



FAKTORY OVPLYVŇUJÚCE HODNOTENIE KULTÚRY BEZPEČNOSTI PACIENTOV V AMBULANTNEJ STAROSTLIVOSTI – PRIEREZOVÁ ŠTÚDIA

FACTORS AFFECTING THE EVALUATION OF PATIENT SAFETY CULTURE IN PRIMARY CARE – A CROSS-SECTIONAL STUDY

Dominika Kohanová^{1*} , Petra Bartošová¹ , Katarína Žiaková¹ 

Abstrakt *Kultúra bezpečnosti pacientov býva podrobne skúmaná predovšetkým v nemocničnom prostredí. V ambulantnej starostlivosti sa výskumy týkajúce sa kultúry bezpečnosti začali realizovať len nedávno; v Slovenskej republike absentujú. Pre zlepšenie bezpečnosti pacientov je potrebné identifikovať faktory, ktoré ovplyvňujú hodnotenie jej kultúry s cieľom plánovania cielených stratégií. Cieľom štúdie bolo zistiť, ktoré z vybraných sociodemografických údajov sú asociované s hodnotením kultúry bezpečnosti pacientov zdravotníckymi pracovníkmi v ambulantnej starostlivosti. Zber údajov bol realizovaný od júna do decembra 2021 pomocou nástroja the Medical Office Survey on Patient Safety Culture. Zdravotnícki pracovníci (N = 147) pracovali vo vybraných všeobecných a špecializovaných ambulantných zariadeniach v dvoch okresoch Žilinského kraja. Údaje boli analyzované v štatistickom programe IBM SPSS vo verzii 25.0 a to pomocou deskriptívnej a inferenčnej štatistiky. Rozdiely v hodnotení kultúry bezpečnosti pacientov na základe vybraných premenných boli analyzované prostredníctvom neparametrických testov (Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test). Štatisticky významné vzťahy boli potvrdené medzi vybranými dimenziami kultúry bezpečnosti pacientov a vekom, vzdelaním, pracovnou pozíciou, počtom rokov praxe na pracovnej pozícii, počtom nadčasových hodín, počtom vynechaných zmien a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti ($p \leq 0,05$). Hodnotenie kultúry bezpečnosti pacientov v ambulantných zariadeniach je dôležité, pretože vplyv komponentov kultúry bezpečnosti pacientov a pravidelné vyhodnocovanie faktorov, ktoré ju ovplyvňujú má zásadný význam pre*

¹ Ústav ošetrovateľstva, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave, Malá Hora 5, 03601 Martin, Slovenská republika

* Korespondenčný autor: Ústav ošetrovateľstva, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave, Malá Hora 5, 03601 Martin, Slovenská republika, e-mail: kalankova1@uniba.sk
Received: 17 June 2022, Revised: 17 May 2023, Accepted: 8 June 2023, Published: 9 June 2023

zdravotnícke inštitúcie pri vytváraní stratégií podporujúcich kultúru zaväzujúcu sa poskytovať čo najbezpečnejšiu starostlivosť o pacientov.

Kľúčová slova *ambulancie, kultúra bezpečnosti, primárna starostlivosť, zdravotnícki pracovníci*

Summary *The culture of patient safety is investigated in detail, especially in a hospital setting. In outpatient care, research on safety culture has only recently begun to take place; in the Slovak republic, it is absent. To improve patient safety, it is necessary to identify the factors that influence the evaluation of its culture in order to plan targeted strategies. The purpose of the study was to find out, which sociodemographic data are associated with the evaluation of patient safety culture by outpatient healthcare professionals. Data collection was carried out from June to December 2021 using the Medical Office Survey on Patient Safety Culture. Healthcare professionals (N = 147) worked in selected general and specialized outpatient facilities in two districts of the Žilina Region. The data was analyzed in the IBM SPSS version 25.0 statistical program using descriptive and inferential statistics. Differences in the evaluation of patient safety culture based on selected variables were analyzed using nonparametric tests (Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test). Statistically significant relationships were confirmed between selected dimensions of patient safety culture and age, education, job position, job experience in the position, number of overtime hours, number of missed shifts, and healthcare provider ($p \leq 0.05$). Assessing patient safety culture in an outpatient setting is important because the impact of the components of patient safety culture and the regular evaluation of the factors that affect it are crucial for healthcare institutions in developing strategies to support a culture committed to providing the safest possible patient care.*

Keywords *ambulances, health professionals, nurses, primary care, safety culture*

1 ÚVOD

Bezpečnosť pacientov je považovaná za kľúčový aspekt poskytovania zdravotnej starostlivosti. Predstavuje globálnu výzvu no zároveň aj nutnosť pre všetkých zdravotníckych pracovníkov ako aj tých, ktorí sa môžu stať pacientmi (Stavrinos, 2012). Samotný koncept bezpečnosti pacientov vychádza z definície Institute of Medicine (IOM), ktorá ju definuje ako „prevenciu poškodenia pacienta“ (IOM, 2004). Neskôr bola bezpečnosť pacientov definovaná ako „prevencia chýb a nepriaznivých účinkov na pacientov spojených so zdravotnou starostlivosťou“ (WHO, 2015). Problematika bezpečnosti pacientov je už desiatky rokov predmetom domácich aj zahraničných štúdií, avšak väčšina z nich sa sústreďuje na nemocničné prostredie (de Wet et al., 2010). Napriek potenciálnemu vplyvu na zdravie populácie zostávajú veľké medzery v našom porozumení

bezpečnosti pacientov v primárnej starostlivosti, najmä kvôli nedostatku vhodných metód merania, čo obmedzuje našu schopnosť získať spoľahlivý a opakovateľný rozsah pre zlepšenie bezpečnosti a pre výskum na identifikáciu základných príčin a mechanizmov (Desmedt et al., 2017).

Je všeobecne známe, že väčšia skupina pacientov býva liečená a prvotne ošetrovaná v zariadeniach ambulantnej starostlivosti. Oblasť ambulantnej starostlivosti poskytuje prvý kontakt a je určená pre každého jedinca, rodinu a komunitu (Bodur & Filiz, 2009). V súčasnej dobe tiež narastá počet chronických pacientov, ktorí si vyžadujú najmä ambulantnú starostlivosť (Desmedt et al., 2017). Riziko poškodenia pacienta v ambulantnej starostlivosti je nižšie v porovnaní s nemocničným prostredím, avšak v súvislosti s častejším kontaktom s pacientmi sú tieto čísla významné (Panesar et al., 2016). Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) uvádza ohrozenie asi 10 % týchto pacientov a preto je posudzovanie bezpečnosti v tejto oblasti veľkou výzvou (Webair et al., 2015).

Lawati et al. (2018) publikoval systematický prehľad, ktorého hlavnou implikáciou je, že riešenie a porozumenie kultúre bezpečnosti pacientov je najdôležitejším krokom k zlepšeniu bezpečnosti pacientov v primárnej starostlivosti. Niektoré štúdie zdôrazňujú význam kultúry bezpečnosti pacientov pre dosiahnutie bezpečia pacientov (Braithwaite et al., 2017). Pozitívna kultúra bezpečnosti pacientov je spojená s menším počtom nežiaducich udalostí (Najjar et al., 2015; Wang et al., 2014). Naprieč všetkými štátmi a prostrediami bolo štúdiami dokázané, že pozitívna kultúra na pracovisku vplýva na nižší výskyt pádov, infekcií, zníženú úmrtnosť a zároveň zvyšuje spokojnosť pacientov (Braithwaite et al., 2017).

Kultúra bezpečnosti sa najčastejšie označuje ako výsledok presvedčení, postojov, kompetencií a vzorcov správania jednotlivcov a skupín. Definuje záväzok a štýl a efektívnosť riadenia bezpečnosti a ochrany zdravia organizácie (Kear & Ulrich, 2015). Podľa autorov Sammer et al. (2010) tvorí kultúru bezpečnosti pacientov sedem základných komponentov a to vedenie, tímová spolupráca, prax založená na dôkazoch, komunikácia, učenie, spravodlivosť a na pacienta orientovaná starostlivosť. Vedenie je jedným z najdôležitejších komponentov kultúry bezpečnosti pacientov a to vzhľadom na dôležitú úlohu lídra pri zosúladovaní vízií a misií zdravotníckeho zariadenia, kompetencií personálu ako aj správnej a efektívnej alokácie zdrojov. Tímová spolupráca a komunikácia ako ďalšie komponenty kultúry bezpečnosti pacientov môžu byť efektívne len za predpokladu otvorených, rešpektujúcich a flexibilných vzťahov medzi jednotlivými spolupracovníkmi ako aj lídrami. V prípade pochybenia alebo omylu je dôležitá spravodlivá kultúra v organizácii, ktorá vedie k poučeniu sa z chýb a považuje chyby skôr za systémové ako za chyby jednotlivca. Elimináciu chýb a omylov zabezpečuje ďalší

z komponentov kultúry bezpečnosti pacientov a to prax založená na dôkazoch a starostlivosť zameraná na pacienta. V zásade musíme konštatovať, že základným pilierom rozvoja pozitívnej kultúry bezpečnosti pacientov je jej pravidelné posudzovanie. Posúdenie kultúry bezpečnosti pacientov v ambulantnej starostlivosti by malo zahŕňať desať dimenzií (Famolaro et al., 2016) a to: komunikáciu o chybách; otvorenosť v komunikácii; ambulantné procesy a štandardizáciu; znalosti organizácie; celkové vnímanie bezpečnosti pacientov a kvality; podporu majiteľa/vedúceho partnera/ vedenia presadzujúceho bezpečnosť pacientov; monitorovanie starostlivosti o pacienta; zaškolenie personálu; tímová spolupráca; pracovný tlak a tempo.

Hodnotenie kultúry bezpečnosti pacientov pomáha organizáciám identifikovať oblasti zlepšenia a sledovať zmeny v priebehu času (Sammer et al., 2010). Bolo preukázané, že kultúra a iné ľudské faktory, ale aj sociálne podmienky rôznych štátov pôsobia na kultúru bezpečnosti pacientov a preto je nevyhnutné tieto faktory zohľadniť pri každom použití hodnotiaceho nástroja (Chen & Li, 2010). K posúdeniu kultúry bezpečnosti pacientov v ambulantnej starostlivosti bolo doposiaľ vytvorených niekoľko nástrojov, ktoré boli validované v rôznych sociokultúrnych kontextoch (Bartoníčková et al., 2022). Jedným z nich je aj nástroj Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC), ktorý bol vyvinutý spoločnosťou Agency for Healthcare and Research (AHRQ) v USA (Sorra & Battles, 2018). Doposiaľ však v slovenskom sociokultúrnom kontexte nebol použitý žiadny nástroj na posúdenie kultúry bezpečnosti pacientov, pričom štúdie zaoberajúce sa danou problematikou v Slovenskej republike úplne absentujú.

2 METÓDY

2.1 Cieľ

Zistiť, ktoré z vybraných sociodemografických údajov sú asociované s hodnotením kultúry bezpečnosti pacientov zdravotníckymi pracovníkmi v ambulantnej starostlivosti.

2.2 Dizajn

Príspevok má charakter deskriptívnej prierezovej štúdie.

2.3 Výskumný súbor

V rámci výskumu boli oslovené vybrané všeobecné a špecializované ambulancie v dvoch okresoch Slovenskej republiky a to na základe geografického kritéria. Oslovených bolo celkovo 156 ambulancií, z toho s účasťou na výskume súhlasilo 105 ambulancií. Po získaní súhlasov z daných ambulancií boli distribuované dotazníky a to v celkovom počte 230. Počet navrátených

dotazníkov bol 147 (návratnosť: 63,91 %), pričom všetky dotazníky boli kompletne vyplnené a preto boli zaradené do ďalšej analýzy. Cieľová skupina respondentov (personál pracujúci v ambulantnom zariadení – lekár, sestra, zdravotnícky asistent, pôrodná asistentka) bola vybraná prostredníctvom metódy dostupného výberu (*convenience sampling*). Jediným predpokladom účasti na výskume bol informovaný súhlas respondentov.

2.4 Zber údajov

Zber údajov bol realizovaný v období medzi júnom 2020 a decembrom 2021 a to prostredníctvom špecifického nástroja the Medical Office on Patient Safety Culture (MOSPSC). Nástroj bol preložený metódou „*forward-backward translation*“ a bola tak vytvorená slovenská verzia nástroja s názvom Ambulantný prieskum kultúry bezpečnosti pacientov.

Nástroj MOPSC je zameraný na posúdenie kultúry bezpečnosti pacientov v ambulantnej starostlivosti. Nástroj sa skladá z deviatich častí (A-I). Časti nástroja A-G sa zameriavajú na posúdenie jednotlivých aspektov kultúry bezpečnosti, časť H sa zameriava na zisťovanie demografických údajov a časť I ponúka priestor pre komentáre, poznámky alebo pripomienky respondenta k problematike bezpečnosti pacientov a kvality poskytovanej starostlivosti v konkrétnej ambulancii. Jadro nástroja obsahuje 38 položiek, ktoré sú zoskupené do 10 komponentov/dimenzií a to komunikácia o chybách (4 položky), otvorenosť v komunikácii (4 položky), ambulantné procesy a štandardizácia (4 položky), znalosti organizácie (3 položky), celkové vnímanie bezpečnosti pacientov a kvality (4 položky), podpora majiteľa/vedúceho partnera/vedenia presadzujúceho bezpečnosť pacientov (4 položky), monitorovanie starostlivosti o pacienta (4 položky), zaškolenie personálu (3 položky), tímová spolupráca (4 položky), pracovný tlak a tempo (4 položky). Komponenty (časť A, B, D) sú hodnotené prostredníctvom frekvenčnej škály (časť A, B, D). V časti A a B respondenti zaznamenávajú svoje odpovede na škále od 1 (denne) po 6 (v posledných 12 mesiacov nie). V časti D respondenti využívajú škálu od 1 (nikdy) po 5 (vždy). Komponenty kultúry bezpečnosti pacientov (časť C, E, F, G) sú hodnotené prostredníctvom Likertovej škály a to pre časti C, E a F od 1 (rozhodne nesúhlasím) po 5 (rozhodne súhlasím) a pre časť G od 1 (nízka) po 5 (excelentná). Demografické údaje v originálnej verzii nástroja sa týkali počtu rokov na konkrétnom pracovisku, počtu bežne odpracovaných hodín a pracovnej pozície. Tieto údaje môžu byť doplnené o ďalšie (Famolaro et al., 2018). Pre potreby štúdie boli zvolené nasledovné údaje, ktoré sú v literatúre považované za faktory ovplyvňujúce kultúru bezpečnosti pacientov: typ ambulancie, vek, najvyššie dosiahnuté vzdelanie, počet nadčasových hodín za posledné 3 mesiace, počet zmien/ dní v práci zameškaných v súvislosti, napr. s ochorením, zranením (PN) za posledné 3 mesiace, počet rokov

praxe na pracovnej pozícii, úmysel odísť zo súčasnej pozície, poskytovateľ zdravotnej starostlivosti.

Psychometrické vlastnosti nástroja boli potvrdené v rámci validačnej štúdie, ktorá bola realizovaná na vzorke 4200 zdravotníckych pracovníkov pracujúcich v 202 ambulantných zariadeniach. Cronbachov alfa koeficient sa pohyboval medzi 0,75 až 0,83, čo môžeme považovať za akceptovateľné hodnoty (Famolaro et al., 2018).

2.5 Analýza údajov

Získané údaje boli spracované v štatistickom programe IBM SPSS verzia 25.0. Charakteristiky výskumného súboru boli spracované pomocou deskriptívnej štatistiky (priemery, SD, frekvencie). Rozdiely vo vnímaní jednotlivých dimenzií kultúry bezpečnosti pacientov na základe vybraných demografických údajov boli analyzované prostredníctvom neparametrických testov. Neparametrické testy (Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test) boli využité na základe výsledku hodnotenia normality. Pre potreby štatistickej analýzy sme kategorizovali nasledovné premenné: vek (18 – 30 rokov; 31 – 40 rokov; 41 – 50 rokov; 51 rokov a viac), počet rokov praxe na pracovnej pozícii (Do 5 rokov; 6 – 10 rokov; 11 – 15 rokov; 16 – 20 rokov; 21 rokov a viac), počet rokov praxe na súčasnej pozícii (do 1 roka; viac ako 1 rok ale menej ako 3 roky; viac ako 3 roky ale menej ako 6 rokov; viac ako 6 rokov ale menej ako 11 rokov; viac ako 11 rokov). Pri zisťovaní štatisticky signifikantného vzťahu medzi celkovým stupňom bezpečnosti pacientov (závislá premenná) a jednotlivými dimenziami kultúry bezpečnosti pacientov (nezávislé premenné) bola využitá viacnásobná lineárna regresná analýza. Výsledky boli testované na hladine štatistickej významnosti $p \leq 0,05$.

Cronbachov alfa koeficient (α) bol vypočítaný s cieľom posúdenia reliability nástroja MOSPSC. Cronbachov alfa koeficient sa pohyboval v rozmedzí od 0,667 po 0,917 pre jednotlivé dimenzie kultúry bezpečnosti pacientov. Pre celý nástroj bola hodnota Cronbachovho alfa koeficientu 0,815.

2.6 Etické aspekty

Súhlas s použitím nástroja MOPSC od spoločnosti AHRQ bol získaný v mesiaci október 2020. Štúdia bola schválená Etickou komisiou JLF UK (EK č. 12/2021). Od každého respondenta bol získaný informovaný súhlas. Demografické údaje respondentov boli spracované v súlade s nariadením Európskeho parlamentu a Rady EÚ 2016/679 z dňa 27.04.2016 o ochrane fyzických osôb v súvislosti so spracovaním osobných údajov a voľnom pohybe týchto údajov.

3 VÝSLEDKY

Výskumný súbor tvorilo 147 zdravotníckych pracovníkov s priemerným vekom 43,97 (SD = 9,15). Takmer všetci zdravotnícki pracovníci pracovali v špecializovaných ambulantných zariadeniach (96,6 %), pričom takmer 30 % z nich pracovalo pre súkromného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Najväčšiu skupinu respondentov (79,6 %) tvorili sestry. Z hľadiska najvyššieho dosiahnutého vzdelania, najväčšiu skupinu respondentov tvorili pracovníci s vysokoškolským vzdelaním I. stupňa (38,8 %). Charakteristika výskumného súboru je uvedená v tabuľke 1.

3.1 Činitele súvisiace s hodnotením kultúry bezpečnosti pacientov v ambulantnej starostlivosti

Štatisticky signifikantné vzťahy boli potvrdené medzi vybranými dimenziami kultúry bezpečnosti pacientov a vekom, vzdelaním, pracovnou pozíciou, počtom rokov praxe na pracovnej pozícii celkovo, počtom rokov praxe na súčasnej pozícii, počtom nadčasových hodín, počtom vynechaných zmien, poskytovateľom starostlivosti (tab. 2).

Z hľadiska veku boli potvrdené štatisticky signifikantné rozdiely v hodnotení nasledovných dimenzií: *Ambulantné procesy a štandardizácia* ($p = 0,046$), *Zaškolenie personálu* ($p = 0,047$), *Tímová spolupráca* ($p = 0,040$). Dimenzia *Ambulantné procesy a štandardizácia* bola lepšie hodnotená zdravotníkmi vo veku 18 až 30 rokov. Dimenzie *Zaškolenie personálu* a *Tímová spolupráca* boli lepšie hodnotené zdravotníkmi respondentmi vo veku 51 rokov a viac. Štatisticky signifikantné rozdiely boli identifikované aj vo vzťahu k vzdelaniu v rámci hodnotenia dimenzií *Otvorenosť v komunikácii* ($p = 0,000$), *Monitorovanie starostlivosti o pacienta* ($p = 0,023$), *Zaškolenie personálu* ($p = 0,027$), *Tímová spolupráca* ($p = 0,002$). Dimenzia *Otvorenosť v komunikácii* bola lepšie hodnotená zdravotníkmi pracovníkmi, ktorí disponovali vysokoškolským vzdelaním II. stupňa a vyšším. Dimenzie *Monitorovanie starostlivosti o pacienta* a *Zaškolenie personálu* boli lepšie hodnotené zdravotníkmi pracovníkmi, ktorí disponovali vysokoškolským vzdelaním spojeného I. a II. stupňa. Dimenzia *Tímová spolupráca* boli najlepšie vnímaná zdravotníkmi pracovníkmi, ktorí disponovali vysokoškolským vzdelaním I. stupňa. Z hľadiska pracovnej pozície boli potvrdené štatisticky signifikantné rozdiely v hodnotení nasledovných dimenzií kultúry bezpečnosti: *Otvorenosť v komunikácii* ($p = 0,050$), *Zaškolenie personálu* ($p = 0,013$), *Tímová spolupráca* ($p = 0,031$), *Pracovný tlak a tempo* ($p = 0,023$). Dimenzie *Otvorenosť v komunikácii*, *Zaškolenie personálu* a *Pracovný tlak a tempo* boli lepšie hodnotené inými zdravotníkmi pracovníkmi než sestrami. Dimenzia *Tímová spolupráca* bola lepšie vnímaná sestrami než inými zdravotníkmi pracovníkmi. Štatisticky signifikantné rozdiely boli

identifikované aj vo vzťahu k celkovému počtu odpracovaných rokov v rámci hodnotenia dimenzií *Celkové vnímanie bezpečnosti pacientov a kvality* ($p = 0,012$), *Tímová spolupráca* ($p = 0,026$). Dimenzia *Celkové vnímanie bezpečnosti pacientov a kvality* bola lepšie hodnotená zdravotníckymi pracovníkmi, ktorí pracovali v rozmedzí 11 až 15 rokov. Dimenzia *Tímová spolupráca* bola lepšie vnímaná zdravotníckymi pracovníkmi, ktorí pracovali v rozmedzí 6 až 10 rokov. Z hľadiska počtu rokov praxe na súčasnej pozícii boli potvrdené štatisticky významné rozdiely v hodnotení nasledovných dimenzií: *Otvorenosť v komunikácii* ($p = 0,006$), *Ambulantné procesy a štandardizácia* ($p = 0,016$), *Znalosti organizácie* ($p = 0,008$), *Celkové vnímanie bezpečnosti pacientov a kvality* ($p = 0,006$), *Monitorovanie starostlivosti o pacienta* ($p = 0,000$). Všetky uvedené dimenzie boli najlepšie vnímané zdravotníckymi pracovníkmi, ktorí pracovali na súčasnej pozícii viac ako 6 ale menej ako 11 rokov. Štatisticky významné rozdiely boli identifikované aj vo vzťahu k počtu nadčasových hodín za posledné 3 mesiace v rámci hodnotenia dimenzií *Otvorenosť v komunikácii* ($p = 0,030$), *Ambulantné procesy a štandardizácia* ($p = 0,005$), *Monitorovanie starostlivosti o pacienta* ($p = 0,003$). Dimenzie *Otvorenosť v komunikácii* a *Ambulantné procesy a štandardizácia* boli najlepšie hodnotené zdravotníckymi pracovníkmi, ktorí mali medzi 1 až 12 nadčasovými hodinami za posledné tri mesiace. Dimenzia *Monitorovanie starostlivosti o pacienta* bola najlepšie hodnotená zdravotníckymi pracovníkmi, ktorí mali viac ako 12 nadčasových hodín za posledné tri mesiace. Z hľadiska počtu vynechaných zmien za posledné 3 mesiace boli potvrdené štatisticky významné rozdiely v hodnotení nasledovných dimenzií kultúry bezpečnosti: *Pracovný tlak a tempo* ($p = 0,029$). Dimenzia *Pracovný tlak a tempo* bola najlepšie hodnotená zdravotníckymi pracovníkmi, ktorí nemali žiadne vynechané zmeny za posledné tri mesiace. Štatisticky významné rozdiely boli identifikované aj vo vzťahu k poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti v rámci hodnotenia dimenzií *Komunikácia o chybách* ($p = 0,001$), *Otvorenosť v komunikácii* ($p = 0,000$), *Ambulantné procesy a štandardizácia* ($p = 0,000$), *Celkové vnímanie bezpečnosti pacientov a kvality* ($p = 0,011$), *Monitorovanie starostlivosti o pacienta* ($p = 0,000$), *Zaškolenie personálu* ($p = 0,005$), *Tímová spolupráca* ($p = 0,000$), *Pracovný tlak a tempo* ($p = 0,000$). Všetky uvedené dimenzie, okrem dimenzie *Tímová spolupráca*, boli lepšie hodnotené zdravotníckymi pracovníkmi, ktorí pracovali v ambulantných zariadeniach súkromného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

3.2 Analýza vzťahu medzi jednotlivými dimenziami kultúry bezpečnosti pacientov a celkovým stupňom bezpečnosti pacientov

Vzťah medzi jednotlivými dimenziami kultúry bezpečnosti pacientov a celkovým stupňom bezpečnosti pacientov bol analyzovaný pomocou viacnásobnej lineárnej regresnej analýzy. Cieľom analýzy bolo determinovať, či hodnotenie celkového stupňa bezpečnosti pacienta

(závislá premenná) predikuje hodnotenie jednotlivých dimenzií kultúry bezpečnosti pacientov (nezávislé premenné).

V rámci viacnásobnej regresnej analýzy bola posúdená multikolinearita medzi premennými a to prostredníctvom hodnôt tolerancie a hodnôt faktoru zmeny variability. Akceptovateľné hodnoty tolerancie sú $>0,10$ a faktoru zmeny variability <10 (Pallant, 2007), pričom dosiahnutie týchto hodnôt indikuje vylúčenie multikolinearity medzi jednotlivými premennými. Hodnoty tolerancie boli v rozmedzí 0,257 až 0,741. Hodnoty faktoru zmeny variability sa pohybovali medzi 1,12 až 3,45. Po posúdení multikolinearity je možné pristúpiť k interpretácii modelu.

V modeli 1 ($R^2 = 0,444$; $Adj R^2 = 0,245$; $F = 2,23$; $p = 0,046$) vysvetlili nezávislé premenné 24,5 % variability celkového stupňa bezpečnosti pacientov. Identifikovali sme dve nezávislé premenné kultúry bezpečnosti pacientov, ktoré predikujú celkový stupeň bezpečnosti pacientov (tab. 3).

Signifikantný vzťah bol potvrdený medzi hodnotením celkového stupňa bezpečnosti pacientov a dvomi dimenziami: *Komunikácia o chybách* ($\beta = 0,356$; $p = 0,024$) a *Ambulantné procesy a štandardizácia* ($\beta = 0,382$; $p = 0,044$). Štandardizovaný koeficient β bol v oboch prípadoch kladný, čo naznačuje, že čím lepšie zdravotnícki pracovníci hodnotili vybrané dve dimenzie, tým lepšie hodnotili aj celkový stupeň bezpečnosti pacientov.

4 DISKUSIA

Bezpečnosť pacienta je globálnou prioritou všetkých zdravotníckych systémov. V posledných rokoch naberá na význame medzi všetkými zdravotníckymi pracovníkmi, ktorí chcú svojim pacientom poskytovať bezpečnú a efektívnu starostlivosť a zároveň sa cítiť bezpečne alebo sebaisto (Famolaro et al., 2018). Zdravotnícke organizácie si čoraz viac uvedomujú, aké dôležité je rozvíjať organizačnú kultúru medzi zamestnancami s cieľom zlepšiť kvalitu služieb a bezpečnosť pacientov. Až 20 – 25 % populácie zažilo nežiaducu udalosť v ambulantných zariadeniach (Lawati et al., 2018). Počet štúdií, ktoré sa venujú problematike bezpečnosti pacientov v ambulantnej starostlivosti je však minimálny a v podmienkach Slovenskej republiky úplne absentuje. Pre zlepšenie bezpečnosti pacientov je však potrebné pravidelne hodnotiť kultúru bezpečnosti pacientov ale tiež identifikovať faktory, ktoré ovplyvňujú jej hodnotenie s cieľom vytvárania a následného implementovania stratégií, ktoré by viedli k zlepšeniu bezpečnosti. Preto hlavným cieľom štúdie bolo zistiť, ktoré z vybraných sociodemografických údajov sú asociované s hodnotením kultúry bezpečnosti pacientov zdravotníckymi pracovníkmi v ambulantnej starostlivosti.

Nástroj MOSPSC zachytáva kultúru bezpečnosti pacientov prostredníctvom hodnotenia jej desiatich dimenzií ako je napr. komunikácia, pracovný tlak a tempo, zaškolenie personálu či úroveň tímovej spolupráce. Tento nástroj môže byť využitý ako intervencia zameraná na zvýšenie informovanosti zamestnancov o otázkach bezpečnosti pacientov ale aj mechanizmus hodnotenia iniciatív na zlepšenie bezpečnosti pacientov (Famolaro et al., 2018).

V našej štúdii sme identifikovali štatisticky významné rozdiely v hodnotení jednotlivých dimenzií kultúry bezpečnosti na základe vybraných sociodemografických údajov. Počet štúdií, ktoré sa venovali podobnej problematike je však minimálny. V poľskej štúdii respondenti s vyššou praxou (nad 10 rokov) hodnotili výrazne horšie tieto oblasti: *Pracovný tlak a tempo*, *Otvorenosť komunikácie* a *Celkové vnímanie bezpečnosti pacientov a kvality*. Reverzný vzťah bol zistený v prípade otázok bezpečnosti pacienta a kvality starostlivosti, ktoré významne lepšie hodnotili respondenti s nižšou (do 10 rokov) praxou (Raczkiewicz et al., 2019). V holandskej štúdii boli štatisticky významne vyššie hodnotené dimenzie *Tímová spolupráca* a *Otvorenosť v komunikácii* respondentmi, ktorí mali počet rokov praxe vyšší ako 10 rokov (Smits et al., 2018). Výskum AHRQ z roku 2016 uviedol štatisticky významne pozitívne vnímanú *Tímovú spoluprácu* respondentmi, ktorí pracujú na súčasnej pozícii v ambulancii do 1 roka alebo viac ako 11 rokov. Negatívny vzťah bol identifikovaný medzi dimenziou *Pracovný tlak a tempo* a zamestnancami pracujúcimi na súčasnej pozícii do jedného roka. Čím viac odpracovaných rokov zamestnanci mali, tým viac sa znižovalo negatívne hodnotenie tejto dimenzie (Famolaro et al., 2016). Výskum AHRQ z roku 2018 indikuje štatisticky významne pozitívne vnímanú dimenziu *Podpora majiteľa/ vedúceho partnera/ vedenia presadzujúceho bezpečnosť pacientov* pracovníkmi, ktorí pracovali na súčasnej pozícii do 1 roka. Najviac negatívne bola hodnotená dimenzia *Pracovný tlak a tempo* zdravotníckymi pracovníkmi, ktorí pracovali na súčasnej pozícii v rozmedzí 6 až 11 rokov (Famolaro et al., 2018). V našej štúdii vnímali pozitívne *Podporu majiteľa/vedúceho partnera/vedenia presadzujúceho bezpečnosť pacientov* najviac zdravotnícki pracovníci, ktorí pracovali na súčasnej pozícii od 1 do 3 rokov. V našej štúdii bol taktiež identifikovaný rozdiel pri hodnotení *Tímovej spolupráce* a počtom rokov praxe na pracovnej pozícii, kedy bola táto dimenzia najlepšie hodnotená pracovníkmi s dĺžkou praxe medzi 6 až 10 rokmi. Môžeme si to vysvetliť najmä tým, že trvá určitý čas, kým sú jednotlivci začlenení do tímu, poznajú svoje úlohy, zodpovednosť, naučia sa komunikovať v tíme a spolupracovať s ostatnými pracovníkmi. Tímová spolupráca je základným pilierom poskytovania bezpečnej a kvalitnej zdravotnej starostlivosti. Predpokladom efektívnej tímovej spolupráce v ambulantnej sfére je líder s potrebnými vedomosťami a zručnosťami a adekvátne zvoleným štýlom vedenia pracovníkov. V ambulantnej sfére je to najčastejšie lekár (Babiker et al., 2014).

V našej štúdií sme identifikovali štatisticky významné rozdiely v hodnotení jednotlivých dimenzií na základe veku. Vek respondentov v poľskej štúdií negatívne koreloval s odpoveďami v troch dimenziách kultúry bezpečnosti pacienta a to *Pracovný tlak a tempo*, *Monitorovanie starostlivosti o pacienta*, *Komunikácia o chybách*, ako aj otázkach bezpečnosti a kvality pacienta a celkového hodnotenie kvality. Čím starší boli respondenti, tým vyššie skóre dosiahli v uvedených oblastiach (Rackiewicz et al., 2019). V holandskej štúdií starší zdravotnícki pracovníci dosiahli vyššie skóre ako ich mladší kolegovia v oblasti bezpečnosti a vnímania manažmentu v dimenzii *Zaškolenie personálu*. Štatisticky významne negatívny vzťah sa potvrdil v dimenzii *Pracovný tlak a tempo* vo vekovom rozmedzí 31 – 40 rokov (Smits et al., 2018), čo je v súlade s výsledkami našej štúdie. Vyšší vek zdravotníckych pracovníkov môže byť predpokladom skúsenosti ale aj lepšieho zvládania pracovného tlaku či tempa. V Slovenskej republike pracujú v ambulantnej sfére najmä vekovo starší zdravotnícki pracovníci, pričom lekári i sestry často dosahujú dôchodkový vek (Zväz ambulantných poskytovateľov, 2019). Z hľadiska výsledkov môžeme konštatovať, že najväčšia skupina respondentov v našom výskumnom súbore bola tvorená zdravotníckymi pracovníkmi práve vo vekovej kategórii viac ako 41 rokov (71,4%).

Rozdiely v hodnotení jednotlivých dimenzií kultúry bezpečnosti pacientov boli identifikované aj z hľadiska pracovnej pozície. Napríklad výskum AHRQ (2016) identifikoval významný vzťah medzi dimenziou *Zaškolenie personálu* a iným zdravotníckym personálom. Vzťah bol potvrdený aj medzi sestrami a hodnotením *Tímovej práce*. Štatisticky významný vzťah bol preukázaný aj medzi dimenziou *Pracovný tlak a tempo* a sestrami ako aj inými zdravotníckymi pracovníkmi. Vo výskume z roku 2018 sa vzťahy nezmenili, pozitívne bola hodnotená dimenzia *Zaškolenie personálu* a to inými zdravotníckymi pracovníkmi a *Tímová práca sestrami* (Famolaro et al., 2018). V našej štúdií hodnotili najviac pozitívne iní zdravotnícki pracovníci *Zaškolenie personálu* a najviac negatívne hodnotená dimenzia z perspektívy sestier bola *Pracovný tlak a tempo*. Rozdiely v hodnotení kultúry bezpečnosti pacientov na základe pracovnej pozície si môžeme vysvetliť nerovnomerným zastúpením zdravotníckych pracovníkov v našom výskumnom súbore, pričom prevažovali sestry. Sestry trávajú aj v ambulantnej starostlivosti najviac času s pacientmi, zabezpečujú ich edukáciu ale realizujú často aj závislé intervencie, ktoré ale nie vždy spadajú do ich rozsahu ošetrovateľskej praxe. Okrem toho, zber údajov prebiehal v čase pandémie Covid-19, kedy boli sestry ambulantného sektoru zaťažované telefonickými hovormi (vrátane teleošetrovateľstva), vzhľadom na limitovaný kontakt pacientov s ošetrovateľom (Kalánková et al., 2022), čo potenciovalo ich pracovnú záťaž a mohlo viesť k horšiemu hodnoteniu dimenzie *Pracovný tlak a tempo*.

V našej štúdií sme identifikovali signifikantne významné rozdiely na základe počtu nadčasových hodín a vynechaných zmien. Nebola však dohľadaná žiadna štúdia, ktorá by podporila naše výsledky. Vysvetľujeme si to tým, že sestry v ambulanciách nemajú taký počet nadčasových hodín a nevynechávajú množstvo zmien ako sestry v nemocniciach. Z hľadiska počtu vynechaných zmien a nadčasových hodín sme identifikovali pozitívny vzťah medzi *Podpora majiteľa/ vedúceho partnera/ vedenia presadzujúceho bezpečnosť* a naopak negatívny vzťah medzi *Pracovným tlakom a tempom*. V našom výskume si pozitívny vzťah vysvetľujeme tým, že nadčasové hodiny sú zdravotníckym pracovníkom preplácané a to 25 % ich priemerného zárobku, 35 % ich priemerného zárobku ak ide o zamestnancov, ktorí vykonávajú rizikovú prácu. Takýmto spôsobom si môžu sestry a lekári finančne zlepšiť situáciu. Podľa Zákonníka práce, priemerný týždenný pracovný čas zamestnanca nesmie presiahnuť 56 hodín. Pri práci nadčas je dôležité zvýrazniť výnimočnosť jej nariadenia pričom táto výnimočnosť by nemala tvoriť súčasť plánovania rozvrhovania pracovného času (Freel, 2020).

Z hľadiska úmyslu odísť zo súčasnej pozície sa nepotvrdili signifikantné rozdiely vo vnímaní kultúry bezpečnosti pacientov. Vysvetľujeme si to tým, že väčšina zdravotníckych pracovníkov (64,6 %) v našej štúdií hodnotila svoju ambulanciu v celkovom hodnotení ako veľmi dobrú až excelentnú. Môžeme tiež spomenúť vek zdravotníckych pracovníkov, kde najväčšiu vzorku (48,3 %) tvorí vekové rozmedzie 41 – 50 rokov. Predpokladáme, že v tomto veku zdravotnícki pracovníci nepremýšľajú nad zmenou pracovného miesta.

Pri analýze rozdielov z hľadiska poskytovateľa zdravotnej starostlivosti sa potvrdil pozitívny vzťah medzi všetkými dimenziami, až na *Tímovú spoluprácu*. Takto pozitívne ohodnotili kultúru bezpečnosti pacienta pracovníci súkromného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Signifikantný vzťah bol potvrdený medzi pracovníkmi pracujúcimi pre verejného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a oblasťou *Pracovného tlaku a tempa*. Môžeme si to vysvetliť nedostatkom zdravotníckych pracovníkov, výrazným podfinancovaním ambulantného sektora zdravotníctva a rozdielnymi pracovnými podmienkami v ambulanciách medzi súkromným a verejným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti (Zväz ambulantných poskytovateľov, 2019).

V našej štúdií sme tiež identifikovali štatisticky signifikantné prediktory celkového stupňa bezpečnosti pacientov a to *Komunikáciu o chybách* a *Ambulantné procesy a štandardizácia*. Čím lepšie sú jednotlivé dimenzie hodnotené, tým lepšie je hodnotený aj celkový stupeň bezpečnosti pacientov. Komunikácia je základom poskytovania bezpečnej a kvalitnej starostlivosti, rovnako ako dodržiavanie štandardných postupov. Nerepresívne prostredie predpokladá zníženie počtu chýb a omylov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Budovanie takéhoto prostredia podporuje dobrovoľné hlásenie nežiaducich udalostí, omylov a chýb a má

pozitívny vplyv na celkovú bezpečnosť pacientov ako aj kultúru bezpečnosti pacientov v ambulantnej starostlivosti (Bodur & Filiz, 2009).

Celková reliabilita nástroja MOSPSC dosiahla hodnoty Cronbachov alfa koeficientu 0,815. Týmto môžeme hovoriť o vysokej spoľahlivosti nástroja ako celku. Reliabilita jednotlivých 10 dimenzií kultúry bezpečnosti pacientov (vypočítaná z položiek, ktoré danú doménu tvoria) nástroja MOSPSC dosiahla hodnotu Cronbachovho alfa koeficientu viac ako 0,60, t. j. reliabilita týchto škál je akceptovateľná (Nieva & Sorra, 2004). Najnižšiu hodnotu dosiahla dimenzia *Podpora majiteľa/ vedúceho partnera/ vedenia presadzujúceho bezpečnosť pacientov* (0,66) a dimenzia *Zaškolenie personálu* (0,68). Naše výsledky sú v súlade s viacerými zahraničnými štúdiami (napr. Antonakos et al., 2021; Ornelas et al., 2016; Famolaro et al., 2018).

4.1 Limity štúdie

Štúdia má niekoľko limitov. Ako prvú limitáciu môžeme uviesť proošetrovateľskú orientáciu otázok v nástroji MOSPSC, kde otázky boli viac zamerané na sestry a zdravotníckych asistentov. Za limit môžeme považovať aj to, že nástroj MOSPSC je sebaopisujúci a teda výsledky môžu byť ovplyvnené fenoménom tzv. sociálnej vhodnosti odpovedí. Limitom našej štúdie je aj metóda výberu výskumného súboru, pričom nebol randomizovaný a je tvorený zdravotníckymi pracovníkmi len z dvoch okresov Slovenskej republiky. Z toho vyplýva, že výsledky nášho výskumu nemôžeme generalizovať na celú populáciu. Napriek limitáciám môžeme konštatovať, že je náš výskum vôbec jedným z prvých na Slovensku, ktorý rozoberá problematiku kultúry bezpečnosti pacientov v ambulantných zariadeniach.

5 ZÁVER

Hodnotenie kultúry bezpečnosti pacientov v ambulantných zariadeniach je dôležité, pretože vplyv komponentov kultúry bezpečnosti pacientov a pravidelné vyhodnocovanie faktorov, ktoré ju ovplyvňujú má zásadný význam pre zdravotnícke inštitúcie pri vytváraní stratégií podporujúcich kultúru zaväzujúcu sa poskytovať čo najbezpečnejšiu starostlivosť o pacientov. Výsledky tejto štúdie môžu podporiť diskusiu medzi manažérmi zdravotnej starostlivosti a pracovníkmi a pomôcť im identifikovať potreby a obmedzenia podpory pozitívnej kultúry bezpečnosti vo všetkých tímoch primárnej starostlivosti. Je potrebné poznamenať, že ide o prvú štúdiu zameranú na posúdenie kultúry bezpečnosti pacienta v primárnej starostlivosti s použitím slovenskej verzie nástroja Medical Office Survey on Patient Safety Culture. Veríme, že to povedie k väčšej pozornosti a výskumu v tejto oblasti zdravotnej starostlivosti, ktorú si táto problematika

vyžaduje v našom sociokultúrnom kontexte. Súčasne môžeme konštatovať, že je nástroj spoľahlivý a odporúčame realizáciu ďalších výskumov s použitím tohto nástroja.

Financování

Štúdia nebola finančne podporená projektom ani grantom.

Literatúra

Antonakos, I., Souliotis, K., Psaltopoulou, T., Tountas, Y., Papaefstathiou, A., & Kantzanou, M. (2021). Psychometric Properties of the Greek Version of the Medical Office on Patient Safety Culture in Primary Care Settings. *Medicines (Basel, Switzerland)*, 8(8), 42.

<https://doi.org/10.3390/medicines8080042>

Babiker, A. et al. (2014). Health care professional development: Working as a team to improve patient care. *Sudanese journal of paediatrics*, 14(2), 9–16.

Bartoničková, D., Kalánková, D., Lazarová, B., Bartošová, P., & Žiaková, K. (2022). Přehled nástrojů k hodnocení kultury bezpečí pacientů v primární péči. *Praktický lékař*, 102(1), 18–26.

Bodur, S., & Filiz, E. (2009). A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 21(5), 348–355. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp035>

Braithwaite, J., Herkes, J., Ludlow, K., Testa, L., & Lamprell, G. (2017). Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review. *BMJ open*, 7(11), e017708. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017708>

Chen, I. C., & Li, H. H. (2010). Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC health services research*, 10, 152.

<https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-152>

de Wet, C., Spence, W., Mash, R., Johnson, P., & Bowie, P. (2010). The development and psychometric evaluation of a safety climate measure for primary care. *Quality & safety in health care*, 19(6), 578–584. <https://doi.org/10.1136/qshc.2008.031062>

Desmedt, M., Petrovic, M., Bergs, J., Vandijck, D., Vrijhoef, H., Hellings, J., Vermeir, P., Cool, L., & Dessers, E. (2017). Seen through the patients' eyes: Safety of chronic illness care. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 29(7), 916–921. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx137>

Famolaro, T., Yount, N., Hare, R., Thornton, S., & Sora, J. (2016). *Medical Office Survey on Patient Safety Culture 2016 User Comparative Database Report*. Agency for Healthcare Research and Quality.

Famolaro, T., Yount, N., Hare, R., Thornton, S., Fan, L., Bich, R., & Sora, J. (2018). *Medical Office Survey on Patient Safety Culture 2018 User Comparative Database Report*. Agency for Healthcare Research and Quality.

Freel, L. (2020). *Zamestnávanie zdravotníckych pracovníkov: podmienky zamestnávania zdravotníckych pracovníkov v Slovenskej republike*. Právnická fakulta UK.

Institute of Medicine (2004). *Patient Safety: Achieving a New Standard for Care*. National Academies Press (US).

Kalánková, D., Bartošová, P., Bartoníčková, D., & Žiaková, K. (2022). Nurses' Perception of Patient Safety Culture in Primary Care During the COVID-19 Pandemic: A Preliminary Results. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 45(4), 299–309. <https://doi.org/10.1097/JAC.0000000000000430>

Kear, T., & Ulrich, B. (2015). Patient Safety and Patient Safety Culture in Nephrology Nurse Practice Settings: Issues, Solutions, and Best Practices. *Nephrology nursing journal: journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 42(2), 113–123.

Lawati, M., Dennis, S., Short, S. D., & Abdulhadi, N. N. (2018). Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review. *BMC family practice*, 19(1), 104. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0793-7>

Najjar, S., Nafouri, N., Vanhaecht, K., & Euwema, M. (2015). The relationship between patient safety culture and adverse events: a study in palestinian hospitals. *Safety in Health*, 1, 16. <https://doi.org/10.1186/s40886-015-0008>

Nieva, V. F., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality & safety in health care*, 12 Suppl 2(Suppl 2), ii17–ii23. https://doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17

Ornelas, M.D., Pais, D., & Sousa, P. (2016). Patient Safety Culture in Portuguese Primary Healthcare. *Quality in Primary Care*, 24(5), 214-218. Dostupné z: <https://primarycare.imedpub.com/patient-safety-culture-in-portuguese-primary-healthcare.pdf>

Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual – A step by step guide to data analysis using SPSS for windows*. Open University Press.

Panesar, S. S., deSilva, D., Carson-Stevens, A., Cresswell, K. M., Salvilla, S. A., Slight, S. P., Javad,

- S., Netuveli, G., Larizgoitia, I., Donaldson, L. J., Bates, D. W., & Sheikh, A. (2016). How safe is primary care? A systematic review. *BMJ quality & safety*, 25(7), 544–553. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004178>
- Rackiewicz, D., Owoc, J., Krakowiak, J., Rzemek, C., Owoc, A., & Bojar, I. (2019). Patient safety culture in Polish Primary Healthcare Centers. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 31(8), G60–G66. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz004>
- Sammer, C. E., Lykens, K., Singh, K. P., Mains, D. A., & Lackan, N. A. (2010). What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 42(2), 156–165. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x>
- Smits, M., Keizer, E., Giesen, P., Deilkås, E., Hofoss, D., & Bondevik, G. T. (2018). Patient safety culture in out-of-hours primary care services in the Netherlands: a cross-sectional survey. *Scandinavian journal of primary health care*, 36(1), 28–35. <https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1426150>
- Sorra, J.S., & Battles, J. (2018). Lessons from the AHRQ Hospital Survey on Patient safety Culture. In: Waterson, P. *Patient Safety Culture Theory, Methods and Application*. CRC Press.
- Stavrianopoulos, T. (2012). The Development of Patient Safety Culture. *Health Science Journal*, 6(2), 201–211. Dostupné z: <https://www.itmedicalteam.pl/articles/the-development-of-patient-safety-culture-105599.html>
- Wang, X., Liu, K., You, L. M., Xiang, J. G., Hu, H. G., Zhang, L. F., Zheng, J., & Zhu, X. W. (2014). The relationship between patient safety culture and adverse events: a questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 51(8), 1114–1122. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.007>
- WHO. World Health Organization. (2015). https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/195709/EMROPUB_2015_EN_1856.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Webair, H. H., Al-Assani, S. S., Al-Haddad, R. H., Al-Shaeeb, W. H., Bin Selm, M. A., & Alyamani, A. S. (2015). Assessment of patient safety culture in primary care setting, Al-Mukala, Yemen. *BMC family practice*, 16, 136. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0355-1>

Tabuľka 1
Charakteristika výskumného súboru (N = 147)

Premenná		N = 147	%
Vek	18 – 30 rokov	22	15,0
	31 – 40 rokov	20	13,6
	41 – 50 rokov	71	48,3
	51 rokov a viac	34	23,1
	m ±SD (rozmedzie) 43,97 ±9,15 (21-64)		
Počet rokov praxe na pracovnej pozícii	Do 5 rokov	18	12,2
	6 – 10 rokov	21	14,3
	11 – 15 rokov	14	9,5
	16 – 20 rokov	16	10,9
	21 rokov a viac	78	53,1
	m ±SD (rozmedzie) 20,46 ±10,67 (1-39)		
Počet rokov praxe na súčasnej pozícii	Do 1 roka	14	9,5
	Viac ako 1 rok ale menej ako 3 roky	31	21,1
	Viac ako 3 roky ale menej ako 6 rokov	24	16,3
	Viac ako 6 rokov ale menej ako 11 rokov	36	24,5
	Viac ako 11 rokov	42	28,6
	m ±SD (rozmedzie) 8,40 ±3,37 (1-15)		
Premenná		N = 147	%
Typ ambulancie	Všeobecná ambulancia	5	3,4
	Špecializovaná ambulancia	142	96,6
Pracovná pozícia	Iný pracovník (napr. lekár, pôrodná asistentka, zdravotnícky asistent, administratívny pracovník) Sestra	30	20,4
		117	79,6
Vzdelanie	Úplné stredné odborné vzdelanie	14	9,5
	Vyššie odborné vzdelanie	19	12,9
	Vysokoškolské vzdelanie I. stupňa	57	38,8
	Vysokoškolské vzdelanie II. stupňa a vyššie	43	29,3
	Vysokoškolské vzdelanie spojeného I. a II. stupňa	14	9,5
Počet nadčasových hodín*	Žiadne	93	63,3
	1-12 hodín	28	19,0
	Viac ako 12 hodín	26	17,7
Počet vymeškaných zmien/dní v práci*	Žiadne	103	70,1
	1 deň	16	10,9
	2-3 dni	11	7,5
Úmysel odísť	Viac ako 4 dni	17	11,6
	Áno	15	10,2
	Nie	132	89,8
Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti	Verejný	106	72,1
	Súkromný	41	27,9

*za posledné 3 mesiace

Tabuľka 2

Činitele súvisiace s hodnotením kultúry bezpečnosti pacientov v ambulantnej starostlivosti

Dimenzie kultúry bezpečnosti pacientov	Vek	Vzdelanie	Pracovná pozícia	Počet rokov praxe	Počet rokov praxe	Počet nadčasových hodín	Počet vynechaných zmien	Poskytovateľ starostlivosti	Úmysel odísť
Komunikácia o chybách	0,382	0,162	0,296	0,230	0,126	0,406	0,364	0,001*	0,233
Otvorenosť v komunikácii	0,356	0,000*	0,050*	0,467	0,006*	0,030*	0,153	0,000*	0,350
Ambulantné procesy a štandardizácia	0,046*	0,232	0,051	0,638	0,016*	0,005*	0,365	0,000*	0,293
Znalosti organizácie	0,155	0,658	0,511	0,189	0,008*	0,756	0,397	0,467	0,519
Celkové vnímanie bezpečnosti pacientov a kvality	0,129	0,849	0,095	0,012	0,006*	0,183	0,501	0,011*	0,774
Podpora majiteľa/ vedúceho partnera/ vedenia presadzujúceho bezpečnosť pacientov	0,917	0,731	0,509	0,176	0,452	0,246	0,342	0,512	0,945
Monitorovanie starostlivosti o pacienta	0,346	0,023*	0,202	0,187	0,000*	0,003*	0,087	0,000*	0,851
Zaškolenie personálu	0,047*	0,027*	0,013*	0,288	0,167	0,111	0,942	0,005*	0,448
Tímová spolupráca	0,040*	0,002*	0,031*	0,026*	0,072	0,296	0,823	0,000*	0,569
Pracovný tlak a tempo	0,090	0,177	0,023*	0,358	0,730	0,204	0,029*	0,000*	0,291

p ≤ 0,05

Tabuľka 3

Dimenzie kultúry bezpečnosti pacientov a ich vzťah k celkovému stupňu bezpečnosti pacientov

Dimenzie kultúry bezpečnosti pacientov	Celkový stupeň bezpečnosti pacientov	β koeficient	p
(Constant)			0,000*
Komunikácia o chybách	0,356		0,024*
Otvorenosť v komunikácii	0,103		0,594
Ambulantné procesy a štandardizácia	0,382		0,044*
Znalosti organizácie	-0,127		0,652
Celkové vnímanie bezpečnosti pacientov a kvality	0,083		0,779
Podpora majiteľa/ vedúceho partnera/ vedenia presadzujúceho bezpečnosť pacientov	0,044		0,777
Monitorovanie starostlivosti o pacienta	0,052		0,750
Zaškolenie personálu	-0,062		0,747
Tímová spolupráca	-0,136		0,481
Pracovný tlak a tempo	0,481		0,635

β - Štandardizovaný β koeficient, * p ≤ 0,05