

საექთნო ლიდერობა
და მართვა

თბილისი 2022

საქონო ლიდერობა და მართვა

სასწავლო მასალა შექმნილია სს „ვეექსის ჰოსპიტლებისა“ და „ევროპის განვითარებისა და რეკონსტრუქციის ბანკის“ მხარდაჭერით

მასალა მომზადებულია **თამარ დაუსისა** და **ნინო ბუცხრიკიძის** მიერ

რეცენზირებულია **დავით სერგეენკოს** მიერ

ტექსტის რედაქტორი: **ნინო ფანცულაია**, სალომე ჭინჭარაული

ყდის დიზაინერი: **სალომე ჭინჭარაული**

სასწავლო მასალა შექმნილია სს „ვევექსის ჰოსპიტლებისა“ და „ევროპის განვითარებისა და რეკონსტრუქციის ბანკის“ მხარდაჭერით

© თბილისი 2022

წინასიტყვაობა

წინამდებარე სახელმძღვანელო განკუთვნილია პროფესიული და საბაკალავრო პროგრამის ექთნებისათვის. წიგნში მოცემული მასალა მიზნად ისახავს თანამედროვე, დასავლური, პროფესიული ინფორმაციის მიწოდებასა და მათი კრიტიკული და ანალიტიკური აზროვნების უნარის გაუმჯობესებას. ამისათვის, საკითხავ ტექსტს თან სადისკუსიო კითხვები და სავარჯიშოები ერთვის, რომელიც ჯგუფური მეცადინეობისას შესაძლოა ნაყოფიერი აღმოჩნდეს.

წიგნის შემქმნელთა წინაშე იდგა ამოცანა, შეემუშავებინათ დასავლური სტანდარტების შესაბამისი საექთნო პროფესიული ლიტერატურა ქართულ ენაზე. ამისათვის, მათ სხვადასხვა გამომცემლობების მიერ გამოქვეყნებული წიგნებისა და სტატიების კომპილაცია, ინტერპრეტაცია და სინთეზი მოახდინეს.

წიგნის ყოველ თავს გამოყენებული ლიტერატურის სია ერთვის, რომელიც მკითხველს, საჭიროების შემთხვევაში, ამა თუ იმ საკითხის დაწვრილებით შესწავლაში დაეხმარება.

ეპიგრაფი:

„ძალიან უცნაურია საავადმყოფოში უპირველეს მოთხოვნად
განსაზღვრული იყოს პრინციპი „არ ავნო“. მიუხედავად ამისა, ეს
მაინც საკმაოდ მნიშვნელოვან პრინციპად რჩება“

(*Florence Nightingale, 1863, Notes on Hospitals*)

„მსოფლიო, განსაკუთრებით ჰოსპიტალური სამყარო, ისე
ჩქარობს, ისე სწრაფად მოძრაობს, რომ ძალიან მარტივია ცუდი
უნარ-ჩვევების შექმნა მანამ, სანამ ჩვენ ამას გავაცნობიერებთ“

(*Florence Nightingale, 1914, To Her Nurse*)

სარჩევი

თავი 1. უსაფრთხო და ხარისხიანი საექთნო საქმიანობის ძირითადი კომპეტენციები.....	9
თავი 2. საექთნო ლიდერობისა და მართვის თეორიები და პრინციპები	35
თავი 3. კრიტიკული აზროვნება და გადანყვეტილებების მიღება	50
თავი 4. ეფექტური კომუნიკაცია	67
თავი 5. მკურნალობის უსაფრთხოებისა და ხარისხის გაუმჯობესება და მართვა	88
თავი 6. ჯანდაცვის ორგანიზაციები	123
თავი 7. ინფორმაციული ტექნოლოგიები პაციენტის უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობისთვის	145
თავი 8. მდგრადი სამუშაო გარემოს შემუშავება და მართვა.....	160
თავი 9. პაციენტის მკურნალობის ორგანიზება	176
თავი 10. ეფექტიანი დელეგირება.....	201
თავი 11. ჯანსაღი სამუშაო გარემოს შექმნა და შენარჩუნება	221
თავი 12. ცვლილებების განხორცილება და კონფლიქტის მართვა	243
თავი 13. გუნდის ჩამოყალიბება და მისი მართვა	263
თავი 14. ბიუჯეტირება.....	278
თავი 15. სტუდენტობიდან პროფესიონალ ექთნობამდე გასავლელი გზა	295

თავი 1

უსაფრთხო და ხარისხიანი საექთნო საქმიანობის ძირითადი კომპეტენციები

ამ თავში თქვენ შეისწავლით:

- IOM-ის (მედიცინის ინსტიტუტი) კომპეტენციების განსაზღვრას, ამ ორგანიზაციის ექვსი მიზნის მონახვის გაკეთებასა და ამავე ორგანიზაციის მიერ ჩამოყალიბებული 21-ე საუკუნის ჯანდაცვის 10 წესის ანალიზს;
- IOM-ის მიერ შემუშავებულ კომპეტენციებსა და QSEN-ის მიერ (Quality and Safety Education for Nurses - ექთნების სწავლება ხარისხისა და უსაფრთხოების მიმართულებით) შემუშავებულ ძირითად კომპეტენციებს შორის სხვაობის ანალიზს;
- საექთნო საქმიანობის თითოეული ძირითადი კომპეტენციის ფუნდამენტური მახასიათებლების განსაზღვრასა და აღწერას;
- პაციენტზე ორიენტირებული უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობისათვის აუცილებელი ეფექტური საექთნო ლიდერობისა და მართვის მნიშვნელობის განხილვას;

ყველა დონეზე ექთნები წარმოადგენენ ლიდერებს პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის კუთხით. თითოეულ ექთანს, როგორც ინტერდისციპლინური გუნდის წევრს, უნდა შევასწავლოთ პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობის ასპექტები. ამისთვის აქცენტი უნდა გავაკეთოთ მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ პრაქტიკაზე, ხარისხის გაუმჯობესების მიდგომებზე, ინფორმატიკასა და უსაფრთხოებაზე (Cronenwerr et al., 2007. Greiner & Knebel, 2003). თანამედროვე მოძრაობა პაციენტთა უსაფრთხოების მიმართულებით დაიწყო 2000 წელს, როდესაც IOM-მ გამოაქვეყნა მისი საეტაპო ანგარიში „შეცდომის დაშვება ადამიანურია: ვაშენოთ უფრო უსაფრთხო ჯანდაცვა“ (To Err Is Human: Building a Safer Health System p Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000). ამ პუბლიკაციით დაიწყო ჯანდაცვაში ხარისხისა და უსაფრთხოების ძიება, რამაც, საბოლოოდ, მოგვიყვანა კიდევ დღევანდელ დღემდე. 2003-ში IOM-მ გამოაქვეყნა სტატია ჯანდაცვის პროფესიონალების სწავლება: ხიდი ხარისხისაკენ (Health Professions Education: A bridge to Quality – Creiner & Knebel, 2003), რომელიც განსაზღვრავს ხუთ ძირითად კომპეტენციას ჯანდაცვის ყველა პროფესიონალისთვის. IOM-ს აღნიშნული ანგარიშის საპასუხოდ, QSEN-მა 2005 წელს სპეციალური ინიციატივა გააჟღერა, რომლის მიზანიც იყო საექთნო სპეციალობის ძირითადი კომპეტენციების განსაზღვრა.

ეს თავი წარმოადგენს მთელი წიგნის საფუძველს და განიხილავს IOM-ის მიერ ყველა სპეციალობისთვის დადგენილ ძირითად კომპეტენციებს და ამ კომპეტენციების QSEN-ის მიერ საექთნო სპეციალობისთვის ადაპტირებულ ვარიანტს. ამ თავში განხილული იქნება თითოეული კომპეტენციის ფუნდამენტური ელემენტები, ლიდერი და მენეჯერი ექთნებისთვის დახმარების განევის მიზნით.

მედიცინის ინსტიტუტის (IOM) ანგარიში

ეს ორგანიზაცია ჩამოყალიბდა 1970 წელს, როგორც ნაციონალური აკადემიის განშტოება, ჯანდაცვის კუთხით. IOM ამჟამად არის დამოუკიდებელი არაკომერციული ორგანიზაცია, რომელიც მუშაობს ფედერალური მთავრობის ფარგლებს გარეთ. იგი აწვდის მიუკერძოებელ და ავრორიტეტულ რჩევებს ჯანმრთელობის კუთხით მომუშავე პერსონალს, ჯანდაცვაში გადაწყვეტილების მიმღებ პირებსა და საზოგადოებას. IOM ერთად კრებს ექსპერტებს და დაინტერესებულ მხარეებს, რათა მოსახლეობა უზრუნველყოს მიუკერძოებელი, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული სახელმძღვანელო მითითებებით ჯანდაცვის მიმართულებით. 2000 წლიდან მოყოლებული IOM-მ გამოაქვეყნა რიგი ანგარიშები აშშ-ის ჯანდაცვის სისტემაში ხარისხის

სტატუსის შესახებ. ცხრილ 1-1-ში მოცემულია ამ ანგარიშების ის ძირითადი ჩამონათვალი, რომელთა შინაარსიც ემთხვევა ამ წიგნში მოცემულ მოსაზრებებს; ამ ანგარიშებიდან შერჩეული ელემენტები განხილული იქნება სხვა თავებში.

ცხრილი 1.1 მედიცინის ინსტიტუტის (IOM) ანგარიშები:

1990 Medicare: ხარისხის უზრუნველყოფის სტრატეგია, შეჯამება, ტომი 1
2000 შეცდომა ადამიანური ბუნებისა: ვაშენებთ უსაფრთხო ჯანდაცვის სისტემას
2001 გადავაზიფოთ ხარისხში არსებულ ნაპრალს: ახალი ჯანდაცვის სისტემა 21-ე საუკუნეში
2002 არათანაბარი მოპყრობა: რასობრივი და ეთნიკური დისკრიმინაცია ჯანდაცვაში
2003 ჯანდაცვის პროფესიონალების სწავლება: ხიდი ხარისხისკენ; ნაციონალურ დონეზე პრიორიტეტული არიალები: ჯანდაცვის ხარისხის გარდაქმნა
2004 გვეყავდეს პაციენტები უსაფრთხოდ: გარდავქმნათ ექთნების სამუშაო გარემო; პაციენტთა უსაფრთხოება: მკურნალობის ახალი სტანდარტების მიღწევა; ცოდნა ჯანდაცვაში: რეცეპტი დაბნეულობის დასაძლევად
2011 საექთნო საქმიანობის მომავალი: ვანარმოთ ცვლილებები, გავაუმჯობესოთ ჯანმრთელობა

IOM-ის პირველი ანგარიში, „შეცდომის დაშვება ადამიანურია“, იყო ნოვატორული, რადგან იგი ჯანდაცვაში ზიანისა და მოულოდნელი სიკვდილის გამომწვევ მთავარ ფაქტორად წარმოაჩინდა სამედიცინო შეცდომას. ამ ანგარიშის მიზანი იყო წარმოეჩინა ჯანდაცვის ხარისხის გაუმჯობესების სტრატეგია მომდევნო 10 წლისათვის. ითვალისწინებდა რა იმ ფაქტს, რომ პრევენციურადი გვერდითი ეფექტების გამო ყოველწლიური სიკვდილობის მაჩვენებელი შეადგენდა 98000-ს, IOM-მ განსაზღვრა ხარისხის მიმართულებით სამი ძირითადი მახასიათებელი: პაციენტის უსაფრთხოება, თანამედროვე სამედიცინო ცოდნის შესაბამისი პრაქტიკა და პაციენტ-სპეციფიური ღირებულებებისა და მოლოდინების გამართლება. დამატებით, IOM-მ დაადგინა, რომ უსაფრთხოება არის ხარისხის უმნიშვნელოვანესი კომპონენტი. IOM-მ ხაზი გაუსვა ხარისხის გაუმჯობესების ოთხსაფეხურიან მიდგომას (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000):

1. „ეროვნულ დონეზე ლიდერობის, კვლევის, საშუალებებისა და პროტოკოლების შემუშავებაზე აქცენტების გაკეთება უსაფრთხოების ცოდნაზე დაფუძნების აუცილებლობის ხაზგასასმელად“;
2. „შეცდომების იდენტიფიცირება და შეცდომებზე სწავლა ეროვნულ დონეზე რეპორტინგის სისტემის შემუშავების გზით და სამედიცინო დანესებულებების ნახალისება ნებაყოფლობით ჩერთონ აღნიშნულ პროცესში“;
3. უსაფრთხოების გაუმჯობესების კუთხით სამოქმედო სტანდარტებისა და მოლოდინების ამალლება სამეთვალყურეო ორგანიზაციების, პროფესიული ჯგუფებისა და ფინანსების მიმწოდებელი ორგანიზაციების ჩართულობის ხარჯზე“;
4. „ჯანდაცვის ორგანიზაციებში უსაფრთხოების სისტემების დანერგვა, რათა პაციენტებისთვის სერვისის მინოდების დროს უზრუნველყოფილი იქნას უსაფრთხო პრაქტიკა.“

პუბლიკაციის („შეცდომის დაშვება ადამიანურია“) გამოქვეყნებამდე, 1997 წელს, პრეზიდენტმა ბილ კლინტონმა ჯანდაცვის საკითხებში მრჩეველად დანიშნა ორგანიზაცია **Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care Industry**. საპასუხოდ ამ ორგანიზაციამ შეიმუშავა მომხმარებლის უფლებების დაცვის პროექტი და განსაზღვრა მომხმარებლის უფლებებისა და პასუხისმგებლობის შემდეგი რვა მიმართულება (**Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care Industry, 1997**):

- 1) ინფორმაციის ღიაობა;
- 2) სერვისის მიმწოდებლისა და მკურნალობის გეგმის არჩევა;
- 3) მაღალი ხარისხის მკურნალობის მიმწოდებელი ჯანდაცვის სერვისების არჩევა;
- 4) გადაუდებელ სერვისებთან წვდომა;
- 5) მკურნალობასთან დაკავშირებულ გადაწყვეტილებებში ჩართულობა;
- 6) პაციენტის ცემა და არადისკრიმინაციული მიდგომა, სამედიცინო ინფორმაციის კონფიდენციალობა;
- 7) საჩივრები და მიმართვები;
- 8) მომხმარებლის პასუხისმგებლობა.

Commission-ის მიერ მიღებული მომხმარებლის უფლებებისა და პასუხისმგებლობების რვა რეკომენდაცია, 2001 წელს IOM-მ განსაზღვრა როგორც ჯანდაცვის ორგანიზაციებისა და პროფესიონალების გამონვევა, რათა მათ მიზანმიმართულად და უწყვეტად ემუშავათ მოსახლეობის ავადობის, ზიანისა და ინვალიდობის შესამცირებლად. IOM-მ ყველას განახლებისკენ მოუწოდოდა და 2001 წლის ანგარიშში გამოკვეთა 21-ე საუკუნეში ჯანდაცვის გაუმჯობესების ექვსი მიზანი (**Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century**): ჯანდაცვა უნდა იყოს უსაფრთხო, ეფექტური, პაციენტზე ორიენტირებული, დროული, ეფექტიანი და თანაბარი. IOM-ს სჯერა, რომ ქმედებათა ეს მახასიათებლები მიიყვანს საზოგადოებას ჯანდაცვაში არსებული ხარვეზებისა და ნაპრალების ამოვსებამდე. ცხრილ 1-2-ში მოცემულია ამ ექვსი მიზნის აღწერილობა.

ცხრილი 1-2: მედიცინის ინსტიტუტის (IOM) ექვსი მიზანი 21-ე საუკუნის ჯანდაცვის სისტემისათვის:

ჯანდაცვა უნდა იყოს:	აღწერა
უსაფრთხო	თავიდან ავიცილოთ პაციენტების იმ მკურნალობით გამონვეული ზიანი, რასაც წესით დახმარება უნდა გაეწია მათთვის
ეფექტური	ვუზრუნველყოთ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული სერვისების მიწოდება ყველასთვის, ვინც შესაძლოა სარგებელი მიიღოს ამ სერვისიდან და თავიდან ავიცილოთ ამ სერვისების მიწოდება მათთვის, ვისთვისაც შესაძლოა ზიანის მომტანი იყოს; თავიდან ავიცილოთ ზედმეტად გამოყენება, ნაკლებად გამოყენება და არასწორი გამოყენება
პაციენტზე ორიენტირებული	ვუზრუნველყოთ პაციენტის პაციენტის ცემისა და ინდივიდუალური მოთხოვნების, საჭიროებებისა და ღირებულებების შესაბამისი მკურნალობა; დავრწმუნდეთ, რომ სწორედ ამ ღირებულებების შესაბამისი გადაწყვეტილებების მიღება ხდება
დროული	შევამციროთ მოლოდინი და ზოგჯერ ზიანის მომტანი დაყოვნება, როგორც პაციენტებისთვის ასევე სერვისის მიმწოდებლებისთვის

ეფექტიანი	ნარჩენების თავიდან აცილება, კერძოდ მოწყობილობასთან, იდეებსა და ენერჯიასთან მიმართებით
თანაბარი	იმ ტიპის მკურნალობის წარმოება, რომელიც არ ვარირებს ხარისხთან მიმართებით ისეთი პერსონალური მახასიათებლებიდან გამომდინარე, როგორცაა სქესი, ეთნიკური კუთვნილება, გეოგრაფიული არეალი, სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი

ექვს მიზანზე დამატებით, IOM-მ (2001) განსაზღვრა ჯანდაცვის სისტემის მოდელირებისა და გაუმჯობესების 10 წესი. ხაზი გაესვა იმას, რომ ხარისხის მიმართულებით არსებული ხარვეზების ნაწილი გამონვეულია სისტემის არასაკმარისი გამართულობითა და ისეთი გარემოს ნაკლებობით, რაც წახალისებდა ინოვაციურ და საუკეთესო მიდგომებს. IOM-მ აღნიშნა, რომ სწორედ ეს 10 წესია აუცილებელი ხარისხის მიმართულებით მნიშვნელოვანი გაუმჯობესების მისაღწევად (IOM 2001). ეს წესები დაინერგა მომუშავე პერსონალზე გავლენის მოხდენის მიზნით და ამასთან ანგარიშვალდებულების, მკურნალობის სტანდარტების და პაციენტსა და ჯანდაცვის პროფესიონალებს შორის ურთიერთობებში გარკვეული ცვლილებების გამომწვევის მიზნით. ცხრილში 1-3 მოცემულია ისტორიულ მიდგომასა და 10 წესის პრინციპს შორის განსხვავებები.

ცხრილი 1.3 ჯანდაცვის მიწოდების 10 წესი 21-ე საუკუნეში:

1. მკურნალობა ეფუძნება გამოჯანმრთელებისკენ მიმართულ მუდმივ აქტივობებს და არა პერიოდულ პირად ვიზიტებს ექმითან;
2. მკურნალობა ეფუძნება პაციენტის ღირებულებებსა და საჭიროებებს და არ ვარირებს პერსონალის ლოკალური და ინდივიდუალური პრაქტიკიდან და/ან ტრენინგებიდან გამომდინარე;
3. პაციენტი, და არა ჯანდაცვის პროფესიონალი, წარმოადგენს მკურნალობის მაკონტროლებელ წყაროს;
4. ხდება ცოდნის გაზიარება და ინფორმაციის თავისუფლი დინება და არაინფორმაციის მისაღებად პაციენტისთვის წინააღმდეგობის შექმნა. პაციენტს წვდომა აქვს ინფორმაციაზე ყოველგვარი შეზღუდვების, დაგვიანებისა და ფორმალური მოთხოვნის აუცილებლობის გარეშე;
5. გადაწყვეტილების მიღება ხდება მტკიცებულებებზე დაფუძნების საფუძველზე, და არა ჯანდაცვის პროფესიონალების პირადი ცოდნისა და გამოცდილების საფუძველზე;
6. უსაფრთხოება არის სისტემის მახასიათებელი, (მასთან დაკავშირებულ პროცედურებში სამუშაოს დიზაინი, მოწყობილობები, კომუნიკაციური და ინფორმაციული ტექნოლოგიები ისე უნდა იქნას ასახული, რომ უზრუნველყოფილი იქნას ადამიანის ფაქტორის პატივისცემა, შეცდომების მინიმუმამდე დაყვანა ან მისი არსებობისას მინიმუმამდე იქნას დაყვანილი მათი დამაზიანებელი ეფექტი), და არა კონკრეტული ინდივიდის პასუხისმგებლობა;
7. არის გამჭვირვალობის საჭიროება, და არა ინფორმაციის დაფარვის აუცილებლობა;
8. ჯანდაცვის პროფესიონალები წინასწარ განსაზღვრავენ და პროგნოზირებენ საჭიროებებს, და არ რეაგირებენ რეტროსპექტულად პრობლემაზე და არ ფლანგავენ პრევენციისთვის რესურსებს;
9. დანაკარგები მუდმივად მცირდება და არ ხდება ბიუჯეტის შემცირება და სერვისების შეზღუდვა;
10. თანამშრომლობა და გუნდური მუშაობა არის ნორმა, და არა პროფესიონალი ინდივიდების როლი და მათი პრეროგატივები.

ჯანმრთელობის დაცვის გაუმჯობესების ექვსი მიზნიდან და 21-ე საუკუნისთვის განსაზღვრული ჯანდაცვის ნესებიდან გამომდინარე, IOM-მ ხარისხის მიმართულებით არსებული ხარვეზების აღმოსაფხვრელად უპირველესად მიიჩნია ჯანდაცვის პროფესიონალების განათლება და სწავლება. ამგვარად, მისი რეპორტი: **Health Professions Education: A Bridge to Quality (Creiner & Knebel, 2009)** წარმოაჩენს ხუთ აუცილებელ კომპეტენციას:

- 1) ანარმოე პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობა;
- 2) იმუშავე ინტერდისციპლინარულ გუნდში;
- 3) გამოიყენე მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მიდგომები;
- 4) მისდევ ხარისხის გაუმჯობესებას;
- 5) გამოიყენე ინფორმატიკა.

კომპეტენციები ურთიერთდაკავშირებულია და ერთად მოიაზრება. ამასთან, IOM ხაზს უსვას იმასაც, რომ კომპეტენციებთან დაკავშირებული უნარ-ჩვევები არ არის დისციპლინ-სპეციფიკური და თითოეულ სპეციალისტს შეუძლია ისინი პრაქტიკაში გამოიყენოს (Crinere & Knebel, 2003). საპასუხოდ, QSEN-ის ფაკულტეტმა IOM-ის კომპეტენციების საექთნო მიმართულებით ადაპტირება მოახდინა და თითოეული კომპეტენციისათვის განსაზღვრა ცოდნა, უნარ-ჩვევები და მიდგომები (Cronenwett et al., 2007).

სასწავლო აქტივობა 1-1: გამოიყენე 10 წესი ჯანდაცვაში:

გაიხსენეთ თქვენი და თქვენი ოჯახის გამოცდილება ჯანდაცვის სისტემასთან შეხებით. ცხრილ 1-3-ში მოცემული 21-ე საუკუნის ჯანდაცვის სისტემის 10 წესი მიუსადაგეთ თქვენი გამოცდილების სხვადასხვა ასპექტს.

ექთნების ძირითადი კომპეტენციის ჭრილში ხარისხისა და უსაფრთხოების საკითხების სწავლება

ჯანდაცვის ყველა პროფესიონალს აქვს ვალდებულება ანარმოოს უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობა. ეს საექთნო სამსახურსაც შეეხება. QSEN-ის ნაციონალური ინიციატივების დაფინანსება მოხდა 2005 წელს Robert Wood Johnson Foundation-ის მიერ და ამ ინიციატივების მიზანი იყო IOM-ის მიერ განსაზღვრული კომპეტენციების ადაპტირება საექთნო სამსახურისთვის. მრჩეველთა საბჭოსთან თანამშრომლობის გზით, QSEN-მა მოახდინა იმ ხუთი კომპეტენციის ადაპტირება, რაც განერილი იყო Health Professions Education: A Bridge to Quality (Greiner & Knebel, 2003). ეს კომპეტენციები ეხებოდა პაციენტზე ორიენტირებულ მკურნალობას, ინტერდისციპლინარულ გუნდში მუშაობას, მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ პრაქტიკას, ხარისხის გაუმჯობესების პრინციპებისა და ინფორმატიკის გამოყენებას. ამ მიმართულებებს დაუმატა ექვსი საექთნო კომპეტენცია უსაფრთხოებასთან დაკავშირებით. QSEN-ის პროექტის საბოლოო მიზანი შეიძლება განისაზღვროს შემდეგნაირად: მომზადდეს საექთნო პერსონალი იმ ცოდნით, უნარ-ჩვევებითა და მიდგომებით, რაც აუცილებელია ხარისხისა და უსაფრთხოების მუდმივი გაუმჯობესებისათვის, არსებულ ჯანდაცვის გარემოში (Cronenwett et al., 2007). ამას მოჰყვა საექთნო სამსახურის ძირითადი კომპეტენციების და IOM-ის მიერ განსაზღვრულ კომპეტენციებთან შედარება.

პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობა

პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობა გაცილებით მეტია ვიდრე ყველა ადამიანზე ერთი მიდგომა (Frampton & Guastello, 2010). ჯანდაცვის პროფესიონალებმა დაავადებაზე-ორიენტირებული პატერნალისტური მკურნალობის პრინციპი უნდა შეცვალონ და პაციენტი უნდა გახადონ მკურნალობის ძირითად მაკონტროლებლად, უნდა გადავიდნენ გაზიარებული პასუ-

ხისმგებლობის პრინციპზე (Greiner & Knebel, 2003). IOM პაციენტზე ორიენტირებულ მკურნალობას საზღვრავს შემდეგნაირად: „განსაზღვრე, პაციენტი ეცი და იზრუნე პაციენტზე და ნაკლებად იფიქრე განსხვავებებზე, ღირებულებებსა და გამოხატულ საჭიროებებზე; შეამცირე პაციენტის ტკივილი და ზიანი; კოორდინირება გაუწიე უწყვეტ მკურნალობას; მოუსმინე და მიაწოდე ცალსახა ინფორმაცია, გქონდეს კომუნიკაცია პაციენტთან და გაანათლე ის; გააზიარე გადანყვეტილებების მიღება და მართვა და მუდმივად გაუწიე ადვოკატირება დაავადების პრევენციას, კარგად ყოფნასა და ჯანმრთელი ცხოვრების წესს, პოპულაციის ჯანმრთელობაზე ორიენტაციის გზით“ (Greiner & Knebel, 2003, p. 45).

IOM-ის მიერ განსაზღვრულ კომპეტენციებთან დაკავშირებული უნარ-ჩვევები მოიცავს შემდეგს (Greiner & Knebel, 2003, pp. 52-53):

- პაციენტსა და მკურნალობის მიმნოდებელს შორის პასუხისმგებლობისა და ძალის გაზიარება;
- პაციენტებთან კომუნიკაცია აზრთა გაზიარებისა და ღიაობის პრინციპით;
- პაციენტის ინდივიდუალობის, ემოციური საჭიროებების, ღირებულებებისა და ცხოვრებისეული ასპექტების მხედველობაში მიღება;
- ისეთი სტრატეგიის დანერგვა, რაც ხელმისაწვდომს გახდის მკურნალობას მათთვის, ვისაც არ შესწევს უნარი თავად განაცხადოს ამის სურვილი. აღნიშნული გულისხმობს ამ სტრატეგიით უფრო ფართო საზოგადოების მოცვას;
- პრევენციული და ჯანმრთელობის შემანარჩუნებელი აქტივობების ხაზგასმა.

ბოლო წლების განმავლობაში ექთან-პაციენტის ურთიერთობა შეიცვალა. მხოლოდ ექთნები აღარ ღებულობენ გადანყვეტილებებს და ერთპიროვნულად აღარ მკურნალობენ პაციენტებს. ამ პროცესში აქტიურად არიან ჩართულნი თვითონ პაციენტები და მათი ოჯახის წევრები თანამშრომლობის მიზნით. დღეს უკვე პაციენტისა და მათი ოჯახის წევრების მკურნალობის გეგმის შემუშავებასა და გადანყვეტილების მიღებაში ჩართულობა განიხილება როგორც უსაფრთხო, ეფექტური და ხარისხიანი მკურნალობის უზრუნველყოფის მთავარი განმსაზღვრელი ფაქტორი. პაციენტი განიხილება როგორც მთავარი მაკონტროლებელი ერთეული. მკურნალობა მორგებულია პაციენტის ღირებულებებზე, საჭიროებებსა და სურვილებზე. პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობისთვის საჭირო საექთნო საქმიანობის ძირითადი კომპეტენციები განისაზღვრება როგორც „პაციენტის, როგორც კონტროლის ძირითადი წყაროს აღიარება და პაციენტის სურვილებზე, ღირებულებებსა და საჭიროებაზე დაყრდნობით თანაგრძნობით აღსავსე და კოორდინირებული მკურნალობის უზრუნველყოფისთვის თანამშრომლობა“ (Cronenwett et al., 2007, p. 123). ექთნები მკურნალობის პროცესში აყალიბებენ პაციენტებთან და მათ ოჯახის წევრებთან ურთიერთობებს ინფორმაციის გაზიარებისა და თავისუფალი კომუნიკაციის გზით. პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობის ფუნდამენტური ელემენტები მოიცავს ადვოკატირებას, უფლებამოსილების მინიჭებას, თვითმართვას, კულტურულ კომპეტენციებს, ცოდნასა და გამოჯანმრთელებისთვის ოპტიმალურ გარემოს.

ადვოკატირება

ადვოკატირება საექთნო საქმიანობის ფილოსოფიური საფუძველია და პიროვნების მკურნალობის თანამდევია, იგი პაციენტს სცემს პიროვნების ავტონომიურობასა და უფლებამოსილებას. საექთნო საქმიანობაში ადვოკატირება განისაზღვრება როგორც „ანალიზის, კონსულტირების, პაციენტის მკურნალობასა და თვით-გამორკვევაზე რეაგირების პროცესი“ (Vaartio-Rajalin & Leino-Kilpi; 2011, p. 526). ექთნებს აქვთ პაციენტის ადვოკატირების ეთიკური მოვალეობა. ამერიკის ექთნების ასოციაციის (ANA) მიერ შემუშავებული საექთნო საქმიანობის ეთიკური კოდექსის ინტერპრეტაციული დებულებებით „ექთანი ხელს უწყობს, ადვოკატირებს და იბრძვის პაციენტის ჯანმრთელობის, უსაფრთხოებისა და უფლებებისთვის“ (2015a, p.9). ხშირად ექთნები საკუთარ თავს მოიაზრებენ იმ პაციენტების წარმომადგენლად, რომელთაც არ შეუძლიათ საუბარი და მათ მაგივრად საუბრობენ.

უფლებამოსილება

როგორც პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობის ნაწილი, ექთნებს მოეთხოვებათ, პაციენტებსა და მათი ოჯახის წევრებს მიაწოდონ თვით-მკურნალობაზე უფლებამოსილება და ნახალისონ ისინი მონაწილეობა მიიღონ გადაწყვეტილებების მიღებასა და მკურნალობის გეგმის შემუშავებაში. უფლებამოსილება განისაზღვრება როგორც „პაციენტის სურვილი მიიღოს ინფორმაცია, მხარდაჭერა, რესურსები, სწავლისა და ზრდა-განვითარების შესაძლებლობა, რაზე დაყრდნობითაც ისინი შეძლებენ საკუთარი ჯანმრთელობის ოპტიმიზაციასა და თვითღირებულების შეგრძნების ამაღლებას, თვითგამორკვევას, საკუთარ ცხოვრებაზე გავლენის მოხდენას (Spence Laschinger, Gilbert, Smith & Leslie, 2010, p. 5). უფლებამოსილების შეგრძნება სასიცოცხლოა, როგორც ექთნებისთვის, ასევე პაციენტისთვის. პაციენტზე უფლებამოსილების მინიჭებისას ექთანს უნდა სჯეროდეს, რომ აქვს ძალა შეასრულოს სამუშაო. Spence Laschinger and colleagues (2010) ამტკიცებენ რომ უფლება მინიჭებული ექთნები თავადვე ანიჭებენ უფლებას საკუთარ პაციენტებს, ჯანდაცვის უკეთესი გამოსავლების მიღწევის მიზნით.

თვითმართვა

თვითმართვა არის პრიორიტეტული მიმართულება IOM-ის მიერ განსაზღვრული, რაც აუცილებელია ხარისხიანი ჯანდაცვისა და პაციენტზე-ორიენტირებული მკურნალობის მისაღწევად. თვითმართვის მთავარი მიზანია „დავრწმუნდეთ, რომ: მაქსიმალურად ხდება ცოდნის გაზიარება სამედიცინო პერსონალსა და პაციენტებს/ოჯახის წევრებს შორის და პაციენტი განხილულია როგორც კონტროლის ძირითადი წყარო და საჭირო საშუალებები და სისტემის მხარდაჭერა უზრუნველყოფილია. ყოველივე ამას კი მივყავართ მდგრადი თვითმართვის პროცესის ჩამოყალიბებამდე“ (Adams & Corrigan, 2003, p. 52). უფრო მეტიც, არსებობს მყარი მტკიცებულებები, რომ თვითმართვის მხარდაჭერა არის კრიტიკულად მნიშვნელოვანი ქრონიკული დაავადებების წარმატებული მართვისთვის. ექთნები ასისტირებას უწევენ თვითმართვად პაციენტებს, ჯანმრთელობის პრობლემების მართვისთვის აუცილებელი უნარ-ჩვევების გაუმჯობესებისა და თავდაჯერებულობის ამაღლების გზით. ჯანმრთელობის შესახებ ცოდნის შექმნა გადამწყვეტ როლს თამაშობს თვითმართვის პროცესში.

ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციის ქონა

პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობის უზრუნველყოფის გზაზე ძირითადი წინააღმდეგობა არის „ინფორმაციის წაკითხვა, გაგება და სამედიცინო ინფორმაციის შესაბამისად ქმედება“ ან ჯანმრთელობის სფეროში გაუნათლებლობა (Adams & Corrigan, 2003, p.52). IOM ჯანმრთელობის კუთხით განათლებას განსაზღვრავს შემდეგნაირად „ეს არის ინდივიდების უნარი მოიძიონ, დაამუშაონ და გაიგონ ბაზისური ინფორმაცია და სერვისები საკუთარ ჯანმრთელობაზე გადაწყვეტილებების მისაღებად“ (Neilsen-Bohlman, Panzer & Kindig, 2004, p. 2). ცოდნის მიღების კუთხით დაქვეითებული უნარ-ჩვევები უმეტესად ვლინდება ასაკიან და დაბალი შემოსავლის მქონე პოპულაციაში. სამწუხაროდ, იმ ადამიანებს ვისაც უფრო მეტად ესაჭიროება სამედიცინო დახმარება, უფრო ნაკლებად შესწავთ თვითმართვისთვის საჭირო ინფორმაციის წაკითხვისა და წაკითხულის გაგების უნარი (Adams & Corrigan, 2003). ჯანმრთელობის მიმართულებით ნაკლები განათლების მქონე პაციენტებისა და მათი ოჯახების ადვოკატირებამ შესაძლოა მნიშვნელოვნად შეცვალოს ჯანდაცვაში დღეს არსებული რეალობა.

სასწავლო აქტივობა 1-2: ჯანმრთელობაზე ცოდნის შეფასება

ჯანმრთელობაზე ცოდნის შეფასება უნდა იყოს შეფასების შემადგენელი ნაწილი, რასაც აწარმოებს ექთანი მორიგეობის დაწყებისას. ჯანმრთელობაზე ცოდნის შესახებ ინფორმაცია ფიქსირდება თქვენს სამედიცინო დაწესებულებაში არსებულ სამედიცინო დოკუმენტაციაში?

კულტურული კომპეტენციები

პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობა ექთნებისგან მოითხოვს კულტურაზე დაყრდნობით მკურნალობას და პაციენტი უნდა სცენ პაციენტების განსხვავებულობას მათი ღირებულებებისა და საჭიროებების მიხედვით (American Nurse Association of Colleges of Nursing – AACN, 2008a). კულტურალური კომპეტენციები ისაზღვრება, როგორც „დამოკიდებულება, ცოდნა და უნარ-ჩვევა სხვადასხვა პოპულაციების ხარისხიანი მკურნალობისათვის“ (AACN, 2008a, p.1). ექთნები ვალდებული არიან ჩაატარონ კულტურალურად გამართული მკურნალობა ყველასთან, მიუხედავად მათი სქესის, ასაკის, რასის, ეთნიკური კუთვნილების ან ეკონომიკური სტატუსისა. უფრო მეტიც, მათ უნდა აწარმოონ ეფექტური მკურნალობა სხვადასხვა ტიპის პოპულაციის ჯგუფებში სოციალური სამართლიანობისა და ადამიანის უფლებების პრინციპების გათვალისწინებით (AACN, 2008b).

კულტურული კომპეტენციები თავის თავში გულისხმობს მრავალფეროვნების გაგებასა და პაციენტის ცემას. არავინ არის ზუსტად ერთნაირი და ეს დებულება აღქმული უნდა იყოს ექთნების მიერ. ამასთან, ექთნები მგრძობიარედ უნდა რეაგირებდნენ პაციენტებისა და თანამშრომლების განსხვავებულობაზე. მრავალფეროვნება არის „ადამიანების ისეთი მახასიათებლების ვარიაციულობა, როგორიცაა ასაკი, რასა, სქესი, უნარიანობა, ეთნიკური კუთვნილება, ნაციონალობა, რელიგიური და სულიერი მიკუთვნებულობა, სექსუალური ორიენტაცია, პოლიტიკური ასპექტები, ეკონომიკური სტატუსი, მშობლიური ენა და გეოგრაფიული კუთვნილება“ (AACN, 2008b, p.37). მრავალფეროვნება არის გაცილებით მეტი, ვიდრე სხვაობა რელიგიურ მსოფმხედველობაში, კულტურულ მიდგომებსა და ეთნიკურ კუთვნილებაში. მრავალფეროვნების ქვეშ ასევე განხილული უნდა იქნას თაობებს შორის სხვაობა და გენდერული განსხვავება.

უთანასწორობა არის კულტურულ კომპეტენციებთან დაკავშირებული კიდევ ერთი პრობლემა. იგი უკავშირდება ეთნიკური კუთვნილებიდან, გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობიდან და სქესიდან გამომდინარე არათანაბრად მიწოდებულ მკურნალობას, სერვისებზე არათანაბრ წვდომასა და/ან მკურნალობის გამოსავლებს. უთანასწორობა განისაზღვრება, როგორც „ჯანდაცვის ხარისხში რასობრივი და ეთნიკური განსხვავები, რაც არ არის განპირობებული ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული ფაქტორებით ან კლინიკური საჭიროებებით, პრეფერენციებითა და ინტერვენციების შესაბამისობით“ (Smedley, Stith & Nelson, 2002, pp. 3-4).

ჯანმრთელობისთვის ოპტიმალური გარემო

ფლორენს ნაითინგელმა (1860; republished 1969) თავის წიგნში, „შენიშვნები საექთნო საქმიანობასთან დაკავშირებით: რა არის და რა არ არის,“ ხაზი გაუსვა იმ გარემოს მნიშვნელოვნებას, რასაც უწოდებს „რეპარაციულ პროცესს“. იგი აღნიშნავს, რომ საექთნო საქმიანობა არის უფრო მეტი, ვიდრე „მედიკამენტების ადმინისტრირება და კანის/ჭრილობის მოვლის საშუალებების გამოყენება“ (გვ. 8) და ვარაუდობს, რომ ექთნები ასევე უნდა იყვნენ ფოკუსირებულნი „სუფთა ჰაერის, სინათლის, სითბოს, დასუფთავების, წყნარი გარემოს შესაბამისად გამოყენებაზე და დიეტის სწორად შერჩევასა და ადმინისტრირებაზე“ (გვ. 8). ნაითინგელი ასევე აღიარებს, რომ ხანდახან ექთნები ვერ ახერხებენ იმ გარემოს კონტროლს, სადაც მკურნალობენ პაციენტებს. იგი აღნიშნავს, რომ „ცუდი სანიტარია, ცუდი არქიტექტურა და ცუდი ადმინისტრაციული ღონისძიებები ხშირად შეუძლებელს ხდის ამ გარემოს კონტროლს“ (გვ. 8). იდეაში, რასაც ის აღწერდა ეს იყო მოსაზრება თუ როგორ უნდა შექმნილიყო გამოჯანმრთელებისთვის ოპტიმალური გარემო. ვინ წარმოიდგენდა, რომ 150 წლის შემდეგ, ნაითინგელის მიერ განსაზღვრული ძირითადი პრინციპები ხელახლა განისაზღვრებოდა როგორც გამოჯანმრთელებისა და პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობისთვის აუცილებელი გარემოს განმსაზღვრელი კრიტიკული ფაქტორები. ფლორენს ნაითინგელი ნამდვილად იყო ის ექთანი, რომელიც გაცილებით წინ უსწრებდა დროს.

გამოჯანმრთელებისათვის ოპტიმალური გარემო არის გარემო, რომელიც მხარს უჭერს და ასტიმულირებს პაციენტების გამოჯანმრთელებას ჯანდაცვის ისეთი ფაქტორების აქცენტირებით, როგორიცაა: სოციალური, ფსიქოლოგიური, ფიზიკური, სულიერი და ქცევითი კომპონენტები და აძლიერებს ორგანიზმის თვითგანკურნების უნარს“ (Samueli Institute, 2014, para. 2). პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობა უნდა განხორციელდეს ისეთ გარემოში, რომელიც

ხელს უწყობს გამოჯანმრთელებას; არის უსაფრთხო და სუფთა; იცავს პაციენტის კონფიდენციალობას; აუმჯობესებს ადამიანის შეგრძნებებს ფერის, ტექსტურის, ხელოვნების ნიმუშების, მუსიკის, არომათერაპიის, ბუნებრივი ხედებისა და კომფორტული განათების საშუალებით და ითვალისწინებს სხეულის, გონებისა და სულის მიერ ამ დანესებულებაში მიღებულ გამოცდილებას (Frampton et al., 2008, p. 170). სპეციალური სივრცე არის განკუთვნილი საყვარელ ადამიანებთან ერთად მშვიდად ყოფნის, მედიტირებისა და ლოცვისათვის.“ სამკურნალო გარემოს ცენტრში მაინც რჩება ადამიანური ურთიერთობები, რაც წარმოადგენს ამ ფიზიკურ გარემოში მყოფთა დამშვიდების, კომფორტის შექმნისა და მათი მხარდაჭერის წინაპირობას. ყველაფერი ერთად: დიზაინი, ესთეტიკა და ზემოთ აღნიშნული მხარდაჭერა შესაძლებელს ხდის ინსტიტუციურ და ინტერპერსონალური გარემოს ტრანსფორმაციას ჭეშმარიტად მაკურნებელ გარემოდ“ (Frampton et al., 2008, p. 170).

გუნდური მუშაობა და თანამშრომლობა

ექთნებს და ჯანდაცვის სხვა სპეციალისტებს არ შეუძლიათ იმოქმედონ იზოლირებულად. ინტერდისციპლინარულ გუნდში მუშაობა, თავის მხრივ, მოითხოვს ინდივიდუალური საექსპერტო საქმიანობიდან გუნდურ თანამშრომლობით კულტურაზე გადასვლას. გუნდის წევრები ერთად ახდენენ პაციენტთა მკურნალობის ექსპერტიზასა და ოპტიმიზაციას. IOM ინტერდისციპლინარულ გუნდში მუშაობას განსაზღვრავს შემდეგნაირად: „მკურნალობის კუთხით გუნდში კოოპერაციული, თანამშრომლობითი, კომუნიკაციური და ინტეგრაციული მიდგომების ჩამოყალიბება, რათა უზრუნველყოფილი იქნას მკურნალობის უწყვეტობა და საიმედოობა“ (Greiner & Knebel, 2003, p. 45). მიუხედავად იმისა, რომ ხშირად ეს ტერმინები ჩანაცვლებითად გამოიყენება, ისინი მაინც არ გამოხატავს ერთ აზრს. მულტიდისციპლინარული აღნიშნავს ისეთ გუნდს, სადაც გუნდის წევრები მოქმედებენ დამოუკიდებლად და ახდენენ ინფორმაციის ურთიერთგაცვლას (McCallin, 2001). ექთნები მიჩვეულნი არიან ინტერდისციპლინარულ გუნდთან და გუნდში მუშაობას, თუმცა IOM მაინც მოუწოდებს გუნდის წევრებს უფრო მეტად იყვნენ ჩართულნი გუნდურ მუშაობასა და მუშაობის კოორდინირებაში; ასევე წვლილი შეიტანონ საერთო მიზნების მიღწევაში. ამჟამად, ცნება ინტერპროფესიული უფრო პოპულარული ხდება, რადგან იგი გუნდის ყველა წევრის წვლილს უფრო კარგად ასახავს. ინტერპროფესიული ნიშნავს გუნდის წევრების სპეციფიკურ დისციპლინურ მომზადებას და პაციენტზე ორიენტირებული კუთხით კიდევ უფრო მრავალფეროვანს ხდის გუნდში მუშაობას (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011).

IOM მსგავსი საქმიანობისთვის საჭირო უნარ-ჩვევებს განსაზღვრავს შემდეგნაირად (Greiner & Knebel, 2003, p.56):

- გაეცანი გუნდის სხვა წევრების პროფესიონალიზმს, წინამორბედ საქმიანობას, ცოდნასა და ღირებულებებს;
- გაეცანი თანამშრომლობითი გზით საქმიანობისთვის აუცილებელ ფუნქციებსა და პროცესებს;
- გამოავლინე საბაზისო უნარ-ჩვევები კომუნიკაციის, მოლაპარაკებების, დელეგირების, დროის მართვისა და გუნდის დინამიკის შეფასების კუთხით;
- დარწმუნდი, რომ ზუსტი და დროული ინფორმაცია მიეწოდება მათ, ვისთვისაც ეს საჭიროა შესაბამის დროს;
- მოარგეთ მკურნალობა ინდივიდუალურ საჭიროებებს და უზრუნველყავით სხვადასხვა პირობაში ნებისმიერ დროს რბილი ტრანზაქცია, იმის გათვალისწინებით, რომ გუნდის ყველა წევრი იმყოფება სრულიად განსხვავებულ ფიზიკურ ლოკაციაზე;
- მოახდინეთ სამკურნალო პროცესების კოორდინირება და ინტეგრირება, რათა მიღწეულ იქნას საუკეთესო მკურნალობა, მისი უწყვეტობა და საიმედოობა;
- გადაჭრით ჯგუფის სხვა წევრებთან კონფლიქტი, ასეთის არსებობის დროს;
- გუნდის სხვა წევრებთან კომუნიკაცია ანარმოეთ გასაგებ და მისაღებ ენაზე, მაშინაც კი თუკი ისინი ფიზიკურად განსხვავებულ ლოკაციაზე იმყოფებიან.

მკურნალობის სულ უფრო მზარდი კომპლექსურობიდან გამომდინარე, დღეს უკვე აუცილებელი გახდა პაციენტის დინამიურ საჭიროებებზე ფეხის აწყობა და ამ თვალსაზრისით ინტერპროფესიული გუნდი სულ უფრო მეტ სასიცოცხლო მნიშვნელობას იძენს. უტყუარია, რომ პაციენტზე ორიენტირებული გუნდური მუშაობა მეტია, ვიდრე ინდივიდუალური და დისციპლინ-სპეციფიკური მოქმედებები და წარმოქმნის პოზიტიურ სინერგიას, რამაც სამკურნალო საქმიანობა მონინავე დონეზე შეიძლება აიყვანოს. ეს შეუძლებელი იქნებოდა გუნდის წევრების ინდივიდუალური საქმიანობის შემთხვევაში. ინტერდისციპლინარულ ან ინტერპროფესიულ გუნდურ საქმიანობას მივყავართ მკურნალობის ხარისხის, პაციენტების გამოსავლების გაუმჯობესებამდე და რესურსების ოპტიმალურ გამოყენებამდე (Galt & Paschal, 2011).

მიუხედავად იმისა, რომ ჯანდაცვის პროფესიონალებს სხვადასხვა მსოფლმხედველობიდან გამომდინარე შეიძლება სხვადასხვა თანამშრომლობითი მიდგომები ჰქონდეთ, გარკვეული მახასიათებლები მაინც მსგავსია, მაგალითად, კოორდინაცია, კომუნიკაცია და გუნდური მუშაობა (Disch, 2012). უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობა საჭიროებს გუნდური მუშაობასა და თანამშრომლობას როგორც გუნდის წევრებს შორის, ასევე პაციენტსა და მისი ოჯახის წევრებთან. საექტონო საქმიანობის ისეთი ძირითადი კომპეტენციის განმარტება, როგორცაა გუნდური მუშაობა და თანამშრომლობა შეიძლება განისაზღვროს როგორც: „საექტონო და ინტერდისციპლინარულ გუნდში ეფექტური საქმიანობა ღია კომუნიკაციის, ურთიერთპატივისცემისა და გაზიარებული გადაწყვეტილებების მიღების პრინციპით, პაციენტის მკურნალობის მაღალი ხარისხის მიღწევის მიზნით“ (Cronenwett et al., 2007, p. 125).

პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობა ჯანდაცვის პროფესიონალებისგან მოითხოვს გახდენ გუნდის შესანიშნავი მოთამაშეები (Interprofessional education Collaborative Expert Panel, 2011). გუნდური მუშაობა მოითხოვს ჯანდაცვის სპეციალისტების ცოდნის, ექსპერტიზისა და გამოცდილების ინტეგრირებას, პაციენტზე ორიენტირებული უსაფრთხო, დროული, ეფექტური და თანაბარი მკურნალობის დაგეგმვისა და მიწოდების მიზნით (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011). გუნდის ეფექტურ წევრად საქმიანობა ექთნებისგან მოითხოვს თანამშრომლობას გუნდის სხვა წევრებთან, პაციენტებთან და პაციენტის ოჯახის წევრებთან, რომელიც გულისხმობს ხელმისაწვდომ ინფორმაციაზე დაყრნობით გაზიარებული გადაწყვეტილების მიღებასა და პრობლემების გადაჭრის გზას. საექტონო საქმიანობის სამოქმედო სფერო დინამიურია და ხშირად გადაფარავს ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალების საქმიანობას. სწორედ ამიტომაც აუცილებელი ხდება კოოპერაცია და ცოდნისა და იდეების გაზიარება, რათა უზრუნველყოფილ იქნას უსაფრთხო, ხარისხიანი მკურნალობა (ANA, 2010a). ექთანი ასევე თანამშრომლობს პაციენტთან და მის ოჯახთან მკურნალობის შეფასების, დაგეგმვის, განხორციელებისა და შემდგომი მეთვალყურეობის თვალსაზრისით (ANA, 2010a). ექთნებს მოეთხოვებათ აქტიურად აწარმოონ მკურნალობის დაგეგმარება, რათა უზრუნველყონ ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა ყველა იმ პირისთვის, ვინც ამას საჭიროებს (ANA, 2015a). გუნდური მუშაობის ფუნდამენტური ელემენტებია კოორდინაცია და კომუნიკაცია.

მკურნალობის კოორდინაცია

ლიდერი და მენეჯერი ექთნები და, ზოგადად, ყველა ექთანი, როგორც ინტერპროფესიული და ინტრაპროფესიული გუნდის წევრები, ახორციელებენ მკურნალობის პროცესის კოორდინირებას. მკურნალობის კოორდინირება არის სწორედ ჯანდაცვის ხარისხის გაუმჯობესებისთვის პრიორიტეტული მიმართულება (Adams & Corrigan, 2003). სხვადასხვა ორგანიზაციები, როგორცაა National Quality Forum (NQF), the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) და ANA, ითვალისწინებენ კოორდინირების გამოყენებას სხვადასხვა პირობებში პაციენტების მკურნალობისას. მკურნალობის კოორდინირების მთავარი იდეა არის „უწყვეტი სამკურნალო ურთიერთობების ჩამოყალიბება და მხარდაჭერა კლინიკურ გარემოში ინტეგრირების გზით, რომელიც ხასიათდება პროაქტიურ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მკურნალობითა და შემდგომი მეთვალყურეობით“ (Adams & Corrigan, 2003, p. 49). NQF (2006) კოორდინირებას განსაზღვრავს შემდეგნაირად: „ფუნქცია რომელიც გვეხმარება დავრწმუნდეთ, რომ პაციენტთა საჭიროებები და სურვილები ჯანდაცვის სერვისთან და სხვადასხვა ჯგუფებს შორის ინფორმაციის გაზიარებასთან მიმართებით მიღწეულია გარკვეული დროის განმავლობაში“ (p. 1). AHRQ

კოორდინაციას აღწერს შემდეგნაირად: „პაციენტის მკურნალობაში ჩართული ერთი ან ორი ნევრის მიერ (პაციენტის ჩართვით), პაციენტის მკურნალობასთან დაკავშირებული, აქტივობების მიზანმიმართული ორგანიზება შესაბამისი ჯანდაცვის სერვისის მიწოდების ხელშეწყობის მიზნით. მკურნალობის ორგანიზება მოიცავს პაციენტის მკურნალობისთვის აუცილებელი პერსონალისა და სხვა რესურსის მოძიებას და მოიცავს მკურნალობაში მონაწილე სხვადასხვა პასუხისმგებელ პირებს შორის ინფორმაციის გაცვლას“ (McDonald et al., 2007, p. 41).

ANA პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობის კოორდინაციას განსაზღვრავს, როგორც ექთნების დამოუკიდებელი საქმიანობისა და ძირითადი პროფესიული სტანდარტისა და კომპეტენციის შემადგენელ ნაწილს (ANA, 2014). ANA (2012) მკურნალობის კოორდინაციას შემდეგნაირად აღწერს: „დარწმუნება იმაში, რომ ჯანდაცვის სერვისებისა და ინფორმაციის მიმართულებით პაციენტის საჭიროებები და სურვილები ეფექტურადაა მიწოდებული და გაზიარებული ჯანდაცვის პერსონალს შორის“ (p. 16). მკურნალობის კოორდინაცია მოიცავს ისეთ კომპონენტებს, როგორცაა მკურნალობის დაგეგმვა, დანერგვის კოორდინირება, პაციენტის ცემითა და ჰოლისტიკური მკურნალობის მიწოდების ადვოკატირება და მკურნალობის კოორდინირების დოკუმენტირება (ANA, 2015b). ANA-ს დოკუმენტი (2015a), *Code of Ethics for Nurses With Interpretive Statements*, განსაზღვრავს პაციენტისა და მათი ოჯახების წინაშე ექთნების ძირითად ვალდებულებებს და მათგან მოითხოვს უზრუნველყონ ისეთი მოვლა-მკურნალობა, რომელიც დაფუძნებული იქნება პაციენტის სურვილებსა და ინდივიდუალიზმზე. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები უნდა მუშაობდნენ იმ მიმართულებით, რომ უზრუნველყონ კოორდინაციის პროცესში ყველა იმ მხარის ჩართულობა, ვისაც სიტყვა ეთქმის პაციენტის მკურნალობასთან მიმართებით (ANA, 2015a).

კომუნიკაცია

კომუნიკაცია ეს არის გუნდური მუშაობის და თანამშრომლობის საკვანძო ასპექტი. იგი გულისხმობს პაციენტებთან, მათ ოჯახებთან და ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებთან კომუნიკაციას ეფექტური საკომუნიკაციო საშუალებების გამოყენების გზით. კომუნიკაცია, ვერბალური თუ არავერბალური, უნდა იყოს მგრძობიარე, საპასუხო, გასაგები (მაგ., თავიდან უნდა ავიცილოთ დისციპლინისთვის სპეციფიკური ჟარგონები) და, რაც ყველაზე მნიშვნელოვანია, ეფექტური (interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011). ეფექტური კომუნიკაცია არის ზუსტი, დროული და აქცენტს აკეთებს მკურნალობის ხარისხზე. ეფექტური კომუნიკაცია დამატებით ითხოვს აქტიურ მოსმენას, სხვების ჩართულობის ნახალისებასა და გუნდის სხვა წევრების შეხედულებების პაციენტის ცემას.

მნიშვნელოვანი ბმა არის ეფექტურ კომუნიკაციასა და პაციენტის უსაფრთხოებას შორის. პაციენტის მკურნალობა მნიშვნელოვნად დამოკიდებულია იმაზე, თუ როგორ ახდენენ ჯანდაცვის პროფესიონალები, პაციენტები და მათი ოჯახის წევრები ხელმისაწვდომი ინფორმაციის ინტერპრეტაციის (Schuster & Nykolyn, 2010). ინტერპროფესიული და ინტრაპროფესიული გუნდის წევრები (ყველა ექთნის ჩართულობით) კლინიკურ გადაწყვეტილებებს ღებულობენ იმ ინფორმაციაზე დაყრდნობით, რაც ცირკულირებს გუნდის წევრებს შორის. ეს პროცესი წარმართება პაციენტებისა და მათი ოჯახების ჩართულობის ფონზე. მისკომუნიკაციამ და კომუნიკაციის სხვა ხარვეზებმა შესაძლოა საფრთხე შეუქმნას პაციენტის უსაფრთხოებას. The Joint Commission (JC, 2015) განიხილავს კომუნიკაციურ ხარვეზებს, როგორც სამედიცინო შეცდომების გამომწვევ ძირითად მიზეზს. ექთნებმა უნდა შექმნან ისეთი გარემო, სადაც პაციენტები და მათი ოჯახის წევრები თავს იგრძნობენ სამედიცინო გუნდის ღირებულ წევრებად და კომფორტულად შეძლებენ ინფორმაციის გაცვლას. (Schuster & Nykolyn, 2010).

მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკა

მტკიცებულებებზე დაფუძნებული საქმიანობა ხელს უწყობს საუკეთესო პრაქტიკის, კლინიკური ექსპერტიზის, პაციენტების ღირებულებებისა და მათთან დაკავშირებული სხვადასხვა გარემოების ასახვას ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით მიღებულ გადაწყვეტილებებში. იგი საშუალებას იძლევა თავიდან ავიცილოთ მკურნალობის ჭარბად, დანაკლისით ან ხარვეზებით მიწოდება (Greiner & Knebel, 2003). IOM მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ პრაქტიკას განსა-

ზღვრავს შემდეგნაირად: „მკურნალობის ოპტიმიზაციის მიზნით, საუკეთესო კვლევითი მონაცემების ინტეგრირება კლინიკურ ექსპერტიზასა და პაციენტის ღირებულებებში და სასწავლო და კვლევით აქტივობებში მონაწილეობა, რამდენადაც ეს შესაძლებელია“ (pp. 45-46).

IOM-ის მიერ ამ კომპეტენციასთან დაკავშირებული უნარ-ჩვევები ისაზღვრება შემდეგნაირად (Greiner & Knebel, 2003, pp. 57-58):

- ცოდნა იმისა, სად და როგორ შეიძლება მოვიძიოთ წყარო საუკეთესო მტკიცებულებებისთვის;
- კლინიკური კითხვის ნათლად ჩამოყალიბება;
- დასმულ კითხვებზე საუკეთესო წყაროებიდან შესაბამისი პასუხების მოძიება, მათი შეფასება ვალიდურობისა და გამოყენების კუთხით, ხარისხის თვალსაზრისით ღირებულების დადგენა და ამ პროცესში კონკრეტული პაციენტისა და პოპულაციის საჭიროებების გათვალისწინება;
- ახალი მიგნებების პრაქტიკაში დანერგვის, დროისა და გზების დაზუსტება.

პაციენტის უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობა მოითხოვს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკის გამოიყენებას საექთნო საქმიანობაში და ვარიაციების შემცირებას მკურნალობის პროცესში. საექთნო საქმიანობის ძირითადი კომპეტენცია მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ პრაქტიკასთან მიმართებით ისაზღვრება როგორც: „საუკეთესო თანამედროვე მტკიცებულებების ინტეგრირება კლინიკურ ექსპერტიზაში და მათი ასახვა პაციენტის/ოჯახის სურვილებსა და ღირებულებებში, ოპტიმალური ჯანდაცვის უზრუნველყოფის მიზნით“ (Cononwett et al., 2007, p.126). კლინიკური გადაწყვეტილებების მიღებისას, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკა აერთიანებს საექთნო კვლევებიდან მიღებულ მეთოდოლოგიურ მტკიცებულებებს, კლინიკურ ექსპერტიზასა და პაციენტის სურვილებს (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005). ინდივიდუალური საექთნო მოვლის უზრუნველყოფის მიზნით, ექთნებმა უნდა მიიღონ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გადაწყვეტილებები პაციენტის სპეციფიკური საჭიროებებიდან გამომდინარე.

მტკიცებულებების პრაქტიკაში დანერგვისას, ექთნებმა კარგად უნდა განსაზღვრონ კლინიკური კითხვა ხუთ-საფეხურიანი მიდგომის გამოყენებით. აღნიშნული მიდგომა მოცემულია Melnyk and Finenout-Overholt-ის მიერ (2011).

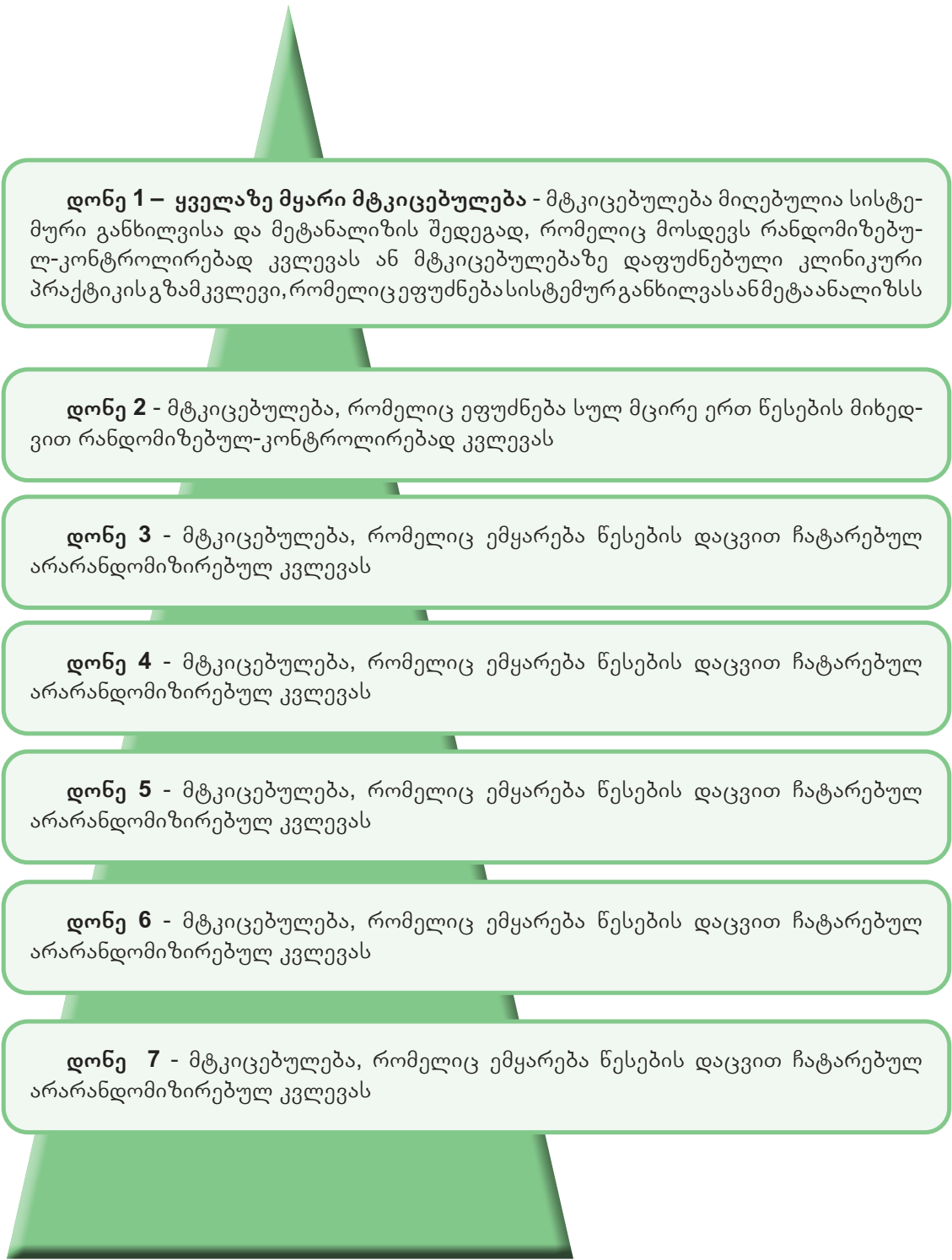
1. პირველად ექთნებმა უნდა განსაზღვრონ კლინიკური კითხვა და ამ მიზნით გამოიყენონ PICOT მეთოდი. (PICOT არის აბრევიატურა {population/Patient Problem, Intervention, Comparison, Outcome, Time – პოპულაცია/პაციენტის პრობლემა, ინტერვენცია, შედარება, გამოსავალი, დრო});
2. მეორე, PICOT მეთოდოლოგიის ძირითადი სიტყვების გამოყენებით, ექთნებმა უნდა შეაგროვონ კითხვის შესაბამისი საუკეთესო მტკიცებულებები;
3. მესამე, მტკიცებულებების გამოყენების წინ, ექთნებმა კრიტიკულად უნდა შეაფასონ მოძიებული მტკიცებულებების ვალიდურობა, საიმედოობა და გამოყენებადობა. ეს ეტაპი მისცემს მათ საშუალებას, სპეციფიკური პოპულაციისთვის კონკრეტული სერვისის მიწოდებამდე დარწმუნდნენ ამ პოპულაციისთვის მტკიცებულებების რელევანტურობასა და გამოყენებაში (Melnyk & Fineout-Overholt, 2011);
4. მეოთხე, მტკიცებულებები ინტეგრირებული უნდა იქნას მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ საქმიანობის სხვა ასპექტებთან. ეს არის დანერგვის ეტაპი და ამ ეტაპზე, ექთნებმა უნდა გამოიყენონ საკუთარს ექსპერტიზის უნარი და დაეყრდნონ პაციენტების სურვილებს. და ბოლოს, ექთნებმა კვლავ უნდა შეაფასონ განხორციელებული ცვლილებები პაციენტის გამოსავლებზე ზეგავლენის კუთხით.

კლინიკურ კითხვაზე პასუხის გაცემისა და ინფორმაციის გავრცელებისას ექთნებმა უნდა უპასუხონ შემდეგ კითხვებს (DiScenso, Guyatt & Ciliska, 2005, p. 51):

1. ვალიდურია თუ არა კვლევის შედეგები?
2. რა არის კვლევის შედეგები?
3. როგორც შემიძლია ეს შედეგები გამოვიყენო პაციენტის მკურნალობისას?

მნიშვნელოვანია ექთნებს ასსოვდეთ, რომ მტკიცებულებები შეიძლება მოძიებულ იქნას როგორც სამეცნიერო, ასევე არასამეცნიერო წყაროებიდან და ზოგიერთი წყაროს მიერ მოწოდებული მტკიცებულებების სანდოობა გაცილებით უფრო მაღალია სხვა წყაროების სანდოობასთან შედარებით. მტკიცებულების სარწმუნოებისა და სიძლიერის მიხედვით ხდება წყაროს კატეგორიებად დაყოფა (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005; Melnyk & Fineout-Overholt, 2011; Polit & Beck, 2014). სურათი 1-1¹ მოცემულია მტკიცებულებების პირამიდის ილუსტრაცია.

სურათი 1.1¹ მტკიცებულებების პირამიდა



არსებობს რიგი წყაროები, წინასწარ დამუშავებული თუ დაუმუშავებელი, რომელიც ხელმისაწვდომია ექთნებისთვის. წინასწარ დამუშავებულ წყაროებში მონაცემთა ბაზების ჩართვის წინ

¹ Adapted from DiCenso, Guyatt & Cliska, 2005; Melnyk & Fineout-Overhold, 2011; Polit & Beck, 2014

ხდება ამ ბაზების შესწავლა. ამ წყაროებში ჩართული ინფორმაცია მუდმივად განახლებადია და შეიცავს მეთოდოლოგიურად უფრო გამართულ და კლინიკურად უფრო მნიშვნელოვან კვლევებს (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005). ასეთი წყაროებია: Cochrane Library (www.thecochranelibrary.com) და Joanna Briggs Institute (www.joannabriggs.org). რაც შეეხება დაუმუშავებელ ბაზებს, ისინი მოიცავს პირველად კვლევებს და ამ კვლევების ხარისხი სხვადასხვანაირი შეიძლება იყოს (დანყებულ არასრულყოფილიდან დამთავრებული საუკეთესოთი); ასეთი წყაროს მაგალითია: Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) და National Library of Medicine's MEDLINE.

მტკიცებულებები ხელმისაწვდომი უნდა იყოს მთელი საექთნო პერსონალისთვის. უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობა ითხოვს საექთნო საქმიანობის დაფუძნებას უახლეს, საუკეთესო და ხელმისაწვდომ ცოდნაზე. თავად მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკა კი პაციენტის უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობის მნიშვნელოვანი შემადგენელი კომპონენტია. ამ ტიპის პრაქტიკის ფუნდამენტური ელემენტია საექთნო კვლევა და ამ გზით შემუშავებული კლინიკური საქმიანობის გზამკვლევები, ხარისხის გაუმჯობესებაზე ორიენტირება და მტკიცებულებებზე დაფუძნებით მართვა.

საექთნო კვლევა

მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკა არ უნდა აგვერიოს საექთნო კვლევაში. საექთნო კვლევა ეს არის სისტემური საქმიანობა, რომელიც კითხვაზე პასუხის გასაცემად ან პრობლემის გადასაჭრელად იყენებს დისციპლინირებულ მეთოდებს. საექთნო კვლევის მიზანია საექთნო პროფესიისთვის მნიშვნელოვან საკითხებზე ცოდნის გენერირება, ტესტირება ან შეფასება და სანდო მტკიცებულებების შემუშავება (Polit & Beck, 2014). ექთნის მოვალეობაა ცოდნის გაღრმავებითა და გაფართოებით საკუთარი პროფესიონალიზმის ამაღლება და შემდეგ უკვე ამ ცოდნის პრაქტიკაში გამოყენება. სწორედ ამ მოვალეობას განსაზღვრავს ANA: „ყველა ექთანმა უნდა გაიღრმავოს პროფესიონალიზმი ცოდნის მიღების, შეფასების, გავრცელებისა და პრაქტიკაში გამოყენების გზით“ (ANA, 2015a, p. 27). მკაცრად დადგენილი წესებით წარმოებული საექთნო კვლევა წარმოადგენს ინფორმაციის საუკეთესო წყაროს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული საქმიანობისთვის.

ხარისხის გაუმჯობესებასთან დამოკიდებულება

ხარისხის გაუმჯობესებაც არ არის იგივე, რაც მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკა. ხარისხის გაუმჯობესება ეს არის ციკლური პროცესი შემუშავებული სამუშაო ძალისა და ორგანიზაციული პროცესების ზედამხედველობა-შეფასების მიზნით. ის შეიძლება მოიცავდეს მონაცემთა შეგროვებასა და ანალიზს, მაგრამ არ აქვს მეცნიერული საფუძვლები. ხარისხის გაუმჯობესება იყენებს გაზომვის საფუძველზე, უკვე არსებულ სტანდარტებთან საქმიანობის შედარების პრინციპებს და ეფუძნება გაუმჯობესების მეთოდოლოგიებს. Hedges (2006) განიხილავს ე.წ. „three-legged stool“ (სამფეხა სკამი) მიდგომას საექთნო პრაქტიკაში, რაც გულისხმობს მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ საქმიანობას, ხარისხის გაუმჯობესებასა და საექთნო კვლევას. იგი კიდევ უფრო შლის თითოეულ ამ ელემენტს იმ აუცილებელ პროცესებად, რაც მნიშვნელოვანია საექთნო საქმიანობის მხარდასაჭერად. ეს მიდგომა თვლის, რომ ექთნებს შეუძლიათ გააძლიერონ საექთნო საქმიანობა ხარისხის გაუმჯობესების საფუძვლების გამოყენებით და ამ გზით აწარმოონ ყოველდღიური საქმიანობისა და პაციენტის გამოსავლების მონიტორინგი. ამისთვის მათ სისტემატურად უნდა გადააფასონ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკა და აწარმოონ საექთნო მეცნიერული კვლევები.

კლინიკური საქმიანობის გზამკვლევები

კლინიკური საქმიანობის გზამკვლევები კლინიცისტებს აძლევს საშუალებას გააუმჯობესონ მკურნალობის ხარისხი, სერვისის მიწოდების პროცესი და პაციენტის გამოსავლები. ამავდროულად, შეამცირონ მკურნალობისა და სერვისის ღირებულების ვარიაციები. გზამკვლევები არის „სისტემური დებულებები შემუშავებული ჯანდაცვის სპეციალისტებისა და პაციენტებისთვის,

სპეციფიკურ კლინიკურ სიტუაციებში გადანყვეტილებების მიღებისას დახმარების მიზნით“ (IOM, 1990, p.38). კლინიკური საქმიანობის გზამკვლევები აგროვებს, აფასებს და აკავშირებს მტკიცებულებებს. ცდილობს წარმოაჩინოს კლინიკური გადანყვეტილებებისათვის მნიშვნელოვანი საკითხები. უფრო მეტიც, ისინი რისკი-სარგებლის ბალანსირებას ახდენს და ასეთ დაბალანსებულ ინფორმაციას აწვდის ჯანდაცვის სპეციალისტებს (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005). ექთნები ჩართულნი უნდა იყვნენ ისეთი სამუშაო სატანდარტების შემუშავებაში „რაც დაფუძნებული იქნება საექთნო ეთიკურ ვალდებულებებსა და დაგროვილ ცოდნაზე და ასახავს საზოგადოების მიმართ მათ პასუხისმგებლობას“ (ANA, 2015a, p. 28). The National Guideline Clearinghouse (www.guideline.gov) და the Registered Nurses' Association of Ontario (mao.ca/bpg) წარმოადგენს საექთნო კლინიკური საქმიანობის გზამკვლევების ძირითად წყაროს.

მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მართვა

მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინის პრინციპებით პაციენტის მართვა მნიშვნელოვანია უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობის უზრუნველსაყოფად. ორგანიზაციის, ლიდერობისა და მართვის კუთხით საუკეთესო პრაქტიკა და მიღწევებიც უნდა იქნას გათვალისწინებული მედ. პერსონალის მიერ საკუთარი ფუნქციების შესრულების დროს. მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მართვა ისაზღვრება შემდეგნაირად: „გადანყვეტილებების მიღება ინფორმაციის შემდეგი ოთხი წყაროს კეთილსინდისიერი, მკაფიო და გონივრული გამოყენებით: პრაქტიკოსის ექსპერტიზა და მსჯელობა, ლოკალური რეალობიდან მტკიცებულება, მტკიცებულებები კრიტიკულად შეფასებული საუკეთესო კვლევებიდან და იმ ხალხის სავარაუდო გამოსავლები, ვისაც შეიძლება მიაღწეს ზიანი კონკრეტული გადანყვეტილებით“ (Briner, Denyer & Rousseau, 2009).

IOM-ის მტკიცებით ჯანდაცვაში უსაფრთხოების უზრუნველყოფისთვის მნიშვნელოვანია მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მართვა (Page, 2004, p. 113). მართვის ეს ტიპი დეტალურად იქნება განხილული სხვა თავებში. აქ მხოლოდ მოკლედ შევეხებით მას, რადგან იგი მჭიდროდ უკავშირდება ისეთ ძირითად კომპეტენციებს, როგორცაა მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკა და საექთნო ლიდერობა და მართვა.

პაციენტთა უსაფრთხო გარემოს შესაქმნელად აუცილებელია ორგანიზაციაში ისეთი ლიდერის არსებობა, რომელსაც შესწევს უნარი გარდაქმნას ფიზიკური გარემო და შეცვალოს პერსონალის რწმენა და საქმიანობა.

IOM განსაზღვრავს მართვის იმ ხუთ კომპონენტს, რომლიც პაციენტის უსაფრთხოების მუდმივი ხელმშემწყობია მაღალი რისკის შემცველ გარემოშიც კი (Page, 2004, p. 108):

1. ბალანსის დაჭერა ეფექტურ პროფექტიულობასა და საიმედოობას შორის;
2. ორგანიზაციაში ნდობის ატმოსფეროს შექმნა და შენარჩუნება;
3. ცვლილებების აქტიური მართვა;
4. სამუშაო გარემოს დიზაინისა და პროცესების გარდაქმნაში თანამშრომლების ჩართულობის უზრუნველყოფა;
5. ცოდნაზე ორიენტირებული ორგანიზაციის ჩამოყალიბება ცოდნაზე დაფუძნებული პრაქტიკის გამოყენებით.

მიუხედავად იმისა, რომ ეს კომპონენტები ამცირებს პაციენტის უსაფრთხოებასთან დაკავშირებულ საშიშროებებს, მათი მუდმივი გამოყენება მაინც არ ხდება. ამიტომაც, IOM იძლევა რეკომენდაციას ხელი შევუწყოს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული საქმიანობის დანერგვას, რათა დროულად მოვახდინოთ პაციენტის უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული რისკების იდენტიფიცირება და მინიმუმამდე დავიყვანოთ ისინი (Page, 2004).

ხარისხის გაუმჯობესება

არასაკმარისი ხარისხის გარდა, ჯანდაცვის სისტემა ასევე ცნობილია თავისი არაეფექტურობითა და რესურსების ფლანგვით. ჯანდაცვის პროფესიონალები მოწოდებულნი არიან აწარმოონ ხარისხიანი მკურნალობა, მაგრამ ზუსტად რას ნიშნავს ეს ხარისხი? IOM (1990) შემდეგნაირად განსაზღვრავს მას: „დონე, რომლითაც ინდივიდუალური პაციენტისთვის ან პოპულაციისთვის

მინოდებული ჯანდაცვის სერვისები ზრდის სასურველი გამოსავლის მიღწევის ალბათობას და შეესაბამება თანამედროვე პროფესიულ ცოდნას“ (p. 4). AHQR (2005) ვარაუდობს, რომ ჯანდაცვის ხარისხის უზრუნველყოფა გულისხმობს სერვისების ზედმეტ და ნაკლებ გამოყენებას შორის სწორი ბალანსის დაჭერას და სერვისების ხარვეზების აღმოფხვრას. სხვების მოსაზრებით, თუკი მივმართავთ სხვა ინდუსტრიებში გამოყენებულ ხარისხის გაუმჯობესების მეთოდოლოგიებს, ჩვენ ჯანდაცვის სექტორშიც შევძლებთ შეცდომების, რესურსების ფლანგვისა და არაეფექტური ხარჯვის შემცირებას (Greiner & Knebel, 2003).

ხარისხის გაუმჯობესების პრინციპები პირველად დაინერგა ინდუსტრიულ სექტორში პროდუქციის წარმოების პროცესში შეცდომების შემცირების მიზნით. ამ მეთოდების გადმოტანა ჯანდაცვის სისტემაში დღესაც შეფერხებებით მიმდინარეობს. ამ გზაზე არსებული შეზღუდვებია ინფრასტრუქტურის ნაკლებობა და ლიდერების არარსებობა ჯანდაცვის სექტორში (Greiner & Knebel, 2003). IOM-მ ჯანდაცვის სისტემისთვის თანამედროვე გამონვევად განსაზღვრა მაღალი რისკის ისეთი ინდუსტრიების გამოცდილების გაზიარება, როგორცაა ავიაცაია და ბირთვული წარმოება. ამ ინდუსტრიებმა უკვე აჩვენეს გარკვეული მეთოდოლოგიების გამოყენებით უსაფრთხოებისა და ხარისხის გაუმჯობესების მაგალითები.

IOM მიდგომას - „მიმართე ხარისხის გაუმჯობესებას“ - განსაზღვრავს შემდეგნაირად: „აღმოაჩინე მკურნალობის პროცესში შეცდომები და ზიანის საშიშროება; გააცნობიერე და დანერგე უსაფრთხოების საბაზისო პრინციპები, ისეთი როგორცაა სტანდარტიზაცია და გამარტივება; მუდმივად შეისწავლე და გაზომე სტრუქტურის, პროცესისა და გამოსავლის ხარისხი პაციენტისა და საზოგადოების საჭიროებებიდან გამომდინარე; ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით, განსაზღვრე მკურნალობის პროცესისა და სისტემის ცვლილებები და მოახდინე ამ ცვლილებებისთვის საჭირო ინტერვენციების ტესტირება“ (Greiner & Knebel, 2003, p. 46).

IOM-ის მიერ დადგენილი კომპეტენციების შესაბამისი უნარ-ჩვევებია (Greiner & Knebel, 2003, p. 59):

- მიმდინარე საქმიანობის შეფასება და მისი შეადარება შესაბამის საუკეთესო პრაქტიკასთან. ამ შედარების ფონზე გაუმჯობესების მიმართულებების განსასაზღვრა;
- ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით, ცვლილებების დიზაინის შემუშავება და ამ ცვლილებებისთვის აუცილებელი ინტერვენციების ტესტირება;
- მკურნალობაში შეცდომებისა და ზიანის საშიშროებების აღმოჩენა, მათი გააცნობიერება და ისეთი ძირითადი უსაფრთხოების პრინციპების დანერგვა, როგორცაა სტანდარტიზაცია და გამარტივება, ადამიანურ ფაქტორებზე ტრენინგების ჩატარება;
- ინტერდისციპლინურ გუნდში აქტიური საქმიანობა და საკუთარი ქმედებების გაუმჯობესება თვითშეფასებისა და პერსონალური ცვლილებების გზით.

პაციენტთა უსაფრთხოება და მკურნალობის ხარისხი ექთნებისგან მოითხოვს პოტენციური და აქტუალური პრობლემების სისტემურ აღმოჩენას, მათი მიზეზების დადგენასა და გაუმჯობესების სტრატეგიის შემუშავებას. ხარისხის გაუმჯობესება ყველა ექთნის პასუხისმგებლობაა, მიუხედავად ჯანდაცვის სისტემაში მათი პოზიციისა. ხარისხის გაუმჯობესების მიმართულებით საექტონო საქმიანობის ძირითადი კომპეტენცია ისაზღვრება შემდეგნაირად: „მონაცემების გამოყენება მკურნალობის პროცესის გამოსავლების მონიტორინგისთვის და გაუმჯობესების მეთოდების გამოყენება ცვლილებების დიზაინისა და ტესტირებისათვის, ჯანდაცვის სისტემაში ხარისხისა და უსაფრთხოების მუდმივად გაუმჯობესების მიზნით“ (Conenwett et al., 2007, p. 127). ხარისხის გაუმჯობესება განგრძობითი პროცესია, რომლის დროსაც ექთნები აგროვებენ ხარისხზე მონაცემებს სამუშაო სტანდარტების დადგენის მიზნით და შემდეგ უკვე მუდმივ მონიტორინგს უწევენ მათ. ხარისხის გაუმჯობესების ფუნდამენტური ელემენტები მოიცავს სტრუქტურას. სამკურნალო გარემოს, მკურნალობის პროცესსა და მკურნალობის გამოსავლებს.

სამკურნალო გარემოს სტრუქტურა

სამკურნალო გარემოს სტრუქტურა ნიშნავს არეალს, სადაც ხდება საექტონო საქმიანობის წარმოება. აღნიშნულის მაგალითია ფიზიკური გარემო (მაგ., განყოფილება, პაციენტის ოთახი, საოპერაციო, ამბულატორიული კლინიკა), მონყობილობა და აღჭურვილობა, პერსონალი (პერ-

სონალის აბსოლუტური რაოდენობისა და მათი თანაფარდობის ჩათვლით), პოლისები და პროცედურები, ორგანიზაციული კულტურა და ორგანიზაციის მართვა.

მკურნალობის/მოვლის პროცესი

მკურნალობის/მოვლის პროცესი არის საექთნო საქმიანობის წარმოება და უჩვენებს თუ როგორ ხდება საქმიანობა. ამის მაგალითებია მკურნალობის/მოვლის მიწოდების მოდელები: პირველადი ჯანდაცვა და შემთხვევითა მართვა. მკურნალობის პროცესი ასევე მოიცავს კრიტიკული მართვის ალგორითმებს, სტანდარტიზირებულ კლინიკურ გზამკვლევებს, პაციენტების ფიზიკალურ მოვლას, შეფასებას, ჩარევას, პაციენტების განათლებას, მკურნალობის დროულად მიწოდებას, კონსულტაციებსა და ლიდერობასა და მართვასთან დაკავშირებულ აქტივობებს.

მკურნალობის გამოსავალი

მკურნალობის გამოსავალი გულისხმობს მთლიან საექთნო საქმიანობას და ასახავს მათი საქმიანობის ეფექტურობას. გამოსავლის მაგალითებია პაციენტების დაყოფნა, ინფექციების სიხშირე, პაციენტის დაცემის მაჩვენებელი, ინტერვენციული პროცედურის შემდგომი გართულებები. ამჟამად, სულ უფრო მეტად ჩნდება მიდგომები, რომელიც ორიენტირებულია ექთან-დამოკიდებულ გამოსავლებზე ან გამოსავლებზე, რაც პირდაპირ კავშირშია საექთნო მოვლის ხარისხსა და რაოდენობასთან.

ინფორმატიკა

ინფორმატიკა არის უფრო მეტი, ვიდრე მხოლოდ ინფორმაციული ტექნოლოგიების გამოყენება; იგი გულისხმობს ჯანდაცვის პრობლემების გადაჭრისთვის, კვლევისა და სწავლებისთვის აუცილებელი ინფორმაციული ტექნოლოგიების განვითარებასა და გამოყენებას. ტექნოლოგიების წინსვლამ ჯანდაცვაში გარკვეული ინოვაციები შემოიტანა, ისეთი როგორცაა სამედიცინო დოკუმენტაციის ელექტრონული ვერსია, ტელემედიცინა, დისტანციური მონიტორინგი და სწავლების პროცესში სიმულაციების გამოყენება (IOM, 2011). ინფორმატიკის წარმატებით გამოყენებისას შესაძლებელია ცოდნისა და ინფორმაციის მართვა, უფრო ეფექტური კომუნიკაცია და ჯანდაცვის სისტემაში შეცდომების მნიშვნელოვნად შემცირება. IOM ინფორმატიკას შემდეგნაირად განსაზღვრავს: „ცოდნის გაზიარება, მართვა, შეცდომების შემცირება და გადანაცვლებების მიღების მხარდაჭერა ინფორმაციული ტექნოლოგიების გზით“ (Greiner & Knebel, 2003, p.46).

IOM-ის მიერ, ამ კომპეტენციასთან დაკავშირებული უნარ-ჩვევები, განისაზღვრება შემდეგნაირად (Greiner & Knebel, 2003, p.23):

- ტექსტური დამუშავების, პრეზენტაციისა და მონაცემთა ანალიზის პროგრამული უზრუნველყოფის გამოყენება;
- შიდა ინფორმაციული სისტემიდან და გარე ონლაინ მონაცემთა ბაზებიდან/ინტერნეტიდან მოძიებული ელექტრონული მონაცემების გამოკვლევა, მართვა და მათ საფუძველზე გადანაცვლებების მიღება;
- ელექტრონული ფოსტის მისამართის გაზიარება, მყისიერი შეტყობინების სისტემის (მესინჯერი) გამოყენება, LISTSERV (ელექტრონული მეილების პროგრამული უზრუნველყოფა) და ფაილების გადატანა;
- უსაფრთხოების ისეთი საკითხების გაცნობიერება, როგორცაა, წვდომის კონტროლი, მონაცემთა უსაფრთხოება და მონაცემების დაშიფვრა; იმ ეთიკური და ლეგალური საკითხების გათვალისწინება, რაც დაკავშირებულია საქმიანობისას ტექნოლოგიური ინფორმაციების გამოყენებასთან;
- სწავლება და საიმედო ინფორმაციაზე პაციენტის წვდომის აუცილებლობის ხაზგასმა

ინფორმატიკა აერთიანებს მონაცემებს, ინფორმაციასა და ცოდნას ინტერპროფესიონალური გუნდის მხარდასაჭერად და თანმიმდევრულადაა დაკავშირებული უსაფრთხოებასა და

ხარისხთან (Greiner & Knebel, 2003; Warren, 2012). უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობა მოითხოვს ინფორმაციული ტექნოლოგიების ჩართულობას ეფექტური კომუნიკაციისა და დოკუმენტარმოების უზრუნველსაყოფად. ექთნებმა უნდა განავითარონ და შეინარჩუნონ ინფორმატიკასთან დაკავშირებული უნარ-ჩვევები, რათა მოახერხონ სამედიცინო დოკუმენტაციის ელექტრონული ვერსიის გამოყენება. მათ უნდა შეისწავლონ ის მტკიცებულებები, რომელიც აუცილებელია კლინიკური გადანყვეტილებების მხარდასაჭერად, გადაჭრან პაციენტთან და სისტემასთან დაკავშირებული პრობლემები, მართონ ხარისხის გაუმჯობესების მონაცემები და გააზიარონ ინფორმაცია (Sherwood & Barnsteiner, 2012). აღნიშნულის ფონზე, ინფორმატიკასთან დაკავშირებული საექთნო საქმიანობის ძირითადი კომპეტენცია განისაზღვრება შემდეგნაირად: „ინფორმაციისა და ტექნოლოგიების გამოყენება კომუნიკაციის, ინფორმაციის მართვის, შედგომების შემცირებისა და გადანყვეტილებების მიღების მხარდასაჭერად“ (Cronenwett et al., 2007, p. 129). ჯანდაცვაში ინფორმატიკის დანერგვა გარდაუვალია და ამიტომ ექთნებმა უნდა განავითარონ უნარ-ჩვევები იმისთვის, რომ კლინიკური გადანყვეტილებების მიღებისა და ხარისხის გაუმჯობესებისას მოახერხონ ელექტრონულად ინფორმაციის შეყვანა და მიღება. სინამდვილეში ინფორმატიკა წარმოადგენს QSEN-ის ყველა კომპეტენციის თანამდევ ძირითად ხაზს (Warren, 2012). ინფორმატიკის ფუნდამენტურ ელემენტებს წარმოადგენს ინფორმაციის მართვა და დოკუმენტაცია.

ინფორმაციის მართვა

ექთნები დამოკიდებულნი არიან იმ ინფორმაციაზე, რაც აუცილებელია უსაფრთხო და ხარისხიანი მოვლის უზრუნველსაყოფად. ის თუ როგორ არის ინფორმაცია ორგანიზებული და წარმოდგენილი გავლენას ახდენს ექთნების ეფექტურ და ეფექტიან საქმიანობაზე (Sewell, 2016). 2006 წელს The Technology Informatics Guiding Education Reform (TIGER) შემოუშავებულ იქნა ციფრულ ერაში საექთნო საქმიანობის მიმართულებით მომავლის ხედვის განსასაზღვრად. TIGER-ის მიერ ცხრა კოლაბორაციული გუნდი იქნა ჩამოყალიბებული საკვანძო მიმართულებებით სამოქმედო გეგმის შესამუშავებლად. The TIGER Informatics Computer Collaboration (TICC) გუნდს დაევალა: „იმ ინფორმაციის, კომპეტენციების მინიმალური ჩამონათვალის განსაზღვრა, რაც დღევანდელ ციფრულ ერაში საჭიროა ექთნების პრაქტიკულ საქმიანობასა და განათლების პროცესში წარმატების მისაღწევად“ (ITGER, 2009, p. 5). TICC-ის გუნდმა შეიმუშავა ინფორმაციის მართვასთან დაკავშირებული კომპეტენციების ჩამონათვალი და ამტკიცებს, რომ პროცესში მონაწილე ყველა ექთანმა უნდა „ისწავლოს, გამოავლინოს და გამოიყენოს ინფორმაციულ მართვასთან დაკავშირებული კომპეტენციები, რათა კიდევ უფრო უსაფრთხოდ, ეფექტურად და ეფექტიანად შეასრულოს დაკისრებული ფუნდამენტური კლინიკური მოვალეობები“ (ITGER, 2009, p. 11).

ინფორმაციის მართვა არის ჯანმრთელობის დაცვისთვის აუცილებელი ინფორმაციის შეგროვების, ანალიზის, მონიტორირების, შეჯამების და კომუნიკაციის პროცესი (Greiner & Knebel, 2003, TIGER, 2009). ონლაინ მონაცემთა ბაზასთან წვდომა ექთნებსა და ჯანდაცვის სხვა სპეციალისტებს უზრუნველყოფს იმ ლიტერატურითა და ცოდნით, რაც საჭიროა მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრინციპების საქმიანობაში დანერგვისათვის (Greiner & Knebel, 2003). ექთნები მართავენ ინფორმაციას სხვადასხვა გზით, მაგრამ „უფრო მოთხოვნადია ინფორმაციული სისტემების გამოყენება“ (TIGER, 2009, p. 11). ინფორმაციული სისტემისა და პაციენტის სამკურნალო ტექნოლოგიების გამოყენების უნარ-ჩვევები, აუცილებელი უსაფრთხო მკურნალობისა და უსაფრთხო გარემოში საქმიანობისთვის, სავალდებულოა ყველა ექთნისათვის (AACN, 2008).

დოკუმენტაცია

ექთნებს აქვთ პროფესიული პასუხისმგებლობა აწარმოონ დოკუმენტაცია მკურნალობის დაგეგმარებასთან, განხორციელებულ მკურნალობასა და პაციენტების გამოსავალთან მიმართებით. დოკუმენტაცია ეს არის ხელით ნაწერი ან ელექტრონულად გენერირებული ნებისმიერი ინფორმაცია პაციენტზე, რომელიც აღწერს განხორციელებულ მკურნალობას და გვთავაზობს ზუსტ ანგარიშს რა და როგორ მოხდა. პაციენტთან კომუნიკაციისას ექთნები იყენებენ დოკუ-

მენტაციას გასინჯვის მონაცემებზე, ინტერვენციაზე, შეფასებასა და გამოსავლებზე ინფორმაციის მისაწოდებლად. დოკუმენტები ინახება პაციენტის ისტორიაში, რომელიც შეიძლება წარმოდგენილი იყოს ხელნაწერის ან ელექტრონული ვერსიის სახით (ელექტრონული სამედიცინო დოკუმენტაცია, ფაქსები, ელექტრონული საფოსტო მისამართი, აუდიო და ვიდეო ჩანაწერები).

დოკუმენტები არის მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტი ინტრაპროფესიული და ინტერპროფესიული კომუნიკაციისთვის. „ცალსახა, ზუსტი და ხელმისაწვდომი დოკუმენტაცია არის უსაფრთხო, ხარისხიანი და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული საექთნო საქმიანობის აუცილებელი ელემენტი“ (ANA, 2010b, p. 3). ეფექტური დოკუმენტაცია წარმოაჩენს პაციენტების მკურნალობაში ექთნების მნიშვნელოვან წვლილს, მკურნალობის მიმდინარეობის ორგანიზაციებისა და პაციენტის ხარისხიანი მკურნალობის მხარდამჭერი ორგანიზაციებისთვის (ANA, 2010b). ANA-ს (2010b) თანახმად, დოკუმენტაცია მნიშვნელოვანია ექთნებისთვის შემდეგი მიმართულებით:

- მკურნალი გუნდის წევრებსა და სხვა პროფესიონალებს შორის კომუნიკაცია;
- აკრედიტაცია, რეგულირება და კანონმდებლობა;
- ხარჯების ანაზღაურება;
- კვლევა, ხარისხის პროცესი და ქმედებათა გაუმჯობესება.

უსაფრთხოება

მართალია IOM უსაფრთხოებას არ განიხილავს დამოუკიდებელ კომპეტენციად, მაგრამ მან აერთიანებს მას იმ ექვს კრიტიკულად მნიშვნელოვან მიზანთან, რომელიც შემუშავებულია ჯანდაცვის როგორც ხარისხის, ასევე პაციენტებისა და პერსონალის უსაფრთხოების გაუმჯობესებისათვის. IOM-ის მიერ მოწოდებული უსაფრთხოების ყველა დეფინიცია ისაზღვრება, როგორც „თავისუფალი შემთხვევითი ზიანისაგან“ (IOM, 2001, p. 45). IOM-ის ანგარიში, „შეცდომის დაშვება ადამიანურია“, იძლევა პაციენტთა უსაფრთხოების გაუმჯობესების მიმართულებით რეკომენდაციებს (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000). იმავე ანგარიშში IOM მოუწოდებს ჯანდაცვის ორგანიზაციებს ორიენტირდნენ ისეთი გარემოს შექმნაზე, რაც გააუმჯობესებს პაციენტების უსაფრთხოებას, რის შედეგადაც ჩამოყალიბდება უსაფრთხოების კულტურა. პაციენტის უსაფრთხოების მიმართულებით მომუშავე ორგანიზაციებია: AHRQ, NQF, TJC და Institute for Health Improvement (IHI) - ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ინსტიტუტი.

უსაფრთხო და ხარისხიანი ჯანდაცვის ძიება განგრძობითი პროცესია ბოლო პერიოდი, თუმცა ჯანდაცვის პროფესიონალები ჯერ კიდევ შორს არიან სასურველისგან. Chassin and Loeb (2011) ვარაუდს გამოთქავენ, რომ ჯანდაცვის სისტემა ამჟამად კრტიკულ გზაგასაყარზეა, რაც ზრდის სამედიცინო შეცდომებით გამოწვეული ზიანის მიმართ პაციენტების მოწყვლადობას. ჯანდაცვის კომპლექსურობა სამწუხაროდ კიდევ უფრო ზრდის სამედიცინო შეცდომების ალბათობას. უსაფრთხოება თავისით არ ხდება; ის ფრთხილად უნდა იმართოს და მოითხოვს პაციენტის უსაფრთხოებისა და შეცდომების პრევენციის მიმართულებით პერსონალის ადეკვატურად განათლებას. ჯანდაცვის პროფესიონალებიდან სწორედ ექთნები არიან პაციენტის უსაფრთხოების კუთხით კრიტიკული მოთამაშეები. მათ შესწევთ უნარი ამოიცნონ ჯანდაცვასთან დაკავშირებული შეცდომები, მოახდინონ მათი ინტერპრეტაცია, ჩაატარონ ანალიზი და გამოასწორონ ისინი (AACN, 2008b).

უსაფრთხოება არის მეორე კომპეტენცია, რაც მოცემულია QSEN-ის კომპეტენციებში. უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული საექთნო კომპეტენცია შემდეგნაირად ისაზღვრება: „პაციენტებისა და ჯანდაცვის მიმწოდებლების ზიანის რისკის მინიმუმამდე დაყვანა სისტემის ეფექტურობისა და ინდივიდუალური ქმედებების გაუმჯობესების გზით“ (Cronenwett et al., 2007, p. 128). უსაფრთხოების შემადგენელი ფუნდამენტური ელემენტებია: ადამიანური შეცდომები და ადამიანური ფაქტორები, პროტოკოლებისა და საქმიანობის სტანდარტიზაცია, უსაფრთხოების კულტურა და მაღალი სანდოობის ორგანიზაციები.

ადამიანური შეცდომები და ფაქტორები

დღევანდელი კომპლექსური ჯანდაცვის სისტემა კარგი ნიადაგია შეცდომებისთვის. ადამიანური შეცდომა არის ქმედებების გამოტოვების (უმოქმედობის) ან ქმედებების ჩადენის შემთხვე-

ვები, რასაც მივყავართ არასასურველ გამოსავლამდე ან რაც ამ თვალსაზრისით პოტენციური საშიშროების შემცველია (Wachter, 20120). უმოქმედობა გულისხმობს სწორი ქმედებების არ ან ვერ შესრულებას, რასაც მივყავართ შეცდომამდე, მაგალითად, ექთნის მიერ პაციენტისთვის მედიკამენტის მიცემის დავინყება. ქმედების ჩადენის შემთხვევაში კი რაღაც არასწორად ან შეცდომით კეთდება, მაგალითად ექთნის მიერ პაციენტისთვის (არა დანიშნულებით) შეცდომით წამლის მიცემა.

ადამიანური ფაქტორების ინჟინერია არის ადამიანის შესაძლებლობებისა და შეზღუდვების შემსწავლელი მეცნიერების კვლევის საგანი. იგი დაგროვილ ცოდნას იყენებს ადამიანებისათვის უსაფრთხო და ეფექტური პროცესებისა და სისტემის დიზაინის შესამუშავებლად, რათა უზრუნველყოფილი იქნას ეფექტური, ეფექტიანი და უსაფრთხო მკურნალობა (Boston-Fleischhauer, 2008a). ადამიანური ფაქტორების ინჟინერია ვარაუდობს, რომ კარგად ჩამოყალიბებული პროცესები და სისტემა ითვალისწინებს ადამიანის იმ უნარებსა და შეზღუდვებს, რაც საჭიროა ამ სისტემაში სამუშაოდ. ეს შეზღუდვები შეიძლება იყოს 1) ფიზიკური ფაქტორები, როგორცაა ხმაური, კლიმატი, განათება; 2) შემეცნებითი, როგორცაა ხანმოკლე მეხსიერება და დაღლილობა; და 3) ორგანიზაციული, როგორცაა სამუშაოს და ამოცანის ჩამოყალიბება (Boston-Fleischhauer, 2008a). პროცესების და სისტემების ცუდმა დიზაინმა შეიძლება მიგვიყვანოს შეცდომების ალბათობის გაზრდამდე და პაციენტის უსაფრთხოების გაუარესებამდე (Boston-Fleischhauer, 2008a). ექთნებმა უნდა მოახდინონ პროცესებისა და სისტემების მონიტორინგება, შეფასება და გაუმჯობესება პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის მიზნით.

საიმედოობის მეცნიერება არის „ოპერირების უნარი თავისუფალი იყოს ხარვეზებისა და დეფექტისაგან დროის გარკვეულ პერიოდში“ (Boston-Fleischhauer, 2008b, p. 84). საიმედოობის მეცნიერება არის დასაქმების ისეთი სტრატეგიების შემუშავება, რაც გააძნელებს ექთნების მხრიდან არასწორი საქციელის ჩადენას და გააადვილებს სწორ ქმედებებს. მარტივი პროცესებისა და სისტემების ისეთმა დიზაინმა, როგორცაა სტანდარტიზაცია და ზედმეტი ქმედებების თავიდან აცილება, შეცდომების შემცირება, მეხსიერებაზე დაყრდნობით მოქმედების თავიდან აცილება და დასაქმებულთა ყურადღების უწყვეტად გამახვილება, შესაძლოა რეალური გახადოს უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობა. მკურნალობის სიმარტივემ და სტანდარტიზაციამ შეიძლება შეცდომების ალბათობა მინიმუმადე დაიყვანოს მკურნალობის ვარიაბელობის შემცირების გზით.

პროტოკოლებისა და პრაქტიკული საქმიანობის სტანდარტიზაცია

პროტოკოლების სტანდარტიზაციამ შეიძლება შეამციროს პრევენცირებადი გვერდითი მოვლენები და სამედიცინო შეცდომები. ყველაზე უფრო ხშირად გამოყენებული სტანდარტული პროტოკოლები შემუშავებულია ისეთი ქმედებების თავიდან ასაცილებლად, როგორცაა: რადიოლოგიური კვლევების არასწორი მარკირება, პროცედურების დროს სწორი მხარე და სწორი პაციენტის პრინციპის დარღვევა, მედიკამენტების არასწორად მარკირება-დაფასობა-შენახვა (AHRQ, 2005). The AHRQ (2005) მტკიცებულებებზე დაყრდნობით საქმიანობას და სტანდარტიზაციის პრინციპებს კრიტიკულად მნიშვნელოვნად მიიჩნევს პაციენტთა უსაფრთხოების გაუმჯობესების კუთხით. პრაქტიკული საქმიანობის სტანდარტიზაცია ასახავს თანამედროვე კვლევებისა და საუკეთესო პრაქტიკის მიგნებებს და საზღვრავს ჯანდაცვის პროფესიონალებისგან მინიმალურ მისაღებ ქმედებებს. სტანდარტიზებული პრაქტიკული საქმიანობა დაკავშირებულია სხვა კომპეტენციებთან, როგორცაა, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკა და ხარისხის გაუმჯობესება.

უსაფრთხოების კულტურა

პაციენტთა უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობა მოითხოვს უსაფრთხო კულტურას. IOM უსაფრთხო კულტურას შემდეგნაირად განსაზღვრავს: „ორგანიზაციის სამკურნალო პროცესები და სამუშაო ძალა ორიენტირებულია პაციენტებისთვის საიმედო და უსაფრთხო მკურნალობის მიწოდებაზე“ (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000, p. 114). უსაფრთხო კულტურის მიზანია ანგარიშვალდებულებასა და დაუსჯელობის პრინციპს შორის ბალანსის დაჭერა (Wachter & Pronovost, 2009). უსაფრთხოების კულტურაში გამჭვირვალობა კრიტიკულად მნიშვნელოვანია.

პერსონალმა თავი კომფორტულად უნდა იგრძნოს შეცდომების, „თითქმის დამდგარი“ შემთხვევებისა და პოტენციური რისკის შემცველი შემთხვევების რეპორტირებთან მიმართებით. ჯანდაცვის სისტემაში უსაფრთხო გარემოს შემუშავებისათვის ხუთი აუცილებელი პრინციპი არის გასათვალისწინებელი (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000):

- ხელმძღვანელობის უზრუნველყოფა: გახადე პაციენტის უსაფრთხოება პრიორიტეტული და ყველას პასუხისმგებლობა. დარწმუნდი, რომ დავალებები ნათელია, შეესაბამება უსაფრთხოების მოთხოვნებს და დადგენილია საფრთხის შემცველად მოქმედი პერსონალის იდენტიფიცირებისა და მათთან გამკლავების ეფექტური მექანიზმები. გამოყავი შეცდომების ანალიზისთვის და სისტემის გარდაქმნისთვის საჭირო ადამიანური და ფინანსური რესურსები;
- პროცესის დიზაინის დრო ადამიანური შეზღუდვების გათვალისწინება: შეიმუშავე სამუშაო აღწერილობები უსაფრთხოების ფაქტორების გათვალისწინებით და არ დაეყრდნო მხოლოდ მენსიურებასა და ყურადღებას. გაამარტივე და გაასტანდარტე სამუშაო პროცესები;
- ეფექტური გუნდური მუშაობის ხელშეწყობა: განვრთენი ინტერპროფესიულ გუნდში მოაზრებული ჯანდაცვის პროფესიონალები;
- მოულოდნელობების თავიდან აცილება: გამოიყენე პრაქტიული მიდგომა. განსაზღვრე უსაფრთხოების კუთხით საშიშროებები, სანამ შემთხვევა დადგება, პროცესები შეცვალე ისე, რომ თავიდან აიცილო არასასურველი შედეგები;
- სწავლაზე ორიენტირებული გარემოს შექმნა: გამოიყენე სიმულაციური სწავლება როცა ეს შესაძლებელია. ნაახალისე გამჭვირვალობა და შეცდომების რეპორტირების შემთხვევაში არ გამოიყენო დამსჯელობითი ღონისძიებები, დანერგე შეცდომებზე უკუგებისა და სწავლების პრინციპები. დანერგე ისეთი კულტურა, სადაც კომუნიკაცია თავისუფლად შესაძლებელია.

უსაფრთხოების კულტურის შექმნა ლიდერი და მენეჯერი ექთნებისგან მოითხოვს საკუთარ თავზე აიღონ პაციენტისა და პერსონალის უსაფრთხოების მართვა და შექმნან ისეთი სამუშაო გარემო, სადაც უსაფრთხოება წარმოადგენს უმაღლეს პრიორიტეტს. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები უნდა აცნობიერებდნენ ჯანდაცვის სისტემის მთელ კომპლექსურობას და ადამიანური ფაქტორებთან დაკავშირებულ შეზღუდვებს (Barnsteiner, 2012).

მაღალი საიმედოობის ორგანიზაციები

მაღალი საიმედოობა ნიშნავს მაღალი დონის უსაფრთხო ქმედებების თანმიმდევრულ შესრულებას გარკვეული დროის განმავლობაში (Chassin & Loeb, 2011). ინდუსტრიები, სადაც პირველად გაითავისეს მაღალი საიმედოობის კონცეფცია იყო ავიაცია და ბირთვული წარმოება. მაღალი საიმედოობის ორგანიზაციები ეფუძნება ისეთ პროცესებს, სისტემებსა და კულტურას, რითიც მინიმუმამდე დაიყვანება ხარვეზიანი ან წარუმატებელი ქმედებები და/ან თუკი ეს მაინც ხდება, ეფექტურად რეაგირებენ მასზე (AHRQ, 2008). მაღალი საიმედოობის ორგანიზაციებში არსებობს პროცესებისა და სისტემების შექმნისთვის აუცილებელი ხუთი ფუნდამენტური მახასიათებელი (AHRQ, 2008, p. 1):

1. ოპერირებასთან დამოკიდებულება: ლიდერები და თანამშრომლები უნდა იცნობდნენ პაციენტის უსაფრთხოებასთან დაკავშირებულ რისკებს და მუდმივად უნდა იყვნენ მათ პრევენციაზე ორიენტირებულნი;
2. გამარტივების სურვილი: ხარვეზებისა და წარუმატებლობის ახსნისას თავიდან უნდა ავიცილოთ ზედმეტად გამარტივებული მიდგომები და უნდა ჩავნვდეთ იმ ნამდვილ მიზეზებს, რაც პაციენტს უსაფრთხოების კუთხით აყენებს რისკის ქვეშ;
3. მიღწეულით კმაყოფილება: ლიდერებმა და პერსონალმა უნდა განიხილონ თითქმის დამდგარი შემთხვევები, როგორც სისტემის გაუმჯობესების საშუალება და არ ამტკიცონ, რომ სისტემა მუშაობს ეფექტურად;
4. ექსპერტიზის პატივისცემა: ლიდერებმა და მენეჯერებმა უნდა მოუსმინონ წინა ხაზზე მომუშავე პერსონალის მოსაზრებებს;

5. გამძლეობა: ლიდერები და პერსონალი მომზადებული უნდა იყოს სისტემის წარუმატებლობასა და ხარვეზებთან ბრძოლისთვის.

ყველამ, ლიდერებმა, მენეჯერებმა და წინა ხაზზე მომუშავე პერსონალმა უნდა მისდიონ მაღალი საიმედოობის პრინციპით აზროვნებას, რათა შექმნან ამ პრინციპის შესაბამისი ორგანიზაცია. მაღალი საიმედოობის ორგანიზაციები გულისხმობს სწავლაზე ორიენტირებულ გარემოს და უსაფრთხოების კულტურის პოპულარიზაციას, მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ საქმიანობასა და პოზიტიური სამუშაო გარემოს შექმნას ექთნებისათვის. ამასთან, მათ თანმიმდევრულად უნდა მისდიონ უსაფრთხოებისა და ხარისხის გაუმჯობესების პრინციპებს.

მდგომარეობა უსაფრთხოებასა და ხარისხთან მიმართებით

არსებობს პაციენტის უსაფრთხოებასა და მკურნალობის ხარისხთან საექტონო საქმიანობის კავშირის მყარი მტკიცებულება (IOM, 2011). მას შემდეგ რაც IOM-მ გამოაქვეყნა ანგარიში „შეცდომის დაშვება ადამიანურია“, ინტენსიურად დაიწყო ჯანდაცვაში უსაფრთხოებისა და ხარისხის გაუმჯობესების შესაძლებლობების ძიება. თუმცა, ზოგიერთის მოსაზრებით ეს ძიება გამაწილებლად ნელა ხდება (James, 2013; Wachter, 2012). არსებობს მოსაზრება, თითქოს IOM-ის მიერ დადგენილი პრევენციურებადი გვერდითი მოვლენებით გამოწვეული სიკვდილობის მაჩვენებელი (44000-98000) არ არის სწორად შეფასებული და სინამდვილეში ყოველწლიურად შეცდომებით გამოწვეული ლეტალური შემთხვევების რაოდენობა გაცილებით მეტია (Huston, 2014; Wachter, 2012). 2013 წელს ჩატარებულ კვლევაში, James ირწმუნება, რომ პაციენტების ზიანის მინიჭების კუთხით ჯანდაცვაში ეპიდემიაა. მან აღმოაჩინა, რომ ყოველწლიურად პრევენციურებადი გვერდითი მოვლენებით გამოწვეული სიკვდილობის მაჩვენებელია 210000. სამედიცინო შეცდომების თავიდან აცილების, ინფექციების შემცირებისა და საავადმყოფოდან ბინაზე მკურნალობის უსაფრთხოდ გაგრძელების თვალსაზრისით, ექტნებს ენიჭებათ ძალიან მნიშვნელოვანი როლი (IOM, 2011). James-ის მიერ ჩატარებული კვლევა კიდევ უფრო ამყარებს მოსაზრებას, რომ საჭიროა ექტნების აღჭურვა სათანადო ცოდნით, უნარ-ჩვევებითა და მიდგომებით, რათა მათ ინტერპროფესიულ გუნდში უზრუნველყონ პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობა, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკის, ხარისხის გაუმჯობესებისა და ინფორმატიკის გამოყენების გზით (Cronenwett, et al., 2007).

შეჯამება

პაციენტისთვის უსაფრთხო, ეფექტური და ხარისხიანი მკურნალობის მიწოდებისათვის კრიტიკულად მნიშვნელოვანია ეფექტური საექტონო ლიდერობა და მართვა. მკურნალობა უნდა იყოს პაციენტზე ორიენტირებული, გადანყვეტილებების მიღებაში ჩართულნი უნდა იყვნენ პაციენტი და მისი ოჯახის წევრები, ხოლო სამუშაო გარემო ხელს უნდა უწყობდეს თანამშრომლობითი და გუნდური პრინციპების დანერგვას და უნდა მოიცავდეს ეფექტურ ინტერპროფესიულ და ინტრაპროფესიულ კომუნიკაციას. უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობა ექტნებისგან მოითხოვს საკუთარი საქმიანობა დააფუძნონ თანამედროვე ცოდნას. ლიდერმა და მენეჯერმა ექტნებმა ასევე უნდა შეითვისონ მართვის ის სტრატეგიები, რაც მაღალი სანდოობის კვლევების საფუძველზე მონოდებულია პაციენტთა უსაფრთხოების კუთხით საშიშროებების შესამცირებლად და სამუშაო გარემოს გასაუმჯობესებლად.

საექტონო მოვლის ხარისხი წარმოაჩენს სად, როგორ, რა გამოსავლებით და შედეგებით არის მკურნალობა/მოვლა მიწოდებული. ექტნებმა უნდა შეისწავლონ პოტენციური და მიმდინარე პრობლემების სისტემური იდენტიფიცირების ტექნოლოგიები, დაადგინონ ამ პრობლემების გამომწვევი მიზეზები და შეიმუშაონ მათი აღმოფხვრისთვის აუცილებელი პრევენციული ან გაუმჯობესების სტრატეგიები. ხარისხის გაუმჯობესების აუცილებელი მიზანი უნდა იყოს პაციენტისა და პერსონალის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა. ექტნებს არ მოეთხოვებათ იყვნენ სრულყოფილები; ისინი არიან ადამიანები და, რა თქმა უნდა, უშვებენ შეცდომებს. ლიდერი და მენეჯერი ექტნები უნდა ზრუნავდნენ უსაფრთხოების კულტურის შემუშავებაზე, რომელიც, თავის მხრივ, ცნობს ადამიანური ფაქტორების შეზღუდვებს და პრაქტიკულად უდგება შეცდომების პრევენციის საკითხს.

შემოთავაზებული ვებგვერდები

- Agency for Healthcare Research and Quality: www.ahrq.gov
- American Association of Colleges of Nursing: www.aacn.nche.edu/qsen/home
- American Nurses Association: www.nursingworld.org
- Institute for Healthcare Improvement: www.ihl.org
- Institute of Medicine Reports: www.iom.edu/reports.aspx
- National Quality Forum: [www.qi;aotyforum.org](http://www.qi.aotyforum.org)
- QSEN Institute: www.qsen.org
- Technology Informatics Guiding Education Reform (TIGER) initiative: www.thetigerinitiative.org

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Adams, K., & Corrigan, J. (Eds.). (2003). *Priority areas for national action: Transforming health care quality*. Washington, DC: National Academies Press.
- Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care Industry. (1997). *Consumer bill of rights and responsibilities: Report to the President of the United States*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2005). *30 safe practices for better health care [fact sheet]*. Retrieved from www.archive.ahrq.gov/research/findings/factsheets/errors-safety/30safe/30-safe.practice.pdf
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2008). *Becoming a high reliability organization: Operational advice for hospital leaders*. AHRQ Publication No. 08-0022. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- American Association of Colleges of Nursing. (2008a). *Cultural competency in baccalaureate nursing education*. Washington, DC: Author. Retrieved from www.aacn.nche.edu/leading-initiatives/educationresources/competency.pdf
- American Association of Colleges of Nursing. (2008b). *The essentials of baccalaureate education for professional nursing practice*. Washington, DC: Author. Retrieved from www.aacn.nche.edu/educationresources/baccessentials08.pdf
- American Nurses Association. (2010a). *Nursing's social policy statement: The essence of the profession*. Silver Spring, MD: Author.
- American Nurses Association. (2010b). *ANA's principles for nursing documentation: Guidance for registered nurses*. Silver Spring, MD: Author.
- American Nurses Association. (2012). *RNs central to care coordination*. *The American Nurse*, 16. American Nurses Association. (2014). *Care coordination and registered nurses' essential role*. Retrieved from nursingworld.org/MainMenuCategories/Policy-Advocacy/Positions-and-Resolutions/ANAPositionStatements/Position-Statements-Alphabetically/Care-Coordination-and-RegisteredNurses-Essential-Role.html
- American Nurses Association. (2015a). *Code of ethics for nurses with interpretive statements*. Silver Spring, MD: Author. American Nurses Association. (2015b). *Nursing: Scope and standards of practice (3rd ed.)*. Silver Spring, MD: Author.
- Barnsteiner, J. (2012). *Safety*. In G. Sherwood & J. Barnsteiner (Eds.), *Quality and safety in nursing: A competency approach to improving outcomes*. West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- Boston-Fleischhauer, C. (2008a). *Enhancing healthcare process design with human factors engineering and reliability science, part 1*. *Journal of Nursing Administration*, 38(1), 27–32.
- Boston-Fleischhauer, C. (2008b). *Enhancing healthcare process design with human factors engineering and reliability science, part 2*. *Journal of Nursing Administration*, 38(2), 84–89.
- Briner, R. B., Denyer, D., & Rousseau, D. M. (2009, November). *Evidence-based management: Concept cleanup time?* *Academy of Management Perspectives*. Retrieved from www.evidencebasedhr.com/wp-content/uploads/2011/07/briner-denyer.rousseau.amp_.pdf
- Chassin, M. R., & Loeb, J. M. (2011). *The ongoing quality improvement journey: Next stop, high reliability*. *Health Affairs*, 30(4), 559–568.
- Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., . . . Warren, J. (2007). *Quality and safety education for nurses*. *Nursing Outlook*, 55(3), 122–131.
- DiCenso, A., Guyatt, G., & Ciliska, D. (2005). *Evidence-based nursing: A guide to clinical practice*. St. Louis: Elsevier Mosby. Disch, J. (2012). *Teamwork and collaboration*. In G.

- Sherwood & J. Barnsteiner (Eds.), *Quality and safety in nursing: A competency approach to improving outcomes*. West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- Finkelman, A., & Kenner, C. (2012). *Teaching IOM: Implications of the Institute of Medicine reports for nursing education* (3rd ed.). Silver Spring, MD: American Nurses Association.
 - Finkelman, A., & Kenner, C. (2016). *Professional nursing concepts: Competencies for quality leadership* (3rd ed.). Burlington, MA: Jones and Bartlett Publishers.
 - Frampton, S. B., & Guastello, S. (2010). Patient-centered care: More than the sum of its parts. *American Journal of Nursing*, 110(9), 49–53.
 - Frampton, S., Guastello, S., Brady, C., Hale, M., Horowitz, S., Smith, S. B., & Stone, S. (2008). *Patientcentered care improvement guide*. Derby, CT: Planetree, Inc and Picker Institute.
 - Galt, K. A., & Paschal, K. A. (2011). *Foundations in patient safety for health professionals*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
 - Greiner, A. C., & Knebel, E. (Ed.) (2003). *Health professions education: A bridge to quality*. Washington, DC: National Academies Press.
 - Hedges, C. (2006). Research, evidence-based practice, and quality improvement. *AACN Advanced Critical Care*, 17(4), 457–459.
 - Huston, C. J. (2014). *Professional issues in nursing: Challenges and opportunities* (3rd ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
 - Institute of Medicine. (1990). *Medicare: A strategy for quality assurance: Executive summary IOM committee to design a strategy for quality review and assurance in Medicare*. Washington, DC: National Academy Press.
 - Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st Century*. Washington, DC: National Academies Press.
 - Institute of Medicine. (2011). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. Washington, DC: National Academies Press. Chapter 1 Core Competencies for Safe and Quality Nursing Care 25 3021_Ch01_001-026 14/01/17 3:48 PM Page 25 Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel*. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative.
 - James, J.T. (2013). A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *Journal of Patient Safety*, 9(3), 122–127.
 - Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: National Academies Press.
 - McCallin, A. (2001). Interdisciplinary practice—a matter of teamwork: An integrated literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 10(4), 419–428.
 - McDonald, K. M., Sundaram, V., Bravata, D. M., Lewis, R., Lin, N., Kraft, S., . . . Owens, D. K. (2007). Volume 7: Care coordination. In K. G. Shojania, K. M. McDonald, R. M. Wachter, & D. K. Owens, (Eds.), *Closing the quality gap: A critical analysis of quality improvement strategies: Technical Review 9* (Prepared by the Stanford University-UCSF Evidence-based Practice Center under contract 290-02-0017). AHRQ Publication No. 04(07)-0051-7. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
 - Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2011). *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins.
 - National Quality Forum. (2006). *NQF-endorsed definition and framework for measuring and reporting care coordination*. Washington, DC: National Quality Forum.
 - Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (Eds.) (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. Washington, DC: National Academies Press.
 - Nightingale, F. (1969). *Notes on nursing: What it is and what it is not*. New York: Dover Publications. (Original work published 1860).

- Page, A. (2004). *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses*. Washington, DC: National Academies Press.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health; Lippincott Williams & Wilkins.
- Samueli Institute. (2014). *A health care system with the patient at the center*. Retrieved from www.samueliinstitute.org/research-areas/optimal-healing-environments/ohe-case-studies/a-health-care-system-with-the-patient-at-the-center
- Schuster, P. M., & Nykolyn, L. (2010). *Communication for nurses: How to prevent harmful events and promote patient safety*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Sherwood, G., & Barnsteiner, J. (Eds.) (2012). *Quality and safety in nursing: A competency approach to improving outcomes*. West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- Smedley, B. D., Stith, A.Y., & Nelson, A. R. (Eds.). (2002). *Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care*. Washington, DC: National Academies Press.
- Spence Laschinger, H. K., Gilbert, S., Smith, L. M., & Leslie, K. (2010). Toward a comprehensive theory of nurse/patient empowerment: Applying Kanter's empowerment theory to patient care. *Journal of Nursing Management*, 18(1), 4–13.
- Technology Informatics Guiding Education Reform. (2009). *The TIGER initiative: Collaborating to integrate evidence and informatics into nursing practice and education: An executive summary*. Retrieved from <http://www.aacn.nche.edu/education-resources/TIGER.pdf>
- The Joint Commission. (2015). *Sentinel event data: Root causes by event type 2004-2Q 2015*. Retrieved from www.jointcommission.org/assets/1/18/Root_Causes_Event_Type_2004-2Q_2015.pdf
- Vaartio-Rajalin, H., & Leino-Kilpi, H. (2011). Nurses as patient advocates in oncology care: Activities based on literature. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(5), 526–532.
- Wachter, R. M. (2012). *Understanding patient safety* (2nd ed.). New York: McGraw Hill Medical.
- Wachter, R. M., & Pronovost, P. J. (2009). Balancing “no blame” with accountability in patient safety. *New England Journal of Medicine*, 361(14), 1401–1406.
- Warren, J. J. (2012). Informatics. In G. Sherwood & J. Barnsteiner (Eds.), *Quality and safety in nursing: A competency approach to improving outcomes*. West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.

თავი 2

საექთნო ლიდრობისა და მართვის თეორიები და პრინციპები

ამ თავში თქვენ შეისწავლით:

- ლიდერობის თეორიების განვითარების ისტორიას;
- თანამედროვე ლიდერობის თეორიების აღწერას;
- ლიდერებისა და მენეჯერების ძირითადი მახასიათებლების აღწერას;
- ლიდერობაში თვით-გამორკვევისა და ემოციური ინტელექტის ღირებულების გააზრებას;
- იმის დადგენას თუ როგორ შეიძლება ლიდერმა მოახდინოს სხვადასხვა ტიპის მიმდევრების იდენტიფიცირება;
- იმის აღწერას, როგორ შეიძლება ლიდერები და მენეჯერები იყვნენ ეფექტური მენტორები.

ექთნების გუნდი წარმოადგენს ჯანდაცვის პროფესიონალების უდიდეს ნაწილს. ისინი ხშირად ყველაზე ახლოს არიან პაციენტებთან და ამიტომაც აქვთ საშუალება მკურნალობის პროცესში პაციენტის გარშემო შექმნან უნიკალური გარემო. ეს რეალობა, ექთნების წინაშე, უპირველეს მოთხოვნად აყენებს ლიდერობის აუცილებლობას. IOM-ის ანაგრიში საექთნო საქმიანობის მომავალი: წამყვანი ცვლილებები, ჯანმრთელობის წინსვლა, 2011 (IOM report *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health 2011*) ამტკიცებს, რომ ძლიერი საექთნო ლიდერობა კრიტიკულად მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის მზარდ კომპლექსურობაზე პასუხის გასაცემად. ანგარიშში ასევე ნათქვამია, რომ „საექთნო პროფესიამ უნდა შექმნას ლიდერები, სისტემის ყველა დონეზე სამუშაოდ: პაციენტის სანოლიდან დაწყებული მმართველ საბჭომდე დამთავრებული და ეს ლიდერები უნდა იყვნენ ჯანდაცვის სხვა სპეციალისტების სრულყოფილი პარტნიორები; მათ პასუხი უნდა აგონ საკუთარ ქმედებებზე ხარისხიანი მკურნალობის მიზნების პროცესში და ითანამშრომლონ სხვა სამედიცინო სპეციალობის ლიდერებთან“ (p. 221).

განვითარებადი ჯანდაცვის სივრცეში მოქმედებისათვის, ყველა ექთანმა უნდა აღიაროს და თავის თავზე აიღოს ლიდერის ფუნქციები და გააზროს საექთნო ლიდერობის კომპეტენციები. ყველა ექთანმა, მიუხედავად საკუთარი პოზიციისა, უნდა განივიტაროს ლიდერისთვის საჭირო უნარ-ჩვევები ეფექტური გადანაცვლებების, ეფექტური სამუშაო უერთიერთობების ინიცირება-შენარჩუნების, კომუნიკაციის, ინტერპროფესიულ და ინტრაპროფესიულ გუნდში თანამშრომლობის, მკურნალობის ეფექტურად კოორდინირებისა და დელეგირების უნარ-ჩვევებისა და კონფლიქტების გადაჭრის სტრატეგიების განვითარების გზით (American Association of Colleges of Nursing – AACN, 2008).

დამატებით შეიძლება ითქვას, რომ ყველა ექთანი გარკვეული სახით მენეჯერია, მიუხედავად იმისა ისინი ფორმალურ მართველ პოზიციას იკავებენ თუ პაციენტის სანოლიდან მუშაობენ. ოფიციალურ მმართველ პოზიციაზე ექთნები ძირითადად ჩართულნი არიან სუბორდინაციულ იერარქიაში და ჰყავთ დაქვემდებარებული პირები. საკუთარი როლიდან გამომდინარე ისინი ორიენტირებულნი არიან წესრიგზე, თანმიმდევრულობასა და დაგეგმარებაზე; ორგანიზებასა და ბიუჯეტირებაზე; წესების დადგენასა და მათ მიდევნებაზე და მაკორექტირებელი ზომების მიღებაზე. პაციენტის სანოლიდან მენეჯერების მოვალეობებია: მკურნალობის წარმართვა; ინტერპროფესიულ და ინტრაპროფესიულ გუნდის საქმიანობაში აქტიური მონაწილეობის მიღება; სისტემური საკითხების იდენტიფიცირება; დელეგირების, პრიორიტეტების დადგენისა და პაციენტთა მკურნალობის ზედამხედველობის კუთხით სამუშაო უნარ-ჩვევების განვითარება (AACN, 2008, p. 35).

ლიდერობა და მართვა არ არის ერთმანეთის ჩამნაცვლებელი ცნებები. საუკეთესო სცენარით, მენეჯერი არის ნამდვილი და ეფექტური ლიდერი; თუმცა საუკეთესო ლიდერს შესაძლოა

არც ჰქონდეს მართვითი პასუხისმგებლობები ორგანიზაციის შიგნით. ამასთან ლიდერობასა და მართვას შორის ბევრი მსგავსებაა - ორივე წარმართავს და გავლენას ახდენს სხვებზე, და ორივე გულისხმობს ორგანიზაციაში დასახული ამოცანებისა და მიზნების შესრულებას. თუმცა, არის განსხვავებებიც. ლიდერობა არის პროცესი ეფექტური უნარ-ჩვევებით გავლენა მოახდინო სხვებზე, მაშინ როცა მართვა - ეს არის სპეციფიური ფუნქციებით ფორმალური პოზიციაზე საქმიანობა. ექთანი შეიძლება იყოს ორივე ერთდროულად ლიდერიც და მენეჯერიც.

ეს თავი დაეხმარება ექთნებს ჩამოყალიბდნენ ლიდერებად ისტორიულ პერსპექტივებზე, თანამედროვე ლიდერობის თეორიებზე, ლიდერის დამახასიათებელ თვისებებსა და ლიდერის ფუნქციის შესრულებაზე ინფორმაციის მიწოდების გზით. ამასთან, განხილული იქნება ლიდერობისა და მართვის კომპეტენციები, მენტორინგი და თვითშემეცნების საკითხებიც.

ამ თავში ასევე მოწოდებულია ისეთ კომპეტენციებთან დაკავშირებული ცოდნა, უნარ-ჩვევები და დამოკიდებულებები, როგორცაა: პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობა, გუნდური მუშაობა და თანამშრომლობა.

ლიდერობის ჩამოყალიბების ისტორია

მართვის თეორიები პირველად შემუშავდა ისეთ მიმართულებებში, როგორცაა ბიზნესი, ფსიქოლოგია, სოციოლოგია და ანთროპოლოგია და მალევე იქნა გამოყენებული, როგორც ბიზნესის პროდუქტიულობის გაზრდის საშუალება (Marquis & Huston, 2015). შემდგომ უკვე ამ თეორიებიდან ლიდერობის თეორიები აღმოცენდა. ლიდერობასა და მართვასთან დაკავშირებული ისტორიული პერსპექტივები ახლაც აქტუალურია, რადგან დღესაც ლიდერობის თანამედროვე თეორიები ეფუძნება თითქმის საუკუნის წინ მოწოდებულ პირველ იდეებს. საექთნო საქმიანობის თეორიები ტრადიციულად იყენებს მედიცინიდან, ფსიქოლოგიიდან, სოციოლოგიასა და ბიზნესიდან აღებულ სხვადასხვა იდეებს.

თვისებების თეორიები

მე-19 საუკუნიდან მოყოლებული ერთ-ერთი პირველი ლიდერობის თეორია იყო „დიდებული კაცის თეორია“ (The Great Man Theory). იგი შეეხებოდა ლიდერების თვისებებს და მიუთითებდა, რომ მხოლოდ გარკვეული ადამიანები იყვნენ დაბადებულნი ლიდერის თვისებებით (Raelin, 2015). იმ პერიოდის ლიდერობის კვლევები ორიენტირებული იყო ხალხში ცნობილ, პოპულარულ ლიდერებზე. კვლევების მიზანი იყო დაედგინათ თუ რა მნიშვნელოვანი თვისებებით იყვნენ ეს ადამიანები დაჯილდოებულნი, რათა მომავალში წინასწარ აღმოეჩინათ პოტენციური ლიდერები.

ლიდერობის ფორმები

ლიდერობის თეორიების განვითარების შემდეგ ფაზაში (1940-1960) ყურადღება მახვილდებოდა ლიდერობის ფორმებზე. კვლევების მიერ აქცენტი მეტად კეთდებოდა იმაზე თუ რას აკეთებდნენ ლიდერები, ვიდრე მათ შინაგან თვისებებზე. ეს თეორიები ცნობილია როგორც ქცევითი თეორიები (Raelin, 2015). პირველადი ლიდერობის ფორმები განსაზღვრული იქნა როგორც აუტოკრატიული (ავტორიტარული), დემოკრატიული (მონაწილეობითი) და laissez-ავტონომიური (Lewin, 1951). ცხრილ 2-1-ში მოცემულია პირველადი ლიდერობისა და მართვის ფორმების მახასიათებლები.

ცხრილი 2-1 ლიდერობისა და მართვის პირველადი ფორმები

ფორმა	მახასიათებლები
აუტოკრატიული	<ul style="list-style-type: none"> გადანყვეტილებების მიღება გუნდის ჩართულობის გარეშე; გუნდის წევრების მიერ მიწოდებული ღირებული ვარაუდების იგნორირება; პოტენციური გუნდის წევრების დემორალიზება;

დემოკრატიული	<ul style="list-style-type: none"> • გადაწყვეტილებების მიღებისას გუნდის წევრების ჩართულობის მოლოდინი; • გუნდის ჩართულობის ნახალისება; • ანალიზი და საბოლოო გადაწყვეტილებების მიღება; • პროექტში ჩართულობის გაზრდა და შემოქმედებითი მიდგომა გადაწყვეტილებების მიღებისას; • მეტი პროდუქტიულობისა და კმაყოფილების გაზრდა;
Laissez-ავტონომიური	<ul style="list-style-type: none"> • მინიმალური ჩართულობით რჩევის, მხარდაჭერისა და ვადების დაცვის უზრუნველყოფა; • დროის მენეჯმენტზე ნაკლებად ორიენტირებულობა და პერსონალის მაღალი კმაყოფილების მიღწევა დაბალი პროდუქტიულობის რისკის ფონზე; • ცოდნის ნაკლებობიდან გამომდინარე, გუნდის წევრებს შორის ამოცანების შესრულებასთან დაკავშირებული რისკების მიღება; • შიდა უთანხმოების რისკის არსებობის აღიარება, პოტენციური დისჰარმონიული პროდუქტიულობის გათვალისწინებით.

ლიდერობის სიტუაციური და გაუთვალისწინებელი (საგანგებო) თეორიები

1950-1970 წლებში ეფუძნებოდნენ რა ქცევით თეორიებს, მკვლევარებმა დაიწყეს იმ სხვა ფაქტორების ძიება, რაც მნიშვნელოვანი უნდა ყოფილიყო ლიდერობის თეორიებისთვის. ამ პერიოდში განვითარებული ერთ-ერთი იდეის თანახმად სიტუაციური ფაქტორები განსაზღვრავდა ლიდერობის ფორმასა და სტილს. ამ თეორიის თანახმად ლიდერი შეიძლება იყოს ეფექტური გარკვეულ სიტუაციებში, მაგრამ არ იყოს ეფექტური სხვა გარემოში. ლიდერობის გაუთვალისწინებელი (საგანგებო) მოდელი იყენებს კომპლექსურ პროცესს ლიდერობის სტილის შესაფასებლად, მიმდევრებთან ურთიერთობის ჩამოყალიბებისა და ამოცანების გადასაჭრელად (Fiedler, 1967).

ლიდერობის თანამედროვე თეორიები

წარმატებული ლიდერობისთვის აუცილებელი ფაქტორების გამოკვლევის საფუძველზე შემუშავებულია რიგი თანამედროვე ლიდერობის თეორიები. ბევრი ახალი თეორია განავრცობს ადრე შემუშავებულ თეორიებს, მაგრამ ამასთან ერთად ამდიდრებს მათ მრავალფეროვანი მიდგომებით. მე-20 საუკუნის ბოლოსკენ, ლიდერობის თეორიები სულ უფრო მეტად დაეფუძნა იმ მოსაზრებებს, რომ წარმატებული ლიდერები უნდა ითვალისწინებდნენ არსებულ ღირებულებებსა და რწმენას. ცვლილებები ვერ მიიღწევა წარმატებული ლიდერისთვის მხოლოდ გარკვეული ფუნქციების დაკისრებით; ამასთან ერთად საჭიროა ორგანიზაციის შიდა ურთიერთობების კულტივირება პროდუქტიული და ჯანმრთელი გარემოს შესაქმნელად. აღნიშნულმა მიდგომამ მნიშვნელოვნად შეცვალა ლიდერობის თეორიების აქცენტები და აქცენტი ინდუსტრიულზე დაფუძნებული მოდელიდან ურთიერთობებზე დაფუძნებული მიდგომისაკენ გადაიტანა. აღნიშნული დინამიკა გათვალისწინებული უნდა იქნას საექტონო საქმიანობაშიც. ექტონებს მუდმივად მოუწოდებენ ლიდერობისაკენ დღეს არსებულ ცვალებად, კომპლექსურ გარემოში, სადაც მრავალი დაინტერესებული მხარე არსებობს და ეს დაინტერესებული მხარეები მუდმივ ზენოლას ახდენენ ხარჯების შემცირებისა და შესრულებული სამუშაო-ანაზღაურების პრინციპების დანერგვის მიმართულებით. წარსულში, ლიდერობის თეორიები ჩაშლილი იყო ორ ნაწილად: საურთიერთობო და დამოკიდებულებითი. ამჟამად, ლიდერობის თეორია უფრო მრავალფეროვანი გახდა.

საურთიერთობო ლიდერობის თეორია

ეს თეორია ძირითადად ორიენტირებულია იმ ურთიერთობებზე, რაც წარმოიქმნება ლიდერსა და გუნდის წევრებს შორის. აქ ნაკლები აქცენტი კეთდება თვითონ ლიდერის თვისებებზე, სიტუაციასა და მის შინაარსზე, საბოლოო შედეგზე. ძირითადი ყურადღება გადატანილია ლი-

დერის სხვებთან ურთიერთობაზე. ისეთი საურთიერთობო თეორიებს, როგორც კვანტუმი, ტრანზაქციული, ტრანსფორმაციული და კავშირებითი, ახასიათებს ერთი საერთო მიდგომა: მოხდეს გუნდის წევრებს შორის ურთიერთობის ოპტიმიზაცია.

კვანტური ლიდერობა

კვანტური ლიდერობა ზოგიერთ ძირითად პრინციპს იღებს ფიზიკის კვანტური თეორიიდან: დაწყებული მონესრიგებული და წრფივი შეხედულებებიდან ჰოლისტიკურ და დამოკიდებულე-ბით ურთიერთობებზე გადასვლით (Porter-O'Grady, 1999, p.38). ლიდერები საქმიანობას ტრადიციულად უყურებენ ბაზისური კუთხით, რაც გულისხმობს ამოცანის იდენტიფიცირებას და ამ ამოცანის გადაჭრისთვის აუცილებელი სამუშაოსა და ფუნქციების განსაზღვრას. კვანტური ლიდერი კი ითვალისწინებს სისტემას, პროცესებსა და თანამშრომლებს შორის ურთიერთობებს და მხოლოდ ამის საფუძველზე ადგენს ორგანიზაციის ეფექტიანობისა და სამუშაო აქტივობების კუთხით ამოცანებს. ამოუცნობი სამყარო, სადაც ქაოსი დომინირებს, მოითხოვს ლიდერობის ისეთ მოდელებს, რაც მოქნილობასა და ადაპტაციაზე იქნება დაფუძნებული. კვანტური ლიდერობა თავის თავში მოიაზრებს მზარდი კომპლექსურობისა და დინამიურად ცვალებადი ჯანდაცვის გარემოს ცნებას. ექთნები, როგორც ლიდერები, დღეს როგორც არასდროს, დგანან სამუშაო მოვალეობებისა და ტექნოლოგიური მიღწევების მუდმივად მზარდი კომპლექსურობის გამონვევის წინაშე. კვანტური ლიდერობა საექთნო სამსახურს სთავაზობს ლიდერობის უნარ-ჩვევების განვითარებისთვის ჩარჩოს, რაც დაეხმარებათ ორგანიზაციული მიზნების მიღწევაში.

ტრანზაქციული ლიდერობა

ტრანზაქციული ლიდერობა არის ჯანდაცვის ინსტიტუციებში ყველაზე უფრო მეტად გავრცელებული ლიდერობის სახე. ტრანზაქციული ლიდერი ორიენტირებულია ისეთ ორგანიზაციულ მიდგომებზე, რომელიც ეფუძნება მიზანთან დაკავშირებული გარკვეული მოლოდინების შექმნასა და ჯილდოთი მოტივაციას. ამ ტიპის მიდგომით, ლიდერიც და გუნდი წევრიც ლებულობს გარკვეულ ინტერაქციას, თუმცა ეს ინტერაქცია შესაძლოა სულაც არ იყოს გაზიარებული ხედვა. ლიდერი ორიენტირებულია სამუშაოს შესრულებაზე, ხოლო გუნდის წევრი მოტივირებულია ჯილდოს მიღებაზე. ეს მიდგომა ზღუდავს ინოვაციებს და ამცირებს გუნდის წევრების სურვილს რეალურად იყვნენ დაინტერესებულნი საკუთარი ნამუშევრის შედეგებით. შეჯიბრებითობის პრინციპით ამოცანების შესრულებასა და შესრულებული სამუშაოსთვის ჯილდოს მიღებაზე ორიენტაცია, ზოგადად, აუფერულებს სამუშაოს კარგად შესრულების სურვილს. (Burke et al., 2006).

ტრანსფორმაციული ლიდერობა

ჯანდაცვის კომპლექსურობის მატების ფონზე, აუცილებელი გახდა ლიდერობის მოდელები ორიენტირებულიყო ხარისხის გაუმჯობესების მიზნების დასახვაზე. აღნიშნული მიზნები IOM-ის მიერ განისაზღვრა როგორც: უსაფრთხო, ეფექტური, პაციენტ ორიენტირებული, დროული, ეფექტიანი და თანაბარი მკურნალობის უზრუნველყოფა (IOM, 2001). ერთ-ერთი თეორია, რომელიც კარგად შეესაბამება აღნიშნულ მიდგომას არის ტრანსფორმაციული ლიდერობის თეორია.

ტრანსფორმაციული ლიდერობა მოიცავს აქტივობებში ლიდერებისა და გუნდის წევრების, აქტიურ და თანაბარ ჩართულობას. ეს არის პროცესი, სადაც ლიდერები და გუნდის წევრები „ზრდიან ერთმანეთის მოტივაციას საერთო მიზნების დასახვისა და მათი მიღწევის თვალსაზრისით“ (O'Neill, 2013, p. 179). გაზიარებულ ღირებულებებზე დაყრდნობით ყველას შეუძლია საერთო საქმეში წვლილის შეტანა. ტრანსფორმაციული ლიდერი პერსონალს აძლევს მიმართულებას და ხელს უწყობს ისეთი გარემოს ჩამოყალიბებას, სადაც გუნდის ყველა წევრი შეძლებს ორგანიზაციის მისიის შესრულებაში მონაწილეობის მიღებას. ლიდერი ახალისებს გუნდის წევრებს მაქსიმალურად გამოიყენონ საკუთარი პოტენციალი და ხშირად გადააჭარბონ კიდევ მოლოდინებს. ტრანსფორმაციული ლიდერები გარდაქმნიან ორგანიზაციებს. სრულ პროცესში თითოეული ექთანი ჩართულია ყველა დონეზე გადამწყვეტილებების მიღებაში. ტრანსფორმაციულ ლიდერებს შესწევთ უნარი გაზარდონ საკუთარი მიმდევრები, ასწავლონ მათ საჭიროებებზე რეაგირება, გააძლიერონ მათი უფლებამოსილება და ერთმანეთთან შესაბამისობაში მოიყვანონ მიზნები და ამოცანები ორგანიზაციის ყველა დონეზე.

ტრანსფორმაციულ ლიდერებს არ აქვთ მათ წინაშე არსებული გამოწვევების შიში, ისინი სწავლობენ საკუთარი წარუმატებლობებზე, მუდმივად ეფექტურად აწარმოებენ ორგანიზაციის შიგნით ცვლილებებს და ეფექტურად ნერგავენ ინოვაციებს (O'Neill, 2013). ტრანსფორმაციული ლიდერობა განიხილება საექტონო ლიდერობის ეფექტურ ტიპად, აუცილებელი იმ ცვლილებების საწარმოებლად, რაც გარდაუვალია თანამედროვე ჯანდაცვის მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად. ლიდერობის ეს ტიპი განიხილება როგორც Magnet Recognition Program-ის ერთ-ერთი შემადგენელი კომპონენტი.

შემაკავშირებელი ლიდერობა

მიუხედავად იმისა, რომ ტრანსფორმაციული ლიდერობა თანხმდება კონსენსუსის გზით ურთიერთობების ჩამოყალიბებაზე, კონფლიქტების გადაჭრასა და საერთო მიზნების დასახვაზე, არსებობს კიდევ სხვა პოპულარული თეორიებიც რაც დამატებით ორიენტირებულია ზრუნვაზე. ასეთია შემაკავშირებელი ლიდერობა. შემაკავშირებელი ლიდერობა ახდენს სხვადასხვა დაინტერესებული მხარის საჭიროებების ჩართვას საერთო ჯანდაცვის გარემოში, წევრების ძლიერი მხარეების აღიარება-გამოყენებისა და ლიდერობის პროცესში მათი ჩართვის გზით (Lipman-Blumen, 1992). ექთანი ლიდერები და მენეჯერები უნდა განიხილავდნენ არა მარტო იმას თუ ვის წარმართავენ, არამედ იმასაც თუ საით მიჰყავთ ისინი. დღეს ჯანდაცვის გარემო მოითხოვს მრავალფეროვან პირობებში უწყვეტი მკურნალობის უზრუნველყოფას. შემაკავშირებელი ლიდერები ადგენენ და ხელს უწყობენ გუნდის წევრების ძლიერი მხარეების წარმოჩენას, ორგანიზაციაში მიმდინარე ცვლილებების პროცესში მათ ჩართვას (Klakovich, 1996). წარმატებულ შემაკავშირებელ ლიდერს შეუძლია აღზარდოს მომავალი ლიდერები, რომლებიც კარიერის დასაწყისშივე აქტიურად ჩაერთვებიან საერთო მიზნების მიღწევაში, გაცილებით ადრე ვიდრე ფორმალურად დაიკავებენ საექტონო ლიდერობის რაიმე პოზიციას.

ლიდერობა, როგორც ატრიბუციის პროცესი

აღნიშნული თეორია იზიარებს თვისობრივი თეორიების ისტორიულ პერსპექტივებს. იგი ლიდერებს, მათი თვისებებისა და პიროვნული მახასიათებლების საფუძველზე, განიხილავს ლიდერობის ურთიერთობების ქვაკუთხედად. თვისობრივ თეორიებისგან განსხვავებით, ატრიბუციული თეორიები ასევე მხედველობაში იღებს ან შინაარსობრივ ან ურთიერთობით ასპექტებსაც. საექტონო ლიდერებად არ იზადებიან და არც ვაკუუმში უნევთ მუშაობა.

ეს თეორია საექტონო საქმიანობაში გამოიყენება როგორც აუთენტური ლიდერობა. ამ თეორიის მიმდევარი ლიდერები მტკიცედ იცავენ თავიანთ ღირებულებებს, რწმენასა და პრინციპებს და ამასვე შთააგონებენ თავიანთ მიმდევრებს. აუთენტური ლიდერის იდენტიფიკაცია და მისი წახალისება ამ რთულ და გამოწვევებით სავსე დროში იძლევა ისეთი გარემოს შექმნის საშუალებას, რომელიც არის პროგნოზირებადი, ეფექტური და სტაბილური. ლიდერის სიძლიერეს განსაზღვრავს სიმართლის თქმის მუდმივი მზაობა, რითიც ამცირებს ბუნდოვანებას და ზრდის სისტემის ეფექტიანობასა და პროდუქტიულობას (Shirey, 2006). როდესაც ლიდერის ეს მზაობა ძალიან მაღალ დონეზეა აყვანილი, სასურველი ჯანდაცვის გარემოს შექმნა მიღწევადია. ჯანდაცვის გარემომ შეიძლება წარმოაჩინოს ის გამოწვევები, რომელიც წარმოიშვება კონკურენტულ სივრცეში მრავალ დაინტერესებულ მხარეს შორის კონფლიქტების წამოჭრის ფონზე. აღნიშნული გამოწვევები ლიდერებისგან მოითხოვს თანმიმდევრულობასა და სიმტკიცეს. ერთ-ერთი ასეთი გამოწვევის მაგალითია, ექთან ლიდერებსა და მენეჯერებზე ფინანსური ზენოლა ჩასვან საექტონო სამსახური და საქმიანობა ისეთ ჩარჩოში, რაც არ შეესაბამება მათ ღირებულებით სისტემას (მაგ., შეცვალონ ექთან/პაციენტის თანაფარდობა მიუღებელ მაჩვენებლამდე). ასეთ სიტუაციაში, აუთენტურ ლიდერს უნევს საკუთარი პოზიციის, ღირებულებებისა და რწმენის დაცვა, რის გამოც აღმოჩნდება ხოლმე გარკვეული გამოწვევების წინაშე.

აუთენტურმა ლიდერმა უნდა გააძლიეროს თვითშემეცნება და თვითრეგულირება, რათა აჩვენოს მორალური ლიდერის მაგალითი სხვებს (Waite, McKinney, Smith-Glasgow & Mely, 2014, p. 283). მორალურ ლიდერობაში საექტონო საქმის ეთიკა უმაღლეს დონეზეა გათვალისწინებული. აუთენტური ლიდერი მისდევს რა აღნიშნულ პრინციპებს, „აყალიბებს გულითად დამოკიდებულებას და თანაგრძნობას თავისი თანამშრომლების მიმართ, მათი ცხოვრებისეული ისტორიების მოსმენითა და გაზიარებით“ (Shirey, 2006, p. 261). აუთენტური ლიდერის ხუთი მახასიათებელია: მიზნობრიობა, გულითადობა, თვითდისციპლინა, ურთიერთობები და ღირებულებები (p. 260).

განვითარებადი ლიდერობის თეორიები

ბოლო პერიოდში განვითარებული საექთნო ლიდერობისა და მართვის თეორიები მოიცავს ისეთ ასპექტებს, როგორცაა „სტრატეგიული სისწრაფე“ (Shirey, 2015) და „სისტემური ლიდერობა“ (Senge, Hamilton & Kania, 2015). რადგანაც ჯანდაცვის ინდუსტრია არის მუდმივად განახლებადი და საჭიროებს ადაპტაციას, სწორედ საექთნო ლიდერებისა და მენეჯერების ფუნქციან უზრუნველყონ ასეთი გარემოს უსაფრთხოება და ხარისხი. საექთნო ლიდერები და მენეჯერები უნდა იყენებდნენ სტრატეგიულ სისწრაფეს, რისთვისაც უნდა იყვნენ თამამნი და გონებადამხვილნი“ (Shirey, 2015, p. 305). მხოლოდ ლიდერის პასუხისმგებლობაზე ფოკუსირება არ არის საკმარისი, სისტემურ ლიდერს უნდა შეეძლოს „განვითარდეს კოლექტიური ლიდერობის ნახალისების მიმართულებითაც“ (Senge, Hamilton & Kania, 2015) და ამ გზით ფართო პრობლემების გადაჭრისათვის მეტი პერსპექტივები წარმოაჩინოს. ლიდერობის განვითარების ამჟამინდელი თეორიები მიმართულია უფრო სამომავლო და ყოვლისმომცველი ხედვისკენ, ნერგავს მოქნილობასა და წარმოაჩენს ფართო პერსპექტივებს.

საექთნო ლიდერობის პროფესიული კომპეტენციები

ამერიკის ექთნების ასოციაციის თანახმად (American Nurses Association – 2015), საზოგადოებას აქვს უფლება ექთნებისგან მოითხოვოს მათი კომპეტენციების გამოვლენა კარიერის ნებისმიერ ეტაპზე. ექთნები ინდივიდუალურად აგებენ პასუხს პროფესიული კომპეტენციების მიღწევასა და შენარჩუნებაზე. ექთნები საჭიროებენ ლიდერობის იმ კომპეტენციების განვითარებას, რაც „შეესაბამება ეთიკური და კრიტიკული გადაწყვეტილებების მიღებას, წარმოშობს და ინარჩუნებს ეფექტურ სამუშაო ურთიერთობებს, იყენებს ორმხრივ კომუნიკაციას და თანამშრომლობს ინტერპროფესიულ გუნდში; ახდენს მკურნალობის კოორდინირებას, იცავს დელეგირებას და იმუშავებს კონფლიქტების გადაჭრის სტრატეგიებს“ (AACN, 2008, p.13). ANA-ის მიხედვით (2015), საექთნო საქმის კომპეტენციები შესაძლოა განისაზღვროს, გაიზომოს და შეფასდეს კიდევც.

არცერთი დოკუმენტი და ორგანიზაცია არ მოიცავს საექთნო ლიდერობისა და მართვისთვის საჭირო ყველა კომპეტენციას. მიუხედავად ამისა, ბევრი მათგანი იზიარებს გარკვეულ თემებს (ANA, 2016). დოკუმენტში საექთნო საქმე: მოქმედების ფარგლები და სტანდარტები (Nursing: Scope and Standards of Practice – 2015), ANA განსაზღვრავს ლიდერობას, როგორც პროფესიული ქმედებების სტანდარტს ყველა ექთნისთვის; ადგენს რომ „ყველა ლიცენზირებული ექთანი (Registered nurse) მოქმედებს პროფესიულ გარემოში და საკუთარი პროფესიის კომპეტენციის ფარგლებში“ (p. 75). ლიცენზირებული ექთანი:

- მონაწილეობს ისეთი გარემოს ჩამოყალიბებაში, რაც მხარს უჭერს და ინარჩუნებს პატივისცემას, ნდობას და ღირსებას;
- ახალისებს ინოვაციების დანერგვას პრაქტიკაში და აკეთებს ყველაფერს პირადი პროფესიული გეგმებისა და მიზნების მისაღწევად;
- ახდენს კომუნიკაციას ცვლილებების მართვისა და კონფლიქტების გადაჭრის მიზნით;
- არის კოლეგების მენტორი, საერთო საექთნო საქმიანობისა და პროფესიული წინსვლისა და უსაფრთხო, ხარისხიანი ჯანდაცვის მისაღწევად;
- დელეგირების ფონზე მაინც ინარჩუნებს პასუხისმგებლობას;
- შეაქვს წვლილი პროფესიის განვითარებაში პროფესიულ ორგანიზაციებში ჩართულობის გზით;
- გავლენას ახდენს პოლიტიკაზე ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მიზნით.

ANA-მ შექმნა ლიდერობის ინსტიტუტი (Leadership Institute) ყველა იმ ექთნისთვის, ვის კარიერულ მიზანსაც წარმოადგენს საკუთარი ფუნქციის საუკეთესოდ შესრულება, ლიდერობასთან დაკავშირებული ცოდნის, უნარ-ჩვევებისა და მიდგომების დახვეწა (ANA, 2013). ლიდერობის ინსტიტუტი საზღვრავს ლიდერობის სპეციფიურ კომპეტენციებს, რაც არ არის ასახული სხვა საექთნო ორგანიზაციების მიერ შემუშავებულ კომპეტენციებში და ადგენს ამ კომპეტენციებს პროფესიული განვითარების თითოეული ეტაპისთვის (ANA, 2013, p. 2015). კომპეტენციები დაჯგუფებულია სამ ძირითად მახასიათებლად:

- „წარმართე საკუთარი თავი“;
- „წარმართე სხვები“;
- „წარმართე ორგანიზაცია“.

ლიდერობის მახასიათებლები

ამჟამად უკვე აღარ არის გაბატონებული მოსაზრება, რომ ლიდერებად იბადებიან. ლიდერებმა მუდმივად უნდა ისწავლონ და განავითარონ საკუთარი უნარ-ჩვევები და კომპეტენციები. მიუხედავად იმისა, რომ გარკვეული თანდაყოლილი თვისებები შეიძლება ვინმეს წინ აყენებდეს ლიდერობის თვალსაზრისით, მაგრამ დღეს უკვე, წარმატების მისაღწევად, ლიდერები ვეღარ დაეყრდნობიან მხოლოდ შინაგან თვისებებს. წარმატებული ლიდერის მიერ გამოვლენილი ძირითადი მახასიათებლები მოცემულია ცხრილში 2-2.

ცხრილი 2-2 წარმატებული ლიდერის ძირითადი მახასიათებლები

- ქმედებაზე ორიენტირებული
- ამბიციური
- ფართო მსოფლმხედველობის მქონე
- მზრუნველი
- კომპეტენტური
- თანაგრძნობის გამომხატველი
- კოოპერაციული
- გამბედავი
- შემოქმედი
- გადამწყვეტი
- საიმედო
- განმსაზღვრელი
- ემოციურად ინტელიგენტი
- სამართლიანი
- წინდახედული
- მიზანზე ორიენტირებული
- პატიოსანი
- წარმოსახვის მქონე
- დამოუკიდებელი
- შთამაგონებელი
- ერთიანი
- ჭკვიანი
- ლოიალური
- მომნიჭებული
- გამძლე
- თვითშემეცნებადი
- თვითმაკონტროლებელი
- თვითწარმართველი
- თვითრეგულირებადი
- სოციალური
- პირდაპირი
- მხარდამჭერი
- ხედვების მქონე

ხუთი ძირითადი მახასიათებელი გამოიყოფა: ხასიათი, ვალდებულება, კავშირი-მიკუთვნებულობა, თანაგრძნობა და თავდაჯერებულობა (Kowalski & Yoder-Wise, 2004). პიროვნების ხასიათი აისახება მისი ღირებულებების ჩამოყალიბებაზე და ეს ჩამოყალიბება ხდება უკვე დადგენილი სტანდარტების ფონზე. ასეთ ღირებულებებს აქვთ ანგარიშგების მორალური ვალდებულება, თუმცა არასდროს კარგავენ ადამიანების პატივისცემის, თავმდაბლობისა და სხვაზე ზრუნვის უნარს. ხასიათი წარმოადგენს ლიდერის ხერხემალს.

ვალდებულება მოიცავს ლიდერის უნარს გასცეს დაპირებები, შემდეგ კი შეინარჩუნოს და შეასრულოს ისინი. ვალდებულება იზომება იმით თუ რამდენად შესწევს ლიდერს უნარი დაარწმუნოს სხვები საკუთარი სიტყვების სანდოობაში. ხასიათიც და ვალდებულებაც ნამდვილად შეიძლება შეფასდეს მხოლოდ არსებული ურთიერთობებისა და კავშირების კონტექსტში. ლიდერის მიერ ჩამოყალიბებული კავშირების სიძლიერე ეყრდნობა პატივისცემასა და გულწრფელობას და მნიშვნელოვნად განაპირობებს მისი, როგორც ლიდერის, წარმატებას.

თანაგრძნობა არის საექთნო საქმიანობის დამახასიათებელი ნიშანი და აუცილებელი ასპექტი ლიდერობისთვის. ზოგიერთ ექთან ლიდერსა და მენეჯერს შესწევს უნარი ამოიცნოს გუნდის წევრების ძლიერი და სუსტი მხარეები და მოახერხოს ამ უნარ-ჩვევების კოორდინირებულად გამოყენება.

თვითშემეცნება, უნარი გაითვალისწინო საკუთარი რწმენა, მოსაზრებები, მიკერძოებები და საკუთარი ქცევა განსაზღვრო მათზე დაყრდნობით, წარმოადგენს ლიდერების სხვა არანაკლებ მნიშვნელოვან თვისებას. საექთნო ლიდერები და მენეჯერები მუდმივად უნდა ახდენდნენ საკუთარი ლიდერობისა და მართვის უნარების ხარისხის შეფასებას და ასევე უნდა იღებდნენ შეფასებას სხვებისგან. ეს ინფორმაცია შეიძლება ღირებული იყოს საკუთარი შინაგანი სამყაროს შეცნობისათვის. თვითშეფასება ხშირად იზომება ემოციური ინტელექტის ტესტის საშუალებით.

სასწავლო აქტივობა

ლიდერის თვითშეფასება: ეწვიეთ ვებგვერდს <http://hbr.org/2015/06/assessment-whats-your-leadership-style> და შეავსეთ თვითშეფასების ტესტი თქვენი ლიდერობის სტილთან დაკავშირებით.

ემოციური ინტელექტის ტესტს ბევრი განიხილავს როგორც საექთნო ლიდერებისა და მენეჯერების მნიშვნელოვანი თვისებების შესაფასებელი საშუალება. ემოციური ინტელექტი შეიძლება კონცეპტუალიზდეს როგორც თვითშემეცნება და სხვა სახის შემეცნება ემოციებთან, გრძნობებთან და შეხედულებებთან მიმართებით (Momeni, 2009). საექთნო საქმიანობა გულსხმობს უაღრესად ემოციურ ურთიერთობებს, იქნება ეს პაციენტის მოვლისას თუ ექთან-სტუდენტებთან და ჯანდაცვის სხვა სპეციალისტებთან ურთიერთობა. თვითშემეცნება, ემპათია და ნდობა არის საექთნო საქმიანობის ქვაკუთხედი. საექთნო მენეჯერები და ლიდერები, რომელთაც შეუძლიათ მართონ საკუთარი ემოციები დაძაბულ და არასტაბილურ სიტუაციებში, ავლენენ ლიდერისთვის დამახასიათებელ ემოციურ ინტელექტს. ემოციური ინტელექტი მოიცავს ხუთ კომპონენტს:

1. თვითშემეცნება;
2. თვითრეგულაცია;
3. მოტივაცია;
4. ემპათია;
5. სოციალური უნარ-ჩვევები (Goleman, 1998).

ემოციური ინტელექტი ვითარდება პიროვნების ასაკის შესაბამისად და შეიძლება გაძლიერდეს სწავლებით. მაღალი ემოციური ინტელექტის მქონე ინდივიდები, როგორც წესი, არიან წარმატებულნი და ემოციურად ჯანმრთელნი (O'Neill, 2013). ბევრი ადამიანი თვლის, რომ ემოციური ინტელექტი უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე ინტელექტის კოეფიციენტი ან სხვა

რომელიმე პიროვნული ან გამომუშავებული უნარ-ჩვევა (Goleman, 1998; O'Neill, 2013). ბევრი ორგანიზაცია ლიდერული უნარის მქონე პერსონალში აწარმოებს ემოციურ ინტელექტთან დაკავშირებით გამოკითხვას. ამის ერთ-ერთი მაგალითია ე.წ. 360 გრადუსიანი გამოკითხვა, რომლის დროსაც პიროვნების შეფასება ხდება როგორც ზედამხედველებისა და მათ დაქვემდებარებაში მყოფი ინდივიდების მხრიდან, ასევე საკუთარი თავის შეფასებითაც (Goleman, 1998).

ექთან ლიდერებმა და მენეჯერებმა უნდა გააცნობიერონ, რომ ისინი არიან ხელმძღვანელნი და ანგარიშვალდებულნი და მათი ლიდერული სტილი და ქცევა გავლენას მოახდენს/ახდენს მათი გუნდის მთლიან საქმიანობაზე. საექტონო ლიდერები და მენეჯერები, რომლებიც მაქსიმალურ ყურადღებას უთმობენ მხოლოდ საკუთარი ლიდერული შესაძლებლობების შესწავლასა და გამოვლენას, სხვების მხრიდან სავარაუდოდ აღიქმებიან როგორც ნაკლებად ეფექტური ლიდერები. უმეტესად თვითშემეცნებითი, წარმატებული ლიდერები არამარტო თავად ივითარებენ ლიდერულ თვისებებს და შეიცნობენ საკუთარ ემოციურ ინტელექტს, არამედ პოულობენ გზებს სხვებისგანაც მოისმინონ საკუთარ ლიდერულ საქმიანობასთან დაკავშირებული ღია და გულახდილი კრიტიკა. ექთან ლიდერები და მენეჯერები, რომელთაც საკუთარი შესაძლებლობების ზუსტი აღქმა გააჩნიათ, გაცილებით უფრო იოლად ახერხებენ კარგი შედეგების მომტანი გუნდის ჩამოყალიბებას. ემოციური ინტელექტის მქონე საექტონო ლიდერებს აქვთ გავლენა პერსონალზე, ინდივიდზე, პაციენტის კმაყოფილებაზე და ორგანიზაციის წარმატებაზე.

ლიდერობაში თვითშემეცნების შესწავლისას ჩატარებული იყო სპეციალური კვლევები გენდერული განსხვავებების შეფასებლად, რაც თავს იჩინდა საკუთარი თავის შეცნობისა და თვითშემეცნების ხარისხობრივ შეფასებაში (Van Velsion, Taylor & Leslie, 1993). გენდერულ განსხვავებაზე რწმენა სანყის იღებს გენდერულ სხვაობებზე ზოგადად მიღებული სტერეოტიპული მიდგომებიდან: ქალებს, როგორც წესი, მიენერებოდა ისეთი ღირებულებების აღიარება, როგორიცაა აფილირება, მიმღებლობა და დამოკიდებულება; ხოლო მამაკაცებს ისეთი ღირებულებების აღიარება, როგორიცაა შეჯიბრებითობა, ძალა და დამოუკიდებლობა. ისტორიულად ლიდერობის თეორიები აღმოცენებული იყო მასკულინური ტიპის სტრუქტურებიდან (Grossman & Valiga, 2009). მიუხედავად იმისა, რომ დღეს საზოგადოება ცდილობს გადავიდეს სამუშაო ადგილზე გენდერული ნეიტრალიტეტის პრინციპზე, ბოლომდე ჯერ კიდევ ვერ გამოირიცხება გენდერული მიკერძოება. მართალია, ამჟამად, საექტონო სამუშაოზე ძირითადად მდებრობითი სქესის წარმომადგენლები მოიაზრებიან, მიუხედავად ამისა, უფრო და უფრო მეტი მამაკაცი ირჩევს აღნიშნულ პროფესიას. ექტანი ლიდერი მამაკაცის როლი სულ უფრო მზარდი ხდება, რაც საბოლოოდ შეცვლის ლიდერობაზე დღეს არსებულ წარმოდგენებს. საბედნიეროდ, თანამედროვე ლიდერობის თეორიები მოიცავს ორივეს, ქალურ და მამაკაცურ ღირებულებებს, და ამან შეიძლება კიდევ უფრო წარმატებული ლიდერობის მოდელი ჩამოაყალიბოს.

მიმდევრობა

ლიდერობის ერთ-ერთი შემადგენელი ნაწილია მიმდევრების კონცეფცია. არსებობს კი ლიდერი მიმდევრების გარეშე? არაცნობიერი ლიდერი შესაძლოა განიხილავდეს მიმდევრებს, როგორც ერთნაირად მოაზროვნე ინდივიდების ერთობლიობას, რომლებიც ბრმად და ყოველგვარი კრიტიკულობის გარეშე მიყვებიან ლიდერს (Frisina, 2005). დროთა განმავლობაში ეს ადამიანები შეიძლება უაზრო ერთობად იქცენ. Greudian-ის მიდგომა მიმდევრობის მიმართ ორიენტირებულია დისფუნქციურ მიმდევრებზე (მაგ., იმპულსური, იძულებითი, მაზოხისტური და უარყოფის სუბორდინაციის მატარებელნი) (Zalenznik, 1965). ამის საწინააღმდეგოდ, სამაგალითო მიმდევარს აქვს უფლება გადანყვიტოს როდის გაყვეს ლიდერს და როდის არა (Kelley, 1992).

ლიდერობის რამდენიმე თეორია ეხებოდა ლიდერებსა და მათ მიმდევრებს (გუნდის წევრებს) შორის ურთიერთობას. ამ ურთიერთობის საფუძველს წარმოადგენდა ლიდერის პასუხისმგებლობა გუნდში არსებულ დამოკიდებულებებზე. ერთ-ერთი კვლევის თანახმად ლიდერობა არის ლიდერისა და მიმდევრების ერთობით ნაშენი სისტემა. მკვლევარებმა აღმოაჩინეს, რომ

„ლიდერები ზოგჯერ თვითონვე არიან მიმდევრები და პირიქით, მიმდევრობა არის ურთიერთდამოკიდებული აქტივობები და ორივე შესაძლოა გამოვლინდეს ორივე ჯგუფში, როგორც ლიდერებში, ასევე მიმდევრებში“. (Kean, Haycock-Stuart, Bggaley & Carson, 2011, p. 515). განარჩევენ მიმდევრობის შემდეგ კატეგორიებს: „მიყოლით გაკეთება“, „გვერდით დგომა“ ან „მიყოლაზე უარის თქმა“ (Kean et al., 2011, p. 515). გუნდი, რომელიც ხვდება დეფინიციაში „მიყოლით კეთება“, წარმოადგენს პოზიტიურ მოდელს და შეიძლება მომზადდეს ლიდერობისთვის. „გვერდით მდგომა“ გუნდის წევრები არიან ისინი, ვინც მართალია იღებს გუნდის მუშაობაში მონაწილეობას, მაგრამ უფრო მიყვება დეტალურ მითითებებს. „მიყოლაზე უარის თქმა“ ტიპის გუნდის წევრებს უარყოფითი ენერჯია შეაქვთ გუნდის მუშაობაში. გუნდის ასეთი წევრები ანგრევენ გუნდს. ლიდერს, რომელსაც აქვს უნარი შეაფასოს მიმდევრების ტიპი, უნდა შეეძლოს გუნდში გაუმჯობესების შესაძლებლობების მოძიება და გუნდის წევრებისთვის მათი ქმედებების მოსალოდნელი შედეგების ჩვენება (როცა ეს შესაძლებელია).

აღმოჩენე მტკიცებულება

Tyczkowski, B., Vnadenhouten, C., Reilly, J., Bansal, G., Kubsch, S., & Jakkola, R. (2015) ემოციური ინტელექტი (Emotional Intelligenc – EI) და საექთნო ლიდერობის სტილი ექთან მენეჯერებს შორის, *Nursing Administration Quarterly*, 59(2), 172-180

მიზანი

ამ კვლევის მიზანია განსაზღვროს ურთიერთკავშირის დონე ემოციურ ინტელექტსა და ლიდერობის სტილს შორის ექთან მენეჯერებში.

მეთოდები

კვლევა ჩატარდა **Midwestern** ჯანდაცვის სისტემის ექთან მენეჯერების გუნდში. კვლევისას გამოყენებული იქნა სტანდარტიზებული ლიდერობისა და ემოციური ინტელექტის კითხვარები.

ძირითადი აღმოჩენები

ნანახი იქნა ემოციურ ინტელექტსა და ტრანსფორმაციული ტიპის ლიდერობას შორის მნიშვნელოვანი კავშირი, ასევე მყარი კავშირი იქნა ნანახი ემოციურ ინტელექტსა და ლიდერობის იმ გამოსავლებს შორის, როგორცაა: ძალისხმევა, ეფექტიანობა და კმაყოფილება. მნიშვნელოვანი კავშირი არ დაფიქსირდა ემოციური ინტელექტის მახასიათებლებსა, გადაწყვეტილებების მიღება, ინტერპერსონალური ურთიერთობა ან ბედნიერების შეგრძნება, და ლიდერობის სპეციფიურ სტილს შორის.

ლიდერი და მენეჯერი ექთნების საქმიანობაზე შესაძლო გავლენა

ჯანდაცვის ერთეულები ისწრაფვიან სამკურნალო საქმეში სრუყოფისაკენ. ლიდერობა ამ მიზნის მისაღწევი საკვანძო კომპონენტია. ემოციურ ინტელექტსა და ლიდერობის სტილს შორის დამოკიდებულების ცოდნა საექთნო საქმის ზედამხედველებს საშუალებას მისცემს ექთნების კარიერის ადრეულ ეტაპზე გამოავლინონ მათი ლიდერობის პოტენციური ემოციური ინტელექტის განვითარების ხელშეწყობით. ამ კვლევის დამატებითი შედეგია კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი აღმოჩენა, რომლის მიხედვითაც ნაკლები დამოკიდებულებაა დაფიქსირებული ემოციური ინტელექტის კომპონენტს - გადაწყვეტილების მიღებასა და ლიდერობის სტილს შორის. ლიდერობის უფრო მეტი თანამედროვე თეორიები ორიენტირდება ჯანდაცვის სისტემაში ურთიერთობების გამოსავლებზე, რომელმაც შეიძლება ნათელი მოჰფინოს ემოციური ინტელექტის ამ ნაწილს.

ბევრი განხილვა იყო იმის შესახებ, თუ რა ქმნის კარგ ან თუნდაც დიდებულ ლიდერს, მაგრამ ნაკლებია ნათქვამი იმაზე, თუ რა აყალიბებს კარგ მიმდევარს? არსებობს მოსაზრება, რომ კარგი ლიდერობა აუმჯობესებს ხარისხსა და უსაფრთხოებას. ამ დებულების იქით გაჩნდა დამატებითი მოსაზრება, რომ კარგი მიმდევარი ასევე გავლენას ახდენს ხარისხსა და უსაფრთხოებაზე (Whitlock, 2013). მიმდევრები არ არიან პასიური მონაწილეები. ასეთმა მიდგომამ შეიძლება არამარტო მტრული სამუშაო გარემო შექმნას, არამედ საფრთხის შემცველიც. ისევე როგორც ლიდერთან მიმართებაშია ცნობილი რა განსაზღვრავს კარგ ლიდერობას, ასევეა მიმდევრების შემთხვევაშიც. კარგი მიმდევარი ეს არის, გუნდის წევრი, რომელსაც წვლილი შეაქვს ორგანიზაციის წარმატებაში. ისევე როგორც ლიდერის უნარ-ჩვევები, მიმდევარის უნარ-ჩვევებიც შესწავლადი და განვითარებადია. კარგ მიმდევარს შეუძლია ნათელი და ღირებული მიზნების ინტერპრეტირება და მათ შესაბამისად მუშაობის პროცესში საკუთარი ქცევის შეცვლა.

მიმდევრები შეიძლება დაიყოს ოთხ ტიპად: 1) ეფექტური ანუ სანიმუშო, 2) გაუცხოებული, 3) კონფორმისტი და 4) პასიური (Kelley, 1992, p.92). ურთიერთდაპირისპირებული ქცევითი მახასიათებლები: პასიური vs აქტიურ და დამოუკიდებელი კრიტიკული აზროვნება vs დამოკიდებული, კრიტიკის გარეშე აზროვნება, მიესადაგება მიმდევრების ტიპებს. მაგალითად, ეფექტური ანუ სანიმუშო მიმდევარი არის აქტიური მონაწილე, რომელიც მოქმედებს დამოუკიდებლად კრიტიკულ აზროვნებაზე დაყრდნობით, ხოლო პასიური მიმდევარი ავლენს პასიურობას და დამოკიდებულებას მხოლოდ სხვის შეხედულებებსა და მოსაზრებებზე.

მიუხედავად მიმდევარის ტიპისა, მნიშვნელოვანია იმის გაგება რომ მიმდევარი საკვანძო როლს თამაშობს ორგანიზაციასა და გუნდის შიგნით. ექთნები, როგორც ჯანდაცვის გუნდის ნაწილი, ძალიან სერიოზულად უნდა უდგებოდნენ თავიანთ პოზიციას. სწორედ ისინი წარმოადგენენ პირველად ლიდერებსა და მიმდევრებს დროის მოცემულ მონაკვეთსა და გარკვეულ სიტუაციაში. კარგი ლიდერი პოულობს საშუალებებს როგორ გარდაქმნას ლიდერის როლი მიმდევრის როლად და აქვს იმის აღქმა რომ მიმდევრობა აძლიერებს გუნდის ფუნქციონირებას. ცხრილი 2-3-ზე ნაჩვენებია ის მახასიათებლები რაც აყალიბებს კარგ მიმდევარს.

ცხრილი 2-3 კარგი მიმდევარის მახასიათებლები

<ul style="list-style-type: none"> • უნარი მიიღოს და გასცეს უკუგება • მამაცი • შემოქმედი • კრიტიკულად მოაზროვნე/მცოდნე • სანდო • ეთიკური • მოქნილი 	<ul style="list-style-type: none"> • თავმდაბალი • მუდმივად მსწავლელი • პასუხისმგებლიანი • რისკიანი • გულისხმიერი • გუნდის წევრად საკუთარი თავის აღმქმელი • ხედვების მქონე
---	--

შეისწავლე მტკიცებულება

Kean, S., Haycock-Stuart, E., Baggaley, S., & Carson, M. (2011). მიმდევრები, ლიდერობის თანამემქმნელები *Journal of Nursing Management*, 19, 507-516

მიზანი

ამ კვლევის მიზანს წარმოადგენს ოჯახის ექთნების (Community) ლიდერობის აღქმის შესწავლა, ასევე პოლიტიკის (პოლისების) ცვლილების ლიდერობის განვითარებაზე ზეგავლენისა და მათ მიერ დაგროვილი ცოდნის შეფასება.





მეთოდები

ამ კვლევაში გამოყენებული იქნა თვისებრივი კვლევის დიზაინი, რომელიც მოიცავდა ინდივიდუალური და ფოკუს ჯგუფების ინტერვიუსებს. ინტერვიუს დროს გამოყენებული კითხვარები ფოკუსირებული იყო ექთნებისთვის ლიდერობის აღწერაზე, მის გავლენასა და გამოსავლებზე. ჯამში 39 სუბიექტი იქნა ჩართული ფართო დემოგრაფიული არეალიდან: ქალაქებიდან, სოფლებიდან და შერეული თემებიდან.

მიგნება

ლიდერი შეიძლება იყოს ასევე მიმდევარი სიტუაციიდან გამომდინარე. ლიდერის მონაწილეობა შეიძლება იცვლებოდეს დროის განმავლობაში და შეიძლება მოიცავდეს „გვერდზე დგომას“, „მიყოლით გაკეთებას“ ან „გაყოლაზე უარის თქმას“. ლიდერობა და მიმდევრობა არის ორი ურთიერთგადაჭიდული კონცეფცია, რომელიც საჭიროა წარმატებული მართვისათვის. ძლიერი მიმდევრობის ნახალისება არის ლიდერობის კომპეტენციების მნიშვნელოვანი კომპონენტი.

ლიდერი და მენეჯერი ექთნების საქმიანობაზე შესაძლო გავლენა

ექთან ლიდერებისა და მენეჯერების მთავარი ამოცანაა მათ სამუშაო გარემოში დასახული მიზნების მიღწევა. ინსპირაციულ ლიდერებს აქვთ უნარი ხელი შეუწყოს ძლიერი მიმდევრების ჩამოყალიბებას, ვინც შემდგომ ნაბიჯებს გადადგამს წარმატების მისაღწევად. ექთან ლიდერებსა და მენეჯერებს, ვისაც აქვთ უნარი ამოიცნონ მიმდევრების უნარ-ჩვევების განვითარების პროცესი, შეუძლიათ დადებითი გავლენა მოახდინონ ლიდერობაზე და ამით შეძლონ წარმატების მიღწევა

ლიდერებს მუდმივად უნდა ახსოვდეთ, რომ მიმდევრები უდიდესი სარგებლის მომტანნი არიან ორგანიზაციისთვის. ეფექტური მიმდევრები აქტიურად არიან ჩართულნი ლიდერებთან ერთად ჯანმრთელობის საკითხების განხილვაში. ექთან ლიდერებმა და მენეჯერებმა მიმდევრების რესურსი შეიძლება გამოიყენონ უკეთესი გუნდის ჩამოსაყალიბებლად. მაგალითად, საზრიანი ლიდერი ან მენეჯერი აწყვილებს ხოლმე ახალ წევრს გუნდის იმ წევრთან, რომელიც განეკუთვნება „მიდევნებით კეთებას“. ეს გზა გუნდის ახალ წევრს საშუალებას აძლევს გაეცნოს პოლისებსა და პროცედურებს და, ამასთან, ნაახალისებს მას სწრაფი, პოზიტიური სტარტისკენ.

მენტორობა

ყველა ინდუსტრიაში, მენტორობა და შეგირდობა ყოველთვის იყო სწავლების ერთ-ერთი საშუალება. მენტორობა საექთნო საქმეში განვითარდა გარკვეული დროის განმავლობაში და გარდაიქმნა ტრადიციული შეგირდული მიდგომიდან თანამედროვე ნაკლებ ფორმალურ მიდგომად. ექთან ლიდერები და მენეჯერები იზრდებიან და ვითარდებიან და იცვლება მენტორობის მიმართ მათი დამოკიდებულებაც. მენტორისა და მისი მსმენელის როლის გაგება მნიშვნელოვანია ლიდერისათვის. ლიდერი შეიძლება მოქმედებდეს, როგორც მენტორი ნაკლები გამოცდილების მქონე ექთნებისთვის და როგორც მსმენელი ამ ურთიერთობაში, საკუთარი ზრდისა და განვითარების უზრუნველსაყოფად.

ექთან ლიდერებსა და მენეჯერებს აქვთ მენტორობის ვალდებულება „კოლეგების საქმიანობის, პროფესიონალიზმისა და ჯანმრთელობის ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით“ (ANA, 2016, პ. 52). მენტორის როლში, ექთან ლიდერები და მენეჯერები ორიენტირებულნი არიან მსმენელებთან ინფორმაციის გაცვლაზე კლინიკური კომპეტენციების, კვლევითი უნარ-ჩვევებისა და ლიდერული უნარების განვითარების მიზნით. ამას აკეთებენ წინასწარ დადგენილი მენტორული საჭიროებების გათვალისწინების საფუძველზე (McCloughen, O'Brien & Jackson, 2009). მსმენელებმა, ეძიებენ რა გზებს ლიდერობის განვითარების მიმართულებით, უნდა აწარმოონ ღია და გონივრული დიალოგი სხვა ექთან ლიდერებსა და მენეჯერებთან. სწორედ, ასეთი ურთიე-

რთობის გზით შეიძლება მსმენელმა უკეთ გაიაზროს ორგანიზაციის ხედვები და უფრო კარგად ჩანვდეს სისტემის ფუნქციონირებას.

საექთნო საქმიანობისთვის მენტორული ურთიერთობები სარგებლის მომტანია, რადგან იძლევა საექთნო ლიდერების მუდმივი ზრდის საშუალებას. საექთნო პერსონალის ასაკის მატებასთან ერთად, კიდევ უფრო აუცილებელი ხდება გამოცდილმა ლიდერებმა გადასცენ საკუთარი ცოდნა და უნარ-ჩვევები ახალბედებს. ხშირად ექთან ლიდერები და მენეჯერები არიან ისეთ პოზიციაზე, რაც თავის თავში მენტორობასაც მოიცავს და შეუძლიათ ასწავლონ სხვებს საექთნო საქმიანობის ხელოვნება, ინტერპროფესიული თანამშრომლობა და გუნდური მუშაობა. მენტორობა იძლევა სარგებელს სამსახურით კმაყოფილების გაზრდის, სამსახურში პერსონალის დაკავებისა და პროფესიონალიზმის ამაღლების კუთხით (Barker, Sullivan & Emery, 2006). როცა ექთან ლიდერები თავის თავზე იღებენ ახალბედების მენტორობას, ამ დროს ზედამხედველობის გარკვეული ფუნქციები ეხსნებათ მენეჯერებს.

შეჯამება

საქმიანობის სპეციფიკის მიუხედავად, ყველა ექთანი არის ლიდერი და მენეჯერი, ლიდერებად ან იბადებიან ან ხდებიან. ლიდერობისა და მართვის თეორიების მიმართულებით ჩატარებული კვლევები, როგორც ისტორიული ასევე თანამედროვე, იძლევა ბევრ მინიშნებას რა მახასიათებლები განაპირობებს ეფექტურ და წარმატებულ ექთან ლიდერებსა და მართვას. დღეს ჯანდაცვა მუდმივად განვითარებადი და ეს ექთნებისგან მოითხოვს იყვნენ ლიდერები და უზრუნველყონ მაღალი ხარისხის მკურნალობა/მოვლა. ექთანი ლიდერებისა და მენეჯერების გამონწევად რჩება მუდმივად განვითარებადი სისტემის პირობებში ინფორმაციის მიღება და მასზე დაყრდნობით პაციენტისა და პერსონალის კმაყოფილებისა და მკურნალობის ხარისხის გაუმჯობესება. ლიდერობის თეორიების ცოდნა ექთნებს აძლევს საშუალებას წარმართონ და მართონ სიტუაცია. ამ გზაზე ტრანსფორმაციული ლიდერობა განისაზღვრა, როგორც მუდმივად ცვალებად ჯანდაცვის სისტემაში გამონწევებთან გასამკლავებელი ეფექტური საშუალება. ექთანი ლიდერები და მენეჯერები უნდა ივითარებდნენ ლიდერობის ისეთ ძირითად მახასიათებლებს, როგორიცაა თვითშემეცნება და ემოციური ინტელექტი, რათა შეძლონ მიმდევრების წარმართვა და მართვა დღევანდელ რეალობაში.

რეკომენდებული ვებ-გვერდები

- American Association of Nurse Assessment Coordination, Nursing Leadership:
- Nursing Leadership and management styles: www.aanac.org/doc/white-paper/2013-nursing-leadership-management-leadership-styles.pdf?sfvrsn=2
- American Nurses Association, Leadership: <http://nursingworld.org/MainMenu-Categories/ThePracticeofProfessionalNursing/Leadership>
- American Nurses Association Leadership Institute: www.ana-leadershipinstitute.org
- American Organizations of Nurse Executives: www.aone.org
- Center for Authentic Leadership: www.authenticleadership.com
- Emerging Leader Program: www.emergingleader.com.au

გამოყენებული ლიტერატურა:

- American Association of Colleges of Nursing. (2008). The essentials of baccalaureate education for professional nursing practice. Washington, DC: Author.
- American Nurses Association. (2013). ANA Leadership Institute: Competency model. Retrieved from https://learn.ana-nursingknowledge.org/template/ana/publications_pdf/leadershipInstitute_competency_model_brochure.pdf
- American Nurses Association. (2015). Nursing: Scope and standards of practice (3rd ed.). Silver Spring, MD: Author.
- American Nurses Association. (2016). Nursing administration: Scope and standards of practice (2nd ed.). Silver Springs, MD: Author.
- American Organization of Nurse Executives (2015). Nurse executive competencies. Washington, DC: Author. www.aone.org/resources/nurse-executive-competencies.pdf
- American Organization of Nurse Executives. (2015a). Nurse executive competencies. Retrieved from <http://www.aone.org/resources/nec.pdf>
- American Organization of Nurse Executives. (2015b). Nurse manager competencies. Retrieved from <http://www.aone.org/resources/nurse-manager-competencies.pdf>
- American Organization of Nurse Executives. (2016). About AONE. Retrieved from <http://www.aone.org/about/overview.shtml>
- Barker, A. M., Sullivan, D. T., & Emery, M. J. (2006). Leadership competencies for clinical managers: The renaissance of transformational leadership. Boston: Jones & Bartlett Learning.
- Burke, C. S., Stagl, K. C., Klein, C., Goodwin, G. F., Salas, E., & Halpin, S. (2006). What type of leadership behaviors are functional in teams? A meta-analysis. *Leadership Quarterly*, 17(3), 288–307.
- Fiedler, F. (1967). A theory of leadership effectiveness. New York: McGraw-Hill.
- Frisina, M. E. (2005). Learn to lead by following. *Nursing Management*, 36(3), 12.
- Goleman, D. (1998). Working with emotional intelligence. New York: Bantam Books.
- Grossman, S. C., & Valiga, T. M. (2009). The new leadership challenge: Creating the future. New York: National League for Nursing.
- Institute of Medicine. (2001). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academies Press.
- Institute of Medicine. (2011). The future of nursing: Leading change, advancing health. Washington, DC: National Academies Press.
- Kean, S., Haycock-Stuart, E., Baggaley, S., & Carson, M. (2011). Followers and the co-construction of leadership. *Journal of Nursing Management*, 19(4), 507–516.
- Kelley, R. (1992). The power of followership. New York: Bantam Doubleday.
- Klakovich, M. D. (1996). Registered nurse empowerment: Model testing and implications for nurse administrators. *Journal of Nursing Administration*, 26(5), 29–35.
- Kowalski, K., & Yoder-Wise, P. (2004). Five C's of leadership. *Nursing Leadership*, 17(1), 3645.
- Lewin, K. (1951). Field theory in social science: Selected theoretical papers. New York: Harper & Row.
- Lipman-Blumen, J. (1992). Connective leadership: Female leadership styles in the 21st century workplace. *Sociology Perspectives*, 25(1), 183–203.
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2015). Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins.

- McCloughen, A., O'Brien, L., & Jackson, D. (2009). Esteemed connection: Creating a mentoring relationship for nurse leadership. *Nursing Inquiry*, 16(4), 326–336.
- Momeni, N. (2009). The relation between managers' emotional intelligence and the organizational climate they create. *Public Personnel Management*, 38(2), 35-48.
- O'Neill, J. A. (2013). Advancing the nursing profession begins with leadership. *Journal of Nursing Administration*, 43(4), 179–181.
- Porter-O'Grady, T. (1999). Quantum leadership: New roles for a new age. *Journal of Nursing Administration*, 29(10), 37–42.
- Raelin, J. A. (2015). Rethinking leadership. *MIT Sloan Management Review*, 56(4), 96.
- Senge, P., Hamilton, H., & Kania, J. (2015). The dawn of system leadership. *Stanford Social Innovation Review*. Retrieved from www.ssireview.org/articles/entry/the_dawn_of_system_leadership
- Shirey, M. R. (2006). Authentic leaders creating healthy work environments for nursing practice. *American Journal of Critical Care*, 15(3), 256–267. Chapter 3 Theories and Principles of Nursing Leadership and Management 59 3021_Ch03_045-060 14/01/17 3:56 PM Page 59
- Shirey, M. R. (2015). Strategic agility for nursing leadership. *Journal of Nursing Administration*, 45(6) 305–308.
- Tyczkowski, B., Vandenhouten, C., Reilly, J., Bansal, G., Kubsch, S. M., & Jakkola, R. (2015). Emotional intelligence (EI) and nursing leadership styles among nurse managers. *Nursing Administration Quarterly*, 59(2), 172–180.
- Van Velsion, E. V., Taylor, S., & Leslie, J. B. (1993). An examination of the relationship among self perception accuracy, self-awareness, gender, and leader effectiveness. *Human Resource Management*, 32(2–3), 249–263.
- Waite, R., McKinney, N., Smith-Glasgow, M. E., & Meloy, F. A. (2014). The embodiment of authentic leadership. *Journal of Professional Nursing*, 30(4), 282–291.
- Whitlock, J. (2013). The value of active followership. *Nursing Management*, 20(2), 20–23.
- Zalesnik, A. (1965). The dynamics of subordination. *Harvard Business Review*, 118, 119–131.

თავი 3

კრიტიკული აზროვნება და გადაწყვეტილება მძიება

ამ თავში თქვენ შეისწავლით:

- უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობის უზრუნველყოფისთვის კრიტიკული აზროვნების მნიშვნელოვნების ახსნას;
- კრიტიკული აზროვნებისთვის საჭირო კრიტიკული აზროვნებისა და შემეცნებითი უნარების ელემენტების აღწერას;
- გამოკვლევას, თუ როგორ შეუძლიათ ექთან ლიდერებსა და მენეჯერებს ხელი შეუწყონ პერსონალში კრიტიკული აზროვნების გამომუშავებას;
- საექტონო საქმიანობის პროცესსა და გადაწყვეტილების მიღებას შორის ურთიერთ დამოკიდებულების განხილვას;
- გაზიარებული გადაწყვეტილების მიღებასთან დაკავშირებული სარგებლის აღწერას;
- მაღლიერების გამოხატვის ოთხი ეტაპის აღწერას.

1960 წლიდან მოყოლებული ჯანდაცვა ძალიან განვითარდა, რასაც მოჰყვა პროფესიონალი ექთნების პასუხისმგებლობების დღევანდელი სახით ჩამოყალიბება. ეს პასუხისმგებლობები ჩამოყალიბდა ისეთი გამონვევების საპასუხოდ, როგორცაა: ჯანდაცვის კომპლექსურობა, განვითარებული ტექნოლოგიები, პაციენტთა პოპულაციაში დემოგრაფიული ცვლილებები და პაციენტთა სიმწვავე. დღეს ექთნებს უკვე მოეთხოვებათ მუდმივად მზარდი ინფორმაციის გამომუშავება კომპლექსური გადაწყვეტილებების და გართულებული პრობლემების გადაწყვეტის მიზნით (Facione, Gacione & Sanchez, 1004). ექთნები უნდა დაეუფლონ კრიტიკულ აზროვნებას, კლინიკურ მსჯელობას, კლინიკურ განსჯას, კომუნიკაციას და შეფასებისთვის აუცილებელ უნარ-ჩვევებს (American Association of Colleges of Nursing – AACN, 2008).

ექთან ლიდერებსა და მენეჯერებს არა მარტო თავად უნდა ჰქონდეთ კრიტიკული აზროვნების და ეფექტური გადაწყვეტილებების მიღების უნარი, არამედ აღანიშნულის მაგალითს უნდა აძლევდნენ საკუთარი პერსონალისაც. მათ უნდა გაიფართოონ საკუთარი ინტელექტუალური შესაძლებლობები და განივითარონ უნარ-ჩვევები, რათა გახდნენ დისციპლინირებულნი, თვით-წარმართვადნი და კრიტიკულად მოაზროვნენი (Heaslip, 2008, para. 1). ამასთან, დამატებით, ისინი გადაწყვეტილების მიღებისა და პრობლემების გადაჭრის კუთხით ექსპერტები უნდა იყვნენ ორგანიზაციის სხვადასხვა დონეზე. ამ თავში განხილულია საექტონო საქმიანობასთან დაკავშირებული კრიტიკული აზროვნებისა და გადაწყვეტილების მიღების პროცესი, რომელიც აღწერს აღნიშნული პროცესების წარსამართად ექთანის ლიდერებისა და მენეჯერებისთვის აუცილებელ ეფექტურ საშუალებებს.

ამ თავში ასევე მოწოდებულია ძირითად კომპოტენციებთან დაკავშირებული ცოდნა, უნარ-ჩვევები და დამოკიდებულებები: პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობა, გუნდური მუშაობა, თანამშრომლობა და ინფორმაცია.

კრიტიკული აზროვნება

კრიტიკული აზროვნება რთული პროცესია, რომელიც მოიცავს გარკვეულ უნარ-ჩვევებზე დაყრდნობით აზროვნებას და ინტელექტუალური სტანდარტების დადგენას აზროვნების სხვადასხვა ელემენტებზე. კრიტიკული აზროვნების უფრო ფორმალური განმარტება კი შემდეგია: „ინტელექტუალურად დისციპლინირებული პროცესი აქტიურად და უნარიანად მოახდინო იმ ინფორმაციის კონცეპტუალიზება, გამოყენება, სინთეზი და/ან შეფასება, რომელიც გროვდება ან წარმოიშება ზედამხედველობის, გამოცდილების, რეფლექციის, მსჯელობის ან კომუნიკაციის

გზით და რაც წარმოადგენს რწმენისა და ქმედებისთვის მიმართულების მიმცემს“ (Scriven & Paul, n.d., para 1). საექთნო ორგანიზაციები და სააკრედიტაციო სააგენტოები განსაზღვრავენ კრიტიკულ აზროვნებას როგორც პროფესიული საექთნო საქმიანობისთვის მნიშვნელოვან უნარ-ჩვევას (AACN, 2008; American Nurses Association – ANA, 2015a; National Council of State Boards of Nursing – NCSBN, 2013).

კრიტიკული აზროვნება საექთნო საქმიანობაში „მოიცავს ინტელექტუალური სტანდარტების დაცვას, კომპეტენტურ მსჯელობას, გონების ინტელექტუალური მახასიათებლების და აზროვნების უნარ-ჩვევების ჩამოყალიბება-შენარჩუნებას და მათ კომპეტენტურ გამოყენებას კლინიკური განსჯისას და უსაფრთხო გადაწყვეტილებების მიღებისას“ (Heaslip, 2008, para 2). ცხრილში 3-1 მოცემულია კრიტიკული აზროვნების განმარტებები აღებული სხვადასხვა საექთნო ლიტერატურიდან. კრიტიკული აზროვნება მნიშვნელოვანია პროფესიული საექთნო საქმიანობისთვის რადგან ის წარმოადგენს პაციენტთა მონაცემების დამუშავებისთვის აუცილებელ უნარ-ჩვევას და თანამდევია კლინიკური განსჯისა და უსაფრთხო გადაწყვეტილებების მიღებისა. საექთნო საქმიანობა მოითხოვს კრიტიკულ აზროვნებას, რათა მოხდეს მზარდი კომპლექსური ცოდნის, უნარ-ჩვევების, ტექნოლოგიებისა და პაციენტის მკურნალობის მიმართულებით აქტივობების ინტეგრირება მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ საექთნო საქმიანობაში (NCSBN, 2013, p. 3). კრიტიკული აზროვნება მნიშვნელოვანია როგორც კლინიკური საქმიანობის, ასევე ლიდერობისა და მართვის კუთხითაც. ეს არის ის კრიტიკული პროცესი, რომელიც მუდმივად ახდენს ექთან ლიდერებისა და მენეჯერების აზრების, გადაწყვეტილებებისა და ქმედებების გარკვეულ ჩარჩოებში მოთავსებას (Porter-O’Grady et al., 2005).

ცხრილი 3.1 საექთნო საქმიანობაში კრიტიკული აზროვნების დეფინიციები

წყარო	განმარტება
Masters, 2014	გადაწყვეტილებების მიღების დროს კრიტიკული აზროვნება ეს არის სისტემური და ლოგიკური ფიქრის უნარი და კითხვებისადმი ლიაობა, რაც აისახება მსჯელობის პროცესზე უსაფრთხო საექთნო პრაქტიკისა და ხარისხიანი მკურნალობის უზრუნველყოფის მიზნით (p. 218)
Porter-O’Grady & Malloch, 2013	(კრიტიკული აზროვნება არის) აქტიური, მიზანმიმართული, ორგანიზებული ფიქრის პროცესი, რომელიც ითვალისწინებს ფოკუსირებას, ენას, მითითებების ჩარჩოს, დამოკიდებულებას, დაშვებას, მტკიცებულებას, მსჯელობას, დასკვნის გამოტანას, ჩვენებას და არსს, რათა გადაწყვიტოს რა დაიჯეროს ან რა მოიმოქმედოს (pp. 432-433).
AACN, 2008	კრიტიკული აზროვნება ხაზს უსვავს გადაწყვეტილების მიღების პროცესს და თავის თავში მოიცავს შემდეგ პროცესებს: კითხვის დასმას, ანალიზს, სინთეზს, ინტერპრეტაციას, დასკვნის გამოტანას, ინდუქციურ და დედუქციურ მსჯელობას, ინტუიციისა და შემოქმედებითი უნარის გამოყენებას (p. 36).
Benner, Hughes & Sutphen, 2008	კრიტიკული აზროვნება გულისხმობს პაციენტის პრობლემების გამოსავლენად და კლინიკური მსჯელობის წასამართად ცოდნისა და გამოცდილების გამოყენებას, რომელსაც საბოლოოდ მივყავართ პაციენტის დადებით გამოსავლებამდე (p. 2).
Heaslip, 2008	გადაწყვეტილებების მიღების პროცესში კრიტიკული აზროვნება ეს არის სისტემური და ლოგიკური ფიქრის უნარი და კითხვებისადმი ლიაობა და ის აისახება უსაფრთხო საექთნო პრაქტიკისა და ხარისხიანი მკურნალობის უზრუნველყოფისას მსჯელობის პროცესზე (para. 2).

Alfaro-LeFevre, 2006	კრიტიკული აზროვნება არის მიზანმიმართული, მიზნობრივი და ინფორმირებული, გამოსავლებზე ორიენტირებული აზროვნება, რომელიც მოითხოვს მნიშვნელოვანი საკითხების, პრობლემების და რისკების დაკვირვებით გამოვლინებას. უფრო მეტიც, კრიტიკული აზროვნება საჭიროებს სპეციფიურ ცოდნას, უნარ-ჩვევებსა და გამოცდილებას (p. 30).
Ignatavicius, 2001	მიზნობრივი, გამოსავალზე-ორიენტირებული აზროვნება რაც ეფუძნება კვლევებიდან მიღებულ მეცნიერულ ცოდნას და სხვა სახის მტკიცებულებებს (P. 31).
Scheffer & Rubenfeld, 2000	(კრიტიკული აზროვნება არის) პროფესიული ანგარიშვალდებულებისა და ხარისხიანი საექტონო მოვლის აუცილებელი კომპონენტი და მოიცავს შემდეგ შემეცნებით უნარებს: ანალიზი, სტანდარტების გამოყენება, განსჯის უნარი, ინფორმაციის მოძიება, ლოგიკური მსჯელობა, წინასწარ განსაზღვრა და ცოდნის გარდაქმნა (p. 357).
Bittner & Tobin, 1998	(კრიტიკული აზროვნება არის) პროცესი, რომელზეც გავლენას ახდენს ცოდნა და გამოცდილება, საკითხებისა და შესაძლებლობების იდენტიფიკაციისთვის სწავლის ისეთი სტრატეგიებს გამოყენება როგორცაა რეფლექსური აზროვნება და ინფორმაციის ჰოლისტიკური სინთეზი (p. 268)
Facione, Facione & Sanchez, 1994	(კრიტიკული აზროვნება არის) მიზანმიმართული, თვით-რეგულაციური განსჯა (P. 349).

კრიტიკული აზროვნების ელემენტები და შემეცნებითი უნარ-ჩვევები

კრიტიკული აზროვნება გულისხმობს ფიქრთან დაკავშირებულ რვა ელემენტს (Heaslip, 2008, para. 5):

1. ფიქრის დროს ადამიანის მიერ გააზრებული პრობლემა, კითხვა, ნუხილი ან საკითხი (მაგ., ის რის აღმოჩენასაც ცდილობს მოფიქრალი ადამიანი);
2. ფიქრის მიზანი და ამოცანა (მაგ., რის მიღწევას ცდილობს ადამიანი ფიქრის დროს?);
3. კონკრეტულ საკითხსა და პრობლემაზე მოფიქრალი ადამიანის მიერ შემუშავებული მითითების ჩარჩო, ხედვა ან მსოფმხედველობა ;
4. კონკრეტულ საკითხთან ან პრობლემასთან მიმართებით მოფიქრალის მიერ მართებულიად მიჩნეული დაშვებები;
5. ცენტრალური კონცეფცია, იდეა, პრინციპები და თეორიები რომელსაც მოფიქრალი იყენებს საკითხზე ან პრობლემაზე მსჯელობისას;
6. მტკიცებულებები, მონაცემები ან ინფორმაცია, რომელსაც იყენებს პიროვნება ფიქრის დროს საკითხის ან პრობლემის მიმართ საკუთარი კრიტიკული დამოკიდებულების გასამყარებლად;
7. ინტერპრეტაცია, მსჯელობა, დასკვნები და ჩამოყალიბებული აზრები, რომელსაც მივყავართ მოფიქრალის მიერ გამოტანილ დასკვნებამდე;
8. გავლენები და შედეგები, რომელიც გამომდინარეობს იმ პოზიციიდან რომელიც მოფიქრალს კონკრეტულ საკითხთან ან პრობლემაზე მიმართებით აქვს.

კრიტიკული აზროვნება ეს არის საქმიანობისთვის აუცილებელი უნარ-ჩვევა, რომელიც დროთა განმავლობაში განვითარებასა და განმტკიცებას საჭიროებს (Ignatavicius, 2001).

კრიტიკული აზროვნება გაცილებით უფრო მნიშვნელოვანია ვიდრე კონკრეტულ საკითხსა და პრობლემაზე გადანყვეტილების მიღება. იგი მოიცავს სიტუაციის გამოკვლევასა და ანალიზს, ყველა შეხედულებისა და შესაძლო ვარიანტების გათვალისწინებით. იაზროვნო კრიტიკულად და მიიღო ღირებული გადაწყვეტილება, ექთანი ლიდერებისა და მენეჯერებისაგან ასახვის, განსჯის, შეფასებისა და კრიტიციზმის პროცესში ჩართულობას მოითხოვს (Zori & Morrison, 2009). კრიტიკულად მოაზროვნედ ჩამოყალიბებისათვის აუცილებელია კოგნიტიური უნარების ექვსი ძირითადი მახასიათებლის არსებობა (Porter-O'Grady et al., 2005):

1. ინტერპრეტაცია - მოიცავს მონაცემებისა და გარემოებების გარკვევას მათი აზრისა და მნიშვნელოვნების დასადგენად. ექთანი ლიდერებისა და მენეჯერების შემთხვევაში, ინტერპრეტაცია ასახავს მათ უნარს გაიაზრონ მრავალფეროვანი გარემოებების მნიშვნელოვნება, დაადგინონ პრიორიტეტები, კატეგორიზაცია და დაადგინონ ადამიანებსა და სისტემებზე მათი ზეგავლენა.
2. ანალიზი - არის პრობლემისა და საკითხის იდენტიფიკაცია მონაცემების შეფასების საფუძველზე. ექთანი ლიდერები და მენეჯერები ჩართულები არიან ანალიზის პროცესში სისტემის ნაწილებსა (სტრუქტურა, პროცესები და გამოსავლები) და აზროვნების სხვადასხვა მიმართულებებს შორის ურთიერთკავშირების დასადგენის მიზნით. ამ ანალიზის მიზანია სხვადასხვა არგუმენტების, პრობლემების და თემების გამოკვლევა და მოპოვებული არგუმენტების შემადგენელი ელემენტებისა და მათი წარმომავლობის დადგენა.
3. დასკვნა - რომელიც გულისხმობს დასკვნის გამოტანის პროცესს. ექთან ლიდერებსა და მენეჯერებს დასკვნები გამოაქვთ კონკრეტული სიტუაციის დეტალური გაანალიზებით. აღნიშნული დასკვნები საფუძველია შემდგომი ქმედებებისათვის.
4. შეფასება - ეს არის იმის დადგენა, მიღწეული იქნა თუ არა მოსალოდნელი გამოსავლები. და თუკი გამოსავლები არ მიიღწევა, შეფასება ასევე გულისხმობს წარუმატებლობის მიზეზის გამოკვლევასაც. ექთანი ლიდერები და მენეჯერები ახდენენ აღწერილობის საზღვრებისა და საიმედოობის, მოლოდინების, გამოცდილების და სიტუაციების შეფასებას და მათ შორის ურთიერთკავშირის დადგენას საერთო პროცესში თითოეული ამ ელემენტების ღირებულების დაზუსტების მიზნით. ამ გზით ექთანი ლიდერები და მენეჯერები უფრო თამამად აფასებენ გამოსავლებს, რასაც შემდგომ ეფუძნება კიდევ მათი გადანყვეტილებები და ქმედებები.
5. ახსნა - ეს არის ქმედებების მტკიცებულებებით გამყარების უნარი. ექთანი ლიდერები და მენეჯერები პროცესის შეფასებისას გამოტანილ დასკვნებზე ყოვლისმომცველ ახსნა-განმარტებებს იძლევიან. მათი ფუნქციაა დასკვნები გაამყარონ ისეთი სისტემური და ორგანიზებული მსჯელობებით, რომელიც გადათარგმნადი იქნება ყველა პოზიციაზე მომუშავე ადამიანისთვის გასაგებ ენაზე.
6. თვითრეგულაცია - არის საკუთარი საქმიანობის ძლიერი და სუსტი მხარეების კრიტიკულად შეფასება და მუდმივ გაუმჯობესებაზე ორიენტირება. ექთანი ლიდერები და მენეჯერები მისდევენ თვით-რეგულირებას მეტი ინფორმაციის მიღების მიზნით, ივითარებენ კრიტიკული აზროვნების საექსპერტო უნარებს და ხევენ თავიანთ უნარ-ჩვევებს პრობლემის იდენტიფიკაციასთან, ანალიზთან და დასკვნების გამოტანასთან მიმართებით.

რეაქციული, რეფლექციური და ინტუიტიური აზროვნება

ექთნები იყენებენ კრიტიკულ აზროვნებას ცოდნის მოსაძიებლად, გასაგებად, გასაანალიზებლად და საქმიანობის პროცესში სხვადასხვა სიტუაციებში გამოსაყენებლად. პაციენტის მკურნალობის, გადანყვეტილებების მიღების და კონკრეტულ სიტუაციაში არსებულ გამომწვევებთან გამკლავებისას კრიტიკული აზროვნების გამოყენებლობამ შეიძლება მიგვიყვანოს რეაქტიულ აზროვნებამდე. რეაქტიული აზროვნება არის ავტომატური ან მოულოდნელი უნებლიე რეაქცია სტუაციაზე, რომელსაც შესაძლოა მოჰყვეს ბუნდოვანი და არაზუსტი მსჯელობა, დაუდევარი და ზედაპირული აზროვნება და ცუდი საექტონო პრაქტიკა (Heaslip, 2008; Zori & Morrison, 2009). ექთანი ლიდერები და მენეჯერები რეაქტიული აზროვნების დროს პრობლემას პასუხობენ ავტომატურად, დაუფიქრებლად რასაც ხშირად მივყავართ ხარვეზებამდე ან არა-

ფექტური გადანყვეტილებების მიღებამდე. განვიხილოთ შემდეგი სცენარი: რამდენიმე ექთან ბრუნდება საექთნო სკოლაში საკუთარი ცოდნის ამაღლების მიზნით. მათ მიმართეს ექთან მენეჯერს თხოვნით განსხვავებულად მოეხდინა საექთნო საქმიანობის დაგეგმვა. ახალი პრინციპი საშუალებას მისცემდა ექთნებს შაბათ-კვირის მორიგეობებისთვის დაემატებინათ შუა კვირის დღეებში მორიგეობებიც (მიმდინარე პრაქტიკა გულისხმობდა ყოველ მეორე შაბათ-კვირას მორიგეობას). ექთან მენეჯერს არ სჯერა რომ ახალი პრინციპი მისაღებია ყველა ექთნისათვის და ამიტომ უარს ამბობს აღნიშნულ ცვლილებაზე. ამ შემთხვევაში, ექთანი მენეჯერი არ ინტერესებდა პერსონალის მოსაზრებებით, გადანყვეტილებას ღებულობს დაუყოვნებლივ, კრიტიკული დაფიქრების გარეშე და არ აძლევს პერსონალს საშუალებას ჩართული იყოს გაზიარებული გადანყვეტილების მიღების პროცესში, რითიც ზრდის მათ უკამაყოფილებას. საექთნო სამსახურის წევრები სავარაუდოდ აღარც შეეკამათებინ ექთან მენეჯერს მისი გადანყვეტილების გამო, ისინი ალბათ ვერც იგრძნობენ თავს კომფორტულად ამ საკითხზე საუბრის გაგრძელებისას. რეფლექსური აზროვნება აფერხებს ინოვაციებსა და ინარჩუნებს სტატუს კვოს (*status quo*) (Zori & Morrison, 2009).

ამგვარად, კრიტიკული აზროვნება უნდა ასახედეს სიტუაციის ანალიზთან, განსჯასთან და დასკვნების გამოტანასთან დაკავშირებულ წარსულის გამოცდილებას. რეფლექსური აზროვნება მოიცავს საკუთარი გამოცდილებისა და ცოდნის საფუძველზე წარმართულ ფიქრსა და სიტუაციის გაგებას. იგი გულისხმობს იმის შეფასებას რა ვიცით, რა არის საჭირო რომ ვიცოდეთ და როგორ შეიძლება ამოვავსოთ ამ ორ ცნებას შორის არსებული ნაპრალი (Masters, 2014). რეფლექსური აზროვნება საჭიროებს პერსონალური მახასიათებლების ყურადღებით შეფასებას, ანალიზს და ძლიერი მხარეების სინთეზს, რაც დაეხმარება ექთნებს თვით-განვითარების უნარების ჩამოყალიბებაში. რეფლექსური აზროვნების საფუძველზე ექთნებმა უნდა შეისწავლონ და კითხვები დასვან აზროვნების პროცესში გამოყენებულ დაშვებებსა და მათ ვალიდურობაზე (Benner, Hughes & Sutphen, 2008).

ექთნების რეფლექსურ აზროვნებაზე ნახალისებისას (Masters, 10`4, p. 221):

- განსაზღვრეთ რა ინფორმაციაა საჭირო საკითხის გასაგებად;
- გამოიკვლიეთ აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით აქამდე არსებული გამოცდილება;
- შეაგროვეთ ხელმისაწვდომი ინფორმაცია;
- მოახდინეთ ინფორმაციისა და მოსაზრებების სინთეზი;
- სინთეზი მოახდინეთ სხვადასხვა პერსპექტივების და მტკიცებულებების გათვალისწინებით;
- შესაბამისი ინფორმაციისა და მოსაზრებებისაგან შეიმუშავეთ გარკვეული ღირებულებები.

ექთან ლიდერებმა და მენეჯერებმა დაინახეს რეფლექსური აზროვნების სარგებელი კომპლექსურ სიტუაციებში, რაც აძლევთ მათ უკან დახვევის, სიტუაციის შეფასების და უკვე ამის შემდეგ პრობლემების გადაჭრის გზებზე ფიქრის საშუალებას. რეფლექსურმა აზროვნებამ შეიძლება შეამციროს შეცდომების ალბათობა და გაზარდოს ეფექტური გადანყვეტილებების მიღების შესაძლებლობა. დავუბრუნდეთ ისევ ზემოთ განხილულ მაგალითს: რეფლექსური აზროვნების გამოყენებისას, ექთანი მენეჯერი ექთნებს ეტყოდა დაფიქრდები თქვენს შემოთავაზებაზეო. ის გადახედავდა ორგანიზაციაში არსებულ ადამიანთა რესურსების უზრუნველყოფის პოლისებს და ნახავდა რომ ცვლილებების გატარება შესაძლებელი იქნებოდა. ექთანი ლიდერი და მენეჯერი შექმნიდა გუნდს და მასში შეიყვანდა ყველა მორიგე ბრიგადის წარმომადგენელს. პირველ შეკრებაზე, იგი მიმოიხილავდა არსებულ პოლისებს და შეთავაზებულ ცვლილებებს, დაავალდებდა გუნდს იმ ექთნების რაიდენობის გარკვევას, ვინც კვირის დღეებში მუშაობაზე იქნებოდა თანახმა. ამის შემდეგ უკვე შეიმუშავებდა გრაფიკს ექთნების უსაფრთხო პრაქტიკის პრინციპების გათვალისწინებით. გრაფიკს განიხილავდა პერსონალთან, მისცემდა საბოლოო სახეს და იზრუნებდა მის დანერგვაზე. რეფლექსური აზროვნების გამოყენებით, ექთანი მენეჯერი უზრუნველყოფდა გაზიარებული გადანყვეტილების მიღებას პერსონალის ჩართულობით, რაც თავად მას სიძლიერისა და კამაყოფილების შეგრძნების მოუტანდა.

არის სიტუაციები როდესაც ექთნები უარს ამბობენ ინტუიტიურ ან „შინაგან შეგრძნებებზე“ დაყრდნობით მკურნალობის ჩატარებაზე. ინტუიტიური აზროვნება ეს არის ცოდნის მყისიერად აღქმა მტკიცებულებების მოძიების გარეშე. იგი შეიძლება აღინეროს როგორც ინტუიციისაზე ჩაჭიდება ან სიტუაციის ნათელი აღქმა, ადრე მსგავს სიტუაციებში მიღებულ გამოცდილებაზე

დაყრდნობით (Benner, 1984). ზოგიერთი ინტიუციას არ გინიხილავს როგორც კრიტიკული აზროვნების ელემენტს, რადგან იგი აბსტრაქტული და ირაციონალურია. მიუხედავად ამისა, ინტიუცია კოგნიტიური უნარია რასაც ექთნები იყენებენ სიტუაციის შეფასებისას და რაც უბიძგებს მათ სწრაფი ქმედებებისკენ უსაფრთხო, ეფექტური მკურნალობის უზრუნველყოფის საქმეში (Robert, Tilley & Petersen, 2014). ინტიუციური აზროვნება ეს გარკვეული სიტუაციის შეცნობის არაცნობიერი მდგომარეობაა, რაც ახდენს მახსოვრობისა და ტენდენციების ამოცნობის ინტერგრირებას მათი შემეცნების გარეშე (Payne, 2015). ექსპერტი ექთნები არ ეყრდნობიან მხოლოდ კრიტიკულ აზროვნებას; უფრო აყალიბებენ პაციენტის სიტუაციის ინტიუციულ გაგებას წინა ცოდნის, გამოცდილების და ტენდენციების ამოცნობის საფუძველზე (Benner, 1984; Payne, 2015). ექთანი ლიდერები და მენეჯერები იყენებენ ინტიუციურ აზროვნებას რადგან ისინი ყოველდღურად ცდილობენ გადწყვიტონ ერთეულის დონეზე არსებული პრობლემები. ინტიუცია ეყრდნობა ადრინდელ ცოდნას და გამოცდილებას, ბიძგს აძლევს პრობლემებზე საპასუხო რეაქციას და აჩენს პრობლემის გადაჭრის გზებს.

კრიტიკული აზროვნების მოდელირება

ექთნები მუდმივად იყენებენ კრიტიკულ აზროვნებას რადგან მკურნალობენ პაციენტებს, ახდენენ სამქიანობის კოორდინირებას, თანამშრომლობენ ერთმანეთთან, ადვოკატირებას უწევენ პაციენტებს, ჭრიან პრობლემებს, განიხილავენ საკითხებს და უზრუნველყოფენ პაციენტისთვის უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობის მიწოდებას. ადამიანის კრიტიკულ აზროვნებაზე შეიძლება გავლენა მოახდინოს ასაკმა, განათლებამ, გამოცდილებამ და გარემო პირობებმა. ექთანი ლიდერებსა და მენეჯერებზე მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული პერსონალში კრიტიკული აზროვნების წახალისება (Ignatavicius, 2001). მათი ძირითადი ფუნქციაა თავად იყვნენ კრიტიკული აზროვნების მაგალითი სხვებისთვის. უფრო მეტიც, პერსონალს სწორედ მათი დახმარების იმედი აქვთ კლინიკური, ინტერპერსონალური და ერთეულის დონეზე პრობლემების გადაჭრისას. ექთანი ლიდერები და მენეჯერები, რომლებიც რეფლექსურ აზროვნებაზე დაყრდნობით საიმედო მიმართულებას აძლევენ პერსონალს, აყალიბებენ სანდო და უსაფრთხო გარემოს მათ დაქვემდებარებულ სამუშაო ერთეულებში (Zori, Nosek & Musil, 2010). ამის საპირისპიროდ კი, რეაქტიული აზროვნების მიმდევარი ექთანი ლიდერები და მენეჯერები, არიან თვით-განვითარების, კრიტიკულად მოაზროვნის მაგალითად ყოფნისა და იმ ცვლილებების განხორციელების შესაძლებლობების დაკარგვის რისკის ქვეშ, რაც შორეულ პერსპექტივასა და მიზნებზეა გათვლილი (Zori & Morrison, 2009). მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ პრაქტიკაზე ორიენტირებულ მსოფლიოში, სულ უფრო მნიშვნელოვანი ხდება ექთანმა ლიდერებმა და მენეჯერებმა აუხსნან პერსონალს კრიტიკული აზროვნების ღირებულება და აუციებლობა და აჩვენონ რომ ეს პროფესიული საქმის სამქიანობის ჩვეული შემადგენელი კომპონენტია (Porter-O'Grady et al., 2005). ექთანი ლიდერები და მენეჯერები ხელს უნდა უწყობდნენ პერსონალს ჩაატარონ სიტუაციების ანალიზი, განსაზღვრონ გამონკვევები, მოიძიონ ალტერნატიული ვარიანტები და მუდმივად გააუმჯობესონ არსებული პრაქტიკა. ჯილდოს მინიჭებისა და პიროვნული აღიარების გზით კრიტიკული აზროვნების წახალისებამ შეიძლება ხელი შეუწყოს პოზიტიური სამუშაო გარემოს ჩამოყალიბებას. ექთანი ლიდერებისა და მენეჯერების მხრიდან კრიტიკული აზროვნების წახალისება ექთნებში ნიშნავს ზუსტი და ეფექტური გადაწყვეტილებების მიღების კუთხით მათ ლეგიტიმაციას (Porter-O'Grady et al., 2005).

გადანყვეტილების მიღება

ადამიანი დღის განმავლობაში, ჩვეულებრივ, ბევრ გადაწყვეტილებას იღებს. ზოგი გადაწყვეტილება მცირე ხასიათისაა და მცირე ძლიასხმევას საჭიროებს (მაგ., რა მიირთვას სადილზე), მაშინ როცესაც სხვა გადაწყვეტილებებმა შეიძლება გარეშე პირების ჩართულობა მოითხოვოს და გაგრძელდეს დღეების განმავლობაში (მაგ., ახალი მანქანის ყიდვა). მიუხედავად კონკრეტული გადაწყვეტილების კომპლექსურობისა, გადაწყვეტილების მიღების პროცესის ძირითადი ელემენტები მაინც სახეზე რჩება. გადაწყვეტილების მიღება „ეს არის ინდივიდუალური ან ორგანიზაციული მიზნების მიღწევის მიზნით საუკეთესო ალტერნატივების შერჩევის პროცესი“ (Guo, 2008, p. 118). ექთნები პაციენტის სანოლთან, როგორც წესი, ორი სახის გადაწყვეტილებას იღე-

ბენ: 1) პაციენტის მკურნალობასთან დაკავშირებულს ანუ ისეთს, რაც გავლენას ახდენს პაციენტის მკურნალობაზე და 2) კონდიცია-სამუშაოსთან დაკავშირებულს ანუ ისეთს, რაც გავლენას ახდენს სამუშაო გარემოზე (Krairiksh & Anthony, 2001). ექთან ლიდერებისა და მენეჯერების მიერ მიღებულ გადაწყვეტილებებს უფრო ფართო სამოქმედო არიალი აქვს, მათ შეიძლება უფრო მეტ ადამიანზე, მთელ განყოფილებაზე ან მთლიან ორგანიზაციაზეც კი მოახდინონ გავლენა.

გადაწყვეტილებები მიღება მოიცავს შემდეგ საფეხურებს (McCnnell, 2000):

1. ინფორმაციის შეგროვება, რაც გულისხმობს იმ მონაცემთა შეგროვებას, რაც გადაწყვეტილების მიღების პროცესში წარმმართველი იქნება. ხშირად ინფორმაციის შეგროვება ზედამხედველობის გზით ხდება. ეს ეტაპი ფოკუსირებული უნდა იყოს ისეთი ინფორმაციის შეგროვებაზე, რომელიც ღირებულია და გამოყენებადია გადაწყვეტილების მიღებისას. ერთი ნაკლი რაც ზედამხედველობისთვის არის დამახასიათებელი არის ტენდენცია, ადამიანები დაკვირვებიდან პირდაპირ გადავიდნენ გადაწყვეტილების მიღებაზე საკმარისი ინფორმაციის შეგროვების გარეშე.
2. ინფორმაციის ანალიზი და ალტერნატივების შემუშავება, ხშირად გადაფარავს ინფორმაციის შეგროვების პროცესს, რადგან ამ ეტაპზე ინფორმაციის ლოგიკურად დალაგება და შემდგომი შეფასებისთვის მისაღები ფორმის მიცემა ხდება. როგორც კი ინფორმაცია ლაგდება, ხდება ალტერნატივების შეჯერება. ანალიზისა და ალტერნატივების დამუშავებისთვის საჭირო დრო პირდაპირ კავშირშია მისაღები გადაწყვეტილებების სიმძიმესა და მნიშვნელოვნებასთან.
3. პრიორიტეტული ალტერნატივების შერჩევა უკავშირდება ანალიზის ფაზას, როდესაც, როგორც წესი, ხდება საუკეთესო ალტერნატივების დაზუსტება. ამ ეტაპის განმავლობაში, მნიშვნელოვანია იმის განხილვა თუ რომელია რეალისტური და შესაფერი ალტერნატივები დროის ფაქტორის, ფინანსების, ხარისხის, პიროვნებებისა და ორგანიზაციული პოლისების გათვალისწინებით.
4. დანერგვა, რაც გულისხმობს შერჩეული ალტერნატივების დამტკიცებას და შემდგომ დანერგვას.
5. დანერგვის პროცესზე მეთვალყურეობა, რაც მოიცავს კომუნიკაციასა და იმის დაზუსტებას ცნობილია თუ არა დაგეგმილი ცვლილებები პერსონალისთვის; წინასწარ დადგენილი პერიოდულობით შემოწმებას და დარწმუნებას, რომ ცვლილებები არ არის პერსონალისთვის ძალიან დამტვირთველი სხვა რაიმე ფაქტორებიდან გამომდინარე; მუდმივი ანალიზის ჩატარებას და იმ გარემოებების მონიტორინგს, რამაც შეიძლება მოითხოვოს დანერგვის გეგმის კორექტირება; სხვების შემოთავაზებების მუდმივად განხილვას და საჭიროებისას არახელსაყრელი ვარიანტების უგულვებლყოფას; შეცდომების შესაძლებლობის აღიარებას და საბოლოოდ სწორ გადაწყვეტილებამდე მისვლას.

გადაწყვეტილების მიღება არის დინამიური პროცესი და უნდა შეიცავდეს მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ გამოკვლევებს. ყველა ექთანს აქვს ავტორიზაცია, მოვალეობა და პასუხისმგებლობა მიიღოს გადაწყვეტილება და იმოქმედოს ჯანმრთელობის ხელშეწყობასთან და პაციენტის ოპტიმალურად მკურნალობასთან დაკავშირებული მოვალეობიდან გამომდინარე (ANA, 2015a). ექთანი ლიდერები და მენეჯერები ავტონომიურ გადაწყვეტილებებს უნდა ღებულობდნენ ამავე პრინციპებზე დაყრდნობით.

გადაწყვეტილების მიღება და საექთნო საქმიანობის პროცესები

ANA (2015a) Nursing Scope and Standards of Practice საზღვრავს საექთნო საქმიანობის კომპეტენციის დონეს და იყენებს საექთნო პროცესებს როგორც კრიტიკული გადაწყვეტილებების განმსაზღვრელ სამოქმედო ჩარჩოს. საექთნო პროცესები ციკლური და დინამიური, ინტერპერსონალური და თანამშროლობითი და თან უნივერსალურად გამოყენებადია. გადაწყვეტილებების მიღება საექთნო საქმიანობის ფუნდამენტია და უზრუნველყოფს კლინიკური

საჭიროებებიდან გამომდინარე პაციენტების მკურნალობას ურთიერთდაკავშირებული ექ-
ვის ნაბიჯის გამოყენებით (ANA, 2015a). ექთანი ლიდერები და მენეჯერები ახდენენ საექთნო
პროცესებში ლიდერობისა და მართვის კომპეტენციების ინტეგრირებას საექთნო საქმიანობის
ეფექტურად წარმართვის, სტრატეგიული მიზნების დადგენის, ჯანმრთელი სამუშაო გარემოს
შექმნა-შენარჩუნების, ორგანიზაციულ და საჯარო პოლიტიკაზე ზეგავლენის, რესურსების მა-
რთვის (ადამიანური, ფინანსური თუ მატერიალური), საზოგადოების ჯანმრთელობის მართვის,
კანონთან და მარეგულირებელთა მოთხოვნებისადმი შესატყვისობის უზრუნველყოფის და
პაციენტის უსაფრთხო და ხარისხიანი გამოსავლების უზრუნველყოფის მიზნით (ANA, 2016).
ექთანი ლიდერები და მენეჯერები მიმართავენ საექთნო პროცესების ეტაპებს განყოფილების ან
ორგანიზაციულ დონეზე გადანყვეტილებების მიღებისას:

- შეფასება - მოიცავს საკითხზე, სიტუაციაზე, სამუშაო გარემოზე ან ტენდენციებზე მო-
ანცემების მუდმივ შეგროვებას. ექთანი ლიდერები და მენეჯერები იყენებენ მონაცემთა
შეგროვებას პრობლემის გადაჭრის, გადანყვეტილების მიღების, მკურნალობაში არსე-
ბული ხარვეზების, სიტუაციასთან დაკავშირებული ტენდენციებისა და ვარიაციების
იდენტიფიცირების მიზნით.
- დიაგნოსტიკა (ანალიზი) - მოიცავს ყველა დაინტერესებულ პირთან ერთად საკითხე-
ბის, პრობლემების ან ტენდენციების დადგენას და ვალიდაციას. ექთანი ლიდერები და
მენეჯერები მონაცემებით ამყარებენ საკუთარ გადანყვეტილებებს, ახდენენ საკითხების,
პრობლემების ან ტენდენციების დოკუმენტირებას და ამ გზით ახდენენ ინდივიდუალური
გეგმის შემუშავების ხელშეწყობას.
- გამოსავლების დადგენა - მოიცავს ინდივიდუალიზებული სამკურნალო გეგმის სავარა-
უდო გამოსავლების დადგენას. ექთანი ლიდერები და მენეჯერები ასევე საზღვრავენ
სხვადასხვა საკიხებთან, პრობლემებთან და ტენდენციებთან დაკავშირებით სავარაუდო
გამოსავლებს.
- დაგეგმვა - ეს არის ინდივიდუალური გეგმის შემუშავება ჯანდაცვის გუნდის სხვადას-
ხვა წარმომადგენლებთან და სხვა დაინტერესებულ პირებთან თანამშრომლობის გზით.
ეს გეგმები, როგორც წესი, დეტალურად არის ჩაშლილი და მოიცავს ამ გეგმის განხორ-
ციელების დროსაც. ექთანი ლიდერები და მენეჯერები შეიმუშავებენ გეგმას არსებულის
სტატუსის, წესების, რეგულაციების და სტანდარტების განხილვის გზითა და საუკეთესო
პრაქტიკის ინტეგრაციით.
- იმპლემენტაცია - მოიცავს გეგმის და ამ გეგმაში გათვალისწინებული აქტივობების კო-
ორდინაციულ განხორციელებას ჯანდაცვის გუნდთან თანამშრომლობის გზით. გეგმა
უნდა განხორციელდეს უსაფრთხოდ და დროულად საკითხის, პრობლემების და ტენდენ-
ციებისთვის სპეციფიური და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინტერვენციების გზით
(ANA, 2016). ექთანი ლიდერები და მენეჯერები ახდენენ სისტემური მართვის, ახალი
ცოდნის და სტრატეგიების დანერგვას ცვლილებების ინიცირების, სასურველი გამოსა-
ვლების მიღწევის და სტრატეგიების დადგენის მიზნით (ANA, 2016).
- შეფასება - მოიცავს სტრუქტურასთან, პროცესებთან, ექთან-დამოკიდებულ ინდიკატო-
რებსა და სხვა დაინტერესებულ პირებთან მიმართებით მოსალოდნელი გამოსავლების
დინამიკაში შეფასებას. ექთანი ლიდერები და მენეჯერები იყენებენ ანალიზის შედეგებს,
რათა საჭიროებისამებრ შეცვალონ პოლისები ან პროცედურები ან გასცენ მათ ცვლილე-
ბაზე რეკომენდაციები.

საექთნო პროცესები მოიცავს რა საექთნო საქმიანობის ყველა დონეზე ქმედებებს, ამით
იძლევა კრიტიკული აზროვნებისთვის ჩარჩოს და ქმნის გადანყვეტილების მიღებისთვის სა-
ფუძველს უსაფრთხო, ხარისხიანი და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული საექთნო მოვლის უზ-
რუნველყოფის მიზნით (ANA, 2015a). ცხრილში 3-2- მაჩვენებია საექთნო პროცესსა და გადა-
წყვეტილების მიღებას შორის დამოკიდებულება საექთნო ლიდერებისა და მანაჯერებისთვის.

ცხრილი 3-2: საექთნო პროცესებისა და გადაწყვეტილების მიღების შედარება ექთან ლიდერებსა და მენეჯერებისთვის

საექთნო პროცესი	გადაწყვეტილების მიღება	პერსონალის დაგეგმარებასთან დაკავშირებული მაგალითები
შეფასება	D = პრობლემის დეფინირება	<ul style="list-style-type: none"> ექთანი ლიდერი და მენეჯერი აგროვებს საკითხებზე და ტენდენციებზე მონაცემებს მონაცემები შეიძლება შეეხებოდეს განყოფილებას, პაციენტის სიმწვავეს, განერის და მიღების მაჩვენებელს, პერსონალის შემდგენლობას
დიაგნოზი	E = კრიტერიუმების დადგენა	<ul style="list-style-type: none"> ექთანი ლიდერი და მენეჯერი ადგენს პრობლემას, იკვლევს შესაძლო მიზეზებს, განიხილავს პერსონალის დაგეგმარების ალტერნატიულ ვარიანტებს და საზღვრავს შესაძლო გამოსავლებს
გამოსავლების დადგენა	C = ალტერნატივების განხილვა	<ul style="list-style-type: none"> ალტერნატივების განხილვა შეიძლება გულისხმობდეს პერსონალის დაგეგმარების არსებული მეთოდების ცვლილებას და პერსონალის რაოდენობის გაზრდას მიღებისა და განერის პიკურ პერიოდში შესაძლო გამოსავალი არის პერსონალის უსაფრთხო დაგეგმარება
დაგეგმვა	D = სამოქმედო გეგმის ჩამოყალიბება და დანერგვა	<ul style="list-style-type: none"> ექთანი ლიდერი და მენეჯერი აყალიბებს პერსონალის დაგეგმარებასთან დაკავშირებულ მიდგომებს, რაც საზღვრავს უსაფრთხო დაგეგმარების პრინციპებს, სავარაუდო გამოსავლების მიღწევის სტრატეგიებს
დანერგვა		<ul style="list-style-type: none"> ექთანი ლიდერი და მენეჯერი ახორციელებს გეგმას დროული და ეფექტური ქმედებების საფუძველზე ექთანი ლიდერი და მენეჯერი ახდენს იმ მასალის გამოყენებას, ინტერ და ინტრაპროფესიული რესურსების კოორდინირებას, რომელიც საჭიროა გეგმის განხორციელებისთვის

შეფასება	E = გადაწყვეტილების შეფასება და მონიტორირება და უკუგება საჭიროების დროს	<ul style="list-style-type: none"> • ექთანი ლიდერი და მენეჯერი დინამიკაში აფასებს გეგმის განხორციელებას და ადგენს მიიღწევა თუ არა უსაფრთხო დაგეგმარების კუთხით განსაზღვრული გამოსავლები • თუკი პერსონალის უსაფრთხო დაგეგმარება არ მიიღწევა, დანერგვის ციკლი ისევ მეორდება შესაბამისი შეფასებებით
----------	---	--

გადაწყვეტილების მიღების ინსტრუმენტი

გადაწყვეტილების მიღების ინსტრუმენტი ექთან ლიდერებსა და მენეჯერებს უზრუნველყოფს მონაცემთა შეგროვებისა და მართვისთვის აუცილებელი სისტემური მიდგომებით და ეხმარება ამ შედეგების ვიზუალიზაციაში. ეფექტური გადაწყვეტილებების მისაღების მიზნით სხვადასხვა ინსტრუმენტები და ტექნიკაა შემუშავებული. მათი გამოყენების გზით, ექთანი ლიდერები და მენეჯერები ახერხებენ სისტემური მიდგომის გზით გადაწყვეტილებების ორგანიზებულად მიღებას.

DECIDE მოდელი

გადაწყვეტილების მიღების მოდელი გვაძლევს საშუალებას დავრწმუნდეთ რომ გადაწყვეტილების მიღების ყველა ნაბიჯი გავლილია. ამით გვიცავს დასკვნების ნაადრევად გამოტანისგან იქამდე, სანამ ყველა საჭირო ინფორმაცია არ შეგროვდება და არ გაანალიზდება. **GUO-ს (2008)** მოდელი გადაწყვეტილების მიღებისას იყენებს აბრევიატურას **DECIDE** ამ პროცესის შემადგენელი ნაბიჯების გამოსახატად. **DECIDE** მოდელის ნაბიჯები ნაჩვენებია ცხრილში 3-3.

ცხრილი 3.3 DECIDE მოდელის ნაბიჯები

<p>D = განსაზღვრე პრობლემა საჭიროების დროს</p> <p>E = დაადგინე კრიტერიუმები</p> <p>C = განიხილე ალტერნატივები</p> <p>I = განსაზღვრე საუკეთესო ალტერნატივები</p>	<p>D = სამოქმედო გეგმა შეიმუშავე და დანერგე</p> <p>E = შეაფასე და ანარმე გადაწყვეტილებების ზედამხედველობა, უზრუნველყავი უკუგება საჭიროებისამებრ</p>
---	---

გადაწყვეტილების მიღების ბადის ანალიზი

გადაწყვეტილების მიღების ცხრილის ანალიზი არის უმარტივესი მოდელი, რომელიც შეიძლება გამოიყენოს ექთან ლიდერმა და მენეჯერმა, განსაკუთრებით მაშინ როდესაც გადაწყვეტილება მოიცავს ერთზე მეტ შესაძლო ალტერნატიულ ვარიანტს. ეს ტექნიკა გულისხმობს სქემის ან ცხრილის სახით ვარიანტების და ფაქტორების განაწილებას. შესაძლო ვარიანტები ან მათი ალტერნატივები სქემაზე გამოსახულია რიგების სახით, ხოლო ფაქტორები განლაგებულია ვერტიკალურ სვეტში. შემდეგ, 0-დან 3-მდე ფარგლებში ხდება თითოეული ვარიანტის გრადაცია „ცუდიდან“ „ძალიან კარგამდე“ ან „არ არის სავარაუდო“-დან „ძალიან სავარაუდო“-მდე; ერთი და იმავე ციფრის მინიჭება შესაძლოა ერთზე მეტჯერ. მაგალითად, ექთანი მენეჯერი ადგენს რომელი მორიგეობის ტიპი იქნება საუკეთესო კონკრეტული განყოფილებისთვის. ალტერნატიული ვარიანტებია 12 საათიანი, 10 საათიანი და 8 საათიანი მორიგეობები. ამის შემდეგ, ექთანი მენეჯერები საზღვრავენ ქვემოთ მოყვანილ ფაქტორებს პერსონალის ჩართულობა

ბით მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრინციპის გამოყენებით. ამ ფაქტორებში მოიაზრება ექთნის კმაყოფილება, ექთნის დალლილობა, პაციენტის კმაყოფილება და გვერდითი მოვლენების ალბათობა. შემდეგ, ექთანი მენეჯერი ახდენს ალტერნატიული ვარიანტების გრადაციას და შემდეგ უკვე თითოეული ფაქტორის გრადაციას მათი მნიშვნელოვნებიდან გამომდინარე - 0 ნიშნავს უმნიშვნელოს და 3 ყველაზე მნიშვნელოვანს. შემდეგ ხდება თითოეული ფაქტორის მაჩვენებლის გადამრავლება ფაქტორის მაჩვენებელზე. გადამრავლების შედეგად მიღებული ყველაზე მაღალი ქულის მქონე ვარიანტი წარმოადგენს ყველაზე შესაფერ ვარიანტს განსახილველი სიტუაციისთვის. ცხრილში 3-4 ჩანს რომ ყველაზე მაღალი ქულა აქვს 10 საათიან მორიგეობას და სწორედ ეს ვარიანტი აისახება საბოლოო გადანყვეტილებაშიც.

ცხრილი 3-4 მორიგეობის განრიგზე გადანყვეტილების მიღების ბადე

	ექთნების მაღალი კმაყოფილების მაჩვენებელი	ექთნების დაბალი დალლილობის მაჩვენებელი	ექთნების მაღალი კმაყოფილების მაჩვენებელი	მცირე რაოდენობის გვერდითი მოვლენები	მთლიანი მაჩვენებელი
წონითი წილი	2X	3X	2X	3X	
12 საათი	3(6)	1(3)	2(4)	1(3)	16
10 საათი	3(6)	2(6)	2(4)	2(6)	22
8 საათი	0(0)	2(6)	2(4)	3(9)	19

სასწავლო აქტივობა: გადანყვეტილების მიღების ცხრილი

იფიქრე იმ მნიშვნელოვან პერსონალურ გადანყვეტილებაზე, რომელიც გაქვს მისაღები. გამოიყენე გადანყვეტილების მიღების ბადე გადანყვეტილების გაანალიზების მიზნით.

SWOT ანალიზი

ეს არის ინსტრუმენტი რომელიც ხშირად გამოიყენება ორგანიზაციის სტრატეგიული დაგეგმარებისა და მარკეტინგისათვის. თუმცა ის შეიძლება გამოყენებული იქნას საექთნო პრაქტიკაშიც. SWOT ანალიზი ეყრდნობა ძლიერი, სუსტი მხარეების, შესაძლებლობებისა და საფრთხეების გამოვლენას. ძლიერი და სუსტი დეფინიციით ხასიათდება შიდა ფაქტორები, ხოლო შესაძლებლობები და საფრთხეები მიესადაგება გარეგან ფაქტორებს (Pearce, 2007). ექთანი ლიდერები და მენეჯერები, რომლებიც ლეზულობენ გადანყვეტილებას SWOT-ზე დაყრდნობით, დადებით შედეგებს ლეზულობენ როგორც პაციენტებთან ასევე ექთნებთან მიმართებით. ამისათვის საჭიროა პერსონალის დადებითი და სუსტემი მხარეების, გასაუმჯობესებელი არიალების და პოზიტიური ცვლილებების შესაძლებლობების გამოვლენა (Roussel, 2013).

გაზიარებული გადანყვეტილების მიღება

ექთანი ლიდერებისა და მენეჯერების ფუნქცია გადანაცვლებულია ერთეულ-დამოკიდებული გადანყვეტილების მიღებიდან გაზიარებული გადანყვეტილების მიღების პრინციპისკენ. გაზიარებული გადანყვეტილების მიღება ნიშნავს პაციენტის მკურნალობასთან და სამუშაო მეთოდებთან დაკავშირებით გადანყვეტილების მიღების პროცესში ექთნების ჩართვას. გაზიარებული გადანყვეტილების მიღება ექთან ლიდერებისა და მენეჯერებისგან მოითხოვს სამუშაოზე აყვანასთან, დაგეგმარებასთან ან ქმედებათა შეფასებებთან დაკავშირებული გადანყვეტილების მიღების პროცესში და განყოფილებაში მიმდინარე საერთო განხილვებში პერსონალის ჩართულობას (Graham-Dickerson et al., 2013). ამ პროცესში ჩართული ექთნები უფლებამოსილი არიან ეფექტური, ეფექტიანი, უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობის წარმოებაზე და აქვთ მუდმივი პროფესიული ზრდისა და განვითარების საშუალება (ANA, 2015b). განყოფილებაში გაზიარებული გადანყვეტილების მიღების მხარდაჭერით ჩვენ ბიძგს ვაძლევთ ჯანმრთელი სამუშაო გარემოს ჩამოყალიბებას და უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობის წარმოებას. კიდევ უფრო მეტი, გაზიარებული გადანყვეტილების მიღება ზრდის სამუშაოთი კმაყოფილებას, აუმჯობესებს ექთნების სამუშაოზე აყვანისა და შენარჩუნების პროცესს (Houser et al., 2012; Scherb, Specht, Loes & Reed, 2011; Shiparski, 2005).

მიუხედავად იმისა, რომ ეს ჯერ არ არის საყოველთაოდ მიღებული ნორმა, გაზიარებული გადანყვეტილების მიღება მაინც სტანდარტია Magnet-ალიარებული ორგანიზაციებისთვის. ამ სტრატეგიამ დადებითი გავლენა იქონია ექთნების კმაყოფილებაზე, ადამიანური რესურსების დაგეგმვაზე, პაციენტების კმაყოფილებასა და გვერდითი მოვლენების შემცირებაზე (Houser et al., 2012). The ANA's Code of Ethics for Nurses With Interpretive Statements-ი ადგენს რომ ექთანი ლიდერები და მენეჯერები პასუხისმგებელი არიან გაზარდონ განყოფილების და ორგანიზაციის დონეზე გუნდურ მუშაობაში ექთნების ჩართულობა და წაახალისონ ისინი გაზიარებული გადანყვეტილებების მიღების კუთხით საკუთარი უნარ-ჩვევების განვითარებაზე (ANA, 2016). American Organization of Nurse Executives (AONE) გაზიარებული გადანყვეტილების მიღებას საზღვრავს როგორც კომუნიკაციისა და ურთიერთობების ჩამოყალიბებისთვის აუცილებელ კომპეტენციას და ადგენს რომ ექთანი ლიდერები და მენეჯერები „უნდა ახალისებდნენ პერსონალს გადანყვეტილების მიღების კუთხით; ღებულობდნენ პაციენტზე ორიენტირებულ გადანყვეტილებებს და ქმნიდნენ აზრების გაზიარებისთვის კომფორტულ გარემოს“ (AONE, 2007, p. 4).

საუკეთესოს გამოვლენა - Appreciative inquiry

ბევრ შემთხვევაში, გადანყვეტილებების მიღების პროცესი თავის თავში მოიცავს პრობლემის გადაჭრასაც. პრობლემის გადაჭრა გულისხმობს პრობლემის დადგენას და სისტემური პროცესის გამოყენებას აღნიშნული პრობლემის გადასაჭრელად. პრობლემის გადაჭრა მოითხოვს პრობლემის, ჩავარდნის ან უარყოფითი გამოსავლის დაკვირვებით შესწავლას და ამის შემდეგ უკვე გადაჭრის გზების მოძიებას.

ერთ-ერთი მიდგომა პრობლემის გადაჭრისთვის არის „საუკეთესოს გამოვლენა“. ეს მეთოდი არის სტრატეგია, რომელიც გამდიდრებულია გამოსავლების პოზიტიური მახასიათებლებით, მათი ღირებულების აქცენტირებითა და მათზე შემდგომი ქმედებების დაშენებით. ამ მიდგომის საბოლოო პროდუქტი არის კულტურული ცვლილებების განხორციელება ან ხედვისა და გეგმის შემუშავება (Manion, 2011). „საუკეთესოს გამოვლენა“ დაფუძნებულია რწმენაზე რომ რომელიმე სხვა ორგანიზაციაში არსებობს რაღაც მსგავსი რაც უკვე მოქმედია. იგი ორიენტირდება ამ ელემენტის დადებითი მახასიათებლების აღმოჩენასა და შემდგომ უკვე შესწავლაზე, ამ ჭრილშივე მიმდინარე პროცესის განხილვაზე (Manion, 2011; Meline & Brehm, 2015). ეს არის კოლაბორაციული პროცესი რომელიც ხელს უწყობს პერსონალს შორის ცოდნის გაცვლას პრობლემის გადაჭრის და ინოვაციური ცვლილებების განხორციელების მიზნით. ამასთან ნეგატიური თემებიდან ყურადღება გადააქვს იმ საუკეთესოზე, რაც ასე მნიშვნელოვანია ორგანიზაციისთვის.

Graham-Dickerson, P., Houser, J., Thomas, E., Casper, C., Erkenbrack, L., Wenzel, M., & Siegrist, M. (2013). გადანყვეტილების მიღების დროს საექთნო პერსონალის ჩართულობის ღირებულება. *Journal of Nursing Administration*, 43(5), 286-292

მიზანი

ამ კვლევის მიზანი იყო საავადმყოფოს საექთნო პერსონალის მოლოდინების შეფასება გადანყვეტილებების მიღებაში მათი ჩართულობის მიმართებით და იმ გზების შეფასება რომელთა გამოყენებითაც უნდა მოხდეს მათი ამ პროცესში ჩართვა

მეთოდები

მკვლევარებმა მიმართეს თვისობრივ აღწერილობით დიზაინს და სპეციალური კითხვარების საშუალებით გამოკითხეს ფოკუს-ჯგუფებში გაერთიანებული ექთნები და უფროსი ექთნები კოლორადოს 10 სოფლის და სუბურბანული საავადმყოფოდან.

ძირითადი აღოჩენები

მონაცემების ანალიზი მოხდა დაფუძნებული თეორიის (grounded theory) გამოყენებით. შვიდი თემა განისაზღვრა: კოლაბორაცია, გაზრდილი ჩართულობა, პრობლემის იდენტიფიკაცია, ფორმალური და არაფორმალური კომუნიკაცია, ანგარიშგება, ავტონომია გადანყვეტილების მიღების პროცესში და უფლებამოსილების მინიჭება. გადანყვეტილების მიღებაში მონაწილეობა სასურველი კომპონენტი იყო კვლევაში ჩართული ყველა პირისათვის, იმ მოსაზრებით რომ ეს დადებით გავლენას მოახდენდა სამუშაო გარემოსა და ექთნების კმაყოფილებაზე. ისინი თვლიდნენ რომ ჩართულობის ფონზე თავს უფრო თავდაჯერებულად და დაფასებულად იგრძნობდნენ. უფრო მეტიც, ისინი ჩართულობას მიიჩნევდნენ ორგანიზაციის საქმიანობაზე ზეგავლენის მოხდენის წინაპირობად.

ლიდერი და მენეჯერი ექთნების საქმიანობაზე შესაძლო გავლენა

ექთან ლიდერებსა და მენეჯერებს შეუძლიათ ამ კვლევის შედეგების ფონზე გადახედონ საკუთარი მართვის სტილს. ავტორები თვლიან რომ ექთანმა ლიდერებმა და მენეჯერებმა უნდა მოუსმინონ საკუთარ პერსონალს, მიიღონ მათი რეკომენდაციები და ამ ერეკომენდაციების დანერგვის ან მოდიფიკაციის შემთხვევაში უკუკავშირი იქონიონ მათთან. განყოფილების დონეზე გადანყვეტილების მიღების პროცესში ექთნების ჩართულობამ შეიძლება გააუმჯობესოს პაციენტის გამოსავლები და ექთნების კმაყოფილება.

„საუკეთესოს გამოვლენის“ მიდგომაში განარჩევენ ოთხ ეტაპს, რომელსაც, როგორც წესი, ოთხ D-ს უწოდებენ. პირველი არის აღმოჩენის ეტაპი ან აღმოჩენის ფაზა და იგი გულისხმობს ამბის თხრობას. კითხვა რომელსაც პასუხი გაეცემა ამ ეტაპზე არის „რა განაპირობებს სიცოცხლეს?“. ამ ეტაპის მიზანია განისაზღვროს რა ფაქტორები მუშაობს საუკეთესოდ. მეორე ეტაპია ოცნება ანუ წარმოდგენის ეტაპი რომლის დროსაც პასუხი გაეცემა კითხვას „რა შეიძლება იყოს?“. თანამშრომელი ფიქრობს წინსწრებით და წარმოიდგენს მომავალს პირველ ეტაპზე იდენტიფიცირებული დადებითი ფაქტორების საფუძველზე. მესამე ეტაპი ეს არის დიზაინის ანუ თანაკონსტრუქციული ფაზა. ამ ეტაპზე ორიენტირებულები არიან იდეალურის ჩამოყალიბებაზე და იმ პროცესების და სტრუქტურების განსაზღვრაზე რაც აუცილებელია ამ იდეალურის შესაქმნელად. კითხვა რასაც პასუხი უნდა გაეცეს ამ ეტაპზე არის „რა უნდა იყოს?“. ბოლო ეტაპი არის გარდაუვალი (destiny) ანუ შემანარჩუნებელი ფაზა. მიზანია განისაზღვროს თუ როგორ უნდა მოხდეს იდენტიფიცირებული მახასიათებლების აქტუალიზაცია, ჩამოყალიბება და შენარჩუნება. ბოლო ეტაპის დროს, ორიენტირება ხდება დადებითზე და ჩამოყალიბებული ხედვის გამყარებისთვის პროცესში მონაწილე ყველა პირისთვის უფლებამოსილების მინიჭება.

შეისწავლე მტკიცებულება

Meline, D., & Brehm, S. N., (2015). გაზიარებული გადაწყვეტილების მიღების შენარჩუნება: სამუშაო ჯგუფის ორწლიანი პროცესი, *American Nurse Today*, 10(3), 52-54

მიზანი

ავტორები წარმოაჩენენ საკუთარ გამოცდილებას გაზიარებული გადაწყვეტილების მიღების პროცესში **appreciative inquiry**-ს გამოყენებასთან დაკავშირებით. ოპიოს საავადმყოფოს საექთნო სამსახურმა პრაქტიკაში დანერგა გაზიარებული გადაწყვეტილების მიღება წელიწადში ორჯერ არსებული შემოთავაზებების, სტრუქტურების და პროცესების კრიტიკულად მიმოხილვის სახით. ამ გზით ისინი შეეცადენ პაციენტის მკურნალობისა და პროფესიული საექთნო საქმიანობის გაუმჯობესებას.

პროცესი

შეკრების დროს ხდება მიზნის იდენტიფიცირება. ავტორების მიერ მოწოდებულ მაგალითში, მიზანს წარმოადგენდა პროფესიული საექთნო საქმიანობაზე გავლენის მოხდენა და მომავალში მისი გაძლიერება გაზიარებული მართვის სტრუქტურისა და ამ სტრუქტურის ფუნქციის შეფასების გზით (P. 53). **appreciate inquiry**-ზე ორიენტირებით განისაზღვრა პროცესი და სამუშაო ჯგუფმა გააგრძელა მუშაობა აღმოჩენის, წარმოსახვის, დიზაინის შემუშავების და მომავალში განხორციელების მიმართულებით:

- აღმოჩენა: სამუშაო ჯგუფი სვავს შემდეგ კითხვებს:
 - რა მუშაობს ეხლა?
 - რა არ გვინდა რომ დავკარგოთ?
 - რა არის ჩვენი გაზიარებული გადაწყვეტილების მიღების ძლიერი მხარეები?

სამუშაო ჯგუფის წევრების შემდეგ ორიენტირდებიან ამ ძლიერ მხარეებზე, პრობლემის გადაჭრიდან დადებითი მხარეების დაფასებისკენ პროცესების გადატანისა და მათი გაუმჯობესების მიზნით.

- წარმოსახვა: ამ ეტაპის მიზანია შემოქმედებითი პროცესის დანყება. ამ ეტაპზე გუნდის წევრებს მოეთხოვებათ საექთნო სამსახურზე საკუთარი წარმოდგენების სიმბოლურად დახატვა. ამავ ეტაპზე ხდება ასევე იდეების გენერირება ანუ ე.წ. **brainstorming**.
- დიზაინის შემუშავება: სამუშაო ჯგუფი იდეების გენერირების საფუძველზე ახდენს საუკეთესო იდეების დაზუსტებას. ამ მაგალითში, ავტორის მიერ ასეთ იდეებად იდენტიფიცირდება კომუნიკაცია, მენტორინგი და ანგარიშგება. შემდგომ გუნდი ახდენს სპეციფიური სურვილების დაფიქსირებას თითოეულ იდეასთან მიმართებით. უკავშირებენ თუ არა საკუთარ წარმოდგენებს რეალობას, სამუშაო ჯგუფის წევრები სვავენ კითხვებს:
 - რა არის სარგებელი?
 - რა ქმედებებია საჭირო ცვლილებების უზრუნველსაყოფად?
 - ვინ შეიძლება მოახდინოს გავლენა ცვლილებებზე?
 - ვინ იქნება ჩართული ამ პროცესში?
- განხორციელება: სამუშაო ჯგუფი დეტალურად აზუსტებს ცვლილებების განხორციელების შესაძლებლობას, შეიმუშავებს რეკომენდაციებს და აწოდებს მათ ორგანიზაციის ლიდერებს.

გამოსავლები

ავტორები ასკვნის რომ გაზიარებული გადაწყვეტილების მიღების პროცესში **appreciative inquiry**-ის გამოყენება აძლიერებს მათ პროცესს და წარმართავს სამუშაო ჯგუფს ოცნებების რეალობად გარდაქმნის მიმართულებით.

ლიდერი და მენეჯერი ექთნების საქმიანობაზე შესაძლო გავლენა

ეს სტატია საექთნო ლიდერებსა და მენეჯერებს აწვდის საექთნო საქმიანობაში გაზიარებული გადაწყვეტილების და **appreciative inquiry**-ის დანერგვის რეალურ მაგალითს. გაზიარების პროცესი შეიძლება გამოყენებული იქნას როგორც ერთეულის (ანუ განყოფილების) ასევე ორგანიზაციის დონეზე.

შეჯამება

ყველა ექთანი, მიუხედავად მისი ფუნქციისა, უნდა ივითარებდეს კრიტიკულ აზროვნებას და გადანყვეტილების მიღების უნარ-ჩვევებს. უსაფრთხო და ხარისხიანი პაციენტის მკურნალობა გულისხმობს ეფექტური კრიტიკული აზროვნების უნარ-ჩვევებს და ამიტომ ექთანი ლიდერები და მენეჯერები უნდა ახალისებდნენ თანამშრომლებს კრიტიკული აზროვნების მიმართულებით. კრიტიკული აზროვნება გულისხმობს სისტემური და ლიგიკური გზით აზროვნებას და იმ მიდგომების გენერირებას, დანერგვას და შეფასებას, რაც საჭიროა საქმიანობაში დადებითი გამოსავლების მისაღწევად. რეფლექსური აზროვნება და ინტუიტიური აზროვნება არის კრიტიკული აზროვნების ელემენტები და ისინი ეფუძნება კარგად განსაზღვრულ გამოცდილებას, უზრუნველყოფს ღირებულებებზე დაფუძნებული გადანყვეტილების მიღებას. კრიტიკული აზროვნება უკავშირდება გადანყვეტილების მიღებას და საექთნო საქმიანობას. ექთანი ლიდერები და მენეჯერები საექთნო საქმიანობაზე კრიტიკული აზროვნების დაშენების გზით აღწევენ სასურველ გამოსავლებს გარკვეული გადანყვეტილებების მიღებისას. ეფექტური ექთან ლიდერების და მენეჯერების მოდელი ხაზს უსვავს კრიტიკული აზროვნების და გადანყვეტილების მიღების უნარ-ჩვევების ქონის აუცილებლობას, მხარს უჭერს ღია კომუნიკაციას და გაზიარებული გადანყვეტილებების მიღებისას პერსონალის მხრიდან მოსაზრებების გაჟღერებას. ასეთი მიდგომების ფონზე, ექთნები შეიცნობენ საკუთარი საქმიანობის მნიშვნელოვნებას და იზიარებენ პაციენტის უსაფრთხოებისა და ხარისხის მიმართულებით საკუთარ ვალდებულებებს (ANA, 2016).

რეკომენდებული ვებ-გვერდები:

- American Organization of Nurse Executives (AONE) Nurse Executive Competencies: System CNE: www.aone.org/resources/nec-system-cne-pdf
- Center for Appreciative Inquiry: www.centerforappreciativeinquiry.nte
- Foundation for Critical Thinking: www.criticalthinking.org

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Alfaro-LeFevre, R. (2006). *Applying nursing process: A tool for critical thinking* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- American Association of Colleges of Nursing. (2008). *The essentials of baccalaureate education for professional nursing practice*. Washington, DC: Author. Retrieved from www.aacn.nche.edu/educationresources/baccessentials08.pdf
- American Nurses Association. (2015a). *Nursing: Scope and standards of practice* (3rd ed.). Silver Spring, MD: Author.
- American Nurses Association. (2015b). *Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements*. Silver Spring, MD: Author.
- American Nurses Association. (2016). *Nursing administration: Scope and standards of practice* (2nd ed.). Silver Spring, MD: Author.
- American Organization of Nurse Executives. (2007). *AONE guiding principles for relationships among nursing and support services in the clinical setting*. Retrieved from www.aone.org/resources/relationships-nursing-support-services-clinical-setting.pdf
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Benner, P., Hughes, R., & Sutphen, M. (2008). Clinical reasoning, decision making, and action: Thinking critically and clinically. In R. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2008.
- Bittner, N., & Tobin, E. (1998). Critical thinking: Strategies for clinical practice. *Journal of Nursing Staff Development*, 14(6), 267–272.
- Facione, N. C., Facione, P. A., & Sanchez, C. A. (1994). Critical thinking disposition as a measure of competent clinical judgment: The development of the California Critical Thinking Disposition Inventory. *Nursing Education*, 33(8), 345–350.
- Graham-Dickerson, P., Houser, J., Thomas, E., Casper, C., Erkenbrack L, Wenzel, M., & Siegrist M. (2013). The value of staff nurse involvement in decision making. *Journal of Nursing Administration*, 43(5), 286–292.
- Guo, K. L. (2008). DECIDE: A decision-making model for more effective decision making by health care managers. *Health Care Manager*, 27(2), 118–127.
- Heaslip, P. (2008). Critical thinking and nursing. *Foundation for Critical Thinking*. Retrieved from www.criticalthinking.org/pages/critical-thinking-and-nursing/834
- Houser, J., ErkenBrack, L., Handberry, L., Ricker, F., & Stroup L. (2012). Involving nurses in decisions: Improving both nurse and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 42(7/8), 375–382.
- Ignatavicius, D. (2001). Six critical thinking skills for at-the bedside success. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 20(2), 30–33.
- Krairiksh, M., & Anthony, M. K. (2001). Benefits and outcomes of staff nurses' participation in decision making. *Journal of Nursing Administration*, 31(1), 16–23.
- Manion, J. (2011). *From management to leadership: Strategies for transforming health care* (3rd ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Masters, K. (2014). *Role development in professional nursing practice* (3rd ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- McConnell, C. R. (2000). The anatomy of a decision. *Health Care Manager*, 18(4), 63–74.
- Meline, D. L., & Brehm, S. N. (2015). Sustaining shared decision making: A biennial task force process. *American Nurse Today*, 10(3), 52–54.

- National Council of State Boards of Nursing. (2013). NCLEX-RN examination: Detailed test plan for the National Council licensure examinations for registered nurses: Item writer/ item reviewer/nursing educator version. Retrieved from www.ncsbn.org/2013_NCLEX_RN_Detailed_Test_Plan_Educator.pdf Payne, L. K. (2015). Intuitive decision making as the culmination of continuing education: A theoretical framework. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 46(7), 326–332.
- Pearce, C. (2007). Ten steps to carrying out a SWOT analysis. *Nursing Management*, 14(2), 25.
- Porter-O’Grady, T., Igein, G., Alexander, D., Blaylock, J., McComb, D., & Williams, S. (2005). Critical thinking for nursing leadership. *Nurse Leader*, 3(4), 28–31.
- Porter-O’Grady, T., & Malloch, K. (2013). *Leadership in nursing practice: Changing the landscape of health care*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning. 116 PART I FOUNDATIONS AND BACKGROUND 3021_Ch05_102-117 14/01/17 3:54 PM Page 116
- Robert, R. R., Tilley, D.S., & Petersen, S. (2014). A power in clinical nursing practice: Concept analysis on nursing intuition. *Medsurg Nursing*, 23(5), 343–349.
- Roussel, L. (2013). *Management and leadership for nurse administrators* (6th ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Scheffer, B. K., & Rubenfeld, M. G. (2000). A consensus statement on critical thinking in nursing. *Journal of Nursing Education*, 39(9), 352–360.
- Scherb, C. A., Specht, J. K., Loes, J. L., & Reed, D. (2011). Decisional involvement: Staff nurse and nurse manager perceptions. *Western Journal of Nursing Research*, 33(2), 161–179.
- Scriven, M., & Paul, R. (n.d.). Defining critical thinking. Foundation for Critical Thinking. Retrieved from www.criticalthinking.org/pages/defining-critical-thinking/410
- Shiparski, L. A. (2005). Engaging in shared decision making: Leveraging staff and management expertise. *Nurse Leader*, 3(1), 36-41.
- Zori, S., & Morrison, B. (2009). Critical thinking in nurse managers. *Nursing Economics*, 27(2), 75–79, 98.
- Zori, S., Nosek, L. J., & Musil, C. M. (2010). Critical thinking of nurse managers related to staff RNs’ perceptions of the practice environment. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(3), 305–313.

თავი 4

ეფექტური კომუნიკაცია

ამ თავში თქვენ შეისწავლით:

- ეფექტური კომუნიკაციის მნიშვნელობის განხილვას უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობისათვის;
- ექთანი ლიდერებისა და მენეჯერების სტრატეგიის დადგენას ეფექტური კომუნიკაციის უზრუნველყოფის მიზნით;
- კომუნიკაციის პროცესის განხილვას;
- ვერბალური და არავერბალური კომუნიკაციის განსაზღვრას და ახსნას რატომ არის ორივე აუცილებელი ეფექტური კომუნიკაციისთვის;
- თუ რატომ არის მნიშვნელოვანი აქტიური მოსმენის პრაქტიკის დანერგვა;
- იმ ფაქტორების დადგენას, რომელიც გავლენას ახდენს კომუნიკაციაზე;
- ფორმალური და არაფორმალური კომუნიკაციის შედარებას, მათ შესაფერისად გამოყენებას;
- ორგანიზაციული კომუნიკაციის, ინტერპროფესიული და ინტრაპროფესიული კომუნიკაციის დახასიათებას.

კომუნიკაცია არის საექთნო საქმიანობის მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტი. ცალსახა კავშირი ეფექტურ კომუნიკაციასა და პაციენტის დადებით გამოსავალს შორის. ექთნებს ეფექტური კომუნიკაცია უნდა ჰქონდეთ ჯანდაცვის გუნდის სხვა წევრებთან: პაციენტთან, სხვა ექთნებთან და პაციენტის ოჯახის წევრებთან (American Association of Colleges of Nursing – AACN, 2008). ეფექტური კომუნიკაცია მოიცავს კარგად განსაზღვრულ ორ ეტაპს: იდეის ადეკვატურად გაუღერება და მსმენელთა მხრიდან მოსმენილის გაგება (Rosenblatt & Davis, 2009).

ეფექტური კომუნიკაცია არის ზუსტი და დროული, აქცენტს აკეთებს მკურნალობის ხარისხზე და ხელს უწყობს სამუშაო გარემოს გაჯანმრთელებას. კომუნიკაციის ხელოვნების დაუფლება თითქოს მარტივია, რადგან ჩვენ მას მიჩვეული ვართ ჩვენს ყოველდღიურ ცხოვრებაში. თუმცა, ეფექტურ კომუნიკაციასთან დაკავშირებული სირთულეები, როგორცაა ცოდნა თუ როდის არ მყარდება კომუნიკაცია ან როდის ხდება ვერბალური თუ არავერბალური მინიშნებების მიცემა, საჭიროებს შესწავლას და შემდგომ უკვე საქმიანობისას გამოყენებას. ეს თავი მოიცავს კომუნიკაციის საბაზისო ელემენტებს, დეტალურად საზღვრავს ეფექტური კომუნიკაციის ელემენტებს და აღწერს საექთნო საქმიანობაში ყველაზე ხშირად გამოყენებული კომუნიკაციის სამ ტიპს: ორგანიზაციულს, ინტერპროფესიულსა და ინტრაპროფესიულს.

რატომ არის ეფექტური კომუნიკაცია მნიშვნელოვანი

ექთნები, გარდა კლინიკური უნარ-ჩვევებისა, განაფულნი უნდა იყვნენ კომუნიკაციურ უნარ-ჩვევებშიც (American Association of Critical-Care Nurses, 2016). ფაქტია, რომ ეფექტური კომუნიკაცია კრიტიკულია საექთნო პრაქტიკისთვის, რადგან სწორედ მასზე დაყრდნობით ხდება ინტერპროფესიული და ინტრაპროფესიული გუნდების ჩამოყალიბება და ამასთან წარმოადგენს საექთნო ლიდერობის წარმატების საფუძველს.

ეფექტური კომუნიკაცია ასევე Quality and Safety Education for Nurses (QSEN)-ის ძირითადი კომპეტენციების, პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობის, გუნდური მუშაობისა და თანამშრომლობის და უსაფრთხოების სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი მახასიათებელია (Cronenwett et al., 2007). პაციენტზე ორიენტირებული მოვლის უზრუნველყოფის მიზნით, ექთანი ეფექტურ

კომუნიკაციას უნდა ამყარებდეს პაციენტსა და მის ოჯახის წევრებთან, რათა დარწმუნდეს, რომ პაციენტს შეუძლია ინფორმირებული თანხმობის გაცემა და საკუთარი მკურნალობის პროცესში აქტიური მონაწილეობა. გუნდური მუშაობა და თანამშრომლობა ექთნებისგან მოითხოვს კომუნიკაციის კარგ უნარ-ჩვევებს, რათა აქტიურად იყვნენ ჩართულნი ინტერპროფესიულ და ინტრაპროფესიულ გუნდურ საქმიანობაში. ყველაზე მნიშვნელოვანია ექთნებს ესმოდათ, რომ მისკომუნიკაციამ და კომუნიკაციის სხვა ხარვეზებმა შეიძლება მიგვიყვანოს სამედიცინო შეცდომებამდე. ეს უკანასკნელი კი, თავის მხრივ, პაციენტის უსაფრთხოების კუთხით შეიძლება რისკების შემცველი აღმოჩნდეს. ფაქტია, რომ Joint Commission (TJC, 2014) კომუნიკაციის შეცდომებს განიხილავს, როგორც განსაკუთრებულად ყურადსაღებ შემთხვევების (sentinel event) საფუძველს.

2004 წელს¹ ჩატარებული კვლევის მიხედვით, მკვლევარებმა განსაზღვრეს იმ შვიდი მიმართულებით საუბრის ნაკლებობა, რომელსაც, როგორც წესი, არ მისდევენ ჯანდაცვის პროფესიონალები, რაც თავის მხრივ ზრდის შეცდომების სიხშირეს. ეს საუბრები დაკავშირებულია: სამედიცინო შეცდომებთან, პაციენტის უსაფრთხოებასთან, მკურნალობის ხარისხთან, პერსონალის ყურადღებასთან, დისკრეციულ ძალისხმევასა და პერსონალის ბრუნვასთან“ (Maxwell et al., 2005, p. 2). მკვლევარებმა გამოყვეს ფოკუს ჯგუფები, ჩაატარეს გამოკითხვები და შეაგროვეს მონაცემი 1700-ზე მეტი რესპოდენტისგან. ამ კვლევით განისაზღვრა შემდეგი პრობლემური მიმართულებები: წესების დარღვევა, შეცდომები, მხარდაჭერის ნაკლებობა, არაკომპეტენტურობა, ცუდი გუნდური მუშაობა, უპატივცემულობა და მიკრო მენეჯმენტი. ამასთან, გამოკითხულთა ნახევარზე მეტი ადასტურებდა, რომ შესწრებიან კოლეგების მიერ წესების დარღვევას და არაკომპეტენტურ საქმიანობას ზემოთ აღნიშნულ სფეროებში, თუმცა ათიდან მხოლოდ ერთი თუ განიხილავდა კოლეგებთან საკუთარ შემფოთებას. უფრო მეტიც, გამოკითხულთა უმრავლესობას საერთოდ არ მიაჩნდა ეს საკუთარ მოვალეობად.

სამი ძირითადი მიზეზი რატომაც გაურბოდნენ პროფესიონალები საკუთარი წუხილის გაზიარებას, იყო შემდეგი: ინდივიდის უნარის ნაკლებობა, რწმენა რომ ეს არ არის მათი პასუხისმგებლობა და რწმენა, რომ ეს საერთოდ რაიმე სიკეთის მომტანია. საინტერესოა მკვლევარების მიერ დადგენილი ფაქტი, რომ ჯანდაცვის პროფესიონალების მხოლოდ 5-15% საუბრობს საკუთარ წუხილზე და ეს მაჩვენებელი კორელირებს იმ პროფესიონალების რაოდენობასთან, რომელთაც „მიაჩნიათ, რომ ინტენსიურ საუბრებს შეუძლიათ პაციენტების, მთლიანად საავადმყოფოებისა და მათი საკუთარი გამოსავლის გაუმჯობესება“ (Maxwell et al., 2005, p.7). ამის საპირისპიროდ, როდესაც პროფესიონალები არ საუბრობენ და არ განიხილავენ საკუთარ წუხილს, ეს აზიანებს მათ მორალურ მდგომარეობას და ამცირებს მათ პროდუქტიულობას, რაც, საბოლოოდ, გავლენას ახდენს პაციენტის უსაფრთხოებაზე (Maxwell et al., 2005). მკვლევარები მოუწოდებენ ორგანიზაციებს შექმნან ისეთი ორგანიზაციული კულტურა, სადაც ყველა თანამშრომელი შეძლებს საკუთარ წუხილზე თავისუფლად საუბარს. მსგავსი მიდგომა გაზრდიდა პროდუქტიულობას, შეამცირებდა ექთნების გადინებას და გააუმჯობესებდა პერსონალის თანამშრომლობას.

ექთნები, ყველა დონეზე მუშაობისას და ყველა ტიპის საქმიანი ურთიერთობის დროს, უნდა ეყრდნობოდნენ ეფექტურ კომუნიკაციას (American Nurses Association – ANA, 2016). ამასთან, ექთან ლიდერებსა და მენეჯერებს აქვთ ვალდებულება აწარმოონ ეფექტური კომუნიკაცია სამუშაო ადგილზე და თავად უნდა იძლეოდნენ ეფექტური კომუნიკაციის მაგალითს სხვებისთვის. ფაქტია, რომ ისინი თავიანთი საქმიანობის 80%-ს უთმობენ კომუნიკაციას (Roussel & Swansburg, 2013). ეფექტური კომუნიკაციის მახასიათებლებია სხვების აზრის პატივისცემა, ემპათიით მიდგომა, აქტიური მოხმენა, სარკაზმზე უარის თქმა, უარის თქმა მბრძანებლურ ტონზე, სხვებზე ზემოდან ან ქვემოდან ყურების თავიდან აცილება და სხვების ჩართულობის ნახალისება (Smith, 2011). ეფექტური კომუნიკაციისა და გუნდური მუშაობის ხელშეწყობა და ექთნების კომპეტენტური კომუნიკაციის უნარ-ჩვევების უზრუნველყოფა არის ექთან მენეჯერებისა და ლიდერების მოვალეობა (Timmins, 2011). ექთან ლიდერებსა და მენეჯერებს შესაძლოა დიდი გავლენა ჰქონდეთ ეფექტურ კომუნიკაციაზე შემდეგი გზებით (Huston, 2014):

- თავად ჰქონდეთ ეფექტური კომუნიკაციის უნარი და სხვებისთვის მაგალითს წარმოადგენდნენ;

¹ Maxwell, Grenny, McMillan, Patterson & Switzler, 2005

- ქმნიდნენ და ინარჩუნებდნენ ისეთ ადმინისტრაციულ სტრუქტურებსა და ერთეულებს, რაც დაეფუძნება და მხარს დაუჭერს ეფექტურ კომუნიკაციასა და გუნდურ მუშაობას;
- შეეძლოთ ცუდი კომუნიკაციის გამო ნორმოშობილი კონფლიქტების აღკვეთა და მართვა.

ექთან ლიდერებსა და მენეჯერებს შეუძლიათ ექთნების არაფორმალური მხარდაჭერა და ხელმძღვანელობა, რაც უსიტყვოდ შექმნის დადებით სამუშაო გარემოს და აამაღლებს ექთნების ნდობას, მოტივაციასა და მორალურ სახეს (Timmins, 2011).

კომუნიკაციის საფუძვლები

სანამ ექთნები პრაქტიკულად შეძლებენ ეფექტურ კომუნიკაციას, უნდა გაეცნონ კომუნიკაციის საფუძვლებს.

კომუნიკაციის პროცესი

ეს პროცესი მოიცავს შემდეგ ელემენტებს (Adler & Proctor, 2014; Harkreader, Hogan & Thobaben, 2007):

- გამგზავნი: პირი რომელიც იწყებს ინფორმაციის, აზრებისა და ნაფიქრის გადაცემას და პროცესში რთავს ერთ ან მეტ პირს;
- კოდირება: პროცესი, რომელსაც ადამიანი იყენებს შეტყობინებების გადასაცემად, მოიცავს სიტყვიერ ენას, ხმის ჟღერადობას/ტონს და სხეულის ენას;
- შეტყობინება: ინფორმაცია ან შინაარსი რასაც გამგზავნი პირი გადასცემს. იგი შესაძლოა გადაცემული იქნას ვერბალური, არავერბალური ან ნერილობითი გზით;
- კოდის მოხსნა: შეტყობინების ინტერპრეტირების პროცესი;
- მიმღები: პირი ან პირები ვისთვისაც არის განკუთვნილი შეტყობინება;
- უკუკავშირი: განსაზღვრა მივიდა თუ არა დანიშნულებისამებრ შეტყობინება; შეიძლება იყოს ვერბალური ან არავერბალური და აძლევს გამგზავნს საშუალებას მოახდინოს გზავნილის შესწორება ან დაზუსტება და დარწმუნდეს, რომ შეტყობინება სწორად არის გაგებული

სურათ 4-1-ზე ნაჩვენებია კომუნიკაციის ბაზისური მოდელი.



სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი ეტაპი კომუნიკაციის პროცესში არის უკუკავშირი. როგორც ერთხელ **George Bernard Shaw**-მა თქვა: „კომუნიკაციაში უდიდესი პრობლემა არის იმის ილუზია, რომ კომუნიკაცია შედგა“ (Shaw, n.d.). უბრალოდ შეტყობინების გაგზავნა და იმის რწმენა, რომ იგი ყველასთვის გასაგები და სასარგებლოა, არ ნიშნავს იმას რომ ეს შეტყობინება მიმღებისთვისაც ასეთივეა. მაგალითად, სმენითი პრობლემის მქონე პაციენტთან კომუნიკაციისას მხოლოდ სმენითი არხების გამოყენება, სავარაუდოდ არაეფექტურ კომუნიკაციას ნიშნავს. რადგანაც მიმღებმა პირმა მიწოდებული ინფორმაციის დეკოდირება უნდა მოახდინოს, ამიტომ სმენის პრობლემის მქონე პირებისთვის გაცილებით ინფორმატიული უნდა იყოს მხედველობითი არხებით მიღებული ინფორმაცია. ექთნებმა არ უნდა გადანევიტონ, რომ დაამაყარეს ეფექტური კომუნიკაცია, სანამ ინფორმაციის მიმღები არ დაუდასტურებს, რომ მიწოდებული ინფორმაცია მისთვისაც გასაგებია.

ვერბალური და არავერბალური კომუნიკაცია

ადამიანები კომუნიკაციისას იყენებენ კომბინირებულ ვერბალურ ენას ან სიტყვებით შეტყობინებას გასცემენ ლაპარაკით ან წერილობით და არავერბალური მინიშნებებით, როგორცაა ჟესტები, სახის გამომეტყველება, თვალებით კონტაქტი, პოზირება და სივრცის გამოყენება. ეფექტური კომუნიკაცია არის ვერბალური და არავერბალური შეტყობინებების თანხვედრა.

ვერბალური კომუნიკაცია

ვერბალური ურთიერთობა არის კომუნიკაციის მეთოდი (Blais & Hayes, 2011; Harkreader et al., 2007). იგი ხდება პირისპირ, ტელეფონით ან/და წერილობითი გზავნილებით, როგორცაა ელექტრონული გზავნილი. ერთი ადამიანი დღის განმავლობაში სხვებთან კომუნიკაციის დროს იყენებს საშუალოდ 20000 სიტყვას (Schuster & Nykolyn, 2010). სამწუხაროდ, ყველა სიტყვას ერთნაირი მნიშვნელობა არ აქვს ყველასთვის, ეს იმ შემთხვევაში თუკი სალაპარაკო ენა არ წარმოადგენს მათ მშობლიურ ენას. ეფექტური კომუნიკაციისთვის აუცილებელია სიტყვები იყოს გასაგები და თავიდან ავიცილოთ ორაზროვანი შეტყობინებები; ასევე მნიშვნელოვანია მოსაუბრისგან უკუკავშირის მიღება, რომ მან ინფორმაცია აღიქვას ისე, როგორც იყო მიზნობრივი (Schuster & Nykolyn, 2010).

ეფექტური კომუნიკაცია, ვერბალური თუ წერილობითი, ექთნებისთვის აუცილებელია პაციენტთან ურთიერთობის დროს. ეს აუცილებლობა განსაკუთრებით ვლინდება მაშინ, როდესაც ექთნები ახდენენ საკუთარი ქმედებების დოკუმენტირებას და პაციენტს/ოჯახის წევრებს აძლევენ განწერილ ნინ ინსტრუქციებს. საექთნო დოკუმენტაცია კომუნიკაციის საკვანძო კომპონენტია, რადგან მათ სხვა კოლეგებიც იყენებენ და ამასთან ეს დოკუმენტაცია წარმოადგენს სხვა ადმინისტრაციული ჩანაწერების შემადგენელ ნაწილსაც (ANA, 2010). ნათელი და გასაგები განწერილ ინსტრუქციები მნიშვნელოვანია პაციენტის ბინაზე მკურნალობის გაგრძელება/გამოჯანმრთელებისთვის და თავიდან გვაცილებს საავადმყოფოში დაუგეგმავ შემობრუნებას.

ექთან ლიდერებისა და მენეჯერებისთვის ასევე მნიშვნელოვანია პერსონალთან ვერბალური ეფექტური კომუნიკაცია. მათ ნათლად უნდა გადასცენ დამსაქმებლებისთვის მნიშვნელოვანი ისეთი ინფორმაცია (თუნდაც წერილობითი სახით), როგორცაა დაზღვევა, პროცედურები და ქმედებების შეფასების ინსტრუმენტები. ელექტრონული ფოსტით კომუნიკაციისას ექთანი ლიდერები და მენეჯერები აზრს უნდა გადმოსცემდნენ პროფესიონალურად და იყენებდნენ გასაგებ ენას (Marquis & Huston, 2015), კერძოდ, წერილობითი კომუნიკაციის დროს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სიცხადე, რადგან უკუკავშირი მიმღები პირისგან, როგორც წესი, დაგვიანებულია და გადის დიდი დრო სანამ ინფორმაციის გამცემი ახერხებს ინფორმაციის მიმწოდებელ პირთან დაკავშირებას. მიუხედავად კომუნიკაციის მიზნისა, ეფექტური წერილი კომუნიკაცია უნდა ეფუძნებოდეს მიმღები ინდივიდისთვის(ებისთვის) გასაგებ ენასა და ტერმინოლოგიას; უნდა იყოს გრამატიკულად გამართული, ლოგიკური და უნდა ეყრდნობოდეს ციტატებისა და რეფერენსების ადეკვატურ გამოყენებას (Blais & Hayes, 2011).

არავერბალური კომუნიკაცია

სიჩუმის დროსაც კი კომუნიკაცია გრძელდება. არავერბალური კომუნიკაცია ქცევის, ქმედების და სახის გამომეტყველების თანმდევი. იგი ან მარტო გამოიყენება ან ვერბალურ კომუნიკაციასთან ერთად. არავერბალური კომუნიკაცია თამაშობს ცენტრალურ როლს ადამიანების ურთიერთობაში და ის გადამწყვეტია ემოციებისა და მიმართებითი ინფორმაციის გადაცემის თვალსაზრისით (Henry, Fuhrel-Forbis, Rogers & Eggly, 2012). არავერბალური კომუნიკაცია შეიძლება იყოს როგორც ცნობიერი, ასევე ქვეცნობიერი და მოიცავს თვალებით კონტაქტს, სახის გამომეტყველებას, სხეულის მოძრაობას, შეხებას და ფიზიკურ კავშირს. სახის გამომეტყველება და სახის ნაწილების მოძრაობა წარმოადგენს ღირებულ მინიშნებებს და გამომხატავს პირის დამოკიდებულებას განსახილველი საკითხის მიმართ.

არავერბალური კომუნიკაციის დროს შეტყობინების გამგზავნი დარწმუნებული უნდა იყოს საკუთარი სხეულის ენის ვერბალურ გზავნილთან შესაბამისობაში. წარმოიდგინეთ სიტუაცია: ექთანი სთხოვს ექთან ლიდერს ან მენეჯერს რამდენიმე წუთი დაუთმოს პაციენტთან დაკავ-

შირებული სიტუაციის გასაგვლელად. ექთანი ლიდერი ან/და მენეჯერი სიტყვით თანხმდება, მაგრამ ამ დროს მუდმივად უყურებს საათს. ამ მაგალითში პერსონალისთვის სიტყვიერად გაგზავნილი შეტყობინება არ არის არასიტყვიერი გზავნილის შესაბამისი. არავერბალურ კომუნიკაციას, თავის მხრივ, შეიძლება მნიშვნელოვანი გავლენა ჰქონდეს პროცესზე. ხანდახან ექთანი მენეჯერის მარტო ყოფნაც კი განყოფილებაში შეიძლება იყოს საკმარისი გზავნილი პერსონალისთვის: „მე მაინტერესებს რა ხდება განყოფილებაში“. სათანადოდ შეაფასეთ ხოლმე არავერბალური კომუნიკაციის ძალა.

აქტიური მოსმენა

ეფექტური კომუნიკაცია მოითხოვს აქტიური მოსმენის უნარს (ANA, 2015). გაგონება და მოსმენა განსხვავებული რამაა: გაგონება ეს არის სასმენი აპარატის გამოყენების გზით ბგერებით კომუნიკაციის ფიზიოლოგიური პროცესი, მაშინ როდესაც მოსმენა უფრო აქტიური და ჩართულობითი პროცესია (Rebair, 2012) და საჭიროებს ენერჯიას და მაღალი დონის კონცენტრაციას (Weaver, 2010). აქტიური მოსმენა შეიძლება ჩაიშალოს ხუთ ეტაპად (Rebair, 2012):

- მიღება: ექთანი შეუძლია მოსმენით მიღებული ინფორმაციის გაგება;
- დასწრება: საუბარში ჩართულობა სხეულის ენის, სახის გამომეტყველებისა და შესტიკულაციის გზით;
- გაგება: იმის შეცნობა რა ითქვა და რა შეიძლება არ ითქვა ;
- პასუხი: პაციენტისთვის პასუხის მიცემა მისი განსჯის გარეშე და იმის შეცნობა, თუ რა გამოიწვევს მათ გაღიზიანებას და იმედგაცრუებას;
- დამახსოვრება: ყოველ ჯერზე პაციენტისთვის წინა საუბრების გახსენება კომუნიკაციის დროს.

აქტიური მოსმენა ასევე ავალდებულებს ექთანს გვერდზე გადადოს სხვისი განსჯა, შეფასება და დარწმუნდეს სხვების ემოციურ საჭიროებებსა და მდგომარეობაში (Weaver, 2010).

ექთნები ხშირად შეტყობინების გამგზავნები არიან კომუნიკაციის პროცესში, თუმცა მნიშვნელოვანია იყენებდნენ ყურადღებით მოსმენის უნარ-ჩვევებსაც. აქტიური მოსმენის გარეშე, ექთანი ვერ შეძლებს განსაზღვროს პაციენტის მოლოდინები და, შესაბამისად, მიაწოდოს უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობა/მოვლა. ექთნები მაქსიმალურად უნდა ეცადონ გამოიყენონ სხეულის ენა, სახის გამომეტყველება და სხეულის პოზა, რათა ნახალოსონ მოსაუბრე საუბარში აქტიურად ჩართვას (მაგალითად: დადგეს ისე, რომ მოხვდეს პაციენტის მხედველობის არეში) და არ განყვიტონ მასთან საუბარი (Rebair, 2012). კომუნიკაციის დროს გადაცემულ ინფორმაციაზე შესაბამისად პასუხის გაცემა ასევე მნიშვნელოვანია და შეიძლება მიღწეულ იქნას დათანხმების უკუგებით (მაგ., „მე მესმის თქვენი“) ან დამატებითი განმარტების მოთხოვნით (მაგ., „დარწმუნებული არ ვარ, რომ გავიგე“) (Beach, 2010; Rebair, 2012).

მნიშვნელოვანია როგორც პაციენტის, ასევე პერსონალის აქტიური მოსმენა. იმისთვის რომ თანამშრომლები ჰყავდეს კმაყოფილი და პროდუქტიული, ლიდერმა ან მენეჯერმა ექთანმა ყურადღებით უნდა მოუსმინოს მათ ნათქვას და ასევე მიხვდეს იმას, თუ რა არ ითქვა. ლიდერი ექთანი აქტიური მოსმენით აძლიერებს პერსონალს, აწვდის ინფორმაციას, რაც ხელს უწყობს მათ მუშაობაში და აუმჯობესებს მუშაობის ხარისხს და აჩქარებს პრობლემის გადაჭრასა და გადაწყვეტილების მიღებას (Roussel & Swansburg, 2013). „როცა ნდობის ხარისხი მაღალია, კომუნიკაცია იოლი, ძალდაუტანებელი, სწრაფი და ზუსტია, ხოლო როდესაც ნდობის მაჩვენებელი დაბალია, კომუნიკაცია უკიდურესად გაძნელებული, გამომფიტავი და არაეფექტურია“ (Covey, 1991, p. 138).

ფაქტორები, რომელიც გავლენას ახდენს კომუნიკაციაზე

როდესაც ინფორმაციის მიმღები იმას გეზულობს რა გზავნილსაც ინფორმაციის მიმწოდებელი აწვდის, მაშინ კომუნიკაცია გასაგები, ნათელი და ეფექტურია. თუმცა კომუნიკაციის მთელ პერიოდში ნებისმიერ დროს შეიძლება გამოვლინდეს ისეთი ელემენტები, რომელმაც შეიძლება შეცვალოს ან გავლენა მოახდინოს კომუნიკაციის პროცესზე. ლიდერები და მენეჯერები

ექთნები კარგად უნდა იცნობდნენ იმ ფაქტორებს, რომელიც ზოგადად გავლენას ახდენს შეტყობინების გადაცემის პროცესზე: სქესი, თაობა, ღირებულება და მოლოდინი, პერსონალური სივრცე, გარემო, ფუნქცია და ურთიერთობა.

სქესი

როგორც წესი, ქალები და კაცები სხვადასხვანაირად ახდენენ კომუნიკაციას: ჩვეულებრივ, კაცები არიან მკაცრი, მაშინ როდესაც ქალებს უფრო აქვთ თანამშრომლობის უნარი და იყენებენ არავერბალურ მინიშნებებს და მეტაფორებს (Marquis & Huston, 2015). მეტიც, კაცები უფრო მეტს ლაპარაკობენ, უფრო ხშირად ეთანხმებიან მოსაუბრეს და თემაზე კონცენტრირდებიან ვიდრე მოსაუბრეზე, მაშინ როდესაც ქალები ჭარბად იყენებენ აღწერილობით დებულებებსა და მონაცემებს; ხშირად ეყრდნობიან პერსონალურ გამოცდილებას (Sullivan, 2012). ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა შეიძლება გადააბიჯონ ამ განსხვავებებს კომუნიკაციის პროცესში სქეს-ნეიტრალური ენის მეთოდების გამოყენებით და კარგად შეისწავლონ სქესთან დაკავშირებული საკუთარი ქცევის მანერები.

თაობა

საექთნო პერსონალი შედგება სხვადასხვა თაობის ექთნებისაგან. თითოეული თაობა ხასიათდება საკუთარი თვისებებით, ღირებულებებით, სამუშაო ეთიკით, კომუნიკაციის ფორმით და სამუშაო გარემოსადმი მოთხოვნებით (Murray, 2013; Strauss & Howe, 1991). ლიდერი და მენეჯერი ექთნები უნდა იცნობდნენ და იყენებდნენ კომუნიკაციის სხვადასხვა სტრატეგიებს თითოეულ თაობასთან ურთიერთობის დამყარების მიზნით. მაგალითად, ზოგიერთი თაობა უპირატესობას ანიჭებს პერსონალური კომუნიკაციის ფორმებს, ხოლო X და Y თაობები - ტექნოლოგიებსა და ელექტრონული ურთიერთობის ფორმებს.

კულტურა

ადამიანის კულტურული მახასიათებლები სხვადასხვა გზით შეიძლება ახდენდეს გავლენას კომუნიკაციაზე, გამომდინარე მათი მშობლიური ენიდან და ვერბალური და არავერბალური ქცევის ვარიაციებიდან. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები ყურადღებით უნდა უდგებოდნენ თანამშრომელთა კულტურ განსხვავებებს. ერთმა კვლევამ¹ აჩვენა, რომ ჯანდაცვის პროფესიონალები სამიზნე აუდიტორიაზე სალაპარაკო ენის მორგებას (ვერბალურს თუ არავერბალურს) მიიჩნევენ ერთ-ერთ მნიშვნელოვან კომუნიკაციურ უნარ-ჩვევად.

ღირებულებები და მოლოდინები

ღირებულებები და მოლოდინები ზეგავლენას ახდენს პიროვნების კომუნიკაციაზე. პაციენტი, მათი ოჯახის წევრები და სხვა ექთნები შეიძლება სხვადასხვანაირად ახდენდნენ შეტყობინების კოდირებას, გაგზავნას, მიღებას, დეკოდირებას და ინტერპრეტაციას საკუთარი ღირებულებებითი სისტემიდან, ცხოვრებისეული გამოცდილებიდან და მსოფლმხედველობიდან გამომდინარე. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები მხედველობაში უნდა იღებდნენ სხვების ღირებულებებსა და მოლოდინებს მათთან კომუნიკაციის დროს, რათა თავიდან აიცილონ მისკომუნიკაცია და, შესაბამისად, შესაძლო გაუგებრობებიც.

პერსონალური სივრცე

პერსონალური სივრცე ასევე გავლენას ახდენს კომუნიკაციის პროცესზე. რაც ერთ პიროვნებას მიაჩნია პერსონალურ სივრცედ, რაც მათ უქმნის კომფორტსა და უსაფრთხოების შეგრძნებას, შეიძლება განსხვავდებოდეს სივრცეზე სხვების წარმოდგენებისგან (Hall, 1990; McLaughlin, Olson & White, 2008). თუმცა, არსებობს ინდივიდების კომუნიკაციაში ზოგადად მიღებული დისტანციური პარამეტრები.

გარემო

გარემო თამაშობს მნიშვნელოვან როლს კომუნიკაციის ეფექტურობის, პერსონალის პროდუქტიულობისა და გუნდური მუშაობის თვალსაზრისით. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები უნდა

¹ Suter et al., 2009

ცდილობდნენ შექმნან გარემო, რომელიც ორმხრივი დიალოგის გზით კომუნიკაციას შეუწყობს ხელს, ერთად გადაწყვეტილების მიღებას წახალისებს და მინიმალურ შეფერხებებს გამოიწვევს კომუნიკაციისას (American Association of Critical-Care Nurses, 2016). ასეთი მხარდამჭერი გარემო საშუალებას მისცემს პაციენტსა და მისი ოჯახის წევრებს თავი საკმარისად კომფორტულად იგრძნონ, გააზიარონ ინფორმაცია, დასვან კითხვები და გამოთქვან მოსაზრებები. ასევე თანამშრომლებმა თავი კომფორტულად უნდა იგრძნონ, რათა გააზიარონ იდეები, დასვან კითხვები და მოიფიქრონ პრობლემის გადაჭრის გზები. ამის სანინააღმდეგოდ, უარყოფითი ან არაჯანმრთელი გარემო იწვევს ცალმხრივ კომუნიკაციას და უუფლებობის შეგრძნებას პაციენტსა და პერსონალში.

როლი და ურთიერთობა

ექთნის როლი და მისი დამოკიდებულება სხვების მიმართ გავლენას ახდენს კომუნიკაციის პროცესზე. ადამიანების როლი ზემოქმედებს მათ სიტყვებზე, მათი ხმის ტემბრზე, კომუნიკაციის არხებსა და სხეულის ენაზე (Blais & Hayes, 2011). მაგალითად: ექთნებმა პაციენტთან და მის ოჯახის წევრებთან ურთიერთობისთვის შეიძლება აირჩიონ პირისპირ კომუნიკაცია, ხოლო სხვა პერსონალთან ურთიერთობისას ტელეფონით კომუნიკაცია. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები ხშირად იყენებენ პირისპირ კომუნიკაციას პერსონალისთვის მგრძობიარე ინფორმაციის მისაწოდებლად, ხოლო ელექტრონულ ფოსტას კლინიკის პოლიტიკის ცვლილებებზე ინფორმირებისთვის.

იმისთვის რომ იყვნენ ეფექტური კომუნიკატორები, ექთნებმა უნდა მოარგონ საკუთარი კომუნიკაციის ფორმა ადამიანების უნარს (სულ ერთია ვინ არის პაციენტი, მათი ოჯახის წევრი თუ თანამშრომელი) შეასრულონ და გააზიარონ ინსტრუქცია (Smith, 2011). ხშირად ხმაური თან სდევს ინფორმაციის გადაცემის პროცესს (სურათი 4-2). ხმაური მოიცავს ფიზიკურ და/ან ფსიქოლოგიურ აქტივობებს, რამაც შეიძლება შეაჩეროს ეფექტური კომუნიკაცია. ფიზიკური ხმაური იწვევს არსიდან მეორე ხარისხოვანზე ყურადღების გადატანას გარემო ფაქტორებიდან გამომდინარე. ეს ფაქტორებია ზედმეტი ბგერები, მოძრაობები, ფიზიკური განცალკევება და შეფერხებები და ისინი გავლენას ახდენს ინდივიდის აქტიური მოსმენის უნარზე. ფსიქოლოგიური ხმაური მოიცავს შინაგანი ფაქტორების გამო ყურადღების გადატანას. ეს ფაქტორებია პიროვნების ღირებულებები, სტრესისა და შფოთვის დონე, ემოციურობა და მსჯელობა და ისინი ხელს უშლის ადამიანს ნათლად გასცეს და მიიღოს გზავნილები.

ექთნებს შეუძლიათ თავიდან აიცილონ ფიზიკური ხმაური მხარდამჭერი გარემოს შექმნის გზით. ფსიქოლოგიური ხმაური კი შეიძლება შემცირებული იქნას პაციენტისადმი პერსონალის ემპათიის გაზრდის გზით. ფიზიკური შეხება და არავერბალური მინიშნებები შეიძლება დაეხმაროს პერსონალს შექმნას პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრებისთვის მშვიდი ატმოსფერო.

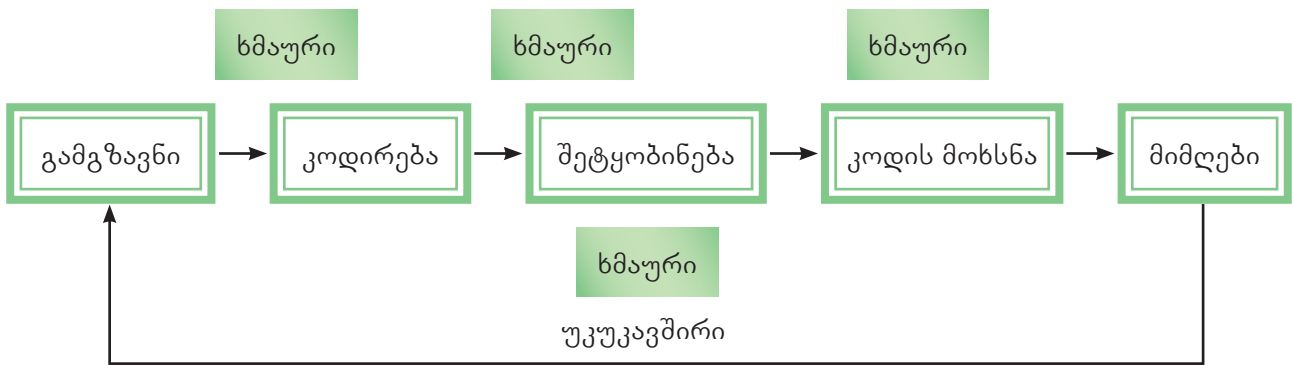
სასწავლო აქტივობა

იფიქრეთ ამჟამინდელ კომუნიკაციურ ურთიერთობაზე

იფიქრეთ ამჟამინდელ ინტერაქციაზე და იმაზე რამაც გამოიწვია მისკომუნიკაცია. განიხილეთ შემდეგი:

1. როდის აცდა ვერბალური და არავერბალური კომუნიკაცია ერთმანეთს?
2. რომელ ფაქტორებს შეიძლება მოეხდინა გავლენა კომუნიკაციაზე (მაგ.: სქესი, თაობა, კულტურა, ღირებულება, გარემო)?
3. შეიძლება ყოფილიყო ფიზიოლოგიური და ფსიქოლოგიური ხმაური?

სურათი 4-2: კომუნიკაციის პროცესი ხმაურის ფონზე



ფორმალური და არაფორმალური კომუნიკაცია

ჯანდაცვაში კომუნიკაცია ხდება ორი ძირითადი, ფორმალური და არაფორმალური, არხით. ფორმალური კომუნიკაცია არის „ვერბალური პრეზენტაციისა და დოკუმენტის ტიპი, რის საშუალებითაც ხდება ინფორმაციის გაზიარება და რომელიც შეესაბამება დადგენილ პროფესიულ ნესებს, სტანდარტებს, პროცესებს და არ იყენებს ჟარგონის ენას“ (Formal communication”, 2014). ფორმალური კომუნიკაცია მიყვება ორგანიზაციაში არსებულ იერარქიულ ხაზს (Marquis & Huston, 2015) და ამასთან ასახავს ორგანიზაციულ კულტურას; კომუნიკაცია უფრო დაგეგმილია და არა შემთხვევით შემდგარი (Triolo, 2012). ლიდერი და მენეჯერი ექთნების მიერ გამოყენებული ფორმალური კომუნიკაციის მაგალითებია გასაუბრება, კონსულტირება, საჩივრების განხილვა, კონფლიქტების მართვა, შეფასება და დისციპლინის მიღწევა (Sullivan, 2012). ფორმალური კომუნიკაციის პროცესში, ლიდერი და მენეჯერი ექთნებისთვის კრიტიკულია შეინარჩუნონ პროფესიონალიზმი და იყენენ ეფექტური კომუნიკატორები:

- სადა, პირდაპირი ენის გამოყენებითა და ჟარგონებზე უარის თქმით;
- ნაცნობი მაგალითების გამოყენებით, მნიშვნელოვან თემებზე აქცენტების გაკეთებით;
- მოსმენა ობიექტურობის შენარჩუნებით;
- მოკლე კითხვების გამოყენებით;
- ნათელი, მოკლე მითითებებისა და ინსტრუქციების მიცემით;
- ხშირი უკუკავშირის ძიებითა და მიცემით.

არაფორმალური კომუნიკაცია არსებობს ერთ ან სხვადასხვა დონეზე მყოფ თანამშრომლებს შორისაც იმ ფორმალური ხაზების გამოყენებით, რაც დადგენილია ავტორიზაციისა და პასუხისმგებლობების პრინციპის გამოყენებით (Marquis & Huston, 2015). არაფორმალური კომუნიკაცია არის „ინფორმაციის გაზიარების არაძალდატანებითი ჩვეული ფორმა, გამოყენებული მეგობრებთან და ოჯახის წევრებთან პირად საუბრებში“ („Informal communication,” 2014). ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა შეიძლება გამოიყენონ არაფორმალური კომუნიკაცია პაციენტებთან მათ პირად თემებზე საუბრის დროს, როგორცაა მათი საქმიანობა, ბავშვები, ცხოველები. ამ ტიპის კომუნიკაციას ისინი იყენებენ პერსონალთან ღია კომუნიკაციის არხების შესაქმნელად და სამუშაო ადგილზე ისეთი კულტურის ჩამოსაყალიბებლად, რომელიც თანამშრომლებს შეუქმნის ურთიერთდაკავშირებულობის განცდას (Parboteeah et al., 2010).

არაფორმალური კომუნიკაციის ერთი-ერთი უარყოფითი მაგალითი ჭორაობა (grapevine). კომუნიკაციის ეს ტიპი სწრაფად გავრცელდება და მოუნესრიგებელია და ამ კომუნიკაციის დროს გადაცემული ინფორმაცია სულ უფრო და უფრო მეტად მახინჯდება ხოლმე (Phillips, 2007). ამ დროს კომუნიკაცია სულ სხვადასხვა მხარისკენ არის მიმართული და მისი გავრცელება სწრაფად ხდება. ამასთან შეიცავს როგორც დადებით, ასევე უარყოფით ინფორმაციას. არასწორი ინფორმაცია ვრცელდება უკონტროლოდ, რაც განაპირობებს დაბალ მორალურ დი-

რეზულტებს და ამცირებს პროდუქტიულობას. ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა ყურადღება უნდა მიაქციონ პერსონალის მხრიდან მსგავსი ტიპის კომუნიკაციას. თანამშრომლებს ურჩევნიათ რეგულარული კომუნიკაცია სხვადასხვა საკითხებზე და არ უნდათ იგივე ინფორმაციის ჭორების სახით მიღება (Triolo, 2012). ჭორაობის თავიდან აცილების მიზნით, ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა რაც შეიძლება მეტი ინფორმაცია უნდა გაუზიარონ თანამშრომლებს.

ჯანდაცვის გარემოში კომუნიკაციის ტიპები

ჯანდაცვის გარემოში მნიშვნელოვან როლს თამაშობს სამი ტიპის კომუნიკაცია: ორგანიზაციული, ინტერპროფესიული და ინტრაპროფესიული. ექთნები კარგად უნდა იცნობდნენ და იყენებდნენ სამივე ტიპის კომუნიკაციას.

ორგანიზაციული კომუნიკაცია

ჯანდაცვის სისტემა უნდა იძლეოდეს მნიშვნელოვან ინფორმაციას, როგორცაა რეგულაციები, პოლიტიკა და პროცედურები. ორგანიზაციული კომუნიკაციის მიზანი არის ერთნაირი ინფორმაციის გადაცემა მთელ სისტემაში. კომუნიკაციის დინების ხასიათი ორგანიზაციაში მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს თითოეულ თანამშრომელზე, რადგან იგი იძლევა ტონს სამუშაო გარემოს კლიმატთან მიმართებით (Parboteeah et al., 2010). ორგანიზაციის დონეზე ეფექტური კომუნიკაციის ნაკლებობამ შეიძლება გამოიწვიოს კონფლიქტები და გზამკვლევის მიმართ ცუდი შესაბამისობა (Parboteeah et al., 2010; Pavlakis et al., 2011).

კომუნიკაციის სხვადასხვა გზები შეიძლება იქნას გამოყენებული ორგანიზაციის დონეზე. ზემოდან ქვემოთ კომუნიკაცია ასახავს ორგანიზაციის იერარქიულ ბუნებას (მაგალითად, ადმინისტრატორების მხრიდან ლიდერი და მენეჯერი ექთნებისთვის ინფორმაციის გაგზავნა ან მათი მხრიდან პერსონალისთვის ინფორმაციის გადაცემა). ქვემოთ მიმართული კომუნიკაცია მოიცავს დირექტივებს თანამშრომლებისთვის, მათ მოლოდინებსა და ქმედებებზე უკუგებას (Phillips, 2007; Sullivan, 2012).

ლატერალური კომუნიკაცია არის ინფორმაციის გაზიარება ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს შორის ან იმავე დონის პოზიციებზე მყოფ პერსონალთან. ლატერალური კომუნიკაციის მაგალითებია განყოფილებებსა და სერვისებს შორის კოორდინაცია, ინფორმაციის გაზიარება, პრობლემის გადანყვება და კონფლიქტების მართვა (Phillips, 2007).

დიაგონალური კომუნიკაცია არის ისეთ პერსონალთან კომუნიკაცია, რომელიც სხვა იერარქიულ დონეზე იმყოფება. ამის მაგალითია ექთნების კომუნიკაცია ფინანსური სამსახურის უფროსთან ან სამედიცინო დირექტორთან (Phillips, 2007).

ორგანიზაციული კომუნიკაცია ხდება პერსონალის შეკრებების, ჯგუფური განხილვების, კომიტეტების სხდომის და სერვისების ფარგლებში სწავლების ჩატარებისას. წერილობითი კომუნიკაცია ყველაზე ხშირი ორგანიზაციული კომუნიკაციის ფორმაა (Parboteeah et al., 2010). ელექტრონული ფოსტა და ყველაზე აქტიური მოძრაობის ადგილებში დადებული ბუკლეტები წარმოადგენს წერილობითი კომუნიკაციის ყველაზე ხშირად გამოყენებულ ფორმებს.

ინტერპროფესიული კომუნიკაცია

AACN-ის (2008) თანახმად, ინტერპროფესიული ნიშნავს „ჯანდაცვის პროფესიონალების მუშაობას თანამშრომლობის, კოოპერაციის, კომუნიკაციისა და ინტეგრაციის გზით, რათა დარწმუნდნენ, რომ მკურნალობა არის უწყვეტი და საიმედო“ (p. 37). ეფექტური ინტერპროფესიული კომუნიკაცია განაპირობებს პაციენტზე ორიენტირებულ მკურნალობას, მაღალი ხარისხის გამოსავლებს. იმისათვის რომ უზრუნველყონ ინტერპროფესიული კომუნიკაცია, ექთნებს უნდა ჰქონდეთ კომუნიკაცია არამარტო ჯანდაცვის გუნდის ყველა წარმომადგენელთან, არამედ თავად პაციენტებთან და მათი ოჯახის წევრებთან. ინტერპროფესიული სწავლებითი თანამშრომლობის ექსპერტთა პანელი (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel – 2011) განსაზღვრავს კომუნიკაციას როგორც ინტერპროფესიული თანამშრომლობითი საქმიანობის ოთხი ძირითადი კომპეტენციების შემადგენელ ნაწილს; ეს კომპეტენციები მოცემულია ცხრილში 4.1.

ცუდი ინტერპროფესიული კომუნიკაცია გავლენას ახდენს პაციენტის უსაფრთხოებასა და მკურნალობის ხარისხზე გლობალურად. WHO-ის განმარტებით კომუნიკაციისა და კოორდინაციის ნაკლებობა განვითარებად ქვეყნებში წარმოადგენს კვლევის ნომერ პირველ პრიორიტეტს, ხოლო ნომერ მესამე პრიორიტეტს გარდამავალ საფეხურზე მყოფ ქვეყნებში.

განსაკუთრებით, ექთნებსა და ექიმებს შორის მისკომუნიკაციას მივყავართ სამედიცინო შეცდომებამდე, პაციენტის დაზიანებასა და განსაკუთრებულ შემთხვევებში სიკვდილამდეც კი (Kesten, 2011). აღნიშნული მისკომუნიკაცია მნიშვნელოვნად განპირობებულია მათი საქმიანობის სპეციფიკაში არსებული განსხვავებით: ექთნებს ასწავლიდნენ, რომ ყოფილიყვნენ უფრო აღმწერები, ხოლო ექიმებს ასწავლიდნენ უფრო მოკლე ფორმის კომუნიკაციის გამოყენებას (Thomas, Bertram & Johnson, 2009). ამასთან, ზოგიერთი ტრადიციული ტიპის ჯანდაცვის გარემო ახალისებს ექიმების მხრიდან ექთნების დაშინებას, რითიც ხელს უშლის მნიშვნელოვანი სამედიცინო ინფორმაციის დროულ გაზიარებას. ექთნებსა და ექიმებს შორის კომუნიკაცია უნდა იყოს დროული, ზუსტი, სრული და ცალსახა, რათა უზრუნველყოფილი იქნას უსაფრთხო და ეფექტური მკურნალობა. ეფექტური კომუნიკაცია ჯანდაცვის სფეროს პროფესიონალებს შორის დღევანდელი ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი საზრუნავია (Mitchell, Groves, Mitchell & Batkin, 2010).

ცხრილი 4-1 ინტერპროფესიული კომუნიკაციის კომპეტენციები

ძირითადი კომპეტენციის დებულებები:

პასუხისმგებლიანი და მოპასუხე ფორმით პაციენტებთან, მათი ოჯახის წევრებთან, საზოგადოებასთან და ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებთან კომუნიკაცია ხელს უწყობს გუნდური მიდგომების ჩამოყალიბებას ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და დაავადების მკურნალობის სფეროში. სპეციფიური ინტერპროფესიული კომუნიკაციის კომპეტენციებია:

- ეფექტური კომუნიკაციის ინსტრუმენტისა და ტექნიკის არჩევა, ინფორმაციული სისტემებისა და კომუნიკაციისთვის საჭირო ტექნიკის ჩათვლით, დისკუსიებისა და ინტერაქციების უზრუნველსაყოფად გუნდის საჭიროებებზე აქცენტის გაკეთება;
- პაციენტთან, ოჯახის წევრებთან და ჯანმრთელობის დაცვის გუნდის სხვა წევრებთან გადასაცემი ინფორმაციის ორგანიზება და კომუნიკაცია, ისე რომ ინფორმაცია იყოს გასაგები. თავიდან იქნას აცილებული დისციპლინა-სპეციფიური ტერმინოლოგია (როცა ეს შესაძლებელია);
- პაციენტის მკურნალობისას, გუნდის წევრებისთვის საკუთარი ცოდნისა და აზრის მიწოდება სარწმუნოდ, ნათლად და პატივისცემით; მუშაობა იმისთვის, რომ პაციენტთან მიმართებით მიღწეულ იქნას ინფორმაციის, მკურნალობისა და გადაწყვეტილებების ერთიანი აღქმა;
- აქტიური მოსმენა და გუნდის სხვა წევრების იდეებისა და მოსაზრებების ნახალისება;
- დროული, ინსტრუქციული უკუკავშირის დამყარება სხვებთან, გუნდში მათ საქმიანობასთან დაკავშირებით, ხოლო მათგან წამოსულ უკუკავშირზე პატივისცემით რეაგირება;
- პატივისცემითი გამოჩენა კონკრეტულ მძიმე სიტუაციებში, სასიცოცხლო მსჯელობებსა და ინტერპროფესიულ კონფლიქტებში;
- აღიარება იმისა, რომ თითოეული ადამიანი უნიკალურია მათი გამოცდილების დონის, კრიტიკული უნარის, კულტურის, ძალისა და გუნდში იერარქიული კუთვნილების მიხედვით და მათ შეუძლიათ ეფექტურ კომუნიკაციაში, კონფლიქტების გადაჭრაში და დადებითი სამუშაო ურთიერთობების ჩამოყალიბებაში წვლილის შეტანა;
- პაციენტზე ორიენტირებული და საზოგადოებისკენ მიმართული მკურნალობის თვალსაზრისით გუნდური მუშაობის მნიშვნელობის ხაზგასმა.

ინტერპროფესიული კომუნიკაციის გასაუმჯობესებელი სტრატეგიები მოიცავს გუნდურ შემოვლებს, გუნდი STEPPS და SBAR-ს.

ინტერპროფესიული გუნდური შემოვლები

ეს არის ჯანდაცვის პროფესიონალებს შორის კომუნიკაციის გასაუმჯობესებელი ერთ-ერთი საშუალება, რათა მიღწეულ იქნას ხარისხიანი გამოსავლები, პაციენტის კმაყოფილება, შეცდომების სიხშირის შემცირება და პაციენტის უსაფრთხოების გაზრდა (Baldwin, Wittenberg-Lyles, Oliver & Demiris, 2011). როგორც მკურნალობის კოორდინატორის ფუნქციის მქონე, ექთანი არის გუნდისთვის მნიშვნელოვანი და უმეტესი ინფორმაციის გამტარებელი. ინტერპროფესიული გუნდური შემოვლების გზით ხდება ამ გუნდის წევრების ერთად შეკრება პაციენტის მკურნალობის დეტალებზე სასაუბროდ. პაციენტსა და მისი ოჯახის წევრებს ასევე ეძლევათ შესაძლებლობა იყვნენ ამ გუნდის წევრები და ერთდროულად შეხვდნენ გუნდის სხვადასხვა წევრს სპეციალისტებს. ინტერპროფესიული გუნდის ყველა წევრს, პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების ჩათვლით, ეძლევათ საშუალება წვლილი შეიტანონ სამკურნალო გეგმის შემუშავებაში საკუთარი ექსპერტული მოსაზრებების გამოთქმის გზით. ასეთი შემოვლების დროს, მაგალითად, პაციენტის საწოლთან მომუშავე ექთანი უზრუნველყოფს გუნდს მიმდინარე უახლესი ინფორმაციით და გამოხატავს პაციენტის სურვილებს მკურნალობასთან მიმართებით, რითიც ცდილობს ადვოკატირება გაუწიოს მათ და გუნდის წევრებს მკურნალობაზე შეახედოს პაციენტის თვალთ (Weaver, 2010). გუნდური შემოვლების შემდეგ, ლიდერი და მენეჯერი ექთანი პასუხისმგებელია გუნდის იმ წევრებთან კომუნიკაციაზე, ვინც არ ესწრებოდა შემოვლას და საჭიროების შემთხვევაში ამ წევრების მოსაზრებები მიიტონს უკან გუნდის დანარჩენ წევრებამდე.

გუნდი STEPPS

გუნდური სტრატეგია და ინსტრუმენტები ეფექტურობისა და პაციენტის უსაფრთხოების გასაუმჯობესებლად (Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety) არის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გუნდური მუშაობის სისტემა. ამ სისტემის მიზანია პაციენტის უსაფრთხო გამოსავლების ოპტიმიზაცია ჯანდაცვის პროფესიონალებში კომუნიკაციისა და გუნდური მუშაობის უნარ-ჩვევების გაუმჯობესების გზით (AHRQ, n.d.). გუნდი STEPPS-ის მიერ მონოღებული ერთ-ერთი კომპეტენციაა ეფექტური კომუნიკაციისთვის აუცილებელი პოზიტიური და კონფლიქტებისგან თავისუფალი ურთიერთობის სტილი. გუნდი STEPPS ორიენტირებულია ინფორმაციის მოკლედ გაცვლის ტექნიკაზე შემდეგი ფაქტორების ჩათვლით (Guimond, Sole & Salas, 2009; Sherman & Eggenberger, 2009):

- ორი გამონვევის წესი: ექთნისგან მოითხოვს მინიმუმ ორჯერ მაინც გამოხატოს წუხილი და მოითხოვოს გუნდის სხვა წევრებისგან დასტურს გარკვეულ თემებთან მიმართებით. ორი გამონვევის წესი გამოიყენება მაშინ როდესაც ხდება სტანდარტული მკურნალობიდან გადახვევა. თუკი გუნდის წევრი არ პასუხობს ექთნის მოთხოვნას, ექთანი კიდევ უფრო ამკაცრებს თავის მოთხოვნას ან მიმართავს საავადმყოფოს ხელმძღვანელობას. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები იყენებენ ამ ტექნიკას მაშინ, როდესაც უწევთ გუნდის ისეთ წევრებთან ურთიერთობის გარკვევა, რომლებიც არ მიყვებიან დადგენილ პოლისებსა და წესებს;
- გამოძახება: ხდება გუნდის წევრებისთვის მნიშვნელოვანი ინფორმაციის ერთდროული მიწოდება და მათთვის ფუნქციების განაწილება კრიტიკულ სიტუაციებთან მიმართებით. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები ამ ტექნიკას იყენებენ განყოფილებაში გადაუდებელი სიტუაციების წარმოშობის დროს (მაგალითად: სუნთქვის გაჩერება);
- გადამონმება: მოითხოვს ექთნისგან გამოიყენოს ე.წ. დახურული მარყუჟის კომუნიკაცია და გადაამონმოს მის მიერ მიღებული ინფორმაციის სისწორე. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები იყენებენ ამ ტექნიკას მაშინ, როდესაც ახდენენ მკურნალობასთან მიმართებით პერსონალის ფუნქციების განაწილებას ან როდესაც აცხადებენ მკურნალობაში შეტანილ ცვლილებებს.

SBAR

სიტუაცია-წინაპირობა-შეფასება-რეკომენდაციის (Situation-Background-Assessment-Recommendation SBAR) პრინციპი არის კომუნიკაციის ინსტრუმენტი, რომლის მიზანია გაამარტივოს კომუნიკაციის პროცესი მისი გარკვეულ ჩარჩოში ჩასმის გზით (ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ინსტიტუტი - Institute for Health Improvement, 2014):

- **S = Situation** სიტუაცია (პრობლემის მოკლე აღწერა);
- **B = Background** ფონი (სიტუაციასთან დაკავშირებული მოკლე და მნიშვნელოვანი ინფორმაცია);
- **A = Assessment** შეფასება (ანალიზი და იმ ფაქტორების განხილვა, რაც ექთანმა დაადგინა ან თვლის, რომ მნიშვნელოვანია);
- **R = Recommendation** რეკომენდაციები (ქმედებები, რაც აუცილებელი ან რეკომენდებულია ექთნის აზრით);

SBAR კომუნიკაცია არის ინტერდისციპლინურ გუნდში კომუნიკაციის გასაუმჯობესებელი ეფექტური ინსტრუმენტი, რომელიც ეხმარება გუნდის წევრებს სხვა წევრებთან კომუნიკაციის წინ საკუთარი აზრების ორგანიზებასა და პრიორიტეტებად დალაგებაში. იგი ხელს უწყობს კრიტიკული აზროვნებისა და კომუნიკაციური უნარ-ჩვევების გაუმჯობესებას, სხვა კოლეგებთან კომუნიკაციის განმაპირობებელი მიზეზების მოკლე შინაარსის ორგანიზებულად და წინასწარ განსაზღვრული ფორმატით გადმოცემის გზით. შესაბამისად, გამოყენებისას, SBAR ინსტრუმენტი იძლევა მტკიცებულებითი დიალოგის ჩატარების, სასიცოცხლო ინფორმაციის ზუსტად გადაცემისა და სიტუაციის ფლობის საშუალებას, რაც, თავის მხრივ, იძლევა პაციენტის უსაფრთხოდ მკურნალობის შესაძლებლობას. ამასთან ახდენს იმ მოლოდინების დადგენას, რაც უკავშირდება გადასაცემი ინფორმაციის შინაარსსა და მისი გადაცემის გზებს (Stevens et al., 2011). ცხრილ 4-2-ზე წარმოდგენილია SBAR ინსტრუმენტი და მასთან დაკავშირებული მაგალითები, რომელიც ექთნებს შეუძლიათ გამოიყენონ ინფორმაციის გადაცემის დროს.

ცხრილი 4-2 SBAR პრინციპი

S - სიტუაცია	ექთანი აღწერს პრობლემას, რის გამოც ის არის გამოძახებული	<p>საჭიროა აღინეროს:</p> <ul style="list-style-type: none"> • პირადი, განყოფილების, პაციენტის და ოთახის ნომერი; • მოკლედ შეფასდეს პრობლემა, მისი სიმძიმე; • „მე ვშფოთავ ..“
B - ფონი	ექთანი გადასცემს სიტუაციისთვის შესაბამის ინფორმაციას (მაგ., კლინიკური ფაქტები)	<p>შეიძლება აღწერილ იქნას:</p> <ul style="list-style-type: none"> • მიმდინარე მედიკამენტები, ალერგია; • ბოლო ლაბორატორიული მონაცემები; • უახლესი სასიცოცხლო მაჩვენებლები; • სტატუსის კოდი - ნოზოლოგიური კოდი; • სხვა კლინიკური ინფორმაცია;

<p>A - შეფასება</p>	<p>ექთანი იძლევა სიტუაციის ანალიზს (მაგ., მისი აზრით რა პრობლემასთან გვაქვს საქმე)</p>	<p>შესაძლო ფრაზები:</p> <ul style="list-style-type: none"> • „მე ვფიქრობ პრობლემა არის..“; • „მე არ ვარ დარწმუნებული რა არის პრობლემა, მაგრამ პაციენტის მდგომარეობა უარესდება..“;
<p>R - რეკომენდაცია</p>	<p>ექთანი იძლევა რეკომენდაციას (მაგ., რა გადაჭრის არსებულ პრობლემას ან შეცვლის არსებულ სიტუაციას)</p>	<p>რეკომენდაციები შეიძლება მოიცავდეს:</p> <ul style="list-style-type: none"> • „მე ვითხოვ თქვენგან (ან თქვით რა გინდათ რომ გაკეთდეს): <ul style="list-style-type: none"> ◦ მოხვიდეთ და ნახოთ პაციენტი; ◦ დაელაპარაკოთ ოჯახს სტატუსის კოდზე; ◦ პაციენტი გადაიყვანოთ ინტენსიურ პალატაში; • თუკი იცვლება დანიშნულება, იკითხეთ: <ul style="list-style-type: none"> ◦ რამდენ ხანში ერთხელ უნდა შეაფასოთ სასიცოცხლო მაჩვენებლები; ◦ როდის უნდა გადაურეკოთ უკან

Based on SBAR Tool developed by Kaiser Permanente (Institute for Healthcare Improvement, 2014)

სამედიცინო სივრცეში პაციენტის მკურნალობასთან დაკავშირებული ინფორმაციის უწყვეტად და თანამშრომლობითი გზით გაცვლა შესაძლებელია SBAR-ის გამოყენებით. ეს ზრდის უსაფრთხოდ მკურნალობის მიწოდების შესაძლებლობას და შესაბამისად ექთნების, ექიმებისა და პაციენტის კმაყოფილებასაც. ფაქტია, რომ SBAR ეფექტურად ამცირებს კომუნიკაციასთან დაკავშირებული სამედიცინო შეცდომების სიხშირეს. აღსანიშნავია, რომ გუნდური მუშაობა წარმოადგენს უსაფრთხო და მაღალი ხარისხის მკურნალობის განმაპირობებელ ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ფაქტორს და SBAR სწორედ ასეთი გუნდური მუშაობის ჩამოყალიბებასა და გაძლიერებას უწყობს ხელს. უფრო მეტიც, მას შეუძლია ხელი შეუწყოს სრულყოფილ და უწყვეტ კომუნიკაციას ექთნებს, სხვადასხვა პოზიციის პერსონალსა და სამედიცინო ორგანიზაციებს შორის (Thomas, Bertram & Johnson, 2009). იგი ასევე აძლევს საშუალებას ექთნებს წარმატებულად აღწერონ პაციენტის მდგომარეობაში მიმდინარე ცვლილებები და ამ გზით მინიმუმამდე დაიყვანონ გაპარული ან არასწორად მიწოდებული ინფორმაციის მოცულობა. კვლევებმა აჩვენა, რომ SBAR პრინციპების გამოყენების ფონზე საავადმყოფოში მყოფი პაციენტები მიუთითებენ დაცულობის მომატებულ შეგრძნებაზე (Beckett & Kipnis, 2009). ექთნები იყენებენ SBAR-ს პაციენტის მკურნალობაში დაფიქსირებულ მოულოდნელ ცვლილებებზე ინფორმაციის გადაცემის ან მორიგეობის გადაბარების დროს. SBAR-ის გამოყენება სხვადასხვა სიტუაციაში არის შესაძლებელი, მათ შორის მაღალი რისკის განყოფილებებშიც, როგორცაა ინტენსიური მკურნალობის განყოფილება, გადაუდებელი განყოფილება და საოპერაციო. ყველა ამ პირობებში იგი ზრდის პაციენტისა და მკურნალობის მიმწოდებელთა კმაყოფილებას, აუმჯობესებს რა ეფექტურ კომუნიკაციას ინტერპროფესიული გუნდის წევრებს შორის და უსაფრთხოდ მკურნალობის მიწოდების შესაძლებლობას (Kesten, 2011).

Donahue, M., Miller, M., Smith, L., Dykes, D., & Fitzpatrick, J.J. (2013). კომუნიკაციისა და უსაფრთხოების გაძლიერების მიმართულებით ლიდერების ინიციატივა. *American Journal of Medical Quality*, 26(3), 206-211.

მიზანი

ამ კვლევას აქვს სამი მიზანი: 1) SBAR-ის გადათარგმნა პროფესიონალურ ენაზე, 2) ინტერპროფესიული კომუნიკაციის კუთხით კულტურალური ცვლილებებისა და სწავლების გზაზე ბარიერების შემცირება და 3) პარაპროფესიონალების რეპორტირების გაუმჯობესების გზებზე სწავლებისა და მენტორობის (Educating and Mentoring Praprofessionals on Ways to Enjance Reporting – EMPOWER) სახით იმ ბარიერებზე ინტერვენცია SBAR ინსტრუმენტის გამოყენებით, რაც არსებობს კომუნიკაციისა და უსაფრთხოების კულტურის მიმართულებით.

მეთოდები

პროექტი მოიცავდა ორ ფაზას. პირველი ფაზა ორიენტირებული იყო პარაპროფესიული პერსონალის გამოკითხვაზე უსაფრთხოების კულტურის საბაზისო საზომების დადგენის მიზნით. მეორე ფაზაში მოხდა EMPOWER სწავლების მოდულის ვალიდაცია და ტესტირება SBAR მეთოდის გამოყენებით, უსაფრთხოების კულტურის გაუმჯობესების მიმართულებით რეკომენდაციების შემუშავება.

მნიშვნელოვანი შედეგები

EMPOWER პროექტი ორიენტირდა პარაპროფესიონალებისთვის SBAR ტრენინგის ეფექტურობის შესწავლაზე. მისი მიზანი იყო ტრენინგებით მთელი პერსონალის გადაფარვა. საწყისი გამოკითხვა ჩატარდა 280 პარაპროფესიონალს შორის და მათგან 192-მა დაასრულა კვლევა. ამ პროექტის ფარგლებში, ლიდერობამ დაინყო შემოვლების ჩატარება ჰოსპიტლის მასშტაბით, რათა დარწმუნებულიყვნენ პერსონალის მხრიდან უსაფრთხოების კულტურის საკითხების სწორ აღქმაში. EMPOWER პროექტის დანერგვის შემდეგ, ისევ ჩატარდა გამოკითხვა და შედეგები დადარდა პირველადი გამოკითხვის შედეგებს. პროექტის დასრულებისას გამოვლინდა შემდეგი ძირითადი ცვლილებები:

- პირველი გამოკითხვის დროს, პარაპროფესიონალების 33% მიუთითებდა, რომ უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული შემთხვევის რეპორტირებისას, ისეთი გრძნობა ჰქონდათ, რომ პაციენტი აღინერებოდა და არა პრობლემა. მეორე გამოკითხვის დროს ეს მაჩვენებელი შემცირდა 21,7%-მდე;
- პირველი გამოკითხვის დროს პარაპროფესიონალების 78% მიუთითებდა, ჰქონდათ შეგრძნება, რომ პაციენტის უსაფრთხოება შეტანილი იყო მმართველი გუნდის პრიორიტეტების ჩამონათვალში. მეორე გამოკითხვის დროს, ეს მაჩვენებელი გაიზარდა 86%-მდე;
- SBAR მეთოდოლოგიის გამოყენების მაჩვენებელი პარაპროფესიონალების მიერ გაიზარდა 74%-დან 90%-მდე ერთი წლის განმავლობაში, EMPOWER პროექტის მსვლელობის დროს.

ლიდერი და მენეჯერი ექთნების საქმიანობაზე შესაძლო გავლენა

ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს ამ პროექტიდან შეუძლიათ ისწავლონ ის, რომ პარაპროფესიონალები არიან ინტერპროფესიული გუნდის წევრები. ეს კვლევა აჩვენებს SBAR მეთოდოლოგიის ეფექტურობას გუნდური კომუნიკაციის გაუმჯობესებისა და უსაფრთხოების კულტურის გაძლიერების კუთხით.

SBAR ტექნიკა ასევე შესაძლებელია იქნას გამოყენებული არაკლინიკურ, მმართველობით საკითხებთან მიმართებით, როგორცაა სამუშაოთი დატვირთვა და პერსონალის კვალიფიკაცია. რეაბილიტაციურ განყოფილებაში ექთნების მაგალითი აჩვენებს თუ როგორ მოხდა ამ ტექნიკის გამოყენებით ცუდად დაგეგმილ სამუშაო დატვირთვისა და პერსონალის დაგეგმარებაზე ინფორმაციის კომუნიკაცია მმართველ რგოლთან. ამ ტექნიკამ ექთნებს საშუალება მისცა პროფესიულად წარმოეჩინათ მათთვის მნიშვნელოვანი თემა შემდგომი გაუმჯობესებისთვის და საკუთარი რეკომენდაციებიც მიეწოდებინათ ხელმძღვანელობისთვის (Boaro, Fancott, Baker, Velji & Andreoli, 2010).

სასწავლო აქტივობა: SBAR მაგალითი

ლია ექთანია. მისი პაციენტი 70 წლის ქალბატონი, რომელსაც ჩაუტარდა მუცლის ღრუზე ოპერაცია დაახლოებით 4 საათის წინ. ლიას განყოფილებაში დაწვენი წინ პაციენტის წნევა იყო 128/80 და პულსი 86. განყოფილებაში მოთავსებიდან ერთ საათში, პაციენტს დაეწყო ტკივილი, რომელიც შეფასდა 10-დან 8 ქულით. ამ დროისთვის მისი მუცელი რჩებოდა მტკივნეული და დაჭიმული ნაწლავური ხმიანობის გარეშე, წნევა იყო 110/68 და პულსი 98. ლიამ პაციენტს მისცა ტკივილგამაყუჩებელი. ორი საათის შემდეგ პაციენტმა კვლავ აღნიშნა ტკივილი მუცლის არეში და თქვა, რომ ასეთი ძლიერი ტკივილი ადრე არასდროს ჰქონია. მისი მუცელი ისევე რჩებოდა მტკივნეული და დაჭიმული ნაწლავური ხმიანობის გარეშე. წნევა იყო 90/60 და პულსი 110. ლიამ გადაწყვიტა დაკონტაქტებოდა ექიმს. ცხრილ 4-2-ზე მოწოდებული SBAR მეთოდოლოგიის გამოყენებით განსაზღვრეთ რა არის საჭირო კომუნიკაციის დროს:

- S = სიტუაცია
- B = ფონი
- A = შეფასება
- R = რეკომენდაცია

ინტრაპროფესიული კომუნიკაცია

ინტრაპროფესიული ნიშნავს „ერთი და იგივე პროფესიის წარმომადგენლების ერთ გუნდში მუშაობას უწყვეტი და სანდო მკურნალობის მიზნების მიზნით“ (AACN, 2008, p. 38). ექთნებისთვის კომუნიკაციის ეს სახე ნიშნავს თანამშრომლობას სხვა საექტონო პერსონალთან უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობის უზრუნველყოფის მიზნით. ეფექტური კომუნიკაცია გვაერთიანებს ჩვენ და არ გვყოფს, როგორც ეს ხშირად ხდება საექტონო მენეჯმენტსა და პერსონალს შორის (ANA and AONE, 2012). ცხრილ 4-3-ში მოცემულია ეფექტური ინტრაპროფესიული კომუნიკაციის პრინციპები.

ცხრილი 4-3 ANA და AONE-ს მიერ შემუშავებული თანამშრომლობითი ურთიერთობის პრინციპები: ეფექტური კომუნიკაცია

1. აქტიურად მოუსმინეთ, რათა სრულად გაიგოთ და გაითვალისწინოთ გადმოცემული ინფორმაცია;
2. იცოდეთ არამართო შეტყობინების გადმოცემის მიზეზი, არამედ მასთან დაკავშირებული მოლოდინებიც;
3. წაახალისეთ ღია, უსაფრთხო გარემო;
4. სულერთია იღებთ თუ გასცემთ ინფორმაციას, დარწმუნებული იყავით მის სიზუსტეში;
5. მიეცით ადამიანებს საშუალება დაელაპარაკონ მათ, ვინც მათ სჭირდებათ. ამგვარად უზრუნველყავით საჭირო ადამიანის მიერ საჭირო ინფორმაციის მიღება

ექთნიდან ექთანზე პაციენტის გადაბარება

ჯანდაცვის ორგანიზაციებმა აღმოაჩინეს, რომ ძალიან მნიშვნელოვანია ექთნიდან ექთანზე პაციენტის გადაბარების პროცესის სტანდარტიზაცია. ადრე ამ პროცესს ეძახდნენ ჩაბარებას (handoff) და ამჟამად სულ უფრო მეტად იყენებენ სიტყვას გადაბარებას (handover), რათა ხაზი გაუსვან ამ პროცესის ორმხრიობას (Barnsteiner, 2012). ასეთი გადაბარების მაგალითებია: პაციენტის გადაყვანა სხვა განყოფილებაში, პაციენტის დროებით სხვა ექთნის ზედამხედველობის ქვეშ დატოვება სხვადასხვა პროცედურების ჩატარების დროს, სადილისთვის შესვენების აღება და მორიგეობის დამთავრება/დანწყება (Chen, Wright, Smith, Jagers & Mistry, 2011; Griffin, 2010). ექთნიდან ექთანზე გადაბარება გულისხმობს პაციენტის საჭიროებებისა და მდგომარეობის გაცნობას, რომელსაც პაციენტთან არ ჰქონია შეხება და არ არის მისი მკურნალი ექთანი. ერთი ექთნიდან მეორეზე პაციენტის გადაბარება მოითხოვს ეფექტურ კომუნიკაციას, რათა თავიდან იქნას აცილებული სხვადასხვა სახის უარყოფითი შედეგები (Barnsteiner, 2012). გადაბარება, თავის მხრივ, წარმოადგენს პასუხისმგებლობისა და ანგარიშგება ვალდებულების გადაცემასაც ერთი ექთნიდან მეორეზე (Griffin, 2010).

ექთნიდან ექთანზე გადაბარების პროცესი ცვალებადია განყოფილებების მიხედვით. მაგალითად, მწვავე პაციენტების სამკურნალო დანესებულებებში ეს პროცესი მნიშვნელოვნად განსხვავდება ამბულატორიული პირობების პროცესისაგან. გადაბარების პროცესი შეიძლება ცვალებადი იყოს განყოფილებების მიხედვითაც, ამიტომ ყველა სამედიცინო ორგანიზაციამ დაიწყო გადაბარების პროცესების სტანდარტიზაცია შეცდომების შემცირების მიზნით (Chen et al., 2011; Griffin, 2010). გადაბარების პროცესში რეპორტირება შეიძლება იყოს სიტყვიერი ან წერილობითი და მიმართული იყოს ან ერთი პირის ან პირთა ჯგუფის მიმართ. რადგანაც ბევრმა კვლევამ აჩვენა, რომ რაც მეტია პაციენტის ჩართულობა მკურნალობის პროცესში, მით ნაკლებია შეცდომა და წყვეტა მკურნალობისას, ამიტომ ბევრმა სამედიცინო ორგანიზაციამ გადანიყვიტა გადაბარება მომხდარიყო პაციენტის საწოლთან. ჩათვალეს რომ ამით გაზრდიდნენ პაციენტის კმაყოფილებას და შეამცირებდნენ შეცდომების ალბათობას (Griffin, 2010). პაციენტსა და ოჯახზე ორიენტირებული მკურნალობის ინსტიტუტმა (The Institute for Patient- and Family-Centered Care, 2011, para 1) განსაზღვრა პაციენტის საწოლთან ექთნიდან ექთანზე გადაბარების ოთხი ძირითადი კონცეფცია:

1. პატივისცემა და ღირსება: ექთანმა უნდა განსაზღვროს და პატივი სცეს პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების არჩევანს. ექთანმა ნათლად უნდა მოახდინოს ამ სურვილებისა და არჩევანის კომუნიკაცია სხვებთან და ამ გზით დაეხმაროს პაციენტს, მის ოჯახსა და საექტონო სამსახურის შიგნით ღირებული თანამშრომლობის ჩამოყალიბებას;
2. ინფორმაციის გაზიარება: ზუსტი და მიუკერძოებელი ინფორმაცია არჩეულ მკურნალობასა და მკურნალობის გეგმასთან დაკავშირებით გაზიარებული უნდა იქნას პაციენტსა და მის ოჯახთან. ეს გაზრდის მათ ჩართულობას მკურნალობის პროცესში. პაციენტის თანდასწრებით ექთნიდან ექთანზე რეპორტირებისას ინფორმაციის გაზიარება ნათელს გახდის ინფორმაციას არამარტო ექთნებისთვის, არამედ პაციენტებისთვისაც;
3. ჩართულობა: პაციენტის ან მისი ოჯახის თანდასწრებით პაციენტის საწოლთან ინფორმაციის გადაცემა, მათ აძლევთ საშუალობას ჩაერთონ მკურნალობის პროცესში ნებისმიერი ღირებული ფორმით ნებისმიერ ეტაპზე. ჩართულობაზე განაცხადი უნდა გააკეთოს კომპეტენტურმა ზრდასრულმა ადამიანმა და ეს ყოველდღიური ჩართულობა შეიძლება ცვალებადი იყოს პაციენტის ემოციური და ფიზიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე;
4. თანამშრომლობა: პაციენტებმა და მათი ოჯახის წევრებმა შეიძლება წარმოაჩინონ მკურნალობის პროცესთან დაკავშირებული ისეთი მომენტები ან მოახდინონ ისეთი პროცესების რეპორტირება რაც ფასდაუდებელი იქნება პაციენტის მომავლისათვის. თანამშრომლობა პაციენტებსა და მათი ოჯახის წევრებთან, არამარტო მკურნალობის საკითხებთან დაკავშირებით, არამედ თვითონ პაციენტზე ორიენტირებულ სერვისთან დაკავშირებითაც.

Staggers, N., & Blaz, J.W. (2013). თერაპიულ და ქირურგიულ განყოფილებებში საექთნო პერსონალში ინფორმაციის გადაცემასთან დაკავშირებული კვლევა: ინტეგრაციული მიმოხილვა. *Journal of Advanced Nursing*, 69(2), 247-262.

მიზანი

ამ ინტეგრაციული კვლევის მიზანი იყო ქირურგიულ და თერაპიულ განყოფილებებში საექთნო ინფორმაციის გადაცემასთან დაკავშირებული გამოსავლების სინთეზი და ამ პროცესის შემდგომი კომპიუტერიზაცია.

მეთოდები

მკვლევარებმა ჩაატარეს იმ ლიტერატურის ინტეგრირებული მიმოხილვა, რაც გამოქვეყნებული იყო რეგისტრირებულ საექთნო ჟურნალებში 1980 წლიდან 2011 წლის მარტამდე. კვლევები, დაკავშირებული ექთნების მოლოდინებთან და არაფორმალურ მოხსენებებთან, ამ მიმოხილვაში ჩართული არ ყოფილა. შერჩეულ იქნა 247 რეფერენსი, საიდანაც 62 იყო დუბლიკაცია. რეფერენსები იქნა განხილული და ნომინირებული მათი სარწმუნოების მიხედვით. კვლევები კლასიფიცირდა როგორც რელევანტური, არარელევანტური და საექტო. ჯამში 81 კვლევა იქნა შერჩეული, ხოლო დამატებითი ანალიზისთვის საბოლოოდ მიმოხილვაში მოხდა 30 კვლევა (20 თვისებრივი, 4 ექსპერიმენტული და 6 აღწერილობითი).

საკვანძო შედეგები

ყველა კვლევა შეისწავლიდა საექთნო ინფორმაციის გადაცემას. გამონაკლისი იყო მხოლოდ ორი კვლევა, რომელთა კვლევის საგანს წარმოადგენდა პაციენტზე ორიენტირებული ინფორმაციის გადაცემა ჰოსპიტალიზაციის პერიოდში. კვლევების ერთი მესამედი მიმოხილავდა ინფორმაციის ეფექტურობას, სიზუსტესა და ეფექტიანობას. კვლევებმა აჩვენა, რომ გადაცემის პროცესი კომპლექსურია და ინდივიდუალურად თერაპიულ და ქირურგიულ განყოფილებებზე მორგებული სტრუქტურირებული ფორმატი აუმჯობესებს გადაცემული ინფორმაციის სრულყოფილებას. მკვლევარებმა აღნიშნეს, რომ კვლევების უმრავლესობის ინტერესს არ წარმოადგენდა გადაცემული ინფორმაციის შინაარსი, მიუხედავად იმისა რომ კონტექსტი მნიშვნელოვანია პროცესის კომპიუტერული უზრუნველყოფისათვის. მკვლევარებმა აღმოაჩინეს, რომ პაციენტის საწოლთა პირისპირ გადაბარების თანამედროვე ტენდენციები არ იყო კვლევებით შესწავლილი. ამასთან არ არსებობდა პაციენტების მოლოდინების ამსახველი მონაცემებიც, რასაც ასევე შესაძლოა გავლენა ჰქონოდა გადაცემული ინფორმაციის სიზუსტეზე.

ლიდერი და მენეჯერი ექთნების საქმიანობაზე შესაძლო ზეგავლენა

ლიდერი და მენეჯერი ექთნები უნდა იცნობდნენ აღნიშნულ კვლევებს, რათა უფრო ეფექტურად მოახდინონ ინფორმაციის გადაცემა გადაბარებების დროს. პაციენტის საწოლთან გადაბარების პროცესი, რაც დღეს უკვე ჩვეული პრაქტიკაა თერაპიულ და ქირურგიულ განყოფილებებში, არ არის გამტკიცებული მტკიცებულებებით.

პაციენტის მკურნალობის გადაბარებამ შეიძლება მიგვიყვანოს მნიშვნელოვან ინფორმაციულ ხარვეზებამდე, ჩავარდნებამდე, შეცდომებამდე და პაციენტის დაზიანებამდე (Staggers & Blaz, 2013). გადაბარების დროს შეცდომების პოტენციური მიზეზი შეიძლება იყოს (Chen et al., 2011, p. 380):

- გარემოსთან დაკავშირებული პრობლემები;
- ცოდნისა და აპარატურის ერთდროული გადაბარება;

- პაციენტის მდგომარეობასა და ანამნეზზე ინფორმაციის წინასწარ არ მიწოდება, რითიც იქმნება დროის შეზღუდულ მონაკვეთში დიდი ინფორმაციის გადაცემის აუცილებლობა;
- კლინიკურად არასტაბილური პაციენტების გადაბარება, რაც დაკავშირებულია ლიმიტირებულ დროში სამედიცინო ისტორიის მიმოხილვის აუცილებლობასთან.

შუძლებელია ყველა ამ განმაპირობებელი ფაქტორის აღმოფხვრა გადაბარებების პროცესში; მაგალითად თუ პაციენტს ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება, ის აუცილებლად უნდა მიენოდოს და თანაც დროულად. თუმცა, გადაბარების პროცესის სტანდარტიზაციამ შეიძლება თავიდან აგვაცილოს შეცდომები და შეამციროს დაბნეულობა. ინფორმაციის გასტანდარტებულად გადაცემა ხდება და ეს ახსენებს ექთანს, რომ სრული ინფორმაცია უნდა მოითხოვოს თითოეულ პუნქტთან მიმართებაში და მხოლოდ ამის მერე გადავიდეს მკურნალობის მომდევნო ეტაპზე (Chen et al., 2011).

შეჯამება

კომუნიკაცია ეს არის ცოდნის, უნარ-ჩვევებისა და დამოკიდებულების ერთ-ერთი სახე, რომელიც ყველა ექთანმა დიდი ოსტატობით უნდა მოახერხოს. ორგანიზაციის დონეზე, სხვა პროფესიონალებსა და ექტნებს შორის კომუნიკაცია არის სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი უსაფრთხო, ხარისხიანი და თანაც პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობის მიწოდებისათვის. მისკომუნიკაციამ შეიძლება გამოიწვიოს შეცდომები, ამას კი მოჰყვება პაციენტისთვის ზიანის მიყენება. ამიტომ ლიდერმა და მენეჯერმა ექტნებმა უნდა ეცადონ გაიგონ სხვების ნალაპარაკები, ყურადღებით მოუსმინონ მათ და რთულ სიტუაციებშიც კი შეინარჩუნონ სიმშვიდე (Batcheller, 2007). კომუნიკაციის ნაკლებობამ შეიძლება გავლენა მოახდინოს სამუშაო გარემოზე და მიგვიყვანოს დეზინფორმაციამდე, გაუგებრობამდე, შიშამდე, ეჭვიანობამდე, დაუცველობის შეგრძნებამდე და სამუშაოთი უკმაყოფილებამდე. მან შეიძლება გავლენა მოახდინოს პაციენტის უსაფრთხოებასა და საექტნო მოვლის ხარისხზეც. ლიდერ და მენეჯერ ექტნებს, რომლებიც თავად უნდა წარმოადგენდნენ სხვებისთვის კარგი კომუნიკაციის მაგალითს, შეუძლიათ დაეხმარონ საექტნო პერსონალს და ამით ნამდვილად შექმნან პოზიტიური სამუშაო გარემო და გაზარდონ ექტნების ნდობა, მოტივაცია და მორალური ღირებულებები (Timmins, 2011).

რეკომენდებული ვებ-გვერდები:

- Institute for Healthcare Improvement, Communication Strategies for Spreading Change: www.ihl.org/knowledge/Pages/Changes/CommunicationStrategiesforSpreadingChanges.aspx
- Institute for Healthcare Improvement. SBAR Technique for Communication: A Situational Briefing Model: www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.aspx

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Adler, R. B., & Proctor, R. F., II. (2014). Looking out, looking in (14th ed.). Boston: Wadsworth. Agency for Healthcare Research and Quality. (n.d.). TeamSTEPPS: Team strategies and tools to enhance performance and patient safety. Retrieved from teamstepps.ahrq.gov/about-2cl_3.htm
- American Association of Colleges of Nursing (2008). The essentials of baccalaureate education for professional nursing practice. Washington, DC: Author. Retrieved from www.aacn.nche.edu/education-resources/bacessentials08.pdf
- American Association of Critical-Care Nurses (2016). AACN standards for establishing and sustaining healthy work environments: A journey to excellence (2nd ed.), Aliso Viejo, CA: Author. Retrieved from www.aacn.org/wd/hwe/docs/hwestandards.pdf
- American Nurses Association. (2010). ANA's principles for nursing documentation: Guidance for registered nurses. Silver Spring, MD: Author.
- American Nurses Association. (2015). Nursing: Scope and standards of practice (3rd ed.). Silver Spring, MD: Author.
- American Nurses Association. (2016). Nursing administration: Scope and standards of practice (2nd ed.). Silver Spring, MD: Author.
- American Nurses Association and American Organization of Nurse Executives. (2012). ANA/ AONE principles for collaborative relationships between clinical nurses and nurse managers. Retrieved from www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/NursingStandards/ANAPrinciples/Principles-of-Collaborative-Relationships.pdf
- Baldwin, P. K., Wittenberg-Lyles, E., Oliver, D. P., & Demiris, G. (2011). An evaluation of interdisciplinary team training in hospice care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 13(3), 172–182.
- Barnsteiner, J. (2012). Safety. In G. Sherwood & J. Barnsteiner (Eds.), *Quality and safety in nursing: A competency approach to improving outcomes* (pp. 149–171). West Sussex, United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Batcheller, J. (2007). Maximize your impact with leadership domains. *Nursing Management*, 38(8), 52–53.
- Beach, M. (2010). Enhancing communications for better patient outcomes. *Johns Hopkins Advanced Studies in Medicine*, 10(2), 49–52.
- Beckett, C. D., & Kipnis, G. (2009). Collaborative communication: Integrating SBAR to improve quality/ patient safety outcomes. *Journal for Healthcare Quality*, 31(5), 19–28.
- Blais, K., & Hayes, J. S. (2011). *Professional nursing practice: Concepts and perspectives* (6th ed.). Boston: Pearson.
- Boaro, N., Fancott, C., Baker, R., Velji, K., & Andreoli, A. (2010). Using SBAR to improve communication in interprofessional rehabilitation teams. *Journal of Interprofessional Care*, 24(1), 111–114.
- Chen, J. G., Wright, M. C., Smith, P. B., Jaggars, J., & Mistry, K. P. (2011). Adaptation of a postoperative handoff communication process for children with heart disease: A quantitative study. *American Journal of Medical Quality*, 26(5), 380–386.
- Covey, S. R. (1991). *Principle-centered leadership*. New York: Fireside Press. Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., . . . , Warren, J. (2007). Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55(3), 122–131.
- Donahue, M., Miller, M., Smith, L., Dykes, P., & Fitzpatrick, J. J. (2013). A leadership initiative to improve communication and enhance safety. *American Journal of Medical Quality*, 26(3), 206–211.

- Formal communication. (2014). In BusinessDictionary.com. Retrieved from www.businessdictionary.com/definition/formal-communication.html
- Griffin, T. (2010). Bringing change-of-shift report to the bedside: A patient- and family-centered approach. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 24(4), 348–353.
- Guimond, M. E., Sole, M. L., & Salas, E. (2009). TeamSTEPPS. *American Journal of Nursing*, 109(11), 66–68. Hall, E. T. (1990). *The hidden dimension*. New York: Anchor Books.
- Harkreader, H., Hogan, M. A., & Thobaben, M. (2007). *Fundamentals of nursing: Caring and clinical judgment* (3rd ed.). St. Louis, MO: Elsevier Science. Chapter 6 Effective Communication 137 3021_Ch06_118-140 14/01/17 3:54 PM Page 137
- Henry, S. G., Fuhrel-Forbis, A., Rogers, M. A., & Eggly, S. (2012). Association between nonverbal communication during clinical interactions and outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, 86(3), 297–315.
- Huston, C. J. (2014). *Professional issues in nursing: Challenges and opportunities* (3rd ed.). Baltimore: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins.
- Informal communication. (2014). In BusinessDictionary.com. Retrieved from www.businessdictionary.com/definition/informal-communication.html
- Institute for Healthcare Improvement. (2014). SBAR toolkit. Retrieved from www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/SBARToolkit.aspx Institute for Patient- and Family-Centered Care. (2011). About us. Retrieved from www.ipfcc.org/about/index.html Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel*. Washington, DC:
- Interprofessional Education Collaborative. Retrieved from www.aacn.nche.edu/education-resources/ipcreport.pdf
- Kesten, K. S. (2011). Role-play using SBAR technique to improve observed communication skills in senior nursing students. *Journal of Nursing Education*, 50(2), 79–87.
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2015). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins.
- Maxwell, D., Grenny, J., McMillan, R., Patterson, K., & Switzler, A. (2005). *Silence kills: The seven crucial conversations in healthcare*. Retrieved from www.silenttreatmentstudy.com/silencekills
- McLaughlin, C., Olson, R., & White, M. J. (2008). Environmental issues in patient care management: Proxemics, personal space, and territoriality. *Rehabilitation Nursing*, 33(4), 143–147, 177.
- Mitchell, M., Groves, M., Mitchell, C., & Batkin, J. (2010). Innovation in learning: An interprofessional approach to improving communication. *Nurse Education in Practice*, 10(6), 379–384.
- Murray, E. J. (2013). Generational differences: Uniting the four-way divide. *Nursing Management*, 44(12), 36–41.
- Parboteeah, K. P., Chen, H. C., Lin, Y-T., Chen, I-H., Lee, A. Y-P, & Chung, A. (2010). Establishing organizational ethical climates: How do managerial practices work? *Journal of Business Ethics*, 97(4), 599–611.
- Pavlakis, A., Kaitelidou, D., Theodorou, M., Galanis, P., Sourtzi, P., & Siskou, O. (2011). Conflict management in public hospitals: The Cyprus case. *International Nursing Review*, 58(2), 242–248.
- Phillips, C. G. (2007). Organizational communication. In R. P. Jones (Ed.), *Nursing leadership and management: Theories, processes and practice* (pp. 113–130). Philadelphia: F. A. Davis.
- Rebar, A. (2012). Lend an ear with care. *Nursing Standard*, 27(10), 64.

- Rosenblatt, C. L., & Davis, M. S. (2009). Effective communication techniques for nurse managers. *Nursing Management*, 40(6), 52–54.
- Roussel, L., & Swansburg, R. C. (2013). Collaborative decision making and communication: Skills and practices. In L.
- Roussel (Ed.), *Management and leadership for nurse administrators* (6th ed.) (pp. 161–210). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Schuster, P. M., & Nykolyn, L. (2010). *Communication for nurses: How to prevent harmful events and promote patient safety*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Shaw, G. B. (n.d.). BrainyQuote. Retrieved from www.brainyquote.com/quotes/quotes/g/georgebern385438.html
- Sherman, R., & Eggenberger, T. (2009). Taking charge: What every charge nurse needs to know. *Nurses First*, 2(4), 6-10. Smith, M. A. (2011). Are you a transformational leader? *Nursing Management*, 42(9), 44–50. Staggers, N., & Blaz, J. W. (2013). Research on nursing handoffs for medical and surgical settings: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 69(2), 247–262.
- Stevens, J. D., Bader, M. K., Luna, M. A., & Johnson, L. M. (2011). Cultivating quality: Implementing standardized reporting and safety checklists. *American Journal of Nursing*, 111(5), 48–53.
- Strauss, W., & Howe, N. (1991). *Generations: The history of America's future, 1584–2069*. New York: William Morrow.
- Sullivan, E. J. (2012). *Effective leadership and management in nursing* (8th ed.). Boston: Pearson. Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., Taylor, E., & Deutschlander, S. (2009). Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 23(1), 41–51. 138 PART I FOUNDATIONS AND BACKGROUND 3021_Ch06_118-140 14/01/17 3:54 PM Page 138The Joint Commission. (2014).
- Sentinel event data: Root causes by event type, 2004-Q2 2014. Retrieved from www.jointcommission.org/assets/1/18/root_causes_by_event_type_2004-2014.pdf
- Thomas, C. M., Bertram, E., & Johnson, D. (2009). The SBAR communication technique: Teaching nursing students professional communication skills. *Nurse Educator*, 34(4), 176–180.
- Timmins, F. (2011). Managers' duty to maintain good workplace communications skills. *Nursing Management*, 18(3), 30–34.
- Triolo, P. K. (2012). Creating cultures of excellence: Transforming organizations. In G. Sherwood & J. Barnsteiner (Eds.), *Quality and safety in nursing: A competency approach to improving outcomes* (pp. 305–322). West Sussex, United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Weaver, D. (2010). Communication and language needs. *Nursing and Residential Care*, 12(2), 60–63.
- World Health Organization. (2008). *Global priorities for research in patient safety*. Geneva: Author. Retrieved from www.who.int/patientsafety/research/priorities/global_priorities_patient_safety_research.pdf?ua=1

თავი 5

მკურნალობის უსაფრთხოებისა და ხარისხის გაუმჯობესება და მართვა

ამ თავში თქვენ შეისწავლით:

- უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობის თვალსაზრისით ექთანი ლიდერებისა და მენეჯერების როლის განხილვას;
- დღევანდელ ჯანდაცვის სისტემაში სამედიცინო შეცდომების პრევალენსის განხილვასა და სამედიცინო შეცდომის ტიპის განსაზღვრას;
- უსაფრთხოების კულტურისა და მისი ჩამოყალიბებისთვის საჭირო სტრატეგიის აღწერას;
- პაციენტის უსაფრთხოების უზრუნველყოფისთვის საჭირო ინიციატივების აღწერასა და იმის განსაზღვრას, როგორ შეიძლება გამოიყენონ ექთანმა ლიდერებმა და მენეჯერებმა ეს ინიციატივები;
- ხარისხის გაუმჯობესებისა და ხარისხის მართვის პრინციპების იდენტიფიცირებას;
- ხარისხის გაუმჯობესებისას ყველაზე ხშირად გამოყენებული საშუალებების ჩამოთვლას.

პაციენტის უსაფრთხოება და მკურნალობის ხარისხი მუდმივი კონფეციებია: უსაფრთხო საექთნო მოვლა ამცირებს პაციენტებისთვის ზიანის მიყენების რისკს, მაღალი ხარისხის საქმიანობა კი მნიშვნელოვნად ზრდის პაციენტის სასურველი გამოსავლების მიღწევის ალბათობას (Galt, Paschal & Gleason, 2011). IOM (Institute of Medicines)-ის ინსტიტუტის მიერ 2000 წელს გამოშვებული ინოვაციური რეპორტით „შეცდომის დაშვება ადამიანური ბუნების თანამდევია: შევექმნათ უსაფრთხო ჯანდაცვის სისტემა“ (To Err Is Human: Building a Safer Health System) ბიძგი მიეცა შეცდომების შემცირებისკენ და უსაფრთხოებისა და ხარისხის გაუმჯობესებისკენ მიმართულ მნიშვნელოვან აქტივობებს (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000). 2004 წელს დამატებით შემუშავებულმა კიდევ ორმა მოხსენებამ: პაციენტის უსაფრთხოება - მკურნალობის ახალი სტანდარტების მიღწევა (Patient Safety – Achieving a New Standard for Care, Aspden, Corrigan, Wolcott & Erickson, 2004) და შევინარჩუნოთ პაციენტი უსაფრთხოდ - გარდავექმნათ საექთნო საქმიანობის გარემო (Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses, Page 2004), საერთო ყურადღება მიაპყრო მკურნალობის პროცესის უსაფრთხოებისა და ხარისხის შემდგომი გაუმჯობესების აუცილებლობისკენ.

მიუხედავად ამისა, პაციენტის უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული თემები კვლავ წარმოადგენს ხარისხიანი მკურნალობისთვის საშიშროებას და მიუხედავად IOM-ის მიერ გამოქვეყნებული ანგარიშების ფონზე მნიშვნელოვანი მიღწევებისა, პაციენტი მაინც რჩება სერიოზული ზიანის მიყენების რისკის ქვეშ (Robert Wood Johnson Foundation, 2014). IOM-მა თანამედროვე ლიტერატურის დამუშავების საფუძველზე (გამოქვეყნებული 2006-სა და 2012 წლებს შორის) დაადგინა, რომ პრევენციურად სამედიცინო შეცდომების რაოდენობა ყოველწლიურად 44000–დან 98000-მდე მერყეობს. ამასთან, განსაზღვრა პრევენციურად გვერდითი ეფექტების ტიპი და მათი რაოდენობა (James, 2013).

იგი გლობალური გამოწვევაა. განვითარებად ქვეყნებში ჰოსპიტალიზებული პაციენტების 10%-ი შეიძლება გახდეს სამედიცინო შეცდომის ან გვერდითი მოვლენების მსხვერპლი (World Health Organization – WHO), 2014a). ფაქტია, რომ ჰოსპიტალიზებულ პაციენტებს უფრო მეტად აღენიშნებათ დაზიანების რისკი (1 300-დან), ვიდრე თვითმფრინავში მყოფ ადამიანებს (1 100000-დან) (WHO, 2014a).

სწორედ ექთნები იკავებენ ისეთ პოზიციას სამედიცინო დაწესებულებებში, რაც მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს მკურნალობის უსაფრთხოებასა და ხარისხზე და ამიტომ ეთიკური ვა-

ლდებულება აქვთ აწარმოონ უსაფრთხო და ხარისხიანი მოვლა. ეს მოვალეობა ასახულია ANA Code of Ethics for Nurses With Interpretive Statements, დებულება 3-ში: „ექთანი უზრუნველყოფს, ადვოკატირებას უწევს და იცავს პაციენტის უფლებებს, ჯანმრთელობასა და უსაფრთხოებას“ (American Nurses Association – ANA, 2015a, p. 9). მომდევნო დებულება 4 კი ადგენს, რომ „ექთნები უფლებამოსილინი, ანგარიშვალდებულნი და პასუხისმგებელნი არიან საკუთარ საქმიანობაზე“ (p. 15). ექთნების საერთაშორისო საბჭოს (International Council of Nurses – ICN) მისიაა „უზრუნველყოს ხარისხიანი საექთნო მოვლა ყველასთვის და შესაბამისი ჯანმრთელობის პოლიტიკა გლობალურად“ (2014, para. 1). ICN-ს ასევე სჯერა, რომ ექთნებს შეუძლიათ უზრუნველყონ პაციენტის უსაფრთხოება მკურნალობის ყველა ასპექტში. ICN-ის თანახმად, პაციენტის უსაფრთხოების ხელშეწყობა:

მოიცავს მოქმედებათა ფართო სპექტრს სამუშაოზე აყვანის, ტრანინგების და პროფესიონალების შენარჩუნების, ქმედებათა გაუმჯობესების, გარემოს უსაფრთხოების და რისკების მართვის, ინფექციის კონტროლის ჩათვლით, მედიკამენტების უსაფრთხო გამოყენების, აპარატურის უსაფრთხოების, უსაფრთხო კლინიკური საქმიანობის მიმართულებით და ახდენს რაციონალური აკუმულირებას, ორიენტირებულია პაციენტის უსაფრთხოებაზე და ამისთვის საჭირო ინფრასტრუქტურის შემქნაზე (ICN, 2012, para. 1).

პროფესიონალ ექთნებს ასევე აქვთ ვალდებულება მიჰყვეს პაციენტის უსაფრთხოებისა და ხარისხის გაუმჯობესების კუთხით აქტივობებს და ამ მიმართულებით პროგრესის მისაღწევად მათ გაცილებით მეტის გაკეთება უწევთ დღეს, ვიდრე ეს იყო ადრე (Johnson, 2012).

აღნიშნული თავი მოიცავს სამედიცინო შეცდომების ტიპსა და მათ გავრცელებაზე დღეს არსებულ ინფორმაციას და წარმოაჩენს იმ აუცილებელ ინიციატივებს, რომელიც საჭიროა მათთან გასამკლავებლად. იგი განიხილავს პაციენტთა უსაფრთხოების კუთხით ექთნების როლს, დაწყებული უსაფრთხოების კულტურიდან დამთავრებული პროცესების სტანდარტიზაციით და ხარისხის გაუმჯობესების კუთხით მათ ფუნქციას, ხარისხის გაუმჯობესების ინსტრუმენტების დანერგვის ჩართვით.

ცოდნა, უნარ-ჩვევები და დამოკიდებულებები დაკავშირებულ შემდეგ ძირითად კომპეტენციებთან ასევეა განხილული: პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობა, გუნდური მუშაობა და თანამშრომლობა, ხარისხის გაუმჯობესება და უსაფრთხოება.

სამედიცინო შეცდომები

ჯანდაცვა სულ უფრო კომპლექსური ხდება და შესაბამისად მატულობს სამედიცინო შეცდომებთან დაკავშირებული პრობლემების რაოდენობაც. IOM სამედიცინო შეცდომას შემდეგნაირად განსაზღვრავს: „დასახული მიზნის მისაღწევად დაგეგმილი სახით ქმედებების შესრულების წარუმატებლობა (მაგ., ზედამხედველობაში შეცდომა) ან მცდარი გეგმის გამოყენება (დაგეგმვის შეცდომა)“ (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000, p. 28). პაციენტისთვის მიყენებულ ზიანს, რომელიც სამედიცინო მართვით არის გამოწვეული და არა ჯანმრთელობის მდგომარეობით, უწოდებენ გვერდით ეფექტს ან პაციენტის უსაფრთხოების შემთხვევას (The Joint Commission – TJC, 2016(a)), და ამ შემთხვევათა უმეტესობა პრევენცირებადია. პრევენცირებადი სამედიცინო შეცდომების ფართოდ აფიშირებამ ბიძგი მისცა რიგ მნიშვნელოვან ინიციატივებს პაციენტის უსაფრთხოებისა და მკურნალობის ხარისხის გაუმჯობესების ხელშეწყობის მიზნით. ცხრილში 5-1 ნაჩვენებია ზოგიერთი პრევენცირებადი შეცდომის მაგალითი და ამ მიმართულებით შემუშავებული პოლიტიკის დოკუმენტები.

არსებობს ორი ტიპის შეცდომა: გამოტოვებასთან დაკავშირებული შეცდომა (omission) და მითითებებთან დაკავშირებული შეცდომა (commission). გამოტოვებასთან დაკავშირებული შეცდომა ხდება მაშინ, როდესაც საერთოდ არ ხდება მოქმედება ან ხდება ქმედების გამოტოვება. ამის მაგალითია: ექთანმა არ შეფასა პაციენტის მდგომარეობა ქირურგიული ჩარევის შემდეგ ან არ მისცა მედიკამენტი პაციენტს. ორივე შემთხვევაში ექთანმა არ შეასრულა ის ქმედება რაც მკურნალობის სტანდარტის შემადგენელი ნაწილია. მითითებებთან დაკავშირებული შეცდომა (commission) ვლინდება მაშინ, როდესაც მცდარი ქმედება ხდება ან იგეგმება. ამის მაგალითია მედიკამენტის შეცდომით სხვა პაციენტისთვის მიცემა ან პროცედურის არასწორად ჩატარება (მაგ., ფოლესის კათეტერის ჩადგმის დროს სტერილური ტექნიკის არ დაცვა).

გარკვეული ზიანის რისკის არსებობის ფონზე შეცდომის დაშვებას საფრთხის შემცველი ქმედება ქვია (Reason, 1990). ზოგიერთი საფრთხის შემცველი ქმედება არის არა შეცდომის, არამედ წესის დარღვევის შედეგი. დიზაინერების, მენაჯერების და მარეგულირებელი ორგანიზაციების განმარტებით, წესის დარღვევა ეს არის უსაფრთხო პრაქტიკიდან განზრახ გადახვევა (Reason, 1990). მაგალითად, ჩვეულია სტანდარტია რომ ექთნებმა გადაამოწმონ პაციენტის ვინაობა მედიკამენტის მიცემის წინ; ამ სტანდარტის არ მიღებულობა წესის დარღვევაა. შეცდომები და დარღვევები ყოველთვის არ იწვევს ზიანის ან უბერდური შემთხვევის დადგომას. თუმცა, ამის რისკს უდავოდ შეიცავს.

შეცდომა კლასიფიცირდება შემდეგნაირად: გადაცდომები, ხარვეზები და შეცდომები (reason, 1990). გადაცდომები და ხარვეზები არის შესრულების ჩავარდნები - სხვა სიტყვებით, ისინი არის ისეთი ქმედებების შედეგი, რომელთაც არ მოყვება შესაძლო შედეგები. გადაცდომები, როგორც წესი, სხვების თვალწინ ხდება (მაგ., ექთანმა შეცდომით სხვა პაციენტს მისცა მედიკამენტი და ამის შესახებ ჩანაწერი გააკეთა ამ პაციენტის ისტორიაში), ხოლო ხარვეზი ჩვეულებრივ მეხსიერების ნაწილია და ცნობილია მხოლოდ იმ პირისთვის ვისაც იგი ეხება (მაგ., ექთანმა დაივიწყა მედიკამენტის მიცემა და ეს დააფიქსირა სადმე დოკუმენტაციაში). შეცდომა ვლინდება მაშინ, როდესაც ქმედება გეგმის მიხედვით ხდება მაგრამ თვითონ ქმედების შინაარსი არასწორია. შეცდომა უფრო რთული და უფრო კომპლექსურია ვიდრე გადაცდომა და ხარვეზი. როგორც წესი, შეცდომა უფრო ძნელად ჩასაჭერია და პაციენტისთვის უფრო მეტი საშიშროების შემცველია ვიდრე გადაცდომა და ხარვეზი (Reason, 1990). მაგალითად, ექთანს არალიცენზირებულმა პერსონალმა უთხრა პაციენტის მომატებული ტემპერატურის შესახებ. ექთანი ამომწმებს დანიშნულებას და სიცხის დამწვევს აძლევს პაციენტს. მოგვიანებით ექთანი აღმოაჩენს რომ არალიცენზირებულმა პირმა შეცდომით მიუთითა პაციენტის ვინაობა და ექთანმა ისეთ პაციენტს მისცა სიცხის დამწვევი, ვისაც კი ჰქონდა დანიშნული, მაგრამ იმ მომენტში არ ესაჭიროებოდა (არ ჰქონდა ტემპერატურა მომატებული). ეს არის შეცდომა რადგან ქმედება განხორციელდა არასწორ პაციენტთან და შესაბამისად ქმედება არასწორი იყო.

უსაფრთხოების ჭეშმარიტად უზრუნველყოფა გულისხმობს ნებისმიერი თითქმის დამდგარი შემთხვევის ან პოტენციური შეცდომის აღმოჩენას სანამ ის განხორციელდება/შედეგი დადგება. მაგალითად, ექთანი შედის პაციენტის პალატაში მედიკამენტის მისაცემად და აღმოაჩენს რომ ეს სხვა პაციენტია. იგი დაუყოვნებლივ ტოვებს პალატას, თან მიაქვს მედიკამენტი და ამით თავიდან იცილებს არასწორ ქმედებას. ამ შემთხვევის განხილვა შეიძლება როგორც თითქმის დამდგარი შემთხვევის, რომლის გამომწვევი მიზეზიც შესწავლილი უნდა იქნას სხვა დროს მსგავსი შეცდომების და ქმედებების თავიდან აცილების მიზნით.

განსაკუთრებული ზედამხედველობის შემთხვევები ეს არის პაციენტის უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული ისეთი შემთხვევები, როგორიცაა: სიკვდილი, განგრძობითი ზიანი და მძიმე დროებითი ზიანი და როდესაც გარკვეული ჩარევებია საჭირო სიცოცხლის შესანარჩუნებლად (TJC, 2016c, para 2). მსგავსი შემთხვევები „საჭიროებს დაუყოვნებლივ გამოკვლევას და რეაგირებას“ (TJC< 2016a, para 4). განსაკუთრებული ზედამხედველობის შემთხვევები TJC-ი მონიტორინგის ქვეშ არის. თუმცა მათი რეპორტირება ნებაყოფლობითია.

ადამიანური შეცდომები განიხილება ორი თვალსაზრისით: პერსონალური მიდგომით და სისტემური მიდგომით (Reason, 2000). პერსონალური მიდგომა ფოკუსირდება ჯანდაცვის პერსონალის მხრიდან შესაძლო საფრთხის შემცველ ქმედებაზე და შეცდომებზე, იმაზე რაც ადამიანის ქცევის შედეგია. ასეთია უყურადღებობა, გულმავინყოფა, დაუდევრობა და არაკომპეტენტურობა. ორგანიზაციები რომლებიც ძირითად ორიენტირებულია ადამიანურ მიდგომებზე ხშირად ცდილობენ გამოასწორონ ადამიანური ქცევა პერსონების დასახელებით, დადანიშნულებით, შერცხვენით და გადამზადებით. სისტემური მიდგომა კი თვლის რომ შეცდომა ხდება და ამის მიზეზია ადამიანის არასრულყოფილება. ამ მიდგომის დროს ყურადღება ნაკლებად არის მიქცეული ინდივიდზე და უფრო მეტად გადატანილია სისტემის შიგნით არსებულ იმ პროცესებზე რასაც მივყავართ ამ შეცდომებამდე. ფაქტია, რომ შეცდომები ზოგადად მოსალოდნელია და გარშემო ბევრი ფაქტორია რამაც შეიძლება დაგვიცვას მათგან. ორგანიზაციები, რომლებიც ორიენტირებული არიან სისტემურ მიდგომებზე კონცენტრირდებიან სამუშაო გარემოში ცვლილებების საჭიროებაზე და ამ გზით შეცდომებისგან თავის დაცვაზე (Reason, 2000). მაღალი დონის განათლებისა და კომპეტენციის ექთნები უშვებენ შეცდომებს; და ეს ახსნადია ადამიანური ფაქტორებიდან გამომდინარე.

ცხრილი 5-1: სამედიცინო შეცდომების შემთხვევები და მათთან დაკავშირებული პოლისები

წელი	შემთხვევა	გამოსავალი
1984	<p>ლიბი ზიონს, 18 წლის კოლეჯის სტუდენტი, ჰქონდა დეპრესიის ანამნეზი. მან მიმართა გადაუდებელ დეპარტმენტს შემდეგი ჩივილებით: ცხელება, აჟიტირება, სხეულის უნებლიე მოძრაობები და დეზორიენტაცია. იგი მოთავსებული იქნა განყოფილებაში ჰიდრატაციისა და დაკვირვების მიზნით, მაგრამ რამდენიმე საათში დაიღუპა წამლების ურთიერთქმედების გამო. ცნობისთვის, ამ პაციენტთან გამწესებული იყვნენ 36 საათიან მორიგეობაზე მყოფი ინტერნი და რეზიდენტი. მათ სჯეროდათ რომ მათ გამო მოხდა შეცდომა, რამაც საბოლოოდ პაციენტის სიკვდილი გამოიწვია (Lerner, 2006).</p>	<p>საზოგადოებრივი განხილვისას მივიდნენ დასკვნამდე, რომ დამატებითი საათებით მუშაობა და რეზიდენტების არასრულყოფილი ზედამხედველობა იყო შეცდომის მიზეზი. 2003 წელს, სამედიცინო სკოლის შემდგომი სწავლების სააკრედიტაციო საბჭომ (Accrditaion Council for Graduate Medical Education – ACGME) (არსებობის შემთხვევაში) დაადგინა სტანდარტი, რომელიც ზღუდავს კვირაში 80-ზე მეტ სამუშაო საათს და ერთ მორიგეობაზე 30 საათზე მეტი ხნით მუშაობას.</p>
1994	<p>ბეტსი ლეჰმანი იყო 39 წლის ჯილდოს მფლობელი ჟურნალისტი, რომელიც მუშაობდა ჯანდაცვის საკითხებზე Boston Globe-ში. იგი დაიღუპა ქიმიოთერაპიული მედიკამენტის დოზის გადაჭარბების გამო (Altman, 1995).</p>	<p>ეს შემთხვევა იყო პაციენტის უსაფრთხოებაში თანამედროვე მიდგომების შემუშავების კატალიზატორი. ამ შემთხვევის შემდეგ მოხდა მედიკამენტებთან დაკავშირებულ შეცდომებზე ახლებური ხედვის ჩამოყალიბება და კომპიუტერული შეკვეთების დანერგვა (Watcher, 2012).</p>
1995	<p>ვილე კინგი იყო 51 წლის დიაბეტიანი მამაკაცი რომელსაც მცდარ კიდურზე ჩაუტარდა ამპუტაცია</p>	<p>TJC-მ შეიმუშავა ქირურგიული ჩარევის დროს უნივერსალური პროტოკოლი მცდარი მხარე, მცდარი პროცედურა და მცდარი პაციენტი პრევენციის მიზნით. ეს პროტოკოლი მოქმედი გახდა 2004 წლის 1 ივლისიდან. ამ პროტოკოლში მოწოდებულია პროცედურის წინ შესასრულებელი სამი მნიშვნელოვანი კომპონენტი: ვერიფიკაცია, მხარის მონიშვნა და ჩარევამდე დროის აღება ინფორმაციის გადამოწმების მიზნით (TJC, n.d.)</p>

2001	<p>ჯოსე კინგი, 18 თვის გოგონა, საავადმყოფოში მოთავსებული იქნა მეორე ხარისხის დამწვრობით. დამწვრობის ფართი იყო 60%-მდე. დამწვრობა მიღებული ჰქონდა ცხელ წყალში ჩავარდნის გამო. ინტენსიურში ორ კვირიანი მკურნალობის შემდეგ, ბავშვი გადაყვანილი იქნა განყოფილებაში და ოჯახი ემზადებოდა ბინაზე გასაწერად. მაგრამ 1 კვირის შემდეგ პაციენტი დაიღუპა მძიმე დეჰიდრატაციის გამო. დეჰიდრატაცია დროულად არ იქნა შემჩნეული და ამას დაემატა მეტადონის შეცდომით ადმინისტრირებაც (Niedowski, 2003)</p>	<p>ჯოსის დედა, სორელ კინგი, ამის შემდეგ გახდა პაციენტთა უსაფრთხოების დამცველი. მან დააარსა ჯოსი კინგის სახელობის ფონდი „სამედიცინო შეცდომით გამონეული სკვდილისგან ან ზიანისგან სხვების დასაცავად“ (Neidowski, 2003).</p>
2002	<p>ლუის ბეკმენი, 15 წლის ბიჭი, საავადმყოფოში მოთავსდა ქირურგიული ჩარევის მიზნით მენალის გულმკერდის კორექციის მიზნით. ოთხი დღის შემდეგ, ლუისი დაიღუპა არადიაგნოსტირებული წყლულის პერფორაციის გამო (Monk, 2022).</p>	<p>ლუისის დედა, ჰელენ ჰასკელი, გულმოდინედ მუშაობს იმაზე, რომ პაციენტებსა და მათი ოჯახის წევრებს ჰქონდეთ ექიმებთან და სწრაფი რეაგირების ჯგუფებთან შეუზღუდავი წვდომა (Acquaviva, Haskell & Johnson, 2013)</p>
2006	<p>ჯული ტაო იყო ლიცენზირებული ექთანი, რომელმაც შემთხვევით ეპიდურული საანესთეზიო საშუალება გააკეთა ვენაში ანტიბიოტიკის ნაცვლად. პაციენტი მოკვდა და ექთანი დააპატიმრეს მძიმე დანაშაულზე ბრალდებით</p>	<p>ტაო გახდა სპიკერი პაციენტის უსაფრთხოებისა და პოტენციური ზიანის კუთხით (Quaid, Thao, & Denham, 2010).</p>
2007	<p>დენის ქვაიდის ტყუპები მოთავსებული იყვნენ საავადმყოფოს ნეონატოლოგიურ ინტენსიურ განყოფილებაში და მათ მიეცათ ჰეპარინის გადაჭარბებული დოზა ორჯერ. კათეტერის ჩარეცხვის მიზნით ვენაში ჰეპარინი გაკეთდა 10000 ერთ/მლ დოზით, ნაცვლად 10 ერთ/მლ ერთეულისა (Omstein, 2008)</p>	<p>კიდევ ერთხელ გამახვილდა ყურადღება მედიკამენტებთან დაკავშირებულ შეცდომებზე და სფუძველი ჩაეყარა პაციენტის უსაფრთხოებასთანამედროვე მიდგომებს (Quaid, Thao, & Denham, 2010)</p>

უნებლიე ადამიანური შეცდომები და სისტემური შეცდომები წარმოადგენს ძირითადად პრევენცირებადი გვერდითი მოვლენების განმაპირობებელ ფაქტორებს (Denham, 2007). ამასთან შეცდომების უმეტესობას ერთდროულად მრავალი ფაქტორი განაპირობებს, რომელთა უმრავლესობა დაკავშირებულია ადამიანურ ფაქტორთან, კომუნიკაციასა და ლიდერშიფთან (Shepard, 2011):

- ადამიანური ფაქტორი გულისხმობს პერსონალის დაგეგმარების დონეს, პერსონალის განათლებას და კომპეტენციას და პერსონალის დეფიციტს. როდესაც პერსონალით უზრუნველყოფა არასაკმარისია და ექთნების ნაკლებობაა, პაციენტის უსაფრთხოება კითხვის ნიშნის ქვეშ დგება.

- კომუნიკაცია მოიცავს ინტრაპროფესიონალურ და ინტერპროფესიული კომუნიკაციას, ასევე ინტერაქციას პაციენტთან და მისი ოჯახის წევრებთან. პაციენტის ოპტიმალური გამოსავლები ეყრდნობა ეფექტურ კომუნიკაციას.
- ლიდერობა მოიცავს ყველა დონეზე ლიდერობასა და მართვას, ორგანიზაციულ სტრუქტურას, პოლისებს და პროცედურებს და პრაქტიკულ გაზამკვლევებს. როდესაც იგი არაეფექტურია, ექთნების მიერ მიღებულმა გადაწყვეტილებებმა შეიძლება მიგვიყვანოს გვერდით მოვლენებამდე ან თითქმის დამდგარ შემთხვევებამდე.

შეცდომებისა და გვერდითი მოვლენების პრევენცია ეყრდნობა სისტემურ მიდგომას, რაც თავის მხრივ ამცირებს პაციენტის უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული შემთხვევების ალბათობას. ექთან ლიდერებსა და მენეჯერებს უნდ შეეძლოთ მიყვინ ქვემოთ მოცემულ აქტივობებს პაციენტის უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფის მიზნით (Galt, Paschal & Gleason, 2011, pp. 8-9):

- ისეთი კულტურის ჩამოყალიბება, რომელიც მოცემულია როგორც პაციენტთან დაკავშირებულ, ასევე პერსონალთან დაკავშირებულ კონცეფციაში.
- რაც შეიძლება მეტი პროცესის სტანდარტიზაცია, და ამის პარალელურად კი პერსონალისთვის თავისუფლების მინიჭება, რათა შემოქმედებითად მიუდგეს პრობლემების გადაჭრას და თავიდან აიცილოს ავტომატური ქმედებები.
- ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ უსაფრთხოებისა და ხარისხის კუთხით შემუშავებული ინიციატივების იმპლემენტაცია.
- კომპლექსური პროცესების ანალიზი შესაბამისი ინსტრუმენტების გამოყენებით.
- შეცდომებსა და შემთხვევებზე მონაცემების შეგროვება შემდგომი გაუმჯობესების შესაძლებლობების აღმოჩენის მიზნით და ამ მიმართულებით პროგრესის თვალყურის დევნება.

მეორე მსხვერპლი

ნებისმიერი სამედიცინო შეცდომის პირველადი მსხვეპლი არის როგორც პაციენტი ასევე მისი ოჯახი. თუმცა, ყოველთვის არის მეორე მსხვერპლიც: ექთანი ან ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალი რომელიც დაკავშირებულია იმ შეცდომასთან, რომელმაც გამოიწვია პაციენტის დაზიანება (Smetzer, 2012). ფატალური შემთხვევები ან ისეთი შემთხვევები რაც იწვევს პაციენტის მნიშვნელოვან დაზიანებას ან უუნარობას, შეიძლება იყოს ექთანში სტრეს-დამოკიდებული ფსიქოლოგიური ან ფიზიოლოგიური რეაქციის გამომწვევი მიზეზი. ხშირად, მეორე მსხვერპლი განიცდის გადაუდებელი სამედიცინო სიტუაციების ექვივალენტ პოსტრავმატულ სტრესულ დარღვევებს (PTSD). ხშირად მეორე მსხვეპლი თავს გრძნობს მიტოვებულად, იზოლირებულად და კარგავს უსაფრთხოების შეგრძნებას და ეს ცვლის მის თვითშეფასებას (Denham, 2007; Smetzer, 2012). იგი საჭიროებს მოთმინებით მიდგომას, ზრუნვას და პატივისცემას. **ANA Code of Ethics Status, დებულება 1,5:** „პიროვნების პატივისცემა ვრცელდება ყველა იმ პირზე ვისთანაც მედდა ურთიერთობს. ექთნები ინარჩუნებენ პროფესიულ, პატივისცემით გამსჭვალულ ურთიერთობებს კოლეგებთან და მოწოდებულნი არიან სამართლიანი ურთიერთობისთვის, გამჭვირვალობისთვის, ეთიკაზე დაფუძნებული კომპრომისისთვის და კონფლიქტების საუკეთესო გადაწყვეტილებების მოძიებისთვის“ (Ana, 2015a, p. 4).

TRUST აკრონიმის გამოყენებით ისაზღვრება მეორე მსხვერპლისთვის ხუთი წესი: 1) მკურნალობა, როგორც უზენაესი ქმედება (Treatment that is just) 2) პატივისცემა 3) გაგება და მოთმინება 4) მხარდამჭერი მოპყრობა და 5) გამჭვირვალობა და კონტრიბუციის შესაძლებლობა (ცხრილი 5.2; Denham, 2007). ჯანდაცვის ლიდერებმა უნდა გაითვალისწინონ ჯანდაცვის იმ პროფესიონალების უფლებები რომელთაც უკავშირდება პაციენტისთვის უნებლიე ზიანის მიყენება. მიზეზი ამ ზიანის არის სისტემის გაუმართაობა და ადამიანური შეცდომა. ექთანი ლიდერები და მენეჯერები პატივს უნდა სცემდნენ ექთნების უფლებებს და მათ საქმიანობას, ინარჩუნებდნენ ემპათიას და ამ მიდგომებზე დაყრდნობით აყალიბებდნენ ურთიერთობებს და ქმნიდნენ და მხარს უჭერდნენ ჯანმრთელ სამუშაო გარემოს (ANA, 2015b).

ცხრილი 5.2 TRUST

მკურნალობა, როგორც უზენაესი ქმედება	ექთანი, რომელსაც მოსდის შეცდომა არ შეიძლება 100%-ით აგებდეს პასუხს მასზე, რადგან სისტემის ხარვეზები განაწყობს მათ ადამიანური შეცდომისკენ
პატივისცემა	ჯანდაცვის ყველა სპეციალისტს აქვს შეცდომების დაშვების ალბათობა და იმსახურებს პატივისცემას. ჯანდაცვის ორგანიზაციებმა უნდა უარი თქვან ვინაობა-ბრალეულობა-შერცხვენა მიდგომაზე
გაგება და მოთმინება	ექთნებს რომელიც შეცდომებს უშვებენ, უნდა მიეცეთ საშუალება გაირაონ მწუხარების ყველა ეტაპი
მხარდამჭერი მოპყრობა	ექთნები რომლებიც უშვებენ შეცდომებს ავლენენ პოსტ-ტრამეული სტრესის ნიშნებსა და სიმპტომებს და საჭიროებენ ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერას
გამჭვირვალობა და კონტრიბუციის საშუალება	პაციენტის უსაფრთხოების გაუმჯობესება ყველა ჯანდაცვის პროფესიონალისგან მოითხოვს შეცდომებთან მიმართებაში იყვნენ გულწრფელნი და გამჭვირვალენი და ეს უზრუნველყონ შეცდომების აღმოჩენის, გამჟღავნების და რეპორტირების გზით

უსაფრთხოების კულტურის ჩამოყალიბება

უსაფრთხოების კულტურა ეს არის ბრალეულის ძიებისგან თავისუფალი გარემო, სადაც პერსონალი თავს კომფორტულად გრძნობს შეცდომებსა და თითქმის დამდგარი შემთხვევების რეპორტირებასთან მიმართებით. 2000-იანების დასაწყისამდე, ექთანი შეცდომის დაშვებისთვის ისჯებოდა, ამიტომ მმართველი რგოლი მუდმივად ორიენტირებული იყო ბრალეულის მოძიებაზე და რეპორტირების დროს ამ პირის ვინაობის დასახელებას ითხოვდა. შემდგომ კი შეცდომის დამშვებს სთხოვდნენ გარკვეული კურსების გავლას. ეს მიდგომა არ გულისხმობდა შეცდომების მიზეზების ძირეულ გამოძიებას და არ ამცირებდა თავად შეცდომების რაოდენობასაც. სამწუხაროდ მსგავსი მიდგომები დღესაც გამოიყენება პრაქტიკაში. უსაფრთხოების კულტურა მხარს უჭერს ექთნების დასჯაზე უარის თქმას და აქცენტს აკეთებს ანგარიშგება ვალდებულებაზე, საუკეთესოს მიღწევაზე, პატიოსნებაზე, ეთიკურობასა და ურთიერთ პატივისცემაზე (Johnson, 2012).

უსაფრთხოების კულტურის პირობებში, პაციენტისა და თანამშრომლების უსაფრთხოება არის პრიორიტეტი, და ორგანიზაციული ლიდერობა მონოდებულია არამარტო უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობის მიწოდებაზე, არამედ უსაფრთხო სამუშაო გარემოს შექმნაზეც. უსაფრთხოების კულტურა ყალიბდება დროთა განმავლობაში და მოიცავს სამ საფეხურს (Page, 2004, pp. 296-298):

საფეხური 1: უსაფრთხოების მართვა ეფუძნება წესებსა და რეგულაციებს: ორგანიზაცია უსაფრთხოებას უყურებს, როგორც მარეგულირებელი ინსტიტუციების მიერ დაწესებულ გარე მოთხოვნებს და საკმარისად მიაჩნიათ ამ რეგულაციებთან და წესებთან შესაბამისობა.

საფეხური 2: კარგი უსაფრთხო ქმედებები ხდება ორგანიზაციის მიზანი: ლიდერშიფის და მმართველი რგოლის მიერ უსაფრთხოება აღიარებულია როგორც საქმიანობის მნიშვნელოვანი

ასპექტი, მაგრამ იგი უფრო მიზნების ნაწილია და არა სტრატეგიული გეგმის ან ორგანიზაციული კულტურის შემადგენელი კომპონენტი.

საფეხური 3: უსაფრთხოება ვლინდება როგორც დინამიკური და უწყვეტი გაუმჯობესების პროცესი: ორგანიზაციაში ყველა განიხილავს უსაფრთხოებას როგორც დინამიკურ პროცესს და ხედავს მუდმივი გაუმჯობესების საჭიროებას. ძლიერი აქცენტები კეთდება კომუნიკაციაზე, ტრენინგებზე, მართვის სტილისა და მისი ეფექტურობისა და ეფექტიანობის გაუმჯობესებაზე.

უსაფრთხოების კულტურა ხელს უწყობს პერსონალის ნახალისებასა და მათთვის უფლება-მოსილების მინიჭებას, ორიენტირდება შეცდომების გამომწვევ მიზეზებზე და არა მათ დამშვებ პირებზე. უსაფრთხოების კულტურა გულისხმობს ან მიუკერძოებელ მიდგომასაც მათდამი, ვინც დაუშვა შეცდომა. სამართლიანობის კულტურა აუმჯობესებს პაციენტის უსაფრთხოებას, რადგან ზრდის ექთნების მოტივაციას ისწავლონ საკუთარ შეცდომებზე და მოახდინონ ყველა შეცდომისა და თითქმის დამდგარი შემთხვევების რეპორტირება რეპრესიების შიშის გარეშე. ექთნები საკუთარ ქმედებებზე პასუხისმგებელნი არიან და გარშემომყოფნი მათთან მოელიან კონსტრუქციულ უკუკავშირს (Shepard, 2011; Watchter, 2012).

ექთანი ლიდერები და მენეჯერები პასუხისმგებელნი არიან უსაფრთხოების კულტურის ხელის შეწყობაზე და ამისთვის შესაბამისი გარემოს შექმნაზე (ANA, 2015b). უსაფრთხოების კულტურის შექმნა ძალიან რთული პროცესია; მაგრამ თუკი შეიქმნება „შემდეგ უკვე მისი არსებობის ან არ-არსებობის შემჩნევა იოლია“ (Wachter, 2012, p. 275).

უსაფრთხოების კულტურის ნაწილია პერსონალის ნახალისება ღიად ისაუბრონ საფრთხის შემცველ სიტუაციებთან დაკავშირებით საკუთარ შემფოთებებზე. ეს შესაძლოა მოხდეს კომუნიკაციური არხებით, მაგალითად “CUS” პრინციპი. ეს არის სამ-ნაბიჯიანი პროცესი, რომელიც ეხმარება პერსონალს იმ ქმედებების დროულად შეწყვეტაში, რომელიც მათი თვალსაზრისით საფრთხის შემცველია. CUS იყენებს შემდეგ მიდგომას (TJC, 2012, p. 52):

- მე ვშფოთავ;
- თავს არ ვგრძნობ კომფორტულად;
- ეს უსაფრთხოების საკითხია.

ექთან ლიდერებსა და მენეჯერებს შეუძლიათ „ხელი შეუწყონ შეცდომებისა და ხარვეზების შემცირებას, ცნობენ რა შეცდომის სისტემურ ბუნებას და მიაჩნიათ რა, რომ კარგი სისტემის ვერ ჩამოყალიბების მიზეზი სისტემის გაუმართაობა და ჩავარდნაა და არა ინდივიდუალური პასუხისმგებლობა (ANA, 2015b, p. 6).

სასწავლო აქტივობა დადანიშნულების კულტურა vs უსაფრთხოების კულტურა

შეადარე ეს ორი კულტურა შემდეგ მიმართულებებთან მიმართებით

- მედიკამენტებთან დაკავშირებული შეცდომები
- თითქმის დამდგარი შემთხვევები
- განსაკუთრებული ზედამხედველობის შემთხვევები

უსაფრთხოების კულტურა ეყრდნობა სისტემურ მიდგომას, რაც ამცირებს პაციენტის უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული პრობლემების ალბათობას. შეცდომებისა და გვერდითი მოვლენების პრევენციის მნიშვნელოვანი ასპექტი ავტომატური ქმედების თავიდან აცილებაა. რაც უფრო მეტად გამოცდილი ხდება ექთანი გარკვეულ საკითხებში, ცნობიერი ადაპტაციური მექანიზმი უბიძგებს მას თავს უფლება მისცეს ავტოპილოტის ჩართვით შეასრულოს გარკვეული ქმედებები (Galt, Fuji, Gleason & McQuillan, 2011). სამწუხაროდ, კომპლექსური უნარ-ჩვევების შეძენა და მათი რუტინულ ქმედებებად ჩამოყალიბება შეიძლება უარყოფითად მოქმედებდეს პაციენტის უსაფრთხოებაზე. როგორც კი ამოცანები და უნარები ხდება ავტომატური, ექთანი ნაკლებად აქცევს ყურადღებას დეტალებს. ამან შეიძლება მკურნალობაში გარკვეული ვარიაციები გამოიწვიოს და მიგვიყვანოს შეცდომებამდე ან უსაფრთხოებასთან დაკავშირებულ პრობლემებამდე. მტკიცებულებები აჩვენებს რომ ვარიაციები შესაძლოა ცუდი კლინიკური გა-

მოსავლების მიზეზი გახდეს. ამის საპირისპიროდ, მკურნალობის სტანდარტიზაციამ შეიძლება გააუმჯობესოს კლინიკური გამოსავლები, შეაძვიროს არაფექტიანი ქმედებები სერვისის ღირებულება (Tsakos et al., 2014). ექთანი მენეჯერები და ლიდერები უნდა დარწმუნდნენ რომ ექთნები იყენებენ გასტანდარტებულ პროცედურებსა და შესამოწმებელ კითხვარებს (checklists) და არ ეყრდნობიან მესხიერებასა და ავტომატურ მახსოვრობას პაციენტის მკურნალობის დროს. როდესაც პროცესები და პროცედურები ვარიირებს, მას შეიძლება მოჰყვეს გაუგებრობა, მკურნალობის დაგვიანება და მედდების მოვლის ხარისხის გაუარესება. სტანდარტიზაცია ეს არის უნიფიცირებული კრიტერიუმების, პროცესების, დიზაინებისა და პრაქტიკის განვითარების, შეჯერებისა და დანერგვის პროცესი, რომელმაც შეიძლება გააუმჯობესოს პაციენტის უსაფრთხოება და მკურნალობის ხარისხი (Tsakos et al., 2014). პროცესების სტანდარტიზაციამ ჯანდაცვას შეიძლება მოუტანოს სარგებელი შემდეგი გზით:

- ექთან ლიდერებს და მენეჯერებს და საექთნო პერსონალს უზრუნველყოფს გასტანდარტებული პროცესების გამოსავლების შედარებისთვის აუცილებელი ინსტრუმენტებით.
- ექთან ლიდერებსა და მენეჯერებს აძლევს კონკრეტული ჩარევის ან პროცესის მონაცემების შედარებისა და მათი სარწმუნოებისა და რელევანტურობის შეფასების საშუალებას.
- ყველა დონეზე მომუშავე ექთნებს (ასევე ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებს) აძლევს ერთ და ღირებულ ენაზე კომუნიკაციის საშუალებას (მაგ., გასტანდარტებული ტერმინების გამოყენება);
- ზრდის ტექნოლოგიებისა და მონეობილობების ცნობადობას, რითიც ამცირებს ადამიანური შეცდომების რისკს;
- ყველა დონეზე მომუშავე ექთნებს და ჯანდაცვის სხვა პერსონალს აძლევს საშუალებას ისწავლონ ერთმანეთის გამოცდილებაზე დაყრდნობით.

სტანდარტიზაცია შეიძლება სხვადასხვა სახით ხდებოდეს: კითხვარები (Checklists), დამტკიცებული აბრევიატურები და პრაქტიკული გზამკვლევები, ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერები და კომპიუტერიზებული საექიმო შეკვეთები; მონეობილობებისა და მარაგების ერთ ლოკაციაზე შენახვა და განყოფილებების მსგავსი დიზაინით დაპროექტება. თუმცა ექთანი ლიდერებისა და მენეჯერებისთვის ნამდვილად გამომწვევაა, ერთის მხრივ გაასტანდარტონ რაც შეიძლება მეტი პროცესი და მეორეს მხრივ პერსონალს მისცენ უფლება დამოუკიდებლად და შემოქმედებითად გადაჭრან პრობლემები.

პაციენტის უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული ინიციატივები

პაციენტის უსაფრთხოების დამცველი ორგანიზაციების ჩამოყალიბება დაიწყო 1980-იანი წლების შემდეგ და ეს იყო პასუხი ამერიკის ჯანდაცვის სისტემის ხარისხთან და პაციენტის უსაფრთხოებასთან დაკავშირებულ მზარდ შემწვობებაზე. ამ ჯგუფების ლიდერეთა უმრავლესობას თავად აქვთ სამედიცინო შეცდომებთან დაკავშირებით გარკვეული გამოცდილება, ამიტომაც საუბრობენ პაციენტის უსაფრთხოების ადამიანურ ბუნებაზე (Watcher, 2012). პაციენტის უსაფრთხოების მიმართულებით თანამედროვე მიდგომები არ მოუწოდებს ჩვენს ჯანდაცვის პროფესიონალებს სრუყოფილებისაკენ, არამედ აღიარებს ადამიანების მხრიდან შეცდომების დაშვების შესაძლებლობას და ანაცვლებს დატუქსვა-შერცხვენის პრინციპს სისტიმური აზროვნებით (Watcher, 2012).

არის ორგანიზაციები რომლებიც აფუძნებენ ორგანიზაციაში უსაფრთხოების ინიციატივებს, რომელთა გამოყენებაც შესაძლებელია უსაფრთხო და ხარისხიანი საექთნო მოვლის უზრუნველსაყოფის მიზნით. პაციენტის უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული ყველა ეს ინიციატივა დადებით გავლენას ახდენს მთლიანად ჯანდაცვაზე.

ჯანდაცვის კვლევისა და ხარისხის სააგენტო

ეს ორგანიზაცია დაფუძნდა 1989 წელს როგორც ჯანდაცვის პლიტიკისა და კვლევის სააგენტო (Agency for Health Care Policy and Research), ჯანმრთელობისა და ადამიანის მომსახურების დეპარტამენტის (Department of Health and Human Services) ბაზაზე. 1999 წელს იგი გარდაიქმნა ჯანდაცვის კვლევისა და ხარისხის სააგენტოდ (Healthcare Research and Quality – AHRQ). მისი

მიზანი ყოველთვის დეფინირდებოდა შემდეგნაირად: „ვუზრუნველყოთ უსაფრთხო, მაღალი ხარისხის, უფრო წვდომადი, თანაბარი და ხელმისაწვდომი ჯანდაცვა“ (AHRQ, 2016, para 1). IOM-ის მიერ გამოქვეყნებული განსაკუთრებული შემთხვევების ზედამხედველობის ანგარიშის „შეცდომის დაშვება ადამიანურია“ საპასუხოდ AHRQ-მ შეიმუშავა პაციენტის უსაფრთხოების მიმართულებით საბაზისო მიდგომები. 2005 წელს ამ ორგანიზაციამ დაარსა პაციენტის უსაფრთხოების ქსელი (Patient Safety Network – PSNet), ვებგვერდი დაკავშირებული პაციენტთა უსაფრთხოებასთან, აუცილებელი წყაროების მითითებით. ამ გვერდზე მასალის განთავსება ხდება შემდეგ კრიტერიუმებზე დაყრდნობით (AHRQ n.d., para 4):

- მულტიდისციპლინური, სისტემური მიდგომა ჯანდაცვაში შეცდომების შემცირების მიზნით;
- მრავალი დისციპლინიდან და წყაროდან მონოდება;
- სარწმუნო წყაროების მიერ შემუშავება (დანერა) ან დასპონსორება;
- ყველანაირი გამოცდილების მქონე პაციენტის უსაფრთხოების მიმართულებით მომუშავე საზოგადოებების ფართო დაინტერესება;

ყველა დონეზე მომუშავე ექთნებს შეუძლით გამოიყენონ PSNet იმ რჩევების მოსაძიებლად რაც დაეხმარებათ მათ სამედიცინო შეცდომების პრევენციისა და პაციენტის უსაფრთხოების უზრუნველყოფის კუთხით. ექთან ლიდერებსა და მენეჯერებს შეუძლით გამოიყენონ PSNet როგორც ჯანდაცვის ხარისხის გაზომვის, ასევე ჯანმრთელობის გეგმების, პროგრამული უზრუნველყოფის, რეპორტისთვის ინსტრუმენტების და შემთხვევათა შესწავლის შესაძლებლობების აღმოსაჩინად.

ამერიკის ექთანთა ასოციაცია

1994 წელს ANA-მ განაცხადა მზადყოფნა შეესწავლა ჯანდაცვის რესტრუქტურის გავლენა უსაფრთხოებაზე, პაციენტთა მკურნალობის ხარისხზე და საექთნო საქმიანობაზე (Montalvo, 2007). პაციენტის უსაფრთხოებისა და ხარისხის ინიციატივებმა (The Patient Safety and Quality Initiative) ყურადღება გაამახვილა ლიცენზირებული ექთნების ხარისხის გაზომვის სწავლებაზე, საზოგადოების ჯანდაცვის უსაფრთხოებისა და ხარისხის მიმართულებით განათლების უზრუნველყოფაზე და ემპირიულად მკურნალობის უსაფრთხოებისა და ხარისხის შეფასების მეთოდოლოგიების შესწავლაზე. ამ ინიციატივების საფუძველზე, დადგინდა ძლიერი კავშირი საექთნო ქმედებებსა და პაციენტების გამოსავლებს შორის (Montalvo, 2007).

1998 წელს, ANA-მ შექმნა საექთნო საქმიანობის ხარისხის ინდიკატორების ნაციონალური მონაცემთა ბაზა (National Database of Nursing Quality Indicators – NDNQI), რომელიც სამედიცინო დანესებულებებიდან აგროვებს 19 ექთან-სპეციფიურ ხარისხის ინდიკატორებთან დაკავშირებით მონაცემებს. NDNQI გამოიყენება 2000-ზე მეტი საავადმყოფოს მიერ მთელი ქვეყნის მასშტაბით და იძლევა ექთან-სპეციფიურ ხარისხის ინდიკატორებისა და განყოფილებების საქმიანობის შესახებ ინფორმაციას დადასტურებულს ნაციონალურ დონეზე. ბოლო პერიოდამდე, NDNQI იმართებოდა კანზასის უნივერსიტეტის საექთნო სკოლის მიერ, 2014-ში Press Ganey-მ შეიძინა NDNQI, რათა უფრო ღრმად ჩაეხედა საექთნო საქმიანობაში და ამით გაეუმჯობესებინა პაციენტის გამოცდილება და გამოსავლები (Press Ganey, 2014). ექთანმა ლიდერებმა და მენეჯერებმა უნდა გამოიყენონ ეს ექთან-სპეციფიური ხარისხის ინდიკატორები, როგორც მკურნალობის ხარისხის შეფასებისა და უსაფრთხოების გაუმჯობესებისთვის მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტი. ეს ინდიკატორები ასახავს საექთნოს სამუშაო ძალას, საექთნო საქმიანობის პროცესებს და პაციენტების გამოსავლებს. ეს ინდიკატორები საექთნო სახიანობის ხასიათის ან პროცესების მიხედვით ცვალებადია (Montavio & Dunton, 2007, p. 1). დამატებით, NDNQI ასევე ზომავს საექთნო სამუშაო ძალის ისეთ მახასიათებლებს, როგორცაა: პერსონალის დონე, ექთნების ბრუნვა და ექთნების განათლება/სერტიფიცირება. ეს ყველა მაჩვენებელი გავლენას ახდენს პაციენტის მკურნალობის ხარისხსა და პაციენტის გამოცდილებაზე (Press Ganey, 2014).

ექთან-სპეციფიური ხარისხის ინდიკატორები არის ინდიკატორები რომლებიც ასახავს პაციენტის მკურნალობის იმ ელემენტებს, რომლებზეც პირდაპირ გავლენას ახდენს საექთნო მოვლის ხარისხი, საექთნო პერსონალის რაოდენობა და მოიცავს შემდეგს:

- სტრუქტურის ინდიკატორებს, დაკავშირებულს მკურნალობის გარემოსთან პერსონალით დაკომპლექტების დონის, პაციენტ დღეზე საექტონო მოვლის საათების, ექტონების უნარ-ჩვევების დონის და პერსონალის სწავლების ჩათვლით.
- პროცესის ინდიკატორებს, დაკავშირებულს საექტონო მოვლის აქტივობებთან. მოიცავს იმ ელემენტებს რომელიც მოიაზრება საექტონო პროცესების (მაგ., შეფასება, დიაგნოსტიკა, დაგეგმვა, ჩარევა და შეფასება) და სამუშაოთი კმაყოფილების ქვეშ.
- გამოსავლების ინდიკატორებს, დაკავშირებულს საექტონო მოვლის გამოსავლებთან. იგი მოიცავს პაციენტის ჯანმრთელობის სტატუსის იმ ცვლილებებს რაც უკავშირდება საექტონო მოვლას, როგორცაა მაგალითად ნაწოლები და პაციენტის დაცემა. გამოსავლების ინდიკატორები უმჯობესდება მაშინ, როდესაც საექტონო მოვლის უკეთესი ხარისხი და საექტონო პერსონალის საკმარისი რაოდენობაა.

ცხრილში 5-3 ნაჩვენებელია ის ექტონ-სპეციფიკური ხარისხის ინდიკატორების ჩამონათვალი რომელთა შეგროვებაც ხდება ამჟამად.

ცხრილი 5-3 ექტონ-სპეციფიკური ხარისხის თანამედროვე ინდიკატორები

<ul style="list-style-type: none"> • პაციენტ დღეზე საექტონო საათები* <ul style="list-style-type: none"> ◦ დიპლომირებული ექტონებისთვის ◦ ექტონების დამხმარებისთვის • ექტონების ბრუნვა • ნოზოკომიური ინფექციები* • პაციენტის დაცემა* • პაციენტის დაცემა დაზიანებით* <ul style="list-style-type: none"> ◦ დაზიანების დონე • ნაწოლების რაოდენობა <ul style="list-style-type: none"> ◦ საზოგადოებაში შექმნილი ◦ საავადმყოფოში შექმნილი ◦ განყოფილებაში შექმნილი 	<ul style="list-style-type: none"> • პედიატრიული ტკივილის შეფასება, ინტერვენცია, გადამონმების ციკლი (AR) • პედიატრიული პერიფერიული ინტრავენური ინფლიტრაციები • ფსიქიატრიული ფიზიკური/სექსუალური თავდასხმა • ლიცენზირებული ექტონის განათლება/სერტიფიცირება • სერტიფიცირებული ექტონების გამოკითხვა <ul style="list-style-type: none"> ◦ სამუშაოთი კმაყოფილება ◦ სამუშაო გარემოს გრადირება (PES)* • მოძრაობის შეზღუდვა* • პერსონალის შემადგენლობა*
---	---

*ექტონ სპეციფიკური ინდიკატორები გამოცემული ხარისხის ნაციონალური ფორუმის მიერ
Fron National Quality Forum, 2004 and 2016d.

ხარისხის ნაციონალური ფორუმი

ხარისხის ეროვნული ფორუმი (National Quality Forum – NQF) არის არამომგებიანი ორგანიზაცია დაარსებული 1999 წელს მომხმარებელთა უფლებების დაცვისა და ჯანდაცვის ინდუსტრიაში ხარისხზე მრჩეველთა კომისიის მოთხოვნის საფუძველზე (Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care Industry), (NQF, 2016a). NQF დაარსებულია რათა დაეხმაროს აშშ-ს საზოგადოებას მიიღოს უკეთესი და ხელმისაწვდომი მკურნალობა და ამით უსიტყვოდ გააუმჯობესოს ამერიკელთა ჯანმრთელობა (NQF, 2016c). აღნიშნული მიზნის მისაღწევად, NQF ჩართულია სხვადასხვა აქტივობებში (NQF, 2016c):

- ჯანდაცვის საზომების სტანდარტების დადგენა;
- რეკომენდაციების გაცემა ღირებულების დაფარვის და საზოგადოებისადმი რეპორტირების პროგრამებში გამოყენებად საზომებთან დაკავშირებით;
- ხარისხის გაუმჯობესების პრიორიტეტების განსაზღვრა და მათი დაჩქარებულად სისრულეში მოყვანა;

- ქმედებათა გაზომვისთვის საჭირო მონაცემების ჩაჭერის მიზნით ელექტრონულად საზომი საშუალებების გაუმჯობესება;
- ჯანდაცვის სისტემაში გადანყვეტილების მიმღებთათვის ინფორმაციისა და სხვადასხვა საჭირო ინსტრუმენტების მიწოდება.

ნაციონალურ დონეზე NQF-ის პრიორიტეტად განსაზღვრულია პაციენტთა უსაფრთხოება. უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად ის განსაზღვრავს შემდეგ აუცილებელ სამ სამოქმედო მიზანს (NQF, 2016b, para 2):

1. პრევენციურებადი რეჰოსპიტალიზაციებისა და არასაჭირო ჰოსპიტალიზაციების შემცირება;
2. ჯანდაცვის სისტემასთან ასოცირებული გვერდითი ეფექტების შემცირება;
3. არაშესაფერი და არასასურველი მკურნალობისგან მიყენებული ზიანის შემცირება.

NQF-მა მოიწონა ექთან-სპეციფიური ინდიკატორების ჩამონათვალი, რაც მნიშვნელოვანი იყო როგორც პაციენტების გამოსავლებზე საექთნო მოვლის ზეგალვენის დასადგენად, ასევე ხარისხის გაუმჯობესებისთვის საზომების უზრუნველსაყოფად. ექთან-სპეციფიური ხარისხის ინდიკატორები, მოწონებული ამ ორგანიზაციის მიერ, ცხრილ 5-3-ში მონიშნულია ვარკსკვლავებით. ექთანი ლიდერები და მენეჯერები უნდა იყენებდნენ ამ ინდიკატორებს თუკი უნდათ უსაფრთხო გარემოსა და ხარისხიანი მკურნალობის უზრუნველყოფა.

ჯანდაცვის გაუმჯობესების ინსტიტუტი

ჯანდაცვის გაუმჯობესების ინსტიტუტი (Institute for Healthcare Improvement – IHI) დაარსდა 1980 წელს და დღემდე წამყვან ორგანიზაციას წარმოადგენს ჯანდაცვის გაუმჯობესებისა და ინოვაციების დანერგვის კუთხით როგორც აშშ-ში, ასევე მთელი მსოფლიოში (IHI, 2016a). IHI თანამშრომლობს ხარისხის გაუმჯობესების სხვა ორგანიზაციებთან გაუმჯობესების გზაზე არსებული წინააღმდეგობების მოსაშორებლად და ინოვაციების მხარდასაჭერად (IHI, 2016b).

IHI-ის მიერ ნაციონალურ დონეზე წარმოებული იქნა ე.წ. 100000 სიცოცხლისთვის კამპანია და 5 მლნ სიცოცხლისთვის კამპანია (100000 Lives Campaign and 5 Million Lives Campaign). ამ კამპანიების ფარგლებში, საუკეთესო პრაქტიკის უზრუნველყოფის მიზნით, ცვლილებები განხორციელებული იქნა აშშ-ს ათასობით საავადმყოფოში. 100000 სიცოცხლისთვის კამპანია მიმდინარეობდა 2005 წლის იანვრიდან 2006 წლის ივნისამდე, და მისი მიზანი იყო ამერიკის ჯანდაცვის სისტემაში ავადობისა და სიკვდილობის მნიშვნელოვანი შემცირება. IHI-მ საავადმყოფოებისა და ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებელი სხვა ორგანიზაციებისგან მოითხოვა სამედიცინო შეცდომებისგან მიყენებული ზიანის ან ამ შეცდომებით გამოწვეული სიკვდილობის შემცირება შემდეგი ინტერვენციების განხორციელების გზით (IHI, 2016e, para 3):

- სწრაფი რეაგირების ჯგუფის შექმნა იმ პაციენტების დასახმარებლად რომელთაც გულის ან სუნთქვის გაჩერება აღენიშნებათ;
- შესაფერი და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მკურნალობის მიწოდება მიოკარდიუმის ინფარქტის მქონე პაციენტებისთვის სიკვდილობისა და ინფარქტის მეორადი პრევენციის მიზნით;
- მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების პრევენცია მედიკამენტების გამოყენების პროცესის ოპტიმიზაციის გზით, რაც გულისხმობს პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის, გადაყვანის ან განერის დროს პაციენტის სამკურნალო მედიკამენტების ჩამონათვალის ექიმის დანიშნულებასთან შესაბამისობის გადამოწმებას;
- ცენტრალური კათეტების ინფექციების პრევენცია მტკიცებულებებზე დაფუძნებული იმ ნაბიჯების მიყოლით, რომელიც მოწოდებულია ე.წ. „ცენტრალური კათეტერის შეკვრაში“;
- ქირურგიული არის ინფექციების პრევენცია საჭირო ანტიბიოტიკის შესაბამის დროს გამოყენებით;
- ვენტილატორ-ასოცირებული პნევმონიის პრევენცია იმ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ნაბიჯების გამოყენებით, რომელიც მოწოდებულია ე.წ. „ვენტილატორის შეკვრაში“

IHI-ს მონაცემებით 2000-ზე მეტმა საავადმყოფომ მოახდინა აღნიშნული რეკომენდაციების დანერგვა და ამით მოახერხა 122300 სიცოცხლის შენარჩუნება 18 თვიანი კამპანიის პერიოდში (IHI, 2016e; Saver, 2006).

5 მლნ სიცოცხლისათვის კამპანია მიმდინარეობდა 2006 წლის დეკემბრიდან 2009 წლის დეკემბრამდე. ამ კამპანიის მიზანი იყო ისეთი სამედიცინო მდგომარეობებისა და სამედიცინო ზიანის შემცირება, როგორცაა გვერდითი ეფექტები და ქირურგიული გართულებები. კამპანიის მიზანი იყო ასევე პაციენტის სიკვდილობის მნიშვნელოვანი შემცირება. IHI-მა კიდევ უფრო წახალისა წინა კამპანიის დროს საავადმყოფოებში დაწყებული აქტივობები. ამ კამპანიის დროს, სხვა ჯანდაცვის სპეციალისტებთან ერთად, ექთანმა ლიდერებმა და მენეჯერებმა განახორციელეს შემდეგი ქმედებები (IHI, 2016e, para 2):

- ნაწილების რაოდენობის შემცირება მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გზამკვლევის გამოყენებით;
- მეტიცილინ-რეზისტენტული ოქროსფერი სტაფილოკოკის (MRSA) რაოდენობის შემცირება საავადმყოფოს მასშტაბით ინფექციის კონტროლის საბაზისო თემების გააქტიურების გზით;
- ისეთი მაღალი რისკის მედიკამენტებით გამოწვეული ზიანის პრევენცია, როგორცაა ანტიკოაგულანტები, სედაციური საშუალებები, ნარკოტიკები და ინსულინი;
- ქირურგიული გართულებების შემცირება იმ ცვლილებების განხორციელების გზით, რომელიც მოწოდებულია ქირურგიული მკურნალობის გაუმჯობესების პროექტში (Surgical Car Improvement Project);
- მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მკურნალობის მიწოდება გულის უკმარისობის მქონე პაციენტებისთვის რეჰოსპიტალიზაციების შემცირების მიზნით;
- საავადმყოფოების მმართველი საბჭოების უფრო აქტიურად ჩართვა საქმიანობის გაუმჯობესების პროექტებში, ახალი პროცესების განსაზღვრისა და დანერგვის გზით.

პროექტის ბოლოსკენ კამპანიაში ჩართული იყო 4050 საავადმყოფო, რაც ნიშნავდა მათი მხრიდან უსაფრთხოებისა და ხარისხის უპრეცედენტო მხარდაჭერას. IHI-ს სჯერა, რომ ამ კამპანიას მოჰყვა პაციენტთა ზიანის მნიშვნელოვანი შემცირება და მათი გამოსავლების უპრეცედენტო გაუმჯობესება, „2000-ზე მეტმა დაწესებულებამ მისდია კომპანიით განსაზღვრულ 12 ინტერვენციას და ამით შეამცირა ინფექციების, ქირურგიული გართულებების, სამედიცინო შეცდომების და სხვა არასასურველი გამოსავლების რაოდენობები ორგანიზაციაში. კამპანიამ მოიცვა 8 შტატის საავადმყოფოების 100%, ხოლო 18 შტატის საავადმყოფოების 90%“ (IHI, 2016e, para 10). IHI ხაზს უსვავს ნაციონალურ დონეზე კვლევის ჩატარების საჭიროებას იმ ვარაუდის დასადასტურებლად, რომ აღნიშნული კამპანიის ფარგლებში მოხდა 5 მლნ-მდე ადამიანისთვის შესაძლო ზიანის მიყენების თავიდან აცილება (IHI, 2016e).

გაერთიანებული კომისია (The Joint Commission - TJC)

TJC დაარსდა როგორც არამომგებიანი ორგანიზაცია 1951 წელს. ეს ორგანიზაცია ამჟამად გასცემს აკრედიტაციას და სერტიფიცირებას 20000-ზე მეტ ჯანდაცვის ორგანიზაციაზე აშშ-ის მასშტაბით ამ ორგანიზაციის მიერვე შემუშავებული სტანდარტების საფუძველზე (THC, 2016b). TJC ჩართულია რიგ აქტივობებში, რომელთა მიზანია უზრუნველყოს პაციენტის „უსაფრთხო, უმაღლესი ხარისხის, საუკეთესო ღირებულებებზე დაფუძნებული მკურნალობა ყველანაირ პირობებში“ (TJCs, 2016b). ამ ორგანიზაციის მისიაა „უწყვეტად გააუმჯობესოს საზოგადოების ჯანდაცვა, სხვა დაინტერესებულ ორგანიზაციებთან თანამშრომლობის, ჯანდაცვის ორგანიზაციების შეფასებისა და მათი ნახალისების გზით; ამით უზრუნველყონ უსაფრთხო და ეფექტური მკურნალობა, უმაღლესი ხარისხისა და ღირებულების სერვისების მიწოდება“ (TJC, 2016b, para 2). აღნიშნული მისიის მხარდასაჭერად, TJC-ი შეისწავლის სააგენტოს მუშაობას განსაკუთრებული ზედამხედველობის შემთხვევებთან მიმართებით.

TJC მოწოდებულია უზრუნველყოს პაციენტის უსაფრთხოება გარკვეულ ინიციატივებზე დაყრდნობით. ამ ინიციატივებში მოიაზრება პროგრამა „ილაპარაკე“ (Speak-up program). TJC-მა Centers for Medicare and Medicaid-თან ერთად ეს პროგრამა 2000 წელს განახორციელა.

პროგრამამ მოუწოდა პაციენტებს თავის თავზე აეღოთ სამედიცინო შეცდომების პრევენციის კუთხით მნიშვნელოვანი როლი და შესაბამისი ინფორმაციის მიღების საფუძველზე საკუთარი მკურნალობის დაგეგმვაში მიეღოთ მონაწილეობა. „ილაპარაკე“ პროგრამა ჯანდაცვის მომხმარებლებს მოუწოდებს შემდეგისკენ (TJC, 2016c):

- თქვი თუ გაქვს რაიმე შეკითხვა ან პრობლემა. თუკი ისევ გაუგებარია რაიმე, იკითხე განმეორებით. ეს შენი სხეულია და შენ გაქვს უფლება იცოდე ყველაფერი;
- მიაქციე ყურადღება ჩატარებულ მკურნალობას. ყოველთვის დარწმუნდი რომ ღებულობ საჭირო მკურნალობას და მედიკამენტებს ჯანდაცვის შესაბამისი პროფესიონალებისგან. ნურაფერს ივარაუდებ;
- მიიღე განათლება საკუთარ ავადმყოფობაზე: გაარკვიე შენთვის დანიშნული გამოკვლევებისა და დაგეგმილი მკურნალობის დეტალები;
- სთხოვე ოჯახის წევრს ან მეგობარს, მათ ვისაც ენდობი, იყვნენ შენი ადვოკატები (რჩევის მომცემი ან მხარდამჭერი);
- იცოდე რა მედიკამენტებს ღებულობ და რატომ. მედიკამენტებთან დაკავშირებული შეცდომები ყველაზე ხშირია ჯანდაცვაში;
- მიმართე ისეთ საავადმყოფოებს, კლინიკებს, ქირურგიულ ცენტრებს და სხვა ტიპის ჯანდაცვის ორგანიზაციებს, რომლებიც დეტალურად არის შემოწმებული;
- მიიღო მონაწილეობა მკურნალობასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილებების მიღებაში: შენ ხარ ჯანდაცვის გუნდის ცენტრალური ფიგურა.

პროგრამა „ილაპარაკე“ იძლევა უფასო ბროშურებს, პოსტერებს და ვიდეო მასალას და ეს ხელმისაწვდომია მისამართზე: www.jointcommission.org/soeakup.aspx. ეს პროგრამა ძალიან წარმატებულია უსაფრთხოების საკითხებზე ინფორმაციის მიწოდებით როგორც პაციენტებისთვის, ასევე პერსონალისთვის კომუნიკაციის კუთხით. ექთანმა ლიდერებმა და მენეჯერებმა განყოფილების შეკრებებზე რეკლამა უნდა გაუწიონ აღნიშნულ პროგრამას, პერსონალისთვის შესაბამისი ინფორმაციის მიწოდების გზით. ასევე უნდა გაუწიონ დახმარება პაციენტებსა და მათი ოჯახის წევრებს „ილაპარაკე“ პროგრამაზე ინფორმაციის მოძიების კუთხით.

TJC-ი ასევე ადგენს პაციენტის უსაფრთხოების ნაციონალურ მიზნებსა და ამოცანებს (National Patient Safety Goals – NPSGs). ეს პროგრამა შემუშავებული იქნა 2002 წელს და მიმართული იყო სამედიცინო დაწესებულებების მხარდასაჭერად. ამ პროგრამის შემუშავებაში ჩართული იყო პაციენტთა უსაფრთხოების საკითხებში ექსპერტების მთელი გუნდი. მათი ამოცანა იყო უსაფრთხოების პრობლემების დადგენა და ამ პრობლემების გადასაჭრელად სტრატეგიების შემუშავება. პროგრამის მიზნების პირველი ჩამონათვალი შემუშავებული იქნა 2003 წლის იანვარში და მისი განახლება ხდება ყოველწლიურად (TJC, 2016d). ექთანმა ლიდერებმა და მენეჯერებმა უნდა მისდიონ NPSGs მიზნებს, საკუთარი საქმიანობის სპეციფიკიდან გამომდინარე გარკვეულ მიმართულებებზე აქცენტის გაკეთებით: ამბულატორიული სერვისები, ქცევითი მედიცინა, საავადმყოფოები, ბინაზე მოვლა, ლაბორატორიული სერვისები, ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებები, ამბულატორიული ქირურგიული ცენტრები და ექიმთა ოფისები (www.jointcommission.org/topics/patient_safety/asp).

ჯანდაცვის საერთაშორისო ორგანიზაცია (World Health Organization – WHO)

WHO-ს მიერ 2002 წელს გაცხადდა პაციენტის უსაფრთხოება როგორც პრიორიტეტი, ხოლო 2004 წელს კი როგორც ჯანდაცვის გლობალური პრობლემა. ეფუძნებოდა რა პრინციპს რომ ყველა პაციენტმა უნდა მიიღოს „უსაფრთხო ჯანდაცვა, ყოველ ჯერზე და ყველგან“, WHO-მ 2004 წელს სპეციალურად შეიმუშავა პაციენტთა უსაფრთხოების პროგრამა (Patient Safety Program). WHO განსაზღვრავს პაციენტის უსაფრთხოებას, როგორც „პაციენტის მკურნალობის პროცესში პრევენციურებადი ზიანის არარსებობას“ (WHO, 2016, para 3).

2006 წელს, WHO-მ გამოაცხადა ე.წ. მაღალი 5s პროექტის (High 5s Project) დაწყება და ამით გამოეხმაურა პაციენტის უსაფრთხოებასთან დაკავშირებულ გლობალურ პრობლემას. ამ პრო-

ექტის დასახელება გამომდინარეობს WHO-ს მიზნებიდან: პაციენტის უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული ხუთი პრობლემის სიხშირის შემცირება ხუთ ქვეყანაში ხუთი წლის განმავლობაში (WHO, 2014b, p. 9). ეს პროექტი ეფუძნებოდა ამ ქვეყნებში სტანდარტიზაციის მეთოდების პრაქტიკაში გამოყენებასა და სტანდარტული ოპერატიული პროტოკოლების შეფასების მრავლანობიანი მიდგომის დანერგვას (WHO, 2014b).

ხუთი სტანდარტული ოპერატიული პროტოკოლის და მათი შესაფასებელი ინსტრუმენტების დანერგვა დაიგეგმა 2007-2014 წლებში და ეს გეგმა შეეხო შემდეგ საკითხებს (WHO, 2014b, p. 17):

1. პაციენტების გადაბარებისას მედიკამენტების აკურატულად მართვა;
2. სწორი პროცედურა სხეულის სწორ ნაწილზე;
3. უკვე განზავებული საინექციო ხსნარების გამოყენება;
4. მორიგეობის გადაბარებისას პაციენტის მკურნალობასთან დაკავშირებული თემების კომუნიკაცია;
5. ჯანდაცვასთან ასოცირებული ინფექციები.

პირველი ორი პროტოკოლი დანერგილი იქნა პროექტში მონაწილე ყველა ქვეყნის მიერ, აშშ-ს ჩათვლით.

ექტნები კარგად უნდა იცნობდნენ პაციენტის უსაფრთხოებასთან დაკავშირებულ ამ ინიციატივებს, მათ გავლენას საუკეთესო პრაქტიკის პრინციპებსა და უსაფრთხოებაზე, ხარისხიან საექტონო მოვლაზე. ექტანი ლიდერები და მენეჯერები უნდა ჩაეჭიდონ აღნიშნულ ინიციატივებს, რათა შექმნან უსაფრთხო და ხარისხიანი მოვლის შესაბამისი სამუშაო გარემო,

ხარისხის გაუმჯობესების პრინციპები

Florence Nightingale ხარისხთან დაკავშირებით ჯერ კიდევ 150 წლის წინ წუხდა. მას უწოდებენ „ქალს, რომელმაც აღმოაჩინა ხარისხი“ (Meyer & Bishop, 2007, p. 240) და იგი ასევე შეიძლება განხილული იქნას როგორც პირველი ადამიანი ვინც აწარმოა ხარისხის გაუმჯობესება. მუშაობდა რა ბრიტანულ სამხედრო საავადმყოფოში, იგი ძალას არ იშურებდა პაციენტების სამკურნალო გარემოს შესაცვლელად. იგი აგროვებდა მონაცემებს, ქმნიდა სქემებს მონაცემების ვიზუალიზაციისთვის და აწვდიდა სტატისტიკურ მონაცემებს ხელმძღვანელობას. სანყის ეტაპზე მისი სამუშაო უკავშირდებოდა საავადმყოფოს სიკვდილობის შემცირებას. თუმცა, მალევე იმ პირებს ვის მიმართაც ის ანგრიშებდა სავალდებულო იყო, მოახსენა ინფორმაცია, რომ „აქამდე მინოდებული საავადმყოფოს სიკვდილობის სტატისტიკა მცირე ინფორმაციას შეიცავდა საავადმყოფოს ეფექტიანობასთან დაკავშირებით, რისი წარმოჩენისთვისაც ის იყო შემუშავებული. აღნიშნული პრობლემა განპირობებული იყო არსებული რიგი ელემენტებით რომლებიც ამ სტატისტიკაში ვერანაირად ვერ აისახებოდა“ (Nightingale, 1859, p. 5). ამიტომაც დაიწყო მან საუბარი საავადმყოფოებში უკეთესი სანიტარული პირობების აუცილებლობის შესახებ და ქირურგიული ჩარევებისა და მისი შედეგების მონიტორინგის საჭიროებაზე. ამისათვის Nightingale-მა მიმართა იმ სამოქმედო პრინციპს, რასაც დღეს ჩვენ ვიცნობთ სახელით „ხარისხის გაუმჯობესება“.

ხარისხის გაუმჯობესება, იმ სახით როგორც ჩვენ დღეს ვიყენებთ ჯანდაცვაში, პირველად გამოყენებული იქნა სხვა ინდუსტრიაში 1900-იან წლებში. 1920 წელს კომპანია Bell Telephone-ში მუშაობდა ახალგაზრდა ინჟინერი სახელით Walter Shewhart რომელმაც პირველად გამოიყენა სტატისტიკური მეთოდები პრობლემების აღმოსაჩენად და შემდეგ შეიმუშავე მათი გამოსწორების სტრატეგია. მისი პირველადი დაშვება იყო: სტატისტიკურ კონტროლს უნდა მიეცა სამუშაო პროცესებში არსებული ვარიაციების მიზეზების დადგენის საშუალება. მოგვიანებით, პროცესებზე კონტროლის შენარჩუნების გზით უნდა მომხდარიყო გამოსავლების წინასწარმეტყველება და ამას კი საბოლოოდ პროცესების ეკონომიურად მართვის საშუალება უნდა მიეცა (Smith, 2009). მის მიერ შემუშავებული ხარისხის მეთოდები გამოყენებული იქნა აშშ-ს ინდუსტრიაში 1930-იან წლებში. მან შეიმუშავა სხვადასხვა საშუალებები, როგორცაა დიაგრამები და გრაფიკები, სტატისტიკური კონტროლის პრინციპები, რამაც საბოლოოდ ჩამოაყალიბა დღეს გამოყენებადი ხარისხის კონტროლის ძირითადი პრინციპები. Shewhart ცნობილია როგორც თანამედროვე ხარისხის კონტროლის მამა (Tague, 2005).

მისი სტუდენტი იყო **W. Edwards Deming**-ი, რომელიც მუშაობდა აშშ-ს აღწერის ბიუროში (**United States Census Bureau**) 1940 წელს. იგი ასევე იყო დაინტერესებული ინჟინერებისა და სტატისტიკოსებისთვის ხარისხის კონტროლის საკითხების შემუშავებაში. ბევრმა ინჟინერმა და სტატისტიკოსმა მასში იმედგაცრუება გამოიწვია, რადგან ისინი ვერ მიხვდნენ და არ დააფასეს იმ მეთოდების სარგებლიანობა რაზეც იგი ლაპარაკობდა. მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ, **Deming**-ი მინვეული იქნა იაპონიაში ხარისხის კონტროლისა და სტატისტიკის მეთოდებზე, ხარისხის მენეჯერულ კონცეფციაზე ლექციების წასაკითხად იაპონელი ინჟინერებისა და სტატისტიკოსებისათვის (**Tague, 2005**). მას სჯეროდა რომ იაპონელი მწარმოებლები დაინტერესდებოდნენ ამ თემებით და მათი საშუალებით გააუმჯობესებდნენ საკუთარი პროდუქციის ხარისხს, სასურველს გახდიდნენ მათ მთელი მსოფლიოს მასშტაბით (**Tague, 2005**). იგი ცნობილია როგორც იმ მართვის 14 პრინციპის ავტორი, რომელსაც იყენებენ მენეჯერები და ლიდერები საკუთარი ბიზნესისა და ორგანიზაციული ეფექტურობის გასაუმჯობესებლად. **Deming** იყო წინასწარ მხედველი, რომლის მუდმივი გაუმჯობესების რწმენა დაედო საფუძვლად ბევრ თეორიას და რომლის სწავლებებმაც გავლენა მოახდინა დღევანდელ ხარისხზე, მართვასა და ლიდერშიფზე (**W. Edwards Deming Institute, 2016**).

Joseph Juran-ი იყო კიდევ ერთი ინჟინერი, რომელიც ინტერესდებოდა სტატისტიკური კონტროლისა და ხარისხის საკითხებით. **Shewhart**-ის მსგავსად ისიც მუშაობდა კომპანია **Bell Telephone**-ში და ჩართული იყოს ხარისხის სტატისტიკურ კონტროლში. მას ხშირად „ხარისხის მამასაც“ უწოდებენ. **Juran**-მა შეიმუშავა **Pareto** პრინციპი, რომელიც დღესაც ერთ-ერთი ყველაზე ხშირად გამოყენებული საშუალებაა მმართველობაში (**Juran Global, 2016**). მან აღწერა ხარისხი დანახული მომხმარებლის თვალთვლით და ივარაუდა, რომ მეტი ხარისხი ნიშნავს მომხმარებლის მეტი მოთხოვნის დაკმაყოფილებას და ამასთან უკეთესი ხარისხი თავის მხრივ ნიშნავს ნაკლებ დეფექტს. **Juran**-ი ეწვია იაპონიას და **Deming**-თან ერთად დაიწყო მუშაობა წარმოებების მენეჯერების განათლების კუთხით, რათა მათ დახმარებოდნენ ხარისხთან მიმართებაში საკუთარი პასუხისმგებლობის გაცნობიერებაში.

1970-1980-იან წლებში, ამერიკის საავტომობილო და ელექტრონულ ინდუსტრიაში მოხდა მაღალი ხარისხის კონკურენტუნარიანი პროდუქციის შემოდინება იაპონიიდან. ამერიკულმა კომპანიებმა მოსთხოვეს **Deming**-სა და **Juran**-ს ხარისხის მართვის, ხარისხის კონტროლისა და მთლიანად ხარისხის მართვის (**Total Quality Management - TQM**) პროგრამების დაწყება აშშ-ში (**Tague, 2005**). **TQM** არის „ნებისმიერი ხარისხის მართვის პროგრამა რომელიც მიმართულია მთლიანი ორგანიზაციისკენ, ხაზს უსვავს მომხმარებლის კმაყოფილებას და იყენებს მუდმივი გაუმჯობესების მეთოდოლოგიებსა და საშუალებებს“ (**Tague, 2005, p. 14**).

დღესდღეობით ჯანდაცვის ორგანიზაციებიც არიან მონოდეზულნი გამოიყენონ **TQM** პრინციპები და დანერგონ ხარისხის გაუმჯობესების პროგრამები ჯანდაცვის ხარისხის მონიტორინგის, შეფასებისა და შემდგომი გაუმჯობესების მიზნით. ამასთან მკურნალობის ოპტიმიზაციის მიზნით მუდმივად ეძიონ მაღალი დონის შესრულების შესაძლებლობები. ხარისხის გაუმჯობესება ბიძგს აძლევს სისტემურ და განგრძობით ქმედებებს, რასაც საბოლოოდ მივყავართ როგორც ზოგადად ჯანდაცვის, ასევე პაციენტთა სპეციფიური ჯგუფების ჯანმრთელობის გაზომვად გაუმჯობესებამდე (**U.S> Department of Health and Human Services – HHS – Health Resources and Services Administration – HRSA, 2011**). ხარისხის გაუმჯობესების ყველა პროგრამა მოიცავს ოთხ ძირითად პრინციპს (**HHS and HRSA, 2011**):

1. ხარისხის გაუმჯობესება მუშაობს როგორც სისტემის და პროცესების ერთობლიობა;
2. ორიენტაცია აღებულია პაციენტზე;
3. ორიენტაცია აღებულია გუნდურ მუშაობაზე და ამ გუნდის წევრობაზე;
4. ორიენტაცია აღებულია მონაცემების გამოყენებაზე.

ხარისხის გაუმჯობესების წარმატებით განხორციელება ასევე მოითხოვს შემდეგ მიდგომებს: „უსაფრთხოებისა და ცვლილებების კულტურის წახალისება და შენარჩუნება ორგანიზაციაში, პრობლემების რაობის განსაზღვრა და ამოცნობა, ყველა დაინტერესებული მხარის ჩართულობა და ცვლილებების შესანარჩუნებლად აქტივობების მონიტორინგი და მნიშვნელოვანი აღმოჩენების რეპორტირება“ (**Hughes, 2008, p. 18**). ხარისხის გაუმჯობესების პროექტები დამატებით ასევე მოითხოვს შესაბამის მართვას, ხარისხის გაუმჯობესების მოდელის შემუშავებას, მასთან დაკავშირებული პროცესების განსაზღვრას და ამისთვის საჭირო რესურსების დაზუსტებას.

ხარისხის გაუმჯობესების მრავალი ჩარჩო დოკუმენტი არსებობს და მათი უმეტესობა წარმოაჩენს კითხვების დასმის, საჭირო ინფორმაციის შეგროვებისა და ეფექტური და ეფექტიანი ქმედებების განხორციელების გზებს (Tague 2005). ხარისხის გაუმჯობესება მსგავსად მიმდინარეობს საექთნო საქმიანობაში. აქაც გარკვეული პრობლემების გადაჭრის დაგეგმარებას აუცილებლად მოყვება ხოლმე სიტუაციის ხელახალი შეფასებები. ხარისხის გაუმჯობესება ციკლური პროცესია და მოიცავს მკურნალობის სტანდარტებს, ამ სტანდარტების საფუძველზე გაზომვას, მკურნალობის შეფასებას, გაუმჯობესების მიმართულებით რეკომენდაციების შემუშავებას და მათ დანერგვას, შემდგომ უკვე კი გაუმჯობესებების ხელახალ შეფასებას. ექთანი ლიდერები და მენეჯერები გაუმჯობესების პროცესის განუყოფელი ნაწილი არიან, რადგანაც ისინი პასუხს აგებენ უსაფრთხოებასა და საექთნო მოვლის ხარისხზე. ექთან ლიდერებსა და მენეჯერებს შეუძლიათ გააუმჯობესონ უსაფრთხოება პაციენტზე ორიენტირებულ მიდგომებზე დაფუძნებული ხარისხის გაუმჯობესების პრინციპების გამოყენებით (Galt, Paschal & Gleason, 2011).

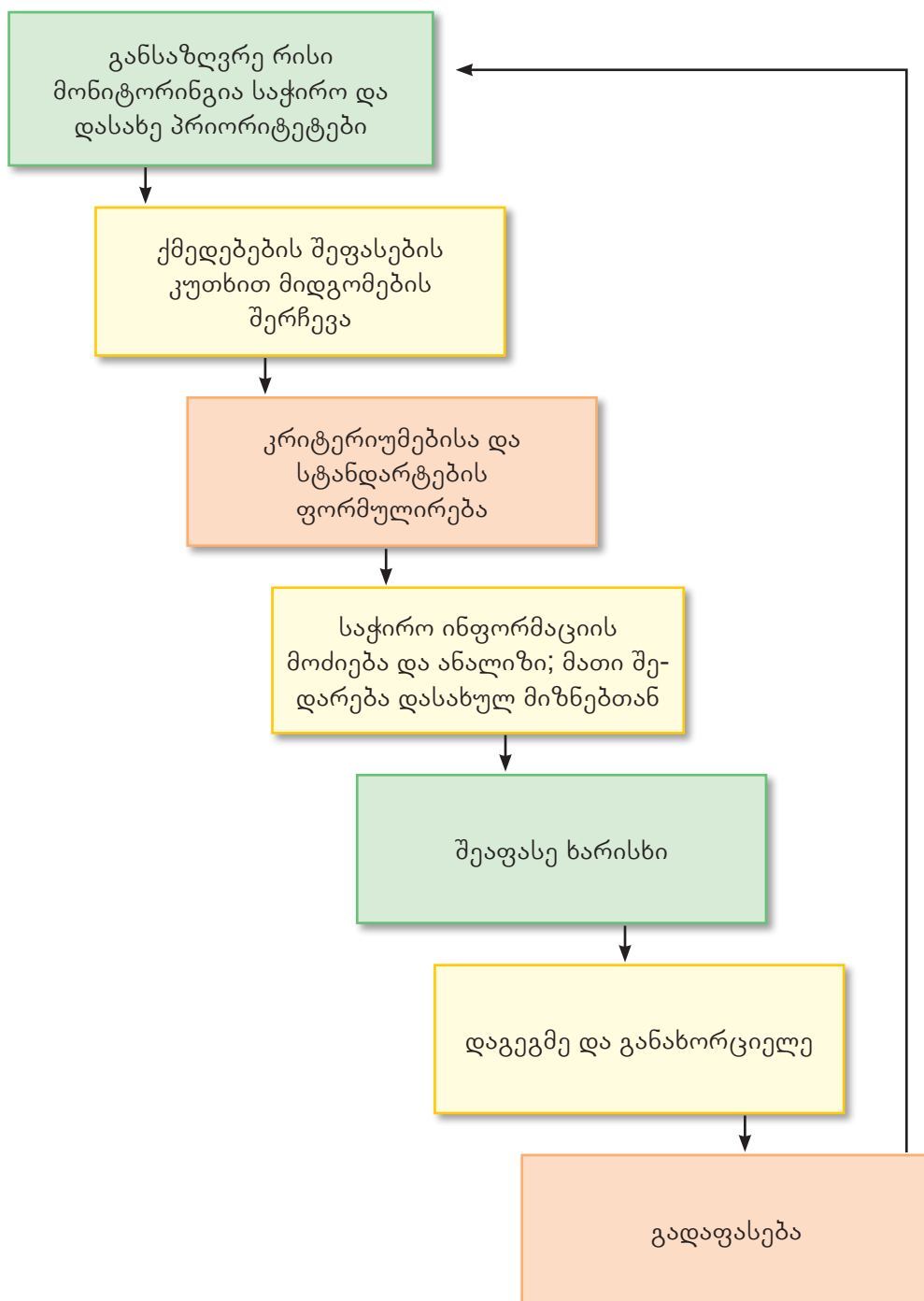
ხარისხის გაუმჯობესების პროცესი იწყება სპეციფიური საზომების მონიტორინგით, რაც წარმოადგენს მკურნალობის პროცესების შემადგენელ ნაწილს. იგი მიმართულია მკურნალობაში ვარიაციების აღმოჩენისა და ამ აღმოჩენების წინასწარ დადგენილ სამიზნე მაჩვენებლებთან შედარებისაკენ. თუკი გაზომვები აჩვენებს რომ მონაცემები სცდება მოსალოდნელი ქმედებების ზღვარს, ეს ნიშნავს რომ პრობლემა უკვე იდენტიფიცირებულია და ის საჭიროებს მისი გამომწვევი მიზეზების ძირეულ ანალიზს (ნაჩვენებია სურათი 7-1-ზე). ქმედებების მონიტორინგისა და გაუმჯობესებისათვის შემდეგი ნაბიჯები შეიძლება იქნეს გამოყენებული (Donabedian, 2003):

1. განსაზღვრე რისი მონიტორინგია საჭირო: ზოგიერთი აქტივობები წარმართება სამთავრობო სააგენტოების მიერ, მაგალითად მკურნალობა, მკურნალობისთვის ანაზღაურების გაცემა და შესაბამისად მათი შესრულების ხარისხის მონიტორინგზე პასუხისმგებლობებსაც ეს სააგენტო საზღვრავს. ყველა აქტივობა რაც სასურველი მაჩვენებლების ქვემოთ ხვდება საჭიროებს მონიტორინგს.
2. მონიტორინგის დროს განსაზღვრე პრიორიტეტები: ყველა ის აქტივობა, რაც პაციენტის უსაფრთხოების თვალსაზრისით საფრთხის შემცველია, საჭიროებს მონიტორინგს. პრობლემების პრიორიტეტების დადგენა ხდება მათი ოთხი მახასიათებლის მიხედვით: პრობლემა ხშირად ვლინდება; საქმიანობისას შეცდომა და ჩავარდნა ხშირად ხდება ან მოსალოდნელია რომ ხშირად მოხდეს; როდესაც ხდება, ეს შეცდომები და ჩავარდნები, მათ მივყავართ ჯანმრთელობის სერიოზულ ზიანამდე რაც სერიოზულ ფინანსებთანაცაა დაკავშირებული და შეცდომისა და ჩავარდნის გამოსწორება იოლად არის შესაძლებელი (p. 40).
3. ქმედებების შეფასების კუთხით მიდგომების შერჩევა: ეს ეტაპი ექთან ლიდერებისა და მონეჯერებისგან მოითხოვს იმ აუცილებელი ინფორმაციის დაზუსტებას (სტრუქტურა, პროცესი და გამოსავალი), რაც მნიშვნელოვანია ხარისხთან მიმართებაში დასკვნების გამოსატანად. საჭიროა ყურადღება მხოლოდ გამოსავლების გაზომვაზე არ გამახვილდეს. გათვალისწინებული უნდა იქნეს, სტრუქტურასა და პროცესებში არსებული ის სუსტი ადგილებიც, რამაც შეიძლება საქმიანობის ჩავარდნამდე ან ცუდი ხარისხის საქმიანობამდე მიგვიყვანოს. კომბინირებული მიდგომები უნდა იქნეს არჩეული ხარისხის სრულყოფილად შესაფასებლად. ასეთი კომბინირებული მიდგომებით, შესაძლებელია ცუდი საქმიანობის ან გამოსავლების გამომწვევი მიზეზები დაკავშირებული იქნეს სტრუქტურაში და/ან პროცესებში არსებულ ხარვეზებთან, რაც დაგვეხმარება გაუმჯობესების პროცესის სწორად წარმართვაში.
4. კრიტერიუმებისა და სტანდარტების ფორმულირება: კრიტერიუმი ეს არის „სტრუქტურის, პროცესის ან გამოსავალის თანამდევნი ფაქტორი, რომელიც გამოიყენება ხარისხზე დასკვნების გამოსატანად“ (p. 60). ხოლო სტანდარტი არის „ზომის ან სიხშირის სპეციფიური რაოდენობრივი საზომი, რაც საზღვრავს რა არის კარგი და რა ნაკლებად კარგი“ (p. 60).
5. საჭირო ინფორმაციის მოძიება: მონაცემების შეგროვება შესაძლებელია სამედიცინო ჩანაწერებიდან, გამოკითხვიდან, ფინანსური ჩანაწერებიდან, სტატისტიკური ანგარიშებიდან, მონაცემთა ბაზიდან და პირდაპირი ზედმხედველობით.
6. მონიტორინგის ტიპის არჩევა: მონიტორინგი შეიძლება იყოს პროსპექტული (ან მოსალოდნელი), რაც მომავალში ორიენტირებულია და წინ უსწრებს შემთხვევის დადგომას;

კონკურენტული, წარმოებს პაციენტის მკურნალობის პროცესში; და რეტროსპექტული, რომელიც წარმოებს შემთხვევის დადგომის შემდეგ. ყველაზე ხშირად გამოყენებული მონიტორირების ტიპი რეტროსპექტული მონიტორირებაა.

7. მონიტორირების სისტემის შექმნა: გაუმჯობესების აქტივობების მონიტორინგი უნდა მოხდეს ორგანიზაციის დონეზე არსებული სპეციალური დეპარტამენტის ან რაიმე სხვა ერთეულის მიერ, რომლის ფუნქციაცაა პროცესებში ცვლილებების დაგეგმვა, კოორდინაცია, წარმართვა და დანერგვა. ამასთან უნდა მოხდეს ძალისხმევის კოორდინირება ერთეულის დონეზე, იქ მყოფი ყველა თანამშრომლის პროცესებში ჩართვის მიზნით.
8. ქცევაში ცვლილებები: ცვლილებების იმპლემენტაციის მიზანია, ეს ცვლილებები შეეხოს სტრუქტურას და/ან პროცესებს, რათა გამოსავლებისა და საქმიანობის დონის ცალსახა გაუმჯობესება იქნეს მიღწეული.

სურათი 5-1: ხარისხის გაუმჯობესების პროცესი (აქტივობები)



დადგინდება რა ხარისხის გაუმჯობესების აქტივობები, ლიდერი და მენეჯერი ექთნები ცვლილებების დასაწერად აყალიბებენ ინტერპროფესიულ გუნდს. ყველა დონეზე მომუშავე ექთანს შეუძლია გახდეს ამ გუნდის წევრი და მონაწილეობა მიიღოს პრობლემის შესწავლაში. მნიშვნელოვანია ეს გუნდი შედგებოდეს იმ თანამშრომლებისგან, რომელთაც გამოსაკვლევ პრობლემასთან აქვთ შეხება. ექთანი ლიდერები და მენეჯერები შეიძლება თავად იყვნენ ამ გუნდის წამყვანი, ან განსაზღვრონ სპეციალური პირი იმავე ფუნქციების შესასრულებლად. იმისთვის რომ ხარისხის გაუმჯობესების პროცესი იყოს ეფექტური და წარმატებული, ექთანმა ლიდერებმა და მენეჯერებმა ხელი უნდა შეუწყონ გუნდურ მუშაობასა და თანამშროლობითი ატმოსფეროს შექმნას სამუშაო ადგილზე.

როგორც ინტერპროფესიული გუნდის წევრები, ექთნები უნდა იცნობდნენ ხარისხის გაუმჯობესების პრინციპებსა და პროცესებს, ასევე გამოსავლის საზომებს. ყველა დონეზე მომუშავე ექთანს გაცნობიერებული უნდა ჰქონდეს საკუთარი პასუხისმგებლობა და უნდა ინტერესდებოდეს თუ რისი გაუმჯობესება შეუძლია თავად მას (Donabedian, 2003). უფრო მეტიც, ექთნებს აქვთ ვალდებულება ითანამშრომლონ სხვებთან რათა უზრუნველყონ უსაფრთხო და მაღალი ხარისხის მკურნალობა (ANA, 2015a). ექთანი ლიდერები და მენეჯერები ხელს უნდა უწყობდნენ უსაფრთხოების მიმართულებით ინიციატივებისა და ხარისხის გაუმჯობესების აქტივობებში პერსონალის ჩართულობას და ეს უნდა მოახდინონ პერსონალის პროცესების, მიდგომებისა და ქცევების ცვლილებებით (Newhouse & Poe, 2005). ისინი უნდა დაეხმარონ პერსონალს იმის გაცნობიერებაში, რომ პაციენტის უსაფრთხოება და ხარისხის გაუმჯობესება არ არის ურთიერთწინააღმდეგობითი ცნებები და რომ მათი დანერგვა უნდა ხდებოდეს ერთდროულად, მათი დადებითი ეფექტების მაქსიმალურად გაძლიერების მიზნით (McFadden, Stock & Gowen, 2014).

ხარისხის გაუმჯობესების მოდელები

Donabedian-ის მოდელი

ჯანდაცვის ხარისხის შეფასების ერთ-ერთი ყველაზე უფრო პოპულარული ჩარჩო დოკუმენტი არის Donabedian-ის მოდელი. ეს მოდელი იძლევა სამოქმედო ჩარჩოს ჯანდაცვის ხარისხის გამოკვლევისა და შეფასებისათვის, სამი კატეგორიის ინფორმაციაზე ყურადღების გამახვილების გზით: 1) სტრუქტურა, გარემო სადაც მკურნალობის მიწოდება ხდება, 2) პროცესი, აქტივობები რაც თან ახლავს მკურნალობას და 3) გამოსავლები, სასურველი ან არასასურველი ცვლილებები გამონვეული მკურნალობის პროცესით (Donabedian, 2003) (ცხრილი 5-4). ეს მოდელი გამოიყენება როგორც ჯანდაცვაში ასევე სხვა ინდუსტრიებში. სურათ 5-2-ზე ნაჩვენებელია Donabedian-ის მოდელი დაკავშირებული საექთნო საქმიანობასთან.

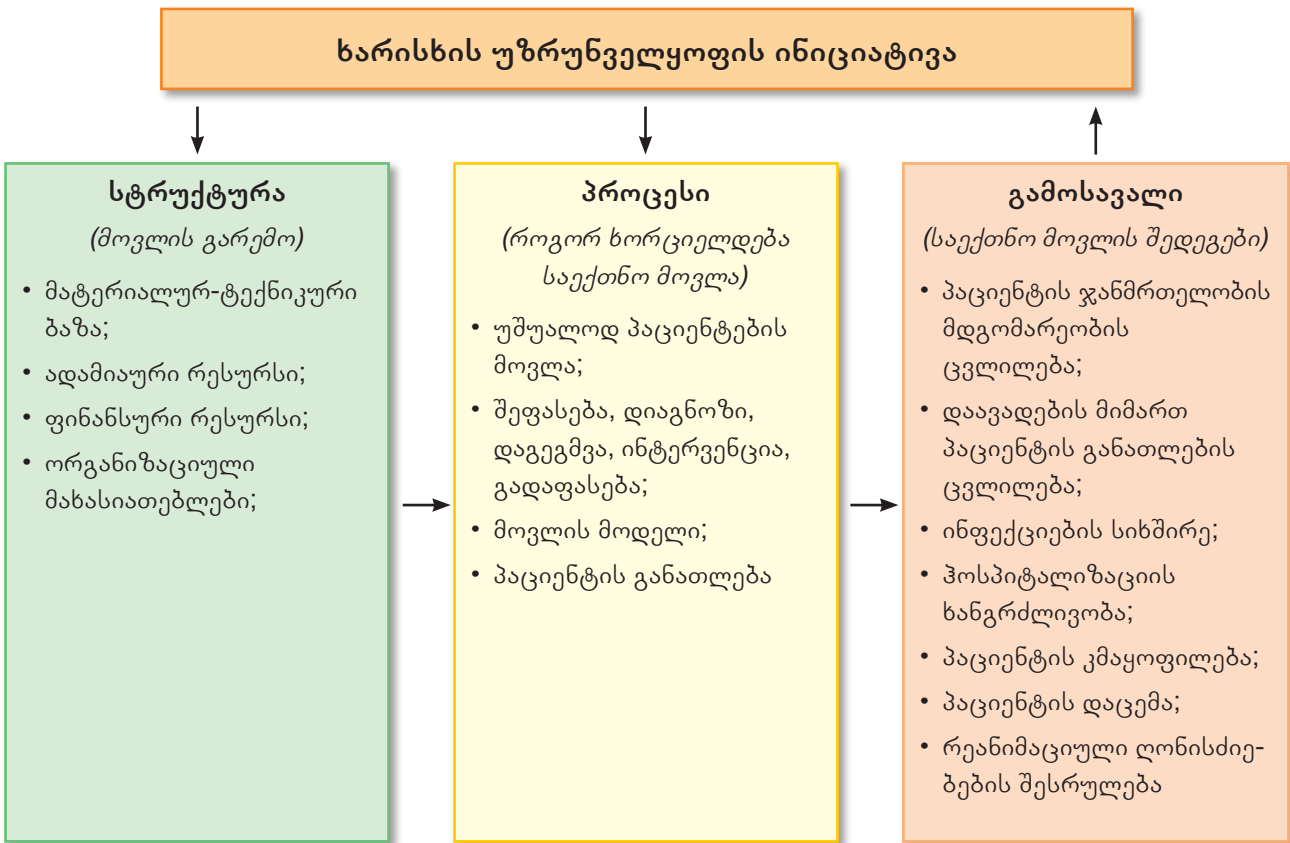
Donabedian-ის მოდელი იძლევა ხარისხის გაუმჯობესებისთვის საწყის წერტილს, ხოლო ხარისხის გაუმჯობესების სხვა მოდელები გამოიყენება უსაფრთხოებისა და ხარისხის პრობლემების აღმოჩენისა და შეფასებისათვის. ჩვეულებრივ, ჯანდაცვის სააგენტოები არჩევენ მოდელს ან მოდელების კომბინაციას რაც შესაბამისი იქნება მათი ორგანიზაციის მისიის, ხედვის და ფილოსოფიის, ასევე მათი მიზნებისა და ამოცანების. ორგანიზაციის ყველა წევრი არის ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების ნაწილი, ხოლო ექთანი ლიდერები და მენეჯერები ხშირად ზედამხედველობას უწევენ გაუმჯობესების ინიციატივებს.

ცხრილი 5-4 სტრუქტურის, პროცესის და გამოსავლის ინდიკატორების სტანდარტების და კრიტერიუმების შედარება:

ინდიკატორი	კრიტერიუმი	სტანდარტი
სტრუქტურა	კრიტიკულ დეპარტამენტში პერსონალის რაოდენობა	შენარჩუნებული უნდა იყოს ექთან პაციენტის თანაფარდობა 1:2-თან ყველა მორიგეობაზე კვირაში შვიდი დღე

პროცესი	მუცლის ღრუზე ოპერაციის დროს სისხლის კომპონენტების ტრანსფუზია	მუცლის ღრუზე ოპერაციების მქონე პაციენტების 5%-20%-ს მომდევნო 12 თვის განმავლობაში ესაჭიროება სისხლის კომპონენტების გადასხმა
გამოსავალი	პაციენტთა სიკვდილობის მაჩვენებელი მუცლის ღრუზე ოპერაციის შემდეგ	პაციენტების 1%-ზე ნაკლები მუცლის ღრუზე ოპერაციის შემდეგ, მომდევნო 12 თვის განმავლობაში კვდება ქირურგიული გართულებების გამო

სურათი 5-2 საექთნო საქმიანობასთან დაკავშირებული Donabedian-ის ხარისხის გაუმჯობესების მოდელი



Lean მოდელი

ამ მეთოდოლოგიის თანახმად ყველა პროცესი შეიცავს ელემენტს და თვლის რომ უფრო ნაკლებით მეტის გაკეთებაა შესაძლებელი. ეს მოდელი აღებულია Toyota-ს წარმოებიდან და ასევე ცნობილია როგორც ტოიოტას წარმოების სისტემა (Toyota Production System – TPS). იგი ეყრდნობა შემდეგ საბაზისო პრინციპებს: 1) ყველა სამუშაო პროცესი მაქსიმალურად დაზუსტებულია; 2) ყველა მომხმარებელისა და მომმარაგებლების ურთიერთობა ნათელია; 3) ადამიანებსა და პროცესის ეტაპებს შორის სპეციფიური და მყარი კავშირია და 4) გაუმჯობესება ხდება მეცნიერულ მეთოდებზე დაყრდნობით და წარმოებს ორგანიზაციის ყველაზე დაბალ დონეზე (Spear & Bowen, 1999). TPS-ის ჯანდაცვაში წარმატებული დანერგვა მოიცავს შემდეგ ელემენტებს: კომპლექსურ პროცესებთან, სამუშაო შემოვლებთან და ხელახლა სამუშაოს ჩატარებასთან დაკავშირებული არაღირებული აქტივობების ელიმინაცია; წინა ხაზზე მომუშავე ექთნების ჩა-

რთვა ხარისხის გაუმჯობესებაში და პროცესის მსვლელობაში აღმოცენებული საკითხების თვალყურის მიდევნება (Hughes, 2008). TPS-ის ყველაზე დიდი სარგებელი არის ის, რომ წინა ხაზზე მომუშავე პერსონალს ეძლევა უფლებამოსილება აღმოაჩინოს პრობლემები და მიიღოს გადაწყვეტილება შემდგომი გაუმჯობესებისათვის. ამ მოდელში, ექთანი ლიდერები და მენეჯერები იძლევიან მიმართულებას და მოქმედებენ როგორც მწვრთნელები.

Six Sigma მოდელი

ეს მოდელი თავდაპირველად შემუშავებულ იქნა როგორც ბიზნეს სტრატეგია. იგი წარმოადგენს უზუსტეს მეთოდს, რომელიც შედგება ხუთი ნაბიჯისაგან: 1) განსაზღვრე, 2) გაზომე, 3) გაანალიზე, 4) გააუმჯობესე და 5) გააკონტროლე (DMAIC, ცხრილი 5-5). Sigma ეს არის ბერძნული ალფაბეტის ასო (σ), რომელიც გამოიყენება სტატისტიკაში და ზომავს ვარიაციებსა და გავრცელებას. Six Sigma მიუთითებს საშუალოდან ექვს სტანდარტულ გადახრაზე (Tague, 2005). იგი გამოიყენება, ხარისხის გაუმჯობესებისას პროცესებში, წარმომობილი შეცდომების მისაღები რაოდენობის განსაზღვრისათვის. Six Sigma გულისხმობს პროცესების გაუმჯობესებას, შემუშავებას (დიზაინს) და მონიტორინგს ფლანგვის შემცირების მიზნით (Hughes, 2008).

ცხრილი 5-5 Six Sigma DMAIC პრინციპები

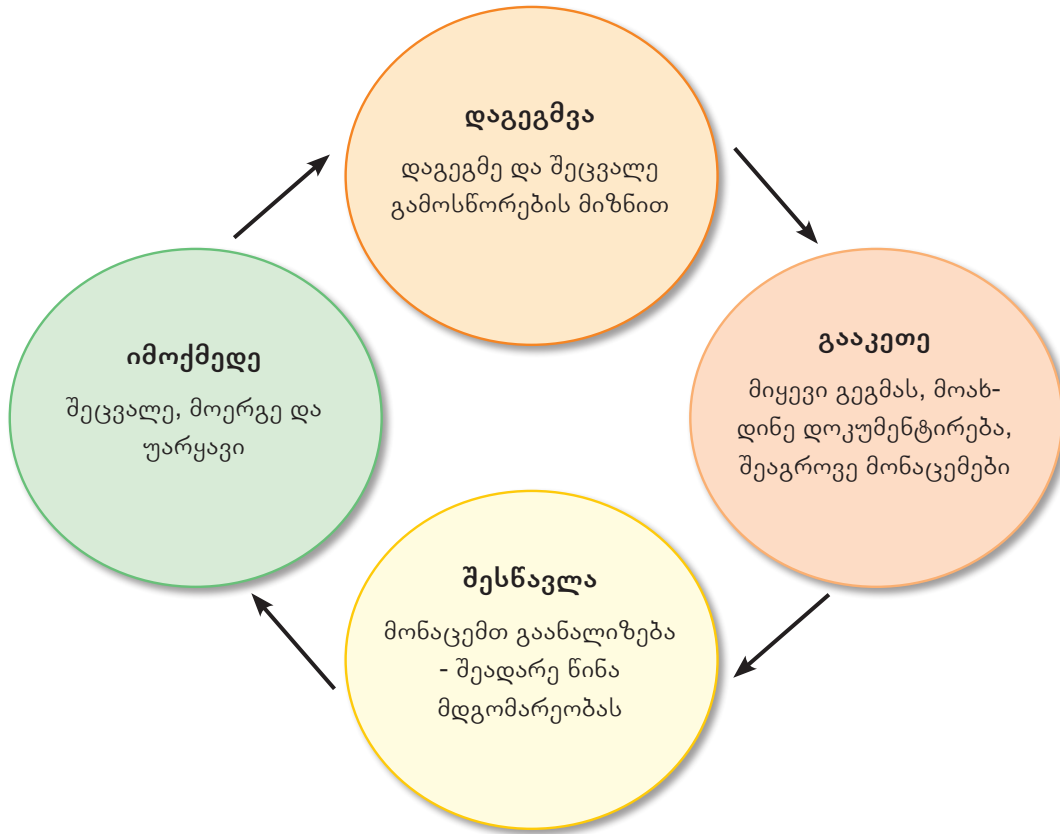
განსაზღვრე	განსაზღვრე ის პროცესი და გამოსავალი რომელიც უნდა გაუმჯობესდეს
გაზომე	მონაცემების შეგროვების დროს მიჰყევი პროცესებს
გაანალიზე	გაანალიზე მონაცემები და აღმოაჩინე პროცესის სუსტი მხარეები
გააუმჯობესე	გამოიყენე მონაცემთა ანალიზი გაუმჯობესების გეგმის შესამუშავებლად
გაკონტროლე	ანარმოე მონიტორინგი და საჭიროების მიხედვით გააუმჯობესე

From Tague, 2005

ჯანდაცვის გაუმჯობესების ინსტიტუტის გაუმჯობესების მოდელი (Institute of Healthcare Improvement – IHI)

IHI-ის გაუმჯობესების მოდელს გააჩნია ორი მხარე. პირველი არის ფუნდამენტური კითხვების დასმა ნებისმიერი თანმიმდევრობით: 1) რას ვაპირებთ რომ მივაღწიოთ? 2) საიდან გვეცოდინება რომ ცვლილება გაუმჯობესებაა და 3) რა ცვლილებები შეიძლება განვახორციელოთ რაც გაუმჯობესებამდე მიგვიყვანს? მეორე, დაგეგმე-გააკეთე-შეისწავლე-იმოქმედე (plan-do-study-act – PDSA) ციკლის გამოყენება გაუმჯობესების პროცესში: დაგეგმვა არის მცირე ცვლილებების ინიცირება, გააკეთე გულისხმობს გეგმის განხორციელებას და პროცესის შესაბამისად მოცენებების შეგროვებას, შეისწავლე ნიშნავს გამოკვლევას და ცვლილებების შედეგად დამდგარი შედეგების შეჯამებას, იმოქმედე შეიძლება გულისხმობდეს სამ შესაძლო მიდგომას - ცვლილებების მიღება/გავრცელება, ცვლილებების ადაპტირება ან ცვლილებებზე უარის თქმა. როგორც კი ციკლი დასრულდება, ქმედებები ხელახლა მეორდება (IHI, 2014). PDSA-ის გამოყენება უზრუნველყოფს ხარისხის გაუმჯობესების უწყვეტობას. PDSA ციკლი გამოიყენება პრობლემების დადგენისა და მკურნალობის გაუმჯობესებისათვის (სურათი 5-3). PDSA-ს დროს ხდება მცირე ცვლილებების დანერგვა მკურნალობის გაუმჯობესების მიზნით, ამიტომ იგი შეიძლება ინტეგრირებული იქნას გაუმჯობესების სხვა მოდელებში და გამოყენებული იქნას ცვლილებების ტესტირებისთვის. ექთან ლიდერებმა და მენეჯერებმა შეიძლება გამოიყენონ PDSA პროცედურების ნებისმიერი სახის ცვლილებისას და მაშინ, როდესაც ხდება მონაცემთა შეგროვების დაგეგმვა პრობლემის ან შეცდომის ძირეული ანალიზის მიზნით.

სურათი 5-3: დაგეგმე-გააკეთე-შეისწავლე-იმოქმედე



წარუმატებლობის ტიპი და ეფექტების ანალიზი

ეს მეთოდი გამოყენებადია იმის გასარკვევად პროცესის რომელი ასპექტი საჭიროებს გაუმჯობესებას. მისი მიზანია პაციენტის უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული პრობლემების პრევენცია ყველა იმ ასპექტის განსაზღვრით, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს პროცესებში ჩავარდნა, დაადგინოს ამ ჩავარდნის ალბათობა, მათი თანმიმდევრობა და დაადგინოს სამოქმედო გეგმა ამ ჩავარდნების თავიდან ასაცილებლად.

FMEA-ის პროცესის ეტაპები მოცავს ჩავარდნების (წარუმატებლობის) ტიპს ანუ რა შეიძლება წარმართოს არასწორად; რა არის ჩავარდნის მიზეზი ან რატომ შეიძლება იგი მოხდეს და ჩავარდნის შესაძლო ეფექტებს ანუ რა შედეგები შეიძლება მოჰყვეს თითოეულ ამ ჩავარდნას (Nolan, Resar, Haraden & Griffin, 2004, p. 9). FMEA ეს არის პროცესების სისტემური შეფასება. პოტენციური ჩავარდნების პრიორიტეტების დადგენა ხდება მოსალოდნელი შედეგების მიხედვით, ყველაზე უფრო სერიოზული შედეგი უმაღლესი პრიორიტეტია. ექთან ლიდერებმა და მენეჯერებმა შეიძლება გამოიყენონ FMEA გეგმის შემუშავების წინ პროცესების მოდიფიცირების ან მიმდინარე პროცესში მოსალოდნელი ჩავარდნების ანალიზისათვის.

მიზეზის ძირეული ანალიზი (Root Cause Analysis – RCA)

RCA ეს არის „ფორმალური გამოკვლევა და პრობლემის გადაჭრისადმი გარკვეული მიდგომა ორიენტირებული შემთხვევის ან პოტენციური შემთხვევის გამომწვევი მიზეზის იდენტიფიცირებასა და შესწავლისაზე, იმ დაშვებით რომ პრობლემის მიზეზი უნდა იყოს სისტემა და არა ინდივიდი“ (Hughes, 2008, pp. 6-7). განსაკუთრებული ზედამხედველობას შემთხვევებთან მიმართებაში RCA-ს გამოყენებისას არსებობს მოთხოვნა, შემუშავებული იქნას რეალისტური სამოქმედო გეგმა არსებული რისკების აღმოფხვრის მიზნით (TJC, 2012).

RCA-ს გამოყენება ხდება შემთხვევის დადგომის შემდეგ და ითვალისწინებს შემთხვევის განმაპირობებელ ეტაპებს, სავარაუდო გამომწვევ მიზეზებსა და მათ ძირეული ანალიზს და სამოქმედო გეგმას იდენტიფიცირებული რისკების შემდგომი პრევენციისათვის. ჩვეულებრივ სამოქმედო გეგმა მიმართულია შემდეგისკენ: გეგმის დანერგვა და ზედამხედველობის კუთხით პასუხისმგებლობები, მცირე ცვლილებების ან ცვლილებების პილოტური ტესტირება, დროში

განერილი ქმედებები და გეგმის ეფექტურობის გასაზომისთვის მიდგომები. ექთანი ლიდერები და მენეჯერები იყენებენ RCA-ის ნებისმიერი სამედიცინო შეცდომის გამოსაკვლევად. გამოყენების მიზანია შეცდომის გამომწვევი ძირითადი მიზეზების შესწავლა და შემდეგ უკვე PDSA-ის გამოყენებით დაგეგმილი ცვლილებების განხორციელება.

შეისწავლე მტკიცებულება

Walker L. J., O'Connell, M.E., and Giesler, A.L. (2015). შევინარჩუნოთ აქცენტები პაციენტის უსაფრთხოებაზე. *American Nurse Today*, 10(1), 49-50.

მიზანი

ხარისხის გაუმჯობესების მიზანი იყო პაციენტების აქტივაციის დროს საფიქსაციო ქამრების გამოყენების გზაზე არსებული ბარიერების გადალახვა პერსონალისთვის ვიზუალური მინიშნებების გამოყენებით.

მეთოდები

PDSA სამოქმედო ჩარჩო იქნა გამოყენებული იმის დასადგენად თუ რამდენად გააუმჯობესებს პალატებში საფიქსაციო ქამრების კაუჭზე ჩამოკიდება მათი გამოყენების მაჩვენებელს:

- დაგეგმვა
 - ცვლილებების ტესტირებისთვის შეირჩა სამიზნე განყოფილება
 - პერსონალს მიენოდა ინფორმაცია დაგეგმილი ცვლილებების შესახებ
 - პროექტის მიზნები განისაზღვრა
 - კაუჭები გაკეთდა პალატებში
- გაკეთება
 - აუდიტის პრინციპები და საბაზისო მონაცემები შემუშავდა ორის კვირის განმავლობაში
 - შემდეგ უკვე, 4 მომდევნო თვის განმავლობაში, ჩატარდა ექვსი აუდიტი
- შესწავლა
 - ხარისხის გაუმჯობესების გუნდმა გამოიყენა ზიანის რისკის სკრინინგის მექანიზმი და გადახედა პაციენტის დაცემის რისკის შესაფასებელ ქულათა სისტემას, დაზიანების რისკის ქულათა სისტემას, მენტალური ჯანმრთელობის სტატუსს, მობილურობის უნარს და დამხმარე მონყობილობების გამოყენებას
 - გუნდმა ასევე გამოიკვლია ყველა ის შემთხვევა როდესაც ქამარი შესაძლოა სარგებლის მომტანი ყოფილიყო პაციენტისთვის
- მოქმედება
 - ხარისხის გაუმჯობესების გუნდი ატყობინებს პერსონალს მიმდინარე შედეგებს და თანამშრომლობს მათთან მათი ნახალისების გზით
 - მონაცემების ანალიზმა აჩვენა რომ ექთნები კარგად ახდენენ იმ პაციენტების იდენტიფიცირებას ვისაც დაცემის რისკი აღენიშნებოდათ და რომ პალატებში ქამრების განთავსების მაჩვენებელი გაიზარდა 38%-ით





ლიდერი და მენეჯერი ექთნების საქმიანობაზე შესაძლო გავლენა

ხარისხის გაუმჯობესების ეს პროექტი იძლევა ექთნების მიერ წარმართული ხარისხის გაუმჯობესების აქტივობების მაგალითს, რომელიც შეისწავლიდა პაციენტების გააქტიურებისა და პაციენტების უსაფრთხოების საკითხებს. ექთან ლიდერებსა და მენეჯერებს შეუძლიათ ჩართონ პერსონალი ხარისხის გაუმჯობესების ინიციატივებში, დაეხმარონ მათ გაუმჯობესების მიმართულების დადგენაში, გაზარდონ პერსონალის ჩართულობა და ანგარიშგება ვალდებულება და გაუმჯობესების პროცესში მუდმივად უზრუნველყონ მათი მხარდაჭერა

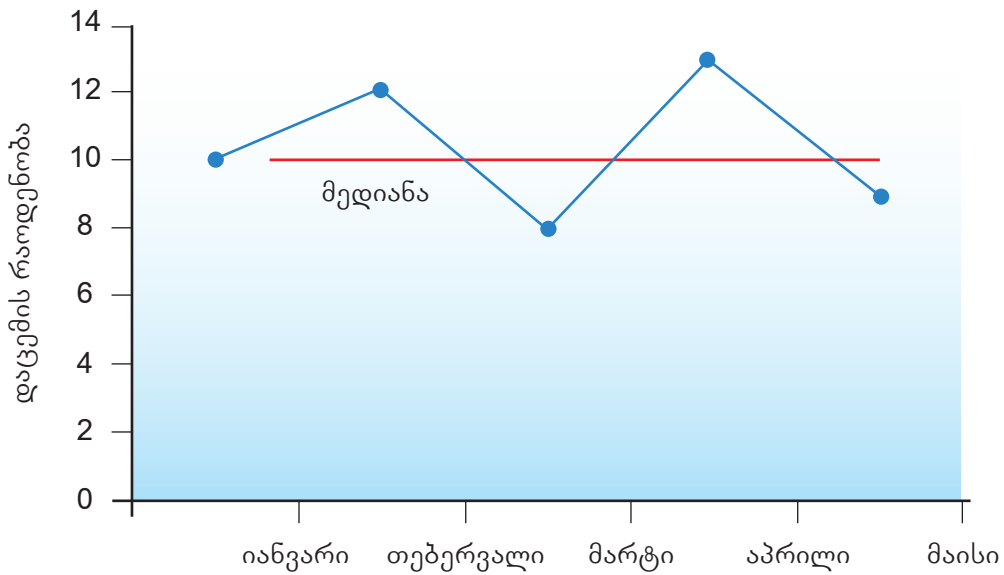
ხარისხის გაუმჯობესების საშუალებები

არსებობს სხვადასხვა სახის საშუალებები, რომელთა გამოყენებაც ხარისხის გაუმჯობესების დროს სხვადასხვა მიზნით ხდება, გინდა ეს ეხებოდეს ინფორმაციის გადაცემას, პრობლემის იდენტიფიცირებას ან თუნდაც გადაწყვეტილების მიღებაში დახმარებას (Boxer & Goldfarb, 2011). ხარისხის გაუმჯობესების საშუალებები ასევე გამოიყენება მონაცემთა შეგროვების, ტენდენციებისა და შესაძლო პრობლემების დადგენის ან შეგროვებული მონაცემების ვიზუალურად გამოსახვის მიზნით. ხარისხის გაუმჯობესების პროცესებში ჩართულ ყველა ექთანს უნდა შეეძლოს საბაზისო საშუალებების გამოყენება, ისეთების როგორცაა დინამიური გრაფები (run charts), ჰისტოგრამები, თევზის ფხის დიაგრამები, დინების გრაფები (flow charts), Pareto დიაგრამა. უნდა იცნობდეს მონაცემების შეგროვების, ანალიზის და გამოსახვის პრინციპებს. ზოგადად რომელი საშუალება იქნას გამოყენებული დამოკიდებულია ხარისხის გაუმჯობესების პროექტის მიზანზე. მას შედეგ რაც განისაზღვრება მონაცემების გამოსახვის პრინციპი, ამის შემდეგ მნიშვნელოვანია მიექცეს ყურადღება მონაცემთა ტიპს და დროის პერიოდს, რა დროშიც იქნა შეგროვებული ეს მონაცემები. მაგალითად, ყოველთვიური მონაცემების შეგროვება მიზანშეწონილია 13 თვის განმავლობაში. ეს უკეთ აჩვენებს მთელი წლის ტენდენციებს და იძლევა მიმდინარე თვის ერთი წლის წინანდელ იმავე თვესთან შედარების საშუალებას (Boxer & Goldfarb, 2011).

დინამიური გრაფები (run charts)

დინამიური გრაფები აჩვენებს მონაცემებს, დროში გამოსახულ ტენდენციებს და პროცესის მუშაობის სპეციფიკას (Boxer & Goldfarb, 2011). დინამიურ გრაფებში ვერტიკალური ხაზი (y) გამოსახავს პროცესის ცვლადს და ჰორიზონტალური კი (x) დროს. მონაცემების გასაშუალოებული (mean) და შუა (median) მაჩვენებელი გამოიხატება ჰორიზონტალური ხაზის სახით. ეს გრაფები ექთნებსა და ხარისხის გაუმჯობესების გუნდს აძლევს საშუალებას დაინახონ საზომის ცვლილებები ისე, რომ არ აწარმოონ სტატისტიკური დაანგარიშებები. შუა მაჩვენებელზე ზემოთ მაჩვენებლები აჩვენებს პროცესის გაუმჯობესებას, ხოლო მის ქვემოთ მაჩვენებლები პირიქით - პროცესის გაუარესებას. დინამიური გრაფებით ყველაზე კარგად დგინდება ეფექტური ცვლილებების პერიოდები (IHI, 2016f). ხარისხის გაუმჯობესების გუნდმა უნდა გამოიყენოს დინამიური გრაფები დროში გამოსახული ტენდენციებისა და ხარისხში ცვლილებების დანამიკების საჩვენებლად. მაგალითად, ექთანმა ლიდერებმა და მენეჯერებმა უნდა გამოიყენონ აღნიშნული გრაფები იმის საჩვენებლად მოხდა თუ არა ცენტრალური ვერტიკალური ხაზის ინფექციების რაოდენობის ცვლილება საფენების შეცვლის ახალი პროტოკოლის დანერგვის ფონზე. სურათი 5-4-ზე ნაჩვენებია დინამიური გრაფების მაგალითი, სადაც გამოსახულია განყოფილებაში 5 თვის განმავლობაში დაცემების რაოდენობის დინამიკა. დავაკვირდებით რა სურათს ვნახავთ, რომ განყოფილებაში დაცემების რაოდენობა მედიანზე მაღალი იყო თებერვალსა და აპრილში, რაც ნიშნავს რომ ამ პერიოდში დაცემის პრევენციის პროტოკოლის იმპლემენტაციასთან დაკავშირებით გარკვეული პრობლემები უნდა არსებულებოდა. ექთანმა ლიდერებმა და მენეჯერებმა, აღნიშნული გრაფის ანალიზის შემდეგ უნდა გამოიკვლიონ რამ გამოიწვია თებერვალისა და აპრილის თვეებში დაცემის მაჩვენებლების ასე გაუარესება.

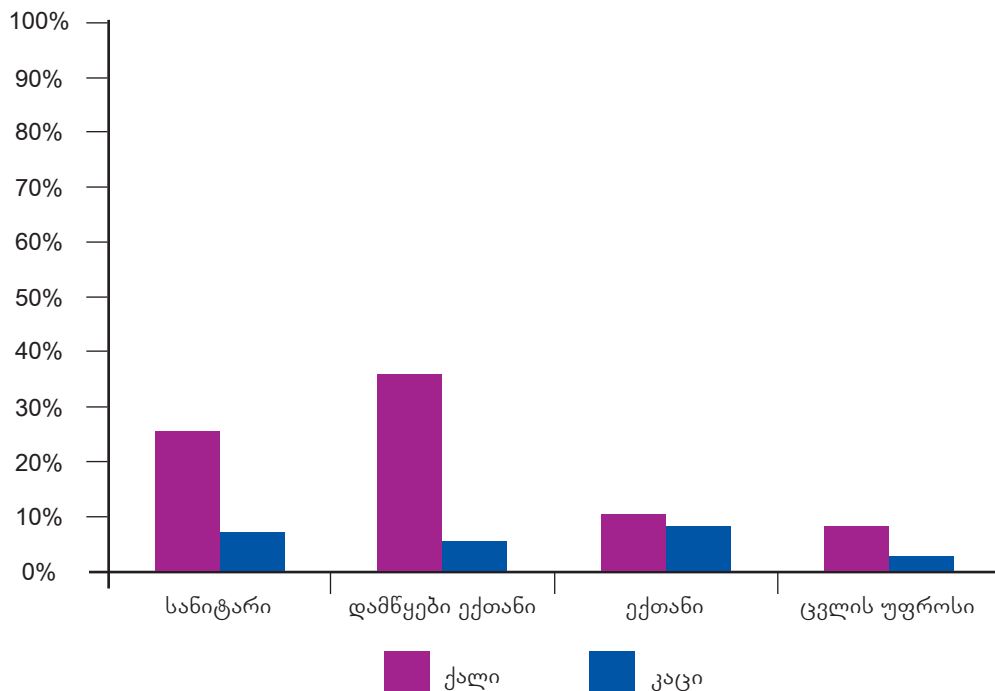
სურათი 5-4: დინამიური გრაფა



ბარ გრაფა

ბარ გრაფები ყველაზე ხშირად გამოიყენება კატეგორიული მაჩვენებლების გამოსახატად და მისი შკალა უნდა იწყებოდეს ნულიდან. ამ გრაფების ჰორიზონტალურ ღერძზე გამოისახება კატეგორიები, ხოლო სიხშირეები და პროცენტული მაჩვენებლები ვერტიკალურ ღერძზე (Tague, 2005). ამავე პრინციპით იყენებენ ექთნები აღნიშნულ გრაფებს. მაგალითად, განყოფილებაში დაცემების სიხშირის კვლევის დროს, ექთანი ლიდერები და მენეჯერები შეიძლება დააკვირდნენ განყოფილებაში მომუშავე პერსონალს (ლიცენზირებული ექთნები, ტექნიკური დამხმარე პერსონალი) გარკვეული დროის განმავლობაში. სურათი 5-5-ზე მოცემულია ბარ გრაფების მაგალითი ჰოსპიტალში მომუშავე ლიცენზირებული ექთნების განათლების დონისა და სქესის შესახებ.

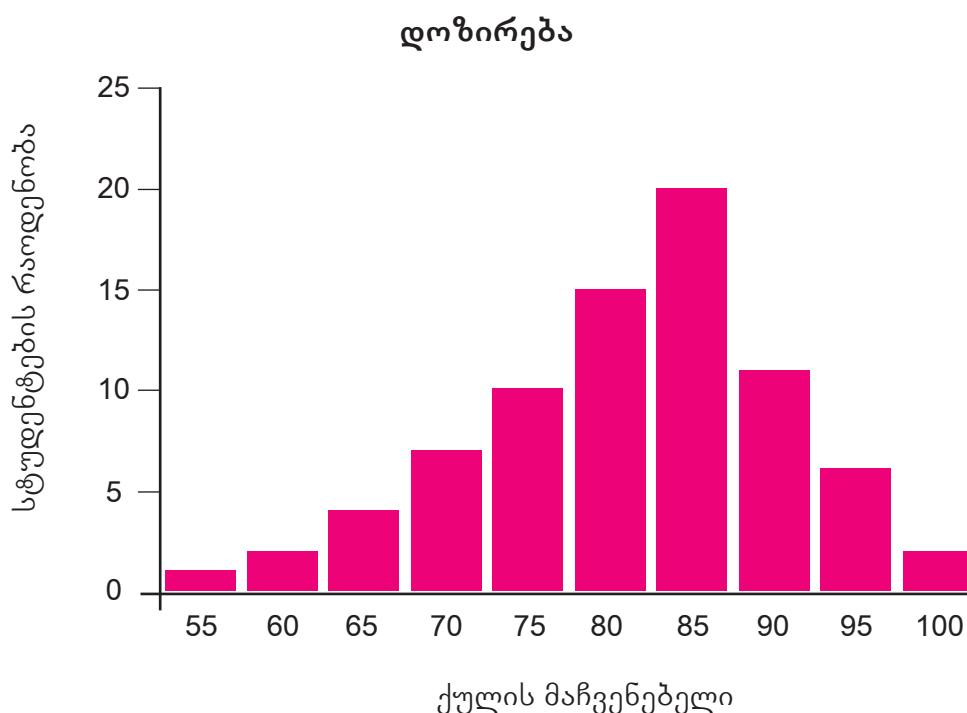
სურათი 5-5 ჰოსპიტალში მომუშავე ლიცენზირებული ექთნები განათლების დონისა და სქესის მიხედვით



ჰისტოგრამა

ჰისტოგრამა არის ბარ გრაფის ნაირსახეობა, რომელიც გამოხატავს სიხშირის განაწილებას და გამოყენებადია იმ შემთხვევაში როდესაც დროში შემთხვევითა განაწილებაზე ინფორმაცია ხელმისაწვდომი არ არის. ხარისხის გაუმჯობესებისას, ჰისტოგრამები ეხმარება გუნდს ამოიცნოს და გაანალიზოს რიცხვითი მონაცემების ტენდენციები, რომლებიც შესაძლოა ნათელი არ იყოს ამ მონაცემების ცხრილებად ჩვენებისას და როდესაც ვერ ხერხდება საშუალო და შუა სიდიდეების დადგენა (IHI, 2016d). ექთანმა ლიდერებმა და მენეჯერებმა ჰისტოგრამებით შეიძლება გამოსახონ მაგალითად განყოფილებაში ქირურგიული პაციენტების დაყოვნების საშუალო მაჩვენებელი. სურათი 5-6-ზე ნაჩვენებია ჰისტოგრამის მაგალითი რომელიც გამოხატავს მედიკამენტების დოზების კალკულაციაზე ჩატარებულ ტესტირებაში სტუდენტების შეფასებას.

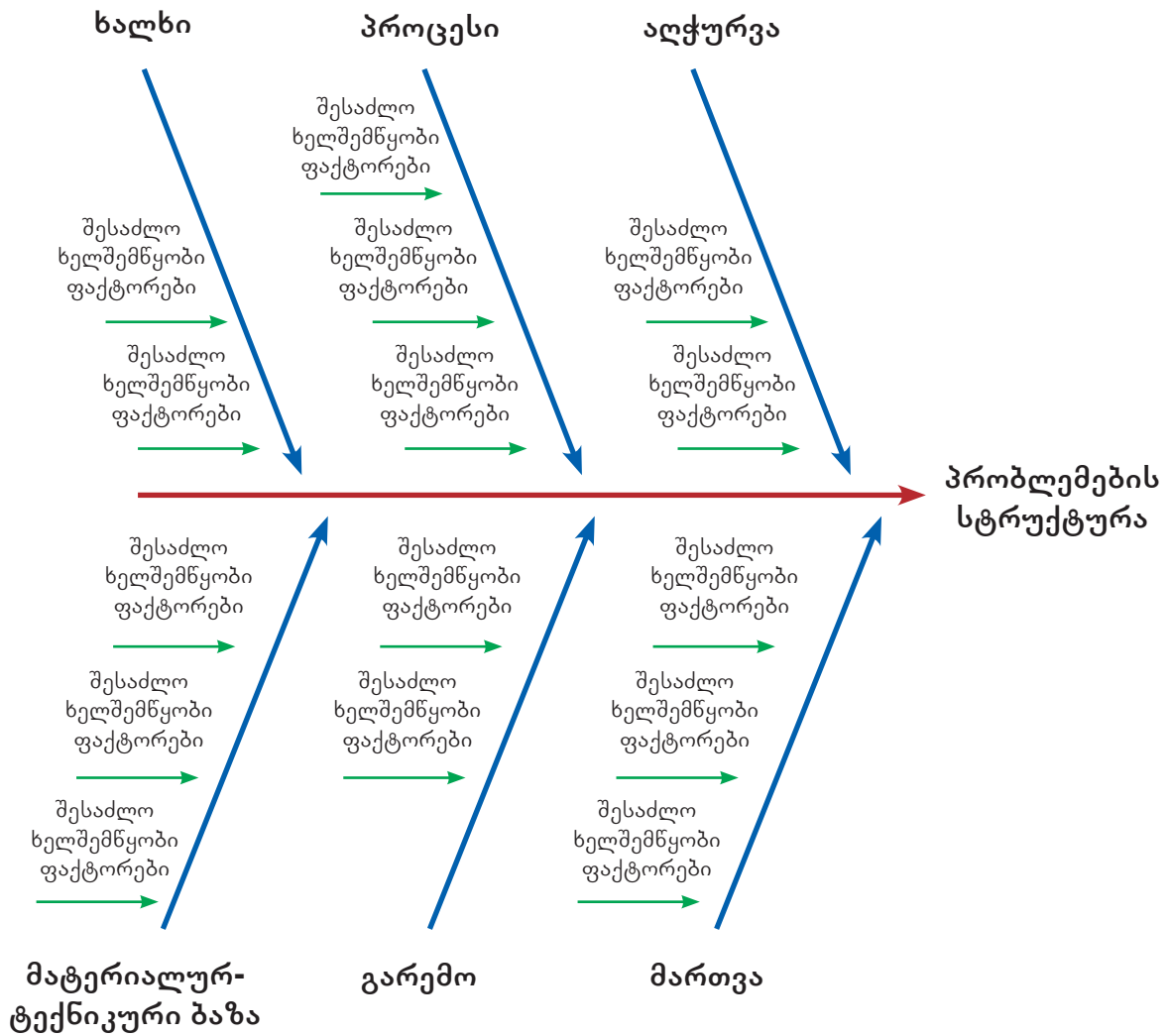
სურათი 5-6: ჰისტოგრამა



თევზის ფხის დიაგრამა

თევზის ფხის დიაგრამა, ასევე ცნობილი როგორც იშკავას დიაგრამა ან მიზეზ-ეფექტურობის დიაგრამა, გამოიყენება პრობლემის გამომწვევი ბევრი შესაძლო მიზეზის შესაფასებლად და ამ მიზეზებს შორის კავშირების დასადგენად (Phillips & Simmonds, 2013). იგი წარმოადგენს შემთხვევის რეტროსპექტულ მიმოხილვას და შეიძლება დაეხმაროს ექთან მენეჯერებსა და ლიდერებს პრობლემის ძირეული მიზეზის დადგენაში. თევზის ფხის დიაგრამა ძალიან მნიშვნელოვანი საშუალებაა RCA-ის ჩატარებისთვის. იგი ახალისებს გუნდს დააკვირდეს ყველა შესაძლო მიზეზსა და განმარტობებელ ფაქტორს, და არა მხოლოდ აშკარად გამოხატულს. თევზის ფხის დიაგრამა აჩვენებს გამოსავლებსა და შესაძლო ფაქტორებს შორის დამოკიდებულებას (ხალხი, პროცესები, აპარატურა, გარემო და მართვა). მაგალითად, ამ დიაგრამის გამოყენება ექთან ლიდერებსა და მენეჯერებს შეუძლიათ მაშინ, როდესაც სურთ შეისწავლონ მედიკამენტებთან დაკავშირებული შეცდომები ან პაციენტებს შორის სუიციდის შემთხვევები. ინციდენტის ტიპიდან გამომდინარე ცვალებადია გამომწვევი პრობლემის გამომწვევი შესაძლო ფაქტორების კატეგორიებიც. სურათი 5-7-ზე ნაჩვენებია თევზის ფხის დიაგრამა, რომელიც მოიცავს ადამიანებს, პროცესებს, მონყობილობას, გარემოს, მართვასა და მასალებს.

სურათი 5-7: თევზის ფხის დიაგრამა



სასწავლო აქტივობა თევზის ფხის დიაგრამის გამოყენება ცენტრალური ვენური კათეტერის ინფექციების შესასწავლად

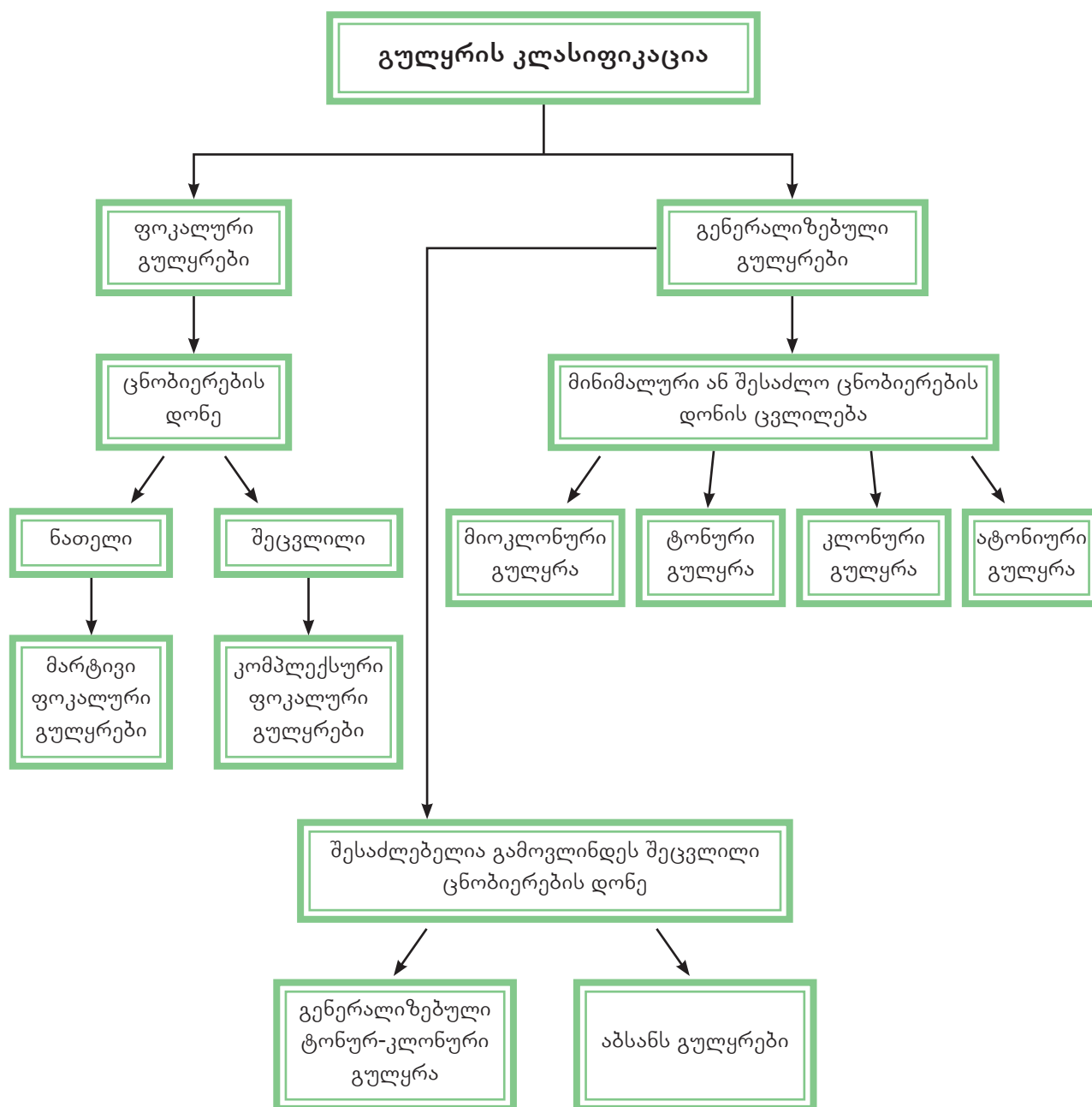
ბოლო 6 თვის განმავლობაში ინტენსიურ განყოფილებაში მყოფ პაციენტებს აღნიშნა ცენტრალური კათეტერებთან ასოცირებული ინფექციების მატების ტენდენცია. ექთანმა ლიდერმა და მენეჯერმა ივარაუდა რომ მატება დაკავშირებული იყო კათეტერის ჩადგმის ლოკაციასთან (გადაუდებელი მედიცინის განყოფილება). ხარისხის გაუმჯობესების გუნდი შეიქმნა აღნიშნული პრობლემის ძირეული გამოკვლევის მიზნით. განიხილეთ სხვა სტუდენტებთან ერთად შემდეგი:

- ვინ უნდა გახდეს გუნდის წევრი
- განსაზღვრეთ აღნიშნულ სიტუაციაში ხარისხის გაუმჯობესების პროცესის ეტაპები
- რომელი სახის ხარისხის გაუმჯობესების საშუალებები უნდა იქნეს გამოყენებული:
 - ცენტრალურ კათეტერთან ასოცირებული ინფექციების თვალყურის დევნება
 - ინფექციების შესაძლო მიზეზების გამოკვლევა
 - გაუმჯობესებისთვის მიმართულებების დადგენა
- როგორ უნდა მოახდინოს ხარისხის გაუმჯობესების გუნდმა დაგეგმილი ცვლილებების იმპლემენტაცია ინფექციების რაოდენობის შემცირების მიზნით და როგორ უნდა გაიგოს გუნდმა რომ ეს ცვლილებები ნამდვილად მუშაობს

დინების გრაფები (flow charts)

დინების გრაფების საშუალებით შესაძლებელია პროცესის კომპლექსურობის ჩვენება, გრაფაზე გამოხატული უჯრედები შეესაბამება პროცესის შემადგენელ აქტივობებს. დინების გრაფები წარმოადგენს ბაზისს ახალი პროცესების განსაზღვრისთვის (დიზაინის შემუშავებისთვის) (IHI, 2016c). დინების გრაფები იძლევა პროცესის შემადგენელი თანმიმდევრული ნაბიჯების სურათს და ხარისხის გაუმჯობესების ჯგუფს მიმდინარე პროცესების აღქმის, პროცესების კომპლექსურობის დადგენის, პროცესში არალირებული ეტაპების დაზუსტებისა და პროცესის გაუმჯობესების მიმართულებით იდეების შემუშავების საშუალებას აძლევს. ექთან ლიდერებსა და მენეჯერებს შეუძლიათ ამ სახის გრაფები გამოიყენონ პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის პროცესში პრობლემური არეების დასაზუსტებლად.

სურათი 5-8 გულყრების კლასიფიკაციის ალგორითმი

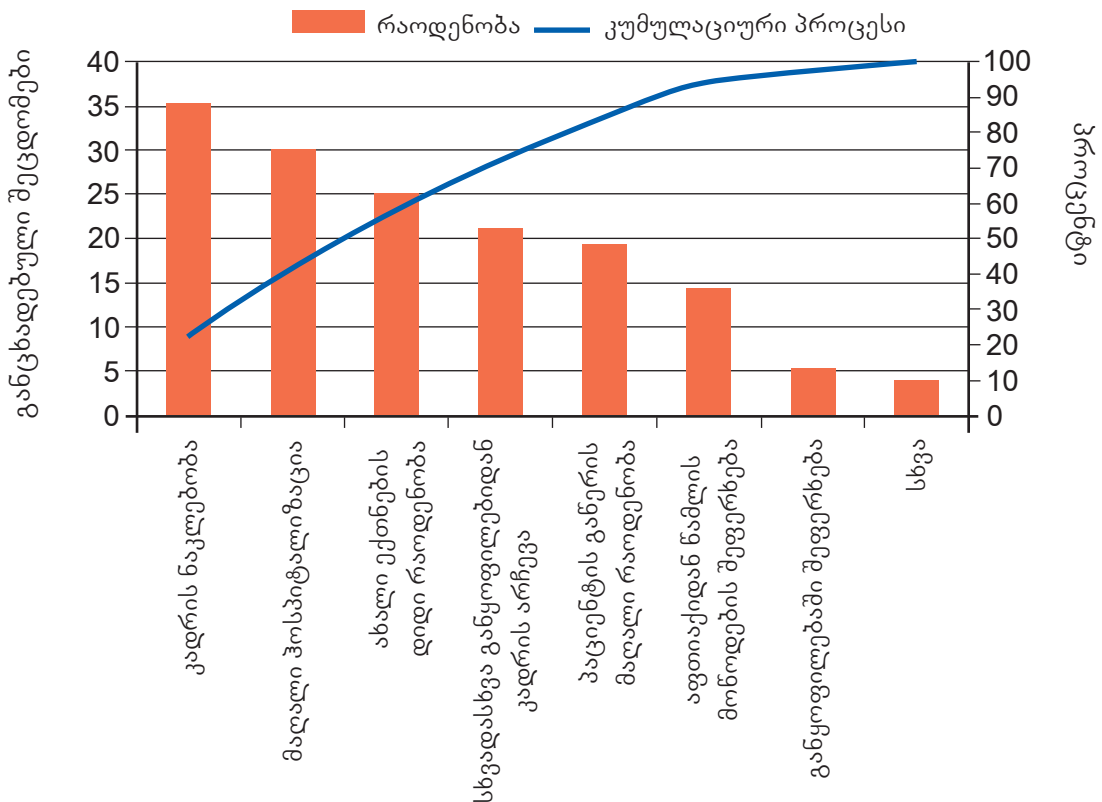


Pareto დიაგრამა

Pareto დიაგრამა ბარ დიაგრამის ჰორიზონტალური გამოხატულებაა, სადაც ოთხკუთხედების სიმალლე აჩვენებს სიხშირეს და ეს ოთხკუთხედები ჰორიზონტალურ ღერძზე განლაგებულია უმაღლესი მაჩვენებლიდან უმცირესისაკენ. Pareto დიაგრამა შემუშავებულია ერთ პრობლემასთან დაკავშირებულ სხვადასხვა მიზეზებზე დასაკვირვებლად 80/20- პრინციპზე დაყრდნობით. იგი წარმოადგენს ინსტრუმენტს, რომელიც გვერხმარება იმის აღქმაში, რომ პროცესში არსებული „მიზეზთან მცირე ნაწილი განაპირობებს შედეგის მნიშვნელოვან ნაწილს“ (Boxer & Goldfarb, 2011, p. 151). Joseph Juran-მა შეიმუშავა Pareto დიაგრამა რათა დახმარებოდა მენეჯერებს სწორად წარემართათ გაუმჯობესების აქტოვობები. ეს დიაგრამა აცალკავებს „სასიცოცხლო მცირე“ ასპექტებს „ბევრი გამოყენებულისგან“. Pareto დიაგრამა ვიზუალურად აჩვენებს განსაკუთრებული მნიშვნელობის მქონე არეებს და იძლევა ინფორმაციას უდიდესი გავლენის მქონე ფაქტორებზე, საითაც უნდა იყოს მიმართული გაუმჯობესების აქტივობები. ექთან ლიდერებმა და მენეჯერებმა უნდა გამოიყენონ ეს დიაგრამა მაშინ, როდესაც პრობლემას ბევრი განმაპირობებელი მიზეზი აქვს (მაგ., იზოლირების პროცედურაში არსებული ხარვეზები), თუმცა ხარისხის გაუმჯობესების გუნდს სურს ფოკუსირდეს ყველაზე მნიშვნელოვანზე. სურათი 5-9-ზე ნაჩვენებია Pareto დიაგრამა, რომელიც ეხება მედიკამენტებთან დაკავშირებულ შეცდომებს დროის სპეციფიურ მონაკვეთში. ამ დიაგრამაზე დაყრდნობით, ჩანს რომ „სასიცოცხლო მცირე“ კატეგორიები იყო პერსონალის დეფიციტი, ჰოსპიტალიზაციის მაღალი მაჩვენებელი, სხვადასხვა საავადმყოფოში მომუშავე ექთნები და შერეული პერსონალი. ეს არის სწორედ ის ასპექტები რისკენაც უნდა იყოს გაუმჯობესების აქტოვებები მიმართული.

ხარისხის გაუმჯობესების საშუალებები ყველა დონეზე მომუშავე ექთნებს შეიძლება დაეხმაროს მკურნალობის პროცესებისა და გამოსავლების გაზომვაში. ამ საშუალებების შესახებ დამატებითი ინფორმაცია შესაძლოა მოძიებული იქნეს საზოგადოება ხარისხისთვის (Society for Quality) ვებგვერდზე: www.asq.org/learn-about-quality/quality-tools.html და IHI-ის ვებგვერდზე: www.ihl.org/resources/Pages?tools/default.aspx.

სურათი 5-9: Pareto დიაგრამა



შეისწავლე მტკიცებულება

McFadden, K. L., Stock, G. N., & Gown, C.R. (2014). ლიდერობა, უსაფრთხო კლიმატი და უწყვეტი ხარისხის გაუმჯობესება: ხარისხის პროცესზე და პაციენტის უსაფრთხოებაზე გავლენა. *Journal of Nursing Administration*, 44(10), S27-S37.

მიზანი:

ამ კვლევის მიზანია დადგინდეს თუ როგორ არის ლიდერობა, უსაფრთხო კლიმატი და უწყვეტი ხარისხის გაუმჯობესება დაკავშირებული ხარისხის და პაციენტის უსაფრთხოების გამოსავლების საზომებთან.

მეთოდები

გამოკითხვის მეთოდოლოგიის გამოყენებით, მკვლევარებმა შეაგროვეს და შეადარეს 48 შტატის 204 საავადმყოფოდან შეგროვებული მონაცემები. მათ გამოიყენეს სპეციალური კითხვარები რაც აფასებდა ლიდერობას, უსაფრთხო კლიმატსა და უწყვეტი ხარისხის გაუმჯობესებას და მიღებული მონაცემები დაადარეს ჰოსპიტალში შექმნილი ინფექციების მონაცემებსა და პროცესის ხარისხის ქულას აღებულს სპეციალური ვებგვერდიდან: *Hospital Compare*. ოთხი ჰიპოთეზის ტესტირებისათვის მათ გამოიყენეს სტრუქტურული განტოლების მოდელირება (Structural Equation Modeling).

მნიშვნელოვანი შედეგები

მკვლევარების მიერ მიღებული შედეგები ამყარებდა ოთხიდან სამ ჰიპოთეზას. ტრანსფორმაციული ლიდერობა პოზიტიურად იყოს დაკავშირებული პაციენტის უსაფრთხოების კლიმატთან, პროცესის ხარისხის ქულა პოზიტიურად იყო დაკავშირებული უწყვეტი ხარისხის გაუმჯობესების ინიციატივებთან, და უწყვეტი ხარისხის ინიციატივები პოზიტიურად იყო დაკავშირებული პროცესის ხარისხის ქულასთან. ამასთან, უწყვეტი ხარისხის გაუმჯობესება უფრო დაკავშირებული იყო ჰოსპიტალში შექმნილი ინფექციების მატებასთან, ვიდრე მათ კლებასთან როგორც ეს ნავარაუდები იყო ჰიპოთეზაში. მკვლევარები თვლიან რომ ჰოსპიტალში შექმნილი ინფექციები მოითხოვს ფართო მიდგომას და რომ უწყვეტი ხარისხის გაუმჯობესების აქტივობები ბევრ საავადმყოფოში შესაძლოა ორიენტირებულია ბიზნესის ნარმატივობაზე და არა პაციენტის უსაფრთხოებაზე. მკვლევარებმა ასევე აღმოაჩინეს, რომ ტრანსფორმაციული ლიდერობა პირდაპირ იყო დაკავშირებული დასაქმებულთა მოლოდინებთან მყარი უსაფრთხოების კლიმატთან მიმართებაში.

ლიდერი და მენეჯერი ექთნების საქმიანობაზე შესაძლო გავლენა

ტრანსფორმაციული ლიდერობა მნიშვნელოვანია პაციენტის უსაფრთხოების კუთხით პოზიტიური კლიმატის ჩამოყალიბებისა და შენარჩუნებისათვის. ექთან ლიდერებსა და მენეჯერებს შეუძლიათ გამოიყენონ აღნიშნული კვლევის შედეგები უწყვეტი ხარისხის გაუმჯობესების აქტივობების ფართოდ წარმოებისა და უსაფრთხოების კლიმატის ჩამოსაყალიბებლად როგორც განყოფილებაში, ასევე მთლიანად ორგანიზაციაში. ყველა დონეზე ექთან ლიდერებსა და მენეჯერებს შეუძლიათ ნამყვანი როლი ითამაშონ ისეთი გარემოს ჩამოყალიბებაში, სადაც თანამშრომლები თავისუფლად შეძლებენ უსაფრთხოების საკითხებზე საუბარს.

შეჯამება

უსაფრთხოება ჯანდაცვის ხარისხი საფუძველია. ექთნები წინა ხაზზე საქმიანობენ, აქვთ პაციენტებთან ახლო კონტაქტი და წარმოადგენენ სამედიცინო შეცდომების დაშვებისთვის ბოლო ბარიერს. ამიტომ მათ მნიშვნელოვანი ფუნქცია ენიჭებათ იმ პროცესების აღმოჩენისა და გა-

სწორების საქმეში, რომლებმაც შეიძლება გვერდით ეფექტებამდე მიგვიყვანოს. უფრო მეტიც, ექთნები მნიშვნელოვან გავლენას ახდენენ მკურნალობის ხარისხზე და ხარისხის გაუმჯობესების გუნდის მნიშვნელოვან ნაწილს წარმოადგენენ. ექთანმა ლიდერებმა და მენეჯერებმა ხელი უნდა შეუწყონ ისეთი კულტურის ჩამოყალიბებას რომელიც ორიენტირებული იქნება პაციენტისა და პერსონალის უსაფრთხოებაზე შეცდომების რეპორტირების, შეცდომების შემცირებისა და პაციენტის უსაფრთხოების აქცენტირების გზით (ANA, 2016). ისინი ასევე პასუხისმგებელი არიან ხარისხისა და სტანდარტთან საექთნო მოვლის შესაბამისობის შეფასებაზე (ANA, 2016). ყოველივე ამის უზრუნველსაყოფად კი ექთანმა ლიდერებმა და მენეჯერებმა უნდა წაახალისონ პერსონალის ჩართულობა ხარისხის გაუმჯობესების აქტივობებში.

რეკომენდებული ვებ-გვერდები:

- Agency for Healthcare Improvement Patient Safety Organization Program: www.pso.ahrq.gov
- ASQ Quality Tolls A to Z: www.asq.org/learn-about-quality/quality-tools.html
- Institute for Healthcare Improvement (IHI) Tolls: www.ihl.org/resources/Pages/Tolls/default.aspx
- Robert Wood Johnson Foundation. Tootsie's Story part I: medical error takes life: www.rwjf.org/en/blogs/human-capital-blog/2013/02/tootsie_s_story_med.html
- Robert Wood Johnson Foundation. Tootsie's story continued: A family conder whether nurse-led care coordination might have prolonged a life: www.rwjf.org/en/blogs/human-capital-blog/2013/02/tootsie_s_story_con.html

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Acquaviva, K., Haskell, H., & Johnson, J. (2013). Human cognition and the dynamics of failure to rescue: The Lewis Blackman case. *Journal of Professional Nursing*, 29(2), 95–101.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2016).
- Agency for Healthcare Research and Quality: A profile. Retrieved from www.ahrq.gov/cpi/about/profile/index.html Agency for Healthcare Research and Quality. (n.d.). About AHRQ PSNet. Retrieved from www.psnet.ahrq.gov/about.aspx Altman, L. K. (1995). Big doses of chemotherapy drug killed patient, hurt 2d. *The New York Times*, March 24. Retrieved from www.nytimes.com/1995/03/24/us/big-doses-of-chemotherapy-drugkilled-patient-hurt-2d.html?src=pm&pagewanted=2&pagewanted=all&pagewanted=print
- American Nurses Association. (2015a). Code of ethics for nurses with interpretive statements. Silver Spring, MD: Author.
- American Nurses Association. (2015b). Nursing administration: Scope and standards of practice (3rd ed.). Silver Spring, MD: Author.
- American Nurses Association. (2016). Nursing administration: Scope and standards of practice 2nd ed.). Silver Spring, MD: Author.
- Aspden, P., Corrigan, J. M., Wolcott, J., & Erickson, S. M. (Eds.). (2004). Patient safety: Achieving a new standard for care. Washington, DC: National Academies Press.
- Boxer, B. A., & Goldfarb, E. B. (2011). Creative solutions to enhance nursing quality. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Learning.
- Bureau of Labor Statistics. (2014). Occupational employment and wages news release. Retrieved from www.bls.gov/news.release/ocwage.htm
- Denham, C. R. (2007). TRUST: The 5 rights of the second victim. *Journal of Patient Safety*, 3(2), 107–119. Donabedian, A. (2003). An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press.
- Galt, K. A., Fuji, K. T., Gleason, J. M., & McQuillan, R. J. (2011). Why things go wrong. In K. A. Galt, & K. A. Paschal (Eds.), *Foundations in patient safety for health professionals*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Galt, K. A., Paschal, K. A., & Gleason, J. M. (2011). Key concepts in patient safety. In K. A. Galt, & K. A. Paschal (Eds.), *Foundations inpatient safety for health professionals*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Hughes, R. G. (Ed.). (2008). Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. AHRQ Publication No. 08-0043. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved from <http://archive.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nurseshdbk/nurseshdbk.pdf> Institute for Healthcare Improvement. (2014). Science of improvement: How to improve. Retrieved from www.ihl.org/resources/Pages/HowtoImprove/ScienceofImprovementHowtoImprove.aspx
- Institute for Healthcare Improvement. (2016a). About us: History. Retrieved from www.ihl.org/about/Pages/History.aspx Institute for Healthcare Improvement. (2016b). About us: Innovations. Retrieved from www.ihl.org/about/Pages/InnovationsContributions.aspx
- Institute of Healthcare Improvement. (2016c). Flow chart. www.ihl.org/resources/pages/tools/flowchart.aspx Chapter 7 Improving and Managing Safe and Quality Care 171 3021_Ch07_141-173 16/01/17 3:24 PM Page 171
- Institute of Healthcare Improvement. (2016d). Histogram. www.ihl.org/resources/Pages/Tools/Histogram.aspx Institute for Healthcare Improvement. (2016e). Overview of the 5 Million Lives Campaign. Retrieved from www.ihl.org/engage/initiatives/completed/5MillionLivesCampaign/Pages/default.aspx

- Institute of Healthcare Improvement. (2016f). Run chart tool. Retrieved from www.ihl.org/resources/pages/tools/runchart.aspx
- International Council of Nurses. (2012). Patient safety [position statement]. Retrieved from www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D05_Patient_Safety.pdf
- International Council of Nurses. (2014). Who we are. Retrieved from www.icn.ch/who-we-are/who-we-are
- James, J. T. (2013). A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *Journal of Patient Safety*, 9(3), 122–128.
- Johnson, J. (2012). Quality improvement. In: G. Sherwood & J. Barnsteiner (Eds.), *Quality and safety in nursing: A competency approach to improving outcomes*. West Sussex, United Kingdom: Wiley-Blackwell; pp. 113–132.
- Juran Global. (2016). Our legacy: Joseph Juran. Retrieved from www.juran.com/about-us/legacy
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: National Academies Press.
- Leisner, P. (1995). Surgeon says it was too late to stop amputation on wrong leg. *Associated Press*, September 14. Retrieved from www.apnewsarchive.com/1995/Surgeon-Says-It-Was-Too-Late-to-Stop-Amputation-on-Wrong-Leg/id-a9b3238f7dbca20e0edf82bba7da0ab5
- Lerner, B. H. (2006). A case that shook medicine. *Washington Post*, November 28. Retrieved from www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2006/11/24/AR2006112400985.html
- McFadden, K. L., Stock, G. N., & Gowen, C. R. (2014). Leadership, safety climate, and continuous quality improvement: Impact on process quality and patient safety. *Journal of Nursing Administration*, 44(10), S27–S37.
- Meyer, B. C., & Bishop, D. S. (2007). Florence Nightingale: Nineteenth century apostle of quality. *Journal of Management History*, 13(3), 240–254.
- Monk, J. (2002). How a hospital failed a boy who didn't have to die. *The State*, June 16, pp. A1, A8–9. Retrieved from themcrc.info/lewis.html
- Montalvo, I. (2007). The National Database of Nursing Quality Indicators® (NDNQI®). *The Online Journal of Issues in Nursing*, 12(3), Manuscript 2.
- Montalvo, I., & Dunton, N. (2007). *Transforming nursing data into quality care: Profiles of quality improvement in U.S. healthcare facilities*. Silver Spring, MD: American Nurses Association.
- National Quality Forum. (2016a). NQF's history. Retrieved from www.qualityforum.org/about_nqf/history/
- National Quality Forum. (2016b). Patient safety. Retrieved from www.qualityforum.org/Topics/Patient_Safety.aspx
- National Quality Forum. (2016c). What we do. Retrieved from www.qualityforum.org/what_we_do.aspx
- Newhouse, R., & Poe, S. (Eds.). (2005). *Measuring patient safety*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Niedowski, E. (2003). How medical errors took a little girl's life. *Baltimore Sun*, December 14. Retrieved from www.baltimoresun.com/bal-te.sorrel14dec14-story.html#page=2
- Nightingale, F. (1859). *Notes on hospitals*. London: Parker and Son.
- Nolan, T., Resar, R., Haraden, C., & Griffin, F. A. (2004). *Improving the reliability of health care [Innovation Series white paper]*. Retrieved from www.ihl.org/resources/pages/ihlwhitepapers/improvingthereliabilityofhealthcare.aspx
- Nurse charged with felony in fatal medical error. (2007). *Medical Ethics Advisor*, February 2. Retrieved from asq.org/qualitynews/qnt/execute/displaySetup?newsID=1056
- Ornstein, C. (2008). Quaid's recall twins' drug overdose. *Los Angeles Times*, January 15. Retrieved from www.latimes.com/local/la-me-quaid15jan15-story.html#page=1

- A. (Ed.). (2004). *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses*. Washington, DC: National Academies Press.
- Phillips, J., & Simmonds, L. (2013). Using fishbone analysis to investigate problems. *Nursing Times*, 109(15), 18–20.
 - Press Ganey. (2014). Press Ganey acquires national database of nursing quality indicators (NDQI). Retrieved from [www.pressganey.com/pressRoom/2014/06/10/press-ganey-acquires-nationaldatabase-of-nursing-quality-indicators-\(ndnqi-\)-172](http://www.pressganey.com/pressRoom/2014/06/10/press-ganey-acquires-nationaldatabase-of-nursing-quality-indicators-(ndnqi-)-172) PART II PROMOTION OF PATIENT SAFETY AND QUALITY CARE 3021_Ch07_141-173 16/01/17 3:24 PM Page 172
 - Quaid, D., Thao, J., & Denham, C. R. (2010). Story power: The secret weapon. *Journal of Patient Safety*, 6(1), 5–14.
 - Reason, J. T. (1990). *Human error*. New York: Cambridge University Press.
 - Reason, J. T. (2000). Human error: Models and management. *BMJ*, 321, 768–770.
 - Robert Wood Johnson Foundation. (2014, March 2014). Ten years after keeping patients safe: Have nurses' work environments been transformed? *Charting Nursing's Future*, 1. Retrieved from www.rwjf.org/en/library/research/2014/03/cnf-ten-years-after-keeping-patients-safe.html
 - Saver, A. (2006). Beyond expectations: Part 1. *Nursing Management*, 37(10), 36–42.
 - Shepard, L. H. (2011). Creating a foundation for a just culture workplace. *Nursing*, 41(8), 46–48.
 - Smetzer, J. (2012). Don't abandon the "second victims" of medical errors. *Nursing*, 42(2), 54–58.
 - Smith, J. L. (2009). Remembering Walter A. Shewhart's contribution to the quality world. *Quality Magazine*, March 2. Retrieved from www.qualitymag.com/articles/85973-remembering-walter-ashewhart-s-contribution-to-the-quality-world
 - Spear, S., & Bowen, H. K. (1999). Decoding the DNA of the Toyota Production System. *Harvard Business Review*, 77(5), 96–106.
 - Tague, N. R. (2005). *The quality toolbox* (2nd ed.). Milwaukee, WI: American Society for Quality.
 - The Joint Commission. (2012). *Improving patient and worker safety: Opportunities for synergy, collaboration, and innovation*. Oakbrook Terrace, IL:
 - The Joint Commission. Retrieved from www.jointcommission.org/assets/1/18/tjc-improvingpatientandworkersafety-monograph.pdf
 - The Joint Commission. (2015). *Facts about The Joint Commission*. Retrieved from www.jointcommission.org/facts_about_the_joint_commission
 - The Joint Commission. (2016a). *Sentinel event policy and procedures*. Retrieved from www.jointcommission.org/sentinel_event_policy_and_procedures
 - The Joint Commission. (2016b). *Facts about Speak Up*. Retrieved from www.jointcommission.org/facts_about_speak_up
 - The Joint Commission. (2016c). *Facts about the National Patient Safety Goals*. Retrieved from https://www.jointcommission.org/topics/patient_safety.aspx
 - The Joint Commission. (n.d.). *The universal protocol for preventing wrong site, wrong procedure, and wrong person surgery*. Retrieved from www.jointcommission.org/assets/1/18/UP_Poster1.PDF
 - Tsakos, A. L., Zheng, H., Croteau, R., Loeb, J. M., Sherman, H., Hoffman, C., ... Munier, B. (2014). Standardization in patient safety: The WHO high 5s project. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(2), 109–116.
 - U.S. Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration. (2011). *Quality improvement*. Retrieved from www.hrsa.gov/quality/toolbox/508pdfs/qualityimprovement.pdf

- U.S. Department of Health and Human Services Office of Inspector General. (2010). Adverse events in hospitals: National incidence among Medicare beneficiaries (OEI-06-09-00090). Washington, DC: Government Printing Office.
- W. Edwards Deming Institute. (2016). W. Edwards Deming was truly a remarkable man. Retrieved from <https://deming.org/theman/overview>
- Wachter, R. M. (2012). Understanding patient safety (2nd ed.). New York: McGraw-Hill Medical.
- World Health Organization. (2014a). 10 facts on patient safety. Retrieved from www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en
- World Health Organization. (2014b). The high 5s project interim report. Geneva: Author. Retrieved from www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/High5_InterimReport.pdf?ua=1
- World Health Organization. (2016). Patient safety: About us. Retrieved from www.who.int/patientsafety/about/en

თავი 6

ჯანდაცვის ორგანიზაცია

ამ თავში თქვენ შეისწავლით:

- ჯანდაცვის ორგანიზაციის ელემენტების ახსნას;
- მსჯელობას, თუ რა გავლენა აქვს ორგანიზაციულ სტრუქტურასა და კულტურას უსაფრთხოებაზე, მკურნალობის ხარისხსა და ექთნების კმაყოფილებაზე;
- მისიას, ხედვას და ფილოსოფიას შორის ურთიერთკავშირის ახსნას ორგანიზაციისა და საექთნო ერთეულის დონეზე;
- სტრატეგიული დაგეგმარების მიზნისა და საფეხურების აღწერას;
- ახსნას, თუ რა გავლენა აქვს რეგულაციებს და აკრედიტაციას საექთნო საქმიანობასა და ჯანდაცვის ორგანიზაციაზე;
- ისტორიულ ორგანიზაციული თეორიების განსაზღვრას და იმის ახსნას თუ როგორ გავლენას ახდენ ისინი თანამედროვე ორგანიზაციულ თეორიებზე;
- იმის ახსნას თუ როგორ შეუძლიათ ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს თანამედროვე ორგანიზაციული თეორიების გამოყენება უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობის უზრუნველსაყოფად.

ექთნები სხვადასხვა ტიპის ჯანდაცვის ორგანიზაციებში მუშაობენ და სხვადასხვა ფუნქციებს ასრულებენ. ყველა დონეზე მომუშავე ექთანს უნდა ჰქონდეს იმის აღქმა თუ როგორ უნდა იმუშაოს ჯანდაცვის სისტემამ ეფექტიანად და როგორ უნდა უზრუნველყოს უსაფრთხო და ხარისხიანი საექთნო მოვლა.

ჯანდაცვის სისტემის ნიუანსების ცოდნა ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს საშუალებას აძლევს უკეთესად ორიენტირდნენ ორგანიზაციაში, შეიცნონ ამ ორგანიზაციების კომპლექსურობა, აღიქვან ცვლილებისა და ინოვაციის საჭიროება და შემდეგ უკვე მონიტორინგი გაუწიონ ექთნების საქმიანობას სტრუქტურაში. იმის ცოდნა თუ როგორ მუშაობს სხვადასხვა სისტემა, ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს მისცემს შესაძლებლობას უზრუნველყონ რეგულაციებთან შესაბამისობა, სტრატეგიულ გეგმაში გაითვალისწინონ შესაძლებლობები თუ მოსალოდნელი საშიშროებები, ეფექტიანად მართონ პერსონალი და განყოფილება.

ამ თავში, საუბარია ჯანდაცვის ორგანიზაციის საბაზისო ელემენტებზე და უწყვეტი მკურნალობის პროცესში მათ როლზე. ასევე განხილულია, ორგანიზაციული სტრუქტურები და თეორიები, რაც არსებულ გარემოში სამოქმედო ჩარჩოს განსაზღვრავს.

ცოდნის, უნარ-ჩვევების და დამოკიდებულებების კავშირი ისეთ კომპეტენციებთან, როგორცაა პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობა და ხარისხის გაუმჯობესება ასევე განხილული ამ თავში.

ჯანდაცვის ორგანიზაციის საბაზისო ელემენტები

დღევანდელ საზოგადოებაში არსებობს სხვადასხვა ტიპისა და სხვადასხვა დონის მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულებების საჭიროება. ჯანდაცვის სხვადასხვა ორგანიზაციების მიერ პაციენტისთვის მიწოდებული მკურნალობის და სერვისების მრავალფეროვნება მკურნალობის უწყვეტობის წინაპირობას წარმოადგენს. მკურნალობის უწყვეტობა განისაზღვრება, როგორც „კონცეფცია რომელიც მოიცავს სისტემას და შეეხება ამ სისტემაში პაციენტის მართვას და თვალის მიდევნებას, მათთვის სხვადასხვა დონისა და ინტენსიურობის მკურნალო-

ბის მიწოდებას სრულყოფილად ჩამოყალიბებული სერვისების სახით.“ (Young, Clark, Kansky & Pupo, 2014, para 1).

მკურნალობის უწყვეტობა უზრუნველყოფს ჯანდაცვის სერვისის ადეკვატურ მიწოდებას მთელი პროცესის განმავლობაში და წარმოადგენს უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან შემადგენელ კომპონენტს.

ყველა დონეზე მომუშავე ექთნები უნდა იცნობდნენ მკურნალობის უწყვეტობის პრინციპებს და ჯანდაცვის სხვა საბაზისო ელემენტებს, რათა მოახდინონ ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, ზიანის შემცირება, დაავადების პრევენციისა და დაავადების მართვის ელემენტების საექთნო საქმიანობაში ინტეგრაცია (American Association of Colleges of Nursing – AACN), 2008). ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს უნდა ჰქონდეთ ჯანდაცვის სხვა სპეციალისტებთან და ორგანიზაციის სხვა სტრუქტურულ ერთეულებთან პაციენტთა მკურნალობის პროცესის კოორდინირებისთვის აუცილებელი ცოდნა და უნარ-ჩვევები. მათ ისიც უნდა ესმოდეთ, რომ ჯანდაცვის ორგანიზაციების ტიპებისა და სერვისების დონეების ცოდნა წარმოადგენს მკურნალობის უწყვეტობისათვის აუცილებელ პირველ ნაბიჯს.

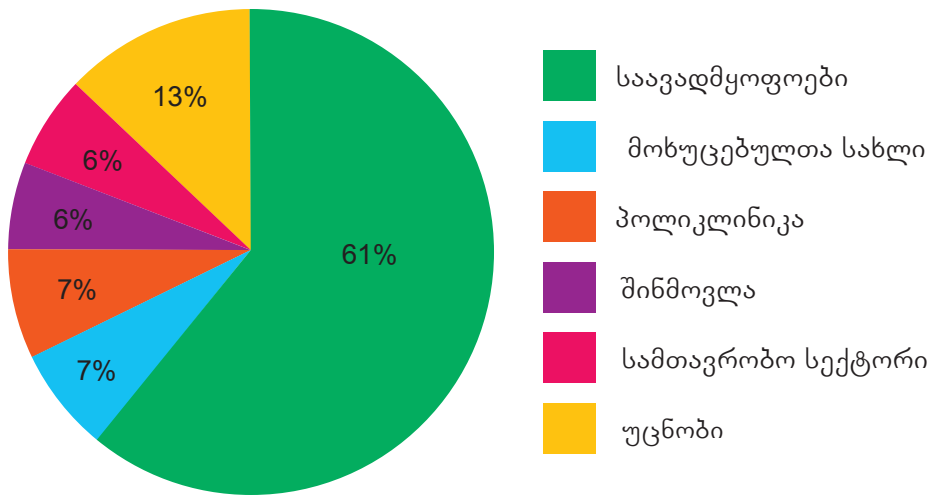
მოგებაზე ორიენტირებული vs მოგებაზე არა-ორიენტირებული ორგანიზაციები

ჯანდაცვის ზოგიერთი ორგანიზაცია არის მოგებაზე ორიენტირებული, რაც ნიშნავს რომ მისი ფლობელები არიან აქციონერები, სხვა ტიპის ბიზნეს ინტერესის მქონე ჯგუფის წევრები ან კორპორატიული მფლობელები. გამომუშავებული თანხების რეინვესტირება ხდება ორგანიზაციის შიგნით მისი უწყვეტი ფუნქციონირების (მაგ., ინვესტიცია ისეთ მიმართულებებში როგორცაა სერვისის შენარჩუნება, გაფართოება, აპარატურის და სხვა საშუალებების შეძენა) და ახალი სერვისების/ინოვაციების განვითარების მიზნით. მოგებაზე ორიენტირებულ ორგანიზაციას მუდმივად უნდა ჰქონდეს განსაზღვრული სარეზერვო სახსრები კორპორატიული მფლობელებისთვის ან აქციონერებისთვის თანხების გადასახდელად. აქედან გამომდინარე გარკვეული საჭიროებებისთვის სახსრების მოძიება შესაძლოა ყოველთვის ვერც მოხერხდეს და ამან გარკვეული გავლენა იქონიოს ექთნების საქმიანობასა და პაციენტების მკურნალობაზე. მოგებაზე არა-ორიენტირებულ ორგანიზაციებს არ ჰყავთ აქციონერები ან სხვა ბიზნეს ინტერესების მქონე მფლობელები, ამიტომაც ამ ორგანიზაციებში, მისი ეფექტიანი ფუნქციონირებისთვის საჭირო სახსრების მოძიება უფრო მარტივია. ეს ორგანიზაციები შესაძლოა თანხებს ღებულობდნენ საზოგადოებრივი და/ან სამთავრობო ფონდებიდან, გრანტებიდან, პირადი შეწირულობებით ან რამდენიმე წყაროდან ერთდროულად. მოგებაზე არა-ორიენტირებული ორგანიზაციები, როგორც წესი, ემსახურება არაგადაამხდელი პაციენტების დიდ რაოდენობას. ამის შედეგად ხარჯის ნაწილმა შესაძლოა შემოდინებულ თანხებს გადააჭარბოს. მოგებაზე არა-ორიენტირებულ ორგანიზაციას შესაძლოა დასჭირდეს სერვისების შეჩერება ან რაიმე სხვა ცვლილებების განხორციელება ფულადი სახსრების პოზიტიური დინების უზრუნველსაყოფად.

ჯანდაცვის ორგანიზაციების ტიპები

საავადმყოფოები წარმოადგენს ჯანდაცვის ორგანიზაციების მნიშვნელოვან ნაწილს და ექთნების უდიდესი ნაწილი სწორედ საავადმყოფოებშია დასაქმებული (Bureau of Labor Statistics, 2015). ჯანდაცვის ორგანიზაციების სხვა ტიპებია: გახანგრძლივებული მოვლის დაწესებულებები, სიცოცხლის მხარდამჭერი დაწესებულებები, ამბულატორიული ცენტრები, ფსიქიატრიული მოვლის ცენტრები, შინმოვლის ცენტრი და რეაბილიტაციის ცენტრები. სურათზე 6-1 ნაჩვენებია ჯანდაცვის იმ ორგანიზაციების ჩამონათვალი სადაც ექთნები მუშაობენ.

სურათი 6-1: ორგანიზაციები სადაც მუშაობენ ექთნები (ადაპტირებული Bureau of Labor Statistics U.S. Department of labor, 2015)



სერვისის დონეები

ხშირად ჯანდაცვის ორგანიზაციები იყოფა კატეგორიებად მათ მიერ მიწოდებული მკურნალობის დონისა და კომპლექსურობის მიხედვით. განარჩევენ შემდეგი ტიპის ორგანიზაციებს: პირველადი, მეორეული და მესამეული. პირველადი ჯანდაცვა ეს არის დაცვის პირველი ხაზი და ორიენტირებულია ჯანმრთელობის შენარჩუნებასა და დაავადების პრევენციაზე. პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციები ასევე ორიენტირებულია ჯანმრთელობის მიმართულებით საგანმანათლებლო საქმიანობასა და ჯანმრთელობის სკრინინგზე. პირველადი ჯანდაცვის მაგალითებია ექიმი-სპეციალისტების ოფისები, იმუნიზაციის ცენტრები და ჯანმრთელობის ცენტრები.

მეორადი ჯანდაცვა მოიცავს გადაუდებელ და მწვავე მკურნალობის მიმწოდებელ ორგანიზაციებს. ეს ორგანიზაციები ორიენტირებულია დაიგნოსტირებაზე, მკურნალობასა და დაავადებით გამოწვეული ინვალიდობის შემცირებაზე. მეორეული ჯანდაცვის მაგალითებია საავადმყოფოები, გადაუდებელი დახმარების ცენტრები და სამშობიაროები. მესამეული ჯანდაცვის ცენტრები მოიცავს ჯანმრთელობის აღდგენის და რეაბილიტაციის ცენტრებს. ამ ცენტრებში, აქცენტი გაკეთებულია არსებული ჯანმრთელობის მდგომარეობის შენარჩუნებასა და გაუმჯობესებაზე (თუკი ეს საჭიროა). მესამეული ჯანდაცვის მაგალითებია რეაბილიტაციის ცენტრები, ხანგრძლივი მოვლის ცენტრები და ჰოსპისები.

ორგანიზაციული სტრუქტურა, კულტურა და სტრატეგიული დეგვემარება

ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა უნდა გააცნობიერონ ჯანდაცვის ორგანიზაციის სტრუქტურა და კულტურა, რათა უზრუნველყოფილი იქნას უსაფრთხო და ჯანმრთელი სამუშაო გარემო.

ორგანიზაციული სტრუქტურა

ორგანიზაციული სტრუქტურა განსაზღვრავს ვინ რაზე არის პასუხისმგებელი და ანგარიშვალდებული ორგანიზაციაში და შესაბამისად აზუსტებს სამუშაო ურთიერთობებსაც. ჯანდაცვის ორგანიზაციებს ჯერ კიდევ საკმაოდ ტრადიციული სტრუქტურა აქვთ, რაც გამოიხატება იერარქიასა და მართვის კლასიკური ჯაჭვის არსებობაში, ერთიანი ბრძანებების გაცემისა და მასიური კონტროლის პრინციპებში (Rundio & Wilson, 2013). ბრძანებების ჯაჭვი მიუთითებს ზემოდან ქვემოთ მიმართული უფლებამოსილების ოფიციალური ხაზის არსებობაზე ორგანიზაციაში. ყოველი ერთეული დაკავშირებულია სხვასთან და მათ შორის ანგარიშგებითი დამოკიდებულება იერარქიულია (მაგ., განყოფილების უფროსი ახსენებს ზემდგომ უფროსს). ერთიანი ბრძანების სისტემა განსაზღვრავს თითოეული თანამშრომლის ანგარიშვალდებულებას მხოლოდ ერთი მენეჯერის მიმართ, კარგად განსაზღვრული მოლოდინებითა და ვალდებულებებით (Rundio &

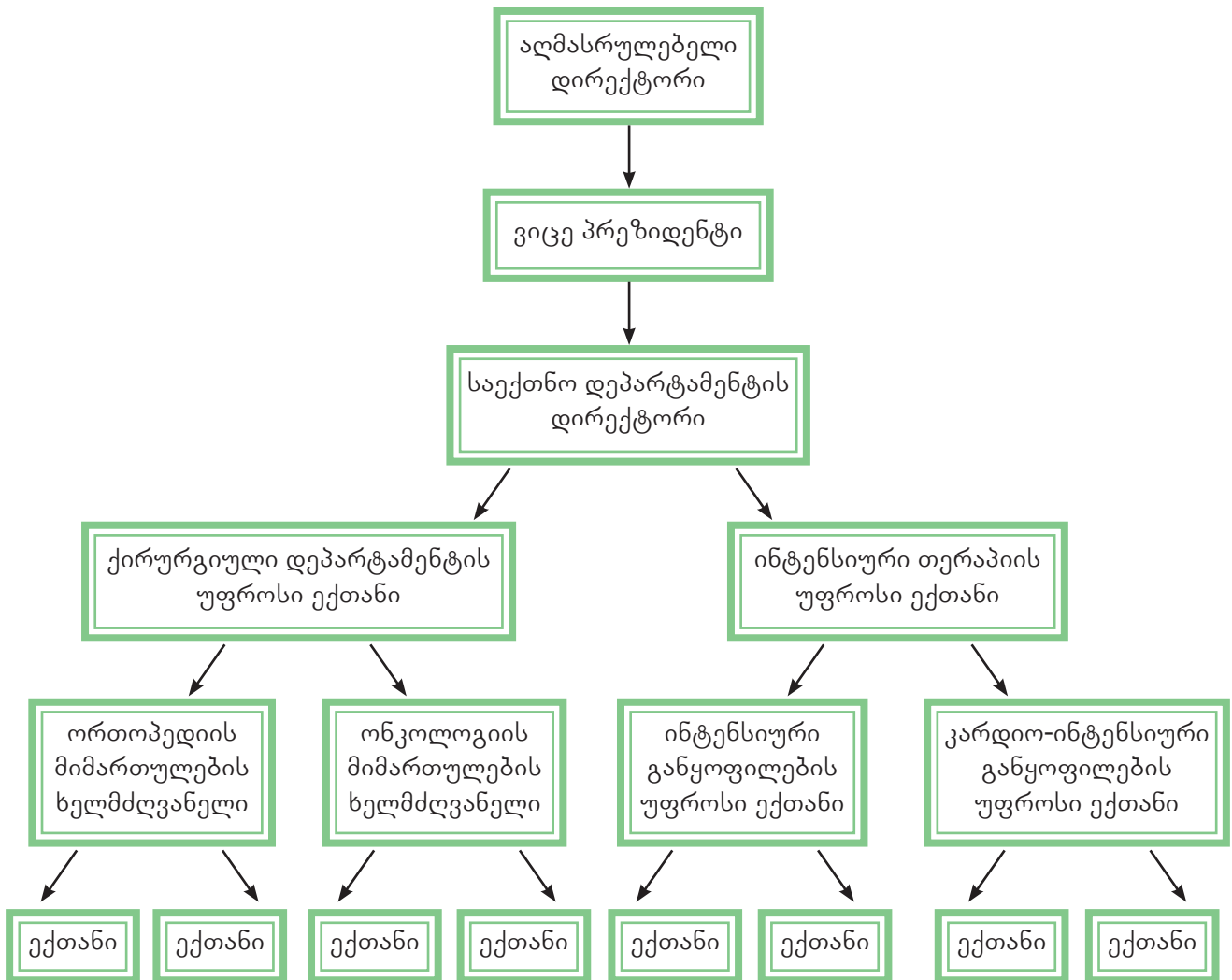
Wilson, 2013, p. 15). მასიური კონტროლი საზღვრავს მენეჯერის პასუხისმგებლობის ფარგლებს და იმ თანამშრომლების რაოდენობას ვინც მასთან უნდა იყოს ანგარიშვალდებული. მიზანი არის ორგანიზაციაში მუშაობის იმ პრინციპების დანერგვა, რომლითაც მოხდება პასუხისმგებლობებისა და მოვალეობების ისე განაწილება, რომ არ მოხდეს ინდივიდებისა და განყოფილებების გადატვირთვა. ორგანიზაციული სქემები ვიზუალურად წარმოადგენს ამ პრინციპებს, აჩვენებს თითოეული ერთეულის კავშირებს იერარქიაში. ორგანიზაციული სქემების მიზანი არის ასახოს ორგანიზაციის ერთეულებსა და ერთეულებში ფორმალური კავშირები.

ორგანიზაციული სტრუქტურები შეიძლება იყოს ცენტრალიზებული ან დეცენტრალიზებული. ცენტრალიზებულ სტრუქტურას უწოდებენ გრძელ (ანუ იერარქიულ) სტრუქტურას, სადაც გადაწყვეტილებების მიღებაზე ავტორიზებული არის მხოლოდ მმართველ დონეზე მყოფი ადამიანთა მცირე ჯგუფი. როგორც წესი, აღმასრულებელი დირექტორი და ადმინისტრატორი. მათ აქვთ უფლება მიიღონ ან გაათავისუფლონ თანამშრომლები, მიიღონ ფინანსური გადაწყვეტილებები და განახორციელონ ცვლილებები.

მართვის დონის მიხედვით, გარკვეული უფლებამოსილება შეიძლება იქნეს გადაცემული თანამშრომლებისთვის. ცენტრალიზებულ სტრუქტურებში ნაკლებია ინოვაციები და შემოქმედებითი მიდგომები. პრობლემებთან გამკლავებას, როგორც წესი, ცდილობს ლიდერთა და მენეჯერთა მცირე გუნდი; ასეთი სისტემები ზოგჯერ იწვევს გადაწყვეტილებების მიღების პროცესის შეფერხებებს. კომუნიკაცია მიემართება ზემოდან ქვემოთ და მოქცეულია მკაცრი კონტროლის ქვეშ.

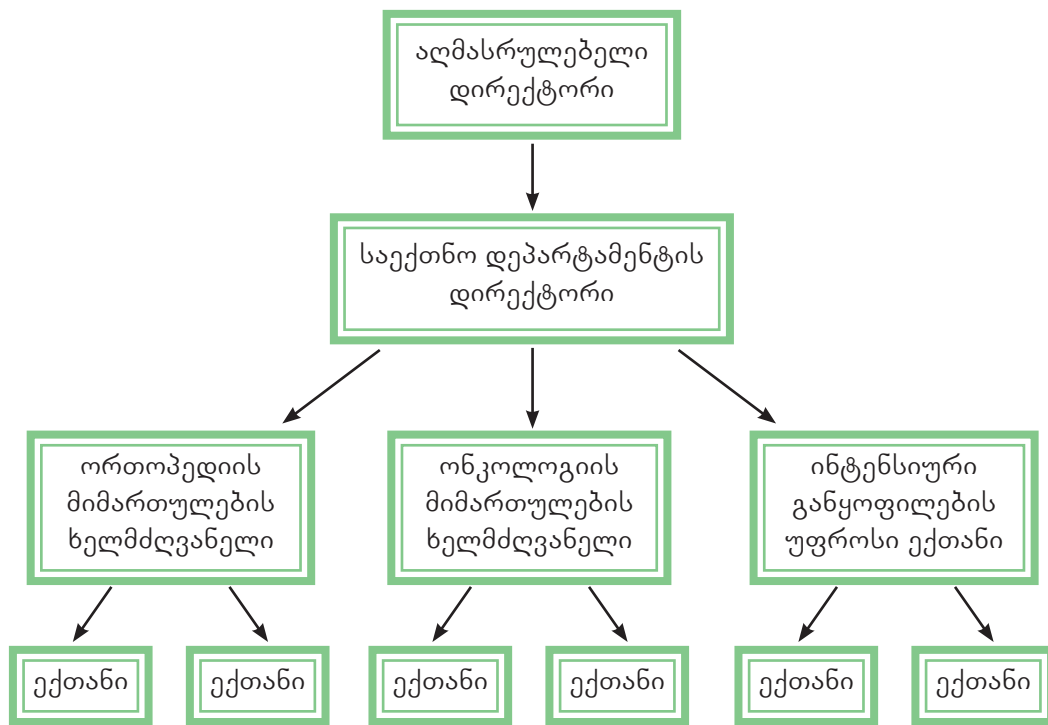
ექთნები შეიძლება მონაწილეობდნენ ან არ მონაწილეობდნენ გადაწყვეტილებების მიღებაში. ასეთ სტრუქტურებში ლიდერი და მენეჯერი ექთნების პასუხისმგებლობები განსხვავებულია ორგანიზაციაში მათი დაკავებული პოზიციების შესაბამისად. სურათზე 6-2 ნაჩვენებია ცენტრალიზებული ორგანიზაციული სტრუქტურა.

სურათი 6-2 ცენტრალიზებული ორგანიზაციული სტრუქტურა



დეცენტრალიზებული სტრუქტურაში, რომელსაც ხშირად უწოდებენ ბრტყელს, გადანყვეტილების მიღებასთან დაკავშირებული უფლებამოსილება და ძალა განაწილებულია ინდივიდებს შორის მთელი ორგანიზაციის მასშტაბით. ასეთ გარემოში, პრობლემების გადაჭრა იმავე დონეზე ხდება ხოლმე სადაც წარმოიშვება. ჩვეულებრივ, პერსონალის პასუხისმგებლობა ამათივე სამუშაო კომპეტენციის ფარგლებში გადანყვეტილებების მიღება. კომუნიკაცია მიმართულია ქვემოდან ზემოთ და ერთეულებს შორის. ექთნები მონაწილეობენ გადანყვეტილებების მიღებაში და ამ გზით გავლენას ახდენენ პაციენტის მკურნალობასა და თვითონ საექტონო საქმიანობაზე. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები ხელს უწყობენ გაზიარებული მმართველობის, გუნდური მუშაობის და თანამშრომლობის პრინციპების დანერგვას. ზოგადად კი დეცენტრალიზებული სტრუქტურა ავტონომიურობას უწყობს ხელს ორგანიზაციის ყველა დონეზე. სურათი 6-3 აჩვენებს დეცენტრალიზებული ორგანიზაციის სტრუქტურას.

სურათი 6-3: დეცენტრალიზებული (ანუ ბრტყელი) ორგანიზაციული სტრუქტურა



ორგანიზაციული კულტურა

ორგანიზაციული კულტურა ეს არის არაფორმალური, ცნობადი-ჯგუფური ფილოსოფია ან მსოფმხედველობა, რომელიც წარმართავს ორგანიზაციის წევრების ქცევას. იგი ყალიბდება ორგანიზაციის მისიის, ხედვისა და ფილოსოფიის შესაბამისად და ასახავს ორგანიზაციის ღირებულებებსა და შეხედულებებს.

ორგანიზაციის მისია აღწერს ორგანიზაციის საერთო მიზანს. ორიენტირებულია რა მომავალზე, მისია მომავალში ორგანიზაციის მუშაობის წამმართველი უნდა იყოს. ხედვა ეს არის ორგანიზაციის ის მომავალი, რის შექმნასაც ის გეგმავს (Roussel, 2013, p. 343). მისია და ხედვა ხშირად ყალიბდება ხელმძღვანელობის მიერ. თუმცა, მთლიანად პერსონალიც უნდა იყოს ჩართული მის შემუშავებაში, რაც გაზრდის მათი საკუთარი თავისადმი რწმენასა და ორგანიზაციისადმი ერთგულებას (Roussel, 2013; Rundio & Wilson, 2013). ფილოსოფია ეს არის რწმენა, ღირებულება, კონცეფცია და პრინციპები რაც ასახავს ორგანიზაციის იდეებს, რწმენასა და დამოკიდებულებებს. ორგანიზაციის ფილოსოფია ედება საფუძვლად ორგანიზაციის მისიასა და ხედვას (Tuck, Harris & Baliko, 2000).

ლიდერი და მენეჯერი ექთნების მთავარი ფუნქციაა ორგანიზაციის ძირითადი ღირებულებების მოდელირება და ორგანიზაციის მისიის, ხედვის და ფილოსოფიის ასახვა მათ დაქვემდებარებაში მყოფი ერთეულების აქტივობებში. საექტონო საქმიანობის მისია, ხედვა და ფილოსოფია

ორგანიზაციის შესაბამისი ღირებულებებიდან აღმოცენდება. იგი ხაზს უსვამდეს ექთნების როლს, საექთნო საქმიანობის ღირებულებას, საექთნო საქმიანობის რაობას და საქმიანობის მიზანს იმ პოპულაციის გათვალისწინებით ვისაც უნდა გაუწიონ დახმარება (Roussel, 2013). ამასთან, ორგანიზაციაში მომუშავე პერსონალი, სამედიცინო სფეროს სხვა წარმომადგენლები, პაციენტები და მათი ოჯახის წევრები და მთლიანად საზოგადოება უნდა იცნობდნენ და აღიქვამდნენ სწორად საექთნო საქმიანობის მისიას, ხედვასა და ფილოსოფიას (Roussel, 2013).

სტრატეგიული დაგეგმარება

სტრატეგიული დაგეგმარება არის ორგანიზაციის მომავლის დაგეგმვა. იგი ორგანიზაციის მიზნებიდან გამომდინარეობს და წარმოადგენს მის გზამკვლევს მომავალი საქმიანობისთვის (Roussel, 2013; Schaffner 2009).

სტრატეგიული დაგეგმარება ისაზღვრება როგორც „მოცემულ ეტაპზე უწყვეტი, რისკის შემცველი გადაწყვეტილებების მიღების სისტემური პროცესი მომავალში ამ გადაწყვეტილებების შესაძლო მაქსიმალური ეფექტის განსაზღვრით;

ამ გადაწყვეტილებების სისრულეში მოყვანისთვის აუცილებელია ორგანიზებული ძალისხმევა და მათი შედეგების მოსალოდნელ შედეგებთან მიმართებით შეფასება; ეფექტიანი უკუკავშირების მექანიზმის ჩამოყალიბება (Drucker, 1974, p. 125).

ლიდერი და მენეჯერი ექთნები მონაწილეობას იღებენ სტრატეგიულ დაგეგმარებაში, როგორც განყოფილების, ასევე ორგანიზაციულ დონეზე. სტრატეგიული დაგეგმარება განაპირობებს ორგანიზაციის მომავალ წარმატებას და იწყება მისი მისიის, ხედვის და ფილოსოფიის ჩამოყალიბება/გადახედვით (Conway-Morana, 2009). ცხრილში 6-1 წარმოდგენილია სტრატეგიული დაგეგმარების პროცესის ეტაპები.

ცხრილი 6-1 სტრატეგიული დაგეგმარების პროცესი

1. ნათლად განსაზღვრეთ ორგანიზაციის მიზანი
2. შეიმუშავეთ რეალისტური მიზნები და ამოცანები ორგანიზაციის ხედვიდან და მისიიდან გამომდინარე
3. განსაზღვრეთ ორგანიზაციასთან მიმართებით გარკვეული ინტერესის მქონე ყველი პირი (ერთეული) და დაადგინეთ მათი მხრიდან ორგანიზაციული მიზნებისა და პროცესების შეფასების სპეციფიკა
4. ნათლად მოახდინეთ მიზნებისა და ამოცანების კომუნიკაცია ყველა დაინტერესებულ პირთან (ერთეულთან)
5. განავითარეთ პასუხისმგებლობის შეგრძნება გეგმასთან მიმართებით
6. დასახეთ სტრატეგიები გეგმის მისაღწევად
7. უზრუნველყავით რესურსების ეფექტიანად გამოყენება
8. გამოიყენეთ პროგრესის გაზომვისა და შედეგების პრინციპი
9. უზრუნველყავით ცვლილებებზე ინფორმირებულობა, საჭიროების დროს
10. მიაღწიეთ კონსენსუსს ორგანიზაციის განვითარების მიმართულებისა და გზების შესახებ

სტრატეგიული დაგეგმარების პირველადი მიზანია მაქსიმალურად გაუმჯობესდეს ორგანიზაციის საქმიანობა. დაგეგმარების პროცესში გამოყენებული ერთ-ერთი სტრატეგიაა ორგანიზაციის ძლიერი და სუსტი მხარეების, შესაძლებლობებისა და საშიშროებების განსაზღვრა და ეს სტრატეგია ცნობილია SWOT ანალიზის სახელით. SWOT ანალიზი შეიძლება დაეხმაროს ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს პაციენტების მოვლის გაუმჯობესებაში განყოფილების/პერსონალის ძლიერი მხარეების, გასაუმჯობესებელი მიმართულებებისა და დადებითი ცვლილებებისთვის შესაძლებლობების წარმოჩინებაში (Roussel, 2013). ამ ანალიზის პირველი ეტაპი მოიცავს მონაცემების შეგროვებას პერსონალის, განყოფილების და პაციენტების მახასიათებლებზე. შემდეგი

ეტაპია შეგროვებული მონაცემების ანალიზი და მათი დაყოფა ოთხ კატეგორიად: ძლიერი და სუსტი მხარეები, შესაძლებლობები და საშიშროებები. ორგანიზაციის/განყოფილების ძლიერი მხარეები და შესაძლებლობები განიხილება როგორც დადებითი და დამხმარე ფაქტორები, ხოლო სუსტი მხარეები და საშიშროებები როგორც ნეგატიური და ზიანის მომტანი. ამასთან, ძლიერი და სუსტი მხარეები ეს ორგანიზაციის შიდა მახასიათებლებია, ხოლო შესაძლებლობები და საშიშროებები უკავშირდება გარე ფაქტორებს. ცხრილ 6-2-ში გამოსახულია SWOT ანალიზის ყველაზე ხშირად გამოყენებადი მატრიცა.

ცხრილი 6-2 SWOT ანალიზი

	პოზიტიური ან დამხმარე	ნეგატიური ან საზიანო
შიდა წარმოშობის	<p>ძლიერი მხარე</p> <p>ორგანიზაციის (ერთეულის) შიდა მახასიათებლები დამხმარე მიზნის მიღწევაში</p> <ul style="list-style-type: none"> • გამორჩეულად კარგი ქმედებების განმსაზღვრელი • მაგალითები: პერსონალის კვალიფიკაცია; პაციენტის კმაყოფილება; პერსონალის კმაყოფილება; 	<p>სუსტი მხარე</p> <p>ორგანიზაციის (ერთეულის) შიდა მახასიათებლები, რომელიც ხელს უშლის ორგანიზაციას მიაღწიოს მიზანს</p> <ul style="list-style-type: none"> • ინვესტორების ზრდას, ამცირებს პაციენტის კმაყოფილებას ან ამცირებს ხარისხს • მაგალითები: სარგებელის მაღალი ღირებულება; პერსონალის დეფიციტი; ფრაგმენტული მკურნალობა;
გარე წარმოშობის	<p>შესაძლებლობები</p> <ul style="list-style-type: none"> • გარე ფაქტორები, რომელიც ეხმარება ორგანიზაციას (ერთეულს) მიზნის მიღწევაში • მაგალითები: ახალი პროგრამები და სერვისები; ახალი ტექნოლოგიები; გაზრდილი დაფინანსება; 	<p>საშიშროებები</p> <ul style="list-style-type: none"> • გარე ფაქტორები, რომელიც საფრთხეს უქმნის ორგანიზაციას (ერთეულს) მიზნის მიღწევის გზაზე • მაგალითები: ექთნების დეფიციტი; ეკონომიკური არასტაბილობა; ანაზღაურების შემცირება; გამკაცრებული რეგულაციები;

ლიდერი და მენეჯერი ექთნები მართავენ სტრატეგიულ დაგეგმარებას. იყენებენ რა SWOT ანალიზს, მათ დაქვემდებარებულ ერთეულს აძლევენ სტრატეგიულ მიმართულებებს (American Organization of Nurse Executives – AONE, 2011). ჩვეულებრივ, ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს გარკვეული წვლილი შეაქვთ ორგანიზაციის სტრატეგიულ დაგეგმარებაშიც. ორგანიზაციის მაღალ დონეზე მათ მიმართ გარკვეული მოლოდინები არსებობს. ეს მოლოდინები ეყრდნობა რწმენას, რომ მათ შესწევთ უნარი წარმართონ ორგანიზაციის მისიის, ხედვის, ფილოსოფიისა და სტრატეგიული გეგმის შემუშავების პროცესი (American Nurses Association – ANA, 2016). ლიდერი და მენეჯერი ექთნები პასუხისმგებელი არიან სტრატეგიული გეგმის კომუნიკაციაზე, დანერგვასა და შეფასებაზე. თანამშრომლებს ასევე უნდა ჰქონდეთ, ორგანიზაციის ხედვის შესაბამისი მკურნალობის მოდელის შემუშავებასა და ჩამოყალიბების პროცესში მონაწილეობისთვის აუცილებელი უნარ-ჩვევები (ANA, 2016). ლიდერი და მენეჯერი ექთნები სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი როლია ორგანიზაციის მიზნებთან საექთნო სტრატეგიული მიზნების დასაახლოებლად.

სასწავლო აქტივობა

ჩაატარეთ SWOT ანალიზი

იფიქრეთ თქვენი ცხოვრების რაიმე ასპექტზე, რომელიც გინდათ რომ შეცვალოთ (მაგ., სავარჯიშო პროგრამის დაწყება). გამოიყენეთ SWOT ანალიზის მატრიცა და აღნიშნულ ცვლილებასთან მიმართებით, განსაზღვრეთ ძლიერი, სუსტი მხარეები, შესაძლებლობები და საშიშროებები.

ამჟამინდელი ჯანდაცვის სტატუსსა და ხარჯების შეკავების ტენდენციებზე, ოპერაციულ ეფექტიანობასა და უსაფრთხოების და ხარისხის კუთხით მოთხოვნებზე დაყრდნობით, ზოგიერთს მიაჩნია რომ სტრატეგიული დაგეგმარების პროცესი ტრადიციული ბიზნეს მიდგომებიდან უნდა გადაიხაროს უფრო ფუტურისტული მიდგომებისაკენ. თუმცა აღნიშნული მიდგომის დანერგვა შეფერხებულია. რეალობად რჩება კვლავ ის, რომ ჯანდაცვაში დაინტერესებული ბევრი პირი ისევ მოძველებულ აზროვნებას მიყვება და უფრო დაავადებულთა მკურნალობისთვის ჯილდოს გაცემაზე არის ორიენტირებული, ვიდრე ჯანმრთელობის ხელშეწყობასა და დაავადებების პრევენციაზე (Luzinski, 2014). თუმცა ბოლო წლებში სხვა ინდუსტრიებში უკვე გამოჩნდა ახალი სტრატეგიული ხედვები. ეს ნიშნავს დაინახო მომავლის შესაძლებლობები და დასახო მათი მიღწევისა და გამოყენების სტრატეგიები. ლიდერებმა მათი ყურადღება ანმეოსთან ერთად უნდა მიაპყრონ მომავალს, 10 წლის შედგომი რეალობის ხედვას (Luzinski, 2014).

მომავალზე ფიქრი და მომავლის ხედვა განიხილება როგორც ჯანდაცვის დინამიკურ გარემოში წარმატების განმაპირობებელი ფაქტორი (Freed & McLaughlin, 2011; Luzinski, 2014). მომავალზე ფიქრი ნიშნავს დაგეგმარებას, შესაძლებლობების დანახვას და სასურველი მომავლის შექმნას. ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა უნდა შეიცნონ საკუთარი გონებრივი შესაძლებლობები და დაინყონ მომავალზე ფიქრი. ოთხ ქმედებას, რომელიც განაპირობებს „ისეთი კულტურის ჩამოყალიბებას, სადაც მომავლის შეფასება და გამოყენება მოხდება“, წარმოადგენს: თანამშრომლობა, ასახვა, წარმოდგენა და სტრატეგიის დასახვა (Emelo, 2011, p. 8). თანამშრომლობა საჭიროა, რადგან შორსმჭვრეტელობა ორგანიზაციაში მომუშავე ადამიანების ინტერაქტიული ხედვიდან წამოიშვება. სხვადასხვა მოლოდინების ადამიანებთან თანამშრომლობა ეხმარება ლიდერებს უკეთ შეიცნონ წარსული, შეაფასონ ამჟამინდელი სიტუაცია და ტენდენციები და გააზრებულად განიხილონ მომავალი შესაძლებლობები. შორსმჭვრეტა მოიცავს წარსულსაც და მოითხოვს ლიდერებისგან რეაგირება მოახდინონ წარსულ ქმედებებზე მომავალი საქმიანობისთვის მიმართულების მიცემის მიზნით. წარსულზე რეაგირება ყველა მხარეს მისცემს მომავლის ხედვის შესაძლებლობას. დადგინდება რა მომავლის შესაძლებლობები, ლიდერებმა უნდა იზრუნონ ამ შეძლებლობების რეალიზაციაზე (Emelo, 2011).

ექთნები მუდმივ მზადყოფნაში უნდა იყვნენ მომავალ გამოწვევებთან მიმართებით და ამის უნარის გამომუშავება უნდა მოხდეს სტრუქტურების სწავლების ეტაპზე. მომავალზე ფიქრი დაეხმარება როგორც ექთნებს, ასევე ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს „მომავალზე ორიენტირებული გადაწყვეტილებების მიღებაში, გაზრდის მომავალში მათ შემეცნებასა და მგრძობელობას მრავალმხრივი ზეგავლენებისა და ურთიერთქმედებებისადმი და მისცემს მათ სასურველი მომავლის ფორმირებისა და შექმნის საშუალებას (როგორც საკუთარი, ასევე პროფესიული და მთლიანად ჯანდაცვის მომავლის)“ (Freed & McLaughlin, 2011, p. 177).

რეგულაციები და აკრედიტაცია

ყველა დონეზე მომუშავე ექთნებს უნდა ჰქონდეთ ჯანდაცვის სისტემის კომპლექსურობისა და ამ სისტემაზე პოლისების, რეგულაციების და აკრედიტაციის ზეგავლენის აღქმა (AACN, 2008). ლიდერი და მენეჯერი ექთნების პასუხისმგებლობაა მოახდინონ პერსონალის ინფორმირება საკანონმდებლო და რეგულაციურ საკითხებთან დაკავშირებით და ახსნან საექთნო საქმიანობასა და მთლიანად ორგანიზაციაზე მათი ზეგავლენა.

რეგულაციები

ჯანდაცვა მაღალ რეგულირებადი ინდუსტრიაა. ჯანდაცვის რეგულაციური პოლისები პირდაპირ და ირიბად მოქმედებს საექთნო პრაქტიკაზე და ზოგადად ჯანდაცვის სისტემის ბუნებასა და ფუნქციონირებაზე (AACN, 2008). რეგულაციების შემუშავება და დანერგვა ხდება როგორც ლოკალურ, ისე ეროვნულ დონეზე და შეიძლება იყოს ძალიან კომპლექსური და ძნელად გასაგები პროცესი (Mensik, 2014). რეგულაციებმა და პოლისებმა შესაძლოა გავლენა მოახდინოს პაციენტის მკურნალობაზე, სამუშაო გარემოზე, რესურსების ხელმისაწვდომობასა და ფინანსებზე. ლიდერი და მენეჯერი ექთნებისთვის კანონმდებლობა და რეგულაციები მუდმივად უნდა იყოს აქტუალური თემა (AONE, 2011).

აკრედიტაცია

ექთნებს უნდა ჰქონდეთ არა მარტო კანონმდებლობისა და რეგულაციების ბაზისური ცოდნა, არამედ აკრედიტაციისაც. აკრედიტაცია ადგენს შეესაბამება თუ არა ორგანიზაცია ხარისხის ნაციონალურ სტანდარტებს. როდესაც ჯანდაცვის ორგანიზაცია აკრედიტირებულია, ეს ნიშნავს, რომ სააკრედიტაციო სააგენტომ დაადასტურა ორგანიზაციის მიმდინარე სტატუსი და ორგანიზაცია აკმაყოფილებს სტანდარტით განსაზღვრულ მოთხოვნებს (მაგ., აშშ-ში შესაძლოა აკმაყოფილებდეს Medicare და Medicaid-ის სასტერტიფიკაციო სტანდარტებს) (Shi & Singh, 2008). აკრედიტაცია ნებაყოფლობითი პროცესია, თუმცა ზოგჯერ, სადაზღვევო კომპანიები სამედიცინო დაწესებულებასთან საქმიანი ურთიერთობების დამყარებისას, აკრედიტაციის ქონას აყენებენ როგორც აუცილებელ მოთხოვნას (მაგ., აშშ-ში თითქმის ყველა სადაზღვევო კომპანია, ფინანსური ანგრიშსწორებისთვის ითხოვს TJI-ის ან DNV GL აკრედიტაციას). არსებობს სახელმწიფო სტანდარტებიც (აშშ-ში მაგალითად შტატის სტანდარტები), რომლებიც ადგენს გარკვეულ მოთხოვნებს: „შენობის შესაბამისობა სამშენებლო კოდექსთან, სახანძრო უსაფრთხოება, კლიმატის კონტროლი, და გარემოს დაცვა“ (Shi & Singh, 2008, p. 320). ორგანიზაციების სერტიფიცირება ხდება გარკვეული პერიოდულობით, წინასწარ განსაზღვრულ პერიოდებში.

გაერთიანებული კომისია (The Joint Commission – TJC)

TJC-ის მიზანია: „საზოგადოების ჯანმრთელობის უწყვეტად გაუმჯობესება, სხვა დაინტერესებულ ერთეულებთან თანამშრომლობით, ორგანიზაციების შეფასებისა და შემდგომ მათი ნახალისების გზით, რათა უზრუნველყონ უსაფრთხო და ეფექტიანი მკურნალობა მაღალ ხარისხსა და ღირებულებებზე ორიენტაციით (TJC < 2015, para. 2). TJC-ს აკრედიტირებული აქვს აშშ-ის 20000-ზე მეტ დაწესებულებას და ასევე მსოფლიო მასშტაბით 90-ზე მეტი ქვეყნის სამედიცინო დაწესებულებებს. TJC-ის აკრედიტაცია შეიძლება მიიღოს სხვადასხვა ტიპის სამედიცინო დაწესებულებამ, როგორცაა ექიმთა ოფისები, საექთნო მოვლის დაწესებულებები, ამბულატორიული ქირურგიული ცენტრები, ქცევითი დარღვევების მკურნალობის ცენტრები და სხ. (TJC, 2015).

DNV GL

DNV GL შეიქმნა 2013 წელს ორგანიზაციების Det Norske Veritas (ნორვეგია) და Germanischer Lloyd (გერმანია) შეერთების გზით. ეს ორგანიზაცია თანამშრომლობს „ჯანდაცვის ორგანიზაციებისთვის ნაციონალური ინტეგრირებულ სააკრედიტაცია“ (National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations – NIAHO) ორგანიზაციასთან აკრედიტაციის კუთხით. NIAHO სტანდარტები დაფუძნებულია „Medicare-ის მდგომარეობები მონაწილეობის სტანდარტები“-ში (Medicare Conditions of Participation standards) მონოდეტულ პრინციპებზე და სტანდარტიზაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის (International Organization for Standardization – ISO) 9001 ხარისხის მართვის სტანდარტებზე. ISO 9001 სატანდარტები იძლევა ხარისხის მართვის სისტემის დანერგვისთვის სამუშაო ჩარჩო დოკუმენტს, რომელიც წარმართავს დანერგვის პროცესებს, ინარჩუნებს ეფექტიანობას და ზრდის ორგანიზაციის პროდუქტიულობას (ACS Registrars, 2014, para. 1). 500 საავადმყოფოზე მეტი საავადმყოფო ამაჟამად აკრედიტირებული ამ ორგანიზაციის მიერ (DNV GL, 2015).

სასწავლო აქტივობა

სააკრედიტაციო ორგანოს და ორგანიზაციის Magnet სტატუსის დადგენა გამოიკვლიეთ იმ კლინიკური სააგენტოს ვებ-გვერდი, სადაც მუშაობდით ან რომელთანაც გარკვეული გამოცდილება გაქვთ. შეამოწმოთ საექთნო სკოლის პერიოდში. ისაუბრეთ შემდეგზე;

1. დაადგინეთ სააკრედიტაციო ორგანო;
2. აქვს თუ არა სააგენტოს Magnet სტატუსი?
3. ადვილი იყო თუ არა ამის შესახებ ინფორმაციის მოძიება?

Magnet აღიარების პროგრამა

1983 წელს American Academy of Nursing-მა შექმნა სამუშაო ჯგუფი საავადმყოფოებში საექთნო საქმიანობასთან დაკავშირებული კვლევის ჩასატარებლად (American Nurses Credentialing Center – ANCC, 2016e). ამ კვლევამ დაადგინა რომ გამოკვლეული 163 საავადმყოფოდან 41 შეიძლება განხილულ იქნეს როგორც Magnet საავადმყოფო - სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, ისინი ხარისხთან მიმართებით ისეთ საქმიანობას ეწოდნენ რომელიც იზიდავდა ექტნებს და შესაბამისად ამცირებდა მათ გადინებას დანესებულებიდან (ANCC, 2016e). ამ საავადმყოფოებიდან დამატებით 14 საავადმყოფო იქნა გამოყოფილი და მათ ეწოდათ ე.წ. „მაგნეტიზმის ძალები“ (“Forces of Magnetism” (ცხრილი 6-3). ამ კვლევაზე დაყრდნობით, საუკეთესო საექთნო საქმიანობისთვის, Magnet საავადმყოფოების აღიარების პროგრამა (Magnet Hospital Recognition Program for Excellence in Nursing) დამტკიცდა American Nurses Association-ის მიერ 1990 წლის დეკემბერში (ANCC, 2016e). ვაშინგონის უნივერსიტეტის სამედიცინო ცენტრი სიეტლში, ვაშინგტონში, გახდა პირველი Magnet-აღიარებული ორგანიზაცია 1994 წელს. მას შემდეგ, Magnet Recognition Program-მ გაავრცელა თავისი საქმიანობა აშშ-ის ხანგრძლივი მოვლის დანესებულებებსა და საერთაშორისო სამედიცინო დანესებულებებზეც (ANCC, 2016e). 2015 წლისთვის აშშ-ის საავადმყოფოების 7%-მა მიიღო Magnet აღიარება (ANCC, 2016d).

ცხრილი 6-3 მაგნეტიზმის ძლიერი ძალები (Forces of Magnetism)

ძალა	აღწერა
1. საექთნოს ლიდერობის ხარისხი	მცოდნე, ძლიერი და რისკზე წამსვლელი ექთანი ლიდერები ყოველდღიურ საქმიანობაში მიყვებიან კარგად გამოხატულ, სტრატეგიისა და ხედვის ფილოსოფიას. ორგანიზაციის ყველა დონეზე, ექთანი ლიდერები ავლენენ პერსონალისა და პაციენტების ადვოკატირებისა და მხარდაჭერის ძლიერ უნარს. საექთნო სამიანობის ლიდერობასთან დაკავშირებული ხარისხის შედეგები ნათელია პაციენტებისთვისაც.
2. ორგანიზაციული სტრუქტურა	ორგანიზაციული სტრუქტურა უფრო არის ბრტყელი ვიდრე გრძივი და ქარბობს დეცენტრალიზებული გადანწყვეტილებების მიღების პრინციპი. ორგანიზაციული სტრუქტურა დინამიკურია და პასუხობს ცვლილებებს. საექთნო პერსონალი წარმოდგენილია კომიტეტებში. მართვის ფუნქციის მქონე ლიდერი ექთანი პოზიციურად წარმოდგენილი არიან ორგანიზაციის მმართველობით დონეზე. ორგანიზაციას აქვს გაზიარებული გადანწყვეტილებების მიღების ეფექტიანი და პროდუქტიული სისტემა.

<p>3. მართვის სტილი</p>	<p>მთლიანად ორგანიზაცია და ლიდერი ექთნები ქმნიან მხარდამჭერ გარემოს. უკუგების პრინციპი ნახალისებული, მიღებული და პრაქტიკაში დანერგილია ორგანიზაციის ყველა დონეზე. მენეჯერულ პოზიციებზე მყოფი ლიდერი ექთნები ხილულები, მიღწევადები და ეფექტიან კომუნიკაციაზე ორიენტირებულნი არიან.</p>
<p>4. პერსონალთან დაკავშირებული პოლისები და პროგრამები</p>	<p>ხელფასები და სარგებელი კონკურენტუნარიანია. დანერგილია შემოქმედებითი და მოქნილი პერსონალის დაგეგმარების მოდელები, რომელი ხელს უწყობს უსაფრთხო და ჯანმრთელი გარემოს შექმნას. პერსონალის მართვის პოლისები არის შემუშავებული საექტონო სამსახურის ჩართულობით. პროფესიული ზრდის შესაძლებლობაა როგორც კლინიკური ასევე ადმინისტრაციული კუთხით. პერსონალთან დაკავშირებული პოლისები და პროგრამები ორიენტირებულია ექთნების საქმიანობაზე, მუშაობა/დასვენების წონასწორობის შენარჩუნებასა და ხარისხიანი მკურნალობის უზრუნველყოფაზე.</p>
<p>5. მკურნალობის პროფესიონალური მოდელი</p>	<p>არსებობს მკურნალობის მოდელები, რომლებიც უსაზღვრავენ ექთნებს პასუხისმგებლობას და აძლევენ უფლებას პირდაპირ აწარმოონ პაციენტის მკურნალობა. ისინი ანგარიშგებით ვალდებულნი არიან საკუთარ საქმიანობაზე, ასევე მკურნალობის კოორდინაციაზეც. მკურნალობის მოდელები (მაგ., საექტონო საქმიანობა, შემთხვევების მართვა, ოჯახზე-ორიენტირება, ავტონომიური და ჰოლისტიკური საქმიანობა) იძლევა დროში უწყვეტი მკურნალობის უზრუნველყოფის საშუალებას. მოდელები მხედველობაში იღებენ პაციენტის უნიკალურ საჭიროებებს და მათ დასაკმაყოფილებლად და სასურველი გამოსავლების მისაღებად ეყრდნობიან კვალიფიციურ ექტნებს და უზრუნველყოფენ პერსონალს საჭირო რესურსებით.</p>
<p>6. მკურნალობის ხარისხი</p>	<p>ხარისხი არის სისტემური წამმართველი ძალა როგორც საექტონო საქმიანობისთვის, ასევე მთელი ორგანიზაციისთვის. ექტნები ლიდერულ პოზიციებზე პასუხისმგებელნი არიან ისეთი გარემოს შექმნაზე, რომელიც დადებით გავლენას მოახდენს პაციენტის გამოსავლებზე, ექტნებს სჯერათ რომ ისინი უზრუნველყოფენ პაციენტებს მაღალი ხარისხის მოვლით.</p>
<p>7. ხარისხის გაუმჯობესება</p>	<p>ორგანიზაცია ახდენს სტრუქტურისა და პროცესების ხარისხის შეფასებასა და გაზომვას. ამის საფუძველზე შემდეგ უკვე შეიმუშავებენ პროგრამებს მკურნალობის ხარისხისა და სერვისების გაუმჯობესების მიზნით.</p>
<p>8. კონსულტაციები და რესურსები</p>	<p>ჯანდაცვის ორგანიზაცია უზრუნველყოფს ექსპერტების ჩართულობისთვის საჭირო რესურსებს და მხარს უჭერს მათ გამოყენებას, ეს ეხება საექტონო საქმიანობასაც. ეს ორგანიზაციები ხელს უწყობენ ექტნების პროფესიულ ორგანიზაციებში გაერთიანებას და საზოგადოებასთან მათ დაახლოებას.</p>

<p>9. ავტონომია</p>	<p>ავტონომიურობა ეს არის ექთნის უნარი საკუთარი კომპეტენციის, პროფესიული ცოდნისა და ექსპერტიზის ფარგლებში შეაფასოს და უზრუნველყოს საექთნო ქმედებები პაციენტის ინდივიდუალური მოთხოვნების შესაბამისად. მისი ინდივიდუალური საქმიანობა სტანდარტების შესაბამისად უნდა მოხდეს. დამოუკიდებელი მსჯელობა მისაღებია ინტერდისციპლინურ და ინტრადისციპლინურ ჯგუფებში პაციენტთან, რეზიდენტთან ან სხვა მომხმარებელთან მიმართებაში.</p>
<p>10. საზოგადოება და ჯანდაცვის ორგანიზაცია</p>	<p>გარკვეული ურთიერთობებია ჩამოყალიბებული როგორც ჯანდაცვის ორგანიზაციების შიგნითაც, ასევე მათ შორისაც და საზოგადოების სხვა ორგანიზაციებთანაც. ამ ურთიერთობის მიზანია ჩამოყალიბდეს ძლიერი თანამშრომლობა მომხმარებლების და მთლინად საზოგადოების გამოსავლების გაუმჯობესების მიზნით.</p>
<p>11. ექთნები როგორც მასწავლებლები</p>	<p>ექთნები ჩართულები არიან განათლების პროცესში როგორც ორგანიზაციის შიგნით ასევე მთლიანად საზოგადოებაში. ორგანიზაციის საქმიანობაში სხვადასხვა აკადემიური პროგრამების სტუდენტების ჩართულობა მხარდაჭერილია თავად ორგანიზაციის მიერ, კონტრაქტები ორმხრივად სასარგებლოა. ყველა ტიპის სწავლებისთვის შემუშავებულია სპეციალური პროგრამები (მაგ. სტუდენტებისთვის, ახალდამთავრებულებისთვის და უკვე პრაქტიკოსი ექთნებისთვის). ყველა პოზიციაზე, ექთნები ასწავლიან სტუდენტებსა და სხვადასხვა აკადემიური პროგრამების მსმენელებს. ცალკე არსებობს პაციენტთა მოთხოვნების შესაბამისი საგანმანათლებლო პროგრამები პაციენტებისთვის.</p>
<p>12. ექთნების სახე</p>	<p>ექთნების საქმიანობის განსაკუთრებული მნიშვნელობა ნათელია ჯანდაცვის გუნდის სხვა წევრებისთვისაც. საექთნო სამსახური განიხილება როგორც ჯანდაცვის ორგანიზაციის ინტეგრირებული ნაწილი აუცილებელი პაციენტთა მკურნალობისათვის. ექთნები სისტემურ ზეგავლენას ახდენ ორგანიზაციაში მიმდინარე პროცესებზე.</p>
<p>13. ინტერდისციპლინური ურთიერთობები</p>	<p>თანამშრომლობითი სამუშაო ურთიერთობები დისციპლინების შიგნით და მათ შორის მნიშვნელოვანი კომპონენტია. ორმხრივი პატივისცემა გულისხმობს, რომ ჯანდაცვის გუნდის წევრებს მნიშვნელოვანი და აუცილებელი წვლილი შეაქვთ საბოლოო მიზნის მიღწევაში, რაც გულისხმობს კლინიკური გამოსავლების გაუმჯობესებას. კონფლიქტების მართვის სტრატეგიები დანერგილია და საჭიროების დროს ეფექტიანად გამოყენება.</p>
<p>14. პროფესიული განვითარება</p>	<p>ორგანიზაცია მხარს უჭერს ინდივიდების პიროვნულ და პროფესიულ ზრდას. მე-11 პუნქტში აღწერილი ხარისხზე ორიენტაციისა და სამუშაო ადგილზე სწავლების გარდა, აქცენტი კეთდება კარიერულ ზრდაზეც. დანერგილია პროგრამები რომელიც უზრუნველყოფს ფორმალურ სწავლებას, პროფესიულ სერთიფიცირებას და კარიერულ განვითარებას. კომპეტენციებ-დაფუძნებული კლინიკური და ლიდერული ან მართველობითი უნარების განვითარება ნახალისებულია და ამისთვის საჭირო ადამიანური და ფიზიკური რესურსები მოძიებულია ყველა პროგრამის ფარგლებში.</p>

Magnet აღიარება ეს არის ოფიციალურად დადასტურება იმისა, რომ ორგანიზაცია წარმატებულია პაციენტებისთვის ხარისხიანი მკურნალობის მიწოდების, საუკეთესო საექთნო პრაქტიკის და საექთნო საქმიანობაში ინოვაციური მიდგომების კუთხით (ANCC, 2016f). **Magnet** აღიარებისთვის ორგანიზაციამ უნდა აჩვენოს, რომ მიღწეულია შემდეგი სამი მიზანი:

1. ხარისხის ხელშეწყობა პროფესიული საქმიანობის მხარდაჭერის გზით;
2. პაციენტებისთვის და საზოგადოებისთვის საუკეთესო ხარისხის საექთნო სერვისების მიწოდება;
3. საუკეთესო პრაქტიკის გავრცელება საექთნო საქმიანობაში.

ANCC ახდენს ე.წ. „მაგნიტიზმის ძალის“ (**Forces of Magnetism**) ინტეგრირებას ხუთკომპონენტის მოდელში, რომელიც აყალიბებს საუკეთესო საექთნო პრაქტიკის სამუშაო ჩარჩოს და ქმნის **Magnet Model**-ს (ANCC, 2016a):

1. ტრანსფორმაციული ლიდერობა: ლიდერი და მენეჯერი ექთნები **Magnet** აღიარებული დაწესებულების ყველა დონეზე ორიენტირებულნი უნდა იყვნენ მომავალზე და უნდა წარმოადგინონ პერსონალისა და პაციენტის ადვოკატებსა და მხარდამჭერებს რათა საჭიროების შესაბამისად გარდაქმნან ღირებულებები, რწმენა და ქცევა. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები მხარს უნდა უჭერდნენ ტრანსფორმაციას და უნდა წარმართავდნენ პერსონალის „ტრანსფორმაციას მომავლის მოთხოვნების შესაბამისად“ (para. 6). ტრანსფორმაციულ ლიდერობაში **Forces of Magnetism**-ი წარმოდგენილია საექთნო ლიდერობის ხარისხის და მართვის სტილის (**Quality of Nursing Leadership and Management Style**) სახით.
2. სტრუქტურული გაძლიერება: ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს **Magnet** აღიარებული დაწესებულების ყველა დონეზე შეუძლიათ გავლენის მოხდენა. ისინი მონაწილეობენ ინოვაციების დანერგვაში, რაც პროფესიული განვითარების აყვავებას იწვევს. ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა უნდა შეიმუშაონ, წარმართონ და გააძლიერონ პერსონალი, რათა ისინიც აქტიურად ჩაერთონ ორგანიზაციული მიზნებისა და სასურველი გამოსავლების მიღწევის პროცესში. **Forces of Magnetism**, რომელიც წარმოდგენილია ამ მიმართულებით არის: ორგანიზაციული სტრუქტურა, პერსონალთან დაკავშირებული პოლისები და პროგრამები, საზოგადოება და ჯანდაცვის ორგანიზაცია; საექთნო საქმიანობის სახე და პროფესიული განვითარება (par. 8).
3. სამაგალითო პროფესიული საქმიანობა: ასეთი საქმიანობა **Magnet** აღიარებული დაწესებულებებში ვლინდება ექთნების როლის სრულყოფილი აღქმით, ძლიერი ინტრაპროფესიული და ინტერპროფესიული გუნდური მუშაობით და პრაქტიკაში სიახლეების მუდმივად დანერგვით. ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა უნდა უზრუნველყონ ინტერპროფესიული თანამშრომლობა და გუნდური მუშაობა. **Forces of Magnetism** რაც წარმოდგენილია ამ მიმართულებით მოიცავს: მკურნალობის პროფესიულ მოდელებს, კონსულტაციებს, ავტონომიურობას, ექთნების ხედვას საგანმანათლებლო კუთხით და ინტერდისციპლინურ დამოკიდებულებებს (para. 9).
4. ახალი ცოდნა, ინოვაციები და გაუმჯობესებები: **Magnet** აღიარებული დაწესებულებები მოიცავს ტრანსფორმაციულ ლიდერობას და ხელს უწყობს პროფესიულ გაძლიერებას. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები ორიენტირებულნი უნდა იყვნენ საქმიანობის გარდაქმნაზე რათა წარმატებას მიაღწიონ მომავალში. **Force of Magnetism** ამ მიმართულებით წარმოდგენილია ხარისხის გაუმჯობესების სახით (para 10).
5. ემპირიული ხარისხის შედეგები: საექთნო ლიდერობასთან და კლინიკურ საქმიანობასთან დაკავშირებული ხარისხის გამოსავლების ემპირიული გაზომვა სავალდებულოა **Magnet** აღიარებული დაწესებულებებში. ყველა ორგანიზაცია ხასიათდება გარკვეული სტრუქტურით და მასში უკვე ჩამოყალიბებული პროცესებით. თუმცა, მომავალზე აქცენტების გადატანა მოითხოვს ერთი კითხვიდან „რას აკეთებ?“ ან „როგორ აკეთებ?“ სხვა კითხვაზე გადასვლას „რა სხვაობას მიაღწიე?“. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები უნდა მონაწილეობდნენ საექთნო საქმიანობის, სამუშაო ძალების, პაციენტების, მომხმარებლების და მთლიანად ორგანიზაციის გამოსავლებისთვის რაოდენობრივი სამიზნე მაჩვენებლების შემუშავებაში. **Force of Magnetism** ამ მიმართულებით წარმოდგენილია მკურნალობის ხარისხის სახით (para. 12 – 14).

Magnet სტატუსის მოპოვება სარგებლის მომტანია ორგანიზაციებისა და მასთან დაკავშირებული დაინტერესებული პირისთვისაც. მეტიც, Magnet აღიარებულ დაწესებულებებს შესწევთ უნარი სამუშაოზე აიყვანონ და შემდგომ შეინარჩუნონ მაღალ დონის ექთნები; გააუმჯობესონ პაციენტის მკურნალობა, პაციენტის და პერსონალის უსაფრთხოება; გაზარდონ პაციენტთა კმაყოფილება; ხელი შეუწყონ თანამშრომლობითი კულტურის ჩამოყალიბებას; გააუმჯობესონ საექტონო სტანდარტები და მათი პროფესიული საქმიანობა და მიაღწიონ ბიზნეს სტაბილურობასა და ფინანსურ წარმატებას (ANCC, 2016f). Magnet აღიარება დაკავშირებულია მრავალ პოზიტიურ გამოსავალთან როგორც პაციენტებისთვის, ასევე თავად ექთნებისთვისაც (Ulrich, Buerhaus, Donelan, Norman & Dittus, 2007). ზოგადად პაციენტების მაღალი კმაყოფილება, დაბალი ავადობა და სიკვდილობა, შემცირებული ნაწილების რაოდენობა, გაუმჯობესებული პაციენტის უსაფრთხოება და მკურნალობის ხარისხი წარმოადგენს Magnet საავადმყოფოების ძირითად მახასიათებლებს (ANCC, 2016b). ამ საავადმყოფოებში მომუშავე ექთნები ავლენენ სამუშაოთი მეტ კმაყოფილებას, მეტ ავტონომიასა და საქმიანობის კონტროლის შესაძლებლობას, ნაკლებ დაზიანებებსა და სამუშაოთი გადაღლილობას არა-Magnet აღიარებულ ორგანიზაციებში მომუშავე ექთნებთან შედარებით (Ulrich et al., 2007). ჯანდაცვის მომხმარებლები სულ უფრო მეტად ეცნობიან Magnet აღიარების რაობასა და პრინციპებს და სულ უფრო მეტად აღიარებენ ამ სტატუს მინიჭებული საავადმყოფოების საექტონო საქმიანობის მაღალ ხარისხს. „აშშ-ს სიახლეები და მსოფლიო ანგარიში“ (The US News & World Report) იყენებს Magnet აღიარებას როგორც პირველ კომპეტენტურ ინდიკატორს სამედიცინო დაწესებულებების 16 სპეციალობაში გრადირებისას. ფაქტია, რომ 2013 წელს, იმ 18 საავადმყოფოდან რომელთაც მიენიჭათ US News საუკეთესო საავადმყოფოს საპატიო ჯილდო (US News Best Hospitals in America Honor Roll) 15 იყო Magnet აღიარებული ორგანიზაცია (ANCC, 2016f).

შეისწავლეთ მტკიცებულება

Chen, J., Koren, M.E., Munroe, D.J., & Yao, P. (2014) არის კი საავადმყოფოების Magnet სტატუსი დაკავშირებული HCAHPS ქულებთან? *Journal of Nursing Care Quality*, 29(4), 327-335.

მიზანი

ამ კვლევის მიზანია:

1. Magnet აღიარებული და არა-აღიარებული საავადმყოფოების HCAHPS-ს ქულებს შორის სხვაობის დადგენა
2. Magnet სტატუსისა და საავადმყოფოს და საექტონო საქმიანობის მახასიათებლებების ცვლადების შეფასება HCAHPS-ს ქულებთან მიმართებით

მეთოდები

ეს კვლევა იყო ჯვარედინი (cross-sectional) კვლევა. ეყრდნობოდა Illinois Hospital Report Card-იდან მიღებული მონაცემების მეორად ანალიზს. აღნიშნული მონაცემთა ბაზა მოიცავს ილინოისის შტატის საავადმყოფოებიდან რეპორტირებულ სპეციფიკურ პროცედურებთან და სამედიცინო მდგომარეობებთან დაკავშირებულ 175-ზე მეტ ხარისხის, უსაფრთხოების, უტილიზაციის და გადასახადის ინდიკატორებს.

კვლევაში ჩართული იყო მოზრდილთა ყველა მწვავე მიღების ის საავადმყოფო, რომელთა საწოლფონდი იყო 100 და მეტი. 2009 წელს შეგროვებული იყო ინფორმაცია: HCAHPS ქულა, საექტონო საათი პაციენტ-დღეზე (NHPPD) და ექთნების ბრუნვის მაჩვენებელი. საკვლევი ჯგუფი შედგებოდა 100 საავადმყოფოსგან, რაც შეადგენდა ილინოისის შტატის მწვავე მიღების საავადმყოფოების 58,8%-ს. მკვლევარებმა გაანალიზეს 2009 წლის იანვრიდან 2009 წლის დეკემბრამდე პერიოდის მონაცემები. მონაცემების ანალიზისთვის გამოყენებული იქნა დამოუკიდებელი t-ტესტი, Pearson x2 და ხაზოვანი მრავალჯერადი რეგრესიის მეთოდი (linear multiple regression).





მნიშვნელოვანი შედეგები

Magnet აღიარებული საავადმყოფოები უფრო მეტად იყო:

1. უნივერსიტეტებთან აფილირებული სასწავლო საავადმყოფოები
2. უფრო დიდი საწოლფონდი
3. ჰყავდათ ნაკლები აფრო ამერიკელი პაციენტები და ნაკლები იყო **Medicare**-დან სერვისების დაფარვა
4. ჰქონდათ მეტი **NHPPD**-ი არა-**Magnet** საავადმყოფოებთან შედარებით

არა-**Magnet** საავადმყოფოებთან შედარებით, **Magnet** საავადმყოფოებმა მიიღეს უფრო მეტი ქულა **HCAHPS**-ს შვიდივე პარამეტრის მიხედვით. სხვაობა იყო ყველა მნიშვნელოვანი პარამეტრის მიხედვით, გარდა ერთისა: „პაციენტები ყოველთვის დაუყოვნებლივ ლეზულობენ დახმარებას, როდესაც ეს მათ სურთ“.

Magnet სტატუსის საავადმყოფოებისთვის **HCAHPS**-ის ქულების განმსაზღვრელი მეორე მნიშვნელოვანი ფაქტორი იყო. **HCAHPS**-ის შვიდი საზომიდან ექვსის ვარიაციის 5%-13% იხსნებოდა **Magnet** სტატუსით. კიდევ ერთხელ, ერთადერთი საზომი რომლის ახსნაც ვერ ხერხდებოდა იყო: „პაციენტები ყოველთვის დაუყოვნებლივ ლეზულობენ დახმარებას, როდესაც ეს მათ სურთ“.

Magnet სტატუსა და **HCAHPS** ქულებს შორის დადებითი კავშირი ყველაზე მეტად გამოხატული იყო ორი საზომის შემთხვევაში:

1. „იმ პაციენტების პროცენტი, რომლებიც მაღალ კმაყოფილებას გამოხატავენ“
2. „პაციენტები, რომლებიც ნამდვილად გაუწევენ ამ საავადმყოფოს რეკომენდაციას მეგობრებთან და ოჯახის წევრებთან“

NHPPD-ის მაღალი მაჩვენებლის მქონე საავადმყოფოებს მეტი ალბათობა ჰქონდათ მიეღოთ მაღალი ქულები „პაციენტები ყოველთვის დაუყოვნებლივ ლეზულობენ დახმარებას, როდესაც ეს მათ სურთ“ საზომთან მიმართებაშიც. ექთნების ბრუნვის დაბალი მაჩვენებლის მქონე საავადმყოფოები უფრო მეტად ლეზულობდნენ მაღალ ქულებს შემდეგი საზომების მიხედვით: „იმ პაციენტების პროცენტი, რომლებიც მაღალ კმაყოფილებას გამოხატავენ“, „პაციენტები, რომლებიც ნამდვილად გაუწევენ ამ საავადმყოფოს რეკომენდაციას მეგობრებთან და ოჯახის წევრებთან“ და „პერსონალი ყოველთვის უხსნის პაციენტს მედიკამენტების მოქმედების მექანიზმს“.

ლიდერი და მენეჯერი ექთნების საქმიანობაზე შესაძლო გავლენა

ამ კვლევის შედეგები ადგენს, რომ **NHPPD**-ი და ექთნების ბრუნვის მაჩვენებლები შეიძლება განხილული იქნეს როგორც **HCAHPS** საზომის დადებითი ქულების მნიშვნელოვანი განმარტებელი ფაქტორებად. ასევე, ადგენს რომ **Magnet** საავადმყოფოების შემთხვევაში სხვა ფაქტორებიც დადებითად მოქმედებენ **HCAHPS**-ის ქულებზე. მკვლევარები ვარაუდობენ რომ პროფესიული საქმიანობის ხელშემწყობმა გარემომ და გარემოს ისეთმა ფაქტორებმა, როგორცაა სტრუქტურული გაძლიერება და მხარდაჭერისა და რესურსებისადმი ადექვატური წვდომა, შეიძლება უზრუნველყოს ხარისხიანი მკურნალობა და პაციენტის კმაყოფილება.

ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა, თუნდაც ისინი არ მუშაობდნენ **Magnet** საავადმყოფოში, შეიძლება გამოიყენონ კვლევის შედეგები **Magnet** საავადმყოფოების მსგავსი გარემოს შესაქმნელად, რათა გააუმჯობესონ საექთნო მოვლა და პაციენტების კმაყოფილება.

ორგანიზაციული თეორიები

ჯანდაცვის ორგანიზაციები მონოდებულია მიანოდონ პაციენტებს უსაფრთხო, დროული, ეფექტიანი, თანაბარი, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული და პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობა. იმის გასაგებად თუ როგორ ფუნქციონირებენ სამედიცინო დანესებულებები დღე-

ვანდელ რთულ გარემოში, ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა უნდა იცოდნენ ორგანიზაციული ფორმების და ორგანიზაციული ქცევის შესახებ ზოგიერთი თეორია. ზოგადად, ორგანიზაციები კომპლექსური, არაპროგნოზირებადი, ორაზროვანია და ზოგჯერ მატყუარაც. ყოველივე ამის გამო მათი მართვა რთულია (Bolman & Deal, 2008). იმ ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს, რომელთაც აქვთ უნარი გაიხედონ ამ კომპლექსურობის მიღმა და პრაქტიკაში გამოიყენონ ორგანიზაციული თეორიები, შეუძლიათ გავლენა მოახდინონ ორგანიზაციის ეფექტიან ფუნქციონირებაზე. ორგანიზაციულმა თეორიამ შესაძლოა ხალხს მისცეს სამუშაო ჩარჩო მიზნის მიღწევისათვის (Roussel, 2013). ორგანიზაციული თეორია არ არის მხოლოდ ერთგანზომილებიანი. ადმინისტრატორებს, ლიდერებსა და მენეჯერებს სხვადასხვა თეორიულ კონცეფციებს შორის შეუძლიათ არჩევანის გაკეთება საკუთარი ორგანიზაციის ქცევითი კულტურიდან გამომდინარე. ბევრი სკოლა ფიქრობს რა ლიდერობაზე, მართვასა და ადამიანურ ქცევაზე, ქმნის სხვადასხვა ორგანიზაციულ თეორიებს (Mensik, 2014).

ჯანდაცვის მიმწოდებლებისა და სისტემის შეფასება საავადმყოფოების მიმოხმარებლების მიერ (Hospital Consumer Assessment of Health-care Providers and System – HCAHPS)

წარსულში საავადმყოფოები პაციენტთა კმაყოფილებაზე ინფორმაციას მხოლოდ შიდა მოხმარების მიზნით აგროვებდა და ძირითად ორიენტირებულნი იყვნენ ისეთ კლინიკურ გამოსავლებზე, როგორცაა ეფექტურობისა და ხარისხის პირველადი საზომები. მიუხედავად იმისა, რომ ბევრი საავადმყოფო აგროვებდა ზემოაღნიშნულ მონაცემებს, ნაციონალური სტანდარტი ინფორმაციის შეგროვებისა და შემდგომ საზოგადოებისთვის რეპორტირების მიმართულებით არ არსებობდა. ამჟამად ჯანდაცვა მოძრაობს დაავადება-ორიენტირებული მკურნალობის მოდელიდან პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობის მოდელისაკენ. ამ გარდამავალ პერიოდში, პაციენტის კმაყოფილება გახდა ჯანდაცვის ხარისხის მნიშვნელოვანი ინდიკატორი. პაციენტის დაცვისა და ხელმისაწვდომი მკურნალობის აქტი (The Patient Protection and Affordable Care Act) გამოცემული 2010 წელს მოითხოვს ღირებულებებზე დაფუძნებული შესყიდვების (value based purchasing – VBP) დანერგვას, რის საფუძველზეც შემდგომ, მაგალითად Medicare, ახდენს შესრულებული სამუშაოს ანაზღაურებას.

ჯანდაცვის მიმართლებით არსებულ გამოცდილებაზე დაყრდნობით, პაციენტის აღქმის გასაზომად, 2000 წელს Medicare & Medicaid Service-ებმა დანერგეს Hospital Consumer Assessment of Helathcare Providers and Systems (HCAHPS)-ის კითხვარის გამოყენება (CMS, 2015). HCAHPS-ი იძლევა ლოკალურად, რეგიონალურად და ნაციონალურ დონეზე საავადმყოფოების სარწმუნო შედარების საშუალებას სამი ძირითადი მიზნით (CMS, 2015, para. 2):

1. სტანდარტიზაციის ზედმეხედველობა და პროტოკოლების დანერგვა წარმოშობს მონაცემებს, რაც პაციენტებისა და მომხმარებლებისთვის მნიშვნელოვან თემებზე საავადმყოფოების ობიექტური და ღირებული შედარების საშუალებას იძლევა;
2. HCAHPS-ი შედეგების საზოგადოებისთვის მიწოდება საავადმყოფოებისთვის ქმნის ახალ შესაძლებლობებს გააუმჯობესონ მკურნალობის ხარისხი;
3. საზოგადოებისთვის ინფორმაციის მიწოდება იძლევა ჯანდაცვაში ანგარიშეგება ვალდებულებაზე აქცენტის გაკეთების საშუალებას, საავადმყოფოში მკურნალობის ხარისხის გამჭვირვალობის გაზრდის გზით.

HCAHPS ქულები გამოყვანილი ყოველკვალტარულად, პაციენტების ოთხი თანმიმდევრული გამოკითხვის საფუძველზე, საზოგადოებისთვის ხელმისაწვდომია ყოველწლიურად Medicare-ის ვებგვერდზე (www.medicare.gov/hospitalcompare).





ხარისხის გაუმჯობესების კუთხით საავადმყოფოებისთვის მთავარი სტიმულია, HCAHPS ქულებთან დაკავშირებულ ხარისხის საზომებზე დაყრდნობილ VBP პროგრამის გზით CMS-სგან თანხების მიღება (CMS, 2015). საავადმყოფოები მუშაობენ გარკვეული ცვლილებების შემუშავებასა და განხორციელებაზე პაციენტთა კმაყოფილების გაზრდის მიზნით. კვლევები აჩვენებს, რომ საექთნო სამსახურის ხარისხი არის HCAHPS მაღალი ქულების განმაპირობებელი ფაქტორი (Chen et al., 2014; Kutney-Lee et al., 2009; Otani, Hermann & Kurz, 2010; Wolosin, Ayala & Fulton, 2012). მეტიც, ერთი კვლევით დადგინდა რომ არსებობს მყარი კავშირი Magnet საავადმყოფოსა და HCAHPS გაზრდილ ქულებს შორის (Chen et al., 2014).

კლასიკური ორგანიზაციული თეორიები

ეს თეორიები აქტუალური გახდა ინდუსტრიალიზაციის ერაში, როდესაც პირველად ჩამოყალიბდა დიდი ზომის ორგანიზაციები. მანამდე ისტორიულად, ბიზნესის უმეტესი ნაწილი იყო საოჯახო ბიზნესი. გერმანელ სოციოლოგს Max Weber-ს სჯეროდა რომ გვიან 1800-იანებსა და ადრეულ 1900-იანებში ჩამოყალიბებული ახალი ორგანიზაციები შემდგომი წარმატებისთვის საჭიროებდნენ უფრო ფორმალური მიდგომის შემუშავებას. ამის საპასუხოდ, მან პირველმა შეიმუშავა ორგანიზაციული თეორია, ბიუროკრატიული მართვის თეორია, რომელიც ორიენტირებული იყო ფორმალურ ორგანიზაციულ სტრუქტურაზე, ავტორიტარულ მართვასა და წესებსა და რეგულაციებზე. მას სჯეროდა, რომ ბიუროკრატიულ სტრუქტურას შეეძლო თანამშრომლები დაეცვა მმართველების თვითნებული გადაწყვეტილებებისგან და ამასთან მიეცა მათთვის საშუალება გამხდარიყვნენ სპეციალისტები საკუთარი კომპეტენციის ფარგლებში (Max Weber's theory of bureaucracy, 2009). მომდევნო თეორია შემუშავებული იქნა ინჟინერ Henri Fayol-ის მიერ და ის მართვის პრინციპების თეორიას წარმოადგენდა. ეს პიროვნება ცნობილია როგორც მმართველობითი დაგეგმარების, ორგანიზაციის, მითითების, კოორდინაციისა და კონტროლის იმ ფუნქციების შემუშავებელი ადამიანი, რომელიც დღესაც კი გამოყენებულია (Krenn, 2011). მმართველობის მეცნიერული თეორიები შემუშავებული იქნა სხვა ინჟინრის Frederick Taylor-ის მიერაც, რომელმაც მეცნიერული ცოდნა და მათემატიკული ფორმულები გამოიყენა დროის გარკვეულ პერიოდში შესასრულებელი სამუშაოს დასათვლელად და რამაც შეიძლება გაზარდოს პროდუქტიულობა. Taylor-მა პროდუქტიულობის გაზრდის მიზნით წამოაყენა ფინანსური დაჯილდოების კონცეფცია (Dininni, 2011).

მე-20 საუკუნის ადრეულ წლებში, ორგანიზაციულმა თეორიებმა დაიწყო ადამიანის ქცევითი განსხვავებების, ხასიათობრივი თვისებების და სამუშაო ფგუფების როლის შესწავლა. Mary Parker Follett იყო პირველი, ვინც ყურადღება მიაქცია ადამიანური ურთიერთობების თეორიას და შეიმუშავა მონაწილეობითი და ჰუმანური მართვის საბაზისო პრინციპები. იგი მხარს უჭერდა მოლაპარაკებების, კონფლიქტების გადაჭრისა და გაზიარების პრინციპებს (Dininni, 2010). ყველა კლასიკური თეორია შემუშავებული იქნა როგორც მთლიანად ორგანიზაციული მართვისა და პროდუქტიულობის გაუმჯობესების მიზნით, ასევე მენეჯერების ფუნქციების განსაზღვრისა და პრობლემების გადაჭრის ფორმალური სტრუქტურის შექმნის მიზნით.

თანამედროვე ორგანიზაციული თეორიები

ეს თეორიები დაეფუძნა კლასიკურ თეორიებს და რეალურადაც შეიცავს კლასიკური თეორიების ელემენტებს. თუმცა, თანამედროვე ორგანიზაციებს გადასარჩენად ესაჭიროებათ ახალი ორგანიზაციული სტრუქტურები. მათ ნახეს, რომ ადრინდელი ხაზოვანი მიდგომები დღეს უკვე აღარ არის ეფექტიანი. თანამედროვე ორგანიზაციული თეორიები უკვე უნდა ასახავდეს ფორმებს, მიზნებსა და პროცესებს და საჭიროებს მუდმივი, ინდივიდზე და გამოსავალზე ორიენტირებული სისტემების შემუშავებას (Porter-O;Grady & Malloch, 2013). განვითარებული თეორიები ბუნებით ციკლურია და არა ხაზოვანი და მოითხოვს ორგანიზაციებისგან სწრაფ და

მოქნილ რეაგირებას. ჯანდაცვის კომპლექსური ხასიათის შესაცნობად შემუშავებული თანამედროვე ორგანიზაციული თეორიებია: ზოგადი სისტემების თეორია, კომპლექსურობის თეორია და სწავლაზე ორიენტირებული ორგანიზაციის თეორია.

ზოგადი სისტემების თეორია

ამ თეორიის უპირველესი დაშვებაა: „მთლიანი უფრო მეტია ვიდრე ცალკეული ნაწილების ერთობლიობა“ (Mensik, 2014, p. 38). თეორია ეყრდნობა ორი ტიპის სისტემას: ღია სისტემა, რომელიც ურთიერთობს როგორც სისტემის შიგნით ასევე მის გარეთ; და დახურული სისტემა, რომელსაც გარეთ არ აქვს არანაირი ურთიერთობა ან თუ აქვს ის ძალიან მცირეაა გამოხატული. ჯანდაცვის ორგანიზაციები შეიძლება განხილულ იქნას როგორც კომპლექსური ღია სისტემები მოფუნქციონირე დინამიურ გარემოში. ღია სისტემები შედგება ურთიერთიერტდაკავშირებული ელემენტებისან: ჩადებული ძალისხმევა, გამტარობა და მიღებული შედეგი. ჩადებულ ძალისხმევაში მოიაზრება პერსონალი, პაციენტები, აპარატურა და მარაგები. ორგანიზაციის მიერ შესრულებული სამუშაო განიხილება როგორც გამტარობა. ხოლო ამ შესრულებული სამუშაოს გამოსავლი არის შედეგი. საექტონო გარემოში, ჩადებული ძალისხმევა არის საექტონო პერსონალი და მათი ცოდნა, უნარ-ჩვევები, რწმენა და განათლება; გამტარობა გულისხმობს ექტონის მიერ წარმოებული პაციენტების მოვლას; და მიღებული შედეგი გულისხმობს პაციენტის მკურნალობის გამოსავლებს (Roussel, 2013). სისტემა განიხილება როგორც ჩადებული ძალისხმევის, გამტარობისა და მუშაობის შედეგის მუდმივად განახლებადი ციკლი.

მაგალითად, საავადმყოფო ღია სისტემაა, რომელიც შედგება ისეთი სუბსისტემებისგან როგორიცაა დეპარტამენტები ან განყოფილებები (ლაბორატორია, ფარმაცია, რადიოლოგია, პაციენტთა სამკურნალო განყოფილებები და სხვ.). ორგანიზაციის მთლიან ეფექტიანობას განსაზღვრავს სუბსისტემების ურთიერთშეთანხმებული ფუნქციონირება. ღია სუბსისტემებს აქვთ პირობითი საზღვრები და ისინი მუდმივ ინტერაქციაში იმყოფებიან. ამის საპირისპიროდ, დახურული სუბსისტემები არ ურთიერთქმედებენ სხვა სუბსისტემებთან.

ლიდერი და მენეჯერი ექტონები მოქნილები და ღია უნდა იყვნენ ახალ იდეებთან მიმართებაში რათა შეინარჩუნონ საექტონო ერთეულები როგორც ღია სისტემის ნაწილი. ლიდერი და მენეჯერი ექტონები, რომლებიც მუშაობენ დახურულ სისტემის ერთეულებში, ძირითადად ორიენტირებულნი არიან შიდა ფუნქციებზე და არ აქცევენ საერთო ორგანიზაციულ ფუნქციებს ყურადღებას. ღია სისტემაზე ორიენტირებულობით, ექტონ ლიდერ და მენეჯერ ექტონებს შეუძლიათ დადებითი გავლენა მოახდინონ დაქვემდებარებული ერთეულის ფუნქციონირებაზე და პაციენტის გამოსავლებზე (Mensik, 2014).

კომპლექსურობის თეორია

ეს თეორია აღმოცენებულია ზოგადი სისტემების თეორიიდან და ფიზიკიდან. ამ თეორიის თანახმად, ურთიერთობები არის ყველაფრის საფუძველი (Mensik, 2014). კომპლექსურობის თეორიის ზოგიერთი საკვანძო კონცეფციაა: მიმზიდველები, შაბლონები, არახაზოვნება, თვით-ორგანიზება და გამჭვირვალობა. მიმზიდველები ასახავს მიზიდვის იმ წერტილებს, რომელიც შეეხება კომპლექსურ სისტემაში ქცევას, როდესაც ენერჯის გარკვეული ფორმა იზიდავს მეტ ენერჯიას (Croqell, 2011, p. 20). მიმზიდველები ერთმანეთს უკავშირდება სხვადასხვა არახაზოვანი გზებით, ხასიათდება თვითორგანიზაციით და დასაბამს აძლევს სხვადასხვა მოულოდნელ ახალ იდეებსა და სტრუქტურებს. ზემოდან ქვემოთ მიმართული იერარქიული სტრუქტურები და მათი მიდგომები დღეს უკვე არაეფექტიანია. პაციენტის მკურნალობა თავის თავში მოიცავს მრავალფაქტორიან პროცესებს, რომლებიც გამოსავალზე გავლენას სხვადასხვა გზით ახდენენ. ნებისმიერ დროს, შეუძლებელია პაციენტების გამოსავალის 100%-იანი სიზუსტით წინასწარმეტყველება რადგან ბევრი ფაქტორი რაც ორგანიზაციის პასუხს განაპირობებს ჯერ კიდევ უცნობია.

ლიდერ და მენეჯერ ექტონებს მართვის დროს აქვთ ხაზოვანი, კონტროლირებადი, თანმიმდევრული და წინასწარ განჭვრეტადი მიდგომების აუცილებლობა. ამის სანაცვლოდ, მათ უნდა მიიღონ ჯანდაცვის, პაციენტების, პერსონალის და სამუშაო გარემოს კომპლექსურობა და შექმნან ისეთი სტრუქტურა რაც იქნება ადაპტაციური, თვით-ორგანიზებადი და თვით-განახლებადი. ლიდერი და მენეჯერი ექტონები ყოველდღიურად აწყდებიან ისეთ სიტუაციებს სადაც სტაბი-

ლურობა და არასტაბილურობა ერთად არის წარმოდგენილი (Crowell, 2011). ასეთ პარადოქსულ სიტუაციაში, ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა საკუთარი ფუნქციების შესრულებისას სამი ძირითადი მიმართულებით უნდა შეძლონ წონასწორობის შენარჩუნება. პირველი, ისინი უნდა იყვნენ ეფექტურები და ეფექტიანები, რაც გულისხმობს ჩადებულ ძალისხმევასა და კლინიკურ გამოსავლებს შორის ურთიერთობის მართვას. ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს სთხოვენ ნაკლები რესურსით გააკეთონ მეტი და მართონ პერსონალის დაკომპლექტების, უნარების გაძლიერების და პაციენტის მკურნალობის პროცესები უსაფრთხო, ეფექტიანი, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული საექთნო მოვლის უზრუნველყოფის მიზნით. ყველაფერი ეს კი უნდა მოხდეს რეგულაციების და პროფესიული სტანდარტების გათვალისწინებით. მეორე, ლიდერი და მენეჯერი ექთნები ცალსახად პასუხისმგებელი არიან მათი პერსონალის ცოდნასა და კომპეტენციებზე და საქმიანობისას პერსონალს შორის ურთიერთობებზე. და ბოლოს, ისინი პასუხისმგებელი არიან სტაბილურობასა და ცვლილებებზე, მათ შორის წონასწორობის დაჭერაზე. თან უნდა გაითვალისწინონ, რომ სიახლეებისა და ცვლილებების დანერგვა საჭიროებს პაციენტის მკურნალობის პროცესის მუმიდვი ზედამხედველობას (Crowell, 2011, p. 64). ლიდერი და მენეჯერი ექთნები მუდმივად უნდა აკონტროლოდნენ წონასწორობის დაჭერის პროცესს და ამით სისტემის მრავალფეროვნებასა და შემოქმედებითობას უნდა უზრუნველყოფდნენ (Porter-O;Grady & Malloch, 2010). მეტიც, ისინი ორიენტირებული უნდა იყვნენ გამოსავლებზე და შეეძლოთ ქაოსის პირობებში სწრაფად და ადაპტაციურად ქმედება.

სწავლებაზე ორიენტირებული ორგანიზაციის თეორია

ამ ტიპის ორგანიზაცია პირველად აღწერილი იქნა 1990 წელს Peter Senge-ის მიერ, რომელსაც მიაჩნდა რომ მომავალში აჯობებს ორგანიზაციებმა „იფიქრონ თუ რა რეაქცია ექნებათ ორგანიზაციის ყველა დონეზე ადამიანებს სწავლის სურვილსა და მონდომებაზე“ (p. 4). მან მოუწოდა ლიდერებს უარი ეთქვათ ტრადიციურ ავტორიტარულ მაკონტროლებელ ორგანიზაციებზე, და გადასულიყვნენ სწავლაზე ორიენტირებული ორგანიზაციების ჩამოყალიბებაზე. 1990 წელს Senge-მ სწავლაზე ორიენტირებული ორგანიზაცია განსაზღვრა, როგორც „ ორგანიზაცია სადაც ადამიანები მუდმივად ავითარებენ საკუთარ უნარს მიაღწიონ ისეთ შედეგებს რაც მათ ნამდვილად სურთ, სადაც ახალი და ფართო აზროვნების ფორმა ყალიბდება, სადაც კოლექტიური მისწრაფება თავისუფლება და სადაც ადამიანები მუდმივად სწავლობენ როგორ ისწავლონ ერთად“ (p. 3). Senge-მა (1990 წელს) განსაზღვრა ხუთი ძირითადი მიმართულება სწავლებაზე ორიენტირებულ ორგანიზაციად გარდაქმნის გზაზე:

1. სისტემური აზროვნება: გაგება იმის, რომ ყველაფერი ურთიერთ დაკავშირებული და ურთიერთ დამოკიდებულია;
2. პირადი ოსტატობა: მაღალი დონის პროფესიონალიზმის მიღწევა, „პერსონალური ხედვების მუდმივი გარკვევისა და გაღრმავების, ენერჯის მიზანმიმართულად გამოყენების, მოთმინების გამომუშავების და რეალობის ობიექტურად შეფასების“ ჩათვლით (p. 7);
3. მენტალობის მოდელირება: იმ დაშვებებზე ღრმა წვდომა, რაც გავლენას ახდენს ადამიანის მსოფლიოს აღქმასა და მასზე რეაქციაზე; თანამედროვე მოდელების გაგება რეფლექციისა და გამოკვლევის გზით და ამით საკუთარი დამოკიდებულებებისა და შეხედულებების ჩამოყალიბება და პირდაპირი დასკვნების და დაშვებების გაკეთების თავიდან აცილება;
4. საერთო ხედვის ჩამოყალიბება: „ორმხრივი მოტივაციის“ შემუშავება რაც უფრო განაპირობებს იდეებისა და ორგანიზაციული მიზნების ჭეშმარიტ ერთგულებას, ვიდრე მათდამი შესატყვისობას;
5. გუნდური სწავლება: დაშვებებზე უარის თქმა, ღირებულებების თავისუფალი გაცვლა, რაც ჯგუფის წევრებს დაეხმარება ისეთი შიდა ფაქტორების აღმოჩენაში რაც ინდივიდუალურად ძნელად მისაღწევი იქნებოდა და გუნდს სამუშაოს საერთო მიზნებისკენ წარმართვის საშუალებას მისცემს.

სწავლაზე ორიენტირებული ორგანიზაციის წევრები მუდმივად მიყვებიან ამ ხუთ პრინციპს და მუდმივად იუმჯობესებენ ცოდნას. ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს შეუძლიათ ასეთი ორგანი-

ზაციების მხარდაჭერა, რადგან აქვთ საშუალება ჩართონ პერსონალი პრობლემების გადაჭრისა და გადანაცვლებების მიღების პროცესში, უზრუნველყონ ინტერპროფესიული და ინტრაპროფესიული გუნდური მუშაობა, გააუმჯობესონ კომუნიკაცია და გააძლიერონ პერსონალი. უსაფრთო და პაციენტის ხარისხიანი მკურნალობის თვალსაზრისით, ჯანდაცვის ორგანიზაციებმა უნდა მოიძიონ უწყვეტი განათლების საშუალებები. სწავლაზე ორიენტირებული ორგანიზაცია აღარ არის მხოლოდ იდეა, ის უკვე აუცილებლობაა (Glaser & Overhage, 2013).

შეჯამება

ჯანდაცვის ორგანიზაციები არის კომპლექსური სისტემები, რომლებიც მუდმივად განახლებადია. ისინი ცვლიან დაავადებაზე ორიენტირებულ მიდგომებს პაციენტზე ორიენტირებული მიდგომებით. ყველა დონეზე მომუშავე ექტნებს უნდა ესმოდეთ ამ სისტემის საფუძვლები რადგან ისინი მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ ორგანიზაციული სტრუქტურისა და კულტურის, რეგულაციების და აკრედიტაციის და ორგანიზაციული თეორიების ჩამოყალიბებაში, რაც მიმართულია უსაფრთხო და ხარისხიანი მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მკურნალობისკენ.

რეკომენდებული ვებ-გვერდი

Hospital Mission Statements: www.missionstatements.com/hospital_mission_statements.html

გამოყენებული ლიტერატურა:

- ACS Registrars. (2014). ISO 9001 Revision. Retrieved from www.acsregistrars.com/2014/11/27/iso-9001-revision-due-in-2015
- American Association of Colleges of Nursing. (2008). *The essentials of baccalaureate education for professional nursing practice*. Washington, DC: Author.
- American Nurses Association. (2016). *Nursing administration: Scope and standards of practice* (2nd ed.). Silver Spring, MD: Author.
- American Nurses Credentialing Center. (2016a). Announcing a new model for ANCC's Magnet Recognition Program®. Retrieved from www.nursecredentialing.org/Magnet/MagnetNews/2008-MagnetNews/NewMagnetModel.html
- American Nurses Credentialing Center. (2016b). Benefits. Retrieved from www.nursecredentialing.org/WhyBecomeMagnet
- American Nurses Credentialing Center. (2016c). Forces of magnetism. Retrieved from www.nursecredentialing.org/Magnet/ProgramOverview/HistoryoftheMagnetProgram/ForcesofMagnetism
- American Nurses Credentialing Center. (2016d). Growth of the program. Retrieved from www.nursecredentialing.org/Magnet/ProgramOverview/HistoryoftheMagnetProgram/Growthoftheprogram
- American Nurses Credentialing Center. (2016e). History of the magnet program. Retrieved from www.nursecredentialing.org/Magnet/ProgramOverview/HistoryoftheMagnetProgram
- American Nurses Credentialing Center. (2016f). Magnet recognition program® overview. Retrieved from www.nursecredentialing.org/Magnet/ProgramOverview
- American Organization of Nurse Executives. (2011). *Nurse executive competencies*. Washington, DC: Author. Retrieved from www.aone.org/resources/nurse-executive-competencies.pdf
- Bolman, L. G., & Deal, T. E. (2008). *Reframing organizations: Artistry, choice, and leadership* (4th ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor. (2015). Registered nurses. *Occupational Outlook Handbook, 2014, 15th edition*. Retrieved from www.bls.gov/ooh/healthcare/registered-nurses.htm
- Centers for Medicare & Medicaid Services. (2015). HCAHPS fact sheet. Retrieved from www.hcahponline.org/Files/HCAHPS_Fact_Sheet_June_2015.pdf
- Chen, J., Koren, M. E., Munroe, D. J., & Yao, P. (2014). Is the hospital's magnet status linked to HCAHPS scores? *Journal of Nursing Care Quality, 29*(4), 327–335.
- Conway-Morana, P. L. (2009). Nursing strategy: What's your plan? *Nursing Management, 40*(3), 25–29.
- Crowell, D. M. (2011). *Complexity leadership: Nursing's role in health care delivery*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Dininni, J. (2010). Management theory of Mary Parker Follett. *Business.com*. Retrieved from www.business.com/management/management-theory-of-mary-parker-follett
- Dininni, J. (2011). Management theory of Frederick Taylor. *Business.com*. Retrieved from www.business.com/management/management-theory-of-frederick-taylor
- DNV GL. (2015). Hospital accreditation. Retrieved from <http://dnvglhealthcare.com/accreditations/hospital-accreditation>
- Drucker, P. F. (1974). *Management tasks, responsibilities, politics*. New York: Harper & Row.
- Emelo, R. (2011). Strategic foresight: See and seize emerging opportunities. *Leadership Excellence, 28*(3), 8.

- Freed, P. E., & McLaughlin, D. E. (2011). Futures thinking: Preparing nurses to think for tomorrow. *Nursing Education Perspectives*, 32(11), 173–178.
- Glaser J., & Overhage J. M. (2013). The role of healthcare IT: becoming a learning organization. *Healthcare Financial Management*. 67(2), 56–62, 64.
- Krenn, J. (2011). Management theory of Henri Fayol. Business.com. Retrieved from www.business.com/management/management-theory-of-henri-fayol Chapter 8 Health-Care Organizations 193 3021_Ch08_174-194 14/01/17 3:53 PM Page 193
- Kutney-Lee, A., McHugh, M. D., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Flynn, L., Felber Neff, D., & Aiken, L. H. (2009). Nursing: A key to patient satisfaction. *Health Affairs*, 28(4), w669–w677.
- Luzinski, C. (2014). Identifying leadership competencies of the future: Introducing the use of strategic foresight. *Nurse Leader*, 12(4), 37–39; 47.
- Max Weber's theory of bureaucracy. (2009). Business mate. Retrieved from www.businessmate.org/Article.php?ArtikelId=30
- Mensik, J. (2014). Lead, drive, & thrive in the system. Silver Spring, MD: American Nurses Association.
- Otani, K., Herrmann, P. A., & Kurz, R. S. (2010). Patient satisfaction integration process: are there any racial differences? *Health Care Management Review*, 35(2), 116–123.
- Porter-O'Grady, T., & Malloch, K. (2010). *Innovation leadership: Creating the landscape of health care*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Porter-O'Grady, T., & Malloch, K. (2013). *Leadership in nursing practice: Changing the landscape of health care*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Roussel, L. (2013). *Management and leadership for nurse administrators* (6th ed.). Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning.
- Rundio, A., & Wilson, V. (2013). *Nurse executive review and resource manual*. Silver Spring, MD: American Nurses Credentialing Center.
- Schaffner, J. (2009). Roadmap for success: The 10-step nursing strategic plan. *Journal of Nursing Administration*, 39(4), 152–155.
- Senge, P. (1990). *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization*. New York: Doubleday.
- Shi, L., & Singh, D. (2008). *Delivering health care in America*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- The Joint Commission. (2015). About The Joint Commission. Retrieved from www.jointcommission.org/about_us/about_the_joint_commission_main.aspx
- Tuck, I., Harris, L. H., & Baliko, B. (2000). Values expressed in philosophies of nursing services. *Journal of Nursing Administration*, 30(4), 180–184.
- Ulrich, B. T., Buerhaus, P. I., Donelan, K., Norman, L., & Dittus, R. (2007). Magnet status and registered nurse views of the work environment and nursing as a career. *Journal of Nursing Administration*, 37(5), 212–220.
- Wolosin, R., Ayala, L., & Fulton, B. R. (2012). Nursing care, inpatient satisfaction, and value-based purchasing: Vital connections. *Journal of Nursing Administration*, 42(6), 321–325.
- Young B., Clark, C., Kansky, J., & Pupo, E. (2014). Continuum of care. Healthcare Information and Management Systems Society. Retrieved from www.himss.org/ResourceLibrary/genResourceDetailPDF.aspx?ItemNumber=30272

თავი 7

ინფორმაციული ტექნოლოგიები პაციენტის უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობისთვის

ამ თავში თქვენ შეისწავლით:

- საექთნო ინფორმატიკის განსაზღვრებას;
- მონინავე ინფორმაციულ ტექნოლოგიებსა და ინფორმატიკაზე დაფუძნებული კანონმდებლობის და რეგულაციების განსაზღვრას;
- ინფორმაციული ტექნოლოგიისა და ინფორმატიკის როლის ახსნას უსაფრთხო და ხარისხიან მკურნალობასთან მიმართებით;
- რამდენიმე ყველაზე ხშირად გამოყენებული ინფორმაციული სისტემის აღწერას ჯანდაცვის სისტემაში;
- ლიდერი და მენეჯერი ექთნების როლის აღწერას ინფორმაციულ ტექნოლოგიებთან და ინფორმატიკის გამოყენებასთან მიმართებით.

ყოველდღიურად ექთნებს დიდი მოცულობის ინფორმაციასთან უნევთ გამკლავება. უსაფრთხო და ხარისხიანი საექთნო მოვლა ეფუძნება ექთნების უნარს, მოიპოვონ ადექვატური და შესაფერისი ინფორმაცია გადაწყვეტილებების მისაღებად. ამის ნაწილს წარმოადგენს საბაზისო კომპიუტერული ცოდნის მიღება და ინფორმაციის მართვის უნარ-ჩვევების გამომუშავება საექთნო საქმიანობის ყველა ასპექტის მხარდაჭერის მიზნით.

ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს უნდა ესმოდათ, როგორ მოახდინონ საექთნო ინფორმატიკისა და ჯანმრთელობის ინფორმაციული ტექნოლოგიების (IT) ინტეგრირება პაციენტებისთვის უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობის მიზნების საქმეში. ისინი უნდა აღიარებდნენ საქმიანობის გაუმჯობესებაში საექთნო მონაცემების მნიშვნელოვნებას, თვალყურს ადევნებდნენ ჯანდაცვის და პაციენტების გამოსავლის ტენდენციებს, აფასებდნენ და იკვლევდნენ პაციენტის მკურნალობასთან დაკავშირებულ პროცესებს და თანამშრომლობდნენ სხვებთან საექთნო სისტემის განვითარების მიზნით (American Nurses Association – ANA, 2015; American Organization of Nurse Executives – AONE, 2011).

საექთნო ინფორმატიკა ახდენს საექთნო მეცნიერების, კომპიუტერული მეცნიერების, ინფორმატიკის მეცნიერების და IT-ის ინტეგრირებას საექთნო საქმიანობაში მონაცემების, ინფორმაციის, ცოდნისა და გამოცდილების (მაგ., ადამიანური პრობლემების გადაჭრის კუთხით ცოდნის შესაბამისად გამოყენება) მართვისა და კომუნიკაციისთვის (ANA, 2008, p. 92). შედარებით ახალგაზრდა სპეციალობაა საექთნო ინფორმატიკა, რომელიც ასე აუცილებელია დღეს პაციენტის მკურნალობის გაუმჯობესებისა და სარეგულაციო მოთხოვნების შესრულებისათვის.

ამ თავში აღწერილია ინფორმატიკისა და IT-ის საბაზისო ელემენტები და ზოგიერთ ელემენტთან დაკავშირებით უფრო მეტი ტექნიკური დეტალიც. ახსნილია სხვადასხვა საკანონმდებლო და რეგულაციური მოთხოვნები, დაკავშირებული ინფორმატიკის წინსვლასთან და განხილულია ინფორმატიკის მნიშვნელოვანი ადგილი უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობის უზრუნველყოფის საქმეში. ამასთან წარმოდგენილია ჯანდაცვაში ყველაზე ხშირად გამოყენებული ინფორმაციული სისტემები და ჯანმრთელობაზე ელექტრონული ჩანაწერებისა და ინფორმაციული სისტემების უსაფრთხოების ძირითადი პრინციპები. და ბოლოს, ახსნილია როგორ უნდა შეუწყონ ხელი ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა პერსონალის მხრიდან IT-ის მოხმარებას. ამ გზით შესაძლებელია მათი საქმიანობის ეფექტიანობის გაზრდა, ხარჯების შემცირება, ეფექტიანი კომუნიკაციის ჩამოყალიბება და ხარისხიანი და უსაფრთხო მკურნალობის უზრუნველყოფა.

საექტონო ინფორმატიკის გაგება

საექტონო ინფორმატიკის განხილვა, მისი ძირითადი ასპექტების ცოდნა მნიშვნელოვანია, თუნდაც იგი უკავშირდებოდეს ტექნიკური ასპექტების ზედაპირულ აღქმას.

ინფორმატიკის საბაზისო ელემენტები

ინფორმატიული სისტემაა ნებისმიერი ტექნოლოგიაზე დაფუძნებული ან სხვა სახის სისტემა, რომელიც ინახავს, ამუშავებს და მართავს როგორც ინდივიდუალურ, ასევე ორგანიზაციული დონის ინფორმაციას. განარჩევენ ინფორმატიული სისტემების ორ ძირითად სახეს: ადმინისტრაციულსა და კლინიკურს. ადმინისტრაციული სისტემები თავის მხრივ მოიცავს როგორც ადმინისტრაციულ, ასევე ფინანსურ ნაწილს. სისტემების მომწოდებლები უზრუნველყოფენ პაციენტების მკურნალობის კუთხით ორგანიზაციის მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად ერთიან სისტემაში ინტეგრირებული პროგრამების პაკეტებს ან კონკრეტულ სპეციალობაზე მორგებულ საუკეთესო ტიპის სისტემებს, რომელთა ინტეგრაცია სხვა სისტემებთან ნაკლებად სავარაუდოა.

მართალია უმეტესი საინფორმაციო სისტემების შექმნა ხდება მომწოდებლებისგან, თუმცა არსებობს ლოკალურად მათი შექმნის შესაძლებლობაც. თუმცა ამისთვის საკმაოდ დროა საჭირო, სწორედ ამიტომ ისევ გამზადებული სახით სისტემების შექმნას ეძლევა უპირატესობა. ასეთი სისტემები თავის თავში გარკვეულ ვარიაციებს მოიცავს, რაც მათი სხვადასხვა სიტუაციებზე მორგების საშუალებას იძლევა.

სისტემის შექმნა არის პროცესი, რომლის დროსაც გარკვეული ინფორმატიული სისტემის მოპოვება ხდება. აღნიშნული პროცესი წარმართება სპეციალური დოკუმენტაციის შევსებით (ამჟამად ეს დოკუმენტებია **request for information – RFI** და **request for proposal – RFP**). ამ დოკუმენტებში დაფიქსირებული მოთხოვნის საფუძველზე მომწოდებელი იძლევა პროდუქტის შესახებ სრულ ინფორმაციას. შესავსები ფორმები სხვადასხვაგვარია. პროდუქტის შერჩევის პროცესი გრძელდება საბოლოო კონტრაქტის გაფორმებამდე. აღნიშნულ ეტაპზე ხდება ზედამხედველობითი კომიტეტის ჩამოყალიბება, სისტემასთან მიმართებაში მიზნებისა და ამოცანების განსაზღვრა, გარკვეული მოთხოვნების ჩამოყალიბება, მომწოდებლების შეთავაზებების განხილვა, ხარჯთ-ეფექტიანობის კუთხით ანალიზის ჩატარება, მომწოდებლის მიერ სადემონსტრაციო ჩვენების გამართვა და ბოლოს კონტრაქტების დადება მომწოდებლებთან (Wager, Lee & Glaser, 2013).

საინფორმაციო სისტემის შექმნასთან დაკავშირებული დეტალები გათვალისწინებული უნდა იქნას ორგანიზაციის სტრატეგიულ გეგმაში. ინფორმატიული სისტემა ორგანიზაციას უზრუნველყოფს ინფრასტრუქტურით და ითხოვს გარკვეულ რესურსებს მისი შემუშავების, მოვლისა და საბოლოო მოხმარებისთვის. რადგანაც ეს არის დიდი ინვესტიცია, ინფორმატიული სისტემის შერჩევა ძალიან ფრთხილად უნდა მოხდეს, რა თქმა უნდა პერსონალის ჩართულობით, მათ შორის ექტონების ჩართულობითაც.

სისტემის დამონტაჟებიდან იგი უკვე იწყებს ფუნქციონირებას. სისტემის განვითარების სასიცოცხლო ციკლი (**system development life cycle – SDLC**) მიუთითებს მის სიცოცხლისუნარიანობაზე. SDLC-ის ფაზებია: დაგეგმვა და ანალიზი, დიზაინი, დანერგვა და მხარდაჭერა, შეფასება (Wager, Lee & Glaser, 2013). აღნიშნული ფაზები მოცემულია ცხრილში 7-1

ცხრილი 7-1: სისტემის განვითარების სიცოცხლის ციკლის ფაზები

სისტემის განვითარების სიცოცხლის ციკლის ფაზები	აქტივობები
დაგეგმვა და ანალიზი	პროექტის დაგეგმვა და მიმდინარე სიტუაციის ანალიზი
დიზაინი	განსაზღვრა, რა სახის უნდა იყოს სისტემა

დანერგვა	განსაზღვრა, როგორ უნდა მოხდეს სისტემის დანერგვა, ზედამხედველობის და სუპერ მომხმარებლის საჭიროებების დადგენა
მხარდაჭერა და შეფასება	სისტემის შენარჩუნება და მოდიფიცირება დანერგვის შემდეგ; ამ ეტაპზე ხდება ბიუჯეტის 80%-ის ინვესტირება (Woger, Lee & Glaser, 2013)

From Wager, K.A., Lee F.W. & Glaser, J.P. (2013)

ლიდერი და მენეჯერი ექთნები ჩართულნი უნდა იყვნენ პროცესის ყველა ასპექტში, დასაწყისიდანვე ანუ სისტემის მოძიების ეტაპიდან, მისი შემდგომი განვითარების SDLC-ის ფაზებშიც.

ინფორმაციული ტექნოლოგია (IT) კომპიუტერ ტექნოლოგიას აკავშირებს მონაცემებთან და ტელეკომუნიკაციის ტექნოლოგიებთან. IT-ის მხრიდან უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობის შეწყობის გზების მაგალითებია: 1) იმ ინსტრუმენტებში გარკვეული მინიშნებების უზრუნველყოფა, რომელიც გამოიყენება საექთნო საუკეთესო პრაქტიკის შესაბამის დოკუმენტაციაში 2) მონაცემთა შეგროვებისთვის მონაცემების გარკვეული ელემენტების უზრუნველყოფა და 3) რეალურ დროში პაციენტის შესაბამისი ინფორმაციის წარმოჩენა.

საექთნო ინფორმეტიკა ხელს უწყობს საექთნო საქმიანობის ყველა დონეზე ინფორმაციული სისტემების და ტექნოლოგიების გამოყენებით გადაწყვეტილებების მიღებას. საექთნო ინფორმეტიკის აუცილებელი შემადგენელი კომპონენტია პაციენტის შესახებ ელექტრონული ჩანაწერები ანუ სამედიცინო დოკუმენტაცია. სამედიცინო დოკუმენტაცია მნიშვნელოვანია კომუნიკაციის, ლეგალური, ბილინგისა და ანაზღაურების კუთხით (Wager, Lee & Glaser, 2013). ელექტრონული ჩანაწერები აუმჯობესებს მონაცემების მოძიებასა და ხარისხის მართვას, უზრუნველყოფს საზომების სისტემას, მონაცემების ხარისხს და ამ მონაცემების ხელმისაწვდომობას. ელექტრონული ჩანაწერების სამი ყველაზე ხშირი სახეობაა ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერები (EMR), ელექტრონული ჯანმრთელობის ჩანაწერები (HER) და პერსონალური ჯანმრთელობის ჩანაწერები (PHR). ელექტრონული ჩანაწერების ყველა ეს სახე მოიცავს სამედიცინო ინფორმაციას და პაციენტისთვის მიწოდებული მკურნალობის დეტალებს. ბევრი ადამიანი ხშირად EMR-სა და EHR-ს ჩანაცვლებით იყენებს, მიუხედავად იმისა რომ მათ შორის გარკვეული განსხვავებაა. ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერი ეს არის ელექტრონული ჩანაწერი პაციენტზე, რომელიც გამოიყენება ერთი ორგანიზაციის მიერ. ელექტრონული ჯანმრთელობის ჩანაწერი კი გამოიყენება ერთზე მეტი ორგანიზაციის მიერ, იძლევა პაციენტის ჯანმრთელობის შესახებ უწყვეტ ინფორმაციას, რაც შესაძლოა გაზიარებული იქნეს რამდენიმე ორგანიზაციას შორის. EHR იძლევა სისტემებსა და სხვადასხვა ლოკაციებს შორის კომპიუტერული ოპერაციების გაცვლის საშუალებას (Sewell, 2016). ეს ნიშნავს, რომ EHR-ის ინფორმაცია შესაძლოა გაზიარებული იქნეს ერთზე მეტ ლოკაციასა ან ორგანიზაციაში. პერსონალური ჯანმრთელობის ჩანაწერი კი ეს არის პაციენტის სამედიცინო ისტორიის ელექტრონული ფორმა, რომელიც პაციენტს შეუძლია თან წაიღოს და/ან გადაუგზავნოს ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელს (Hebda & Czar, 2009). პაციენტი თვითონ მართავს PHR-ს, მისი ფორმის შექმნის, მასზე წვდომისა და ჩანაწერების განახლების ჩათვლით (Wager, lee & Glaser, 2013).

IOM (IOM 2003) აღწერს EHR-ის რვა ძირითადად ფუნქციას: 1) ჯანმრთელობისა და ინფორმაციული მონაცემების დაფიქსირება, 2) შედეგების მართვა, 3) შეკვეთების მართვა, 4) გადაწყვეტილებების მიღების მხარდაჭერა, 5) ელექტრონული კომუნიკაცია და კავშირი, 6) პაციენტების მხარდაჭერა, 7) ადმინისტრაციული პროცესებისა და ანგარიშების უზრუნველყოფა და 8) პოპულაციის ჯანმრთელობა და მასზე მონაცემების ანგარიშები. EHR-ში მონაცემების მნიშვნელობა კიდევ უფრო შეიძლება გამყარდეს ფინანსური ინსტრუმენტების და კლინიკური გადაწყვეტილებების მხარდაჭერის კომპონენტების გათვალისწინებით. ეს ინსტრუმენტები კლინიკური, ფინანსური და ადმინისტრაციული მონაცემების შედარების საშუალებას იძლევა, რაც ორგანიზაციისთვის რა თქმა უნდა დამატებითი სარგებლის მომტანია. ჯანდაცვის ორგანიზაციების სპეციფიკიდან გამომდინარე, ამ ინსტრუმენტებთან დაკავშირებული სპეციალური სისტემები შესაძლოა მიღებული იქნეს იგივე მომწოდებლებისგან ან სხვა რომელიმე მომწოდებლისგან.

ეს დამოკიდებულია იმაზე რამდენად რთული იქნება პაციენტის ინფორმაციის ინტეგრირება მთლიან სისტემაში ან მონაცემთა ერთ ცენტრალურ მესხიერებაში. კლინიკური და ფინანსური ინფორმაციის ინტეგრირება სულ უფრო მნიშვნელოვანი ხდება დღევანდელ ჯანდაცვის გარემოში, სადაც მარეგულირებლები სულ უფრო მეტად ახდენენ ხარისხისა და ფინანსური საკითხების საქმიანობაში ინტეგრირებას. ელექტრონული ჩანაწერებს სხვა უპირატესობაც აქვთ. მრავალ კლინიკისთვის ერთდროულად შეუძლია პაციენტის ელექტრონული ისტორიის ნახვა და ეს ამცირებს დოკუმენტების დაკარგვის რისკს.

ინფორმატიკის ტექნიკური ასპექტები

მნიშვნელოვანია ლიდერ და მენეჯერ ექთანს ან ინფორმატიკის ექთანს (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) ჰქონდეს ინფორმაციული სისტემებისა და ტექნოლოგიებზე გარკვეული ცოდნა. IT პერსონალს, ვინც უვლის სისტემას და კლინიკისთვის ვინც ინტენსიურად იყენებს მას, შესაძლოა სრულად განსხვავებული განათლება ჰქონდეს მიღებული ამ მიმართულებით და განსხვავებულადვე აზროვნებდნენ და ურთიერთობდნენ. აღნიშნული განსხვავებების შეცნობა დაეხმარება ამ ჯგუფებს კომუნიკაციის გაუმჯობესებაში, რაც თავის მხრივ ხელს შეუწყობს უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობის უზრუნველყოფის პროცესს.

ქსელი

ქსელი ეს არის ინფორმაციული სისტემის ფუნდამენტური ჩარჩო, რომელიც ელექტრონულ მონაცემებს შორის ინფორმაციის გადაცემის საშუალებას იძლევა. ამის ყველაზე უფრო კარგი მაგალითია ინტერნეტი. ჯანდაცვის ორგანიზაციების უმეტესობას აქვს საკუთარი ქსელი თავისი სისტემის ფარგლებში, რომელთაც ინტრანეტი ეწოდება (Hebda & Czar, 2009). ჯანდაცვის ინდუსტრიაში მობილური კომპიუტერული პროგრამების წინსვლასთან ერთად, უმეტესი ორგანიზაციები იძლევიან საკუთარ ქსელზე წვდომის საშუალებას უკაბელო ტექნოლოგიების გამოყენებით (wireless technology). ეს წვდომა საჭიროებს უკაბელო ანტენებით დაფარვის მქონე ცალკე ქსელს.

მონაცემები

მონაცემები უკავშირდება ინფორმაციის, ფაქტებისა და ციფრების შეგროვებას. ექთნები მუდმივად ახდენენ მონაცემების შეგროვებასა და მართვას, როდესაც ზრუნავენ პაციენტზე. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები აგროვებენ, მართავენ, ანალიზებენ და აფასებენ მონაცემებს ეფექტიანად ოპერირებისა და უსაფრთხო და ეფექტიანი საექთნო საქმიანობის უზრუნველსაყოფად.

მონაცემთა ბაზა

ცენტრალური ადგილი სადაც ხდება მონაცემების შეგროვება ეწოდება მონაცემთა ბაზა. იგი წარმოადგენს საკვანძო ლოკაციას მონაცემთა შესანახად და საჭიროების დროს აქედანვე ხდება მონაცემების ამოღება. სწორედ აქ ხდება ინდივიდუალური მონაცემების შეგროვება, და ეს თემა უფრო დეტალურად იქნება განხილული ქვემოთ ამავე თავში. ეს ინდივიდუალური მონაცემები ინახება სხვა მონაცემებთან ერთად, რაც აადვილებს მათ შედარებას (მაგ., როდესაც ექთანი კითხვაზე „აღენიშნება პაციენტს ბოლო 6 თვის ანამნეზში დაცემის ეპიზოდი?“ ელექტრონულად მიუთითებს პასუხს „კი“, მარტივია მონაცემთა ბაზაში მოიძებნოს მსგავსი პასუხის დაფიქსირების შემთხვევები). კლინიკური მონაცემების მესხიერება ეს არის მონაცემთა ბაზა, სადაც ორგანიზაციაში არსებული ყველა ინფორმაციული სისტემიდან ხდება მონაცემების შენახვა და კონტროლი (Hebda & Czar, 2009). ორგანიზაციებს შეუძლიათ მონაცემთა ბაზებიდან ინფორმაციის ამოღება ცოდნის გასაუმჯობესებლად, საუკეთესო პრაქტიკის უზრუნველსაყოფად და გამოსავლების წინასწარ სავარაუდოდ. ინფორმაციის ამოღების პრინციპები განიხილება უფრო ქვემოთ (Connolly & Begg, 2005; Sewell, 201).

მონაცემების ამოღება

EHR მოიცავს სხვადასხვა მოცულობის მონაცემებს. ამ ჩანაწერებიდან ინფორმაციის ხელით ამოღება არარეალურია. მონაცემების ელექტრონულად ამოღება ეს არის იმ ინფორმაციის ან

ცოდნის მოპოვების პროცესი, რაც ადრე არ იყო ცნობილი (Swell, 2016). ეს ინფორმაცია შესაძლოა გამოყენებული იქნას პაციენტების სიმპტომების შესაცნობად, დაავადების წინასწარ განსაჯვრეტად და გარკვეული ინტერვენციების დასაგეგმად (Sewell, 2016). ყველა ექთანს უნდა ჰქონდეს მონაცემთა ბაზებიდან ინფორმაციის ამოსაღებად საჭირო საბაზისო ცოდნა. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები ამ ტექნიკას იყენებენ მონაცემების მოსაპოვებლად, გარკვეული საკითხების წინასწარ განსაჯვრეტად, შესაფასებლად და ცოდნის მოსაპოვებლად. ამ გზით ისინი პაციენტის მკურნალობის, სერვისის მიწოდების, პერსონალის დაგეგმარების, შეცდომების რეპორტირების, ბიუჯეტირებისა და აქტივობების დაგეგმარების მიმართულელებით საუკეთესო პრაქტიკის შემუშავებას უწყობენ ხელს.

ინტერფეისი

ჯანდაცვის სივრცე გაჯერებულია ტექნოლოგიური მოწყობილობებით, რომელთა ფუნქციას გარკვეული ელექტრონული მონაცემების მოპოვება და/ან ანალიზი. სამწუხაროდ, ეს მოწყობილობები არ არის ერთი მწარმოებლის მიერ შემუშავებული, ამიტომ ხშირად ერთი მოწყობილობა ვერ ამყარებს კავშირს მეორესთან. ინტერფეისი გამოიყენება ამ აპარატურებისა და მოწყობილობების დასაკავშირებლად, რის შემდეგაც შესაძლებელი ხდება სხვადასხვა სისტემებს შორის ინფორმაციის გაცვლა. ამ ინტერფეისებს შეუძლია ინფორმაციის გაგზავნა შეგროვების მომენტშივე (რეალურ დროში გადაცემა) ან შეუძლია მათი შენახვა და მოგვიანებით გადაცემა (batch processing). ეს უკანასკნელი რესურსების დამზოგველია (Hebda & Czar, 2009). ინტერფეისის შეუძლია ასევე უზრუნველყოს მოწყობილობის ინფორმაციულ სისტემებთან პირდაპირი კავშირი და ამ გზით დაზოგოს სისტემაში ინფორმაციის ხელით შეყვანისთვის აუცილებელი რესურსები და ასევე შეამციროს ინფორმაციის დაფიქსირებასთან დაკავშირებული შეცდომები. მაგალითად, ჯანდაცვის ორგანიზაციას შეუძლია ინტერფეისის საშუალებით მოწყობილობის მიერ შეგროვებული პაციენტის სასიცოცხლო პარამეტრებზე მონაცემები გადააგზავნოს პირდაპირ პაციენტის ისტორიაში.

გადანყვეტილების მიღების მხარდაჭერა

ინფორმაციული სისტემების გამოყენებით, ჯანდაცვის ორგანიზაციებმა შესაძლოა შეარჩიონ გარკვეული საშუალებები, რომელთაც გადანყვეტილების მიღების მხარდაჭერი სისტემები ეწოდება. ეს სისტემები მოიცავს განგაშის კომპონენტს ან სხვაგვარი გადანყვეტილების მიღების მხარდაჭერ მეთოდებს, რითიც ჯანდაცვის პროფესიონალებს უადვილებენ გარკვეულ კლინიკურ და მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ მედიცინაზე ინფორმაციის უფრო ეფექტიანად გამოყენებას (მაგ. ინფექციასთან დაკავშირებული საფრთხეები) (Hebda & Czar, 2009).

წესები და საგანგაშო შეტყობინებები

ჯანდაცვის ორგანიზაციებს ასევე შეუძლიათ გამოიყენონ გარკვეული წესები და საგანგაშო შეტყობინებები გადანყვეტილების მიღების პროცესში. წესები მოითხოვს სისტემის ფარგლებში მოქმედებას ამ წესებისთვის ბიძგის მიცემის ან პირიქით „დასრულების“ გზით. ამის მაგალითებია პაციენტების მოთავსება საავადმყოფოში გარკვეულ კრიტერიუმებზე დაყრდნობით, ლაბორატორიის მონაცემების ან ინფორმაციის დოკუმენტირება პროფესიონალების მხრიდან. კარგი მაგალითია ასევე, გრიპის სეზონისთვის ორგანიზაციის მიერ გარკვეული წესის შემუშავება, და ამ წესის შემუშავების საფუძველი შეიძლება იყოს გრიპის სეზონზე (ოქტომბრიდან აპრილის ჩათვლით) ყველა პაციენტის საავადმყოფოში მოთავსება ე.წ. „ჰოსპიტალიზაციის სტატუსით“ (inpatient status). შემუშავებული წესი შეახსენებს ჯანდაცვის მიმწოდებელს გრიპზე სკრინინგის ჩატარების აუცილებლობას.

უფრო ობიექტური გადანყვეტილებების მიღების მხარდაჭერის ინსტრუმენტიც ასევე საგანგაშო შეტყობინება. ეს შეიძლება იყოს პირდაპირი შეტყობინება, რომ პაციენტს ამოეთესა რეზისტენტული ორგანიზმი (მაგ., Methicillin-resistant Staphylococcus aureus – MRSA) და მან მიუთითოს ინსტიტუციის პოლისით განსაზღვრული ღონისძიებების გატარების საჭიროებაზე. საგანგაშო შეტყობინებით შესაძლოა ექთანს მოეთხოვოს განგაშის არსის გაცნობა ან განგა-

შის მიზეზის აღმოფხვრის შესაძლებლობის მოძიება (საჭიროების შემთხვევაში). მაგალითად, ჯანდაცვის მიმწოდებელმა შეიძლება მიიღოს განგაშის სიგნალი გარკვეული მედიკამენტის შეკვეთის დროს თუკი ეს მედიკამენტი უკუნაჩვენებია კონკრეტული პაციენტისთვის. შეკვეთის მიმცემმა პიროვნებამ უნდა გააცნობიეროს სიგნალის არსი და ამოიღოს აღნიშნული მედიკამენტი შეკვეთიდან. განგაშის სიგნალის გამოყენებას გარკვეული რისკებიც სდევს თან. მან შეიძლება კლინიცისტებში გამოიწვიოს ე.წ. „სიგნალის შიში“, რასაც მოჰყვება პერსონალის მხრიდან ამ სიგნალების უგულვებლყოფა, ხშირად იმის გაცნობიერების გარეშე თუ რაზე მიუთითებს ეს სიგნალი. წესები და სიგნალები გამოყენებული უნდა იქნას შეზღუდულად, მხოლოდ განსაკუთრებული შემთხვევებისთვის.

სტანდარტიზებული ენა

სტანდარტიზებული ენა გამოიყენება ინფორმაციულ სისტემებში, დისციპლინებს შორის და მთლიანად ინფორმაციულ სისტემაში ურთიერთგაგების გაუმჯობესების მიზნით. საერთო ენა იძლევა ინფორმაციის მარტივად გაზიარების საშუალებას. ამ დროს ყველა ერთნაირ ტერმინს იყენებს მსგავსი მდგომარეობების აღსაწერად. სტანდარტიზებული ენა მნიშვნელოვანია ბაზიდან მონაცემების ეფექტიანად ამოღებისა და EHR-ში საექთნო ინფორმაციის დოკუმენტირებისათვის (ANA, 2008). სტანდარტიზებული ენის გამოყენებისას დარწმუნებული უნდა ვიყოთ, რომ EHR-ში ფიქსირდება ყველა ის საჭირო სამედიცინო ინფორმაცია და საექთნო ქმედებები და გამოსავლები, რომელიც შემდგომ შეიძლება ანალიზის საგანი გახდეს. Health Leven Seven International არის American National Standards Institution-ის მიერ აკრედიტირებული არა-მოგებაზე ორიენტირებული ორგანიზაცია, რომელიც იძლევა სისტემებს ან მოწყობილობებს შორის ინფორმაციის გაცვლისთვის საჭირო ელექტრონულ პლატფორმას (Health Level Seven International, 2007-2016).

ინფორმატიკის წვლილი პაციენტის უსაფრთხოებაში

პაციენტის უსაფრთხოება ჯანდაცვის პრიორიტეტული მიმართულებაა. IOM-მ გამოაქვეყნა პაციენტის უსაფრთხოებასთან და მკურნალობის ხარისხთან დაკავშირებული რიგი ანგარიშები, „შეცდომის დაშვება ადამიანურია: ავაშენოთ უსაფრთხო ჯანდაცვის სისტემა“-ის ჩათვლით (To err is Human: Building a Safer Health System, Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000); გადავლახოთ ხარისხის მიმართულებით არსებული უფსკრული: ახალი ჯანდაცვის სისტემა 21-ე საუკუნისთვის (Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century, IOM, 2001); ჯანდაცვის პროფესიონალების სწავლება: ხიდი ხარისხისკენ (Health Professions Education: A Bridge to Quality, Greiner & Knebel, 2003); საექთნო საქმიანობის მომავალი: წარმართვა, შეცვლა და ჯანმრთელობის გაუმჯობესება (Future Nursing: Leading, Change, Advancing Health, IOM, 2011) და ჯანდაცვაში IT და პაციენტის უსაფრთხოება: უსაფრთხო სისტემის შექმნა უკეთესი მკურნალობისთვის (Health IT and Patient Safety: Building Safer Systems for Better Care, IOM, 2012).

აღნიშნული ანგარიშები ასახავს უსაფრთხოებისა და ხარისხის თემების მნიშვნელოვნებას ჯანდაცვის სისტემაში. მტკიცებულებებზე დაფუძნებული საქმიანობის პრინციპების დანერგვა ინფორმაციულ სისტემაში, გადანყვეტილებების მხარდაჭერის პრინციპისა (წესები და სიგნალები) და შესხენებითი სისტემების გამოყენება, ამცირებს მეხსიერებაზე დაყრდნობითი მკურნალობის ჩატარების შესაძლებლობას და აუმჯობესებს პაციენტის გამოსავლებს. ყველა ექთანს უკვე მოეთხოვება შეიცნოს საკუთარი ლიდერული ფუნქცია ჯანდაცვაში ინფორმატიკის ინტეგრაციის თვალსაზრისით (IOM, 2011, 2012).

ყველა ექთანს უნდა შეეძლოს ინფორმაციის საუკეთესო პრაქტიკის მაგალითების შესაბამისად განთავსება უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობის უზრუნველსაყოფად (Wahoush & Bnfield, 2014). მეტიც, ექთნებს უნდა ჰქონდეთ გარკვეული კომპეტენცია ინფორმატიკაში, რათა დაეხმარონ სპეციალისტებს უფრო მოსახერხებელი ტექნოლოგიების (user-friendly) შემუშავებაში, რაც თავის მხრივ ხელს შეუწყობს პაციენტის უკეთესი გამოსავლების მიღწევას (Sewell, 2016). ლიდერი და მენეჯერი ექთნები აქტიურად უნდა იყვნენ ჩართულნი ინფორმაციული ტექნოლოგიების ასიმილაციის პროცესსა და მათი საშუალებით პაციენტების მკურნალობის შეფასება-გადახედვაში პაციენტის უსაფრთხო და ეფექტიანი მკურნალობის მიზნით (AONE, 2011).

Wahoush, O., & Banfield, L. (2014). ინფორმაციული განათლება პრაქტიკის სანყის ეტაპზე: ინფორმაციის ძიებასთან დაკავშირებული ქცევა სტუდენტებსა და ახალდამთავრებულ ექთნებში. *Nurse Education Today*, 34 (2014), 208-2013

მიზანი

ამ კვლევის მიზანია აღწეროს ინფორმაციის ძიებასთან დაკავშირებული ქცევა სტუდენტებსა და ლიცენზირებულ ექთნებში საკუთარ სამუშაო გარემოში.

მეთოდები

გამოყენებული იყო ორფაზიანი ჯვარედინ-სექციური დიზაინის პილოტური კვლევა. მონაწილეობდნენ მაღალი კურსის სტუდენტები, ახალდამთავრებული ექთნები, ლიდერი ექთნები და ბიბლიოთეკის პერსონალი. მაღალი კურსის სტუდენტები და ახალდამთავრებული ექთნები გამოკითხული იყვნენ იმ საინფორმაციო წყაროებთან მიმართებით, რომელსაც იყენებდნენ მუშაობის დროს. თვისებრივი ინტერვიუ იქნა წარმოებული ლიდერ ექთნებთან და ბიბლიოთეკის პერსონალთან, იმ რესურსების დაზუსტების მიზნით რომელიც ხელმისაწვდომი იყო ექთნებისათვის. ინტერესის სფერო იყო ის გზებიც, რომელთა საშუალებითაც ექთნები გებულობდნენ აღნიშნული რესურსების შესახებ.

ფაზა I, 62-მა უფროსკურსელმა სტუდენტმა მიიღო მონაწილეობა გამოკითხვაში. ფაზა II, 18-მა ახალდამთავრებულმა ექთანმა შეავსო კითხვარი და 6 ლიდერი ექთნისა და ბიბლიოთეკის თანამშრომლის გამოკითხვა მოხდა. უფროსკურსელი სტუდენტი და ახალდამთავრებული ექთანი პასუხების მიხედვით დაჯგუფებული იყვნენ სამ კატეგორიად ინფორმაციული რესურსების გამოყენებასთან მიმართებით: ელექტრონული, ნაბეჭდი და ინტერპერსონალური.

მნიშვნელოვანი შედეგები

უფროსკურსელი სტუდენტები და ახალდამთავრებული ექთნები აღნიშნავდნენ მინიმუმ ერთ წყაროზე წვდომას თითოეული კატეგორიიდან მათთვის საინტერესო ინფორმაციის მისაღებად. ორივე ეს ჯგუფი აჩვენებდა, რომ ყველაზე ხშირად ინფორმაციის ელექტრონულ წყაროს გამოიყენებდნენ. სტუდენტები უფრო მიმართავდნენ ბეჭდვით რესურსებს, ვიდრე ინტერპერსონალურ რესურსებს, ხოლო ახალდამთავრებული ექთნები პირიქით. ახალდამთავრებული ექთნების 11% იყენებდა ხელ-მწოყობილობებს კლინიკური ინფორმაციის მისაღებად, მაშინ როდესაც სტუდენტები საერთოდ არ გამოიყენებდნენ მათ. ორივე ჯგუფი აღნიშნავდა, რომ საავადმყოფოს ბიბლიოთეკის რესურსებზე შეზღუდული წვდომა ჰქონდათ.

ყველა ლიდერი ექთნისა და ბიბლიოთეკის თანამშრომლის თქმით ორგანიზაცია უზრუნველყოფდა ორიენტაციის კურსებს და ახალი პერსონალის მენტორობას. ბიბლიოთეკის პერსონალი აღნიშნავდა, რომ ისინი მიესალმებოდნენ ახალდამთავრებული ექთნების დახმარებას ინფორმაციის მიღების თვალსაზრისით. ამასთან, ისინი აღნიშნავდნენ რომ საავადმყოფოებში ფინანსური პრობლემების გაჩენისას პირველ რიგში მცირდებოდა პაციენტის მკურნალობასთან დაკავშირებული სერვისები. ერთი მაგალითის მიხედვით, ბიბლიოთეკა გატანილი იქნა საავადმყოფოს გარეთ, რამაც გაართულა რესურსებზე წვდომა.





ლიდერი და მენეჯერი ექთნების საქმიანობაზე შესაძლო გავლენა

ამ პილოტური კვლევის შედეგები აჩვენებს, რომ უფროსკურსელი სტუდენტები და ახალდამთავრებული ექთნები იყენებენ ინფორმაციის სხვადასხვა რესურსებს საქმიანობისას, პირადი ინფორმაციული მონაცემების ჩათვლით. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები კარგად უნდა იცნობდნენ მიმდინარე პრაქტიკას და ინფორმაციული უსაფრთხოების უზრუნველყოფისთვის განიხილავდნენ პოლისებსა და პრაქტიკულ გზამკვლევებს. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები ადვოკატირებას უნდა უწევდნენ ექთნების წვდომას ინფორმაციულ რესურსებზე მათ შორის ბიბლიოთეკის სერვისის გამოყენების გზით.

საკანონმდებლო და რეგულაციური ფაქტორების ზეგავლენა ინფორმატიკაზე

სახელმწიფო ან დამოუკიდებელი ინსტიტუციები ადგენენ სტანდარტებსა და სააკრედიტაციო გზამკვლევებს ინფორმაციული ტექნოლოგიების ჯანდაცვის სისტემაში დანერგვის მიზნით.

ინფორმატიკის დეპარტამენტი

ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს სხვადასხვა სახის IT პროფესიონალებთან უწევთ თანამშრომლობა. ცხრილი 7-2 წარმოაჩენს ამ ჯგუფის ზოგიერთ ფუნქციებსა და პასუხისმგებლობებს.

ცხრილი 7-2 ინფორმატიკის დეპარტამენტის როლი და პასუხისმგებლობები

როლი	პასუხისმგებლობები
ინფორმაციის მთავარი ოფიცერი	ორგანიზაციის შიგნით სტრატეგიულად გეგმავს ტექნოლოგიებთან და კომპიუტერულ სისტემებთან დაკავშირებულ პროცესებს
მთავარი სამედიცინო ინფორმაციის ოფიცერი	ეს არის ექიმი რომელიც ახდენს მედიცინის სფეროსა და IT-ს ერთმანეთთან ინტეგრირებას; მონაწილეობს იღებს ინტერფეისის შექმნაში მომწოდებლებთან ერთად
მთავარი საექთნო ინფორმაციის ოფიცერი	ახდენს საექთნო საქმისა და IT-ს ერთმანეთთან ინტეგრაციას; ის პასუხისმგებელია ინფორმაციული სისტემის სტრატეგიულ დაგეგმარებაზე
პროექტის მენეჯერი	პასუხისმგებელია ინფორმატიკასთან დაკავშირებული პროექტის დაგეგმარებაზე, მონიტორინგზე და შეფასებაზე; ახდენს საექთნო ლიდერებისა და სხვა დაინტერესებული პირებისთვის სტატუსის ანგარიშგებას
ქსელის ინჟინერი	ტექნიკური ექსპერტი, ვინც შეიმუშავებს და უვლის კომპიუტერულ ქსელს

კლინიკური ანალიტიკოსი	ფოკუსირდება ინფორმაციული სისტემის დიზაინზე, ტესტირებაზე და დანერგვაზე; მუშაობს კლინიკურ ექსპერტებთან ერთად
კლინიკური სისტემების პედაგოგი	აანალიზებს ინფორმაციულ სისტემებთან მიმართებით კლინიკური პერსონალის სწავლის საჭიროებებს; ამზადებს სასწავლო მასალებს, იძლევა ინსტრუქციებს და ეხმარება სისტემის მომხმარებლებს

მონაცემების გამოყენება ინფორმატიკაში

მონაცემთა ხარისხის მაღალ დონეზე შენარჩუნება ინფორმატიკის აუცილებელი შემადგენელი კომპონენტია. მონაცემების ხარისხი უნდა იყოს სანდო და ეფექტიანი. მონაცემთა სტანდარტიზაცია შეიძლება მონაცემების მაღალი ხარისხის განმსაზღვრელი იყოს. ელექტრონული ჩანაწერების დიზაინის შემუშავებისას უნდა გაითვალისწინონ ინდივიდუალურ მონაცემთა ელემენტების ხელმისაწვდომობა. ეს ელემენტები შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ან კვლევისთვის ან რეგულაციური მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად.

მონაცემთა ნაკრები (date set)

მონაცემების ნაკრები ეს არის სტანდარტიზებული მონაცემთა ერთიანობა. სხვადასხვა მონაცემთა ნაკრები არსებობს, რაც შეიძლება გამოყენებული იქნას ბილინგისთვის, კვლევისთვის ან სხვა რაიმე მიზნით. მონაცემების ნაკრები გამოიყენება პაციენტზე სტანდარტიზებული მონაცემების და მონაცემთა კომპონენტებზე სტანდარტიზებული დეფინიციების უზრუნველსაყოფის მიზნით. მონაცემთა ნაკრების მაგალითია UB-04, რომელიც ბილინგის სტანდარტულ მონაცემთა ნაკრებს წარმოადგენს ან CMS-1500, რომელიც მსგავსი ნაკრებია, მხოლოდ არა ინსტიტუციური ჯანდაცვის პირობებისთვის. ორივე ეს ნაკრები გამოიყენება ჯანდაცვის ანაზღაურების მიმართულებით (Wager, lee & Glaser, 2013). ასევე არსებობს განსხვავებული მონაცემთა ნაკრებების ტიპებიც, სპეციფიკურ პირობებში ან სპეციფიკურ მონაცემთან მიმართებით გამოსაყენებლად.

კოდირება

კოდირება ეს არის პროცესი, რომლის დროსაც ხდება პაციენტის ფაილიდან მონაცემების ამოღება და მათთვის ინდუსტრია-გასტანდარტებული სამედიცინო კოდის მინიჭება. ძირითადად ორი ტიპის კოდირების სისტემა გამოიყენება ჯანდაცვაში: დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკატორი (International Classification of Diseases - ICD, მე-10-ე გადახედვა) და მიმდინარე პროცედურული ტერმინოლოგია (Current Procedural Terminology – CTP).

ICD-10 კლინიკური მოდიფიკაცია (ICD-10-Clinical Modification – CM) ეს არის სისტემა რომელიც ახლა გამოიყენება კლინიკური დიაგნოზებისთვის კოდების მისანიჭებლად. CTP ეს არის პროცედურების კოდირების სისტემა. იგი მანუალურად ინარმოება და მისი ჩამონათვალი ყოველწლიურად ქვეყნდება ამერიკის სამედიცინო ასოციაციის ანგარიშებში (American Medical Association). ეს სისტემა აქტიურად გამოიყენება როგორც ჰოსპიტალურ სექტორში ასევე ამბულატორიულ პირობებში.

კოდირების ორივე სისტემა გამოიყენება ბილინგის, კვლევითი საქმიანობისა და სხვა მიზნებისთვის.

მონაცემთა უსაფრთხოება

მონაცემთა დაცულობა არის ჯანდაცვის სისტემის მნიშვნელოვანი ამოცანა. პაციენტის მონაცემები შეიძლება დაიკარგოს, მიეწოდოს არაავტორიზებულ პირს ან გახდეს ვირუსების ან სხვა მავნე პროგრამების თავდასხმის ობიექტი. არსებობს სხვადასხვა სახის საშუალებები

და მეთოდები მონაცემთა დაცულობის უზრუნველსაყოფად. უსაფრთხოების საბაზისო დონე მოიცავს უნიფიცირებული მომხმარებლის სახელისა და პაროლის, ბიომეტრიული საიდენტიფიკაციო ნიშნების და უსაფრთხოების ნიშნების გამოყენებას. უნიფიცირებული მომხმარებლის სახელი და პაროლი საშუალებას აძლევს სისტემას შეაგროვოს სისტემის გამოყენებულთა შესახებ ინფორმაცია და დაადგინოს სისტემის რომელ ნაწილში იყო შეღწევის მცდელობა. ზოგიერთმა სისტემებმა ასევე დაიწყეს ბიომეტრიული საიდენტიფიკაციო ნიშნების გამოყენება, როგორცაა თითის ანაბეჭდი ან თვალის ფსკერის სურათი ან მონყობილობა, რომელიც ახდენს ხელმონერისთვის შემთხვევითობის პრინციპით კოდის გენერირებას (უსაფრთხოების ნიშანი იდენტიფიკაციისთვის).

გადაგზავნილი ინფორმაცია შეიძლება იყოს დაშიფრული და ქსელის უსაფრთხოების საშუალებები იქნეს გამოყენებული არაავტომატიზირებული შეღწევისგან თავის დასაცავად. მონაცემთა დაშიფვრა ეს არის საშუალება რომელიც იცავს ელექტრონული (მაგალითად ელექტრონული ფოსტით) ან ფიზიკური (მაგალითად ლეპტოპი) გზით გადაცემულ ინფორმაციას. გადაცემის პროცესი ხდება ნაუკითხავი ფორმით სპეციალური მათემატიკური ფორმულების გამოყენების გზით (Hebda & Czar, 2009). Firewall ეს არის მყარის დისკის (hardware) და პროგრამული უზრუნველყოფის (software) ნაზავი, რომლის მიზანია ორგანიზაციის სისტემაში არაავტომატიზირებული შეღწევისგან თავის დაცვა (Hebda & Czar, 2009). ამ სახით, დამატებული უსაფრთხოების ელემენტი, ასევე ქმნის პრობლემებს შიდა მომხმარებლისთვისაც. Firewall უნდა იქნეს მიღებული მხედველობაში, როდესაც ხდება ინტერფეისით კავშირების შემუშავება.

ლიდერი და მენეჯერი ექთნები მნიშვნელოვანი რგოლია მონაცემთა უსაფრთხოდ შენახვის საქმეში. მათ ეფექტიანად უნდა დაიცვან ორგანიზაციის და პაციენტის პერსონალური ინფორმაცია. ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა ხელი უნდა შეუწყონ პაციენტის ინფორმაციის პატივისცემის კულტურის შემუშავებას. ისინი უნდა ჩაერთონ ორგანიზაციული უსაფრთხოების პოლისების შემუშავებასა და დანერგვაში, რაშიც ასახული იქნება შესაბამისი წესები და რეგულაციები. ამასთან ერთად, ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა მუდმივად უნდა აწარმოონ პერსონალის განათლება ინფორმაციის უსაფრთხოებასა და HIPPA-სთან მიმართებით.

ჯანდაცვაში გამოყენებული ინფორმაციული სისტემები

ყველა ექთანი უნდა ფლობდეს ინფორმაციული სისტემის საბაზისო საკითხებს. როგორც წესი ინფორმაციული სისტემები შედგება სხვადასხვა ტიპის აპლიკაციისგან, რომელთა ერთად მუშაობა უზრუნველყოფს სრულყოფილ ჩანერას. აპლიკაცია ეს არის კომპიუტერული პროგრამა, რომელიც ასრულებს გარკვეულ ფუნქციას ან აქტივობას. აპლიკაციებს შორის გადართვა შესაძლოა იყოს შეუმჩნეველი ან ხილული (მაგალითად, სხვა აპლიკაციის შერჩევისას შესაძლოა საჭირო იყოს სხვა შესასვლელი გზის გამოყენება ან ახალი ფანჯრის გახსნა). ქვემოთ განხილულია ჯანდაცვის სექტორში გამოყენებული ზოგიერთი ინფორმაციული სისტემა და აპლიკაცია.

ელექტრონული მედიკამენტების ადმინისტრირების ჩანანერი

საექთნო სკოლაში გამოყენებული ყველაზე ხშირი სლოგანია „თუ არ იყო დოკუმენტირებულია ე.ი. არ შესრულებულა“. დოკუმენტირება ნიშნავს შეფასების, მკურნალობის და გამოკვლევის შესახებ ჩანანერების გაკეთებას. დოკუმენტაციის მხარდამჭერი აპლიკაციები დაკავშირებული უნდა იყოს კლინიკურ საქმიანობასთან და ხელს უწყობდეს სამუშაო აქტივობებს. ასეთი აპლიკაციის ერთ-ერთი მაგალითია ელექტრონული მედიკამენტების ადმინისტრირების ჩანანერი (eMAR). eMAR-ს აქვს სხვადასხვა მახასიათებელი, რომელიც აუმჯობესებს პაციენტის მკურნალობას. იგი მოიცავს მედიკამენტების ჩამონათვალს და ინფორმაციას როდის უნდა იქნეს ისინი გამოყენებული. მედიკამენტის ადმინისტრირების შემთხვევაში კი იძლევა ამ ფაქტის დოკუმენტაციაში დაფიქსირების საშუალებას. eMAR ასევე იძლევა უკვე გამოყენებული მედიკამენტების შესახებ ინფორმაციას.

კომპიუტერიზებული მიმწოდებლის შეკვეთის შეყვანა (Computerized Provider Order Entry – CPOE)

ელექტრონული ჩანაწერების მნიშვნელოვანი აპლიკაციაა CPOE. ეს აპლიკაცია მომხმარებელს საშუალებას აძლევს ორგანიზაციის ფარგლებში პირდაპირ დააფიქსიროს მოთხოვნა პაციენტების ჩანაწერებში, რაც თავიდან აგვაცილებს ტრანსკრიფციასთან დაკავშირებულ ხარვეზებს. იგი ასევე იძლევა გადაწყვეტილების მიღების მხარდამჭერი სისტემის ინტეგრაციის საშუალებას (მაგ., ალერგიაზე სიგნალი) და განაპირობებს პაციენტის მკურნალობის სტანდარტიზაციას მტკიცებულება-დაფუძნებული შეკვეთების გამოყენების გზით (შეკვეთის ნაკრები). CPOE-ს ასევე შეუძლია გააუმჯობესოს სამუშაო პროცესი დამხმარე სერვისებში, აძლევს რა მათ საშუალებას სწრაფად მიიღონ შეკვეთა (მაგ., რადიოლოგიური განყოფილებიდან). აღარ არის საჭირო შეკვეთის გაკეთების პროცესში ფურცლების გამოყენება ან ინფორმაციის ფაქსის საშუალებით გადაცემა.

შტრის კოდებით მედიკამენტების ადმინისტრირება

შტრის კოდებით მედიკამენტების ადმინისტრირება არის პროცესი, რომლის დროსაც კლინიციისტი იყენებენ შტრისკოდებს პაციენტის იდენტობის და მედიკამენტის რაობის დასადგენად მისი ადმინისტრირების წინ. ეს სისტემა საჭიროებს პაციენტის საიდენტიფიკაციო საშუალებებზე (როგორცაა სამაჯური) და მედიკამენტების შეფუთვებზე ბარკოდების დატანას. ბარკოდებით მედიკამენტების ადმინისტრირება პაციენტის უსაფრთხოების უზრუნველყოფის ერთ-ერთი საუკეთესო საშუალებაა (პაციენტის სანოლთა გამოყენების დროს).

პაციენტის პორტალები

EMR-ის ბევრ მომწოდებელს შექმნილი აქვს ვებზე დაფუძნებული პლატფორმა პაციენტებისთვის, რაც აძლევს პაციენტს საშუალებას წვდომა ჰქონდეს საკუთარ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ინფორმაციაზე. პაციენტების პორტალების გამოყენების გზით პაციენტს შეუძლია დაუკავშირდეს მის პროვაიდერს, შეავსოს მოთხოვნის ფორმა და მოიპოვოს საკუთარ ჯანმრთელობაზე ისეთი ინფორმაცია, როგორცაა იმუნიზაცია, მედიკამენტები და ლაბორატორიული კვლევები (HealthIT.gov, 2015).

ტელემედიცინა

ეს არის ჯანდაცვის სპეციალობა, სადაც ელექტრონული მონაცემები (მაგ., კომპიუტერი) და ტელეკომუნიკაციის ტექნოლოგიები გამოიყენება კლინიციისტიებისა და პაციენტების სწავლებისა და პაციენტების მკურნალობის მიზნით (Hebda & Czar, 2009). ტელემედიცინის მაგალითია სპეციალისტის მიერ ქრილობის შეფასება ქრილობის სურათის ან ვიდეოს ნახვისას.

ონლაინ ჯანმრთელობის ინფორმაცია

ონლაინ ჯანმრთელობის ინფორმაციის გამოყენების მსურველთა რიცხვი სულ უფრო მატულობს. ახლა უკვე ჩვეული ამბავია ჯანდაცვის სპეციალისტთან ვიზიტზე წინასწარ მიმზადებული მისვლა, კითხვებითა და ინფორმაციით შეიარაღებული. აღნიშნული ტენდენცია მოითხოვს ვებგვერდებზე სანდო ინფორმაციის განთავსებას. ინტერნეტზე ყველასთვის თავისუფალი წვდომა და იქ ინფორმაციის განთავსება, განაპირობებს იმას რომ ყველა ინფორმაცია არ არის სანდო და ღირებული. ექთნების პოზიცია იდეალურია იმისთვის, რომ დაეხმარონ პაციენტებს და მათ ოჯახის წევრებს ონლაინ განთავსებული ინფორმაციის შეფასებაში და მისცენ მიმართულება სანდო ვებგვერდებთან მიმართებით (Sewell, 2016).

სასწავლო აქტივობა: ონლაინ ვებ-გვერდის შეფასება

გამოიყენეთ ონლაინ შესაფასებელი ჩამონათვალის სია და შეაფასეთ ორი ვებ-გვერდი:

1. მიანიჭეთ ვებ-გვერდს ქულა და შეადარეთ ისინი ერთმანეთს
2. აღწერეთ ამ ვებ-გვერდების ძლიერი და სუსტი მხარეები

დამხმარე ონლაინ შესაფასებელი საშუალებების მოძიება შესაძლებელია ვებ-გვერდზე:
<https://nrlm.gov/outreach/consumer/evalsite.html>

ინფორმაციასთან დაკავშირებული პროექტის განხორციელება

პროექტის განხორციელებასთან დაკავშირებული პოტენციური პრობლემების იდენტიფიკაცია მნიშვნელოვანია. სუპერ მომხმარებლებს შეუძლიათ ამ პროცესში დახმარება. სუპერ მომხმარებლები ძირითადად ლოკალური საექთნო ერთეულების წარმომადგენლები არიან, რომელთა სწავლება ხდება პროექტის განხორციელებაში შემდგომი დახმარების მიზნით. მათ ესმით ახალი აპლიკაციის არსი და შეუძლიათ დაეხმარონ სხვა კოლეგებს ახალი სისტემების მოხმარების კუთხით და აპლიკაციის პრაქტიკაში დანერგვის მიმართულებით.

დანერგვის პროცესის დაწყებისას, მნიშვნელოვანია გვახსოვდეს შემდეგი:

- თავიდან შესაძლოა მოხდეს პროდუქტიულობის შემცირება რადგან პერსონალი სწავლობს და თან და თან ითვისებს ახალ სისტემას;
- ადამიანები სხვადასხვა ინტენსივობითა და სხვადასხვა ფორმით სწავლობენ;
- ცვლილებებისადმი მოტივირებული დამოკიდებულება მოდის ცვლილებებთან დაკავშირებული პოზიტიური შეფასებებიდან;
- კომუნიკაცია მნიშვნელოვანია ცვლილების წარმატებული მართვისთვის;
- გარემო უნდა იყოს ისეთი რომელიც მოითხოვს სრულყოფილებას. აღნიშნული მიდგომა საშუალებას მისცემს პერსონალს შეისწავლოს და გამოიყენოს ახალი სისტემა.

ცვლილების მართვა აუცილებელია ყველა ინფორმაციასთან დაკავშირებული პროექტისთვის, როგორცაა მაგალითად HER-ზე წარმატებული გადასვლა.

კონვერსიის სტრატეგია და კონვერტაციის დაგეგმვა

კონვერსია ეს არის დროის მომენტი, როდესაც გადადიხარ ერთი სისტემიდან მეორეზე ან რთავ ახალ აპლიკაციას. კონვერტაციის გეგმა საჭიროა უმტკივნეულო გადასვლისთვის. ამ დროს შემდეგ კითხვებს უნდა გაეცეს პასუხი:

- ვინ არის ჩართული?
- სად მოხდება სისტემის იმპლემენტაცია?
- როდის მოხდება კონვერსია (დრო და თარიღი)?
- როდის ფობია კონვერსია მორიგეობის გაცვლის თუ შუა მორიგეობის პერიოდში?
- როგორ მოხდება დოკუმენტაციის უწყვეტი წარმოება?
- იქნება რაიმე ინფორმაცია ჩატვირთული ახალ სისტემაში?
- რა აქტივობები უნდა იქნეს გათვალისწინებული და ვინ გააკეთებს ამას?

ყველა ეს საკითხი უნდა იქნეს მხედველობაში მიღებული კონვერსიის დროს. ყოველთვის უნდა არსებობდეს სათადარიგო გეგმა იმ შემთხვევისთვის, როდესაც საწყის წერტილთან იქნება დაბრუნება საჭირო.

დამხმარე მოდელის დანერგვა

ახალი ელექტრონული სისტემის ან აპლიკაციის კონვერსიის დროს, დანერგვის პროცესი მოითხოვს ტექნიკურ, სწავლების და სხვა აქტივობებთან დაკავშირებულ რესურსებს. საიტების უმეტესობამ შეიმუშავა მართვის ცენტრები სადაც მსგავსი რესურსები ხელმისაწვდომია 24/7-ზე, მხოლოდ გარკვეული დროის პერიოდში. მართვის ცენტრები ასევე ხელმისაწვდომია განყოფილებებსა და ერთეულებში. ანალიტიკოსები და პედაგოგები ადგილზე იმყოფებიან ხოლმე პერსონალის დასახმარებლად. ორგანიზაციებს ასევე აქვთ მომწოდებლებისა და კონსულტანტებისგან მხარდაჭერა, დიდი ცვლილებების განსახორციელებლად (როგორცაა ძველი სისტემიდან ახალ სისტემაზე ერთ მომენტად გადასვლა).

ზედამხედველები მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ დანერგვის ეტაპზე. ზედამხედველობის სხვადასხვა ფორმებს იყენებს სხვადასხვა ორგანიზაციები. ყველაზე უფრო გავრცელებული ფორმა სამ დონიანი ზედამხედველობა: ექსპერტი, მორიგე, ერთეული. ექსპერტი მომხმარებელი წარმომადგენელია, რომელიც დახმარებას უწევს დიზაინის შემუშავებაშიც. მორიგე პერსონალი ექსპერტის ფუნქციას ითავსებს თითოეულ მორიგეობაზე და უშუალოდ მონაწილეობს ცვლილების განხორციელებაში. მას აქვს როგორც კლინიკური ასევე კომპიუტერული უნარ-ჩვევები, რომლის საშუალებითაც ეხმარება პერსონალს აითვისოს ახალი სისტემა. განყოფილების ლიდერის ფუნქციაა მენეჯმენტის იმ საკითხების გადაჭრა, რაც წამოიჭრება დანერგვის პერიოდში.

შენარჩუნება/მოვლა

ეს ეტაპი იწყება დანერგვისთანავე და პროექტის დახურვამდე გრძელდება. პროექტის გუნდის წევრების დიდი ნაწილი გადაერთვება ხოლმე ახალ აქტივობებზე, თუმცა მცირე ნაწილი მაინც განაგრძობს აღნიშნულ აპლიკაციაზე მუშაობას და აუმჯობესებს სისტემის მუშაობას მთელის სასიცოცხლო ციკლის განმავლობაში. თითოეულ ორგანიზაციას აქვს შემუშავებული გარკვეული ფილოსოფია პროგრამულ უზრუნველყოფასა და კოდირების გაძლიერებასთან დაკავშირებით, რაც განხორციელებული უნდა იყოს შენარჩუნების ფაზაში. ზოგიერთი გვერდი ცვლილებას ახორციელებს მხოლოდ მარეგულირებელი მოთხოვნების შესაბამისად, სხვები კი სისტემის ორგანიზაციის სპეციფიკაზე მორგების ფართო შესაძლებლობას იძლევა. ყველა გვერდი უნდა ახდენდეს აპლიკაციის კოდების განახლებას ისე, რომ მომწოდებელმა მოახდინოს აპლიკაციის მუდმივი მხარდაჭერა.

სისტემის შეფერხება

სისტემის დანერგვამდე შემუშავებული უნდა იქნეს სისტემის დაყოვნების პროცედურა და ამავე პერიოდშივე უნდა მოხდეს ამის შესახებ კომუნიკაცია. პერსონალმა უნდა იცოდეს როგორ მიიღებენ ისინი ინფორმაციას როდესაც სისტემა შეფერხდება. სისტემის შეფერხების განსხვავებულ დონეებს განარჩევენ, რომელიც თავის მხრივ განსაზღვრავს სისტემის შეფასების პრინციპებსაც. შეიძლება შეფერხება იყოს მთელ სისტემაში, რაც ნიშნავს რომ ინფორმაცია სრულად მიუწვდომელი იქნება. შესაძლოა იყოს ნაწილობრივი შეფერხება, რამაც ზეგავლენა მოახდინოს სისტემის მხოლოდ ნაწილზე და დაბლოკოს სისტემის ნაწილი. სისტემის შეფერხება ასევე შეიძლება იყოს წინასწარ დაგეგმილი და დაუგეგმავი.

დაგეგმილი შეფერხება ხდება მაშინ, როდესაც სისტემა ჩერდება გარკვეული ცვლილების განსახორციელებლად ან გასაახლებლად. საჭიროა ამ პროცესის დაგეგმვა და მასზე შესაბამისი კომუნიკაცია შეფერხების უარყოფითი ეფექტების შემცირების მიზნით.

დაუგეგმავი შეფერხებები დამატებით გამოწვევას წარმოადგენს. მსგავსი სიტუაციები არ იძლევა სისტემის შეფერხებისთვის მომზადების საშუალებას. თუმცა მსგავს სიტუაციებში სამოქმედო გეგმა წინასწარ უნდა იყოს განერილი. ისევე, სარეზერვო სამოქმედო გეგმა უნდა არსებობდეს. დაუგეგმავი შეფერხების სხვა გამოწვევაა სისტემის მომხმარებელთან კომუნიკაცია. ასეთ ექსტრემალურ სიტუაციაში კომუნიკაციის გზები წინასწარ უნდა იყოს განსაზღვრული. IT განყოფილებას შემუშავებული უნდა ჰქონდეს შეფერხებების აღმოჩენის ფორმალური პროცესი, განსაზღვრული უნდა იყოს შეფერხების პროცესის დაწყების დრო და რაობა.

შეჯამება

საექთნო ინფორმატიკა მნიშვნელოვანია პაციენტის უსაფრთხოებისა და მკურნალობის გამოსავლების გასაუმჯობესებლად. ინფორმატიკა ადმინისტრაციული და კლინიკური საქმიანობის შემადგენელი ნაწილია. ინფორმაციული სისტემები მოიცავს მყარი დისკებისა (**hardware**) და პროგრამული უზრუნველყოფის (**software**) რთულ კომპლექსებს. ამ კომპლექსური ერთობის წარმატებული დანერგვა წარმოადგენს პაციენტის მკურნალობის გაუმჯობესების საფუძველს. ელექტრონული ჩანაწერები იძლევა კლინიკური გადაწყვეტილებების მიღებისთვის, კვლევის ჩატარებისა და რეგულაციური მოთხოვნების დაკმაყოფილებისთვის საჭირო მონაცემებს.

ინფორმატიკის სფერო აფართოებს ექთნების პოტენციურ ფუნქციასაც. ინფორმატიკის მიმართულებით მათი როლი ვრცელდება სანყის დონის პოზიციიდან (ანალიტიკა და სწავლება) უფრო მაღალ დონეზე მართვის პოზიციამდე. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები მონოდებულნი უნდა იყვნენ ერთად იმუშაონ სხვადასხვა ტექნიკურ პერსონალთან ერთად. ექთნების ჩართულობა ინფორმატიკის პროექტების განხორციელების ყველა ფაზაზე მნიშვნელოვანია.

ყველა დონეზე მომუშავე ექთანს უნდა ჰქონდეს საბაზისო ინფორმატიკის უნარ-ჩვევები რათა მართონ დიდი მოცულობით მონაცემები დაკავშირებული პაციენტის უსაფრთხოებასა და მკურნალობასთან. ექთნები უნდა იყვნენ „კომპიუტერის კარგი მცოდნენი, ინფორმაციულად განათლებულნი და ინფორმატიკის კუთხით განსწავლულნი“ (Sewell, 2016, p. 17). ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს აქვთ პასუხისმგებლობა დარწმუნდნენ რომ პერსონალი უზრუნველყოფილია ყველა საჭირო ტექნოლოგიური რესურსით, რაც საჭიროა პაციენტის უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობისთვის.

რეკომენდებული ვებ-გვერდები

Nursing Informatics 101 webinar: <http://www.himss.org/event/nursing-informatics-101>

გამოყენებული ლიტერატურა:

- American Nurses Association. (2008). Nursing informatics: Scope and standards of practice. Silver Spring, MD: Author.
- American Nurses Association. (2015). Nursing administration: Scope and standards of practice (2nd ed.). Silver Spring, MD: Author. Chapter 9 Information Technology for Safe and Quality Patient Care 209 3021_Ch09_195-210 14/01/17 3:53 PM Page 209
- American Organization of Nurse Executives. (2011). The AONE nurse executive competencies. Retrieved from <http://www.aone.org/resources/nec.pdf>
- Centers for Medicare & Medicaid Services. (2016). Eligible hospital information. Retrieved from www.cms.gov/regulations-and-guidance/legislation/ehrincentiveprograms/eligible_hospital_information.html
- Connolly, T. M., & Begg, C. E. (2005). Database systems: a practical approach to design, implementation, and management (4th ed.). Harlow, United Kingdom: Addison-Wesley.
- Greiner, A. C., & Knebel, E. (Ed.) (2003). Health professions education: A bridge to quality. Washington, DC: National Academies Press.
- HealthIT.gov. (2015). What is a patient portal? Retrieved from www.healthit.gov/providers-professionals/faqs/what-patient-portal
- Health Level Seven International. (2007–2016). About HL7. Retrieved from www.hl7.org/about/index.cfm?ref=quicklinks
- Hebda, T., & Czar, P. (2009). Handbook of informatics for nurses and health care professionals (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Institute of Medicine. (2001). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st Century. Washington, DC: National Academies Press.
- Institute of Medicine. (2003). Key capabilities of an electronic health record. Retrieved from <http://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/2003/Key-Capabilities-of-an-Electronic-Health-RecordSystem.aspx>
- Institute of Medicine. (2011). The future of nursing: Leading change, advancing health. Washington, DC: National Academies Press. Institute of Medicine. (2012). Health IT and patient safety: Building safer systems for better care. Washington, DC: National Academies Press.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). To err is human: Building a safer health system. Washington, DC: National Academies Press.
- Newbold, S. (2013, April). Nursing Informatics Boot Camp. Presentation at the meeting of Georgia Healthcare Information and Management Systems Society, Atlanta, Georgia.
- Sewell, J. (2016). Informatics and nursing: Opportunities and challenges (5th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- U.S. Department of Health and Human Services. (n.d.). Health information privacy. Retrieved www.hhs.gov/ocr/privacy
- Wager, K. A., Lee F. W., & Glaser, J. P. (2013). Health care information systems: A practical approach for health care management (3rd ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Wahoush, O., & Banfield, L. (2014). Information literacy during entry to practice: Information-seeking behaviors in student nurses and recent nurse graduates. *Nurse Education Today*, 34 (2014), 208–213.

თავი 8

მდგრადი სამუშაო გარემოს შექმნა და მართვა

ამ თავში თქვენ შეისწავლით:

- მდგრადი სამუშაო გარემოს ჩამოყალიბების პროცესში ლიდერი ექთნებისა და მენეჯერების გასავლელი ეტაპების განსაზღვრას, მათ შორის, სამუშაოზე აყვანა, გასაუბრება, ორიენტირება და სამუშაოს შენარჩუნება;
- გასაუბრებისთვის შესაფერი და შეუფერებელი კითხვების განსაზღვრას;
- იმის აღწერას თუ როგორ უწყობს ხელს ჯანმრთელი სამუშაო გარემო პერსონალის შენარჩუნებას;
- ექთნებს შორის თანამშრომლობითი დამოკიდებულების მნიშვნელოვნების შეფასებას;
- შესრულების ეფექტიანობის შესაფასებლად კრიტერიუმების აღწერას;
- განმარტებას თუ რა მაკორექტირებელი ქმედებები შეიძლება იქნას გამოყენებული პერსონალის ქმედებების გასაუმჯობესებლად

ექთნების დეფიციტი სავარაუდოდ სულ უფრო თვალსაჩინო გახდება მაშინ, როდესაც ექთნები გავლენ პენსიაზე და ჯანდაცვის სერვისებზე მეტი მოთხოვნა იქნება. ეს განსაკუთრებით ეხებათ იმ ექთნებს, რომელთაც მეორე მსოფლიო ომის მერე აირჩიეს ეს პროფესია (იმ პერიოდში ექთნების პროფესია ძალიან პრესტიჟული იყო). ცნობილია, რომ აშშ-ში 2022 წლისთვის, ახალ პოზიციებზე ან პენსიანზე გასული ექთნების ჩასანაცვლებლად, საჭირო იქნება 1,13 მილიონი ლიცენზირებული ექთანი (American Nurses Association – ANA, 2014). დღეს ასე მწვავედ დამდგარი ექთნების დეფიციტი ნაწილობრივ განპირობებულია უკმაყოფილებით, არაჯანსაღი სამუშაო გარემოთი, ექთნების მიღწევების არ აღიარებითა და მათ ფუნქციასთან დაკავშირებით გაუგებარი მოლოდინებით (Bryant-Hampton, Walton, Carroll & Strickler, 2010; Msters, 2014; Reley, Rolband, James & Norton, 2009). საექთნო პერსონალის მუდმივმა დეფიციტმა, ექთნების ბრუნვის მაღალმა მაჩვენებელმა, ჯანდაცვის კომპლექსურმა სისტემებმა, პაციენტის მომატებულმა სიმწვავემ და ფინანსურმა შეზღუდვებმა შესაძლოა გავლენა მოახდინოს მენეჯერი და ლიდერი ექთნების საქმიანობაზე, რომელებიც სწრაფი და ხშირად ნაჩქარევი გადაწყვეტილებების მიღების გზით ცდილობენ შეავსონ საექთნო ვაკანსიები. თუმცა, ხაზგასასმელია, რომ სწორედ მათი პასუხისმგებლობაა უსაფრთხო, კომპეტენტური ექთნების სამუშაოზე აყვანა და კოლექტივში ამ ექთნების შემდგომი ინტეგრაცია (Hader, 2005). ექთნების სამუშაოზე აყვანა, განვითარება და შემდგომ კვალიფიციური პერსონალის სამუშაო ადგილზე შენარჩუნება პრიორიტეტული უნდა იყოს ყველა ლიდერი და მენეჯერი ექთნისთვის. სამუშაოდან წასული ექთნების უკმაყოფილების მიზეზების შესწავლა მნიშვნელოვანია საქმიანობის ხარისხის გაუმჯობესების კუთხით. სამუშაო ადგილზე ექთნების შესანარჩუნებლად მნიშვნელოვანია ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა შექმნან ჯანმრთელი სამუშაო გარემო სასიამოვნო და ღირებული ატმოსფეროთი, შექმნან სინერგია და უზრუნველყონ კადრების სტაბილურობა (American Association of Critical-Care Nurses, 2005; Lucian Leape Institute, 2013).

ამ თავში განხილულია ლიდერი და მენეჯერი ექთნების როლი სტაბილური სამუშაო ძალის შექმნის თვალსაზრისით, სამსახურში აყვანის ეტაპიდან სამსახურიდან წასვლის ეტაპამდე; ასევე ქმედებათა შეფასებისა და გაუმჯობესების გზით პერსონალის მართვის საკითხები.

სტაბილური სამუშაო ძალის შექმნა

პაციენტის საწოლთან ექთნების საჭირო რაოდენობის შესანარჩუნებლად, ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა უნდა მოახერხონ მათი კმაყოფილების გაზრდა და ასაკიანი ექთნების რესურსის

გამოყენების შემოქმედებითი სტრატეგიების შემუშავება. ცხრილ 8-1-ში მოცემულია ექთნის საკვანძო ელემენტები, რაც საჭიროა საექთნო სამუშაო ძალის მდგრადობის შესანარჩუნებლად. ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა ახალგაზრდა ექთნებიც უნდა მიიღონ სამუშაო ვაკანსიებზე, რათა შემდგომში მათ შეძლონ ასაკოვანი ექთნების პენსიაზე გასვლის პერიოდისთვის მათი ჩანაცვლება.

სამსახურში აყვანა

სამსახურში ექთნების აყვანა და მათთვის საორიენტაციო სწავლების ჩატარება მოითხოვს გარკვეულ თანხებს, ამიტომ საჭიროა ლიდერი და მენეჯერი ექთნები ფრთხილად მიუდგნენ ექთნების სამუშაოზე აყვანის პროცესს და ეცადონ მაღალკვალიფიციური კადრი აიყვანონ მათთვის შესაბამის პოზიციებზე. ჯანდაცვის კომპლექსურობიდან და პაციენტების მაღალი მომართვიანობის სიმწვავიდან გამომდინარე, ჯანდაცვის ზოგიერთ ორგანიზაციას ურჩევნია როგორც გამოცდილი ექთნების, ასევე ბაკალავრის დონის ან უფრო მაღალი დონის განათლების მქონე ექთნების სამუშაოზე აყვანა, თუმცა ამ ორგანიზაციებმა უნდა იფიქრონ ახალგაზრდა, ახალ დამთავრებულ ექთნებზე ჯანდაცვის სისტემაში დღეს არსებული პრობლემებიდან გამომდინარე (გაზრდილი მოთხოვნა სერვისებზე და მოლოდინი დიდი რაოდენობით ექთნების პენსიაზე გასვლასთან დაკავშირებით) (McMenamin, 2014). ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა ნათელი გონების საუკეთესო ექთნების რეკრუტირება უნდა მოახდინონ. ახალდამთავრებულთათვის კი მათ შეუძლიათ შეიმუშაონ თეორიიდან პრაქტიკაზე გადასასვლელი პროგრამები. ამ გზით მათ შეუძლიათ მიიღონ მზარდი პროფესიონალიზმის მქონე პერსონალი, რომელიც მომავალში ჩაანაცვლებს პენსიაზე გამსვლელ პირებს (McMenamin, 2014). ნიჭიერი ექთნების მოზიდვა სამუშაოზე საჭიროებს უწყვეტი განათლების სისტემის, მუდმივად განახლებადი ტექნოლოგიების, პროფესიული განვითარებისა და კარიერაში წინსვლის ხელშეწყობასა და უზრუნველყოფას (Roussel, 2013).

ცხრილი 8-1: სტაბილური ხარისხიანი საექთნო სამუშაო ძალის ძირითადი ელემენტები

1. შეიმუშავეთ ჯანმრთელი სამუშაო გარემოს ხედვა და შექმენით იგი;
2. დაამყარეთ თანამშრომლობითი საქმიანობის კულტურა ორმხრივ პატივისცემასა და ნდობაზე დაფუძნებული;
3. უზრუნველყავით სამუშაო ძალის ავტონომია;
4. პატივი ეცით ექთნების უფლებებსა და პასუხისმგებლობებს;
5. ხელი შეუწყვეთ ეფექტიან კომუნიკაციას თანამშრომლობის მაღალი დონის მიღწევის მიზნით;
6. შექმენით ანგრიშგების კულტურა;
7. წაახალისეთ გაზიარებული გადაწყვეტილებების მიღება ყველა დონეზე;
8. აღიარეთ ექთნების მნიშვნელოვანი წვლილი განყოფილებისა და მთლიანად ორგანიზაციის საქმიანობაში;
9. შეუსაბამეთ ექთნების კომპეტენციები პაციენტის საჭიროებებს;
10. ადვოკატირება გაუწიეთ პაციენტებსა და ექთნებს;
11. ხელი შეუწყვეთ პერსონალის მოთხოვნილებას მისდინ საუკეთესო პრაქტიკას;
12. დაამკვიდრეთ ანგარიშგების პრინციპი საექთნო საქმიანობაში.

ინტერვიუება

როგორც კი აპლიკანტი იქნება იდენტიფიცირებული, ლიდერმა და მენეჯერმა ექთანმა უნდა მიმოიხილოს აპლიკანტზე ხელმისაწვდომი ინფორმაცია, რეზიუმე და სარეკომენდაციო წერილი, ჩაინიშნოს გარკვეული მნიშვნელოვანი საკითხი აპლიკანტთან განსახილველად და მო-

ემზადოს ინტერვიურებისთვის. ინტერვიუ ისეთ დროს უნდა დაიგეგმოს, რომ არ იყოს დროში შეზღუდული და არ ხდებოდეს პროცესის შეწყვეტა. ამასთან აპლიკანტს საკმარისი დრო უნდა მიეცეს დასმულ კითხვებზე პასუხის გასაცემად. ზოგიერთი ორგანიზაცია ინტერვიუს დროს გუნდურ მიდგომას იყენებს, რომლის დროსაც აპლიკანტს გასაუბრება უნევს რამდენიმე ექთანთან და სხვა პერსონალისგან შემდგარ ჯგუფთან. პერსონალის ასეთი ჩართულობა ინტერვიუს პროცესში შესაძლოა ეფექტიანი იყოს ხარვეზების შემცირების კუთხით. ფოკუსირებული ინტერვიუს დროს კითხვები ძირითადად უნდა შეეხებოდეს ვაკანსიასთან დაკავშირებულ როლსა და ფუნქციებს. პოზიციის აღწერილობა წარმოაჩენს მიმდინარე პროფესიულ სტანდარტებს და იძლევა ნათელ, წერილობით ახსნა-განმარტებას პოზიციის როლსა და ფუნქციებთან დაკავშირებით. აღწერაში ასევე მითითებული უნდა იყოს ის პირი, ვის მიმართაც ანგარიშვალდებულია აღნიშნული პოზიციაზე მომუშავე ადამიანი. ლიდერი და მენეჯერი ექთნების მიდგომა ყველა აპლიკანტის მიმართ უნდა იყოს თანაბარი და მაღალპროფესიული. ამასთან უნდა გაითვალისწინონ, რომ აპლიკანტებს შესაძლოა სხვა სამუშაო პოზიციებიც გააჩნდეთ.

ინტერვიუს დროს ლიდერმა და მენეჯერმა ექთანმა არ უნდა დასვან შეუფერებელი კითხვები. მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტის ასაკი, ოჯახური სტატუსი და ჯანმრთელობაზე ინფორმაცია შესაძლოა საჭირო იყოს სახელფასო, საშელავათო და სადაზღვევო საკითხების გადასაჭრელად, ინტერვიუს დროს მათ ამ თემებს მაინც გვერდი უნდა აუარონ. ეს ინფორმაცია შეიძლება შეგროვდეს მას შემდეგ, რაც გადაწყდება აპლიკანტის სამსახურში მიღება. ცხრილ 8-2-ში მოყვანილია იმ კითხვების მაგალითები, რომელიც შეუსაბამოა და იქვე მოცემულია მათი ალტერნატიული ვარიანტები. რამდენიმე აპლიკანტთან ინტერვიუს ჩატარებისას ლიდერმა და მენეჯერმა ექთანმა აპლიკანტებს ერთი და იგივე კითხვები უნდა დაუსვან.

ინტერვიუ ორმხრივი პროცესია. როგორც ლიდერი და მენეჯერი ექთნები ცდილობენ გაიგონ აპლიკანტზე ისეთი ინფორმაცია, რომელიც განსაზღვრავს მის შესაბამისობას გამოცხადებულ ვაკანსიასთან, ასევე აპლიკანტიც ცდილობს შეაფასოს ინტერაქცია ინტერვიუს დროს და მიიღოს რაც შეიძლება მეტი ინფორმაცია ვაკანსიაზე, რაც დაეხმარება ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღებაში (ან პოზიტიური ან უარყოფითი სახით). გონიერი აპლიკანტი ინტერვიუმდე ეცდება შეაგროვოს ინფორმაცია ვაკანსიის გამომცხადებელ ორგანიზაციაზე. ამ ორგანიზაციის მისიის, ხედვის და ფილოსოფიის გაცნობა დაეხმარება მას გაიგოს რამდენად შეესაბამება ორგანიზაციის ღირებულებები და რწენა მის ინდივიდუალურ ღირებულებებს.

ცხრილი 8-2: ინტერვიუს კითხვები

არ დაუსვათ შემდეგი კითხვა	ალტერნატიული კითხვა
რამდენი წლის ხარ?	ხართ იმ ასაკის, რომ მსგავსი სამუშაო შეასრულოთ?
როდის დაამთავრეთ სასწავლებელი?	სამსახურში აყვანამდე, შეგიძლიათ თქვენი სასწავლებიდან ამონაწერის მოტანა?
როდის გეგმავთ პენსიაზე გასვლას?	რა სამომავლო კარიერული მიზნები გაქვთ?
<ul style="list-style-type: none"> • გააქვთ რაიმე სახის შეზღუდვა? • როდესმე მიგიმართავთ სამუშაოს კომპენსაციის გაცემისთვის? • აქამდე ხო არ გქონიათ რაიმე სახის ჯანმრთელობის პრობლემა? 	შეძლებთ სამუშაოს აღწერილობაში ჩამოთვლილი ყველა სამუშაოს შესრულებას?
<ul style="list-style-type: none"> • ეკლესიაში დადიხართ? • რა სახის დამატებით აქტივობებში იღებთ მონაწილეობას? 	რომელი პროფესიული ასოციაციის წევრი ხართ?
<ul style="list-style-type: none"> • დაქორწინებული ხართ? • გყავთ შვილები? 	საჭიროების შემთხვევაში შეძლებთ საღამოს საათებში და დასვენების დღეებში მუშაობას?

როდის აპირებთ დაოჯახებას?	შეძლებთ მოკლე დროით მოგზაურობებს?
როდისმე ყოფილხართ დაკავებული (სამართალდარღვევის მიზნით)?	როდისმე ყოფილხართ ნასამართლელი?
თუ იყავით სამხედრო, ღირსეულად დაამთავრეთ სამსახური?	რა ტიპის სამხედრო მიმართულებით მსახურობდით?

Complied from Society for Human Resources Management, 2015: U.S. Equal Employment Opportunity Commission n.d.

ორიენტირება

ლიდერი და მენეჯერი ექთნები მონდომებულნი უნდა იყვნენ სამუშაოზე ახლად აყვანილ პერსონალს სანყის ეტაპზევე ჩაუტარონ ღირებული საორიენტაცია სწავლება. ახლად მიღებული პერსონალის სამუშაოზე აყვანისა და ორიენტაციის მიცემის ღირებულების დაანგარიშებისას, სავარაუდო ბრუნვის საშუალო ღირებულება გამოდის ექთნების წლიური ხელფასის ტოლფასი (Halfer, 2007). ცნობილია, რომ ახალდამთავრებული ექთნების 25% პირველსავე წელს ტოვებს სამუშაო ადგილს (National Council of State Boards of Nursing – NCSBN, 2015). სამუშაო ადგილზე ახალდამთავრებული ექთნების შესანარჩუნებლად, საორიენტაციო პროგრამები შეიძლება იქნას გამოყენებული როგორც ხიდი მათსა და კლინიკურ პერსონალსა და რეალურ სამუშაო გარემოს შორის. პროგრამები, რომელიც ორიენტირებულია TTP-ზე (დრო, რომლის დროსაც ექთანი იყალიბებს უნარ-ჩვევებსა და დამოკიდებულებას დამოუკიდებელი პრაქტიკული მუშაობისთვის) და მოიცავს კომპეტენციის განვითარებასა და ფუნქციის ამალგებას, წარმოადგენს სამსახურში პერსონალის შენარჩუნების გაუმჯობესების გზას (Halfer, 2007; Spector et al., 2015).

NCSBN-მა (2015), 2005 წლიდან მოყოლებული, კვლევებით აჩვენა, რომ ახალდამთავრებული ექთნების უუნარობას ჩაერთონ კლინიკურ საქმიანობაში, მოყვება მნიშვნელოვანი არასასურველი შედეგები, როგორც საექთნო საქმიანობის, ასევე პაციენტის გამოსავლების კუთხით. 35-ზე მეტ საექთნო ორგანიზაციებთან თანამშრომლობით, NCSBN-მა შეიმუშავა მტკიცებულებებზე დაფუძნებული TTP-ის მოდელი გარდამავალ პერიოდში ახალი ექთნების დასახმარებლად, საკლასო პირობებიდან პრაქტიკულ საქმიანობაზე უმტკივნეულოდ გადასასვლელად (NCSBN, 2015). TTP-ს შესახებ დამატებითი ინფორმაცია ხელმისაწვდომია ვებ-გვერდზე: www.ncsbn.org/transition-to-practice.htm. სტრუქტურირებული TTP პროგრამის ხანგრძლივობა მინიმუმ 6 თვეა და მოიცავს ძირითად კომპეტენციებს, კლინიკურ მიზანშეწონილობას, პროგრესზე განუწყვეტელ უკუკავშირს, თვითრეფლექსიასა და სპეციალურ ცოდნას ახალი ექთნების საქმიანობის ხარისხისა და უსაფრთხოების გაუმჯობესების მიმართულებით. ამასთან ინვესტს სამუშაოთი კმაყოფილების გაზრდას, სამუშაოზე სტრესის შემცირებასა და პერსონალის ბრუნვის შემცირებას (Spector et al., 2015).

როდესაც ხდება ახალი და მონვეული ექთნებისთვის საორიენტაციო სწავლების შემუშავება, ლიდერმა და მენეჯერმა ექთანმა უნდა განსაზღვროს ახალი ექთნების საჭიროებები და ამის მიხედვით შეარჩიოს პერსონალი ზედამხედველობისთვის. ახალბედადან-ექსპერტამდე მოდელი შესაძლოა სარგებლის მომტანი იყოს ზედამხედველი პერსონალის შერჩევის თვალსაზრისით (Benner, 1984). დამწყები ექთნების უმეტესობა ავლენს ახალდამთავრებულებისთვის დამახასიათებელ თვისებებს და მცირედად თუ შეესაბამებიან მისაღებ პრაქტიკას (NCSBN, 2011). შემთხვევათა უმრავლესობაში, ახალდამთავრებული ექთანი საკუთარ საქმიანობას წარმართავს კონტექსტიდან ამოვარდნილი ფორმით. მათ არ აქვთ გამოუმუშავებული შინაგანი გრძნობა იმ ამოცანების სწორად შესაცნობად, რაც რელევანტურია კონკრეტული რეალური სიტუაციისთვის (NCSBN, 2011).

ზედამხედველი/პასუხისმგებელი ექთნები კრიტიკულად მნიშვნელოვანია არსებულ სამუშაო გარემოში ახალი ექთნების წარმატებით შემოსაყვანად. ახალდამთავრებულებს არ აქვთ გამოცდილება, ამიტომ პაციენტებთან მათი ქმედება არის ნელი და მეთოდოლოგიური. ეს ექთნები მუდმივად საჭიროებენ სიტყვიერ და წერილობით უკუკავშირს თვითრწმენისა და ნდობის გა-

მოსამუშავეებლად. საუკეთესო ზედამხედველი ასეთი ექთნებისთვის იქნება გარკვეული კომპეტენციის მქონე ექთანნი (მაგალითად სამი წლის სამუშაო სტაჟი და ეფექტიანი ორგანიზაციული, დროის მენეჯმენტისა და დაგეგმარების უნარ-ჩვევების მქონე). კომპეტენტურ ექთანს აქვს უნარი გაარჩიოს მკურნალობის მნიშვნელოვანი ასპექტები მეორე ხარისხოვნისგან; მათ სწავლაც ახალი დამთავრებული აქვთ და ამიტომ უფრო მარტივად შეუძლიათ ემპათიით მიუდგნენ ახალბედა ექთნებს. რაც შეეხება ექთან ექსპერტებსა და პროფესიონალებს, ისინი უკვე განვითარების ისეთ ეტაპზე იმყოფებიან, რომ სწრაფად ღებულობენ გადანყვეტილებას საკუთარი გამოცდილებიდან გამომდინარე, უძნელდებათ ახალდამთავრებულისთვის გასაგები სიტყვებით გამოხატონ ყველაფერი ის, რაც იციან და შესაძლოა ნაკლებად მომთმენნიც იყვნენ ახალი ექთნებისთვის მიმართ (Benner, 1984). NCSBN-მა საკუთარ ვებ-გვერდზე გამოაქვეყნა სქემა ლიდერი და მენეჯერი ექთნებისთვის, რომლის მიხედვითაც მათ შეეძლებათ ახალი ექთნებისთვის შესაბამისი ექთან ზედამხედველის განსაზღვრა (ncsbn.org/Preceptor-NoviceToExpertchar.pdf).

შეისწავლე მტკიცებულება

Spector, N., Blegen, M.A., Silvestre, J., Barnsteiner, J., Lynn, M.R., Ulrich, B., Fogg, L., & Alexander, M. 92015). საავადმყოფოს პირობებში პრაქტიკაზე გადასვლის კვლევა. *Journal of Nursing Regulation*, 5(4), 24-38.

მიზანი

კვლევას ჰქონდა სამი ძირითადი მიზანი:

1. რანდომიზირებული, კონტროლირებადი მულტიცენტრული კვლევის ჩატარება ხარისხისა და უსაფრთხოების, სტრესის, კომპეტენციის, სამუშაოთი კმაყოფილებისა და სამუშაოზე შენარჩუნების მიმართულებით ახლადკურსდამთავრებულ ექთნებში;
2. გამოსავლების შედარება იმ საავადმყოფოების საკონტროლო ჯგუფთან, რომელთაც გააჩნდათ პრაქტიკაზე გადასვლის პროგრამები;
3. სხვადასხვა ჯგუფების შესწავლა: სოფლის, ნაწილობრივ ქალაქისა და ქალაქის ყველა ზომის საავადმყოფოებიდან.

მეთოდები

რანდომიზირებული მულტიცენტრული დიზაინი იქნა გამოყენებული NCSBN TTP პროგრამის ან ახალდამთავრებულებთან მიმართებით არსებული სხვა რაიმე მსგავსი ეფექტების შესასწავლად. მკვლევარებმა კვლევაში გააერთიანეს 1088 ექთანი 94 საავადმყოფოდან. კვლევის პერიოდი იყო 2011 წლის 1 ივლისიდან 2011 წლის 30 სექტემბრამდე.

ძირითადი აღმოჩენები

ამ კვლევამ დაადასტურა რომ TTP სტანდარტიზირებული პროგრამები აუმჯობესებს უსაფრთხოებისა და ხარისხის გამოსავლებს. ორგანიზაციაში მინიმუმ ორი წლის განმავლობაში დანერგილი პროგრამა აჩვენებს საუკეთესო გამოსავლებს. იმ ორგანიზაციებში, სადაც ეს პროგრამები არ არის ეფექტიანად დანერგილი ან არასრულად დანერგილია, ახალი ექთნები მეტ შეცდომებს უშვებენ, ნაკლებად კომპეტენტურები არიან, განიცდიან მეტ სტრესს, სამუშაოთი ნაკლებად კმაყოფილნი არიან. ასეთ ორგანიზაციებში მათი ბრუნვის მაჩვენებელი ორჯერ მეტია კარგად გამართული TTP პროგრამების მქონე საავადმყოფოებთან შედარებით.

ლიდერი და მენეჯერი ექთნების საქმიანობაზე შესაძლო გავლენა

ეს კვლევა აძლევს ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს მტკიცებულებას TTP სტანდარტიზებული პროგრამების ეფექტიანობის შესახებ ახალ ექთნებთან მიმართებით.

სამუშაოს შენარჩუნება

გამოცდილი ექთნების სამსახურში შენარჩუნების სტრატეგიების განსაზღვრა მნიშვნელოვანია საექტონო პერსონალის დეფიციტთან დაკავშირებული პრობლემების გადასაჭრელად. არასაკმარისი რაოდენობით პერსონალის დაკომპლექტება იწვევს ექთნების უკმაყოფილებას, გადაწვას და პერსონალის ინტენსიურ ცვლას, რაც, თავის მხრივ, აზიანებს მკურნალობის ხარისხსა და უსაფრთხოებას. ბრუნვის მაღალ მაჩვენებელს შესაძლოა ნეგატიური გავლენა ჰქონდეს პაციენტის უსაფრთხოებაზე, ექთნების კმაყოფილებაზე და მთლიანად ორგანიზაციის გამოსავლებზე, რადგან მას მოსდევს პერსონალში დაბალი მორალი, პაციენტის არასაკმარისი ზედამხედველობა, შეცდომების გაზრდა, მკურნალობის დაბალი ხარისხი, სერვისის ღირებულების ზრდა და საავადმყოფოს მომგებიანობის შემცირება (American Association of Critical-Care Nurses, 2016; Page 2004). უფრო მეტიც, ბრუნვის მაღალი მაჩვენებელი საფრთხის შემცველია მთლიანად საექტონო პერსონალის პროფესიონალიზმისთვის, რაც თავის მხრივ პრობლემას ქმნის პაციენტის უსაფრთხოების კუთხითაც (Page, 2004). სამუშაო ადგილზე ექთნების შენარჩუნების ერთ-ერთი სტრატეგიაა ჯანმრთელი და სტაბილური სამუშაო გარემოს შექმნა. აღნიშნულის მიღწევა საჭიროებს ძლიერ საექტონო ლიდერობას ორგანიზაციის ყველა დონეზე, მაგრამ განსაკუთრებით განყოფილების დონეზე, სადაც ექთნები წინახაზზე მუშაობენ და სადაც პაციენტის მკურნალობა მიმდინარეობს (Sherman & Pross, 2010). ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა უნდა შეიმუშაონ შემოქმედებითი ხედვა ჯანმრთელი სამუშაო გარემოს შესამუშავებლად, ავტენტურობის ჩათვლით (American Association of Critical-Care Nurses, 2005).

ჯანმრთელი სამუშაო გარემო ის გარემოა, სადაც ექთნები თავს უსაფრთხოდ გრძნობენ ფიზიოლოგიური და ფსიქოლოგიური ზიანის თვალსაზრისით და ამასთან იღებენ სამსახურით სიამოვნებასა და დამსახურებულ ადგილს. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები პასუხისმგებელნი არიან კულტურალური ნორმებისა და ღირებულებების გარემოს შექმნაზე, რაც განსაზღვრავს სამუშაო ძალის უსაფრთხოებას, მნიშვნელოვნებასა და სიამოვნებას (Lucian Leape Institute, 2013). სამუშაო გარემო შესაძლოა იქნას განხილული როგორც ჯანმრთელი, მაშინ როდესაც თითოეული ექთანი ყოველდღურად თითოეულ ქვემოთ ჩამოთვლილ კითხვაზე გასცემს დადებით პასუხს (Lucian Leape Institute, 2013, p. 15):

- ყველა მექცევა პატივისცემითა და ღირსებით?
- მაქვს ყველაფერი იმისთვის, რაც მნიშვნელოვანი იქნებოდა ჩემი ცხოვრებისთვის?
- მაღიარებენ და მაძლობას მიხდიან სამუშაოზე ჩემ მიერ განეული ძალისხმევებისთვის?

ღირებულების აღიარება მნიშვნელოვანია სამუშაო ადგილზე ექთნების შესანარჩუნებლად. „სხვებმა და თვითონ ექთნებმაც უნდა აღიარონ თითოეულის მიერ საერთო საქმეში შეტანილი წვლილი“ (American Association of Critical-Care Nurses, 2016, p. 29). ის ექთნები, ვინც არ არიან დაფასებულნი, ხშირად თავს მივიწყებულად, დაუფასებლად და უპატივცემულოდ გრძნობენ, რამაც შეიძლება საბოლოოდ დაანგრის მათი მოტივაცია (American Association of Critical-Care Nurses, 2016). ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს აქვთ ეთიკური მოვალეობა „შეიმუშაონ, შეინარჩუნონ და უზრუნველყონ პერსონალისთვის ისეთი პირობები, რაც მისცემს მათ საშუალებას იმუშაონ მიღებული სტანდარტების შესაბამისად“ (ANA 2015a, p. 28). მათ შეუძლიათ აღიარონ სხვების წვლილი, მენტორობა და ქოუჩინგი გაუწიონ საექტონო პერსონალს და შექმნან პირობები მათი კარიერული განვითარებისთვის. კვალიფიციური ექთნების სამუშაო ადგილზე შენარჩუნება კრიტიკულია უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობისათვის და ამისთვის კი უპირველესია უსაფრთხო სამუშაო გარემოს ჩამოყალიბება.

სამუშაო ძალის მართვა

სამუშაო ძალის ყოველდღიური და მუდმივი მართვა ბევრ გამონწევასთან არის დაკავშირებული, მათ შორის, თაობათა შორის განსხვავების მართვა, გუნდის წევრების ქოუჩინგი, ქმედებების შეფასება და მაკორექტირებელი აქტივობების განხორციელება.

თაობათა შორის განსხვავებების მართვა

ნებისმიერ საექტონო განყოფილებაში მინიმუმ ოთხი თაობის ექტონები მუშაობენ ერთად. თითოეულ თაობას აქვს თავისი სპეციფიური მახასიათებლები, სამუშაო ეტიკა და მოლოდინები (Murray, 2013). ლიდერმა და მენეჯერმა ექტონებმა უნდა განსაზღვრონ სტრატეგია შემოქმედებითი კოჰაბიტაციისთვის უსაფრთხო და ხარისხიანი საექტონო მოვლისა და უსაფრთხო სამუშაო გარემოს უზრუნველსაყოფად. სტეორეოტიპული და გამკიცხავი მიდგომა თითოეული თაობის მხრიდან შეიძლება ზიანის მომტანი იყოს საექტონო გუნდისთვის. მაგალითად, ხშირად თვლიან, რომ ასაკოვან ექტონებს არ მოსწონთ ახალგაზრდა ექტონები; მეორეს მხრივ ახალგაზრდებს მიაჩნიათ, რომ უფროსი თაობა ძველმოდურია და პრობლემები აქვთ ახალ ტექნოლოგიებთან დაკავშირებით. როცა თაობები ეჯახება ერთმანეთს სამუშაო ადგილზე, ეს შესაძლოა ზიანის მომტანი იყოს პაციენტისთვის. ამასთან, შესაძლოა გავლენა იქონიოს ექტონების კმაყოფილებაზე, გამოიწვიოს მისკომუნიკაცია, დაძაბული ურთიერთობები, პროდუქტიულობის შემცირება, გაცდენების ზრდა და პერსონალის ბრუნვის მაღალი მაჩვენებელი. ლიდერ და მენეჯერ ექტონებს უნდა შეეძლოთ ისეთი გარემოს შექმნა, რომელიც ერთად შეყრიდა სხვადასხვა თაობის წარმომადგენლებს საერთო მიზნის მისაღწევად. იმის აღქმა თუ რა წვლილის შეტანა შეუძლია თითოეულ თაობას საერთო საქმეში და როგორ შეიძლება ისწავლონ ერთმანეთისგან, არის დაძაბულობის შემცირების, პერსონალური ზრდისა და ორმხრივი პატივისცემის ჩამოყალიბების წინაპირობა (Murray, 2013; Weston, 2006).

ჯანმრთელობის გაუმჯობესებამ და ტექნოლოგიურმა მიღწევებმა საშუალება მისცა ექტონებს უფრო ხანგრძლივი დროით გაეგრძელებინათ საქმიანობა. ამან თავის მხრივ მოითხოვა ამ გამოცდილი ექტონებისთვის შესაბამისი პოზიციების მოძიება ორგანიზაციაში (American Organization of Nurse Executives – AONE, 2010).

ე.წ. მესამე ასაკის ექტონები ამჟამად საჭირონი არიან მიმდინარე და სამომავლო საექტონო დეფიციტთან გასამკლავებლად. ისინი იცნობენ ჯანდაცვის სისტემას და მათი გამოცდილებიდან, ცოდნიდან და კომპეტენტურობიდან გამომდინარე ღირებულ რესურსს წარმოადგენენ (AONE, 2010; Bower & Sadler, 2009). ლიდერ და მენეჯერ ექტონებს „განსაკუთრებული ინტერესი აქვთ შეინარჩუნონ კვალიფიციური და ნიჭიერი ექტონები საპენსიო ასაკში გასვლის შემდეგაც, დააჯილდოვონ ისინი ახალი ღირსეული სამუშაო ადგილით“ (Bower & Sadler, 2009, p. 20). ამ მიმართულებით მათ უნდა შეიმუშაონ სპეციალური სტრატეგიები და ახალი პოზიციები გამონახონ ძველი პერსონალისთვის. აღნიშნულმა მიდგომამ, თავის მხრივ, შეიძლება გამოიწვიოს გარემოს მოდიფიკაცია ძველი ექტონების ახალი საჭიროებების უზრუნველსაყოფად, მათი დაზიანების პრევენციის მიზნით. ძალისა და სისწრაფის დაქვეითებამ შეიძლება უარყოფითი გავლენა იქონიოს პაციენტის გადაბრუნების, ანევისა და გადაყვანის უნარსა და შესაძლებლობაზე ან რაიმე სამუშაოს სპეციფიკით გამონვეულ სხვა აქტივობებზე (Page, 2004).

ლიდერმა და მენეჯერმა ექტონებმა კომფორტული სამუშაო გარემოს შექმნის მიზნით შეიძლება გამოიყენონ შემდეგი სტრატეგიები:

- ხაზი გაესვას განსხვავებებს თაობების ძლიერი მხარეების გათვალისწინებით; ძლიერი მხარეების გამოყენება მოხდეს სტაბილური სამუშაო გარემოს შესაქმნელად;
- მოქნილობის შენარჩუნება სამუშაოზე ვარიანტების შეთავაზების დროს და მორიგეობების ალტერნატიული ვარიანტების შემუშავება. სამუშაოზე აყვანის, სამუშაოზე შენარჩუნებისა და პერსონალის დაკომპლექტების საქმეში მონაწილეობაზე პერსონალის ნახალისება. ამან შეიძლება გამოიწვიოს პერსონალის ბრუნვის შემცირება და სამუშაოთი კმაყოფილების გაზრდა;
- დახვეწილი მმართველობითი სტილის გამოყენება და მართვის მიდგომების მოდიფიცირება თაობების განსხვავებებისა და მსგავსებების გათვალისწინებით. არსებულ რეალობაზე ფართო ხედვის მიწოდება პერსონალისთვის, დაჯილდოების, აღიარებისა და უკუგების პრინციპების გამოყენება, ყველაფერი ეს არის მართვის ის სტრატეგიები, რაც მისაღებია ნებისმიერი თაობისთვის;
- თითოეული თაობის კომპეტენტურობისა და ინიციატივების პატივისცემა, სამუშაო ეტიკის დაფასება, მიუხედავად მათ შორის განსხვავებებისა. მაგალითად, გამოცდილი

ექთნებისა და დროებით მომუშავე ექთნების გამოცდილების გამოყენება პოლისების, პროცედურებისა და ახალი ექთნებისთვის დამხმარე პროგრამების შემუშავებაში. ახალგაზრდა ექთნებისთვის პრობლემების გადასაჭრელი შესაძლებლობების შეთავაზება და მათთვის საშუალების მიცემა გუნდის საქმიანობაში საკუთარი წვლილის თავისებურად შეტანის თვალსაზრისით. ახალი თაობის ექთნები, როგორც წესი, მონადინებულნი არიან თანამშრომლობაზე და ხშირი უკუგების მოთხოვნილება აქვთ. ამიტომ მათთვის მენტორების გამოყოფა ქოუჩინგის მიზნით მათი კარიერის ხელშემწყობი მნიშვნელოვანი ფაქტორია.

პერსონალის ქოუჩინგი

ქოუჩინგი არის ხელოვნება, რომელიც აიოლებს ინდივიდის სვლას საკუთარი მიზნებისკენ და უზრუნველყოფს პიროვნების ყოველმხრივ განვითარებას. ქოუჩი ეხმარება ადამიანს სიცოცხლისუნარიანი გადაწყვეტილებების შემუშავებასა და მათ პრიორიტეტებად დალაგებაში, მათზე შემდგომი რეაგირების მიზნით (Narayanasamy & Penney, 2014; Porter-O, Grady & Malloch, 2013). ქოუჩინგი ეს არის ლიდერი და მენეჯერი ექთნების მიერ პერსონალის მოტივირებისა და დახმარებისთვის გამოყენებული სტრატეგია მათი სამუშაო გარემოს გაუმჯობესების მიზნით. ქოუჩინგის შემადგენელი ნაწილია თანამშრომლების საქმიანობაზე დაკვირვება და დაკვირვების პროცესში უკუგების მიცემა მათი ნახალისების მიზნით. პერსონალი უნდა გრძნობდეს მხარდაჭერას, რაც დაეხმარებათ საკუთარი ფუნქციის წარმატებულად შესრულებაში (Roussel, 2013). ეფექტიანი ქოუჩინგი ტრანსფორმაციაა, რადგან იგი ეფუძნება მნიშვნელოვან ცვლილებებს პიროვნებებში, რაც ზრდის მათ მოტივაციას ახალი მიღწევების ჩვენების, დაკისრებული მოვალეობების უკეთ შესრულებისა და სამუშაოზე სიამოვნების მიღების თვალსაზრისით (Narayanasamy & Penney, 2014). ეფექტური ქოუჩი ეხმარება ექთნებს სწავლისა და განვითარებისთვის საკუთარი შესაძლებლობების აღმოჩენაში.

ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა შესაძლოა გამოიყენონ ქოუჩინგის პრინციპები გუნდის ჩამოყალიბების, პროფესიული განვითარებისა და კარიერული ზრდის მიზნით. ქოუჩინგის ფარგლებში ურთიერთობები ეყრდნობა პატივისცემასა და ნდობას. ამ პროცესში ექთნები თავს უნდა გრძნობდნენ უსაფრთხოდ და დაცულად, აღიარებულად და ღირებულად (Narayanasamy & Penney, 2014). იმისთვის რომ ქოუჩი იყოს ეფექტური, ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა პირველად უნდა შეიცნონ საკუთარი თავი. ცხრილ 8-3-ში მოცემულია ეფექტური ქოუჩის მახასიათებელი თვისებები. ქოუჩინგი სამუშაო ძალის სტაბილურობის შესანარჩუნებელი საუკეთესო საშუალებაა, რადგან იგი ზრდის პროდუქტიულობას, პაციენტის უსაფრთხოებას, საექთნო მოვლის ხარისხს, ექთნების პროფესიონალიზმსა და საკუთარი თავის რწმენას.

ცხრილი 8-3 ეფექტიანი ქოუჩინგის მახასიათებლები

- იყავი კარგი მსმენელი;
- გამოავლინე პროფესიული და ლიდერობის უნარები;
- იყავი სხვებისთვის შთამაგონების და მოტივაციის მიმცემი;
- შეგეძლოს იყო თავდაჯერებული, თვითშემეცნებითი და ინდივიდის თვისებების მატარებელი ლიდერი;
- იყავი სხვებისთვის მაგალითი პრობლემების გაჭლერებისა და მიმართულების მიცემის თვალსაზრისით;
- უზრუნველყავი კონსტრუქციული უკუკავშირი როდესაც ეს საჭიროა;
- დარწმუნდი სამუშაოს სწორად შესრულებაში;
- აქცენტი გააკეთე მიღწევებზე, სწავლაზე, განვითარებასა და სასიამოვნო სამუშაო გარემოზე.

შესრულების შეფასება

ლიდერი და მენეჯერი ექთნები უნდა დარწმუნდნენ, რომ პერსონალს აქვს საკუთარი პროფესიული მოვალეობების შესრულებისთვის საჭირო ცოდნა, უნარ-ჩვევები და დამოკიდებულებები. საექტონო საქმიანობის კომპეტენციები, სამოქმედო სტანდარტები და საგანმანათლებლო პროგრამები პირდაპირ გავლენას ახდენს პაციენტის უსაფრთხოებასა და გამოსავლის ხარისხზე.

შესრულების შეფასება არის პერსონალის საქმიანობის შეფასების ფორმალური პროცესი, რომელსაც აწარმოებს ლიდერი და მენეჯერი ექთანი. ეფექტიანად წარმოებულ შეფასებას შეუძლია ხელი შეუწყოს პერსონალის ზრდა-განვითარებას და მათ სამუშაო ადგილზე შენარჩუნებას. თანამშრომელთა საქმიანობის შეფასება ხდება მათ მიერ დაკავებული პოზიციის აღწერასა და სამოქმედო სტანდარტების შესაბამისად. ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს შეუძლიათ შესრულების შეფასება შემდეგი მიზნით:

- ახალი თანამშრომლების შეფასება გამოსაცდელი პერიოდის ბოლოს კონკრეტულ პოზიციაზე მათი შესაბამისობის განსაზღვრის მიზნით, აკმაყოფილებს თუ არა მინიმალურ სტანდარტს;
- პერსონალის მიღწევების აღიარება ან გაუმჯობესების საჭიროების დროს კონსტრუქციული უკუკავშირების მიცემა;
- თანამშრომელთა წლიური საქმიანობის მიმოხილვა, წარსულ მიზნებთან შესაბამისობის შეფასება სამუშაო პოზიციის აღწერილობის მიხედვით და შემდეგი წლისთვის გეგმების დასახვა.

შესრულების შეფასებისას, ექთნების საქმიანობა ფასდება სამუშაოს აღწერილობასთან, პროფესიული საქმიანობის სტანდარტებთან და პროცედურებთან შესაბამისობაში. პოზიციის აღწერა ასახავს ლეგალურ, მარეგულირებელ და სააკრედიტაციო მოთხოვნებს; გამოკვეთს თანამშრომლის ფუნქციებსა და პასუხისმგებლობებს და საზღვრავს იმ პირს, ვის მიმართაც ამ პოზიციაზე მომუშავე ადამიანის ანგარიშგება ვალდებულია. ამასთან, პოზიციის აღწერილობა საზღვრავს სამუშაო სტანდარტს **ANA Scope and Standards of Practice**-ზე დაყრდნობით და წარმოადგენს საექტონო საქმიანობისადმი მინიმალურ მოთხოვნას. გარკვეული საექტონო საქმიანობის სპეციალიზაციის შემთხვევაში, პოზიციის აღწერილობა ასახავს სპეციალობის მოთხოვნებსაც. საქმიანობის შეფასება უნდა შეეხებოდეს მხოლოდ პოზიციის აღწერილობასა და სამოქმედო სტანდარტს და არა ინდივიდის პერსონალურ თვისებას.

ეფექტიანი საქმიანობის შეფასება უნდა აყალიბებდეს წარმატებულ ურთიერთობებს სამსახურში და ეხმარებოდეს პერსონალს განვითარებაში, ზრდიდეს მათ მოტივაციას საქმიანობის გაუმჯობესებისა და პროდუქტიულობის გაზრდის კუთხით (Pearce, 2007). თუმცა ექტნებმა ამ პროცესში შეიძლება დაინახონ გარკვეული საშიშროება საკუთარი გამოცდილებიდან გამომდინარე. ხშირი უკუკავშირების მიცემით შესაძლოა აღნიშნული შიშების შემცირება. ლიდერმა და მენეჯერმა ექტნებმა საქმიანობის შეფასებისას უნდა მისდიონ შემდეგ ნაბიჯებს (Pearce, 2007):

1. საქმიანობის შეფასებისთვის მომზადება პერსონალთან დაკავშირებული დოკუმენტების წესრიგში მოყვანით, მათი გადახედვითა და ამ დოკუმენტებში გასულ პერიოდში დაკვირვებებზე გარკვეული ჩანაწერების გაკეთებით. აღნიშნული მიდგომა ნიშნავს, რომ ფაქტებზე დაყრდნობით ხდება უკუკავშირება;
2. საქმიანობის შეფასება მოხდეს ფორმალურ, მაგრამ თავისუფალ ატმოსფეროში. შეფასების დაგეგმვა თანამშრომლისთვის მისაღებ დროს და ხელისშემშლელი ფაქტორებიდან თავისუფალ გარემოში;
3. საქმიანობის შეფასების წარმოება ისე, რომ ხელი შეეწყოს იდეების ღიად გაცვლასა და პრობლემების გადაჭრის გზების ერთად მოძიებას. პიროვნული თვითშეფასებისა და ზედამხედველის მიერ ჩატარებული შეფასების მიმოხილვა თანამშრომელთან და ამ გზით დისკუსიაზე მათი ნახალისება;
4. თანამშრომლის მიღწევების მიმოხილვა - პერსონალის აზრის შესწავლა მიაღწია თუ არა მან წინა პერიოდში დასახულ მიზნებს;
5. მიღწევებთან დაკავშირებით პერსონალისთვის უკუკავშირების მიცემა;

6. საქმიანობის შეფასებისას გრადაციის ან ქულათა მინიჭების სისტემის გამოყენებისას, თანამშრომლის ჩართულობის უზრუნველყოფა და აღნიშნულ საკითხზე მათთან შეთანხმების მიღწევა;
7. გაუმჯობესების გეგმის განხილვა, თანამშრომლის დახმარება მომავალი სამუშაო მიმართულების იდენტიფიცირებასა და რეალისტური გეგმის შემუშავებაში. ეცადეთ თქვენს მიერ არ მოხდეს აღნიშნული გეგმის შემუშავება;
8. თანამშრომლის კარიერული გეგმის დასახვა და რეალისტური ინფორმაციის მიწოდება სამომავლო კარიერული წინსვლის შესაძლებლობასთან დაკავშირებით;
9. თანამშრომლების დამხარება ახალი მიზნებისა და სამუშაო მიმართულებების ჩამოყალიბებაში მომავალი წლისთვის SMART პრინციპზე დაყრდნობით (ეს არის აბრევიატურა და გულისხმობს: სპეციფიური, გაზომვადი, შესაბამისი, რეალისტური, დროული);
10. თანამშრომლისგან უკუკავშირების მოთხოვნა, იმის განსაზღვრით როგორ შეიძლება დაეხმაროთ მომავალში;
11. თანამშრომლისთვის საქმიანობის შეფასებაზე წერილობითი კომენტარის გაკეთების საშუალების მიცემა.

საქმიანობის შეფასება უნდა იყოს წერილობითი სახით წარმოდგენილი და ხელმოწერილი ლიდერი და მენეჯერი ექთნისა და თანამშრომლის მიერ. თანამშრომელს უნდა გადაეცეს ამ დოკუმენტის ასლი.

ლიდერი და მენეჯერი ექთანი საქმიანობის შეფასებას იყენებს პერსონალის სამუშაო გამოცდილების გაუმჯობესების, პროდუქტიულობის ნახალისების, პროფესიული და კარიერული ზრდის ხელშეწყობის, საექთნო საქმიანობის გაზომვისა და სასიამოვნო სამუშაო გარემოს შექმნის მიზნით (Roussel, 2013).

სასწავლო აქტივობა: გამოიყენე SMART ტექნიკა

გამოიყენე ეს ტექნიკა მომავალი წლისთვის ხუთი მიზნის ჩამოსაყალიბებლად.

საქმიანობის შეფასების მნიშვნელოვანი ასპექტია თვითშემეცნება და თვითშეფასება. თვითშემეცნება არის ინდივიდის რეაქცია საკუთარ პერსონალურ ქმედებებსა და პროფესიულ საქმიანობაზე საკუთარი არსის, ფასეულობების, რწმენის, გადანყვეტილებების, ქმედებებისა და შედეგების შემეცნების მიზნით (Porter-O'Grady & Malloch, 2013). თვითშემეცნება უნდა მოიცავდეს თანამშრომლის საქმიანობის მიმოხილვას, გასული პერიოდის მიზნებთან მიმართებით, და გარკვეული მიღწევების ჩამონათვალის გაკეთებას. თანამშრომელს შესაძლოა ჰქონდეს სურვილი ამ პროცესში საკუთარი მოსაზრებისა და პაციენტებისა და მათი ოჯახების მხრიდან მიღებული უკუკავშირების ჩართვის. თვითშემეცნება არის პროფესიული ავტონომიის, ანგარიშგებისა და თვითრეგულაციის შემადგენელი კომპონენტი და „მოითხოვს პროფესიულ საქმიანობაზე დაფუძნებულ პერსონალურ ანგარიშგება-ვალდებულებას საკუთარ ცოდნასთან მიმართებით“ (ANA, 2010, p. 30).

საქმიანობის შეფასების მეორე ელემენტია კოლეგების შეფასება, რომლის დროსაც იმავე სამუშაო გარემოში მომუშავე ექთნები აფასებენ, მონიტორინგს უწევენ და მსჯელობენ ექთნის მიერ წარმოებულ საექთნო საქმიანობის ხარისხზე (Haag-Heitman & George, 2011, p. 48). ეს პროცესი ასევე ხელს სუნიყოფს ინდივიდების ანგარიშგებასა და თვითრეგულაციას. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები პასუხისმგებელი არიან კოლეგების მხრიდან წარმოებულ შეფასების ეფექტიანობაზე. მათ შესაძლოა დასჭირდეთ პერსონალის ქოუჩინგი და დესტრუქციული უკუკავშირის სანაცვლოდ კონსტრუქციული უკუკავშირის დანერგვა. კონსტრუქციული უკუკავშირი არის პერსონალის მხარდაჭერა და მათი მოტივირება ზრდასა და წარმატებაზე, კარგად შესრულებული სამუშაოს გამო მათი პატივისცემისა და აღიარების გზით (მაგალითად, „მე ნამდვილად ვაფასებ თუ როგორ გაუმკლავდით გუშინდელ მძიმე პაციენტს“). დესტრუქციული უკუკავშირი მოიცავს თანამშრომელთა ქცევის გაკონტროლების საშიშროებასა და მუქარას, თანამშრომელთა გაკრიტიკებისა და დამცირების ხარჯზე (მაგალითად, „შენ სულელი ხომ არ ხარ? შენ არასდროს უნდა

გამოხვიდე პალატიდან ხელზე ხელთათმანებით!“). ზოგჯერ, ზემდგომი პირის მიერ თავად მენეჯერი და ლიდერი ექთნების საქმიანობის შეფასების, სამსახურში აყვანისა და შენარჩუნების, ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესების მონიტორინგი ხდება.

კოლეგების მხრიდან შეფასების ერთ-ერთი სახეა 360 გრადუსიანი უკუკავშირის მეთოდი, რომელიც კონსტრუქციული უკუკავშირია და რომლის დროსაც ექთნები თითოეული გარშემომყოფი თანამშრომლისგან (ზედამხედველი, სხვა ექთნები, ექიმები, ჯანდაცვის სფეროს სხვა პროფესიონალები, პაციენტი და მისი ოჯახი(ც კი) ლებულობენ უკუგებასა და შეფასებას. როგორც წესი, ეს შეფასება ანონიმურია. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები აჯამებენ უკუკავშირისას მიღებულ ინფორმაციას და განიხილავენ მათ თანამშრომლებთან. 360 გრადუსიანი უკუკავშირის მექანიზმი თანამშრომლებს აძლევს შესაძლებლობას აღნიშნული ინფორმაცია საკუთარი განვითარების გეგმის შემუშავებისას გამოიყენონ, ხოლო ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს აძლევს იმ მიმართულებების განსაზღვრის საშუალებას, რა მიმართულებითაც უნდა წარმართონ თანამშრომლის ქოუჩინგი.

კოლეგების შეფასება და კერძოდ, 360 გრადუსიანი უკუგება, შესაძლოა გამოყენებული იქნას თავად ლიდერი და მენეჯერი ექთნების შესაფასებლადაც. იმ ადამიანების ფორმალური და არაფორმალური შეფასებები, ვინც მათ დაქვემდებარებაშია ან მათი ხელმძღვანელია, დაეხმარება მათ ლიდერობის უფრო ეფექტიანად წარმართვაში და საკუთარი ინტერპროფესიული და ინტრაპროფესიული კომუნიკაციის უნარ-ჩვევების ძლიერი და სუსტი მხარეების შეცნობაში. აღნიშნული პრინციპით მიღებული ინფორმაცია ექთნებმა შეიძლება გამოიყენონ საკუთარი პროფესიული განვითარებისთვის.

მაკორექტირებელი ქმედების გამოყენება

პაციენტის უსაფრთხოებასა და მკურნალობის ხარისხზე გლობალურად გაკეთებული აქცენტები ჯანდაცვის ორგანიზაციებს უქმნით მოტივაციას ყურადღება მიაქციონ პროფესიონალი კადრების სამუშაოზე აყვანასა და შემდგომ სამუშაოზე მათ შენარჩუნებას. ეს ნიშნავს მაღალი დონის პროფესიონალების შენარჩუნებას (მაღალი დონის შემსრულებლები), კარგი დონის პროფესიონალების შემდგომი განვითარებისთვის ხელშეწყობას (საშუალო დონის შემსრულებლები) და დაბალი პროფესიული დონის თანამშრომლების მიერ სამსახურის დატოვების ხელშეწყობას (დაბალი დონის შემსრულებლები) (Matheny, 2005, p. 296). საშუალო და დაბალი დონის შემსრულებლების შემთხვევაში, ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა დროულად უნდა მიაქციონ ყურადღება მათ სტანდარტს საქმიანობასა და ქმედებების ხარვეზებს, ამ პერსონალის საქმიანობის კიდევ უფრო მეტად გაუარესების თავიდან აცილების მიზნით. ამ დროს შესაძლოა ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა მიმართონ მაკორექტირებელ ქმედებას, ანუ დაბალი დონის საქმიანობის გაუმჯობესების განგრძობით პროცესს. მათ უნდა გამოიკვლიონ თანამშრომლის საქმიანობის ხარვეზები და განსაზღვრონ ის მიმართულებები, სადაც თანამშრომლები არღვევენ დადგენილ წესებს, პოლისებსა და პროცედურებს ან დაადგინონ საქმიანობის ის ხარვეზები, რაც უკავშირდება კომპეტენციებისა და უნარების ნაკლებობას. თითოეულ შემთხვევასთან მიმართებით შეგროვებული უნდა იქნას მტკიცებულებები. მცირე ხასიათის დარღვევებზე, როგორცაა დაგვიანება ან სამუშაოს გაცდენა, დაუყოვნებლივ უნდა მიეთითოს პერსონალს და მიეცეს საშუალება გამოასწოროს საკუთარი ქმედება. როგორც წესი, ეს ხდება ლიდერ და მენეჯერ ექთანსა და თანამშრომელს შორის წერილობითი შეთანხმების გაფორმებით, სადაც ნათლად იწერება ქცევის ხარვეზები მოსალოდნელ სტანდარტთან მიმართებით. მნიშვნელოვანი დარღვევების შემთხვევაში, როგორცაა პაციენტის მკურნალობაში ხარვეზი, ალკოჰოლის მიღება სამუშაო საათებში და პაციენტის მედიკამენტების აღება, თანამშრომელი დაუყოვნებლივ უნდა განთავისუფლდეს სამუშაოდან. ANA (2015a) Code of Ethics for Nurses With Interpretive Statements შეეხება არაკომპეტენტური, არაეთიკური, არაკანონიერი და არასათანადო საქმიანობის ნებისმიერი სახით გამოვლინებას. ამასთან, ექთანი, რომელიც შეესწრება არასათანადო საქციელს ან კითხვის შემცველ საქმიანობას სხვა ექთნის მხრიდან, რაც ზიანის შემცველი შეიძლება იყოს პაციენტების უფლებების ან უსაფრთხოების კუთხით, ვალდებულია აღნიშნულზე ინფორმაცია დაუყოვნებლივ მიაწოდოს ზემდგომ პირს (ANA< 2015a).

როდესაც ხდება მაკორექტირებელი გეგმის შემუშავება, ლიდერმა და მენეჯერმა ექთანმა პირველ რიგში უნდა განსაზღვროს სტანდარტს ქვემოთ საქმიანობის მიზეზი: ეს არის ცოდნის, უნარების ან გამოცდილების ნაკლებობის შედეგი, თუ ამის მიზეზია თანამშრომლის მხრიდან პოლისებისა და პროცედურების მიზანმიმართული დარღვევა? შემდეგ, მან აღნიშნულ საკითხზე უნდა შეიმუშაოს მაკორექტირებელი გეგმა ორგანიზაციული პოლისებისა და პროცედურების გათვალისწინებით; აღნიშნული გეგმა შეიძლება შეიცავდეს სიტყვიერად გამოთქმულ ან წერილობით საყვედურს, ანაზღაურების შეჩერებით ან შეჩერების გარეშე და ხელშეკრულების შეწყვეტას. მაკორექტირებელი ქმედება ასევე უნდა გულისხმობდეს კონსტრუქციულ უკუგებას თანამშრომლებთან. თავიდან აცილებული უნდა იქნას დესტრუქციული ტიპის უკუგება, რაც არ უბიძგებს თანამშრომლებს წარმატებისკენ და პირიქით, შესაძლოა მათი განვითარების ხელისშემშლელიც კი იყოს. ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა უნდა გაითვალისწინონ თანამშრომლების მიდგომები მაკორექტირებელ გეგმასთან მიმართებით და მოახდინონ კონსტრუქციული ტექნიკით კორექტირება, როცა ეს შესაძლებელია. ცხრილ 8-4-ში მოცემულია ლიდერი და მენეჯერი ექთნის როლი მაკორექტირებელ ქმედებასთან მიმართებით.

ყველა ზემოთ აღნიშნული ქმედების მიზანია სამომავლოდ ზიანის მომტანი მსგავსი შემთხვევების თავიდან აცილება. არასამართლიანია დაბალი დონის საქმიანობა განხილული იქნას მომავალი საქმიანობის შეფასებისას, თუკი მას შემდეგ რაც თანამშრომელი ჩაერთო მაკორექტირებელი გეგმის განხორციელებაში, მსგავს ქმედებას ადგილი აღარ ჰქონია. მაგრამ თუკი თანამშრომელი მაინც იმეორებს არასასურველ ქმედებებს და მისი საქმიანობა კვლავ მინიმალური სტანდარტების ქვემოთ რჩება, მაშინ დღის წესრიგში შეიძლება დადგეს ამ თანამშრომელთან ხელშეკრულების განყვეტის საკითხი (McConnell, 2011).

ცხრილი 8-4 მაკორექტირებელი სამოქმედო გეგმა

დარღვევა	ლიდერი და მენეჯერი ექთნის ამოცანა
<p>პირველი: არაფორმალური სიტყვიერი საყვედური გაცემულია</p>	<ul style="list-style-type: none"> • თანამშრომელთან შეხვედრა დარღვევის ან ხარვეზის განხილვის მიზნით; • გაუმჯობესების გეგმის შემუშავება; • ამ გეგმაზე სიტყვიერი დასტურის მიღება;
<p>მეორე: წერილობითი საყვედური გაცემულია</p>	<ul style="list-style-type: none"> • თანამშრომელთან შეხვედრა დარღვევის ან ხარვეზის განხილვის მიზნით; • გაუმჯობესების გეგმაზე წერილობითი დასტურის მიღება; • დარღვევების გაგრძელების შემთხვევაში ან გაუმჯობესების გეგმის არ შესრულების თანმდევი სავარაუდო შედეგების განხილვა;
<p>მესამე: დარღვევა ხდება მესამედ და/ან არ ვლინდება არანაირი გაუმჯობესება</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ადამიანთა რესურსების სამსახურთან კონსულტაციის მიღება; • თანამშრომელთან შეხვედრა დარღვევისა და ხარვეზის განხილვის მიზნით; • თანამშრომლის სამუშაოზე ყოფნის შეჩერება ანაზღაურებით ან ანაზღაურების გარეშე; • თანამშრომლის ნახალისება სიტუაციის გაცნობიერების თვალსაზრისით, სანამ ჩამოშორებულია საქმიანობას და გაუმჯობესების გეგმის შემუშავება; • გაფრთხილების დოკუმენტირება;

<p>მეოთხე: დარღვევები გრძელდება სხვადასხვა სახის გაფრთხილების მიუხედავად ან თანამშრომელი ვერ აღწევს სტანდარტის შესაბამის გაუმჯობესებას</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ადამიანთა რესურსების სამსახურთან კონსულტაცია; • თანამშრომელთან შეხვედრა; • კონტრაქტის შეწყვეტა; • პოლისების და პროცედურების შესაბამისად პროცესის დოკუმენტირება;
---	--

ხელშეკრულების შეწყვეტა და სამსახურიდან გაშვება თანამშრომლისთვის ძალიან მტკივნეული პროცესია. მანამდე ლიდერ და მენეჯერ ექთანს მოეთხოვება შემთხვევების გამოკვლევა, საჭირო მონაცემებისა და მასალის შეგროვება (როგორცაა პოლისები, პროცედურები, სამუშაო პოზიციის აღწერილობა და საქმიანობის სტანდარტი) და მხოლოდ ფაქტებზე დაყრდნობით ობიექტური განსჯა (Cohen, 2006; Hader, 2006). ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა უნდა მიმართონ ადამიანთა რესურსების განყოფილებას ყველა იმ საჭირო ინფორმაციისა და დოკუმენტაციის შესაგროვებლად, რაც აუცილებელია თანამშრომელთან ხელშეკრულების განწყვეტისთვის (Cohen, 2006). ხელშეკრულების განწყვეტის შესახებ თანამშრომლის ინფორმირება უნდა მოხდეს მასთან შეხვედრის დროს. ლიდერმა და მენეჯერმა ექთანმა შემდეგნაირად უნდა აცნობოს თანამშრომელს გადანყვეტილების შესახებ: პირველ რიგში უნდა განსაზღვროს მიზეზი რატომ ხდება ხელშეკრულების შეწყვეტა და სამსახურიდან გათავისუფლება. ამ დროს ლიდერმა და მენეჯერმა ექთანმა ობიექტურად უნდა წარმოაჩინოს ფაქტები და მტკიცებულებები და ზუსტად განსაზღვროს რომელი პროცედურისა და სტანდარტის დარღვევა მოხდა. ამასთან, თანამშრომელი გადანყვეტილების მიღებაზე ცალსახად უნდა იყოს ინფორმირებული. ხელშეკრულების განწყვეტა ძალიან რთული და მტკივნეულია თანამშრომლისთვის; სტანდარტულ პროცედურაზე მიყოლა, ფაქტების დეტალური განხილვა და ობიექტურობის შენარჩუნება მხოლოდ გააადვილებს აღნიშნულ პროცესს (Cohen, 2006; Hader, 2006).

ლიდერი და მენეჯერი ექთნები დარწმუნებულნი უნდა იყვნენ ხელშეკრულების განწყვეტის აუცილებლობაში. დაბალი დონის საქმიანობის გაგრძელებას შესაძლოა მავნე ზეგავლენა ჰქონდეს სამუშაო გარემოზე. იმის შეგრძნებამ, რომ ექთნის არასასურველი ქმედება დროულად არ იქნა აღკვეთილი და საერთოდ არ იქნა ამაზე ყურადღება მიქცეული, შესაძლოა უარყოფითად იმოქმედოს პერსონალის მორალურ მხარეზე. ამ დროს შესაძლოა მაღალი დონის ქმედების პერსონალმაც კი შეცვალოს საკუთარი ქმედება და საერთოდ დატოვოს კიდეც ორგანიზაცია (Matheny, 2005).

შეჯამება

ლიდერი და მენეჯერი ექთნების მუდმივი გამოწვევაა პერსონალის სამუშაოზე აყვანისა და სამუშაოზე მათი შენარჩუნების საკითხი. ეს ეხება როგორც გამოცდილ ექთნებს, ასევე ახალ კურსდამთავრებულებს. იმისათვის რომ სამუშაო ატმოსფერო სხვადასხვა თაობისთვის იყოს მეგობრული, ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა უნდა შექმნან ჯანმრთელი სამუშაო გარემო. ისინი უნდა დარწმუნდნენ, რომ ექთნების საქმიანობა შეესაბამება სამუშაო პოზიციის აღწერილობასა და ორგანიზაციულ სტანდარტებს. საქმიანობის შეფასების პროცესმა შესაძლოა გააუმჯობესოს პერსონალის მორალური მხარე, პროდუქტიულობა და სამსახურით კმაყოფილება. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები უნდა შეებრძოლონ პოლისებისა და პროცედურების დარღვევას და სწრაფი რეაგირება მოახდინონ დამდგარ ფაქტებზე სიტუაციის შემდგომი ესკალაციის თავიდან აცილების მიზნით. ასევე მაკორექტირებელი სამოქმედო გეგმა უნდა იქნას შემუშავებული პერსონალის დასახმარებლად.

რეკომენდებული ვებ-გვერდები

- National Council of State Boards of Nursing: NCSBN Transition to Practice: [ncsbn.org/transition-to-practice.htm](https://www.ncsbn.org/transition-to-practice.htm)
- National Council of State Boards of Nursing: NCSBN TTP Novice to Expert Grid: [ncsbn.org/Preceptor-Novice-to-Expert-char.pdf](https://www.ncsbn.org/Preceptor-Novice-to-Expert-char.pdf)

გამოყენებული ლიტერატურა:

- American Association of Critical-Care Nurses. (2016). AACN standards for establishing and sustaining healthy work environments: A journey to excellence (2nd ed.). Aliso Viejo, CA: Author. Retrieved from www.aacn.org/wd/hwe/docs/hwestandards.pdf
- American Federation of Labor and Congress of Industrial Organizations. (2015a). Learn about unions. Retrieved from www.aflcio.org/Learn-About-Unions
- American Federation of Labor and Congress of Industrial Organizations. (2015b). Collective bargaining fact sheet. Retrieved from www.aflcio.org/Learn-About-Unions/Collective-Bargaining/CollectiveBargaining-Fact-Sheet
- American Nurses Association. (2010). Nursing's social policy statement: The essence of the profession. Silver Spring, MD: Author.
- American Nurses Association. (2014). The nursing workforce 2014: Growth, salaries, education, demographics & trends [Fast Facts]. Retrieved from www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/workforce/Fast-Facts-2014-Nursing-Workforce.pdf
- American Nurses Association. (2015a). Code of ethics for nurses with interpretive statements. Silver Spring, MD: Author.
- American Nurses Association. (2015b). Collective bargaining. Retrieved from www.nursingworld.org/MainMenuCategories/WorkplaceSafety/Healthy-Work-Environment/Work-Environment/Collective-Bargaining
- American Nurses Association. (2015c). Scope and standards of practice (3rd ed.). Silver Spring, MD: Author.
- American Nurses Association. (2016). Nursing administration: Scope and standards of practice (2nd ed.). Silver Spring, MD: Author.
- American Organization of Nurse Executives. (2010). AONE guiding principles for the aging workforce. Retrieved from www.aone.org/resources/Aging-Workforce.pdf
- Benner, P. (1984). From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Bower, F. L., & Sadler, W. A. (2009). Why retire? Career strategies for the third age nurses. Indianapolis, IN: Sigma Theta Tau International.
- Bryant-Hampton, L., Walton, A. M., Carroll, T., & Strickler, L. (2010). Recognition: A key retention strategy for the mature nurse. *Journal of Nursing Administration*, 40(3), 121–123.
- Budd, K., Warino, L., & Patton, M. (2004). Traditional and non-traditional collective bargaining: Strategies to improve the patient care environment. *Online Journal of Issues in Nursing*, 9(1), 5.
- Bureau of Labor Statistics. (2013–2014). Occupational outlook handbook, 2014–15 edition, registered nurses. Retrieved from www.bls.gov/ooh/healthcare/registered-nurses.htm
- Cohen, S. (2006). How to terminate a staff nurse. *Nursing Management*, 37(10), 16.
- Haag-Heitman, B., & George, V. (2011). Nursing peer review: Principles and practice. *American Nurse Today*, 6(9), 48–52.
- Hader, R. (2005). How do you measure workforce integrity? *Nursing Management*, 36(9), 32–37.
- Hader, R. (2006). Put employee termination etiquette to practice. *Nursing Management*, 37(12), 6.
- Halfer, D. (2007). A magnetic strategy for new graduate nurses. *Nursing Economics*, 25(1), 6–11.
- Health Resources and Service Administration Bureau of Health Professions. (2013). The U.S. nursing workforce: Trends in supply and education. Retrieved from <http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/index.html>

- International Brotherhood of Electrical Workers. (n.d.). Unions 101: A quick study of how unions help workers win a voice @ work. Retrieved from www.ibew113.com/pdf/union101.pdf Chapter 10 Creating and Managing a Sustainable Workforce 227 3021_Ch10_211-228 16/01/17 10:46 AM Page 227
- Lucian Leape Institute. (2013). Through the eyes of the workforce: Creating joy, meaning, and safer health care. Retrieved from www.npsf.org/wp-content/uploads/2013/03/Through-Eyes-of-the-Workforce_online.pdf
- Masters, K. (2014). Role development in professional nursing practice (3rd ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning. Matheny, P. (2005). Evaluating the performance of health care employees. *Dermatology Nursing*, 17(4), 296; 300.
- McConnell, C. R. (2011). Addressing problems of employee performance. *Health Care Manager*, 30(2), 185–192.
- cMenamin, P. (2014). RN retirements—tsunami warning [Blog post]. Retrieved from www.ananursespace.org/blogs/peter-mcmenamin/2014/03/14/rn-retirements-tsunami-warning?ssopc=1
- Murray, E. J. (2013). Generational differences: Uniting the four-way divide. *Nursing Management*, 44(12), 36-41.
- Narayanasamy, A., & Penney, V. (2014). Coaching to promote professional development in nursing practice. *British Journal of Nursing*, 23(11), 568–573.
- National Council of State Boards of Nursing. (2011). Transition to practice: Novice to expert chart [Preceptor Toolkit]. Retrieved from ncsbn.org/Preceptor-NoviceToExpertchar.pdf
- National Council of State Boards of Nursing. (2015). Transition to practice: Why transition to practice (TTP)? Retrieved from www.ncsbn.org/transition-to-practice.htm
- National Federation of Nurses. (n.d.) A new day for nurses. Retrieved from www.nfn.org/media/NFNbrochure-MASTER-091212-SCREEN.pdf
- National Nurses United. (2010–2016). About us. www.nationalnursesunited.org/pages/19
- Page, A. (Ed.). (2004). Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses. Washington, DC: The National Academies Press.
- Pearce, C. (2007). Ten steps to conducting appraisals. *Nursing Management*, 14(6), 21.
- Porter-O’Grady, T., & Malloch, K. (2013). Leadership in nursing practice: Changing the landscape of health care. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Riley, J. K., Rolband, D. H., James, D., & Norton, H. J. (2009). Clinical ladder: Nurses’ perceptions and satisfiers. *Journal of Nursing Administration*, 39(4), 182–188.
- Roussel, L. (2013). Management and leadership for nurse administrators (6th ed.). Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning.
- Sherman, R., & Pross, E. (2010). Growing future nurse leaders to build and sustain healthy work environments at the unit level. *Online Journal of Issues in Nursing*, 15(1), 1.
- Society for Human Resources Management. (2015). Interviewing: Guidance on appropriate questions. Retrieved from www.shrm.org/templatestools/samples/powerpoints/pages/interviewingguidanceon.aspx#
- Spector, N., Blegen, M. A., Silvestre, J., Barnsteiner, J., Lynn, M. R., Ulrich, B., ... Alexander, M. (2015). Transition to practice study in hospital settings. *Journal of Nursing Regulation*, 5(4), 24–38.
- U.S. Equal Employment Opportunity Commission. (n.d.). Prohibited employment policies/practices. Retrieved from <http://eeoc.gov/laws/practices/index.cfm>
- Weston, M. J. (2006). Integrating generational perspectives in nursing. *Online Journal of Issues in Nursing*, 11(2), 2.

თავი 9

პაციენტის მკურნალობის ორგანიზება

ამ თავში თქვენ შეისწავლით:

- მკურნალობის მიზნების სხვადასხვა მოდელების შედარებასა და განსხვავებას;
- განსაზღვრას თუ რა გავლენას ახდენს ინოვაციური მკურნალობის მიწოდება პაციენტის, პერსონალისა და ორგანიზაციის გამოსავლებზე;
- არსებული საექთნო დეფიციტის მიზეზებისა და უსაფრთხო საექთნო საქმიანობაზე ზეგავლენის გაანალიზებას;
- პერსონალის დაგეგმარების ძირითადი კონცეფციების აღწერას;
- საექთნო დაგეგმარების დონეებს, ექთნების შემადგენლობასა და პაციენტის მკურნალობის ხარისხს შორის დამოკიდებულების გამოკვლევას;
- პროდუქტიულობისა და პერსონალის დაგეგმარების ეფექტიანობის მონიტორინგსა და შეფასების მნიშვნელობას.

პაციენტის მკურნალობის ორგანიზება წარმოადგენს ლიდერი და მენეჯერი ექთნების მნიშვნელოვან ფუნქციას, სადაც არ უნდა მუშაობდნენ ისინი: საავადმყოფოში, შინამკურნალობის სერვისზე თუ ჯანდაცვის სხვა რაიმე ერთეულში. ყველა შემთხვევაში მთავარ მიზანს წარმოადგენს უსაფრთხო და ხარისხიანი საექთნო მოვლის უზრუნველყოფა ყველა არსებული რესურსის ეფექტიანად გამოყენების გზით.

ამ თავში განხილული იქნება პაციენტის მკურნალობის ძირითადი კომპონენტები მკურნალობის მიზნების მოდელის იდენტიფიკაციის, დანერგვისა და ზედამხედველობის ჩათვლით; უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობის უზრუნველყოფისთვის პერსონალის საჭიროებების დადგენა; პერსონალის შერჩევის დაგეგმვა და პრაქტიკაში განხორციელება; პროდუქტიულობის მონიტორინგი და პერსონალის დაგეგმარების ეფექტიანობის შეფასება.

მკურნალობის მიზნების მოდელები

საექთნო მოვლის ორგანიზებისა და მიზნების პროცესში გამოყენებული მკურნალობის მიზნების მოდელები ორიენტირებულია სტრუქტურაზე, პროცესსა და გამოსავალზე (Duffield, Roche, Diers, Catling-Paull, Blay, 2010; Neisner & Raymond, 2002; Wolf & Greenhouse, 2007). ეს მოდელები ასევე გამოიყენება სტრუქტურის, პროცესების და გამოსავლების შეფასების, გადანყვეტილების მიღების, დაგეგმარების, ორგანიზებისა და ზოგადი შეფასების პროცესში (Wolf & Greenhouse, 2007). აღნიშნული მოდელები შექმნილია გასულ საუკუნეში ჯანდაცვის ისეთი აქტუალურ საკითხებზე საპასუხოდ, როგორცაა: ომი, პოლიტიკა, ეკონომიკა, სოციალური გარემო, ტექნოლოგიები და მიღწევები. ორგანიზაციაში გამოყენებული მკურნალობის მიზნების მოდელი, როგორც წესი, განისაზღვრება მმართველ პოზიციაზე მომუშავე ლიდერი და მენეჯერი ექთნების მიერ. შერჩეული მოდელი ასახავს ორგანიზაციის მისიას, ფილოსოფიას და მიზნებს. განყოფილების მთავარმა ექთნებმა წვლილი უნდა შეიტანონ ასევე მოდელის შემუშავებაში, რათა დარწმუნდნენ, რომ ეს მოდელი განყოფილების, პერსონალის უნარ-ჩვევების, საექთნო პერსონალის წვდომისა და პაციენტთა სიმწვავის შესაბამისია. ისინი ასევე პასუხისმგებელნი არიან შერჩეული მოდელის ეფექტიანობაზე, გამოსავლების დანერგვა-მონიტორინგსა და შეფასებაზე.

საექთნო მკურნალობის/მოვლის მიზნების მოდელი ეფუძნება ხუთ კითხვას (Neisner & Raymond, 2002, p. 8):

1. ვინ არის პაციენტის მკურნალობაზე გადანყვეტილების მიმღები პირი?
2. რამდენ ხანს რჩება ძალაში ამ ადამიანის გადანყვეტილებები?

3. როგორ არის პერსონალს შორის სამუშაო განაწილებული: ამოცანის თუ პაციენტის მიხედვით?
4. როგორ ხდება პაციენტის მკურნალობასთან დაკავშირებული საკითხების კომუნიკაცია?
5. როგორ ხდება მთელი ერთეულის მართვა?

მკურნალობის მიწოდების მოდელებმა უნდა წაახალისონ ეფექტიანი კომუნიკაცია და უზრუნველყონ ბალანსის დაცვა პაციენტის საჭიროებებსა და საექთნო პერსონალის ხელმისაწვდომობას შორის. მკურნალობის მოდელი იძლევა უწვეტი მკურნალობის საშუალებას და ექთნებს აძლევს თავისუფლებას და ასევე საზღვრავს მათ პასუხისმგებლობას საექთნო საქმიანობასთან მიმართებით (Kaplow & Reed, 2008). იმისთვის რომ ეფექტიანი იყოს მკურნალობის მიწოდების მოდელი, იგი შესაბამისობაში უნდა მოდიოდეს ორგანიზაციის ხასიათთან, უნდა იყოს დროთა განმავლობაში მდგრადი და განმეორებადი (Wolf & Greenhouse, 2007). მიუხედავად გამოყენებული მოდელის ტიპისა, ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა მაინც უნდა უზრუნველყონ უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობა კომპეტენტური პერსონალის საშუალებით. The American Organization of Nurse Executives (AONE, 2010) ამტკიცებს, რომ ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა საჭიროა მომავალში მონაწილეობა მიიღონ საექთნო საქმიანობის გარდაქმნაში პაციენტსა და ოჯახზე ორიენტაციის გზით. უნდა დარწმუნდნენ რომ წინა ხაზზე მომუშავე ექთნები ჩართულები არიან გადაწყვეტილებების მიღების პროცესში და ოპტიმალური უნდა გახადონ მათი როლი და საქმიანობა. AONE ასევე განიხილავს ამ მოდელებს როგორც ჯანდაცვის გარემოს შესახებ ცოდნის შემადგენელი კომპონენტი (AONE, 2015, p. 6) შემდეგი თვალსაზრისით:

- განუწყვეტილად ავლენს პაციენტისთვის მკურნალობის მიწოდების სისტემის ცოდნას;
- აღწერს მიწოდების სხვადასხვა სისტემას, პაციენტის მკურნალობის მოდელებს და მათ დადებით და უარყოფით მხარეებს;
- აფასებს ახალი მოდელების ეფექტიანობას;
- ათანხმებს მკურნალობის მიწოდების მოდელებსა და პერსონალის ქმედებებს უსაფრთხოებისა და ეკონომიკის ძირითად წამმართველებთან

დღესდღეობით მკურნალობის მიწოდების ბევრი მოდელი გამოიყენება, რომელიც კლასიფიცირდება როგორც: ტრადიციული, არატრადიციული და თანამედროვე მოდელები.

ტრადიციული მოდელები

ეს მოდელები ძირითადად გამოიყენებოდა საექთნო საქმიანობის ჩამოყალიბების ეტაპზე. ყველაზე ცნობილი მოდელებია: პაციენტის სრული მკურნალობა, ფუნქციური საექთნო საქმიანობა, გუნდური საექთნო საქმიანობა, პირველადი საექთნო საქმიანობა და საექთნო საქმიანობის შემთხვევის მართვა. ამ მოდელთაგან ბევრი დღესაც გამოიყენება პრაქტიკაში, ბევრი ახალი მოდელი კი ამ ტრადიციულ მოდელებზეა დაფუძნებული და მოიცავს ძველი მოდელების სხვადასხვა ასპექტს.

პაციენტის სრული მკურნალობა

ეს მოდელი ცნობილია შემთხვევის მეთოდის სახელით და წარმოადგენს უძველეს მოდელს. მე-20 საუკუნის დასაწყისში საექთნო საქმიანობა დაიწყო პაციენტების ბინაზე მოვლის სახით. ექთანს არამარტო პაციენტის მოვლა ევალებოდა, არამედ პაციენტისთვის საკვების მომზადებაც და დასუფთავებაც. 1930-იან წლებში მოხდა საექთნო საქმიანობის გარდაქმნა და ჩამოყალიბდა როგორც პრინციპული მოვლის მიწოდების მოდელი (Tiedeman & Lookinland, 2004). პაციენტის სრული მკურნალობის მეთოდი ხშირად გამოიყენება კრიტიკული მოვლის და ჰოსპისის მსგავსი მოვლის პირობებში, სადაც ექთანი სრულად უვლის პაციენტს. საავადმყოფოში ამ მოდელის გამოყენების მაგალითია მორიგეობაზე ერთი ექთნის საქმიანობა; კომუნიკაცია იერარქიულია და პასუხისმგებელი ექთანი მოვალეა ფუნქციების განაწილებაზე, ექიმებთან ურთიერთობასა და მორიგეობისას მოხსენებების გაკეთებაზე. ამ მოდელის ზოგიერთი ვარიაცია დღესაც გამოიყენება.

ფუნქციური საექთნო საქმიანობა

მეორე მსოფლიო ომის დროს, ექთნებზე გაზრდილმა მოთხოვნამ და პერსონალის საავადმყოფოდან გადინებამ გამოიწვია ექთნების დეფიციტი. ამის ფონზე ნათელი გახდა საექთნო საქმიანობის რეორგანიზაციის საჭიროება. ფუნქციურმა საექთნო საქმიანობამ ახალი მიდგომა დანერგა, რაც გამოვლინდა დამხმარე პერსონალის პოზიციის შემოღებაში. ამ მოდელის მიხედვით, პერსონალი მუშაობს ერთმანეთის გვერდი-გვერდ და მონოდებულნი არიან საერთო სპეციფიური ამოცანის შესრულებისკენ: განყოფილებაში მყოფი პაციენტებისთვის მედიკამენტების მიწოდება, სასიცოცხლო მაჩვენებლების შეფასება და ჰიგიენის უზრუნველყოფა (Tiedeman & Lookinland, 2004). მიუხედავად იმისა, რომ თავდაპირველად ეს მოდელი შემუშავებული იქნა როგორც დროებითი მოდელი, მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ მან მაინც შეინარჩუნა პოპულარობა, რადგან აჩვენა დროის, ამოცანებისა და რესურსების ეფექტიანი მართვის შესაძლებლობა. ამ მოდელმა საშუალება მისცა ორგანიზაციებს შეზღუდული რაოდენობის ექთნებით უზრუნველყოთ პაციენტების მოვლა. ეს მოდელი დღესაც გამოიყენება ხანგრძლივი მოვლისა და ამბულატორიული მკურნალობის დაწესებულებებში. მიჩნეულია, რომ ეს მოდელი არის ეფექტიანი და სასარგებლო, თუმცა მან შეიძლება მოვლის პროცესის ფრაგმენტაციამდე მიგვიყვანოს, რადგან ექთნები ორიენტირებულნი არიან ექიმების მითითებებსა და გაცემულ დავალებებზე. ეს მოდელი არ უზრუნველყოფს ავტონომიასა და პროფესიულ განვითარებას (Tiedeman & Lookinland, 2004). კომუნიკაცია იერარქიულია და მხოლოდ პასუხისმგებელი ექთანი ანაწილებს მორიგეობებს, ზედამხედველობას უწევს გაცემულ მითითებებს, ურთიერთობს ექიმებთან და წერს მორიგეობის შესახებ მოხსენებებს.

გუნდური საექთნო საქმიანობა

ფუნქციური საექთნო საქმიანობის კრიტიკის საპასუხოდ შემუშავდა გუნდური საექთნო საქმიანობის მოდელი. ამ მოდელში ლიცენზირებული და არალიცენზირებული პერსონალი თანამშრომლობს და ერთად უზრუნველყოფს პაციენტის მკურნალობა/მოვლას გუნდის ლიდერის მითითებების საფუძველზე. ჩვეულებრივ გუნდის ლიდერი ექთანია და ის პასუხისმგებელია შემდეგზე: გუნდის წევრებისთვის მოვალეობების განსაზღვრა განათლების, უნარისა და კომპეტენციის გათვალისწინებით; საქმიანობის ზედამხედველობასა და უფრო კომპლექსური მკურნალობა/მოვლის ჩატარებაზე. ამ მოდელის მიხედვით, ლიდერ ექთანს უნდა ჰქონდეს ეფექტიანი კომუნიკაციის უნარი და შესაბამისი ლიდერობის გამოცდილება (Tiedeman & Lookinland, 2004). ჩვეულებრივ, გუნდის ლიდერები არიან პასუხისმგებელნი ექიმებთან კომუნიკაციაზე და მორიგეობის შესახებ რეპორტების მომზადებაზე. გარკვეული მოდიფიკაციებით, მაგრამ კომუნიკაცია მაინც იერარქიულია და პასუხისმგებელი ექთანი არის ვალდებული მითითებების გაცემაზე. ზოგიერთი ადაპტაციური ვერსიის სახით გუნდური საექთნო საქმიანობა დღესაც გამოიყენება თერაპიულ-ქირურგიულ განყოფილებებში.

პირველადი საექთნო საქმიანობა

ეს მოდელი შემუშავდა 1968 წელს და მან ექთანი დააბრუნა უკან პაციენტის სანოლთან. თავიდან ეს მოდელი შექმნილი იყო საავადმყოფოს განყოფილებებისთვის, სადაც ექთანი მართავდა პაციენტების ჯგუფს 24/7 პერიოდში, პაციენტის საავადმყოფოში დაყოვნების მთელ პერიოდში მუდმივად (Manthey, 2009). როდესაც პირველადი ექთანი არ არის ხელმისაწვდომი, ე.წ. ასოცირებული ექთანი მართვას ამ პაციენტების ჯგუფს და მიყვება პირველადი ექთნის მიერ შემუშავებულ გეგმას. პირველადი ექთნის მოდელი აყალიბებს მტკიცე კავშირს პაციენტს/მისი ოჯახის წევრებსა და ექთანს შორის, რადგან ძირითადი გადაწყვეტილებები სწორედ პაციენტის სანოლთან მიიღება (Tiedeman & lookinland, 2004). პირველადი ექთანი პოპულარულია ისეთ სიტუაციებში, როდესაც ერთი ექთანი მართვას სიტუაციას დროის გახანგრძლივებულ პერიოდში, როგორც ეს არის ამბულატორიულ განყოფილებებსა და სახლში მოვლის პრობებში (Manthey, 2009). პირველადი ექთანია პასუხისმგებელი პირდაპირ მკურნალობა/მოვლაზე, ის ამყარებს კომუნიკაციას ექიმებთან და ჯანდაცვის გუნდის სხვა წევრებთან და შეიმუშავებს მორიგეობის შესახებ რეპორტებს.

საექთნო საქმიანობის შემთხვევის მართვა

1980-იან წლებში, ხარჯთეფექტინობის გაუმჯობესების მცდელობისას, შემუშავდა საექთნო საქმიანობის შემთხვევის მართვის მოდელი (Neisner & Raymond, 2002). ეს მოდელი გადმოიღეს სოციალური სამსახურის, ფსიქიატრიული გარემოსა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვიდან. ამ მოდელის მიზანს წარმოადგენს პაციენტის მკურნალობა/მოვლის ორგანიზება დიაგნოსტიკა-დაკავშირებული ჯგუფების შესაბამისად. მის ამოცანას წარმოადგენს გაზომვადი ხარისხის გამოსავლების მიღწევა წინასწარ განსაზღვრული დროისა და ღირებულების ფარგლებში. შემთხვევის მართვა ორიენტირებულია მკურნალობა/მოვლის ფრაგმენტაციის შემცირებისკენ, პაციენტის თვითმოვლისკენ, ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებისკენ და შემცირებული ღირებულების ფონზე რესურსების ოპტიმიზაციისკენ (Neisner & Raymond, 2002, p. 11). ლიცენზირებული ექთანი არის შემთხვევის მმართველი და მას ევალება მკურნალობა/მოვლის კოორდინაცია მაღალი რისკის პოპულაციაში. ამის მაგალითია გულის უკმარისობის მქონე პაციენტების მართვა ექთნის მიერ მათი ჰოსპიტალიზაციიდან განერამდე. ისტორიულად, შემთხვევების მართვა პირველად გამოიყენეს საავადმყოფოს პირობებში, თუმცა ამჟამად გადატანილია საზოგადოებრივი მოვლის პირობებზეც. ლიცენზირებულ ექთან „ქეის მენეჯერს“ ჩვეულებრივ აღმატებული ხარისხი აქვს და იშვიათად მონაწილეს პაციენტების პირდაპირ მართვაში. შემთხვევის მართვა აუმჯობესებს კომუნიკაციას ჯანდაცვის პროფესიონალებს შორის და ითვლება, რომ კარგ მიდგომას წარმოადგენს პაციენტების უსაფრთხოების გაუმჯობესების კუთხით. ამ დროს პაციენტების უსაფრთხოდ გადასვლა ხდება მკურნალობა/მოვლის სხვადასხვა დონეზე.

არატრადიციული მოდელები

1980-1990-იან წლებში, ჯანდაცვის სისტემაში ბევრი გამოწვევა წარმოიშვა, ჯანდაცვის ხარჯების შემცირების ჩათვლით. ღირებულების შემცირების მიზნით ზენოლის გამო საავადმყოფოებმა შეიმუშავეს გარკვეული სტრატეგია პაციენტებისთვის მკურნალობის გარკვეული ცვლილებების შესატანად. შემუშავდა საექთნო მკურნალობა/მოვლის არატრადიციული მოდელები და ისინი გადმოიტანეს გუნდური საექთნო მოდელიდან. ეს ცვლილებები გულისხმობდა არალიცენზირებული დამხმარე პერსონალის ჩართვას საქმიანობაში. ყველაზე უფრო პოპულარული არატრადიციული მეთოდები გახდა პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობა, თანამშრომლობის, არაკლინიკური და ინტეგრირებული მოდელები (Lookinland, Tiedeman & Crosson, 2005; Neisner & Raymond, 2002).

მიუხედავად გამოყენებული მკურნალობა/მოვლის მიწოდების მოდელისა, ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა უნდა ჩამოაყალიბონ კულტურალურად კომპეტენტური, უსაფრთხო, ეფექტიანი და ხარისხიანი მკურნალობის მიმწოდებელი საექთნო საქმიანობა. ამასთან, მათ მხარი უნდა დაუჭირონ საექთნო საქმიანობაზე ექთნების ზედამხედველობას, პატივი სცენ ექთნების უფლებებსა და პასუხისმგებლობებს და ასევე პაციენტის უფლებებსა და შეხედულებებს (American Nurses Association – ANA, 2015c).

პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობა

პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობა ყალიბდება საექთნო მკურნალობა/მოვლის საქმეში მულტიკვალიფიციური გუნდური მიდგომის საფუძველზე. ამ მოდელში, ლიცენზირებული ექთანი მოქმედებს როგორც პაციენტის მკურნალობის მენეჯერი და თავად ახდენს პაციენტთან დაკავშირებული აქტივობების კოორდინირებას. ამ მიდგომის მიზანია საექთნო საქმიანობა მკურნალობის მიმწოდებელზე ორიენტირებული მიდგომიდან გადააქციოს უფრო პაციენტზე ორიენტირებულად, შეამციროს იმ პერსონალის რაოდენობა, ვისთანაც პაციენტს აქვს შეხება საავადმყოფოში ყოფნის დროს და გაზარდოს ლიცენზირებული ექთნების მიერ პირდაპირ პაციენტისთვის დათმობილი დროის მოცულობა (Jones, DeBaca & Yarbrough, 1997). პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობის ზოგიერთ შემთხვევაში, მთელი განყოფილება დეცენტრალიზებულია, რაც ნიშნავს, რომ კვებითი და ფიზიკური თერაპიის თანამშრომლები, სანიტრები (Housekeeping) და საექთნო სამსახურის წევრები ყველანი ამ კონკრეტული განყოფილების თანამშრომლები არიან. ეჭვგარეშეა, პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობა ამცირებს სერვისის ღირებულებას და ზრდის მის ხარისხს (Myers, 1998).

თანამშრომლობის მოდელი

ეს მოდელი შემუშავდა 1980-იან წლებში იმ მიზნით, რომ შემცირებულიყო საექთნო მკურნალობის/მოვლის ღირებულება, მათი გაზრდილი პროდუქტიულობის ფონზე. ამ მოდელის მაგალითებია: საქმიანობაში თანამშრომლობა (Partnership in Practice – PIP), თანამშრომლობა პაციენტის მკურნალობის გაუმჯობესების საქმეში (Partnership to Improve Patient Care – PIPC) და ექთნის საქმიანობის გამავრცელებლის (nurse extender model) მოდელები. PIP მოდელის შემთხვევაში, ლიცენზირებულ ექთანს აჰყავს სამუშაოზე დამხმარეები და ისინი მუშაობენ როგორც კლინიკური პარტნიორები ექთნის განრიგის შესაბამისად; დამხმარეები შეიძლება იყვნენ ჯვარედინად-დატრენინგებულები სხვადასხვა საქმიანობის შესასრულებლად, როგორცაა: ფლებოტომია და ნახვევის გამოცვლა. ეს მიდგომა დამხმარეებს ექთნებთან ერთად ერთ გუნდად მუშაობის საშუალებას აძლევს (Manthey, 1989). PIPC და ექთნის საქმიანობის გავრცელების მოდელები PIP მოდელის მსგავსია. ისინიც გულისხმობს დამხმარეების ჩართვას საქმიანობაში და ეს დამხმარეები ასევე ჯვარედინად-დატრენინგებულები არიან და მუშაობენ ექთნების განრიგის შესაბამისად; თუმცა, ლიცენზირებული ექთნები მათ სამუშაოზე აყვანაში არ მონაწილეობენ (Lookinland, Tiedeman & Crosson, 2005). თანამშრომლობითი მოდელები გუნდურ საექთნო მუშაობისგან განსხვავებით უფრო მეტად უზრუნველყოფენ მკურნალობის უწყვეტობას და ამასთან უფრო რენტაბელურია პირველადი საექთნო საქმიანობის მოდელთან შედარებით. თანამშრომლობით მოდელებში ლიცენზირებული ექთანი ახდენს მკურნალობა/მოვლის კოორდინაციას, იძლევა მითითებებს და პასუხისმგებელია ყველა პაციენტზე.

არაკლინიკური მოდელები

არაკლინიკური მოდელების მიხედვით, დამხმარეებსა და ლიცენზირებულ ექთნებს შორის შეიძლება შედგეს ან არ შედგეს პარტნიორობა, თუმცა დამხმარეები არცერთ შემთხვევაში არ არიან ჩართულნი პირდაპირ პაციენტის მკურნალობა/მოვლაში. ამ მოდელის მიხედვით დამხმარეთა ფუნქცია არის შემდეგი: იყოს დამხმარე და შეასრულოს ისეთი არაკლინიკური აქტივობები, როგორცაა პაციენტის ჰიგიენური მოთხოვნების უზრუნველყოფა, მათი კვება, გამოძახების სიგნალზე რეაგირება, მარაგების შეკვეთა და პაციენტების ტრანსპორტირება (lookinland, Tiedeman & Crosson, 2005). არაკლინიკურ მოდელში, ლიცენზირებული ექთნები არიან მკურნალობის კოორდინაციაზე პასუხისმგებელნი.

ინტეგრირებული მოდელები

ამ მოდელებში, დამხმარეები უზრუნველყოფენ როგორც არაპირდაპირ, ასევე პირდაპირ მკურნალობა-მოვლას, ზოგიერთ შემთხვევაში, დამხმარეებს აქვთ კომბინირებული პასუხისმგებლობები, მაგალითად სანიტარული და კვების სერვისი (Lookinland, Tiedeman & Crosson, 2005). ინტეგრირებული მოდელის მიზანია ლიცენზირებული ექთანი გაათავისუფლოს არასაექთნო ფუნქციებისგან და ამის ხარჯზე გააუმჯობესოს პაციენტის მკურნალობა. ამ მოდელში, ლიცენზირებული ექთანი ახდენს საექთნო მკურნალობის/მოვლის კოორდინაციას.

თანამედროვე მოდელები

თანამედროვე მოდელებს ასევე უწოდებენ ინოვაციურ მოდელებს. ისინი პაციენტის მკურნალობაში უახლესი მიდგომებია და ორიენტირებულია პაციენტის უსაფრთხოებასა და ხარისხიან გამოსავლებზე. თანამედროვე მოდელები მოიცავს პროფესიული საექთნო საქმიანობის მოდელს, დიფერენცირებული საექთნო საქმიანობის მოდელს, კლინიკური ლიდერი ექთნის მოდელს, პაციენტის მკურნალობის სინერგიულ მოდელს, პაციენტის სანოლთან მკურნალობის გარდაქმნის მოდელს და პაციენტსა და პაციენტის ოჯახზე ორიენტირებულ მკურნალობის მოდელს.

პროფესიული საექთნო საქმიანობის მოდელი

ეს მოდელი იძლევა „კლინიკური საქმიანობის, სწავლების, ადმინისტრირებისა და კვლევის წარმართვისა და შენარჩუნებისთვის საჭირო ჩარჩო დოკუმენტს პაციენტისა და საექთნო პერსონალის დადებითი გამოსავლების მიღწევის მიზნით“ (Lineweaver, 2013, p. 14). ეს მოდელი საზღვრავს Magnet საავადმყოფოს ძირითად მახასიათებელს (Neisner & Raymond, 2002). Magnet

საავადმყოფოებს, როგორც წესი, აქვთ მაღალი ლიცენზირებული ექთან-პაციენტის ფარდობის მაჩვენებელი და უმეტესი ეს საავადმყოფოები ორიენტირებულია მხოლოდ ლიცენზირებული ექთნებით შტატის დაკომპლექტებაზე. ამ მოდელში, ლიცენზირებულ ექთნებს აქვთ მეტი ავტონომია და საკუთარ საქმიანობაზე კონტროლი, საქმიანობის ხარისხიდან გამომდინარე მომხმარებლის მაღალი კმაყოფილება, ექთნების სამუშაოთი გადანვის დაბალი მაჩვენებელი და უსაფრთხო სამუშაო გარემო (Neisner & Raymond, 2002). ეს მოდელი მხარს უჭერს ლიცენზირებული ექთნების მიერ საექთნო მკურნალობა/მოვლის პროცესის კონტროლს და ეფექტიან ინტერპროფესიულ და ინტრაპროფესიული კომუნიკაციას.

დიფერენცირებული საექთნო საქმიანობის მოდელი

ეს მოდელი აღმოცენდა American Association of Colleges of Nursing (AACN) და AONE ერთობლივი განხილვების საფუძველზე 1993 წელს, როდესაც სპეციალური სამუშაო ჯგუფი დაჯდა და დაიწყო ფორმალური მიზნების ჩამოყალიბება და დიფერენცირებული საექთნო საქმიანობის მიმართულებით რეკომენდაციების შემუშავება (AACN-AONE Task Force, 1995). ამ მოდელში ექთნების მკურნალობითი საქმიანობა დიფერენცირებულია ლიცენზირებული ექთნების განათლების, კომპეტენციისა და კლინიკური უნარ-ჩვევების მიხედვით: ექთანი ასოცირებული ხარისხით ფუნქციონირებს როგორც პრაქტიკოსი ექთანი და ასრულებს ძირითად სამუშაოს პაციენტის სანოლთან; ბაკალავრის ხარისხის მქონე ექთანი ბევრი ფუნქციის განმახორციელებელია, ხელს უწყობს და თანამშროლობს სხვა პერსონალთან პაციენტის მკურნალობა/მოვლის მიმართულებით პაციენტის ჰოსპიტალიზაციიდან მის განეარამდე; და უფრო მაღალი პრაქტიკის მქონე ექთნები, რომლებიც მოღვაწეობენ ჯანდაცვის სისტემაში და პაციენტებს აწვდიან მკურნალობა/მოვლას ყველანაირ პირობებში, პაციენტის გამოჯანმრთელებამდე ან სიკვდილამდე. ამ მოდელის მიზნები მოიცავს შემდეგს (Neisner & Raymond, 2002, p. 11):

- ოპტიმალური საექთნო მკურნალობა/მოვლა, რაც აკავშირებს პაციენტის საჭიროებებს ექთნების კომპეტენციებთან;
- მწირი საექთნო რესურსების ეფექტიანი გამოყენება;
- თანაბარი კომპენსაცია;
- ექთნებს შორის გაზრდილი კარიერული კმაყოფილება;
- დამსაქმებლების მიმართ მეტი ლოიალობა;
- საექთნო პროფესიის პრესტიჟის ხაზგასმა.

დიფერენცირებულ საექთნო საქმიანობის გარემოში, ექთნები უნდა იყვნენ კლინიკურად კომპეტენტურნი და მკურნალობა/მოვლის მიზნების საქმეში მოქნილები; უნდა შეეძლოთ სხვადასხვა ფუნქციის შეფასება. ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა უნდა შეუსაბამონ ექთნების ინდივიდუალური შესაძლებლობები პაციენტის კლინიკურ მოთხოვნებს. ეს მოდელი თვლის, რომ ყველა ექთანმა, მიუხედავად განათლებისა, უნდა მიაწოდოს მაღალი ხარისხის, ყოვლისმომცველი მკურნალობა ყველა პაციენტს ყველანაირ პირობებში (AACN-AONE Task Force, 1995).

კლინიკური ლიდერი ექთნის მოდელი

ეს მოდელი შემუშავდა პაციენტის მკურნალობის ხარისხის გაუმჯობესებისა და მაღალი უნარ-ჩვევების მქონე კლინიცისტების, გამოსავლებზე დაფუძნებული საქმიანობისა და ხარისხის გაუმჯობესების პროცესში, ჩართულობის ნახალისების მიზნით (AACN, 2013). სამაგისტრო პროგრამის კურსდამთავრებულებს (Master degree), ანუ CNL-ს, აქვთ შემდეგი პასუხისმგებლობები: მულტიპროფესიული გუნდის მიერ წარმოებული პაციენტის მკურნალობა/მოვლის დაგეგმვა, განხორციელება და შეფასება კოორდინაციის დელეგირებისა და ზედამხედველობის გზით. ამ ფუნქციის შემსრულებელი ექთანი არის ლიდერი, თუმცა ის არ არის ადმინისტრაციულ და მმართველობით პოზიციაზე. „CNL თვლის რომ აქვს პაციენტის მკურნალობა/მოვლის გამოსავლებზე პასუხისმგებლობა. ამიტომ საჭიროა მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაციის ათვისება და გამოყენება, რათა უზრუნველყონ მკურნალობა/მოვლის პროცესებისა და მკურნალობის მიზნების მოდელის დიზაინის შემუშავება, დანერგვა და შეფასება“ (AACN, 2013, para 4). CNL არის მკურნალობის მიმწოდებელი და კოორდინატორი და ხელს უწყობს

ინტერპროფესიულ და ინტრაპროფესიულ კომუნიკაციას. CNL კურსდამთავრებულს შეუძლია აიღოს CNL სერთიფიკატი გაცემული საექთნო სერტიფიცირების კომისიის მიერ (Commission on Nurse Certification).

პაციენტის მოვლის სინერგიული მოდელი

კრიტიკული განყოფილების ექთნების ამერიკის ასოციაციამ (American Association of Critical-Care Nurses) შეიმუშავა აღნიშნული მოდელი, რომლის ძირითადი კონცენფცია შემდეგია: პაციენტისა და მისი ოჯახის საჭიროებები არის ექთნების კომპეტენციების წარმმართველი და სინერგია არსებობს მაშინ, როდესაც პაციენტის, კლინიკური ერთეულის ან სისტემის საჭიროებები და მახასიათებლები ემთხვევა ექთნების კომპეტენციებს (American Association of Critical-Care Nurses, n.d.). ეს არის სამუშაო ჩარჩო, რაც შეიძლება გამოყენებულ იქნას ნებისმიერ სიტუაციაში პაციენტის მკურნალობის ორგანიზებისათვის. რადგანაც თითოეული პაციენტი და მისი ოჯახი უნიკალურია, ხასიათდება გარკვეული თვისებებით, რაც განაპირობებს ჯანმრთელობა-ავადობას და აქვს ჯანმრთელობის გარკვეული ცვალებადობა და ავადობისადმი მონყვლადობა, ამიტომ ეს მოდელი მოიცავს პაციენტის რვა მახასიათებელს (ცხრილი 9-1) და საექთნო საქმის რვა მახასიათებელს (ცხრილი 9-2) პაციენტების საჭიროებებიდან გამომდინარე (American Association of Critical-Care Nurses, n.d.). მონაცემთა შეგროვების შეფასება პაციენტის მახასიათებლებზე დაყრდნობით შეიძლება დაეხმაროს ექთნებს მკურნალობა/მოვლის მიმართულებით ინდივიდუალური გეგმის შემუშავებაში. ეს მოდელი ხელს უწყობს ოპტიმალური და რეალისტური მიზნების მიღწევისთვის ეფექტიან კომუნიკაციასა და თანამშრომლობას. მართალია ეს მოდელი თავიდან შემუშავებული იყო კრიტიკული მოვლის ერთეულებისთვის, მაგრამ შემდგომ მისი გამოყენება მოხდა სხვადასხვა კლინიკურ პირობებშიც.

ცხრილი 9-1 სინერგიული მოდელი: პაციენტისა და ოჯახის მახასიათებლები განმარტებებთან ერთად¹

მახასიათებლები	განმარტება
გამძლეობა	კომპენსატორული ან კოპირებადი მექანიზმების გამოყენებით ფუნქიონირების აღდგენად დონეზე დაბრუნების უნარი; ინსულტის შემდეგ ძალების სწრაფად აღდგენის უნარი
მონყვლადობა	აქტიური ან პოტენციური სტრესორებისადმი მდგრადობა, რომელმაც შესაძლოა უარყოფითად იმოქმედოს პაციენტის გამოსავლებზე
სტაბილურობა	წონასწორობის სტაბილურად შენარჩუნების უნარი
კომპლექსურობა	ორი და მეტი სისტემის სირთულეების დაკავშირება (მაგ., სხეული, ოჯახი, თერაპია)
რესურსების ხელმისაწვდომობა	რესურსები, რისი ჩადებაც პაციენტს ან ოჯახს შეუძლია არსებულ სიტუაციაში (მაგ., ტექნიკური, ფიზიკური, პიროვნული, ფსიქოლოგიური და სოციალური)
მკურნალობაში მონაწილეობა	ძალისხმევა, რითიც პაციენტი ან ოჯახი ერთვება მკურნალობის პროცესში
გადანვეტილების მიღებაში მონაწილეობა	ძალისხმევა, რითიც პაციენტი ან ოჯახი ერთვება გადანვეტილების მიღებაში
წინასწარ განჭვრეტა	მახასიათებელი, რომელიც საშუალებას აძლევს პიროვნებას ივარაუდოს გარკვეული მოვლენა ან დაავადების მიმდინარეობა

¹ From American Association of Critical-Care Nurses, n.d. pp. 1-3

ცხრილი 9-2: სინერგიული მოდელი: ექთნის კომპეტენცია და განმარტებები¹

კომპეტენცია	განმარტება
კლინიკური განსჯა	კლინიკური მიზანშეწონილობის განსაზღვრა, რაც გულისხმობს კლინიკური გადაწყვეტილების მიღებას, კრიტიკულ აზროვნებასა და გლობალურად სიტუაციის განჭვრეტას. დაკავშირებულია ექთნის უნარ-ჩვევებთან ფორმალურ და არაფორმალურ ცოდნასა და მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ გზამკვლევებთან
ადვოკატირება და მორალური მხარდაჭერა	სხვისი პატივისცემით მოქმედება და პაციენტის ან მისი ოჯახის და საექტონო პერსონალის წუხილის წარმოჩენა; მორალურ მხარდაჭერად ყოფნა ეთიკური და კლინიკური პრობლემების იდენტიფიცირებისა და გადაჭრის კუთხით, როგორც კლინიკურ ასევე არაკლინიკურ სიტუაციებში
მკურნალობა/მოვლის საქმიანობა	საექტონო საქმიანობა, რომელიც ქმნის წყნარ, მხარდამჭერ და მაკურნებელ გარემოს პაციენტებისა და მათი ოჯახებისთვის, არასასურველი ზიანის პრევენციის, კომფორტისა და გამოჯანმრთელების უზრუნველყოფის მიზნით
თანამშრომლობა	სხვებთან ერთად მუშაობა (მაგ., პაციენტი, ოჯახი, ჯანდაცვის სხვა სპეციალისტი) იმ ფორმით, რაც მხარს უჭერს და ახალისებს ყველა პიროვნების ჩართულობას პაციენტებისა და ოჯახის ოპტიმალური ან რეალისტური მიზნების მიღწევის მიზნით
სისტემური აზროვნება	იმ ცოდნისა და ინსტრუმენტების ერთობლიობა, რაც ექთანს აძლევს საშუალებას პაციენტის ან ოჯახისა და პერსონალის საკეთილდღეოდ მართოს ნებისმიერი გარემო და რესურსები
მრავალფეროვნებაზე პასუხი	მკურნალობის უზრუნველყოფაში არსებული განსხვავების გამოცნობის, სათანადოდ შეფასებისა და გამოყენების უნარი
სწავლების ხელშეწყობა	პაციენტის ან ოჯახის, საექტონო პერსონალის, ჯანდაცვის გუნდის სხვა წევრისა და საზოგადოების სწავლების ხელშეწყობის უნარი
კლინიკური სიახლე (ინოვაციური/შემფასებელი)	საქმიანობაზე გამოკითხვისა და შეფასების მუდმივი პროცესის უზრუნველყოფა და ინფორმაციაზე დაყრდნობით საქმიანობა

პაციენტის საწოლთან მკურნალობის გარდაქმნა (Transforming Care at the bedside – TCAB)

ეს არის ნაციონალური ინიციატივა, რომლის ინიცირება მოხდა Robert Wood Johnson Foundation-ის და Institute for Helathcare Improvement-ის მიერ 2003 წელს და წარმოადგენს მკურნალობის მოდელს, რომელიც წინახაზზე მყოფ ექტონებსა და ლიდერ და მენეჯერ ექტონებს ანიჭებს შემდეგ უფლება-მოვალეობას (Lee, Shannon, Rutherford & Peck, 2008; Rutherford, Moen & Taylor, 2009):

- პაციენტების უსაფრთხოებისა და ხარისხის გაუმჯობესება თერაპიულ-ქირურგიულ ერთეულებში;

¹ From American Association of Critical Care Nurses, n.d. pp 4-8

- ექთნების გაძლიერება და შენარჩუნება სამუშაო ადგილზე;
- პაციენტებისა და მისი ოჯახის წევრების მკურნალობაში ჩართულობის ნახალისება და გაუმჯობესება;
- ჯანდაცვის გუნდის ეფექტიანობის გაუმჯობესება.

TCAB-ის მიზანია მიენიჭოთ ექთნებსა და ჯანდაცვის გუნდის სხვა წევრებს სამუშაო პროცესების ხელახლა დაგეგმარების უფლება პაციენტების მკურნალობის ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით და მათი სამუშაო ადგილზე ბრუნვის შემცირება. ამ ინიციატივის საშუალებით ხდება ჯანდაცვის გუნდის წევრებს შორის თანამშრომლობის გაუმჯობესება. სამუშაო დოკუმენტი მოიცავს „კლინიცისტებსა და პერსონალს შორის კომუნიკაციის გაუმჯობესებას და მას განიხილავს როგორც პერსონალის გაძლიერებისა და პაციენტთა უსაფრთხოებისთვის აუცილებელი ოთხი ბლოკიდან ერთ-ერთს (Lee, Shannon, Rutherford & Peck, 2008, p. 4). ხუთი თემა წარმოადგენს ამ მოდელის შემადგენელ ნაწილს (Rutherford, Moen & Taylor, 2009):

1. ტრანსფორმაციული ლიდერობა: ლიდერები და მენეჯერები ანიჭებენ წინა ხაზზე მყოფ პერსონალს გარკვეულ უფლებას და ეს უფლება საჭიროა ინოვაციების მდგრადობის შესანარჩუნებლად. TCAB-ის წარმატება დამოკიდებულია ლიდერებისა და მენეჯერების მონდომებასა და აქტიურობაზე;
2. უსაფრთხო და საიმედო მკურნალობა: ჯანდაცვის გუნდს აქვს პაციენტის მდგომარეობის ცვლილებაზე დაუყოვნებელი რეაგირების უნარი. პროცესები ისე უნდა იყოს გამართული, რომ მოხდეს სამედიცინო შეცდომების, დაცემისგან დაზიანების, ნაწილებისა და სხვა გვერდითი ეფექტებით მიყენებული ზიანის თავიდან აცილება. ამასთან, მიწოდებული მკურნალობა უნდა იყოს ეფექტიანი და თანაბარი;
3. სიძლიერე და გუნდური მუშაობა: როდესაც ჯანდაცვის გუნდი საქმიანობს გულგულად და მხარდაჭერა გარემოში, გუნდური მუშაობა ეფექტიანია და კომუნიკაცია კი ოპტიმალური. ჯანდაცვის გუნდი მუდმივად მიიწვევს უკეთესობისაკენ;
4. პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობა: მკურნალობა ორიენტირებულია „მთლიანად ინდივიდზე და მის ოჯახზე, პაციენტს სცემს ინდივიდის ღირებულებებსა და არჩევანს და უზრუნველყოფს მკურნალობის უწყვეტობას“ (p. 13);
5. მკურნალობასთან დაკავშირებული პროცესები: პაციენტის მკურნალობა ხდება ყოველგვარი შეფერხების გარეშე, უზრუნველყოფს სამუშაო პროცესების უწყვეტობას. ექთნებს შეუძლიათ მეტი დრო დაუთმონ პაციენტისა და მისი ოჯახისთვის ღირებულ აქტივობებს.

მას შემდეგ, რაც 2007 წელს ეს ინიციატივა დაიწყო, ბევრმა ორგანიზაციამ გამოიყენა TCAB წინახაზზე მომუშავე ექთნების ნახალისებლად. ნახალისების მიზანი იყო ექთნებს მეტი ცვლილება შეეტანათ საკუთარ აქტივობებში მათი გაუმჯობესების მიზნით. TCAB მოდელს აქვს მკურნალობის მიწოდების პროცესის გარდაქმნისა და სამუშაო გარემოს შეცვლის შესაძლებლობა ინტერპროფესიული გუნდური მუშაობისა და პაციენტის საწოლთან კომუნიკაციის გაუმჯობესების მიზნით (Rutherford, Moen & Taylor, 2009).

პაციენტსა და ოჯახზე ორიენტირებული მკურნალობის მოდელი

ჯანდაცვას ბევრი ისეთი პრობლემა აქვს, რომელიც მოითხოვს სისტემურ გადამწყვეტილებებს და ჯანდაცვის პროფესიონალებს, ადმინისტრატორებს, დამგეგმავ პირებს, პოლისების შემმუშაველ პირებს, პაციენტსა და მისი ოჯახის წევრებს შორის თანამშრომლობას (Conway et al., 2006). უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობის ეფექტიანად უზრუნველყოფა ჯანდაცვის პროფესიონალებისაგან მოითხოვს მიმნოდებელზე ორიენტირებული მიდგომიდან პაციენტზე ორიენტირებულ მიდგომაზე გადასვლას. რადგან პაციენტები მეტ ცოდნას იძენენ და მეტად ინფორმირებულნი ხდებიან ჯანდაცვის საკითხებთან მიმართებით და ასევე აქტიურად ერთვებიან საკუთარი მკურნალობის პროცესში, ექთნებიც კარგად უნდა მოემზადონ, რათა შეძლონ პაციენტებისა და მათი ოჯახების ადვოკატირება.

პაციენტსა და მათ ოჯახზე ორიენტირებული მკურნალობის ინსტიტუტი (The Institute for patient- and Family-Centered Care – IPFCC) არის არამომგებიანი ორგანიზაცია, რომლის მისიაა პაციენტსა და მის ოჯახზე ორიენტირებული მკურნალობის აღქმის გაუმჯობესება და პრაქტი-

კაში ამ მიდგომის დანერგვა. ამისთვის კი ღირსებისა და პატივისცემის, ინფორმაციის გაზიარების, მონაწილეობისა და თანამშრომლობის იმპლემენტაციაა საჭირო ჯანდაცვის ყველა მიმართულებით (IPFCC, 2011). IPFCC პაციენტსა და მის ოჯახზე ორიენტირებულ მკურნალობას საზღვრავს როგორც შემდეგს: „მიდგომა - ჯანდაცვის დაგეგმარება, მიწოდება და შეფასება, დაფუძნებულია ორმხრივ სარგებლის მომტან თანამშრომლობაზე მკურნალობის მიმწოდებელს, პაციენტსა და მისი ოჯახის წევრებს შორის. ეს არის მიდგომა, რომელიც აყალიბებს პოლისებს, პროგრამებს, გარემო დიზაინს და პერსონალის ყოველდღიურ ინტერაქციებს. მას მივყავართ ჯანმრთელობის უკეთეს გამოსავლამდე, რესურსების გონივრულ გამოყენებასა და პაციენტისა და მისი ოჯახის კმაყოფილების გაზრდამდე (IPFCC, 2010, para 1).

პაციენტსა და მის ოჯახზე ორიენტირებული მკურნალობა აქცენტებს აკეთებს თანამშრომლობისა და დაგეგმარების პრინციპებზე დაყრდნობილ მკურნალობაზე. ეს ეხება ყველა ასაკის პაციენტების, ყველა დონეზე და ყველანაირ პირობებში მკურნალობას (Conway et al., 2006). პაციენტსა და მის ოჯახზე ორიენტირებული მკურნალობა არ უნდა ავურიოთ პაციენტზე ფოკუსირებულ მკურნალობაში. ამ უკანასკნელ მოდელში ლიცენზირებული ექთანი წარმოადგენს მკურნალობის კოორდინატორსა და დამგეგმავს, რომელიც მკურნალობაში რთავს რაც შეიძლება მეტ სერვისს; საავადმყოფოში მყოფ პაციენტსა და მის ოჯახზე ორიენტირებული მკურნალობის დროს კი პაციენტი აკონტროლებს საკუთარ მკურნალობას და მკურნალობასთან დაკავშირებულ გადანყვეტილებებს ღებულობს ლიცენზირებულ ექთანთან თანამშრომლობის გზით.

პაციენტსა და მის ოჯახზე ორიენტირებული მკურნალობის მოდელი ეყრდნობა ოთხ ძირითად კონცეფციას (Conway et al., 2006):

- ღირსება და პატივისცემა: ჯანდაცვის პროფესიონალები უსმენენ და პატივს სცემენ პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების არჩევანს, ღირებულებებსა და რწმენას, ხოლო მათი კულტურალური წარმოშობა გათვალისწინებულია მკურნალობის დაგეგმარებასა და მიწოდების პროცესში;
- ინფორმაციის გაზიარება: ჯანდაცვის პროცესიონალები პაციენტსა და მის ოჯახთან კომუნიკაციას და ინფორმაციის გაზიარებას ახდენენ დროულად. პაციენტები და მათი ოჯახები იღებენ ყოვლისმომცველ და ზუსტ ინფორმაციას, რათა აქტიურად ჩაერთონ მკურნალობისა და გადანყვეტილებების მიღების პროცესში;
- მონაწილეობა: მკურნალობისა და გადანყვეტილებების მიღების პროცესში ჩართულობის კუთხით ხდება პაციენტებისა და მათი ოჯახების ნახალისება და მხარდაჭერა იმ ეტაპზე, რაზეც ისინი ჩათვლიან საჭიროდ;
- თანამშრომლობა: პაციენტები და მათი ოჯახები, ასევე ჯანდაცვის პროფესიონალები და ლიდერები თანამშრომლობენ პოლისებისა და პროგრამების შემუშავების, დანერგვისა და შეფასების კუთხით; ასევე სამედიცინო დანესებულებების დიზაინს; პროფესიონალების განათლებისა და მკურნალობის მიწოდების მიმართულებითაც (Conway et al., 2006).

ექთნები მუშაობენ ისეთ პოზიციაზე, რაც ამ მოდელის პრაქტიკაში დანერგვის კატალიზატორია. ექთან-პაციენტის დამოკიდებულება არსებითად დაფუძნებულია ორმხრივ ნდობაზე, პატივისცემაზე და კომუნიკაციაზე. საავადმყოფოში მყოფ პაციენტსა და მის ოჯახზე ორიენტირებული მკურნალობის უზრუნველსაყოფად ექთნები ქმნიან გამოჯანმრთელებისთვის უსაფრთხო გარემოს, ითვალისწინებენ პაციენტის ინდივიდუალურ არჩევანს, ცნობენ პაციენტს როგორც მაკონტროლებელს, პაციენტსა და მის ოჯახთან ამყარებენ ეფექტიან კომუნიკაციას და პაციენტს აწოდებენ ინფორმირებული გადანყვეტილებების მიღებისთვის საჭირო ინფორმაციას. პაციენტსა და მის ოჯახზე ორიენტირებული მკურნალობის მოდელს შეუძლია შეცვალოს პაციენტის, მისი ოჯახისა და მკურნალობის მიმწოდებელი პროფესიონალების მკურნალობასთან დაკავშირებული გამოცდილება.

პაციენტის უსაფრთხოების თვალსაზრისით პერსონალის დაგეგმარება

პერსონალის შესაბამისი დაგეგმარება მნიშვნელოვანია მკურნალობის მიწოდების კუთხით. „პერსონალის შესაბამისი დაგეგმარება აკავშირებს ლიცენზირებული ექთნის პროფესიონალიზმს მკურნალობის მიმღები რეციპიენტის საჭიროებებთან“ (ANA, 2012, p. 6). ლიდერ და მენე-

ჯერ ექთნებს აქვთ პასუხისმგებლობა უზრუნველყონ ექთნების საჭირო რაოდენობა და შემაღდგენლობა უწყვეტად. რადგანაც პერსონალის დაგეგმარება გავლენას ახდენს ექთნების მიერ მკურნალობის უსაფრთხო და ეფექტიან მინოდებაზე, პერსონალის დაგეგმარება შეიძლება განხილული იქნას როგორც კომპლექსური პროცესი (ANA, 2012). ლიდერი და მენეჯერი ექთნები შეიძლება იცნობდნენ და ამასთან უნდა მიყვებოდნენ პერსონალის დაგეგმარებასთან დაკავშირებულ, როგორც ნაციონალურ ასევე ლოკალურ რეგულაციებს; უნდა დაიცვან საექთნო პრაქტიკა; დააზუსტონ და თვალყური ადევნონ საექთნო პერსონალის ლიცენზირების საკითხს; პატივი სცენ ექთნების უფლებებს; უზრუნველყონ პერსონალის შესაბამისი კომპეტენციები და დაასაბუთონ პერსონალის რეგულაციებთან და პროფესიულ სტანდარტებთან შესაბამისობა (ANA, 2015c).

პერსონალის უსაფრთხო დაგეგმარება მნიშვნელოვანია საავადმყოფოსთან ასოცირებული ინფექციების, ექთნების სტრესის, ექთნების ბრუნვის, საავადმყოფოს სერვისების ღირებულების შემცირების, პაციენტის კმაყოფილების გაზრდისა და საექთნო საქმიანობის პროდუქტიულობის გაუმჯობესების თვალსაზრისით (ANA, 2015a). აშშ-ში ჩატარებული კვლევა¹ აჩვენებს, რომ საექთნო პერსონალის ძირითადად ლიცენზირებული ექთნებისაგან დაკომპლექტება ინვესს ნაკლებ გართულებებს, საშარდე ინფექციებისა და პნევმონიების შემცირებას, ხანმოკლე დაყოვნებასა და სიკვდილობის შემცირებას. საერთაშორისო დონეზე ლიცენზირებული ექთნის პროგნოზირება (Registered Nurse Forecasting – RN4CAST) ასევე აჩვენებს მსგავს შედეგებს: „პაციენტ-ექთნის თანაფარდობის გაუმჯობესება ხაზს უსვამს იმას, რომ ჯანსაღი საექთნო სამუშაო გარემო და კარგად განათლებული საექთნო პერსონალი დაკავშირებულია ექთნების უკეთ ყოფნასა და პაციენტების გაუმჯობესებულ გამოსავლებთან, პაციენტების გაზრდილი კმაყოფილებასა და პაციენტების შემცირებულ სიკვდილობასთან“ (European Commission, 2016, para 1). სწორედ არასაკმარისი საექთნო პერსონალი აღმოჩნდება ხოლმე ხშირად მოულოდნელად დამდგარი შემთხვევების გამომწვევი მიზეზი, რასაც საბოლოოდ მივყავართ პაციენტის მდგომარეობის გართულებამდე, უნარის შეზღუდვამდე ან სიკვდილამდე. ამასთან, არასაკმარისი პერსონალი შეიძლება გახდეს ექთნების სამსახურით უკმაყოფილების, მათი გადაღლის, სამსახურის თავის დანებების, ზიანისა და ავადობის მიზეზი (Unruh, 2008).

პერსონალის უსაფრთხოდ დაგეგმარება ექთნების საქმიანობისთვის პოზიტიურ გარემოს უზრუნველყოფს და აძლევს მათ საშუალებას სწავლისა და საქმიანობის დროს დაგროვილი ცოდნაეფექტიანად გამოიყენონ პაციენტის მოვლისას.

პერსონალის უსაფრთხოდ დაგეგმარება ლიდერი და მენეჯერი ექთნებისთვის არ არის იოლი ამოცანა, მაგრამ ამის მიღწევა შესაძლებელია დინამიური, მრავალმხრივ პროცესებზე დაფუძნებული გადანყვეტილების მიღებით, რაც, თავის მხრივ, ითვალისწინებს ვარიანტების მრავალფეროვნებასაც (ANA, 2012). ლიდერი და მენეჯერი ექთნებისთვის განსაკუთრებული გამოწვევაა ექთნების დეფიციტის პირობებში უსაფრთხო დაგეგმარების პრინციპების შენარჩუნება.

ექთნების დეფიციტი

ექთნების დეფიციტია გლობალურად (knudson, 2013) და ეს გავლენას ახდენს საექთნო საქმიანობის სხვადასხვა ასპექტზე. ამის ფონზე აშშ-ს შრომის დეპარტამენტი (U.S. Department of Labor) თვლის, რომ ექთნების დეფიციტის მატება აღინიშნება არაჰოსპიტალურ სექტორში, ამბულატორიულ ცენტრებში, ამბულატორიულ ქირურგიულ ცენტრებსა და გადაუდებელი მოვლის ცენტრებშიც. სამომავლოდ ექთნების საკმარისი რაოდენობით დაწესებულებების უზრუნველყოფის საკვანძო ასპექტია ახალი კადრების ინტენსიურად მომზადება. მაგალითად აშშ-ში, 2001-დან 2011 წლამდე NCLEX-RN ლიცენზირებული ექთნების რაოდენობა გაიზარდა 68561-დან 142390-მდე. მიუხედავად იმისა, რომ ეს მაჩვენებელი მიუთითებს საექთნო პერსონალის ზრდაზე, ზრდის ტენდენცია ძირითადად აღინიშნება ძალიან ახალგაზრდა და ასაკიან პერსონალში. ნაკლებად აღინიშნება ლიცენზირებული ექთნების რაოდენობის ზრდა 36-45 ასაკობრივ ჯგუფში (Health Resources and Services Administration – HRSA, 2013). 2013 წელს დაფიქსირდა, რომ აშშ-ში საექთნო პერსონალის ერთ მესამედზე მეტი იყო 50 წელზე მეტი ასაკის და ლიცენ-

¹ Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski & Silber, 2002; ANA 2015a, 2015b; Kane, Shamliyan, Mueller, Duval & Wilt, 2007; Knudson, 2013; Needleman et al., 2011; Unruh, 2008

ზირებული ექთნების საშუალო ასაკი იყო 46,6. დაახლოებით 1 მილიონამდე ლიცენზირებული ექთანი გავა პენსიაზე მომდევნო 10-15 წლის განმავლობაში და ეს ცვლილება მნიშვნელოვან გავლენას მოახდენს ექთნების რაოდენობაზე, რაც, საბოლოოდ, მიგვიყვანს ლიცენზირებული ექთნების გამოცდილების, ცოდნისა და ლიდერობის უნარების ცვლილებამდეც (HRSA, 2013). ექთნების დეფიციტის გამომწვევი სავარაუდო ფაქტორები შემდეგია: (AACN, 2014, pp. 2-4):

- საექტონო სკოლებში ჩარიცხული სტუდენტების რაოდენობის ზრდა ვერ მიყვება ლიცენზირებულ ექთნებზე გაზრდილ მოთხოვნებს ფეხდაფეხ. მიუხედავად იმისა, რომ ბაკალავრიატის პროგრამაში ჩართული ექთნების რაოდენობა მომატებულია, ეს მაინც არ იძლევა დეფიციტის აღმოფხვრის საშუალებას;
- საექტონო სკოლებში კადრების დეფიციტი პრობლემებს ქმნის მისაღები სტუდენტების რაოდენობის თვალსაზრისით. ლექტორ-მასწავლებლების ნაკლებობის, კლინიკური სწავლების ლოკაციების სიმცირის, საკლასო სივრცის ნაკლებობისა და ბიუჯეტის შეზღუდვების გამო, საექტონო სკოლები იძულებული იყვნენ შესაბამისი კანდიდატებისთვის უარი ეთქვათ სასწავლო პროგრამაში ჩართვაზე;
- დემოგრაფიული ფაქტორების ცვლილებები სიგნალს იძლევა ასაკიანი პოპულაციის მოვლისთვის საჭირო საექტონო პერსონალის მზარდ მოთხოვნაზე. ეს მოთხოვნა სულ უფრო თვალსაჩინო გახდება, რადგან სულ უფრო მეტი ამჟამინდელი ახალშობილი მიაღწევს 60 წელსა და უფრო მეტ ასაკს. თუმცა, ციფრები აჩვენებს, რომ რაც უფრო მატულობს პოპულაციის ასაკი, მით მეტია საექტონო პერსონალის დეფიციტი;
- არასაკმარისი საექტონო პერსონალი იწვევს ექთნებში სტრესის მატებას, გავლენას ახდენს სამუშაოთი კმაყოფილებაზე და უბიძგებს ექთნებს უარი ეთქვან საკუთარ პროფესიაზე. კვლევებით დასტურდება, რომ ექთნების დეფიციტი ზრდის ინდივიდების სტრესს, ამცირებს პაციენტის მოვლის ხარისხს და იწვევს ექთნების მხრიდან პროფესიაზე უარის თქმას;
- ექთნების ბრუნვისა და ვაკანსიების მაღალი მაჩვენებელი განპირობებულია ჯანდაცვის სერვისებზე გაზრდილი ხელმისაწვდომობით. ახლადლიცენზირებული ექთნები პირველი წლის განმავლობაში ინტენსიურად იცვლიან სამუშაო ადგილს.

პერსონალის დაგეგმარების ძირითადი კონცეფცია

ისტორიულად, პერსონალის დაგეგმარებას მნიშვნელოვნად განსაზღვრავდა პაციენტების რაოდენობა განყოფილებაში და განსაზღვრული იყო ექთან-პაციენტის ფიქსირებული მაჩვენებლით. ეს მიდგომა არ ითვალისწინებდა პაციენტების საჭიროებას ან ექთნების განათლების, პროფესიონალიზმისა და სამუშაოთი კმაყოფილების დონეს. პერსონალის დაგეგმარება და სამუშაო დატვირთვა არის კომპლექსური პროცესის შემადგენელი კომპონენტი, რამაც შესაძლოა უარყოფითი გავლენა იქონიოს პაციენტისა და ექთნის გამოსავლებზე (Unruh, 2008). მაგალითად, როდესაც ექთანს მიაჩნია, რომ არ აქვს მაღალი ხარისხის მკურნალობის/მოვლის მიწოდების საშუალება, ეს იწვევს სამუშაო ადგილით უკმაყოფილებას და ამან კი შესაძლოა უარყოფითი გავლენა იქონიოს პაციენტის კმაყოფილებასა და გამოსავლებზე და იქმნება „მანკიერი წრე: არაადეკვატური პერსონალის რაოდენობას მიყვავართ შემცირებულ პროდუქტიულობამდე, რაც, თავის მხრივ, ამცირებს პაციენტისა და ექთნის კმაყოფილებას; იწვევს გადაღლას და პერსონალის ბრუნვის მაღალ სიხშირეს, რაც კიდევ უფრო აუარესებს პერსონალის დაგეგმარებას“ (Unruh, 2008, p. 64).

პაციენტისა და ექთნის პოზიტიური გამოსავლების უზრუნველსაყოფად, ლიდერი და მენეჯერი ექთნები უნდა ითვალისწინებდნენ ისეთ მნიშვნელოვან ფაქტორებს, როგორცაა: პაციენტების რაოდენობა, მკურნალობის ინტენსიურობა, თანმდევი ფაქტორები და პროფესიონალიზმის დონე. ხარჯთ-ფეექტიანობა წარმოადგენს ასევე უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობის მნიშვნელოვან განმაპირობებელ ფაქტორს, ანაზღაურების პრინციპებმა არ უნდა მოახდინოს გავლენა პერსონალის დაგეგმარებაზე. ამის სანაცვლოდ, ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა უნდა იფიქრონ პერსონალის საჭიროებებზე და პერსონალის საჭირო რაოდენობით დაგეგმვაზე. კრიტიკულია, რომ ჯანდაცვის ორგანიზაციებმა განიხილონ ფინანსური ფაქტორის შესაძლო

გავლენა პაციენტის გამოსავლებზე, როდესაც მსჯელობას იწყებენ საექთნო პერსონალის დაგეგმარების ღირებულებაზე. პერსონალის დაგეგმარებასთან ეფექტიანად გამკლავებისთვის, ლიდერი და მენეჯერი ექთნებისთვის მნიშვნელოვანია კარგად იცნობდნენ პერსონალის დაგეგმარების ძირითად კონცეფციებს. ეს კონცეფციები მოიცავს შემდეგს: სრული შტატი, პროდუქტიული დრო, საშუალო დღიური საქმიანობა, პერსონალის შემადგენლობა, სამუშაო დატვირთვა, სერვისების ტიპი, საექთნო საქმიანობის საათი პაციენტზე დღეში (NHPPD), განყოფილების ხასიათი, პაციენტის სიმწვავე და ექთნის უნარ-ჩვევების დონე.

სრული შტატი

სრული შტატი (Full-time equivalent – FTE) ზომავს სრულ შტატზე მომუშავე თანამშრომლის სამუშაო დროს ერთი წლის განმავლობაში (ან 52 კვირის განმავლობაში), 40 საათიანი სამუშაო კვირის პრინციპზე დაყრდნობით. ამ პრინციპით ჯამური სამუშაო საათების რაოდენობა გამოდის 2080 ასანაზღაურებელი საათი წელიწადში. FTE შეიძლება მიესადაგებოდეს ერთი ადამიანის სამუშაო სრულ შტატს ან ნაწილდებოდეს რამდენიმე ადამიანზე გამომუშავების შესაბამისად. მაგალითად, ორი მომუშავე ექთანი 20 საათი/კვირაში - არის ერთი სრული შტატი.

პროდუქტიული დრო

პროდუქტიული დრო არის პაციენტის მოვლაში გატარებული რეალური საათები. მის საპირისპიროდ არაპროდუქტიული დრო არის საკომპენსაციო დრო, როგორცაა: შევსება, დღესასწაული, ავადმყოფობა და განათლება. როდესაც მენეჯერი საზღვრავს ექთნებისთვის საკომპენსაციო დროის მიცემას, ასევე უნდა იფიქროს ამ ექთნების ჩანაცვლებაზე დამატებითი პერსონალით. ხელმისაწვდომი პროდუქტიული დროის განსაზღვრა თითოეული FTE-სთვის ხდება არაპროდუქტიული დროის გამოკლებით იმ საერთო საათების რაოდენობიდან, რაც განსაზღვრულია სრული შტატისთვის.

საშუალო დღიური პირობა

Average daily census – ADC ანუ საშუალო დღიური პირობა არის ჯამური პაციენტების რაოდენობა როდესაც ცენზი აიღება (მაგ., შუალამე) მოცემული დროის პერიოდში, მაგალითად ყოველკვირა, ყოველ თვე ან ყოველწლიურად. ADC ეხმარება ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს განყოფილებაში პერსონალის საჭიროების დადგენაში.

პერსონალის შემადგენლობა

პერსონალის შემადგენლობა მიუთითებს განყოფილებაში სხვადასხვა საექთნო პერსონალის საჭიროებას და ის დამოკიდებულია იმ სერვისის სპეციფიურობაზე, რის მიწოდებასაც საჭიროებს პაციენტი და ასევე იმ კვალიფიკაციაზე, რაც საჭიროა აღნიშნული სერვისის მისაწოდებლად. პერსონალის შემადგენლობის განსაზღვრისას ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა უნდა შეაფასონ პერსონალის კომპეტენცია და უნდა დარწმუნდნენ, რომ მათ დაქვემდებარებულ პერსონალს გააჩნია საკმარისი უნარ-ჩვევები მათთვის დაკისრებული სამუშაოსა და ამოცანების შესასრულებლად. რაც მეტად მაღალკვალიფიციურია პერსონალი, მით მეტად მოქნილად იგეგმება პერსონალი.

დატვირთვა (workload) და სერვისის ტიპი

სამუშაო დატვირთვა არის პერსონალის ის რაოდენობა, რაც აუცილებელია სპეციფიური დროის პერიოდში პაციენტისთვის მკურნალობა/მოვლის უზრუნველსაყოფად და ის დამოკიდებულია პაციენტის საჭიროებებზე. სერვისის ერთეული (Units of service – UOS) წარმოადგენს საექთნო საქმიანობის დატვირთვის ძირითადად საზომს, რომელიც ეფუძნება იმ პაციენტების რაოდენობას, რომელთაც გაენიათ მომსახურეობა. (ცხრილი 9-3).

დატვირთვის მაგალითია საექთნო საათების რაოდენობა დაანგარიშებული პაციენტი დღეზე (NHPPD), რომელიც წარმოადგენს საექთნო მოვლის საათებს საექთნო პერსონალის მხრიდან 24 საათის განმავლობაში. NHPPD ჩვეულებრივ ეფუძნება განყოფილების ცენზს შუალამისას და ასახავს მხოლოდ საექთნო პერსონალის პროდუქტიულ დროს. NHPPD-ის დასაანგარიშებელი ფორმულა მოცემულია ცხრილში 9-4 თერაპიულ-ქირურგიული განყოფილების მაგალითზე.

ცხრილი 9-3 დეპარტამენტის ან ერთეულის მიხედვით სერვისის ტიპი

დეპარტამენტის ან ერთეულის ტიპი	სერვისი ტიპი
გადაუდებელი დეპარტამენტი	მიღებული პაციენტების რაოდენობა თვეში
ჰოსპიტალური ერთეული	საექთნო საქმიანობის საათები პაციენტ/დღეზე
შინმოვლა	პაციენტის ვიზიტების რაოდენობაში თვეში
სამშობიარო	შობადობის მაჩვენებელი თვეში
საოპერაციო	ქირურგიული ჩარევის ხანგრძლივობა წუთებში

ცხრილი 9-4 პაციენტ/დღეზე ექთნის საქმიანობის საათების დაანგარიშება (NHPPD)

(საექთნო პერსონალის ხელმისაწვდომი საათები)/(24 სთ-ში პაციენტების რაოდენობა) = NHPPD
 მაგალითი:
 30 სანოლიან განყოფილებაში - შუალამეს ფიქსირდება 28 პაციენტი
 ამ განყოფილებაში, ლიცენზირებული ექთანი ასრულებს 8 სთ-იან მორიგეობას, დღის განმავლობაში მორიგე პერსონალი იცვლება სამჯერ და თითოეული მორიგე პერსონალი წარმოდგენილია 4 ექთნით.
 12 ლიცენზირებული ექთნი 8 საათიანი სამუშაო განრიგით = 96 სამუშაო საათი ერთი დღეში
 96 სამუშაო საათი/28 პაციენტზე - 3,43 NHPPD

განყოფილების ინტენსიურობა

განყოფილების ინტენსიურობა განიხილავს იმ პაციენტების მთლიანობას, რომელთათვისაც ხდება მკურნალობის მიწოდება. განყოფილების ინტენსიურობა პერსონალის დაგეგმარების განმსაზღვრელი ძალიან მნიშვნელოვანი ფაქტორია, რადგან იგი ითვალისწინებს ჰოსპიტალიზაციის, გადაყვანისა და განერის მაჩვენებლებს (ANA, 2012). თუმცა, განყოფილების ინტენსიურობა რთული გასაზომია, რადგან მასზე ბევრი ფაქტორი ახდენს ზეგავლენას, მაგალითად: ავადობის სიმძიმე, პაციენტის მობილობა, მკურნალობის კომპლექსურობა და საჭირო მკურნალობის ხანგრძლივობა (Beglinger, 2006).

პაციენტების სიმწვავე

პაციენტის სიმწვავე არის პაციენტების შეფასება და კატეგორიებად დაყოფა მათი საექთნო მკურნალობა/მოვლის საჭიროებების მიხედვით (Harper & McCully, 2007). მაჩვენებელი კრიტიკულია საექთნო პერსონალის დაგეგმარებისთვის. პაციენტების საჭიროებებზე დაფუძნებული კლასიფიკაციის სისტემა წარმოადგენს იმ ინსტრუმენტს, რომელზე დაყრდნობითაც ხდება პერსონალის დაგეგმარება. ჩვეულებრივ, მათი კლასიფიცირების დროს, რაც მეტია პაციენტის მდგომარეობის ან ავადობის სიმწვავე, მით მეტი ქულა ენიჭება მას და ეს ნიშნავს, რომ მეტი ყურადღება ესაჭიროებათ ექთნების მხრიდან.

უნარ-ჩვევების მრავალფეროვნება

უნარ-ჩვევების მრავალფეროვნება მიუთითებს პერსონალის განათლების, ლიცენზიის, სერთიფიცირებისა და გამოცდილების დონის ერთიანობას. სხვადასხვა მომზადების ექთანს სხვა-

დასხვა უნარ-ჩვევები გააჩნია. მორიგეობაზე ამის გათვალისწინება განპირობებულია სხვადასხვა ფაქტორით, როგორცაა, მკურნალობის მოდელი, პაციენტების პოპულაციის ტიპი, პაციენტების ტიპი, კონკრეტული პაციენტებისთვის მისაწოდებელი მკურნალობისთვის აუცილებელი კომპეტენცია, პერსონალის განათლება და გამოცდილება. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები კარგად უნდა იცნობდნენ საკუთარ დაქვემდებარებაში მყოფ პერსონალს და კარგად უნდა ესმოდეთ სხვადასხვა მომზადების მქონე ექთნების საქმიანობის კომპეტენცია. პერსონალის შესაბამისი დაგეგმარება და ამ დროს მათი უნარ-ჩვევების გათვალისწინება დადებით გავლენას ახდენს პაციენტის მკურნალობის პროცესზე (Dabney and Kalisch, 2015).

ლიცენზირებული ექთნების სამოქმედო კომპეტენციები

ლიცენზირებული ექთნების სამოქმედო კომპეტენციები საკმაოდ თანმიმდევრულია, როგორც ნაციონალურ დონეზე, ასევე გლობალურად და მოიცავს საექთნო საქმიანობის შემადგენელ ყველა კომპონენტს. ლიცენზირებული პერსონალს დამთავრებული აქვს ოფიციალური საექთნო სასწავლო კურსები (სკოლა) და ჩაბარებული აქვთ შესაბამისი გამოცდა (მაგ., აშშ-ში გამოცდას ატარებს National Council of State Boards of Nursing – NCSBN). ლიცენზირებული ექთნის მოვალეობებში შედის შეფასება, დიაგნოსტიკა, დაგეგმვა, ჩარევა და დინამიკაში შეფასება. პაციენტის სწავლება, განერის გეგმის შემუშავება, პაციენტის სტატუსში ცვლილების შეფასება და მონიტორინგი და პაციენტის კომპლექსური მკურნალობა/მოვლა, რაც საჭიროებს სპეციალურ ცოდნასა და მსჯელობის უნარს, ასევე წარმოადგენს ლიცენზირებული ექთნის სამოქმედო კომპეტენციებს. დამატებით, ლიცენზირებული ექთნები პასუხისმგებელი არიან გუნდის სხვა წევრების დანიშვნაზე, ზედამხედველობაზე, დელეგირებაზე უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობის მიწოდების მიზნით. ექთნებისთვის თეორიებისა და პრაქტიკული ცოდნის მიწოდება და პოლისების, პროცედურებისა და სისტემის შემუშავებაში მონაწილეობა ასევე წარმოადგენს ლიცენზირებული ექთნის სამოქმედო არეალს (NCSBN, 2012).

შეისწავლე მტკიცებულება

Dabney, B.W. & Lalisch, B.J. (2015). ექთნების დაგეგმარების დონე და პაციენტების მიერ რეპორტირებული საექთნო მოვლა/მკურნალობის ხარვეზები. *Journal of Nursing Care Quality*, 30(4), 306-312

მიზანი

ამ კვლევის მიზანი იყო მანამდე ჩატარებული კვლევების გაფართოება საექთნო საქმიანობაში პაციენტების მიერ რეპორტირებული ხარვეზების შესწავლა და საექთნო პერსონალის დაგეგმარების დონესთან მისი კავშირის დადგენა

მეთოდები

მეორეული ანალიზი გამოიყენეს პაციენტების მიერ საექთნო საქმეში არსებული ხარვეზების რეპორტირებასა და საექთნო პერსონალის დაგეგმარების დონეს შორის კავშირის დასადგენად. გამოსაკვლევი ჯგუფი მოიცავდა 729 პაციენტს 2 საავადმყოფოს 20 განყოფილებიდან. საექთნო საქმიანობაში ხარვეზის გაზომვა ხდებოდა MISSCARE Survey-Patient მეთოდოლოგიით. ეს მეთოდი მოიცავს სამი ქვეკლასის მიხედვით შემუშავებულ კითხვარს: კომუნიკაცია, დროულობა და ძირითადი მკურნალობა/მოვლა. საექთნო პერსონალის დაგეგმარება გაიზომა RNHPPD-ის (ლიცენზირებული ექთნების მთლიანი პროდუქტიულობა პაციენტ დღეზე), NHPPD (საექთნო საქმიანობის მთლიანი პროდუქტიულობის საათები პაციენტ დღეზე ყველა ტიპის საექთნო პერსონალის/დამხმარებთა ჩათვლით) და ლიცენზირებულ ექთანთა უნარ-ჩვევების ნაკრების საშუალებით (ლიცენზირებული ექთნების ფარდობა სხვა საშუალო სამედიცინო პერსონალთან).





ძირითადი გამოსავლები

ვერ აღმოაჩინეს მნიშვნელოვანი კორელაცია ძირითად მკურნალობა/მოვლასა და საექტონო პერსონალის დაგეგმარებას შორის ან კომუნიკაციასა და საექტონო პერსონალის დაგეგმარებას შორის. მნიშვნელოვანი კავშირი დაადგინეს მკურნალობის დროულობის კუთხით ხარვეზსა და საექტონო პერსონალის შემდეგ სამ ცვლადს შორის:

- რაც მეტია RNHPPD, მით უფრო დროულია მიწოდებული საექტონო მკურნალობა/მოვლა ($P=0,0002$);
- რაც მეტია NHPPD, მით უფრო დროულია საექტონო მკურნალობა/მოვლა ($P=0,015$);
- რაც მეტია ლიცენზირებული ექტონების უნარ-ჩვევების ნაკრები, მით დროულია მიწოდებული საექტონო მკურნალობა/მოვლა ($P=0,0004$).

მკვლევარებმა ხაზი გაუსვეს, რომ ლიცენზირებული ექტონები ყველა დანარჩენ საშუალო სამედიცინო პერსონალთან შედარებით, უფრო სწრაფად რეაგირებენ პაციენტების საჭიროებებზე. ამასთან, ამ კვლევის მიხედვით პერსონალის დაგეგმარება არ იყო კომუნიკაციასა და საბაზისო მკურნალობა/მოვლასთან დაკავშირებული. მკვლევარები ასევე მიუთითებენ, რომ ეს უკანასკნელი აღმოჩენა წინააღმდეგობაში მოდიოდა სხვა კვლევების შედეგებთან.

ლიდერი და მენეჯერი ექტონების საქმიანობაზე შესაძლო გავლენა

პირველ რიგში, ლიდერი და მენეჯერი ექტონები კარგად უნდა იცნობდნენ საექტონო მკურნალობა/მოვლაში ხარვეზებს. ამ კვლევის შედეგები იძლევა პერსონალის შესაბამისად დაგეგმარების პაციენტის მკურნალობაზე პოზიტიურ ზეგავლენის მქონე მტკიცებულებას. ლიდერი და მენეჯერი ექტონები უნდა იცავდნენ პაციენტებს და მიუთითებდნენ ზემდგომ მმართველ რგოლს, რომ გაზრდილი პერსონალის რაოდენობა, განსაკუთრებით ეს ეხება ლიცენზირებული ექტონებს, იძლევა პაციენტის საჭიროებებზე სწრაფი რეაგირების საშუალებას და ეს, თავის მხრივ, დადებითად აისახება პაციენტის კმაყოფილებაზე.

არალიზენზირებული/დამხმარე კადრის (UAP) სამოქმედო კომპეტენციები

იგი ძირითადად მოიცავს ყოველდღიურ აქტივობებთან, ჰიგიენასთან და ფიზიკურ მოვლასთან დაკავშირებულ საქმიანობას. თუმცა, UAP-ის სამოქმედო არიალი ასევე ცვალებადია. ისინი წარმოადგენენ არალიცენზირებულ პერსონალს, სპეციალურად მომზადებულს ლიცენზირებული ექტონების ასისტირებისთვის და მათი საქმიანობა არ არის აუცილებელი რეგულირდებოდეს საექტონო საბჭოების მიერ. ისინი ასრულებენ იმ ამოცანებს, რომელთა დელეგირებასაც ახდენს ლიცენზირებული ექტანი (NCSBN, 2016).

სასწავლო აქტივობა: სამოქმედო კომპეტენციები

მიმოიხილეთ სახელმწიფოს მიერ დადგენილი სამოქმედო კომპეტენციები (აშშ-ში ეს კომპეტენციები მოცემულია ვებ-მისამართზე: www.ncsbn.org/npa.htm). შეადარეთ ის სხვა საშუალო მედპერსონალის კომპეტენციებს.

პერსონალის დაგეგმარების მიდგომები

პერსონალის უსაფრთხო დაგეგმარებაზე კვლევამ აჩვენა, რომ აღნიშნული მიდგომა ამცირებს გვერდით მოვლენებს, აუმჯობესებს მიწოდებული მკურნალობის ხარისხს და ზრდის ექტონების კმაყოფილებას; ეს, თავის მხრივ, კი ამცირებს ექტონების გადინებას. საექტონო პერსონალის დონის ადეკვატურად განსაზღვრა ლიდერი და მენეჯერი ექტონებისგან მოითხოვს პაცი-

ენტის მკურნალობის ინდივიდუალური საჭიროებების, პაციენტის დინების (მოთავსება, განწერა და გადაყვანა), პაციენტის სიმწვავისა და საექთნო პერსონალის უნარ-ჩვევების, განათლებისა და გამოცდილების გათვალისწინებას. AONE (2010) მოუწოდებს ლიდერ და მენეჯერ ექტნებს შეიმუშაონ პერსონალის დაგეგმარების ძირითადი მოდელი, რაც იქნება პაციენტზე ორიენტირებულ მკურნალობაზე დაფუძნებული და პერსონალს საკუთარი პროფესიონალიზმის მაქსიმალურად გამოვლენის საშუალებას მისცემს. ლიდერ და მენეჯერ ექტნებს შეუძლიათ გამოიყენონ პერსონალის დაგეგმარების სხვადასხვა მიდგომები, როგორცაა პაციენტების კლასიფიკაციის სისტემა, ANA-ის მიერ მონოდებული საექთნო სამსახურის დაგეგმარების პრინციპები, Agency for Healthcare and Research Quality-ის მიერ მონოდებული საექთნო პერსონალის დაგეგმარების მოდელი და საექთნო ხარისხის ინდიკატორების ნაციონალური მონაცემთა ბაზის მიერ განსაზღვრული პერსონალის ნიშნულები.

პაციენტების კლასიფიკაციის სისტემა (Patient Classification Systems – PCS)

PCS წინასწარ საზღვრავს პაციენტების საჭიროებებსა და მოთხოვნებს საექთნო მკურნალობა/მოვლასთან მიმართებით. PCS აჯგუფებს პაციენტებს მათი დაავადების სიმწვავისა და საჭირო საექთნო აქტივობების კომპლექსურობის მიხედვით. ჩვეულებრივ, პაციენტების სიმწვავეზე მონაცემები გროვდება თითოეულ მორიგეობაზე საექთნო პერსონალის მიერ და საზღვრავს მომდევნო მორიგეობაზე პერსონალის საჭიროებებს. ამ მიდგომის გამოყენების სარგებელი ისაა, რომ ეს არის ობიექტური მიდგომა პერსონალის დაგეგმარებისას და ეფუძნება პაციენტის საჭიროებებს: რაც მძიმეა პაციენტი, მით მეტ საექთნო მკურნალობა/მოვლას საჭიროებს და, შესაბამისად, მეტად მაღალი დონე ენიჭება. თუმცა არის გარკვეული პრობლემებიც PCS-ის გამოყენებასთან დაკავშირებით: ნაკლები სტანდარტიზაცია, ლიდერი და მენეჯერი ექტნების მხრიდან ნაკლები სანდოობა და პაციენტის დინების არგათვალისწინება (Hertel, 2012).

ლიდერმა ექტნებმა დაიწყეს ინფორმატიკის გამოყენება PCS მიდგომაში (Harper, 2012). ინფორმაციული ტექნოლოგიების გამოყენებამ შესაძლოა შეამციროს ღირებულება, გაზარდოს პერსონალის დაგეგმარების ეფექტიანობა და გააუმჯობესოს მკურნალობის ხარისხი და უსაფრთხოება. ინფორმაციული ტექნოლოგიების დანერგვამ პერსონალის დაგეგმარების საქმეში, რომლის მაგალითიცაა კლინიკური მოთხოვნილების ინდექსი (Clinical Demand Index), „შესაძლოა რეალურად დააფუძნოს დაგეგმარების პროცესი მტკიცებულებაზე“ (Harper, 2012, p. 267).

რა თქმა უნდა არსებობს სხვადასხვა სახის კომერციული PCS და ბევრმა ორგანიზაციამ თავისითაც შეიმუშავა. მიუხედავად PCS-ის ტიპისა, ის უნდა იყოს სანდო და ვალიდური.

American Association of Nurses Principles for Safe Staffing - ამერიკის ექტნების ასოციაციის პრინციპები უსაფრთხო პერსონალისთვის

ANA-მ შეიმუშავა ეს პრინციპი 1999 წელს, რათა „ჯანდაცვის ინდუსტრიის ყურადღება მიექცია თუ რაოდენ კომპლექსურია საექთნო პერსონალის დაგეგმარების კუთხით გადაწყვეტილებების მიღება და განესაზღვრა ის მთავარი ელემენტები, რაც დაუკავშირდებოდა საექთნო პერსონალის უსაფრთხოებისა და შესაბამისობის შეფასებას“ (ANA, 2012, p. 3). ANA-ს მიერ (2012) პერსონალის შესაბამისობა ისაზღვრება როგორც შემდეგი: „ლიცენზირებული ექტნების პროფესიონალიზმის თანხვედრა საექთნო მკურნალობის სერვისების მიმღებ პირთა საჭიროებებთან არსებული გარემოს პირობებისა და სიტუაციების გათვალისწინებით“ (p. 6). მტკიცებულება აჩვენებს, რომ საექთნო მკურნალობა/მოვლა პირდაპირ გავლენას ახდენს სერვისების ხარისხზე და რომ, ლიცენზირებული პერსონალის ადეკვატურად დაგეგმარების ფონზე მცირდება გვერდითი მოვლენები და, ზოგადად, პაციენტის გამოსავლის გაუმჯობესება ხდება (ANA, 2012). სულ უფრო მეტად მატულობს მტკიცებულებები აღნიშნული მიმართულებით.

სამეცნიერო შესაბამისობის, გამოყენებისა და ხარვეზების სისტემური ანალიზის შემდეგ, ANA-მ 2012 წელს გამოაქვეყნა „ANA's Principles for Nurse Staffing“ მეორე გამოცემა. მეორე

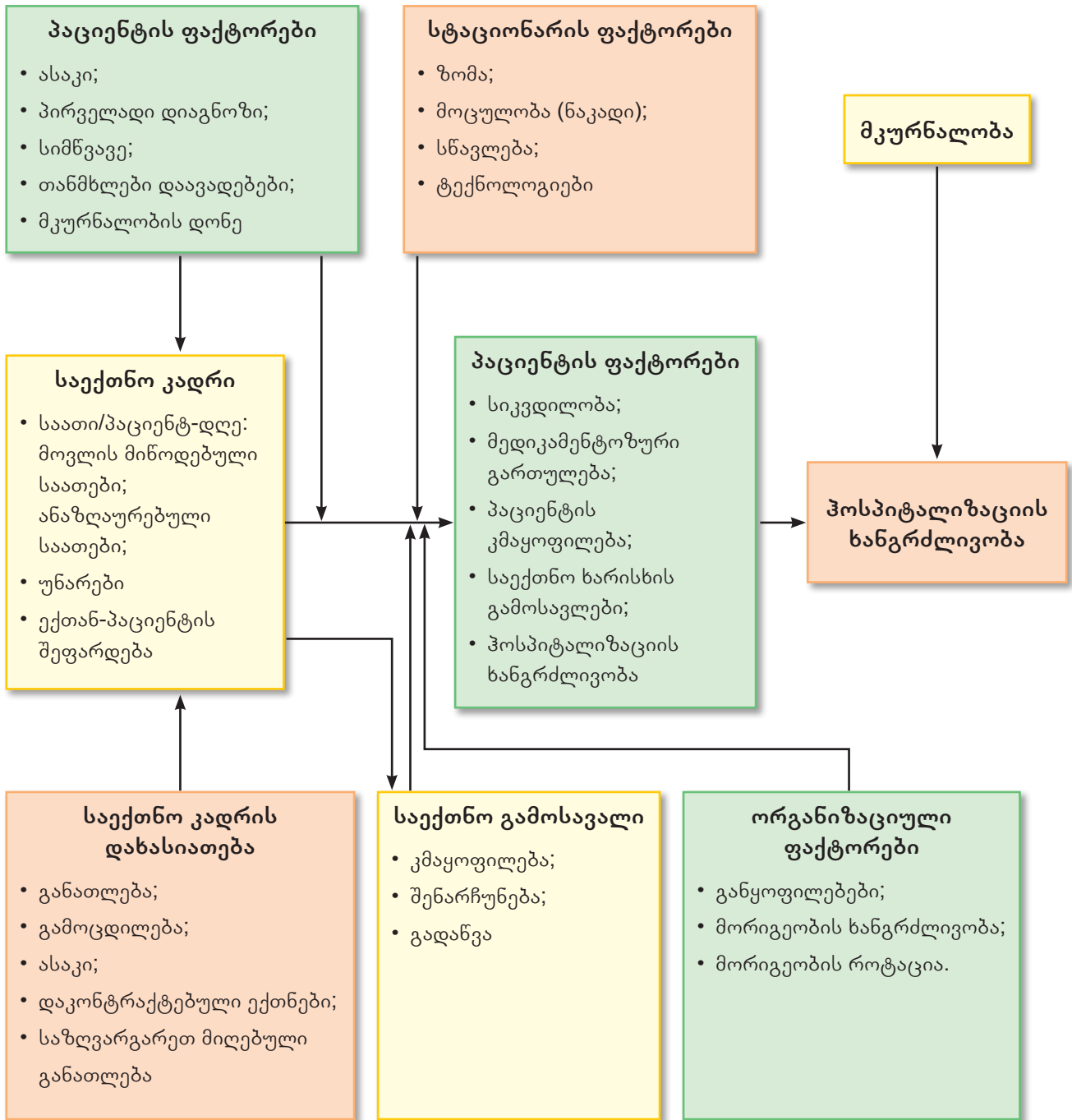
გამოცემაში გადახედილი პრინციპები ძირითადად ორიენტირებულია პერსონალის დაგეგმარებაზე, გადანყვეტილებების კომპლექსურობაზე და მისადაგებულია ყველა სამედიცინო სიტუაციაში ყველა ტიპის საშუალო მედპერსონალის დაგეგმარებასთან. ჯანდაცვაში არსებული სხვადასხვა პირობის გათვალისწინებით გადახედილი პრინციპები დაჯგუფებულია შემდეგ კატეგორიებად (ANA, 2012, pp. 7-11):

1. ჯანდაცვის მომხამარებლის მახასიათებლები და მოსაზრებები: პერსონალის დაგეგმარებაზე გადანყვეტილებები ეფუძნება ინდივიდების, ოჯახებისა და პოპულაციის რაოდენობასა და საჭიროებებს;
2. ლიცენზირებულ ექთნებთან და ინტერპროფესიული გუნდის სხვა წევრებთან და პერსონალთან დაკავშირებული მახასიათებლები და მოსაზრებები: პოპულაციის საჭიროებები განსაზღვრავს სერვისის მიმწოდებელი ლიცენზირებული ექთნების კლინიკური კომპეტენციების შესაბამისობას კონკრეტულ კლინიკურ სიტუაციებთან;
3. საექტონო სერვისების მიმწოდებელი ორგანიზაციის ერთიანი კონტექსტი: ჯანდაცვის ორგანიზაციამ უნდა შეიმუშაოს ისეთი სამუშაო გარემო, სადაც ლიცენზირებული ექთნები და სხვა პერსონალი აღიქმება, როგორც სტრატეგიული აქტივები და სადაც ბიუჯეტით გათვალისწინებული პოზიციების შევსება დროულად ხდება;
4. ერთიანი სამუშაო გარემო, რაც გავლენას ახდენს მკურნალობის მიწოდების პროცესზე: პერსონალის დაგეგმარება ეს არის როგორც სტრუქტურა, ასევე პროცესი, რომელიც გავლენას ახდენს არამარტო პაციენტების გამოსავალზე, არამედ საექტონო საქმიანობის შედეგებზეც. ჯანდაცვის ორგანიზაციამ უნდა აღიაროს საექტონო პერსონალის დაგეგმარება, როგორც უსაფრთხოების კულტურის შემადგენელი ნაწილი;
5. პერსონალის დაგეგმარების პროცესის შეფასება: ჯანდაცვის ორგანიზაციებმა უნდა გამოიყენონ მოქნილი გეგმები, რაც გამოავლენს პერსონალის დაგეგმარების დონისა და უნარ-ჩვევების კომპლექსურობის განმსაზღვრელ ლოგიკურ მეთოდებს მონაცემების ანალიზის საფუძველზე.

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)-ის პერსონალის დაგეგმარების მოდელი

AHRQ-ის მოდელი შემუშავებულია წარმოებული კვლევების მეტა-ანალიზის საფუძველზე (Kane et al., 2007). 27 კვლევის შესწავლის შემდეგ (აღნიშნული კვლევები შეისწავლიდა საექტონო პერსონალის დაგეგმარების გავლენას პაციენტთა უსაფრთხოებაზე), მკვლევარებმა აღმოაჩინეს პოზიტიური კორელაცია საექტონო პერსონალის ადეკვატური დეგამარების დონესა და პაციენტის გამოსავლებს შორის. შედეგებზე დაყრდნობით, მკვლევარებმა შეიმუშავეს კონცეპტუალური ჩარჩო დოკუმენტი საექტონო პერსონალის დაგეგმარებისთვის, სადაც განიხილება თანამედროვე ჰოსპიტალური მკურნალობის კომპლექსურობა და რომელიც ითვალისწინებს შემდეგს: პაციენტს, საავადმყოფოსა და ორგანიზაციულ ფაქტორებს; ექთნების მახასიათებლებს; საექტონო პერსონალის შემადგენლობას; მკურნალობასა და ამ ფაქტორების, პაციენტის გამოსავალსა და მის დანესებულებაში დაყოვნების მაჩვენებელზე ზეგავლენას (Kane et al., 2007). ისინი ასევე განსაზღვრავენ ორ მნიშვნელოვან შედეგს საექტონო პერსონალის უსაფრთხო დაგეგმარებასთან დაკავშირებულს - პაციენტის გამოსავალი და ექთნების გამოსავალი. მართალია, პაციენტების გამოსავალი უსიტყვოდ ექთნების საზრუნავია, მაგრამ ექთნების გამოსავალი თავადაც ახდენს დადებით ან უარყოფით ზეგავლენას პაციენტების გამოსავლებზე. AHRQ მოდელი (სურათი 9-1) აძლევს ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს პერსონალის დაგეგმარებისთვის საჭირო რეალისტურ სამუშაო დოკუმენტს. იგი ასახავს პაციენტის ფაქტორებს, პერსონალის დაგეგმარებას, ექთნების მახასიათებლებს, საავადმყოფოსა და ორგანიზაციულ ფაქტორებსა და პაციენტის გამოსავლებს შორის დამოკიდებულების კომპლექსურობას.

სურათი 9-1



National Database of Nursing Quality Indicators პერსონალის დაგეგმარების ნიშნულები

1994 წელს ANA-ის მიერ წარმონეყებული ინიციატივები უსაფრთხოებასთან და ხარისხთან მიმართებით, მიმართული იყო საექთნო მოვლასა და პაციენტის გამოსავლებს შორის ემპირიული კავშირების დადგენისაკენ (Montalvo, 2007). ANA-ის აღმოჩენებმა ხაზი გაუსვა საექთნო ქმედებებსა და პაციენტების გამოსავლებს შორის მყარი კავშირების არსებობას. ამ ინიციატივის ძირითადი არსი იყო ლიცენზირებული ექთნების სწავლება ხარისხის გაზომვის საკითხებზე, საზოგადოებისა და ჯანდაცვის პოლიტიკის შემქმნელების ინფორმირება უსაფრთხოების და ხარისხის საკითხებზე და კვლევის მეთოდების და მონაცემების წყაროების შესწავლა ემპირიულად პაციენტთა მკურნალობის ხარისხისა და უსაფრთხოების შეფასების მიზნით (Montalvo, 2007).

1999 წელს, ANA შეუერთდა Kansas School of Nursing და Midwestern Research Institute-ს საექთნო ხარისხის ინდიკატორების ნაციონალური მონაცემთა ბაზის (National Database of Nursing

Quality Indicators – NDNQI) შექმნის მიზნით. ერთად მუშაობის საფუძველზე მათ დაადგინეს დეფინიციებისთვის, მონაცემთა შეგროვებისა და შედარებისთვის კრიტერიუმები. NDNQI-ის მისიაა ლიცენზირებული ექთნების დახმარება (Montalvo, 2007, para. 7). ამასთან, NDNQI ხელს უწყობს საექთნო საქმიანობის ხარისხსა და პაციენტის გამოსავლებთან დაკავშირებული ინფორმაციის სტანდარტიზაციას. საავადმყოფოები იძლევა განყოფილება-დამოკიდებულ მონაცემებს კვარტალში ერთხელ და ამ მონაცემების შესწავლის შემდეგ უკანვე ეძლევათ უკუგება. ANA-მ შეიმუშავა ექთან სპეციფიური ხარისხის ინდიკატორები იმ პაციენტის გამოსავლებთან მიმართებით, რომელიც მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული საექთნო აქტივობებზე (Montalvo, 2007): “ექთან სპეციფიური ინდიკატორები ასახავს საექთნო საქმიანობასთან დაკავშირებულ სტრუქტურას, პროცესებს და საექთნო საქმიანობის გამოსავლებს. პროცესის საზომები უკავშირდება ისეთ საექთნო აქტივობებს, როგორცაა შეფასება, ინტერვენცია და ექთნების სამუშაოთი კმაყოფილება. პაციენტის გამოსავლები არის ის, რომელთა გაუმჯობესებაც დამოკიდებულია საექთნო მკურნალობის/მოვლის ხარისხზე და პერსონალის რაოდენობაზე (მაგ., ნაწოლები, დაცემა და კათეტერის გარშემო ინფილტრაციები)” (NDNQI, 2010, p. 3).

NDNQI ზომავს საექთნო ძალის მახასიათებლებს, პერსონალის დონისა და ბრუნვის ჩათვლით. ამასთან, ყველა ექთან სპეციფიური ხარისხის ინდიკატორი რაიმე სახით ასახავს პერსონალის უსაფრთხო დაგეგმარებას. ზოგიერთი ინდიკატორი, როგორცაა, უნარ-ჩვევების მრავალფეროვნება და NHPPD, პირდაპირ დაკავშირებულია პერსონალის დაგეგმარებასთან (NDNQI, 2010).

ნაციონალური მონაცემთა ბაზა იძლევა სამიზნე მაჩვენებლებს (ნიშნულ ანუ ე.წ. benchmark მონაცემებს) თითოეული განყოფილებისთვის, რომელთა გათვალისწინებაც ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს შეუძლიათ პერსონალის დაგეგმარების დროს. 2014 წელს, Press Ganey Associates, Inc.-მა შეიძინა NDNQI ANA-საგან. NDNQI მონაცემების პროგრამა ზომავს საექთნო საქმიანობის ხარისხს, აუმჯობესების ექთნების კმაყოფილებას, აძლიერებს საექთნო სამუშაო გარემოს, აფასებს პერსონალის დონეს და აუმჯობესებს მოქმედება-ანაზღაურების (pay-for-performance) პრინციპით ანაზღაურებას.

პერსონალის დაკომპლექტების გეგმის შემუშავება და დანერგვა

ლიდერი და მენეჯერი ექთნები დარწმუნებულნი უნდა იყვნენ, რომ მორიგეობები დაკომპლექტებულია შესაბამისი პერსონალით. პერსონალის დაგეგმვისას გეგმა ყოველდღიურად აღწერს საექთნო პერსონალის ტიპსა და რაოდენობას მორიგეობიდან მორიგეობამდე. როდესაც ხდება აღნიშნული გეგმის განხილვა, ლიდერი და მენეჯერი ექთნები უნდა მიყვინენ რეგულაციებს. ისეთი სააკრედიტაციო ორგანიზაცია, როგორცაა Joint Commission, ასევე იძლევა პერსონალის დაკომპლექტების მიმართულებით გარკვეულ რეკომენდაციებს. დამატებით, ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს აქვთ საქმიანობის სავალდებულო სტანდარტები, რაც მოწოდებულია ANA Nursing Administration: Scope and Standards of Practice-ში (2015c).

ANA (2015a) მხარს უჭერს ექთნების უფლებამოსილების დაკანონებას უსაფრთხო პერსონალის დაგეგმვის მიმართულებით, რაც არის განყოფილება სპეციფიური და მოითხოვს ცვლილებებს პაციენტის საჭიროებების, პაციენტთა ნაკადის (მორიგეობაზე მოთავსებული, განერილი და გადაყვანილი), პერსონალის გამოცდილების დონის, პერსონალის განათლების, განყოფილების მდებარეობისა და ხელმისაწვდომი რესურსების მიხედვით.

ლიდერი და მენეჯერი ექთნები ასევე უნდა იყენებდნენ Benner's-ის დამწყებიდან-ექსპერტამდე მოდელს პერსონალის დაგეგმარების საქმეში. ეს მოდელი მხედველობაში იღებს ლიცენზირებული ექთნისთვის დაკისრებულ ამოცანებს, კომპეტენციებსა და გამოსავლებს შემდეგი ხუთი საფეხურის გათვალისწინებით (Benner, 1984):

დონე I – დამწყები: არის ექთანი, რომელსაც არ გააჩნია იმ სიტუაციაში მუშაობის გამოცდილება სადაც უნდა დაიწყოს საქმიანობა. ჩვეულებრივ დამწყებები ასრულებენ ამოცანებს წესებზე დაყრდნობით ან საკონტროლო ჩამონათვალის გამოყენებით (checklist approach). ამ დონეზე მოიაზრებიან ექთანი სტუდენტები, და ასევე ის ექთნები, ვინც იცვლის სამუშაო კლინიკურ გარემოს და არ აქვთ ახალ პოზიციაზე მუშაობის გამოცდილება (pp. 20-21);

დონე II – უფრო გამოცდილი დამწყებები: მათ შეუძლიათ დავალების შესრულება გარკვეულ ზღვრამდე, რისთვისაც საკმარისია მათი გამოცდილება და სადაც შეუძლიათ გარკვე-

ული სიტუაციების გათვალისწინება. ახლად კურსდამთავრებული ექთნები მიეკუთვნებიან ამ ტიპს და საჭიროებენ მხარდაჭერას კლინიკურ პირობებში საქმიანობის დროს (pp. 22-25).

დონე III – კომპეტენტური: კომპეტენტურ ექთნებს აქვთ საქმიანობის 2-3 წლიანი გამოცდილება. ამ ტიპის ექთნებს შეუძლიათ მკურნალობის გეგმის დადგენა და იმის დაზუსტება კლინიკური სიტუაციის რომელი ასპექტები არის მნიშვნელოვანი და რომელი ასპექტები არის პრიორიტეტული (pp. 25-27).

დონე IV – მცოდნე: მცოდნე ექთნები არიან სამი და მეტი წლის გამოცდილების მქონე ექთნები. ისინი აღიქვამენ სიტუაციას როგორც ერთ მთლიანს და არ არიან მხოლოდ მის სხვადასხვა ასპექტზე ორიენტირებულნი. ცვლილებების საჭიროებას ისინი ხედავენ საკუთარი გამოცდილებიდან გამომდინარე, რაც მათი ქმედებების წამმართველია (pp. 27-31);

დონე V – ექსპერტი: ექთანი ექსპერტები ღრმად აღიქვამენ მთელ სიტუაციას და არ ეყრდნობიან ანალიტიკურ პრინციპებს სიტუაციის გასაგებად (pp. 31-36). ისინი იყენებენ ინტუიციასა და რეფლექსიურ აზროვნებას საკუთარ საქმიანობაში.

ცოდნის გაღრმავებით ექთნები ერთი დონიდან გადადიან მეორე დონეზე და მათი ქმედება უფრო სრულყოფილი და მოქნილი ხდება სიტუაციიდან გამომდინარე. იმის ცოდნა თუ რომელ დონეს რომელი თანამშრომელი შეესაბამება დაეხმარება ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს პერსონალის დაგეგმარების პროცესის სწორად წარმართვაში. დამწყებები და შედარებით გამოცდილი დამწყებები საჭიროებენ მიმართულების მიცემას და ქოუჩინგს სხვა ექთნებისგან განსხვავებით, მაშინ როცა ექთან ექსპერტებს შეუძლიათ დამოუკიდებლად საქმიანობა და ნაკლებად გამოცდილი ექთნებისთვის მიმართულების მიცემა.

Benner's¹-ის მოდელი გამოიყენეს წლების განმავლობაში როგორც სწავლებისთვის ჩარჩოს მიმცემი, ჯანდაცვის ორგანიზაციისთვის კიბე და პერსონალის დაკომპლექტების გეგმის შემუშავების საშუალება. მოდელი გაფრთხილებას იძლევა ექთნების ურთიერთჩანაცვლებით გამოყენებაზე; უფრო მეტიც, ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს სთხოვს გამოიყენონ სტრატეგია, რაც წაახალისებს პერსონალის სტაბილურობას და ექსპერტულ კლინიკურ საქმიანობას. ამასთან, პერსონალის დაგეგმარება უნდა იყოს ისეთი, რომ ექსპერტ ექთნები მუდმივად ხელმისწვლომი იყვნენ დამწყებთათვის, კომპეტენტური ექთნებისა და მცოდნე ექთნებისთვის უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობის უზრუნველყოფის კუთხით.

სასწავლო აქტივობა - პერსონალის დაკომპლექტების გეგმა

განსაზღვრეთ როგორ ხერხდება თქვენს კლინიკურ გარემოში პერსონალის დაგეგმარება:

- იყენებენ ისინი პაციენტის კლასიფიკაციის სისტემას? რომელ ტიპს იყენებენ ისინი?
- პერსონალის დაგეგმარება ხდება თუ არა მკაცრად დადგენილი ექთან-პაციენტის ფარდობის შესაბამისად? რომელი ფარდობა გამოიყენება ჩვეულებრივ?
- როგორია პერსონალის შემადგენლობა განყოფილებაში?
- იყენებს თუ არა დამხმარეებს განყოფილება?

პროდუქტიულობის მონიტორინგი

პერსონალის დაკომპლექტების გეგმას შესაძლოა ჰქონდეს პოზიტიური ან ნეგატიური ეფექტი პერსონალის მორალურ მხარეზე, პერსონალის ბრუნვაზე ან სამუშაოდან წასვლაზე, ასევე საექთნო საქმიანობის ხარისხზე. ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს უნდა შეეძლოთ გარკვეულ დამოკიდებულებებს შორის ბალანსის დაჭერა: პაციენტის საჭიროებებს, პერსონალის დაგეგმარების საჭიროებებსა და ორგანიზაციის ეკონომიურ და პროდუქტიულ მოლოდინებს შორის (Roussel, 2013). პროდუქტიულობა დაკავშირებულია საექთნო პერსონალის ეფექტიანობასა და

¹ Benner, P. (1984). From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, CA: Addison-Wesley

მკურნალობის მიზნების ეფექტიანობასთან (Roussel, 2013). ეს ფაქტორები შეიძლება ძნელად შესაფასებელი იყოს, რადგან ისინი დამოკიდებულია პერსონალის განათლების დონეზე, კომპეტენციებსა და კრიტიკული აზროვნების უნარ-ჩვევებზე. პროდუქტიულობა შეიძლება დაანგარიშდეს შემდეგნაირად:

მოთხოვნილი საათების რაოდენობა/პერსონალის მიერ მიწოდებული საათების რაოდენობა X 100 = პროდუქტიულობა

დღესდღეობით ლიდერი და მენეჯერი ექთნების მთავარი გამოწვევაა ბალანსის დაჭერა უსაფრთხოებასა და მკურნალობის ხარისხსა და ორგანიზაციის პროდუქტიულობის მოთხოვნებს შორის. მათ უნდა ანარმონ პერსონალის პროდუქტიულობის მეთვალყურეობა და რეგულარულად შეაფასონ პერსონალის ეფექტიანობა. პროდუქტიულობა შეიძლება გაიზარდოს პერსონალის მიერ მიწოდებული საათების გაზრდის ან მოთხოვნილი პერსონალის საათების გაზრდის გზით.

პერსონალის დაგეგმარების ეფექტიანობის შეფასება

პაციენტის დადებითი გამოსავლების უზრუნველყოფა მოითხოვს ლიდერი და მენეჯერი ექთნებისგან პერსონალის დაგეგმარების ეფექტიანობის დღიურად, ყოველკვირეულად ან ყოველთვიურად შეფასებას. როდესაც ხდება პერსონალის დაგეგმარების ეფექტიანობის შეფასება, ისინი უნდა ითვალისწინებდნენ აქამდე განხილულ ბევრ კომპონენტს, მათ შორის, სიმწვავის ტენდენციებს, დამატებით პერსონალის დაკომპლექტებას, პერსონალის შემადგენლობას, პაციენტის კმაყოფილებასა და პაციენტის გამოსავალს.

ყველა ექთანს აქვს უფლება შეაფასოს პერსონალის დაგეგმარების ეფექტიანობა. ექთნებს აქვთ ვალდებულება ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს მიანოდონ პერსონალის დაგეგმარების უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული წუხილები. ამის საპასუხოდ, ლიდერი და მენეჯერი ექთნები არიან მოვალენი შეისწავლონ აღნიშნული წუხილები და დაუყოვნებლივ მოახდინონ იმ წუხილებზე რეაგირება, რომელსაც შესაძლოა უარყოფითი გავლენა ჰქონდეს პაციენტის ან ექთნის გამოსავალზე.

შეჯამება

უსაფრთხო და ხარისხიანი საექთნო საქმიანობის ორგანიზება არის ლიდერი და მენეჯერი ექთნების მნიშვნელოვანი ფუნქცია, მიუხედავად იმისა სად ხდება ორგანიზება საავადმყოფოში, ბინაზე თუ რაიმე სხვა ტიპის სამედიცინო დაწესებულებაში. უსაფრთხო და ხარისხიანი საექთნო სერვისის მიწოდების უზრუნველსაყოფად პერსონალის დაგეგმარებისას, ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა მხედველობაში უნდა მიიღონ პაციენტების რაოდენობა, პაციენტის სამკურნალო საჭიროებების კომპლექსურობა, სამედიცინო დაწესებულებაში პაციენტის მოთავსება, განერა და გადაყვანის პროცესი.

რეკომენდებული ვებ-გვერდები

- Institute for Patient- and Family-Centered Care: www.ipfcc.org
- Safe Staffing Act: www.naction.org/site/DocServer/RN_Safe_Staffing_Act.pdf/2027989535?docID=2442&verID=1
- Transforming Care at the Bedside (TCAB): www.rwjf.org/en/library/research/2008/06/the-transforming-care-at-the-bedside-tcab-toolkit.jhtml

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987–1993.
- American Association of Colleges of Nursing. (2013). *Competencies and curricular expectations for clinical nurse leader education and practice*. Washington, DC: Author. Retrieved from www.aacn.nche.edu/publications/white-papers/cnl
- American Association of Colleges of Nursing. (2014). *Nursing shortage fact sheet*. Retrieved from www.aacn.nche.edu/media-relations/NrsgShortageFS.pdf
- American Association of Colleges of Nursing-American Organization of Nurse Executives Task Force. (1995). *A model for differentiated nursing practice*. Washington, DC: American Association of Colleges of Nursing.
- American Association of Critical-Care Nurses. (n.d.). *The AACN synergy model for patient care*. Retrieved from www.aacn.org/wd/certifications/docs/synergymodelforpatientcare.pdf
- American Nurses Association. (2012). *ANA's principles for nurse staffing* (2nd ed.). Silver Spring, MD: Author.
- American Nurses Association. (2015a). *ANA commends introduction of the registered nurse safe staffing act* [press release]. Retrieved from www.nursingworld.org/FunctionalMenuCategories/MediaResources/PressReleases/2015-NR/ANA-Commends-Introduction-of-the-Registered-Nurse-Safe-Staffing-Act.html
- American Nurses Association. (2015b). *Fact sheet: The Registered Nurse Safe Staffing Act H.R. 2083/S.1132*. Retrieved from www.rnaction.org/site/DocServer/RN_Safe_Staffing_Act.pdf/2027989535?docID=2442&verID=1
- American Nurses Association. (2015c). *Nursing administration: Scope and standards of practice* (3rd ed.). Silver Spring, MD: Author. American Organization of Nurse Executives. (2010). *AONE guiding principles for future patient care delivery*. Retrieved from www.aone.org/resources/future-patient-care.pdf
- American Organization of Nurse Executives. (2015). *The AONE nurse executive competencies*. Retrieved from <http://www.aone.org/resources/nurse-leader-competencies.shtml>
- Beglinger, J. E. (2006). Quantifying patient care intensity: An evidence-based approach to determining staffing requirements. *Nursing Administration Quarterly*, 30(3), 193–202.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Conway, J., Johnson, B., Edgman-Levitan, S., Schlucter, J. Ford, D., Sodomka, P., & Simmons, L. (2006). *Partnering with patients and families to design a patient- and family-centered health care system: A roadmap for the future*. Bethesda, MD: Institute for Patient- and Family-Centered Care. Retrieved from www.ipfcc.org/pdf/Roadmap.pdf
- Dabney, B. W. & Kalisch, B. J. (2015). Nurse staffing levels and patient-reported missed nursing care. *Journal of Nursing Care Quality*, 30(4), 306–312.
- Duffield, C., Roche, M., Diers, D., Catling-Paull, C., & Blay, N. (2010). Staffing, skill mix, and the model of care. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15–16), 2242–2251.
- European Commission. (2016). *RN4CAST report summary*. Retrieved http://cordis.europa.eu/result/rcn/53071_en.html
- Harper, E. M. (2012). Staffing based on evidence: Can health information technology make it possible? *Nursing Economics*, 30(5), 262–267, 281.
- Harper, K., & McCully, C. (2007). Acuity systems dialogue and patient classification system essentials. *Nursing Administration Quarterly*, 31(4), 284–299.

- Health Resources and Services Administration. (2013). The U.S. nursing workforce: Trends in supply and education. Rockville, MD: Author. Retrieved from bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/reports/nursingworkforce/nursingworkforcefullreport.pdf
- Hertel, R. (2012). Regulating patient staffing: A complex issue. *MedSurg Matters*, 21(1), 3–7.
- Institute for Patient- and Family-Centered Care. (2010). Frequently asked questions. Retrieved from www.ipfcc.org/faq.html Institute for Patient- and Family-Centered Care. (2011). About us. Retrieved from www.ipfcc.org/about/index.html 252 PART III LEADERSHIP AND MANAGEMENT FUNCTIONS 3021_Ch11_229-253 14/01/17 3:52 PM Page 252
- Jones, K. R., DeBaca, V., & Yarbrough, M. (1997). Organizational culture assessment before and after implementing patient-focused care. *Nursing Economics*, 15(2), 73–80.
- Kane, R. L., Shamliyan, T., Mueller, C., Duval, S., & Wilt, T. J. (2007). Nurse staffing and quality of patient care: Evidence report/technology assessment No. 151 (prepared by the Minnesota Evidence-based Practice Center Under Contract No. 290-02-0009). AHRQ Publication No. 07-E005. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Kaplow, R., & Reed, K. D. (2008). The ACCN synergy model for patient care: A nursing model as a force of magnetism. *Nursing Economics*, 26(1), 17–25.
- Knudson, L. (2013). Management connections: Nurse staffing levels linked to patient outcomes, nurse retention. *AORN Journal*, 97(1), C1, C8–C9.
- Lee, B., Shannon, D., Rutherford, P., & Peck, C. (2008). *Transforming care at the bedside how to guide: Optimizing communication and teamwork*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.
- Lineweaver, L. (2013). *Nurse staffing 101: A decision-making guide for the RN*. Silver Spring, MD: American Nurses Association.
- Lookinland, S., Tiedeman, M. E., & Crosson, A. E. (2005). Nontraditional models of care delivery: Have they solved the problems? *Journal of Nursing Administration*, 35(2), 74–80.
- Manthey, M. (1989). Practice partnerships: The newest concept in care delivery. *Journal of Nursing Administration*, 19(2), 33–35.
- Manthey, M. (2009). The 40th anniversary of primary nursing: Setting the record straight. *Creative Nursing*, 15(1), 36–38. Montalvo, I. (2007). The National Database of Nursing Quality Indicators® (NDNQI®). *Online Journal of Issues in Nursing*, 12(3), 2.
- Myers, S. M. (1998). Patient-focused care: What managers should know. *Nursing Economics*, 16(4), 180–188.
- National Council of State Boards of Nursing. (2012). NCSBN Model Act. Retrieved from https://www.ncsbn.org/14_Model_Act_0914.pdf National Council of State Boards of Nursing. (2016). Definition of Nursing Terms retrieved from <https://www.ncsbn.org/nursing-terms.htm>
- National Database of Nursing Quality Indicators. (2010). Guidelines for data collection on the American Nurses Association's national quality forum endorsed measures: Nursing care hours per patient day, skill mix, fall, falls with injury. Overland Park, KS: Author. Retrieved from www.k-hen.com/Portals/16/ANAs%20NQF%20specs.pdf
- Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, V. S., Leibson, C. L., Stevens, S. R., & Harris, M. (2011). Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *New England Journal of Medicine*, 364(11), 1037–1045.
- Neisner, J., & Raymond, B. (2002). *Nurse staffing and care delivery models: A review of the evidence*. Oakland, CA: Kaiser Permanente. Retrieved from www.kpihp.org/wp-content/uploads/2012/12/nurse_staffing.pdf Press Ganey. (2014).
- Press Ganey acquires national database of nursing quality indicators (NDQI). Retrieved from [www.pressganey.com/pressRoom/2014/06/10/press-ganey-acquires-national-database-of-nursing-quality-indicators-\(ndnqi-\)](http://www.pressganey.com/pressRoom/2014/06/10/press-ganey-acquires-national-database-of-nursing-quality-indicators-(ndnqi-))

- Roussel, L. (2013). *Management and leadership for nurse administrators* (6th ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Rutherford, P. Moen, R., & Taylor, J. (2009). TCAB: The “how” and the “what”: Developing an initiative to involve nurses in transformative change. *American Journal of Nursing*, 100(11), 5–17.
- Tiedeman, M. E., & Lookinland, S. (2004). Traditional models of care delivery. *Journal of Nursing Administration*, 34(6), 291–297.
- Unruh, L. (2008). Nurse staffing and patient, nurse, and financial outcomes. *American Journal of Nursing*, 108(1), 62–71.
- Wolf, G. A., & Greenhouse, P. K. (2007). Blueprint for design: Creating models that direct change. *Journal of Nursing Administration*, 37(9), 381–387.

თავი 10

ეფექტიანი დელეგირება

ამ თავში თქვენ შეისწავლით:

- როგორ შეესაბამება ანგარიშების, მიწერის, ავტორიზაციის, პრიორიტეტების დადგენის, პასუხისმგებლობის და ზედამხედველობის კონცეფციები დელეგირებას;
- გაუსვამთ ხაზს რა შეიძლება დელეგირდეს, რა არა და ვის შეუძლია დელეგირება და ვის არა;
- დელეგირების ხუთ უფლებას;
- გადანყვეტილების მიღების პროცესში დელეგირების ოთხი ეტაპის ახსნას;
- ეფექტიანი დელეგირებისთვის პოტენციური ბარიერების განსაზღვრას;
- ლიდერი და მენეჯერი ექთნის ფუნქციას ეფექტიან დელეგირებასთან მიმართებით

ყველა დონეზე და ყველა პირობებში ექთნებს მოეთხოვებათ დავალებების გაცემა-დელეგირება და ჯანდაცვის სხვა მუშაკების ზედამხედველობა. აღნიშნული მოთხოვნის ეფექტიანად შესასრულებლად, ექთნებმა უნდა გამოიმუშაონ დელეგირების, პრიორიტეტების მინიჭების და საექთნო მკურნალობაზე ზედამხედველობისთვის აუცილებელი უნარ-ჩვევები (**American Association of Colleges of Nursing – AACN, 2008**). Florence Nightingale-მა პირველმა დაიწყო საუბარის დელეგირებაზე 1860 წელს:

*და ისევ, ყველაფერზე თქვენი თვალთ შეხედვა არ ნიშნავს, რომ ყველაფერი თქვენს მიერ უნდა იყოს შესრულებული.... მაგრამ შეგიძლიათ კი დარწმუნდეთ რომ ყველაფერი გაკეთებულია? შეგიძლიათ კი დარწმუნდეთ მიტრიალდებით თუ არა, რომ მას შეასრულებენ? პირველი ნიშნავს, რომ კეთდება ის რისი გაკეთებაც საკუთარი ხელით თქვენვე შეგიძლიათ. მეორე კი ნიშნავს რომ ყველაფერი რაც გასაკეთებელია კეთდება (**Nightingale, 1860, p. 29**).*

ეფექტიანი კომუნიკაცია განიხილება, როგორც პროფესიონალი ექთნის ძირითადი უნარ-ჩვევა და ეს მტკიცებულება მიღებულია გლობალურად (**American Nurses Association – ANA and National Council of State Boards of Nursing – NCSBN, 2006; International Council of Nurses – ICN, 2012**). ICN ამტკიცებს რომ ექთნები პასუხისმგებელნი არიან საექთნო მკურნალობა/მოვლის დელეგირებაზე და დამხმარე პერსონალის მეთვალყურეობაზე. ANA დელეგირებას ცნობს, როგორც ექთნების მნიშვნელოვან უნარს: ექთანი „ახდენს მომხმარებლის ჯანმრთელობის, უსაფრთხოების და კეთილდღეობის საკითხების შესაბამისად დელეგირებას და მხედველობაში იღებს გარემოებას, პიროვნებას, ამოცანას, მიმართულებას ან კომუნიკაციას, ზედამხედველობას უწევს და მოქმედებს საქმიანობის რეგლამენტის შესაბამისად და ინარჩუნებს ანგარიშგებას ინსტიტუციისა და მარეგულირებელი ორგანოების მიმართ“ (**ANA, 2015a, p. 61**). უფრო მეტიც, **ANA’s Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements** ადგენს, რომ ექთნები ვალდებული და პასუხისმგებელნი არიან საექთნო აქტივობების განაწილებასა და დელეგირებაზე. მსგავსი განაწილება და დელეგირება უნდა შეესაბამებოდეს რეგულაციებს, ორგანიზაციულ პოლისებსა და საექთნო საქმიანობის სტანდარტებს“ (**ANA, 2015b, p. 17**).

დელეგირება, ისევე როგორც მართვის პროდუქტიულობა, ეფექტიანი ლიდერობისა და მართვის აუცილებელი შემადგენელი კომპონენტია. როგორც მართვის ერთ-ერთი პრინციპი, დელეგირება აუცილებელია სასურველი გამოსავლების მისაღებად (**NCSBN, 1997**). ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა უნდა მოახდინონ რუტინული დავალებების დელეგირება და ამით საკუთარ თავს ისეთი უფრო კომპლექსური საქმიანობის შესრულების საშუალება უნდა მისცენ, რაც გაცილებით მეტ პროფესიონალიზმს მოითხოვს.

ამ თავში, დელეგირების საკვანძო პრინციპებია განხილული: რა და ვისთვის შეიძლება იქნას დელეგირებული. ასევე, მოცემულია დელეგირების ხუთი ნესი და დელეგირების პროცესის ეტაპებად ჩაშლა.

ცოდნა, უნარ-ჩვევები და დამოკიდებულება დაკავშირებული ძირითად კომპეტენციებთან ასევე მოცემულია ამ თავში: პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობა, გუნდური მუშაობა, თანამშრომლობა და უსაფრთხოება.

დელეგირების საკვანძო პრინციპები

დელეგირება საჭიროებს პრობლემების გადაჭრის, კრიტიკული აზროვნების უნარს და კლინიკურ მსჯელობას. დელეგირების უნარების ჩამოყალიბება ხდება საექთნო კარიერის სანყისი ეტაპზე, ხოლო პროფესიონალიზმი მიიღწევა განათლებისა და გამოცდილების შექმნის გზით. დელეგირება ნამდვილად პრობლემური უნდა იყოს ახალბედა ექთნებისთვის რადგან ისინი ჯერ კიდევ საჭიროებენ საბაზისო ცოდნისა და უნარ-ჩვევების გამყარებას, აქვთ მწირი გამოცდილება და კრიტიკული აზროვნების ჩამოყალიბების სანყისი ეტაპზე იმყოფებიან (Duffy & McCoy, 2014). დელეგირება ისაზღვრება როგორც „გარკვეულ სიტუაციებში გარკვეულ ქმედებაზე უფრო კომპეტენტური პირისთვის უფლების გადაცემა მის შესრულებაზე ავტორიზაციის მინიჭებით და შესაბამისად სამუშაოს შესრულების მოთხოვნა“ (NCSBN, 2005, p. 1). ამასთან, ის პირი ვინც ახდენს დელეგირებას პასუხისმგებელია შედეგებზეც (ANA, 2015a, p. 86). ექთნები დელეგირებას ახდენენ პაციენტის საჭიროებების, პოტენციური ზიანის, პაციენტის მდგომარეობის სტაბილურობის, დაკისრებული ვალდებულებების კომპლექსურობის და გამოსავლების წინასწარ განსაზღვრის შესაძლებლობის მიხედვით. მხედველობაში ასევე მიიღება იმ ადამიანის კვალიფიკაცია და უნარ-ჩვევების დონე ვიზეც ხდება დელეგირება (ANA, 2012). ექთნები კარგად უნდა იცნობდნენ საკუთარ საქმიანობასთან დაკავშირებულ კანონმდებლობას, რომელიც კრძალავს გარკვეული სახის დელეგირებას არალიცენზირებული პირებისთვის. უფრო მეტიც, ინდივიდს არ შეუძლია იმ ქმედებების დელეგირება რომელიც არ შედის მის კომპეტენციაში. დელეგირება ეს არის მართვის პრინციპი გამოყენებული სასურველი შედეგის მისაღწევად სხვის მიერ შესრულებული სამუშაოს ხარჯზე (NCSBN, 1997). როდესაც დელეგირება ხდება ეფექტიანად, ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს შეუძლიათ გააფართოონ საექთნო საქმიანობა, უზრუნველყონ უსაფრთხო და ხარისხიანი საექთნო მოვლა და ხელი შეუწყონ ჯანდაცვის რესურსების ეფექტიან გამოყენებას.

დელეგირების პროცესში, დელეგატორი არის ლიცენზირებული ექთანი რომელიც ახდენს ფუნქციების განაწილებას. დელეგატორს უნდა ჰქონდეს დელეგირებისთვის შესაბამისი კვალიფიკაცია, განათლება და ავტორიზაცია, რასაც საზღვრავს მარეგულირებელი სააგენტოები და სახელმწიფოს კანონმდებლობა. დელეგატი არის ის პირი ვიზეც ხდება სამუშაოს დელეგირება და მასაც უნდა ჰქონდეს შესასრულებელი დავალებისთვის საჭირო ცოდნა და უნარ-ჩვევა. ლიცენზირებულმა ექთანმა შესაძლოა დელეგირება მოახდინოს სხვა საშუალო მედპერსონალსა და დამხმარე პერსონალზე.

NCSBN (1995)-ის მიხედვით, ანგარიშგება ისაზღვრება როგორც „დელეგირების ფარგლებში იყო პასუხისმგებელი და პასუხის გამცემი როგორც საკუთარ ასევე სხვების ქმედებაზე ან უმოქმედობაზე“ (p. 2). დელეგირების პროცესში, ლიცენზირებული ექთანი შესაბამისობაში უნდა იყოს კანონმდებლობის მოთხოვნებთან და ანგარიშგება ვალდებულია წარმოებული იქნეს საექთნო მკურნალობა/მოვლის ხარისხზე. ექთნებს აქვთ პროფესიული პასუხისმგებლობა და ვალდებულება ბოროტად არ გამოიყენონ ნდობა. მათ უნდა შეეძლოთ პროფესიული ქმედებების მიზანშეწონილობის ახსნა (Royal College of Nursing, 2015). ექთნები არიან ანგარიშგება ვალდებულნი დელეგირებასთან დაკავშირებით მიღებულ გადაწყვეტილებებზე და იმ დავალებებზე რის დელეგირებასაც ახდენენ. „ექთნები არიან პასუხისმგებელნი საკუთარ პროფესიულ საქმიანობაზე და მათ მიერ ჩატარებული ქმედებების ან დელეგირებული აქტივობების შედეგებზე“ (AACN, 2008, p. 9). ჯანდაცვის ორგანიზაციაც პასუხისმგებელია თავის შიგნით განხორციელებულ დელეგირებებზე. ორგანიზაციული პასუხისმგებლობა გუ-

ლისხმობს ყველა საჭირო რესურსით საექტონო სამსახურის უზრუნველყოფას, შემდეგის ჩათვლით (ANA and NCSBN, 2006, p. 3):

- საჭირო რაოდენობით პერსონალის უზრუნველყოფა ამ პერსონალის ტიპის გათვალისწინებით;
- ყველა იმ პერსონალის კომპეტენციების დოკუმენტირება ვინც უშუალო შეხებაშია პაციენტთან და იმის უზრუნველყოფა, რომ ამ ინფორმაციასთან ჰქონდეს წვდომა ლიცენზირებულ ექთანს;
- დელეგირებასთან მიმართებით ყველა ექტონის ჩართულობით ორგანიზაციული პოლისების შემუშავება და იმის გაცნობიერება რომ დელეგირება ეს პროფესიული უფლება და პასუხისმგებლობაა.

ლიდერი და მენეჯერი ექტონები პასუხისმგებელნი არიან „დელეგირებასთან დაკავშირებული მიმართულებების შეფასების, მონიტორინგის, დაზუსტების და არსებული კომპეტენციების მოთხოვნების კომუნიკაციის სისტემის შემუშავებაზე“ (ANA and NCSBN, 2006, p. 2). ისინი საზღვრავენ დელეგირებასთან დაკავშირებულ მოლოდინებს და ამიტომ დარწმუნებულნი უნდა იყვნენ რომ საშუალო მედპერსონალის თითოეულ წარმომადგენელს ინდივიდუალური როლის სწორი აღქმა აქვს (Duffy & McCoy, 2014). ლიდერი და მენეჯერი ექტონები ასევე პასუხისმგებელნი არიან უსაფრთხო სამკურნალო გარემოს შექმნაზე, რაც დელეგირების პროცესის ხელშემწყობი ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორია (ANA, 2015a).

ლიცენზირებულ ექთანს აქვს ავტორიზაცია პროფესიული ლიცენზიის ფარგლებში მოახდინოს სპეციფიკური დავალებების დელეგირება სხვა ლიცენზირებულ ექტონებზე ან სხვა საშუალო მედპეროსანილზე. დელეგირების პროცესში, ექტონებს აქვთ პაციენტის შეფასებაზე, დიაგნოსტიკაზე, სამკურნალო გეგმის შემუშავება-განხორციელებაზე და საექტონო საქმიანობის შეფასება-მსჯელობაზე ავტორიზაცია. ავტორიზაცია ეს არის „ძალაუფლების ლეგალური წყარო; უფლება იმოქმედო ან გასცე მითითებები სხვებზე და უზრუნველყო მითითებების მიდევნება“ (Porter-O’Grady & Malloch, 2013, p. 432). ექთანს უნდა ჰქონდეს ავტორიზაცია ან უფლება იმოქმედოს ან სხვებზე გასცეს მითითება გარკვეულ ქმედებებთან მიმართებაში პაციენტების მკურნალობის უსაფრთხოდ წარმოების მიზნით. ავტორიზაცია ეფუძნება კანონმდებლობას და ის ასახული უნდა იყოს ექტონების სამუშაო აღწერილობაში. ორგანიზაციამ ექთანს უნდა მისცეს უფლება წარმართოს სხვების ქმედებები. ლიდერი და მენეჯერი ექტონები საზღვრავენ პერსონალთან დაკავშირებული რესურსების განაწილებას განყოფილებაში პაციენტების საჭიროებებიდან გამომდინარე.

პასუხისმგებლობა ეს არის ვალდებულება შეასრულოს გარკვეული სამუშაო. იგი ასევე მოიცავს ვალდებულებას სამუშაო შეასრულოს კომპეტენტურად პიროვნების განათლების დონიდან გამომდინარე. დელეგირების პროცესში, ექტონები პასუხისმგებელნი არიან სიტუაციის შეფასებაზე, დელეგირების ფარგლებისა და შესაბამისობის განსაზღვრაზე, დელეგირების პროცესის მეთვალყურეობაზე, დელეგირებისას ქმედებების შეფასებაზე და შედეგების მართვაზე (Porter-O’Grady & Malloch, 2013). დელეგირება მისაღებია თუკი პიროვნება ვიზეც ხდება დელეგირება თანახმაა დავალების შესრულებაზე (ANA, 2012; Weydt, 2010). დელეგატი პასუხისმგებელია საკუთარ ქმედებაზე და საკუთარ თავზე საკუთარი კვალიფიკაციის შესაბამისი ამოცანების აღებაზე და დელეგატორისთვის უკუკავშირის მიწოდებაზე (Porter-O’Grady & Malloch, 2013).

ზედამხედველობა არის წარმართვის, ზედამხედველობის, შეფასების და შემდგომ თვალყურის დევნების პროცესი (ANA and NCSBN, 2006, p. 1). ექტონი ზედამხედველობას უწევს დელეგირების პროცესს დელეგატის საქმიანობის მონიტორინგის გზით და უზრუნველყოფს სტანდარტებთან, პოლისებთან და პროცედურებთან მისი საქმიანობის შესაბამისობას. საექტონო დელეგირების პროცესის გასამართად შესაბამისი ორგანიზაციული პოლისები და პროცედურები უნდა იყოს შემუშავებული. იმ შემთხვევაში თუ ქმედებები არასწორად იქნება შესრულებული, უნდა არსებობდეს პოლისი რაც ექთანს სიტუაციის შეფასების და შესასრულებელი ამოცანების უკან გადმობარების შესაძლებლობას მისცევს (ANA and NCSBN, 2006). ექტონი

„ვინც ჩართულია პაციენტის მკურნალობის ზედამხედველობაში არ წარმოადგენს კანონმდებლობით განსაზღვრული მმართველი რგოლის ზედამხედველს“ (ANA and NCSBN, 2006, p. 1).

დავალება აღწერს კონკრეტულ პირზე გადასაცემ იმ სამუშაოს, რაც ამ პირის პასუხისმგებლობა ხდება (ANA and NCSBN, 2006; Duffy & McCoy, 2014). დავალების მიცემით, ექთანი ინდივიდს პასუხისმგებელს ხდის იმ სპეციფიურ პაციენტზე ან შერჩეული ვალდებულებების შესრულებაზე, რასაც ეხება აღნიშნული დავალება (ANA and NCSBN, 2006; Porter-O'Grady & Malloch, 2013). დავალების მიცემის პროცესი ავლენს პასუხისმგებლობასა და ანგარიშგების ვალდებულებას კონკრეტული აქტივობის მიმართ. ექთანი რომელიც იძლევა დავალებას, დარწმუნებული უნდა იყოს რომ ეს დავალება ჯდება ინდივიდის კომპეტენციებში. მაგალითად, განყოფილების უფროსი ექთანი ჩვეულებრივ ახდენს პერსონალზე პაციენტის მკურნალობასთან დაკავშირებული დავალებების გაცემას მორიგეობის პერიოდში. უფროსი ექთანი პასუხისმგებელია საკუთარ გადაწყვეტილებებზე.

პრიორიტეტების მინიჭება არის დელეგირების კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი კომპონენტი. მიუხედავად იმისა, რომ ექთნები მიჩვეულები არიან პრიორიტეტების განსაზღვრას, დელეგირება მაინც მოითხოვს ამ უნარ-ჩვევების უფრო მეტად განვითარებას. პრიორიტეტების მინიჭება ნიშნავს, გადანყვიტო რომელი პაციენტის საჭიროებები ან რომელი პრობლემა მოითხოვს დაუყოვნებელ რეაგირებას, რომელი სიტუაცია არ არის ურგენტული და რომელზე მიბრუნება შესაძლებელია მოგვიანებით.

რა შეიძლება იქნას დელეგირებული და რა არა

ბევრი სახელმწიფო, მარეგულირებელი ორგანოების და ორგანიზაციების მიერ შემუშავებული პოლისები საზღვრავს საექთნო საქმიანობაში დელეგირების პროცესს. დელეგირებული ამოცანები შეიძლება მოიცავდეს პაციენტის მონიტორინგს, ნიმუშების შეგროვებას, რეპორტირებას, მკურნალობას და მონაცემების დოკუმენტირებას. UAP-მა შეიძლება შეაფასოს სასიცოცხლო მაჩვენებლები, გაზომოს მიღებული და გამოყოფილი სითხის რაოდენობა და ექთანს მიაწოდოს შეგროვებული ინფორმაცია. ექთანი ახდენს მინოდებული ინფორმაციის ინტერპრეტაციას, აკეთებს კლინიკურ შეფასებებს და იყენებს მონაცემებს მკურნალობის გეგმის შემუშავებად.

როგორი აქტივობებიც არ უნდა იქნას დელეგირებული, იგი მოიცავს საექთნო პროცესის გარკვეულ ასპექტებს, ასევე ჯანდაცვის მიმწოდებლებთან კომუნიკაციას, ჯანდაცვის მიმწოდებლების მითითებების შესრულებას, პაციენტისა და/ან ოჯახის სწავლებას, პაციენტის სტატუსის შეფასებასა და ტრიაჟს (ANA, 2015a; Anderson, Twibell, & Siela, 2006; Duffy & McCoy, 2014). ცხრილში 10.1-ში წარმოდგენილია პროფესიონალი ექთნების და სხვა საშუალო მედპერსონალის სპეციფიკური ფუნქციები. ზოგადად, ნებისმიერი საექთნო აქტივობა, რომელიც საჭიროებს სპეციალურ ცოდნას ან სპეციფიურ მსჯელობას არ უნდა იქნეს დელეგირებული. საექთნო განსჯა ისაზღვრება როგორც განათლების, ინფორმაციის და გამოცდილების მიღების პროცესი, რის საფუძველზეც ექთანი იყალიბებს საკუთარ შეხედულებებს და ახდენს კლინიკური გადაწყვეტილებების მიღებას (NCSBN, 2005). მეტიც, საექთნო მსჯელობა მოიცავს შეგნებულად გადაწყვეტილების მიღებასა და ინტუიციას.

ცხრილი 10.1 ლიცენზირებული ექთნების, სხვა საშუალო მედპერსონალის და არალიცენზირებული დამხმარეების სპეციფიური საექთნო აქტივობები (აშშ-ს გამოცდილება):

ლიცენზირებული ექთანი	სხვა საშუალო მედპერსონალი	არალიცენზირებული დამხმარე
<p>შეუძლია ყველა იმ აქტივობების შესრულება, რასაც ასრულებს სხვა საშუალო მედპერსონალი და არალიცენზირებული დამხმარე</p> <ul style="list-style-type: none"> • აქტივობები რაც საჭიროებს სპეციალიზებულ საექთნო ცოდნასა და განსჯის უნარს • არაპროგნოზირებადი გამოსავლების მქონე არასტაბილური პაციენტების მართვა • საექთნო საქმიანობის ყველა ასპექტი: შეფასება, დიაგნოსტიკა, დაგეგმვა, დანერგვა და გადაფასება • ყველა მედიკამენტის ადმინისტრირება • ინტრავენურად სითხეების ინფუზიების დანერგვა და დასრულება • ინტრავენური მედიკამენტების ადმინისტრირება • სისხლის კომპონენტების ტრანსფუზია • კომპლექსური ქრილობის მოვლა • სტერილური პროცედურები 	<p>ლიცენზირებული ექთნების მეთვალყურეობის ქვეშ, შეუძლიათ ყველა იმ აქტივობის შესრულება რასაც არალიცენზირებული დამხმარეები ასრულებენ და ამაზე დამატებულია:</p> <ul style="list-style-type: none"> • პროგნოზირებადი გამოსავლების მქონე სტაბილური პაციენტების მართვა (მოვლა) • პაციენტების მონაცემების შეგროვება და მიწოდება ლიცენზირებული ექთნისთვის • ლიცენზირებული ექთნის მიერ დაგეგმილი და დანერგული პაციენტის შეფასებების გაგრძელება • პაციენტის მოვლის დანერგვა • პაციენტის განათლების ხელშეწყობა • ქრილობის მოვლის საბაზისო კომპონენტების შესრულება • მედიკამენტების ადმინისტრირება (შესაძლოა ინტრავენურის გამოკლებით) • ენტერალური კვების მიწოდება • შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია • ტრაქეოსტომის მოვლა • ინტრავენური გადასხმების და ტრანსფუზიის მონიტორინგი, კათეტერის ჩაყენების ადგილის მეთვალყურეობა 	<p>ლიცენზირებული ექთნის მეთვალყურეობის ქვეშ შემდეგი აქტივობების შესრულება:</p> <ul style="list-style-type: none"> • იმ პაციენტების დახმარება რომელთაც ყოველდღიურად სჭირდებათ ხელშეწყობა • პაციენტების ჰიგიენის უზრუნველყოფა • სანოლის მოვლა • პაციენტების დახმარება გადაადგილების, გადაყვანის ან გარკვეული პოზიციის მიღების დროს • ჩაცმაში დახმარება • ნორმალური ყლაპვის ფუნქციით პაციენტების კვება • ნიმუშების შეგროვება ანალიზისთვის • პაციენტის მონაცემების შეგროვება (მაგ., სასიცოცხლო მაჩვენებლები, წონა და მიღებული/გამოყოფილი სითხის რაოდენობა) და ლიცენზირებული ექთნისთვის მათი რეპორტირება

ვის შეუძლია დელეგირება და ვის არა

როგორც ადრე იქნა აღნიშნული, ლიცენზირებულ ექთანს აქვს სხვა საშუალო მედპერსონალზე და დამხმარეებზე დელეგირების უფლება. ასევე აქვს დელეგირების უფლება საშუალო მედპერსონალს, მხოლოდ დამხმარე პერსონალზე და ისიც ლიცენზირებული ექთნის ზედამხედველობის ქვეშ. დელეგირების პროცესი ქვემოდან ზემოთ ვერ ხდება.

სხვა საშუალო მედპერსონალს (იგულისხმება სხვები გარდა ლიცენზირებული ექთნისა) შეუძლია შეასრულოს სამუშაო, რომელიც არ შედის დამხმარეების კომპეტენციაში. აღნიშნული კომპეტენციები ისაზღვრება კანონდებლობით. ყველა საშუალო მედპერსონალი უნდა იცნობდეს კანონდებლობას და შესაბამისად პერსონალის სამოქმედო კომპეტენციებს. პაციენტების მდგომარეობის მონიტორირება და ფუნდამენტური საექთნო მოვლის მიწოდება ლიცენზირებული ექთნის ზედამხედველობის ქვეშ უნდა ხდებოდეს. სხვა საშუალო მედპერსონალის ფუნქციები ძალიან ჰგავს დამხმარე პერსონალის ფუნქციებს, მხოლოდ ემატება ლიცენზირებული ექთნის მიერ დაწყებული პაციენტის შეფასების დინამიკაში გაგრძელება, სწავლების პროცესის მხარდაჭერა და პაციენტის სტატუსის მონიტორირება.

დამხმარე პერსონალი ასევე არის ჯანდაცვის პერსონალის ნაწილი და მათი ფუნქციაა აწარმოონ დაბალი რისკის საქმიანობა, რაც არ საჭიროებს საექთნო ცოდნას და საექთნო განსჯას. დამხმარეები პაციენტებს ეხმარებიან ყოველდღიურ აქტივობებში, როგორცაა საწოლის გაწყოება, ბანაობა და ჩაცმა და საქმიანობენ ლიცენზირებული ექთნების მეთვალყურეობის ქვეშ. ისინი, როგორც წესი, არც ლიცენზირებულები და არც სერტიფიცირებულები არიან.

სასწავლო აქტივობა: მიმოიხილეთ თქვენი ქვეყნის საექთნო საქმიანობის შესახებ კანონმდებლობა და განსაზღვრეთ შემდეგ:

- შეეხება იგი დელეგირებას?
- განსაზღვრავს სპეციფიურ დავალებებს რისი დელეგირებაც შეიძლება ან რისი არ შეიძლება?
- განსაზღვრავს ვის აქვს დელეგირების უფლება და ვის არა?

დელეგირების ხუთი წესი

ლიდერი და მენეჯერი ექთნები უნდა თანამშრომლობდნენ საექთნო პერსონალთან პაციენტის მკურნალობის ინტეგრირებულობის შენარჩუნების მიზნით (NCSBN, 1997). დელეგირების ხუთი წესი შეიძლება იქნას გამოყენებული დელეგირების პროცესში გადანტეგვილებების მიღების საკვანძო ეტაპების განსაზღვრად: სწორი დავალება მიცემული სწორი პიროვნებისთვის თანაც შესაბამის გარემოში. თანაც ეს უნდა მოხდეს ლიცენზირებული ექთნის მიერ სწორი მიმართულების მიცემის, სწორი კომუნიკაციის და სწორი ზედამხედველობის ფონზე. დელეგირების ხუთი წესის მიდევნება წარმოადგენს ყველა დონეზე მომუშავე ექთნების პასუხისმგებლობას.

სწორი დავალება

საექთნო განსჯის დროს, სწორი დავალება არის ის რისი დელეგირებაც კონკრეტულ პაციენტთან მიმართებაში სწორი პიროვნებისთვის უსაფრთხოდ არის შესაძლებელი. დელეგირებისთვის შესაფერისია შემდეგი აქტივობები (NCSBN, 1997):

- რაც ხშირად აღინიშნება პაციენტის ყოველდღიური მკურნალობა/მოვლის დროს;
- რაც სხვა საშუალო მედპერსონალის სამუშაო კომპეტენციის ფარგლებშია;
- რაც დამხმარეთა მხრიდან არ საჭიროებს საექთნო განსჯას;
- რაც არ საჭიროებს საექთნო პროცესებთან შეხებას;

- რასაც არ აქვს განჭვრეტადი ან მინიმალურზე მეტი რისკი;
- რაც იყენებს სტადარტულ და უცვლელ პროცედურებს.

ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა უნდა უზრუნველყონ სხვა საშუალო მედპერსონალის ან დამხმარეთა კომპეტენციების შესაბამისი დავალებების დელეგირების განხილვა. მეტიც, მათ უნდა ასახონ დელეგირების პროცესთან დაკავშირებული მოლოდინები და შეზღუდვები ორგანიზაციის პოლისებსა და პროცედურებში და სტადარტულ პრაქტიკაში (NCSBN, 1997).

შესაბამისი გარემოებები

დელეგირების პროცესში ექთანმა უნდა გაითვალისწინოს პაციენტის გარშემო არსებული რეალობა, რესურსების ხელმისაწვდომობა და სხვა საჭირო ფაქტორები. ეფექტიანი დელეგირება ექთნებისგან მოითხოვს პაციენტის სტატუსის შესწავლას, მონაცემების შეფასებას და კონკრეტულ პაციენტთან დაკავშირებული მიზნების და საჭიროებების განსაზღვრას. ამასთან, ექთანმა უნდა შეუსაბამოს დავალების კომპლექსურობა იმ პირის კომპეტენციის დონეს ვიზეც ხდება დელეგირება და იმ ზედამხედველობის მოცულობას რისი უზრუნველყოფაცაა საჭირო. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები პასუხისმგებელნი არიან განყოფილებაში პაციენტების პოპულაციის საჭიროების შეფასებასა და საექთნო მოვლა/მკურნალობის მოცულობის, პრიორიტეტების და აუცილებელი რესურსების განსაზღვრაზე. უფრო მეტიც, შესაბამისი უნარების მქონე შესაბამისი პერსონალით დაკომპლექტება, საჭირო აპარატურის და მარაგების უზრუნველყოფა ეფექტიანი დელეგირების მნიშვნელოვანი შემადგენელი კომპონენტებია.

სწორი პიროვნება

ექთნები კარგად უნდა იცნობდნენ პაციენტის მკურნალ გუნდში შემავალი პირების კომპეტენციის დონეს ინდივიდუალური ან პაციენტ-სპეციფიური დელეგირების უზრუნველსაყოფად. ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა უნდა შეიმუშაონ ორგანიზაციული სტანდარტები ქვეყნის კანონმდებლობაზე დაყრდნობით, რათა დააკმაყოფილონ სხვა საშუალო მედპერსონალისა და დამხმარეების საგანმათლებლო მოთხოვნები. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები უნდა დარწმუნდნენ, რომ დელეგირებასთან დაკავშირებული კომპეტენციის სტანდარტები ინტეგრირებულია ორგანიზაციის პოლისებში. მათ უნდა გაუწიონ სხვა საშუალო მედპერსონალისა და დამხმარეების საქმიანობას რუტინული მეთვალყურეობა და ეს უნდა მოხდეს სტანდარტებზე დაყრდნობით. ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა სწრაფადვე უნდა გამოასწორონ სტანდარტების მიდევნების კუთხით გამოვლენილი ნებისმიერი ხარვეზი (NCSBN, 1997). ზოგადად არ არის მისაღები ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა მოახდინონ ისეთი საქმიანობის დელეგირება, რომელიც მოითხოვს საექთნო პროფესიულ განსჯას და რაც არ არის უსაფრთხო (NCSBN, 1995, p. 2).

სწორი მიმართულების მიცემა და კომუნიკაცია

კომუნიკაცია კრიტიკულია ეფექტიანი დელეგირებისთვის. ექთანმა ნათლად, სარწმუნოდ უნდა განსაზღვროს დავალება ამოცანების, შეზღუდვების და მოლოდინების ჩათვლით (NCSBN, 1995). დავალების გამცემსა და დავალების მიმღებს შორის კომუნიკაცია პაციენტის უსაფრთხო მკურნალობა/მოვლის შემადგენელი კომპონენტია. სიტუაციაზე-დაყრდნობითი კომუნიკაცია მოიცავს (NCSBN, 1997, p. 24):

- სპეციფიურ მონაცემებს, რომელიც უნდა შეგროვდეს, ასევე რეპორტირების მეთოდებსა და გეგმას;
- სპეციფიკურ ქმედებებს, რომელიც უნდა შესრულდეს, ასევე პაციენტ-სპეციფიურ ინსტრუქციასა და შეზღუდვებს;
- მოსალოდნელ შედეგებს ან პოტენციურ გართულებებს და აღნიშნული მოვლენების კომუნიკაციისთვის დროს.

ლიდერი და მენეჯერი ექთნები პასუხისმგებელი არიან მთელი პერსონალისთვის მისაღებ აქტივობებზე, კომპეტენციებსა და კვალიფიკაციაზე ინფორმაციის მიწოდებაზე. ამ კომუნიკაციის დროს შესაძლოა გამოყენებული იქნას საქმიანობის სტანდარტები, ფუნქციების აღწერა, პოლისები და პროცედურები (NCSBN, 1997). მათ ასევე ხელი უნდა შეუწყონ ღია კომუნიკაციური გარემოს ჩამოყალიბებას თანამშრომლებს შორის და წაახალისონ ისინი შიშის გარეშე იმსჯელონ აღნიშნულ დოკუმენტებსა და ინფორმაციაზე, არ მოაწერონ მათ ხელი თუკი თვლიან რომ ეს არ შეესაბამება მათი უნარების დონესა და უსაფრთხო დელეგირების პრინციპებს (ANA, 2015a).

სწორი ზედამხედველობა და შეფასება

ექთანი იძლევა დელეგირებულ პირთან უკუკავშირს, აწარმოებს შესაბამის მონიტორინგს, შეფასებას და საჭიროების შემთხვევაში ერევა კიდეც ამ პროცესში. ექთანმა შესაძლოა თვითონ მოახდინოს ზედამხედველობა ან ეს ფუნქცია დაავალოს სხვა ლიცენზირებულ ექთანს. ექთანმა უნდა მისცეს შესაბამისი მითითებები და ნათლად განსაზღვროს დავალების შესრულებასთან დაკავშირებული მოლოდინები; ასევე უნდა მოახდინოს საქმიანობის მონიტორინგი, დაამყაროს უკუკავშირი და იგივე მოითხოვოს სხვისგანაც, საჭიროების დროს ჩაერიოს პროცესში და ყველაფერთან ერთად აწარმოოს შესაბამისი დოკუმენტაცია (NCSBN, 1997). და ბოლოს, ექთანმა ზედამხედველობა უნდა გაუწიოს მთლიანად დელეგირების პროცესს და ყველასთან, მათ შორის პაციენტთანაც, დაამყაროს უკუკავშირი. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები ვალდებული არიან დარწმუნდნენ ზედამხედველობისთვის საჭირო ადამიანური რესურსების ხელმისაწვდომობაში. მათ ასევე უნდა შეაფასონ პაციენტების გამოსავლები და დაგროვილი ინფორმაცია გამოიყენონ ხარისხის გაუმჯობესების პროგრამებსა და რისკების მართვის დაგეგმარებაში (NCSBN, 1997).

პროცესის დელეგირება

რა დელეგირებაზეც არ უნდა იყოს ლაპარაკი, გადანყვეტილება უნდა მიიღებოდეს უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობის მიწოდების მიზნით. როგორც ადრე აღინიშნა, ექთნები უნდა აფასებდნენ იმ პიროვნების ცოდნას, უნარ-ჩვევებს და გამოცდილებას ვიზეც ხდება დელეგირება. ექთნების ასევე უნდა უყურებდნენ შემდეგ ასპექტებსაც (Snyder, Medina, Bell & Wavra, 2004, p. 10):

- პოტენციური ზიანი: ექთანმა უნდა განსაზღვროს აქტივობიდან გამომდინარე კონკრეტული პაციენტისთვის ზიანის მიყენების რისკი;
- დავალების კომპლექსურობა: რაც მეტად კომპლექსურია დავალება, მით უფრო ნაკლებად უნდა იქნეს დელეგირებული. მხოლოდ ლიცენზირებულ ექთანს შეუძლია კომპლექსური ამოცანების გადანყვეტა;
- პრობლემების გადაჭრისა და ინოვაციების საჭირო მოცულობა: აქტივობები რომელიც საჭიროებს სპეციალურ ყურადღებას, ადაპტაციას ან ინოვაციურ მიდგომებას, არ უნდა იქნას დელეგირებული;
- გამოსავლების წინასწარ განსაზღვრის შეუძლებლობა: არ არის რეკომენდებული ისეთი აქტივობის დელეგირება, რომელზეც შესაძლოა პასუხი უცნობია ან პაციენტის რეაგირების წინასწარ განსაზღვრა შეუძლებელია;
- პაციენტთან ინტერაქციის დონე: ექთანმა თავიდან უნდა აიცილოს ისეთი აქტივობის დელეგირება რამაც შეიძლება გავლენა მოახდინოს ექთან-პაციენტის ნდობაზე დაფუძნებულ ურთიერთობაზე.

დელეგირება კომპლექსური მაგრამ აუცილებელი პროცესია, რომელიც მოითხოვს კლინიკური განსჯის უნარს დროული უსაფრთხო და ეფექტიანი საექთნო მკურნალობის/მოვლის მისაღწევად. დელეგირების პროცესი მოიცავს შეფასებას და დაგეგმარებას, კომუნიკაციას, ზედამხედველობას და მეთვალყურეობას, აღწერასა და უკუგებას.

დელეგირება ეფუძნება პაციენტის საჭიროებებსა და რესურსების ხელმისაწვდომობას. შეფასების და დაგეგმარების ეტაპზე, ექთანი იმუშავებს მკურნალობა/მოვლის გეგმას და საზღვრავს მისი განხორციელებისთვის საჭირო ცოდნასა და უნარებს (ANA and NCSBN, 2006). ექთანი საზღვრავს საჭიროა თუ არა რაიმე კულტურალური ცვლილებები, სტაბილური და წინასწარ განჭვრეტადია თუ არა პაციენტის მდგომარეობა, და სტაბილურია თუ არა გარემო სადაც უნდა წარიმართოს პაციენტის მკურნალობა (Duffy & McCoy, 2014). ყოველივე ამის შემდეგ უკვე ექთანი, პაციენტთან და პაციენტის ოჯახთან ერთად, ადგენს მკურნალობის გეგმას. თუკი ექთანი რწმუნდება რომ პაციენტის საჭიროებების მიღწევის გზები არ არის საფრთხის შემცველი, მას უკვე შეუძლია გადავიდეს შემდეგ ეტაპზე.

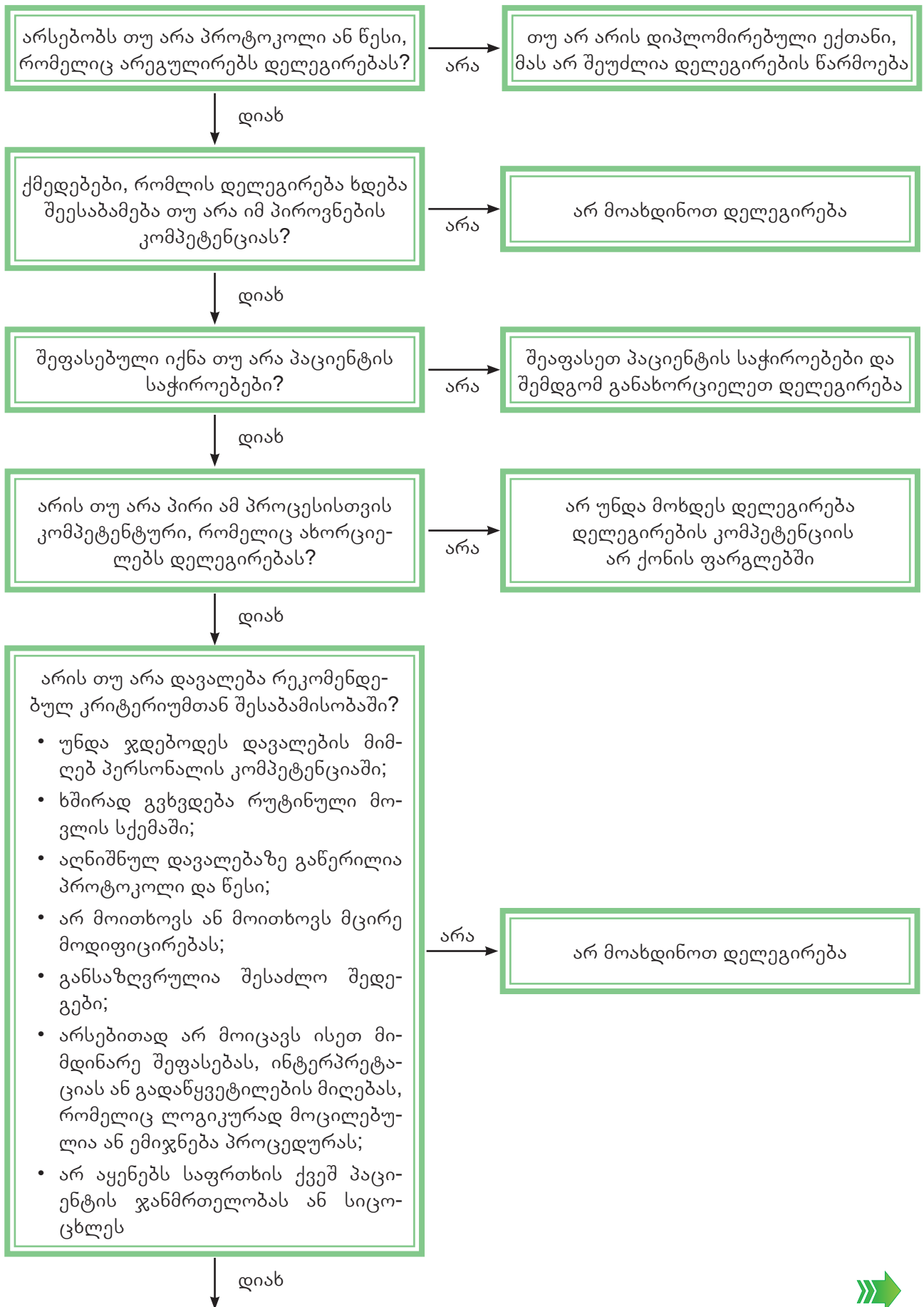
ცალსახა მითითებები უნდა მიეცეს იმ პირს, ვისზეც ხდება დელეგირება, პაციენტზე ინფორმაციის და დავალებასთან მიმართებაში მოლოდინების, რეპორტირება დაქვემდებარებული ინფორმაციის და დახმარებაზე მოთხოვნის პრინციპების ჩათვლით (ANA and NCSBN, 2006; NCSBN, 2005). კომუნიკაცია უნდა იყოს ორგვარი, ექთნის მხრიდან შეფასება რამდენად აღიქვა დელეგატმა მოლოდინები და ასევე დამატებითი განმარტებების მიცემა თუკი ხედავს ამის საჭიროებას. კომუნიკაცია უნდა იყოს მიზანმიმართული (Anthony & Vidal, 2010). ამ სახის კომუნიკაცია ეს არის აქტიური პროცესი, რომელშიც ჩართული პირები არიან ორიენტირებულნი დასწრებაზე, რეაგირებაზე და ინფორმაციის აღქმაზე. მიზანმიმართულ კომუნიკაციაში, მუდმივად ხდება ინფორმაციის გაანალიზება და კატეგორიზება დაყოფა, რაც ინფორმაციის დინამიური დამუშავების საშუალებას იძლევა.

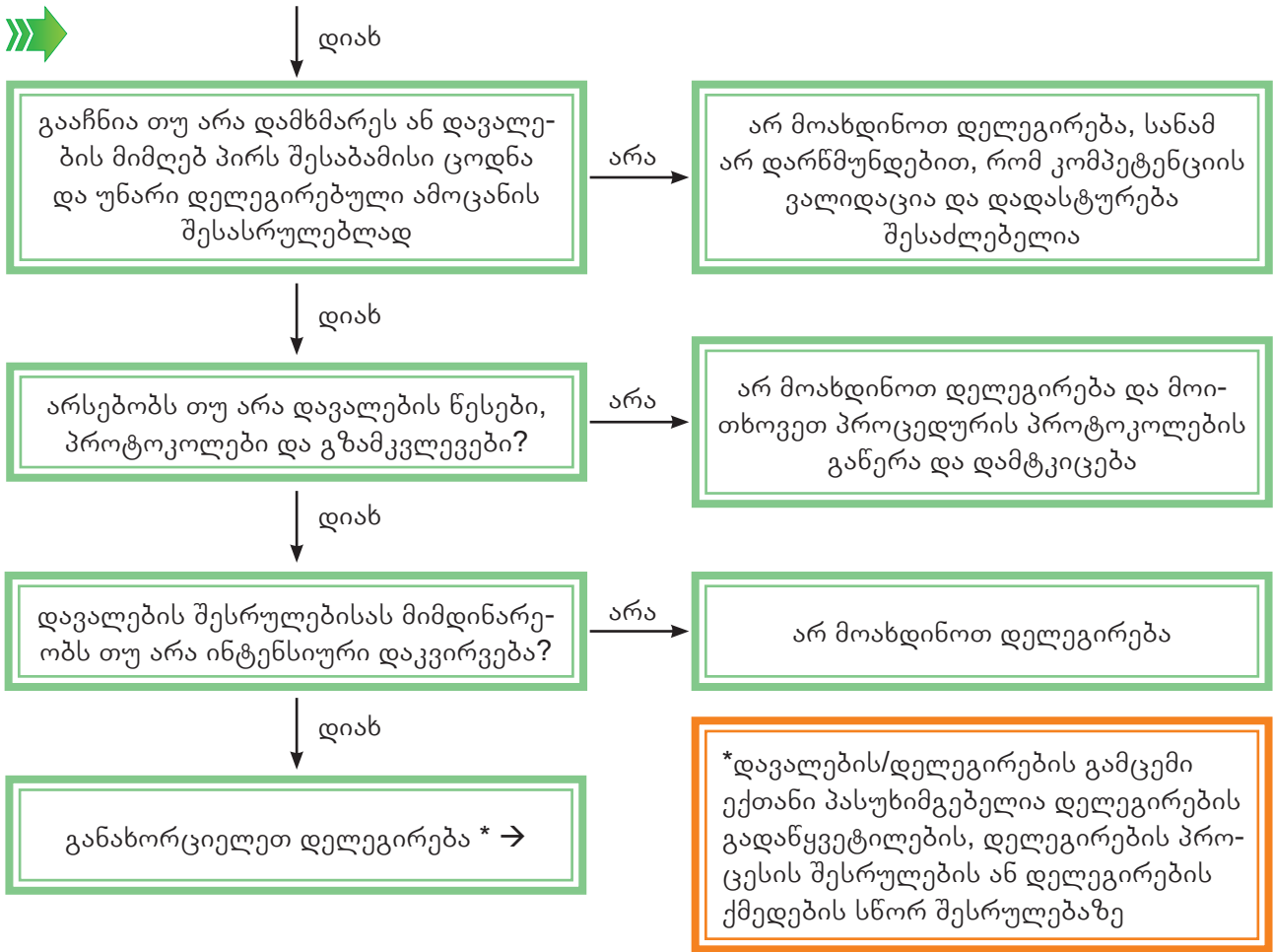
დელეგირების პროცესში მეთვალყურეობა და ზედამხედველობა დაკავშირებულია ექთნის პაციენტის მკურნალობაზე პასუხისმგებლობასთან და მოიცავს ზედამხედველობის იმ დონის განსაზღვრას, რომელიც საჭიროა კონკრეტულ სიტუაციაში. ზედამხედველობა ეს არის პაციენტის სტატუსზე და პერსონალის საქმიანობაზე თვალყურის დევნების პროცესი, თვალის მიდევნება ყველა აღმოცენებულ პრობლემასა და სიტუაციურ ცვლილებაზე. ექთანმა ზედამხედველობა უნდა გაუწიოს იმ პირს, ვისზეც ახდენს დელეგირებას და უზრუნველყოს მისი ქმედებების სტანდარტებთან, პოლისებსა და პროცედურებთან შესატყვისობა (ANA and NCSBN, 2006; NCSBN, 2005).

აღწერა და უკუგება გამოიყენება დელეგირების პროცესის და გამოსავლების ეფექტიანობის შესაფასებლად და იმის დასადგენად საჭირო არის თუ არა მკურნალობის გეგმაში რაიმე ცვლილებების შეტანა. ექთანი აფასებს დელეგირებულ ქმედებებზე პაციენტის რეაქციას. ამისთვის მას შესაძლოა დასჭირდეს პაციენტისა და მისი ოჯახისგან გარკვეული უკუგების მიღება. აღწერა პროცესის ძალიან მნიშვნელოვანი კომპონენტია, რაც ხშირად ავინყდებათ ხოლმე. ექთანი მზად უნდა იყოს დელეგატს მიაწოდოს ინფორმაცია რა გაკეთდა დელეგირების პროცესში სწორად და რა არა, რა შემთხვევაში იქნა სასურველი გამოსავლები მიღწეული და რა შემთხვევაშია გაუმჯობესება საჭირო (NCSBN, 2005). აღწერა და შეფასება უნდა იყოს მუდმივი პროცესი. აღწერის და ინფორმაციის უკან მიწოდების დროს, ექთანმა უნდა გაითვალისწინოს შესრულებულ სამუშაოში მისაღები ვარაიაციების შესაძლებლობა, მით უმეტეს თუ მკურნალობის სტანდარტები მიღწეულია და დამდგარი გამოსავლებიც მისაღებია. ექთანი თვალყურს ადევნებს დელეგირების პროცესს, იძლევა უკუგებას, დელეგატისგანაც ლებულობს უკუგებას, ითვალისწინებს საწყის შეფასებას, თუ საჭიროა ახდენს მკურნალობის გეგმის მოდიფიცირებას და აფასებს პაციენტის გამოსავალს.

სურათ 10-1-ზე მოცემულია NCSBN-ის მიერ მონოდებული ექთნების დამხმარე პერსონალისთვის დელეგირების პროცესში გამოყენებული ე.წ. გადანყვეტილებების ხე.

სურათი 10-1 ნაბიჯი I - შეფასება და დაგეგმვა





ნაბიჯი II - კომუნიკაცია

კომუნიკაცია უნდა იყოს ორმხრივი პროცესი

<p>ექთანი:</p> <p>აფასებს გაიგო თუ არა დავალების მიმღებმა პირმა დავალება. ამონიშნავს როგორ სრულდება დავალებები და იღებს თუ არა შესაფერის უკუკავშირს დავალების მიმღები პირისგან;</p> <p>აფასებს პაციენტზე მორგებულ საჭიროებებს და არგებს მათ პაციენტებს ინდივიდუალურად; გასცემს ნათელ მითითებებს და მითითებების ცუდად აღქმის შემთხვევაში თავიდან ხსნის;</p> <p>იღებს პასუხისმგებლობას იმაზე, რომ მიმღებმა პირმა ნათლად გაიგო დავალება</p>	<p>საექთნო ქმედებებზე პასუხისმგებელი პირი:</p> <p>სვამს კითხვებს დავალებასთან დაკავშირებით თუ მისთვის რჩება გაუგებარი საკითხები;</p> <p>დავალების შეუსრულებლობის შემთხვევაში აცნობებს გამცემ პირს, რომ დავალება ვერ შესრულდა;</p> <p>ითხოვს დამატებით ტრენინგებსა და სწავლებას საჭიროების შემთხვევაში;</p> <p>რწმუნდება, რომ კომუნიკაცია ექთანსა და დავალების მიმღებ პირს შორის ნათელია;</p> <p>შესაძლებელია ჩაერთოს დავალების შესრულების პროცესში</p>	<p>დოკუმენტაცია:</p> <p>დროულად დასრულებული და სკრუპულოზურად შესრულებული მოვლასთან დაკავშირებული ჩანაწერები, რომელიც ნათელია იმ თანამშრომლებისთვის, რომლებმაც უნდა გადაიბარონ პაციენტი</p>
---	---	---

ნაბიჯი III - მეთვალყურეობა და სუპერვიზია

მეთვალყურეობის და სუპერვიზიის მიზანს წარმოადგენს დავალების შესრულების მონიტორინგი, მისი პროტოკოლთან და პროცედურებთან შესაბამისობის დადასტურება. სუპერვიზიისა და მეთვალყურეობის სიხშირე დამოკიდებულია პაციენტის მდგომარეობასა და დავალების მიმღები პირის გამოცდილებაზე

ექთანი განიხილავს:	ექთანი განსაზღვრავს:	ექთანი პასუხისმგებელია:
<p>პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და სტაბილურობას;</p> <p>მოსალოდნელ რისკებს;</p> <p>გარემოს, სადაც უნდა განხორციელდეს დავალების შესრულება;</p> <p>დავალების შესრულებისთვის საჭირო აღჭურვილობასა და ინფრასტრუქტურას;</p> <p>დავალების სირთულეს;</p>	<p>დავალების შესრულებისას განსახორციელებელ სუპერვიზიას და მეთვალყურეობას, რომელიც დამოკიდებულია:</p> <p>პაციენტის საჭიროებაზე, დავალების სირთულესა და კომპლექსურობაზე, ექთნის ლოკაციაზე</p>	<p>განახორციელოს დავალების შესრულების დროს პრობლემის აღმოცენებისას დროულად განსაზღვროს:</p> <p>პაციენტის სტაბილურობა, მდგომარეობა, საჭიროება.</p> <p>ექთანმა უნდა განსაზღვროს საჭიროა თუ არა დავალების შესრულებისას დამატებითი ასისტირება</p>

ნაბიჯი IV - შეფასება და უკუკავშირი

შეფასება, როგორც წესი, ყველაზე ხშირად გამორჩენილი ნაბიჯია

იმისათვის რომ განსაზღვროს დელეგირების ეფექტურობა, შემდეგ კითხვებზე უნდა გავცეთ პასუხები:

- იყო თუ არა დელეგირება წარმატებული?
 - იყო თუ არა დავალება ან აქტივობა სწორად შესრულებული?
 - დავალების შესრულებისას მიღწეული იყო თუ არა სასურველი გამოსავლები?
 - იყო თუ არა გამოსავალი ოპტიმალური, დამაკმაყოფილებელი ან არადამაკმაყოფილებელი?
 - იყო თუ არა კომუნიკაცია დროული და ეფექტური?
 - რა განხორციელდა კარგად ან რა საჭიროებს გამოსწორებას?
 - რჩება თუ არა რაიმე სხვა საკითხი, რომელიც საჭიროებს განხილვას?
- არსებობს თუ არა რაიმე გზა პაციენტის საჭიროების მისაღწევას?
- საჭიროებს თუ არა მოვლის გეგმა ცვლილებას?
- საჭიროებს თუ არა თანამშრომელი ტრენინგს?
- დავალების შესრულების შემდგომ გაიცა თუ არა ადეკვატური უკუკავშირი?
- იყო თუ არა დავალების მიმღები პირი იმდენად კომპეტენტური, რომ ბოლომდე შეესრულებინა დავალება?

სასწავლო აქტივობა: დელეგირებისას გადანყვეტილების ხის გამოყენება

გამოიყენეთ მეთოდი (სურათი 10-1) და ცხრილი 10-1 და განსაზღვრეთ თქვენი როგორც ლიცენზირებული ექთნის ქმედება დამხმარეზე საქმის დელეგირების დროს:

- ისეთი პაციენტის კვება, რომელსაც ყლაპვასთან დაკავშირებული პრობლემები აქვს;
- მიღებული და გამოყოფილი სითხის გაზომვა;
- მუცლის ღრუზე ქირურგიული ჩარევის შემდეგ პირველი გააქტიურების მცდელობა;
- ტკივილგამაყუჩებლების მიღების შემდეგ პაციენტის ტკივილის დონის შეფასება;
- შარდმიმღების დაცლა;
- ნაზოგასტრალური მილის მდებარეობის შემოწმება;
- ინტრავენური ინფუზიის მონიტორინგი;
- ენტერალური კვების მიწოდება.

ბარიერები ეფექტიანი კომუნიკაციის გზაზე

დელეგირების პროცესი შეიძლება შეიცავდეს ბევრ გამოწვევას, როგორც იმ პირისთვის ვინც ახდენს დელეგირებას, ასევე მათთვისაც ვისზეც ხდება დელეგირება. მრავალმა მიზეზმა შეიძლება შეუშალოს ხელი წარმატებულ დელეგირებას. სამწუხაროდ, არაეფექტიანმა დელეგირებამ შეიძლება დააზიანოს პაციენტის მკურნალობის ხარისხიცა და უსაფრთხოებაც და შეიძლება გამოიწვიოს არასათანადო მკურნალობა ან არსებული მკურნალობის წარუმატებლობა (მაგალითად, პაციენტის გააქტივება და გადაბრუნება, პაციენტის ჰიგიენა, მიღებული და გამოყოფილი სითხის რაოდენობის დოკუმენტირება, პაციენტის სწავლება, განერის გეგმა) (Kalisch, 2006). ლიდერი და მენეჯერი ექთნების სტრატეგია უნდა იყოს იმ ფაქტორების შემცირება, რამაც შეიძლება მიგვიყვანოს არასათანადო დელეგირებამდე (Gravin & Bittner, 2010). პოტენციური ბარიერების აღმოჩენა არის პირველი ნაბიჯი ზემოაღნიშნულ გზაზე (Snyder et al., 2004). ძირითადი ბარიერები შეიძლება დაკავშირებული იყოს დელეგატორთან, დელეგირების მიმღებთან, ლიდერობასთან და მართვასთან. არის პერიოდები როდესაც დელეგირებამ შეიძლება გამოიწვიოს კონფლიქტი დელეგატორსა და დელეგირების მიმღებ პირს შორის. ექთნებსა და დამხმარეებს შორის დელეგირების პროცესის მიმართ მოლოდინების შესასწავლად ჩატარდა კვლევა, რომელმაც აჩვენა რომ როდესაც დელეგირების პროცესში კონფლიქტი აღმოცენდება ხოლმე, ექთნებსა და დამხმარეებს განსხვავებული ხედვები ექმნებათ კონფლიქტის მიზეზთან მიმართებაში (Potter, Deshields and Kuhrik, 2010).

შეისწავლეთ მტკიცებულება

Gravlin G., & Bittner, N., (2010). ექთნების და მათი დამხმარეების მკურნალობის ხარვეზების რეპორტი და დელეგირება. *Journal of Nursing Administration*, 40(7/8), 329-335.

მიზანი

ამ კვლევის მიზანია ლიცენზირებული ექთნებისა და დამხმარეების საექთნო მკურნალობა/ მოვლის ხარვეზების მიმართულებით ანგარიშების გაზომვა და მათი მიზეზების შესწავლა; წარმატებულ დელეგირებასთან დაკავშირებული ფაქტორების იდენტიფიცირება; და ექთან მენეჯერების რეპორტების აღწერა.





მეთოდები

ეს იყო აღწერილობითი კვლევა **MISSCARE Survey 2**-ის გამოყენებით და გამოყენებული იყო კითხვარი დელეგირებაზე. ეს კითხვარი მიწოდებული იქნა **568** ლიცენზირებული ექთნისთვის და **232** დამხმარესთვის. **16** ექთან მენეჯერს მიენოდა განყოფილების მახასიათებლებზე კითხვარი.

ლიცენზირებულ ექთნებსა და დამხმარეებს სთხოვეს დელეგირების წარმატების კუთხით შეეფასებინათ ფაქტორები და ასევე შეეფასებინათ საკუთარი აქტივობა დელეგირების პროცესში (მაგალითად შეფასება, დაგეგმვა, კომუნიკაცია, ზედამხედველობა და აღწერა). ლიცენზირებულ ექთნებს ასევე სთხოვეს პასუხი გაეცათ დელეგირების სწავლებასთან, დელეგირების პროცესის კომფორტულობასთან, ექთან ადმინისტრატორების მორიგეობაზე რაოდენობასთან და მათ თვალში განათლებულ და გამოცდილ დამხმარეთა ღირებულებასთან დაკავშირებული კითხვებისთვის.

დამხმარეებს სთხოვეს აღენიშნათ ის ფაქტორები რომლებიც მნიშვნელოვნად მიაჩნდათ დელეგირების წარმატებულად განხორციელებისთვის და ასევე აღენიშნათ ის სასწავლო კურსები რაც მათ გაიარეს დელეგირებასთან მიმართებაში. ასევე სთხოვეს დაესახელებინათ რამდენი ლიცენზირებული ექთანი ახდენდა მათზე დავალებების დელეგირებას მორიგეობის პერიოდში.

ექთან მენეჯერებს მიეცათ კითხვარი შემდეგი ინფორმაციის შეგროვების მიზნით: განყოფილებაში სანოლების რაოდენობა, მორიგეობისთვის საჭირო უნარ-ჩვევები, მორიგეობაზე დამხმარეზე განპირობებული ექთნების რაოდენობა და დავალების მიმცემი ლიცენზირებული ექთნების რაოდენობა.

მნიშვნელოვანი აღმოჩენები

გამოსაკვლევ ჯგუფში შედიოდა **242** ლიცენზირებული ექთანი (**42,2%**-სგან იქნა პასუხი მიღებული) და **99** დამხმარე (**42,6%**-სგან იქნა პასუხი მიღებული). ექთანი მენეჯერების **100%**-მა შეავსო კითხვარი. შედეგი იყო შემდეგი:

- ლიცენზირებული ექთნების **48,6%** და დამხმარეების **59%** აღნიშნავენ რომ არასდროს არ ჩაუტარებიათ დელეგირებასთან დაკავშირებული ოფიციალური სწავლება;
- ლიცენზირებული ექთნების **82%** თავს კონფორტულად გრძნობდა დელეგირების პროცესში;
- ლიცენზირებული ექთნების **83%** მორიგეობის პერიოდში დელეგირებას ახდენდა ორ დამხმარეზე, მაშინ როდესაც დამხმარეები მიუთითებდნენ დავალების მიმცემ სამ ექთანზე;
- საგანგაშო აღმოჩენა იყო ის რომ დამხმარეთა **65%** მიუთითებდა რომ მორიგეობაზე მათზე მიბარებული იყო **10** პაციენტზე მეტი;
- ლიცენზირებული ექთნები და დამხმარეები მკურნალობის ხარვეზების მიზეზებს მსგავსად ასახელებდნენ. სამ ყველაზე ხშირ მიზეზად დასახელებული იყო: პაციენტების რაოდენობის ან მათი სიმწვავის მოულოდნელი ზრდა; დამხმარეების არასაკმარისი რაოდენობა და მძიმე სამუშაო პროცესი (პაციენტის მიღება და განწერა);
- ორივე, ლიცენზირებული ექთნებიცა და დამხმარეებიც, მკურნალობის ხარვეზების გამომწვევ ძირითადად მიზეზად ასახელებდნენ დაძაბულობასა და კომუნიკაციის ხარვეზებს. ხოლო ლიცენზირებული ექთნების **69%** მიუთითებდა, რომ დავალებების შეუსრულებლობის დროს დამხმარეები არ აწვდიდნენ მათ შესაბამის ინფორმაციას;
- ექთანი მენეჯერების **88%** მიუთითებდა რომ მათ დაქვემდებარებაში მყოფი პერსონალი მათდამი მკურნალობის ხარვეზების რეპორტირებს ანარმოებდა. აქედან **66,7%** თვლიდა რომ მკურნალობა ხშირად ხარვეზებით მიმდინარეობდა





ლიდერი და მენეჯერი ექთნების საქმიანობაზე შესაძლო გავლენა

არაეფექტიანი დელეგირება და მკურნალობაში ხარვეზები პაციენტის უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობის თვალსაზრისით რისკის შემცველია. ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს უნდა მიენოდოთ ინფორმაცია არაეფექტიან კომუნიკაციასა და მკურნალობის ხარვეზების შესახებ. მეტიც, ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა თავად უნდა შეაფასონ სამუშაო გარემო, მკურნალობის მიზნების მეთოდები და გუნდური მუშაობა, რათა დარწმუნდნენ პერსონალს შორის ეფექტიანი კომუნიკაციის არსებობასა და პაციენტისთვის ეფექტიანი და უსაფრთხო მკურნალობის მიზნებში. ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა უნდა განიხილონ დელეგირებასთან და ეფექტიან კომუნიკაციასთან დაკავშირებული სწავლების საჭიროება სამუშაოზე ახლად მიღებული ექთნებისა და დახმარებისთვის.

დელეგირების გამცემთან (დელეგატორი) დაკავშირებული წინააღმდეგობები

ექთნები შეიძლება არ იყვნენ გუნდის წევრები და ამიტომ არ მოახდინონ დელეგირება, მათ შეიძლება უპირატესობა მიანიჭონ მარტო მუშაობას ან სჯეროდეთ რომ სხვებზე უკეთ შეუძლიათ კონკრეტული დავალების შესრულება. დაუცველობის შეგრძნება, გამოცდილების ნაკლებობა და ცუდი ორგანიზაციული უნარ-ჩვევები შესაძლოა იყოს დამატებითი მიზეზი რის გამოც ექთანმა უარი თქვას დელეგირებაზე. ექთანს შესაძლოა ჰქონდეს დელეგირებაზე მსჯელობის შიში (მაგალითად, ის რომ დელეგირება გამოიწვევს უარყოფით გამოსავალს ან პაციენტის უსაფრთხოება კითხვის ქვეშ დადგება) (Snyder et al., 2004). სხვა ექთნებისთვის შესაძლოა პრობლემა იყოს სხვა ექთნების ან დელეგატების მიერ მათ მიმართ გამოთქმული კრიტიკა.

ექთნების მიერ დელეგირებული ამოცანების რაოდენობა შეიძლება ძალიან ბევრი იყოს ან დელეგირება შესაძლოა მოხდეს მხოლოდ შერჩეულ პირებზე. დელეგირების გადაჭარბებით გამოყენება ხდება მაშინ როდესაც გაცემული დავალებები მეტია ვიდრე დელეგატს შეუძლია შეასრულოს დროის კონკრეტულ მონაკვეთში. ზოგიერთი დელეგატის დავალებებით გადატვირთვამ შესაძლოა უსაქმოდ დატოვოს დანარჩენი დელეგატები. ეს შესაძლოა მოხდეს მაშინ, როდესაც ექთნები კარგად ვერ ფლობენ გასაცემი დავალებების არსს, არაორგანიზებულნი არიან ან არ აქვთ დელეგირების გამოცდილება. დელეგირების პროცესის გადაჭარბება ლიდერი და მენეჯერი ექთნების მხრიდან ხდება მაშინ, როდესაც ისინი თავად კარგად არ იცნობენ კონკრეტულ ქმედებებსა და მასთან დაკავშირებულ პასუხისმგებლობებს, ხოლო პერსონალი კი თავს კომფორტულად გრძნობს გაცემულ დავალებებთან მიმართებით.

ამის საპირისპიროდ, ნაკლები დელეგირება არის გარკვეულ ქმედებაზე ავტორიზაციის გაცემის პროცესის ჩავარდნა ან დელეგირების პროცესში ნათელი მითითებების არ გაცემა. ნაკლები დელეგირების გამოწვევი სხვადასხვა მიზეზი არსებობს. ზოგიერთ ექთანს აქვს კონტროლის, უფლებამოსილების ან პატივისცემის დაკარგვის შიში. ზოგიერთ შემთხვევაში ამის მიზეზი არის ექთნის მხრიდან დავალებების შესრულებისას შესაძლო ვარიაციების მიუღებლობა. ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა შესაძლოა ნაკლები დელეგირება მოახდინონ თუკი ისინი თავს ვერ გრძნობენ უსაფრთხოდ ან როდესაც შიშობენ რომ უფრო გამოცდილი პერსონალი განაწყენდება მათზე. მათ ასევე შეიძლება სჯეროდეთ რომ დავალების შესრულება თავად უფრო სწრაფად შეუძლიათ და ამასთან არ უნდათ დელეგატების ახსნა-განმარტებაზე, ზედამხედველობასა და შეფასებაზე დაკარგონ დრო (Duffy & McCoy, 2014; Porter-O'Grady & Malloch, 2013). ნაკლები დელეგირების სხვა მიზეზები შეიძლება იყოს დავალების არასწორად გაცემის შიში და ნორმაზე მეტად სხვებზე დამოკიდებულება (Porter-O'Grady & Malloch, 2013). ახალი ექთნებისთვის დელეგირება ნაკლებად დამახასიათებელია, რადგან ისინი დელეგირების საქმეში არ არიან გამოცდილნი და აქვთ არ მონონების და დელეგირებისას გადანყვეტილებების მიღების პროცესში შეცდომების დაშვების შიში (Duffy & McCoy, 2014).

დელეგირების მიმღებთან (დელეგატი) დაკავშირებული წინააღმდეგობები

დავალებების მიღების თვალსაზრისით დელეგატი შეიძლება მონდომებული და სანდო იყოს. თუმცა ფაქტია, რომ ზოგიერთი დელეგატი მაინც უარს ამბობს მათზე ამოცანების დელეგი-

რებაზე. ამის მიზეზი შეიძლება იყოს თვითდაჯერებულობის ნაკლებობა და წარუმატებლობის შიში. ამასთან დელეგატს შეიძლება დელეგირების ნაკლები გამოცდილება ჰქონდეს, ექთნებმა უნდა გაითვალისწინონ უარის თქმის შესაძლო შემდეგი მიზეზები და ითანამშრომლონ დელეგატებთან (Porter-O'Grady & Malloch, 2013, p. 441) :

- ამოცანის შესრულების ნაკლები სურვილი;
- ამოცანის შესასრულებლად საჭირო უნარის ნაკლებობა ან იმ კომფორტის დეფიციტი რომელიც აუცილებელია დავალების შესასრულებლად;
- სამუშაოთი დატვირთულობის შეგრძნება ან დავალების უსამართლობის შეგრძნება;
- სამუშაოს შესრულების ფიზიკური შეუძლებლობა.

ლიდერობასა და მენეჯმენტთან დაკავშირებული წინააღმდეგობები

ორგანიზაციის ან განყოფილების ლიდერების და მენეჯმენტის მხრიდან ეფექტიანი დელეგირების პროცესის ხელის არ შეწყობამ შეიძლება უარყოფითი გავლენა იქონიოს პაციენტის გამოსავალზე. გზამკვლელების არარსებობა თუ ვის და რისი დელეგირება შეუძლია, შესაძლოა იყოს არაეფექტიანი დელეგირების მიზეზი. ორგანიზაციას უნდა გააჩნდეს დელეგირებასთან დაკავშირებული პოლისები და პროცედურები და განიხილავდეს დელეგირებას როგორც ექთნების უფლებასა და მოვალეობას. პოლისებმა უნდა დაიცვან ექთნები არასწორი დელეგირებისაგან (ANA, 2015b).

სამუშაო მდებარეობისთვის და დამხმარეთათვის შემუშავებული სამუშაო აღწერილობები უნდა მოიცავდეს დელეგირების პროცესსაც და ექთნებს დელეგირებასთან დაკავშირებულ ავტორიზაციას უნდა ანიჭებდეს. ექთნების სამუშაო აღწერილობები უნდა მოიცავდეს ავტორიზაციას, პასუხისმგებლობებსა და მოვალეობებს დელეგირებასთან მიმართებით. დელეგატების სამუშაო აღწერილობები კი უნდა მოიცავდეს იმ დავალებებისა და უნარ-ჩვევების ჩამონათვალს რომელთა მათზე დელეგირებაც შესაძლებელია. ექთნები დელეგატების სამუშაო აღწერილობებსაც უნდა იცნობდნენ. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები ვალდებული არიან მოახდინონ დელეგატების სერტიფიკატებისა და კვალიფიკაციის ვალიდაცია და ეს ინფორმაცია მიაწოდონ პერსონალს.

შეისწავლე მტკიცებულება

Potter, P., Deshields, T., & Kuhrik, M. (2010). ლიცენზირებულ ექთნებსა და ექთნის დამხმარე პერსონალს შორის საქმიანობის დელეგირება. *Journal of Nursing Management*, 18, 157-165.

მიზანი

ამ კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ლიცენზირებული ექთნებისა და დამხმარეების მოლოდინების შესწავლა ონკოლოგიური პაციენტების მკურნალობის პროცესში ამოცანების დელეგირებასთან მიმართებით.

მეთოდები

ამ თვისობრივ კვლევაში გამოყენებულია ნახევრად სტრუქტურირებული ჯგუფური ინტერვიუები ლიცენზირებული ექთნებისა და დამხმარეების ცხოვრებისეული გამოცდილების შესასწავლად. ათი ლიცენზირებული ექთანი და ექვსი დამხმარე იქნა გამოკითხული. მათ სთხოვეს აღწერათ სამუშაო ადგილზე დელეგირების პროცესთან დაკავშირებული საკუთარი გამოცდილებები. მოხდა ინტერვიუების სიტყვა-სიტყვით ჩანერა და თემატური ანალიზის გამოყენება.





საკვანძო აღმოჩენები

თითოეული ჯგუფიდან გამოიკვეთა დელეგირების პროცესთან დაკავშირებული ძირითადი პრობლემები. ლიცენზირებული ექთნების გუნდიდან გამოიკვეთა:

- კონფლიქტი (ასაკი, ფუნქცია, სამუშაო ეტიკა, პერსონალური მახასიათებლები და მართვა);
- კომუნიკაცია;
- ლიცენზირებული ექთნისა და დამხმარების როლი;
- გუნდური მუშაობა.
- დამხმარების მხრიდან აღინიშნა:
- კონფლიქტი (სამუშაო ეტიკა, ფუნქცია და პერსონალური მახასიათებლები);
- კომუნიკაცია;
- გუნდური მუშაობა;
- ინიციატივა;
- ანგარიშგების ვალდებულება;
- პაციენტზე ორიენტირება.

მონაწილეებმა კონფლიქტი წარმოაჩინეს როგორც საკვანძო თემა. ორივე ჯგუფში თვლიდნენ, ლიცენზირებული ექთნის მხრიდან დამხმარებზე აქტივობების დელეგირება ხშირად იწვევდა კონფლიქტებს. თუმცა ამ კონფლიქტის მიზეზს ორივე ჯგუფი განსხვავებულად აღწერდა. ლიცენზირებული ექთნები ხაზს უსვავდნენ დაკისრებული მოვალეობის შესრულებისადმი ზოგიერთი დამხმარის უხალისო დამოკიდებულებას. ხოლო დამხმარეთა ჯგუფში კონფლიქტის მიზეზად მიაჩნდათ გუნდური მუშაობის არარსებობა ექთნებსა და დამხმარეებს შორის.

ლიდერი და მენეჯერი ექთნების საქმიანობაზე შესაძლო გავლენა

ეს კვლევა მნიშვნელოვანია პაციენტის უსაფრთხოების თვალსაზრისით. დელეგირების პროცესის სიციხადე და ხარისხი გავლენას ახდენს პაციენტის გამოსავლებზე. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები ვალდებული არიან უზრუნველყონ ეფექტიანი დელეგირების პროცესი მათ დაქვემდებარებულ განყოფილებებში. მათ უნდა შეიმუშაონ მკაფიო მითითებები დელეგირებასთან მიმართებით და ჩაატარონ პერსონალის სწავლება ეფექტიან კომუნიკაციასა და დელეგირებასთან მიმართებით. ამასთან, ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა უნდა შექმნან ისეთი გარემო, რომელიც უზრუნველყოფს ეფექტიან დელეგირებას და პერსონალს შორის საქმიან ურთიერთობას და რაც თავის მხრივ სავარაუდოდ შეამცირებს გვერდითი მოვლენების და მკურნალობაში ხარვეზების რისკს.

ხელშემწყობი გარემოს ნაკლებობა, პერსონალით ცუდი უზრუნველყოფა, შეცდომებისადმი ნაკლები ტოლერანტობა და დელეგირებისას კომპეტენციების ვალიდაციის პროცესის არარსებობა, შესაძლოა წარმოადგენდეს მთავარ ბარიერს ეფექტიან დელეგირებასთან მიმართებით.

წინააღმდეგობის მსხვერვა

წინააღმდეგობისა და ურთიერთპატივისცემის გარემოს ჩამოყალიბება კრიტიკულია ეფექტიანი დელეგირებისათვის (Bittner & Gravlin, 2009). დელეგირების პროცესის მხარდამჭერი გზამკვლევების, პოლისებისა და პროცედურების შემუშავება მიმართულებას აძლევს ექთნებს და ახალისებს მათ ჩაერთონ დელეგირების პროცესში. ექთნების სამუშაო აღწერილობებში დელეგირების ჩართვა აძლევს ექთნებს ამ მიმართულებით ავტორიზაციას და საზღვრავს მათ პასუხისმგებლობებს. ამასთან, ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს აძლევს საშუალებას ექთნები ანგარიშგება ვალდებულნი გახადონ დელეგირებასთან მიმართებაში. ექთანმა ლიდერებმა და მენეჯერებმა პერიოდულად

უნდა მიანოდონ ინფორმაცია საშუალო მედპერსონალსა და დამხმარეებს დელეგირების პროცესთან დაკავშირებით და იზრუნონ პერსონალში კარგი დელეგირების უნარ-ჩვევების ჩამოყალიბებაზე.

ლიდერი და მენეჯერი ექთნები ორიენტირებულნი უნდა იყვნენ ეფექტიანი კომუნიკაციისა და გუნდური მუშაობისთვის საჭირო გარემოს შექმნაზე. მხარდამჭერი გარემოს შექმნით შესაძლოა მათ ხელი შეუწყონ პაციენტის მკურნალობას და შეამცირონ გვერდითი მოვლენებისა და თითქმის დამდგარი შემთხვევების რისკი (Potter et al., 2010). ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა უნდა შექმნან „ხარისხისა და უსაფრთხოების კულტურა რომელიც უზრუნველყოფს დეტალურ და გულახდილ რეპორტირებს მკურნალობის ხარვეზებთან მიმართებით“ (kalisch, 2006, p. 312). ლიდერი და მენეჯერი ექთნები არიან პასუხისმგებელნი დელეგირების პროცესთან დაკავშირებულ ცუდ სტანდარტებზე. ამიტომ მათ ძირეულად უნდა გამოიკვლიონ ხოლმე არასასურველი შემთხვევა პრობლემის მიზეზის აღმოსაჩენად დელეგირების პროცესის შემდგომი გაუმჯობესების მიზნით.

შეჯამება

დელეგირება ეს არის საექთნო საქმიანობის შემადგენელი კომპლექსური პროცესი, რომელიც ექთნებისგან მოითხოვს ცოდნას, საექთნო განსჯას და პაციენტის მკურნალობაზე პასუხისმგებას. ეფექტიანი დელეგირება როგორც ყველა ექთნისგან, ასევე ლიდერი და მენეჯერი ექთნებისგან, მოითხოვს დელეგირების პრინციპების, მასთან დაკავშირებულ რისკებისა და სარგებლის და საექთნო საქმიანობასთან დაკავშირებული სახელმწიფო რეგულაციების ცოდნას. ეფექტიანი დელეგირება კრიტიკულია უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობისთვის, რადგან სპეციალიზებული ამოცანების უსაფრთხოდ შესრულების საშუალებას აძლევს ექთნებს, რაც თავის მხრივ მოითხოვს საექთნო განსჯასა და პაციენტის მკურნალობის კოორდინაციას. ორგანიზაციებმა მხარი უნდა დაუჭირონ ლიდერი და მენეჯერი ექთნების დელეგირების, კოორდინაციის და ზედამხედველობის საქმეში. მხოლოდ ეფექტიანი ლიდერობა და მენეჯმენტი, გინდა ორგანიზაციულ, გინდა განყოფილების დონეზე უზრუნველყოფს წარმატებულ დელეგირებას.

გამოყენებული ლიტერატურა:

- American Association of Colleges of Nursing. (2008). The essentials of baccalaureate education for professional nursing practice. Washington, DC: Author.
- American Nurses Association. (2012). ANA's principles for delegation by nurses to unlicensed assistive personnel (UAP). Silver Spring, MD: Author.
- American Nurses Association. (2015a). Nursing scope and standards of practice (3rd ed.). Silver Spring, MD: Author.
- American Nurses Association. (2015b). Code of ethics for nurses with interpretive statements. Silver Spring, MD: Author.
- American Nurses Association and the National Council of State Boards of Nursing. (2006). Joint statement on delegation. Retrieved from www.ncsbn.org/Delegation_joint_statement_NCSBN-ANA.pdf
- Anderson, P. S., Twibell, R. S., & Siela, D. (2006). Delegating without doubts. *American Nurse Today*, November, 54–57.
- Anthony, M. K., & Vidal, K. (2010). Mindful communication: A novel approach to improving delegation and increasing patient safety. *Online Journal of Issues in Nursing*, 15(2), 2.
- Bittner, N. P., & Gravlin, G. (2009). Critical thinking, delegation, and missed care in nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 39(3), 142–146.
- Duffy, M., & McCoy, S. F. (2014). *Delegation and you: When to delegate and to whom*. Silver Spring, MD: American Nurses Association.
- Gravlin, G., & Bittner, N. P. (2010). Nurses' and nursing assistants' reports of missed care and delegation. *Journal of Nursing Administration*, 40(7/8), 329–335.
- International Council of Nurses. (2008). Assistive nursing personnel [position statement]. Retrieved from www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/B01_Assistive_Support_Nsg_Personnel.pdf
- International Council of Nurses. (2012). The ICN code of ethics for nurses. Retrieved from www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf
- Kalisch, B. J. (2006). Missed nursing care: A qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(4), 306–311. National Council State Boards of Nursing. (1995). Delegation concepts and decision-making process [National Council position paper]. Retrieved from www.state.ia.us/nursing/images/pdf/delegation1.pdf
- National Council of State Boards of Nursing. (1997). Report of the unlicensed assistive personnel (UAP) task force. Retrieved from www.ncsbn.org/1997_part6.pdf
- National Council of State Boards of Nursing. (2005). Working with others: A position paper. Retrieved from www.ncsbn.org/Working_with_Others.pdf
- National Council of State Boards of Nursing. (n.d.). National Council of State Boards of Nursing (NCSBN) decision tree for delegation to nursing assistive personnel. Retrieved from https://www.ncsbn.org/Delegation_joint_statement_NCSBN-ANA.pdf
- Nightingale, F. (1860 [reprinted 1969]). *Notes on nursing: What it is and what it is not*. New York: Dover Publications.
- Porter-O'Grady, T., & Malloch, K. (2013). *Leadership in nursing practice: Changing the landscape of health care*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Potter, P., Deshields, T., & Kuhrik, M. (2010). Delegation practices between registered nurses and nursing assistive personnel. *Journal of Nursing Management*, 18, 157–165.

- Royal College of Nursing. (2015). Accountability and delegation. Retrieved from www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0003/381720/003942.pdf
- Snyder, D. A., Medina, J., Bell, L., & Wavra, T. A. (Eds.). (2004). AACN delegation handbook (2nd ed.) Retrieved from www.aacn.org/wd/practice/docs/aacndelegationhandbook.pdf
- Weydt, A. (2010). Developing delegation skills. *Online Journal of Issues in Nursing*, 15(2), 1.

ჯანსაღი სამუშაო გარემოს შექმნა და შენარჩუნება

ამ თავში თქვენ შეისწავლით:

- ჯანსაღი საექთნო სამუშაო გარემოს შემადგენელ ელემენტებს;
- განსაზღვრას, თუ როგორ შეუძლიათ ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს შექმნან და შეინარჩუნონ ჯანმრთელი სამუშაო გარემო;
- აღწერას თუ როგორ გავლენას ახდენს პაციენტისა და ექთნის უსაფრთხოებაზე პაციენტის უსაფრთხო გადაბარებისა და გადაყვანის ეფექტიანი ტექნიკა;
- ექთნის დაღლილობასა და პაციენტის უსაფრთხოებას შორის კავშირის დადგენას;
- სამუშაო ადგილზე ძალადობის ტიპების აღწერას.

ჯანდაცვაში არსებულმა სამუშაო გარემომ შეიძლება გავლენა იქონიოს არამარტო ექთნების საერთო ხედვებზე, ასევე მათ უსაფრთხოებასა და პაციენტისთვის უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობის მიწოდებაზე. არაჯანსაღი სამუშაო გარემო ქმნის სტრესულ სიტუაციებს და შეიძლება გახდეს გვერდითი მოვლენების გამომწვევი მიზეზი. არაჯანსაღ სამუშაო გარემოში, როგორც წესი, აღინიშნება კეთილშობილების, პატივისცემისა და ზრდილობის ნაკლებობა; თავის მხრივ, მსგავს გარემოში, ადამიანებს შორის არაეფექტიანი ურთიერთობები და სამუშაო ადგილზე ძალადობა მისაღები ხდება ხოლმე. ამის საპირისპიროდ, ჯანმრთელ სამუშაო გარემო განაპირობებს სამუშაოთი კმაყოფილებას, პერსონალის ადგილზე შენარჩუნებას, ეფექტიან ორგანიზაციულ საქმიანობას და პაციენტის გაუმჯობესებულ გამოსავლებს (Sherman & Pross, 2010). ამასთან, ჯანსაღი სამუშაო გარემო არის ღირებულებით პრინციპებზე დამყარებული საქმიანობის, სასიამოვნო სამუშაო გარემოსა და პაციენტის უსაფრთხოების განმსაზღვრელი მნიშვნელოვანი ფაქტორი (Lucian Leape Institute, 2013). ჯანსაღი სამუშაო გარემო ასევე აადვილებს ექთნების სამუშაოზე აყვანას, ადგილზე მათ შენარჩუნებას და ხელს უწყობს ორგანიზაციის ფინანსურ სტაბილურობას.

ლიდერი და მენეჯერი ექთნები პასუხისმგებელი და ვალდებული არიან შექმნან უსაფრთხო და პერსონალის მხარდამჭერი გარემო. თუმცა, ამ საქმეში ისინი ეჯახებიან არაორდინარულ გამოწვევებს ლიცენზირებულ ექთნებზე გაზრდილი მოთხოვნის და მიწოდების დეფიციტის, ანაზღაურების შემცირებისა და შეზღუდული რესურსების გამო (Schwarz & Bolton, 2012). ჯანსაღი სამუშაო გარემოს ეფექტიანად ჩამოყალიბებისა და შენარჩუნებისთვის, ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს „უნდა ჰქონდეთ კომუნიკაციის კარგი უნარი, იყვნენ გუნდური მოთამაშეები, ახდენდნენ პოზიტიურ ცვლილებებს, ორიენტირდნენ შედეგებზე და სხვებისთვის იყვნენ თანამშროლობის პრინციპებზე დაფუძნებული საქმიანობის მაგალითი“ (American Association of Critical-Care Nurses, 2014, p. 19). ეს თავი აღწერს ჯანსაღი გარემოს შესაქმნელად აუცილებელ ელემენტებს, წარმოაჩენს ყველაზე ხშირ გამოწვევებს და აჩვენებს პრობლემების გადაჭრის რეალისტურ სტრატეგიებს მენეჯერი და ლიდერი ექთნებისთვის.

ჯანსაღი სამუშაო გარემოს შექმნის გზამკვლევი

წლების განმავლობაში საექთნო ორგანიზაციები მუშაობდნენ ჯანსაღი გარემოს განმსაზღვრელი ელემენტებისა და კომპეტენციების განსაზღვრაზე. ჯანსაღი სამუშაო გარემო „ეს არის უსაფრთხო, უფლებამოსილების მიმნიჭებელი და კმაყოფილების გამომწვევი გარემო, სადაც არ არსებობს ფიზიკური და ემოციური ჯანმრთელობისთვის საფრთხეები და სადაც უზრუნველყოფილია ფიზიკური, მენტალური და სოციალური კეთილდღეობა, რაც აუცილებელია ოპტიმალური ჯანმრთელობისა და უსაფრთხოებისთვის (American Nurses Association – ANA, 2016a). ჯანმრთელი სამუშაო გარემო ქმნის საუკეთესო საექთნო პრაქტიკისთვის შესაფერის პი-

რობებს და ფიზიოლოგიური და ფსიქოლოგიური უსაფრთხოების კულტურას; ექთნებში ინვესტს სამუშაოთი კმაყოფილებას, იმის აღქმას რომ ისინი ღირებულნი და საჭირონი არიან სამუშაო ადგილზე. ANA-მ შეიმუშავა რიგი ინიციატივები, პოზიტიური დებულებები და ბროშურები, რომელიც განსაზღვრავს ჯანსაღ სამუშაო გარემოს (მაგალითად, პაციენტების უსაფრთხო გადაბარება და მობილობა), ასევე მსგავსი გარემოს შექმნისთვის ხელშემშლელი ფაქტორები (მაგალითად ბულინგი, სამუშაო ადგილზე ძალადობა და ექთნების დაღლილობა). 2001 წელს, ANA-მ შეიმუშავა დებულება ექთნების უფლებების შესახებ (Nurses' Bill of Rights), რათა დახმარებოდა ექთნებს მათთვის სასურველი სამუშაო გარემოს შექმნაში პაციენტებისთვის უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობის მიწოდების მიზნით (Wiseman, 2001). The ANA (2016b) Bill of Rights საზღვრავს აშშ-ში ექთნების პროფესიული საქმიანობის უზრუნველყოფისთვის აუცილებელ შვიდ ძირითად მოლოდინს სამუშაო გარემოსთან მიმართებაში (ცხრილი 11-1). ამ დოკუმენტის შესაბამისად, ექთნებს აქვთ უფლება იმუშაონ პროფესიული სტანდარტებისა და ეთიკური პრინციპების შესაბამისად, თავისუფლად გაუწიონ ადვოკატირება, როგორც პაციენტებს ასევე საკუთარ თავს და იმუშაონ უსაფრთხო გარემოში (ANA, 2016b). Bill of Rights ეს არის პროფესიული უფლებების განმსაზღვრელი და არა იურიდიული დოკუმენტი, მას შეუძლია დაეხმაროს ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს ორგანიზაციული პოლისების შემუშავებასა და პერსონალისთვის ჯანმრთელი სამუშაო გარემოს ადვოკატირებაში.

ცხრილი 11.1 ექნების უფლებების დეკლარაცია¹

ექთნების გაზრდილი ჩართულობა, საზოგადოების კეთილდღეობის უზრუნველყოფის საქმეში, მოითხოვს ექთნების ღირსებისა და ავტონომიურობის დაცვას მათ სამუშაო ადგილზე. საჭიროა შემდეგ უფლებებზე აქცენტის გაკეთება:

1. ექთნებს აქვთ უფლება იმუშაონ ისეთი დამოკიდებულებებით, რაც აუცილებელია მათი მოვალეობების შესასრულებლად. ეს მნიშვნელოვანია არამარტო მათთვის, ვინც ამ მოვალეობას ასრულებს, არამედ მათთვისაც ვინც მიწოდებულ სერვისებს ღებულობს;
2. ექთნებს აქვთ უფლება იმუშაონ ისეთ გარემოში, რაც მისცემს მათ საშუალებას იმოქმედონ პროფესიული სტანდარტების შესაბამისად და კანონმდებლობით განსაზღვრული კომპეტენციების ფარგლებში;
3. ექთნებს აქვთ უფლება იმუშაონ ისეთ გარემოში, რაც მხარს უჭერს და უზრუნველყოფს ეთიკური პრინციპებით საქმიანობას (აშშ-ში ეს პრინციპები ისაზღვრება Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements-ით);
4. ექთნებს აქვთ უფლება იყვნენ საკუთარი თავისა და პაციენტის ადვოკატები ღიად და თავისუფლად, ანგარიშნორების შიშის გარეშე;
5. ექთნებს აქვთ უფლება მიიღონ ხელფასი და სამუშაო კომპენსაცია მათი ცოდნის, გამოცდილებისა და პროფესიული პასუხისმგებლობების შესაბამისად;
6. ექთნებს აქვთ უფლება იმუშაონ ისეთ გარემოში, რომელიც უსაფრთხოა მათთვისაც და მათი პაციენტებისთვისაც;
7. ექთნებს აქვთ უფლება იმსჯელონ მათ დაქვემდებარებაში მყოფი პერსონალის მდგომარეობაზე ნებისმიერ სიტუაციაში, ეს ეხება როგორც ინდივიდებს ასევე მთლიანად პერსონალს.

2002 წელს, American Association of Colleges of Nursing (AACN)-მ განსაზღვრა სამუშაო გარემოს ის რვა ნიშანი, რაც ექთნების პროფესიული საქმიანობის ხელშემწყობია. AACN (2016) ამ ნიშნებს განსაზღვრავს როგორც „საქმიანობის პირობების მახასიათებლებს, რომელიც ყველაზე მეტად ხელს უწყობს საექთნო პროფესიულ საქმიანობას და საშუალებას აძლევს უკვე ლიცენზირებულ და ჯერ კიდევ არალიცენზირებულ ექთნებს მაქსიმალურად გამოავლინონ საკუთარი

¹ From American Nurses Association (2016b), with permission

პოტენციალი“. აღნიშნული ნიშნები შეეხება ყველა პირობაში მომუშავე ყველა ტიპის ექთანს და ეს ნიშნები შეიძლება განისაზღვროს შემდეგნაირად (2016):

1. კლინიკური მკურნალობის იმ ფილოსოფიის გამოვლენა, რომელიც ხაზს უსვამს ხარისხს, უსაფრთხოებას, ინტერდისციპლინურ თანამშრომლობას, მკურნალობის უწყვეტობას და პროფესიულ ანგარიშგება-ვალდებულებას;
2. ცნობს ექთნების როლს კლინიკური მკურნალობის ხარისხსა და პაციენტების გამოსავლების ექსპერტიზის კუთხით;
3. ხელს უწყობს აღმასრულებელ დონეზე საექთნო ლიდერობას;
4. ახალისებს კლინიკური გადანყვეტილებების მიღებისა და კლინიკური საქმიანობისთვის სისტემის ჩამოყალიბებაში ექთნების მონაწილეობას;
5. უზრუნველყოფს კლინიკური წინსვლის პროგრამებს განათლებაზე, სერთიფიცირებაზე და უფრო ეფექტიან მოსამზადებელ პროგრამებზე დაყრდნობით;
6. მხარს უჭერს ექთნების პროფესიული განვითარებას;
7. ქმნის თანამშრომლობით ურთიერთობებს ჯანდაცვის გუნდის წევრებს შორის;
8. იყენებს ტექნოლოგიურ ინოვაციებს კლინიკურ საქმიანობასა და ინფორმაციულ სისტემებში.

ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს ყველანაირ სამუშაო გარემოში შეუძლიათ მოიძიონ ის ნიშნები, რაც სასარგებლო იქნება მათთვის. ეს ელემენტები მნიშვნელოვანია ისეთი სამუშაო გარემოს ჩამოსაყალიბებლად რაც აფასებს ექთნებს მათი ცოდნისა და უნარ-ჩვევების შესაბამისად და ხელს უწყობს სამუშაო ადგილზე მათ შენარჩუნებას (AACN, 2016).

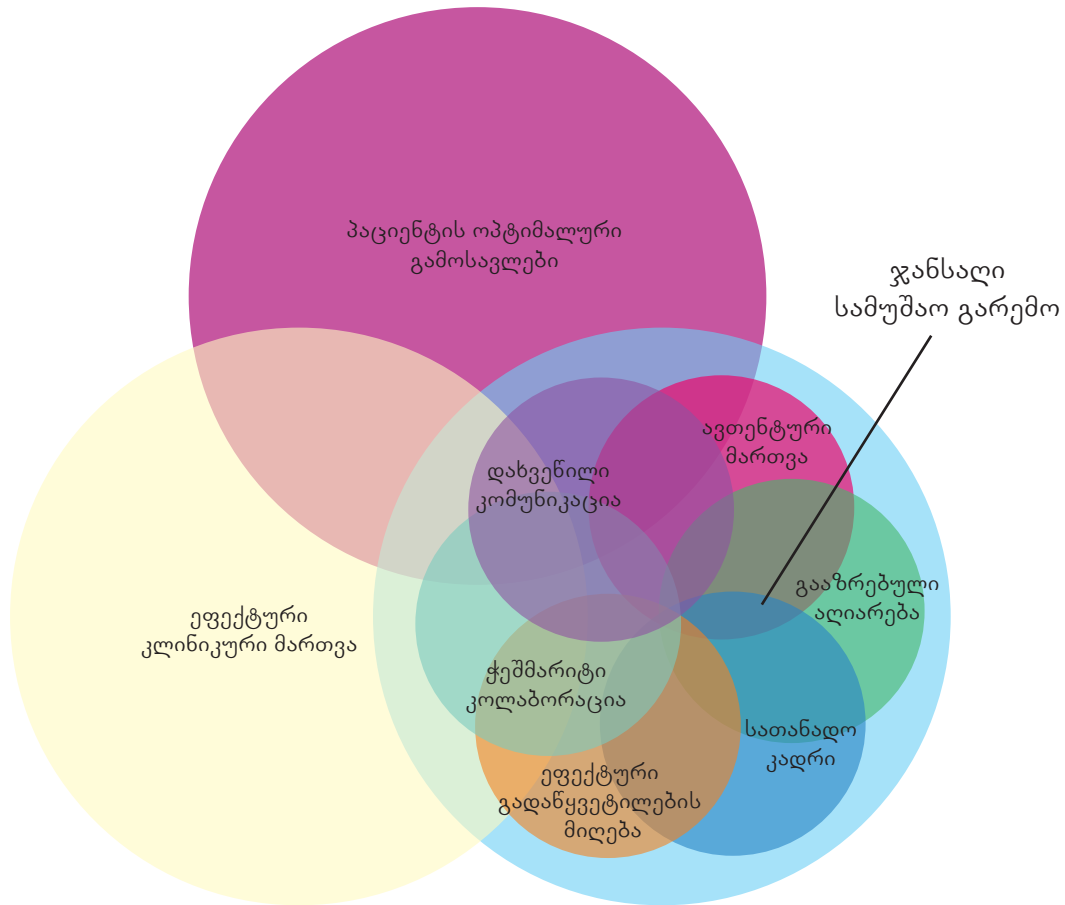
2005 წელს American Association of Critical-Care Nurse-მა შეიმუშავა ჯანმრთელი სამუშაო გარემოს ჩამოყალიბებისა და შენარჩუნების სტანდარტები (Standards for Establishing and Sustaining Healthy Work Environments) პაციენტების მკურნალობის საქმეში საუკეთესო პრაქტიკის ხელშეწყობის მიზნით. ორგანიზაციამ განსაზღვრა უსაფრთხო სამუშაო გარემოსთვის აუცილებელი ექვსი აუცილებელი სტანდარტი (American Association of Critical-Care Nurses, 2016, p. 10):

1. კომუნიკაციის კარგად განვითარებული უნარ-ჩვევები: ექთნები საკომუნიკაციო უნარ-ჩვევების ისეთივე კარგი მცოდნენი უნდა იყვნენ, როგორც კლინიკური უნარ-ჩვევების;
2. ჭეშმარიტი თანამშრომლობა: ექთნებმა უკომპრომისოდ უნდა მისდიონ და ხელი შეუწყონ ჭეშმარიტ თანამშრომლობას;
3. ეფექტიანი გადანყვეტილებების მიღება: ექთნებმა პატივი უნდა სცენ და დააფასონ პარტნიორები პოლისების შემუშავების, კლინიკური მკურნალობის მიწოდებისა და შეფასების, და ორგანიზაციის ოპერატიული აქტივობების წარმართვის საქმეში;
4. პერსონალის შესაბამისად დაკომპლექტება: პერსონალით დაკომპლექტება შესაბამისობაში უნდა იყოს პაციენტების მოთხოვნებსა და ექთნების კომპეტენციებთან;
5. საჭიროების აღიარება: ექთნების ღირებულება უნდა იქნას აღიარებული ორგანიზაციის საერთო საქმეში წვლილის შეტანის თვალსაზრისით და მათაც უნდა აღიარონ სხვების წვლილი;
6. ავთენტური ხელმძღვანელობა: ლიდერმა ექთნებმა სრულად უნდა გააცნობიერონ ჯანმრთელი სამუშაო გარემოს არსი, ავთენტურად იმუშაონ ამ გარემოში და სხვებიც წახალისონ საკუთარი მიზნების მიღწევაში.

ეს სტანდარტები იძლევა „ჯანსაღი სამუშაო გარემოს შექმნისათვის აუცილებელ მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ ჩარჩო დოკუმენტს, რაც ახალისებს ექთნებსა და მათ კოლეგებს საკუთარი პოტენციალის გამოვლენის თვალსაზრისით, პაციენტების ოპტიმალური გამოსავლების უზრუნველყოფისა და პროფესიული თვითრეალიზაციის მიზნით“ (p. 1). სტანდარტები ურთიერთდამოკიდებულია (სურათი 11-1) და მათი დანერგვისთვის სრული ორგანიზაციული თანხმობაა საჭირო. ფაქტია, რომ ყველა ექთანს აქვს ეთიკური ვალდებულებები დაამკვიდროს და შეინარჩუნოს ისეთი სამუშაო გარემო, რაც უზრუნველყოფს უსაფრთხო, ხარისხიან საექთნო მკურნალობა/მოვლას (ANA, 2015a). ექთნები ქმნიან ისეთ სამუშაო გარემოს, რაც მოითხოვს „კოლე-

გებს შორის პატივისცემით დამოკიდებულებას, ორმხრივ მხარდაჭერას და რთული საკითხების ლიად წარმოჩენას“ (ANA, 2015a, p. 24). მეტიც, ექთნებმა აქტიურად უნდა მიიღონ მონაწილეობა ხარისხიანი ჯანდაცვის უზრუნველყოფის საქმეში, ჯანდაცვის გარემოსა და დასაქმების შესაბამისი სისტემის შექმნა-შენარჩუნებაში. ყველაფერთან ერთად უნდა იმოქმედონ პროფესიული ღირებულებების შესაბამისად.

სურათი 11-1 ეფექტური სამუშაო გარემოს ურთიერთდამოკიდებული ასპექტები



The American Organization of Nurse Executives (AONE)-მა გადაუდებელი ექთნების ასოციაციასთან ერთად (Emergency Nurses Association) 2014 წელს ჩამოაყალიბა სამუშაო ადგილზე ძალადობის შესამცირებელი პრინციპების ჩამონათვალი. ამ აქტივობის მიზანი იყო სამუშაო ადგილზე ძალადობის შესამცირებლად შექმნილიყო გზამკვლევი ლიდერი და მენეჯერი ექთნებისთვის. The AONE-ს სახელმძღვანელო პრინციპები: სამუშაო ადგილზე ძალადობის შემცირება (Guiding Principles: Mitigating Violence in the Workplace (2014)) იძლევა რვა ძირითად პრინციპს გვერდითი ძალადობისა და პაციენტსა და მის ოჯახზე ძალადობის შემცირების მიზნით:

1. ალიარებულია, რომ მსგავსი ძალადობა შეიძლება ხდებოდეს და ხდება კიდევ ნებისმიერ ადგილას;
2. ჯანსაღი სამუშაო გარემო იძლევა პაციენტის დადებით გამოსავლებს;
3. ძალადობის ყველა ასპექტი (პაციენტი, ოჯახი, გვერდითი ასპექტები) უნდა იქნას მხედველობაში მიღებული;
4. მულტიდისციპლინური გუნდი, სადაც ჩართულია პაციენტიცა და მისი ოჯახიც, სამუშაო ადგილზე ძალადობასთან ბრძოლის საუკეთესო საშუალებაა;
5. ორგანიზაციაში ყველა ვალდებულია ჩაერთოს ქცევითი სტანდარტების შემუშავებაში, მიუხედავად მათი სპეციალიზაციისა და სამუშაო პოზიციისა;
6. ყველა ის ფაქტორი, რასაც ჯანდაცვის გუნდი მიიჩნევს სამუშაო ადგილზე ძალადობის გამომწვევ მიზეზად, დეტალურ შესწავლას საჭიროებს;

7. ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებთან ექთნების დამოკიდებულება, ერთგულება და თანამშრომლობა განსაზღვრავს კულტურულ ცვლილებებს;
8. სამუშაო ადგილზე ძალადობაზე ყურადღების გამახვილება ზრდის საექთნო პრაქტიკისა და პაციენტის მკურნალობის ეფექტიანობას.

ჯანდაცვის გარემოს უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული საკითხები

ჯანსაღი სამუშაო გარემოს აუცილებელი კომპონენტი სამუშაო ადგილის უსაფრთხოებაა, რაც Lucian Leape Institute (2013)-ის მიერ ისაზღვრება როგორც „სამუშაო ადგილი თავისუფალი ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ზიანის გამომწვევი ნებისმიერი სახის რისკისგან“ (p. 1). სხვა პროფესიებთან შედარებით, ჯანდაცვის სისტემის თანამშრომლებს სამუშაოსთან ასოცირებული ზიანისა და ავადობის მაღალი მაჩვენებელი აქვთ (The Joint Commission – TJC, 2012). ფიზიოლოგიური ზიანის სიჭარბე ჯანდაცვაში კიდევ უფრო მეტად გამოიხატა ბოლო პერიოდში და მისი ისეთი გამოვლინება, როგორიცაა მკურნალობის დროს ძალადობა, ბუღინგი და უპატივცემულობა ჩვეული მოვლენა გახდა (Lucian Leape Institute, 2013). 2011-ში ANA-ის მიერ ჩატარებული გამოკითხვით (რომელმაც მოიცვა 4616 ლიცენზირებულ ექთანი მათი ჯანმრთელობასა და უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული პრობლემების მიუხედავად), აღმოჩნდა რომ უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული ექთნების ძირითადი ნუხილი დაკავშირებულია ძვალ-კუნთოვანი სისტემის დაზიანებასთან და სტრესისა და გადატვირთვის ქრონიკული ეფექტების გამოვლინებასთან (L.C. Williams & Associates Research Group, 2011).

ჯანდაცვის სისტემაში ჭარბადაა პაციენტის უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული პროგრამები, ხოლო ექთნების უსაფრთხოებაზე ორიენტირებული აქტივობები ნაკლებად მოიაზრება. ამ საკითხებზე ორიენტირება როგორ ჩანს ადვილი არ არის: „ჯანდაცვის ორგანიზაციებში სამუშაო უსაფრთხოების განხილვა და მართვა, როგორც წესი, ცალკე ხდება, პაციენტის უსაფრთხოებისგან დამოუკიდებლად“ (Lucian Leape Institute, 2013, p. 11). თუმცა, აღსანიშნავია, რომ პაციენტისა და ექთნების უსაფრთხოება ურთიერთდაკავშირებული თემებია. სისტემური მიდგომა, რომელიც პაციენტის უსაფრთხოების ინიციატივებში სამუშაო ადგილის უსაფრთხოების ინტეგრირებას გულისხმობს, ხელს უწყობს ჯანსაღი სამუშაო გარემოს ჩამოყალიბებას. ჯანდაცვის გარემოში ისეთი სიტუაციების არსებობა, რაც არღვევს ექთნების ფიზიოლოგიურ და ფსიქოლოგიურ მთლიანობას, ზიანს აყენებს პაციენტის უსაფრთხოებასაც. ლიდერი და მენეჯერი ექთნების პასუხისმგებლობაა უზრუნველყოფნ უსაფრთხო სამუშაო გარემო და ორიენტაცია აიღონ ამ მიმართულებით არსებული პრობლემების გადაჭრაზე. ეს პრობლემები ყველაზე ხშირად უკავშირდება პაციენტის გადაბარებასა და მობილურობას, ექთნების გადაღლასა და სამუშაო ადგილზე ძალადობას. სააკრედიტაციო ორგანოები და Magnet-ის მხრიდან აღიარების პროგრამები მოიცავს სტანდარტებს, რომელიც შეეხება ზემოთ განხილულ საკითხებს პაციენტის უსაფრთხოებასა და ექთნების გამოსავალზე შესაძლო ზეგავლენიდან გამომდინარე.

პაციენტების უსაფრთხო გადაბარება და მობილობა

ექთნებს აღენიშნებათ ძვალ-კუნთოვანი დაზიანებების რისკი ხანგრძლივად ფეხზე დგომისა და აპარატურის გადაადგილების გამო. 2011 წელს ANA-ის მიერ ჩატარებული გამოკითხვით, ექთნების 62%-ის ძირითადი ნუხილი უკავშირდებოდა ძვალ-კუნთოვან დარღვევებს, 56% აფიქსირებდა ძვალ-კუნთოვანი ხასიათის ტკივილს და 80%, მიუხედავად ამ ტკივილისა, მაინც აგრძელებდა მუშაობას (ANA, 2013). ძვალ-კუნთოვანი დარღვევების ძირითადი მიზეზებია: პაციენტების აწევა, გადაყვანა და მათი პოზიციის ცვლილება (ANA, 2013). პაციენტების ყოველდღიური გადაყვანითა და გადაადგილებით ექთნები იზიანებენ, როგორც საკუთარ ფიზიკურ ჯანმრთელობას, ასევე რისკს უქმნიან თვითონ პაციენტების ჯანმრთელობასა და კარგად ყოფნასაც (Ogg, 2011). ექთან ექსპერტები ამტკიცებენ „არცერთ პროცედურაში ისე არ იყენებენ ექთნები საკუთარ სხეულსა და ძალას, როგორც პაციენტების უსაფრთხოდ აწევისას“ (Fitzpatrick, 2014, p. 1). ამასთან ისინი ამტკიცებენ, რომ „სხეულის მექანიზმების სწავლების ძველი პრინციპები ამჟამად უკვე გამოუსადეგარი“ და ამიტომ ექთნებმაც და მათმა ლიდერებმა/მენეჯერებმა უნდა შეცვალონ პაციენტების გადაადგილების, გადაყვანის და რეპოზიციის ტექნიკა.

შეისწავლე მტკიცებულება

L.C. Williams & Associates Research Group (2011). American Nurses Association 2011 ჯანმრთელობისა და უსართხოების შესახებ კვლევა: სამუშაო ადგილზე ლიცენზირებული ექთნების დაზიანება. retrieved from <http://nursingworld.org/FunctionalmenuCategories/mediaResources/MediaBackgrounders/The-Nurse-work-environment-2011-Health-Safety-Survey.pdf>

მიზანი

ANA-მ გამოიკითხა 4614 ექთანი 2011 წელს ექთნების მიერ სამუშაო ადგილზე მიღებული ზიანის შესასწავლად და მიღებული შედეგების წინა კვლევასთან შედარების მიზნით (კვლევა ჩატარებული 2001 წელს).

მეთოდები

მონაცემები შეგროვდა ვებ-გვერდზე დაფუძნებული გამოკითხვით.

საკვანძო საკითხები

ექთნების მხრიდან აღნიშნული ძირითადი წუხილი შემდეგია:

წუხილი	2001	2011
სტრესისა და დატვირთვის ეფექტი	70%	74%
ძვალ-კუნთოვანი დაზიანებები	59%	62%
ინფექციური დაავადებების განვითარება	37%	43%
ბოლო 12 თვეში სიტყვიერი შეურაცხყოფა ან მისი საშიშროება	57%	52%

ლიდერი და მენეჯერი ექთნების საქმიანობაზე შესაძლო გავლენა

ამ კვლევის შედეგები შეიძლება დაეხმაროს ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს, რადგან სწორედ მათ მოვალეობას წარმოადგენს სამუშაო გარემოს უსაფრთხოებისა და ჯანმრთელობის შეფასება. მნიშვნელოვანია, კვლევის შედეგები სასარგებლო იყოს ჯანსაღი სამუშაო გარემოს ჩამოყალიბებისა და შენარჩუნებისათვის.

პაციენტების არასათანადოდ და/ან უხერხულად გატარებას ან გადაადგილებას მნიშვნელოვანი კლინიკური შედეგები შეიძლება მოჰყვეს და ამან შეიძლება უარყოფითი გავლენა იქონიოს მკურნალობის ხარისხზე, პაციენტის უსაფრთხოებასა და მის კომფორტზე. პაციენტების აწევისა და გადაადგილების ორი ძირითადი ტექნიკა არსებობს: ორი ადამიანის მიერ აწევა და ე.წ. **hook-and-toss** მეთოდით გადაადგილება (TJC, 2012). აწევის სწორი ტექნიკის დანერგვა და ამ მიმართულებით სწავლების ჩატარება ერთ-ერთი სწორი მიდგომა აღმოჩნდა აშშ-ში დაზიანებების მინიმუმამდე დასაყვანად ან სრულად თავიდან ასაცილებლად. მიუხედავად იმისა, რომ ეს მიდგომა სტაბილურად ვერ ამცირებს ზიანს (Krill, Raven & Staffileno, 2012), ექთნები მას მაინც ანიჭებენ პრიორიტეტს (ABA, 2013; TJC, 2012). პაციენტების ხელით გადაადგილების დროს, მხოლოდ საკუთარი სხეულის ტექნიკის გამოყენებით, სხეულზე დიდი დატვირთვის ან არაკომფორტული პოზიციის თავიდან აცილება, უბრალოდ არაეფექტიანია. როგორც წესი, ხელით აწევა იწვევს ხერხემლის მიკრო დაზიანებებს, რაც იმ მომენტში ექთნებისთვის შეუმჩნეველი რჩება, თუმცა მათი კუმულაცია შესაძლოა სერიოზული ზიანის გამომწვევი გახდეს (ANA, 2013).

ზიანის რისკის შესამცირებელ გზაზე ბევრი წინააღმდეგობა არსებობს. პირველი რასაც ექთნები ამ მიმართულებით აღნიშნავენ არის „არ-ანო“ პოლისის არარსებობა, ანევისთვის საჭირო აპარატურის ნაკლებობა და პაციენტების პალატაში არასაკმარისი სივრცის არსებობა. აპარატურის ნაკლებობა, არასაკმარისი პერსონალი და გარემოს არასაკმარისი არქიტექტურული დიზაინი არის ის მოდიფიცირებადი ფაქტორები, რომელთა გამოსწორებითაც შესაძლებელია სამკურნალო გარემოს გაუმჯობესება და პაციენტის უსაფრთხო გადაადგილების უზრუნველყოფა (Krill, Staffileno & Raven, 2012).

როგორც წესი, ექთნები ზიანს რომელიც მიადგათ არ ატყობინებენ ხელმძღვანელობას, რადგან მათ სწამთ, რომ დაზიანება მათი პროფესიის თანმდევი ფაქტორია (მაგ., ბევრ ექთანს მიაჩნია, რომ ზურგის ტკივილი ჩვეული ამბავია მათთვის) და ამიტომ შეტყობინებაც აზრს მოკლებულია (Callison & Nussbaum, 2012).

ამ მიმართულებით ცვლილებების განსახორციელებლად, ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა უნდა დანერგონ უსაფრთხო პაციენტების გადაადგილებისა და მობილობის პროგრამა და შეიმუშაონ პოლისები ექთნებისა და პაციენტის დაზიანების თავიდან ასაცილებლად. მათ ასევე უნდა გაიუმჯობესონ შესაბამისი ცოდნა, უნარ-ჩვევები და მიდგომები, რათა შექმნან საუკეთესო სამუშაო გარემო და შეამცირონ პერსონალისა და პაციენტის ზიანის რისკი.

ამ მიმართულებით ინფორმაციის ძალიან კარგი წყაროა ANA-ის მიერ 2013 წელს შემუშავებული ინტერპროფესიული ნაციონალური სტანდარტები. პაციენტის უსაფრთხო გადაადგილებისა და მობილობის პროგრამა ხაზს უსვავს პერსონალის, ლიდერი და მენეჯერი ექთნების როლს და მოიცავს შემდეგს:

- უსაფრთხოების კულტურა;
- ორგანიზაციაში პაციენტის უსაფრთხო გადაადგილებისა და მობილობის პროგრამის არსებობას
- აღნიშნულ პროგრამაში ტექნოლოგიების გათვალისწინება;
- სწავლების, განათლებისა და კომპეტენციების გაუმჯობესების ეფექტიანი სისტემის არსებობა;
- პაციენტზე ორიენტირებულობის შეფასება და მკურნალობის გეგმის ადაპტაცია პაციენტის ინდივიდუალური საჭიროებების გათვალისწინებით;
- დაზიანების შემთხვევაში პერსონალის მართვისა და დაზიანების შემდეგ სამუშაოზე დაბრუნების მექანიზმების შემუშავება;
- პაციენტების უსაფრთხო გადაადგილებისა და მობილობის პროგრამასთან მიმართებით სისტემის სრულყოფილი შეფასება.

პაციენტთა უსაფრთხო გადაადგილებისა და მობილობის პროგრამები ეხება პაციენტების სამოძრაო აპარატურისა და მოწყობილობების გამოყენებას, სწავლებას, პროტოკოლების შეფასებას, „არ ანო“ პოლისებისა და პაციენტების ამნევი გუნდის შექმნას სამუშაოზე დაზიანების შემთხვევების შემცირების მიზნით. აღნიშნულმა პროგრამებმა უნდა გააუმჯობესოს პაციენტის მკურნალობის ხარისხი, შეამციროს საწარმოო ტრამეებთან დაკავშირებული ხარჯები და გააუმჯობესოს პაციენტის უსაფრთხოება (Krill, Staffileno & Raven, 2012). ამ პროგრამებს ასევე შეუძლია თანამშრომლების კმაყოფილების გაზრდა და პერსონალისთვის გასაცემი კომპენსაციების, პაციენტების დაცემისა და ნაწილების გამო ხარჯებისა და თანამშრომლების ხშირ ცვლასთან დაკავშირებული ხარჯების დაზოგვა (ANA, 2013).

სასწავლო აქტივობა – პოლისებისა და პროცედურების შედარება პაციენტის უსაფრთხო გადაადგილებისა და მობილობის სტანდარტებთან

გადახედეთ პოლისებსა და პროცედურებს თქვენს სამუშაო ადგილზე. მოიძიეთ აღნიშნულ პროგრამასთან დაკავშირებული სპეციფიური პოლისი. შეადარეთ ეს პოლისი სტანდარტებს.

ექთნების სამუშაოზე გადაღლა

საექთნო სპეციალობისთვის დამახასიათებელი 12,5 საათზე მეტი ხნით მორიგეობა, პერსონალის ცვლა და სამუშაოზე მაღალი დატვირთვა განაპირობებს პერსონალის გადაღლასა და ძილის დარღვევებს, რაც, თავის მხრივ, იწვევს ზიანსა და უბედურ შემთხვევებს სამუშაო ადგილზე (TJC, 2012). ექთნების გადაღლა არის „ფიზიკური შრომით ან მენტალური გამოფიტვით განპირობებული მათი ფუნქციების დაქვეითება“ (ANA, 2014, p. 8). გადაღლა შეიძლება იყოს სამი ტიპიდან ერთ-ერთი:

- ფიზიოლოგიური ან შემცირებული ფიზიკური შესაძლებლობები;
- ობიექტური ან შემცირებული პროდუქტიულობა;
- სუბიექტური - დაღლილობა ან არამოტივირებულობის შეგრძნება (ANA, 2014).

საეტაპო კვლევიდან დასკვნები (Rogers, Hwang, Scott, Aiken & Dindes, 2004) აჩვენებს, რომ ექთნებთან დაკავშირებული შეცდომების და თითქმის დამდგარი შემთხვევების ნაწილი პირდაპირ არის დაკავშირებული შესრულებული სამუშაო საათების რაოდენობაზე. იმ ექთნებს, რომლებიც მუშაობენ დღეში 12,5 საათზე მეტს, აღენიშნებათ შეცდომების დაშვების სამჯერ მეტი რისკი სხვა ექთნებთან შედარებით. IOM-მ (Page, 2004) აღმოაჩინა, რომ გახანგრძლივებული სამუშაო საათები იწვევს პერსონალის გაუარესებულ საქმიანობას რეაქციის სისწრაფის შენელების, დეტალებზე ყურადღების გამახვილების დეფიციტის, შეცდომების დაშვებისა და პრობლემების გადაჭრის უნარის დაქვეითების ჩათვლით. ამ მტკიცებულებიდან გამომდინარე IOM-მ გასცა რეკომენდაცია „სახელმწიფო მარეგულირებელმა ორგანოებმა აკრძალონ მორიგეობების, სავალდებულო ან ნებაყოფლობით ზეგანაკვეთური სამუშაოს დაგეგმვა ისე, რომ საათების ჯამური რაოდენობა აჭარბებდეს 24 საათში 12 საათიან სამუშაო დროს, ხოლო კვირის განმავლობაში 60 საათიან სამუშაო დროს (Page, 2004, p. 236).

სხვა მნიშვნელოვანი ფაქტორი, რომელიც იწვევს ექთნების გადაღლასა და ქმნის საფრთხეს პაციენტებისთვის, არის სამუშაოზე შესვენებების ნაკლებობა. ცნობილია, რომ ექთნები არ იღებენ შესვენებას საკვების მიღების ან დასვენების მიზნით. პაციენტის მიმართ პასუხისმგებლობიდან გამომდინარე როდის იღებს ექთანი (ან საერთოდ იღებს თუ არა) შესვენებას გაურკვეველია (TJC, 2012). არც მსგავსი პრაქტიკაა უსაფრთხო პაციენტებისთვის და თავად ექთნებისთვისაც. მიუხედავად იმისა, რომ რეკომენდებულია ექთნების მიერ შესვენების აღება, პაციენტებზე ზრუნვას პირველ ადგილას აყენებენ და ამას ეწინააღმდეგება საკუთარ თავზე ზრუნვა. სამწუხაროდ, ეს არის ახლანდელი კულტურული მიდგომა და იგი პაციენტსაც და ექთანსაც ზიანის რისკის ქვეშ აყენებს.

მტკიცებულებებით კარგად არის დოკუმენტირებული ექთნის გადაღლასა და დაშვებულ შეცდომებს შორის კავშირი, რაც, თავის მხრივ, საფრთხის შემცველია პაციენტის მკურნალობისა და უსაფრთხოების კუთხით (ANA, 2014; Bae & Fabry, 2014; Rogers et al., 2004; Witkoski & Dickson, 2010). კრიტიკულად მნიშვნელოვანია ექთნებმა ყურადღება მიაქციონ გადაღლის ხარისხს და არ დაიტვირთონ კანონმდებლობით განსაზღვრულზე მეტად (ANA, 2006). ცნობილია, რომ ექთნებს აქვთ საკუთარ საქმიანობასთან დაკავშირებული ეთიკური მოვალეობები პაციენტებისა და პერსონალის უსაფრთხოების კუთხით (ANA, 2014). როგორც პაციენტის ადვოკატებმა, ექთნებმა „წინ უნდა დააყენონ პაციენტის ინტერესი და უფლებები და სხვა კოლეგების ან ზოგადად სისტემის მხრიდან არაკომპეტენტური, არაეთიკური, არალეგალური ან ზიანის შემცველი საქმიანობის შემთხვევაში განგაში ატეხონ და მიიღონ შესაბამისი ზომები მსგავსი საქმიანობის აღმოსაფხვრელად“ (ANA, 2015a), p. 12).

გადაღლამ შეიძლება გამოიწვიოს გაღიზიანება, მოტივაციის შემცირება შეცდომების რისკის მატება, რისკის შემცველი ქმედება, არაეფექტიანი კომუნიკაცია, ყურადღების კონცენტრირების, რეაქციის სისწრაფის, მეხსიერებისა და გუნება-განწყობის დაქვეითება (TJC, 2012) და ამან შეიძლება უარყოფითი გავლენა იქონიოს ექთნის ჯანმრთელობასა და კარგად ყოფნაზეც (ANA, 2014).

ყველა დონეზე მომუშავე ექთანმა წონასწორობა უნდა დაიჭიროს პირად ცხოვრებასა და პროფესიულ საქმიანობას შორის; გადაღლამ შეიძლება ორი მიმართულებით მოუტანოს მათ ზიანი. ექთნებს აქვთ პასუხისმგებლობა სამუშაოზე გამოცხადდნენ დასვენებულები, საღ გონებაზე მყოფნი და ჰქონდეთ მზაობა მიაწოდონ პაციენტებს უსაფრთხო და ხარისხიანი მოვლა (ANA, 2015a, 2015b). ხოლო ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს აქვთ ეთიკური პასუხისმგებლობა ხელი შეუწყონ პერსონალის მხრიდან აღნიშნული ბალანსის დაცვას; ასევე მათ აქვთ მოვალეობა სამუშაო ადგილზე შეამცირონ გადაღლისა და ძილიანობის რისკი. ყველა დონეზე მომუშავე ექთანმა

უნდა გაითვალისწინოს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული დადლილობის სანინაალმდეგო საზომები და პერსონალური სტრატეგიები (ANA, 2014, p. 4). ამ სტრატეგიისა და ზომების ნაწილია მაგალითად დღეში 7-9 საათი ძილი, მორიგეობის წინ მცირედი დასვენება, ზოგადად საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა, სტრესის მართვის სტრატეგიების გამოყენება, ორგანიზაციული პოლისების შესაბამისად სამუშაო პერიოდში დასვენებისთვის ან კვებისთვის შესვენების აღება და ჩათვლემა (ANA, 2014, p. 4). მათი პასუხისმგებლობაა ჯანსაღი სამუშაო გარემოსა და სამუშაო გრაფიკის უზრუნველყოფა. ANA (2014) მათ სთავაზობს მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ სტრატეგიას ექთნების გადაღლის პრევენციის მიზნით (pp. 6-7):

- ექთნების სამუშაო საათების შეზღუდვა დღეში 12 და კვირაში 40 საათამდე;
- უსაფრთხო განრიგის შესრულების მუდმივი მონიტორინგი;
- დარწმუნება, რომ ექთნებს შეუძლიათ შესვენების აღება;
- ხარგრძლივი მორიგეობების პერიოდში ძილზე ნების დართვასთან დაკავშირებით პოლისების შემუშავება;
- ექთნების მხარდაჭერა უარი თქვან დამატებით მორიგეობებსა და ზეგანაკვეთურ მუშაობაზე მათი დასჯის გარეშე;

ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა უნდა შეიმუშაონ ექთნების გადაღლასთან ბრძოლის პოლისები მტკიცებულებებზე დაფუძნებული რეკომენდაციების საფუძველზე. მათ მუდმივად უნდა აწარმოონ პერსონალის მეთვალყურეობა გადაღლასთან მიმართებით, შეიმუშაონ მოქნილი სამუშაო განრიგი და მიმართონ მორიგეობებზე მინიმალურ როტაციას (TJC, 2012). ლიდერი და მენეჯერი ექთნები „პასუხისმგებელნი არიან უსაფრთხოების კულტურის დანერგვაზე, უსაფრთხო სამუშაო გარემოსა და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პოლისების შექმნაზე“ (ANA, 2014, პ.5).

შეისწავლე მტკიცებულება

Ruggiero, J.S. & Redeker, N.S. (2013). ზედაპირული ძილის შედეგები და ძილთან დაკავშირებული პრობლემები ღამის მორიგეობაზე: სისტემური მიმოხილვა. *Biological Research for Nursing*, 16(2), 134-142

მიზანი

ამ კვლევის მიზანია იმ ლიტერატურის კრიტიკული მიმოხილვა და სინთეზი, რაც მოგვცემს ძილიანობასთან და ძილთან დაკავშირებული პრობლემური ქმედებების გაუმჯობესების მტკიცებულებებს ღამის მორიგეობებზე პერსონალის ძილის პროცესის დაგეგმარების საფუძველზე.

მეთოდები

მკვლევარებმა კვლევის ჩატარების მიზნით CINAHL, the Cochrane Library, health and safety Science Abstracts, Medline და PsycINFO სისტემებში მოიძიეს სტატიები შემდეგი საკვანძო სიტყვების გამოყენებით: საქმიანობის დროს ძილი, გადაღლა, ფსიქომოტორული ღვიძილი, ძილიანობა, მორიგეობაზე მუშაობა, თანამშრომელი და სიფხიზლე. სანყის ეტაპზე სულ შესწავლილი იქნა 2775 აბსტრაქტი და ისინი შეფასდა სისტემურ ანალიზში მათი ჩართვის მიზნით. ექსპერიმენტულ და კვაზი-ექსპერიმენტულ კვლევებზე ორიგინალური სტატიები მოიცავდა შემდეგს:

1. ღამის მორიგეობაზე ან 7 სთ-დან 13-სთ-მდე ხანგრძლივობის სიმულაციურ მორიგეობაზე (დანყებული დილის ხუთ საათზე ან მოგვიანებით დამთავრებული საღამოს ექვს ან რვა საათზე) დაშვებულ ძილს (≥ 2 სთ);
2. შედარება იმ სიტუაციასთან, როდესაც ძილი არ არის ნებადართული;
3. ინდივიდების ძილიანობასა და დაღლასთან ან ძილთან შეჭიდული ქმედებების დეფიციტთან დაკავშირებული ობიექტური საზომების გაზომვას სიფხიზლის, კოგნიტური ფუნქციის, ლოგიკური ქმედების, დავალების შესრულების, დატვირთვისა და გახსენების ჩათვლით.





მკვლევარების მიერ გაანალიზებული იქნა საბოლოოდ შერჩეული 13 კვლევა.

მნიშვნელოვანი შედეგები

ამ სისტემური კვლევის შედეგები აჩვენებს, რომ დაგეგმილი ძილის პერიოდები ღამის მორიგეობის დროს ან სიმულაციური ღამის მორიგეობების დრო ამცირებს ძილიანობას და აუმჯობესებს ძილთან დაკავშირებული ქმედებების დეფიციტს ზოგიერთ პოპულაციაში და გარკვეულ პირობებში. მკვლევარები ვარაუდობენ, რომ ძილის ეპიზოდების გამოყენება სამუშაო ადგილებზე უსაფრთხოდაა შესაძლებელი და იძლევა შემდგომი კვლევებისთვის რეკომენდაციას - სამუშაო-დამოკიდებულ სპეციფიურ გამოსავლებზე (მაგალითად გადაწყვეტილების მიღება, შეცდომები) მისი ზეგავლენის შესწავლის მიზნით (უფრო ფართო რანდომიზირებული და კონტროლირებული კვლევა).

ლიდერი და მენეჯერი ექთნების საქმიანობაზე შესაძლო გავლენა

კვლევა მხარს უჭერს დაგეგმილ დასვენების პერიოდებს ყველა პერსონალისათვის. შედეგები იძლევა გარკვეულ მონაცემებს, რაზეც დაყრდნობითაც შეიძლება ითქვას, რომ ძილის ეპიზოდები ღამის მორიგე პერსონალისთვის სარგებლის მომტანი უნდა იყოს. ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა შეიძლება გაითვალისწინონ აღნიშნული კვლევებით მოწოდებული ინფორმაცია (და არა მარტო,) და ის მათ გამოადგებათ დასვენებისა და ძილის პერიოდების დანერგვისას.

ძალადობა სამუშაო ადგილზე

ჯანდაცვის ინდუსტრია დიდი ხანი იტანდა უპატივცემულო ქმედებებს, რაც არღვევდა პიროვნების თვითშეფასებასა და ნდობას. ბევრი მსგავსი ქმედება ერთიანდებოდა სამუშაო ადგილზე ძალადობის ცნების ქვეშ და ქმნიდა შიშის, დემორალიზაციის, სამუშაოთი უკმაყოფილების, სიამოვნებასა და აზრს მოკლებულ სამუშაო გარემოს (Lucian Leape Institute, 2013). სამუშაო ადგილზე ძალადობას მივყავართ სამუშაო ურთიერთობების ჩაშლამდე, კომუნიკაციის პრობლემებამდე და არაჯანსაღი სამუშაო გარემოს ჩამოყალიბებამდე, რაც, თავის მხრივ, აისახება პაციენტებისა და ექთნების გამოსავლებზე.

ლიტერატურის მიმოხილვა აჩვენებს, რომ სამუშაო ადგილზე ძალადობა გლობალური პრობლემაა და არ არის დამახასიათებელი მხოლოდ რომელიმე საექთნო სპეციალობისთვის (Hockley, 2014). აშშ-ში მიაჩნიათ რომ სხვა ქვეყნებთან შედარებით მათთან გაცილებით მეტია ჯანდაცვის პერსონალს შორის სამსახურებრივი ძალადობის შემთხვევები და ის ქარბობს სხვა ინდუსტრიაში მსგავსი შემთხვევების რაოდენობას (Nelson, 2014). ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია (WHO), ექთნების ინტერნაციონალური საბჭო (International Council of Nurses) და ინტერნაციონალური საზოგადოებრივი სერვისის (Public Services International) სამუშაოზე ძალადობას განსაზღვრავს, როგორც მნიშვნელოვან უნივერსალურ საზოგადოებრივ პრობლემას (Child & Mentis, 2010; Magnavita & Heponiemi, 2011). მსოფლიოს 38 ქვეყანაში წარმოებული კვლევების მეტა-ანალიზი აჩვენებს, რომ მსოფლიოს მასშტაბით ექთნების 30%-მდე აღნიშნავს ფიზიკურ ძალადობასა და დაზიანებას და 60%-მდე ექთანი აფიქსირებს არაფიზიკური ძალადობის შემთხვევებს (Spector, Zhou & Che, 2014).

ოკუპაციური უსაფრთხოებისა და ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტი (NIONSHE) სამუშაოზე ძალადობასთან მიმართებით იყენებს შემდეგ კლასიფიკაციას (NIOSH, 2013):

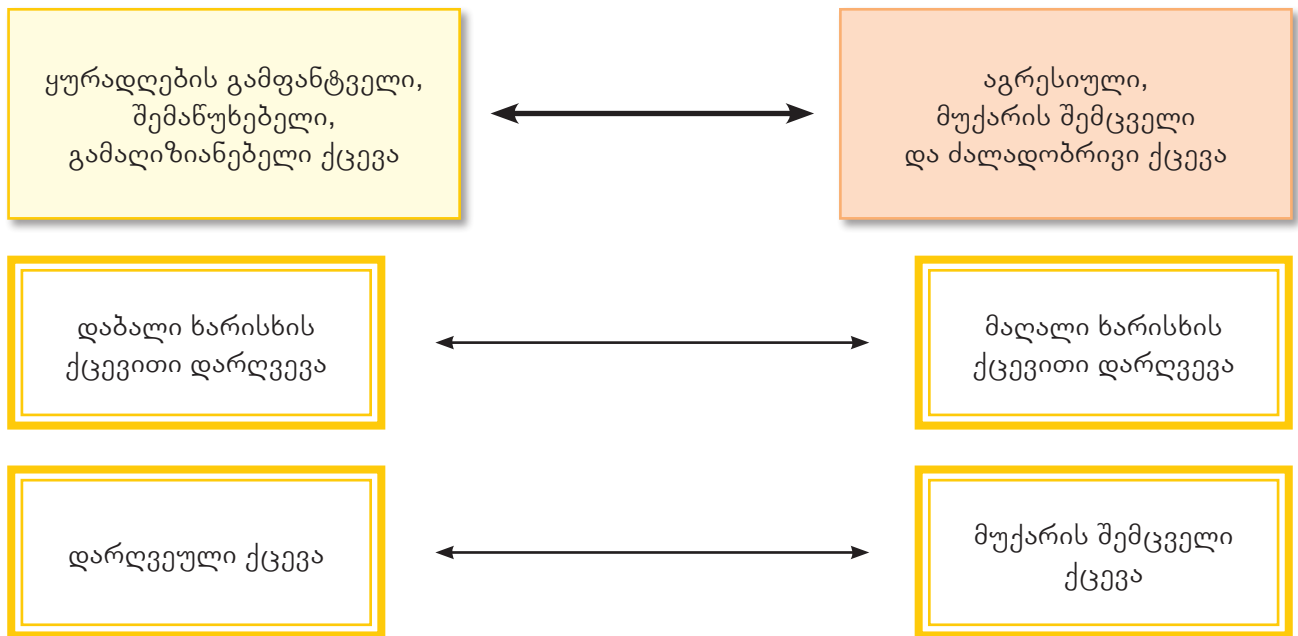
- **ტიპი 1:** მოძალადეს აქვს დანაშაულებრივი განზრახვა და არა-ლეგიტიმური დამოკიდებულება ორგანიზაციის ან ამ ორგანიზაციის თანამშრომლების მიმართ;
- **ტიპი 2:** მოძალადე არის მომხმარებელი, პაციენტი, მისი ოჯახის წევრი ან სტუმარი და გარკვეული შეხება აქვს ორგანიზაციასთან და ის მოძალადედ იქცევა სერვისის მიღებისას. ამ ტიპის ძალადობა დამახასიათებელია ჯანდაცვის სისტემისთვის;

- **ტიპი 3:** მოძალადე არის იმავე ორგანიზაციის თანამშრომელი და ძალადობს კოლეგაზე. მსგავსი ტიპის ძალადობა გულისხმობს დაცინვასა და ბულინგს და დამახასიათებელია ჯანდაცვის სისტემისთვის;
- **ტიპი 4:** მოძალადე კავშირშია თანამშრომელთან, მაგრამ შეხება არ აქვს ორგანიზაციასთან. ამ ტიპის ძალადობა მოიცავს პერსონალურ ურთიერთობებს (მაგ., მეუღლე უვარდება თანამშრომელს სამუშაო ადგილზე მისთვის ზიანის მიყენების ან მისი შეშინების მიზნით).

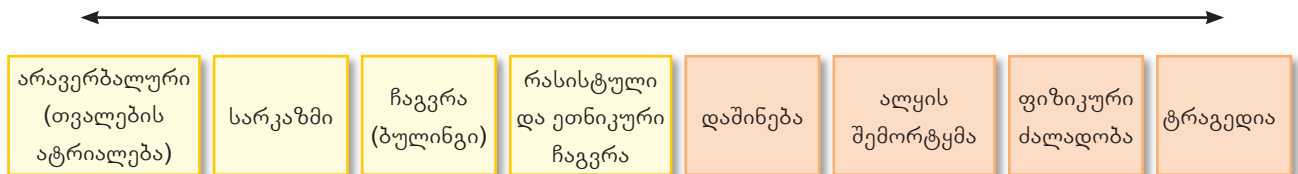
არაფიზიკური ძალადობა გულისხმობს ემოციურ ძალადობას, დაშინებას, შევიწროებას, დამცირებას და კოლეგის დაცინვას (Lucian leape Institute, 2013). ბულინგი და შეურაცხყოფა არის არაფიზიკური ძალადობის ყველაზე უფრო ხშირი გამოვლინება. ბულინგი ისაზღვრება როგორც „განმეორებითი, არასასრუფელი ქმედება მიმართული პიროვნების დამცირებისკენ, შეურაცხყოფისაკენ, რაც იწვევს ამ პიროვნებაში ემოციურ სტრესს“ (ANA, 2015a, p. 3). ბულინგი ზიანს აყენებს სხვას, ძირს უთხრის თვითშეფასებას და იწვევს პიროვნების დეგრადირებას. ის შეიძლება გამოიხატოს მტრულ ნიშნებში, სიტყვიერ შეტევებში, მუქარაში, დაცინვაში, დაშინებაში (ANA, 2015a; McNamara, 2012; Rucker, 2012). შეურაცხყოფა ისაზღვრება როგორც „სხვების უპატივცემულობა, უზრდელობა და სხვების მიმართ ზიზღი“ (Rucker, 2012, p. 2), რაც ხშირად იწვევს გარშემომყოფებში ფსიქოლოგიურ და ფიზიოლოგიურ სტრესს (Griffin & Clarck, 2014). შეურაცხყოფა ასევე შეიძლება გამოიხატოს ჭორაობაში, სხვებზე ჭორების გავრცელებაში და კოლეგების დახმარებაზე უარის თქმაში. ის, როგორც წესი, წარმოადგენს ფართო სპექტრით უწყვეტი ქცევითი დარღვევის გამოვლინებას (სურათი 11-2) - ერთი მხრივ არასიტყვიერი ქცევა (თვალებით მინიშნება) და, მეორე მხრივ, ფიზიკური ძალადობა (Clark, Brabosa-Leiker, Gill & Nguyen, 2015).

სურათი 11-2

უწყვეტი ქცევითი დარღვევა



ქცევის დიაპაზონი



ძალადობის ტიპები

არსებობს სხვადასხვა ტიპის სამუშაოზე ძალადობა: ექთნებს შორის, მესამე პირზე, ექთნის მხრიდან პაციენტზე ძალადობა, პაციენტის მხრიდან ექთანზე ძალადობა, ორგანიზაციული, გარეშე, სექსუალური და მასობრივი ტრამვა ან ბუნებრივი კატაკლიზმები.

ექთნებს შორის ძალადობა

ექთნებს შორის ძალადობის ეს ტიპი, ფიზიკური თუ არაფიზიკური, ცნობილია ბევრი სახელით: გვერდითი ძალადობა, ჰორიზონტალური და ვერტიკალური ძალადობა. ეს ტერმინები მართალია ერთმანეთის სანაცვლოდ გამოიყენება, მაგრამ მათ შორის მაინც არის მცირედი სხვაობა, თუმცა ყველა მაინც შეიძლება წარმოადგენდეს ბულინგისა და შეურაცხყოფის მაგალითს. ექთნებს შორის ძალადობა ხვდება NIOSH-ით დადგენილი კლასიფიკაციის მე-3 ტიპში და არის ძალიან დამახასიათებელი ჯანდაცვის სისტემისთვის. გვერდითი ძალადობა (ცნობილი ასევე როგორც ჰორიზონტალური ძალადობა) ვლინდება ერთსა და იმავე დონზე მომუშავე ორ ექთანს შორის ბულინგის ან შეურაცხყოფის სახით. მაგალითად, ექთანი ლიკა თავისი მორიგეობის ბოლოს იგებს, რომ უნდა ჩაანაცვლოს ლიამ. სხვა ექთნების წინაშე ის ამბობს „ის იმდენ მომბეზრებელ შეკითხვას მისვამს, რომ ვერ ვიტან ლიაზე მორიგეობის გადაბარებას.“ როდესაც ლია მოდის მორიგეობაზე, სუზანი ეუხეშება მას „არ მკითხო არაფერი. მე დავიღალე და სახლში მივინდა წასვლა!“ აღნიშნული ლაპარაკი ესმით ექთნებს. ამ სიტუაციაში, ლიკა ჭორაობს ლიაზე და თანაც უხეშად მიმართავს მას. ორივე ეს ქცევა არის გვერდითი ძალადობის მაგალითი.

ამის სანინალმდეგოდ, ვერტიკალური ძალადობა გულისხმობს ბულინგს ან შეურაცხყოფას სუბორდინაციული დამოკიდებულების მქონე ექთნებს შორის (მაგ., ექთანსა და ექთან მენეჯერს ან პასუხისმგებელ ექთანს შორის). მაგალითად, კრებაზე, ლიდერი და მენეჯერი ექთანი უხსნის დანარჩენებს დოკუმენტაციაში შესატან ცვლილებებს. ზოგიერთი ექთანი ინტერესდება ვისი ინიციატივით ხდება ეს. ლიდერი და მენეჯერი ექთანი „ატრიალებს“ თვალებს, ყვირის და ამბობს „ეს იყო ჩემი გადაწყვეტილება და არ ვლებულობ თქვენს შენიშვნას!“ ამ სიტუაციაში იგი მოიქცა უპატივცემულოდ. ამასთან, მან მიიღო მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილება პერსონალთან შეთანხმების გარეშე, იმ პირებთან შეთანხმების გარეშე ვისზეც ყველაზე უფრო მეტად მოახდენდა გავლენას აღნიშნული გადაწყვეტილება. როდესაც პერსონალს არაფრად აგდებენ, ისინიც თავს დაუფასებლად და არალირებულად თვლიან. მსგავსი საქციელის გამეორებამ შეიძლება საბოლოოდ გამოიწვიოს პერსონალის მხრიდან უყურადღებობა, კომუნიკაციის დარღვევა და ყურადღების გაფანტვა, რაც აუცილებლად მიგვიყვანს პაციენტის უსაფრთხოებასთან დაკავშირებულ პრობლემებამდე (Lucian Leape Institute, 2013).

ექთნებს შორის ძალადობა უარყოფითად მოქმედებს სამუშაო გარემოზე; ახალბედა ექთნების 60 %-მდე ტოვებს თავის პირველ სამუშაო ადგილს სწორედ მათზე განხორციელებული ძალადობის გამო (Embree & White, 2010). ექთან-ექთანზე ძალადობა უარყოფითად მოქმედებს კომუნიკაციაზე, მიყვავართ არასასურველ ემოციურ და ფიზიკურ შედეგებამდე, არასასურველ ზეგავლენას ახდენს პაციენტის მკურნალობაზე და აზიანებს თანამშრომლებს შორის ურთიერთობებს. ექთნებს უნდა ახსოვდეთ, რომ ისინი მონოდეზულნი არიან შექმნან „ეთიკური გარემო და ჩამოაყალიბონ ზრდილობიანი და კეთილი დამოკიდებულების კულტურა, პატივი სცენ თანამშრომლებს, სტუდენტებს და სხვა მათთან შეხებაში მყოფ ყველა პირს“ (ANA, 2015a, p. 4).

მესამე პირზე ძალადობა

ძალადობის ეს ტიპი გულისხმობს ძალადობას, რომლის მოწმენი ხდებიან სხვები, პირდაპირი ან არაპირდაპირი გზით. მესამე მხარე ამ დროს შეიძლება განიცდიდეს ისეთივე არასასურველ გავლენას, როგორც ძალადობის მსხვერპლი. როდესაც მესამე ექთანი ესწრება კოლეგის უხეშ და უპატივცემულო დამოკიდებულებას სხვა კოლეგის მიმართ, ისიც შეიძლება განვიხილოთ როგორც ამ დამოკიდებულების მსხვერპლი.

ექთნის მხრიდან პაციენტზე ძალადობა

ექთნისა და პაციენტის ძალადობა აღინიშნება მაშინ, როდესაც ექთანი თავისი საქმიანობის დროს ძალადობს პაციენტზე. ეს არის საექთნო ეთიკის კოდექსის დარღვევა (Hockley, 2014). ამის ყველაზე აშკარა მაგალითია: ექთანი ურტყავს პაციენტს, ფიზიკური შემზღუდავი საშუა-

ლებების გამოყენება ჩვენების გარეშე და ტკივილგამაყუჩებლის დროულად არ გამოყენება. ამ ტიპის ძალადობის დროს, როგორც წესი, ექთანი ცდება პროფესიული მოქმედების საზღვრებს (მაგ., პაციენტს უნიშნავს პაემანს). ექთნებმა უნდა იცოდნენ და უნდა დაიცვან სამოქმედო პრინციპები და ზღვარი დაიჭირონ ექთანსა და პაციენტის ურთიერთობებში. თუ ეს პროფესიული საზღვრები დარღვეულია, ექთანს აქვს ეთიკური მოვალეობა თავად დაასრულოს მსგავსი ძალადობა ან ითხოვოს სხვების დახმარება (ANA, 2015a).

პაციენტის მხრიდან ექთანზე ძალადობა

მსგავსი ძალადობა გულისხმობს პაციენტის ან მისი ოჯახის მხრიდან ექთნის მიმართ განხორციელებულ ძალადობას, რაც ხვდება NIOSH-ის კლასიფიკაციის მეორე ტიპში. პაციენტის მიერ ექთნის ცემა და ყვირილი არის ამის მაგალითები. მწვავე დაავადება, ალკოჰოლური ან ნარკოტიკული ინტოქსიკაცია, თვით-დაზიანებითი ქმედება ან ფსიქიატრიული დაავადების გამწვავება არის სამუშაო ადგილზე ამ ტიპის ძალადობის ძირითადი საბაზი. პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების ემოციური მდგომარეობის დაძაბვა (მაგ., ნერვიულობა, დისტრესი, გაღიზიანება, სასონარკვეთა, მწუხარება და კონტროლის დაკარგვა) ასევე განიხილება როგორც ძალადობის განმაპირობებელი ფაქტორი. როგორც წესი, მამაკაცები უფრო ხშირად ახდენენ ამ ტიპის როგორც ვერბალურ ასევე ფიზიკურ ძალადობას, განსაკუთრებით მაშინ თუ ექთანი ქალია (Hockley, 2014). მამაკაცი ექთნების მიმართ მსგავსი ქმედებები ძირითადად აღინიშნება ფსიქიატრიულ გარემოში. მდებარეობითი სქესის ექთნებზე ამ ტიპის ძალადობა უფრო სხვა პირობებში ვლინდება ხოლმე. განსაკუთრებულად აღსანიშნავია პაციენტის მხრიდან ექთანზე ძალადობა გადაუდებელ დეპარტამენტსა და ფსიქიატრიული მოვლის გარემოში (Child & Mentis, 2010).

ორგანიზაციული ძალადობა

ორგანიზაციული ძალადობა გავლენას ახდენს მთელ ორგანიზაციაზე და, როგორც წესი, ვლინდება სამუშაო გარემოს შეცვლის დროს (Hockley, 2014). მაგალითად, გადატვირთული სამუშაო გარემო და საფრთხის შემცველი სამუშაო პირობები შეიძლება განხილული იქნას როგორც ორგანიზაციული ძალადობა (Internationa Council of Nurses, 2006). ხშირად ამ ტიპის ძალადობა ლაქას ცხებს ორგანიზაციის რეპუტაციას და უარყოფით გავლენას ახდენს თანამშრომლებზე.

გარეშე ძალადობა

გარეშე ძალადობა გამოწვეულია გარეშე პირების მიერ, რომლებიც იჭრებიან სამუშაო არეალში. ის ვლინდება მაშინაც, როდესაც ექთნები ასრულებენ საკუთარ მოვალეობას სამედიცინო დაწესებულების გარეთ. ძალადობის ეს ტიპი მიეკუთვნება NIOSH-ის კლასიფიკაციით პირველ კატეგორიას. ის, როგორც წესი, შემთხვევითია და მოძალადეს ხშირად აქვს ხოლმე კრიმინალური განზრახვა როგორცაა გაუპატიურება, ნარკოტიკების გამო თავდასხმა, შეიარაღებული დარცვა და ჯგუფური თავდასხმა გადაუდებელ დეპარტამენტში (Hockley, 2014).

სექსუალური ძალადობა

მიუხედავად იმისა, რომ სექსუალურ ძალადობას საექთნო ლიტერატურაში არ ექცევა სათანადო ყურადღება, იგი მაინც სამუშაო ადგილზე ძალადობის ყველაზე უფრო მეტად გავრცელებული ტიპია. იგი მოიცავს „ფამილარულ, მეგობრულ დამოკიდებულებას, სექსუალური ხასიათის სიტყვიერ კომენტარებს, ვულგარულ სექსუალურ გამონათქვამებს ან შეუფერებელ ხუმრობებსა და ამბებს; არასასურველი სექსუალურ მოთხოვნებს; სექსუალური ხასიათის არასასურველი ქმედებებს ან აზრებს“ (McNamara, 2012, p. 536). მსოფლიოს მასშტაბით გამოკითხული 151347 ექთნიდან ერთი მეოთხედი აღნიშნავდა, რომ იყო ამ სახის სექსუალური ძალადობის მსხვერპლი (Spector, Zhou & Che, 2014).

სექსუალური ძალადობა შეიძლება ხდებოდეს ექთნებს, ექთნებსა და მათ ზედამხედველებს ან ექთნებსა და პაციენტს ან მის ოჯახის წევრებს შორის. ზოგიერთი ექთანი თვლის, რომ ეს მათი სამუშაოს ნაწილია და ამიტომ არ ახდენს მსგავსი შემთხვევების რეპორტირებას. ექთნებსა და ექთან-სტუდენტებს აქვთ უფლება იმუშაონ სექსუალური ძალადობისგან თავისუფალ გარემოში და იყვნენ კანონით დაცულნი. ეს მოითხოვს ლიდერი და მენეჯერი ექთნებისგან იცნობდნენ აღნიშნული მიმართულებით ქვეყნის კანონმდებლობას და ეს კანონები ასახონ ორგანიზაციის პოლისებსა და პროცედურებში პერსონალის სექსუალური ძალადობისგან დაცვის მიზნით.

მასიური ტრამვა და ბუნებრივი კატაკლიზმები

მსგავს მოვლენებში შეიძლება გამოიხატოს სამუშაო ადგილზე ძალადობა და ეს უკავშირდება ბოძეს ბიოქიმიურ ტერორისტულ აქტებს ან ბუნებრივ კატასტროფებს. მსგავს სიტუაციებში ექთნების საქმიანობა შეიძლება უკიდურესად სახიფათო იყოს და შეიცავდეს ფიზიკური თუ მენტალური ჯანმრთელობისთვის სერიოზულ რისკს. თუმცა აღსანიშნია, რომ ამ ტიპის ძალადობაზე ცოტაა კვლევა ჩატარებული (Hockley, 2014).

სასწავლო აქტივობა – არსებული კლინიკური გამოცდილება და სამუშაო ადგილზე ძალადობა

თქვენ უნდა უპასუხოთ შემდეგ კითხვებს:

- შესწრებისხარო ოდესმე სამუშაო ადგილზე ძალადობას?
- სად, რა ტიპის ძალადობა იყო და რა გავლენა მოახდინა თქვენზე?
- ამ დროს დაუპირისპირდით თუ არა მოძალადეს? რა იყო მისი პასუხი?
- აღნიშნულ სიტუაციასთან დაკავშირებით მოახსენეთ თუ არა თქვენს ზედამხედველს? რა იყო მისი რეაქცია?

რისკ-ფაქტორები და მათი წვლილი

სამუშაო ადგილზე ძალადობა ხდება სამი ძირითადი მიზეზის გამო: „ის შეიძლება“, „ის მოდელირებულია“ და „ის უკონტროლოა“ (McNamara, 2012). TJC (2012) თვლის, რომ ზიანის მომტანი ქცევა, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს სამუშაო ადგილზე ძალადობა, საწყის იღებს ინდივიდუალური და სისტემური ფაქტორებიდან. ზოგიერთი პიროვნება, რომელსაც აღენიშნება ინტერპერსონალური კოპირების ან კონფლიქტების მართვის არასაკმარისი უნარ-ჩვევები, უფრო მონყვლადია დამანგრეველი (დამაზიანებელი) ქცევისადმი. სამუშაო ძალადობის სისტემურ ფაქტორებად შეიძლება განხილულ იქნას პროდუქტიულობაზე გაზრდილი მოთხოვნა, ხარჯების შეკავება და სამართალწარმოების შიშის გამო სტრესი. ინფორმაციის ნაკლებობა ორგანიზაციის ლიდერებისა და პერსონალს შორის ინვესტს პერსონალის ნაკლებ ჩართულობას გადაწყვეტილებების მიღებაში, რაც ასევე შეიძლება განხილული იქნას, როგორც სამუშაო ადგილზე ძალადობის განმაპირობებელი ფაქტორი (Longo, 2012).

სხვა ფაქტორად ასევე შეიძლება განვიხილოთ ექთნების მიდგომა მიიღონ ძალადობა ნორმად და საკუთარი სამუშაოს შემადგენელ ნაწილად. ზენოლა, სიტყვიერი თუ არასიტყვიერი, რომელიც მოითხოვს ექთნებისგან ძალადობის დამალვას (მაგ., სამუშაო ადგილზე ძალადობის 80% არ არის რეპორტირებული - American Association of Critical-Care Nurses, 2016), ხელს უშლის ამ ძალადობის პრევენციების სტრატეგიის შემუშავებასა და დანერგვას.

ის რისკ-ფაქტორები, რაც განაპირობებს ექთნების მონყვლადობას ძალადობის მიმართ, არის შემდეგი: ასაკი, სქესი, საექტონო საქმის გამოცდილება და ამჟამინდელი ან ადრინდელი ისტორია ძალადობასთან მიმართებით. უფრო ახალგაზრდა და ნაკლებ გამოცდილი ექთნები უფრო მარტივად ხდებიან ძალადობის მსხვერპლნი. ეს შესაძლოა აიხსნას იმით, რომ უფრო ასაკიანი და გამოცდილი ექთნები არიან მმართველ პოზიციებზე და ნაკლები შეხება აქვთ პაციენტსა და მის ოჯახთან. გადაუდებელ დეპარტამენტში მომუშავე ექთნებს ძალადობის მეტი რისკი აქვთ, სავარაუდოდ მათი ხელმისაწვდომობის, ხმაურის, ნაკლები ფიზიკური უსაფრთხოების, მომატებული სტრესისა და მეტი დროით დაყოვნების გამო (Child & Mentis, 2010).

შედეგები

კვლევამ აჩვენა რომ ექთნების გარკვეული ნაწილი ატყობინებს ძალადობის ფაქტებს; ზოგიერთი ექთანი საერთოდ იგნორირებას უკეთებს ამ ფაქტებს; ნაწილი უცოდინრობისა და ნაწილიც შიშის გამო (Kaplan, Meste & Feldman, 2010). დროის ნაკლებობა და სუსტი ადმინისტრაცია

ციული მხარდაჭერა იდენტიფიცირდა რეპორტირების ასეთი დაბალი მაჩვენებლის ძირითად მიზეზად; იმ ექთნების ნაწილს, ვინც ატყობინებდა ძალადობის შემთხვევებს ხელმძღვანელობას, ჰქონდა შეგრძნება, რომ ხელმძღვანელობა უარს ამბობდა რეაგირება მოეხდინათ ამ ფაქტებზე და ზოგ შემთხვევაში კი ხელმძღვანელები მათ მიმართ მიმართავდნენ დამსჯელობით ღონისძიებებს (Chapman, Style, Perry & Combs, 2010). ექთნებს, რომლებიც იყვნენ ძალადობის მსხვერპლნი, ჰქონდათ აღქმა რომ ორგანიზაციული ფაქტორები, როგორცაა სამკურნალო გარემო და პერსონალური სპეციფიური ფაქტორები გავლენას ახდენენ სამუშაო ადგილზე ძალადობის ხასიათსა და სიხშირეზე (Chapman et al., 2010). თუმცა ANA (2015a) მიიჩნევს, რომ რა სახისაც არ უნდა იყოს ეს ძალადობა, ის საფრთხეს უქმნის საექთნო საქმიანობას. ამასთან მიიჩნევს, ისინი ვინც უნებურად ხდებიან ძალადობის მოწმენი და ამას ვერც კი აცნობიერებენ, არჩევენ იგნორირება გაუკეთონ ამ ფაქტებს ან უარს ამბობენ მათ მხილებაზე, ორივე შემთხვევაში ხელს უწყობენ ძალადობას (p. 2).

სამუშაო ადგილზე ძალადობას ბევრი პერსონალური შედეგები მოჰყვება ინდივიდისთვის და ეს შედეგები შეიძლება კუმულაციური იყოს. ძალადობის მსხვერპლ ექთნებს შეიძლება აღენიშნოთ ფიზიკური ან ფსიქოლოგიური პრობლემები. ზოგიერთი ფიზიკური ეფექტი ვლინდება თავის ტკივილით, კუჭ-ნაწლავის დარღვევებით, ნონის დაკლებით ან მომატებით, ძილის დარღვევებით, ჰიპოტენზიითა და ენერჯის დაქვეითებით (Longo, 2012). ფსიქოლოგიური ეფექტები კი შეიძლება გამოვლინდეს სტრესის, შფოთვის, ნერვიულობის, დეპრესიის, იმედგაცრუების, უნდობლობის, თვითშეფასების დაქვეითების, გადანვის, ემოციური გამოფიტვისა და შიშის სახით (Longo, 2012). ამ შემთხვევების გამო შესაძლოა ზიანი მიადგენს ორგანიზაციასაც. სამუშაო ადგილზე ძალადობამ შეიძლება გაზარდოს გაცდენები, შეამციროს კმაყოფილება და ორგანიზაციის ეფექტიანობა.

ისეთ გარემოში მომუშავე ექთნებს, სადაც ნაკლებად შეუძლიათ მაკონტროლებელი ფუნქციის საკუთარ თავზე აღება და ძირითადად მენეჯერების ზედამხედველობის ქვეშ საქმიანობენ, აქვთ შეზღუდული რესურსები და თავს გრძობენ განდევნილებად, აქვთ შეგრძნება რომ მუშაობენ დაბალი მორალის ტოქსიურ გარემოში, რაც იწვევს კიდევ ძალადობას. ამის საპირისპიროდ, პოზიტიური გუნდური მუშაობის გარემო ებრძვის სამუშაო ადგილზე ძალადობას (Embree & White, 2010; Hegney, Tuckett, Parker & Eley, 2010).

სამუშაო ადგილზე ძალადობის პრევენციის სტრატეგია

არსებობს სამუშაო ადგილზე ძალადობასთან ბრძოლის გარკვეული სტრატეგიები:

1. ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა უნდა შეისწავლონ სამუშაო გარემო არაჯანმრთელი გარემოს დამახასიათებელ ისეთ ფაქტორებთან მიმართებით, როგორცაა ბუღინგისა და შეურაცხყოფის მოთმენა, პერსონალს შორის სტრესისა და იმედგაცრუების მაღალი დონე და პერსონალსა და ხელმძღვანელობას შორის ნდობის არარსებობა;
2. ასევე უნდა იყოს შეფასების შედეგების პერსონალისთვის მოხსენება, რაც შესაძლოა ძალადობის პრევენციის ერთ-ერთი საშუალება გახდეს. ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა შეიძლება შექმნან პოზიტიური და პროფესიული ქცევის მოდელი და ხელი შეუწყონ სამუშაო ადგილზე ამ მოდელის დანერგვას. მათ ასევე შეუძლიათ მხარი დაუჭირონ ორგანიზაციაში ძალადობისადმი ნულოვან ტოლერანტობას და ამ მიმართულებით საჭირო პროგრამისა და პოლისების შემუშავებაში მიიღონ მონაწილეობა. ექთნებს შორის გვერდითი ძალადობის შემთხვევების პრევენცია და მათი გადაჭრა უნდა მოხდეს პერსონალს შორის კომუნიკაციის გაძლიერების გზით. გვერდითი ძალადობა სტრესის ყველაზე მნიშვნელოვანი წყაროა პერსონალისათვის, განსაკუთრებით ახალბედა ექთნებისთვის. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები უნდა დარწმუნდნენ, რომ კომუნიკაცია ღიაა, თავისუფალია ხარვეზებისგან და პატივისცემის გამომხატველია ნებისმიერ დროს. ექთნებმა უნდა ირწმუნონ კოლეგების და მათთან ერთად გუნდური მუშაობის. როგორც კი სამუშაო ადგილზე ძალადობის ფაქტი დაფიქსირდება, მათ დაუყოვნებლივ უნდა მართონ სიტუაცია, მხარდაჭერა გამოუცხადონ დაზარალებულს, შეენინააღმდეგონ მოძალადეს და აგრძნობინონ მას, რომ ამ სამუშაო გარემოში ძალადობა მიუღებელია.

პაციენტის მხრიდან ექთანზე ძალადობის შემთხვევაში, მტკიცებულებებით დასტურდება, რომ ძალადობის შემცირების მიზნით გარკვეული მიდგომების დანერგვამ მართლაც გამოიღო გარკვეული შედეგები:

1. პერსონალისთვის პრევენციის კუთხით ტრენინგების ჩატარება ხელს უწყობს მსგავსი შემთხვევების თავიდან აცილებას და ამცირებს პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების მხრიდან აგრესიულობის გამოვლინებას (Kling, Yassi, Smailes, Lovato & Koehoorn, 2011);
2. განგაშის სისტემის დანერგვამ ორგანიზაციებში ასევე შეამცირა ძალადობის შემთხვევები. ეს არის პრევენციული ხასიათის სისტემა, რომელიც გულისხმობს ექთნების მიერ ძალადობის რისკების შეფასებას პაციენტების სამედიცინო დანესებულებაში მოყვანისთანავე; თუკი პაციენტი ითვლება ამ თვალსაზრისით მაღალი რისკი პაციენტად, შესაბამისი ჩანაწერი კეთდება პაციენტის ისტორიაში სხვა პერსონალის ინფორმირების მიზნით და ხდება წინასწარი სიფრთხილის ზომების მიღება (მაგ., პერსონალური სასიგნალო მონყობილობის ტარება ასეთ პაციენტთან კომუნიკაციის დროს, უსაფრთხოების დისტანციის დაცვა, ისეთი საგნების მოშორება პაციენტისთვის, რაც შეიძლება იარაღად იქნას გამოყენებული და პაციენტის მართვა მხოლოდ სხვების თანდასწრებით) (Kling et al., 2011).

უფრო სისტემურად სამუშაო ადგილზე ძალადობის თავიდან ასაცილებლად საჭიროა პოზიტიური კოლევიალური ურთიერთობების, პერსონალს შორის ღია კომუნიკაციისა და ძალადობისადმი ნულოვანი ტოლერანტობის მიდგომის ნახალისება. ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს შეუძლიათ შექმნან უსაფრთხო გარემო, რაც მინიმუმამდე დაიყვანს პაციენტისა და პერსონალის ზიანს ეფექტიანი კომუნიკაციის, ორგანიზაციაში შემთხვევების რეპორტირების სისტემის დანერგვისა და უსაფრთხოების კულტურაზე აქცენტის გაკეთების გზით (Cronenwett et al., 2007).

შეისწავლე მტკიცებულება

Sector P.E., Zhou, Z.E & Che, X.X. (2014). ექთნები, რომელთაც განიცადეს ფიზიკური და არაფიზიკური ძალადობა, ბულინგი და სექსუალური ძალადობა: რაოდენობრივი მიმოხილვა. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1), 72-84.

მიზანი

ამ კვლევის მიზანია რაოდენობრივი მიმოხილვის საფუძველზე შეისწავლოს ექთნების ძალადობის ტიპები სამუშაო ადგილზე და მათი სიხშირე, ამ ძალადობის ფაქტორები, რესურსები. ყოველივე ეს შეისწავლოს მსოფლიოს სხვადასხვა რეგიონში.

მეთოდები

მკვლევარებმა ჩაატარეს სტატიების მეტა-ანალიზი და სტატიების შესარჩევად გამოიყენეს შემდეგი საკვანძო ტერმინები: ექთანი ან საექთნო საქმე და აგრესია, ბულინგი, სექსუალური ძალადობა, ზოგადად ძალადობა და სამუშაო ადგილზე ძალადობა. შერჩეული 1216 სტატიიდან, მათი შეფასების შემდეგ შეირჩა 271 სტატია. მკვლევარებმა შერჩევისთვის გამოიყენეს შემდეგი კრიტერიუმები:

- რეპორტები უნდა ყოფილიყო ინგლისურ ენაზე დაწერილი;
- სტატიები უნდა შეხებოდა ემპირიულ კვლევებს;
- სტატიები უნდა შეხებოდა სამუშაო ადგილზე ექთნების ძალადობას.

ჯამში გაანალიზებულია 136 სტატია, სადაც გაერთიანებულია 151347 ექთნის მონაცემები 38 ქვეყნიდან.





მნიშვნელოვანი აღმოჩენები

მკვლევარებმა შეისწავლეს ძალადობის პროცენტები და ეს გააკეთეს ყველა ტიპის ძალადობის ჯგუფებში, ნახეს იყვნენ თუ არა ისინი დაზიანებულნი ფიზიკურად. გამოყოფილი იყო ხუთი ტიპის ძალადობა: ფიზიკური, არაფიზიკური, ბულინგი, სექსუალური ძალადობა და ზოგადი ძალადობა (რაც ნიშნავდა, რომ ექთნებს ეკითხებოდნენ იყვნენ თუ არა რაიმე ძალადობის ობიექტები სამუშაო ადგილზე). ჯამური ექთნების რაოდენობის 36,4%-მა აღნიშნა ფიზიკური ძალადობა, 67,25 %-მა არაფიზიკური, 37,1%-მა ბულინგი, 27,9%-მა სექსუალური ძალადობა და 50,5%-მა კი ზოგადი ხასიათის ძალადობა. ფიზიკური ძალადობის უმრავლესობა ფიქსირდებოდა პაციენტის ან მათი ოჯახის წევრების მხრიდან. ამის საპირისპიროდ, ჯანდაცვის სპეციალისტების მხრიდან აღინიშნებოდა არაფიზიკური ძალადობა.

ლიდერი და მენეჯერი ექთნების საქმიანობაზე შესაძლო გავლენა

ეს კვლევა იძლევა სამუშაო ადგილზე ძალადობის მიმოხილვას მსოფლიო მასშტაბით. ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა შეიძლება ამ კვლევაში მოცემული მტკიცებულებები გამოიყენოს ძალადობის პრევენციის პროგრამების სამუშაო ადგილზე დანერგვის მიზნით. ძალადობისა და მოძალადეების ტიპების შესწავლა შეიძლება დაეხმაროს მათ პროგრამის ტიპის არჩევაში. მეტიც, ავტორებს მიაჩნიათ, რომ ძალადობის პრევენციის პროგრამებმა უნდა მოიცვას პაციენტები, მათი ოჯახები, ექიმები, ექთნები და ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალები.

არსებობს სხვადასხვა სახის საშუალებები, რაც ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს შეუძლიათ გამოიყენონ ჯანმრთელი და უსაფრთხო სამუშაო გარემოს შესაქმნელად. TJC -მა (2012) დაადგინა სამუშაოზე ძალადობის ან რისკის შემცველი ქმედების მართვის სტანდარტი, სადაც აღნიშნა რომ ქცევა, რომელიც შიშის მომგვრელია სხვებისთვის, შესაძლოა გახდეს მტრული და უპატივცემულო გარემოს განმაპირობებელი ფაქტორი და ამან კი გამოიწვიოს ადამიანების დემორალიზაცია, გაზარდოს სამუშაო ძალის ბრუნვა და გამოიწვიოს სამუშაო ადგილზე შეცდომები, რაც საბოლოოდ პაციენტის უსაფრთხოებას შეუქმნის პრობლემას (McNamara, 2012).

ექთნებს უნდა ახსოვდეთ რომ ჯანმრთელი გარემოს შექმნა და შენარჩუნება მათი მოვალეობაა. ექთნებს აქვთ ინდივიდუალური პასუხისმგებლობა გაითვალისწინონ ყველა ის ფაქტორი, რამაც შეიძლება უარყოფითი გავლენა იქონიოს სამუშაო გარემოზე. ამ სახის გარემოს შესანარჩუნებლად მათ უნდა გამოიყენონ საკუთარი საკომუნიკაციო უნარ-ჩვევები. შემუშავებულ იქნა მოდელი თუ როგორ განვივითაროს პერსონალმა საკომუნიკაციო უნარ-ჩვევები და როგორ გახდეს ავთენტური, გონებაამახვილი და გულწრფელი (Kupperschmidt, Kientz, Ward & Reinholz, 2010).

ხუთი ფაქტორი, თუ როგორ განვივითაროთ საკომუნიკაციო უნარ-ჩვევები¹

გააცნობიერე რომ ტყუვდები	იმ მცდარი წარმოდგენის აღიარების პროცესი, რომელიც ხელსაყრელია ამ პიროვნებისათვის და რომელიც ვერ აღიქვას და ხედავს საკუთარ პრობლემას
გახდი ეფექტიანი	გამოცდილების ყურადღებით და მიზანმიმართულად განხილვის პროცესი, ამჟამინდელი ან წარსული შემთხვევების გააზრება და მომავალ ქმედებებში გათვალისწინება, საკუთარი თავის დაკითხვა სიტუაციის გასარკვევად

¹ From Kupperschmidt Klentz, Ward & Reinholtz, 2010

გახდი ავთენტური	თვითშემეცნების პროცესი საკუთარი მიზნების გააზრებისთვის, პროფესიული ღირებულებების მიღებისა და პრაქტიკაში განხორციელების მიზნით, გულითადი ქმედება, პატივისცემითი ურთიერთობების ჩამოყალიბება და თვით-დისციპლინის გაუმჯობესება
გახდი გონიერი	ვერბალური თუ არავერბალური კომუნიკაციის შემეცნების და მასზე ყურადღების გამახვილების პროცესი, დღევანდელ დღეზე ორიენტირებულობა და თითოეული აზრისა და გრძნობის გაცნობიერება და მიღება
გახდი გულწრფელი	გულწრფელად მიზნობრივი საუბარის პროცესი, რომელიც თავისუფალია ხარვეზებისგან და სიმართლის თქმასთან ან მოსმენასთან დაკავშირებული რისკისგან

ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს შეუძლიათ ასევე მიჰყვნენ მეორე მოდელს, რომელიც შეეხება სიცოცხლის ხარისხთან დაკავშირებულ პრობლემებს, სამუშაო ადგილზე ძალადობის ჩათვლით (Torado-Franceschi, 2015). ამ მოდელის აკრონიმია ART, რომლის ასოებიც შეესაბამება: ცოდნას (acknowledging) და მასთან დაკავშირებულ პრობლემას, შესაძლებლობის ამოცნობას (recognition) და მიზნის მისაღწევად მის გამოყენებას, საკუთარ თავში ჩაღრმავებას (turning) და სხვებთან, საკუთარ თავთან და გარემოსთან ისე დაკავშირებას, რაც კმაყოფილების მომტანი იქნება ყველასთვის. ეს მოდელი ექთნებისგან მოითხოვს უფრო ისაუბრონ და ადვოკატირება გაუწიონ საკუთარ თავს, არ იყვნენ ჩუმად ან არ მიყვნენ დინებას, რაც საბოლოოდ სიტუაციაში საკუთარი თავის დაკარგვამდე მიიყვანთ მათ.

შეჯამება

არაჯანსაღ სამუშაო გარემოში აღინიშნება პაციენტის გააქტიურებისთვის საჭირო მონყობილობების ნაკლებობა, ხდება ექთნების გადაღლის იგნორირება და ზიანის მომტანი საქციელის ნახალისება. შეცდომები და პრევენციობადი გვერდითი მოვლენები, რაც ასე ხშირია მსგავს გარემოში, ინვესტს პაციენტის უკმაყოფილებას, ზრდის ჯანდაცვის ხარჯებს და ხელს უშლის სამუშაო ადგილზე ექთნების შენარჩუნებას. ყველა ექთანი, მიუხედავად მათი ფუნქციისა, ვალდებულია ნვლილი შეიტანოს უსაფრთხო და ჯანმრთელი გარემოს ჩამოყალიბებაში, რაც, თავის მხრივ, გაზრდის პაციენტების, პაციენტის ოჯახის და საკუთარ კოლეგების მხრიდან მათ პატივისცემას (ANA, 2015). ყველა დონეზე და ყველანაირ პირობებში მომუშავე ექთნებს აქვთ მორალური ვალდებულება ითანამშრომლონ კოლეგებთან პატივისცემაზე დაფუძნებული და ძალადობისგან თავისუფალი გარემოს შესაქმნელად. მათი ეთიკური მოვალეობაა უსაფრთხო და ჯანმრთელი გარემოს შექმნა. ურთიერთპატივისცემას სამუშაო გარემოში შემოაქვს სიხალისე და ღირებულების შეგრძნება, რაც ზრდის პერსონალის კმაყოფილებას. ყველა ის ფაქტორი, რომელიც განაპირობებს არაჯანსაღ გარემოს, უარყოფითად მოქმედებს ზოგადად უსაფრთხო გარემოს ჩამოყალიბებაზე და ხელს უშლის მის შენარჩუნებას.

რეკომენდებული ვებ-გვერდები:

- American Association of Critical-Care Nurses: Workplace violence prevention: www.aacn.org/wd/practice/docs/pyblicpolicy/workplace-violence.pdf
- American Nurses Association: Safe patient handling and mobility: www.nursingworld.org/MainMenuCategories/Policy-Advocacy/State/Legislative-Agenda-Reports/State-SafePatientHandling

- American Nurses Association: Nursing practice and work environment: www.nursingworld.org/MainMenuCategories/WorkplaceSafety
- Clark, C: Civility matters: <https://research.boisestate.edu/ott/civility-matters-3/>
- Nursing Organizations Alliance. (2003). Principles and elements of a healthful practice/work Environment. Retrieved from <http://www.aone.org/resource/healthful-practice-work.pdf>
- Occupational Safety and Health administration: Guidelines for preventing workplace violence for healthcare and social service workers: www.osha.gov/Publications/osh3148.pdf
- VitalSmarts: Silence kills: www.aacn.org/wd/practice/docd/publicpolicy/dilencekills.pdf

გამოყენებული ლიტერატურა:

- American Association of Colleges of Nursing. (2002). Hallmarks of the professional nursing practice environment [white paper]. Retrieved from www.aacn.nche.edu/publications/white-papers/hallmarkspractice-environment
- American Association of Critical-Care Nurses. (2014). AACN healthy work environment assessment: Team assessment results. Retrieved from www.aacn.org/WD/HWE/Docs/HWESampleAssessment.pdf
- American Association of Critical-Care Nurses. (2016). AACN standards for establishing and sustaining healthy work environments: A journey to excellence (2nd ed.). Aliso Viejo, CA: Author. Retrieved from <http://www.aacn.org/wd/hwe/docs/hwestandards.pdf>
- American Nurses Association. (2006). Assuring patient safety: Registered nurses' responsibility in all roles and settings to guard against working when fatigued [position statement]. Retrieved from www.nursingworld.org/MainMenuCategories/Policy-Advocacy/Positions-and-Resolutions/ANAPositionStatements/Archives/Copy-of-AssuringPatientSafety-1.pdf
- American Nurses Association. (2008). Elimination of manual patient handling to prevent work-related musculoskeletal disorders [position statement]. Retrieved from <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/WorkplaceSafety/Healthy-Work-Environment/SafePatient/Elimination-of-Manual-Patient-Handling-to-Prevent-Work-Related-Musculoskeletal-Disorders.html>
- American Nurses Association. (2013). Safe patient handling and mobility: Interprofessional national standards [brochure]. Retrieved from www.nursingworld.org/MainMenuCategories/WorkplaceSafety/HealthyWork-Environment/SafePatient/SPHM-Trifold-Brochure.pdf
- American Nurses Association. (2014). Addressing nurse fatigue to promote safety and health: Joint responsibilities of registered nurses and employers to reduce risks [revised position statement]. Retrieved from https://www.michigan.gov/documents/mdch/Nurse-Fatigue-ANA-Position-Statement_475006_7.pdf
- American Nurses Association. (2015a). Code of ethics for nurses with interpretive statements. Silver Spring, MD: Author.
- American Nurses Association. (2015b). Nursing scope and standards of practice (3rd ed.). Silver Spring, MD: Author.
- American Nurses Association. (2015c). Incivility, bullying, and workplace violence [position statement]. Retrieved from <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/Policy-Advocacy/PositionsandResolutions/ANAPositionStatements/Position-Statements-Alphabetically/Incivility-Bullying-andWorkplace-Violence.html>
- American Nurses Association. (2016a). Nurses' bill of rights. Retrieved from www.nursingworld.org/NursesBillOfRights
- American Nurses Association. (2016b). Nursing practice and work environment. www.nursingworld.org/DocumentVault/Headline-items/Workplace-Safety
- American Nurses Association. (2016c). Safe patient handling and mobility (SPHM). Retrieved from www.nursingworld.org/MainMenuCategories/Policy-Advocacy/State/Legislative-AgendaReports/State-SafePatientHandling_3021_Ch13_271-293_14/01/17_3:52_PM_Page291
- American Organization of Nurse Executives. (2014). AONE guiding principles: Mitigating violence in the workplace. Retrieved from www.aone.org/resources/mitigating-workplace-violence.pdf
- Bae, S. H., & Fabry, D. (2014). Assessing the relationships between nurse work hours/overtime and nurse and patient outcomes: systematic literature review. *Nursing Outlook*, 62(2), 138–156.

- Callison, M. C., & Nussbaum, M. A. (2012). Identification of physically demanding patient-handling tasks in an acute care hospital: Task analysis and survey results. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 42, 261–267.
- Chapman, R., Styles, I., Perry, L., & Combs, S. (2010). Examining the characteristics of workplace violence in one non-tertiary hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 19(3–4), 479–488.
- Child, R. J., & Mentis, J. C. (2010). Violence against women: The phenomenon of workplace violence against nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(2), 89–95.
- Clark, C. M., Barbosa-Leiker, C., & Gill, L., Nguyen, D. T. (2015). Revision and psychometric testing of the incivility in nursing education (INE) survey: Introducing the INE-R. *Journal of Nursing Education*, 54(6), 306–315.
- Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., ... Warren, J. (2007). Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55(3), 122–131.
- Embree, J. L., & White, A. H. (2010). Concept analysis: Nurse-to-nurse lateral violence. *Nursing Forum*, 45(3), 166–173. Fitzpatrick, M. A. (2014). Safe patient handling and mobility: A call to action. *American Nurse Today*, 9(9), 1.
- Griffin, M., & Clark, C. M. (2014). Revisiting cognitive rehearsal as an intervention against incivility and lateral violence in nursing: 10 years later. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 45, 535–542.
- Hegney, D., Tuckett, A., Parker, D., & Eley, R. M. (2010). Workplace violence: Differences in perceptions of nursing work between those exposed and those not exposed: A cross-sector analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 16(2), 188–202.
- Hockley, C. (2014). Violence in nursing: The expectations and the reality. In C. J.
- Huston (Ed.), *Professional issues in nursing: Challenges and opportunities* (3rd ed., 201–213). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins. International Council of Nurses. (2006). *Abuse and violence against nursing personnel [ICN position statement]*. Geneva, Switzerland: Author.
- Kaplan, K., Mestel, P., & Feldman, D. L. (2010). Creating a culture of mutual respect. *AORN Journal*, 91(4), 495–510.
- Kling, R. N., Yassi, A., Smailes, E., Lovato, C. Y., & Koehoorn, M. (2011). Evaluation of a violence risk assessment system (the Alert System) for reducing violence in an acute hospital: A before and after study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(5), 534–539.
- Krill, C., Raven, C., & Staffileno, B. A. (2012). Moving from a clinical question to research: The implementation of a safe patient handling program. *Medsurg Nursing*, 21(2), 104–106.
- Krill, C., Staffileno, B. A., & Raven, C. (2012). Empowering staff nurses to use research to change practice for safe patient handling. *Nursing Outlook*, 60(3), 157–162.
- Kupperschmidt, B., Kientz, E., Ward, J., & Reinholz, B. (2010). A healthy work environment: It begins with you. *Online Journal of Issues in Nursing*, 15(1), 3.
- Longo, J. (2012). *Bullying in the workplace: Reversing a culture*. Silver Spring, MD: American Nurses Association.
- L. C. Williams & Associates Research Group. (2011). *American Nurses Association 2011 health and safety survey report: Hazards of the RN work environment*. Retrieved from http://nursingworld.org/Functional_MenuCategories/MediaResources/MediaBackgrounders/The-Nurse-Work-Environment-2011-Health-Safety-Survey.pdf
- Lucian Leape Institute. (2013). *Through the eyes of the workforce: Creating joy, meaning, and safer health care*. Retrieved from www.npsf.org/wp-content/uploads/2013/03/Through-Eyes-of-the-Workforce_online.pdf
- Magnavita, N., & Heponiemi, T. (2011). Workplace violence against nursing students and nurses: An Italian experience. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(2), 203–210.

- McNamara, S. A. (2012). Incivility in nursing: Unsafe nurse, unsafe patients. *AORN Journal*, 95(4), 535–540. National Institute for Occupational Safety and Health. (2013). Workplace violence prevention for nurses. CDC Course No. WB1865-NIOSH Pub. 2013-155. Retrieved from www.cdc.gov/niosh/topics/violence/training_nurses.html
- Nelson, R. (2014). Tackling violence against health-care workers. *Lancet*, 383(9926), 1373–1374. 292 PART III LEADERSHIP AND MANAGEMENT FUNCTIONS 3021_Ch13_271-293 14/01/17 3:52 PM Page 292 Chapter 13 Creating and Sustaining a Healthy Work Environment 293
- Occupational Safety and Health Administration. (2015). Guidelines for preventing workplace violence for healthcare and social service workers: www.osha.gov/Publications/osh3148.pdf
- Ogg, M. J. (2011). Introduction to the safe patient handling and movement series. *AORN Journal*, 93(3), 331–333. Page, A. (Ed.). (2004). *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses*. Washington, DC: National Academies Press.
- Rocker, C. F. (2012). Responsibility of a frontline manager regarding staff bullying. *Online Journal of Issues in Nursing*, 18(2), 6.
- Rogers, A. E., Hwang, W. T., Scott, L. D., Aiken, L. H., & Dinges, D. F. (2004). The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs*, 23(4), 202–212.
- Ruggiero, J. S., & Redeker, N. S. (2013). Effects of napping on sleepiness and sleep-related performance deficits in night-shift workers: A systematic review. *Biological Research for Nursing*, 16(2), 134–142.
- Schwarz, D. B., & Bolton, L. B. (2012). Leadership imperative: Creating and sustaining healthy workplace environments. *Journal of Nursing Administration*, 42(11), 499–501.
- Sherman, R., & Pross, E. (2010). Growing future nurse leaders to build and sustain healthy work environments at the unit level. *Online Journal of Issues in Nursing*, 15(1), 1.
- Spector, P. E., Zhou, Z. E., & Che, X. X. (2014). Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1), 72–84.
- The Joint Commission. (2011). The Joint Commission sentinel event alert: Health care worker fatigue and patient safety (issue 48). Retrieved from www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_48.pdf
- The Joint Commission. (2012). *Improving patient and worker safety: Opportunities for synergy, collaboration and innovation*. Oakbrook Terrace, IL: Author. Retrieved from www.jointcommission.org/assets/1/18/TJC-ImprovingPatientAndWorkerSafety-Monograph.pdf
- Todaro-Franceschi, V. (2015). The ART of maintaining the “care” in healthcare. *Nursing Management*, 46(6), 53–55.
- Wiseman, R. (2001). The ANA develops bill of rights for registered nurses. *American Journal of Nursing*, 101(11), 55–56.
- Witkoski, A., & Dickson, V. V. (2010). Hospital staff nurses’ work hours, meal periods, and rest breaks: A review from an occupational health nurse perspective. *AAOHN Journal*, 58(11), 489–497

ცვლილებების განხორციელება და კონფლიქტის მართვა

ამ თავში თქვენ შეისწავლით:

- ცვლილებების ტრადიციული თეორიებისა და მოდელების შედარებას;
- იმედის მომცემი ცვლილების თეორიებს;
- ცვლილებების პროცესში ლიდერი და მენეჯერი ექთნის როლს;
- ცვლილებაზე ჩვეული ადამიანური რეაქციის განსაზღვრას;
- სამუშაო ადგილზე ჩვეული კონფლიქტების ტიპებს;
- კონფლიქტების მართვის ხუთ მიდგომას.

ჯანდაცვაში მუდმივად ხდება ცვლილებები და ვლინდება კონფლიქტები ტექნოლოგიების მუდმივად განვითარების, ახალი რეგულაციების, საზოგადოების ცვალებადი მოლოდინების, მზარდი ეკოლოგიური პრობლემებისა და რესურსებზე მზარდი მოთხოვნილების გამო. ამის საპასუხოდ, ექთნები კარგად უნდა იცნობდნენ ცვლილების განხორციელების პრინციპებს და ესმოდეთ რომ არაეფექტიანი პროცესი შესაძლოა გახდეს კონფლიქტის აღმოცენების საფუძველი. ჯანდაცვის დინამიკურ გარემოში, ცვლილებები გარდაუვალი და არაპროგნოზირებადი და ის გავლენას ახდენს პერსონალზე, პაციენტებსა და მთლიანად ორგანიზაციაზე. ისტორიკოსი და ფემინისტი **Joan Wallach Scott**-ი ამბობს „ვინც ელოდება რომ ცვლილება იქნება კომფორტული და კონფლიქტებისგან თავისუფალი, მას არ შეუსწავლია საკუთარი ისტორია“ (**Quote Garden, 2016**). ცვლილებამ სამუშაოზე შესაძლოა წარმოშვას გაურკვეველობა და თანამშრომლებისგან ემოციური რეაქციის მიზეზიც გახდეს (**Bowers, 2011**). ადამიანთა უმეტესობას არ უყვარს ცვლილებები და როცა ეს ცვლილებები ხდება, ყველა ერთნაირად არ რეაგირებს მასზე.

ყველა დონეზე მომუშავე ექთანს უნდა გააჩნდეს ცვლილებების თეორიების და მოდელების საბაზისო ცოდნა, რათა შეასრულოს საექთნო საქმიანობასთან დაკავშირებული სოციალური მოთხოვნები ასახული **American Nurses Association (ANA, 2010) Nursing's Social Policy Statement**-ში. ეს დებულება ადგენს, რომ ექთნები ღია უნდა იყვნენ ცვლილებებისადმი და ახალი მტკიცებულებები უნდა დანერგონ საექთნო პრაქტიკაში. ამასთან, ექთნებმა ცვლილებებს უნდა მიმართონ უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობის უზრუნველყოფის მიზნით.

ცვლილება შესაძლოა იყოს ძნელი და განხორციელების გზაზე შეიძლება შეგვხვდეს რიგი წინააღმდეგობები, რაც შესაძლოა კონფლიქტშიც გადაიზარდოს. ექთანი ლიდერები და მენეჯერები არიან მნიშვნელოვანი ცვლილებების წარმატებულად განხორციელებისთვის როგორც განყოფილების, ასევე ორგანიზაციის დონეზე. ცვლილების წარმატებით განხორციელება და წარმართვა არის ლიდერისთვის აუცილებელი უნარ-ჩვევა (**Stefancyk, Hancock & Meadows, 2013**). ლიდერი და მენეჯერი ექთნები მოწოდებულნი არიან „აიღონ ლიდერის ფუნქცია თავის თავზე და ცვლილებების საწყის ეტაპზე ჩაერთონ ცვლილებების განხორციელებაში ბარიერების ნგრევის, არსებული გამოწვევების მიღების და ინოვაციური გადაწყვეტილებების მიღების გზით“ (**ANA, 2016, p. 16**).

ხშირად ცვლილება კონფლიქტის გამომწვევი ძირითადი მიზეზია. ლიდერებმა და მენეჯერმა ექთნებმა იციან, რომ კონფლიქტი სამუშაო ძალის მუდმივი თანამდევი ატრიბუტია (**Porter-O'Grady & Malloch, 2013**). მეტიც, კონფლიქტი დინამიკურია და არასდროს ქრება; ის შესაძლებელია მხოლოდ იმართოს. ექთან ლიდერებსა და მენეჯერებს აქვთ ვალდებულება საკუთარი ცოდნა, უნარები და მიდგომები გამოიყენონ ცვლილებების და კონფლიქტების სამართავად (**ANA, 2016**).

ამ თავში, განხილულია ცვლილების ტრადიციული და იმედის მომცემი თეორიები. ასევე მოცემულია გაზამკვეთები ცვლილებების სამართავად და ინოვაციები კონფლიქტების გადასაწყვეტად.

ცოდნა, უნარები და მიდგომები დაკავშირებული ძირითად კომპეტენციებთან ასევე განხილულია ამ თავში: პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობა, გუნდური მუშაობა და თანამშრომლობა.

ცვლილების თეორიები

ცვლილება დინამიკური პროცესია და ნიშნავს რაიმეს შეცვლას ან რაიმეს კეთებას განსხვავებული გზით. ცვლილება შეიძლება იყოს დაგეგმილი ან დაუგეგმავი. დაგეგმილი ცვლილება არის მიზნობრივი, დათვლადი და თანამშრომლობითი, და გულისხმობს ცვლილების თეორიის წინასწარი განზრახვით გამოყენებას (Mitchell, 2013; Roussel, 2013). ცვლილება რომელიც არის მიზნობრივი და დაგეგმილი, როგორც წესი, პოზიტიურად მიიღება პერსონალის მხრიდან. ამის საპირისპიროდ, დაუგეგმავი ცვლილება ხდება მაშინ, როდესაც მოულოდნელი ცვლილების და კრიზისის მართვის საჭიროებაა. დაუგეგმავი ცვლილება შეიძლება იყოს პერსონალის აღელვების და სტრესის მიზეზი. წარმატებული ლიდერი და მენეჯერი ექთანი მართავს დაუგეგმავ ცვლილებას „ეფექტიანი კომუნიაციის, ადაპტაციის, კოორდინაციის და პერსონალთან ერთ პოზიციანზე ყოფნის გზით“ (Erickson, 2014, p. 125). მაღალი ეფექტიანობის ლიდერები და მენეჯერები აყალიბებენ მიაღალ-ფუნქციურ, უფლებამოსილ გუნდს, რომლის წევრებს აქვთ იმის აღქმა თუ რას უნდა მოელოდნენ ცვლილებისგან, როგორ უნდა შეინარჩუნონ სიმშვიდე კრიზისების დროს და როგორ აკეთონ ყველაფერი ის რაც სწორია პაციენტისთვის (ERICKSON, 2014). ცვლილებასთან მნიშვნელოვნად არის დაკავშირებული ინოვაცია. ინოვაცია ეს არის რაღაცის შექმნის პროცესი ფენომენის ან სიტუაციის ფუნდამენტური ანალიზის საფუძველზე.

ცვლილებების დანერგვა შესაძლოა რიგ გამონვევებთან იყოს დაკავშირებული, თუმცა თავის მხრივ ის აუცილებელია პროგრესისთვის. ხშირად, ცვლილების დანერგვის პროცესი წარუმატებელია რადგან ის ვინც პასუხისმგებელია ცვლილებაზე უგულვებლყოფს ცვლილებისადმი სტრუქტურულ მიდგომას. დაგეგმილი ცვლილებები ყველაზე კარგად ხორციელდება თეორიული ჩარჩო დოკუმენტის ან მოდელის გამოყენების გზით (Mitchell, 2013; Shirey, 2013). სიტუაციის სპეციფიკიდან და ცვლილების ხასიათიდან გამომდინარე ისაზღვრება ცვლილებისთვის შესაფერისი თეორია ან ჩარჩო დოკუმენტი, რომელთა საშუალებითაც შესაძლებელია პროცესის წარმართვა და მართვა და საბოლოოდ დასახული ცვლილების განხორციელება (Shirey, 2013). ცვლილების ყველა თეორია არ არის საექთნო პრაქტიკისთვის შესაბამისი, ამიტომ ლიდერი და მენეჯერი ექთნები კარგად უნდა იცნობდნენ ამ თეორიებს და უნდა შეეძლოთ საჭირო მოდელის გონივრულად შერჩევა. ძირითადად გამოყენებული ცვლილების თეორია და მოდელი არის ორი: 1) ტრადიციული თეორიები და მოდელები და 2) იმედის მომცემი თეორიები.

ტრადიციული ცვლილებების თეორიები და მოდელები

ტრადიციული ცვლილების თეორიები და მოდელები არის ხაზოვანი და ეყრდნობა მოსაზრებას, რომ ცვლილება უნდა განხორციელდეს ეტაპობრივად, ნაბიჯ-ნაბიჯ. იმისთვის რომ ცვლილება იყოს წარმატებული, ორგანიზაციამ ან განყოფილებამ უნდა გაიაროს ცვლილებისთვის დამახასიათებელი თითოეული ეტაპი. ეს თეორიები მოითხოვს მუდმივ მუშაობას მიზნების მისაღწევად და ცვლილების სტაბილურად შესანარჩუნებლად. ცხრილ 12-1-ში ნაჩვენებია ტრადიციული ცვლილების თეორიების შედარება.

ცხრილი 12-1 ცვლილების ტრადიციული თეორიებისა და მოდელების შედარება

	Lewin (1951)	Lippitt et al. (1958)	Rogers (1995, 2003)	Kotter (1996)
თეორია და/ან მოდელი	Force-field მოდელი	ცვლილების მოდელის ფაზები	ინოვაცია-გადაწყვეტილების პროცესი	რვა საფეხურიანი პროცესი ძირითადი ცვლილება
მოდელი კომპონენტები	გალობა	<ul style="list-style-type: none"> პრობლემის დიაგნოსტიკა მოტივაციის შეფასება და ცვლილების შესაძლებლობა ცვლილების წარმართველის მოტივაციის შეფასება და რესურსები 	<ul style="list-style-type: none"> ცოდნა დარწმუნება 	<ul style="list-style-type: none"> საჭიროების არსის დადგენა წარმართველი კოალიციის ჩამოყალიბება ხედვისა და სტრატეგიის შემუშავება ცვლილების ხედვის კომუნიკაცია
	მოძრაობა	<ul style="list-style-type: none"> პროგრესული ცვლილების მიზნების შერჩევა ცვლილების წარმართველისთვის შესაბამისი ფუნქციის შერჩევა 	<ul style="list-style-type: none"> გადაწყვეტა დანერგვა 	<ul style="list-style-type: none"> ფართო ხასიათის ქმედების გაძლიერება მოკლე პერიოდის გამარჯვების გენერირება
	გაყინვა	<ul style="list-style-type: none"> ცვლილების შენარჩუნება მისი დანებების შემდეგ დამხმარე ურთიერთობების დასრულება 	დადასტურება	<ul style="list-style-type: none"> მიღწევების კონსოლიდაცია და ახალი ცვლილების გენერირება ახალი მიდგომების კულტურაში გადატანა
გამოყენების დრო	პრობლემების გადაჭრისთვის გამოსაყენებელი მთავარი მოდელი და უმეტეს სიტუაციაში გამოყენებადი დაგეგმილი ცვლილება	ძირითადი მოდელი უმეტესად გამოიყენება დაგეგმილი ცვლილებისა და პროცესებისთვის	მოდელი გამოყენებადია ინდივიდუალური და ორგანიზაციული ცვლილებისთვის და განსაკუთრებით ნაჩვენებია ტექნოლოგიური ცვლილების დასაწერგად	ეფექტიანი მოდელი სწრაფად ცვალებადი და სწავლაზე ორიენტირებული ორგანიზაციებისთვის

ლევინის ძალა-სივრცე მოდელი (Lewin's Force-Field Model 1951)

ეს თეორია არის ერთ-ერთი ყველაზე ხშირად გამოყენებული თეორია. Lewin-ს სჯეროდა, რომ ცვლილება აღმოცენდება ორი სივრცისგან ან ორი გარემოებითი ძალისგან: 1) მამოძრავებელი ძალები (დამხმარე ძალები), რომლებიც ცდილობენ ცვლილებების ხელშეწყობასა და მათ წარმართვას და 2) შემაკავებელი ძალები (ხელისშემშლელი ძალები), რომლებიც ცდილობენ შეენინააღმდეგონ ცვლილებას და შეინარჩუნონ ცვლილებამდე არსებული სტატუსი. წარმატებული ცვლილება საჭიროებს, რომ მამოძრავებელი ძალები სჭარბობდეს შემაკავებელ ძალებს. სამ ეტაპიანი ცვლილების მოდელი მოიცავს სტატუს კვოს მოშლას, ახალი გზით წასვლას და ცვლილების გაყინვას ანუ სტაბილიზაციას (Lewin, 1951; Mensik, 2014; Shirey, 2013):

1. სტატუს კვოს მოშლის ეტაპი ეს არის ეტაპი, რომლის დროსაც დღის წესრიგში დგება ცვლილების საჭიროება და ხდება შემაკავებელი და მამოძრავებელი ძალების განსაზღვრა. ცვლილების განმახორციელებელმა უნდა დაადგინოს ცვლილების ურგენტულობა, მამოძრავებელი ძალების გაძლიერებისა და შემაკავებელი ძალების დასუსტების გზები. ამ ეტაპზე, ლიდერი და მენეჯერი ექთნები შეიძლება დაეხმარონ პერსონალს ცვლილებების განხორციელებაში ნდობის ჩამოყალიბებისა და ცვლილებებში პერსონალის ჩართულობის გააქტიურების გზით. ამ ეტაპზე ვლინდება ცვლილების განხორციელების მოტივაცია.
2. მოძრაობის ეტაპი იწყება ცვლილებების ინიცირებიდან. ამ ეტაპზე ხდება ინფორმაციის შეგროვება, ცვლილებების დაგეგმა და ცვლილების განხორციელების დაწყება. მოძრაობის ეტაპზე ხდება ინოვაციების გამოკვლევა, მიღება და ტესტირება. ეს ეტაპი მოითხოვს სტატუს კვოს დარღვევას და აზროვნებისა და ქცევის ახალი სტილის შემუშავებას. ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს შეუძლიათ ხელი შეუწყონ სიახლისკენ მოძრაობას. ცვლილება გავლენას ახდენს პერსონალზე. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები, ქოუჩინგისა და გადამწყვეტილებების მიღებაში პერსონალის აქტიურად ჩართვის გზით, შეიძლება დაეხმარონ პერსონალს ცვლილებების შიშის დაძლევისა და პრობლემების გადაჭრაში.
3. გაყინვის ან სტაბილიზაციის ეტაპი მოიცავს ცვლილების სტაბილიზაციასა და წონასწორობის მიღწევას. ამ ეტაპზე ინოვაცია უკვე ხდება რუტინული, ცვლილება გარდაქმნება ნორმად. ამ ეტაპზე, ფორმალური თუ არაფორმალური საშუალებების (პოლისები, პროცედურები, სტადარტები და სხვა მიღებული საშუალებები) გამოყენებით, ლიდერსა და მენეჯერ ექთნებს შეუძლიათ ხელი შეუწყონ ცვლილებას. ეს ეტაპი მნიშვნელოვანია ცვლილების სტაბილიზაციისთვის.

ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა უნდა გამოიყენონ მამოძრავებელი ძალების გაძლიერებისა და შემაკავებელი ძალების შესუსტების სტრატეგია, რათა ხელი შეუწყონ ცვლილების წარმატებულად განხორციელებას. Lewin-ის თეორიაზე ბევრი სხვა თეორიაა დამყარებული.

ცვლილების მოდელში ლიპიტის ფაზები (Lippitt's Phases of Change Model 1958)

Lippitt, Watson და Wesley-მ (1958) განავრცეს Lewin-ის თეორია გარკვეული ეტაპების დამატებით ცვლილების დანერგვის პროცესში. Phases of Change Model-ი იყენებს საექტონო საქმიანობისთვის ჩვეულ ენას და უფრო მეტად ორიენტირებულია ცვლილების პროცესში ჩართულ ადამიანებზე, ვიდრე თვითონ პროცესზე. ეს მოდელი ხაზს უსვავს კომუნიკაციის და რეპორტირების მნიშვნელოვნებას. ეს მოდელი განსაზღვრავს შემდეგ შვიდ ეტაპს (Lippitt, Watson & Wesley, 1958; Mensik, 2014; Mitchell, 2013):

1. პრობლემის დადგენა, რაც გულისხმობს ცვლილების საჭიროების იდენტიფიცირებას და მონაცემთა შეგროვების პროცესში სხვების ჩართვას. ეფექტიანი კომუნიკაცია სასი-

ცოცხლოდ მნიშვნელოვანია ამ ეტაპზე ქორების თავიდან აცილების მიზნით. ლიდერსა და მენეჯერ ექთნებს შეუძლიათ ცვლილებასთან დაკავშირებული სავარაუდო გეგმის შემუშავება.

2. ცვლილებასთან დაკავშირებით მოტივაციისა და შესაძლებლობების შეფასება, რაც ნიშნავს განყოფილების ან ორგანიზაციის ცვლილებისადმი მზაობის შესწავლას. ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა ცვლილების შესახებ უნდა აცნობონ მათ ვისაც შეეხება ცვლილება, უპასუხონ მათ კითხვებს, დაუსაბუთონ ცვლილების რაციონალობა და მასთან დაკავშირებული სავარაუდო წინააღმდეგობების რისკი.
3. ცვლილების ინიციატორის მოტივაციის და რესურსების შეფასება საჭიროა ცვლილების წარმატებულად განხორციელებისთვის. ამ პირს უნდა ჰქონდეს საკმარისი მოტივაცია ცვლილების განსახორციელებლად და უნდა მისდოს ცვლილების პროცესს მის დასრულებამდე. ცვლილების ინიციატორებმა რეალურად უნდა განსაზღვრონ ცვლილების განხორციელებისთვის საჭირო დრო და აიყვანონ დამხმარე ამ პროცესის წარსამართად.
4. ცვლილების მახასიათებლების შერჩევა, ეს არის თვითონ ცვლილების ხასიათის დადგენის, რეალური მიზნების განსაზღვრისა და ცვლილების გეგმის შემუშავების პროცესი. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები აქტიურად აფასებენ საკუთარ გუნდს და პროცესთან დაკავშირებული გარკვეული პასუხისმგებლობის დელეგირებას ახდენენ თანამშრომლებზე.
5. ცვლილების ინიციატორისთვის შესაბამისი როლის შერჩევა, რაც უკავშირდება ბოლო ეტაპებზე ცვლილების დანერგვას. ამ ეტაპზე მნიშვნელოვანია ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა გამოიჩინონ გარკვეული მოქნილობა გადაწყვეტილებების მიღების დროს.
6. დაწყებული ცვლილების შენარჩუნება, პროცესი რომელიც მნიშვნელოვანია ორგანიზაციულ კულტურაში ცვლილების ინტეგრაციის კუთხით. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები ახორციელებენ ცვლილების მონიტორინგს, აფასებენ გახდა თუ არა ცვლილება სისტემის ნაწილი. კომუნიკაცია და უკუკავშირი სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია ამ ეტაპზე რათა არ მოხდეს წინა ეტაპზე დაბრუნება.
7. ცვლილების პროცესში დახმარების შეწყვეტა, რაც ნიშნავს რომ პროცესის სტაბილიზაციის და ცვლილების შეფასების შემდეგ ცვლილების ინიციატორი გადის პროცესიდან. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები ახდენენ ამ ცვლილების მდგრადობის მონიტორინგსა და შეფასებას.

ცვლილების ინიციატორის როლი ძალიან მნიშვნელოვანია Lippitt-ის მოდელში. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები ირგებენ ცვლილების ინიციატორის ფუნქციას და სწორედ ისინი არიან ინოვაციების პრაქტიკაში დანერგვაზე პასუხისმგებელნი (Mensik, 2013, p. 64).

როჯერების ინოვაცია-გადაწყვეტილებასთან დაკავშირებული პროცესი (Rogers' Innovation-Decision Process 1995)

როჯერებმა (1995) განავრცეს Lewin-ის თეორია და შეიმუშავეს ხუთ ეტაპიანი ინოვაცია-გადაწყვეტილების პროცესი, რომელიც მოიცავს დროში გამოსახული ქმედებებისა და ვარიანტების სერიას, რასაც უნდა მიყვნენ ინდივიდები ან გადაწყვეტილების მიმღები ერთეულები. თავისი საქმიანობისას, ცვლილებისადმი ჩვეული საკუთარი ქცევითი პასუხის აღიარებით, ამ ინდივიდებმა შეიძლება ხელი შეუწყონ ცვლილებას. ამ პროცესთან დაკავშირებული ხუთი ეტაპია (Rogers, 1995; Shirey, 2006):

1. ცოდნა, რომელიც გროვდება მაშინ, როდესაც ინდივიდს ან გადაწყვეტილების მიმღებ ერთეულს შეხება აქვს ინოვაციასთან და ამ შეხების საფუძველზე აგროვებს ინფორმაციას ინოვაციასთან დაკავშირებულ სიახლეებზე. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები აყალი-

ბებენ ცვლილების საჭიროებას და ზრდიან პერსონალის მოტივაციას მეტი გაიგონ აღნიშნულ ინოვაციასთან დაკავშირებით.

2. დარწმუნება, რომელიც ვლინდება მაშინ როდესაც ინდივიდები ან გადანყვეტილების მიმღები ერთეულები იმუშავენ ინოვაციების მიმართ მიმღებლობას ან მიუღებლობას. ამ ეტაპზე მნიშვნელოვანია ინოვაციის სხვადასხვა მახასიათებლების აღქმა. ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს შეუძლიათ წაახალისონ პერსონალი ინოვაციასთან დაკავშირებული პოზიტიური გამოცდილების კოლეგებთან გაზიარების გზით, მათდამი პოზიტიური დამოკიდებულების ჩამოყალიბების მიზნით.
3. გადანყვეტილება, რომელიც ვლინდება მაშინ, როდესაც ინდივიდები ან გადანყვეტილების მიმღები ერთეულები ახდენენ ინოვაციების მიღებას ან უარს ამბობენ მასზე. ინოვაციების მიღებისთვის, ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს შესაძლოა დასჭირდეთ ინოვაციის ტესტირება კონკრეტულ გარემოში. ამ დროს პერსონალმა შეიძლება შეიცნოს ინოვაციის მათთვის სასურველი მახასიათებლები.
4. დანერგვა, რომელიც ხდება მაშინ როდესაც ინდივიდუალური ან გადანყვეტილების მიმღები ერთეულები იწყებენ ამ ინოვაციის გამოყენებას. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები დარწმუნებულნი უნდა იყვნენ, რომ იმპლემენტაციისთვის საჭირო ტექნიკური მხარდაჭერა და შესაბამისი ინფრაქსტურა უზრუნველყოფილია. მხოლოდ ამ გზით არის შესაძლებელი ინოვაციის დანერგვის გზაზე შეფერხებების თავიდან აცილება.
5. დადასტურება, რომელიც ხდება მაშინ როდესაც ინდივიდები ან გადანყვეტილების მიმღები ერთეულები ცდილობენ ინოვაციის მიღებასთან ან უარყოფასთან დაკავშირებით მიღებული გადანყვეტილების გამყარებას ან უკვე მიღებული გადანყვეტილების ცვლილებას (Rogers, 1995, p. 162). მთლიანად, პერსონალს სურს თავიდან აიცილოს კონფლიქტი და იმუშაოს ინოვაციის დანერგვის მიმართულებით. ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს შეუძლიათ პერსონალის გამხნეება და გადანყვეტილების სისწორის დამტკიცება (Shirey, 2006). ცვლილების სტაბილიზაციისთვის და თვითდაჯერებულობის განმტკიცების მიზნით ამ ეტაპზე შესაძლოა ხანგრძლივი მხარდაჭერა იყოს საჭირო.

Rogers თვლის, რომ ცვლილების წარმატებისთვის საჭიროა ცვლილებასთან შეხებაში მყოფი ყველა პირი იყოს ამ ცვლილების ერთგული. ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა კი უნდა მართონ ცვლილებაზე მოსალოდნელი ქცევითი რეაქციები და უნდა სცადონ ნეგატიური დამოკიდებულება გადაიყვანონ ინოვაციასა და ცვლილების მიმართ პოზიტიურ დამოკიდებულებაში (Rogers, 1995). ლიდერი და მენეჯერი ექთნები ჩართულნი არიან ინოვაციასთან დაკავშირებული ხედვის გაზიარებაში და უზრუნველყოფენ ამ ცვლილების მდგრადობის შენარჩუნებისთვის საჭირო ლიდერობას.

კოტერის რვა-ეტაპიანი პროცესი მნიშვნელოვანი ცვლილების განხორციელებისათვის (Kotter's Eight-Stage Process of Creating Major Change 1996)

Kotter-მა (1996) ივარაუდა, რომ ცვლილების წარმატებულობა განპირობებული უნდა ყოფილიყო მრავალეტაპიანი პროცესით, რომელსაც უნდა გადაელახა ყველა წინააღმდეგობა და უნდა წარმართულიყო მაღალი კვალიფიკაციის ლიდერობის გზით. მან აღწერა ცვლილებასთან დაკავშირებული რვა ეტაპი, რომელიც უნდა დაეხმაროს ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს, როგორც ცოდნის მიღების, ისე ემოციური თვალსაზრისით (Kotter, 1996):

1. საჭიროების განსაზღვრა, რომელიც გაულისხმობს კონკურენციის შესწავლას და ხარისხის და/ან უსაფრთხოების გაუმჯობესების კუთხით ცვლილების საჭიროების განსა-

ზღვრას. ემ ეტაპზე, ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა უნდა წარმოადგინონ როგორც ძირითადი შესაძლებლობები, ისე პოტენციური კრიზისები და დაამტკიცონ ცვლილებების საჭიროება.

2. წარმმართველი კოალიციის შექმნა, რაც ნიშნავს ცვლილების წარმართვისთვის აუცილებელი ძალაუფლების მქონე პირების ერთ ჯგუფად შეკვრას და ამ ჯგუფის ამუშავებას. ჯგუფის ძირითადი ნევრების იდენტიფიკაცია და მათთვის გარკვეული უფლებამოსილების მინიჭება ცვლილებასთან მიმართებაში, წარმოადგენს ლიდერი და მენეჯერი ექთნების მნიშვნელოვან ამოცანას.
3. ხედვისა და სტრატეგიის შემუშავება, რომელიც ნიშნავს ცვლილებისთვის საჭირო ძალისხმევის წარმართვას. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები ამ ეტაპზე მნიშვნელოვან დროს უთმობენ ნათელი და ყველასათვის გასაგები ხედვის შემუშავებას.
4. ცვლილებაზე ხედვის კომუნიკაცია, რომელიც ნიშნავს ცვლილებასთან შემხებლობაში მყოფი ყველა პირისთვის ინფორმაციის მიწოდებას. ლიდერი და მენეჯერი ექთნების მიზანია რაც შეიძლება მეტ პიროვნებას გაუზიარონ ხედვა და გაზარდონ მათი მხრიდან მისი მიმღებლობა.
5. ფართოდ განსახორციელებელი ქმედების გაძლიერება, რომელიც გულისხმობს იმ სისტემისა და სტრუქტურების იმ ნაწილის ცვლილებას, რომელიც ახალი ხედვისთვის საფრთხის შემცველია, დაბრკოლებების გადალახვას და რისკისა და არატრადიციული იდეების ნახალისებას. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები აქტიურად უნდა დაუპირისპირდნენ ოპონენტებს. ამასთან, მათ შეუძლიათ პერსონალს მიაწოდონ საჭირო ინფორმაცია და დაეხმარონ მათ მიწოდებული ხედვის მიღებაში.
6. მოკლევადიანი წარმატებების მიღწევა, რაც ნიშნავს გაუმჯობესების გეგმის შემუშავებასა და ცვლილების დაგეგმვას ან „წარმატებების“ მიღწევას და მათ აღიარებას, იმ პირთა დაჯილდოებას ვინც პასუხისმგებელია ამ „წარმატებებზე“. ყურადღება უნდა გამახვილდეს ცინიკოსების, პესიმისტების და სკეპტიკოსების გავლენის შემცირებაზე პერსონალის დაჯილდოებისა და მოტივაციის გზით (Salmela, Eriksson & Fagerstrom, 2013).
7. მიღწევების კონსოლიდაცია და მეტი ცვლილებების განხორციელება, რაც გულისხმობს იმ სისტემებისა და პროცესების შეცვლას, რაც არ შეესაბამება ხედვას. ეს ეტაპი ასევე მოიცავს იმ პირების სამუშაოზე აყვანას, ნახალისებას და განვითარებას ვისაც შეუძლიათ ხედვის პრაქტიკაში დანერგვა და ახალი პროექტებისა და თემების გააქტიურება.
8. კულტურაში ახალი მიდგომების გამყარება, რაც ნიშნავს პროდუქტიულობაზე ორიენტაციითა და უკეთესი ლიდერობის უზრუნველყოფით უკეთესი ქმედებების შემუშავებას. ამ ეტაპზე ხდება ქცევისა და ორგანიზაციის წარმატებას შორის კავშირის და ორგანიზაციული ლიდერობის წარმატებულობის საზგასმა (Kotter, 1996, p.21). ლიდერი და მენეჯერი ექთნები ორიენტირებულნი არიან ცვლილებებისა და ინოვაციების შენარჩუნებაზე.

Kotter-ის მოდელში ლიდერი და მენეჯერი ექთნები ნებისმიერ ეტაპზე ცვლილების მნიშვნელოვანი განმაპირობებელი კომპონენტია მათი კომუნიკაციური უნარ-ჩვევების, ცვლილებასთან დაკავშირებული ხედვის, ღრმად გააზრების უნარის და ცვლილების საჭიროებაზე პერსონალის დარწმუნების უნარის გამო (Salmela et al., 2013).

Salmela, S., Eriksson, K., & Fagerstrom, L. 92013). ლიდერი ექთნების შეხედულებები და მიდგომები ორგანიზაციულ ცვლილებებზე. *Qualitative health Research*, 23(5), 689-699.

მიზანი

ამ კვლევის მიზანი იყო ორგანიზაციული ცვლილებების მიდგომებზე ლიდერი ექთნების შეხედულებების შესწავლა (მაგ., ჯანდაცვის ცენტრის შერწყმა საავადმყოფოსთან)

მეთოდები

ეს იყო თვისობრივი კვლევა, რომლის დროსაც *hermeneutical* დიზაინი და *Kotter's Eight-Stage Process of Creative Major Change*-ი იქნა გამოყენებული როგორც ჩარჩო დოკუმენტი. 17-მა ლიდერმა ექთანმა მიიღო მონაწილეობა ნახევრადსტრუქტურულ გამოკითხვაში. ინტერვიუს მიზანი იყო ლიდერი ექთნების ხედვებზე ინფორმაციის შეგროვება შემდეგი მიმართულებით:

- ცვლილება და მიდგომების შერწყმა, ცვლილების პროცესი;
- ცვლილების პროცესში მათი როგორც ლიდერის როლი;
- მათი წინამორბედი გამოცდილება ცვლილებასთან მიმართებით.

ინტერვიუდან მონაცემები გაანალიზებული იქნა ინტერპრეტაციული მიდგომით. ძირითადი აღმოჩენები:

კვლევის საფუძველზე ხაზი გაესვა სამ ძირითად თემას:

1. პოზიტიური და აქტიური ჩართულობა უწყვეტ ცვლილებაში: ლიდერი ექთნები ამ კვლევაში მიუთითებდნენ ცვლილების როგორც დღიური რუტინის ნაწილის აღქმაზე, მათ ჰქონდათ სურვილი ცვლილებების განხორციელებაში მიეღოთ მონაწილეობა და როგორც ლიდერებს გავლენა მოეხდინათ პერსონალზე.
2. ცვლილებებისადმი ნდობა და ადაპტაცია ღრმა ჩართულობის გარეშე: ლიდერ ექთნებს ამ კვლევაში ჰქონდათ ცვლილებისადმი პოზიტიური დამოკიდებულება, რომელიც აძლევდა მათ შესაძლებლობების დანახვის საშუალებას. ასევე ესმოდათ ცვლილების აუცილებლობა.
3. დაუცველობა და შფოთვა: ლიდერი ექთნები ამ კვლევაში, საკუთარ ლიდერულ ფუნქციასთან დაკავშირებით აღნიშნავდნენ დაუცველობის შეგრძნებას და აფიქსირებდნენ შფოთვას მათზე იმ დროს დაკისრებული მოვალეობებისა და მომავალში სავარაუდო ვალდებულებების გამო. მათ ჰქონდათ შეგრძნება თითქოს ცვლილების პროცესში ისინი მხოლოდ დამკვირვებლები იყვნენ.

ლიდერი და მენეჯერი ექთნების საქმიანობაზე შესაძლო გავლენა

ლიდერი და მენეჯერი ექთნები საუკეთესო რესურსია ორგანიზაციული ცვლილებების გასატარებლად. თუმცა, ამ კვლევის ავტორების თანახმად, ორგანიზაციის ხელმძღვანელები ყოველთვის არ რთავენ მათ ცვლილებების განხორციელების პროცესში. ამ კვლევის შედეგები ვარაუდობს, რომ ლიდერი და მენეჯერი ექთნების პოზიციები მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს ცვლილებაზე დადებითი კუთხით. მომავალში მათი ჩართულობა ამ პროცესში შესაძლოა ორგანიზაციის მასშტაბით ცვლილებების განხორციელების ხელშემწყობი იყოს.

ცვლილების განვითარებადი თეორიები

ტრადიციული თეორიები კარგია ცვლილების სტრუქტურის შესამუშავებლად და მიმართულების მისაცემად. თუმცა, ხაზოვანი მოდელი ვერ ასახავს ცვლილების დინამიურ ხასიათს და ადამიანების გაუთვალისწინებელ ქმედებებსა და საპასუხო რეაქციებს. ახალი თეორიები, თავისი კომპლექსურობიდან გამომდინარე, უფრო იმედის მომცემია ამ კუთხით. სისტემების თეორია წარმოადგენს ამ თეორიების საფუძველს. ცვლილებისა და ინოვაციებისადმი სისტემური მიდგომა იძლევა ცვლილების ყოვლისმომცველ ხედვას. ადამიანები, ოჯახები, ორგანიზაციები, ქალაქები და ქვეყნები ყველა განიხილება როგორც ურთიერთქმედებაში მყოფი სისტემები და ამ ურთიერთობებში ჩაღრმავებისას ადვილია კომპლექსურობის დანახვა.

განვითარებადი თეორიები უფრო ციკლურია ვიდრე ხაზოვანი და ორგანიზაციებისგან მოთხოვს სწრაფ და მოქნილ რეაქციას. ახალი თეორიები იძლევა ცვლილებებისა და ინოვაციების სხვა კუთხიდან დანახვის საშუალებას კომპლექსურობის მეცნიერებაზე დაყრდნობით. კომპლექსურობის თეორია აღიარებს, რომ მსოფლიო უწყვეტ მოძრაობაშია და რომ ერთი მიმართლებით ცვლილებას შეუძლია რიგი მიმართულებებით სხვა ცვლილებების გამოწვევა. ამიტომ ცვლილებები და ინოვაციების უკიდურესად გადაჯაჭვულია ერთმანეთთან, თანაც დინამიკური და არა-განჭვრეტადია (Porter-O'Grady & Malloch, 2013). ცვლილების წარმართვისა და მართვისას, სისტემის კომპლექსურობის აღქმა, განაპირობებს კოლექტიურ თანხმობას ცვლილებაზე. კომპლექსურობის მეცნიერებასა და სისტემების თეორიაზე დაყრდნობით ორი ძირითადი თეორია გამოიყენება ორგანიზაციული ქცევის გამოსახატავად, ესენი: ქაოსის თეორია და სწავლაზე ორიენტირებული ორგანიზაციის თეორია. ეს ორი თეორია ასევე გამოიყენება ცვლილებისა და ინოვაციის არსის გასაგებად. ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს, რომლებიც კარგად იცნობენ აღნიშნულ თეორიებს, შეუძლიათ პერსონალს დაეხმარონ ცვლილების წარმატებით განხორციელებაში.

ქაოსის თეორია

ბევრი ადამიანი ქაოსს აკავშირებს სრულ შემთხვევითობასთან. სინამდვილეში სიტყვა ქაოსი მომდინარეობს ბერძნული ენიდან და ნიშნავს „უფორმო მატერიას“. მაშინაც კი როდესაც სისტემა ქაოსური და არაორგანიზებულია, სინამდვილესი მის საფუძველში მაინც დევს რთული ნესრიგი. ქაოსის თეორია ეს არის ხაზოვანი და არა-განჭვრეტადი თეორია, რომელიც ხსნის თუ რატომ შეიძლება ორგანიზაციის ერთ ნაწილში მცირე ცვლილებამ გამოიწვიოს დიდი ცვლილება მთელი ორგანიზაციის მასშტაბით. ეს ეფექტი ასევე ცნობილია „პეპლის ეფექტის“ სახელწოდებით, რაც ნიშნავს რომ მსოფლიოს ერთ ნაწილში პეპლის ფრთების მოქნივამ შესაძლოა ქარიშხალი და ცუნამი გამოიწვიოს მსოფლიოს მეორე ნაწილში (Rowell, 2011; Mensik, 2014; Porter-O'Grady & Malloch, 2010). ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს უნდა ჰქონდეთ ჯანდაცვის სისტემის, ორგანიზაციისა და ორგანიზაციის ერთეულის სისტემურობის აღქმა. მათ ასევე უნდა ესმოდეთ რომ მრავალმხრივი ფაქტორებიდან გამომდინარე, ერთმა გადანვეტილებამ შესაძლოა გამოიწვიოს გაუთვალისწინებელი ცვლილებები სისტემის სხვა ნაწილში.

სწავლაზე ორიენტირებული ორგანიზაცია

სწავლაზე ორიენტირებული ორგანიზაციის თეორია პირველად აღწერილი იქნა Senge-ის მიერ (1990), რომელმაც ივარაუდა რომ წარმატების მისაღწევად მომავალში ორგანიზაციებისთვის საჭირო იქნებოდა „იმისი ცოდნა თუ როგორ დაეთანხმებიანთ ადამიანები სწავლაზე და გაეძლიერებიან მათი სწავლის უნარი“ (p. 4). მან მოუწოდა ლიდერებს ტრადიციული ავტორიტარული „მაკონტროლებელი ორგანიზაციები“ გარდაექმნათ სწავლაზე ორიენტირებულ ორგანიზაციებად. სწავლაზე ორიენტირებულ ორგანიზაციაში ორგანიზაციის ყველა წევრია ჩართული პრობლემების გადაჭრისა და ცვილების და სიახლეების დანერგვაში. ამ გზით ორგანიზაცია სწრაფად რეაგირებს შესაძლო ქაოსზე. Senge-იმ (1990) სწავლაზე ორიენტირებული ორგანიზაცია განსაზღვრა როგორც „ორგანიზაცია სადაც ადამიანები ცდილობენ მუდმივად გააფართოვონ საკუთარი შესაძლებლობები სასურველი შედეგების მისაღწევად, სადაც აზროვნების ფართო და ახალი ფორმებია ჩამოყალიბებული, სადაც კოლექტიურად მიზნის მიღწევა შესაძლებელია და სადაც ადამიანები მუდმივად სწავლობენ როგორ ისწავლონ ერთად“ (p.3).

Senge-მ განსაზღვრა სწავლაზე ორიენტირებულ ორგანიზაციად ჩამოყალიბებისთვის აუცილებელი ხუთი დისციპლინა: სისტემური აზროვნება, ინდივიდუალური ოსტატობა, მენტალური მოდელები, გაზიარებული ხედვის ჩამოყალიბება და გუნდური სწავლა.

სწავლაზე ორიენტირებული ორგანიზაციის წევრები მუდმივად მისდევენ ამ ხუთ პრინციპს და ორიენტირებული არიან მუდმივ სწავლაზე. რაც მეტს სწავლობენ, მით უფრო აცნობიერებენ იმას რასაც სწავლობენ. ჯანდაცვაში ამ ხუთი პრინციპის დანერგვა წარმოადგენს მაღალი ხარისხის და უსაფრთხო მკურნალობის წინაპირობას. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები ეხმარებიან პერსონალს ფართოდ შეხედონ სისტემას და პრობლემების კომპლექსურობას. ამ გზით პერსონალს საშუალება ეძლევა განახორციელოს ხანგრძლივ პერსპექტივაზე ორიენტირებული ცვლილებები და იმუშაონ ერთად მთლიანად სისტემის და არა მხოლოდ მისი მცირე ნაწილის გარდასაქმნელად (Senge, Hamilton & Kenia, 2015). განხორციელებული ცვლილება და დანერგილი ინოვაცია დროში მდგრადი უნდა იყოს.

ცვლილებისა და ინოვაციის მართვა

ცვლილებისა და ინოვაციის დანერგვა ლიდერი და მენეჯერი ექთნებისგან მოითხოვს შემდეგი ასპექტების ცოდნას: ვინ, რატომ, რა, როდის და როგორ (Porter-O'Grady & Malloch, 2013):

- ვინ: იგულისხმება ამ ცვლილებაში დაინტერესებული ძირითადი მხარეები (მაგალითად, პაციენტი და მისი ოჯახი, თანამშრომელი, საზოგადოება). დაინტერესებული მხარეების შესაცვლელად ან მათი მოტივირებისთვის, ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა პირველ რიგში უნდა შეიცნონ საკუთარი დამოკიდებულება და კომპეტენცია აღნიშნულ ცვლილებასთან მიმართებით. ისინი უნდა აფასებდნენ ცვლილების განხორციელებისთვის საჭირო საკუთარ მზაობას ცოდნის ან ცოდნის ნაკლებობის, კომფორტის ან რისკის, შესაძლო კონფლიქტისა და მისი გადაჭრის უნარების კუთხით.
- რატომ: იგულისხმება ცვლილების საჭიროების აღქმა. საჭიროების გაუცნობიერებლობა შესაძლოა გახდეს ცვლილების დანერგვისადმი წინააღმდეგობის გაჩენის ან ცვლილების წარუმატებლობის მიზეზი. დღევანდელი ჯანდაცვის კომპლექსურობისა და შეზღუდული რესურსებიდან გამომდინარე, ცვლილება ჯანდაცვაში უნდა იყოს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული და უნდა უკავშირდებოდეს პაციენტის უსაფრთხოებას, მკურნალობის ხარისხს და სამუშაო გარემოს გაუმჯობესებას.
- რა: გულისხმობს ცვლილებისა და ინოვაციის დანერგვისთვის აუცილებელ ქმედებებს. მას შემდეგ რაც დგინდება ცვლილების საჭიროება, ისაღვრება თვითონ ცვლილების რაობაც. ცვლილება და ინოვაცია შეიძლება შეეხოს პოლისების, პროცედურების, პროცესების და/ან სტანდარტების გადახედვასა და შემუშავებას. გახსოვდეთ, რომ გარკვეული ცვლილებების განხორციელებას დამატებითი რესურსები და ტექნოლოგიები შეიძლება დასჭირდეს, პერსონალის სწავლებისა და პროფესიული განვითარების ჩათვლით.
- როდის: მიუთითებს როდის და საიდან უნდა იქნეს ცვლილება დაწყებული და რამდენ ხანს უნდა გასტანოს ცვლილებასთან დაკავშირებულმა პროცესმა. ცვლილებისთვის საჭირო დრო ისაზღვრება ცვლილების უკან არსებული რეალობით. თუ როდის მოხდეს ცვლილება კარგად დგინდება მათი ჩართულობით, ვინც უნდა განახორციელოს ცვლილება ან ვისაც უნდა შეეხოს იგი.
- როგორ: მიუთითებს როგორ უნდა განხორციელდეს ცვლილება, რა ტექნიკა უნდა იქნას გამოყენებული ან რა პროცესებს უნდა შეეხოს.

ცვლილებისა და ინოვაციის განხორციელება, ეს უფრო მეტია ვიდრე ცვლილების დაგეგმვა. იგი საჭიროებს ოთხ კომპეტენციას:

1. პერსონალის ცოდნა და პასუხისმგებლობა, თითოეული წევრის ცვლილებასთან დაკავშირებული ძლიერი და სუსტი მხარეების გათვალისწინებით, ტექნიკური უნარებისა და კომპიუტერული ცოდნის ჩათვლით;
2. ცვლილებისა და ინოვაციის კონცეფციის და საჭირო იარაღების ცოდნა;
3. გუნდის წევრების ნახალისებისა და მათთან თანამშრომლობის უნარი;
4. ცვლილებასთან დაკავშირებული დაუცველობის აღქმა და რისკის ალების უნარი.

ლიდერი და მენეჯერი ექთნები პასუხისმგებელნი არიან, ცვლილების პრაქტიკაში განხორციელებისა და სასურველი გამოსავლების მისაღწევად საჭირო სიახლეების შემუშავებაზე (ANA, 2016). The American Organization of Nurse Executives (AONE)-მ შეიმუშავა ლიდერი და მენეჯერი ექთნებისთვის აუცილებელი კომპეტენციების ჩამონათვალი: კომუნიკაციისა და ურთიერთობების ჩამოყალიბება, ჯანდაცვის სისტემის ცოდნა, ლიდერობა, პროფესიონალიზმი და ბიზნეს უნარები (AONE, 2015). ცვლილების მართვა შეიძლება განხილულ იქნეს როგორც ლიდერობის ერთ-ერთი კომპეტენცია და უნდა მოიცავდეს (AONE, 2015, p. 8):

- ცვლილების თეორიის გამოყენებას ორგანიზაციაში ცვლილებების განსახორციელებლად და დასაგეგმად;
- ცვლილების განმხორციელებლის ფუნქციის აღებას და სხვების დახმარებას ცვლილების საჭიროების, აუცილებლობის, გავლენისა და მასთან დაკავშირებული პროცესების სწორად აღქმასთან დაკავშირებით;
- რთულ გარდამავალ პერიოდში პერსონალის მხარდაჭერას;
- ცვლილებაზე თითოეული რეაქციის შესწავლას და მზაობას მოუხმინოს ყველას იდეასა და მიდგომას;
- სიტუაციის საჭიროებების მიხედვით ლიდერობის სტილის ადაპტირებას.

ეფექტურმა ლიდერმა და მენეჯერმა ცვლილების პროცესში უნდა იზრუნოს როგორც ადამიანებზე, ასევე მათ პროდუქტიულობაზე. მან პატივი უნდა სცეს პერსონალის ღირებულებებს და შექმნას მხარდამჭერი გარემო. ცვლილების მართვა ნიშნავს გახდეს ცვლილების წარმმართველი, ეფექტიანად უპასუხო ცვლილებას, მიიღო ცვლილება და მზად იყო წინააღმდეგობებთან ბრძოლისთვის.

გახდი ცვლილების წარმმართველი

ყველა დონეზე მომუშავე ექთნები თავად ახდენენ ცვლილებებს. ცვლილების წარმმართველია ის ვინც წარმართავს და მართავს ცვლილების პროცესს ჯგუფის დინამიკის, ცვლილებისადმი რეზისტენტობის, უწყვეტი კომუნიკაციის და სასურველი გამოსავლისკენ წინსვლის ჩათვლით. ცვლილების წარმმართველის მოვალეობებია:

- იმ საკითხზე მონაცემების შეგროვება, რომელიც საჭიროებს ცვლილებას;
- ჯგუფის წევრების ცვლილებაზე ინფორმირება და ცვლილების არსისა და საჭიროების აღქმაში მათი დახმარება;
- ცვლილების მიზნებისა და ამოცანების დადგენა და ცვლილების გეგმის შემუშავება;
- იმ პიროვნებების დადგენა, ვისაც აღნიშნული ცვლილება შეეხება და მათი ჩართვა ცვლილების განხორციელებაში;
- შემაფერხებელი და წარმმართველი ძალების იდენტიფიცირება;
- ცვლილების დანერგვა;

- პროცესში კომუნიკაციის უზრუნველყოფა;
- პროცესში მონაწილე პირების მხარდაჭერა;
- ცვლილების შეფასება და საჭიროების დროს მისი მოდიფიკაცია.

ცვლილების წარმმართველი უნდა იყოს ეფექტური კომუნიკატორი და გააჩნდეს კარგი ინტერპერსონალური ურთიერთობის უნარი. მას სჭირდება ისეთი ცოდნის, უნარებისა და მიდგომების გამომუშავება, რომელიც საშუალებას მისცემს გააერთიანოს ადამიანები, პროცესები და მიზნები ცვლილებაზე ორიენტირებით. ხშირად ლიდერი და მენეჯერი ექთნები თავად წარმოადგენენ ცვლილების წარმმართველებს. ამ დროს ისინი იღებენ პასუხისმგებლობას ცვლილების განხორციელებაზე და ამ პროცესში პერსონალის მხარდაჭერაზე.

მხოლოდ მაშინ, როდესაც ლიდერი და მენეჯერი ექთნების მაგალითი პოზიტიური და ენთუზიასით სავსეა, შეუძლიათ მათ სხვების შთაგონებაც.

ცვლილებაზე პასუხი

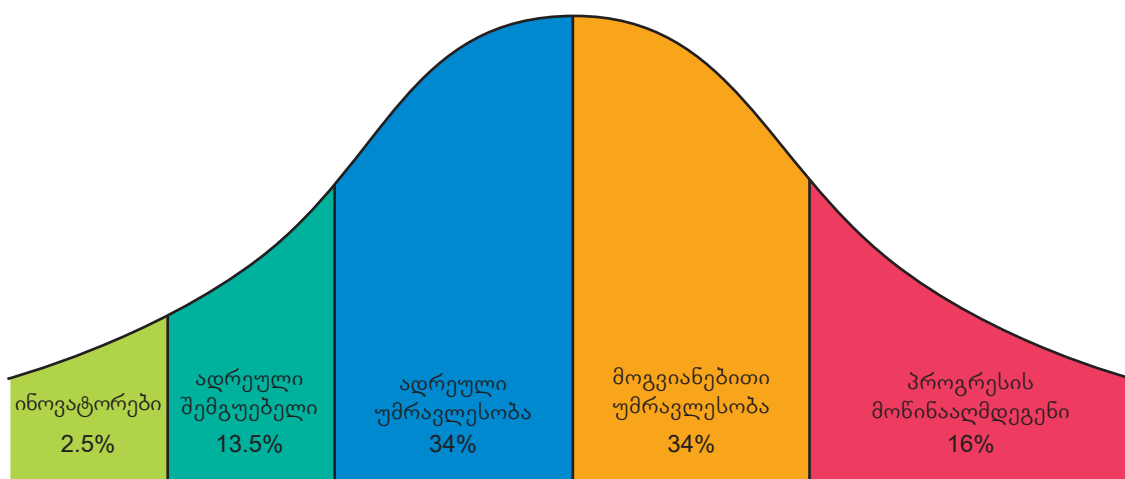
ცვლილებისადმი რეზისტენტობა ჩვეული მოვლენაა. სხვადასხვა ფაქტორებმა შეიძლება მოახდინოს გავლენა ინდივიდის უნარზე აწარმოოს ცვლილება. ხშირად ინდივიდები ადაპტირებულნი არიან არსებულ სიტუაციასთან და თავს კომფორტულად გრძნობენ, არ აქვთ ცვლილებიდან შესაძლო სარგებელის აღქმა და შიშით უყურებენ ცვლილებას. ცვლილების ეფექტური წარმმართველი კარგად იცნობს ცვლილებაზე ადამიანების მოსალოდნელ რეაქციას და ცვლილების გეგმაში ითვალისწინებს ამ რეაქციაზე პასუხსაც. პერსონალს სჭირდება დრო რომ შეეგუოს ცვლილებაზე აზრს და კიდევ უფრო მეტი დრო რომ მიიღოს იგი. ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს შეუძლიათ დაეხმარონ პერსონალს ცვლილებებთან გამკლავებაში. ამისთვის საჭიროა დარწმუნდნენ რომ პერსონალს ესმის ცვლილების ლოგიკა და ამასთან თითოეულ თანამშრომელს მისცენ საკუთარი ნუხილებისა და ემოციების გამოთქმის საშუალება. ცვლილების პროცესში, მათ ასევე შეუძლიათ დაეხმარონ პერსონალს ღია კომუნიკაციური გარემოს შექმნის, მუდმივი უკუკავშირის შენარჩუნებისა და პერსონალის გაძლიერების გზით.

როგორც ცვლილების წარმმართველებმა, ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს წინააღმდეგობების დასაძლევად შეუძლიათ გარკვეული სტრატეგიების გამოყენება. სხვადასხვა სტრატეგია სხვადასხვა სიტუაციაში მუშაობს, ამიტომ მნიშვნელოვანია ცვლილების წარმმართველმა განსაზღვროს რომელი სტრატეგიაა ყველაზე ღირებული კონკრეტული სიტუაციისთვის. Chinn and Benne-მ (1969) აღწერა სამი ძირითადი სტრატეგია. ნორმატიულ-რედუქციული სტრატეგია, რომელიც ორიენტირდება პერსონალის ურთიერთობით საჭიროებებზე, იყენებს კოლეგებზე ზეწოლას და ეყრდნობა მათ სურვილს ჰქონდეთ დამაკმაყოფილებელი სამსახურებრივი ურთიერთობები (Chinn & Benne, 1969). ეს სტრატეგია გამოიყენება მაშინ, როდესაც გარკვეული წინააღმდეგობებია პერსონალის მხრიდან მოსალოდნელი, მაგრამ ლიდერი და მენეჯერი ექთანი თვლის რომ ინდივიდები უფრო დაექვემდებარებიან ზეწოლას ვიდრე წინააღმდეგობას გაუწევენ ცვლილებას. ემპირიულ-რაციონალური სტრატეგია, რომელიც თვლის რომ თითოეულ თანამშრომელს საკუთარი ინტერესები აქვს და რომ მათთვის ინფორმაციის მიწოდება და მათი სწავლება დაეხმარება პერსონალს ქცევის ცვლილებაში და ცვლილებისა და ინოვაციის მიღებაში (Chinn & Benne, 1969). როგორც წესი, ცვლილების დანერგვის პირველ ეტაპზე ხდება ცვლილების საჭიროების ახსნა. როგორც კი პერსონალი გაიგებს ცვლილების საჭიროებას და დაინახავს სარგებელს, ის ცვლილებას მიიღებს. ემპირიულ-რაციონალური სტრატეგია გამოიყენება მაშინ, როდესაც მინიმალური წინააღმდეგობაა მოსალოდნელი პერსონალის მხრიდან. ძალა-იძულება სტრატეგია ეყრდნობა ძალასა და ავტორიტეტს და თვლის რომ პერსონალს ექნება რეაგირება ავტორიტეტის ფაქტორიდან და სამუშაოს დაკარგვის საშიშროებიდან გამომდინარე (Chinn & Benne, 1969). ეს სტრატეგია გამოიყენება მაშინ, როდესაც მიუხედავად უმრავლესობის დამოკიდებულებისა, ლიდერი და მენეჯერი ექთნები მაინც გეგმავენ ცვლილების განხორციელებას. ძალა-იძულება სტრატეგია იძლევა სწრაფ ცვლილებას და პერსონალი ეთანხმება მას, ცვლილების მიღების ან სამუშაოდან წასვლის გზით.

ცვლილების მიღება

ზოგადად ადამიანების მხრიდან ცვლილების მიღება ცვლილების დანერგვის პროცესის სხვადასხვა ეტაპსა და სხვადასხვა დროს ხდება. Rogers-ი (1995) თვლის რომ ადამიანები ამ მხრივ შეიძლება ხუთ კატეგორიად დაიყოს. იგი ამ კატეგორიებს გამოსახავს სფეროს სახით. სურათი 12-1 აჩვენებს აღნიშნულ კატეგორიებს. ადამიანების 2,5% ვინც იღებს ცვლილებას არიან „ინოვატორები“, ისინი ასევე ცნობილი არიან როგორც რისკის ამღებები. შემდეგი 13,5%-ს ეწოდება „ადრეული მიმღებები“, ისინი უფრო კარგად გრძნობენ თავს როდესაც ლეზულობენ ცვლილებას. შემდეგი 34% წარმოადგენს ე.წ. „ადრეულ უმრავლესობას“. ესენი არიან ადამიანები, რომლებიც დაფიქრდებიან მაგრამ თანამშრომლობენ „ადრეულ მიმღებებთან“ ცვლილებასთან შეჭიდული გადანყვეტილებების მიღებასთან დაკავშირებით. და ბოლოს, 16% ეს არის ე.წ. „ჩამორჩენილები“, ვინც ჩარჩენილია წარსულში. თითოეულ ამ კატეგორიას თავისი დამახასიათებელი თვისებები აქვს. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები უნდა იცნობდნენ თითოეული ჯგუფის მახასიათებლებს და მაქსიმალურად ეფექტიანად უნდა იყენებდნენ დროსა და საკუთარ ენერჯიას ცვლილების წარსამართად. ცხრილი 12-2 წარმოადგენს ცვლილების მიმღებების კატეგორიების ჩამონათვალს შესაბამისი დეფინიციებით.

სურათი 12-1 ცვლილების მიღების 5 კატეგორია



ცხრილი 12-2 ადაპტაციის ფარდობა, ადაპტორების კატეგორია და მათი მახასიათებლები

პროცენტი	კატეგორია	მახასიათებლები
2,5%	ინოვატორები (რისკის ამღებები)	<ul style="list-style-type: none"> • თანდაყოლილი სურვილი სიახლეების ძიებისა • ცვლილებების მხარდაჭერა • რისკის აღების სურვილი • გაუკრველობასთან გამკვლავების შესაძლებლობა • ხშირად არ არის პატივცემული სხვების მიერ, უყურებენ როგორც შორს მდგომს

13,5%	ადრეული შემგუბელი (პატივცემული)	<ul style="list-style-type: none"> • ღია და ცვლილების მიმღები • ხშირად ცვლილების წარმმართველის მიერაა მოძებნილი • როლის მოდელია • თანამშრომლების მიერ აღქმულია როგორც „პირი ვისთანაც უნდა გადაამონმო“ სანამ ცვლილებას მიღება მოხდება • სოციალურ სისტემაში უფრო მეტად ინტეგრირებულია
34%	ადრეული უმრავლესობა (განზრახული)	<ul style="list-style-type: none"> • უპირატესობას ანიჭებს სტატუს კვოს • იშვიათად იღებს ლიდერის ფუნქციას • მიმდევრობით დაკმაყოფილებულია • სხვებზე ადრეა ცვლილების მიმღები
34%	მოგვიანებითი უმრავლესობა (სკეპტიკოსი)	<ul style="list-style-type: none"> • სკეპტიკური და ფრთხილია • უსაფრთხოების შეგრძნების მსურველია • ცვლილების მიმღებია უმრავლესობის შემდეგ • თანამშრომლების ზენოლიდან გამომდინარეა ცვლილების მიმღები
16%	ურყევი რწმენა (ტრადიციული, პროგრესის მონინალმდეგენი)	<ul style="list-style-type: none"> • ცვლილებისა და ცვლილების წარმმართველებისადმი უნდობლობობის გამომხატველია • წარსულზე ორიენტირება • ტრადიციული ღირებულებების მიმდევარია • ცვლილების ყველაზე ბოლოს მიმღებია

ცვლილებასთან დაკავშირებულ წინააღმდეგობებთან ბრძოლა

ცვლილება და ინოვაცია აუცილებელია ჯანდაცვის სისტემის და საექთნო საქმიანობის გადარჩენისა და შემდგომი განვითარებისთვის (Roussel, 2013). პერსონალის უწყვეტი მხარდაჭერა ორიენტირებული ცვლილებასა და ინოვაციაზე, უნდა გახდეს ლიდერი და მენეჯერი ექთნების სამოქმედო პრიორიტეტი. აღსანიშნია, რომ ცვლილებების 75% წარუმატებელია (Manion, 2011, p. 230). როგორც წესი, აღნიშნულის მიზეზი არის ცუდი კოორდინაცია, პერსონალის მხრიდან არაეფექტიანი კომუნიკაცია და თანამშრომლობის დეფიციტი. გააზრებული დაგეგმარება და მუდმივი კომუნიკაცია ამ ბარიერების გადალახვის საშუალებაა. ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა საკუთარი თავი უნდა დააყენონ ცვლილების წინააღმდეგ (Shirey, 2006). მეტიც, ისინი უნდა იყვნენ ქოუჩები, წამხალისებელნი და პოზიტიური მოდელი ცვლილებებთან მიმართებით (Anderson, 2014).

ლიდერი და მენეჯერი ექთნები დარწმუნებულები უნდა იყვნენ ცვლილების მნიშვნელოვნებაში და მხარი უნდა დაუჭირონ მას. პერსონალისთვის ცვლილების ავტორიტარული ფორმით მიწოდება გარდაუვლად იწვევს წინააღმდეგობას. ამიტომ ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა უნდა შექმნან ცვლილების განხორციელებისთვის ხელსაყრელი გარემო შემდეგი პრინციპების მიდევნებით (Roussel, 2013, p. 146):

- თანამშრომლებს შორის ურთიერთობების გაძლიერება;
- ორმხრივი ნდობისა და პატივისცემის ჩამოყალიბება;
- ურთიერთდამოკიდებულებისა და გაზიარებული პასუხისმგებლობების აცუილებლობის ხაზგასმა;
- ჯგუფის ყველა წევრს შორის პასუხისმგებლობების თანაბრად განაწილება;
- კონფლიქტების ეფექტიანი მართვა;
- კარიერული წინსვლის მხარდაჭერა სამუშაო პოზიციებზე წინ ნაწევის გზით;
- ცვლილების განჭვრეტა და ნახალისება;
- ცვლილებების შესატყვისად საექტონო ორგანიზაციული სტრუქტურის მოდიფიცირება, პერსონალისთვის ზრდისა და განვითარების საშუალების მიცემა;
- „შეგიძლია-გააკეთე“ პრინციპის დანერგვა;
- სტაბილურობისა და წინასწარ განჭვრეტის შესაძლებლობის უზრუნველყოფა;
- ცუდი სიახლეების მალევე გაზიარება, საჭიროებისამებრ;
- გუნდური მუშაობისა და პროცესის გაუმჯობესების პრინციპებზე გადასვლა.

საზრიანი ლიდერი და მენეჯერი ექტონები აღიარებენ, რომ არსებობს ცვლილებების მართვის და წინააღმდეგობებთან ბრძოლის განსხვავებული სტრატეგიები სხვადასხვა პირობებში ცვლილებების ოპტიმიზაციის მიზნით. არაეფექტური ლიდერები ცდილობენ ნებისმიერი სახით ცვლილების განხორციელებას, მაშინ როცა სისტემაზე ორიენტირებული ლიდერები ცდილობენ მდგრადი ცვლილებებისათვის საჭირო გარემოს შექმნას (Senge et al., 2015).

სასწავლო აქტივობა: როგორ რეაგირებ ცვლილებაზე?

დაფიქრდით ახლო პერიოდში მომხდარ ცვლილებაზე და მასთან დაკავშირებულ საკუთარ გამოცდილებაზე.

1. ცვლილების მიმდების რომელ კატეგორიას მიეკუთვნები? (იხ. ცხრილი 12-2)
2. ფოქრობ, რომ ცვლილებაზე შენი რეაქცია საჭიროებს გაუმჯობესებას?
3. ჩამოთვალე ორი ან სამი სტრატეგია შენი ცვლილებაზე რეაქციის გასაუმჯობესებლად.

კონფლიქტის მართვა

ჯანდაცვის სისტემა კომპლექსური და მუდმივად ცვალებადია. სამუშაო ადგილზე მრავალმხრივი მოთხოვნები შესაძლოა პერსონალს შორის ან პერსონალსა და სხვებს შორის კონფლიქტის წარმოშობის მიზეზი გახდეს. კონფლიქტი ეს არის ადამიანებს შორის დისჰარმონიული მდგომარეობა, რომელიც აღმოცენდება მაშინ როდესაც ადამიანებს განსხვავებული ხედვები გააჩნიათ კონკრეტულ საკითხთან მიმართებით. მცირე ზომის კონფლიქტები კარგია და ორგანიზაციული ზრდის განმაპირობებელი ფაქტორიც კი შეიძლება იყოს. დიდი კონფლიქტები კი, როგორც წესი, ორგანიზაციის ან მისი ერთეულის პარალიზებას იწვევს. თუკი არ ხდება კონფლიქტის მართვა, ის შეიძლება მასში ჩართული პირებისთვის სტრესის მიზეზი გახდეს, უარყოფითი გავლენა იქონიოს მათ ერთობლივ საქმიანობაზე და საბოლოოდ დააზარალოს პაციენტი. უმართავ კონფლიქტებს შესაძლოა მოჰყვეს პერსონალის მორალის დაქვეითება, პერსონალის ბრუნვის მომატება, პაციენტების მკურნალობის ხარისხის გაუარესება, ჯანდაცვის სერვისების ღირებულების გაზრდა და პაციენტის უკმაყოფილების მატება (Losa Iglesias & De Bengoa Vallejo, 2012). კონფლიქტების გამომწვევი ძირითადი ფაქტორები უკავშირდება ხოლმე პიროვნულ თვისებებს, სამუშაო გარემოს, ძალაუფლებისთვის ბრძოლას, სისტემის შიგნით განსხვავებულ ღირებულებებს

და ორგანიზაციის ლიდერობასა და მართვის სტილს (Padrutt, 2010). ამიტომაც, ყველ ექთანს უნდა ესმოდეს კონფლიქტების რაობა და უნდა იცოდეს მისი მართვის ძირითადი პრინციპები.

ლიდერი და მენეჯერი ექთნები მუდმივად უნდა ზრუნავდნენ „კონფლიქტების გადაჭრისთვის საჭირო უნარების შეფასებასა და მათ მუდმივ გაუმჯობესებაზე“ (ANA, 2016, p. 49). მათ საკუთარი სამუშაო დროის ერთი მეოთხედი მუდმივად უნდა დაუთმონ კონფლიქტების მართვას (Padrutt 2010; Rundio & Wilson, 2013; Valentine, 2001). ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა აუცილებლად უნდა ისწავლონ კონფლიქტების მართვა და ამ მხრივ მაგალითს უნდა წარმოადგენდნენ პერსონალისთვის. კონფლიქტების ეფექტიანად მართვა ეს არის სამუშაოს წარმატებით შესრულების წინაპირობა. ერთ-ერთი კვლევა აჩვენებს, რომ ინტერპერსონალური კონფლიქტები სამუშაო ადგილზე შესაძლოა იმართოს პირდაპირ და კონსტრუქციულად თვითონ კონფლიქტში ჩართულ პირებთან ერთად (Mahon & Nicotera, 2011). თუმცა სინამდვილეში ექთნები დიდი ალბათობით არ მართვენ კონფლიქტებს, ისინი უბრალოდ ერიდებიან ან უგულვებელყოფენ მას (Mahon & Nicotera, 2011). ცუდად მართულმა კონფლიქტმა შეიძლება დამატებითი პრობლემები წარმოშვას სამუშაო ადგილზე, როგორცაა სამუშაოთი უკმაყოფილება, დეპრესია, პერსონალის გაზრდილი ბრუნვა, გაუარესებული პაციენტის უსაფრთხოება და აგრესია.

კონფლიქტის ტიპები

კონფლიქტების მართვა ლიდერი და მენეჯერი ექთნებისგან მოითხოვს პირველ რიგში სიტუაციის შეფასებას, კონფლიქტის ტიპის განსაზღვრას და მასში ჩართული პირების მოლოდინების და შეხედულებების შესწავლას. კონფლიქტის ტიპი მნიშვნელოვნად განაპირობებს კონფლიქტის მიმდინარეობის ხასიათს.

ინდივიდის შიგნით კონფლიქტი (ინტრაპერსონალური)

ინტრაპერსონალური კონფლიქტი ეს არის შიდა კონფლიქტი, რომელიც მომდინარეობს და არსებობს ერთ პიროვნებაში. ინდივიდი შესაძლოა ვერ ეგუებოდეს გარკვეულ საკითხს ან სიტუაციას და ამის გამო ექმნებოდეს დისკომფორტი. ინტრაპერსონალური კონფლიქტის მაგალითია: ექთანი ცდილობს უკან დაუბრუნდეს სასწავლებელს უფრო მაღალი პროფესიული ხარისხის მისაღებად. ამ დროს შესაძლოა განვითარდეს კონფლიქტი მის პერსონალურ და პროფესიულ მიზნებს შორის (მაგალითად, ოჯახური სიტუაციის და პროფესიული განვითარების მოთხოვნილებას შორის ბალანსის დაჭერა). ერთი პიროვნების შიგნით კონფლიქტმა შესაძლოა სხვებზეც მოახდინოს გავლენა და ამგვარად გადაიზარდოს ინტერპერსონალურ კონფლიქტში (Padrutt, 2010).

ინდივიდებს შორის კონფლიქტი (ინტერპერსონალური)

ინტერპერსონალური კონფლიქტი ვითარდება მაშინ, როდესაც ორ ან მეტ ინდივიდს შორის ადგილი აქვს შეუთანხმებლობას გარკვეულ საკითხებზე. ეს შესაძლოა ეხებოდეს ღირებულებებს, ეთიკას, მიზნებს, რწმენას ან პრიორიტეტებს. ინტერპერსონალური კონფლიქტი ხშირია სამუშაო ადგილებზე. ამის მაგალითია ექთნისა და პაციენტის ოჯახის ნევრებს შორის განსხვავებული შეხედულების არსებობა პაციენტის სიცოცხლის სურვილთან მიმართებით.

ჯგუფებს შორის კონფლიქტი

კონფლიქტის ეს სახე ასევე ხშირია სამუშაო ადგილებზე. ამის მაგალითია: გადაუდებელი დეპარტამენტის პერსონალის ჩივილი, რომ პაციენტი დროულად არ იქნა გადაყვანილი ინტენსიურ განყოფილებაში. ხოლო ინტენსიურის პერსონალი თავის მხრივ კი თვლის, რომ გადაუდებელის პერსონალი მუდმივად ცდილობს პაციენტის განერამდე მის ინტენსიურში ტრანსპორტირებას საკუთარ განყოფილებაში ადგილების განთავისუფლების მიზნით.

ორგანიზაციული კონფლიქტი

ორგანიზაციული კონფლიქტი შეიძლება წარმოიშვას მაშინ როდესაც პერსონალი არ ეთანხმება ორგანიზაციულ პოლისებსა და პროცედურებს, სტანდარტებს ან ცვლილებებს, რომელიც იქნა განხორციელებული. მაგალითად, ადმინისტრაცია ნერგავს ახალ პროცედურას საექთნო აქტივობის კუთხით, მაშინ როდესაც თვითონ ექთნები არ იყვნენ ჩართული ამ პრო-

ცედურის შემუშავებაში. ეს შესაძლოა გახდეს კონფლიქტის მიზეზი, რადგან ადმინისტრაციამ გადაწყვეტილება მიიღო ექთნების ჩართულობის გარეშე და ეს ცვლილება მომავალში შეეხება ყველა პოზიციაზე მომუშავე ექთანს.

კონფლიქტების მართვის სტრატეგია

არსებობს კონფლიქტების მართვის ხუთი ყველაზე ცნობილი სტრატეგია (Thomas & Kilman, 1977) და ყველას თავისი გამოყენების ჩვენება აქვს. ჩვეულებრივ, ადამიანთა უმეტესობა იყენებს ამ სტრატეგიების კომბინაციას. ეს ხუთი სტრატეგიაა (Thomas & Kilman, 1977):

1. თავიდან აცილების სტრატეგია, რაც გულისხმობს კონფლიქტის უგულვებელყოფას ან მისგან გაქცევას. ეს სტრატეგია ყოველთვის ეფექტიანი არ არის და მხოლოდ დროში ავადებს კონფლიქტის გადაჭრის გარდაუვალობას. რადგანაც კონფლიქტი არ იჭრება, იგი კვლავ შეიძლება აღმოცენდეს მომავალში.
2. აკომოდაციის სტრატეგია, რაც გულისხმობს საკუთარი საჭიროებებისა და მიზნების დათრგუნვის ხარჯზე სხვების სურვილების, საჭიროებების ან მიზნების დაკმაყოფილებას. არც ეს სტრატეგია ჭრის კონფლიქტს და ასევე შესაძლოა გახდეს მომავალი კონფლიქტების წყარო;
3. კონკურენტული სტრატეგია, რომლის დროსაც ხდება საკუთარი მიზნების, საჭიროებების და სურვილების სხვების ხარჯზე მიღება და ასრულება. ასეთ დროს პიროვნებას სურს მოგება და არ თანამშრომლობს სხვებთან. ეს არის ძალისმიერი მეთოდი და შესაძლოა აგრესიის მიზეზი გახდეს;
4. კომპრომისების სტრატეგია, რომელიც წარმოადგენს კონფლიქტის ეფექტიანად მართვის მიდგომას. ამ დროს ყველა გასცემს და თმობს რაღაცას, მაგრამ საპასუხოდ იღებს იმას, რაც სურს. ამ დროს, კონფლიქტის მონაწილეები თანაბარ პირობებში უნდა იმყოფებოდნენ;
5. თანამშრომლობითი სტრატეგია, რაც კონფლიქტების მართვის საუკეთესო საშუალებაა. იგი იყენებს ჩართულობისა და გაზიარების პრინციპებს. საერთო მიზნები ისაზღვრება და ამ მიზნებთან დაკავშირებით ხდება სხვებისგან თანახმობის მიღება. ეს სტრატეგია მოითხოვს რესურსებს, თუმცა კონფლიქტის გადაჭრის საუკეთესო შანსს იძლევა (Padrutt, 2010).

კონფლიქტების ეფექტიანი მართვა, მასში ჩართული პირებისგან მოითხოვს სხვადასხვა სტრატეგიების კომბინაციაში გამოყენებას სიტუაციის სპეციფიკიდან გამომდინარე (Sportsman & Hamilton, 2007). ექთნების შეხედულებები, ღირებულებები, რწმენა და დამოკიდებულობები მნიშვნელოვან როლს თამაშობს კონფლიქტების წარმოშობასა და მართვაში (Whitworth, 2008). ეფექტური ლიდერი და მენეჯერი ექთნებისთვის გასაგებია თანამშრომლებს შორის პერსონალური განსხვავებები და შესაბამისად კონფლიქტების გადაჭრისადმი მათი განსხვავებული მიდგომებიც. კონფლიქტების არაეფექტიანმა მართვამ შესაძლოა გაზარდოს სტრესი და უარყოფითად იმოქმედოს ადამიანთა შორის დამოკიდებულებაზე და პირიქით, კონფლიქტების ეფექტიანმა მართვამ შესაძლებელია მოგვცეს პოზიტიური შედეგები, გაუმჯობესებული სამუშაო ურთიერთობებისა და გაზრდილი პროდუქტიულობის ჩათვლით.

ლიდერი და მენეჯერი ექთნების როლი კონფლიქტების მართვაში

ლიდერი და მენეჯერი ექთნების გამონწვევაა ისწავლონ კონფლიქტებთან გამკლავება ისე რომ პარალელურად პოზიტიური ურთიერთობა შეინარჩუნონ პერსონალთან. ღია კომუნიკაცია და ყურადღებით მოსმენის უნარი შესაძლოა დაეხმაროს მათ კონფლიქტების მართვაში. მათ მოტივაცია უნდა შეუქმნან პერსონალს პაციენტისთვის უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობის მიწოდების თვალსაზრისით. ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა უნდა მოახერხონ თანამშრომლებს შორის პოზიტიური ურთიერთობების ჩამოყალიბება და ჯანდაცვის სხვა წარმო-

მადგენლებთან საქმიანი ურთიერთობის დამყარება, რაც ჯანმრთელი სამუშაო ატმოსფეროს განმსაზღვრელი კომპონენტია (Sportsman & Hamilton, 2007).

ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა კონფლიქტის წარმოშობის შემთხვევაში უნდა შეასრულონ მედიატორის როლი და ამით შეამცირონ საექთნო საქმიანობასა და პაციენტის გამოსავლებზე კონფლიქტის შესაძლო უარყოფითი გავლენა. ყურადღება უნდა მიექცეს შემდეგ ელემენტებს (Porter-O'Grady & Malloch, 2013):

- ორმხრივი პატივისცემა: ისინი ვინც კონფლიქტში იღებენ მონაწილეობას შეიძლება საჭიროებდნენ იმის შეხსენებას, რომ უნდა ფოკუსირდნენ კონფლიქტის თემაზე და არვა სხვა ადამიანებზე;
- საჭიროა vs მინდა: ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა კონფლიქტში მონაწილეებს უნდა დაანახონ რა განსხვავებაა მინდასა და საჭიროას შორის;
- მოთმინება და თანაგრძნობა: კონფლიქტის მონაწილეებს შესაძლოა ესაჭიროებოდეთ დახმარება სხვების პოზიციის აღქმისა და გაგების მიმართულებით;
- „მე“-ზე ორიენტირება: ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა შესაძლოა კონფლიქტში მონაწილეებს შეახსენონ, რომ ორიენტირდნენ საკუთარ „მე“-ზე და ნაკლებად გადაიტანონ პასუხისმგებლობა სხვაზე, არ გაკიცხონ სხვები.

როდესაც ლიდერი და მენეჯერი ექთნები ცდილობენ პერსონალს შორის კონფლიქტის გადაჭრას, უნდა ეცადონ სხვისი მოსაზრებების კრიტიკისა და განსჯის თავიდან აცილებას. ისინი უნდა ორიენტირდნენ გუნდის ნევრების საქციელზე და ამ საქცილის გუნდის საერთო გამოსავლებზე შესაძლო ზეგავლენაზე. წარმატებული ლიდერი და მენეჯერი ექთანი ახდენს კონფლიქტის იდენტიფიცირებას, მუშაობს კონფლიქტში ჩართულ ინდივიდებთან ერთად კონფლიქტის მართვასა და გადაჭრის გზების მოძიებაზე (Porter-O'Grady & Malloch, 2013).

შეჯამება

დღევანდელი სწრაფად ცვალებადი ჯანდაცვის გარემო ლიდერი და მენეჯერი ექთნებისგან მოითხოვს ცვლილების და ინოვაციის წარმართვისა და მათი მართვისთვის აუცილებელ უნარ-ჩვევებს. ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს უნდა ჰქონდეთ ცვლილების თეორიების ცოდნა, უნდა იყვნენ ცვლილების წარმართველები და დაეხმარონ პერსონალს ცვლილების განხორციელების პროცესში. მიუხედავად იმისა, თუ რა მნიშვნელოვნებისაა ცვლილება და ინოვაცია, ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა უნდა გაითვალისწინონ ცვლილებაზე ადამიანური რეაქცია და ცვლილების გეგმაში განსაზღვრონ პერსონალის დახმარებისთვის აუცილებელი სტრატეგიები. ამასთან, მათ უნდა ესმოდეთ, რომ ცვლილებამ შესაძლოა გამოიწვიოს კონფლიქტი და ამიტომ მზად უნდა იყვნენ კონფლიქტების გადასაჭრელადაც. ყველა დონეზე მომუშავე ექთანმაც უნდა გაიაზროს ცვლილებასთან კონფლიქტის შესაძლო კავშირი. ეს არის ჯანმრთელი მიდგომა, რაც დაეხმარებათ მათ ახალი იდეების გენერირებაში.

რეკომენდებული ვებ-გვერდები

- Plexus Institute Nursing Plexus Archive:
www.plexusinstitute.org/?page=NursingNetworkCalls
- Society for Organizational Learning: What is organizational learning?
www.solonline.org/?page=Abt_OrgLearning#

გამოყენებული ლიტერატურა:

- American Nurses Association. (2010). Nursing's social policy statement: The essence of the profession. Silver Spring, MD: Author.
- American Nurses Association. (2016). Nursing administration: Scope and standards of practice (2nd ed.). Silver Spring, MD: Author.
- American Organization of Nurse Executives. (2015). The AONE Nurse Executive Competencies. Retrieved from <http://www.aone.org/resources/nec.pdf>
- Anderson, R. (2014). Thrive or survive: Healthcare reform from the perspective of a nurse CE. *Nurse Leader*, August, 25–27.
- Bowers, B. (2011). Managing change by empowering staff. *Nursing Times*, 107(32/33). Retrieved from www.nursingtimes.net/nursing-practice/clinical-zones/management/managing-change-byempowering-staff/5033731.article
- Chinn, R., & Benne, K. D. (1969). General strategies for effecting changes in human systems. In W. Bennis, K. Benne, & R. Chinn (Eds). *The planning of change*. (pp. 32–59). New York: Harcourt, Rinehart, & Winston.
- Crowell, D. M. (2011). Complexity leadership: Nursing's role in health care delivery. Philadelphia: F. A. Davis.
- Erickson, J. I. (2014). Leading unplanned change. *Journal of Nursing Administration*, 44(3), 125–126.
- Kotter, J. P. (1996). *Leading change*. Boston: Harvard Business School Press.
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science*. New York: Harper Brothers.
- Lippitt, R., Watson, J., & Wesley, B. (1958). *The dynamics of planned change*. New York: Harcourt Brace.
- Losa Iglesias, M. E., & De Bengoa Vallejo, R. B. (2012). Conflict resolution styles in the nursing profession. *Contemporary Nurse*, 43(1), 73–80.
- Mahon, M. M., & Nicotera, A. M. (2011). Nursing and conflict communication: Avoidance as preferred strategy. *Nursing Administration Quarterly*, 35(2), 152–163.
- Manion, J. (2011). *From management to leadership* (3rd ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Mensik, J. (2014). *Lead, drive, & thrive in the system*. Silver Spring, MD: American Nurses Association.
- Mitchell, G. (2013). Selecting the best theory to implement planned change. *Nursing Management*, 20(1), 32–37.
- Padrutt, J. (2010). Resolving conflict: Now more important than ever. *Nursing Management*, 40(1), 52–54.
- Porter-O'Grady, T., & Malloch, K. (2010). *Innovation leadership: Creating the landscape of health care*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Porter-O'Grady, T., & Malloch, K. (2013). *Leadership in nursing practice: Changing the landscape of health care*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Quote Garden. (2016). Questions about change. Retrieved from www.quotegarden.com/change.html
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of innovations* (4th ed.). New York: Free Press. 3021_Ch14_294-312 14/01/17 3:51 PM Page 311
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.). New York: Free Press.
- Roussel, L. (2013). *Management and leadership for nurse administrators* (6th ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Rundio, A., & Wilson, V. (2013). *Nurse executive review and resource manual*. Silver Spring, MD: American Nurses Credentialing Center.

- Salmela, S., Eriksson, K., & Fagerström, L. (2013). Nurse leaders' perceptions of an approaching organizational change. *Qualitative Health Research*, 23(5), 689–699.
- Senge, P. M. (1990). *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization*. New York: Doubleday.
- Senge, P., Hamilton, H., & Kania, J. (2015). The dawn of system leadership. *Stanford Social Innovation Review*, Winter, 27–33.
- Shirey, M. R. (2006). Evidence-based practice: How nurse leaders can facilitate innovation. *Nursing Administration Quarterly*, 30(3), 252–265.
- Shirey, M. R. (2013). Lewin's theory of planned change as a strategic resource. *Journal of Nursing Administration*, 43(2), 69–72.
- Sportsman, S., & Hamilton, P. (2007). Conflict management styles in the health professions. *Journal of Professional Nursing*, 23(3), 157–166.
- Stefancyk, A., Hancock, B., & Meadows, M. T. (2013). The nurse manager: Change agent, change coach? *Nursing Administration Quarterly*, 37(1), 13–17.
- Thomas, K. W. & Kilman, R. H. (1977). Developing a forced-choice measure of conflict-handling behavior: The "mode" instrument. *Educational and Psychological Measurement*, 37(2), 309–325.
- Valentine, P. E. (2001). A gender perspective on conflict management strategies of nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1), 69–74.
- Whitworth, B. S. (2008). Is there a relationship between personality type and preferred conflict-handling styles? An exploratory study of registered nurses in southern Mississippi. *Journal of Nursing Management*, 16, 921–932

თავი 13

გუნდის ჩამოყალიბება და მისი მართვა

ამ თავში თქვენ შეისწავლით:

- გუნდური მუშაობისა და თანამშრომლობის სარგებელს;
- გუნდის ჩამოყალიბების ეტაპებს;
- ეფექტიანი გუნდის მახასიათებლების განსაზღვრას;
- ლიდერი და მენეჯერი ექთნის როლის აღწერას გუნდური მუშაობისა და თანამშრომლობის ხელშეწყობის კუთხით;

საერთაშორისო მტკიცებულება ადგენს რომ სხვადასხვა ჯანდაცვის პროფესიონალებისგან შემდგარი გუნდი მაქსიმალურად აძლიერებს ამ პროფესიონალებს, ამყარებს სამუშაო პროცესებს და აუმჯობესებს პაციენტის მკურნალობის გამოსავლებს (World Health Organization – WHO, 2010). დღევანდელი კომპლექსური ჯანდაცვა საჭიროებს თანამშრომლობით ურთიერთობებს პაციენტების უსაფრთხოებისა და ხარისხიანი მკურნალობის უზრუნველსაყოფად. ისტორიულად, ექთნების ჩვევაა დამოუკიდებლად მუშაობა, მკურნალობის გეგმის შემუშავება პაციენტებთან, მათ ოჯახებთან და ჯანდაცვის სხვა სპეციალისტებთან განხილვის გარეშე. ექთნები, როგორც ინტერპროფესიული გუნდის წევრები, მონოდებულები არიან უზრუნველყოფის პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობა, ხაზი გაუსვან მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკის საჭიროებას, ხარისხის გაუმჯობესების მიდგომებსა და ინფორმაციას (Cronenwett et al., 2007; Greiner & Knebel, 2003). ექთნებმა საკუთარი მიდგომების მოდელი უნდა შეცვალონ დამოუკიდებლად მუშაობის პრინციპიდან გუნდში თანამშრომლობით პრინციპზე.

ეს თავი განიხილავს გუნდურ მუშაობას და თანამშრომლობას გუნდის ჩამოყალიბების ეტაპებისა და ეფექტიანი გუნდის მახასიათებლების ჩათვლით. ასევე განხილულია ლიდერი და მენეჯერი ექთნების როლი გუნდური მუშაობისა და თანამშრომლობის წახალისების თვალსაზრისით.

ცოდნა, უნარები და ძირითად კომპეტენციებთან დაკავშირებული მიდგომები ჩართულია ამ თავში მაგ., პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობა, გუნდური მუშაობა და თანამშრომლობა.

გუნდური მუშაობა და თანამშრომლობა

ყველა დონეზე მომუშავე ექთნებმა უნდა შეიძინონ საჭირო ცოდნა და გამოიმუშაონ საჭირო უნარ-ჩვევები და დამოკიდებულებები ინტერპროფესიულ და ინტრაპროფესიულ გუნდში თანამშრომლობისთვის. გუნდური მუშაობა და თანამშრომლობა მოითხოვს „საექტონო და ინტერპროფესიულ გუნდებში ეფექტიან მუშაობას, ღია კომუნიკაციის ჩამოყალიბებას, ორმხრივ პატივისცემასა და გაზიარებულ გადამწყვეტილების მიღებას ხარისხიანი მკურნალობის უზრუნველსაყოფად“ (Cronenwett et al., 2007, p. 125). ინტრაპროფესიული გუნდი არის სხვადასხვა დონეზე მომუშავე ექთნების გუნდი, რომელიც თანამშრომლობს პაციენტისთვის უწყვეტი და საიმედო მკურნალობის მიწოდების მიზნით (American Association of Colleges of Nursing AACN, 2008). როდესაც ინტრაპროფესიული დამოკიდებულებები მყარია, იქმნება სინერგია და ყველა დონეზე მომუშავე ექთნები ფუნქციონირებენ როგორც ეფექტური და ეფექტიანი გუნდი.

გუნდური მუშაობა და თანამშრომლობა სასიცოცხლოა უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობის და ჯანმრთელი სამუშაო გარემოს უზრუნველყოფისთვის. ყველა დონეზე მომუშავე ექთნების სხვადასხვა გუნდებში თანამშრომლობა და საქმიანობა მნიშვნელოვანია უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობის მიწოდების კუთხით. American Nurses Association (ANA) და American Organization of Nurse Executive (AONE) (2011) შეიმუშავეს დოკუმენტი ექთნებსა და მენეჯერ ექთნებს შორის თანამშრომლობითი ურთიერთობების პრინციპებზე (Principles for Collaborative Relationships Between Clinical Nurses and Nurse Managers), რომელიც ხაზს უსვავს ინტრაპრო-

ფესიული გუნდური მუშაობისთვის საჭირო პრინციპებს: ეფექტიანი კომუნიკაცია, აუთენტური დამოკიდებულებები და სწავლაზე ორიენტირებული გარემო და კულტურა.

ეფექტიანი კომუნიკაცია მოითხოვს სიტუაციის ძირითადი კონტექსტის გაგებას, საუბრის ტონის და ემოციების შეფასებას და ინფორმაციის აკურატულობას. ეს პრინციპებია (ANA and AONE, 2011, para 5-6):

- გამოიყენეთ აქტიური მოსმენის უნარი იმის გასაგებად და გასაანალიზებლად რაც იყო მონოდებული;
- გაიგეთ გზავნილის არსი, მიზანი და მოლოდინები;
- ჩამოაყალიბეთ ღია და უსაფრთხო გარემო;
- ითხოვეთ თუ გაცემთ ინფორმაციას, დარწმუნდით ინფორმაციის კორექტულობაში.

აუთენტური ურთიერთობება ხელს უწყობს ნდობის განვითარებასა და პაციენტების მიერ ხარისხიანი მკურნალობის მიღებას. ექთნებმა მზრუნველი დამოკიდებულებების კულტივირება უნდა მოახდინონ შემდეგი გზით (ANA and AONE, 2011, para. 7-8):

- იყავით საკუთარი თავის ერთგული და დარწმუნდით რომ სიტყვები შეესაბამება ქმედებებს და რომ გარშემო მყოფნი რასაც ხედავენ და ესმით იმასვე ლებულობენ;
- მიანიჭეთ უფლებამოსილება სხვებს, ჰქონდეთ იდეები, გააზიარონ ეს იდეები და მონაწილეობა მიიღონ ამ იდეებთან დაკავშირებულ პროექტებში;
- თითოეული ინდივიდის ძლიერი მხარეები შეაფასეთ და დააფასეთ;
- იყავით 100%-ით გულწრფელი როგორც საკუთარ თავთან, ასევე სხვებთან;
- პატივი ეცით სხვების ინდივიდუალობას, საჭიროებებსა და სურვილებს;
- მოითხოვეთ რაც თქვენ გსურთ ის. მაგრამ ასევე ღია იყავით განსხვავებების განსახილველად;
- სხვების სიტყვებსა და ქცევაში ეძიეთ მხოლოდ კარგი და დაუშვით რომ ისინი მაქსიმალურად ცდილობენ.

სწავლაზე ორიენტირებული გარემო და სწავლის კულტურა უზრუნველყოფს საუკეთესო საექთნო მოვლას და ექთნებს აძლევს იმის შეგრძნებას რომ მათი სამუშაო ღირებული და მნიშვნელოვანია (ANA and AONE, 2011, p. 9-1).

ეს გამოიხატება:

- ინოვაციების და შემოქმედებითი აზროვნების შთაგონებაში;
- კარგად მიმდინარე პროცესების შეფასების, გაუმჯობესების, აღნიშვნისა და დაფასების ციკლურობაში;
- უსაფრთხოების კულტურის (ფიზიკური და ფსიქოლოგიური) ჩამოყალიბებაში;
- ცოდნის გაზიარებაში და შეცდომებისგან სწავლაში;
- სტატუს კვოს ეჭვის ქვეშ დაყენებაში - იკითხე „რა იქნება თუ“, და არა „შეუძლებელია“.

ლიდერი და მენეჯერი ექთნები უნდა ეცადონ პერსონალის ჩართულობის მაღალ დონეზე შენარჩუნებას, რაც გააძლიერებდა სამუშაოთი კმაყოფილებას და სამუშაო ადგილზე დააკავებდა პერსონალს. თავის მხრივ პერსონალის კმაყოფილება დაკავშირებულია მედიკამენტებთან შეჭიდული შეცდომების შემცირებასთან, პაციენტების დაცემის ეპიზოდებისა და პაციენტების სიკვდილობის შემცირებასთან (LeBlanc, 2014; Wessel, 2015).

ინტეპროფესიული გუნდი არის გუნდი შექმნილი ჯანდაცვის პროფესიონალებისგან, პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრებისგან. ისინი ერთად მუშაობენ თანამშრომლობის, კომუნიკაციის და მკურნალობის ინტეგრაციის მიზნით რათა მიღწეული იქნეს უწყვეტი და სანდო მკურნალობა (AACN, 2008). პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობა მჭიდროდ არის დაკავშირებული გუნდურ მუშაობასა და თანამშრომლობასთან და ჯანდაცვის პროფესიონალებისგან ითხოვს გადაწყვეტილების მიღების პროცესში პაციენტისა და მისი ოჯახის აქტიურად ჩართვას ან ამ პროცესზე მათთვის კონტროლის გადაცემას (Disch, 2012). ყველა დონეზე მომუშავე ექთნებმა უნდა უზრუნველყონ პაციენტების ოპტიმალური ჩართულობა მკურნალობის პროცესსა

და პრობლემების გადაჭრაში (ANA, 2015). ექთნებმა უნდა ჩამოაყალიბონ საქმიანი თანამშრომლობა ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებთან ინტერპროფესიულ გუნდში, თითოეული პროფესიონალის ღირებულების და წვლილის აღიარების, ორმხრივი ნდობის, პატივისცემის, ღია დისკუსიის და გაზიარებული გადანყვეტილების მიღების გზით (ANA, 2015). ექთნებს ყველა დონეზე აქვთ პასუხისმგებლობა საკუთარი უნიკალური მიდგომები მიიტანონ ინტერპროფესიულ გუნდში ხარისხიანი მკურნალობის და პაციენტის ოპტიმალური გამოსავლების ადვოკატირებისა და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული, პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობის მიზნით (AACN, 2008).

გუნდური მუშაობა ეს არის „საკუთარი გამოცდილების გაზიარება სხვებთან, უარის თქმა დამოუკიდებელ მუშაობაზე და სხვებთან თანამშრომლობა (პაციენტებისა და საზოგადოების ჩათვლით) უკეთესი გამოსავლების მიღწევის მიზნით“ (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel – IPEC, 2011, p. 24). გუნდური მუშაობა მოითხოვს ჯანდაცვის სპეციალისტების ცოდნის, ექსპერტიზის და გამოცდილების ინტეგრირებას თანამშრომლობითი გზით პაციენტზე ორიენტირებული ისეთი მკურნალობის დასაგეგმად და განსახორციელებლად, რაც იქნება უსაფრთხო, დროული, ეფექტიანი და თანაბარი (IPEC, 2011). იმისთვის რომ გუნდმა ეფექტიანად იფუნქციონიროს, საჭიროა ყველა დონეზე მომუშავე ექთნებმა ითანამშრომლონ გუნდის სხვა წევრებთან, პაციენტებთან და მათ ოჯახებთან, გამოიყენონ არსებული მტკიცებულებები გაზიარებული გადანყვეტილებების მიღებისა და პრობლემების გადაჭრის მიზნით. ინტერპროფესიული კოლაბორაციული პრაქტიკა მნიშვნელოვანია უსაფრთხო, მაღალი ხარისხის, ხელმისაწვდომი, პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობის მისაწოდებლად. IPEC განსაზღვრავს ძირითადი კომპეტენციების ოთხ ძირითად დომენს ინტერპროფესიულ თანამშრომლობასთან მიმართებით (IPEC, 2011):

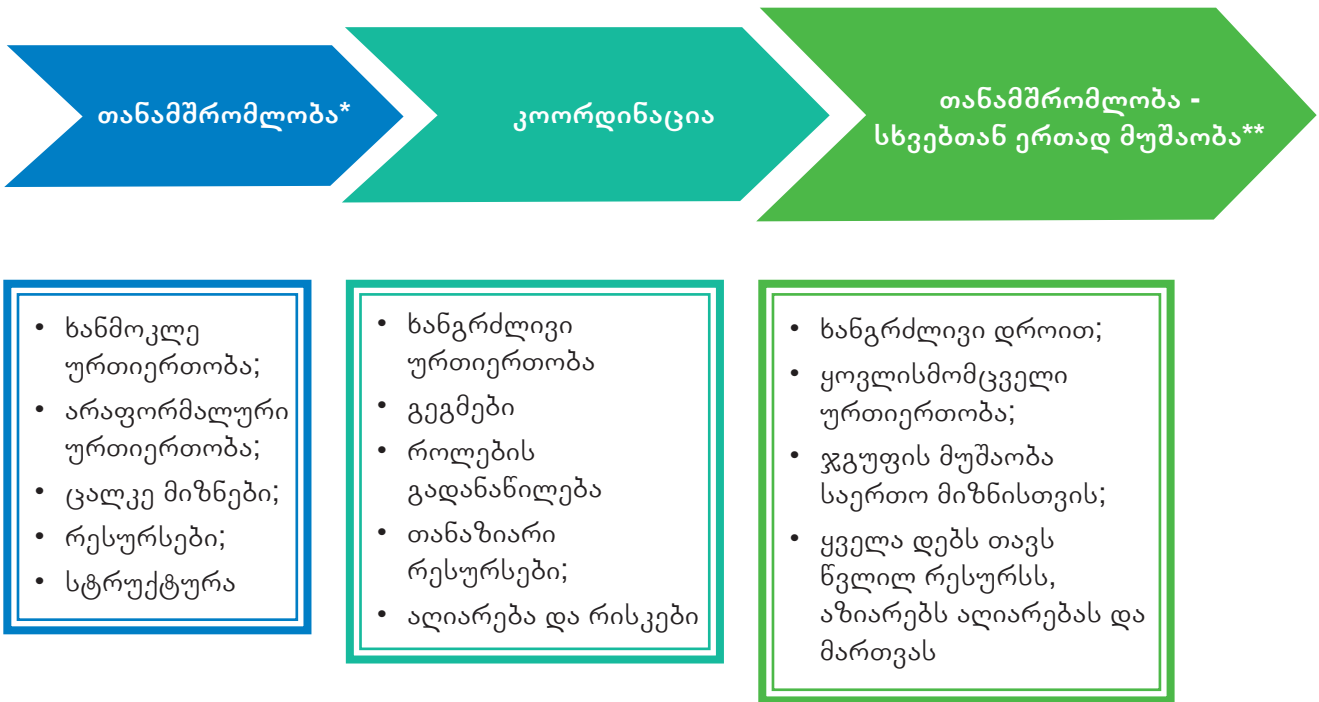
1. პროფესიული საქმიანობის ღირებულება და ეთიკა მოითხოვს „სხვა სპეციალობების წარმომადგენლებთან მუშაობას ორმხრივი პატივისცემისა და გაზიარებული ხედვების საფუძველზე“ (P. 19);
2. ძირითად კომპეტენციაზე დებულება, რაც ასახავს ფუნქციასა და პასუხისმგებლობებს, გულისხმობს „საკუთარი და სხვების ფონქციებზე ცოდნის გამოყენებას პაციენტებისა და პოპულაციის ჯანდაცვის საჭიროებების ადექვატურად შეფასებასა და მათზე რეაგირებისთვის“ (p. 21);
3. ინტერპროფესიული კომუნიკაცია ნიშნავს „პაციენტებთან, მათ ოჯახებთან, საზოგადოებასთან და ჯანდაცვის პროფესიონალებთან კომუნიკაციას საპასუხო და პასუხისმგებლიანი დამოკიდებულების გზით, რაც ხელისშემწყობი იქნებოდა გუნდური მიდგომებით ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და დაავადებების მკურნალობისათვის“ (p. 23);
4. გუნდსა და გუნდურ მუშაობასთან დაკავშირებული ძირითადი კომპეტენციის დებულების მიხედვით „უსაფრთხო, დროული, ეფექტიანი და თანაბარი, პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობის დასაგეგმად და უზრუნველსაყოფად და ჯანდაცვის გუნდში სხვადასხვა ფუნქციების ეფექტიანად შესასრულებლად საჭიროა ინტერპროფესიულ ღირებულებებზე დაფუძნებული ურთიერთობების ჩამოყალიბება და გუნდის დინამიკის პრინციპების გათვალისწინება“ (P. 25).

თანამშრომლობა ეს არის სხვებთან ერთად მუშაობა, ორმხრივად სასარგებლო და კარგად განსაზღვრული ინტერპროფესიული ურთიერთობების გზით, საერთო მიზნის მისაღწევად (Lucas & Andrews, 2014; Mensik, 2014). თანამშრომლობის აუცილებლობა თანამედროვე ჯანდაცვისთვის ნელ-ნელა ყალიბდება როგორც რეალობა. კვლევებით ვარაუდებენ, რომ კოლაბორაცია აუმჯობესებს კოორდინაციას, კომუნიკაციას, ხარისხსა და უსაფრთხოებას სამკურნალო საქმეში (Robert Wood Johnson Foundation RWJF, 2011). ჯანდაცვის პროფესიონალები უწყვეტად მუშაობენ ერთად რაც აისახება მათი მუშაობის ინტენსიურობაზე (Lukas & Andrews, 2014). დაბალი ინტენსივობით კოოპერაცია გულისხმობს ხანმოკლე, არაფორმალურ ურთიერთობებს რომლის დროსაც მხარეები ინარჩუნებენ ინდივიდუალურ მიზნებს. შემდეგ მოდის კოორდინაცია, რაც უფრო ხანგრძლივი ურთიერთობაა და მოიცავს გარკვეული რესურსებისა და მიზნების

გაზიარებასა და დაგეგმარებას. ინტენსიურობის უმაღლესი გამოხატულებაა თანამშრომლობა (კოლაბორაცია), რომელიც საჭიროებს ყველა მხარის მიერ გაზიარებულ მიზნებზე დათანხმებას. სურათი 13-1 გამოსახავს აღნიშნულ თანამიმდევრობას. თანამშრომლობა (კოლაბორაცია) იყენებს გუნდის წევრების ინდივიდუალურ და კოლექტიურ უნარ-ჩვევებსა და გამოცდილებას და აძლევს მათ უფრო ეფექტიანად ფუნქციონირებისა და უფრო მაღალი დონის სერვისის მიწოდების საშუალებას, ვიდრე ამას მოახერხებდა თითოეული ინდივიდი დამოუკიდებლად (RWJF, 2011, p. 1). ინტერპროფესიულ და ინტრაპროფესიულ გუნდებში გუნდური მუშაობა და თანამშრომლობა ექთნებისგან მოითხოვს ეფექტიანი კომუნიკაციის უნარების გამოყენებას.

ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა მხარი უნდა დაუჭირონ პერსონალში გუნდური მუშაობის დანერგვას არამარტო პაციენტის გამოსავლების გაუმჯობესების მიზნით, არამედ ინდივიდუალური და ორგანიზაციული ზრდის ხელშეწყობის მიზნითაც (Hader, 2013). გუნდური მუშაობა და თანამშრომლობა სარგებლის მომტანია პაციენტებისთვის, პერსონალისთვის და მთლიანად ორგანიზაციისთვის. გუნდური მუშაობის ხარჯზე შესაძლებელია გვერდითი ეფექტების შემცირება და პაციენტების კმაყოფილების გაზრდა. გუნდური მუშაობიდან ექთნების მიერ მიღებული სარგებელი კი შეიძლება გამოიხატოს შფოთვის და სამუშაოზე გადაღლის შემცირებითა და მორალური და სამუშაოთი კმაყოფილების გაზრდით. ორგანიზაცია კი სარგებელს ღებულობს ყველაფერი ამისგან, რადგან კმაყოფილი პაციენტი და პერსონალი განაპირობებს დავებისა და პერსონალის ბრუნვის შემცირებას, ამასთან ზრდის ორგანიზაციულ რეპუტაციასაც (The Joint Commission, 2012).

სურათი 13-1 განგრძობითი ერთად მუშაობის სქემა



* კოოპერაცია - სხვა ადამიანებთან ერთად მუშაობა, რათა მიღწეული იქნას რომელიმე მიზანი და ეს მიზანი წარმოადგენს საერთო მიზნის შემადგენელ ნაწილს

** სხვა ადამიანებთან ერთად მუშაობა, რათა მიღწეულ იქნას ერთი საზიარო მიზანი

გუნდის ჩამოყალიბება

არსებობს მყარი მტკიცებულებები, რომ გუნდური მუშაობისა და თანამშრომლობის ხარისხი მნიშვნელოვნად განაპირობებს პაციენტისთვის უსაფრთხო, კომპეტენტურ და ხარისხიანი მკურნალობის დროულად მიწოდებას (Wachter, 2012). რადგანაც ჯანდაცვის ორგანიზაციები დგას ხარისხზე მზარდი მოთხოვნის, ხარჯების კონტროლისა და პროდუქტიულობის გაზრდის აუცილებლობის წინაშე, ამიტომ ეფექტური გუნდის ჩამოყალიბება შესაძლოა იყოს ამ გამოწვე-

ვებთან გამკლავების საუკეთესო სტრატეგია. ყველა დონეზე მომუშავე ექთანი უნდა ჩაერთოს გუნდურ მუშაობაში პაციენტებთან, მათ ოჯახებთან და ჯანდაცვის სხვა სპეციალისტებთან ერთად თანამშრომლობითი ურთიერთობების ჩამოყალიბების მიზნით (ANA, 2015). ამ საქმეში საკვანძო როლი ეკისრება ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს (LeBlanc, 2014). ისინი უნდა ჩაერთონ გუნდურ მუშაობაში როგორც გუნდის მშენებელი და როგორც გუნდის მოთამაშეებიც და ეს უნდა გააკეთონ პერსონალის ნდობის, შემოქმედებითობის, ინდივიდუალური და ორგანიზაციული ზრდის ნახალისებით (Roussel, 2013).

გუნდები იქმნება სხვადასხვა მიზნით. ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს სამსახურში პერსონალი აყავთ მათ დაქვემდებარებულ ერთეულებში ინტრაპროფესიული საექტნო გუნდის შექმნის მიზნით. ეს გუნდი შემდგომ ფუნქციონირებს სპეციფიკური სამუშაო აღწერილობის ფარგლებში და აქვს ნათლად განსაზღვრული ფუნქციები და პასუხისმგებლობები. ინტრაპროფესიული საექტნო გუნდი უზრუნველყოფს სპეციფიკური სერვისების მიწოდებას საექტნო საქმიანობის ერთეულის ან განყოფილების სპეციფიკიდან გამომდინარე. კომიტეტები ეს არის ფორმალურად ორგანიზებული გუნდები, რომელთაც გარკვეული ადგილი უკავიათ ორგანიზაციულ სტრუქტურაში. კომიტეტების ტიპი, როგორც წესი, ისაზღვრება ორგანიზაციის ან ერთეულის მისიით, ხედვით და ფილოსოფიით. კომიტეტები შესაძლოა იყოს ინტრაპროფესიული და ინტერპროფესიული. ინტრაპროფესიული კომიტეტის მაგალითია საექტნო საქმიანობის კომიტეტი, რომელიც შედგება ყველა განყოფილების წარმომადგენელი ლიცენზირებული ექთნებისგან. ინტერპროფესიული კომიტეტის მაგალითია საავადმყოფოს ეთიკის კომიტეტი, რომელიც შედგება სხვადასხვა განყოფილებების ლიცენზირებული ექთნებისგან, ექიმებისგან, სოციალური მუშაკებისგან, პაციენტის ადვოკატისგან და ჯანდაცვის სხვა სპეციალისტებისა და მომხმარებლებისგან (ხშირად ყოფილი პაციენტები). ასევე არსებობს სპეციალური დანიშნულების ჯგუფები ე.წ. დროებითი ჯგუფები (ad hoc committees) შექმნილი კონკრეტული საკითხის გადასაჭრელად ან კონკრეტული პროექტის განსახორციელებლად დროის გარკვეულ მონაკვეთში. ამ კომიტეტის წევრები ისაზღვრება ლიდერი და მენეჯერი ექთნების მიერ და მათ მიეწოდებათ საქმისთვის საჭირო გზამკვლევები. როგორც წესი, მსგავსი კომიტეტები დროებითია და მოიცავს რამდენიმე პიროვნებას რომელთაც აქვთ გარკვეული ინტერესი და გამოცდილება პროექტის თემატიკასთან მიმართებით. აღნიშნულის კარგი მაგალითია ხარისხის გაუმჯობესების პროექტები.

გუნდის ჩამოყალიბებისას ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა საკუთარ თავს უნდა დაუსვან რამდენიმე საკვანძო კითხვა (Mensik, 2014):

- რა მიზნებს უნდა მიაღწიოს გუნდმა? დასახული ამოცანები ახალია თუ არსებობს მათთან დაკავშირებული რაიმე გამოცდილება? ამოცანის შესრულებისთვის დამოუკიდებელი მუშაობაა საჭირო თუ სხვებთან თანამშრომლობა?
- საჭიროა ორგანიზაციის სხვადასხვა დონეზე წარმომადგენლების ჩართვა გუნდში?
- საჭიროა გეგორაფიული, განათლების დონის და ინტერპროფესიული მრავალფეროვნება?
- უნარ-ჩვევების რა ნაკრებია საჭირო გუნდის წარმატებისთვის? გუნდში წარსულში წარმატებული გუნდური მუშაობის გამოცდილების მქონე პირების ჩართვა დაეხმარება მათ ვისაც არ აქვს მსგავსი გამოცდილება?

ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა თავიდან უნდა აიცილონ სულ ერთი და იგივე სანდო ხალხის ჩართვა გუნდების შემადგენლობაში. ახალი პერსონალის ნახალისება და გუნდში ჩართვა შესაძლოა დამატებით ძალისხმევას საჭიროებს, მაგრამ ამასთან ახალი პერსპექტივების მომტანიცაა და თან საშუალებას იძლევა თავიდან ავიცილოთ გამოცდილი პერსონალის სამუშაოთი გადაღლა.

გუნდის ფორმირების ეტაპები

ლიდერი და მენეჯერი ექთნები კარგად უნდა იცნობდნენ გუნდის დინამიკას და მზად უნდა იყვნენ ამ პროცესის წასამართად. ჩამოყალიბების პროცესში ყველა გუნდი გადის გარკვეულ ეტაპებს. Tuckman-მა (1965) დაამუშავა ლიტერატურა გუნდის ფორმირების პროცესის შესწავლის, ძირითადი კონცეპციების ჩამოყალიბების და დროში გუნდის ცვლილების მოდელის შემუშავების მიზნით. მან შეისწავლა 55 სტატია და დაადგინა გუნდის ჩამოყალიბების ოთხი

ეტაპი: ფორმირება, შტორმირება, ნორმირება და მოქმედება (**forming, storming, norming and performing**). 1977 წელს, Tuckman and Jensen-მა კვლავ შეისწავლეს ამ ოთხი ეტაპის შემუშავებიდან აღნიშნულ წლამდე გამოცემული სტატიები და მოდელს დაამატეს მეხუთე ეტაპიც ვადის გადავადება/შეფერხება. (Tuckman & Jensen, 1977). Tuckman-ის ეტაპები, გამოყენებული 1970 წლიდან, აღწერს გუნდის ფორმირების სხვადასხვა ფაზებს. ეს ეტაპები დღესაც განხილვის თემაა. ზოგიერთი გუნდი ჩამოყალიბების პერიოდში ვადის ხუთივე ეტაპს, ხოლო ზოგიერთი გუნდი ვერ სცდება ხოლმე მესამეს.

ფორმირება ეს არის გუნდის ჩამოყალიბების საწყისი ეტაპი, როდესაც გუნდის წევრები პირველად ხვდებიან ერთმანეთს. ისინი ცვლიან პერსონალურ ინფორმაციას, ეცნობიან გუნდის ჩამოყალიბების მიზანს და იწყებენ მიზნის განხილვას. სამუშაო აქტივობები ამ ეტაპზე არ იწყება. გუნდის წევრები, როგორც წესი, ელოდებიან ლიდერის მითითებებს და ერიდებიან სანინააღმდეგო მოსზრებების გამოთქმასა და სადაო თემების წამოჭრას. ყველა ორიენტირებულია შემდგომ საქმიანობაზე. ფორმირების ეტაპზე, ლიდერ და მენეჯერ ექტენებს შეუძლიათ გუნდის წარმართვა და გუნდის წევრების დახმარება მიზნების სწორად აღქმაში.

შტორმირება იწყება მაშინ, როდესაც გუნდის წევრები იწყებენ ერთად მუშაობას. გუნდის წევრები აზიარებენ საკუთარ მოსაზრებებს გუნდის მუშაობის შესახებ და ამ დროს ერთმანეთის დეფიციტი ხშირად ხდება გუნდის პოლარიზების მიზეზი. გუნდის შიგნით კონფლიქტები იწყება და გუნდი ვეღარ გადადის ჩამოყალიბების შემდეგ ეტაპზე. შტორმირება შეიძლება დახასიათდეს როგორც „ინტერპერსონალურ საკითხებთან დაკავშირებული კონფლიქტი და პოლარიზაცია“ (Tuckman, 1965). ამ ეტაპის გადასალახად, გუნდმა უნდა მიმართოს პრობლემების გადაჭრის მეთოდოლოგიებს და გაყვეს გარკვეულ დღის წესრიგსა და მიზნებს. ამ ეტაპზე, ლიდერმა და მენეჯერმა ექტენებმა უნდა შეინარჩუნონ გუნდის მუშაობისადმი პოზიტიური დამოკიდებულება, დაეხმარონ გუნდს კონფლიქტის გადაჭრაში და ქოუჩინგი გაუწიონ გუნდის წევრებს.

ნორმირება ხდება მაშინ, როდესაც გუნდი გადალახავს წინააღმდეგობებს და გაივლის შტორმირების ფაზას. ყველა წარმოაჩენს საკუთარ მიზნებს და იწყებს გუნდის შიგნით საერთო მიზნის მისაღწევად მუშაობას. ნორმირებას შეიძლება ეწოდოს „ჯგუფური ერთმანობის ჩამოყალიბება“ (Tuckman, 1965). გუნდის წევრები იწყებენ აზრების გაზიარებას. გაზრდილია ამ აზრების მიმღებლობაც. ძირითადი ყურადღება გადატანილია გუნდის მუშაობაზე. ეს ეტაპი ხასიათდება მაღალი შემოქმედებითობით. ნორმირების ფაზაში, ლიდერ და მენეჯერ ექტენებს შეუძლიათ უკან დაიხიონ და საშუალება მისცენ გუნდის წევრებს თავად აიღონ პაუსისხმგებლობა და ანგარიშგება საკუთარ მუშაობასა და გუნდის პროგრესზე.

მოქმედება ეს არის ეტაპი როდესაც გუნდის წევრები აცნობიერებენ საკუთარ როლს, ისინი არიან მოქნილები და გუნდის მთელი ენერჯია მიმართულია მიზნის მიღწევისაკენ. გუნდის წევრები ლებულობენ ერთმანეთის იდიოსინკრაზიებს და აყალიბებენ გუნდის ნორმებს. გუნდი მაქსიმალურად მოტივირებულია შეასრულოს სამუშაო. ეს ეტაპი ხასიათდება როგორც „როლთან დაკავშირებული ფუქნცია“ (Tuckman, 1965). ჯგუფს აქვს ძლიერი ინდივიდუალობა და გუნდის წევრები ურთიერთდამოკიდებულნი არიან. ამ ეტაპზე, აღარ არის ლიდერი და მენეჯერი ექტენების ჩართულობა საჭირო და მათ უკვე შეუძლიათ სხვა პროექტებზე მუშაობის დაწყება.

ვადის დამთავრება ვლინდება როდესაც ხდება გუნდის მუშაობის დასრულება. ეს ეტაპი არ მოიძიება Tuckman-ის საწყის ნამუშევარში, შემდგომ იქნა დამატებული იმ მოსაზრების საფუძველზე, რომ გუნდი მიყვება გარკვეულ ცხოვრებისეულ ციკლს, რომელიც გულისხმობს ფინალურ ეტაპსაც (Tuckman & Jensen, 1977). ფინალური ეტაპი შესაძლოა იყოს ემოციური გუნდის დაშლის გამო. ამ ეტაპზე, ლიდერმა და მენეჯერმა ექტენებმა უნდა აღნიშნონ წარმატება და ხაზი გაუსვან თითოეული წევრის წვლილს მიღწეულ წარმატებაში.

სინერჯიის ჩამოყალიბება

გუნდის ჩამოყალიბებისა და ნორმალიზების ფაზის გავლის შემდეგ, გუნდის წევრები ურთიერთდამოკიდებულნი ხდებიან და ერთად იწყებენ მუშაობას საერთო მიზნის მისაღწევად. ეს ურთიერთდამოკიდებულებაა სწორედ სინერჯიის პრინციპი. სინერჯია ბიძგს აძლევს, აერთიანებს და ნათელს ხდის ადამიანთა ძლიერ მხარეებს. იგი ხელს უწყობს შემოქმედებითობის, წა-

რმოსახვის და ინტელექტის ქსელურ ჩამოყალიბებას (Covey, 2004, p. 265). სინერგია შეიძლება აღინეროს როგორც გუნდის წევრების ძლიერი მხარეების გაერთიანება სასურველი გამოსავლების მისაღწევად, რაც შეუძლებელი იქნებოდა ცალკეული პიროვნების ინდივიდუალური მცდელობის დროს (Covey, 2004). გუნდის სინერგია წევრებისგან მოითხოვს შეიცნონ საკუთარი და სხვების გამოცდილების ღირებულება და გვერდში მყოფებს მისცენ საშუალება იყვნენ ღია, მოუსმინონ და ისწავლონ ერთმანეთისგან.

Roussel (2013) საზღვრავს ლიდერი და მენეჯერი ექთნებისთვის მნიშვნელოვან ექვს საბაზისო წესს გუნდში სინერგიის შესანარჩუნებლად:

1. ნათლად განსაზღვრეთ მიზანი და ამოცანები. ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა ნათლად უნდა აუხსნან მიზანი და ამოცანები პერსონალს. თითოეულმა წევრმა უნდა იცოდეს თუ რატომ არიან ერთად შეკრებილი. გუნდის წევრებს უნდა შეეძლოთ გამოთქვან მოსაზრებები მიზნებთან, ამოცანებთან და დავალებებთან მიმართებით;
2. აქტიურად მოუსმინეთ. ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა უნდა შეიმუშაონ შეხვედრების ძირითადი წესები და უნდა დარწმუნდნენ რომ გუნდის წევრებს კარგად ესმით დადგენილი წესები. ლიდერებმა უნდა აცადონ ერთმანეთს საუბარი, ერთ მომენტში მხოლოდ ერთი უნდა საუბრობდეს. გუნდის თითოეული წევრი ორიენტირებული უნდა იყოს ყველა დანარჩენ წევრზე და უნდა უსმენდნენ ვინ რაზე საუბრობს. აქტიური მოსმენა არ ნიშნავს განსჯას. ის ნიშნავს მოსაუბრის ყურადღებით მოსმენას და მისი ნათქვამის სრულად გათავისებას;
3. იყავით პატიოსანი. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები პატივს უნდა სცემდნენ გარშემომყოფებს და ამ კუთხით მაგალითს უნდა წარმოადგენდნენ სხვებისთვის. გუნდის თითოეული წევრი უნდა იყოს ობიექტური მოსაუბრისთვის უკუგების მიცემისას. არავინ უნდა დაამციროს ან აგრძნობინოს რომ მისი შეხედულება არასწორია ან არ არის მნიშვნელოვანი;
4. გამოავლინეთ თანაგრძნობა. ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა სხვები უნდა წაახალისონ გუნდურ მუშაობაზე და უნდა აგრძნობინონ რომ თითოეულის მოსაზრება ღირებულა. გუნდის თითოეულმა წევრმა უნდა მოუსმინოს სხვას მზრუნველობითი დამოკიდებულებით;
5. იმოქმედეთ კონფლიქტების გადასაჭრელად. ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა პატივი უნდა სცენ გუნდის თითოეულ წევრს. თითოეული წევრი უნდა დაეთანხმოს საერთო გადაწყვეტილებას, მაშინაც კი თუკი მისი მოსაზრება განსხვავებულია. ამისთვის კი გუნდის წევრებმა ერთად უნდა იმუშაონ საერთო ხედვის შემუშავებისა და შემდეგ უკვე ამ ხედვის საყოველთაოდ მიღების მიზნით;
6. იყავით მოქნილი. ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა უნდა მიანიჭონ ხმის უფლება გუნდის წევრებს და ისინი უნდა გრძნობდნენ რომ მათ პატივს სცემენ. გუნდის თითოეული წევრი უნდა იყოს ღია და მოქნილი სხვებთან მიმართებით. ყველა მუშაობს ერთად საერთო მიზნებისა და ამოცანების მისაღწევად.

ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს შეუძლიათ საკვანძო როლის შესრულება გუნდური მუშაობის წარმატებულად წარმართვის საქმეში. მათ უნდა გამოიმუშაონ ინტერაპროფესიული და ინტერპროფესიული გუნდების ჩამოყალიბებისა და გუნდის წევრებთან კომუნიკაციის უნარ-ჩვევები. მათ უნდა ჩამოაყალიბონ საექსპერტო საქმიანობის მოდელი გუნდის წევრებისთვის და პაციენტებისთვის (ANA, 2016).

სასწავლო აქტივობა: ვარ მე გუნდის მოთამაშე?

ენვით შემდეგ ვებ-გვერდს: http://highered.mheducation.com/sites/0073381225/student_view0/chapter7/self-assessment_7_3.html

გაიარეთ Team Player Inventory. რაც მაღალია თქვენი ქულა, ესე იგი მეტ სიამოვნებას ღებულობთ გუნდური მუშაობისგან. თქვენი ქულა როგორია?

ეფექტური გუნდის მახასიათებლები

გუნდმა უნდა გააკეთოს იმაზე მეტი ვიდრე ამოცანის შესრულება; გუნდის წევრებს უნდა შეეძლოთ ურთიერთობა, კოორდინაცია, თანამშრომლობა და უნდა ჰქონდეთ გუნდის მიზნების, ამოცანების, საჭირო რესურსებისა და მოსალოდნელი შეზღუდვების საერთო ხედვა და აღქმა (Salas, Sims & Burke, 2005). Sales and colleagues-ების მიერ განსაზღვრული იქნა წარმატებული გუნდის შემდეგი ძირითადი მახასიათებლები (pp. 560-561):

- გუნდის ლიდერობა გულისხმობს გუნდის წევრების აქტივობების წარმართვისა და კოორდინაციის უნარს. იგი მოიცავს: გუნდის საქმიანობის შეფასებას; ამოცანების და ფუნქციების განაწილებას; გუნდის ცოდნის, უნარ-ჩვევების ჩამოყალიბებას; გუნდის წევრების მოტივაციას; დაგეგმარებასა და ორგანიზებას; და პოზიტიური ატმოსფეროს ჩამოყალიბებას. გუნდის ნებისმიერ წევრს შეუძლია გუნდის წარმართვა, თუმცა კონკრეტულმა პირმა უნდა გაუწიოს გუნდის მუშაობას კოორდინაცია და ხელი შეუწყოს მის საქმიანობას.
- საქმიანობის ორმხრივი მონიტორინგი არის უნარი გუნდის წევრებს შორის ჩამოყალიბოთ საკითხების საერთო გაგება და გუნდის წევრების საქმიანობის მონიტორინგისთვის გამოიყენო აკურატული სტრატეგიები. ეს გუნდის წარმატების აუცილებელი ფაქტორია. გუნდის თითოეული წევრი საჭიროებს იცოდეს თუ რას საქმიანობენ გუნდის დანარჩენი წევრები. როცა გუნდის ერთი წევრი ასრულებს დაკისრებულ ამოცანას, სხვები უნდა შეჩერდნენ და დაეხმარონ მას. ეს პრინციპი ასახავს ზურგის გამაგრების (backup) პრინციპს.
- ზურგის გამაგრების Backup ქცევა ეს არის უნარი მხედველობაში მიიღო გუნდის სხვა წევრების საჭიროებები მათი პასუხისმგებლობების გათვალისწინებით. აღნიშნული გულისხმობს ფუნქციებისა და ამოცანების განაწილებას წევრებს შორის ინტენსიური დატვირთვისა და სტრესის პირობებში ბალანსის შესანარჩუნებლად.
- ადაპტაციურობა ეს არის სტრატეგიების კორეგირების უნარი გარემოდან შეგროვებული ინფორმაციის საფუძველზე. სტრატეგიის კორეგირება შესაძლებელია მოხდეს მხარდამჭერი ქცევის ან ჯგუფის რესურსების ხელახალი გადანაწილების გზით. ადაპტაცია ასევე გულისხმობს მომქედების მიმართულების შეცვლას გარე და შიდა ცვლილებებზე პასუხად.
- გუნდის ორიენტაცია ეს არის ჯგუფური ინტერაქციის დროს გუნდის სხვა წევრების ქცევის განხილვის უნარი და იმის რწმენა რომ გუნდის მიზნები უფრო მაღლა დგას თითოეული წევრის მიზნებთან შედარებით. გუნდის წევრები სამუშაოს აღიქვავენ როგორც „ჩვენი სამუშაო“ და არა როგორც „ჩემი სამუშაო“ (Kalisch & Schoville, 2012).
- გაზიარებული მენტალობის მოდელი გავლენას ახდენს ურთიერთობების ორგანიზაციის ცოდნასა და მის სტრუქტურაზე იმ ამოცანების ფარგლებში რაც დასახულია გუნდის წინაშე და გუნდის წევრებს შორის ინტერაქციაზე. „გუნდის წევრებს, რომლებიც მისდევენ გაზიარებული მენტალობის მოდელს, აქვთ ერთნაირი ხედვა თუ რა უნდა გაკეთდეს, ვის მიერ და როდის“ (Kalisch & Schoville, 2012, p. 53).
- ორმხრივი პატივისცემა ეს არის გაზიარებული რწმენა რომ გუნდის წევრები შეასრულებენ თავიანთ ფუნქციას და დაიცავენ გუნდის სხვა წევრების ინტერესებს. გუნდის თითოეული წევრი უნდა ენდობოდეს სხვას და უნდა სჯეროდეს რომ მათი მხრიდან სამუშაოს შესრულება ხდება სწორად და დროულად.
- დახურული მარყუჟის კომუნიკაცია ეს არის ინფორმაციის გაცვლა ინფორმაციის გამცემსა და მიმღებს შორის მიუხედავად შუამავალი რგოლის არსებობისა. ამ ტიპის კომუნიკაცია არის ეფექტური და ეფექტიანი.

Salas and colleagues-მა (2005) გუნდის ლიდერობა, ორმხრივად საქმიანობის მონიტორინგი, მხარდამჭერი ქცევა, ადაპტაციის უნარი და გუნდის ორიენტაცია წარმოაჩინეს როგორც ხუთი

ძირითადი კომპეტენცია საჭირო ეფექტური გუნდური მუშაობისათვის. ხოლო გაზიარებული მენტალობის მოდელი, ორმხრივი ნდობა და დახურული მარყუჟის ტიპის კომუნიკაცია აღწერეს როგორც ზემოაღნიშნული ხუთი კომპონენტის ურთიერთდასაკავშირებელი ინსტრუმენტი. გუნდის წევრებს უნდა ჰქონდეთ ერთმანეთთან ეფექტიანი კომუნიკაცია და უნდა ენდობოდნენ ერთმანეთს რათა იყვნენ თვითდაჯერებულები დაკისრებული მოვალეობების დროულად შესრულებისას. ლიდერი და მენეჯერი ექთნების ფუნქციაა ხელი შეუწყონ ჩამოთვლილი მახასიათებლების გუნდის მხრიდან და ამით უზრუნველყონ გუნდის წარმატებული მუშაობა.

გუნდის წარმართვა და მართვა

ლიდერი და მენეჯერი ექთნები საკვანძო ფუნქციებს ასრულებენ პრიოფესიულ საქმიანობაში, პროფესიაში, ჯანდაცვის ინდუსტრიასა და მთლიანად საზოგადოებაში (ANA, 2016). ისინი ადგენენ „ინტერპროფესიული გუნდის წევრებისა და მომხმარებლებისთვის ექსპერტული ლიდერობის საქმიანობის პრინციპებს“ (ANA, 2016, p. 51). ფაქტია, რომ ლიდერი და მენეჯერი ექთნები ეფექტური გუნდის მნიშვნელოვანი შემადგენელი რგოლია, მაგრამ იგი შესაძლოა სულაც არ იყოს გუნდის წარმართველი. მიუხედავად იმისა ვის ეკისრება გუნდის ლიდერობის ფუნქცია, ლიდერმა მაინც უნდა შეძლოს გუნდის მუშაობის ხელშეწყობა შეხვედრების ეფექტიანად მართვით და გუნდის წევრებისთვის გუნდის მისიის, მიზნებისა და მიღწევების ხშირი შეხსენებით. LeBlanc-ი (2014) ვარაუდობს რომ TEEAMS მიდგომა არის ერთ-ერთი საშუალება, რითიც ლიდერ და მენეჯერ ექთანს შეუძლია ეფექტური გუნდის ჩამოყალიბება და წარმართვა. TEEAMS_ის საკვანძო ფაქტორებია:

- დრო: ლიდერმა და მენეჯერმა ექთანმა უნდა აღიაროს დროის ადეკვატურად, ხარისხიანად მართვის მნიშვნელოვნება გუნდის წევრებთან პირისპირ შეხვედრის დროს. LeBlanc-ი ვარაუდობს რომ შეხვედრების დროის დაგეგმარება გუნდის წევრებთან ერთად, მათთვის ინფორმაციის მიწოდება და საუბრების წახალისება სარგებლის მომტანი უნდა იყოს გუნდისათვის.
- ძალაუფლების მინიჭება: ლიდერი და მენეჯერი ექთანს უნდა მიხვდეს, რომ გუნდის წევრებისთვის ძალაუფლების დელეგირება აუცილებელია ძლიერი გუნდის ჩამოსაყალიბებისთვის. ამით ისინი აჩვენებენ რომ ენდობიან გუნდს, მიაჩნიათ რომ გუნდს შესწევს მინიმალური ინტერვენციებით საჭირო გადაწყვეტილებების მიღების უნარი: „პროდუქტიული გუნდი ეს არის ძალაუფლება მინიჭებული გუნდი“ (LeBlanc, 2014, p. 50).
- ენთუზიაზმი: ლიდერი და მენეჯერი ექთნები უნდა ავლენდნენ ენთუზიაზმს თითოეული წევრის წარმატებისა და მთლიანად გუნდის მუშაობის მიმართ. ენთუზიაზმი გადამდებია და გუნდის სამუშაოსა და მიზნების მიმართ ზრდის გუნდის წევრების ალფრთოვანებით დამოკიდებულებას.
- დაფასება: ეს არის კარგად შესრულებული სამუშაოს აღიარება. ყველა საჭიროებს თავის მიერ შესრულებული სამუშაოს აღიარებასა და დაფასებას. ამიტომ ლიდერმა და მენეჯერმა ექთანმა უნდა დააფასოს გუნდის წევრების საქმიანობა, რაც გაზრდის მათ თვითრწმენასა და აამაღლებს მათ საკუთარ თვალში. ყოველივე ეს საბოლოოდ გადაითარგმნება პაციენტების გაუმჯობესებულ გამოსავლებში, გაუმჯობესებულ ინტერპროფესიულ და ინტრაპროფესიულ კომუნიკაციაში და სრულ მზაობაში მიაღწიონ დასახულ მიზნებს.
- მართვა: მართო გუნდი და შეინარჩუნო გუნდის წევრების ანგარიშვალდებულება, წარმოადგენს ლიდერი და მენეჯერი ექთნის ძირითად ფუნქციას. ამისთვის კი კრიტიკულია, დარწმუნდეს რომ გუნდის წევრებს ნათლად აქვთ გაცნობიერებული საკუთარი მიზნები და მოლოდინები, ასევე სამუშაოსთან დაკავშირებული მოთხოვნები. ამასთან ლიდერმა და მენეჯერმა ექთანმა უნდა უზრუნველყონ გუნდი მუშაობისთვის საჭირო ყველა რესურსით.
- მხარდაჭერა: ყველა დონეზე მომუშავე ექთნები უნდა გრძნობდნენ მხარდაჭერას დაკისრებული სამუშაოს შესრულების დროს. ეს მხარდაჭერა უნდა მოდიოდეს ლიდერი და

მენეჯერი ექთნებისგან და მიმართული იყოს გუნდის წევრების პერსონალური, პროფესიული და ორგანიზაციული საჭიროებების გაცნობიერებისკენ. პერსონალის მხარდასაჭერი სტრატეგიები შეიძლება მოიცავდეს ხელმისაწვდომობას, დღის განმავლობაში შემოვლებში ჩართულობას, სატელეფონო ზარებზე დაუყოვნებელ პასუხს და ისეთი ატმოსფეროს ჩამოყალიბებას, რომელიც ხელს უწყობს პერსონალის საქმიანობაში ჩართულობას.

ეფექტიან საექთნო ლიდერობასა და მართვას შესაძლოა დადებითი გავლენა ჰქონდეს ხელმძღვანელი-თანამშრომლის ურთიერთობებზე და გუნდურ მუშაობაზე. ეს კი გაზრდის სამუშაოთი კმაყოფილებასა და სამუშაო ადგილზე პერსონალის დაყოვნებას. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები წარმართავენ გუნდს წარმატებისკენ, ახალისებენ გუნდის წევრებს და მენტორობას უწევენ მათ, ავლენენ კონსტრუქციულ კრიტიკას და გუნდის წევრებთან ერთად ზეიმობენ წარმატებას (Hader, 2013). კლინიცისტი, ლიდერი ექთნები და მენეჯერები ერთად მუშაობენ, იზიარებენ საერთო შეხედულებებს პაციენტზე ორიენტირებულ უსაფრთხო და ხარისხიან მკურნალობასთან დაკავშირებით.

სასწავლო აქტივობა: შეაფასეთ გუნდის ეფექტიანობა

იფიქრეთ იმ გუნდზე სადაც მუშაობთ, კლინიკური იყო ეს გუნდი თუ ნებისმიერი სხვა სახის?

ენციეთ ვებ-გვერდს: https://www.mindtools.com/pages/article/newTMM_84.html და შეაფასეთ შეფასების ფორმა *Team Effectiveness Assessment*.

1. რა არის თქვენი ქულა?
2. გაგიკვირდათ თქვენი შედეგი?
3. განსაზღვრეთ ორი ან სამი სტრატეგია გუნდურ მუშაობასთან დაკავშირებული, საკუთარი უნარების გასაუმჯობესებლად.

შეისწავლე მტკიცებულება

Weaver, A.C., Callaghan, M., Cooper, A. I., Brandman, J., & O'Leary, K.J. (2015). საავადმყოფოს თერაპიულ ონკოლოგიურ განყოფილებაში ინტეპროფესიული გუნდური მუშაობის შეფასება. *Journal of Oncology Practice*, 11(1):19-22.

მიზანი

ამ კვლევის მიზანი იყო პროფესიონალებს შორის გუნდური მუშაობის შეფასება საავადმყოფოს ონკოლოგიურ განყოფილებაში და იმ ბარიერების დადგენა რომელიც ხელს უშლიდა ძლიერი თანამშრომლობითი ურთიერთობის ჩამოყალიბებას.

მეთოდები

ჩატარებული კვლევა იყო ჯვარედინ-სექციური ჩატარებული საუნივერსიტეტო ჰოსპიტლის ჰემატოლოგიურ-ონკოლოგიურ განყოფილებაში. ყველა ექთანი, რეზიდენტი და ექიმი იყო მიწვეული აღნიშნულ კვლევაში ჩასართველად. გამოყენებული იყო უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული კითხვარი, რომელიც დაურიგდა 193 მონაწილეს.





ძირითადი შედეგები

კვლევაში ჩართულ მონაწილეთა 67%-მა სრულად შეავსო კითხვარი (129 მონაწილე). გუნდური მუშაობის ქულები ვარიირებდა პროფესიებს შორის. ექიმები, რეზიდენტები და ჰოსპიტალისტები ექთნებთან თანამშრომლობას აფასებდნენ როგორც მაღალს ან ძალიან მაღალს. ამის საპირისპიროდ, ექთნების მხრიდან იგივე კომპონენტის შეფასების მაჩვენებელი გაცილებით დაბალი იყო.

თანამშრომლობის გზაზე არსებული ბარიერები ასევე სხვადასხვანაირად იქნა შეფასებული გამოკითხულთა მიერ. ექთნებს სჯეროდათ რომ ნეგატიური კომუნიკაცია იყო ძირითადი გამომწვევა თანამშრომლობის გზაზე, მაშინ ორდესაც ჰოსპიტალისტები ძირითად გამომწვევად ასახელებდნენ სხვა სპეციალისტების ხელმისაწვდომობას. ზოგადად ექიმები მაღალი ქულით აფასებდნენ გუნდურ მუშაობას და თანამშრომლობას და ბარიერების შესახებ საერთოდ არაფერს აღნიშნავდნენ.

ლიდერი და მენეჯერი ექთნების საქმიანობაზე შესაძლო გავლენა

აღნიშნული კვლევა ჩატარებული იქნა ონკოლოგიური განყოფილებაში. მკვლევარები აღნიშნავდნენ რომ ამავე მიმართლებით ჩატარებულ წინა კვლევებშიც მსგავსი შედეგები იყო დაფიქსირებული. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები კარგად უნდა იცნობდნენ ინტერპროფესიული გუნდის წევრებს შორის არსებულ განსხვავებულ შეხედულებებს გუნდურ მუშაობასა და თანამშრომლობაზე. მათ ხელი უნდა შეუწყონ ჯანდაცვის პროფესიონალებს შორის ეფექტიან კომუნიკაციას.

მდგრადი გუნდური სინერჯის მისაღწევად, ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა ეფექტიანად უნდა წარმართონ ხოლმე გუნდის შეკრებები. არაფერია იმაზე მეტი ენერჯის გამომცლელი, ვიდრე იმ სავალდებულო კრებებზე დასწრება სადაც ნათლად არ არის განსაზღვრული მიზანი და განრიგი და სადაც ერთი საკითხიდან მეორეზე უმიზნო გადახტომები ხდება ხოლმე. ამიტომ ეფექტიანი და წარმატებული კრებების წარსამართად კრიტიკულია კრების წაყვანის უნარის გამომუშავება. როგორც წესი, პერსონალის შეხვედრები და კომიტეტის სხდომები ტარდება თვეში ერთხელ, თუმცა ეს დრო შესაძლოა იყოს ცვალებადი. რეკომენდებულია შეხვედრების გამართვა მოხდეს ყოველთვიურად ერთსა და იმავე დღეს (მაგ., ყოველი თვის მესამე ორშაბათი) და ერთსა და იმავე დროს (მაგ., 7:30 დამის მორიგე პერსონალისთვის და 7:30 საღამოს მორიგე პერსონალისთვის). კომიტეტის სხდომები ან ამოცანაზე მომუშავე პერსონალის შეხვედრები, როგორც წესი, ასევე ყოველთვიურად იგეგმება.

მიუხედავად შეხვედრის ტიპისა, კრების განრიგი უნდა იქნეს მომზადებული რამდენიმე დღით ადრე და დაგზავნილი იქნას გუნდის წევრებთან. ეს განრიგი გუნდის წევრებს უნდა აწვდიდეს ინფორმაციას კრებაზე განსახილველი საკითხების შესახებ. ამ გზით გუნდის წევრებს კრებისთვის წინასწარ მომზადების საშუალება ეძლევათ. შეკრება უნდა დაიწყოს და დამთავრდეს დროულად. ეს გუნდის წევრებს გაუჩინს შეგრძნებას, რომ მათი დრო ღირებულია და რომ მათ პატივს სცემენ. ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა კრება უნდა დაიწყონ კრების მიზნებისა და ამოცანების ახსნით და დაადგინონ კრების წესები. თავიდანვე კრების მიმდინარეობაზე კონტროლის აღება კრების მთელი მიმდინარეობისთვის ტონის მიმცემია და უმიზნო საუბრების მინიმუმამდე დაყვანის საშუალებას იძლევა, შესაბამისად იძლევა კრების მიმდინარეობის ჩარჩოში ჩასმის საშუალებას. მთელი კრების განმავლობაში ლიდერები უნდა ცდილობდნენ კრების მიმდინარეობაში გუნდის წევრების აქტიურ ჩართვას. შეკრება უნდა დასრულდეს კრების შეჯამებით, შემდგომი ეტაპების დაგეგმვით. ამასთან კრების მონაწილეებს უნდა მიეცეთ კითხვების დასმის საშუალება და დრო გამოთქვან მათთვის მნიშვნელოვან საკითხებზე საკუთარი შეხედულებები და წუხილები. უნდა მოხდეს კრების შეჯამება და ამ შეჯამების დაკომუნიტირება, რაც შემდეგ მალევე უნდა დაეგზავნოს კრების მონაწილეებს. ცხრილ 13-1-ზე წარმოდგენილია ტიპიური საექთნო კრების განრიგის მაგალითი.

ცხრილი 13-1 პერსონალის კრების ნიმუში

თარიღი/დრო მომხსენებელი		
დრო	საკითხი	მომხსენებელი
7:30 – 7:35	<p>მისალმება</p> <ul style="list-style-type: none"> შესავალი <p>კრების მონვევისას მოთხოვნა</p> <ul style="list-style-type: none"> დასწრების ფურცლის ყველა დამსწრის მიერ ხელმოწერა პერსონალის მიღწევების ხაზგასმა განცხადებების გაკეთება პერსონალისთვის 	ლიდერი და მენეჯერი ექთნები (ან მათ მიერ განსაზღვრული პირი)
7:35 – 7:45	<p>ბიუჯეტზე მოხსენება</p> <ul style="list-style-type: none"> ბიუჯეტის იმ ნაწილზე მოკლე მოხსენების გაკეთება, რაც უნდა იცოდეს პერსონალმა რათა უკეთ აღიქვას ფისიკალურ წელს საკუთარი მოვალეობები 	ლიდერი და მენეჯერი ექთნები (ან მათი განსაზღვრული პირი)
7:45-8:15	ახალი პოლისების წარმოდენა	ლიდერი და მენეჯერი ექთნები (ან მათ მიერ განსაზღვრული პირი)
8:15 – 8:45	<p>გუნდის პროექტის შესახებ მოხსენება</p> <ul style="list-style-type: none"> ხარისხის გაუმჯობესების გუნდი პროფესიული საქმიანობის გუნდი 	პროფესიული საქმიანობის გუნდის ხელმძღვანელი
8:45 – 9:19	<p>ახალი თემები</p> <ul style="list-style-type: none"> ბოლო შეხვედრის შემდეგ სიახლეებზე მოხსენება 	ლიდერი და მენეჯერი ექთნები (ან მათ მიერ განსაზღვრული პირი)
9:10 – 9:30	<p>ღია დისკუსია</p> <ul style="list-style-type: none"> პერსონალისთვის ნებისმიერი საკითხის და წუხილის შესახებ საუბრის საშუალების მიცემა 	ყველა
9:30	<ul style="list-style-type: none"> შეჯამება 	ლიდერი და მენეჯერი ექთნები (ან მათ მიერ განსაზღვრული პირი)

შეჯამება

დღეს, ექთნებმა უნდა ისწავლონ ინტრაპროფესიულ და ინტერპროფესიულ გუნდში მუშაობა რათა მოახერხონ იმ მიზნების გაზიარება რაც დაკავშირებულია უსაფრთხო და ხარისხიან მკურნალობასთან. ინტრაპროფესიულ გუნდურ მუშაობას მივყავართ საყოველთაო კმაყოფილებამდე, რაც თავის მხრივ უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობის წინაპირობაა. ინტერპროფესიულ გუნდში მუშაობა მოითხოვს ინდივიდუალური საქმიანობის კულტურიდან კოლაბორაციული გუნდური მუშაობის პრინციპზე გადასვლას. გუნდის წევრები საკუთარი საქსპერტო ცოდნის ინტეგრირებას ახდენენ საერთო საქმეში და ხელს უწყობენ პაციენტებისთვის ოპტიმალური მკურნალობის მიწოდებას. ექთნებმა აუცილებლად უნდა მისდიონ და ხელი შეუწყონ გუნდურ მუშაობასა და ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებთან თანამშრომლობას (ANA, 2010). ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს დადებითი ზეგავლენის მოხდენა შეუძლიათ პაციენტებსა და მათ ოჯახებზე, ინტრაპროფესიულ და ინტერპროფესიულ გუნდში კოლეგებთან კოლაბორაციაზე იმ სტაბილურობის უზრუნველყოფის გზით რაც ასე აუცილებელია ჯანდაცვის დინამიურ და კომპლექსურ ბუნებასთან გასამკლავებლად. მხოლოდ ამ გზით არის შესაძლებელი ორმხრივი სარგებელის მიღება. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები მნიშვნელოვანი ფაქტორია წარმატებული გუნდური მუშაობისთვის. ძლიერი სინერგიული ურთიერთობები პერსონალსა და ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს შორის საბოლოოდ განაპირობებს უსაფრთხო და ხარისხიან, პაციენტზე ორიენტირებულ მკურნალობას.

რეკომენდებული ვებ-გვერდები

- MindTools: How good are your leadership skills?
www.mindtools.com/pages/article/newLDR_50.htm
- Turning Point: Collaborative leadership self-Assessment questionnaires:
https://ecvo.ca/wordpress/wp-content/uploads/2014/12/CL_self-assessments_lores.pdf

გამოყენებული ლიტერატურა:

- American Association of Colleges of Nursing. (2008). The essentials of baccalaureate education for professional nursing practice. Washington, DC: Author.
- American Nurses Association. (2015). Nursing scope and standards of practice (3rd ed.). Silver Spring, MD: American Nurses Association.
- American Nurses Association. (2016). Nursing administration: Scope and standards of practice (2nd ed.). Silver Spring, MD: Author.
- American Nurses Association and American Organization of Nurse Executives. (2011). ANA/AONE principles for collaborative relationships between clinical nurses and nurse managers. Retrieved from www.nursingworld.org/PrinciplesofCollaborativeRelationships
- Covey, S. R. (2004). The 7 habits of highly effective people: Powerful lessons in personal change. New York: Free Press.
- Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., ..., Warren, J. (2007). Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55(3), 122–131.
- Disch, J. (2012). Teamwork and collaboration. In: G. Sherwood & J. Barnsteiner (Eds.), *Quality and safety in nursing: A competency approach to improving outcomes* (pp. 91–112). West Sussex, United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Greiner, A. C., & Knebel, E. (Eds.). (2003). *Health professions education: A bridge to quality*. Washington, DC: National Academies Press.
- Hader, R. (2013). Have you ever found an “I” in team? *Nursing Management*, 44(4), 6.
- Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative. 3021_Ch15_313-326 14/01/17 3:51 PM Page 325
- Kalisch, B., & Schoville, R. (2012). It takes a team: Challenging the belief that each patient should be cared for by just one nurse. *American Journal of Nursing*, 112(10), 50–54.
- Kalisch, B. J., Lee, H., & Rochman, M. (2010). Nursing staff teamwork and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 18(8): 938–947.
- LeBlanc, P. (2014). Leadership by design: Creating successful “TEEAMS.” *Nursing Management*, 45(3), 49–51.
- Lukas, C., & Andrews, R. (2014). Four keys to collaboration success. Retrieved from www.sagemaine.org/uploads/2/7/1/9/2719629/four_keys_to_collaboration_success.pdf
- Mensik, J. (2014). *Lead, drive, & thrive in the system*. Silver Spring, MD: American Nurses Association.
- Robert Wood Johnson Foundation. (2011). What can be done to encourage more interprofessional collaboration in health care? [issue brief]. Retrieved from www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/issue_briefs/2011/rwjf72058
- Roussel, L. (2013). *Management and leadership for nurse administrators* (6th ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Salas, E., Sims, D. E., & Burke, C. S. (2005). Is there a “big five” in teamwork? *Small Group Research*, 36(5), 555–599.
- The Joint Commission. (2012). *Improving patient and worker safety: Opportunities for synergy, collaboration, and innovation*. Oakbrook Terrace, IL: Author. Retrieved from www.jointcommission.org/assets/1/18/tjc-improvingpatientandworkersafety-monograph.pdf
- Tuckman, B. W. (1965). Developmental sequence in small groups. *Psychological Bulletin*, 63(6), 384–399.
- Tuckman, B. W., & Jensen, M. C. (1977). Stages of small-group development revisited. *Group & Organization Studies*, 2(4), 419–427.

- Wachter, R. M. (2012). *Understanding patient safety* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill Medical.
- Weaver, A. C., Callaghan, M., Cooper, A. L., Brandman, J., & O'Leary, K. J. (2015). Assessing interprofessional teamwork in inpatient medical oncology units. *Journal of Oncology Practice*, 11(1), 19–22.
- Wessel, S. (2015). Start strong: What every new nurse leader should do beginning on day one. *Nurse Leader*, 13(1), 62–64.
- World Health Organization. (2010). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Retrieved from www.who.int/hrh/resources/framework_action/en

თავი 14

ბიუჯეტირება

ამ თავში თქვენ შეისწავლით:

- თუ რატომ არის ბიუჯეტირება მნიშვნელოვანი უნარ-ჩვევა ლიდერი და მენეჯერი ექთნებისთვის;
- იმ გამოწვევების გამოკვლევას, რასაც ლიდერი და მენეჯერი ექთნები აწყდებიან ხარჯების დაზოგვის, ხარჯთეფექტურობასა და მკურნალობის ხარისხს შორის ბალანსის დაჭერისას;
- ბიუჯეტთან დაკავშირებული საბაზისო ტერმინოლოგიის აღწერას;
- ბიუჯეტირების პროცესში ეტაპების განსაზღვრას;
- ბიუჯეტირების სხვადასხვა ტიპის აღწერას;
- ბიუჯეტირების სხვადასხვა მეთოდის შედარებას.

ჯანდაცვის სისტემაში ყველა ექთანს აქვს მოვალეობა უზრუნველყოს ღირებულება-დამატებული და ხარჯთეფექტიანი მკურნალობა (Seifert, 2012). სულ მეტი აქცენტი კეთდება მიმდინარე ტენდენციის შენარჩუნებაზე, ღირებულება-ნარმართული ბიუჯეტირების პრინციპზე გადასვლასთან დაკავშირებით. ეს უკანასკნელი პირდაპირ უკავშირდება პაციენტზე ორიენტირებულ გამოსავლებს. საკუთარი პროფესიული ვალდებულების მიხედვით, ექთნებმა მუდმივად უნდა გამოიყენონ „საკუთარი ცოდნა და უნარ-ჩვევები, რათა იყვნენ შორსმჭვრეტელნი, შექმნან უსაფრთხო საქმიანობისთვის საჭირო გარემო და მხარი დაუჭირონ რესურსებით უზრუნველყოფილი, ხელმისაწვდომი და ხარჯთეფექტიანი მკურნალობის მიწოდებას პაციენტებისთვის და ამით უზაუსუნონ პოპულაციის მუდმივად ცვალებად მოთხოვნებს“ (American Nurses Association – ANA, 2010, p. 26). ამასთან, ექთნებმა მონაწილეობა უნდა მიიღონ ხარჯების მინიმიზაციაში არასაჭირო, დუბლირებული სერვისების თავიდან აცილების გზით. ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს ეკისრებათ ბიუჯეტის დაბალანსებისა და გასწორების მოვალეობა. მათ უნდა დაგეგმონ ბიუჯეტი ფიზიკალური დაგეგმვის კარგად გააზრებით, ბიუჯეტის პროგნოზირებისა და ხარჯების შეკავების გათვალისწინებით. თავის მხრივ, მათ დიდი გავლენა აქვთ სერვისის ღირებულაზე, რაც დაკავშირებულია პერსონალთან, მარაგებსა და პაციენტის დაყოვნებასთან.

ბიუჯეტირება, როგორც ძირითადი კომპეტენცია

ბევრ ინდუსტრიაში, ჯანდაცვის ჩათვლით, ბიუჯეტირების ძირითადი მიზანია თითოეულ დახარჯულ დოლარს ჰქონდეს მაღალ-ხარისხობრივი ღირებულება (Porter-O'Grady & Malloch, 2013). ბიუჯეტირება არის მუდმივად განგრძობადი პროცესი, რაც ლიდერი და მენეჯერი ექთნებისგან მოითხოვს ერთეულის ფინანსური სტატუსის მონიტორინგასთან დაკავშირებულ განათლებას ხარისხიანი და თანაც ხარჯთეფექტიანი საექთნო მოვლა/მკურნალობის უზრუნველყოფის მიზნით. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები პასუხისმგებელნი და ანგარიშვალდებულნი არიან ოპერატიულ და კაპიტალურ ბიუჯეტირებაზე და ყოველდღიურ, ყოველკვირეულ და ყოველწლიურ პროდუქტიულობაზე. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები ასევე შესაძლოა პასუხისმგებელნი იყვნენ ხარჯვის ცენტრები (cost-center ან რამდენიმე cost center), ორგანიზაციაში მათი ფუნქციის შესაბამისად. მაგალითად, ქირურგიული ინტენსიური განყოფილების მენეჯერი პასუხისმგებელია cost-center-ზე მხოლოდ ამ განყოფილებაში; ხოლო კრიტიკული სერვისების დირექტორი პასუხისმგებელია ქირურგიული ინტენსიური განყოფილების, თერაპიული ინტენსიური განყოფილების, კარდიოლოგიური ინტენსიური განყოფილების და კარდიოლოგიური ტელემეტრიული განყოფილებების cost centers-ებზე; და მთავარი ექთანი პასუხისმგებელია მთლი-

ანად საექტონო სამსახურის **cost-center**-ზე. მიუხედავად იმისა რამდენ განყოფილებას კურირებენ ისინი, ლიდერ და მენეჯერ ექტონებს უნდა ჰქონდეთ ამ პროცესისთვის შესაბამისი ცოდნა.

საექტონო ბიუჯეტირების მთავარი მიზანია განისაზღვროს საჭირო რესურსები მიზნების, პროგრამების და სხვადასხვა საექტონო აქტივობის შესაბამისად; ბიუჯეტირების პროცესი უზრუნველყოფს ლიდერ და მენეჯერ ექტონებს საჭირო ინსტრუმენტებით, რომელთა გამოყენებაც სარგებლის მომტანია პაციენტისა და მთლიანად ორგანიზაციისთვის და არ იწვევს რესურსების ფლანგვას (Finkler & McHugh, 2008; Swansburg, 1997). ბიუჯეტირების პროცესს პირდაპირი ეფექტი აქვს საექტონო საქმიანობის რაოდენობრივ და ხარისხობრივ მახასიათებლებზე. ყველა დონეზე მომუშავე ექტონი ჩართული უნდა იყოს ბიუჯეტირების პროცესში, რათა დარწმუნდეს რომ უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობისთვის საჭირო ყველანაირი რესურსი არის გათვალისწინებული ბიუჯეტში. ბიუჯეტირების ეფექტიანად წარსამართად, ლიდერმა და მენეჯერმა ექტონებმა უნდა შეიძინონ სპეციფიური ცოდნა მართვასა და ფინანსირების გამოსავლებზე და გამოიმუშაონ საჭირო უნარ-ჩვევები ბიუჯეტირებასა და მონეტარულ მართვაში (ANA, 2016). ისინი ასევე უნდა დარწმუნდნენ, რომ რესურსები გამოყოფილია „ხარისხიანი, უსაფრთხო და ხარჯთეფექტიანი მკურნალობის ოპტიმიზირებისთვის“ (ANA, 2016, p. 57).

American Organization of Nurse Executives (AONE)-მ განსაზღვრა ფინანსური მენეჯმენტის ძირითადი კომპეტენციები მმართველ პოზიციებზე მომუშავე ექტონებისთვის. ფინანსების მართვა ხდება ბიზნესის უნარ-ჩვევების ქვეშ და მოიცავს შემდეგ კომპეტენციებს (AONE, 2015, p. 10):

- ჯანდაცვის ორგანიზაციების ბიზნეს მოდელებისა და ეკონომიკის ფუნდამენტური კომპეტენციების შემუშავება;
- ძირითადი ბუღალტრული პრინციპების აღწერა და ძირითადი საბუღალტრო გუნდის განსაზღვრა;
- ფინანსური მდგომარეობის ანალიზი;
- ფინანსური რესურსების მართვა ბიზნეს გეგმის შემუშავების გზით;
- იმ პროცედურების შემუშავება, რაც დაკავშირებულია ზუსტ ფასწარმოქმნასთან

ხარჯების დაცვა და ეფექტიანობა

ლიდერ და მენეჯერ ექტონებს დაკისრებული აქვთ ხარჯთეფექტიანი ბიუჯეტის ჩამოყალიბების, დანერგვის, შეფასებისა და მონიტორირების ფუნქცია. მათთვის მნიშვნელოვანია მიიღონ მკაცრი გადაწყვეტილებები და გონივრულად დახარჯონ ბიუჯეტი, განსაკუთრებით მაშინ თუ ამ ბიუჯეტმა შესაძლოა უარყოფითად იმოქმედოს პაციენტის მკურნალობის ხარისხზე, პაციენტისა და ექტონების კმაყოფილებაზე (Swearingen, 2009). თანამედროვე ჯანდაცვის სისტემაში არსებული ანაზღაურების სტრუქტურებმა და ახალმა პოლისებმა შესაძლოა უარყოფითი გავლენა იქონიოს საექტონო ბიუჯეტირებაზე. ჯანდაცვის ფასი მუდმივად იზრდება, ამიტომ ჯანდაცვის სისტემა უფრო მეტად ორიენტირებულია პაციენტის გამოსავლების გაუმჯობესებაზე, ფასის კონტროლზე. იმ ორგანიზაციებს, რომლებსაც ორივე მიმართულებით წარმატების მიღწევა შეუძლიათ, გარკვეულ ჯილდოსაც ანიჭებენ (Anderson & Danna, 2013). ლიდერი და მენეჯერი ექტონები უნდა იცნობდნენ ანაზღაურების ცვლილების შესაძლებლობას ხარისხიდან გამომდინარე. ხარისხის საზომებსა და ანაზღაურებას შორის კავშირი აიძულებს ლიდერ და მენეჯერ ექტონებს იყვნენ ფხიზლად, გაუნიონ მონიტორინგი საექტონო მოვლის საათებს და როცა საჭიროა გაზარდონ იგი (Swearingen, 2009). ლიდერ და მენეჯერ ექტონებს პირდაპირი გავლენა აქვთ პაციენტების მკურნალობის გამოსავლებზე, მკურნალობასთან დაკავშირებულ ხარჯებსა და ფინანსურ სტაბილურობაზე.

ეფექტური ლიდერი და მენეჯერი ექტონები აცნობიერებენ, რომ მნიშვნელოვანი ნვლილის შეტანა შეუძლიათ ბიუჯეტირების პროცესში. განყოფილების პერსონალთან თანამშრომლობის გარეშე მენეჯერების მხრიდან ბიუჯეტის მართვა ნაკლებად წარმატებულია (Finkler & McHugh, 2008). არსებობს ბიუჯეტის გარკვეული ასპექტები, რომელთა კონტროლიც მენეჯერებს არ შეუძლიათ. ასეთია მაგალითად მიღებული შემოსავლები, პაციენტის სიმწვავე და პერსონალის სარგებლის პაკეტები (Waxman, 2005). ლიდერმა და მენეჯერმა ექტონებმა ყურადღება უნდა გაამახვილონ იმაზე, რაც კონტროლს ექვემდებარება და არ გაფლანგონ დრო და ენერჯია იმაზე,

რაც მათი კონტროლის გარეთაა. ტექნოლოგიები და ავტომატიზაცია ეხმარება ლიდერ და მენეჯერ ექტნებს ბიუჯეტის მართვაში მიიღონ ინფორმირებული ხარჯთეფექტიანი გადაწყვეტილებები. ისეთი საშუალებები, როგორცაა ვარიაციებზე ანგარიშები, პერსონალის დაგეგმარების ცხრილები, პროგნოზირების პროგრამული უზრუნველყოფა და პანელები შესაძლოა დაეხმაროს ლიდერ და მენეჯერ ექტნებს ბიუჯეტის ზედამხედველობაში, მონიტორირება გაუწიონ ტენდენციებს და მიღებული ინფორმაციის საფუძველზე, საჭიროების დროს, შეცვალონ ბიუჯეტი.

მიუხედავად იმისა, რომ ეფექტიანი ბიუჯეტირება მნიშვნელოვანია, იგი მაინც რთული პროცესია და ზოგჯერ ყველა ექტნისთვის შესაძლოა არ იყოს მისაღები. ამის საპასუხოდ, ლიდერებმა და მენეჯერებმა ექტნებმა კარგად უნდა შეისწავლონ ბიუჯეტირების პროცესის ბაზისური საკითხები, რათა ადვოკატირება გაუწიონ ისეთი რესურსებით უზრუნველყოფის აუცილებლობას, რაც სასიცოცხლოა უსაფრთხო, დროული, ეფექტიანი, თანაბარი და პაციენტზე-ორიენტირებული მკურნალობისთვის.

ბიუჯეტირების პროცესი

საექტნო ბიუჯეტი ეს არის სისტემური გეგმა, რომელიც იძლევა საექტნო ხარჯებისა და შემოსავლების საუკეთესო შეფასებას და ის ყველაზე უფრო ეფექტიანად ასახულია მიღწევად ამოცანებში. ბიუჯეტირებამდე ლიდერი და მენეჯერი ექტნები უნდა გაეცნონ თვითონ ბიუჯეტის ტერმინოლოგიასა და საბაზისო ფორმულებს. ცხრილ 14-1-ში მოცემულია ბიუჯეტის საბაზისო ტერმინოლოგია და მასთან დაკავშირებული ფორმულები.

ბიუჯეტირების პროცესი შესაძლებელია დადარდეს საექტნო პროცესს (Marquis & Huston, 2012). საექტნო მოვლის გეგმის მსგავსად, ბიუჯეტიც არის გეგმა გამოსახული ფინანსურ ტერმინებში და დაგეგმილია განსაზღვრული დროის მონაკვეთისთვის. ხარისხიანი მკურნალობის უზრუნველსაყოფად, ექტნებმა უნდა იცოდნენ როგორ შეიმუშაონ და განახორციელონ საექტნო მოვლა/მკურნალობის გეგმა. ასევე, ლიდერმა და მენეჯერმა ექტნებმა უნდა იცოდნენ როგორ შეიმუშაონ, განახორციელონ და მართონ ბიუჯეტთან დაკავშირებული გეგმა (Anderson & Danna, 2013). ბიუჯეტის პროგნოზირებისთვის აუცილებელია, პირველ რიგში, არსებული საჭიროებების შეფასება საოპერაციო ხარჯებთან, სამუშაოსთან, მომარაგებასა და აპარატურასთან მიმართებით. მეორე ეტაპზე უკვე საჭიროა სიტუაციის დიაგნოსტიკა და შემდეგ უკვე ხარჯთეფექტური ბიუჯეტის შემუშავება რესურსების გამოყენების მაქსიმალურად ოპტიმიზაციის გზით უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობის უზრუნველსაყოფად. მესამე ეტაპზე კი საჭიროა რეალისტური ბიუჯეტის განსაზღვრა. მეოთხე ეტაპი არის ბიუჯეტის გამოყენების ეტაპი და მოიცავს მის მუმიდევ მონიტორინგსა და თვის ქრილში ანალიზს ნებისმიერი ვარიაციის იდეტიფიკაციის მიზნით. ბოლო ეტაპი არის შეფასება (Marquis & Huston, 2012).

ცხრილი 14-1 ბიუჯეტის ძირითადი ტერმინოლოგია და ფორმულები

ტერმინოლოგია	აღწერა	ფორმულა
საშუალო დღიური ცენზი (ADC)	პაციენტების საშუალო რაოდენობა განყოფილებაში ყოველ მოცემულ დღეს გარკვეული დროის განმავლობაში	პაციენტების ჯამური რაოდენობა განყოფილებაში ერთი წლის განმავლობაში/365 დღე
ნულოვანი მოგების რაოდენობა	პაციენტების რაოდენობა, რომლებიც საჭიროა ნულოვანი მოგების მისაღებად	ფიქსირებული ხარჯი/პაციენტზე ხარჯის ვარიანობა
სერვისის ერთეულის ხარჯი (CPUOS)	ჯამური ხარჯი გაყოფილი სერვისის რაოდენობაზე	24 საათში მომუშავე პერსონალის ჯამური რაოდენობა X საშუალო საათობრივი მაჩვენებელი X მორიგეობაზე საათების რაოდენობა/ADC

სრული შტატის ექვივალენტი (FTE)	სრულ შტატზე მომუშავე თანამშრომლის ექვივალენტი 1 წლისთვის; შესაძლოა იყოს ნაწილობრივ განაკვეთზე მომუშავე თანამშრომლების კომბინაცია ექვივალენტური ერთ სრულ-შტატზე მომუშავე თანამშრომლისა	1 თანამშრომლი მომუშავე დღეში 8 საათს X 5 დღე X 52 კვირა = 2080 საათი/წლინადაში
საექტონო საათები პაციენტ/დღეზე (NHPPD)	პროდუქტიული საექტონო საქმიანობის საათების რაოდენობა პაციენტ დღეზე 24 საათის განმავლობაში	პროდუქტიული საექტონო სამუშაო საათები 24 საათში/პაციენტების ცენზი 24 საათში
პროდუქტიულობა	შედეგისთვის საჭიროა შემავალი რესურსების საზომი	ამონაგები X 100 შემავალი რესურსები
ვარიაცია	პროექტირებული ბიუჯეტიდან გადახრა	თვიური ბიუჯეტირებული ხარჯები - თვიური აქტიური ხარჯები = ვარიაცია 4-ში ვარიაცია \$-ებში/თვიურად ბიუჯეტირებული ხარჯები = ვარიაციის %-ს

შეფასება

შეფასების ფაზაში, ლიდერმა და მენეჯერმა ექტონებმა უნდა შეაგროვონ მონაცემები და შეაფასონ მომავალი ფისიკალური წლის საჭიროებები. ეს პროცესი მოიცავს სამუშაო დატვირთვის და პაციენტის მკურნალობის საათების განსაზღვრას, არაპროდუქტიული სამუშაო საათების პროგრნოზირებას, მომარაგებასთან და სერვისებთან დაკავშირებული ხარჯების და საპროექტო ერთეულის კაპიტალის ხარჯების დადგენას. ლიდერმა და მენეჯერმა ექტონებმა უნდა გამოიკვლიონ მიმდინარე საექტონო აქტივობებიცა და მომავალში დაგეგმილი ქმედებებიც. როგორც წესი, წინა ფისიკალური წლის ხარჯები და შემოსავლები ანალიზდება და წინა წელს დაგეგმილი ბიუჯეტიდან ნებისმიერი გადახრა დეტალურად შეისწავლება მომავალში მათი თავიდან აცილების მიზნით.

დიაგნოზი

დიაგნოსტიკის ფაზა მოიცავს საექტონო პროდუქტიულობის მიზნების განსაზღვრას მომავალი ფისიკალური წლისთვის. პროდუქტიულობა დაკავშირებულია როგორც საექტონო მკურნალობა/მოვლის უზრუნველყოფასთან ისე პაციენტის გამოსავლებთან მიმართებაში მკურნალობის ეფექტიანობის შეფასებასთანაც. ლიდერმა და მენეჯერმა ექტონებმა უნდა შეაფასონ განყოფილების მიზნები წინა წლისთვის რათა დარწმუნდნენ რომ ისინი შესაბამისობაშია ორგანიზაციის მიმდინარე მისიასა და ფილოსოფიასთან. შემდეგ უკვე შესაძლებელია ამ მიზნების გადახედვა ან ახალი მიზნების შემუშავება მომავალი წლისთვის, თუკი ეს საჭირო აღმოჩნდება. დაგეგმილი ბიუჯეტი ეფუძნება იმ პროგრამებსა და აქტივობებს, რომელიც საჭიროა საექტონო საქმიანობის პროდუქტიულობის მიზნებისა და მთლიანად ორგანიზაციის ფართო მიზნების მისაღწევად.

დაგეგმარება

წარმატებული ბიუჯეტი იძლევა ცალსახად განსაზღვრულ წლიურ გეგმას რაც წარმართავს ადამიანური და სხვა რესურსების, საექტონო სერვისების და გარემო ფაქტორების ეფექტიანად გამოყენების პროცესს და აუმჯობესებს პროდუქტიულობას. კარგი ბიუჯეტი ითვალისწინებს

როგორც განყოფილების, ისე ორგანიზაციის საჭიროებებს და ლოკაციების მიხედვით რესურსების გადანაწილებას ახდენს დასახული მიზნების შესაბამისად (Frinkler, Jones & Kovner, 2014). დაგეგმარების ეტაპზე ლიდერი და მენეჯერი ექთნები გამოიყენებენ ბიუჯეტის სამუშაო ქაღალდებს. დაგეგმარების ეტაპი ბიუჯეტირების საკვანძო ეტაპია და განიხილება როგორც უსაფრთხო და ხარჯ-ეფექტიანი საექთნო მოვლა/მკურნალობისა და პერსონალის კმაყოფილების საფუძველი. იდეალურ ვარიანტში, ბიუჯეტს აქვს გარკვეული მოქნილობაც და ითვალისწინებს ვარიაციებს პაციენტების რაოდენობისა და სიმწვავის შესაბამისად.

დაგეგმარების პროცესის დროს, ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს შესაძლოა ესაჭიროებოდეთ დაგეგმილი პროგრამებისა და ახალი სერვისების ეფექტების შესწავლა. მოყვება თუ არა მათ ფულის კარგვა, შემოსავლის გაზრდა თუ საერთოდ გამოუსადეგარი იქნება ისინი. სერვისის მომგებიანობის განსაზღვრის პროცესს ეწოდება ნულოვანი მოგების ანალიზი. (Finkler & McHugh, 2008). ეს ანალიზი გამოყენებადია სპეციფიკური განყოფილებისთვის ან რომელიმე კონკრეტული სერვისისთვის შემოსავლების წინასწარ განსაზღვრისთვის. თუკი ჯამური შემოსავალი აჭარბებს ჯამურ გასავალს, მაშინ მოგებაა და თუ შემოსავალი ნაკლებია გასავალზე, მაშინ ეს წაგებაა. როდესაც შემოსავალი და გასავალი ტოლია და არ ფიქსირდება არც მოგება და არც წაგება. ამას ნულოვანი მოგების ანალიზს უწოდებენ (Finkler & McHugh, 2008). საექთნო საქმიანობაში ნულოვანი მოგების რაოდენობა ეს არის იმ პაციენტების რაოდენობა, რომლებიც საჭიროა ნულოვანი მოგების მისაღებად (14-3 ცხრილში მოცემულია ნულოვანი მოგების საანგარიშო ფორმულა). ფასი ეს არის თითოეული პაციენტის მიერ გადახდილი თანხა ან პაციენტებზე მისი გასაშუალოებული მაჩვენებელი. როდესაც პაციენტისგან მიღებული თანხა ნაკლებია, ვიდრე ნულოვანი მოგების წერტილი, მაშინ წაგებაა (ზარალია) და როდესაც მაღალია, მაშინ მოგება. ნულოვანი მოგების ანალიზი ასევე გამოიყენება პირდაპირი მკურნალობის საათების დასადგენად საექთნო ერთეულში.

დანერგვა

ლიდერი და მენეჯერი ექთნები წარმართავენ, აფასებენ და ზედამხედველობას უწევენ ბიუჯეტირებასთან დაკავშირებულ აქტივობებს მათ დაქვემდებარებაში მყოფ ერთეულებში. დანერგვის ფაზის დროს, ლიდერი და მენეჯერი ექთანი უნდა ზრუნავდეს იმაზე რომ ერთეულმა იმუშაოს ბიუჯეტით დადგენილ ფარგლებში. პრიორიტეტების განსაზღვრა მნიშვნელოვანია. ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა უნდა მოსთხოვონ პერსონალსაც იმოქმედონ დადგენილ ფარგლებში. იმისთვის რომ პერსონალი კარგად იცნობდეს დადგენილ ფისიკალურ ბიუჯეტს, ლიდერი და მენეჯერი ექთნები უნდა შეხვდნენ მათ იმპლემენტაციის ადრეულ ფაზაზე და მიანოდონ დეტალური განმარტებები, მიმოიხილონ წინა წლის ბიუჯეტიდან გადახვევები და ამ თითოეულ გადახრასთან დაკავშირებით შეიმუშაონ სამუშაო რეკომენდაციები. რაც უფრო მეტადაა პერსონალი ინფორმირებული, მით მეტი შანსია შესრულებული იქნეს ბიუჯეტით განსაზღვრული ამოცანები.

შეფასება

შეფასების ფაზა იწყება მაშინვე როგორც კი ბიუჯეტი დადგენილია და ის გრძელდება ბიუჯეტით განსაზღვრულ მთელ პერიოდზე. რადგანაც საექთნო ბიუჯეტი წარმოადგენს ერთეულის ფინანსურ სტანდარტს, ლიდერი და მენეჯერი ექთნები ვალდებული არიან ამ სტანდარტიდან ნებისმიერი გადახრა შეისწავლონ და მიიღონ შესაბამისი ზომები რათა ფისიკალური წლის ბოლოს არ დადგნენ ფინანსების გადახარჯვის ან შეუსაბამო ხარჯვის ფაქტის წინაშე. ფინანსურმა დეპარტამენტმა შემოსავალსა და გასავალზე და პროექტის ბიუჯეტსა და რეალურ ბიუჯეტს შორის სხვაობაზე ინფორმაცია რეგულარულად უნდა მიანოდოს ექთან ლიდერებსა და მენეჯერებს. ეს როგორც წესი ხდება თვეში ერთხელ ან კვარტალში ერთხელ. შეფასების ფაზაში, ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა უნდა შეისწავლონ მიწოდებული ანგარიშები ნებისმიერი გადახრის ან ვარიაციის აღმოსაჩენად. რეალური შედეგები უნდა დადარდეს დადგენილ ბიუჯეტს და ვარიაციებს შორის სხვაობა დეტალურად უნდა იქნეს გამოკვლეული. ამ კვლევის შედეგებს უნდა დაეფუძნოს შემასწორებელი ქმედებები. ვარიაციების ანალიზის მიზანია უფრო ზუსტი

გახადოს ბიუჯეტი და მოხდეს შესაძლო კრიზისის პროგნოზირება და თავიდან აცილება (Porter-O'Grady & Malloch, 2013). საუკეთესო ვარიანტია, მოქნილი ბიუჯეტის შემუშავება, რომელშიც გათვალისწინებული იქნება თვის ქრილში გარკვეული ვარიაციები. მაგრამ თუკი ვარიაციები მნიშვნელოვანი ხდება, მაშინ ამან შესაძლოა ბიუჯეტის კორექციაც მოითხოვოს.

ვარიაციები, როგორც წესი, ვლინდება ფინანსების, პერსონალის და მომარაგების კუთხით (Porter-O'Grady & Malloch, 2013). ვარიაციები შეიძლება იყოს პოზიტიური, რაც ნიშნავს რომ უკეთესია ვიდრე მოსალოდნელი იყო და უარყოფითი, რაც ნიშნავს რომ არც ისე კარგია როგორც იყო მოსალოდნელი. მიუხედავად ვარიაციის ტიპისა, ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა ახსნა-განმარტებები უნდა წარუდგინონ ზემდგომ პირებს და აუხსნან რეალურ ციფრებსა და ბიუჯეტში განსაზღვრულ მაჩვენებლებს შორის შორის დაფიქსირებული სხვაობის მიზეზი. ციფრები შესაძლოა გამოხატული იყოს პროცენტებში ან აბსოლიტურ ციფრებში. ცხრილ 14-2-ზე ნაჩვენებია ერთი თვის ბიუჯეტის მაგალითი.

მართალია მნიშვნელოვანია ყველა ვარიაციის გაანალიზება, მაგრამ პერსონალთან დაკავშირებული ვარიაციები მაინც წარმოადგენს ლიდერი და მენეჯერი ექთნების ძირითად წუხილს. ისინი ყურადღებით შეისწავლიან უსაფრთხო მკურნალობისთვის აუცილებელი პერსონალის რაოდენობას და ადარებენ ამას მათსავე დანესებულებაში არსებულ რეალურ რაოდენობას. პერსონალის ვარიაბილობა ვლინდება მაშინ, როდესაც საჭირო საექთნო საათები და რეალური საექთნო საათები არ შეესაბამება ერთმანეთს. შესაძლოა ვარიაციის ორი სახე გამოვლინდეს: პერსონალი არ არის საკმარისი უსაფრთხო მკურნალობის უზრუნველსაყოფად ან პერსონალი საკმარისზე მეტია. საჭირო პერსონალის რაოდენობა ეყრდნობა პაციენტების რაოდენობასა და მათ სიმწვავეს. ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა უნდა გააანალიზონ როგორც პერსონალის მხრივ ვარიაციები, ასევე საექთნო საათების მიხედვით ვარიაციებიც (Porter-O'Grady & malloch, 2013). როდესაც ვარიაციები მნიშვნელოვნადაა გამოხატული, საჭიროა მომავალში გარკვეული ზომების მიღება მათი პრევენციის მიზნით. ამ მიმართულებით შემუშავებული სტრატეგიები შემდგომ დაწერგილი უნდა იქნეს პრაქტიკაში და ამასთანავე დოკუმენტირებულიც. ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა თვალი უნდა ადევნონ ვარიაციების ტენდენციებს და მათ მიხედვით მართონ დატვირთვასთან დაკავშირებული საკითხები.

ცხრილი 14-2 თვიური ვარიაბილობის ანგარიში

ბიუჯეტის ერთეული	თვიურად ბიუჯეტირებული დანახარჯი	თვიური აქტიური დანახარჯები	ვარიაცია \$	ვარიაცია %	წელი-თარიღი ბიუჯეტი	წელი-თარიღი აქტუალური	წელი-თარიღი ვარიაცია
IV ხსნარები	2250	3628	(1378)	(61.2)	9000	8242	758
IV პირველადი კომპლექტები	1110	1990	(800)	(79)	4440	4340	100
ჟანგბადის კანულები	550	500	50	9	2200	2310	(110)
სასანაციო კათეტერები	750	600	150	20	3000	3100	(11)
სტერილური წყალი	1200	1124	76	6.3	3920	3750	170
სტერილური saline	1200	1010	100	8,3	3920	3770	150

პროდუქტიულობა

ბიუჯეტის უწყვეტი მონიტორინგის ნაწილია პროდუქტიულობის მონიტორინგიც. პროდუქტიულობა ეს არის ამონაგებსა (მაგ., პროდუქტები ან სერვისები) და შემავალ რესურსებს (მაგ., გამოყენებული ნედლეული) შორის ფარდობა. ამონაგების ფაქტორები დამოკიდებულია ჯანდაცვის კონკრეტულ სააგენტოზე და მიწოდებული სერვისების ტიპსა და სიხშირეზე (მაგ., პროცედურები, მიწოდების ფორმები, ვიზიტები, საავადმყოფოში მოთავსება, ბინაზე ვიზიტები); ამონაგების ფაქტორები ასევე მოიცავს პაციენტების კმაყოფილებას და პაციენტების კლინიკური მდგომარეობის გამოსავლებს. შემავალი რესურსების ფაქტორები მოიცავს პერსონალის უნარების დონეს და გამოცდილებას. შემავალი რესურსების ფაქტორებზე გავლენა შეიძლება მოახდინოს პაციენტის მდგომარეობის სიმძიმე/სიმწვავემ, ერთეულის განლაგებამ და საექთნო საქმიანობის მართვამ. პროდუქტიულობის გარკვეული დონის შენარჩუნების ან მისი გაზრდისთვის, ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა უნდა გამოიკვლიონ ყველა ზემოთ ხსენებული ფაქტორი. მათ უნდა ახსოვდეთ რომ გამოსავლების დაქვეითებით და შემავალი რესურსების გაზრდით შესაძლოა პროდუქტიულობის გაზრდა.

საუკეთესო ვარიანტში პროდუქტიულობა უნდა იყოს ეფექტიანი და უსაფრთხო მკურნალობის საუკეთესო ნაზავი. ნებისმიერი მიმართულებით ვარიაციამ შესაძლოა გავლენა იქონიას აღნიშნულ ფაქტორებზე. განვიხილოთ შემდეგი მაგალითი: თუკი სტანდარტი ითხოვს პაციენტ დღეზე 6 საექთნო საათის უზრუნველყოფას (NHPPD) და განყოფილების ცენზი 32 პაციენტს შეადგენს, მაშინ გამოდის რომ დღის განმავლობაში პაციენტების მკურნალობის უზრუნველყოფად საჭიროა 192 საექთნო საათი. თუკი ლიდერი და მენეჯერი ექთანი 192-ვე საათს უზრუნველყოფს, ეს ნიშნავს რომ პროდუქტიულობა 100%-იანი იქნება:

$192 \text{ საჭირო საათი} / 192 \text{ უზრუნველყოფილი საათი} \times 100 = 100\% \text{ პროდუქტიულობა}$

თუკი გარკვეული მიზეზების გამო ხდება შემავალი საათების შემცირება, მაშინ, ეს იწვევს პროდუქტიულობის ზრდას:

$192 \text{ საჭირო საათი} / 175 \text{ უზრუნველყოფილი საათი} \times 100 = 110\% \text{ პროდუქტიულობა}$

აღსანიშნია, რომ მნიშვნელოვნად შემცირებული შემავალი საათების რაოდენობა გავლენას ახდენს მკურნალობის ხარისზე. თუკი შემავალი საათების რაოდენობა ქარბია, მაშინ პროდუქტიულობა შესაძლოა გამოიხატოს შემდეგნაირად:

$192 \text{ საჭირო საათი} / 200 \text{ უზრუნველყოფილი საათი} \times 100 = 96\% \text{ პროდუქტიულობა}$

ამ უკანასკნელ მაგალითში გაზრდილი შემავალი საათების ფონზე შესაძლოა გაიზარდოს ხარისხი, მაგრამ პროდუქტიულობის შემცირების ხარჯზე შესაძლოა ნაკლები იყოს ეფექტიანობაც. საკვანძო ამოცანაა ბალანსის დაცვა უსაფრთხო, ხარისხიან მკურნალობასა და ხარჯების შეკავებას შორის.

ეფექტიანობა, მკურნალობის შემავალი რესურსების ფლანგვის გარეშე, (მომარაგება, აპარატურა, ადამიანთა რესურსები) არის მნიშვნელოვანი ფაქტორი პროდუქტიულობასთან მიმართებით. მეორე მნიშვნელოვანი ფაქტორია ეფექტიანობა, ანუ მკურნალობის მიწოდება მტკიცებულებებზე დაყრდნობით და რესურსების ქარბად ან ნაკლებად გამოყენების თავიდან აცილებით.

სისტემის არაეფექტიანობის შეფასებისა და მოძველებული პროცესების ელიმინაციის გზით შესაძლოა ეფექტიანობის გაზრდა (Porter-O'Grady & Malloch, 2013). ეფექტიანობაზე მსჯელობისას, ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა უნდა გაითვალისწინონ საჭირო კლინიკური აქტივობები, ღირებულება-დამატებული კლინიკური აქტივობები და არა ღირებულება-დამატებული მკურნალობის აქტივობები (Upenieks, Akhavan & Kotlerman, 2008).

აუცილებელი სამკურნალო აქტივობები (Necessary Care Activities)

აღნიშნულის ქვეშ იგულისხმება ის აქტივობები, რომელიც „აუცილებელია პაციენტისთვის მკურნალობის მისაწოდებლად, თუმცა პაციენტისთვის პირდაპირი სარგებლის მომტანი არ არის“ (Upenieks, Akhavan & Kotlerman, 2008, p. 295). პირველად ჯანდაცვის რგოლთან დაკავშირება, მითითებების გადანერა და წამლების ადმინისტრირების დოკუმენტირება არის სამკურნალო აქტივობების აუცილებელი მაგალითები. მსგავსი აქტივობების დროს ექთნები პაციენტს უშუალოდ არ მკურნალობენ, თუმცა ექთნების ჩართულობა აუცილებელია უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობის უზრუნველსაყოფად.

ღირებულება-დამატებული სამკურნალო აქტივობები

ღირებულება-დამატებული სამკურნალო აქტივობები არის ექთნის მიერ განხორციელებული აქტივობები, რომელიც პაციენტზე ორიენტირებული და მისთვის პირდაპირი სარგებლის მომტანია (Upenieks, Akhavan & Kotlerman, 2008). ამ აქტივობების მაგალითია: სასიცოცხლო მაჩვენებლების შეფასება; ქრილობის მოვლა; მედიკამენტების ადმინისტრირება; პაციენტთან, მის ოჯახთან და ჯანდაცვის ჯგუფის სხვა წევრებთან კომუნიკაცია; და კლინიკური შემოვლები. არაპირდაპირი სამკურნალო აქტივობები, რომლებიც ასევე დამატებითი ღირებულების შემცველია, არის ჩანაწერების განხილვა, მორიგეობების გადაცემა და კლინიკური კონფერენციები (Upenieks, Akhavan & Kotlerman, 2008).

არა-ღირებულება-დამატებული სამკურნალო აქტივობები

საექთნო აქტივობები, რომელიც შესრულებულია ექთნების მიერ და არ არის პაციენტისთვის სარგებლის მომტანი და ზოგადად არ არის საჭირო პაციენტის მკურნალობისთვის, ცნობილია სახელით არა-ღირებულება-დამატებული სამკურნალო აქტივობები (Upenieks, Akhavan & Kotlerman, 2008). ამ ტიპის აქტივობებია: აპარატურის და ადამიანების მოძიება, სატელეფონო ზარებისა და პაციენტის გადაყვანის ლოდინი, ეს აქტივობები ძირითად უკავშირდება დროის ხარჯვას და როგორც წესი თავიდან აცილებადია სისტემის და პროცესების ეფექტიანად გამართვის პრობებში (Storfjell, Ohlson, Omoike, Fitzpatrick & Wetasin, 2009). ლიდერი და მენეჯერი ექთნები, ვარიაციების კორექციის დროს, ხშირად ახდენენ არა-ღირებულება-დამატებული სამუშაოს შემცირებას ან აღმოფხვრას. არა-ღირებულება-დამატებულმა სამკურნალო აქტივობებმა შესაძლოა გამოიწვიოს ღირებულების ზრდა და ექთნების უკამყოფილება, შესაბამისად უარყოფითი გავლენა იქონიოს პაციენტების უსაფრთხო და ხარისხიან მკურნალობაზე (Storfjell et al., 2009).

შეისწავლე მტკიცებულება

Twingg, D.E. , Geelhoed, E.A., Bremner, A.P., & Duffield, C.M. (2013) საავადმყოფოს პირობებში საექთნო მოვლის დონის გაზრდის ეკონომიკური სარგებელი. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2253-2261.

მიზანი

ამ კვლევის მიზანი იყო გაზრდილის საექთნო საათების გავლენის შესწავლა ჯანმრთელობის გამოსავლებზე. კვლევა ჩატარდა მოზრდილთა საუნივერსიტეტო საავადმყოფოში, Perth, Australia.





მეთოდები

ეს კვლევა იყო მრავალდღიანი დაყოვნების პაციენტების კოჰორტის რეტროსპექტული ანალიზი. მკვლევარებმა ჩაატარეს 2010 წლის ჰოსპიტალური სიკვდილობის მონაცემების მეორეული ანალიზი და 2000-2004 პერიოდის პერსონალით დაკომპლექტების ანალიზი. ანალიზი ჩატარდა საექტონო საათების პაციენტ დღეზე დაანგარიშების პრინციპით (NHPPD) პერსონალის დაგეგმარების მეთოდის დანერგვის შემდეგ ექთან-სპეციფიური გამოსავლების შეფასებლად.

მნიშვნელოვანი შედეგები

NHPPD, ახალი მიდგომის იმპლემენტაციის შემდეგ, გაიზარდა 2466811,84 ექთან საათიდან 3876798,96 საათამდე. ჯამში 1357 ექთან-სენსიტიური გამოსავლი იქნა პრევენციურებული, შემდეგის ჩათვლით:

- 145 ქირურგიული ჭრილობის ინფექცია
- 173 სასუნთქი სისტემის დარღვევა
- 541 წყლული, გასტრიტი, ზემო გასტროინტენსტინალური ტრაქტიდან სისხლდენა
- 343 შოკისა და გულის გაჩერების შემთხვევა
- 155 ნარუმატებელი რეანიმაციული ღონისძიების შემთხვევა

ექთან-სპეციფიური გამოსავლების პრევენციაზე დაყრდნობით, მკვლევარებმა დაადგინეს რომ სუფთა ხარჯების დანაზოგი NHPPD პრინციპით პერსონალის დაგეგმარების მეთოდის იმპლემენტაციის შედეგი იყო 12108948 \$, ხოლო თითოეულ შემთხვევაზე დაანგარიშებული ღირებულება იყო 4324\$.

ლიდერი და მენეჯერი ექთნების საქმიანობაზე შესაძლო გავლენა

NHPPD პრინციპით პერსონალის დაგეგმარების მეთოდის იმპლემენტაციის შედეგად მოხდა ექთნების რაოდენობის გაზრდა და ექთან-სპეციფიური გვერდითი გამოსავლების შემცირება. ამ კვლევის შედეგები აქარწყლებს მოსაზრებას, რომ პერსონალის გაზრდა არ არის ხარჯთ-ეფექტიანი. ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს შეუძლიათ გამოიყენონ მსგავსი კვლევები და გაზარდონ პერსონალის რაოდენობა, რადგან ეს მიდგომა აღმოჩნდა პაციენტის უსაფრთხოების მიმართულებით ხარჯთ-ეფექტიანი ინტერვენცია. მკვლევარები ხაზს უსვამენ, რომ აღნიშნული შედეგები ხდება აშშ-ში, დიდ ბრიტანეთში და შვედეთში დადგენილი ხარჯთ-ეფექტიანობის ზღვრის ქვემოთ.

ბიუჯეტირების ტიპი

ბიუჯეტირების პროცესი მსგავსია ბიუჯეტის ტიპის მიუხედავად. სხვადასხვა მიზნებისთვის განსხვავებული ბიუჯეტებია საჭირო, თუმცა მათი შემუშავება ერთნაირად ხდება. ერთი ტიპის ბიუჯეტზე გადანყვეტილებამ შეიძლება გავლენა იქონიოს სხვა ტიპზეც. საექტონო საქმიანობისთვის განარჩევენ ბიუჯეტის სამ ძირითად ტიპს: ოპერაციულს, პერსონალთან დაკავშირებულსა და კაპიტალურ ბიუჯეტს.

ოპერაციული ბიუჯეტი

ოპერაციული ბიუჯეტი ეს არის მთელი საექტონო დეპარტამენტის გეგმა, რომელიც აღრიცხავს გასავალსა და შემოსავალს დაკავშირებულს ყოველდღიურ ოპერაციებთან ერთი ფისიკალური წლის განმავლობაში. როგორც წესი, ეს არის 12 თვიანი პერიოდი, რომელიც ან ზუსტად ემთხვევა კალენდარულ წელს ან აითვლება პირველი ივლისიდან 30 ივნისამდე. ოპერაციული ბიუჯეტი მოიცავს ერთეულის ყველა გასავალს (მაგ., პაციენტის მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯი) და ყველა შემოსავალს (მაგ., სერვისის მიწოდებისას შემოსული თანხა).

დანახარჯები

დანახარჯები მოიცავს მთლიანად საექთნო ერთეულის საქმიანობის ხარჯს. ორი ძირითადი კატეგორია ისაზღვრება ამ თვალსაზრისით; პერსონალის ხელფასები, რომელიც მოიცავს თვითონ ხელფასს, ზეგანაკვეთური სამუშაოს ღირებულებას, შვებულების თანხას, სარგებელს, მორიგეობის ღირებულებას და სხვა ანაზღაურებად დროს; და არახელფასთან მიბმული დანახარჯები, რომელიც მოიცავს სამედიცინო და ქირურგიულ მასალებს, ოფისის ატრიბუტიკას, აპარატურის დაქირავებას, აპარატურის შეკეთებასა და მოვლას.

ხარჯები, როგორც წესი, ჩაშლილია ხაზებად, რაც შეესაბამება ხარჯების სპეციფიურ კატეგორიებს, მაგალითად ოფისის მასალები, ქირურგიული მასალები და მედიკამენტები. ოპერაციულ ბიუჯეტში შეტანილი ჩვეული ხარჯები და გასაღები შესაძლოა იყოს ფიქსირებული ან ცვლადი, პირდაპირი და არაპირდაპირი:

- ფიქსირებული ხარჯები არ იცვლება ბიუჯეტის ადმინისტრირების პერიოდში, მიუხედავად პაციენტების რაოდენობისა და ორგანიზაციის აქტივობების სპეციფიკისა. მაგალითად, ფიქსირებულია ადმინისტრაციული ხელფასები, ქირა ან იპოთეკური გადასახადი, დაზღვევა, კომუნალური ხარჯები და გადასახადები.
- ცვლადი ხარჯი ცვალებადობს პაციენტების რაოდენობის და სიმწვავის ან ორგანიზაციული აქტივობების ხასიათის მიხედვით. მაგალითად ცვლადია პაციენტის მკურნალობასთან დაკავშირებული მასალები, მედიკამენტები, თეთრეული და საკვები. თუკი მატულობს პაციენტების რაოდენობა ან მათი სიმწვავე მატულობს ყველაფერ ამის საჭიროებას და შესაბამისად იზრდება გასაღებიც. პერსონალის ბიუჯეტი ასევე მიეკუთვნება ცვლად ხარჯს, თუკი ცვალებადია პერსონალის რაოდენობა და სპეციფიკა პაციენტების რაოდენობისა და მათი სიმწვავის მიხედვით.
- პირდაპირი ხარჯი პირდაპირ გავლენას ახდენს პაციენტის მკურნალობაზე და დამოკიდებულია მიწოდებული მკურნალობის ხასიათზე. პირდაპირი ხარჯის მაგალითია პერსონალის ხელფასი, სამედიცინო და ქირურგიული საშუალებები და მედიკამენტები.
- არაპირდაპირი ხარჯი აუცილებელია ორგანიზაციის ყოველდღიური საქმიანობისთვის მაგრამ არ არის დაკავშირებული პაციენტის მკურნალობასთან. ამის მაგალითია კომუნალური გადასახადები, შენობის შენახვის ხარჯები და დამხმარე პერსონალის ხელფასი (როგორცაა დაცვა ან პარკინგის თანამშრომლები).

შემოსავალი

შემოსავალი ეს არის სერვისებიდან შემოსული თანხები და ცვალებადია ერთეულის და ორგანიზაციის ტიპის შესაბამისად. ზოგადად საექთნო საქმიანობა არ არის მიჩნეული შემოსავლის მომტან ინდუსტრიად. შემოსავალი საექთნო ერთეულისთვის გენერირდება და პროექტირდება დღიური პაციენტების რაოდენობიდან და ჩატარებული პროცედურებიდან გამომდინარე. საავადმყოფოში საექთნო შემოსავალი მოიაზრება პალატის ღირებულებაში. თუმცა არსებობს საექთნო შემოსავლების გენერირების სხვა გზაც, მაგალითად პაციენტების ვიზიტების ან პროცედურების რაოდენობა (Anderson & Danna, 2013). შემოსავლის სხვა წყარო შესაძლოა იყოს გრანტები, დონაციები, საჩუქრები, მესამე მხარის გადამხდელები, სადაზღვევო დაფარვები, ტერიტორიაზე არსებული მალაზიებიდან და პარკინგიდან შემოსავალი.

პერსონალის ბიუჯეტი

პერსონალის ბიუჯეტი გულისხმობს საექთნო სამსახურის თანამშრომლებთან დაკავშირებულ ხარჯებს. ეს არის ოპერაციული ბიუჯეტის ნაწილი და როგორც წესი წარმოადგენს ბიუჯეტის ყველაზე მოცულობით ნაწილს ორგანიზაციაში. ამ ბიუჯეტის შემუშავება და მართვა დიდ დროს მოითხოვს. პერსონალის ბიუჯეტი პირდაპირაა დამოკიდებული ლიდერი და მენეჯერი ექთნების საქმიანობასთან და მოითხოვს პაციენტის ნაკადებზე ყურადღებით დაკვირვებას პერსონალის დანაკლისის ან სიჭარბის პრევენციის მიზნით (Marquis & Huston, 2012). ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა, ფისიკალური ბიუჯეტის შემუშავებისას, მხედველობაში უნდა

იქონიონ პერსონალის საჭიროებები და პერსონალის დაგეგმარების პრინციპები. პერსონალის ბიუჯეტი მოიცავს რეგულარულ ხელფასებს, საათობრივ ანაზღაურებაში განსხვავებებს, ზე-განაკვეთურ სამუშაოებს და არაპროდუქტიულ დროს.

პერსონალის ბიუჯეტის შემუშავებისას, ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა მხედველობაში უნდა იქონიონ პერსონალის დაგეგმარების ძირითადი პრინციპები. პირველი, უნდა განსაზღვრონ სრულ შტატზე მომუშავე პერსონალის რაოდენობა აუცილებელი პაციენტის უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობის უზრუნველსაყოფად 24/7 პერიოდში, წლის 52 კვირის განმავლობაში (Finkler & McHugh, 2008). სრული შტატი გულისხმობს 40 საათიან განრიგს კვირაში, წელიწადში 52 კვირის განმავლობაში ანუ 2080 ექთან საათს წელიწადში.

მეორე, ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა წინასწარ უნდა განსაზღვრონ პერსონალის საჭიროებები ADC-ზე დაყრდნობით. ADC იძლევა ერთეულის აქტივობის შესაფასებელ საზომს და გამოითვლება ყოველდღიურად, შუალამეს პაციენტების საშუალო რაოდენობით გარკვეული დროის განმავლობაში. სრული შტატის წინასწარ დაანგარიშებისას ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა ასევე უნდა გაითვალისწინონ სამუშაოზე არ გამოსვლის დღეები და უნდა დაიანგარიშონ პროდუქტიულობის დრო (მაგ., ანაზღაურებადი დრო როდესაც პირები არ აწარმოებენ პაციენტის მკურნალობა/მოვალს). ამ გზით ისინი შეძლებენ იმ დამატებითი სრული შტატის რაოდენობის განსაზღვრას, რაც საჭიროა ამ პერიოდში ძირითადი პერსონალის ჩასანაცვლებლად.

როგორც კი სრულ შტატზე მოთხოვნა განსაზღვრულია, ის გადაყვანილი უნდა იქნას ფულის ერთეულში, მიღებული უნდა იქნეს რეალისტური ხარჯთ-ეფექტიანი გადანყვეტილება და შეტანილი იქნეს ბიუჯეტში (Rohloff, 2006). სრულ შტატზე მოთხოვნის ხარჯებში ასახვისას გათვალისწინებული უნდა იქნეს საათობრივი ტარიფი, მორიგეობების დიფერენციალები და გეგმილი ზეგანაკვეთური დრო და საორიენტაციო დრო. და ისევე, ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა წინა წლის გამოცდილებაზე დაყრდნობით მომავალ წელს უნდა გაითვალისწინონ დასაქმებასთან დაკავშირებული დამატებითი ხარჯები.

დატვირთვის მაჩვენებელი უნდა იქნეს გამოყენებული როგორც საფუძველი საექტნო მოვლის პროდუქტიულობის დაანგარიშებისთვის. დატვირთვა სხვადასხვანაირად ანგარიშდება კლინიკური სიტუაციებიდან გამომდინარე (მაგ., საოპერაციოში ის ისაზღვრება თითოეული ქირურგიული ჩარევის დროით - წუთებით, ხოლო სახლში მოვლის სერვისის შემთხვევაში იზომება ექთნების ვიზიტების რაოდენობით თვეში). თუმცა, ამბულატორიული და საავადმყოფოს გარეშე სხვა სამედიცინო ცენტრების დატვირთვის შესაფასებელი საზომები ლიმიტირებულია. გაცილებით კარგადაა ეს პროცესი განსაზღვრული საავადმყოფოებისთვის (Dickson, Cramer & Peckham, 2010). როგორ უნდა მოხდეს მწვავე პირობებში დატვირთვის გაზომვა დამოკიდებულია იმაზე თუ როგორ ახდენს ორგანიზაცია დატვირთვების დაანგარიშებას და რა ტიპის ერთეულებზეა საუბარი. მაგალითად, საავადმყოფოს თერაპიულ-ქირურგიულ განყოფილებაში დატვირთვა ეფუძნება პაციენტების სიმწვავის განმსაზღვრელი სპეციალური სიმწვავის შკალების გამოყენებას. ANA national Database of Nursing Quality Indicators-ი იძლევა პერსონალის დაგეგმარების ალტერნატიულ ვარიანტს დაფუძნებულს პაციენტების სიმწვავეზე და არა NHPPD-ზე. ითვლება რომ მონოდებული საზომი საიმედოა პერსონალის დაკომპლექტებისა და მორიგეობის სქემების შემუშავებისას (national Database of Nursing Quality Indicators, 2010). სურათი 14.1 წარმოადგენს NHPPD-ის ელემენტებს.

ცხრილი 14-3 სრულ შტატის პერსონალის მოთხოვნები არაპროდუქტიული დროისთვის

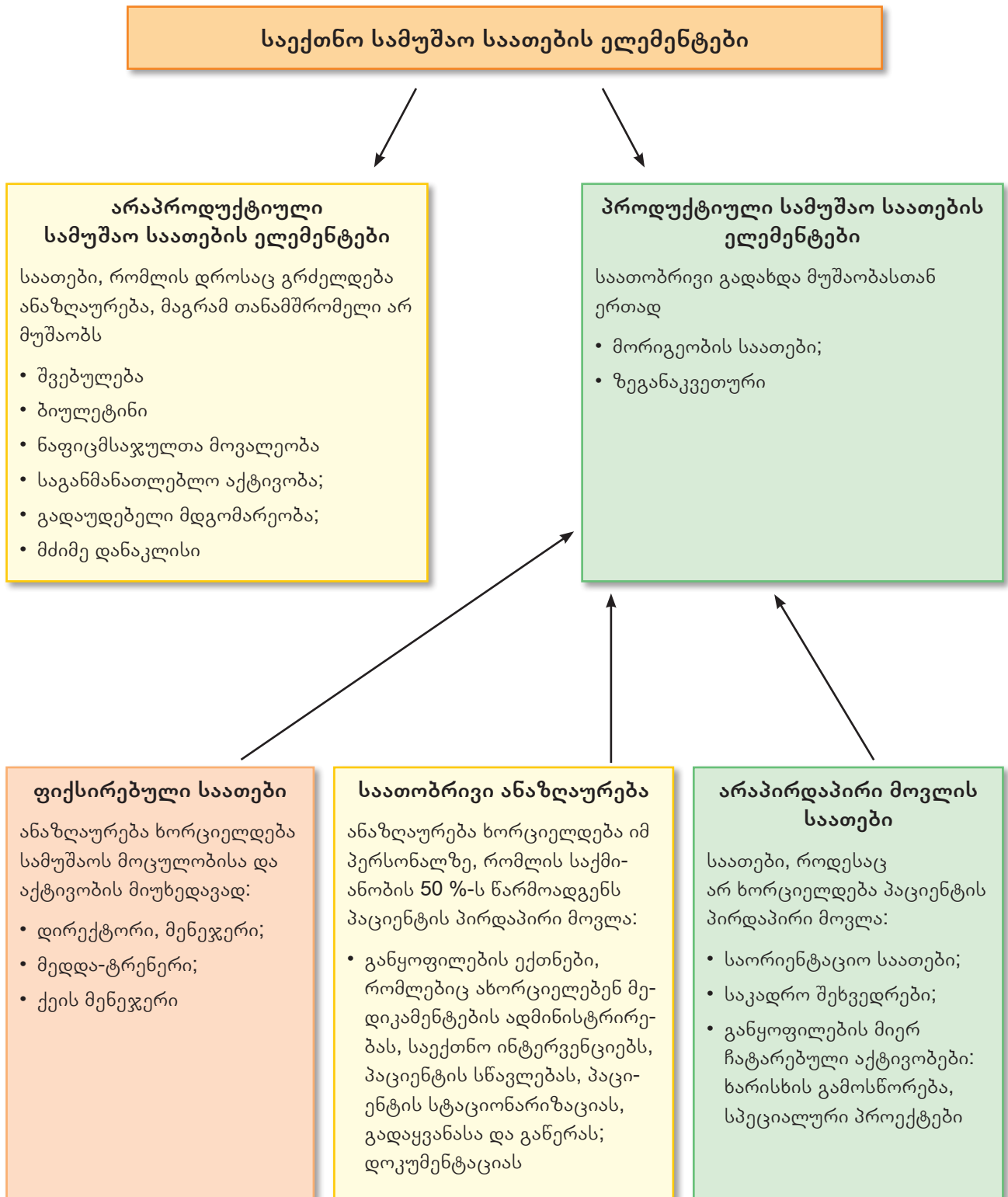
თითოეულ თამაშრომელზე ანაზღაურებადი არაპროდუქტიული დრო	დღეების რაოდენობა	საათების რაოდენობა
წლიური შვებულება	10	80
დღესასწაულებზე შვებულება	6	48

ნაფიცმსაჯულთა მოვალეობა	1	8
ავადმყოფობის გამო შვებულება	10	80
პირადი შვებულება	1	8
ჯამი	28	224
<p>როდესაც პერსონალი ანაზღაურებად დასვენებაზე იმყოფება, დამატებითი სრული შტატის ექვივალენტის (FTE) დასაანგარიშებლად საჭიროა: პროდუქტიულობის საათები გაიყოს FTE საათებზე $224 : 2,080 = 0,1076$</p>		

ცხრილი 14-4 განყოფილებისთვის საჭირო სრული შტატის ექვივალენტის განსაზღვრა

<p>მაგალითი: 32 სანოლიანი ტელემედიცინის განყოფილება დღიური პაციენტების შესაძლო რაოდენობით 32 და ექთან:პაციენტის ფარდობით 1;4. განყოფილება დაკომპლექტებულია ექთნებით, რომლებიც მუშაობენ 8 საათიანი მორიგეობის პრინციპით. საჭირო სრული შტატის ექვივალენტის გამოსათვლელი (FTEs) ეტაპებია;</p> <p>ნაბიჯი 1: პაციენტ-დღეზე საჭირო საექთნო საათების კალკულაცია (NHPPD)</p> <p>1:4-თან თანაფარდობის მიხედვით მორიგეობაზე საჭიროა 8 ექთანი; 8 ექთანი X 3 მორიგეობა = 24 ექთანი 24 სთ-ში; 24 ექთანი X 8 საათი = ექთნების მიერ შესრულებული სამუშაო დრო 192 საათი 24სთ-ში; 192 საათი/32 პაციენტი = 6 NHPPD</p> <p>ნაბიჯი 2: გამოსასვლელი დღეების დასაფარად საჭირო FTE რაოდენობის დაანგარიშება;</p> <p>8 ექთანი მორიგეობაზე X 7 დღე/მორიგეობაზე FTE-ის რაოდენობა 8 ექთანი მორიგეობაზე X 7 დღე/5 = 11,2 FTE მორიგეობაზე არის საჭირო გამოსასვლელი დღეების დასაფარად 11,2 X 3 მორიგეობა დღეში = 33,6 FTE დღეში არის საჭირო გამოსასვლელი დღეების დასაფარად 24 + 33,6 = 57,6 FTE დღეში/კვირაში 7 დღე არის საჭირო მოთხოვნის დასაფარად</p> <p>ნაბიჯი 3: არაპროდუქტიული დროისთვის საჭირო FTE-ის რაოდენობის დაანგარიშება: საექთნო დროის რაოდენობა FTE-ის ფაქტორის რაოდენობის განსაზღვრად $24 \times 0,11 = 2,64$ დამატებითი FTE არის საჭირო ანაზღაურებად შვებულებაში გასული პერსონალის დასაფარად.</p> <p>შედეგი $57,6 + 2,64 = 60,24$ FTE არის საჭირო ტელემედიცინის განყოფილების ბიჯეტისთვის</p>

სურათი 14-1 საექთნო სამუშაო საათების ელემენტები პაციენტ/დღე



სასწავლო აქტივობა: დაიანგარიშეთ თქვენი განყოფილების სრული შტატის საჭიროება პაციენტ-დღე საექტონო საათების გამოყენებით

თქვენ ხართ 50 საწოლიანი თერაპიული-ქირურგიული განყოფილების მენეჯერი, გასულ წელს, დღეში პაციენტების საშუალო რაოდენობა იყო 48. თქვენ დააკომპლექტეთ პერსონალი პაციენტ-დღე საექტონო საათების (NHPPD) გამოყენებით. შეასრულეთ შემდეგი დაანგარიშება:

1. დაიანგარიშეთ NHPPD;
2. NHPPD-ზე დაყრდნობით დაიანგარიშეთ სრული შტატის საჭიროება განყოფილებაში:
 - დღეში
 - კვირაში
 - თვეში

კაპიტალური ბიუჯეტი

კაპიტალური ბიუჯეტი მოიცავს აპარატურას, ავეჯს, ტექნოლოგიურ აპარატურას, პროგრამულ უზრუნველყოფასა და შენობის შეკეთებას. იგი გაცალკევებულია ოპერაციული და პერსონალის ბიუჯეტისგან. კაპიტალური ერთეულების მინიმალური ღირებულება განსხვავდება ორგანიზაციების მიხედვით. მინიმალურ ღირებულებაზე ნაკლები ღირებულება განიხილება როგორც რუტინული ხარჯი. როგორც წესი, კაპიტალურ ბიუჯეტში შეტანილი ერთეულების ღირებულება მინიმუმ 1000\$-ია (აშშ-ს გამოცდილებით) და მოსალოდნელი ფუნქციონირების პერიოდი მინიმუმ ერთი წელია. იმისთვის რომ სწორად განისაზღვროს კაპიტალური ბიუჯეტი, ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა პერსონალთან ერთად უნდა იმუშაონ და განსაზღვრონ ის ერთეულები (საგნები), რომელთა ღირებულებაც დასმული ლიმიტის ქვემოთაა, მაგრამ ფუნქციონირების ვადა რამდენიმე წელია. ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა ასევე უნდა გააცნობიერონ ლიზინგსა და აღჭურვილობის შეძენას შორის ფინანსური განსხვავებები, აპარატურის მუშაობის ვადები და მათი მოვლის მიახლოებითი ხარჯები (Contino, 2004). სხვა გასათვალისწინებელი თემებია: გეგმიური პაციენტების საჭიროებები, ბიუჯეტის გავლენა შემოსავალსა და გასავალზე და ხელმისაწვდომი სახსრები. კაპიტალის შემადგენელი ნაწილებისა და აქტივების შესახებ გადაწყვეტილების მიღების შემდეგ, დგება შესაბამისი მოთხოვნა. ეს უკანასკნელი შემდგომ განიხილება და მტკიცდება ორგანიზაციის ხელმძღვანელობის დონეზე (Finkler & McHugh, 2008).

სასწავლო აქტივობა: შეადარე ბიუჯეტი

აღწერეთ განსხვავებები ოპერაციული, პერსონალისა და კაპიტალურ ბიუჯეტებს შორის. რისგან შედგება თითოეული ეს ბიუჯეტი?

ბიუჯეტირების მეთოდები

ჯანდაცვის სხვადასხვა ორგანიზაციამ შეიძლება გამოიყენოს ბიუჯეტირების სხვადასხვა მეთოდი. ბიუჯეტირების ტიპს საზღვრავს ადმინისტრაცია ორგანიზაციის მისიიდან და მიზნებიდან გამომდინარე. როგორც წესი, სამი ძირითადი ბიუჯეტირების ტიპი გამოიყენება: დამატებითი ბიუჯეტირება, შესრულების ბიუჯეტირება და ნულოვანი ბიუჯეტირება.

დამატებითი ბიუჯეტირება

დამატებითი ბიუჯეტირებას ასევე ეწოდება „ბრტყელი პროცენტული მეთოდი“ (flat-percentage method) და გულისხმობს: მიმდინარე წლის ბიუჯეტის გადამრავლებას წინასწარ განსაზღვრული ცხოვრების ღირებულების მაჩვენებელზე, სამომხმარებლო ფასების ინდექსის საფუძველზე, ინფლაციის მაჩვენებელზე და შემდეგ მიღებული ციფრის გამოყენებას მომდევნო წლის დასაგეგმად. დამატებითი ბიუჯეტირების ყველაზე დიდი უპირატესობაა ის, რომ მარტივია და ნაკლებად საჭიროებს ექსპერტულ უნარ-ჩვევებს (Marquis & Huston, 2015). თუმცა, ეს მეთოდი არ არის ეფექტიანი და ვერ ითვალისწინებს მომავალი წლის პრიორიტეტებს და არც ხარჯების შეზღუდვას უწყობს ხელს. დამატებითი ბიუჯეტირება ხშირად გამოიყენება საყოფაცხოვრებო ან პირადი ბიუჯეტის დასადგენად, რადგან ძირითადად წლის საშუალო შემოსავალს ეყრდნობა და კორეგირდება წლიური შემოსავლის ზრდის მიხედვით.

შესრულების ბიუჯეტირება

შესრულების ბიუჯეტირება ხაზს უსვავს გამოსავლებსა და შედეგებს, და არა აქტივობებსა და საბოლოო პროდუქციას. ჩვეულებრივ, ბიუჯეტირების პროცესი არ ასახავს ხარჯთეფექტიანობასთან, პაციენტის უსაფრთხოებასა და საექთნო მოვლის ხარისხთან მიმართებით განსაზღვრულ მიზნებს. შესრულების ბიუჯეტირება, ასევე ცნობილია გამოსავლების ბიუჯეტირების სახელით, შესაძლოა ხელსაყრელი იყოს იმ თანხის დასადგენად, რაც ღირებულება-დამატებითი საექთნო მოვლის, არა-ღირებულება-დამატებითი საექთნო მოვლისა და ხარისხიანი საექთნო მოვლისათვის არის საჭირო და ამასთან აუცილებელია პაციენტისა და პერსონალის კმაყოფილებისა და ხარჯების კონტროლის უზრუნველსაყოფად. შესრულების ბიუჯეტირება ზომავს საექთნო ერთეულის მრავალ გამოსავალს. იმის ნაცვლად, რომ ორიენტირდეს დახარჯულ რესურსებზე, იგი უფრო იძლევა სურათს თუ სად გამოიყენება რესურსები და საზღვრავს მათ კავშირს საექთნო ერთეულისა და ორგანიზაციის მიზნებთან (Finkler & McHugh, 2008).

ბიუჯეტირების ეს სახეც მოითხოვს დროს, თუმცა მისი გამოყენებით ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს მარტივად შეუძლიათ წარმოაჩინონ საექთნო მოვლის ხარისხსა და ბიუჯეტის შემცირებას შორის კავშირი. შესრულების ბიუჯეტირება მოიცავს ოპერაციულ ბიუჯეტს და აკავშირებს გამოსავლებს ფინანსური რესურსების მოხმარებასთან.

ნულოვანი ბიუჯეტირება

ნულოვანი ბიუჯეტირების დროს, მენეჯერი და ლიდერი ექთნები ყოველ წელს იწყებენ ბიუჯეტირებას ნულიდან, თითქოს თითოეული ნივთი ან პროგრამა სულ ახალი იყოს. ნულოვანი ბიუჯეტირება ყოველწლიურად მოითხოვს პრიორიტეტების დასმას და თანხების ყურადღებით დაზუსტებას. თითოეული დაგეგმილი შემოსავლისა თუ გასავლისთვის საჭიროა რაციონალური ახსნა-განმარტება, რომლის მიზანია წლის ბოლოს ნულოვანი თანხის დასმა. ამიტომ, იმის ნაცვლად რომ ბიუჯეტი დააფუძნონ წინა წლის გამოცდილებას, ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს მოეთხოვებათ თითოეული ხარჯისთვის ახსნა-განმარტების წარმოდგენა (Finkler, Jones & Kovner, 2014). ნულოვანი ბიუჯეტირების უპირატესობა არის ის, რომ ის აიძულებს მენეჯერებს განსაზღვრონ პრიორიტეტები, თავიდან აიცილონ არამიზნობრივი ხარჯვა, ეფექტიანად გამოიყენონ რესურსები და ბიუჯეტირების პროცესში ჩართონ თანამშრომლებიც (Marquis & huston, 2012). ნულოვანი ბიუჯეტირება ასევე ხელს უწყობს კომუნიკაციას და მენეჯერებისა და პერსონალის კოორდინირებულ მუშაობას. მთავარი უარყოფითი მხარე ნულოვანი ბიუჯეტირების არის ის, რომ იგი შრომატევადია და მოითხოვს ბიუჯეტირების პროცესის სპეციფიკურ ცოდნას.

ნულოვანი ბიუჯეტირება იყენებს გადანყვებილებების პაკეტებს, რაც ექთნებს ეხმარება პრიორიტეტებისა და ბიუჯეტის საჭიროებების განსაზღვრაში. ამ პაკეტის შემადგენელი კომპონენტებია (Marquis & Huston, 2015, p. 216):

- დეპარტამენტში უკვე არსებული და სავარაუდო ობიექტებისა და პროცესების შესწავლა;
- აქტივობების შესასრულებელი ალტერნატიული გეგმების განსაზღვრა;
- თითოეული ალტერნატიული გეგმისთვის ხარჯების განსაზღვრა;
- აქტივობის გაგრძელება/შენწყვეტის შედეგების დადგენა.

შეჯამება

ბიუჯეტის შემუშავების პროცესი მუდმივი და თანაც ციკლური პროცესია. ბიუჯეტის დაგეგმარებისას, ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს მოეთხოვებათან წინსწრებით ფიქრი, მოსალოდნელი ცვლილებების განსაზღვრა, მიზნების დადგენა და რეალისტური გეგმის შემუშავება. ბიუჯეტირების მნიშვნელოვანი კომპონენტია წინასწარი განჭვრეტა. საკუთარი ერთეულის ბიუჯეტის ეფექტიანად მართვისთვის ექთნებს უნდა ჰქონდეთ შემდეგი მიმართულებით ნათელი ხედვა: დაქვემდებარებული ერთეულისთვის ბიუჯეტირებული ADC, პროცესი, რომელსაც ორგანიზაცია იყენებს პროდუქტიულობის გასაზომად, ორგანიზაციული პოლისები და სახელმწიფო რეგულაციები (Waxman, 2005).

საექთნო პერსონალის ბიუჯეტირების პროცესში ჩართვა დაეხმარება მათ გააცნობიერონ ჯანდაცვის ხარჯებსა და უსაფრთხო ხარისხიან მკურნალობას შორის დამოკიდებულება. ექთნები, ვინც ინარჩუნებენ ბიუჯეტირების პროცესის გამჭვირვალობას და ახალისებენ თანამშრომლობის ჩართულობას ხარჯთეფექტიანი საქმიანობის უზრუნველყოფაში, აუმჯობესებენ საექთნო გამოსავლებს. ისინი პერსონალთან ერთად უნდა ჩაერთონ ბიუჯეტირების პროცესში, პაციენტების გამოსავლების იდენტიფიკაციისა და ისეთი ინტერვენციების ელიმინაციის კუთხით, რაც გამოსავლებთან მიმართებით არ არის დამატებითი ღირებულების მატარებელი. ბიუჯეტის მართვა განგრძობითი პროცესია და საჭიროებს ყველა ექთნისგან ხარჯების კონტროლს, ისე რომ საფრთხე არ შეექმნას პაციენტის უსაფრთხო და ხარისხიან მკურნალობას.

გამოყენებული ლიტერატურა:

- American Nurses Association. (2010). Nursing's social policy statement: The essence of the profession. Silver Spring, MD: Author.
- American Nurses Association. (2016). Nursing administration: Scope and standards of practice (2nd ed.). Silver Spring, MD: Author.
- American Organization of Nurse Executives. (2015). The AONE nurse executive competencies. Retrieved from <http://www.aone.org/resources/nec.pdf>
- Anderson, B., & Danna, D. (2013). Budgeting principles for nurse managers. In L. Rousssel, Management and leadership for nurse administrators (6th ed.) (pp. 435–478). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Contino, D. S. (2004). Leadership competencies: Knowledge, skills, and aptitudes nurses need to lead organizations effectively. *Critical Care Nurse*, 24(3), 52–64.
- Dickson, K. L., Cramer, A. M., & Peckham, C. M. (2010). Nursing workload measurement in ambulatory care. *Nursing Economics*, 28(1), 37–43.
- Finkler, S. A., Jones, C. B., & Kovner, C. T. (2014). Financial management for nurse managers and executives (4th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Finkler, S. A., & McHugh, M. L. (2008). Budgeting concepts for nurse managers (4th ed.). Philadelphia, PA: Saunders.
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2012). Leadership and management tools for the new nurse: A case study approach. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2015). Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application (8th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- National Database of Nursing Quality Indicators. (2010). Guidelines for data collection on the American Nurses Association's national quality forum endorsed measures: Nursing care hours per patient day, skill mix, fall, falls with injury. Overland Park, KS: Author. 3021_Ch16_327-344 14/01/17 3:51 PM Page 342 Chapter 16 Budgeting Concepts 343
- Porter-O'Grady, T., & Malloch, K. (2013). Leadership in nursing practice: Changing the landscape of health care. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Rohloff, R. M. (2006). Full-time equivalents: What needs to be assessed to meet patient care and create realistic budgets. *Nurse Leader*, 4(1), 49–54.
- Seifert, P. C. (2012). The business of nurses is business. *AORN Journal*, 95(2), 181–183.
- Storffell, J. L., Ohlson, S., & Omoike, O., Fitzpatrick, T., & Wetasin, K. (2009). Non-value-added time: the million dollar nursing opportunity. *Journal of Nursing Administration*, 39(1), 38–45.
- Swansburg, R. C. (1997). Budgeting and financial management for nurse managers. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Swearingen, S. (2009). A journey to leadership: Designing a nursing leadership development program. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(3), 107–112.
- Twigg, D. E., Geelhoed, E. A., Bremner, A. P., & Duffield, C. M. (2013). The economic benefits of increased levels of nursing care in the hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2253–2261.
- Upenieks, V. V., Akhavan, J., & Kotlerman, J. (2008). Value-added care: A paradigm shift in patient care delivery. *Nursing Economics*, 26(5), 294–301.
- Waxman, K. T. (2005). Creating a culture of financially savvy nurse leaders. *Nurse Leader*, February, 31–35

თავი 15

სტუდენტობიდან პროფესიონალ ექთნობამდე გასავლელი გზა

ამ თავში თქვენ შეისწავლით:

- სამომავლოდ კარიერული გეგმის შემუშავებას;
- პროფესიული ზრდის სტრატეგიების განსაზღვრას;
- რას ნიშნავს მთელი სიცოცხლის მანძილზე სწავლაზე ორიენტირება;
- თვითმოვლის რამდენიმე ტექნიკის განსაზღვრას საექთნო კარიერის სანყის ეტაპზე

ბოლო რამდენიმე წელია ექთნებს აქვთ უნიკალური შესაძლებლობა გავლენა მოახდინონ ჯანდაცვის სისტემაზე გლობალურად. IOM 2011 წლის ანგარიშში **The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health** ადგენს, რომ ჯანდაცვის ახლანდელი მიდგომებით სერვისები სამომავლოდ ხელმისაწვდომი უნდა გახდეს ყველასთვის, აქცენტი უნდა გაკეთდეს მოსახლეობის კარგად ყოფნასა და დაავადებების პრევენციაზე, მკვეთრად უნდა გაუმჯობესდეს ჯანმრთელობის გამოსავლები და ემპათიაზე დაფუძნებული მკურნალობა უნდა მიენოდოს ადამიანებს მთელი სიცოცხლის განმავლობაში (P. 2). ასეთი გასაოცარი მომავლის მიღწევა საჭიროებს საგანმანათლებლო დონისა და საექთნო კომპეტენციების ხარისხის ამაღლებს, ინტრაპროფესიულ და ინტერპროფესიულ გუნდებში აქტიურ თანამშრომლობას. ექთნების ხარისხსა და უსაფრთხოებაზე სწავლება (**Quality and Safety Education for Nurses – QSEN**) უკვე ინტეგრირებულია სასწავლო ლიტერატურაში, სააკრედიტაციო და სასერთიფიკაციო სტანდარტებსა და ლიცენზირების მოთხოვნებში (Armstrong, 2010). ახალდამთავრებული ექთნების სწავლება ხდება საექთნო კომპეტენციების ძირითადი კრებულის გამოყენებით სამომავლოდ პაციენტების უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობის უზრუნველყოფის მიზნით. თუმცა, აღსანიშნია, რომ სამუშაო ადგილზე ახლადამთავრებული ექთნების დაკავება პროფესიის მნიშვნელოვანი გამოწვევაა, რასაც შესაძლოა მოჰყვეს ექთნების უსაფრთხოების, პაციენტის უსაფრთხოებისა და საექთნო მოვლის მხრივ მძიმე შედეგები.

ეს თავი აღწერს როგორ შეუძლიათ ექთნებს შეიმუშაონ კარიერული განვითარების გეგმა, ასევე პროფესიული ზრდის სტრატეგიებს, კერძოდ, რას ნიშნავს მთელი ცხოვრება სწავლაზე ორიენტირება.

ცოდნა, კვლევები და დამოკიდებულებები დაკავშირებული ისეთ ძირითად კომპეტენციებთან, როგორცაა გუნდური მუშაობა და თანამშრომლობა, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მკურნალობა და ინფორმატიკა ასევე განხილულია ამ თავში.

კარიერული დაგეგმარება და განვითარება

თანამედროვე სამუშაო ბაზარი იმედის მომცემია ახალდამთავრებული ექთნებისთვის. ისეთ ორგანიზაციებში, სადაც აფასებენ სწავლას და უზრუნველყოფენ მაღალი დონის სწავლებას, სწორი პოზიციის პოვნა წარმოადგენს ხანგრძლივი წარმატებისა და სამუშაოთი კმაყოფილების ნინაპირობას. **American Association of Colleges of Nursing (AACN, 2015)** საზღვრავს პრაქტიკული საქმიანობის ნიშნებსა და მახასიათებლებს, რაც ეხმარება ექთნებს საქმიანობაში (ცხრილი 15-1). ეს ნიშნები და მახასიათებლები აძლევთ ექთნებს საშუალებას მაქსიმალურად გამოიყენონ საკუთარი შესაძლებლობები. AACN-ის მიერ განსაზღვრულია 8 ნიშანი (2016) ბროშურაში „რა უნდა იცოდეს თითოეულმა ექთან სტუდენტმა სამუშაოს ძიების დროს“ („**What EVERY Nursing Student Should Know When Seeking Employment**“), რათა დახმარება გაუწიონ ახალდამთავრებულ ექთნებს მოიძიონ საუკეთესო ვარიანტები მუშაობის დასაწყებად.

ცხრილი 15-1: პროფესიული საექთნო საქმიანობის ნიშნები

1. აჩვენეთ გარშემომყოფებს კლინიკური ზრუნვის ფილოსოფია შემდეგი ფაქტორების ხაზგასმით: ხარისხი, უსაფრთხოება, ინტერდისციპლინური თანამშრომლობა, მკურნალობის უწყვეტობა და პროფესიული ანგარიშგება-ვალდებულება. მაგალითად:
 - ორგანიზაციას შემუშავებული აქვს ხედვა და ფილოსოფია ამ კრიტერიუმებზე დაყრდნობით;
 - საექთნო პერსონალს მნიშვნელოვანი წვლილი აქვს შეტანილი პოლისების განვითარებასა და ოპერატიულ მართვაში, რაც უკავშირდება კლინიკური საქმიანობის ხარისხს, უსაფრთხოებასა და კლინიკური გამოსავლების შეფასებას;
 - საექთნო პერსონალი ისეა დაგეგმარებული, რომ კვალიფიციური ექთნების საკმარისი რაოდენობაა პაციენტის კომპლექსური საჭიროების დასაკმაყოფილებლად;
 - საექთნო სამსახური წარმოდგენილია ორგანიზაციის იმ კომიტეტებში, რომლებიც ქმნიან პოლიტიკასა და ორგანიზაციის საქმიანობას;
 - ორგანიზაციას გააჩნია საქმიანობის გაუმჯობესების ფორმალიზებული პროგრამა, სადაც გათვალისწინებულია საექთნო პრაქტიკა, უსაფრთხოება, მკურნალობის უწყვეტობა;
 - საექთნო პერსონალი იღებს პასუხისმგებლობას და აწარმოებს ანგარიშგებას საკუთარ საქმიანობასთან დაკავშირებით;
2. აღიარეთ ექთნების ცოდნისა და ექსპერტიზის წვლილი პაციენტების ხარისხიანი მკურნალობისა და გაუმჯობესებული გამოსავლების მიღწევის საქმეში, მაგალითად:
 - ორგანიზაცია განასხვავებს ექთნების როლს მათი ცოდნის, განათლების, სერთიფიცირებისა და სხვა სახის მომზადების შესაბამისად;
 - ორგანიზაციას აქვს შემუშავებული კომპენსაციებისა და ნახალისების სისტემა წარმატებული საექთნო საქმიანობის აღსანიშნად (მაგ., კლინიკური საქმიანობიდან, სწავლებიდან და სხვა სახის აქტივობებიდან გამომდინარე);
 - ორგანიზაციაში შემაშავებული საქმიანობის გაუმჯობესების პროგრამა მოიცავს საექთნო საქმიანობის თანამედროვე კვლევით მტკიცებულებებთან შესაბამისობის შესაფასებელ კრიტერიუმებს;
 - ექთნები და სხვა დისციპლინის წარმომადგენლები მონაწილეობენ მედია ღონისძიებებში, საზოგადოებასთან ურთიერთობაში, კლინიკური საქმიანობის მარკეტინგსა და სტრატეგიულ დაგეგმარებაში;
 - ექთნების ნახალისება ხდება ნაკლებად გამოცდილი კოლეგების მენტორობის კუთხით, საკუთარ ორგანიზაციასა და საზოგადოებაში საკუთარი საქმიანობის გამოცდილების გაზიარების მიზნით
 - უფრო მაღალ დონეზე მყოფ ექთნებს, როგორცაა ექთან სპეციალისტები, მეცნიერები, მასწავლებლები და სხვა, ორგანიზაცია აქტიურად რთავს ისეთ საქმიანობაში, რომელიც აძლიერებს საექთნო საქმეს;
3. უზრუნველყავით ზედამხედველობით დონეზე საექთნო ლიდერობა, მაგალითად:
 - ექთნები ჩართულნი არიან მმართველ საბჭოში;
 - ექთნები რეპორტირებას ახდენენ უმაღლესი დონის მმართველ სტრუქტურასთან;
 - ექთნებს აქვთ ავტორიზაცია და პასუხისმგებლობა მთლიანად საექთნო საქმიანობისა და პაციენტის მკურნალობის უზრუნველყოფის, ფინანსური რესურსების მოძიებისა და პერსონალის დაგეგმარების კუთხით;
 - ექთნების მხარდაჭერა ხდება მმართველი სტრუქტურების მხრიდან.

4. მიეცით ექთნებს კლინიკური გადაწყვეტილებების მიღების უფლება და ჩართეთ ისინი ორგანიზაციაში კლინიკური საქმიანობის სისტემის შემუშავებაში. მაგალითად:
 - ერთეულის პროგრამის ან გუნდის ორგანიზაციული სტრუქტურა დეცენტრალიზებულია გადაწყვეტილებების მიღების თვალსაზრისით;
 - ორგანიზაციის კომიტეტების ან საკომუნიკაციო სტრუქტურების შემადგენლობაში შედიან ექთნებიც;
 - ექთნებს გამოკვეთილი როლი აქვთ კლინიკური საქმიანობის გაუმჯობესებისა და კლინიკური საქმიანობისთვის საჭირო სისტემის ორგანიზებაში;
 - საექთნო საქმიანობის ანალიზის მიზნით უტილიზაციის შესწავლის სისტემა შემუშავებულია და კლინიკური საქმიანობის შეცდომებისა და პაციენტების უსაფრთხოების მხრივ პრობლემების გადაჭრის გზები მოფიქრებულია;
 - ექთნებს აქვთ უფლება შეიმუშაონ და შეაფასონ საექთნო შეკვეთები და ზოგადად საექთნო საქმიანობა;

5. კლინიკური წინსვლის პროგრამები შემუშავებულია სწავლების, სერტიფიცირებისა და სხვა სახის მომზადების ფაქტორების გათვალისწინებით, მაგალითად:
 - კლინიკური საქმიანობისა და სწავლების ნახალისებით შემუშავებულია ფინანსური მხარდაჭერის პროგრამები;
 - მოძიებულია სწავლის, კლინიკური ექსპერტიზისა და პროფესიული კონტრიბუციის ხანგრძლივად უზრუნველყოფის შესაძლებლობები;
 - საექთნო ლიდერობისა და მმართველ პოზიციებზე მყოფ პირებს აქვთ შესაბამისი განათლება;

6. მხარი დაუჭირეთ ექთნების პროფესიულ განვითარებას, მაგალითად:
 - ექთნებისთვის პროფესიული უწყვეტი განათლების შესაძლებლობა უზრუნველყოფილი და მხარდაჭერილია;
 - მოძიებულია შესაბამისი რესურსები ექთნებისთვის უფრო მაღალი დონის განათლების უზრუნველყოფისთვის (ხარისხზე მუშაობის ჩათვლით);
 - ორგანიზაციის საორიენტაციო პროგრამები, პროგრამების განახლება, სარეზიდენტურო პროგრამები, სტაჟირებები და სხვა საგანმანათლებლო პროგრამები ხელმისაწვდომია და მათში მონაწილეობა ნახალისებულია;
 - ექთნებისთვის კარიერული ზრდის მხრდამჭერი პროგრამებია უზრუნველყოფილი, რომელიც ორიენტირებულია სპეციფიური პოპულაციის საექთნო მოვლაზე, მაგალითად ხანდაზმული ადამიანების მოვლა, ბინაზე მოვლა, სხვადასხვა ეთნიკური პოპულაციის მოვლა;
 - სპეციალობებში სერტიფიცირება ნახალისებული, უზრუნველყოფილი და შემდგომ უკვე აღიარებულია;
 - უფრო მაღალ პროფესიულ დონეზე მყოფი ექთნები, ექთანი მკვლევარები და ექთან მასწავლებლები აყვანილნი არიან სამუშაოზე ლიდერების ფუნქციის შესასრულებლად და მთლიანად საექთნო პერსონალის დასახმარებლად;
 - უწყვეტი კომუნიკაცია საექთნო სასწავლო ორგანიზაციებთან სიცოცხლის ბოლომდე განათლების, კვლევებისა და კლინიკური ხარისხის ამაღლების მიმართულებით;

7. ჯანდაცვის გუნდის წევრებს შორის თანამშროლობითი ურთიერთობები ჩამოაყალიბეთ, მაგალითად:
 - ექთნები, ექიმები და ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალები თანამშრომლობენ და აქტიურად მონაწილეობენ ზედამხედველობითსა და ბიოეთიკურ კომიტეტში, მმართველ სტრუქტურებსა და ინსტიტუციის საქმიანობის შეფასების აქტივობებში;

- მენეჯერულ პოზიციაზე მყოფ ექთნებს უფლება აქვთ ზედამხედველობა გაუწიონ საექთნო გუნდის პერსონალს;
 - ინტერდისციპლინური შემთხვევების განხილვის პროცესი შემუშავებულია პაციენტის მოვლის დროს დაშვებული შეცდომების გასაანალიზებლად;
8. გამოიყენეთ ტექნოლოგიური მიღწევები კლინიკურ საქმიანობასა და ინფორმაციულ სისტემებში, მაგალითად:
- სამედიცინო დოკუმენტაციის ტექნოლოგიური მხარდაჭერა უზრუნველყოფილია პაციენტის მკურნალობის პროცესში;
 - შესაბამისი მოწყობილობები, ტექნოლოგიები და მასალები ხელმისაწვდომია პაციენტისთვის საექთნო მოვლის მიწოდების უზრუნველსაყოფად;
 - საჭირო რესურსები დათვლილია და კონტროლის ქვეშ არის აყვანილი რესურსების რაციონალური ხარჯვის მიზნით.

სტრატეგიული კარიერული გეგმის მომზადება

სწავლების დამთავრებისას სტუდენტებმა არამარტო უნდა იფიქრონ სამუშაო ადგილზე, არამედ უნდა შეიმუშაონ კარიერული განვითარების გეგმაც. ეს იქნება მათთვის გზამკვლევი წარმატებისკენ. საექთნო საქმიანობაში სტრატეგიული კარიერული დაგეგმარების საწყისი ეტაპი ეს არის სპეციფიური, გაზომვადი, მიღწევადი, რეალისტური და დროული ანუ SMART მიზნების ჩამოყალიბება. SMART ტექნიკით მომავლის გეგმის გამოკვეთა შესაძლოა კარგი საშუალება იყოს ახალდამთავრებული ექთნებისთვის კარიერის დანყებისა და შემდგომი განვითარებისთვის. მიზნების დასახვის შემდეგ, ექთნებმა უნდა განსაზღვრონ ამ მიზნების მისაღწევი აუცილებელი სპეციფიური ნაბიჯები და თითოეული ნაბიჯისთვის უნდა შეიმუშაონ მიახლოებითი გეგმა. ექთნებმა უნდა გაითვალისწინონ არსებული რესურსები და გეგმის განხორციელებაში მათი შესაძლო დამხმარე ფაქტორები. ეს ეტაპი ექთნებისგან მოითხოვს საკუთარი წარმატების განსასაზღვრი ინდიკატორების შემუშავებას (Donner & Wheeler, 2001). კარიერული გეგმები დინამიურია და უნდა გადაიხედოს პირადი და პროფესიული სიტუაციებიდან გამომდინარე. კარიერული დაგეგმარება მნიშვნელოვანია ყველა დონეზე მომუშავე ექთნებისთვის, რადგან აძლევს მათ მიმდინარე საქმიანობის შეფასებისა და მომავალი პერსპექტივების განსაზღვრის საშუალებას.

რეზიუმე

რეზიუმე არის ექთნის სწავლების, სამუშაო გამოცდილების, მიღწევებისა და სამუშაო შედეგების შესახებ ჩანაწერები. კარგად ჩამოყალიბებული და კარგად ნაფიქრი რეზიუმე შესაძლოა დაეხმაროს ახალდამთავრებულ ექთნებს უპირატესობა მოიპოვონ სხვებთან შედარებით. ახალდამთავრებულების მსგავსად ექთნებსაც უნდა ჰქონდეთ რეზიუმე, სადაც ასახავენ სამუშაო გამოცდილებას და სპეციალობაში მიღწევებს, მიღებულ ჯილდოებს და სიგელებს, სამეცნიერო ნაშრომებს, ორგანიზაციების წევრობას და ლიდერობის კუთხით პოზიციებს. ცნობილია, რომ ლიდერი და მენეჯერი ექთნების უმეტესობა 30 წამს ხარჯავს ტიპური რეზიუმეს შესასწავლად (Hood, 2014). ამიტომ რეზიუმე უნდა მოიცავდეს ექთნის ძლიერ მხარეების, მიღწევებისა და გამოცდილების მოკლე ანოტაციას. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები სათაურების მიხედვით პოულობენ მათთვის საინტერესო სპეციფიურ ინფორმაციას რეზიუმეში. რეზიუმების გადახედვა უნდა მოხდეს გარკვეული მიღწევებისა და პროფესიული გამოცდილების მიღების შესაბამისად. ცხრილ 15-2-ზე მოცემულია ახალდამთავრებული ექთნის რეზიუმეს მაგალითი.

<p style="text-align: center;">სახელი, გვარი</p> <p style="text-align: center;">მისამართი</p> <p style="text-align: center;">ქალაქი,</p> <p style="text-align: center;">საფოსტო კოდი</p> <p style="text-align: center;">ტელეფონი</p> <p style="text-align: center;">ელექტრონული ფოსტის მისამართი</p>
<p>მიზანი</p> <p>გადაუდებელი დახმარების დეპარტამენტში ექთნის პოზიციის დაკავება</p>
<p>განათლება</p> <p>2014 წლიდან დღემდე: სამუშაო ადგილის დასახელება კვალიფიკაციის მინიჭების თარიღი ხარისხი: საექთნო საქმის ბაკალავრი სხვა საგანმათლებლო დანესებულებების ან უნივერსიტეტების/კოლეჯების ჩამონათვალი ქრონოლოგიის მიხედვით შესაბამისი წლების მითითებით</p>
<p>სამუშაო გამოცდილება</p> <p>ექთნის დამხმარე 2014 წლიდან დღემდე: ქირურგიული განყოფილება, საავადმყოფოს დასახელება, ქვეყნის დასახელება</p> <ul style="list-style-type: none">• მოვალეობების ჩამონათვალი
<p>პროფესიულ ორგანიზაციებში მონაწილეობა</p> <p>2014 წლიდან დღემდე: ექთან სტუდენტების ასოციაცია, უნივერსიტეტის/კოლეჯის დასახელება, ქალაქის დასახელება, ქვეყნის დასახელება</p>
<p>სერტიფიკატები</p> <p>2010-დან დღემდე: BLC-ის ამერიკის გულის ასოციაციის სერტიფიკატი</p>
<p>ჯილდოები</p> <p>ჩამოთვალეთ ნებისმიერი ჯილდო, აღიარების სერტიფიკატი, მიღებული სტიპენდია</p>

ეფექტურ რეზიუმესთან ერთად ახალდამთავრებულ ექთანს უნდა ჰქონდეს სამოტივაციო წერილი, ეს წერილი თანდართული უნდა იყოს რეზიუმეზე. სამოტივაციო წერილი აჩვენებს იმას თუ როგორ წარმოაჩენს ექთანი საკუთარ თავს, როგორც პოტენციურ თანამშრომელს. ეფექტური სამოტივაციო წერილი უნდა შეეხებოდეს კონკრეტულ ინდივიდს და უნდა მოიცავდეს შემდეგს:

- მიზეზი თუ რატომ უნდა ექთანს კონკრეტული პოზიციის დაკავება;
- ექთნის კვალიფიკაციის მოკლე აღწერა კონკრეტულ პოზიციასთან მიმართებით, მისი ძლიერი მხარეებისა და გამოცდილების ხაზგასმა;
- მაღლობა დამსაქმებლის მიმართ, თუკი მას აირჩევენ აღნიშნულ პოზიციაზე.

სასწავლო აქტივობა: ენციკლოპედია გვერდს American Nurses Association Career Center (<http://nursing world.org/MainManuCategories/Career-Center>)

- გაიარეთ რეგისტრაცია Profession Kit;
- საშუალებების (toolkit) ნაკრებზე წვდომა;
- მიმოიხილეთ ვებ-გვერდი.

ინტერვიუ

ინტერვიუ შესაძლოა ნებისმიერი ექთნისთვის იყოს სტრესული. შფოთვის შესამცირებლად, ექთნები უნდა მოემზადონ ამ პროცესისთვის - შეაგროვონ ორგანიზაციაზე ინფორმაცია.

- ორგანიზაციის მისია, ხედვა და ფილოსოფია;
- აკრედიტაციის სტატუსი და Magnet-ის სტატუსი
- ორიენტაციის კურსების და სარეზიდენტურ პროგრამის ხანგრძლივობა;
- ექთან-პაციენტის თანაფარდობა და პროფესიული საქმიანობის მოდელი;

თუკი ამ ინფორმაციის წინასწარ მოძიება არ არის შესაძლებელი, ექთანმა უნდა შეიმუშაოს კითხვების ჩამონათვალი, რასაც დასვამს ინტერვიუს დროს. ამ კითხვების დასმა ნორმალური პროცესია და აჩვენებს კანდიდატის წინასწარ მომზადებას. ფაქტია, ორგანიზაციასა და პოზიციაზე სპეციფიური გააზრებული კითხვების დასმა აჩვენებს დამსაქმებელს, რომ ექთანმა დახარჯა ენერჯია ორგანიზაციაზე ინფორმაციის მოპოვებისას და გულწრფელად არის დაინტერესებული კონკრეტული პოზიციით. ამასთან, ექთანი გასაუბრებაზე რამდენიმე წუთით ადრე უნდა მივიდეს. კარგი იქნება თუ წინასწარ მოიძიებს ინსტიტუციის ლოკაციაზე მისასვლელ გზებს და იპოვის იმ შენობას, სადაც ინტერვიუ უნდა ჩატარდეს. ეს შესაძლებელია შესაბამისი ვებ-გვერდების გამოყენებით. აკადემიური ჩაცმის სტილი მნიშვნელოვანია.

გახსოვდეთ, ინტერვიუ ორი მიმართულებით მიმდინარე პროცესია. დამსაქმებელი არკვევს რამდენად შეესაბამება აპლიკანტი ვაკანტურ პოზიციას და აპლიკანტი ღებულობს გადაწყვეტილებას რამდენად შეესაბამება ეს პოზიცია მის მოთხოვნებს.

პრაქტიკაზე გადასვლა

სტუდენტის სტატუსიდან დამწყებ ექთანად ტრანსფორმაცია ძალიან ამაღელვებელი და ამასთან გამომწვევებით სავსეა. ამ გამომწვევებმა შეიძლება გამოიწვიოს სტრესი და გაურკვევლობის შეგრძნება. ისეთი ფაქტორები, როგორცაა ჯანდაცვის კომპლექსურობა, ექთნების დეფიციტი, პაციენტების სიმწვავე და ბევრი გამოცდილი ექთნის პენსიაზე გადასვლა, მიუთითებს ახალგაზრდა ექთნების მხარდაჭერის აუცილებლობას. IOM-ის (2011) ერთ-ერთი რეკომენდაციაა „ექთან რეზიდენტების პროგრამის დანერგვა, ექთნებისთვის გარდამავალ პერიოდში დახმარების განწესება და უფრო კომპეტენტური საექთნო ძალის ჩამოყალიბების მიზნით“ (p. 148).

National Council of State Boards of Nursing-ის (NCSBN, 2016) თანახმად კომპლექსურ გარემოში პაციენტებისთვის მკურნალობის მიწოდებისას ახალდამთავრებული ექთნები ძლიერ სტრესს განიცდიან და ეს განაპირობებს ექთნების 25%-ის მხრიდან აღნიშნულ სამუშაოზე უარის თქმას საქმიანობის დაწყების პირველსავე წელს. ეს ფაქტორები უარყოფითად მოქმედებს უსაფრთხო და ხარისხიან მკურნალობაზე და საბოლოოდ მიყვავართ არასასურველ გამოსავლამდე. Rush and colleagues-მა (2013) აღმოაჩინეს რომ ტრანზაქციის პერიოდთან დაკავშირებული პროგრამები, რომელიც ახდენს ფორმალური და არაფორმალური სწავლების, პრეცედენტების, მენტორობისა და ერთეულ-სპეციფიური საორიენტაციო კურსების ინტეგრირებას, არის ეფექტიანი ინსტრუმენტი ახალდამთავრებული ექთნების შემდგომი საქმიანობისთვის მოსამზადებლად. NCSBN-მა შეიმუშავა მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გარდამავალი პრაქტიკის პროგრამა (TTP) აკადემიური

პირობებიდან პრაქტიკულ საქმიანობაზე წარმატებულად გადასვლის მიზნით. მოდელი ახდენს სწავლების, პრაქტიკისა და რეგულაციების ინტეგრირებას გარდამავალი პერიოდის ეფექტიანად გასავლელად (NCsBN, 2016).

ამჟამად, მიმდინარე კვლევებით დგინდება, რომ სარეზიდენტური პროგრამებს შეუძლია პირველი წლის ექთნების ბრუნვა შეამციროს დანესებულებაში. ამასთან, გაამყაროს ექთნების კლინიკური გადამწყვეტილებების მიღებისა და ლიდერობის უნარები (Al-Dossery, Kitsana & Maddox, 2013). Spector and colleagues-მა (2015) ჩაატარეს კვლევა ხარისხსა და უსაფრთხოებაზე, ახალდამთავრებულების სტრესზე, კომპეტენციებზე, სამუშაოთი კმაყოფილებასა და სამუშაო ადგილზე მათ შენარჩუნებაზე. ამ მკვლევარებმა აღმოაჩინეს მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება უსაფრთხოების, ხარისხის, კომპეტენციებისა და სამუშაოთი კმაყოფილების მიმართულებით.

ლიდერი და მენეჯერი ექთნები სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი რგოლია TTP პროგრამების განსახორციელებლად. ისინი ხელს უწყობენ ცოდნის დაგროვებას და ახალდამთავრებული ექთნების საკუთარი უნარ-ჩვევებისადმი რწმენის გამომუშავებას (D'Addona, Pinto, Oliver, Turcotte & Lavoine-Tremblay, 2015). ლიდერი და მენეჯერი ექთნები დიდ როლს თამაშობენ ახალდამთავრებულთა სოციალიზაციის მიმართულებით. ასეთ გარემოში ექთნები თავისუფლად საუბრობენ საკუთარ წუხილზე და, შესაბამისად, იღებენ მხარდაჭერას.

ახალდამთავრებული ექთნების პრაქტიკულ საქმიანობაზე გადასასვლელი პრინციპები

- ახალდამთავრებული ექთნების პრაქტიკულ საქმიანობაზე გადასვლის ხელშეწყობასთან დაკავშირებით უნდა არსებობდეს შეთანხმება ორგანიზაციის ყველა დონეზე:
 - უფროსი ლიდერები;
 - ექთანი ლიდერები;
 - კოლეგები;
 - სამედიცინო პერსონალი;
 - კოლეგები სხვა დისციპლინებიდან;
- ექთან მენეჯერს უნდა ჰქონდეს ლიდერობისთვის საჭირო კომპეტენცია, რაც მნიშვნელოვანია ახალდამთავრებული ექთნების მხარდასაჭერად;
- მასწავლებლებს აქვთ შესაბამისი კომპეტენცია და მონდომებულნი არიან ასწავლონ და შეასრულონ ქოუჩისა და მენტორის ფუნქციები;
- მასწავლებლები მომზადებულნი და მხარდაჭერილნი არიან კვალიფიციური ექთან მასწავლებლების მიერ;
- პრაქტიკაზე სტრუქტურული გადასვლა ხდება ყველანაირ პირობაში და აკადემიური განათლების ყველა დონეზე:
 - მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ ტექნიკასა და გამოსავლებზე ორიენტაციის აღება, რაც ხელს უწყობს პაციენტის უსაფრთხოებასა და ხარისხიან მკურნალობას, ცალსახად მნიშვნელოვანია გარდამავალ პერიოდში;
 - კურდამთავრებულთა ასაკობრივი განსხვავება, ეთნიკური კუთვნილება, მომზადების დონე და გამოცდილება მიიღება მხედველობაში, როდესაც მათი მხარდასაჭერი საგანმანათლებლო, სოციალური და კულტურული აქტივობები იგეგმება;
 - გარდამავალი აქტივობები ერგება კონკრეტულ ინდივიდსა და საქმიანობის გარემოს.
- სოციალური მხარდაჭერა უზრუნველყოფილია ემოციური სტრესის შემცირების მიზნით;
- ორგანიზაციას შემუშავებული აქვს პოლისები და დებულებები გვერდითი ძალადობის მიუღებლობის შესახებ. ნულოვანი ტოლერანტობა ძალადობას;
- გარდამავალი პერიოდის შემდეგ ახალდამთავრებული მხარდამჭერი პროგრამები კვლავ გრძელდება, რაც მიმართულია მათ სამუშაო ადგილზე შენარჩუნებისკენ;
- თანამშრომლობითი ურთიერთობებია ჩამოყალიბებული აკადემიურ ინსტიტუციებთან არსებული ხარვეზების აღმოფხვრის გზების მოძიების მიზნით.

მასწავლებლები და მენტორები

ეფექტიანი საორიენტაციო პროგრამები შეიძლება იყოს კრიტიკული სამუშაო ადგილებზე ახალი ექთნების დაკავების თვალსაზრისით. ამ პროგრამების ყველაზე ხშირად გამოყენებადი ფორმა გულისხმობს მასწავლებლებზე ორიენტირებას. მასწავლებელი არის ექთანი, რომელიც აღიარებულია მისი კლინიკური კომპეტენციის, ლიდერული და ორგანიზაციული უნარების გამო; მზად არის მიმართულება მისცეს ახალდამთავრებულ ექთნებს. მისი როლია დარწმუნდეს, რომ ახალი ექთანი ავითარებს საკუთარ საბაზისო განათლებას და შემდგომ უკვე იუმჯობესებს საკუთარ ცოდნას, უნარებსა და დამოკიდებულებებს ექთნის პოზიციაზე საქმიანობისთვის. მასწავლებელი წარმოადგენს საქმიანობის მოდელს და ამასთან ახალდამთავრებულ ექთანს აძლევს ორიენტაციას განყოფილებაში, ხელს უწყობს მის სოციალიზაციას, უზრუნველყოფს პოლისებსა და პროცედურებთან დაკავშირებულ რესურსებთან წვდომას.

მასწავლებლობის განსხვავებული ფორმაა მენტორი. იგი არის გამოცდილი ინდივიდი (ის შეიძლება იყოს ან არ იყოს ექთანი), ვისაც აქვს სურვილი ახალდამთავრებულთან ჩამოაყალიბოს ხანგრძლივი ურთიერთობები აღზრდის, რჩევების მიცემისა და პროფესიულ კარიერაში მათი წარმართვის გზით (Masters, 2014). მენტორული ურთიერთობები შესაძლოა სარგებლის მომტანი იყოს ყველა დონეზე მომუშავე ექთნებისთვის და არა მარტო ახალდამთავრებულთათვის. ექთნების მხრიდან მენტორის არჩევისას ყურადღება უნდა მიექცეს პიროვნების კომუნიკაციის უნარსა და მათ მზაობას დაუთმონ დრო მენტორულ ურთიერთობებს. „ყველა ექთანს აქვს ვალდებულება იყოს მენტორი ახალი ექთნებისთვის, გაუადვილონ მათ ახალ გარემოში ორიენტაციის აღება და მეტი ფორმალური პასუხისმგებლობა აიღონ საკუთარ თავზე ახალი ექთნებისა და სტუდენტების სწავლების თვალსაზრისით“ (IOM, 2011, p. 244). ეფექტური მენტორი ახალდამთავრებულს შთააგონებს და გამონევეად უსახავს მაღალი დონის პროფესიონალიზმის მიღწევას. მენტორობა ორმხრივი პროცესია და ორმხრივად სასარგებლო, რაც ინვესტ როგორც ახალი ექთნის, ასევე მენტორის პროფესიულ ზრდას (Grossman & Valiga, 2013).

პროფესიული განვითარების სტრატეგია

ექთნების სწავლა უწყვეტი პროცესია. ჯერ ღებულობენ ხარისხს, მერე ლიცენზიას და შემდეგ უკვე იწყებენ მუშაობას (Johnson, 2015). ჯანდაცვა სწრაფად ცვალებადი სისტემაა და ექთნებისგან მოითხოვს ამ ცვლილებების მიყოლას უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობის უზრუნველსაყოფად. პაციენტებს რა თქმა უნდა ურჩევნიათ ჰყავდეთ მაღალი კომპეტენციის ექთნები, რომელთაც მათზე ზრუნვა ნებისმიერ პირობებში შეუძლიათ (IOM, 2011). ასეთ კომპლექსურ გარემოსთან გასამკლავებლად ექთნებს მთელი ცხოვრება სწავლა უნევთ. მათთვის სავალდებულოა ცოდნისა და უნარ-ჩვევების გაუმჯობესება ლიტერატურის კითხვით, უწყვეტი საგანმანათლებლო კურსებზე დასწრებით და შესაბამისი სერთიფიკატის მიღებით (Johnson, 2015). კომპეტენცია სიტუაციური და დინამიურია და მოითხოვს გარკვეული დონის ქმედებებს, რაც ახდენს ცოდნის, უნარ-ჩვევების, დამოკიდებულებებისა და საექთნო განსჯის ინტეგრირებას საქმიანობაში (ANA, 2015c, p. 44). ამიტომ კომპეტენციის მიღება და შენარჩუნება ძალიან მნიშვნელოვანია. კომპეტენტურ ექთანს აქვს გავლენა როგორც ლეგალურ, ასევე ეთიკურ საკითხებზე. „გარკვეულ დონეზე საქმიანობის უნარი მოითხოვს მუდმივ სწავლას. ექთნებმა მუდმივად უნდა გადააფოსონ საკუთარი კომპეტენცია და განსაზღვრონ ხარვეზები შემდგომი გაუმჯობესებისთვის ცოდნის, უნარ-ჩვევების, პერსონალური ზრდის, სწავლისა და გამოცდილების კუთხით“ (ANA, 2015c, p. 45). კომპეტენცია გავლენას ახდენს არამარტო მკურნალობის უსაფრთხოებასა და ხარისხზე, არამედ საკუთარი თავის პატივისცემასა და სამუშაოს მნიშვნელოვნების აღქმაზე (ANA, 2015a).

კომპეტენციის განვითარება არის გაზიარებული პასუხისმგებლობა, რომელიც აკისრია ყველას, მათ შორის, ექთანი, პროფესიული ორგანიზაცია, მარეგულირებელი სტრუქტურა, სააკრედიტაციო ორგანო და მენეჯერი და ლიდერი ექთანი (ANA, 2010, 2014b). ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა უნდა შექმნან გარემო, რომელიც კომპეტენტური ექთნების მუშაობისთვის არის საჭირო. „დამსაქმებელი, რომელიც ქმნის პროფესიული განვითარებისა და უწყვეტი განათლებისთვის გარემოს, ხელს უწყობს პოზიტიური სამუშაო ატმოსფეროს შექმნას, სადაც ექთ-

ნები იუმჯობესებენ ცოდნასა და უნარ-ჩვევებს“ (ANA, 2015c, p. 47). ყველა დონეზე მომუშავე ექთანმა უნდა მიიღოს საექტონო კომპეტენციით გათვალისწინებული კულტურა, რომელიც გულისხმობს ურთიერთგაზიარებულ რწმენას, დამოკიდებულებებს, ღირებულებებსა და მუდმივ სწავლას უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობის უზრუნველყოფის მიზნით (Porter-O’Grady & Malloch, 2013).

მთელი ცხოვრების მანძილზე სწავლაზე ორიენტირება

კომპეტენტური, უსაფრთხო, ხარისხიანი საექტონო მოვლის მიწოდება მუდმივი სწავლის თანმდევია. მთელი ცხოვრება სწავლაზე ორიენტირება ნიშნავს მუდმივად ეძიებდე სწავლის შესაძლებლობებს ცოდნისა და უნარ-ჩვევების გაუმჯობესებისთვის, იუმჯობესებდე დამოკიდებულებებს პროფესიული და პირადი ცხოვრებისადმი. ANA Code of Ethics for Nurses With Interpretive Statements-ის მიხედვით, ექტონებს აქვთ კომპეტენციის შენარჩუნებასა და პროფესიულ ზრდაზე პასუხისმგებლობა, რაც საჭიროებს მთელი ცხოვრების მანძილზე სწავლას (ANA, 2015a). ფლორენს ნაითინგელმა 1872 წელს, თავის სტუდენტებთან შეხვედრის დროს თქვა: მუდმივი სწავლა გულისხმობს ახალი კონცეფციების, საკითხებისა და სანინაალმდეგ მოსაზრებების შესწავლას. სწავლა შესაძლოა სხვადასხვა აქტივობას ეყრდნობოდეს: სწავლას, კოლეგებთან თანამშრომლობას, პროფესიული ლიტერატურის კითხვას, სპეციალობაში სერთიფიკატების აღებასა და საექტონო ხარისხის მიღებას (ANA, 2015a).

საექტონო საქმიანობისთვის აუცილებელი ცოდნის მიღება, უნარ-ჩვევებისა და დამოკიდებულებების გაუმჯობესება ექტანს შეუძლია ფორმალური, არაფორმალური და რეფლექსიური სასწავლო აქტივობების გზით (ANA, 2014b). ფორმალური სწავლა მიმდინარეობს სტრუქტურირებული, აკადემიური და პროფესიული აქტივობების სახით. არაფორმალური სწავლა დაკავშირებულია სამუშაო ადგილზე, საზოგადოებასა და სახლის პირობებში ექსპერიმენტული ტიპის აქტივობებთან (ANA, 2014b). ANA-ის მიხედვით, რეფლექსიური სწავლა „ეს არის, განმეორებითი და თანაც გააზრებული თვითშეფასება, ანალიზი და გაუმჯობესების შესაძლებლობისა და ძლიერი მხარეების სინთეზი“ (2014b, p. 4). რეფლექსიური სწავლებით განსაზღვრული ზუსტი მხარეები და შესაძლებლობები უნდა იყოს ის, რამაც უნდა წარმართოს ექტონების კარიერული ზრდა და მუდმივი სწავლის სურვილი.

განგრძობითი სწავლა

ლიცენზიის აღების შემდეგ, ლიცენზირებული ექტანი ვალდებულია შეინარჩუნოს ლიცენზია. იმისთვის რომ ლიცენზია ჩაითვალოს განახლებულად სხვადასხვა ქვეყანას სხვადასხვა წესები აქვს დადგენილი. ეს მოთხოვნები შეიძლება მოიცავდეს განახლებისთვის გარკვეულ საფასურს, მიმდინარე სამუშაო პოზიციას და საცხოვრებელ მისამართს, ნასამართლეობაზე ცნობას და სწავლის გარკვეული რაოდენობით საათებს. უწყვეტი სწავლის კურსები ხშირად უზრუნველყოფილია საავადმყოფოების, სპეციალობის მიხედვით ორგანიზაციებისა და პროფესიული საზოგადოებების მიერ და შესაძლოა განხორციელებული იქნას სხვადასხვა ფორმატით (მაგ., პირისპირ, დისტანციური, თვითნასწავლი, კონფერენციები, სამუშაო შეხვედრები და სემინარები). The American Nurses Credentialing Center არის პასუხისმგებელი უწყვეტი სამედიცინო განათლებისა და კურსების აკრედიტაციის სტანდარტებზე აშშ-ში. ერთი კრედიტი შეესაბამება სწავლის 50 წუთს, თუმცა ამ მაჩვენებელს ყველა ქვეყანა თავისით საზღვრავს.

სერტიფიკატები სპეციალობაში

სპეციალობაში სერტიფიკატები ახდენს ინდივიდის ცოდნის, უნარ-ჩვევებისა და დამოკიდებულებების ვალიდაციას მათი სპეციალობისა და საქმიანობის ხასიათის მიხედვით. სერტიფიცირებული ექტონები წარმოადგენენ პროფესიული პასუხისმგებლობის მოდელს (Altman, 2011). სერტიფიკატის მინიჭება ნიშნავს, რომ ექტანი პასუხისმგებელია საკუთარ საქმიანობაზე, ორიენტირებულია მუდმივ სწავლა-განვითარებაზე და მოტივირებულია უზრუნველყოს პაციენტისთვის მაღალი ხარისხის საექტონო მოვლა. საკუთარი სერტიფიკატების პერიოდული განახლებით ექტონები აჩვენებენ ცოდნის გაუმჯობესებას საკუთარ სპეციალობაში (Foster, 2012).

ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს ურჩევნიათ სამუშაოზე აიყვანონ სერტიფიცირებული ექთნები, რადგან სერტიფიკატი ადასტურებს მათი ცოდნის დონეს, კლინიკურ საქმიანობაში გამოცდილებას და უჩვენებს ექთნის მზაობას უწყვეტი განათლებისა და კარიერული ზრდის თვალსაზრისით (Altman, 2011; Stromborg, Neibuhr & Prevost, 2005). კვლევები ადასტურებს, რომ სპეციალობაში სერტიფიცირების ფონზე უმჯობესდება პაციენტის გამოსავლებიც (Boltz, Capezuti, Wagner, Rosenber & Secic, 2013; Kendall-Gallagher & Blegen, 2009). ლიდერი და მენეჯერი ექთნები ხელს უწყობენ სერტიფიცირებას საკუთარი მაგალითის მიცემითა და ორგანიზაციული მხარდაჭერის მოძიების გზით. ორგანიზაციული მხარდაჭერა შეიძლება გამოიხატოს ფინანსურ წახალისებაში, სახალხო აღიარებასა და ხილულ ადგილებზე ექთნის წარმატების აფიშირებით (მაგ., ექთნის ბეიჯზე სერტიფიცირების შესახებ ინფორმაციის აღნიშვნით). სპეციალობაში სერტიფიკატებს პოზიტიური გავლენა აქვს პერსონალზე, პაციენტსა და მთლიანად ორგანიზაციაზე (Altman, 2011).

შეისწავლე მტკიცებულება

Boltz, M., Capezuti, E., Wagner, L., Rosenberg, M., & Secic, M. (2013). პაციენტის უსაფრთხოება თერაპიულ-ქირურგიულ განყოფილებაში: შესაძლებელია ექთნების სერტიფიცირებამ გარკვეული სხვაობა მოგვცეს? *Medsurg Nursing*, 22(1), 26-37

მიზანი

ამ კვლევის მიზანი იყო გამოეკვლია ექთნების სერტიფიცირებასა და განყოფილებაში ექთან-სპეციფიური ხარისხის ინდიკატორებს შორის კავშირი. განყოფილება ემსახურებოდა ასაკიან პაციენტებს

მეთოდები

კვლევა იყო აღწერით-რეტროსპექტიული. გამოყენებული იყო მულტივარიაციული რეგრესიის ტექნიკა *Nurses Care for Health System Elders (NICHE)*-ში ჩართული ერთეულების შესასწავლად. შესასწავლი პოპულაცია მოიცავდა 35 განყოფილებას და 9 თერაპიულ-ქირურგიულ განყოფილებას 35 საავადმყოფოდან.

ძირითადი შედეგები

მკვლევარებმა დაადგინეს მნიშვნელოვანი უკუკავშირი საექთნო სერტიფიკატებსა და დაცემის სიხშირეს შორის ($p = 0,05$), მაგრამ ვერ ნახეს მნიშვნელოვანი კავშირი ექთნების სერტიფიცირებასა და ზიანის მომტან დაცემას, ნაწილებსა და მოძრაობის შემზღვეველი საშუალებების გამოყენებას შორის. მკვლევარების აზრით, საკვლევი ჯგუფის მცირე ზომა არის ამ კვლევის ერთ-ერთი შეზღუდვა და იმის შესაძლო მიზეზი, რომ ამ საზომებს შორის კავშირი ვერ დაადგინეს.

ლიდერი და მენეჯერი ექთნების საქმიანობაზე შესაძლო გავლენა

მკვლევარებმა დაადგინეს, რომ ექთან-სპეციფიური გამოსავლები ხანდაზმულ პაციენტებთან მიმართებით შესაძლოა განპირობებული იყოს ექთნების სერტიფიცირებით. ლიდერმა და მენეჯერმა ექთნებმა ექთნების სერტიფიცირების საკითხი უნდა განიხილონ როგორც პაციენტების გამოსავლების გაუმჯობესების სტრატეგია. სერტიფიცირებისადმი ასეთმა მიდგომამ შესაძლოა გაზარდოს ექთნების კმაყოფილება.

აღმატებული ხარისხი (advance degree)

უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობა დამოკიდებულია ლიდერი და მენეჯერი ექთნების მიერ კარგად ნასწავლი კადრების აყვანაზე. კვლევით დასტურდება, რომ ბაკალავრიატის ან უფრო მაღალი დონის ექთნის მიერ მინოდებული მკურნალობა/მოვლა განაპირობებს სიკვდილიანობის შედარებით დაბალ მაჩვენებელს, მედიკამენტებთან დაკავშირებული შეცდომების სიმცირეს და პაციენტთა უკეთეს გამოსავლებს (AACN, 2014). IOM-ის მიერ მონოდებულ ანგარიშში, "Future of Nursing" (საექთნო საქმის მომავალი), ნათქვამია, რომ ექთნის ხარისხი მნიშვნელოვანია ახლანდელი ჯანდაცვის სისტემისათვის. ბაკალავრიატის ხარისხის ექთნების ასეთი მნიშვნელოვანი მატება „აუცილებელია საექთნო სამუშაო ძალების ფუნქციების გაფართოებიდან გამომდინარე, განსაკუთრებით საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, ლიდერობის, სისტემური ცვლილებებისა და გაუმჯობესების, კვლევითი აქტივობებისა და ჯანმრთელობის პოლიტიკის მიმართულებით“ (IOM, 2011, p. 173). The Tri-Council for Nursing (წარმოადგენს AACN, ANA, AONE და National League for Nursing-ის ალიანსს) ამტკიცებს, რომ კიდევ უფრო მეტი ბაკალავრიატის ან სხვა ხარისხის მქონე ექთნებია საჭირო ახლანდელ კომპლექსურ და მომავალში კიდევ უფრო გართულებულ ჯანდაცვის სისტემაში ხარისხიანი მკურნალობის უზრუნველსაყოფად (Tri-Council for Nursing, 2010).

ლიდერი და მენეჯერი ექთნები გადამწყვეტ როლს ასრულებენ საექთნო საქმიანობის სამომავლო სწავლების კომპონენტის უზრუნველსაყოფად. პირველ რიგში, ისინი ცდილობენ თავად მიიღონ უკეთესი ხარისხი, შემდეგ უკვე უჭერენ მხარს სხვა ექთნებს. AACN ხელს უწყობს ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს „შექმნან ისეთი სამუშაო გარემო, რაც მუდმივ სწავლაზე იქნება ორიენტირებული და მისცენ ექთნებს სტიმული იმუშაონ ბაკალავრიატის ან უფრო მაღალი ხარისხის მიღების მიმართულებით“ (AACN, 2014, para 2). ლიდერი და მენეჯერი ექთნები ორგანიზაციის დონეზე უნდა ჩაერთონ ექთნების სწავლის გადასახადის დაფარვის პროგრამების შემუშავებასა და ამუშავებაში. ეს შეიძლება შეეხოს სხვა სპეციალობების პერსონალსაც, ვისაც დამატებით სურს საექთნო განათლების მიღება ან რაიმე სხვა მიმართულებით ცოდნის ამაღლება.

საექთნო საქმიანობაში შეტანილი წვლილი

პროფესიული საექთნო ორგანიზაციების წევრობამ შესაძლოა ექთნებს მისცეს საშუალება წვლილი შეიტანონ საექთნო საქმის განვითარებაში. თავისთავად იყო პროფესიონალი, ნიშნავს მიეკუთვნებოდე რომელიმე პროფესიულ ორგანიზაციას. საექთნო საზოგადოებები ახლაც მნიშვნელოვანია და ასე იქნება მომავალშიც. პროფესიული საზოგადოების წევრობა ნიშნავს ითანამშრომლო რათა „შეიმუშაო და მისდიო ქცევით და საქმიანობით სტანდარტებს“ (Beyers, 2013, p. 388).

პროფესიული საზოგადოებების პირველი ფუნქციაა განავითარო, წინ წაწიო პროფესია, შეიმუშაო ჯანდაცვის პოლისები და იყო საზოგადოების წევრებისა და ჯანდაცვის მომხმარებლების ადვოკატი. ყველა დონეზე მომუშავე ექთნებს წვლილი უნდა შეჰქონდეთ „პროფესიული ცოდნის განვითარება, შეფასება, გავრცელება და პრაქტიკაში გამოყენების საქმეში“ (ANA, 2015c, p.27). ექთნებს მოეთხოვებათ გამოიყენონ ჩატარებული კვლევის შედეგები და მტკიცებულებები საკუთარ საქმიანობაში. მათ ასევე უნდა შეიტანონ წვლილი პროფესიის განვითარებაშიც ინსტიტუციის ან ჯანმრთელობის პოლიტიკის კომიტეტებში მონაწილეობის მიღების გზით. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები მონაწილეობას უნდა იღებდნენ ჯანმრთელობის პოლისების შემუშავებასა და დანერგვაში. ისინი პასუხისმგებელნი არიან მმართველი რგოლის მხრიდან ექთნებისთვის ორგანიზაციული მხარდაჭერის მოპოვებაზე მტკიცებულებებზე დაფუძნებული საქმიანობის წარმოების მიზნით. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები ჩართულნი უნდა იყვნენ ადმინისტრაციის დონეზე იმ პროცესებისა და სტრუქტურის ჩამოყალიბებაში, რაც სამეცნიერო კვლევებისთვის არის აუცილებელი (ANA, 2015a). ლიდერი და მენეჯერი ექთნები ხელს უწყობდნენ ინფორმაციის კომუნიკაციასა და პროფესიის წინ წაწევას სტატიების წერით, გამოქვეყნებითა და

მსმენელებისთვის მოხსენებების მომზადებით (ANA, 2016). ისინი საკუთარი მაგალითით უნდა უწყობდნენ ხელს პროფესიის განვითარებას და სხვებსაც უნდა ახალისებდნენ, მონაწილეობა მიიღონ პროფესიული საზოგადოებების ჩამოყალიბებაში.

პირად ცხოვრებასა და პროფესიულ საქმიანობას შორის წონასწორობის შენარჩუნება

ყველა დონეზე მომუშავე ექთნები ვალდებული არიან აწარმოონ უსაფრთხო და მაღალი ხარისხის მოვლა-მკურნალობა ჯანდაცვის კომპლექსურ გარემოში. იმისთვის, რომ მათ ეს მოვალეობა შეასრულონ, ექთნებს „უნდა ჰქონდეთ შესაძლებლობა სრულად იყვნენ ჩართულნი როგორც საქმიანობაში, ასევე საკუთარ ცხოვრებაში“ (Interprofessional Institute for Self-Care, n.d., para. 1). ხშირად ექთნები საკუთარი თავის ზიანის ხარჯზე არიან ინტენსიურად ჩართულნი სხვის მოვლა-მკურნალობის საქმეში. ექთნებს უნდა ესმოდეთ, რომ საკუთარ თავზე ზრუნვა არის ფუნდამენტური სხვებზე ზრუნვისთვის (Cranick, Miller, Allen, Ewell & Whittington, 2015). საკუთარ თავზე ზრუნვა ეს არის „ისეთი ქცევის შერჩევა, რომელიც აბალანსებს ემოციური და ფიზიკური სტრესორების ეფექტს. ეს ქცევა შეიძლება იყოს ვარჯიში, ჯანმრთელი საკვება, ნორმალური ძილი, საკუთარ თავზე ორიენტირებული აქტივობები, სხვადასხვა მავნე ნივთიერებაზე უარის თქმა და შემოქმედებითი საქმიანობის მიდევნება“ (Richards, Sheen & Mazzer, 2014, p. 3). ექთნების მოვალეობაა ისევე იზრუნონ საკუთარ თავზე, როგორც ზრუნავენ პაციენტებზე (ANA, 2015c). ANA Code of Ethics for Nurses With Interpretive Statements-ის დებულება 5 ადგენს: „ექთანს ისეთივე მოვალეობები აქვს საკუთარი თავის მიმართ, როგორც სხვების მიმართ, ჯანმრთელობისა და უსაფრთხოების უზრუნველყოფის, ხასიათის მთლიანობის შენარჩუნების, კომპეტენციის შენარჩუნებისა და პერსონალური და პროფესიული ზრდის ჩათვლით“ (ANA, 2015a, p. 19). სამწუხაროა, რომ ბევრი ექთნის ჩათრევა ხდება ჯანმრთელობისთვის მავნე ციკლში სხვების საკუთარ თავზე წინ დაყენებისა და საკუთარი ენერჯისა და დროის ბოროტად გამოყენების გზით. თვითზრუნვის ნაკლებობის დროს განვითარებული შფოთვა ზრდის შეცდომების, მეხსიერების დეფიციტის, დაქვეითებული განწყობის, მისკომუნიკაციისა და დაბალი დონის საქმიანობის რისკს, რითიც შესაძლოა ზიანი მიადგეს პაციენტის უსაფრთხო და ხარისხიან მკურნალობას (ANA, 2014a).

პიროვნული კარგად ყოფნა მნიშვნელოვანია. სტუდენტებმა საკუთარ თავზე ზრუნვა ჯერ კიდევ სწავლის პერიოდში უნდა დაიწყონ. კარიერის დასაწყისში გამომუშავებულ ჩვევებს შორეული ეფექტი შეიძლება ჰქონდეს. ANA-ის მიხედვით, ჯანმრთელი ექთანი არის „ის, ვინც ორიენტირებულია ფიზიკურ, ინტელექტუალურ, ემოციურ, სოციალურ, სულიერ, პიროვნულ და პროფესიულ კარგად ყოფნას შორის წონასწორობის დაჭერასა და სინერჯის ჩამოყალიბებაზე. ჯანმრთელი ექთანი ცხოვრობს სრულფასოვნად, კარგად ყოფნისა და ცუდად ყოფნის პერიოდებშიც, რადგან ისინი წარმოადგენენ მოდელს საქმიანობის, სხვისი ადვოკატირების და სწავლების კუთხით, პირველ რიგში მათი პაციენტებისათვის“ (ANA, 2015b, para. 1). ჯანმრთელობა ექთნებისთვის არამარტო პიროვნულადაა მნიშვნელოვანი, არამედ მნიშვნელოვანია საექთნო საქმიანობისთვისაც (Letvak, 2012). ყველა დონეზე მომუშავე ექთნები პასუხისმგებელი არიან მტკიცებულებაზე დაფუძნებული თვითზრუნვის პროგრამების წახალისებაზე. Richards and colleagues (2014) ვარაუდობენ, რომ თვითზრუნვა ფოკუსირებული უნდა იყოს მიმართულებაზე (Richards et al., 2014):

1. საკუთარი თავის ფიზიკური მოვლა, „რაც გულისხმობს სწორ კვებას, დაავადებების პრევენციასა და მართვას, რეგულარულად ვარჯიშს, საკმარის ძილსა და დასვენებას და საკუთარი თავის მოვლის რუტინის კარგად შეცნობას“ (p. 9);
2. საკუთარი თავის მენტალურად მოვლა, „რაც ორიენტირებულია მოქნილობაზე, სტრეს-შემამცირებელ საქმიანობაზე და მუდმივ სწავლაზე: ეს არის საყრდენი ჯანმრთელი ფსიქიკური მდგომარეობისთვის“ (p. 17);

3. საკუთარ ემოციებზე ზრუნვა, „რაც გულისხმობს იმ ფაქტორების შეცნობას, რომელიც ანგრევს თვით-ზრუნვის პროცესს და ყურადღებას ამახვილებს მიზეზის არსის, უარყოფითი გამონვევებისა და აზროვნების ცვლილების შეცნობაზე“;
4. საკუთარ სულიერებაზე ზრუნვა: „ეს არის რწმენაში გაძლიერება, რაც ღმერთთან დაახლოებას უწყობს ხელს. რწმენა შესაძლოა არც იყოს დაფუძნებული რელიგიურ აქტივობებზე, თუმცა სულიერი რეფლექსია უნიკალურია თითოეული ინდივიდასთვის (p. 27)“;
5. საკუთარ ურთიერთობებზე ზრუნვა: „ადამიანის ცხოვრებაზე გავლენა აქვს იმ ურთიერთობებს, რაშიც ის არის ჩართული. ეს ზეგავლენა შესაძლოა დადებითი ან უარყოფითი იყოს. არაჯანმრთელმა ურთიერთობებმა შესაძლოა უარყოფითი ზეგავლენა იქონიოს საკუთარ თავზე ზრუნვისას. იმისთვის რომ იყოს ადამიანი ჯანმრთელი, ზოგჯერ მას უნევს ასეთი ურთიერთობებიდან თავის შორს დაჭერა (p. 29)“;
6. თვით-ზრუნვის არჩევანი: „ადამიანის მიერ საკუთარ თავზე ზრუნვის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება ხდება საკუთარ ღირებულებებზე დაყრდნობით. ეს ხშირად საკუთარ თავთან მუშაობას მოითხოვს, მაგრამ შედეგის მიღების შემდეგ ექთნები თავისუფლებას ჰპოვებენ ხოლმე“ (p. 30).

ყველა დონეზე მომუშავე ექთნებმა უნდა შეიმუშაონ ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და შენარჩუნების საზომები საკუთარი პაციენტებისთვის. მენეჯერ და ლიდერ ექთნებს აქვთ ეთიკური პასუხისმგებლობა ხელი შეუწყონ პირად ცხოვრებასა და სამუშაოს შორის ბალანსის დაჭერას ჯანმრთელი ცხოვრების წესის და თვითზრუნვის ნახალისების გზით (ANA, 2015c; Cranick et al., 2015). ANA საზღვრავს ჯანმრთელობის ხუთ კომპონენტს, რაც მნიშვნელოვანია ექთნების მხარდამჭერი გარემოს შესამუშაველად (ANA, 2015a, p. 24):

1. ზრუნვაზე მონოდება: ზრუნვა ეს არის ადამიანებს შორის ურთიერთობა, როდესაც ხდება საკუთარი თავის წყნარად მიწოდება და ამ გზით ექთანი ურთიერთობებს ამყარებს პაციენტსა და მის ოჯახის წევრებთან;
2. საკუთარ თავზე ზრუნვის პრიორიტეტები: თვითზრუნვა და მხარდამჭერი გარემო აძლევს ჯანმრთელ ექთან საშუალებას მართოს ფიზიკური და ემოციური სტრესორები სამუშაოსა და სახლის პირობებში;
3. მიბაძვის შესაძლებლობა: ჯანმრთელი ექთანი აცნობიერებს პერსონალურ გამონვევებს, როგორც საკუთარ თავში ასევე პაციენტში. ამ გზითაც და თანამშრომლობის საფუძველზეც ისინი ახერხებენ გადალახონ ეს გამონვევები;
4. სწავლების პასუხისმგებლობა: განსჯის გარეშე მიდგომები, მოზრდილთა სწავლების ფორმების განხილვა და ცვლილებისადმი მზაობა აძლიერებს ჯანმრთელ ექთანსაც და სხვებსაც. ეს ხდება ჯანმრთელობის, უსაფრთხოების და კარგად ყოფნის შესახებ ცოდნისა და უნარ-ჩვევების, საჭირო რესურსებისა და მიდგომების გამოყენების გზით;
5. ადვოკატირებაზე უფლებამოსილება: ჯანმრთელ ექთანს აქვს სხვადასხვა დონეზე ადვოკატირების უფლებამოსილება: პერსონალურ თუ ინტერპერსონალურ დონეზე, სამუშაო ადგილზე თუ საზოგადოებრივ სივრცეში, ლოკალურ დონეზე თუ ნაციონალურ დონეზე.

ლიდერი და მენეჯერი ექთნები უნდა ნერგავდნენ მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ პოლისებს, პროცედურებს და სტრატეგიებს, რომელიც ხელს უწყობს ჯანსაღი სამუშაო განრიგის შემუშავებას, სიფხიზლის გაუმჯობესებას და იცავს ექთნებს სამუშაო საათების გადაჭარბებისგან და, შესაბამისად, შფოთვის განვითარებისგანაც (ANA, 2014a, p. 5).

შეისწავლე მტკიცებულება

Cranick, L., Miller, A., Allen, K., Ewell, A., & Whittington, K. (2015).

ახდენს თუ არა გავლენას ექთნის თვითზრუნვის აღქმა სამუშაო კმაყოფილებაზე? *Nursing Management*, 46(5), 16-18

მიზანი

ამ კვლევის მიზანია განისაზღვროს ახდენს თუ არა თვით-ზრუნვის წახალისება პოზიტიურ გავლენას სამუშაოთი კმაყოფილებაზე.

მეთოდები

კვლევა წარმოადგენს აღწერილობით მეთოდს. კვლევის დროს გამოყენებული იქნა ონლაინ გამოკითხვის პრინციპი. ელექტრონული წერილები დაეგზავნათ რაიონულ საავადმყოფოებში მომუშავე ექთნებს. მიზანი იყო გაერკვიათ მათი თვით-ზრუნვის კუთხით წარმოდგენები რა გავლენას ახდენდა მათ სამუშაოთი კმაყოფილებაზე. კითხვარი მოიცავდა ოთხი კატეგორიის კითხვებს: ინტერპერსონალური დამოკიდებულებები სხვა ექთნებთან, ექთნების მიერ საკუთარი საქმიანობის ეფექტიანად შესრულების უნარის შეფასება, ორგანიზაციის მიერ თვით-ზრუნვის ხელშეწყობაზე მათი პერსონალური შეხედულებები და მათი პერსონალური უნარ-ჩვევების დამოკიდებულება თვით-ზრუნვასა და პირადი ცხოვრებით კმაყოფილებასთან.

მნიშვნელოვანი შედეგები

182 ექთანმა შეავსო კითხვარი, პოზიტიური კორელაცია იქნა ნანახი ექთნების სამუშაოთი კმაყოფილებასა და თვით-ზრუნვის მოცულობის ყოველკვირეულ მაჩვენებელს შორის. ასევე მნიშვნელოვანი კორელაცია იქნა დადგენილი სამუშაოთი კმაყოფილების სხვადასხვა ფაქტორთანაც, როგორცაა შფოთვის გამოცდილება ($P \leq 0,01$), სამუშაოზე წასვლის სურვილი ($P \leq 0,01$) და სამუშაოზე კარგ ხასიათზე ყოფნა ($P \leq 0,01$). თუმცა, მხოლოდ მონაწილეთა 4,42%-მა აღნიშნა კმაყოფილება მათი ორგანიზაციის თვით-ზრუნვის მხარდაჭერი აქტივობებით

ლიდერი და მენეჯერი ექთნების საქმიანობაზე შესაძლო გავლენა

ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს უნდა ესმოდათ რომ სამუშაოთი კმაყოფილება არის ექთნების ბრუნვის ერთ-ერთი განმაპირობებელი ფაქტორი და რაც მეტია კმაყოფილება, მით უკეთესია პაციენტის გამოსავლები. ამ კვლევით ნაჩვენებია ორი სტრატეგია, რომელიც აუმჯობესებს ექთნების ჯანმრთელი ცხოვრების უნარ-ჩვევებს და ახალისებს მათ თვით-ზრუნვის მიმართულებით. ლიდერი და მენეჯერი ექთნები უნდა ეხმარებოდნენ პერსონალს თვით-ზრუნვის საჭიროების აღქმაში და შესვენებების დროს ერთმანეთის მხარდაჭერის აუცილებლობის გაცნობიერებაში.

სამომავლო მიმართულებები

მომავლის კონცეფცია მოთხოვნადია, მაგრამ რთულად შესამუშავებელი. Henchey-ის (1978) მიერ მოწოდებულ სტატიებში განხილულია მომავლის ოთხი ტიპი, თითოეული განსხვავებული მიზნებითა და მახასიათებლებით. საინტერესოა, რომ ეს ტიპები დღესაც აქტუალურია. თუ რა იქნება ისაზღვრება მიმდინარე პერიოდსა და უკვე განხორციელებულ პროექტებზე დაყრდნობით. სავარაუდო სამომავლო მიმართულება ეს არის რაც დიდი ალბათობით შეიძლება იყოს და ასახავს ანმყო სტატუსს მინიმალური ცვლილებებით. შესაძლებლობა შთააგონებს ადამიანებს

შეისწავლონ სრულყოფილი მომავალი ანუ როგორც Henchey მას უწოდებს „სასურველი მომავალი“. სასურველი მომავალი არის ის, რაც გვინდა რომ იყოს და იწყება ხედვისა და გზამკვლევის შემუშავებით ამ სურვილამდე მისასვლელად. ექთნებსა და ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს შორის შეუძლიათ ჩამოაყალიბონ სასურველი მომავალი.

სასურველი მომავალი არის ის ოპტიმალური სამუშაო და სამკურნალო გარემო, სადაც ექთნებს შეუძლიათ უსაფრთხო და ხარისხიანი მკურნალობის უზრუნველყოფა. Lucian Leape Institute (2013) აღწერს ჯანმრთელ და უსაფრთხო სამუშაო გარემოს:

ინოვაცია, კრიტიკული აზროვნება, ტექნიკური და მეცნიერული წინსვლა უნდა იყოს სამუშაოს შემადგენელი ნაწილი, მხოლოდ მოთმინებისა და წონასწორობის დაკარგვის გარეშე. ყოველ დღე, ორგანიზაციის თითოეული წევრი უნდა სწავლობდეს რაიმე ახალს და ამით უნდა ღებულობდეს სიამოვნებას და საკუთარი მნიშვნელოვნების შეგრძნებას. თითოეული წევრს ყოველწუთიერად უნდა შეეძლოს საკუთარი კონტრიბუციის განსაზღვრა საერთო საქმეში. დაწესებულების ხელმძღვანელობამ თანამშრომლებს უნდა შეუქმნას უსაფრთხო გარემო. პაციენტები და მათი ოჯახები უნდა ჩაერთონ მკურნალობის პროცესში. სამედიცინო დაწესებულებაში შემოსვლისთანავე მათ უნდა იგრძნონ შვეება და უნდა დარწმუნდნენ, რომ მათ მოექცევიან პატივისცემით და მიიღებენ უსაფრთხო და ხარისხიან მკურნალობას იმ გუნდისგან, რომელსაც ნათლად ესმის საკუთარი საქმიანობის ღირებულება.

ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს მნიშვნელოვანი წვლილის შეტანა შეუძლიათ სასურველი მომავლის ფორმირებაში პერსონალის პატივისცემითა და მათი ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და ემოციური უსაფრთხოების დაცვით. პატივისცემის კულტურა ქმნის სასიამოვნო და ღირებულ სამუშაო გარემოს.

ლიდერ და მენეჯერ ექთნებს უნდა ჰქონდეთ მომავლის ტენდენციების აღქმა, რაზეც მათმა პროფესიონალიზმა შეიძლება დადებითი გავლენა იქონიოს. იდეალურ ვარიანტში, ლიდერი და მენეჯერი ექთნები მომავლისკენ მიმავალ გზაზე პერსონალის წარმართველები შეიძლება აღმოჩნდნენ, დაეხმარონ პერსონალს მომავლის შექმნაში და არა უბრალოდ რეაგირება მოახდინონ მომავალში მოსალოდნელ ცვლილებებზე (Grossam & Valiga, 2016).

მუდმივად მზარდ კომპლექსურ ჯანდაცვის გარემოში ექთნები შეიძლება წარმატებულნი იყვნენ შემდეგი ფაქტორებიდან გამომდინარე (Johnson, 2015, pp. 90-91):

- ფორმალური და არაფორმალური სწავლების გზით მთელი ცხოვრება სწავლაზე ორიენტირება;
- საქმიანობაში ცვლილებების სწრაფად და კარგად განხორციელების უნარი;
- გამოსავლებისა და პროცესის გაუმჯობესებაზე ორიენტირება ჯანდაცვის მიმართულებებზე ზეგავლენის მიზნით;
- იმისი აღქმა, რომ პაციენტი და მისი ოჯახი ყურადღების ცენტრში უნდა იყვნენ მოქცეულნი;
- სხვა სპეციალისტებთან თანამშრომლობა, პაციენტის მკურნალობის გაუმჯობესების მიზნით გუნდური მუშაობა და თანამშრომლობა.

შეჯამება

ყველა დონეზე მომუშავე ექთნები ჩართულნი უნდა იყვნენ კარიერის დაგეგმარებისა და შემუშავების პროცესში, რაც გულისხმობს პერსონალურ და პროფესიულ თვით-შეფასებას, მომავლის ხედვას და ამ მომავლის მიღწევის რეალისტური გეგმის შემუშავებას. ექთნის მიზნის მიუხედავად, საკვანძო მომენტი მაინც საჭირო გამოცდილების, შესაფერი განათლების, ცოდნის, სპეციალობის სერტიფიკატის მიღება და უნარ-ჩვევების, დამოკიდებულების გამომუშავებაა. ეს ექთანს მოამზადებს სამომავლო კარიერისთვის დინამიურ და კომპლექსურ ჯანდაცვის გარემოში სამუშაოდ. კომპეტენცია მნიშვნელოვანია როგორც საექთნო საქმიანობისთვის, ასევე პაციენტის უსაფრთხოდ და ხარისხიანად მკურნალობისთვის. ექთნები მთელი ცხოვრება სწავლაზე ორიენტირებულნი უნდა იყვნენ, რაც მოიცავს კარიერულ დაგეგმარებასა და წარმატე-

ბულ სწავლებას (AACN, 2008). ყველა ექთანი უნდა იჭერდეს წონასწორობას პირად ცხოვრებასა და პროფესიულ საქმიანობას შორის. ექთნები უნდა ეხმარებოდნენ ერთმანეთს ამ წონასწორობის შემუშავებაში. არავის შეუძლია მომავლის წინასწარმეტყველება, თუმცა რამდენიმე შესაძლებლობის განხილვა და სასურველ მომავალთან დაკავშირებული მიზნების ჩამოყალიბება და ეხმარება მათ დასახული მიზნის მიღწევაში.

რეკომენდებული ვებ-გვერდები

- American Nurses Association: HealthyNurse, Healthy Nation: www.nursingworld.org/MainMenuCategories/WorkplaceSafety/Healthy-Nurse
- American Nurses Association: Nursing Career Resources: www.nursingworld.org/MainMenuCategories/Career-Center/Resources
- Interprofessional Institute of Self-Care: <http://nursing.kent.edu/iisc>
- National Council of State Boards of Nursing: Contact a Board of Nursing: www.ncsbn.org/contact-bon.htm

გამოყენებული ლიტერატურა:

- Al-Dossery, R., Kitsana, P., & Maddox, P. J. (2013). The impact of residency programs on new nurse graduates' clinical decision-making and leadership skills: A systematic review. *Nurse Education Today*, 34(6), 1024–1028.
- Altman, M. (2011). Let's get certified: Best practices for nurse leaders and managers to create a culture of certification. *AACN Advanced Critical Care*, 12(1), 68–75.
- American Association of Colleges of Nursing. (2008). *The essentials of baccalaureate education for professional nursing practice*. Washington, DC: Author.
- American Association of Colleges of Nursing. (2014). *The impact of education on nursing practice [fact sheet]*. Retrieved from www.aacn.nche.edu/media-relations/fact-sheets/impact-of-education
- American Association of Colleges of Nursing. (2015). *Hallmarks of the professional nursing practice environment*. Retrieved from www.aacn.nche.edu/publications/white-papers/hallmarkspractice-environment 364 PART IV MANAGING YOUR FUTURE IN NURSING 3021_Ch17_345-366 14/01/17 3:50 PM Page 364
- American Association of Colleges of Nursing. (2016). *What every nursing student should know when seeking employment*. Retrieved from www.aacn.nche.edu/publications/hallmarks.pdf
- American Nurses Association. (2010). *Nursing's social policy statement: The essence of the profession*. Silver Spring, MD: American Nurses Association.
- American Nurses Association. (2014a). *The nursing workforce 2014: Growth, salaries, education, demographics, & trends [fast facts]*. Retrieved from www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/workforce/Fast-Facts-2014-Nursing-Workforce.pdf
- American Nurses Association. (2014b). *Professional role competence [position statement]*. Retrieved from www.nursingworld.org/position/practice/role.aspx
- American Nurses Association. (2015a). *Code of ethics for nurses with interpretive statements*. Silver Spring, MD: Author.
- American Nurses Association. (2015b). *HealthyNurse*. Retrieved from www.nursingworld.org/MainMenuCategories/WorkplaceSafety/Healthy-Nurse
- American Nurses Association. (2015c). *Nursing: Scope and standards of practice (3rd ed.)*. Silver Spring, MD: Author. American Nurses Association. (2016). *Nursing administration: Scope and standards of practice (2nd ed.)*. Silver Spring, MD: Author.
- American Nurses Credentialing Center. (2015). *ANCC Certification Center*. Retrieved from www.nursecredentialing.org/Certification.aspx
- American Organization of Nurse Executives. (2010). *AONE guiding principles for the newly licensed nurse's transition into practice*. Retrieved from www.aone.org/resources/newly-licensed-nurses-transitionpractice.pdf
- Armstrong, G. (2010). *Quality and Safety Education for Nurses update. Leader to leader: Nurse regulation and education together*. Retrieved from www.ncsbn.org/L2L_Fall2010.pdf
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Beyers, M. (2013). *Nursing's professional associations*. In C. J. Huston (Ed.), *Professional issues in nursing: Challenges & opportunities (3rd ed.)*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins.
- Boltz, M., Capezuti, E., Wagner, L., Rosenberg, M., & Secic, M. (2013). Patient safety in medical-surgical units: Can nurse certification make a difference? *Medsurg Nursing*, 22(1), 26–37.
- Cranick, L., Miller, A., Allen, K., Ewell, A., & Whittington, K. (2015). Does RN perception of self-care impact job satisfaction? *Nursing Management*, 46(5), 16–18.

- D'Addona, M., Pinto, J., Oliver, C., Turcotte, S., & Lavoie-Tremblay, M. (2015). Nursing leaders' perceptions of a transition support program for new nurse graduates. *Health Care Manager, 34*(1), 14–22.
- Donner, G. J., & Wheeler, M. M. (2001). *It's your career: Take charge career planning and development*. Geneva: International Council of Nurses.
- Florence Nightingale to her nurses: A selection from Miss Nightingale's address to probationers and nurses of the Nightingale School at St. Thomas's Hospital. (1914). New York: Macmillan. Retrieved from www.archive.org/stream/florencenighting00nighiala/florencenighting00nighiala_djvu.txt
- Foster, C. W. (2012). Institute of medicine the future of nursing report, lifelong learning, and certification. *Medsurg Nursing, 21*(2), 115–116.
- Grossman, S. C., & Valiga, T. M. (2016). *The new leadership challenge: Creating the future of nursing* (5th ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis.
- Henchey, N. (1978). Making sense of future studies. *Alternatives, 7*, 24–28.
- Hood, L. J. (2014). *Leddy and Pepper's conceptual bases of professional nursing* (8th ed.). Baltimore, MD: Wolters Kluwer Health.
- Institute of Medicine. (2011). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. Washington, DC: National Academies Press.
- Interprofessional Institute for Self-Care. (n.d.). About the IISC. Retrieved from <https://nursing.kent.edu/iisc/about>
- Johnson, S. (2015). *What would Florence do?* Silver Spring, MD: American Nurses Association.
- Kendall-Gallagher, D., & Blegen, M. A. (2009). Competence and certification of registered nurses and safety of patients in intensive care units. *American Journal of Critical Care, 18*(2), 106–113.
- Letvak, S. (2012). Overview and summary: Healthy nurses: Perspectives on caring for ourselves. *Online Journal of Issues in Nursing, 19*(3). Chapter 17 Transitioning From Student to Professional Nurse 365 3021_Ch17_345-366 14/01/17 3:50 PM Page 365
- Lucian Leape Institute. (2013). *Through the eyes of the workforce: Creating joy, meaning, and safer health care*. Retrieved from www.npsf.org/wp-content/uploads/2013/03/Through-Eyes-of-the-Workforce_online.pdf
- Masters, K. (2014). *Role development in professional nursing practice* (3rd ed.). Burlington, MA: Jones & Barlett Learning. National Council of State Boards of Nursing. (2016). *Transition to practice: Why transition to practice (TTP)?* Retrieved from www.ncsbn.org/transition-to-practice.htm
- Porter-O'Grady, T., & Malloch, K. (2013). *Leadership in nursing practice: Changing the landscape of health care*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Richards, K., Sheen, E., & Mazzer, M. C. (2014). *Self-care and you: Caring for the caregiver*. Silver Spring, MD: American Nurses Association.
- Rush, K. L., Adamack, M., Gordon, J., Lilly, M., & Janke, R. (2013). Best practices of formal new graduate nurse transition programs: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies, 50*(3), 345–356.
- Spector, N., Blegen, M. A., Silvestre, J., Barnsteiner, J., Lynn, M. R., Ulrich, B., . . . Alexander, M. (2015). Transition to practice study in hospital settings. *Journal of Nursing Regulation, 5*(4), 24–38.
- Stromborg, M. F., Niebuhr, B., & Prevost, S. (2005). Specialty certification: More than a title. *Nursing Management, 36*(5), 36–46.
- Tri-Council for Nursing. (2010). *Educational advancement of registered nurses: A consensus position*. Retrieved from www.tricouncilfor nursing.org/documents/TricouncilEdStatement.pdf

