, gerinti darbo atmosferą bei didinti pasitenkinimą darbu tiek slaugytojams, tiek gydytojams.

1.2. Komunikacijos modeliai.

Medicinoje naudojami komunikacijos modeliai yra specialiai pritaikyti efektyviam informacijos perdavimui tarp sveikatos priežiūros specialistų, siekiant užtikrinti pacientų saugumą, geresnį bendradarbiavimą ir veiksmingą sprendimų priėmimą. Visuomenės sveikatos kontekste komandinė komunikacija reiškia, kad visi komandos nariai, gydytojai, slaugytojai ir kiti, turi aiškiai suprasti savo roles ir atsakomybes. Nustatyta, kad efektyvi komanda, kurioje yra geras informacijos perdavimas, gali sumažinti medicininių klaidų skaičių [33]. Organizacinė struktūra ir strategijos padeda užtikrinti gerą tarpprofesinę komunikaciją. Komunikacijos modeliai, gali sukurti bendras normas dėl komunikacijos ir bendradarbiavimo, leidžiančias komandoms veikti efektyviau [34].

Komunikacijos modeliai suteikia struktūrą ir sistemą, pagal kurią informacija gali būti efektyviai perduodama tarp sveikatos priežiūros specialistų. Struktūrizuota komunikacija leidžia slaugytojams ir gydytojams aiškiai suprasti, kas ir kaip turi būti informuotas apie pacientų būklę ir gydymo planus. Tokie modeliai mažina galimybę interpretuoti informaciją neteisingai. Standartizuoti komunikacijos įrankiai, gali pagerinti informacijos perdavimą tarp medicinos komandos narių ir taip užtikrinti pacientų saugumą [35]. Komunikacijos modeliai, skirti formuoti dalijimosi informacija praktiką, gali padėti užtikrinti, kad kritinė informacija būtų perduodama tiksliai ir laiku [36]. Informacijos perdavimas apie pacientų vartojamus medikamentus vyksta įvairiose gydymo fazėse, todėl gerai struktūrizuota komunikacija sumažina informacijos praradimus ir užtikrina saugų vaistų vartojimą [37].

Tarpprofesinis bendravimas ir suplanuotos komandinės treniruotės gerina slaugytojo ir gydytojo patirtį, o tai rodo, kad galima iširti įprastą praktikos pasidalijimą, kad būtų užtikrinta kokybiška ir saugi priežiūra [38].

Apibendrinant, komunikacijos modeliai turi didelę reikšmę sumažinant klaidų kiekį sveikatos priežiūros srityje. Jie skatina aiškumą, pasitikėjimą ir bendradarbiavimą.

1 lentelė. Pagrindiniai komunikacijos modeliai ir jų reikšmė slaugytojų ir gydytojų komunikacijai

Komunikacijos modelis	Naudojimo sritis	Pagrindinė nauda	Reikšmė gydytojų ir slaugytojų komunikacijai
SBAR	Siekiant greitai perduoti informaciją.	Aiškus struktūrizuotas bendravimas	Padedą išvengti nesusipratimų, didina efektyvumą kritinėse situacijose.
ISBAR	Didelėse ligoninėse, kai informaciją reikia perduoti per kelis specialistus.	Aiškiai nurodoma kas perduoda informaciją.	Gerina informacijos perdavimą per kelis lygius, mažina klaidų riziką.
GRRR	Komandiniam darbui, gydymo planavimui.	Skatina grįžtamąjį ryšį ir diskusiją.	Užtikrina aiškų dialogą ir sprendimų priėmimą, skatina tarpusavio pasitikėjimą.
STICC	Chirurgija, operacinės, intensyvi terapija.	Tiksli ir be dviprasmybių komunikacija	Sumažina riziką operacinėse ir kritinėse situacijose, užtikrina informacijos tikslumą.

1.2.1. SBAR modelis

Plačiai naudojamas sveikatos priežiūros srityje, norint pagerinti bendravimą tarp gydytojų ir slaugytojų. Šis modelis leidžia struktūrizuoti informaciją, kad ji būtų aiškiai ir greitai perduodama, ypatingai kritinėse situacijose. Tyrimuose rasta, kad praktikuojant šį modelį sumažėja medicininių klaidų skaičius ir pagerėja pacientų saugumas [39,40]. SBAR naudojimas žymiai padidina slaugytojų pasitenkinimą bendravimu ir pagerina jų suvokimą apie komunikacijos tikslumą [41]. Be to, nustatyta, kad struktūrizuota komunikacija, tokia kaip SBAR (Situacija, Fonas, Įvertinimas, Rekomendacijos) modelis, gali pagerinti informacijos perdavimą tarp slaugytojų ir gydytojų, leidžiant jiems efektyviau suprasti situaciją ir priimti sprendimus [43]. Tai modelis, kuris padeda slaugytojams aiškiai ir nuosekliai perteikti informaciją, o gydytojams – geriau suprasti paciento būklę ir prioritetus [41].

Pirmasis etapas – Situacija, tai paciento būklės aprašymas. Aiškiai apibūdėta situacija padeda slaugytojams ir gydytojams greitai suprasti, kas vyksta ir kokia yra paciento būklė [42,43]. Antrasis etapas – Fonas, apima paciento medicininę istoriją ir svarbią informaciją apie pacientą, kuri gali turėti įtakos gydymui. Ši informacija padeda slaugytojams ir gydytojams suprasti paciento būklę ir galimus gydymo sunkumus [44]. Trečiasis etapas – įvertinimas, tai paciento būklės vertinimas, apimantis tiek

fizinius požymius, tiek laboratorinius tyrimus ir kitus diagnostinius duomenis. Ši informacija leidžia greitai įvertinti paciento būklę ir priimti sprendimus dėl gydymo [43]. Ketvirtasis etapas – rekomendacija, tai rekomendacijos dėl tolimesnio gydymo. Rekomendacijos padeda užtikrinti, kad visi komandos nariai būtų informuoti apie tolimesnius gydymo veiksmus [45].

1.2.2. ISBAR modelis

ISBAR modelis yra plačiai pripažintas kaip struktūrizuota komunikacijos priemonė, skirta pagerinti slaugytojų ir gydytojų, ir kitų sveikatos priežiūros specialistų bendravimą. Šis modelis padeda tikrinti, kad esminė informacija būtų aiškiai ir sistemingai perteikta, tokiu būdu gerinant komunikacijos efektyvumą ir mažinant medicininių klaidų skaičių [46]. Slaugytojas, kuris perduoda informaciją gydytojui apie pacientą, gali struktūrizuoti savo komunikaciją pagal ISBAR modelį. Pirmiausia, jis pristato save ir savo pareigas, tada apibūdina paciento būklę ir problemas, pateikia paciento anamnezę ir aplinkybes, vykdo paciento vertinimą ir pateikia gydytojui rekomendacijas. Tokiu būdu užtikrinama, kad gydytojas gaus išsamią ir koncentruotą informaciją, leidžiančią priimti geresnius sprendimus [47].

Šis modelis gali pagerinti komunikaciją tarp slaugytojų ir gydytojų per paciento informacijos perdavimą, sumažinant klaidų skaičių ir sudarant palankesnes sąlygas bendradarbiavimui [48]. Pastovus ISBAR modelio taikymas pagerino bendravimą gydymo metu, leidžiant efektyviau spręsti pacientui kilusias problemas ir sumažinant sumaištį tarp medicinos personalo [49].

Taip pat ISBAR modelis yra naudinga priemonė medicinos edukacijai. Mokymai, kurių metu buvo įtrauktas šis modelis, leido slaugytojams ir gydytojams geriau suprasti vieniems kitus, didindami tarpusavio pasitikėjimą [50]. Pavyzdžiui, praktiniai mokymai, kuriuose naudojama ISBAR struktūra, gali būti pritaikomi simuliacijose, leidžiant dalyviams ugdyti įgūdžius, reikalingus aiškiam ir efektyviam komunikavimui [51]. Apibendrinant, šis modelis yra efektyvi priemonė, gerinanti komunikaciją ir bendradarbiavimą tarp slaugytojų ir gydytojų.

1.2.3. GRRR modelis

GRRR komunikacijos modelis yra efektyvi priemonė, skirta pagerinti bendradarbiavimą ir mažinti klaidų skaičių tarp slaugytojų ir gydytojų. Šis modelis skatina aiškų ir struktūrizuotą informacijos perdavimą, siekiant išvengti neteisingą informacijos supratimą.

Komunikacijos pradžioje būtina pasisveikinti su kolega. Tai sukuria ne tik draugišką atmosferą, bet ir parodo pagarbą bei profesionalumą. Draugiška ir pagarbus bendravimo atmosfera gali pagerinti bendradarbiavimą tarp slaugytojų ir gydytojų [14]. Antrame etape svarbu pakartoti informaciją apie paciento būklę, kad būtų užtikrintas dvipusis supratimas. Tokios praktikos gali sumažinti nesusipratimus,

leidžiant gydytojui patvirtinti arba ištaisyti informaciją [52]. Po informacijos pakartojimo slaugytojas turėtų aiškiai nurodyti ko tikisi iš gydytojo. Aiškiai nurodytas prašymas gali pagerinti bendradarbiavimo rezultatus [53]. Paskutinėje modelio dalyje rekomenduojama apibendrinti aptartą informaciją, priimtus sprendimus ir patvirtinti planuojamus veiksmus. Tai užtikrina, kad visi yra sutelkę dėmesį į tą patį tikslą ir sumažina klaidų riziką [54].

Slaugytojai ir gydytojai, dirbantys bendruomenės sveikatos priežiūros srityse, taikydami GRRR modelį gali efektyviau bendrauti su pacientais, užtikrindami, kad medicininė informacija bus aiškiai perduota [55]. Tarpprofesinės edukacijos programose, kuriose dalyvauja tiek slaugytojai, tiek gydytojai, šio modelio integravimas gali padėti ugdyti praktinius komunikacijos įgūdžius ir pagerinti bendradarbiavimą [56]. Naudojant šį modelį, galima geriau valdyti situacijas, kai kyla konfliktų tarp slaugytojų ir gydytojų. Struktūrizuota komunikacija gali padėti išvengti nesusipratimų ir pagerinti santykius [57]. Tai stipri priemonė, leidžianti slaugytojams ir gydytojams bendrauti ir bendradarbiauti. Tinkamai taikant šį modelį, galima pasiekti didesnę komunikacijos kokybę ir efektyvumą, kuris teigiamai paveiks tarpusavio komunikaciją.

1.2.4. STICC modelis

STICC modelis yra struktūrizuotas bendravimo metodas, kuris dažnai taikomas sveikatos priežiūros srityje, siekiant pagerinti komunikaciją tarp slaugytojų ir gydytojų, nurodant aiškinimus ir išaiškinimus, kurie padeda užtikrinti paciento saugumą ir veiksmingumą gydymo metu.

Pirmas etapas apima paciento būklės ir situacijos aprašymą. Turi būti aiškiai pateikta informacija apie paciento esamą situaciją ir simptomus. Išsamus situacijos paaiškinimas leidžia gydytojui greitai suprasti, ką reikia daryti [58]. Antrasis etapas apibrėžia, kas turi būti padaryta.

STICC modelis yra komunikacijos priemonė, naudojama sveikatos priežiūros srityje, siekiant užtikrinti aiškią ir efektyvią komunikaciją tarp slaugytojų ir gydytojų. Šis modelis leidžia struktūrizuoti informaciją apie pacientų būklę ir reikalavimus, taip padedant sumažinti klaidų tikimybę ir pagerinti bendradarbiavimą. Taip pat padeda slaugytojams ir gydytojams efektyviau bendrauti. Gerai struktūrizuota komunikacija gali sumažinti klaidų skaičių [59].

Pirmajame etape svarbu aiškiai ir tiksliai apibūdinti paciento situaciją. Turi būti pateikta aiški informacija apie paciento būklę. Slaugytojai dažnai praneša apie paciento simptomus, kad gydytojas galėtų suprasti situacijos rimtumą [60]. Antrame etape reikėtų nurodyti kokius veiksmus reikia atlikti. Gerai struktūrizuotas užduočių padeda slaugytojams bendradarbiauti su gydytojais, aiškiai iškeliant tikslus [60]. Trečiame etape turi būti aiškiai išsakyti ketinimai. Tai susiję su pacientų gydymo planais ir rizikomis. Aiškiai išdėstyti ketinimai leidžia tiek slaugytojams tiek gydytojams suplanuoti reikiamus

gydymo veiksmus ir užtikrinti, kad jie būtų orientuoti į paciento gerovę [61]. Ketvirtajame etape turi būti suteikta galimybė nurodyti susirūpinimą, kuris suteiktų galimybę aptarti bet kokius rūpesčius dėl paciento priežiūros. Slaugytojai dažnai turi vertingos informacijos apie pacientų rūpesčius ir diskusijos apie juos padėtų išvengti klaidų [62]. Paskutinis etapas yra aiškumo užtikrinimas. Slaugytojai ir gydytojai turėtų vieni kitiems užduoti klausimus, kad patikrintų ar informacija buvo teisingai suprasta [58].

STICC modelis vertingas įrankis slaugytojams ir gydytojams, padedantis geriau bendrauti ir bendradarbiauti. Struktūrizuota komunikacija garantuoja, kad visi komandos nariai yra gerai informuoti. Turi galimybę aiškiai perteikti situaciją, užduotis, ketinimus, rūpesčius ir neaiškumus kurie leidžia pagerinti bendrą pacientų priežiūros kokybę.

1.3. Komunikacijos barjerai klinikinėje aplinkoje.

1.3.1. Struktūriniai ir organizaciniai barjerai

Sveikatos priežiūros įstaigų strategija turi reikšmingą poveikį gydytojų ir slaugytojų bendravimui. Hierarchinės struktūros, kurios dažnai būna įdiegtos sveikatos priežiūros sistemose, gali sukelti komunikacijos kliūtis ir paveikti bendradarbiavimą tarp šių dviejų profesijų. Tyrimas, rodo, kad socialiai sukurtos rolės ir institucijos, pavyzdžiui slaugytojų vaidmenys, yra paveldimos iš ankstesnių kartų ir palaikomos kolektyvinių socialinių sąveikų, kas gali turėti įtakos slaugytojų gebėjimui efektyviai bendrauti su gydytojais [63].

Hierarchija gali sukelti baimę ir nepasitikėjimą slaugytojams, kai jie nori pranešti apie problemas ar išsakyti savo nuomonę [64]. Be to, pacientų požiūris taip pat gali paveikti slaugytojų ir gydytojų bendravimą. Pacientai dažnai galvoja, kad medicininė apžiūra priklauso gydytojams, o ne slaugytojams, o tai gali sumažinti galimybę slaugytojams dalyvauti informacijos teikime ir sprendimų priėmime [65]. Struktūriniai veiksniai gali sukelti situacijas, kai slaugytojai yra nepakankamai įtraukiami komunikacijai kaip informacijos tarpininkai, nors dažnai jie yra pirmieji, su kuriais pacientai susiduria [65].

Tyrimai apie organizacinius barjerus tarp gydytojų ir slaugytojų pastaraisiais metais atskleidžia įvairius veiksnius, kurie trukdo efektyviam abipusiam bendradarbiavimui ir komunikacijai. Organizaciniai barjerai, tokie kaip nepakankamas mokymas ir išteklių trūkumas, taip pat gali apsunkinti gebėjimą efektyviai tarpusavyje komunikuoti. Slaugytojai dažnai neturi pakankamų mokymų apie bendravimo įgūdžius, o tai gali lemti prastą informacijos perdavimą ir bendradarbiavimą [66]. Organizacijos, kurios klinikinėje aplinkoje neskatina atviro dialogo ir bendradarbiavimo, gali sukurti

aplinką, kurioje slaugytojai ir gydytojai nesijaučia patogiai dalindamiesi informacija [67]. Na, o struktūriniai barjerai, tokie kaip neefektyvūs darbo procesai ir komunikacijos kanalai, gali apsunkinti bendravimą tarp slaugytojų ir gydytojų. Atliktame tyrime, nustatyta, kad slaugytojai dažnai nemažai laiko praleidžia ieškodami gydytojų, kad galėtų perduoti svarbią informaciją, o tai gali lemti klaidas [68]. Tokie struktūriniai trūkumai gali ne tik sumažinti komunikacijos efektyvumą, bet ir neigiamai paveikti pacientų priežiūros kokybę.

1.3.2. Kultūriniai, socialiniai ir psichologiniai barjerai

Kultūriniai ir socialiniai veiksniai tarp slaugytojų ir gydytojų gali turėti didelės įtakos jų tarpusavio komunikacijai. Šie barjerai dažniausiai kyla iš skirtingų profesinių kultūrų, socialinių normų ir lūkesčių, kurie gali trukdyti efektyviai komunikacijai. Kultūriniai barjerai gali būti susiję su skirtingomis profesinėmis vertybėmis ir normomis. Tyrimas, atliktas Lietuvoje, parodė, kad gydytojai ir slaugytojai dažnai turi skirtingą požiūrį į bendradarbiavimą ir pacientų priežiūrą, o tai įtakoti nesusipratimų ir konfliktų atsiradimą [69]. Gydytojai linkę daugiau orientuotis į klinikinius aspektus, tuo tarpu slaugytojai labiau į holistinį požiūrį į pacientus, o tai gali sukelti įtampą tarp šių dviejų profesijų [69].

Socialiniai barjerai, tokie kaip hierarchinės struktūros, gali paveikti bendravimą. Slaugytojai dažnai jaučiasi mažiau įgalinti ir bijo išsakyti savo nuomonę gydytojams, ypač kai kalba pasisuka apie sudėtingas klinikoje situacijas. Tai vienas iš barjerų, kuris gali sukelti baimę ir nepasitikėjimą ir trukdyti vystytis atviram dialogui ir efektyviam bendradarbiavimui [70]. Be to, socialiniai veiksniai, tokie kaip darbo krūvis ir stresas, taip pat gali įtakoti bendravimą. Nustatyta, kad didelis darbo krūvis ir stresas gali sumažinti slaugytojų gebėjimą sklandžiai bendrauti su gydytojais, o tai gali turėti neigiamos įtakos pacientų priežiūros kokybei. Slaugytojai patiriantys didelį stresą, gali būti linkę mažiau dalintis informacija ar pranešti apie problemas [71].

Taip pat svarbus aspektas gydytojų ir slaugytojų komunikacijai yra kalbos barjeras. Pirmiausia, kalbos barjerai, gali sukelti nesusipratimų ir klaidų komunikacijoje. Tyrimas, atliktas tarp slaugytojų ir gydytojų, parodė, kad skirtingos kalbos žinios gali trukdyti efektyviai perduoti informaciją apie pacientų būklę ir gydymo strategiją. Tai ypatingai svarbu įstaigose, kur dirba gydytojai ar slaugytojai iš skirtingų šalių. Kalbos barjerai gali sukelti neefektyvią komunikaciją, dėl ko galime stebėti neigiamą poveikį pacientų saugumui ir gydymo rezultatams [72].

Skirtingos kultūros gali turėti skirtingą suvokimą ir požiūrį į autoritetą, bendravimo stilių ir sprendimų priėmimą. Tyrimai rodo, kad slaugytojai ir gydytojai, priklausantys skirtingoms kultūroms, gali turėti skirtingus lūkesčius komunikacijai, o tai gali lemti konfliktus ir sukelti įtampą [73]. Kai kuriose

kultūrose gali būti labiau išreikštas hierarchinis požiūris, kai gydytojas laikomas autoritetu, o slaugytojai jaučiasi mažiau įgalinti išsakyti savo nuomonę [15].

Svarbu paminėti, kad prie socialinių barjerų lyčių vaidmuo yra svarbus aspektas, galintis turėti įtakos tarpusavio komunikacijai ir jos efektyvumui. Lyčių vaidmenys gali sukurti tam tikras socialines normas, kurios veikia bendravimą ir bendradarbiavimą tarp gydytojų ir slaugytojų. Atliktas tyrimas Kanadoje, parodė, kad lyčių stereotipai gali turėti įtakos komunikacijai, nes vyrai ir moterys gali turėti skirtingus bendravimo stilius ir lūkesčius [74]. Kitame tyrime atrasta, kad moterys dažnai patiria daugiau kliūčių bendraujant su vyrais gydytojais, o tai gali sumažinti jų pasitikėjimą savimi ir gebėjimą efektyviai dalyvauti sprendimų priėmime [75].

Psichologiniai ir emociniai barjerai, tokie kaip stresas, nuovargis bei perdegimas, gali turėti reikšmingą poveikį slaugytojų ir gydytojų tarpusavio komunikacijai. Slaugytojai, patiriantys didelį stresą, gali būti linkę mažiau dalintis informacija ar pranešti apie kylančias problemas, kas gali sukelti komunikacijos spragas [76]. Nuovargis gali sumažinti dėmesio koncentraciją ir gebėjimą aiškiai išreikšti mintis, o tai gali sukelti nesusipratimų ir konfliktų [77]. Tuo tarpu pervargimas, kuris dažnai kyla dėl ilgalaikio streso ir nuovargio, taip pat gali turėti neigiamą poveikį tarpusavio santykiams. Perdegimas gali sukelti emocinį atsitraukimą, todėl slaugytojai gali vengti bendrauti su gydytojais, o tai gali lemti didesnę situacijos blogėjimą [78].

1.3.3. Strategijos komunikacijos barjerų mažinimui

Klinikinėje aplinkoje komunikacijos trūkumai gali turėti neigiamą poveikį pacientų priežiūros kokybei ir komandos dinamikai. Svarbu aptarti strategijas komunikacijos barjerų mažinimui, kurios gali padėti pagerinti komunikaciją tarp slaugytojų ir gydytojų. Pirmiausia, organizacijos, turėtų skatinti emocijų reguliavimo mokymus. Emocinio reguliavimo strategijos, tokios kaip kognityvinis pervertinimas, gali padėti slaugytojams ir gydytojams geriau tvarkytis su stresu ir emocijomis [79].

Mokymai, kurie skirti emocijų atpažinimui ir valdymui, gali padėti specialistams geriau suprasti savo emocijas ir reaguoti į jas tinkamai, tai gali pagerinti tarpusavio bendravimą [80]. Be to, svarbu sukurti psichologiškai saugią aplinką, kurioje darbuotojai galėtų jaustis saugiai dalindamiesi savo emocijomis ir išgyvenimais. Psichologinė sauga gali padėti sumažinti baimę ir nepasitikėjimą, o tai yra svarbūs veiksniai bendravimui [81]. Klinikinėje aplinkoje turėtų būti skatinamas atviras dialogas ir suteikta galimybė kalbėti apie savo emocijas be baimės. Taip pat svarbi, socialinė parama tarp kolegų. Kolegų parama gali padėti sumažinti streso lygį ir pagerinti emocijų reguliavimą [82]. Sveikatos priežiūros įstaigos klinikinėje aplinkoje turėtų skatinti komandinį darbą ir bendradarbiavimą, kad darbuotojai galėtų dalintis išgyvenimais ir sulaukti paramos iš kolegų, o tai galėtų padėti sumažinti

psichologinius barjerus [83]. Svarbu įtraukti psichologus į sveikatos priežiūros komandą. Psichologai gali padėti slaugytojams ir gydytojams spręsti psichologines problemas ir suteikti įrankių, kaip sau padėti [80]. Psichologinės intervencijos, tokios kaip relaksacija ir streso valdymo mokymai, gali padėti darbuotojams geriau tvarkytis su emocijomis ir sumažinti perdegimo riziką [79].

Vienas iš efektyviausių metodų yra atviros komunikacijos skatinimas. Komunikacijos ir sprendimų priėmimo programos (CRP) gali padidinti atvirą bendravimą per struktūrizuotus atskleidimo procesus, sumažindamos neigiamą medicininių klaidų poveikį pacientams ir jų šeimos nariams [84]. Tai skatina skaidrų pokalbį tarp slaugytojų ir gydytojų apie klaidas, taip pat paaiškina kaip bus užkirstas kelias pakartotiniams įvykiams. Efektyvios komunikacijos įgūdžių mokymai gali padėti slaugytojams ir gydytojams geriau bendrauti tarpusavyje. Mokymai apie komunikaciją gali pagerinti bendravimo efektyvumą ir sumažinti nesusipratimus [85].

Lyderystės ir komandinio darbo skatinimas taip pat svarbus veiksnys gerinantis tarpusavio bendravimą klinikinėje aplinkoje. Mokymai orientuoti į lyderystės įgūdžių ugdymą, gali padėti slaugytojams ir gydytojams geriau suprasti savo vaidmenis komandoje ir pagerinti tarpusavio komunikaciją, ypač kritinėse situacijose [86]. Tokie mokymai apimtų ne tik techniniu įgūdžius, bet ir emocinį intelektą bei empatiją. Komandinio darbo treniruotės gali pagerinti komunikacijos efektyvumą ir sumažinti tarpusavio nesusipratimus. Sisteminis tyrimas, parodė, kad geras komandinio darbo lygis gali būti pasiektas per refleksijas apie komandinį darbą klinikinių situacijų aptarimo metu, taip pat per komandų mokymus ir sistemų tobulinimą [87]. Reguliarūs susitikimai tarp slaugytojų ir gydytojų gali padėti užtikrinti, kad visi nariai būtų informuoti apie pacientų būklę ir gydymų planus. Tokie susitikimai gali pagerinti informacijos perdavimą ir sumažinti nesusipratimus. Be to, jie suteikia galimybę aptarti iškilusias problemas ir rasti sprendimus kartu [88].

Tyrimai rodo, kad tarpprofesinis švietimas taip pat gali pagerinti bendravimą tarp gydytojų ir slaugytojų. Programos kuriose studentai mokosi dirbti kartu, gali padėti ugdyti komandinio darbo įgūdžius ir gerinti tarpusavio supratimą [89,90]. Taip pat, komandos kuriose dirba specialistai iš skirtingų sričių, gali geriau spręsti sudėtingas situacijas ir užtikrinti geresnę pacientų priežiūrą [91].

Technologijų integravimas į komunikacijos procesus gali padėti pagerinti informacijos perdavimą ir sumažinti klaidų skaičių. Pavyzdžiui, elektroninės sveikatos sistemos gali palengvinti informacijos dalijimąsi tarp slaugytojų ir gydytojų, užtikrinant, kad jie turės prieigą prie reikalingos informacijos [92]. Naudojant skaitmenines platformas, gali greitai ir efektyviai keistis informacija, sumažinti klaidų skaičių ir pagerinti pacientų priežiūrą [67]. Komunikacijos trūkumų mažinimas

klinikinėje aplinkoje gali būti pasiektas taikant įvairias strategijas, įskaitant atviros komunikacijos skatinimą, emocijų reguliavimo mokymus, socialinės paramos stiprinimą, komunikacijos įgūdžių mokymus bei technologijų naudojimą. Šios strategijos gali pagerinti tarpusavio komunikaciją tarp gydytojų ir slaugytojų, o tai galiausiai prisidės ir prie geresnės pacientų priežiūros.

2. TYRIMO METODOLOGIJA

2.1. Tyrimo metodika ir organizavimas

Tyrimui atlikti pasirinktas kiekybinio tyrimo metodas – anketinė apklausa ir netikimybinės tikslinės imties sudarymo metodas. Atliktas kiekybinis skerspjūvio tipo tyrimas yra struktūrizuotas, analizuojant svarbią ir aktualią mokslinę problemą, rezultatai vertinami statistiniais matematiniais aprašomosios analizės metodais. Kiekybinio tyrimo metodas pasirinktas, nes leidžia rinkti duomenis iš didelės tiriamųjų grupės bei užtikrinti reprezentatyvumą ir patikimumą [93]. Anketinė apklausa leidžia greitai surinkti didelį kiekį informacijos, kurią galima apdoroti, palyginti bei gautus rezultatus statistiškai aprašyti ir struktūrizuoti [94]. Taip pat, anketinė apklausa užtikrina respondentų anonimiškumą, o tai didina informacijos teisingumą ir objektyvumą [94].

Anoniminė apklausa vykdyta elektronine forma naudojantis internetiniu puslapiu [apklausa.lt](https://www.apklausa.lt), tyrimo internetinė nuoroda dalintasi socialiniuose tinkluose bei septyniose Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose sutikusiose dalyvauti tyrime, atspausdinus tyrimo informaciją su nuorodomis į apklausas.

Tyrimo proceso etapai:

1. Pasirinkta tema, iškeltas tyrimo tikslas, suformuluoti uždaviniai, subjektas bei objektas (2023 m. gruodžio – 2024 m. balandžio mėn.).

Darbo tikslas – nustatyti slaugytojų ir gydytojų tarpusavio komunikaciją klinikinėje aplinkoje.

Uždaviniai: 1) Išnagrinėti slaugytojų ir gydytojų tarpusavio komunikacijos pradžią ir pabaigą klinikinėje aplinkoje; 2) Palyginti slaugytojų ir gydytojų tarpusavio komunikaciją klinikinėje aplinkoje dalinantis informacija apie pacientus; 3) Nustatyti slaugytojų ir gydytojų tarpusavio komunikacijos klinikinėje aplinkoje pasitenkinimo lygį.

Tyrimo hipotezė: Tikėtina, kad tarpusavio komunikacija tarp gydytojų ir slaugytojų klinikinėje aplinkoje yra nevienoda ir skiriasi pagal profesiją.

Tyrimo subjektas – slaugytojai ir gydytojai.

Tyrimo objektas – slaugytojų ir gydytojų tarpusavio komunikacija klinikinėje aplinkoje.

2. Atlikta mokslinės literatūros aprašomoji apžvalga (2024m. gegužės mėn., 2025 m. vasario mėn.). Mokslinių šaltinių paieška vykdyta PubMed duomenų bazėje, naudojant paieškos žodžius ir jų derinius anglų kalba: „nurse“, „doctor“, „physician“, „communication“ ir „clinical environment“. Google Mokslinčius specializuotoje informacijos paieškos sistemoje, naudojant paieškos žodžius lietuvių kalba: „slaugytojas“, „gydytojas“, „komunikacija“, „klinikinė aplinka“. Paieškos apribojimai: paieškos reikšminiai žodžiai, ne senesnės nei 2020 metų publikacijos, tyrimai lietuvių ir anglų kalba, pilno teksto ir nemokamos prieigos. Paieškos įtraukimo kriterijai: straipsniuose analizuojami empiriniai tyrimai, kuriuose kalbama apie slaugytojų ir gydytojų komunikaciją, komunikaciją klinikinėje aplinkoje. Paieškos atmetimo kriterijai: straipsniai kuriuose analizuojama ne gydytojai, ne slaugytojai.
3. Pasirinktas tyrimo instrumentas, gautas apklausos klausimyno autoriaus leidimas naudoti klausimyną (2023m. gruodžio mėn.) (1 -as priedas).
4. Tyrimo instrumento adaptavimas. (2024 m. rugpjūčio mėn. - 2024 m. spalio mėn.).
5. Gautas VU medicinos fakulteto Slaugos katedros Etikos komisijos pritarimas tyrimui atlikti: 2024-11-04 Nr. 150000-KT-435 (9 -as priedas)
6. Gavus leidimus atlikti tyrimą septyniose Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose, atlikta anketinė apklausa (2024 m. lapkričio mėn. – 2025 m. vasario mėn.) (2 – 8 -as priedai).
7. Tyrimo instrumento sklaida. Apklausa vykdyta keturis mėnesius (2024 m. lapkričio mėn. – 2025 m. vasario mėn.).
8. Atlikta statistinė duomenų analizė (2025 m. kovo mėn.).
9. Pateikti duomenų rezultatai, išvados ir rekomendacijos (2025 m. balandžio – gegužės mėn.).

2.2. Tyrimo imties charakteristika

Tyrimo imtis – slaugytojai ir gydytojai, dirbantys Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Reprezentatyviam respondentų skaičiui apskaičiuoti buvo pasirinkti netikimybinės atrankos patogiojo tikslinio metodo būdu respondentai dirbantys Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Imtį sudaro bendrosios praktikos slaugytojų, išplėstinės praktikos slaugytojų ir gydytojų licenciją turintys asmenys, kurių pagal Lietuvos oficialios statistikos portalo duomenis 2023m. praktikuojančių Lietuvoje buvo: slaugytojų – 21455, gydytojų – 13256.

Tiriamųjų imtis apskaičiuota naudojant imties skaičiuoklę „Raosoft sample size “calculator“ [95] su 5 proc. paklaida, 95 proc. patikimumo lygiu. Norint gauti reprezentatyvius tyrimo duomenis reikėjo apklausti 378 slaugytojus ir 374 gydytojus.

Internetinės apklausos būdu buvo surinktos 387 slaugytojų ir 379 gydytojų apklausos. Iš gautų respondentų anketų buvo netinkamai užpildytos keturios (nurodyta, kad nesutinka dalyvauti tyrime). Pilnai užpildytos ir analizei tinkamos buvo 384 slaugytojų ir 378 gydytojų anketos. Atliekant tyrimą buvo susidurta su tyrimo ribotumais; su pasyviu gydytojų dalyvavimu apklausoje ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų nesutikimu leisti vykdyti apklausą arba leidžiant vykdyti tyrimą apklausiant tik slaugytojus.

Tiriamųjų įtraukimo kriterijai:

- Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys gydytojai ir slaugytojai.
- Dirbantys antriniame ir tretiniame lygyje.
- Sutinkantys dalyvauti tyrime.

Tiriamųjų atmetimo kriterijai:

- Slaugytojai ir gydytojai dirbantys administracinėse pareigose.
- Asmenys, kurių licencija neaktyvi.

2.3. Tyrimo instrumentas

Tyrimui atlikti pasirinktas kiekybinio tyrimo instrumentas – anketinė apklausa. Instrumentas sukurtas Vietnamo mokslininko Trung Quang Tran. Autoriaus leidimas instrumentui naudoti gautas (1 - as priedas).

Tyrimo instrumentus - du klausimynus (10 -as, 11 -as priedai) sudaro 3 struktūrinės dalys iš 48 klausimų:

I-oji klausimyno dalis - demografiniai duomenys (6 klausimai): lytis, amžius, profesinė kvalifikacija, profesinės patirties trukmė, darbo vieta.

II-oji klausimyno dalis - nuomonė apie slaugytojo ir gydytojo komunikaciją (40 klausimų): informacijos pasitikrinimas; papildoma informacija; planuojami veiksmai; intervencinės procedūros; pacientų apžiūra; pacientų tyrimų rezultatai; informacija apie pacientų ligos prognozes; informacijas apie pacientų ligos diagnozes; gydymo metodai, jų privalumai ir trūkumai; gydymo metodų apibendrinimas; gydymo plano laikymasis; pagrindiniai pacientų gydymo aspektai; bendradarbiavimas; padėka. Šioje dalyje kiekvienoje eilutėje prašoma atsakyti ar gydytojas(-a)/ slaugytojas(-a) atliko ar NE atliko kiekvieną pažymėtą veiksmą.

III-oji klausimyno dalis - pasitenkinimo tarpusavio komunikacija lygis (2 klausimai): dalyvių prašoma įvertinti komunikaciją su slaugytojais/gydytojais ir kokia tarpusavio komunikacija klinikinėje aplinkoje.

2.4. Duomenų analizės metodai

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant SPSS Statistics 20 programinę įrangą ir MS Excel 2016 kompiuterinę programą. Nagrinėjamų požymių pasiskirstymui pasirinktoje imtyje įvertinti taikyta aprašomoji duomenų statistika – absoliutūs (N, vnt.) ir procentiniai dažniai (proc.). Požymių ryšiams vertinti sudarytos susijusių požymių lentelės, požymių priklausomybei nustatyti skaičiuotas „Chi kvadrato“ (χ^2) kriterijus, proporcijų lygybė vertinta z testu. Kai reikšmingumo lygmuo $p < 0,05$, požymių skirtumas tiriamųjų grupėse laikytas statistiškai reikšmingu. Rezultatai pateikiami diagramose ir lentelėse.

Klausimyno patikimumas.

Siekiant nustatyti klausimyno validumą ir suderinamumą, buvo apskaičiuoti Cronbach Alfa kriterijai pagal klausimyno dalis:

- Gydytojų gaunama komunikacija - 0,850
- Slaugytojų gaunama komunikacija - 0,886
- Gydytojų skleidžiama komunikacija - 0,838
- Slaugytojų skleidžiama komunikacija - 0,802

Viso klausimyno bendras - 0,902

Matyti, kad visais atvejais Cronbach Alfa koeficientai buvo pakankamai aukšti ($>0,8$), galima teigti, kad klausimyno validumas ir suderinamumas yra tinkamas.

2.5. Tyrimo etika

Tyrimui atlikti gautas VU Medicinos fakulteto Mokslinių tyrimų etikos komiteto pritarimas 2024-11-04 Nr. (1.6.E) 150000-S-751(9 -as priedas), bei asmens sveikatos priežiūros įstaigų leidimai atlikti tyrimą (2 – 8 -as priedai). Atliekant tyrimą buvo laikomasi mokslinės etikos reikalavimų. Tyrimo protokolo pradžioje pateikta informacija respondentui apie tyrimo tikslą. Slaugytojų ir gydytojų apklausai skirtos anketos yra anoniminės, tiriamojo vardo, pavardės, adreso, asmens kodo nėra klausama, todėl užtikrinamas konfidencialumas. Tiriamiesiems suteiktas laisvas apsisprendimas dalyvauti apklausoje. Rezultatai pateikti tik apibendrinti ir naudojami tik moksliniais tikslais. Tyrimo dalyvių teisės užtikrintos pagal Helsinkio deklaracijos principus: konfidencialumas, geranoriškumas, teisingumas, savarankiškumas ir pagarba žmogaus orumui.

3. TYRIMO REZULTATAI

3.1. Tyrimo dalyvių socialinės - demografinės ir bendrosios charakteristikos

Tyrimo metu buvo apklausti 378 gydytojai ir 384 slaugytojai. Vidutinis tyrime dalyvavusių gydytojų amžius sudarė $42,7 \pm 9,4$ metus, vidutinis tyrime dalyvavusio slaugytojo amžius sudarė $38,6 \pm 12,2$ metus. Siekdami tyrimo rezultatus palyginti pagal gydytojų ir slaugytojų amžių visus respondentus pagal amžiaus medianą bei 25 ir 75 proc. kvartilius suskirstome į keturias grupes: jaunesnius nei 32 m., 32-39 m., 40-49 m., bei 50 m. ir vyresnius.

Vidutinė tyrime dalyvavusio gydytojo profesinė patirtis sudarė $13,7 \pm 9,2$ metus, tyrime dalyvavusio slaugytojo vidutinė patirtis sudarė $14,6 \pm 13,0$ metus. Siekdami tyrimo rezultatus palyginti pagal gydytojų ir slaugytojų profesinės patirties trukmę visus respondentus pagal patirties medianą bei 25 ir 75 proc. kvartilius suskirstome į keturias grupes: turinčius iki 5 m. imtinai, 6-11 m., 12-22 m., bei turinčius 23 m. ir ilgesnę patirtį.

Kaip matyti iš žemiau esančioje lentelėje pateiktų kitų socialinių-demografinių charakteristikų, dauguma tyrimo dalyvių buvo moterys – gydytojų tarpe jos sudarė 65 proc., tuo tarpu slaugytojų tarpe net 98 proc. Pagal gydytojų profesinę kvalifikaciją daugiausiai buvo terapinio profilio gydytojų (45 proc.), mažiausiai – vaikų gydytojų (20 proc.) ir kitos kvalifikacijos gydytojų (10 proc.). Pagal slaugytojų profesinę kvalifikaciją didžioji dauguma buvo bendrosios praktikos slaugytojai (97 proc.), tuo tarpu išplėstinės praktikos slaugytojų buvo tik 3 proc. Bei pagal darbo vietą daugiausiai gydytojų dirbo universitetinėse ligoninėse (26 proc.) ir respublikinėse ligoninėse (26 proc.), daugiausiai slaugytojų – universitetinėse ligoninėse (31 proc.).

2 lentelė. Tyrimo dalyvių socialinės-demografinės charakteristikos

		Pareigos			
		Gydytojai		Slaugytojai	
		Vnt.	Proc.	Vnt.	Proc.
Lytis	Vyrai	132	34,9	9	2,3
	Moterys	246	65,1	375	97,7
Profesinė kvalifikacija	Terapinio profilio gydytojai	169	44,7	–	–
	Chirurgai	96	25,4	–	–
	Vaikų gydytojai	75	19,8	–	–
	Kiti	38	10,1	–	–
Profesinė kvalifikacija	Bendrosios praktikos slaugytojai	–	–	374	97,4
	Išplėstinės praktikos slaugytojai	–	–	10	2,6

2 lentelė. Tyrimo dalyvių socialinės – demografinės charakteristikos (tęsinys)

		Pareigos			
		Gydytojai		Slaugytojai	
		<i>Vnt.</i>	<i>Proc.</i>	<i>Vnt.</i>	<i>Proc.</i>
Darbo vieta	Universitetinė ligoninė	99	26,2	119	31,0
	Respublikinė ligoninė	99	26,2	103	26,8
	Miesto klinikinė ligoninė	91	24,1	86	22,4
	Rajono ligoninė	87	23,0	75	19,5
	Kita	2	0,5	1	0,3

3.2. Slaugytojų ir gydytojų komunikacijos rodikliai

Analizuojant slaugytojų ir gydytojų tarpusavio komunikacijos rodiklius nustatyta, kad dažniausiai vykstanti komunikacija buvo susijusi su pasisveikinimu ir pacientų apžiūra bei dėmesingumu – šiuos veiksmus kaip dažnus pažymėjo daugiau nei 90 proc. respondentų. tuo tarpu rečiausiai buvo minima komunikacija dėl bendradarbiavimo, gydymo metodų ir jų privalumų, bendravimo vardu, gydymo metodų apibendrinimo ir informacijos apie pacientų ligos prognozę – šiuos veiksmus teigiamais įvertino mažiau nei 40 proc. tiriamųjų

Vertinant skirtumus tarp gaunamos ir pačių komunikuojamos informacijos, gydytojų grupėje didžiausi neatitikimai nustatyti dėl gydymo metodų ir jų privalumų (65 proc.), dėmesingumo (64 proc.), pacientų tyrimų rezultatų (54 proc.) ir planuojamų veiksmų (34 proc.). Mažiausi skirtumai nustatyti dėl padėkos, papildomos informacijos, prisistatymo, pasisveikinimo, intervencinių procedūrų ir empatijos – skirtumas neviršijo 10 procentų.

Slaugytojų grupėje didžiausias skirtumas nustatytas tarp gaunamos ir pačių teikiamos informacijos dėl veiksmų (48 proc.), papildomos informacijos (36 proc.) ir bendravimo vardu (35 proc.), o mažiausias dėl pasisveikinimo – neviršijo 10 procentų.

Tarp slaugytojų ir gydytojų didžiausias skirtumas nustatytas dėl dėmesingumo. Slaugytojų ir gydytojų komunikuojamos informacijos skirtumas siekė 52 proc., o gaunamos 49 proc. Kiti reikšmingi skirtumai stebimi dėl pasisveikinimo 28 proc. ir informacijos apie gydymo metodų privalumus 28proc. Mažiausi skirtumai tarp profesijų nustatyti komunikacijoje dėl bendradarbiavimo, intervencinių procedūrų, papildomos informacijos, ligos prognozės ir bendravimo vardu, jie neviršijo 1 proc. (3 lentelė).

3 lentelė. Gydytojų ir slaugytojų tarpusavio komunikacijos rodikliai (proc.)

	Komunikacijos kryptis*	Pareigos		Skirtumas (proc.) tarp gaunamos ir suteikiamos komunikacijos		Skirtumas (proc.) tarp gydytojų ir slaugytojų komunikacijos
		Gydytojai	Slaugytojai	Gydytojai	Slaugytojai	
Pasisveikinimas	Gaunama	95,5	95,1	1,9	4,4	0,5
	Komunikuojama	97,4	99,5			2,1
Prisistatymas	Gaunama	66,9	67,7	8,8	8,9	0,8
	Komunikuojama	75,7	76,6			0,9
Bendravimas vardu	Gaunama	33,6	82,3	43,6	56,5	48,7
	Komunikuojama	77,2	25,8			51,5
Dėmesingumas	Gaunama	92,6	83,6	1,1	14,6	9,0
	Komunikuojama	93,7	98,2			4,5
Empatija	Gaunama	87,0	59,4	2,9	-9,9	27,7
	Komunikuojama	89,9	69,3			20,7
Požiūris į darbą	Gaunama	87,6	75,0	3,1	-10,9	12,6
	Komunikuojama	90,7	85,9			4,8
Informacijos pasitikrinimas	Gaunama	83,1	69,3	3,2	16,9	13,8
	Komunikuojama	79,9	86,2			6,3
Papildoma informacija	Gaunama	59,0	69,0	23,8	22,4	10,0
	Komunikuojama	82,8	91,4			8,6
Planuojami veiksmai	Gaunama	78,8	80,7	13,5	11,0	1,9
	Komunikuojama	92,3	91,7			0,7
Intervencinės procedūros	Gaunama	50,8	57,0	29,1	10,2	6,2
	Komunikuojama	79,9	67,2			12,7
Pacientų apžiūra	Gaunama	96,3	96,9	2,1	2,3	0,6
	Komunikuojama	98,4	99,2			0,8
Pacientų tyrimų rezultatai	Gaunama	79,6	61,2	1,1	30,5	18,4
	Komunikuojama	80,7	91,7			11,0
Informacija apie pacientų ligos prognozę	Gaunama	38,4	60,2	28,3	4,6	21,8
	Komunikuojama	66,7	64,8			1,8
Informacija apie pacientų ligos diagnozę	Gaunama	50,0	64,6	22,5	4,7	14,6
	Komunikuojama	72,5	69,3			3,2
Gydymo metodai, jų privalumai ir trūkumai	Gaunama	33,1	47,9	17,4	9,9	14,8
	Komunikuojama	50,5	57,8			7,3

* Gaunama komunikacija - rodo sulaukiamą komunikaciją (gydytojų atveju – iš slaugytojų, slaugytojų atveju – iš gydytojų);
Komunikuojama komunikacija - pačių išeinančią komunikaciją (gydytojų atveju – komunikaciją slaugytojams, slaugytojų atveju – komunikaciją gydytojams).

3 lentelė. Gydytojų ir slaugytojų tarpusavio komunikacijos rodikliai (proc.) (tęsinys)

	Komunikacijos kryptis*	Pareigos		Skirtumas (proc.) tarp gaunamos ir suteikiamos komunikacijos		Skirtumas (proc.) tarp gydytojų ir slaugytojų komunikacijos
		Gydytojai	Slaugytojai	Gydytojai	Slaugytojai	
Gydymo metodų apibendrinimas	Gaunama	36,0	46,6	-21,4	11,5	10,6
	Komunikuojama	57,4	58,1			0,7
Gydymo plano laikymasis	Gaunama	82,8	54,4	12,2	26,6	28,4
	Komunikuojama	70,6	81,0			10,4
Pagrindiniai paciento gydymo aspektai	Gaunama	44,7	33,1	14,8	14,6	11,6
	Komunikuojama	29,9	47,7			17,8
Bendradarbiavimas	Gaunama	22,5	36,5	4,7	4,7	14,0
	Komunikuojama	27,2	31,8			4,5
Padėka	Gaunama	76,7	75,5	-9	7,1	1,2
	Komunikuojama	85,7	82,6			3,2

* Gaunama komunikacija - rodo sulaukiamą komunikaciją (gydytojų atveju – iš slaugytojų, slaugytojų atveju – iš gydytojų); Komunikuojama komunikacija - pačių išeinančią komunikaciją (gydytojų atveju – komunikaciją slaugytojams, slaugytojų atveju – komunikaciją gydytojams).

Palyginus gydytojų komunikacijos rodiklius pagal jų amžių (4 lentelė), atlikus „Chi kvadrato“ (χ^2) testus ir papildomai proporcių palyginimą z testų pagalba, nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai (kai $p < 0,05$), kurie parodė šiuos rezultatus.

Reikšmingai dažnesnis prisistatymas būdingas 32–39 m. ir 40–49 m. gydytojams, palyginti su 50 m. ir vyresniais. Bendravimą vardu reikšmingai dažniau patiria jaunesni nei 32 m. ir 32–39 m. gydytojai, lyginant su vyresniais kolegomis.

Gydytojai, kuriems yra 32 m., 32–39 m. ir 40–49 m., reikšmingai dažniau komunikuoja su slaugytojomis apie požiūrį į darbą, nei 50 m. ir vyresni gydytojai. Informacijos pasitikrinimą dažniau aptaria 32 m. ir 32–39 m. amžiaus gydytojai, lyginant su vyresniais.

Apie pacientų tyrimų rezultatus, ligos prognozę bei diagnozę dažniau komunikuoja jaunesni nei 32 m. bei 32–39 m. gydytojai, palyginti su 40–49 m. ir 50 m. bei vyresniais gydytojais.

Panašiai, jaunesni nei 32 m. ir 32–39 m. gydytojai dažniau nei vyresni kalba apie pagrindinius pacientų gydymo ypatumus ir bendradarbiavimą. Be to, šie gydytojai taip pat dažniau iš slaugytojų sulaukia komunikacijos šiais klausimais, palyginti su 40–49 m. bei 50 m. ir vyresniais kolegomis.

Kitais atvejais statistiškai reikšmingų skirtumų pagal gydytojų amžių nenustatyta ($p > 0,05$).

4 lentelė. Gydytojų komunikacijos rodikliai pagal amžių (proc.)

	Kryptis	Amžius				χ^2	Ils	p
		Iki 32 m.	32-39 m.	40-49 m.	50 m. ir daugiau			
Pasisveikinimas	Gaunama	100,0	97,0	92,1	96,6	5,714	3	0,126
	Komunikuojama	100,0	98,5	97,6	94,3	4,678	3	0,197
Prisistatymas	Gaunama	63,3	70,7	66,1	63,6	1,486	3	0,686
	Komunikuojama	70,0	82,0¹	78,0¹	64,8	9,411	3	0,024
Bendravimas vardu	Gaunama	43,3¹	49,6¹	29,9	11,4	36,855	3	0,000
	Komunikuojama	90,0	75,2	75,6	78,4	3,363	3	0,339
Dėmesingumas	Gaunama	100,0	93,2	89,8	93,2	4,006	3	0,261
	Komunikuojama	93,3	96,2	90,6	94,3	3,623	3	0,305
Empatija	Gaunama	90,0	87,2	84,3	89,8	1,694	3	0,638
	Komunikuojama	93,3	91,0	90,6	86,4	1,838	3	0,607
Požiūris į darbą	Gaunama	96,7	88,0	89,0	81,8	5,204	3	0,157
	Komunikuojama	96,7¹	94,0¹	91,3¹	83,0	9,324	3	0,025
Informacijos patikrinimas	Gaunama	86,7	88,7	79,5	78,4	5,789	3	0,122
	Komunikuojama	90,0¹	85,0¹	81,1	67,0	13,194	3	0,004
Papildoma informacija	Gaunama	66,7	64,7	55,9	52,3	4,640	3	0,200
	Komunikuojama	90,0	85,0	78,0	84,1	3,728	3	0,292
Planuojami veiksmai	Gaunama	73,3	85,0	77,2	73,9	5,053	3	0,168
	Komunikuojama	100,0	93,2	89,8	92,0	3,835	3	0,280
Intervencinės procedūros	Gaunama	50,0	56,4	45,7	50,0	3,031	3	0,387
	Komunikuojama	86,7	81,2	77,2	79,5	1,594	3	0,661
Pacientų apžiūra	Gaunama	96,7	94,0	97,6	97,7	3,150	3	0,369
	Komunikuojama	100,0	100,0	97,6	96,6	4,987	3	0,173
Pacientų tyrimų rezultatai	Gaunama	90,0	80,5	78,0	77,3	2,566	3	0,464
	Komunikuojama	100,0²	85,7²	75,6	73,9	14,084	3	0,003
Informacija apie pacientų ligos prognozę	Gaunama	43,3	44,4	30,7	38,6	5,487	3	0,139
	Komunikuojama	83,3²	75,9²	63,0	52,3	17,873	3	0,000
Informacija apie pacientų ligos diagnozę	Gaunama	46,7	56,4	50,4	40,9	5,223	3	0,156
	Komunikuojama	80,0¹	77,4	73,2	61,4	7,982	3	0,046
Gydymo metodai, jų privalumai ir trūkumai	Gaunama	36,7	30,8	29,9	39,8	2,833	3	0,418
	Komunikuojama	63,3	50,4	44,1	55,7	5,007	3	0,171
Gydymo metodų apibendrinimas	Gaunama	43,3	41,4	35,4	26,1	6,090	3	0,107
	Komunikuojama	60,0	60,9	54,3	55,7	1,346	3	0,718
Gydymo plano laikymasis	Gaunama	90,0	81,2	83,5	81,8	1,429	3	0,699
	Komunikuojama	83,3	73,7	70,9	61,4	6,579	3	0,087

χ^2 – „Chi kvadrato“ testo reikšmė, IIs – testo laisvės laipsnių skaičius, p – testo statistinis reikšmingumas.

¹ p<0,05, lyginant su 50 m. ir vyresniais gydytojais.

² p<0,05, lyginant su 40-49 m. bei 50 m. ir vyresniais gydytojais.

4 lentelė. Gydytojų komunikacijos rodikliai pagal amžių (proc.) (tęsinys)

	Kryptis	Amžius				χ^2	lls	p
		Iki 32 m.	32-39 m.	40-49 m.	50 m. ir daugiau			
Pagrindiniai paciento gydymo aspektai	Gaunama	66,7 ²	50,4 ²	44,1	29,5	15,78 ₄	3	0,001
	Komunikuojama	53,3 ²	38,3 ²	23,6	18,2	20,54 ₂	3	0,000
Bendradarbiavimas	Gaunama	40,0 ²	35,3 ²	17,3	4,5	36,07 ₆	3	0,000
	Komunikuojama	43,3 ²	38,3 ²	22,0	12,5	23,56 ₇	3	0,000
Padėka	Gaunama	90,0	80,5	73,2	71,6	6,162	3	0,104
	Komunikuojama	100,0	88,7	82,7	80,7	8,759	3	0,033

χ^2 – „Chi kvadrato“ testo reikšmė, lls – testo laisvės laipsnių skaičius, p – testo statistinis reikšmingumas.

¹ p<0,05, lyginant su 50 m. ir vyresniais gydytojais.

² p<0,05, lyginant su 40-49 m. bei 50 m. ir vyresniais gydytojais.

Palyginus slaugytojų komunikacijos rodiklius pagal jų amžių (5 lentelė), taikant „Chi kvadrato“ (χ^2) testą ir papildomai palyginus proporcijas z testų pagalba, buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai (kai p<0,05), atskleidę šiuos rezultatus:

Vyresni nei 50 metų slaugytojai reikšmingai dažniau nurodė, kad iš gydytojų sulaukia komunikacijos apie prisistatymą, palyginti su jaunesniais nei 32 metų slaugytojais. Tuo tarpu bendravimą vardu su gydytojais dažniau naudojo jaunesni nei 32 metų bei 32–39 metų slaugytojai, palyginti su vyresnėmis amžiaus grupėmis.

Empatijos iš gydytojų dažniau patyrė jaunesni nei 32 m. ir 32–39 m. slaugytojai, lyginant su slaugytojais, kuriems 50 metų ir daugiau. Taip pat jaunesni nei 50 metų slaugytojai dažniau patys empatiškai komunikuoja su gydytojais, palyginti su vyresniais nei 50 metų.

Komunikaciją apie intervencines procedūras dažniau įvardijo vyresni nei 50 metų slaugytojai, palyginti su jaunesniais nei 32 m. kolegomis. Tuo tarpu apie pacientų ligos prognozę ir diagnozę dažniau komunikuoja 32–39 metų slaugytojai, palyginti su 40–49 metų grupe.

Be to, bendradarbiavimo tema dažniau aptariama tarp slaugytojų, vyresnių nei 50 metų, lyginant su 40–49 metų amžiaus slaugytojais.

Kitais atvejais statistiškai reikšmingų skirtumų tarp amžiaus grupių nenustatyta (p>0,05).

5 lentelė. Slaugytojų komunikacijos rodikliai pagal amžių (proc.)

	Kryptis	Amžius				χ^2	lls	p
		Iki 32 m.	32-39 m.	40-49 m.	50 m. ir daugiau			
Pasisveikinimas	Gaunama	92,4	90,3	98,4	100,0	12,073	3	0,007
	Komunikuojama	99,4	100,0	98,4	100,0	2,275	3	0,517
Prisistatymas	Gaunama	57,6	75,8	66,7	79,2¹	15,391	3	0,002
	Komunikuojama	72,2	82,3	76,2	80,2	3,582	3	0,310
Bendravimas vardu	Gaunama	78,5	87,1	77,8	88,1	5,791	3	0,122
	Komunikuojama	34,8²	29,0²	14,3	16,8	15,653	3	0,001
Dėmesingumas	Gaunama	86,1	79,0	79,4	85,1	2,650	3	0,449
	Komunikuojama	98,7	100,0	95,2	98,0	4,480	3	0,214
Empatija	Gaunama	63,9³	67,7³	58,7	47,5	9,046	3	0,029
	Komunikuojama	77,8³	69,4³	69,8³	55,4	14,540	3	0,002
Požiūris į darbą	Gaunama	76,6	77,4	66,7	76,2	2,820	3	0,420
	Komunikuojama	83,5	88,7	82,5	90,1	3,192	3	0,363
Informacijos patikrinimas	Gaunama	74,1	67,7	57,1	70,3	6,167	3	0,104
	Komunikuojama	86,7	88,7	81,0	87,1	1,894	3	0,595
Papildoma informacija	Gaunama	68,4	71,0	66,7	70,3	0,383	3	0,944
	Komunikuojama	94,3	96,8	84,1	88,1	9,602	3	0,022
Planuojami veiksmai	Gaunama	77,2	88,7	74,6	85,1	6,580	3	0,087
	Komunikuojama	93,0	85,5	88,9	95,0	5,641	3	0,130
Intervencinės procedūros	Gaunama	46,2	58,1	60,3	71,3¹	16,241	3	0,001
	Komunikuojama	66,5	72,6	63,5	67,3	1,248	3	0,742
Pacientų apžiūra	Gaunama	96,8	96,8	93,7	99,0	3,687	3	0,297
	Komunikuojama	99,4	98,4	98,4	100,0	1,921	3	0,589
Pacientų tyrimų rezultatai	Gaunama	54,4	61,3	63,5	70,3	6,709	3	0,082
	Komunikuojama	89,9	96,8	85,7	95,0	7,218	3	0,065
Informacija apie pacientų ligos prognozę	Gaunama	59,5	61,3	54,0	64,4	1,812	3	0,612
	Komunikuojama	64,6	77,4⁴	50,8	66,3	9,861	3	0,020
Informacija apie pacientų ligos diagnozę	Gaunama	62,7	67,7	63,5	66,3	0,695	3	0,874
	Komunikuojama	73,4	82,3⁴	54,0	64,4	14,266	3	0,003
Gydymo metodai, jų privalumai ir trūkumai	Gaunama	44,3	40,3	47,6	58,4	6,722	3	0,081
	Komunikuojama	55,1	64,5	52,4	61,4	2,923	3	0,404
Gydymo metodų apibendrinimas	Gaunama	47,5	46,8	33,3	53,5	6,417	3	0,093
	Komunikuojama	60,1	64,5	49,2	56,4	3,476	3	0,324

χ^2 – „Chi kvadrato“ testo reikšmė, lls – testo laisvės laipsnių skaičius, p – testo statistinis reikšmingumas.

¹ p<0,05, lyginant su jaunesniais nei 32 m. slaugytojais.

² p<0,05, lyginant su 40-49 m. bei 50 m. ir vyresniais slaugytojais.

³ p<0,05, lyginant su 50 m. ir vyresniais slaugytojais.

⁴ p<0,05, lyginant su 40-49 m. slaugytojais.

5 lentelė. Slaugytojų komunikacijos rodikliai pagal amžių (proc.) (tęsinys)

	Kryptis	Amžius				χ^2	lls	p
		Iki 32 m.	32-39 m.	40-49 m.	50 m. ir daugiau			
Gydymo plano laikymasis	Gaunama	51,3	50,0	60,3	58,4	2,656	3	0,448
	Komunikuojama	81,6	75,8	81,0	83,2	1,437	3	0,697
Pagrindiniai paciento gydymo aspektai	Gaunama	34,8	38,7	23,8	32,7	3,555	3	0,314
	Komunikuojama	48,1	58,1	41,3	44,6	4,125	3	0,248
Bendradarbiavimas	Gaunama	33,5	43,5	27,0	42,6	5,996	3	0,112
	Komunikuojama	29,7	30,6	20,6	42,6⁴	9,377	3	0,025
Padėka	Gaunama	72,8	71,0	74,6	83,2	4,559	3	0,207
	Komunikuojama	82,3	75,8	79,4	89,1	5,426	3	0,143

χ^2 – „Chi kvadrato“ testo reikšmė, lls – testo laisvės laipsnių skaičius, p – testo statistinis reikšmingumas.

¹ p<0,05, lyginant su jaunesniais nei 32 m. slaugytojais.

² p<0,05, lyginant su 40-49 m. bei 50 m. ir vyresniais slaugytojais.

³ p<0,05, lyginant su 50 m. ir vyresniais slaugytojais.

⁴ p<0,05, lyginant su 40-49 m. slaugytojais.

Palyginus gydytojų komunikacijos rodiklius pagal jų profesinės patirties trukmę (6 lentelė), atlikus „Chi kvadrato“ (χ^2) testus ir papildomai palyginus proporcijas z testų pagalba, nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai (kai p<0,05).

Rezultatai parodė, kad gydytojai, dirbantys 6–11 metų, reikšmingai dažniau prisistato slaugytojams, palyginti su tais, kurie dirba 23 metus ar ilgiau. Bendravimą vardu iš slaugytojų dažniau patiria gydytojai, turintys iki 5 metų ir 6–11 metų darbo stažą, palyginti su 12–22 metų bei 23 metų ir daugiau patirtį turinčiais gydytojais.

Informacijos pasitikrinimas su slaugytojais dažniau vyksta tarp gydytojų, turinčių iki 22 metų patirties, ypač tarp dirbančių iki 5 metų, 6–11 metų ir 12–22 metų, palyginti su 23 m. ir ilgiau dirbančiais. Panaši tendencija pastebima ir kalbant apie komunikaciją dėl pacientų tyrimų rezultatų bei prognozės – šie aspektai reikšmingai dažniau aptariami tarp iki 5 metų ir 6–11 metų patirtį turinčių gydytojų.

Informaciją apie pagrindinius pacientų gydymo aspektus, tiek iš slaugytojų, tiek ir patys komunikodami, dažniau nurodė gydytojai, turintys iki 22 metų patirties (iki 5 m., 6–11 m. ir 12–22 m.), palyginti su ilgesnę nei 23 metų patirtį turinčiais kolegomis.

Komunikaciją apie bendradarbiavimą, tiek kaip gaunamą iš slaugytojų, tiek kaip pačių inicijuojamą, dažniau nurodė gydytojai, dirbantys iki 5 metų. Taip pat šios patirties trukmės gydytojais reikšmingai dažniau padėjo slaugytojams, lyginant su 23 metų ir ilgiau dirbančiais gydytojais.

Kitais atvejais statistiškai reikšmingų skirtumų pagal gydytojų profesinės patirties trukmę nenustatyta (p>0,05).

6 lentelė. Gydytojų komunikacijos rodikliai pagal profesinės patirties trukmę (proc.)

	Kryptis	Profesinės patirties trukmė				χ^2	lls	p
		Iki 5 m.	6-11 m.	12-22 m.	23 m. ir daugiau			
Pasisveikinimas	Gaunama	98,8	96,6	92,8	95,6	4,717	3	0,194
	Komunikuojama	100,0	97,7	97,1	94,1	5,119	3	0,163
Prisistatymas	Gaunama	60,7	78,2	66,2	61,8	7,279	3	0,064
	Komunikuojama	73,8	82,8¹	78,4	63,2	8,811	3	0,032
Bendravimas vardu	Gaunama	45,2²	50,6²	25,9	13,2	32,672	3	0,000
	Komunikuojama	76,2	82,8	73,4	79,4	2,920	3	0,404
Dėmesingumas	Gaunama	94,0	93,1	89,9	95,6	2,621	3	0,454
	Komunikuojama	94,0	95,4	92,1	94,1	1,068	3	0,785
Empatija	Gaunama	85,7	87,4	86,3	89,7	,629	3	0,890
	Komunikuojama	89,3	93,1	88,5	89,7	1,330	3	0,722
Požiūris į darbą	Gaunama	94,0	83,9	89,2	80,9	7,445	3	0,059
	Komunikuojama	96,4	92,0	88,5	86,8	5,505	3	0,138
Informacijos patikrinimas	Gaunama	88,1	86,2	79,9	79,4	3,785	3	0,286
	Komunikuojama	92,9¹	77,0¹	79,1¹	69,1	14,203	3	0,003
Papildoma informacija	Gaunama	65,5	63,2	56,1	51,5	4,168	3	0,244
	Komunikuojama	84,5	86,2	79,1	83,8	2,245	3	0,523
Planuojami veiksmai	Gaunama	82,1	82,8	76,3	75,0	2,506	3	0,474
	Komunikuojama	91,7	97,7	89,2	92,6	5,517	3	0,138
Intervencinės procedūros	Gaunama	58,3	48,3	46,8	52,9	3,160	3	0,368
	Komunikuojama	82,1	78,2	79,9	79,4	0,437	3	0,932
Pacientų apžiūra	Gaunama	94,0	95,4	97,8	97,1	2,428	3	0,489
	Komunikuojama	100,0	100,0	97,8	95,6	6,521	3	0,089
Pacientų tyrimų rezultatai	Gaunama	83,3	78,2	81,3	73,5	2,624	3	0,453
	Komunikuojama	88,1²	86,2²	74,1	77,9	8,858	3	0,031
Informacija apie pacientų ligos prognozę	Gaunama	42,9	40,2	32,4	42,6	3,482	3	0,323
	Komunikuojama	79,8²	73,6²	59,0	57,4	14,682	3	0,002
Informacija apie pacientų ligos diagnozę	Gaunama	52,4	52,9	51,1	41,2	2,660	3	0,447
	Komunikuojama	83,3	71,3	70,5	64,7	7,359	3	0,061
Gydymo metodai, jų privalumai ir trūkumai	Gaunama	33,3	28,7	33,1	38,2	1,561	3	0,668
	Komunikuojama	59,5	43,7	45,3	58,8	7,730	3	0,052
Gydymo metodų apibendrinimas	Gaunama	40,5	42,5	33,8	26,5	5,310	3	0,150
	Komunikuojama	65,5	55,2	54,0	57,4	3,091	3	0,378

χ^2 – „Chi kvadrato“ testo reikšmė, lls – testo laisvės laipsnių skaičius, p – testo statistinis reikšmingumas.

¹ p<0,05, lyginant su 23 m. ir ilgiau dirbančiais gydytojais.

² p<0,05, lyginant su 12-22 m. bei 23 m. ir ilgiau dirbančiais gydytojais.

6 lentelė. Gydytojų komunikacijos rodikliai pagal profesinės patirties trukmę (proc.) (tęsinys)

	Kryptis	Profesinės patirties trukmė				χ^2	lls	p
		Iki 5 m.	6-11 m.	12-22 m.	23 m. ir daugiau			
Gydymo plano laikymasis	Gaunama	85,7	80,5	83,5	80,9	1,053	3	0,788
	Komunikuojama	77,4	71,3	69,1	64,7	3,177	3	0,365
Pagrindiniai paciento gydymo aspektai	Gaunama	58,3¹	49,4¹	41,0¹	29,4	14,298	3	0,003
	Komunikuojama	42,9²	34,5²	25,2	17,6	13,950	3	0,003
Bendradarbiavimas	Gaunama	44,0²	24,1	17,3	4,4	37,458	3	0,000
	Komunikuojama	46,4¹	27,6	23,0	11,8	25,070	3	0,000
Padėka	Gaunama	85,7	77,0	75,5	67,6	7,051	3	0,070
	Komunikuojama	94,0¹	85,1	84,9	77,9	8,227	3	0,042

χ^2 – „Chi kvadrato“ testo reikšmė, lls – testo laisvės laipsnių skaičius, p – testo statistinis reikšmingumas.

¹ $p < 0,05$, lyginant su 23 m. ir ilgiau dirbančiais gydytojais.

² $p < 0,05$, lyginant su 12-22 m. bei 23 m. ir ilgiau dirbančiais gydytojais.

Palyginus slaugytojų komunikacijos rodiklius pagal jų profesinės patirties trukmę (7 lentelė), taikant „Chi kvadrato“ (χ^2) testą ir proporcijų palyginimo z testus, nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai (kai $p < 0,05$).

Rezultatai parodė, kad iki 5 metų patirties turintys slaugytojai reikšmingai dažniau sulaukia prisistatymo iš gydytojų, palyginti su slaugytojais, dirbančiais 23 metus ir ilgiau. Bendravimą vardu su gydytojais dažniau naudoja slaugytojai, dirbantys iki 5 metų ir 6–11 metų, palyginti su 12–22 metų bei 23 metų ir ilgiau dirbančiais.

Empatijos iš gydytojų dažniau patiria slaugytojai, dirbantys iki 22 metų, o empatiškai patys komunikuoja reikšmingai dažniau iki 5 metų ir 6–11 metų patirties turintys slaugytojai. Požiūrio į darbą komunikaciją iš gydytojų dažniau nurodė slaugytojai, dirbantys iki 5 metų, 6–11 metų ir 23 metų ar ilgiau, lyginant su slaugytojais, turinčiais 12–22 metų darbo patirtį. Informaciją apie intervencines procedūras dažniau gauna 23 metų ir ilgiau dirbantys slaugytojai, palyginti su tais, kurie dirba iki 5 metų. Komunikacija apie paciento ligos diagnozę dažniau vyksta tarp slaugytojų, dirbančių iki 5 metų, palyginti su 12–22 metų patirtį turinčiais.

Dėl gydymo plano laikymosi dažniau komunikuoja slaugytojai, turintys iki 5 metų bei daugiau nei 23 metų patirties, lyginant su 12–22 metų darbo stažą turinčiais. Be to, padėkų iš gydytojų dažniau sulaukia ir patys padėkoja slaugytojai, turintys 6–11 metų ir daugiau nei 23 metų patirtį, palyginti su 12–22 metų patirtį turinčiais kolegomis.

Kitais atvejais statistiškai reikšmingų skirtumų pagal slaugytojų profesinės patirties trukmę nenustatyta ($p > 0,05$).

7 lentelė. Slaugytojų komunikacijos rodikliai pagal profesinės patirties trukmę (proc.)

	Kryptis	Profesinės patirties trukmė				χ^2	Ils	p
		Iki 5 m.	6-11 m.	12-22 m.	23 m. ir daugiau			
Pasisveikinimas	Gaunama	94,4	87,5	96,2	100,0	15,083	3	0,002
	Komunikuojama	99,3	100,0	98,1	100,0	3,051	3	0,384
Prisistatymas	Gaunama	56,6¹	73,6	73,1	75,2	12,855	3	0,005
	Komunikuojama	69,9	79,2	84,6	79,5	6,215	3	0,102
Bendravimas vardu	Gaunama	76,9	90,3	80,8	84,6	6,496	3	0,090
	Komunikuojama	34,3²	37,5²	7,7	16,2	25,007	3	0,000
Dėmesingumas	Gaunama	83,9	87,5	76,9	83,8	2,501	3	0,475
	Komunikuojama	98,6	100,0	98,1	96,6	3,149	3	0,369
Empatija	Gaunama	66,4¹	69,4¹	44,2₁	51,3	14,101	3	0,003
	Komunikuojama	79,0²	73,6²	61,5	58,1	15,319	3	0,002
Požiūris į darbą	Gaunama	76,9³	86,1³	51,9	76,1³	19,863	3	0,000
	Komunikuojama	85,3	87,5	76,9	89,7	5,090	3	0,165
Informacijos patikrinimas	Gaunama	70,6	73,6	63,5	67,5	1,754	3	0,625
	Komunikuojama	81,8	93,1	86,5	87,2	5,251	3	0,154
Papildoma informacija	Gaunama	67,1	72,2	61,5	72,6	2,665	3	0,446
	Komunikuojama	91,6	98,6	84,6	89,7	8,230	3	0,041
Planuojami veiksmai	Gaunama	75,5	90,3	76,9	82,9	7,550	3	0,056
	Komunikuojama	93,7	86,1	86,5	94,9	7,051	3	0,070
Intervencinės procedūros	Gaunama	44,1	61,1	59,6	69,2⁴	17,561	3	0,001
	Komunikuojama	62,2	77,8	61,5	69,2	6,226	3	0,101
Pacientų apžiūra	Gaunama	96,5	98,6	94,2	97,4	2,105	3	0,551
	Komunikuojama	99,3	98,6	98,1	100,0	2,151	3	0,542
Pacientų tyrimų rezultatai	Gaunama	54,5	63,9	57,7	69,2	6,333	3	0,096
	Komunikuojama	90,9	90,3	86,5	95,7	4,604	3	0,203
Informacija apie pacientų ligos prognozę	Gaunama	58,0	63,9	51,9	64,1	2,916	3	0,405
	Komunikuojama	65,7	68,1	55,8	65,8	2,302	3	0,512
Informacija apie pacientų ligos diagnozę	Gaunama	61,5	69,4	57,7	68,4	3,139	3	0,371
	Komunikuojama	76,9³	69,4	57,7	65,0	8,233	3	0,041
Gydymo metodai, jų privalumai ir trūkumai	Gaunama	42,7	52,8	34,6	57,3	10,050	3	0,018
	Komunikuojama	55,9	63,9	44,2	62,4	6,234	3	0,101

χ^2 – „Chi kvadrato“ testo reikšmė, Ils – testo laisvės laipsnių skaičius, p – testo statistinis reikšmingumas.

¹ p<0,05, lyginant su 23 m. ir ilgiau dirbančiais gydytojais.

² p<0,05, lyginant su 12-22 m. bei 23 m. ir ilgiau dirbančiais gydytojais.

³ p<0,05, lyginant su slaugytojais, dirbančiais 12-22 m.

⁴ p<0,05, lyginant su iki 5 m. dirbančiais slaugytojais.

7 lentelė. Slaugytojų komunikacijos rodikliai pagal profesinės patirties trukmę (proc.) (tęsinys)

	Kryptis	Profesinės patirties trukmė				χ^2	Ils	p
		Iki 5 m.	6-11 m.	12-22 m.	23 m. ir daugiau			
Gydymo metodų apibendrinimas	Gaunama	45,5	55,6	34,6	47,9	5,472	3	0,140
	Komunikuojama	61,5	63,9	48,1	54,7	4,386	3	0,223
Gydymo plano laikymasis	Gaunama	52,4	58,3	40,4	60,7	6,649	3	0,084
	Komunikuojama	83,2³	77,8	65,4	87,2³	12,079	3	0,007
Pagrindiniai paciento gydymo aspektai	Gaunama	36,4	33,3	34,6	28,2	2,010	3	0,570
	Komunikuojama	48,3	55,6	40,4	45,3	3,184	3	0,364
Bendradarbiavimas	Gaunama	35,0	41,7	28,8	38,5	2,484	3	0,478
	Komunikuojama	26,6	36,1	26,9	37,6	4,810	3	0,186
Padėka	Gaunama	71,3	83,3³	57,7	83,8³	16,974	3	0,001
	Komunikuojama	81,8	84,7³	67,3	88,9³	11,940	3	0,008

χ^2 – „Chi kvadrato“ testo reikšmė, Ils – testo laisvės laipsnių skaičius, p – testo statistinis reikšmingumas.

¹ $p < 0,05$, lyginant su 23 m. ir ilgiau dirbančiais gydytojais.

² $p < 0,05$, lyginant su 12-22 m. bei 23 m. ir ilgiau dirbančiais gydytojais.

³ $p < 0,05$, lyginant su slaugytojais, dirbančiais 12-22 m.

⁴ $p < 0,05$, lyginant su iki 5 m. dirbančiais slaugytojais.

Palyginus gydytojų komunikacijos rodiklius pagal jų lytį (8 lentelė), taikant „Chi kvadrato“ (χ^2) testus bei proporcijų palyginimo z testus, nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai (kai $p < 0,05$).

Rezultatai parodė, kad gydytojos moterys reikšmingai dažniau prisistato slaugytojams, rodo dėmesingumą, tikslinasi informaciją, teikia papildomą informaciją, komunikuoja apie intervencines procedūras ir sulaukia padėkos iš slaugytojų, lyginant su gydytojais vyrais. Tuo tarpu gydytojai vyrai reikšmingai dažniau bendrauja vardu su slaugytojais bei gauna iš jų informaciją apie gydymo metodus ir jų privalumus. Šie skirtumai rodo, kad gydytojų lytis turi įtakos tiek informacijos teikimo, tiek gavimo pobūdžiui klinikinėje aplinkoje.

Kitais atvejais statistiškai reikšmingų skirtumų pagal gydytojų lytį nenustatyta ($p > 0,05$).

8 lentelė. Gydytojų komunikacijos rodikliai pagal lytį (proc.)

	Kryptis	Lytis		χ^2	Ils	p
		Vyrai	Moterys			
Pasisveikinimas	Gaunama	94,7	95,9	0,307	1	0,580
	Komunikuojama	96,2	98,0	1,028	1	0,311
Prisistatymas	Gaunama	66,7	67,1	0,006	1	0,936
	Komunikuojama	65,9	80,9¹	10,475	1	0,001
Bendravimas vardu	Gaunama	43,9²	28,0	9,723	1	0,002
	Komunikuojama	76,5	77,6	0,062	1	0,803
Dėmesingumas	Gaunama	82,6	98,0¹	29,672	1	0,000
	Komunikuojama	87,1	97,2¹	14,544	1	0,000
Empatija	Gaunama	87,9	86,6	0,127	1	0,721
	Komunikuojama	89,4	90,2	0,069	1	0,793
Požiūris į darbą	Gaunama	88,6	87,0	0,213	1	0,644
	Komunikuojama	94,7	88,6	3,778	1	0,052
Informacijos patikrinimas	Gaunama	76,5	86,6¹	6,194	1	0,013
	Komunikuojama	73,5	83,3¹	5,187	1	0,023
Papildoma informacija	Gaunama	56,8	60,2	0,397	1	0,529
	Komunikuojama	75,0	87,0¹	8,676	1	0,003
Planuojami veiksmai	Gaunama	84,1	76,0	3,357	1	0,067
	Komunikuojama	90,2	93,5	1,356	1	0,244
Intervencinės procedūros	Gaunama	53,0	49,6	0,406	1	0,524
	Komunikuojama	73,5	83,3¹	5,187	1	0,023
Pacientų apžiūra	Gaunama	97,0	95,9	0,258	1	0,612
	Komunikuojama	97,7	98,8	0,610	1	0,435
Pacientų tyrimų rezultatai	Gaunama	82,6	78,0	1,085	1	0,298
	Komunikuojama	78,8	81,7	0,470	1	0,493
Informacija apie pacientų ligos prognozę	Gaunama	40,2	37,4	0,275	1	0,600
	Komunikuojama	62,9	68,7	1,310	1	0,252
Informacija apie pacientų ligos diagnozę	Gaunama	51,5	49,2	0,186	1	0,666
	Komunikuojama	69,7	74,0	0,792	1	0,374
Gydymo metodai, jų privalumai ir trūkumai	Gaunama	40,2²	29,3	4,597	1	0,032
	Komunikuojama	48,5	51,6	0,339	1	0,560
Gydymo metodų apibendrinimas	Gaunama	36,4	35,8	0,013	1	0,909
	Komunikuojama	55,3	58,5	0,367	1	0,544
Gydymo plano laikymasis	Gaunama	87,1	80,5	2,655	1	0,103
	Komunikuojama	67,4	72,4	1,008	1	0,315
Pagrindiniai paciento gydymo aspektai	Gaunama	50,0	41,9	2,297	1	0,130
	Komunikuojama	28,0	30,9	0,336	1	0,562
Bendradarbiavimas	Gaunama	18,9	24,4	1,464	1	0,226
	Komunikuojama	23,5	29,3	1,449	1	0,229
Padėka	Gaunama	73,5	78,5	1,188	1	0,276
	Komunikuojama	76,5	90,7¹	14,017	1	0,000

χ^2 – „Chi kvadrato“ testo reikšmė, IIs – testo laisvės laipsnių skaičius, p – testo statistinis reikšmingumas.

¹ p<0,05, lyginant su vyrais.

² p<0,05, lyginant su moterimis.

Palyginus slaugytojų komunikacijos rodiklius pagal jų lytį (9 lentelė), taikant „Chi kvadrato“ (χ^2) testus ir proporcijų palyginimo z testus, nustatytas vienas statistiškai reikšmingas skirtumas (kai $p < 0,05$). Slaugytojos moterys reikšmingai dažniau nei slaugytojai vyrai bendrauja su gydytojais apie pacientų apžiūrą. Kitais atvejais statistiškai reikšmingų skirtumų tarp slaugytojų pagal lytį nenustatyta ($p > 0,05$).

9 lentelė. Slaugytojų komunikacijos rodikliai pagal lytį (proc.)

	Kryptis	Lytis		χ^2	Ils	p
		Vyrai	Moterys			
Pasisveikinimas	Gaunama	100,0	94,9	0,480	1	0,489
	Komunikuojama	100,0	99,5	0,048	1	0,826
Prisistatymas	Gaunama	55,6	68,0	0,623	1	0,430
	Komunikuojama	100,0	76,0	2,821	1	0,093
Bendravimas vardu	Gaunama	77,8	82,4	0,129	1	0,720
	Komunikuojama	33,3	25,6	0,275	1	0,600
Dėmesingumas	Gaunama	77,8	83,7	0,227	1	0,634
	Komunikuojama	100,0	98,1	0,171	1	0,679
Empatija	Gaunama	66,7	59,2	0,203	1	0,652
	Komunikuojama	77,8	69,1	0,313	1	0,576
Požiūris į darbą	Gaunama	55,6	75,5	1,858	1	0,173
	Komunikuojama	88,9	85,9	0,066	1	0,797
Informacijos patikrinimas	Gaunama	55,6	69,6	0,814	1	0,367
	Komunikuojama	66,7	86,7	2,955	1	0,086
Papildoma informacija	Gaunama	77,8	68,8	0,331	1	0,565
	Komunikuojama	77,8	91,7	2,179	1	0,140
Planuojami veiksmai	Gaunama	88,9	80,5	0,394	1	0,530
	Komunikuojama	88,9	91,7	0,093	1	0,760
Intervencinės procedūros	Gaunama	55,6	57,1	0,008	1	0,928
	Komunikuojama	66,7	67,2	0,001	1	0,973
Pacientų apžiūra	Gaunama	100,0	96,8	0,297	1	0,586
	Komunikuojama	88,9	99,5¹	12,687	1	0,000
Pacientų tyrimų rezultatai	Gaunama	55,6	61,3	0,124	1	0,725
	Komunikuojama	88,9	91,7	0,093	1	0,760
Informacija apie pacientų ligos prognozę	Gaunama	66,7	60,0	0,163	1	0,686
	Komunikuojama	55,6	65,1	0,349	1	0,555
Informacija apie pacientų ligos diagnozę	Gaunama	66,7	64,5	0,017	1	0,895
	Komunikuojama	66,7	69,3	0,029	1	0,864
Gydymo metodai, jų privalumai ir trūkumai	Gaunama	55,6	47,7	0,215	1	0,643
	Komunikuojama	66,7	57,6	0,296	1	0,586
Gydymo metodų apibendrinimas	Gaunama	55,6	46,4	0,296	1	0,586
	Komunikuojama	66,7	57,9	0,280	1	0,597
Gydymo plano laikymasis	Gaunama	66,7	54,1	0,557	1	0,456
	Komunikuojama	66,7	81,3	1,228	1	0,268

χ^2 – „Chi kvadrato“ testo reikšmė, IIs – testo laisvės laipsnių skaičius, p – testo statistinis reikšmingumas.

¹ $p < 0,05$, lyginant su vyrais.

9 lentelė. Slaugytojų komunikacijos rodikliai pagal lytį (proc.)(tęsinys)

	Kryptis	Lytis		χ^2	Ils	p
		Vyrai	Moterys			
Pagrindiniai paciento gydymo aspektai	Gaunama	44,4	32,8	0,538	1	0,463
	Komunikuojama	44,4	47,7	0,038	1	0,845
Bendradarbiavimas	Gaunama	44,4	36,3	0,254	1	0,614
	Komunikuojama	33,3	31,7	0,010	1	0,919
Padėka	Gaunama	77,8	75,5	0,025	1	0,873
	Komunikuojama	88,9	82,4	0,257	1	0,612

χ^2 – „Chi kvadrato“ testo reikšmė, IIs – testo laisvės laipsnių skaičius, p – testo statistinis reikšmingumas.

¹ $p < 0,05$, lyginant su vyrais.

Palyginome gydytojų komunikacijos rodiklius pagal profesinę kvalifikaciją (10 lentelė). Tačiau apskaičiavus „Chi kvadrato“ (χ^2) testus statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo nustatyta (nes ($p > 0,05$), kas rodo, kad gydytojų komunikacija su slaugytojais reikšmingai pagal jų profesinę kvalifikaciją nesiskiria.

10 lentelė. Gydytojų komunikacijos rodikliai pagal profesinę kvalifikaciją (proc.)

	Kryptis	Profesinė kvalifikacija				χ^2	IIs	p
		Terap. profilio gyd.	Chirurgai	Vaikų gyd.	Kiti			
Pasisveikinimas	Gaunama	94,1	97,9	98,7	89,5	7,060	3	0,070
	Komunikuojama	97,0	95,8	98,7	100,0	2,461	3	0,482
Prisistatymas	Gaunama	64,5	75,0	64,0	63,2	3,812	3	0,283
	Komunikuojama	78,1	72,9	76,0	71,1	1,384	3	0,709
Bendravimas vardu	Gaunama	30,8	37,5	37,3	28,9	2,099	3	0,552
	Komunikuojama	74,6	76,0	84,0	78,9	2,784	3	0,426
Dėmesingumas	Gaunama	92,9	91,7	94,7	89,5	1,153	3	0,764
	Komunikuojama	93,5	89,6	97,3	97,4	5,272	3	0,153
Empatija	Gaunama	86,4	85,4	89,3	89,5	0,836	3	0,841
	Komunikuojama	89,3	87,5	96,0	86,8	4,147	3	0,246
Požiūris į darbą	Gaunama	87,0	87,5	90,7	84,2	1,108	3	0,775
	Komunikuojama	89,9	89,6	94,7	89,5	1,730	3	0,630
Informacijos patikrinimas	Gaunama	79,3	85,4	89,3	81,6	4,245	3	0,236
	Komunikuojama	83,4	72,9	82,7	76,3	4,888	3	0,180
Papildoma informacija	Gaunama	58,0	51,0	65,3	71,1	6,110	3	0,106
	Komunikuojama	83,4	78,1	89,3	78,9	4,165	3	0,244
Planuojami veiksmai	Gaunama	76,3	79,2	85,3	76,3	2,684	3	0,443
	Komunikuojama	92,3	89,6	97,3	89,5	4,111	3	0,250
Intervencinės procedūros	Gaunama	47,9	52,1	58,7	44,7	3,037	3	0,386
	Komunikuojama	79,9	76,0	81,3	86,8	2,126	3	0,547

χ^2 – „Chi kvadrato“ testo reikšmė, IIs – testo laisvės laipsnių skaičius, p – testo statistinis reikšmingumas.

10 lentelė. Gydytojų komunikacijos rodikliai pagal profesinę kvalifikaciją (proc.) (tęsinys)

	Kryptis	Profesinė kvalifikacija				χ^2	l s	p
		Terap. profilio gyd.	Chirurgai	Vaikų gyd.	Kiti			
Pacientų apžiūra	Gaunama	95,9	96,9	97,3	94,7	0,666	3	0,881
	Komunikuojama	98,2	97,9	100,0	97,4	1,664	3	0,645
Pacientų tyrimų rezultatai	Gaunama	83,4	75,0	82,7	68,4	6,144	3	0,105
	Komunikuojama	81,7	75,0	84,0	84,2	2,926	3	0,403
Informacija apie pacientų ligos prognozę	Gaunama	33,7	39,6	46,7	39,5	3,803	3	0,284
	Komunikuojama	65,7	63,5	72,0	68,4	1,508	3	0,680
Informacija apie pacientų ligos diagnozę	Gaunama	49,1	53,1	54,7	36,8	3,713	3	0,294
	Komunikuojama	72,8	68,8	76,0	73,7	1,171	3	0,760
Gydymo metodai, jų privalumai ir trūkumai	Gaunama	30,8	40,6	29,3	31,6	3,391	3	0,335
	Komunikuojama	47,3	54,2	49,3	57,9	2,065	3	0,559
Gydymo metodų apibendrinimas	Gaunama	33,7	39,6	40,0	28,9	2,255	3	0,521
	Komunikuojama	54,4	56,3	64,0	60,5	2,146	3	0,543
Gydymo plano laikymasis	Gaunama	80,5	89,6	81,3	78,9	4,254	3	0,235
	Komunikuojama	69,8	72,9	74,7	60,5	2,755	3	0,431
Pagrindiniai paciento gydymo aspektai	Gaunama	44,4	46,9	46,7	36,8	1,257	3	0,739
	Komunikuojama	30,2	28,1	32,0	28,9	0,325	3	0,955
Bendradarbiavi mas	Gaunama	21,9	17,7	29,3	23,7	3,340	3	0,342
	Komunikuojama	29,6	21,9	32,0	21,1	3,454	3	0,327
Padėka	Gaunama	76,3	75,0	80,0	76,3	0,629	3	0,890
	Komunikuojama	85,2	82,3	92,0	84,2	3,444	3	0,328

χ^2 – „Chi kvadrato“ testo reikšmė, lls – testo laisvės laipsnių skaičius, p – testo statistinis reikšmingumas.

Palyginus slaugytojų komunikacijos rodiklius pagal jų profesinę kvalifikaciją (11 lentelė), taikant „Chi kvadrato“ (χ^2) testus ir papildomai palyginus proporcijas z testų pagalba, nustatyti keli statistiškai reikšmingi skirtumai (kai $p < 0,05$).

Bendrosios praktikos slaugytojai reikšmingai dažniau nei išplėstinės praktikos slaugytojai nurodė, kad iš gydytojų gauna informaciją apie pacientų tyrimų rezultatus. Taip pat jie reikšmingai dažniau gydytojams teikia informaciją apie gydymo metodus ir jų privalumus bei gydymo plano laikymąsi.

Kitais atvejais statistiškai reikšmingų skirtumų tarp slaugytojų pagal jų profesinę kvalifikaciją nenustatyta ($p > 0,05$).

11 lentelė. Slaugytojų komunikacijos rodikliai pagal profesinę kvalifikaciją (proc.)

	Kryptis	Profesinę kvalifikaciją		χ^2	Ils	p
		Bendrosios praktikos	Bendrosios praktikos			
Pasisveikinimas	Gaunama	94,9	100,0	0,534	1	0,465
	Komunikuojama	99,5	100,0	0,054	1	0,817
Prisistatymas	Gaunama	67,9	60,0	0,279	1	0,597
	Komunikuojama	77,0	60,0	1,570	1	0,210
Bendravimas vardu	Gaunama	81,8	100,0	2,209	1	0,137
	Komunikuojama	25,1	50,0	3,147	1	0,076
Dėmesingumas	Gaunama	83,4	90,0	0,307	1	0,579
	Komunikuojama	98,1	100,0	0,191	1	0,662
Empatija	Gaunama	58,8	80,0	1,811	1	0,178
	Komunikuojama	68,7	90,0	2,073	1	0,150
Požiūris į darbą	Gaunama	74,3	100,0	3,422	1	0,064
	Komunikuojama	85,6	100,0	1,680	1	0,195
Informacijos patikrinimas	Gaunama	69,0	80,0	0,555	1	0,456
	Komunikuojama	85,8	100,0	1,644	1	0,200
Papildoma informacija	Gaunama	69,0	70,0	0,005	1	0,945
	Komunikuojama	91,4	90,0	0,026	1	0,872
Planuojami veiksmai	Gaunama	80,2	100,0	2,451	1	0,117
	Komunikuojama	91,7	90,0	0,037	1	0,847
Intervencinės procedūros	Gaunama	57,2	50,0	0,207	1	0,649
	Komunikuojama	67,4	60,0	0,241	1	0,624
Pacientų apžiūra	Gaunama	96,8	100,0	0,331	1	0,565
	Komunikuojama	99,2	100,0	0,081	1	0,776
Pacientų tyrimų rezultatai	Gaunama	62,0¹	30,0	4,208	1	0,040
	Komunikuojama	91,7	90,0	0,037	1	0,847
Informacija apie pacientų ligos prognozę	Gaunama	60,2	60,0	0,000	1	0,992
	Komunikuojama	65,2	50,0	0,992	1	0,319
Informacija apie pacientų ligos diagnozę	Gaunama	64,7	60,0	0,094	1	0,759
	Komunikuojama	69,8	50,0	1,791	1	0,181
Gydymo metodai, jų privalumai ir trūkumai	Gaunama	48,7	20,0	3,206	1	0,073
	Komunikuojama	58,8¹	20,0	6,019	1	0,014
Gydymo metodų apibendrinimas	Gaunama	47,3	20,0	2,923	1	0,087
	Komunikuojama	58,8	30,0	3,323	1	0,068
Gydymo plano laikymasis	Gaunama	55,1	30,0	2,470	1	0,116
	Komunikuojama	81,8¹	50,0	6,404	1	0,011

χ^2 – „Chi kvadrato“ testo reikšmė, IIs – testo laisvės laipsnių skaičius, p – testo statistinis reikšmingumas.

¹ $p < 0,05$, lyginant su išplėstinės praktikos slaugytojais.

11 lentelė. Slaugytojų komunikacijos rodikliai pagal profesinę kvalifikaciją (proc.) (tęsinys)

	Kryptis	Profesinę kvalifikaciją		χ^2	lks	p
		Bendrosios praktikos	Bendrosios praktikos			
Pagrindiniai paciento gydymo aspektai	Gaunama	33,7	10,0	2,469	1	0,116
	Komunikuojama	47,6	50,0	0,023	1	0,880
Bendradarbiavimas	Gaunama	36,9	20,0	1,201	1	0,273
	Komunikuojama	32,1	20,0	0,656	1	0,418
Padėka	Gaunama	75,1	90,0	1,164	1	0,281
	Komunikuojama	82,1	100,0	2,170	1	0,141

χ^2 – „Chi kvadrato“ testo reikšmė, lks – testo laisvės laipsnių skaičius, p – testo statistinis reikšmingumas.

¹ $p < 0,05$, lyginant su išplėstinės praktikos slaugytojais.

Palyginus gydytojų komunikacijos rodiklius pagal jų darbo vietą (12 lentelė), atlikus „Chi kvadrato“ (χ^2) testus ir papildomai palyginus proporcijas z testų pagalba, nustatyti keli statistiškai reikšmingi skirtumai (kai $p < 0,05$).

Gydytojai, dirbantys miesto klinikinėse ligoninėse, reikšmingai dažniau nei Respublikinėse ligoninėse dirbantys kolegos slaugytojams teikia papildomą informaciją. Taip pat gydytojai, dirbantys universitetinėse ligoninėse, reikšmingai dažniau komunikuoja slaugytojams apie gydymo plano laikymąsi, palyginti su gydytojais, dirbančiais rajono ligoninėse.

Kitais atvejais statistiškai reikšmingų skirtumų pagal gydytojų darbo vietą nenustatyta ($p > 0,05$).

12 lentelė. Gydytojų komunikacijos rodikliai pagal darbo vietą (proc.)

	Kryptis	Darbo vieta				χ^2	lks	p
		Univers. ligoninė	Respu bl. ligoninė	Miesto klin. ligoninė	Rajono ligoninė			
Pasisveikinimas	Gaunama	98,0	90,9	98,9	94,3	8,995	3	0,029
	Komunikuojama	98,0	97,0	97,8	96,6	0,493	3	0,920
Prisistatymas	Gaunama	66,7	56,6	73,6	71,3	7,365	3	0,061
	Komunikuojama	77,8	70,7	80,2	73,6	2,782	3	0,427
Bendravimas vardu	Gaunama	37,4	33,3	35,2	27,6	2,147	3	0,543
	Komunikuojama	74,7	71,7	86,8	75,9	6,879	3	0,076
Dėmesingumas	Gaunama	93,9	90,9	94,5	90,8	1,553	3	0,670
	Komunikuojama	91,9	96,0	92,3	94,3	1,707	3	0,635

χ^2 – „Chi kvadrato“ testo reikšmė, lks – testo laisvės laipsnių skaičius, p – testo statistinis reikšmingumas.

¹ $p < 0,05$, lyginant su Respublikinėje ligoninėje dirbančiais gydytojais.

² $p < 0,05$, lyginant su rajono ligoninėje dirbančiais gydytojais.

12 lentelė. Gydytojų komunikacijos rodikliai pagal darbo vietą (proc.) (tęsinys)

	Kryptis	Darbo vieta				χ^2	l s	p
		Unive rs. ligoni nė	Respubl. ligoninė	Miesto klin. ligoninė	Rajon o ligoni nė			
Empatija	Gaunama	83,8	87,9	90,1	86,2	1,765	3	0,623
	Komunikuojama	89,9	91,9	89,0	88,5	0,710	3	0,871
Požiūris į darbą	Gaunama	88,9	86,9	89,0	85,1	0,875	3	0,831
	Komunikuojama	90,9	90,9	93,4	87,4	1,952	3	0,582
Informacijos pasitikrinimas	Gaunama	83,8	81,8	85,7	80,5	1,019	3	0,797
	Komunikuojama	80,8	73,7	83,5	81,6	3,275	3	0,351
Papildoma informacija	Gaunama	58,6	56,6	69,2	51,7	6,093	3	0,107
	Komunikuojama	81,8	76,8	92,3¹	80,5	8,670	3	0,034
Planuojami veiksmai	Gaunama	72,7	80,8	83,5	79,3	3,666	3	0,300
	Komunikuojama	94,9	89,9	92,3	92,0	1,793	3	0,617
Intervencinės procedūros	Gaunama	52,5	41,4	58,2	52,9	5,764	3	0,124
	Komunikuojama	80,8	77,8	83,5	77,0	1,512	3	0,679
Pacientų apžiūra	Gaunama	94,9	94,9	100,0	95,4	4,678	3	0,197
	Komunikuojama	98,0	97,0	98,9	100,0	2,965	3	0,397
Pacientų tyrimų rezultatai	Gaunama	83,8	74,7	81,3	78,2	2,798	3	0,424
	Komunikuojama	80,8	76,8	85,7	79,3	2,546	3	0,467
Informacija apie pacientų ligos prognozę	Gaunama	37,4	34,3	42,9	40,2	1,613	3	0,656
	Komunikuojama	69,7	64,6	72,5	59,8	3,863	3	0,277
Informacija apie pacientų ligos diagnozę	Gaunama	49,5	48,5	58,2	43,7	3,964	3	0,265
	Komunikuojama	72,7	74,7	74,7	67,8	1,438	3	0,697
Gydymo metodai, jų privalumai ir trūkumai	Gaunama	22,2	38,4	37,4	35,6	7,517	3	0,057
	Komunikuojama	43,4	55,6	52,7	50,6	3,173	3	0,366
Gydymo metodų apibendrinimas	Gaunama	35,4	42,4	34,1	32,2	2,479	3	0,479
	Komunikuojama	54,5	65,7	54,9	55,2	3,482	3	0,323
Gydymo plano laikymasis	Gaunama	83,8	81,8	85,7	79,3	1,421	3	0,701
	Komunikuojama	78,8²	67,7	75,8	58,6	10,788	3	0,013
Pagrindiniai pacientų gydymo aspektai	Gaunama	46,5	47,5	41,8	42,5	0,918	3	0,821
	Komunikuojama	32,3	31,3	27,5	27,6	0,849	3	0,838
Bendradarbiavimas	Gaunama	20,2	20,2	23,1	27,6	1,899	3	0,594
	Komunikuojama	24,2	22,2	28,6	35,6	4,858	3	0,183
Padėka	Gaunama	76,8	75,8	78,0	77,0	0,138	3	0,987
	Komunikuojama	85,9	83,8	86,8	86,2	0,390	3	0,942

χ^2 – „Chi kvadrato“ testo reikšmė, lls – testo laisvės laipsnių skaičius, p – testo statistinis reikšmingumas.

¹ p<0,05, lyginant su Respublikinėje ligoninėje dirbančiais gydytojais.

² p<0,05, lyginant su rajono ligoninėje dirbančiais gydytojais.

Palyginome slaugytojų komunikacijos rodiklius pagal slaugytojų darbo vietą (13 lentelė). Tačiau apskaičiavus „Chi kvadrato“ (χ^2) testus ir papildomai palyginus proporcijas z testų pagalba, statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo nustatyta (nes $p>0,05$). Tai rodo, kad slaugytojų komunikacija su gydytojais statistiškai reikšmingai pagal jų darbo vietą nesiskiria.

13 lentelė. Slaugytojų komunikacijos rodikliai pagal darbo vietą (proc.)

	Kryptis	Darbo vieta				χ^2	ll s	p
		Unive rs. ligoni nė	Respubl. ligoninė	Miesto klin. ligoninė	Rajono ligoninė			
Pasisveikinimas	Gaunama	95,8	95,1	93,0	96,0	1,036	3	0,793
	Komunikuojama	99,2	100,0	98,8	100,0	1,846	3	0,605
Prisistatymas	Gaunama	60,5	68,9	66,3	78,7	7,084	3	0,069
	Komunikuojama	71,4	78,6	75,6	82,7	3,592	3	0,309
Bendravimas vardu	Gaunama	83,2	77,7	81,4	88,0	3,293	3	0,349
	Komunikuojama	27,7	22,3	26,7	25,3	0,924	3	0,820
Dėmesingumas	Gaunama	83,2	79,6	83,7	89,3	3,001	3	0,392
	Komunikuojama	98,3	97,1	97,7	100,0	2,205	3	0,531
Empatija	Gaunama	58,0	61,2	60,5	57,3	0,402	3	0,940
	Komunikuojama	70,6	72,8	62,8	69,3	2,397	3	0,494
Požiūris į darbą	Gaunama	70,6	74,8	75,6	81,3	2,853	3	0,415
	Komunikuojama	84,9	83,5	87,2	89,3	1,447	3	0,695
Informacijos pasitikrinimas	Gaunama	73,1	68,9	68,6	64,0	1,822	3	0,610
	Komunikuojama	89,9	87,4	84,9	80,0	4,041	3	0,257
Papildoma informacija	Gaunama	64,7	65,0	72,1	77,3	4,591	3	0,204
	Komunikuojama	91,6	91,3	90,7	92,0	0,096	3	0,992
Planuojami veiksmai	Gaunama	78,2	78,6	81,4	86,7	2,516	3	0,472
	Komunikuojama	91,6	90,3	89,5	96,0	2,605	3	0,457
Intervencinės procedūros	Gaunama	51,3	57,3	55,8	66,7	4,508	3	0,212
	Komunikuojama	60,5	72,8	60,5	77,3	9,142	3	0,027
Pacientų apžiūra	Gaunama	96,6	95,1	96,5	100,0	3,487	3	0,322
	Komunikuojama	98,3	100,0	98,8	100,0	2,798	3	0,424
Pacientų tyrimų rezultatai	Gaunama	65,5	56,3	52,3	70,7	7,657	3	0,054
	Komunikuojama	92,4	91,3	88,4	94,7	2,215	3	0,529
Informacija apie pacientų ligos prognozę	Gaunama	62,2	56,3	57,0	65,3	2,038	3	0,565
	Komunikuojama	59,7	67,0	60,5	74,7	5,499	3	0,139
Informacija apie pacientų ligos diagnozę	Gaunama	65,5	62,1	64,0	66,7	0,473	3	0,925
	Komunikuojama	66,4	69,9	65,1	77,3	3,466	3	0,325

χ^2 – „Chi kvadrato“ testo reikšmė, ll s – testo laisvės laipsnių skaičius, p – testo statistinis reikšmingumas.

¹ $p<0,05$, lyginant su Respublikinėje ligoninėje dirbančiais gydytojais.

² $p<0,05$, lyginant su rajono ligoninėje dirbančiais gydytojais.

13 lentelė. Slaugytojų komunikacijos rodikliai pagal darbo vietą (proc.) (tęsinys)

	Kryptis	Darbo vieta				χ^2	lls	p
		Univers. ligoninė	Respubl. ligoninė	Miesto klin. ligoninė	Rajono ligoninė			
Gydymo metodai, jų privalumai ir trūkumai	Gaunama	45,4	46,6	48,8	52,0	0,906	3	0,824
	Komunikuojama	51,3	64,1	52,3	65,3	6,547	3	0,088
Gydymo metodų apibendrinimas	Gaunama	45,4	43,7	44,2	54,7	2,583	3	0,460
	Komunikuojama	58,0	63,1	47,7	62,7	5,536	3	0,137
Gydymo plano laikymasis	Gaunama	52,9	52,4	55,8	57,3	0,592	3	0,898
	Komunikuojama	73,9	85,4	84,9	81,3	5,994	3	0,112
Pagrindiniai paciento gydymo aspektai	Gaunama	32,8	35,9	27,9	34,7	1,504	3	0,681
	Komunikuojama	48,7	54,4	40,7	44,0	3,986	3	0,263
Bendradarbiavimas	Gaunama	32,8	36,9	33,7	44,0	2,827	3	0,419
	Komunikuojama	26,9	32,0	29,1	41,3	4,773	3	0,189
Padėka	Gaunama	73,1	72,8	76,7	81,3	2,218	3	0,528
	Komunikuojama	81,5	78,6	83,7	88,0	2,804	3	0,423

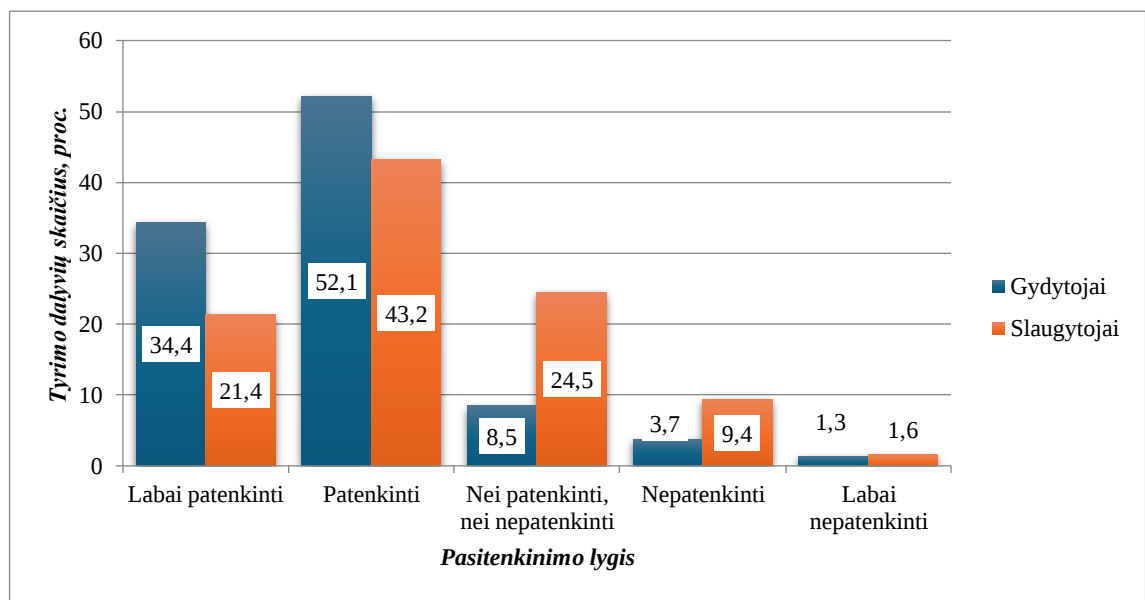
χ^2 – „Chi kvadrato“ testo reikšmė, lls – testo laisvės laipsnių skaičius, p – testo statistinis reikšmingumas.

¹ $p < 0,05$, lyginant su Respublikinėje ligoninėje dirbančiais gydytojais.

² $p < 0,05$, lyginant su rajono ligoninėje dirbančiais gydytojais.

3.3. Slaugytojų ir gydytojų tarpusavio komunikacijos klinikinėje aplinkoje pasitenkinimo lygį nustatymas

Tyrime dalyvavusių gydytojų ir slaugytojų buvo prašoma įvertinti savo pasitenkinimo tarpusavio komunikacija lygį (1 pav.), o gauti rezultatai pateikiami žemiau. Pastebėtina, kad gydytojų tarpe net 87 proc. komunikacija buvo labai patenkinti ir patenkinti, tuo tarpu slaugytojų tarpe tokių tebuvo 65 proc. Apskaičiavus „Chi kvadrato“ testą nustatyta, kad šis skirtumas buvo reikšmingas ($p < 0,05$), kas rodo, kad gydytojai komunikacija yra labai patenkinti ir patenkinti reikšmingai dažniau lyginant su slaugytojais.



1 pav. Pasiskirstymas pagal pasitenkinimą komunikacija ($\chi^2=53,750$, $lks=4$, $p=0,000<0,05$)

Palyginus gydytojų pasitenkinimo komunikacija rodiklius pagal jų socialines-demografines charakteristikas (14 lentelė), pasitenkinimo lygio grupes sujungus į dvi stambesnes, ir atlikus „Chi kvadrato“ (χ^2) testus bei proporcijų palyginimo z testus, nustatyti keli statistiškai reikšmingi skirtumai (kai $p<0,05$).

Rezultatai parodė, kad 30–39 metų gydytojai reikšmingai dažniau buvo labai patenkinti arba patenkinti komunikacija, palyginti su 40–49 metų amžiaus gydytojais. Panašiai, iki 5 metų darbo patirtį turintys gydytojai dažniau išreiškė aukštesnį pasitenkinimą, lyginant su kolegomis, turinčiais 6–11, 12–22 ar 23 ir daugiau metų patirties. Taip pat nustatyta, kad miesto klinikinėse ligoninėse dirbantys gydytojai reikšmingai dažniau buvo patenkinti komunikacija, palyginti su gydytojais, dirbančiais universitetinėse, respublikinėse ar rajonų ligoninėse.

Tuo tarpu statistiškai reikšmingų skirtumų pagal gydytojų lytį ir profesinę kvalifikaciją nenustatyta ($p>0,05$).

14 lentelė. Gydytojų pasiskirstymas pagal pasitenkinimą komunikacija pagal socialines-demografines charakteristikas

		Pasitenkinimas komunikacija				χ^2	lls	p
		Labai patenkinti ir patenkinti		Nei patenkinti, nei nepatenkinti, nepatenkinti ir labai nepatenkinti				
		Vnt.	Proc.	Vnt.	Proc.			
Amžius	Iki 32 m.	30	100,0	0	0,0	12,911	3	0,005
	32-39 m.	122 ¹	91,7	11	8,3			
	40-49 m.	102	80,3	25	19,7			
	50 m. ir daugiau	73	83,0	15	17,0			
Lytis	Vyrai	114	86,4	18	13,6	0,004	1	0,952
	Moterys	213	86,6	33	13,4			
Profesinė kvalifikacija	Terapinio profilio gydytojai	146	86,4	23	13,6	0,317	3	0,957
	Chirurgai	83	86,5	13	13,5			
	Vaikų gydytojai	66	88,0	9	12,0			
	Kiti	32	84,2	6	15,8			
Profesinė patirtis	Iki 5 m.	80 ²	95,2	4	4,8	9,193	3	0,027
	6-11 m.	77	88,5	10	11,5			
	12-22 m.	114	82,0	25	18,0			
	23 m. ir ilgiau	56	82,4	12	17,6			
Darbo vieta	Universitetinė ligoninė	87	87,9	12	12,1	8,760	3	0,033
	Respublikinė ligoninė	81	81,8	18	18,2			
	Miesto klinikinė ligoninė	86 ³	94,5	5	5,5			
	Rajono ligoninė	71	81,6	16	18,4			

χ^2 – „Chi kvadrato“ testo reikšmė, lls – testo laisvės laipsnių skaičius, p – testo statistinis reikšmingumas.

¹ p<0,05, lyginant su 40-49 m. gydytojais.

² p<0,05, lyginant su gydytojais, turinčiais 6-11 m., 12-22 m. ir 23 m. bei ilgesnę profesinę patirtį.

³ p<0,05, lyginant su gydytojais, dirbančiais universitetinėse ligoninėse, Respublikinėse ligoninėse ir rajonų ligoninėse.

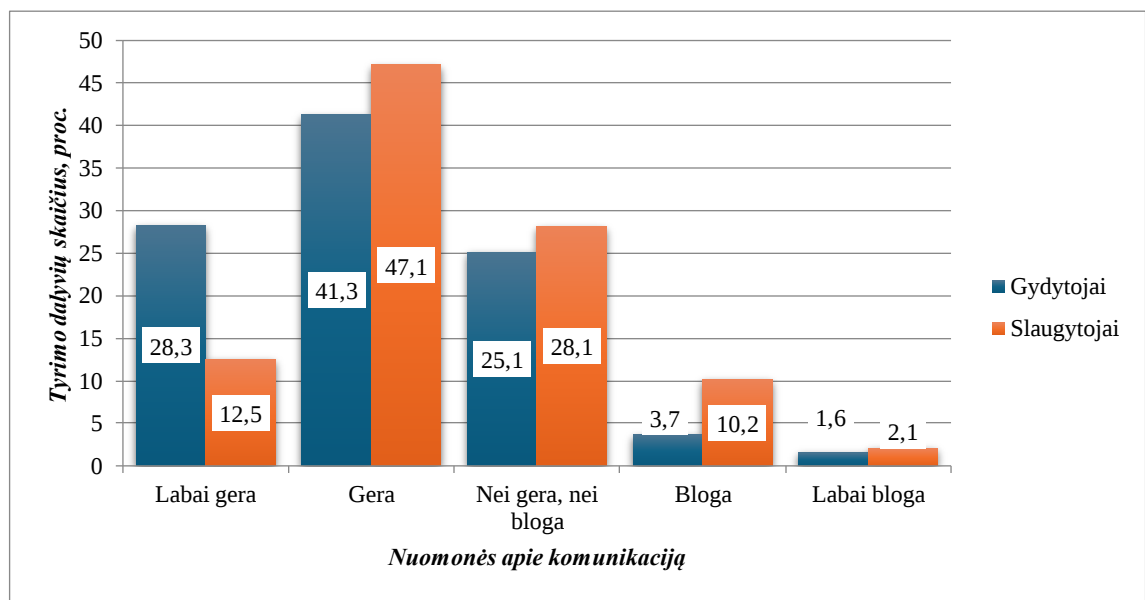
Palyginome slaugytojų pasitenkinimą komunikacija pagal slaugytojų socialines-demografines charakteristikas (15 lentelė), bei tuo tikslu pasitenkinimo lygio grupes apjungėme į dvi stambesnes. Tačiau apskaičiavus „Chi kvadrato“ (χ^2) testus statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo nustatyta (nes p>0,05), kas rodo, kad slaugytojų pasitenkinimas statistiškai reikšmingai pagal slaugytojų socialines-demografines charakteristikas nesiskiria.

15 lentelė. Slaugytojų pasiskirstymas pagal pasitenkinimą komunikacija pagal socialines-demografines charakteristikas

		Pasitenkinimas komunikacija				χ^2	lks	p
		Labai patenkinti ir patenkinti		Nei patenkinti, nei nepatenkinti, nepatenkinti ir labai nepatenkinti				
		Vnt.	Proc.	Vnt.	Proc.			
Amžius	Iki 32 m.	96	60,8	62	39,2	2,648	3	0,449
	32-39 m.	39	62,9	23	37,1			
	40-49 m.	42	66,7	21	33,3			
	50 m. ir daugiau	71	70,3	30	29,7			
Lytis	Vyrai	5	55,6	4	44,4	0,328	1	0,567
	Moterys	243	64,8	132	35,2			
Profesinė kvalifikacija	Bendrosios praktikos slaugytojai	241	64,4	133	35,6	0,132	1	0,717
	Išplėstinės praktikos slaugytojai	7	70,0	3	30,0			
Profesinė patirtis	Iki 5 m.	92	64,3	51	35,7	7,514	3	0,057
	6-11 m.	46	63,9	26	36,1			
	12-22 m.	26	50,0	26	50,0			
	23 m. ir ilgiau	84	71,8	33	28,2			
Darbo vieta	Universitetinė ligoninė	69	58,0	50	42,0	4,877	3	0,181
	Respublikinė ligoninė	68	66,0	35	34,0			
	Miesto klinikinė ligoninė	55	64,0	31	36,0			
	Rajono ligoninė	55	73,3	20	26,7			

χ^2 – „Chi kvadrato“ testo reikšmė, lks – testo laisvės laipsnių skaičius, p – testo statistinis reikšmingumas.

Tyrime dalyvavusių gydytojų ir slaugytojų buvo prašoma pateikti savo nuomonę (2 pav.), kokia yra tarpusavio komunikacija klinikinėje aplinkoje tarp slaugytojų ir gydytojų, o gauti rezultatai pateikiami žemiau. Pastebėtina, kad gydytojų tarpe net 70 proc. gydytojų nurodė, kad komunikacija yra labai gera ir gera, tuo tarpu slaugytojų tarpe tokių buvo 60 proc. Apskaičiavus „Chi kvadrato“ testą nustatyta, kad šis skirtumas buvo reikšmingas ($p < 0,05$), kas rodo, kad reikšmingai dažniau komunikaciją labai gerai vertina gydytojai, lyginant su slaugytojais.



2 pav. Pasiskirstymas pagal nuomonę, kokia tarpusavio komunikacija klinikinėje aplinkoje tarp slaugytojų ir gydytojų ($\chi^2=31,178$, lls=4, $p=0,000<0,05$)

Palyginus gydytojų nuomonę apie tarpusavio komunikacijos kokybę tarp slaugytojų ir gydytojų klinikinėje aplinkoje pagal gydytojų socialines-demografines charakteristikas (16 lentelė), vertinimo lygio grupes apjungus į dvi stambesnes („labai gera“ ir „gera“), bei pritaikius „Chi kvadrato“ (χ^2) testus ir proporcijų palyginimo z testus, nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai (kai $p<0,05$).

Gydytojai, kuriems 50 metų ir daugiau, reikšmingai dažniau nurodė, kad komunikacija yra labai gera arba gera, lyginant su 40–49 metų gydytojais. Taip pat gydytojos moterys dažniau nei vyrai komunikaciją įvertino kaip labai gerą arba gerą. Panašus rezultatas nustatytas ir pagal darbo patirtį – gydytojai, dirbantys ilgiau nei 23 metus, reikšmingai dažniau teigė, kad komunikacija yra gera arba labai gera, palyginti su gydytojais, turinčiais 12–22 metų patirtį.

Tuo tarpu statistiškai reikšmingų skirtumų pagal profesinę kvalifikaciją ir darbo vietą nustatyta nebuvo ($p>0,05$).

16 lentelė. Gydytojų pasiskirstymas pagal nuomonę, kokia tarpusavio komunikacija klinikinėje aplinkoje pagal socialines-demografines charakteristikas

pinnioje pagal socialines demografines charakteristikas

		Nuomonė				χ^2	lls	p
		Labai gera ir gera		Nei gera, nei bloga, bloga ir labai bloga				
		Vnt.	Proc.	Vnt.	Proc.			
Amžius	Iki 32 m.	22	73,3	8	26,7	13,335	3	0,004
	32-39 m.	92	69,2	41	30,8			
	40-49 m.	76	59,8	51	40,2			
	50 m. ir daugiau	73 ¹	83,0	15	17,0			
Lytis	Vyrai	82	62,1	50	37,9	5,326	1	0,021
	Moterys	181 ²	73,6	65	26,4			
Profesinė kvalifikacija	Terapinio profilio gydytojai	115	68,0	54	32,0	1,075	3	0,783
	Chirurgai	66	68,8	30	31,3			
	Vaikų gydytojai	53	70,7	22	29,3			
	Kiti	29	76,3	9	23,7			
Profesinė patirtis	Iki 5 m.	58	69,0	26	31,0	9,126	3	0,028
	6-11 m.	60	69,0	27	31,0			
	12-22 m.	88	63,3	51	36,7			
	23 m. ir ilgiau	57 ³	83,8	11	16,2			
Darbo vieta	Universitetinė ligoninė	70	70,7	29	29,3	1,160	3	0,763
	Respublikinė ligoninė	65	65,7	34	34,3			
	Miesto klinikinė ligoninė	66	72,5	25	27,5			
	Rajono ligoninė	60	69,0	27	31,0			

χ^2 – „Chi kvadrato“ testo reikšmė, lls – testo laisvės laipsnių skaičius, p – testo statistinis reikšmingumas.

¹ p<0,05, lyginant su 40-49 m. gydytojais.

² p<0,05, lyginant su vyrais.

³ p<0,05, lyginant su gydytojais, turinčiais 12-22 m. patirtį.

Palyginome slaugytojų nuomonę, kokia yra tarpusavio komunikacija klinikinėje aplinkoje tarp slaugytojų ir gydytojų, pagal slaugytojų socialines-demografines charakteristikas (17 lentelė), bei tuo tikslu pasitenkinimo lygio grupes apjungėme į dvi stambesnes. Tačiau apskaičiavus „Chi kvadrato“ (χ^2) testus statistškai reikšmingų skirtumų nebuvo nustatyta (nes p>0,05), kas rodo, kad nuomonė apie tarpusavio komunikaciją pagal slaugytojų socialines-demografines charakteristikas reikšmingai nesiskiria.

17 lentelė. Slaugytojų pasiskirstymas pagal nuomonę, kokia tarpusavio komunikacija klinikinėje aplinkoje pagal socialines-demografines charakteristikas

		Nuomonė, kokia tarpusavio komunikacija klinikinėje aplinkoje tarp slaugytojų ir gydytojų				χ^2	lls	p
		Labai gera ir gera		Nei gera, nei bloga, bloga ir labai bloga				
		Vnt.	Proc.	Vnt.	Proc.			
Amžius	Iki 32 m.	92	58,2	66	41,8	3,094	3	0,377
	32-39 m.	33	53,2	29	46,8			
	40-49 m.	37	58,7	26	41,3			
	50 m. ir daugiau	67	66,3	34	33,7			
Lytis	Vyrai	4	44,4	5	55,6	0,884	1	0,347
	Moterys	225	60,0	150	40,0			
Profesinė kvalifikacija	Bendrosios praktikos slaugytojai	224	59,9	150	40,1	0,396	1	0,529
	Išplėstinės praktikos slaugytojai	5	50,0	5	50,0			
Profesinė patirtis	Iki 5 m.	84	58,7	59	41,3	4,788	3	0,188
	6-11 m.	43	59,7	29	40,3			
	12-22 m.	25	48,1	27	51,9			
	23 m. ir ilgiau	77	65,8	40	34,2			
Darbo vieta	Universitetinė ligoninė	65	54,6	54	45,4	2,288	3	0,515
	Respublikinė ligoninė	62	60,2	41	39,8			
	Miesto klinikinė ligoninė	52	60,5	34	39,5			
	Rajono ligoninė	49	65,3	26	34,7			

χ^2 – „Chi kvadrato“ testo reikšmė, lls – testo laisvės laipsnių skaičius, p – testo statistinis reikšmingumas.

4. TYRIMO REZULTATŲ APITARIMAS

Šio tyrimo tikslas buvo nustatyti slaugytojų ir gydytojų tarpusavio komunikaciją klinikinėje aplinkoje. Tyrimas buvo grindžiamas trimis uždaviniais: išnagrinėti slaugytojų ir gydytojų komunikacijos pradžią ir pabaigą klinikinėje aplinkoje, palyginti slaugytojų ir gydytojų tarpusavio komunikacija klinikinėje aplinkoje dalinantis informacija apie pacientus ir nustatyti slaugytojų ir gydytojų tarpusavio komunikacijos klinikinėje aplinkoje pasitenkinimo lygį. Tyrime dalyvavo 384 slaugytojai ir 378 gydytojai, dirbantys Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigų antriniame ir tretiniame lygyje. Dauguma tyrimo dalyvių buvo moterys, gydytojų tarpe jos sudarė (65 proc.), o slaugytojų tarpe (98 proc.). Pagal profesinę kvalifikaciją tyrime daugiausia dalyvavo slaugytojų turinčiu bendrosios praktikos slaugos specialybę (97 proc.), o gydytojų daugumą sudarė terapinio profilio gydytojai (45 proc.). Pagal darbo vietą dauguma gydytojų dirbo universitetinėse (26 proc.) ir respublikinėse ligoninėse (26 proc.), tuo tarpu slaugytojų – universitetinėse ligoninėse (31 proc.).

Rezultatai atskleidė keletą reikšmingų įžvalgų, kurios sutampa su ankstesniais atliktais tyrimais, tačiau pateikė ir naujų duomenų, vertų platesnės diskusijos.

Išnagrinėjus tyrimo rezultatus apie slaugytojų ir gydytojų komunikacijos pradžią ir pabaigą klinikinėje aplinkoje, nustatyta, kad bendravimo pradžios elementai: pasisveikinimas ir prisistatymas, yra taikomi dažniausiai slaugytojų ir gydytojų. Daugiau nei 90 proc. respondentų patvirtino šių veiksmų naudojimą. Tai leidžia teigti, kad komunikacijos pradžia klinikinėje praktikoje yra struktūrizuota ir gana dažnai įgyvendinama. Tačiau komunikacijos pabaigoje pastebimi trūkumai: informacijos apibendrinimas, galimybės užduoti klausimus, grįžtamasis ryšys – yra žymiai rečiau pasitaikantys, ypač tarp vyresnių specialistų. Šis skirtumas signalizuoja apie neišbaigtą komunikacijos procesą, kuris gali lemti neefektyvų informacijos perdavimą ar net klinikinės klaidas. Panašias įžvalgas pateikia ir kitų mokslininkų atlikti tyrimai, viename iš jų pažymima, kad komunikacijos proceso vientisumas yra esminis pacientų saugumui, tačiau dažnai susiduriama su trūkumais informacijos užbaigime [84]. Pabrėžiama, kad aiškus ir užbaigtas bendravimas sumažina riziką pacientų saugumui ir nepageidaujamų įvykių skaičių [6, 96].

Palyginus komunikacijos rodiklius pagal gydytojų amžių, nustatyta, kad jaunesni nei 39 metų gydytojai statistiškai reikšmingai dažniau komunikuoja su slaugytojomis įvairiais klausimais: prisistatymą, bendravimą vardu, požiūrį į darbą, tyrimų rezultatus ir ligų prognozes. Vyresni nei 50 metų gydytojai šias temas mini ženkliai rečiau. Slaugytojų amžius taip pat turėjo reikšmės – jaunesni nei 39 m. dažniau komunikuoja empatiškai, bendrauja vardu ir sulaukia daugiau empatijos iš gydytojų, o vyresni slaugytojai dažniau gauna informaciją apie intervencines procedūras ir prisistatymą. Galima teigti, kad jaunesni specialistai linkę į aktyvesnį bendravimą. Panašius tyrimo rezultatus matome ir kito autoriaus tyrime, kuriame teigiama, kad jaunesni darbuotojai labiau orientuoti į dialogišką, atvirą bendravimą [97].

Vertinant komunikacijos tarp gydytojų ir slaugytojų turinį, nustatyti esminiai skirtumai. Dažniausiai slaugytojai ir gydytojai bendravo apie pacientų apžiūrą, pasisveikinimą ir dėmesingumą. Šiuos aspektus nurodė daugiau nei 90 proc. respondentų. Tačiau rečiausiai buvo komunikuojama apie gydymo metodus, jų privalumus, bendravimą vardu ir ligos prognozę, šiuos punktus pažymėjo mažiau nei 40 proc. tiriamųjų. Toks pasiskirstymas leidžia teigti, kad komunikacija išlieka daugiau funkcinė, orientuota į momentinius paciento poreikius, o ne į platesnį situacijos aptarimą ar bendradarbiavimą. Taip pat tarp profesijų buvo pastebėta ryški asimetrija tarp davimo ir gavimo. Gydytojai dažniau deklaravo teikiantys informaciją, tačiau ne dažnai jos sulaukiantys iš slaugytojų, ypač dėl gydymo metodų, dėmesingumo ir tyrimo rezultatų. Slaugytojų grupėje ryškiausi skirtumai pasireiškė dėl

planuojamų veiksmų, papildomos informacijos ir bendravimo vardu. Tokia informacijos neligybė gali signalizuoti apie profesinę hierarchiją, kurioje gydytojai išlaiko sprendimų kontrolę, o slaugytojai tik pasyvų vaidmenį informacijos grandinėje. Tyrimuose nustatyta, kad gydytojai labiau linkę kontroliuoti informacijos srautus komandoje, o tai slopina slaugytojų įsitraukimą, be to organizacinė kultūra ir lyderystė daro poveikį komandos bendravimui [98, 99]. Neaiškiai apibrėžtas vaidmenų pasiskirstymas ir nepakankamas dalijimasis informacija sukelia ne tik profesinius konfliktus, bet ir kenkia pacientų priežiūros kokybei [98].

Vertinant gydytojų pasitenkinimą komunikacija, buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai pagal amžių, patirtį ir darbo vietą. Daugiausia pasitenkinusių gydytojų 30–39 metų amžiaus grupėje, palyginti su 40–49 metų gydytojais. Iki 5 metų darbo patirties turintys gydytojai taip pat dažniau išreiškė pasitenkinimą nei turintys ilgesnę patirtį. Reikšmingai dažniau komunikacija patenkinti buvo miesto klinikinių ligoninių gydytojai, palyginti su dirbančiais universitetinėse, respublikinėse ir rajono ligoninėse. Tuo tarpu slaugytojų pasitenkinimo analizė parodė, kad nei amžius, nei darbo patirtis, nei darbo vieta neturėjo statistiškai reikšmingo poveikio. Tai gali būti interpretuojama dvejopai: viena vertus, tai rodo vienodą komunikacinę patirtį visoje slaugos sistemoje; kita vertus – gali būti požymis, kad slaugytojai visose grandyse patiria tą patį ribotą įsitraukimą į informacijos mainus. Tokį aiškinimą palaiko ir tyrimas kuriame pažymima, kad slaugytojai dažniau nei gydytojai jaučia nepakankamą informavimą ir ribotą dalyvavimą [25]. Šie rezultatai gali būti siejami su komunikacijos mokymo pokyčiais sveikatos priežiūros programose ir didėjančiu dėmesiu komandiniam darbui tarp jaunesnių specialistų.

Vienas iš ryškiausių tyrimo rezultatų buvo statistiškai reikšmingas skirtumas tarp gydytojų ir slaugytojų pasitenkinimo komunikacija. Net 87 % gydytojų nurodė, kad yra labai patenkinti arba patenkinti komunikacija, kai tuo tarpu slaugytojų grupėje taip pasisakė tik 65 %. Tai leidžia teigti, kad slaugytojai dažniau jaučia informacijos trūkumą ir mažesnę įsitraukimą į sprendimų priėmimo procesus. Tai patvirtina atliktas tyrimas, kuriame nustatyta, kad komunikacijos trūkumai tiesiogiai koreliuoja su mažesniu darbuotojų pasitenkinimu, ypač tarp slaugytojų [1]. Gydytojai dažniau vertina komunikaciją kaip efektyvią, o slaugytojai ją dažniau vertina kaip nepakankamą [25].

Svarbu pabrėžti, kad tyrimas identifikavo ir keletą naujų išvalgų, kurios anksčiau nebuvo plačiai nagrinėtos. Pirmiausia, tai komunikacijos pabaigos elementų, tokie kaip apibendrinimas ar galimybė užduoti klausimus, retai taikomi praktikoje. Nors bendravimo pradžios aspektai dažniausiai įgyvendinami, pabaigos struktūrizavimas dažnai lieka neišbaigtas. Tai leidžia diskutuoti apie būtinybę įtraukti šiuos aspektus į standartizuotą komunikacijos ugdymą ir praktinius protokolus. Antra, pastebėtas

ryšys tarp darbo vietos tipo ir pasitenkinimo komunikacija. Miestų klinikinėse ligoninėse dirbantys gydytojai komunikaciją vertina geriau nei jų kolegos rajoninėse ar universitetinėse ligoninėse. Tai gali rodyti, kad komunikacijos kokybė gali būti susijusi ne tik su individualiais, bet ir su instituciniais veiksniais. Gauti duomenys leidžia kelti prielaidą, kad organizacinė kultūra ir lyderystės stilius daro reikšmingą poveikį bendravimo kokybei. Esant lygiaverčiams santykiams, komandos nariai dažniau jaučiasi įtraukti, išklausyti ir aktyvūs. Šis aspektas yra ypač svarbus vertinant slaugytojų ir gydytojų tarpusavio komunikaciją, nes ji dažnai veikiama profesinės hierarchijos.

Tyrimo hipotezė, kad tarpusavio komunikacija tarp gydytojų ir slaugytojų klinikinėje aplinkoje yra nevienoda ir skiriasi pagal profesiją, pasitvirtino. Rezultatai parodė, kad skirtingos profesinės grupės taiko nevienodus komunikacijos elementus, skirtingai vertina komunikacijos efektyvumą ir skirtingai įsitraukia į informacijos mainus. Fiksuoti reikšmingi skirtumai tarp gydytojų ir slaugytojų ne tik komunikacijos turinyje, bet ir pasitenkinimo lygmenyje leidžia teigti, kad profesinis vaidmuo turi esminės įtakos komunikacijos kokybei.

Apibendrinant, galima teigti, kad slaugytojų ir gydytojų tarpusavio komunikacija nėra vienalytė – ją lemia profesiniai, instituciniai, demografiniai bei organizaciniai veiksniai. Tyrime nustatyta, kad komunikacija dažniausiai efektyvi pradžioje, tačiau nepakankamai struktūruota pabaigoje, o informacijos pasidalijimas neretai būna vienašališkas. Tarpusavio komunikacijos tobulinimas turėtų būti kryptingai orientuotas į vieningų modelių diegimą, personalo ugdymą ir kultūrinį pokytį organizacijos viduje, kuris skatintų partnerišką, lygiavertį dialogą tarp visų sveikatos priežiūros specialistų.

Tyrimo privalumai. Vienas iš pagrindinių mūsų tyrimo privalumų, tai pakankamai didelė ir įvairiapusė imtis, įtraukianti slaugytojus ir gydytojus iš skirtingo lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigų. Naudotas patikimas užsienio autoriaus klausimynas, temos naujumas ir aktualumas – Lietuvoje nėra atlikto tapataus tyrimo, panašių tyrimų tarp slaugytojų ir gydytojų taip pat mažuma.

Tyrimo ribotumai. Atliktas tyrimas - kiekybinis, todėl siekiant suteikti gilesnį supratimą apie komunikacijos dinamiką, ypač emocinius ir kultūrinius aspektus reikėtų papildomai atlikti kokybinį tyrimą.

IŠVADOS

1. Slaugytojų ir gydytojų tarpusavio komunikacijos pradžios ir pabaigos analizėje nustatyta, kad pagrindiniai bendravimo pradžios elementai yra dažniausiai taikomi abiejų profesijų atstovų. Gydytojai dažniau nei slaugytojai laikosi šių elementų. Vis dėlto komunikacijos pabaigos komponentai – tokie kaip informacijos apibendrinimas, grįžtamasis ryšys ar galimybė slaugytojams užduoti klausimus – taikomi rečiau, ypač vyresnių specialistų. Tai rodo, kad formali komunikacijos pradžia dažnai įgyvendinama, tačiau komunikacijos pabaiga nėra standartizuota, kas gali lemti informacijos trūkumą ir bendradarbiavimo spragas.
2. Dalijimasis informacija apie pacientus tarp slaugytojų ir gydytojų ne visada yra pakankamas – ypač kalbant apie gydymo metodus, paciento būklės prognozes ir tolimesnių veiksmų planavimą. Tyrimas parodė, kad gydytojai dažniau nei slaugytojai inicijuoja arba perduoda svarbią informaciją. Moterys gydytojos dažniau komunikuoja su slaugytojais apie paciento gydymo eigą, diagnozę, alternatyvas ir emocinę būklę. Tuo tarpu vyrai gydytojai dažniau apsiriboja formaliais ir trumpesniais komunikacijos būdais. Pastebėta, kad komunikacijos kokybė dalijantis informacija yra aukštesnė miesto klinikinėse nei rajono ar universitetinėse gydymo įstaigose.
3. Pasitenkinimo tarpusavio komunikacija vertinimas atskleidė statistiškai reikšmingą skirtumą tarp gydytojų ir slaugytojų: beveik trys trečdaliai gydytojų nurodė esantys patenkinti arba labai patenkinti bendravimu, kai tuo tarpu tokį pasitenkinimą išreiškė tik šiek tiek daugiau nei du trečdaliai slaugytojų. Tai rodo, kad slaugytojai dažniau susiduria su nepakankamu informacijos gavimu, menkesniu įsitraukimu į sprendimų priėmimą bei mažesniu emociniu palaikymu komunikacijos procese. Pasitenkinimo lygis tarp gydytojų dažniau koreliavo su darbo vietos tipu – miesto klinikose dirbantys specialistai dažniau buvo patenkinti komunikacija nei kolegos rajonų ar universitetinėse ligoninėse. Tuo tarpu slaugytojų pasitenkinimo lygis reikšmingai nesiskyrė pagal darbo vietą, bet buvo labiau susijęs su lytimi ir darbo patirtimi.

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

1. Asmens Sveikatos priežiūros įstaigose, skyrių vadovams rekomenduojama taikyti struktūrizuotą SBAR komunikacijos modelį, kuris padėtų aiškiai ir nuosekliai perduoti informaciją tarp slaugytojų ir gydytojų. Siekiant užtikrinti efektyvų šio modelio taikymą, siūloma pasitelkiant komunikacijos specialistus, pagal poreikį, organizuoti tikslinius mokymus, kuriuose personalas įgytas žinias galėtų praktiškai pritaikyti klinikinėje aplinkoje. Taip pat pakabinti modelio taikymo plakatus prieinamose personalui vietose su komunikacijos modelio paaiškinimais.
2. Asmens sveikatos priežiūros centro/padalinio vadovams rekomenduojama organizuoti reguliarius, pagal poreikį ir lūkesčius, tarpdisciplininius susitikimus tarp gydytojų ir slaugytojų, kurių metu būtų aptariami bendravimo iššūkiai, pasidalijama gerąja patirtimi ir ieškoma sprendimų. Tokie susitikimai padėtų stiprinti tarpusavio pasitikėjimą, skatintų bendradarbiavimą ir mažintų hierarchinius barjerus.
3. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovams, siūloma įtraukti gydytojų ir slaugytojų tarpusavio komunikacijos kokybės vertinimą į įstaigų vidinių auditų sistemą, vertinimą atliekant kartą metuose. Apklausų ar kitų vertinimo priemonių metu surinkti duomenys turėtų būti analizuojami ir aptariami reguliariuose vadovybės ar skyrių susitikimuose, siekiant taikyti praktines priemones komunikacijos kokybei gerinti.

PUBLIKACIJOS

Lopinytė L., Istomina N., Gedrimė L. SLAUGYTOJŲ IR GYDYZTOJŲ TARPUSAVIO KOMUNIKACIJOS PRADŽIOS IR PABAIGOS PROCESAI KLINIKINĖJE APLINKOJE (The processes of starting and ending communication between nurses and doctors in the clinical setting). Sveikatos mokslai. 2025; 35(3):96-101. ISSN 1392-6373.

LITERATŪRA

- [1] Burgener AM. Enhancing Communication to Improve Patient Safety and to Increase Patient Satisfaction. *The Health Care Manager* 2020; 39:128. doi:10.1097/HCM.0000000000000298
- [2] Witt Sherman D, Flowers M, Rodriguez Alfano A, Alfonso F, De Los Santos M, Evans H, et al. An Integrative Review of Interprofessional Collaboration in Health Care: Building the Case for University Support and Resources and Faculty Engagement. *Healthcare* 2020; 8:418. doi:10.3390/healthcare8040418
- [3] Veitienė I, Kielė V, Kutkauskienė J, Fatkulina N. ŠEIMOS GYDYZTOJŲ IR BENDRUOMENĖS SLAUGYZTOJŲ KOMANDINIO DARBO GALIMYBĖS PIRMINĖJE SVEIKATOS PRIEŽIŪROJE. *Health Sciences* 2022; 32:130–6. doi:10.35988/sm-hs.2022.065
- [4] Matziou V, Vlahioti E, Perdikaris P, Matziou T, Megapanou E, Petsios K. Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *Journal of Interprofessional Care* 2014; 28:526–33. doi:10.3109/13561820.2014.934338
- [5] Filizli G, Önler E. Nurse-physician collaboration in surgical units: A questionnaire study. *Journal of Interprofessional Education & Practice* 2020; 21:100386. doi:10.1016/j.xjep.2020.100386
- [6] Carsten BF, Bhandari P, Fortney BJ, Wilmes DS, Nelson CM, Brien AL, et al. Quality improvement initiative to improve communication domains of patient satisfaction in a regional community hospital with Six Sigma methodology. *BMJ Open Qual* 2023; 12:e002306. doi:10.1136/bmjoq-2023-002306
- [7] Kang XL, Brom HM, Lasater KB, McHugh MD. The Association of Nurse–Physician Teamwork and Mortality in Surgical Patients. *West J Nurs Res* 2020; 42:245–53. doi:10.1177/0193945919856338.
- [8] Kwame A, Petrucka PM. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing* 2021; 20:158. doi:10.1186/s12912-021-00684-2
- [9] Ashcroft R, Bobbette N, Moodie S, Miller J, Adamson K, Smith MA, et al. Strengthening collaboration for interprofessional primary care teams: Insights and key learnings from six disciplinary perspectives. *Healthc Manage Forum* 2024; 37:68S-75S. doi:10.1177/08404704241266763
- [10] Jemal M, Kure MA, Gobena T, Geda B. Nurse-Physician Communication in Patient Care and Associated Factors in Public Hospitals of Harari Regional State and Dire-Dawa City Administration, Eastern Ethiopia: A Multicenter-Mixed Methods Study. *J Multidiscip Healthc* 2021; 14:2315–31. doi:10.2147/JMDH.S320721

- [11] Daheshi N, Alkubati SA, Villagrancia H, Pasay-an E, Alharbi G, Alshammari F, et al. Nurses' Perception Regarding the Quality of Communication between Nurses and Physicians in Emergency Departments in Saudi Arabia: A Cross Sectional Study. *Healthcare (Basel)* 2023; 11:645. doi:10.3390/healthcare11050645
- [12] Low S, Gray E, Ewing A, Hain P, Kim L. Remodeling Interprofessional Collaboration Through a Nurse-for-a-Day Shadowing Program for Medical Residents. *JMDH* 2021; 14:2345–9. doi:10.2147/JMDH.S319728
- [13] House S, Havens D. Nurses' and Physicians' Perceptions of Nurse-Physician Collaboration: A Systematic Review. *JONA: The Journal of Nursing Administration* 2017; 47:165. doi:10.1097/NNA.0000000000000460
- [14] Tang CJ, Chan SW, Zhou WT, Liaw SY. Collaboration between hospital physicians and nurses: an integrated literature review. *Int Nurs Rev* 2013; 60:291–302. doi:10.1111/inr.12034
- [15] Vatn L, Dahl BM. Interprofessional collaboration between nurses and doctors for treating patients in surgical wards. *Journal of Interprofessional Care* 2022; 36:186–94. doi:10.1080/13561820.2021.1890703
- [16] Franklin BJ, Gandhi TK, Bates DW, Huancahuari N, Morris CA, Pearson M, et al. Impact of multidisciplinary team huddles on patient safety: a systematic review and proposed taxonomy. *BMJ Qual Saf* 2020; 29:1–2. doi:10.1136/bmjqs-2019-009911
- [17] Wieke Noviyanti L, Ahsan A, Sudartya TS. Exploring the relationship between nurses' communication satisfaction and patient safety culture. *J Public Health Res* 2021; 10:2225. doi:10.4081/jphr.2021.2225
- [18] Greene JO. *Essentials of Communication Skill and Skill Enhancement: A Primer for Students and Professionals*. New York: Routledge; 2021. doi:10.4324/9781003083450
- [19] Nibbelink CW, Dunn Lopez K, Reeves JJ, Horman S, El-Kareh RE. Nurse and Physician Perceptions and Decision Making During Interdisciplinary Communication: Factors That Influence Communication Channel Selection. *CIN: Computers, Informatics, Nursing* 2024; 42:267. doi:10.1097/CIN.0000000000001108
- [20] Jemal M, Kure MA, Gobena T, Geda B. Nurse-Physician Communication in Patient Care and Associated Factors in Public Hospitals of Harari Regional State and Dire-Dawa City Administration, Eastern Ethiopia: A Multicenter-Mixed Methods Study. *J Multidiscip Healthc* 2021; 14:2315–31. doi:10.2147/JMDH.S320721

- [21] Al-Bustanji MF, Rayan A, Eshah NF, Masa'deh R, Bageas MH, Rayyan N, et al. Nurses' Perceptions of Nurse–Physician Collaboration and Quality of Care in Public Hospitals. *SAGE Open Nursing* 2024; doi:10.1177/23779608241286767
- [22] Ratajska A, Nowakowska-Arendt A, Zajac M. Teaching clinical communication skills in postgraduate medical education with particular emphasis on palliative medicine. *Palliative Medicine in Practice* 2023; 17:105–10. doi:10.5603/PMPI.a2023.0006
- [23] Zhang J, Hu X-Y, Ye H, Fan X-Q, Lai D-M. Construction and application of tuberculosis medical and nursing integration cooperation model. *Public Health Nursing* 2023; 40:97–104. doi:10.1111/phn.13135
- [24] He M, Zhu X, Dong Y, Zhang S, Fang S, Wang W, et al. Exploring the role of communication in missed nursing care: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 2022; 78:4019–33. doi:10.1111/jan.15444
- [25] Kaifi A, Tahir MA, Ibad A, Shahid J, Anwar M. Attitudes of nurses and physicians toward nurse–physician interprofessional collaboration in different hospitals of Islamabad–Rawalpindi Region of Pakistan. *Journal of Interprofessional Care* 2021; 35:863–8. doi:10.1080/13561820.2020.1853079
- [26] Hotta S, Ashida K, Tanaka M. Development of a scale to assess nurses' difficulties in collaborating with physicians in responding to clinical deterioration during night shifts. *Japan Journal of Nursing Science* 2024; 21:e12622. doi:10.1111/jjns.12622
- [27] Jarzynkowski P, Piotrkowska R, Mędrzycka-Dąbrowska W, Książek J. Areas of Work Life as Predictors of Occupational Burnout of Nurses and Doctors in Operating Theaters in Poland—Multicenter Studies. *Healthcare* 2022; 10:26. doi:10.3390/healthcare10010026
- [28] Stundžienė R, Gaupšienė A, Tereško L. IŠPLĖSTINĖS PRAKTIKOS SLAUGYTOJŲ PROFESINĖS MOTYVACIJOS IR PASITENKINIMO DARBU ANALIZĖ. *SVEIKATOS MOKSLAI / HEALTH SCIENCES* 2023. 33(2): 134–142. doi:10.35988/sm-hs.2023.064
- [29] Gelčytė V, Mažionienė A. Relationships Between Work Stress and Job Satisfaction Among Nurses. *Slauga Mokslas Ir Praktika* 2023; 4:1–7. doi:10.47458/Slauga.2023.4.1
- [30] Purauskienė D, Stašys R. KLAIPĖDOS MIESTO PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKUBĖ. *Regional Formation and Development Studies* 2022; 38:52–66. doi:10.15181/rfds.v38i3.2445
- [31] Urbanavičienė R, Zaiko A. ANESTEZIJOS IR INTENSYVIOSIOS TERAPIJOS SLAUGYTOJŲ PROFESINIS PERDEGIMAS. *SVEIKATOS MOKSLAI / HEALTH SCIENCES* 2024; 34(2):135–142. doi:10.35988/sm-hs.2024.069

- [32] Morkūnienė R, Mažionienė A, Zavackienė A. MOKSLO ĮRODYMUŲ TAIKYMAS KLINIKINĖJE PRAKTIKOJE: SLAUGYTOJŲ POŽIŪRIS, ŽINIOS IR ĮGŪDŽIAI. SVEIKATOS MOKSLAI / HEALTH SCIENCES 2023; 33(6): 48-53. doi:10.35988/sm-hs.2023.225
- [33] Lyasere CA, Wing J, Martel JN, Healy MG, Park YS, Finn KM. Effect of Increased Interprofessional Familiarity on Team Performance, Communication, and Psychological Safety on Inpatient Medical Teams: A Randomized Clinical Trial. 2022; 182(11):1190-1198. doi:10.1001/jamainternmed.2022.4373
- [34] Brooks A, Fitzpatrick S, Dunlap E. CREATING A CULTURE OF TEAMWORK THROUGH THE USE OF THE TEAMSTEPPS FRAMEWORK: A review of the literature and considerations for Nurse Practitioners. Journal of Leadership Education 2022; 21:155–62. doi:10.12806/V21/I1/R11
- [35] Nedelcu CM, Niculiă OO, Nedelcu V, Zazu M, Mazilu DC, Klugarová J, et al. Effective communication and patient safety among nurses in perioperative settings: a best practice implementation project. JBI Evidence Implementation 2022; 20:S3. doi:10.1097/XEB.0000000000000316
- [36] Alagoz E, Saucke M, Arroyo N, Fernandez Taylor S, Ingraham A. Communication During Interhospital Transfers of Emergency General Surgery Patients: A Qualitative Study of Challenges and Opportunities. J Patient Saf 2022; 18:711–6. doi:10.1097/PTS.0000000000000979
- [37] Manias E, Bucknall T, Woodward-Kron R, Hughes C, Jorm C, Ozavci G, et al. Interprofessional and Intraprofessional Communication about Older People’s Medications across Transitions of Care. International Journal of Environmental Research and Public Health 2021; 18:3925. doi:10.3390/ijerph18083925
- [38] De Baetselier E, Van Rompaey B, Btalha LM, et al. EUPRON: nurses’ practice in interprofessional pharmaceutical care in Europe. A cross-sectional survey in 17 countries | BMJ Open 2020; 10(6):e036269. doi:10.1136/bmjopen-2019-036269
- [39] Müller M, Jürgens J, Redaelli M, Klingberg K, Hautz WE, Stock S. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. BMJ Open 2018; 8:e022202. doi:10.1136/bmjopen-2018-022202
- [40] Randmaa M, Mårtensson G, Swenne CL, Engström M. SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. BMJ Open 2014;4:e004268. doi:10.1136/bmjopen-2013-004268
- [41] Ghosh S, Ramamoorthy L, pottakat B. Impact of Structured Clinical Handover Protocol on Communication and Patient Satisfaction. Journal of Patient Experience 2021; 8:2374373521997733. doi:10.1177/2374373521997733

- [42] Šri Krisnawati KM, Darma Yanti NPE, Rahajeng MI. Implementation of Situation, Background, Assessment, and Recommendation (SBAR) Format During Handover in the Udayana University Hospital | Nursing and Health Sciences Journal (NHSJ). 2023; 3(2):155-159. doi:10.53713/nhsj.v3i2.180
- [43] Abbaszade A, Assarroudi A, Armat MR, Stewart JJ, Rakhshani MH, Sefidi N, et al. Evaluation of the Impact of Handoff Based on the SBAR Technique on Quality of Nursing Care. *Journal of Nursing Care Quality* 2021; 36:E38. doi:10.1097/NCQ.0000000000000498
- [44] Yang D, Ai X, Cai M, Tong Q, Mei K, Yang Q, et al. Research on doctor–patient communication teaching for oncology residents: A new teaching model 2024. doi:10.1111/jep.14217
- [45] Krisnawati KMS, Yanti NPED, Rahajeng IM. Implementation of Situation, Background, Assessment, and Recommendation (SBAR) Format During Handover in the Udayana University Hospital. *Nursing and Health Sciences Journal (NHSJ)* 2023; 3:155–9. doi:10.53713/nhsj.v3i2.180
- [46] Alhur A, Alhur AA, Al-Rowais D, Asiri S, Muslim H, Alotaibi D, et al. Enhancing Patient Safety Through Effective Interprofessional Communication: A Focus on Medication Error Prevention. *Cureus* 2024; 16. doi:10.7759/cureus.57991
- [47] Chen M, Yin J, Jia R, Zhang H, Yan R, Zhang Y. Impact of ISBAR Communication Training on Interpersonal Communication and Teamwork of Residents in General Practice Standardized Training. *Technium Social Sciences Journal* 2020; 11:76–83. doi:10.47577/tssj.v11i1.1609
- [48] Mahmoud MIH, Badawey JT, Kouki AMK, Malik LF, Shakally SMS, Nasser AA. Effect of Educational Campaign on Interpersonal Communication Skills among Health Care Professionals: Pre-post study, Jeddah, KSA 2023. doi:10.21203/rs.3.rs-3553849/v1
- [49] Arnold SH, Olesen JA, Jensen JN, Bjerrum L, Holm A, Kousgaard MB. Development of a Tailored, Complex Intervention for Clinical Reflection and Communication about Suspected Urinary Tract Infections in Nursing Home Residents. *Antibiotics* 2020; 9:360. doi:10.3390/antibiotics9060360
- [50] Binkheder S, Alaska YA, Albaharnah A, AlSultan RK, Alqahtani NM, Amr AA, et al. The relationships between patient safety culture and sentinel events among hospitals in Saudi Arabia: a national descriptive study. *BMC Health Services Research* 2023; 23:270. doi:10.1186/s12913-023-09205-0
- [51] Chen M, Yin J, Jia R, Zhang H, Yan R, Zhang Y. Impact of ISBAR Communication Training on Interpersonal Communication and Teamwork of Residents in General Practice Standardized Training. *Technium Social Sciences Journal* 2020; 11:76–83. doi:10.47577/tssj.v11i1.1609

- [52] Zambrotta ME, Aylward P, Roy CL, Piper-Vallillo E, Pelletier SR, Honan JP, et al. Nurse-Doctor Co-Teaching: A Pilot Study of the Design, Development, and Implementation of Structured Interprofessional Co-Teaching Sessions</p> . AMEP 2021; 12:339–48. doi:10.2147/AMEP.S300231
- [53] Kusumawati W, Romdzati R. Collaborative Practice between Doctors and Nurses in Patients Management: Attitude of Teamwork. MAGNA MEDICA Berkala Ilmiah Kedokteran Dan Kesehatan 2023; 10:48–59. doi:10.26714/magnamed.10.1.2023.48-59
- [54] Orton M-L, Andersson Å, Wallin L, Forsman H, Eldh AC. Nursing management matters for registered nurses with a PhD working in clinical practice. Journal of Nursing Management 2019; 27:955–62. doi:10.1111/jonm.12750
- [55] Näppä U, Nässén E, Winqvist I. Palliative care in rural areas – collaboration between district nurses and doctors: an interview study. BMC Palliative Care 2023; 22:73. doi:10.1186/s12904-023-01190-9
- [56] Zambrotta ME, Aylward P, Roy CL, Piper-Vallillo E, Pelletier SR, Honan JP, et al. Nurse-Doctor Co-Teaching: A Pilot Study of the Design, Development, and Implementation of Structured Interprofessional Co-Teaching Sessions. AMEP 2021; 12:339–48. doi:10.2147/AMEP.S300231
- [57] Schweighoffer R, Reeves E, Liebig B. Collaborative Networks in Primary and Specialized Palliative Care in Switzerland - Perspectives of Doctors and Nurses. 2020; 13:36-43. doi:10.2174/1874944502013010036
- [58] Zhu L, Pan M, Qiao X. A chaotic circuit under a new classification framework of inductorless Chua’s circuits. Circuit World 2019; 45:208–20. doi:10.1108/CW-03-2019-0020
- [59] Feitosa ES, Brilhante AVM, Cunha S de M, Sá RB, Nunes RR, Carneiro MA, et al. Profissionalismo na Formação do Especialista Médico: Revisão Integrativa da Literatura. Rev bras educ med 2020; 43:692–9. doi:10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190143
- [60] Hsieh J-G, Kuo L-C, Wang Y-W. Learning medical professionalism – the application of appreciative inquiry and social media. Medical Education Online 2019; 24:1586507. doi:10.1080/10872981.2019.1586507
- [61] Ahmady S, Namazi H, Monajemi A, Kohan N. Lessons Learned from Introducing the Characteristic of an Outstanding Medical Teacher: Its Implication in Role Modeling and Professionalism 2020. doi:10.21203/rs.3.rs-28398/v1
- [62] Reimer D, Russell R, Khallouq BB, Kauffman C, Hernandez C, Cendán J, et al. Pre-clerkship medical students’ perceptions of medical professionalism. BMC Medical Education 2019; 19:239. doi:10.1186/s12909-019-1629-4

- [63] Lines LE, Grant JM, Hutton A. Nurses' perceptions of systems and hierarchies shaping their responses to child abuse and neglect. *Nursing Inquiry* 2020; 27:e12342. doi:10.1111/nin.12342
- [64] Essex R, Kennedy J, Miller D, Jameson J. A scoping review exploring the impact and negotiation of hierarchy in healthcare organisations. *Nursing Inquiry* 2023; 30:e12571. doi:10.1111/nin.12571
- [65] Watermeyer J, Etheredge H, Fabian J, Tager S. Emphasising Organisational Routine: A Qualitative Study of Patient and Health Professional Experiences of Inpatient Oncology Care. *Healthcare* 2022; 10:2145. doi:10.3390/healthcare10112145
- [66] Xia Z, Tan Y, Ru C. The Application Effect of Doctor-Nurse Collaborative and Hierarchical Management Combined with Nursing Risk Management in Nursing Management of Patients with Postpartum Hemorrhage. *Iranian Journal of Public Health* 2022. doi:10.18502/ijph.v51i4.9241
- [67] Alhur A, Alhur AA, Al-Rowais D, Asiri S, Muslim H, Alotaibi D, et al. Enhancing Patient Safety Through Effective Interprofessional Communication: A Focus on Medication Error Prevention. *Cureus* 2024; 16. doi:10.7759/cureus.57991
- [68] Li L, Hou Y, Kang F, Li S, Zhao J. General phenomenon and communication experience of physician and nurse in night shift communication: A qualitative study. *Journal of Nursing Management* 2020; 28:903–11. doi:10.1111/jonm.13018
- [69] Veličkienė D. DAUGINĖMIS LIGOMIS SERGANČIŲ PACIENTŲ PRIEŽIŪROS IŠŠŪKIAI GYDYTOJŲ IR SLAUGYTOJŲ POŽIŪRIU. Multimorbid patients' care from the viewpoint of physicians and nurses. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas Kaunas. Vitae Litera*, 2021; 25(9): 602-610.
- [70] Žutautienė R, Radišauskas R, Ustinavičienė R, Kirvaitienė J, Rakutytė R. GYDYTOJŲ PSICHOSOCIALINIAI DARBO APLINKOS VEIKSNIAI IR JŲ SĄSAJOS SU GYVENIMO KOKYBE. *SVEIKATOS MOKSLAI / HEALTH SCIENCES* 2019; 29(4):53-59. doi:10.5200/sm-hs.2019.057
- [71] Tamutytė K, Urabavičė R, Istomina N. KULTŪRINĖ KOMPETENCIJA TEIKIANT PACIENTAMS SLAUGOS PASLAUGAS. *SVEIKATOS MOKSLAI / HEALTH SCIENCES* 2023; 33(2):105-110. doi:10.35988/sm-hs.2023.060
- [72] He M, Zhu X, Dong Y, Zhang S, Fang S, Wang W, et al. Exploring the role of communication in missed nursing care: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 2022; 78:4019–33. doi:10.1111/jan.15444

- [73] Rawlinson C, Carron T, Cohidon C, Arditi C, Hong QN, Pluye P, et al. An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Barriers and Facilitators. *International Journal of Integrated Care* 2021; 21. doi:10.5334/ijic.5589
- [74] Mele BS, Holroyd-Leduc JM, Harasym P, Dumanski SM, Fiest K, Graham ID, et al. Healthcare workers' perception of gender and work roles during the COVID-19 pandemic: a mixed-methods study. *BMJ Open* 2021; 11:e056434. doi:10.1136/bmjopen-2021-056434
- [75] Puckett JA, Dyar C, Maroney MR, Mustanski B, Newcomb ME. Daily experiences of minority stress and mental health in transgender and gender-diverse individuals. *J Psychopathol Clin Sci* 2023; 132:340–50. doi:10.1037/abn0000814
- [76] Lou NM, Montreuil T, Feldman LS, Fried GM, Lavoie-Tremblay M, Bhanji F, et al. Nurses' and Physicians' Distress, Burnout, and Coping Strategies During COVID-19: Stress and Impact on Perceived Performance and Intentions to Quit. *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 2022; 42:e44. doi:10.1097/CEH.0000000000000365
- [77] Hamama L, Hamama-Raz Y, Stokar YN, Pat-Horenczyk R, Brom D, Bron-Harlev E. Burnout and perceived social support: The mediating role of secondary traumatization in nurses vs. physicians. *Journal of Advanced Nursing* 2019; 75:2742–52. doi:10.1111/jan.14122
- [78] Kalinienė G, Ustinavičienė R, Lukšienė D, Žutautienė R, Kirvaitienė J, Vaičiulis V. Does the level of burnout differ between occupational groups in Lithuania. *Front Public Health* 2024; 12. doi:10.3389/fpubh.2024.1364886
- [79] Khouri M, Lassri D, Cohen N. Job burnout among Israeli healthcare workers during the first months of COVID-19 pandemic: The role of emotion regulation strategies and psychological distress. *PLOS ONE* 2022; 17:e0265659. doi:10.1371/journal.pone.0265659
- [80] Liang M, Li Y, Chen Q, Tan H, He L, Sheng C, et al. The Difficulties and Mental Health Intervention Need of Doctors and Nurses in Biological Emergencies: A Qualitative Study. *Front Psychiatry* 2021; 12. doi:10.3389/fpsy.2021.696823
- [81] Nakatani K, Nakagami-Yamaguchi E, Hagawa N, Tokuwame A, Ehara S, Nishimura T, et al. Evaluation of a new patient safety educational programme to reduce adverse events by encouraging staff to speak up: application of the trigger tool methodology. *BMJ Open Qual* 2024; 13. doi:10.1136/bmjoq-2022-002162
- [82] Pinheiro MF, Relva IC, Costa M, Mota CP. The Role of Social Support and Sleep Quality in the Psychological Well-Being of Nurses and Doctors. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2024; 21. doi:10.3390/ijerph21060786

- [83] Leng Y, Wu Y, Wang Z, Zhou X, Liao J. A Qualitative Study Exploring Barriers and Facilitators to Establishing Nurse-led, Multidisciplinary Psychological Care for Trauma Patients: Experiences From Doctors and Nurses 2021. doi:10.21203/rs.3.rs-1127209/v1
- [84] Prentice JC, Bell SK, Thomas EJ, Schneider EC, Weingart SN, Weissman JS, et al. Association of open communication and the emotional and behavioural impact of medical error on patients and families: state-wide cross-sectional survey. *BMJ Qual Saf* 2020; 29:883–94. doi:10.1136/bmjqs-2019-010367
- [85] Perron NJ, Sommer J, Louis-Simonet M, Nendaz M. Teaching communication skills: beyond wishful thinking. *Swiss Medical Weekly* 2015; 145. doi:10.4414/smw.2015.14064
- [86] Mai DH, Newton H, Farrell PR, Mullan P, Kapoor R. Assessment of Clinical Leadership Training Needs in Senior Pediatric Residents. *Journal of Medical Education and Curricular Development* 2021; doi:10.1177/2382120520988593
- [87] Schmutz JB, Meier LL, Manser T. How effective is teamwork really? The relationship between teamwork and performance in healthcare teams: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2019; 9:e028280. doi:10.1136/bmjopen-2018-028280
- [88] Sekanina U, Tetzlaff B, Mazur A, Huckle T, Kühn A, Dano R, et al. Interprofessional collaboration in the home care setting: perspectives of people receiving home care, relatives, nurses, general practitioners, and therapists—results of a qualitative analysis. *BMC Primary Care* 2024; 25:79. doi:10.1186/s12875-024-02313-8
- [89] Tan AJQ, Chua WL, McKenna L, Tan LLC, Lim YJ, Liaw SY. Interprofessional collaboration in telemedicine for long-term care: An exploratory qualitative study. *Journal of Nursing Scholarship* 2023; 55:1227–37. doi:10.1111/jnu.12925
- [90] Skumsnes R, Thygesen H, Groven KS. Facilitators and barriers to communication in rehabilitation services across healthcare levels: a qualitative case study in a Norwegian context. *BMC Health Services Research* 2023; 23:1353. doi:10.1186/s12913-023-10222-2
- [91] Ding A, Ratcliffe TA, Diamond A, Bowen EO, Penney LS, Crabtree MA, et al. Ready to collaborate: medical learner experiences in interprofessional collaborative practice settings. *BMC Medical Education* 2020; 20:85. doi:10.1186/s12909-020-1992-1
- [92] Wang Z, Zhang X, Han D, Zhao Y, Ma L, Hao F. How the use of an online healthcare community affects the doctor-patient relationship: An empirical study in China. *Front Public Health* 2023;11. doi:10.3389/fpubh.2023.1145749

- [93] Creswell JW, Creswell JD. Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. 2022. doi:10.1002/nha3.20258
- [94] Kardelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. 2017. Mokslo ir enciklopedijų leidybos centras, 487 p. ISBN 9785420017715.
- [95] Raosoft, Inc. Sample Size Calculator [Internet]. Seattle (WA): Raosoft, Inc.; ©2004 Available from: <http://www.raosoft.com/samplesize.html>
- [96] Bender M, Veenstra J, Yoon S. Improving interprofessional communication: Conceptualizing, operationalizing and testing a healthcare improvisation communication workshop. Nurse Education Today 2022; 119:105530. doi: 10.1016/j.nedt.2022.105530
- [97] Jin Y, Dong Y, He L, Zhang L. An interprofessional approach for improving team communication in the hospital setting', Journal of Healthcare Management. 2022; 67(6):413–424. doi: 10.1097/JHM-D-22-00096
- [98] Sabone M, Mazonde P, Cainelli F et al. Everyday ethical challenges of nurse – psycician collaboration. Nursing Ethics. 2019; 27(1):206-220. doi:10.1177/0969733019840753
- [99] Schot E, Tumers L, Noordegraaf M. Enhancing team-based professionalism through interprofessional learning: a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2020; 20:105. doi:10.1186/s12913-020-05339-6

PADĖKA

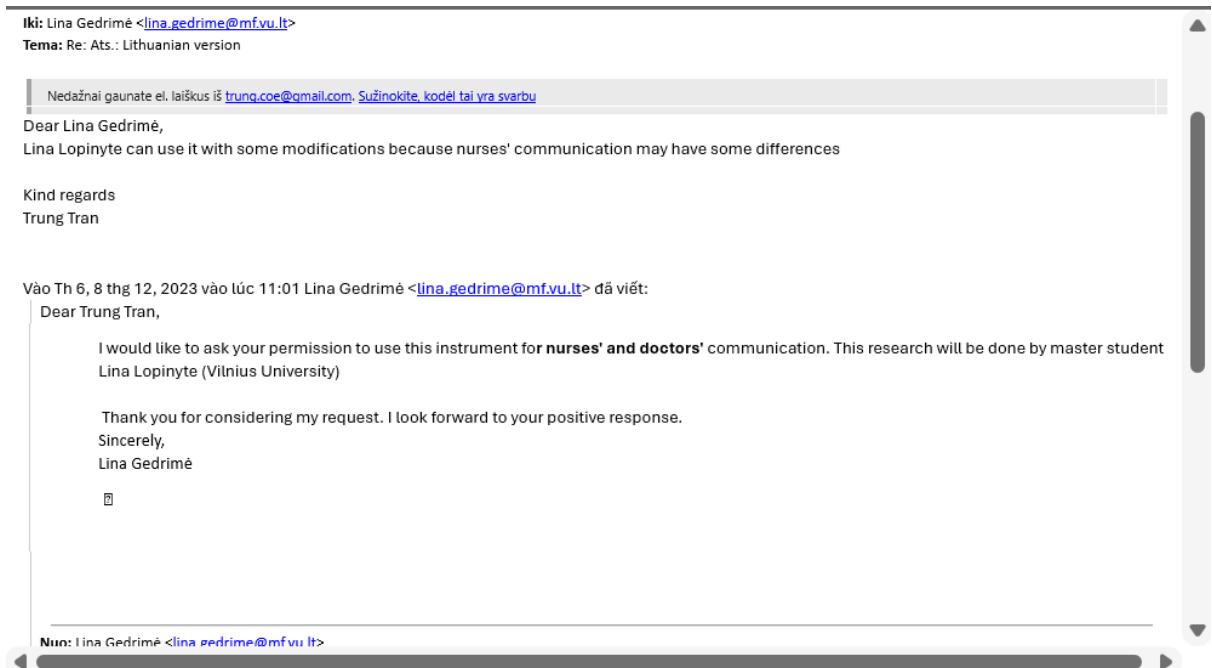
Esu dėkinga savo darbo vadovei prof.dr. Nataljai Istominai bei konsultantei lekt. Linai Gedrimei už pagalbą rašant baigiamąjį darbą, kantrybę, skirtą laiką bei naudingus patarimus.

Už bendradarbiavimą dėkoju visiems dalyvavusiems tyrime slaugytojams ir gydytojams, bei įstaigoms davusioms leidimą atlikti tyrimą.

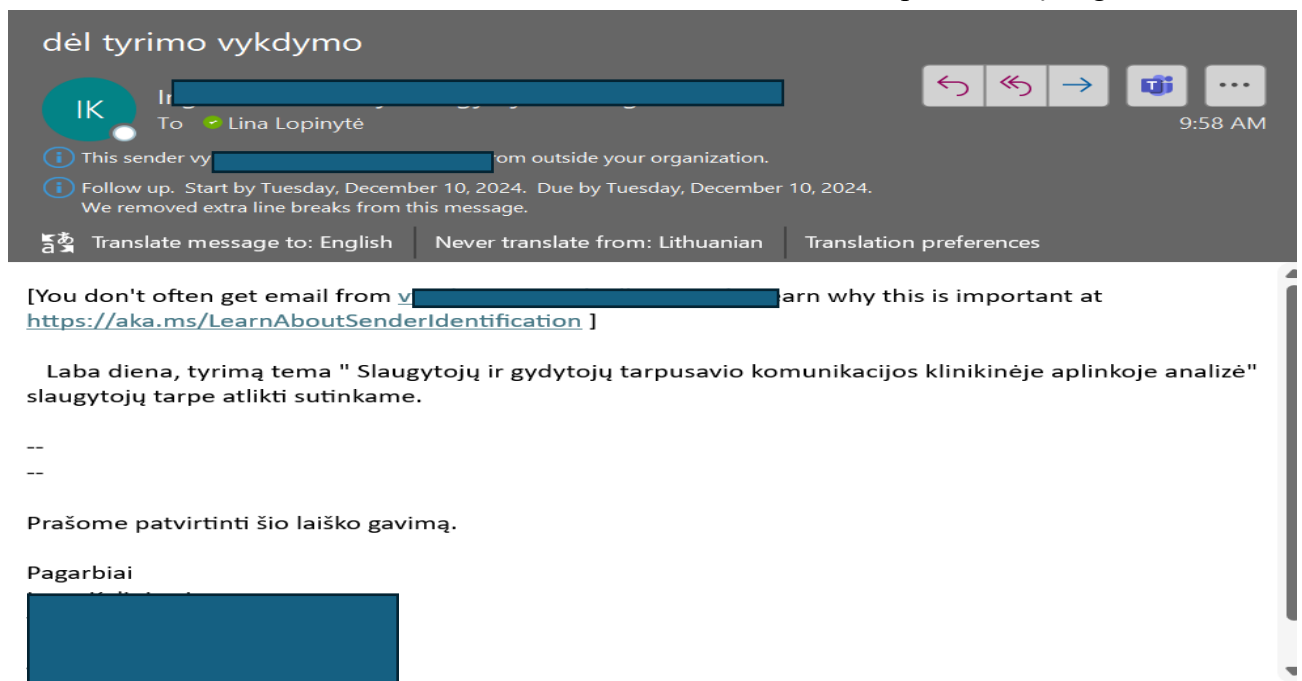
Dėkoju šeimai, draugams ir kolegoms už supratimą ir palaikymą.

PRIEDAI

1 PRIEDAS. Autoriaus leidimas naudoti tyrimo instrumentą



2 PRIEDAS. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos leidimas nr. 1



3 PRIEDAS. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos leidimas nr. 2

RE: Persiųsta: Prašymas dėl leidimo vykdyti apklausą

 [Redacted]
To:  Lina Lopinytė

 This sender [Redacted] is outside your organization.
 Follow up. Start by Tuesday, December 10, 2024. Due by Tuesday, December 10, 2024.

 Translate message to: English | Never translate from: Lithuanian | Translation preferences

Laba diena,

Leidimas vykdyti apklausą mokslo tiriamaisiais tikslais VŠĮ [Redacted] įmoninėje suteiktas.
Sėkmės vykdanč tyrimą!

Pagarbiai,

[Redacted]

4 PRIEDAS. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos leidimas nr. 3

Re: Fwd: Prašymas dėl leidimo vykdyti apklausą

 Lai [Redacted]
To:  Lina Lopinytė

 This sender [Redacted] is from outside your organization.
 You replied to this message on 12/10/2024 9:02 PM.
We removed extra line breaks from this message.

 Translate message to: English | Never translate from: Lithuanian | Translation preferences

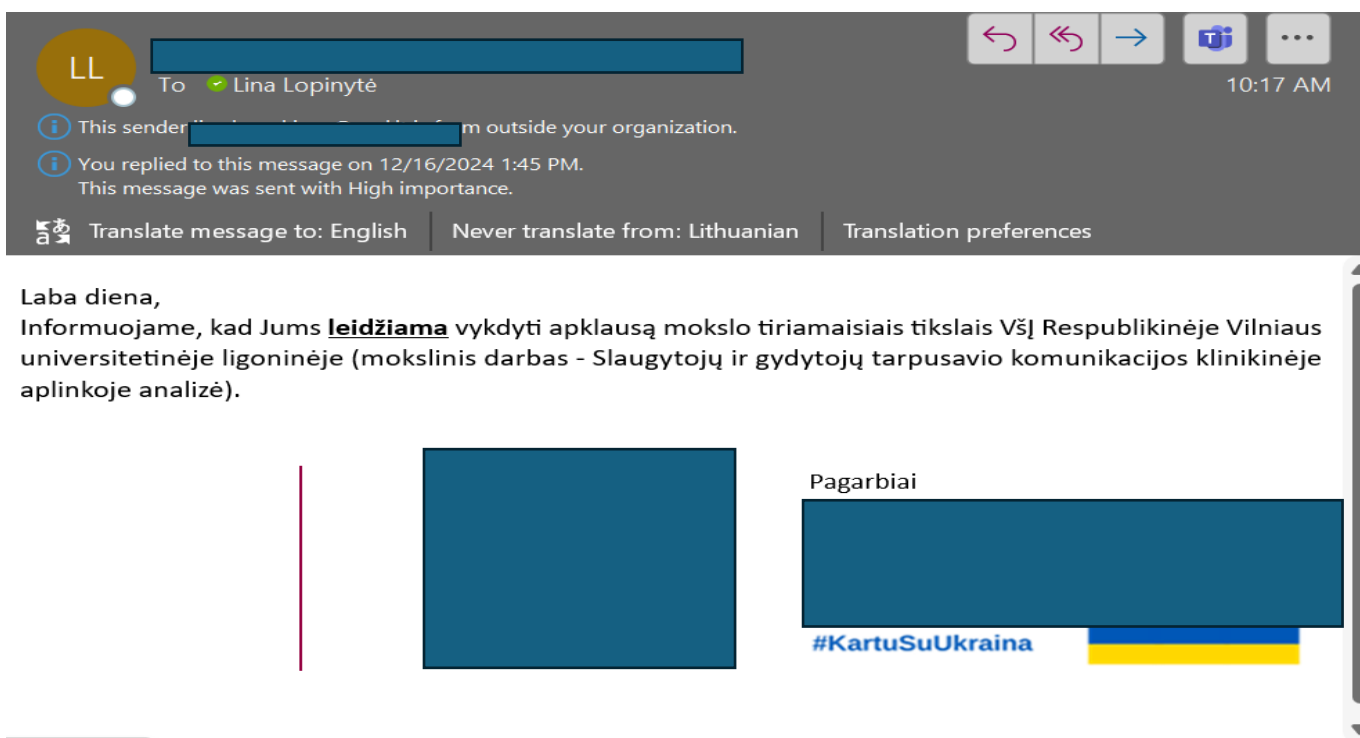
Laba diena, tyrimą atlikti galėsite

Pagarbiai,

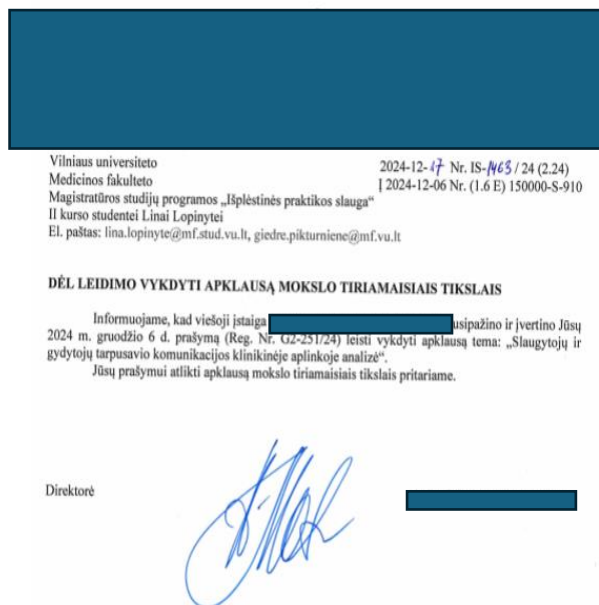
[Redacted]

>
> ----- Originalus laiškas -----

5 PRIEDAS. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos leidimas nr. 4



6 PRIEDAS. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos leidimas nr. 5



7 PRIEDAS. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos leidimas nr. 6



Vilniaus universiteto
Medicinos fakultetas

2024-12- Nr. S- (1.22)
Į 2024-12-10 prašymą

DĖL TYRIMO ATLIKIMO

Atsižvelgiant į viešojoje įstaigoje [redacted] (toliau – Ligoninė) 2024 m. gruodžio 10 d. gautą prašymą „Dėl leidimo vykdyti apklausą mokslo tiriamaisiais tikslais“, informuojame, kad Vilniaus universiteto (toliau – Universitetas) Medicinos fakulteto magistrantūros studijų programos „Išplėstinės praktikos slauga“ II kurso studentė Lina Lopinytė Ligoninės skyriuose / centro gali atlikti tyrimą „Slaugytojų ir gydytojų tarpusavio komunikacijos klinikinėje aplinkoje analizė“.

Taip pat informuojame, kad atlikdama tyrimą Ligoninėje, Universiteto studentė Lina Lopinytė, privalo užtikrinti asmens duomenų konfidencialumą ir saugumą pagal galiojančių teisės aktų reikalavimus.

Vyriausioji slaugos administratorė



8 PRIEDAS. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos leidimas nr. 7

Vilniaus universitetui Medicinos fakulteto
Išplėstinės praktikos slaugos studijų
magistrantei Linai Lopinytei

2024-12-12
Į 2024-12-10 Nr. GD -2311

DĖL LEIDIMO

Informuojame, kad VšĮ [redacted] ligoninės administracija leidžia Jums atlikti gydytojų ir slaugytojų apklausą, rengiant magistro baigiamąjį darbą tema „Slaugytojų ir gydytojų tarpusavio komunikacijos klinikinėje aplinkoje analizė“.

Direktorius



9 PRIEDAS. VU Medicinos fakulteto mokslinių tyrimų etikos komisijos pritarimas



VILNIAUS UNIVERSITETO MEDICINOS FAKULTETO MOKSLINIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS

POSĖDŽIO PROTOKOLAS

2024-11-04 Nr. (1.7 E) 150000-KT-435
Vilnius

El. balsavimas vyko 2024 m. spalio 31- lapkričio 4 d.
Posėdžio pirmininkas VU MF SMI Slaugos katedros vadovė prof. dr. -Natalja Istomina
Posėdyje dalyvavo: VU MF SMI Slaugos katedros asist. dr. Aldona Mikaliūškienė, VU MF SMI Visuomenės katedros asistentė, dr. Jelena Stanislavovienė, VU MF SMI Sveikatos etikos, teisės ir istorijos centro docentė dr. Aistė Bartkienė, VU MF SMI Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos katedros docentė dr. Aurelija Šidlauskienė, VU MF SMI Optometrijos katedros docentas dr. Saulius Galgauskas, VU MF KMI Akušerijos ir ginekologijos klinikos docentė dr. Diana Buzinskienė, VU MF KMI Anesteziologijos ir reanimatologijos klinikos jaun. asistentas Vaidas Vicka, VU MF BMI Anatomijos, histologijos ir antropologijos katedros lektorė Rūta Morkūnienė, VU MF BMI Fiziologijos, biochemijos, mikrobiologijos ir laboratorinės medicinos katedros asistentė dr. Inga Bikulčienė, VU MF Odontologijos instituto docentė dr. Rasmūtė Manelienė. Kvorumas priimti sprendimus buvo, nes posėdyje dalyvavo 11 narių iš 11 .

2. SVARSTYTA. Išplėstinės praktikos slaugos magistrantūros studijų programos antro kurso studentės Linos Lopinytės baigiamojo darbo tyrimo protokolo ir instrumento vertinimas.

NUTARTA. Studentės Linos Lopinytės baigiamojo darbo tyrimo protokolo ir instrumento turinys neprieštarauja vykdomojo tyrimo etikos normoms ir VU MF Mokslinių tyrimų etikos komitetas pritaria tyrimo instrumento naudojimui.

VU MF Mokslinių tyrimų etikos komiteto
pirmininkė

prof. dr. Natalja Istomina

Posėdžio sekretorė

Greta Zambickaitė

10 PRIEDAS. Tyrimo instrumentas – gydytojų apklausa

GYDYTOJŲ APKLAUSA

Esu Lina Lopinytė (el. paštas lina.lopinyte@mf.stud.vu.lt Tel. +37068486620), Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto (toliau – VU MF) išplėstinės praktikos slaugos magistro studijų programos 2 kurso studentė. Darbo vadovė VU MF prof. dr. Natalja Istomina, darbo konsultantė VU MF lekt. Lina Gedrimė. Kviečiu Jus dalyvauti moksliniame tyrime, kurio tikslas– išanalizuoti slaugytojų ir gydytojų tarpusavio komunikaciją klinikinėje aplinkoje.

Prašome atsakyti į visus šio tyrimo klausimus, pažymėdami Jums tinkamą variantą. Svarbi informacija: mes nesiekiame įvertinti individualų slaugytoją ar gydytoją, mus domina tik komunikacijos proceso kokybės gerinimas.

Klausimynas yra anonimiškas. Jums nereikia nurodyti nei savo vardo, nei pavardės. Atsakyti į klausimus užtruksite iki 10 minučių.

Dėkojame Jums už bendradarbiavimą ir skirtą laiką!

I Dalis. Demografiniai duomenys

1. Ar sutinkate dalyvauti tyrime:

☐ taip;

☐ ne;

2. Jūsų amžius (metais): įrašykite.....;

3. Lytis:

☐ Vyras; ☐ Moteris; ☐ Pageidauju neatsakyti;

4. Profesinė kvalifikacija (galimi keli atsakymo variantai):

☐ Terapinio profilio gydytojas(-a);

☐ Chirurgas;

☐ Vaikų gydytojas(-a);

☐ Kita(nurodykite).....;

5. Profesinės patirties trukmė (metais): įrašykite.....;

6. Darbo vieta (galimi keli atsakymo variantai):

☐ Universitetinė ligoninė;

☐ Respublikinė ligoninė;

☐ Miesto klinikinė ligoninė;

☐ Rajono ligoninė;

☐ Kita (įrašykite).....;

II Dalis. Nuomonė apie slaugytojo ir gydytojo komunikaciją

Šioje dalyje kiekvienoje eilutėje jūsų prašoma *atsakyti ar slaugytojas(-a) ir Jūs Atlikote, ar NEatlikote kiekvieną pažymėtą veiksmą..*

		Taip	Ne
1.	Pasisveikinimas <i>1.1. Ar slaugytoja(-as) pasisveikina su Jumis prieš pradedant darbą?</i>		
	<i>1.2. Ar Jūs pasisveikinate su slaugytoju(-a) prieš pradedant darbą?</i>		
2.	Prisistatymas <i>2.1. Ar slaugytoja(-as) prisistato Jums per pirmąjį susitikimą?</i>		
	<i>2.2. Ar Jūs prisistatote slaugytojui per pirmąjį susitikimą?</i>		
3.	Bendravimas vardu <i>3.1. Ar bendraujant slaugytoja(-as) kreipiasi į Jus vardu?</i>		
	<i>3.2. Ar Jūs bendraudami su slaugytoju(-a) kreipiatės į Jį vardu?</i>		
4.	Dėmesingumas <i>4.1. Ar slaugytoja(-as) dėmesingai klausosi, ką Jūs kalbate?</i>		
	<i>4.2. Ar Jūs dėmesingai klausotės, ką kalba slaugytojas(-a)?</i>		
5.	Empatija <i>5.1. Ar slaugytoja(-as) demonstruoja empatiją Jums?</i>		
	<i>5.2. Ar Jūs demonstruojate empatiją slaugytojui(-ai)?</i>		
6.	Požiūris į darbą <i>6.1. Ar slaugytoja(-as) išreiškia teigiamą ir skatinantį požiūrį į Jūsų darbą?</i>		
	<i>6.2. Ar Jūs išreiškiate teigiamą ir skatinantį požiūrį į slaugytojo(-os) darbą?</i>		
7.	Informacijos pasitikrinimas <i>7.1. Ar slaugytoja(-as) patikrina ar teisingai suprato Jūsų pateiktą informaciją apie pacientus?</i>		
	<i>7.2. Ar Jūs patikrinkate ar slaugytojas(-a) teisingai suprato pateiktą informaciją apie pacientus?</i>		
8.	Papildoma informacija <i>8.1. Ar slaugytoja(-as) patikslina, ar Jūs turite papildomos informacijos apie pacientus?</i>		
	<i>8.2. Ar Jūs patikslinate slaugytojui, kad turite papildomos informacijos apie pacientus?</i>		
9.	Planuojami veiksmai <i>9.1. Ar slaugytoja(-as) Jus informuoja apie planuojamus veiksmus pacientams?</i>		
	<i>9.2. Ar Jūs informuojate slaugytoją apie planuojamus veiksmus pacientams?</i>		
10.	Intervencinės procedūros <i>10.1. Ar slaugytoja(-as) Jums paaiškina pacientų apžiūros ir tyrimų poreikį?</i>		

	<i>10.2. Ar Jūs paaiškinate slaugytojui(-ai) pacientų apžiūros ir tyrimų poreikį?</i>		
11.	Pacientų apžiūra <i>11.1. Ar slaugytoja(-as) pacientų apžiūrą atlieka pagarbiai?</i> <i>11.2. Ar Jūs pacientų apžiūrą atliekate pagarbiai?</i>		
12.	Pacientų tyrimų rezultatai <i>12.1. Ar slaugytoja(-as) dalinasi informacija su Jumis apie pacientų tyrimų rezultatus?</i> <i>12.2. Ar Jūs dalinatės informacija su slaugytoju(-a) apie pacientų tyrimų rezultatus?</i>		
13.	Informacija apie pacientų ligos prognozę <i>13.1. Ar slaugytoja(-as) dalinasi informacija su Jumis apie pacientų ligos prognozes?</i> <i>13.2. Ar Jūs dalinatės informacija su slaugytoju(-a) apie pacientų ligos prognozes?</i>		
14.	Informacija apie pacientų ligos diagnozę <i>14.1. Ar slaugytoja(-as) dalinasi informacija su Jumis, apie pacientų ligos diagnozes?</i> <i>14.2. Ar Jūs dalinatės su slaugytoju(-a) informacija apie pacientų ligos diagnozes?</i>		
15.	Gydymo metodai, jų privalumai ir trūkumai <i>15.1. Ar slaugytoja(-as) su Jumis aptaria pacientų gydymo metodus ir kiekvieno metodo privalumus ir trūkumus?</i> <i>15.2. Ar Jūs su slaugytoju(-a) aptariate pacientų gydymo metodus ir kiekvieno metodo privalumus ir trūkumus?</i>		
16.	Gydymo metodų apibendrinimas <i>16.1. Ar slaugytoja(-as) apibendrina pacientų gydymo metodus su Jumis?</i> <i>16.2. Ar Jūs apibendrinatė pacientų gydymo metodus su slaugytoju(-a)?</i>		
17.	Gydymo plano laikymasis <i>17.1. Ar slaugytoja(-as) dalinasi informacija apie pacientų sunkumus laikantis gydymo plano?</i> <i>17.2. Ar Jūs dalinatės informacija apie pacientų sunkumus laikantis gydymo plano su slaugytoju(-a)?</i>		
18.	Pagrindiniai paciento gydymo aspektai <i>18.1. Ar slaugytoja(-as) prašo Jūsų pakartoti pagrindinius pacientų gydymo aspektus?</i> <i>18.2. Ar Jūs prašote slaugytojo(-os) pakartoti pagrindinius pacientų gydymo aspektus?</i>		
19.	Bendradarbiavimas <i>19.1. Ar slaugytoja(-as) klausia, kaip Jums sekasi dirbti kartu?</i> <i>19.2. Ar Jūs klausiate slaugytojo(-os), kaip Jums sekasi dirbti kartu?</i>		

20.	Padėka		
	20.1. <i>Ar slaugytoja(-as) Jums padėjo už bendradarbiavimą?</i>		
	20.2. <i>Ar Jūs padėkote slaugytojui(-ai) už bendradarbiavimą?</i>		

III Dalis. Pasitenkinimo tarpusavio komunikacija lygis

1. Ar esate patenkinti slaugytojo(-os) komunikacija su Jumis? Pažymėkite:

- ☐ labai patenkintas(-a);
- ☐ patenkintas;
- ☐ Nei patenkintas, nei nepatenkintas;
- ☐ Nepatenkintas;
- ☐ Labai nepatenkintas;

2. Kaip Jūs manote, kokia tarpusavio komunikacija klinikinėje aplinkoje tarp slaugytojų ir gydytojų?

- ☐ Labai gera;
- ☐ gera;
- ☐ nei gera nei bloga;
- ☐ bloga;
- ☐ labai bloga.

Dėkoju už vertingą informaciją.

11 PRIEDAS. Tyrimo instrumentas – slaugytojų apklausa

SLAUGYTOJŲ APKLAUSA

Esu Lina Lopinytė (el. paštas lina.lopinyte@mf.stud.vu.lt Tel. +37068486620), Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto (toliau – VU MF) išplėstinės praktikos slaugos magistro studijų programos 2 kurso studentė. Darbo vadovė VU MF prof. dr. Natalja Istomina, darbo konsultantė VU MF lekt. Lina Gedrimė.

Kviečiu Jus dalyvauti moksliniame tyrime, kurio tikslas– išanalizuoti slaugytojų ir gydytojų tarpusavio komunikaciją klinikinėje aplinkoje.

Prašome atsakyti į visus šio tyrimo klausimus, pažymėdami Jums tinkamą variantą. Svarbi informacija: mes nesiekiamo įvertinti individualų slaugytoją ar gydytoją, mus domina tik komunikacijos proceso kokybės gerinimas.

Klausimynas yra anonimiškas. Jums nereikia nurodyti nei savo vardo, nei pavardės. Atsakyti į klausimus užtruksite iki 10 minučių.

Dėkojame Jums už bendradarbiavimą ir skirtą laiką!

I Dalis. Demografiniai duomenys

1. Ar sutinkate dalyvauti tyrime:

☐ Taip

☐ Ne

2. Jūsų amžius (metais): įrašykite.....

3. Lytis:

☐ Vyras; ☐ Moteris; ☐ Pageidauju neatsakyti;

4. Profesinė kvalifikacija:

☐ Bendrosios praktikos slaugytoja(-as);

☐ Išplėstinės praktikos slaugytoja(-as);

5. Profesinės patirties trukmė (metais): įrašykite.....;

6. Darbo vieta (galimi keli atsakymo variantai):

☐ Universitetinė ligoninė;

☐ Respublikinė ligoninė;

☐ Miesto klinikinė ligoninė;

☐ Rajono ligoninė;

☐ Kita (įrašykite).....;

II Dalis. Nuomonė apie slaugytojo ir gydytojo komunikaciją.

Šioje dalyje kiekvienoje eilutėje jūsų prašoma *atsakyti ar gydytojas(-a) ir Jūs Atlikote, ar NEatlikote kiekvieną pažymėtą veiksmą.*

Nr.		Taip	Ne
1.	Pasisveikinimas <i>1.1. Ar gydytojas(-a) pasisveikina su Jumis prieš pradedant darbą?</i> <i>1.2. Ar Jūs pasisveikinate su gydytoju(-a) prieš pradedant darbą?</i>		
2.	Prisistatymas <i>2.1. Ar gydytojas(-a) prisistato Jums per pirmąjį susitikimą?</i> <i>2.2. Ar Jūs prisistatote gydytojui per pirmąjį susitikimą?</i>		
3.	Bendravimas vardu <i>3.1. Ar bendraujant gydytojas(-a) kreipiasi į Jus vardu?</i> <i>3.2. Ar Jūs bendraudami su gydytoju(-a) kreipiatės į Jį vardu?</i>		
4.	Dėmesingumas <i>4.1. Ar gydytojas(-a) dėmesingai klausosi, ką Jūs kalbate?</i> <i>4.2. Ar Jūs dėmesingai klausotės, ką kalba gydytojas(-a)?</i>		
5.	Empatija <i>5.1. Ar gydytojas(-a) demonstruoja empatiją Jums?</i> <i>5.2. Ar Jūs demonstruojate empatiją gydytojui(-ai)?</i>		
6.	Požiūris į darbą <i>6.1. Ar gydytojas(-a) išreiškia teigiamą ir skatinantį požiūrį į Jūsų darbą?</i> <i>6.2. Ar Jūs išreiškiate teigiamą ir skatinantį požiūrį į gydytojo(-os) darbą?</i>		
7.	Informacijos patikrinimas <i>7.1. Ar gydytojas(-a) patikrina ar teisingai suprato Jūsų pateiktą informaciją apie pacientus?</i> <i>7.2. Ar Jūs patikrinkate ar gydytojas(-a) teisingai suprato Jūsų pateiktą informaciją apie pacientus?</i>		
8.	Papildoma informacija <i>8.1 Ar gydytojas(-a) patikslina, ar Jūs turite papildomos informacijos apie pacientus?</i> <i>8.2. Ar Jūs patikslinate gydytojui, kad turite papildomos informacijos apie pacientus?</i>		
9.	Planuojami veiksmai <i>9.1. Ar gydytojas(-a) Jus informuoja apie planuojamus veiksmus pacientams?</i> <i>9.2. Ar Jūs informuojate gydytoją apie planuojamus veiksmus pacientams?</i>		
10.	Intervencinės procedūros <i>10.1. Ar gydytojas(-a) Jums paaiškina pacientų apžiūros ir tyrimų poreikį?</i> <i>10.2. Ar Jūs paaiškinate gydytojui(-ai) pacientų apžiūros ir tyrimų poreikį?</i>		
11.	Pacientų apžiūra <i>11.1. Ar gydytojas(-a) pacientų apžiūrą atlieka pagarbiai?</i> <i>11.2. Ar Jūs pacientų apžiūrą atliekate pagarbiai?</i>		

12.	Pacientų tyrimų rezultatai <i>12.1. Ar gydytojas(-a) dalinasi informacija su Jumis apie pacientų tyrimų rezultatus?</i>		
	<i>12.2. Ar Jūs dalinatės informacija su gydytoju(-a) apie pacientų tyrimų rezultatus?</i>		
13.	Informacija apie pacientų ligos prognozes <i>13.1. Ar gydytojas(-a) dalinasi informacija su Jumis apie pacientų ligos prognozes?</i>		
	<i>13.2. Ar Jūs dalinatės informacija su gydytoju(-a) apie pacientų ligos prognozes?</i>		
14.	Informacija apie pacientų ligos diagnozes <i>14.1. Ar gydytojas(-a) dalinasi informacija su Jumis, apie pacientų ligos diagnozes?</i>		
	<i>14.2. Ar Jūs dalinatės su gydytoju(-a) informacija apie pacientų ligos diagnozes?</i>		
15.	Gydymo metodai, jų privalumai ir trūkumai <i>15.1. Ar gydytojas(-a) su Jumis aptaria pacientų gydymo metodus ir kiekvieno metodo privalumus ir trūkumus?</i>		
	<i>15.2. Ar Jūs su gydytoju(-a) aptariate pacientų gydymo metodus ir kiekvieno metodo privalumus ir trūkumus?</i>		
16.	Gydymo metodų apibendrinimas <i>16.1. Ar gydytojas(-a) apibendrina pacientų gydymo metodus su Jumis?</i>		
	<i>16.2. Ar Jūs apibendrinatė pacientų gydymo metodus su gydytoju(-a)?</i>		
17.	Gydymo plano laikymasis <i>17.1. Ar gydytojas(-a) dalinasi informacija apie pacientų sunkumus laikantis gydymo plano?</i>		
	<i>17.2. Ar Jūs dalinatės informacija apie pacientų sunkumus laikantis gydymo plano su gydytoju(-a)?</i>		
18.	Pagrindiniai pacientų gydymo aspektai <i>18.1. Ar gydytojas(-a) prašo Jūsų pakartoti pagrindinius pacientų gydymo aspektus?</i>		
	<i>18.2. Ar Jūs prašote gydytojo(-os) pakartoti pagrindinius pacientų gydymo aspektus?</i>		
19.	Bendradarbiavimas <i>19.1. Ar gydytojas(-a) klausia, kaip Jums sekasi dirbti kartu?</i>		
	<i>19.2. Ar Jūs klausiate gydytojo(-os), kaip Jums sekasi dirbti kartu?</i>		
20.	Padėka <i>20.1. Ar gydytojas(-a) Jums padėkoja už bendradarbiavimą?</i>		
	<i>20.2. Ar Jūs padėkote gydytojui(-ai) už bendradarbiavimą?</i>		

III Dalis. Pasitenkinimo tarpusavio komunikacija lygis

1. Ar esate patenkinti gydytojo(-os) komunikacija su Jumis? Pažymėkite:

☐ labai patenkintas(-a);

☐ patenkintas;

☐ Nei patenkintas, nei nepatenkintas;

☐ Nepatenkintas;

☐ Labai nepatenkintas;

2. Kaip Jūs manote, kokia tarpusavio komunikacija klinikinėje aplinkoje tarp slaugytojų ir gydytojų?

☐ Labai gera;

☐ gera;

☐ nei gera nei bloga;

☐ bloga;

☐ labai bloga.

Dėkoju už vertingą informaciją.