MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

VIEŠOJO VALDYMO IR VERSLO FAKULTETAS

VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO INSTITUTAS

JUSTINA KATINAITĖ – VAITKEVIČIENĖ

# AKUŠERINIŲ PASLAUGŲ KOKYBĖS VERTINIMAS PACIENČIŲ IR PASLAUGAS TEIKIANČIO PERSONALO POŽIŪRIU

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas

Prof. dr. *Aleksandras Patapas*

VILNIUS

2022

# TURINYS

LENTELIŲ SĄRAŠAS……..3
PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS……...5
PRIEDŲ SĄRAŠAS……..7
SANTRUMPOS……..……8
1. ĮVADAS……..……9
2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖS UŽTIKRINIMO PROBLEMATIKOS ANALIZĖ…….....13
2.1. Kokybės apibrėžimo sveikatos priežiūroje raidos ypatumai…….……..13
2.2. Paslaugų kokybės užtikrinimo probleminiai aspektai Lietuvos sveikatos priežiūros sektoriuje.17
2.3. Akušerinių paslaugų kokybės vertinimo ypatumai……...……..36
3. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖS TYRIMŲ ANALIZĖ……..……43
3.1. Sveikatos priežiūros kokybės tyrimų analizė pasauliniame kontekste……43
3.2. Paslaugų kokybės tyrimų analizė sveikatos priežiūros sektoriuje Lietuvoje…….50
3.3. Akušerinių paslaugų kokybės tyrimų analizė globaliame kontekste…….…….55
4. AKUŠERINIŲ PASLAUGŲ KOKYBĖS VERTINIMO PACIENTŲ IR GYDYTOJŲ POŽIŪRIU TYRIMO METODOLOGIJA……..…….63
4.1. Tyrimo metodai……..…….63
4.2. Tyrimo teorinis pagrindimas……..66
4.3. Tyrimo instrumento pagrindimas……...……67
4.4. Tyrimo eiga……72
3.5. Tyrimo imties charakteristikos…….……..74
5. AKUŠERINIŲ PASLAUGŲ KOKYBĖS VERTINIMO PACIENTŲ IR GYDYTOJŲ POŽIŪRIU TYRIMO REZULTATŲ ANALIZĖ……77
5.1. Pacienčių požiūris į teikiamų akušerinių paslaugų kokybę……77
5.2. Personalo požiūris į teikiamų akušerinių paslaugų kokybę……...101
5.3. Pacienčių ir personalo požiūrio į teikiamų akušerinių paslaugų kokybę lyginamoji analizė….118
5.4. Akušerinių paslaugų teikimo kokybės problemų identifikavimas……123
6. IŠVADOS…….……..129
7. AKUŠERINIŲ PASLAUGŲ TEIKIMO KOKYBĖS GERINIMO REKOMENDACIJOS……...133
8. BIBLIOGRAFIJOS ŠALTINIŲ SĄRAŠAS…….……..136
9. SANTRAUKA……146
10. PRIEDAI……...……148

# LENTELIŲ SĄRAŠAS

*1 lentelė*. Organizacinės struktūros, priežiūros proceso ir išeičių kokybės indikatoriai skirtingoms kokybės dimensijoms vertinant akušerinių paslaugų kokybę pagal A. Donabediano kokybės sistemos modelį
*2 lentelė*. SAM veiksmai gerinant paslaugų kokybės užtikrinimo probleminius aspektus 2020 - 2021 metais
*3 lentelė*. Cronbacho alfa koeficientai kiekvienam klausimų blokui
*4 lentelė*. Tyrimo dalyvių socialinės-demografinės charakteristikos
*5 lentelė.* Tyrimo anketos atsakymų techninės kokybės rodikliai iš pacienčių perspektyvos
*6 lentelė.* Tyrimo anketos atsakymų funkcinės kokybės rodikliai iš pacienčių perspektyvos
*7 lentelė.* Tyrimo anketos atsakymų išorinio efektyvumo rodiklių vertinimas iš pacienčių perspektyvos
*8 lentelė.* Tyrimo rezultatų pasiskirstymas pagal respondenčių amžių
*9 lentelė.* Tyrimo rezultatų pasiskirstymas pagal respondenčių šeimyninę padėtį
*10 lentelė.* Tyrimo rezultatų pasiskirstymas pagal respondenčių išsilavinimą
*11 lentelė*. Pasitenkinimo paslaugų kokybe rezultatų pasiskirstymas pagal gimdymų skaičių (tarp pirmą kartą ir pakartotinai gimdančių moterų)
*12 lentelė.* Pasitenkinimo paslaugų kokybe rezultatų pasiskirstymas pagal gimdymo būdą
*13 lentelė.* Pasitenkinimo paslaugų kokybe rezultatų pasiskirstymas pagal gimdymo takų vientisumo pažeidimo dažnį tarp natūraliais gimdymo takais gimdžiusių moterų
*14 lentelė.* Pasitenkinimo paslaugų kokybe rezultatų pasiskirstymas pagal ankstyvo motinos kontakto su naujagimiu užtikrinimą po gimdymo
*15 lentelė.* Pasitenkinimo paslaugų kokybe rezultatų pasiskirstymas pagal gimdyvių amžių ir ankstesnius gimdymus
*16 lentelė.* Pasitenkinimo paslaugų kokybe rezultatų pasiskirstymas pagal gimdyvių amžių ir gimdymo būdą
*17 lentelė.* Techninės kokybės vertinimas iš personalo perspektyvos
*18 lentelė.* Funkcinės kokybės vertinimas iš personalo perspektyvos: bendravimo su pacientėmis ir informacijos suteikimo subskalių rezultatai
*19 lentelė.* Funkcinės kokybės vertinimas iš personalo perspektyvos: paciento įgalinimo, personalo empatijos subskalės rezultatai
*20 lentelė.* Funkcinės kokybės vertinimas iš personalo perspektyvos: tarpasmeninio profesinio bendravimo subskalės rezultatai
*21 lentelė.* Specifinių su darbo pobūdžiu susijusių ir įtakos vertinimui turinčių faktorių analizė
*22 lentelė.* Išorinio efektyvumo vertinimas iš personalo perspektyvos

*23 lentelė.* Tyrimo anketos atsakymų rodikliai pagal medicinos personalo pareigas
*24 lentelė.* Tyrimo anketos atsakymų rodikliai pagal medicinos personalo darbo patirtį
*25 lentelė.* Techninę kokybę apibūdinančių teiginių vertinimo lyginamoji analizė
*26 lentelė.* Funkcinę kokybę apibūdinančių teiginių vertinimo lyginamoji analizė
*27 lentelė.* Išorinį efektyvumą apibūdinančių teiginių vertinimo lyginamoji analizė

# PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

*1 paveikslas.* Akušerinio smurto sąvokos komponentai
*2 paveikslas.* Pasitenkinimo akušerinių paslaugų kokybe vertinimo iš pacienčių (gimdyvių) ir medicinines paslaugas teikiančio personalo perspektyvos teorinis modelis
*3 paveikslas*. Tyrimo eiga
*4 paveikslas*. Tyrimo skalių vertinimas iš pacientų perspektyvos
*5 paveikslas.* Gydymo įstaigos aplinkos vertinimas (pacienčių požiūris)
*6 paveikslas.* Patalpų įrengimo vertinimas (pacienčių požiūris)
*7 paveikslas.* Paslaugų prieinamumas (pacienčių požiūris)
*8 paveikslas.* Personalo kvalifikacijos/kompetencijos vertinimas (pacienčių požiūris)
*9 paveikslas.* Bendravimo su paslaugas teikiančiu personalu vertinimas (pacienčių požiūris)
*10 paveikslas.* Informacijos suteikimo vertinimas (pacienčių požiūris)
*11 paveikslas.* Dalyvavimas sprendimų priėmime (pacienčių požiūris)
*12 paveikslas.* Personalo empatijos vertinimas (pacienčių požiūris)
*13 paveikslas.* Išorinio efektyvumo vertinimas (pacienčių požiūris)
*14 paveikslas.* Pacienčių pasiskirstymas pagal gimdymų skaičių
*15 paveikslas.* Respondenčių pasiskirstymas pagal gimdymo būdą
*16 paveikslas.* Tiriamųjų pasiskirstymas pagal gimdymo takų vientisumo pažeidimo dažnį gimdant natūraliais gimdymo takais
*17 paveikslas.* Tiriamųjų pasiskirstymas pagal ankstyvo motinos ir naujagimio kontakto užtikrinimą iš karto po gimdymo
*18 paveikslas*. Tyrimo skalių vertinimas (personalo požiūriu)
*19 paveikslas.* Personalo kvalifikacijos/kompetencijos vertinimas (personalo požiūriu)
*20 paveikslas.* Paslaugų prieinamumo vertinimas (personalo požiūriu)
*21 paveikslas.* Gydymo įstaigos aplinkos vertinimas (personalo požiūriu)
*22 paveikslas.* Patalpų įrengimo vertinimas (personalo požiūriu)
*23 paveikslas.* Bendravimo su pacientėmis vertinimas (personalo požiūriu)
*24 paveikslas.* Informacijos suteikimo vertinimas (personalo požiūriu)
*25 paveikslas.* Dalyvavimo sprendimų priėmime vertinimas (personalo požiūriu)
*26 paveikslas.* Personalo empatijos vertinimas (personalo požiūriu)

*27 paveikslas.* Specifinių su darbo pobūdžiu susijusių ir įtakos vertinimui turinčių faktorių analizė iš personalo perspektyvos
*28 paveikslas.* Išorinio efektyvumo vertinimas iš personalo perspektyvos
*29 paveikslas.* Paslaugų kokybės vertinimo skalių palyginimas tarp dviejų tiriamųjų grupių (pacientės ir paslaugas teikiantis personalas)

# PRIEDŲ SĄRAŠAS

*1 priedas.* Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų bioetikos komiteto leidimas vykdyti tyrimą

*2 priedas*. Akušerinių paslaugų kokybės vertinimo pacientų ir medicininės paslaugas teikiančio personalo požiūriu anketa, skirta akušerinio stacionaro pacientėms

*3 priedas.* Akušerinių paslaugų kokybės vertinimo pacientų ir medicininės paslaugas teikiančio personalo požiūriu anketa, skirta personalui

# SANTRUMPOS

**CPO** – cezario pjūvio operacija

**PSO** - Pasaulinė sveikatos organizacija

**EBPO** - Tarptautinė ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija

**SAM** - Sveikatos apsaugos ministerija

**VASPVT** - Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba

**NPĮ** – nepageidaujamas įvykis

**VUL SK** - Vilniaus Universiteto ligoninės Santaros klinikos

**ES** – Europos Sąjunga

**ESPBI IS** - elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema

**LSMU KK** - Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno klinikos

**VGN** – Vilniaus gimdymo namai

# ĮVADAS

Pastaraisiais dešimtmečiais įvyko ryškus pokytis kokybiškos sveikatos priežiūros koncepcijoje, pagrindiniu paslaugų kokybės vertintoju tapo paslaugų gavėjas – pacientas. Paciento vaidmens svarbą vertinant paslaugų kokybę pabrėžia Pasaulinė sveikatos organizacija (toliau – PSO), Tarptautinė ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (toliau – EBPO), valstybės mastu paciento vaidmuo pabrėžiamas sveikatos programoje, veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimą reglamentuojančiuose dokumentuose. Nuo paternalistinio santykio su sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiu personalu pereita prie bendradarbiavimu, lygybe sprendimų priėmime ir visišku informuotumo užtikrinimu grindžiamo ryšio tarp sveikatos priežiūros proceso dalyvių, todėl šiandien kokybė sveikatos priežiūroje apima daug daugiau nei geros praktikos rekomendacijų, klinikinio darbo metodikų laikymąsi, ne mažiau svarbu užtikrinti individualizuotą, į pacientą, jo vertybes orientuotą paslaugų teikimą.

**Temos aktualumas:** nuolatinis sveikatos priežiūros procesų kokybės gerinimas – vienas pagrindinių kiekvienos valstybės prioritetų, o kiekvieno piliečio teisė gauti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas užtikrinama konstituciniu lygmeniu. Ypatingas dėmesys sveikatos priežiūros sistemoje tiek Lietuvoje, tiek pasaulyje skiriamas nėščiųjų bei gimdyvių sveikatos priežiūrai, vienu iš Lietuvos sveikatos programos uždavinių esti motinos ir vaiko sveikatos gerinimas, šią sritį išskiriant kaip prioritetinę sveikatos priežiūros sistemos struktūroje (Lietuvos Respublikos seimo nutarimas dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos patvirtinimo, 2014), numatant ilgalaikius, nuoseklius šios srities paslaugų teikimo kokybės gerinimo žingsnius. Į pacientą, šiuo atveju – nėščiąsias bei gimdyves – kaip pagrindinį kokybės vertintoją atsigręžta pakankamai neseniai, didėjant būtinybei atliepti moterų poreikius stebint itin aukštus pogimdyvinės depresijos, nepasitenkinimo paslaugų kokybe rodiklius. Pasauliniu mastu pogimdyvinės depresijos dažnis siekia 17,22 proc. tarp visų gimdyvių, tačiau fiksuojamos ryškios tarpvalstybinės, tarpkultūrinės variacijos (Wang ir kt., 2021). Lietuvoje patikimos pogimdyvinės depresijos atvejų statistikos nėra. Reaguodama į šią bei kitas su akušerinių paslaugų kokybe siejamas problemas (aukštą akušerinio smurto, kuris savaime esti pakankamai nauja sąvoka akušerijoje, siekianti 2010 metus, apraiškų dažnį, gimdymų namuose dažnio augimą ir kt.), 2018 m. PSO paskelbė 12 pagarba grindžiamos motinystės priežiūros principų, nukreiptų tiek į techninės, tiek į funkcinės paslaugų teikimo proceso kokybės gerinimą, tiekiant prioritetą „holistiniam, žmogaus teisių užtikrinimu paremtam požiūriui" bei pateikė rekomendacijos, būtinas pozityvios gimdymo patirties užtikrinimui (WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018). Visgi, nepaisant to, kad PSO nuostatos bei rekomendacijos plačiai prieinamos, universalios ir turėtų būti taikomos (pagal kiekvienos šalies galimybes) visose sveikatos

priežiūros sistemose bei įstaigose, Lietuvoje akušeriai bei gydytojai akušeriai-ginekologai nėra susipažinę su šiomis nuostatomis. Atsižvelgiant į tai, kad, oficialiosios statistikos portalo duomenimis, kasmet Lietuvoje registruojama daugiau nei 20 tūkst. gimdymų (2020 m. – 24 779 gimdymai, o 2021 m. gimusiųjų skaičius išankstiniais duomenimis – 24 606), o motinos ir vaiko sveikatos gerinimas – viena iš prioritetinių Lietuvos sveikatos programos sričių – akušerinių paslaugų kokybės tyrimas, ypatingai iš paslaugų gavėjų – pacientų – perspektyvos, šių paslaugų kokybės gerinimas remiantis gautų tyrimų rezultatais ne tik reikšmingai didina bendrą pasitenkinimą sveikatos priežiūros sistema, tačiau, nustačius tobulintinas sritis bei atsižvelgus į pateikiamas rekomendacijas, lemia neigiamų gimdymo patirčių skaičiaus mažėjimą bei su jomis susijusių procesų naštą sveikatos priežiūros sistemai, reikšmingai prisideda prie socialinių problemų, kylančių iš minėtų procesų, sprendimo.

**Temos ištirtumas:** nustatant paslaugų kokybės indikatorius, nuo pat pirmo paminėjimo literatūroje iki šių laikų aktualus, išsiskiriantis universalumu dėl galimumo pritaikyti visoms medicinos mokslo šakoms, taip pat ir akušerijai, išlieka A. Donabediano kokybės sistemos modelis (Donabedian, 1988). Būtent jame išskiriamas paciento vaidmuo, kurio reikšmė toliau tik plėtojosi geriau suprantant paciento vertę kokybės gerinimo procese. Paciento vaidmenį paslaugų kokybės gerinimui analizuoja (O'Hara ir kt., 2018), (Hudson ir Smith, 2018), (Locock ir kt., 2019), sutikdami, kad pacientas – pagrindinis kokybės vertintojas, esantis vertingu kokybės gerinimo įrankiu. Veiksnius, lemiančius pacientų nepasitenkinimą gaunamų paslaugų kokybe tyrė (Donate-Manzanares ir kt., 2019), (Bellio ir Buccoliero, 2021). Pastarieji mokslininkai teigė, kad tik tarpusavio ryšyje nagrinėjami funkcinės ir techninės kokybės aspektai suteikia pakankamai išsamią informaciją apie esamą tiriamo objekto paslaugų kokybę. Pagrindiniu paslaugų teikimo procesą apsunkinančiu bei lemiančiu nepasitenkinimą paslaugų kokybe veiksniu visa eilė mokslininkų įvardina komunikacijos proceso sunkumus tarp paslaugos gavėjo (paciento) ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų (medicininio personalo) (Hudson ir Smith, 2018), (Chmiel, 2019), (Lilleheie ir kt., 2020), (Odai-Afotey, Kliss, Gafler, Sanft, 2020). Lietuvoje analogiškus veiksnius nagrinėjančių tyrimų atliekama mažai, paprastai apsiribojama įstaigose pacientams pateikiamais klausimynais, neatliekant gilesnės priežastinės analizės. Bene geriausiai veiksnius, lemiančius pacientų pasitenkinimą paslaugų kokybe, savo disertacijoje yra ištyrusi (Kavalnienė, 2019), taip pat šiuos veiksnius tyrė (Bubnienė ir Ruževičius, 2010), (Štaras, Vedlūga ir Kalvelytė, 2013). Visgi, vertinant tai, kad, kaip teigia (Hudson ir Smith, 2018, p.4662) „yra vis daugiau įrodymų, kad pacientų patirtis koreliuoja su pasekmėmis sveikatai", pacientų pasitenkinimo paslaugų kokybe tyrimų, ypač pastaruoju metu, trūksta.

Akušerinių paslaugų kokybės vertinimo iš pacientų perspektyvos tyrimų esti nedaug. Lietuvoje gimdyvių požiūrį į teikiamų paslaugų kokybę gan išsamiai išanalizavo (Vaškelytė ir Gumuliauskaitė, 2020), bendravimo aspektus – akušerijoje jie taip pat išskiriami kaip daugiausiai problemų keliantys - tarp

gimdyvių ir personalo nagrinėjo (Chang ir kt., 2018), (Lippke ir kt., 2019), (Rowe, Garcia, Macfarlane ir Davidson, 2022). Plačiąja prasme akušerinių paslaugų kokybę lemiančių faktorių analizę iš pacientų perspektyvos pakankamai išsamiai atliko (Gourevitch ir kt., 2017), bet atsižvelgiant į neigiamų gimdymo patirčių įtaką moters gyvenimo kokybei, poveikį naujagimiui, ypač jei moteris kenčia nuo pogimdyvinės depresijos, kurią neretai sunkina būtent su gimdymo priežiūra susiję veiksniai, šios temos ištirtumas tikrai nėra pakankamas, stokoja išsamumo, kompleksinio techninių bei funkcinių kokybę apibrėžiančių faktorių vertinimo.

**Magistro baigiamojo darbo naujumas:** pacientų apklausas, ministro įsakymu, tiek stacionaruose, tiek ambulatorinėje grandyje, įpareigotos vykdyti pačios sveikatos priežiūros įstaigos, pateikiant pacientams Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – SAM) patvirtintą vertinimo anketą. Tokių apklausų trūkumas – klausimai yra bendro pobūdžio, neatskleidžia funkcinės kokybės ypatumų, pacientui rūpimų paslaugų teikimo proceso aspektų. Nacionaliniu mastu atliekami pavieniai sveikatos priežiūros kokybės tyrimai taip pat atskleidžia tik bendras tendencijas. Akušerijai, šiame darbe išanalizavus specifinius paslaugų teikimo proceso niuansus, tokios anketos nėra tinkamos, o išanalizavus kitų tyrėjų anketas jų tinkamumas būtent Lietuvos akušerinių stacionarų praktikai įvertinti nepakankamas. Juolab, kaip teigia (Endeshaw, 2021, p.110) - „kiekviena valstybė ir net kiekviena sveikatos priežiūros organizacija turėtų turėti savo sveikatos priežiūros kokybės vertinimo instrumentus“. Taip pat paminėtina, kad tyrimų, kuriuose būtų atlikta palyginamoji pacientų ir personalo požiūrio į paslaugų teikimo proceso aspektus analizė beveik nėra, o vertinant akušerinių paslaugų kokybę pastaraisiais metais atliktų tokių palyginamųjų tyrimų rasti nepavyko, todėl pasirinktas darbo pobūdis, šiam darbui išplėtotas tyrimo instrumentas ne tik leidžia pakankamai išsamiai, objektyviai įvertinti akušerinių paslaugų kokybę bei palyginti proceso dalyvių požiūrį, bet ir nustatyti tolimesnes kokybės gerinimo, tolimesnės analizės poreikio kryptis.

**Darbo tikslas:** įvertinti pacienčių (gimdyvių) ir medicininio personalo (gydytojų, akušerių) požiūrį į Vilniaus Universiteto ligoninės Santaros klinikų (toliau - VUL SK) Akušerijos ir ginekologijos centre teikiamų akušerinių paslaugų kokybę.

**Darbo objektas:** gimdyvių ir medicininio personalo požiūris į teikiamų akušerinių paslaugų kokybę. Vertinant tiriamųjų požiūrį apžvelgiami tiek objektyvūs, tiek subjektyvūs paslaugų kokybę apibrėžiantys aspektai, kurie sudarytam klausimynui atrinkti remiantis analizuota moksline literatūra bei autoriaus klinikine darbo akušerijos stacionare patirtimi.

**Darbo problema:** kaip gimdyvės ir medicininės paslaugas teikiantis personalas vertina paslaugų kokybę pritaikius į akušerinę specifiką orientuotą paslaugų kokybės vertinimo klausimyną?

**Darbo uždaviniai:**

1. Išanalizuoti kokybės užtikrinimo problematiką Lietuvos sveikatos priežiūros sektoriuje.

2. Atlikus sveikatos priežiūros bei akušerinių paslaugų kokybės tyrimų analizę sudaryti akušerinių paslaugų kokybės vertinimo klausimyną stacionarines gimdymo paslaugas teikiančioms sveikatos priežiūros įstaigoms.

3. Įvertinti VUL SK teikiamų akušerinių paslaugų kokybę pacienčių (gimdyvių) požiūriu.

4. Įvertinti paslaugų teikėjų – medicininio personalo – požiūrį į VUL SK teikiamų akušerinių paslaugų kokybę.

5. Nustatyti pacienčių ir gydytojų požiūrio į teikiamų akušerinių paslaugų kokybę skirtingumus.

6. Apibendrinus tyrimo rezultatus pateikti kokybės gerinimo akušeriniuose stacionaruose rekomendacijas gimdymo paslaugas teikiančioms sveikatos priežiūros įstaigoms.

**Darbe naudoti informacijos rinkimo ir tyrimo metodai:** nestruktūruota prieinamų dokumentų, mokslinės literatūros analizė taikyta kaip pirminis informacijos apie nagrinėjamą dalyką rinkimo metodas, padėjęs nustatyti pagrindinius kokybės užtikrinimo probleminius aspektus, išskirti labiausiai pacientams rūpimus sveikatos priežiūros paslaugų teikimo momentus akušerijoje. Remiantis atlikta literatūros analize bei klinikine darbo autoriaus patirtimi, sudarytas empirinio tyrimo modelis. Sudarytos apklausos anketos gimdyvėms ir tiesioginį kontaktą su gimdyve turinčiam personalui apklausiant tretinio lygio akušerinio gimdymo stacionaro pacientes (atvejo studija). Atlikta statistinė kiekybinio tyrimo rezultatų analizė, lyginamoji analizė taikyta pacientų ir personalo požiūrio į teikiamų akušerinių paslaugų kokybę palyginimui.

**Darbo praktinė reikšmė:** Atsižvelgiant į atlikto kiekybinio paslaugų kokybės vertinimo tyrimo rezultatus bei atliktos mokslinės literatūros analizės duomenis, pateikiamos paslaugų kokybės gerinimo rekomendacijos, orientuotos, pirmiausiai, į pacientų poreikius, taip pat išryškinant būtinybę atsižvelgti į paslaugas teikiančio personalo poreikius. Rekomendacijos naudotinos tiek tiriamosios įstaigos teikiamų akušerinių paslaugų kokybės gerinimui, tiek pritaikomos akušerinių stacionarų veiklos optimizavimui šalies mastu.

# 2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖS UŽTIKRINIMO PROBLEMATIKOS ANALIZĖ

## 2.1 Kokybės apibrėžimo sveikatos priežiūroje raidos ypatumai

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės stebėsena, nuolatinis paslaugų kokybės gerinimas – vieni iš kiekvienos valstybės sveikatos priežiūros programos tikslų. Tik gerinant teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę galima tikėtis tokių bendrųjų rodiklių kaip vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė, bendras sergamumas, mirtingumas, pagerėjimo, tiek specifinių rodiklių – mirštamumas nuo lėtinių ligų, išvengiamas mirtingumas, sergamumas infekcinėmis, onkologinėmis ligomis, išvengtini hospitalizavimo esant lėtinėms ligoms atvejai - pagerėjimo. Šie konkretūs rodikliai minimi dėl tiesioginio jų priklausymo nuo sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimo, kaip antai profilaktinių sveikatos patikrinimų organizavimo, jų efektyvumo, gydytojų – ypač pirminės sveikatos priežiūros grandies – darbo rezultatų, stacionarinių paslaugų teikimo. Remiantis šiais paminėtais ir kitais sveikatos priežiūros rodikliais daromos išvados apie sveikatos priežiūros kokybę, jos gerinimą tiek valstybės, tiek tarptautiniu mastu (palyginamąją sveikatos rodiklių analizę vykdo PSO ir EBPO), tačiau, nepaisant konkrečių įverčių, jų išreiškimo skaičiais, bendro, visuotino sveikatos priežiūros kokybės apibrėžimo nėra, o pati kokybės samprata istoriškai gan ženkliai keitėsi bei, galima teigti, patyrė tam tikrą evoliuciją link tokios, kokią turime šiandien.

Viena pirmųjų, sutinkamų literatūroje, sveikatos priežiūros kokybės sąvokų suformuluota A. Donabediano 1980 metais (World Health Organisation, Improving Healthcare Quality in Europe: Characteristics, Effectiveness and Implementation of Different Strategies, 2019, p.5): „Priežiūra, kuri, kaip tikimasi, bus maksimaliai orientuota į paciento gerovę, įvertinus ir atsižvengus į galimą naudą bei riziką, susijusią su priežiūros procesu visuose jo etapuose<…>gebėjimas pasiekti pageidaujamą tikslą naudojantis teisėtomis priemonėmis“. Šis apibrėžimas, siekiantis XX a. pabaigą, turi ankstesnio laikotarpio sveikatos priežiūros proceso vykdymo bei to, kas buvo laikyta kokybiška sveikatos priežiūra, atspalvį – paternalistinis paciento ir gydytojo santykis, kuriame gydytojui tenka sprendimų priėmėjo, atsakingo už savo paciento gerovę, vaidmuo. Nenuginčijamas A. Donabediano indėlis į sveikatos priežiūros kokybės sampratos formavimą atsispindi jo 1966 metais pasiūlytame kokybės sistemos modelyje, kuriame išskiriamos trys kategorijos: organizacinė struktūra (veiksniai, lemiantys prieinamumą), priežiūros procesai (apima techninę ir funkcinę proceso kokybę) ir išeitys (pasitenkinimas gautomis paslaugomis). Šios kategorijos naudojamos apibrėžti skirtingus kokybės indikatorius trijose kokybės dimensijose – efektyvumo, pacientų saugumo, orientavimosi į pacientą (Donabedian, 1988) . Iš tiesų, dar XX a. 7 dešimtmetyje pasiūlytame modelyje jau

matome pokytį link paciento kaip centrinės paslaugų teikimo proceso figūros (iš dalies dėl jau atsiradusio poreikio keisti įsisenėjusį paternalistinį požiūrį), todėl šis modelis išlieka aktualus ir naudojamas iki šių dienų teoriniam atliekamų mokslinių tyrimų pagrindimui, tačiau galutinai orientuotos į pacientą sveikatos priežiūros koncepcija įsitvirtino vėlesniu laikotarpiu. Siekiant geriau suprasti kokybės modelio struktūrą, verta pasitelkiant Donabediano pasiūlytą modelį panagrinėti šio darbo diskurso – akušerinių paslaugų kokybės – indikatorius (žr. 1 lent.).

*1 lentelė*. Organizacinės struktūros, priežiūros proceso ir išeičių kokybės indikatoriai skirtingoms kokybės dimensijoms vertinant akušerinių paslaugų kokybę pagal A. Donabediano kokybės sistemos modelį

| **Kokybės dimensija** | **Donabediano triada** | | |
|---|---|---|---|
| | **Organizacinė struktūra** | **Priežiūros procesas** | **Išeitys** |
| **Efektyvumas** | • Žmogiškieji ištekliai (gydytojai, akušerės)<br>• Specialybinių rezidentų paruošimo išlaidos<br>• Gydytojų kvalifikacijos tobulinimo išlaidos<br>• Medicininė aparatūra (pvz. echoskopai), jos techninė priežiūra | • Kardiotokogramos užrašymas priėmimo skyriuje<br>• Gimdos kaklelio būklės įvertinimas<br>• Vaisiaus pirmeigės dalies padėties įvertinimas | • Gimdyvių mirtingumas<br>• Naujagimių mirtingumas<br>• Stacionarinio gydymo laikas |
| **Saugumas** | • Atliktų cezario pjūvio operacijų skaičius<br>• Gimdymų skaičius | • Personalo rankų dezinfekcija prieš akušerines procedūras<br>• Nepertraukiamas kardiotokogramos registravimas esant didelės rizikos nėštumui | • Natūralaus/ operacinio gimdymo komplikacijų dažnis<br>• Hospitalinės infekcijos dažnis |
| **Orientavimas į pacientą** | • Pacienčių informavimas apie atliekamas procedūras, jų poreikį<br>• Informuoto sutikimo gavimas prieš akušerines intervencijas | • Pakankamas gydytojo laiko skyrimas konsultuojant kiekvienai gimdyvei<br>• Pacientų apklausos vertinant jų požiūrį į gautų paslaugų kokybę | • Pacienčių rekomendacijos rinktis tą pačią įstaigą gimdymui<br>• Pacienčių pasitenkinimo gautomis paslaugomis vertinimas |

Šaltinis sudarytas autoriaus pagal: OECD and World Health Organization. (2019). *Improving Healthcare Quality in Europe: Characteristics, Effectiveness and Implementation of Different Strategies*. OECD. https://doi.org/10.1787/b11a6e8f-en p. 38

Dešimtmečiu vėliau nei buvo pateiktas A. Donabediano kokybės sveikatos priežiūroje apibrėžimas, sveikatos priežiūros paslaugų kokybę apibrėžė Jungtinių Valstijų Nacionalinės mokslų akademijos tyrėjų komanda (Institute of Medicine (US) Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in

Medicare, 1990): „Priežiūros kokybė – sveikatos priežiūros paslaugų teikimas individams ir populiacijoms, padidinant trokštamų rezultatų sveikatos būklės pagerėjimui tikimybę bei atitinkantis esamų profesinių žinių lygį“. Šiame apibrėžime išlieka paciento kaip paslaugų teikimo proceso dalyvio svarba ją praplečiant populiacijos mastu (tikėtina dėl prevencinio medicinos mokslo vaidmens augimo, kuris itin pastebimas šiandieninėje sveikatos priežiūroje atsirandant požiūriui, kad reikia gydyti ne jau esamą ligą, bet siekti užkirsti kelią jos atsiradimui), pabrėžiama orientacija į rezultatą, dar daugiau – į trokštamą rezultatą, kas palaiko paciento vaidmens augimo svarbą. Visgi, pagrindinis šio apibrėžimo skirtumas, papildantis kokybės sveikatos priežiūroje sampratą – profesinių žinių akcentavimas, klojantis pagrindą geros klinikinės praktikos gairių, standartizuotų diagnostikos bei gydymo metodikų atsiradimui bei plėtojimui įvairiose sveikatos priežiūros srityse.

Europos Taryba 1997 m., bendradarbiaudama su PSO, paskelbė savo turiniu kiek modifikuotą - lyginant su Jungtinėse Valstijose naudotu - kokybiškos sveikatos priežiūros apibrėžimą (World Health Organisation, Improving Healthcare Quality in Europe: Characteristics, Effectiveness and Implementation of Different Strategies, 2019, p.5): „Kokybiška sveikatos priežiūra laikoma tuomet kai paskirtas gydymas padidina paciento galimybes pasiekti trokštamą rezultatą bei sumažina nepageidaujamo rezultato galimybę, gydymui atitinkant esamų profesinių žinių lygį“. Abu apibrėžimai ganėtinai panašūs, tačiau pastarajame sutinkama nepageidaujamo rezultato koncepcija, kuri paskatino nepageidaujamų įvykių stebėsenos, registravimo svarbos suvokimą bei vykdymą, kas šiandien tapo ne tik kokybės sampratos viena esminių dedamųjų, tačiau naudojama ir kaip indikatorius skirtingų valstybių sveikatos priežiūros sektoriaus funkcionavimo palyginimui. Žvelgiant į aptartus apibrėžimus dar kartą verta paminėti koks aktualus, kiek iki šių laikų svarbių kokybės indikatorių apimantis yra A. Donebediano aprašytas kokybės sistemos modelis. Tiek žinių svarba, tiek rezultato (trokštamo ir nepageidaujamo) reikšmė, minimos modelyje, be abejonės prisidėjo prie kokybės sampratos evoliucijos, dar daugiau – tapo tos evoliucijos pagrindu. Šiame modelyje minimi ir naujausios kokybės sampratos krypties – į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros – indikatoriai.

Ryškus pokytis kokybės sampratoje įvyko palyginus neseniai - XXI a. paskutiniame dešimtmetyje. Europos Komisijos parengtame dokumente kokybiška sveikatos priežiūra įvardijama kaip (World Health Organisation, Improving Healthcare Quality in Europe: Characteristics, Effectiveness and Implementation of Different Strategies, 2019, p.5): „veiksminga, saugi, atliepianti paciento poreikius bei pageidavimus“. Taigi, be tokių dar A. Donabediano aptartų kokybės dimensijų kaip saugumas, efektyvumas, greta jų plėtojantis kokybės sampratai atsiradusių prieinamumo, lygių paslaugos gavimo galimybių dimensijų, į pirmą vietą iškyla orientavimasis į pacientą (iš esmės tai nėra naujas faktorius, veikiau – prioriteto pergrupavimas).

Paciento vaidmuo teikiant sveikatos priežiūros paslaugas dar kartą užtvirtintas naujausiame oficialiame kokybiškos sveikatos priežiūros apibrėžime, kurį pateikė PSO 2018 metais (World Health Organization. Handbook for National Quality Policy and Strategy: A Practical approach for developing policy and strategy to improve quality and care, 2018, p.13):

„Kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos pasauliniu mastu turi būti:

- veiksmingos: taikomos įrodymais pagrįstos sveikatos priežiūros paslaugos tiems, kuriems jos yra reikalingos,
- saugios: išvengiant žalos paslaugos gavėjui,
- orientuotos į pacientą: paslaugos, atitinkančios individualius pageidavimus, poreikius ir vertybes“.

Be išskirtų trijų pamatinių kokybės dimensijų, PSO išskiria kokybiškos sveikatos priežiūros komponentus, apibūdinančius kokybiškai funkcionuojančią sveikatos priežiūros sistemą: „suteiktos laiku<…>suteikiamos nešališkai<…>integruotos<…>efektyvios“. Taigi, sveikatos priežiūros kokybę apibūdina trys kokybės dimensijos, o sveikatos sistemos našumą – minėti kokybės komponentai. PSO pripažįsta, kad šis atskyrimas gali stigti aiškumo (World Health Organisation, Improving Healthcare Quality in Europe: Characteristics, Effectiveness and Implementation of Different Strategies, 2019, p.9): „Sumaištį atskiriant priežiūros kokybės ir sveikatos priežiūros sistemos veiklos efektyvumo komponentus lemia nepakankamai aiški takoskyra tarp tarpinių ir galutinių sveikatos sistemos tikslų, kurių aspektais gali būti nagrinėjama kokybė“. Visgi, kiekvienas iš paminėtų komponentų turi savo svarią vietą kokybės tokios, kokią mes suvokiame šiandien, sampratoje. Sveikatos sistemos našumo komponentai reikšmingi nagrinėjant tam tikrus sveikatos priežiūros teikimo kokybės probleminius aspektus – laukimo pas gydytojus eilės, tam tikrų pacientų grupių diskriminacija lyties, amžiaus, rasės požiūriu, sveikatos priežiūros tęstinumo užtikrinimo bei išteklių panaudojimo, kurios bus aptartos kituose darbo skyriuose.

Apibendrinant, ankstyvieji kokybiškos sveikatos priežiūros apibrėžimai orientuoti į techninę kokybės pusę, sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiuosius (gydytojus ir kitą personalą), kiek vėliau kokybės sampratą papildo palankių bei nepalankių išeičių – rezultato - komponentas, o XXI a. esamas koncepcijos dedamąsias papildo paciento kaip atskiro kokybės struktūrą sudarančio vieneto, sąvoka (iki pat paskutiniojo dešimtmečio orientavimas į pacientą galėjo būti kildinamas tik netiesiogiai iš paties kokybės apibrėžimo). Naujausios kokybės evoliucijos kryptys - individualizuoto požiūrio į pacientą atsiradimas, vertybėmis grindžiama sveikatos priežiūra - ne tik oponuoja iki tol vyravusiam generalizuotam požiūriui, kuomet sveikatos dimensijos buvo taikomos tam tikroms individų grupėms, populiacijoms, tačiau paskatino paciento kaip kokybės vertintojo ir tobulintojo vaidmens augimą sveikatos priežiūros sektoriuje.

Apibendrinant kokybės apibrėžimo raidą taip pat pabrėžtina, kad visos aptartos kokybiškos sveikatos priežiūros sąvokos naudotinos šiandien, kokybės dimensijos yra aiškiai apibrėžtos, tačiau dėl esamų sveikatos priežiūros teikimo netolygumų tiek valstybės viduje, tiek tarp valstybių, o ypatingai tarp skirtingų kontinentų, iškylant naujų, precedento neturinčių situacijų (pavyzdžiui, žmonijai reikšminga nepageidaujamų išeičių skaičiumi ir sveikatos sistemos greito prisitaikymo pareikalavusi koronaviruso pandemija), vieno, universaliai tinkamo kokybiškos sveikatos priežiūros apibrėžimo tikrai negalime taikyti, o kokybės samprata ir toliau privalo būti tobulinama pasitinkant naujus iššūkius, tenkančius sveikatos priežiūros sistemai.

## 2.2. Paslaugų kokybės užtikrinimo probleminiai aspektai Lietuvos sveikatos priežiūros sektoriuje

Kiekvieno piliečio teisė gauti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas užtikrinama konstituciniu lygmeniu. Šių paslaugų teikimo įgyvendinimą koordinuoja bei Lietuvos sveikatos politiką formuoja SAM. Vienas pagrindinių dokumentų, reglamentuojančių sveikatos priežiūros sektoriaus plėtros kryptis, įvardinantis siektinus tikslus yra konkrečios valstybės sveikatos strategija (programa). Lietuvos sveikatos programa numato plėtros kryptis ir tikslus iki 2025 metų ir, be abejonės, joje skiriama daug dėmesio kokybės užtikrinimui. Vienas iš šios programos tikslų – „užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius“ (Lietuvos Respublikos seimo nutarimas dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos patvirtinimo, 2014). Kaip matome, tikslas apima kokybės sampratą sudarančias kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugų dimensijas – efektyvumą, orientaciją į pacientą. Nagrinėjant probleminius paslaugų kokybės užtikrinimo aspektus, paminėtinas dar vienas aktualus šiam darbui programos uždavinys – „plėtoti sveikatos infrastruktūrą ir gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, saugą, prieinamumą ir į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą“. Nepakankamas šio uždavinio išpildymas ir sudaro prielaidas paslaugų teikimo kokybės netolygumų atsiradimui. Taip pat verta paminėti šio darbo diskursui svarbiausią sveikatos programos uždavinį – „gerinti motinos ir vaiko sveikatą“ (Lietuvos Respublikos seimo nutarimas dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos patvirtinimo, 2014), kas įrodo, kad nėščiųjų, gimdyvių priežiūra, jos kokybė yra vienas nacionalinio lygmens prioritetų.

Kokybės kontrolę, sveikatos programoje iškeltų tikslų bei uždavinių vykdymą savo ruožtu vykdo ir vertina aukščiausioji valstybinio audito institucija – valstybės kontrolė. Ši institucija 2018 metais atliko sisteminį asmens sveikatos priežiūros kokybės auditą: vertino, kaip užtikrinamas paslaugų saugumas, veiksmingumas, prieinamumas ir orientacija į pacientą (vėlgi atspirties tašku tampa dar A. Donabediano

aprašytos kokybės dimensijos). Atsižvelgiant į šias kokybės dimensijas, audito ataskaitoje pateikiamos kokybišką paslaugų teikimą apsunkinančios aplinkybės. Ši ataskaita – kol kas naujausias ir patikimiausias prieinamas kokybės užtikrinimo problemas identifikavęs šaltinis, todėl apžvelgiant probleminius kokybės užtikrinimo aspektus kaip pagrindiniu šaltiniu remtasi būtent šiuo dokumentu. Taigi, asmens sveikatos priežiūros audito ataskaitoje iškelti aštuoni probleminiai aspektai, reikalaujantys ypatingo dėmesio ir konkrečių sprendimų, siekiant pagerinti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę (Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas, 2018 ir Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą, 2018):

1. Tik penktadalis ligų ir būklių gydoma pagal standartizuotus metodus
2. Nesudarytos sąlygos, kad licencijų patvirtinimas užtikrintų specialistų kompetencijų palaikymą ir kvalifikacijos tobulinimą
3. Neturint duomenų apie nepageidaujamus įvykius, sunku imtis prevencinių veiksmų, didinančių pacientų saugą
4. Nevertinamas sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumas – nežinoma, ar pacientas gavo geriausią gydymo rezultatą
5. Neveiksmingos paslaugų laukimo eilių mažinimo priemonės
6. Tobulintinas sveikatos priežiūros specialistų poreikio planavimas
7. Brangūs medicinos prietaisai gydymo įstaigose naudojami neefektyviai, o naujų technologijų vertinimui trūksta paskatų
8. Pacientai neįtraukiami į jų lūkesčius atitinkančios sveikatos priežiūros kūrimą

Iškeltos problemos savo turiniu apima visas anksčiau nagrinėtas kokybės dimensijas, didžiąją jų dalį galime priskirti efektyvumo spragoms, taip pat iš pirmo žvilgsnio būtų galima teigti, kad sveikatos priežiūros sistemoje pagrindiniai trūkumai sutinkami vertinant techninę paslaugų kokybę – septynios iš aštuonių problemų daugiau ar mažiau priskiriamos būtent techninės kokybės komponentams, o funkcinės kokybės spraga įvardijama tik pacientų neįtraukimas į sveikatos priežiūros kūrimo procesą. Visgi, savo reikšme ši problema ypatingai svarbi, jos sprendimui neretai tenka pasitelkti kompleksinius metodus, o pacientų pasitenkinimo gautomis paslaugomis gerinimui reikalinga išspręsti visas anksčiau išvardintas sveikatos sistemos spragas. Kiekvieną minėtų problemų, atsižvelgiant į tai, kad po kiekvienos iš jų įvardijimu slypi kur kas daugiau reikšmingų sveikatos priežiūros kokybės tobulinimo faktorių, pravartu išnagrinėti plačiau.

1. **Tik penktadalis ligų ir būklių gydoma pagal standartizuotus metodus**

Ši sveikatos priežiūros sistemos spraga sudaro prielaidas netolygumų teikiant paslaugas atsiradimui valstybės viduje, nesant vieningo sutarimo dėl tam tikrų ligų ir būklių gydymo sudėtinga vertinti tos paslaugos suteikimo kokybę. Sisteminio asmens sveikatos priežiūros audito metu nustatyta, kad „53 proc. gydymo įstaigų protokolų neturi, o tų protokolų, kuriuos gydymo įstaigos pasirengė, kokybės niekas nevertina“ (Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas, 2018, p.14). Šis teiginys taikomas net 139 iš 262 audituotų gydymo įstaigų. Taip pat pabrėžiama, kad „gydytojų profesinių draugijų įsitraukimas nėra nuoseklus ir rezultatyvus“. Kokybės požiūriu, siekiant išvengti sveikatos priežiūros netolygumų diagnostiką ir gydymą reglamentuojančių dokumentų rengimas turėtų būti standartizuotas, centralizuotas, nuolatinis atsižvelgiant į naujausias prieinamas mokslo žinias. Mažesnės gydymo įstaigos patiria sunkumų protokolų rengimo klausimais, kadangi šis procesas turėtų būti papildomai finansuojamas, o finansiniai klausimai paprastai paliekami pačioms įstaigoms taip slopinant motyvaciją gerinti susiklosčiusią padėtį. Papildomas krūvis įstaigoms tenka jose priimtų protokolų kokybės vertinimo klausimais, kadangi protokolai nėra standartizuojami šalies mastu. Toks kokybės vertinimas taip pat reikalauja papildomų finansinių išteklių. Puikiu pavyzdžiu šalies mastu standartizuotų, nuolat atnaujinamų dokumentų sveikatos priežiūroje yra akušerijos diagnostikos ir gydymo metodikos. Prieinamos visiems specialistams SAM internetiniame puslapyje skelbiamos, taip pat rašytine forma išleistos metodikos paskutinį kartą atnaujintos 2019 metais (jų rengimas prasidėjo universitetinėse ligoninėse 2014 metais), dalis jų atnaujinta 2020 metais, tačiau šių metodikų rengimo ir atnaujinimo iniciatyva kyla iš pačių universitetinių ligoninių, stinga SAM struktūrų suinteresuotumo ir motyvacijos metodikų rengimo klausimais skatinimo. Palyginimui, ginekologinių ligų ir būklių gydymo metodikos apima tik apie 30 proc. esamos ginekologinės patologijos, jos nebuvo atnaujintos nuo 2012-2013 metų, todėl specialistų klinikinėje praktikoje beveik nenaudojamos.

Apibendrinant, svarbia priemone sveikatos priežiūros kokybės netolygumų (kurie savaime esti vienu iš probleminių aspektų) eliminavimui esminiu tampa standartizuotas, centralizuotas, nuolatinis diagnostiką bei gydymą reglamentuojančių dokumentų rengimas, kuris visame procese turi būti inicijuojamas ir vadovaujamas SAM struktūrų.

2. **Nesudarytos sąlygos, kad licencijų patvirtinimas užtikrintų specialistų kompetencijų palaikymą ir kvalifikacijos tobulinimą**

Šis probleminis aspektas apima periodišką medicinos normų peržiūrą ir atnaujinimą (medicinos normos turėtų būti atnaujinamos kas 5 metus), kurią vykdo ir medicinos normas skelbia Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba (toliau – VASPVT), pavaldi SAM. Audito išvadoje teigiama, kad „per pastaruosius 5 metus ministerija neperžiūrėjo 51 proc. galiojančių gydytojų medicinos

normų, be to, nėra parengusi ir patvirtinusi trijų gydytojų specialybių medicinos normų“ (Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas, 2018, p.7). Remiantis oficialiai prieinama VASPVT skalbiama medicinos normų atnaujinimo informacija, šiuo metu paskelbta gydytojo otorinolaringologo norma nebuvo atnaujinta nuo 2004 metų, gydytojo neurologo, kardiologo, oftalmologo normos neatnaujintos nuo 2005 metų, akušerio norma neatnaujinta nuo 2014 metų. Neatnaujintų per reikalaujamą 5 metų laikotarpį medicinos normų yra ir daugiau. Kaip jau minėta, dėl ganėtinai aktyvios akušerių-ginekologų draugijos bei profesinės šios specialybės gydytojų sąjungos veiklos akušerio-ginekologo norma buvo atnaujinta 2018 metais, tačiau iniciatyva tikrai neturi būti palikta patiems gydytojams. Teigiamų pokyčių numatoma artimiausiu metu, 2018 metais sveikatos apsaugos ministro įsakymu planuota trijų metų laikotarpyje parengti bei atnaujinti visas medicinos normas, kurios nebuvo peržiūrėtos ir atnaujintos reikalaujamo 5 metų periodo ribose (Lietuvos Respublikos sveikatos ministro įsakymas dėl Lietuvos medicinos normų rengimo ir atnaujinimo 2019, 2020 ir 2021 metų planų patvirtinimo, 2018). Žinoma, numatytus darbų vykdymo laikotarpius pakoregavo sveikatos priežiūros sektoriui didelį poveikį turėjusi pandemija, tačiau artimiausiu laiku laukiama konkrečių šios problemos sprendimų.

Specialistų kompetencijos palaikymas ir kvalifikacijos tobulinimas – kitas aktualus, didelį poveikį sveikatos priežiūros kokybei turintis aspektas. Šiuo atveju trikdžiai stebimi tiek SAM lygmenyje: „Sveikatos apsaugos ministerija valstybės biudžeto lėšas (2017 m. – 45,4 tūkst. Eur) specialistų kvalifikacijai tobulinti skiria neįvertinus svarbiausių šalies poreikių, susijusių su demografinėmis ir sergamumo tendencijomis<…>Neaiški ministerijos, steigėjo, gydymo įstaigos atsakomybė už specialistų kvalifikacijos tobulinimo finansavimą“, tiek pačių gydymo įstaigų lygmeniu: „Gydymo įstaigos nevertina specialistų kompetencijų tad specialistai kompetencijas tobulina, objektyviai neįvertinus ir nenustačius tobulintinų profesinės veiklos sričių“ (Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas, 2018, p.7). Dar vienas nerimą keliantis faktorius – „Lietuvoje sveikatos priežiūros specialisto profesinę kompetenciją patikrinti (įvertinti) nustatyta tik tais atvejais, kai jo veikla sukėlė pavojų ar padarė žalą paciento sveikatai“ (Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas, 2018, p.21). Tokia ydinga praktika išsivysčiusioje valstybėje turėtų būti iš esmės nepriimtina. Atsižvelgiant į naujų mokslo žinių gausą, naujų technologijų diegimo kasdienėje klinikinėje praktikoje būtinumą ir tempus, kvalifikacijos tobulinimas, profesinės kompetencijos – vienas centrinių techninės paslaugų kokybės komponentų, nuo kurio tiesiogiai priklauso teikiamų paslaugų kokybė. Ypač aktualus ne tiek finansavimo klausimas, kiek, pirmiausia, tinkamas esamų finansinių resursų paskirstymas. Siekiant įgyvendinti pokyčius bei rasti sprendimus, ypatingai svarbus konstruktyvus bendradarbiavimas tarp SAM, profesinių gydytojų sąjungų, gydytojų draugijų. Komunikacijos problema tarp institucijų ir atsakingų už procesų įgyvendinimą

įstaigų tęsiasi ne vieną dešimtmetį ir, kaip jau minėta, motyvacijos kurti problemos sprendimo strategiją nepakanka. Problemos sprendimo pavyzdžiu galėtų tapti rezidentūros studijų organizavimo pokyčiai – kompetencijų modelio įvedimas (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl gydytojo (gydytojo odontologo) rezidento, įgijusio pakopinių kompetencijų patvirtinimo pažymėjimą, kompetencijos savarankiškai be gydytojo (gydytojo odontologo) vadovo priežiūros verstis medicinos (odontologijos) praktika tvarkos aprašo patvirtinimo, 2018 m.), pagal kurį tik gavus atitinkamą kompetenciją patvirtinantį pažymėjimą, būtų įgyjama teisė savarankiškai atlikti diagnostikos ir gydymo procedūras. Šiuo metu kompetencijų modelis aktyviai diegiamas akušerijos-ginekologijos rezidentūros studijų programoje. Žinoma, svarstant apie panašų gydytojų specialistų kompetencijų įgijimo – periodinio atnaujinimo modelį, reiktų papildomų investicijų, poreikio planavimo, įgyvendinimo planų sudarymo, kas reikalautų tiek finansinių, tiek laiko sąnaudų visoms suinteresuotosios šalims. Labiausiai toks modelis būtų naudingas šeimos gydytojams, kadangi jų kompetencijos ir gebėjimų ribos pakankamai skirtingos pirmiausia dėl skirtingo parengimo – vyresnės kartos šeimos gydytojų ir jaunosios kartos profesinis parengimas ryškiai skiriasi, taip pat aukštų kvalifikacinių reikalavimų šeimos gydytojams – lyginant su kitų šalių praktika šeimos gydytojas turėtų diagnozuoti didžiąją dalį susirgimų ir juos gydyti, atlikti nekomplikuoto nėštumo priežiūrą, gebėti atlikti paprastas chirurgines intervencijas, o specialistų konsultacijoms siųsti pacientus tik išskirtinais, specifinių tam tikros srities žinių reikalaujančiais klausimais. Taip pat pabrėžtina, kad stiprinant šeimos gydytojo įsitraukimą į visapusiškesnių sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, mažėtų eilės pas gydytojus specialistus, didėtų pacientų pasitenkinimas paslaugų teikimo organizavimu, ilgoje perspektyvoje gerėtų finansinių išteklių sveikatos priežiūrai panaudojimas.

Apibendrinant sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių specialistų kompetencijų palaikymo bei kvalifikacijos užtikrinimo problematiką, svarbu suprasti procesų kompleksiškumą, būtinybę sprendimų ieškoti bei juos įgyvendinti nuosekliai, pradedant nuo atnaujinto aiškaus kompetencijų, reikalavimų konkrečiai kvalifikacijai apibrėžimo, esamo kvalifikacijos lygio įvertinimo/poreikio nustatymo, procesų tęstinumo užtikrinimo bei, ne mažiau svarbu, būtent pirminės sveikatos priežiūros grandies (šeimos gydytojai) stiprinimo, kas užtikrintų, pirmiausia, daug efektyvesnį pacientų srautų valdymą ir turėtų esminės įtakos kokybės užtikrinimo procesams.

### 3. Neturint duomenų apie nepageidaujamus įvykius, sunku imtis prevencinių veiksmų, didinančių pacientų saugą

Nepageidaujamų įvykių (toliau – NPĮ) registracija, jų nagrinėjimas – vienas iš techninės kokybės gerinimo būdų. 2018 metais atliekant asmens sveikatos priežiūros įstaigų auditą, NPĮ sąrašą sudarė 6 grupės. Kadangi toks sąrašas laikytas per siauru, 2019 metais jis buvo praplėstas iki 11 grupių (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro

2010 m. gegužės 6 d. įsakymo Nr. V-401 „Dėl nepageidaujamų įvykių stebėsenos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo, 2019). Sveikatos priežiūros įstaigos taip pat gali savo nuožiūra nusistatyti ir registruoti sąrašui nepriklausančius įvykius. Audito duomenimis „tik 13 (iš 28 vertintų) gydymo įstaigų nusistatė papildomai registruoti nesąrašinius įvykius<…>Skundai ir nepageidaujami įvykiai šalies mastu neanalizuojami ir nesiimama prevencinių priemonių“ (Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas, 2018, p.7-8). Stacionarinio gydymo įstaigose tarp dažniausiai registruojamų NPĮ (ne dėl jų dažnio, tačiau dėl paties įvykio užfiksavimo fakto) – hospitalinės infekcijos atvejai. Kiti NPĮ, tokie kaip pragulos, paciento griuvimas registruojami itin retai. Vienu iš hospitalinių infekcijų registravimo poreikio faktorių tampa antibakterinių preparatų skyrimo gydymui būtinybė, dėl kurios ir pats įvykis turi būti fiksuotas medicininėje dokumentacijoje. Pirmajai NPĮ grupei priklausantis neteisingas vaistų paskyrimas – NPĮ, ypatingai dažnai nutinkantis ligoninėse, kurios yra rezidentų bazėmis kaip elementaraus mokymosi proceso dalis, todėl šios gydymo klaidos ištaisomos kito personalo, nors net tokiu atveju, kai neteisingai paskirtas vaistas ar jo dozė nebuvo skirti konkrečiam pacientui, įvykis turėtų būti fiksuotas kaip dokumentų pildymo neatitiktis. Kiti faktoriai, kurie lemia NPĮ registravimo spragas: baiminamasi galimų teisinių nuobaudų, nenorima prarasti geros reputacijos ar pripažinti savo darbo trūkumų, tarp gydytojų rezidentų – baimė prieš kitus kolegas, neigiamas vadovybės požiūris, kartais - viešai išsakomi priekaištai dėl neatsakingo darbo. Tai atidengia kur kas gilesnes sveikatos sistemos problemas, tokias kaip patyčios profesinėje aplinkoje, žalos atlyginimo modelio ypatumai – nuo 2020 metų sausio 1 dienos įsigaliojo žalos atlyginimo be kaltės modelis, pagal kurį nebus vertinama gydymo įstaigos ar konkretaus specialisto kaltė, todėl vertinant šiuos teigiamus pokyčius pacientų ir medikų bendruomenei bei praplėtus NPĮ sąrašą ateityje galima tikėtis skaidresnio jų dokumentavimo. Visgi, paskutinių metų duomenys suponuoja, kad pokyčių rezultato greitai sulaukti nepavyks: higienos instituto duomenimis, 2020 metais stacionarines paslaugas teikiančiose įstaigose užregistruoti 2722 NPĮ, nors 15 iš 79 stacionarinių įstaigų neužregistravo nei vieno NPĮ ir tai sudaro 19 proc. visų duomenis pateikusių įstaigų, ambulatorinėje grandyje šis skaičius siekia net 61 proc. (Nepageidaujami įvykiai. Preliminari 2020 metų ataskaita, 2021). Tokie skaičiai rodo ne tik problemos gilumą, tačiau ir būtinybę keisti įstaigų politiką bei sveikatos priežiūros darbuotojų mąstymą iš esmės. Ne mažiau svarbu didinti pacientų informuotumą, kadangi vienu pagrindinių informacijos apie NPĮ šaltinių paprastai tampa būtent paslaugos gavėjų skundai. Audito metu nustatyta iniciatyvos iš pacientų pusės stoka: „pacientų apklausos duomenys parodė, kad jie nelinkę skųstis dėl padarytos žalos (30 proc. respondentų nesikreiptų į institucijas patyrę žalą<…>kreipėsi tik 7 proc. iš 20 proc. nurodžiusių, kad patyrė žalą)“ (Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas, 2018, p.7-8). Pagal minėtą žalos atlyginimo be kaltės modelį, žalos atlyginimo procedūra tampa lengvesnė ne tik sveikatos priežiūros įstaigoms, jų darbuotojams, bet ir patiems pacientams dėl greitesnio proceso nagrinėjimo esant

mažesniam biurokratinių procedūrų kiekiui bei nevykdant teisminių procesų problemos nagrinėjimo klausimais.

Apibendrinant, šis probleminis aspektas itin apsunkina paslaugų kokybės užtikrinimą. NPĮ registravimas, jų analizė sveikatos priežiūros įstaigose neturėtų būti baudimo, supriešinimo veiksmas, o nuolatinio kokybės gerinimo proceso dalis analizuojant tobulintinus veiksmus, paslaugų teikimo netolygumus, galimas klaidas. Nepaisant teigiamų pokyčių problemos sprendimo klausimais, dėl kompleksinio jos pobūdžio: tiek įstaigų vykdomos politikos, tiek pačių darbuotojų vaidmens, tiek pacientų įsitraukimo būtinumo, esamų priemonių nepakanka, reikalingos intervencijos visų suinteresuotų šalių lygmenyje, koordinuojamos aukščiausių atsakingų institucijų (SAM), siekiant pašalinti išlikusius teisinius, pacientų įsitraukimo, organizacinės kultūros trikdžius.

**4. Nevertinamas sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumas – nežinoma, ar pacientas gavo geriausią gydymo rezultatą**

Sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumas (efektyvumas) - viena trijų pagrindinių kokybės dimensijų. Atsirandant naujų žinių įvairių būklių atpažinime, diagnozavime, nepaisant esamų, istoriškai susiformavusių kokybės rodiklių universalumo, jų vertinti paslaugų kokybę šiandien, žinoma, nepakanka. Sveikatos priežiūros įstaigų audito ataskaitoje pabrėžiama, kad: „trūksta rodiklių sveikatos priežiūros paslaugų kokybei matuoti. Paslaugų apmokėjimas nesiejamas su jų kokybe, todėl gydymo įstaigos neturi finansinių paskatų šią kokybę gerinti“ (Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas, 2018, p.8). Vėlgi įvardinta kompleksinė problema, susijusi su viso proceso organizavimu. Už kokybę atsakingos pačios įstaigos, joms tenka kokybės vertinimo krūvis, kuris reikalauja papildomų finansinių resursų, todėl „apsiribojama paslaugų vertinimu tik pagal nustatytas teisės aktuose sąlygas paslaugoms teikti (pavyzdžiui: licencijos, medicininės įrangos turėjimas)“. Tokios susiklosčiusios padėties rezultatas - „nesant sveikatos priežiūros paslaugų kokybės matavimo rodiklių, nenustatytas sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumo (kokį poveikį paslauga turėjo pacientui) vertinimas“ (Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas, 2018, p.8). Šiuo metu atliekamų kokybės rodiklių stacionarines paslaugas teikiančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose vertinimas apima (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir veiklos efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašų ir šių rodiklių duomenų suvestinių formų patvirtinimo, 2017):

- Cezario pjūvio operacijų (toliau – CPO) dažnį
- Mirštamumo nuo miokardo infarkto aktyvaus gydymo metu dažnį
- Mirštamumo nuo insulto aktyvaus gydymo metu dažnį

- Pacientų bendro pasitenkinimo paslaugomis lygio vertinimą
- Hospitalinių infekcijų prevencijos ir epidemiologinės priežiūros užtikrinimo lygį
- Antibiotikams atsparių mikroorganizmų plitimo prevencijos ir stebėsenos užtikrinimo lygį
- Nepageidaujamų įvykių registravimo ir analizės plėtros apimties vertinimą
- Vidutinę gydymo trukmę
- Dienos chirurgijos paslaugų dalį
- Dienos chirurgijos planinių paslaugų, atliktų pirmąją hospitalizacijos dieną, dalį
- Operacinės užimtumo vidurkį

Pažvelgus į registruojamų rodiklių sąrašą atrodytų, kad problema šiuo atveju nėra įžvelgiama, arba nėra itin ryški. Visgi, pirmiausia verta prisiminti sunkumus, su kuriais susiduriama registruojant NPĮ, kurie tiesiogiai įtakoja paslaugų teikimo proceso rezultatus. Šioje srityje itin trūksta skaidrumo, organizuotumo, todėl ir rodiklių vertinimas netenka savo patikimumo. Kita problemos pusė, kurią akcentuoja auditas – nėra rodiklių, vertinančių ambulatorines sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų veiklą, tačiau kadangi šis darbas orientuotas į stacionarinių paslaugų vertinimą, verta apsistoti ties stacionarinių paslaugų vertinimo rodikliais. Veiksmingumas turi būti vertinamas ne kaip suteiktų paslaugų skaičius (į ką orientuotas dabartinis veiksmingumo vertinimas), kas veikiau atspindi proceso vertinimą, o kaip rezultatas, kurį patiria pacientas, taip pat vertintinas saugumo užtikrinimo pacientui lygis. Siektina, kad kiekviena gydymo įstaiga turėtų patvirtintą sveikatos priežiūros paslaugų kokybės politiką, to nėra įvykdžiusios 59 iš 260 audituotų įstaigų. Galiausiai, „nenustatytos gydymo įstaigų siektinų rodiklių reikšmės, jų veikla pagal nustatytus veiklos kokybės vertinimo rodiklius neanalizuojama, nelyginama ir negalima stebėti pokyčių“ (Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas, 2018, p.33).

Taigi, apibendrinus, trūksta kokybės rodiklių vertinimo būtent iš paciento perspektyvos, atsižvelgiant į rezultatą bei saugumą pacientui bei rodiklių taikymą kokybės gerinimo analizei. Vertinant pacientų pasitenkinimą pabrėžiama, kad apsiribojama bendru paslaugų vertinimu, „nėra vertinami EBPO stebimi pacientų patirties rodikliai: ar gydytojas per konsultacijas praleidžia pakankamai laiko su pacientais, pateikia lengvai suprantamus paaiškinimus<…>ar įtraukia pacientus į sprendimus, turinčius įtakos pacientų priežiūrai ir gydymu” (Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas, 2018, p.34). Augant paciento įsitraukimo svarbos suvokimui, individualizuotų, į pacientą orientuotų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo koncepcijos reikšmei, šis vertinimas yra būtinas, siekiant suvokti kokybę kompleksiniu požiūriu, gerinti ją visuose jos teikimo etapuose. Deja, toks išsamus vertinimas lieka mokslo darbų objektu, kas iš kitos pusės palaiko tokios rūšies darbų svarbą sveikatos priežiūros sektoriui tik, žinoma, neretai pritrūksta iniciatyvos iš pačių įstaigų siekiant gautų duomenų panaudojimo įstaigų kokybės

gerinimo proceso analizei bei tobulinimui, išsamus į pacientą orientuotas kokybės vertinimas turėtų tapti periodinio kokybės tobulinimo proceso kiekvienoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dalimi.

## 5. Neveiksmingos paslaugų laukimo eilių mažinimo priemonės

Paslaugų prieinamumas visuomet buvo didelę reikšmę pacientams turinčiu paslaugų teikimo proceso veiksniu, stipriai įtakojančiu paslaugų kokybės vertinimą. Apklausų duomenimis, „dažniausiai, siekiant gauti sveikatos paslaugas, susiduriama su ilgomis eilėmis pas gydytojus specialistus (65 proc.). 38 proc. susiduria su ilgomis eilėmis atlikti medicinos tyrimus“ (Šalies gyventojų nuomonės tyrimas dėl sveikatos apsaugos, 2017). Apskritai, dideles eiles kaip vieną pagrindinių sveikatos sistemos organizavimo problemų įvardijo 40 proc. šios apklausos dalyvių. Žinoma, duomenys pakankamai seni, tačiau galime daryti prielaidą, kad nuo 2019 m. esant pandeminei situacijai, o 2020 m. pradžioje pirmą kartą paskelbus karantiną šalyje, paslaugų prieinamumas, nepaisant nuotolinio konsultavimo galimybių, būtų vertinamas dar prasčiau, nes pacientams, ką parodė tolimesnė mokslinių tyrimų apžvalga, itin svarbu gauti kontaktinį, kokybišką bendravimo efektyvumo prasme grįžtamąjį atsaką iš sveikatos priežiūros specialistų. Pacientai, esant didelėms eilėms pas gydytojus, dažniau naudojasi mokamomis, privačių sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis: „jų paslaugomis naudojosi 17 proc. gyventojų, iš jų pusė (51 proc.) priežastimi nurodė ilgą paslaugų laukimo laiką valstybės ir savivaldybių gydymo įstaigose“ (Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą, 2018, p.13). Kita nerimą kelianti tendencija – pacientai dėl didelių eilių nusprendžia sveikatos priežiūros paslaugomis nesinaudoti išvis: „reikšmingai auga gyventojų, kurie ligos atveju nesikreipia į gydymo įstaigas, dalis: nuo 23 proc. 2010 m. iki 37 proc. 2017 m.<...>Pagrindine priežastimi nurodomas ilgas paslaugų laukimo laikas ir tai, kad nėra galimybės užsiregistruoti konsultacijai“ (Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą, 2018, p.13), kas įtakoja bendrus sergamumo, mirtingumo rodiklius visos valstybės mastu bei blogina palyginamąją sveikatos priežiūros kokybės statistiką. Gyventojų bandymai gauti sveikatos priežiūros paslaugas greičiau sukuria prielaidas kitai ne mažiau rimtai problemai: „kreipiasi į ligoninių priėmimo skubios pagalbos skyrius nesant skubios pagalbos poreikio“ (Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą, 2018, p.13). Be abejonės, susiklosčius tokiai padėčiai atsiranda palankios sąlygos ir tokių nepriimtinų reiškinių kaip neoficialus atsilyginimas už paslaugas, siekiant jas gauti greičiau.

Audito ataskaitoje minimos apsunkinto sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo priežastys (Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą, 2018, p.7):

- SAM neturi objektyvios informacijos apie eiles ir jų tendencijas, susidarymo priežastis,
- neanalizuojama priimtų priemonių įtaka eilių kitimui,

- nesprendžiamos esminės pacientų srautų, e. sveikatos veikimo, sveikatos priežiūros specialistų struktūros disbalanso ir kitos problemos.

Iš tiesų eilių susidarymo, jų mažinimo problemas sprendžia pačios įstaigos, tačiau ir čia susiduriama su sunkumais: „daugumoje vertintų įstaigų (13 iš 16) ji (aut. - duomenų stebėsena ir analizė) nepagrįsta objektyviais duomenimis: ne visi pacientai kreipimosi į įstaigą atveju įregistruojami į paslaugų laukimo eiles (pvz., gydymo įstaigose eilė sudaroma 1 mėn. laikotarpiui ir, ją užpildžius, pacientai neregistruojami vėlesniam laikotarpiui, jiems nurodoma kreiptis ar skambinti kito mėnesio pradžioje)“ (Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą, 2018, p.14). Apdoroti didelius informacijos srautus, kurie gaunami įrašinėjant registracijai skambinančių pacientų skambučius, išanalizuoti jų poreikius, įstaigos pajėgumais yra labai sudėtinga, minėtas registravimo metodas sudarant eiles fiksuotam laikotarpiui paprastai taikomas siekiant išvengti nenumatytų aplinkybių, kurioms nutikus bus lengviau perskirstyti mažesnį pacientų skaičių kitiems specialistams. Tai tik viena eilių susidarymo priežasčių, tiesiogiai priklausančių nuo įstaigos. Kitos eilių susidarymo priežastys galėtų būti:

- pacientas turi teisę pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą bei specialistą, kas lemia netolygų pacientų srautų pasiskirstymą,
- specialistų trūkumas (atostogos, laikinas nedarbingumas, poreikio neatitinkantis naujų specialistų profesinio rengimo planavimas, netolygumai tarp miestų ir rajonų),
- dideli srautai dėl netikslingo pacientų siuntimo pas gydytojus specialistus (didelę dalį sveikatos problemų turėtų išspręsti šeimos gydytojas ir tik sudėtingais, aiškumo stingančiais atvejais pacientus reiktų siųsti specialistų konsultacijoms - todėl, kaip minėta, svarbu užtikrinti pakankamą šeimos gydytojo profesinę kompetenciją),
- finansavimo iš privalomojo sveikatos draudimo kvotos konsultacijų skaičiui,
- konsultacijos trikdžiai dėl techninių nesklandumų (e. sveikatos sistemos, įstaigos informacinės sistemos veikimo trikdžiai – užsitęsęs tyrimų paskyrimas, jų peržiūra, poreikis dokumentaciją pildyti dviem egzemplioriais – skaitmeniniu ir rašytiniu, ilginantys konsultacijos trukmę),
- nenumatyti atvejai (paciento srautų ribojimo poreikis dėl epidemiologinės situacijos).

Kaip matome, didžioji dalis minėtų priežasčių nepriklauso nuo gydymo įstaigos, o jas reiktų spręsti valstybės, visos sveikatos priežiūros sistemos lygiu ir kol atitinkamų sprendimų nebus ieškoma, problema išliks. Be abejonės, yra ir teigiamų eilių susidarymo sprendimo pavyzdžių, tačiau pažymėtina, kad iniciatyva visais sprendimų paieškų atvejais kyla iš pačios įstaigos, neretai pasitelkiant rezervinius resursus. Tokiu teigiamu pavyzdžiu būtų „žaliasis koridorius“ – vidinis pacientų eilių reguliavimo mechanizmas, sudarantis galimybę pacientams, kuriems įtariama onkologinė liga (pastaruoju metu gydytojų bendruomenių iniciatyva

„žaliojo koridoriaus“ paslauga plečiasi, patekimas pas sveikatos priežiūros specialistus greitėja vaikams, sergantiems retosiomis ligomis), gauti konsultaciją, atlikti reikalingus tyrimus nelaukiant bendroje eilėje. Šia paslauga gali pasinaudoti visos Lietuvos pacientai ir pas gydytoją specialistą pakliūti savaitės laikotarpyje. Toks mechanizmas garantuoja, kad gydymas pacientui bus skirtas trijų savaičių nuo apsilankymo pas gydytoją specialistą laikotarpyje. „Žaliojo koridoriaus“ priėmimą Vilniaus mieste vykdo VUL SK bei Nacionalinis vėžio institutas, kurių pajėgumai, žinoma, savo ruožtu taip pat yra riboti. Pacientas gali registruotis savarankiškai arba jį gali užregistruoti gydytojas, deja, apie šią paslaugą žino ne visi šeimos gydytojai, kurie paprastai ir yra tie, kurie pirmieji įtaria onkologinę ligą. Visuomenės ir ypač gydytojų bendruomenės informavimo programa turėtų kilti vėlgi iš valdžios struktūrų, nes pačioms įstaigoms tai būtų per didelis krūvis. Iniciatyvos šiuo klausimu iš pastarųjų trūksta.

Vertėtų aptarti nėščiųjų ir gimdyvių patekimo pas gydytojus specialistus galimybes, kadangi būtent jų požiūris į teikiamų paslaugų kokybę yra šiame darbe atliekamo tyrimo objektas. Kaip ir kitose srityse, akušerių – ginekologų bendruomenė pasižymi dideliu aktyvumu įvairiais sveikatos politikos formavimo, priežiūros organizacijos klausimais. Paslaugų prieinamumą užtikrina visoms nėščiosioms išduodama Nėščiosios, gimdyvės ir naujagimio kortelė F113/a, išduodama antrojo apsilankymo pas gydytoją metu, paprastai apie 12 nėštumo savaitę. Su šiuo dokumentu nėščioji priimama bet kuriame akušerines paslaugas teikiančiame stacionare bet kuriuo paros metu dėl bet kokios tiek su nėštumu susijusios, tiek nesusijusios patologijos sveikatos priežiūros paslaugas teikiant nemokamai. Taigi, priėmimo pas specialistą laikas paprastai priklauso tik nuo įstaigos darbo krūvio realiuoju laiku. Visgi, ir šiuo atveju esti eilė problemų, kurios nepriklauso nuo gydymo įstaigų. Pavyzdžiui, galimybė rinktis gydymo įstaigą sudaro prielaidas didelių gimdyvių srautų susidarymui tretinio lygio stacionare, kuriame pagal indikacijas gimdyti patartina tik esant komplikuotam nėštumui, tačiau moterys, kurių nėštumas normalus ir jos galėtų gimdyti antro lygio stacionare, mieliau renkasi būtent tretinio lygio paslaugas teikiančią gydymo įstaigą. Dalis nėščiųjų taip pat nėra informuotos apie galimybę esant normaliam nėštumui jo priežiūrai lankytis pas savo šeimos gydytoją arba akušerį ir konsultuotis su akušeriu – ginekologu tik nustatytu nėštumo laiku specializuotų paslaugų teikimui (vaisiaus echoskopijos atlikimas, konsultavimas nėštumo patologijos ar didelės rizikos nėštumo atvejais), kas sumažintų nėščių pacientų srautą gydytojo specialisto priėmime. Kita problemos pusė – nėštumus prižiūrėti vengia nemaža dalis šeimos gydytojų – vėl iškyla būtinų vertinti kompetencijų klausimas. Nėščiųjų informavimas išspręstų bent dalį problemos, tačiau ir šiuo atveju, informacijos sklaidos iniciatyvos laukiama iš procesus koordinuojančių valdžios institucijų.

Apibendrinant, reiktų aiškiai atskirti, kurie esamos eilių susidarymo problemos aspektai gali būti suvaldyti įstaigų viduje, o kokios sprendimo intervencijos reikalingos iš išorės, koordinuojant SAM. Lietuvos sveikatos programoje skiriamas dėmesys didelių eilių pas specialistus problemai, tačiau konkrečių

uždavinių problemos sprendimui nėra pateikiama. Tik darnus tarpinstitucinis bendradarbiavimas ir organizacinius klausimus koordinuojančių struktūrų lyderystė gali prisidėti prie šios taip pat kompleksinės - paslaugų prieinamumo – problemos sprendimo. Žinoma, prieinamumas pats savaime negarantuoja paslaugų kokybės, todėl tai tik dalis sveikatos priežiūros kokybės gerinimo sprendimų, tačiau būtent šis faktorius vienas iš labiausiai pacientų pasitenkinimą įtakojančių aspektų, į ką ir orientuota šių laikų sveikatos priežiūros sistema.

### 6. Tobulintinas sveikatos priežiūros specialistų poreikio planavimas

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas tiesiogiai priklauso nuo gydytojų skaičiaus atitikimo jų poreikiui. Netolygaus sveikatos priežiūros personalo pasiskirstymo problema esant gydytojų trūkumui regionų gydymo įstaigose akcentuota jau 2014 metais parengtoje Lietuvos Respublikos sveikatos programoje: „miestuose dirba didžioji visų gydytojų dalis – daugiau kaip 71 procentas, o rajonuose suteikiama 60 procentų visų rajonų gyventojams reikalingų sveikatos priežiūros paslaugų“ (Lietuvos Respublikos seimo nutarimas dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos patvirtinimo, 2014). Nors gydytojų vidurkis Lietuvoje lenkia Europos Sąjungos (toliau – ES) vidurkį, jau eilę metų stebimas tam tikrų specialybių medicinos darbuotojų trūkumas: kardiologų, neurologų, šeimos gydytojų. Dar blogesnė situacija su slaugytojų ir akušerių personalu, kurio trūksta ne tik periferijoje, tačiau ir didžiųjų miestų gydymo įstaigose. Sveikatos priežiūros darbuotojų poreikio planavimą vykdo SAM, kasmet suformuodama priimamų rezidentų skaičių. Audito metu nustatyta, kad „ministerija, formuodama sveikatos priežiūros specialistų rengimo užsakymą mokslo ir studijų įstaigoms, nevertina paslaugų struktūros pokyčių, jų poreikio regionuose, specialistų krūvių, gydytojų pasitraukimo iš profesijos, emigracijos prognozių. Siekiama tik pakeisti išeinančius į pensiją gydytojus, o slaugytojų poreikis neplanuojamas“ (Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą, 2018, p.7). Iš tiesų situacija kasmet nėra peržiūrima, paprastai rezidentūros vietų metai iš metų skiriama tiek pat, pavyzdžiui, akušerijos – ginekologijos rezidentūros programai numatomos 6 valstybės finansuojamos ir 2 valstybės nefinansuojamos studijų vietos ir šis skaičius iš esmės nesikeitė jau 5 metus. Pažymėtina, kad baigusių medicinos studijas asmenų skaičius gali pakankamai ženkliai skirtis nuo teikiančių paslaugas specialistų skaičiaus: „dalis asmenų, turinčių teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas, verčiasi kita nei sveikatos priežiūros veikla – iki 7 procentų asmenų, įgijusių gydytojo kvalifikaciją, neteikia sveikatos priežiūros paslaugų“ (Lietuvos Respublikos seimo nutarimas dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos patvirtinimo, 2014). Taigi, planuojant specialistų poreikį nežvelgiama į situacijos esmę, neįvertinamos visos netolygų specialistų pasiskirstymą lemiančios aplinkybės, sveikatos priežiūros sektoriui būdinga greita aplinkybių kaita.

Vienas galimų specialistų poreikio planavimo problemos sprendimų - jau minėtas ES lėšomis planuojamas įgyvendinti gydytojų pakopinių kompetencijų modelis. Šiame projekte ne tik vystoma

pakopinių kompetencijų idėja, tačiau taip pat siekiama rezidentūrą baigusius asmenis skatinti „dirbti asmens sveikatos priežiūros įstaigose, esančiose sveikatos priežiūros specialistų netolygiu pasiskirstymu pasižyminčiuose šalies regionuose“. Šiuo Lietuvos Respublikos seimo nutarimu priimtame dokumente taip pat akcentuojamas „priemonių, kuriomis sprendžiamas gydytojų trūkumas regionuose ir gydytojai rezidentai skatinami likti dirbti Lietuvoje, įgyvendinimas (socialinių garantijų gydytojams rezidentams gerinimas)“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl gydytojo (gydytojo odontologo) rezidento, įgijusio pakopinių kompetencijų patvirtinimo pažymėjimą, kompetencijos savarankiškai be gydytojo (gydytojo odontologo) vadovo priežiūros verstis medicinos (odontologijos) praktika tvarkos aprašo patvirtinimo, 2018 m.). Nepaisant dokumento priėmimo dar 2018 metais, pakopinių kompetencijų modelis dar nėra įgyvendinamas praktikoje, stringa proceso derinimas tarp SAM, mokymo institucijų, rezidentūros bazių. Esant sunkumams projekto įgyvendinimui instituciniu lygmeniu, ne mažiau problemų kyla ir sistemos viduje. Rezidentai baigę studijas neretai jau būna sukūrę šeimas, įsigiję būstą didžiuosiuose miestuose, kur ir yra rezidentūros bazės, todėl vykti į regionus net praplėtus socialines garantijas nėra suinteresuoti. Taip pat ne visos regionų gydymo įstaigos gali užtikrinti rezidentūros bazėje esantį specialistų paruošimo lygį, kas ateityje gali lemti kvalifikacinius netolygumus. Atsižvelgiant į šiuos aspektus, dalis rezidentų priešinasi pakopinių kompetencijų modelio įdiegimo tam tikroms nuostatoms, kas gali skatinti ir jaunų specialistų emigraciją taip tik gilinant gydytojų trūkumo problemą.

Taigi, apibendrinant specialistų poreikio planavimo problematiką pažymėtina, kad siekiant įgyvendinti vieną sveikatos programos tikslų – „sveikatos sistemos tvarumui ir kokybei užtikrinti reikia suformuoti sveikatos priežiūros specialistų rengimo nacionalinei sveikatos sistemai valstybės užsakymą ir užtikrinti tinkamą jų pasiskirstymą savivaldybėse“ (Lietuvos Respublikos seimo nutarimas dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos patvirtinimo, 2014) – būtina iš esmės peržiūrėti bei naujai įvertinti visus netolygumus lemiančius aspektus, pradedant jaunų specialistų lūkesčiais siekiant išsiaiškinti kas juos paskatintų savo noru vykti dirbti regionuose, konkrečių skatinamųjų priemonių nustatymu, baigiant konstruktyviu valdžios institucijų bendradarbiavimu su mokymo įstaigomis, rezidentūros bazėmis, iš tikrųjų norint išgirsti visų suinteresuotų šalių nuomonę bei siūlomus sprendimo variantus, ko šiandien būtent šios problemos kontekste ypatingai trūksta.

### 7. Brangūs medicinos prietaisai gydymo įstaigose naudojami neefektyviai, o naujų technologijų vertinimui trūksta paskatų

Vienas iš techninės kokybės užtikrinimo komponentų – naujausios medicininės įrangos prieinamumas ir naudojimas pacientų reikmėms. Be abejonės, įrangos atnaujinimas reikalauja nuolatinio finansinių išteklių naudojimo planavimo, lėšų paskirstymo. Sveikatos programoje pabrėžiama, kad „būtina skatinti sveikatos technologijų vertinimą ir gerinti sveikatos sistemos efektyvumą<…>įsteigti sveikatos

technologijų vertinimo centrą pasaulinių sveikatos technologijų vertinimo centrų tyrimų duomenims kaupti ir skleisti bei jiems pritaikyti Lietuvos sveikatos priežiūros sąlygomis“ (Lietuvos Respublikos seimo nutarimas dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos patvirtinimo, 2014). Nepaisant įvardintos naujų technologijų vertinimo reikšmės ir siektinų pokyčių, asmens sveikatos priežiūros įstaigų audito metu rasta, jog „daugiau nei pusės (59 proc.) brangių medicinos prietaisų<…>panaudojimo intensyvumas mažas (pagal nustatytus tų prietaisų rodiklius), o 7 proc. jų visiškai nenaudojami<...>Naujų technologijų vertinimo inicijavimas vangus (per ketverius metus gydymo įstaigos ir privatūs tiekėjai pateikė vertinti 11 technologijų)<...>Atsiradus naujų, nesiimama vertinti jau taikomų technologijų. Taigi neužtikrinama, kad visiems pacientams būtų prieinamas gydymas naujausiomis technologijomis<…>Lietuvoje audituojamu laikotarpiu nebuvo atliekamas pakartotinis taikomų sveikatos priežiūros technologijų vertinimas. Dėl technologijų vertinimo nesikreipė nei gydymo įstaigos, nei kiti subjektai” (Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą, 2018, p.7,27). Kaip matome, įžvelgtinos net kelios problemos: atsakomybės pasiskirstymo, finansavimo, racionalaus resursų naudojimo, jų perskirstymo, prieinamumo pacientui. Pirmiausia, problemos sprendimas vėlgi neturi būti paliktas pačių įstaigų atsakomybei, o sprendžiamas valstybiniu lygiu atsakingų valdžios institucijų. Tuomet būtų galima tikėtis racionalesnio resursų panaudojimo, nes pats prietaisų įsigijimas problemos tikrai nesprendžia. Duomenis analizei gauti nėra sunku, nes visų prietaisų apkrovimas, naudojimas yra nuolat registruojami, tiesiog duomenų analizė, kaip minėta, privalo būti centralizuota. Vietoje įsigyjamų naujų prietaisų, galimi jų mainai tarp gydymo įstaigų atsižvelgiant į jų panaudojimo apkrovimus, o lėšas galima perskirstyti vertinimo reikmėms. Žinoma, tokiu atveju lieka prieinamumo pacientui klausimas, nes net ir mažai naudojamas prietaisas mažesnėse gydymo įstaigose reikalingas tam tikram tos įstaigos pacientų skaičiui, ne visi turėtų galimybę esant būtinybei kreiptis į kitas, galbūt toliau esančias gydymo įstaigas, kad gautų reikalingą paslaugą. Iš kitos pusės, tam tikriems tyrimams užtenka mažesnio galingumo, pigesnių prietaisų, kurie patenkintų didžiąją dalį mažesnių gydymo įstaigų poreikių.

Apibendrinant, pagrindinė šios problemos sprendimą apsunkinanti aplinkybė, žvelgiant iš paciento perspektyvos – prieinamumo užtikrinimas esant būtinybei perskirstyti jau turimus resursus. Sprendimai, kaip ir kitų probleminių aspektų atžvilgiu, reikalauja aktyvios lyderystės SAM lygmenyje, nepaliekant įstaigų tvarkytis su organizacinėmis problemomis savarankiškai, o palaikant aktyvų, konstruktyvų bendradarbiavimą.

## 8. Pacientai neįtraukiami į jų lūkesčius atitinkančios sveikatos priežiūros kūrimą

Pacientas – pagrindinis sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertintojas, kokybės gerinimo proceso krypčių nustatymo tiesioginis dalyvis. Paciento nuomonės svarbą vertinant paslaugų kokybę, periodinį apklausų rengimo pacientams poreikį pabrėžia PSO, EBPO, valstybės mastu paciento vaidmuo pabrėžiamas sveikatos programoje, veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimą reglamentuojančiuose dokumentuose ir eilėje kitų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę reglamentuojančių dokumentų. Nepaisant paciento svarbos kokybės kūrime suvokimo, auditas nustatė, kad „ministerija ir gydymo įstaigos neišnaudoja pacientų apklausų jų lūkesčiams nustatyti ir valdyti<…>nors ir renka gydymo įstaigų duomenis, tačiau jų nenaudoja priimdamos (aut. - savivaldybės ir gydymo įstaigos) sprendimus dėl paslaugų organizavimo. Pacientams atstovaujama fragmentiškai: pacientų atstovai neįtraukti į 60 proc. darbo grupių jiems rūpimais klausimais“ (Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą, 2018, p.7). Visos įstaigos viena ar kita forma vykdo pacientų apklausas, tačiau dalis jų būna išskirtinai bendro pobūdžio, nesuteikia išsamesnės informacijos apie konkrečios paslaugos kokybę, paciento lūkesčius. Kita tokių vertinimų problema – duomenys iš tikrųjų nenaudojami arba naudojami labai retai realių kokybės gerinimo sprendimų priėmime. Darbuotojai arba nesupažindinami su apklausų rezultatais, arba supažindinami neišsamiai, grįžtamojo ryšio trūkumas apsunkina suvokimą apie realius paciento lūkesčius.

Akušeriniuose stacionaruose pacientų apklausas vykdo pačios įstaigos, grįžtamojo ryšio problema čia taip pat aktuali. Specialistai supažindinami su apibendrintais rezultatais, paprastai – metinių veiklos ataskaitų metu, stinga išsamaus periodinio, nustatytais laiko tarpais atliekamo supažindinimo su pacientų lūkesčius atskleidžiančiomis apklausomis. Išsamios, ne vien bendrais teiginiais pagrįstos apklausos išlieka atliekamų įstaigose mokslinių darbų objektu, kurių rezultatai jei ir sulaukia suinteresuotumo iš įstaigos administracijos, tai specialistų niekuomet nepasiekia.

Apibendrinant, nors Lietuvos sveikatos priežiūros sistema siekia visuotinai skatinamo ir esminiu pripažinto paciento įtraukimo į sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimą, nėra užtikrintas pakankamai efektyvus informacijos srauto kelias nuo paciento, apklausos vykdytojo iki tiesioginio kokybės kūrėjo – sveikatos priežiūros specialisto. Kadangi šiuo aspektu pakankamai daug teigiamų pokyčių gali būti pasiekta tiesiog gerinant komunikaciją įstaigos viduje, nereikalaujant papildomų resursų problemos sprendimui, pokyčiai inicijuotini įstaigų administracijų lygmenyje su valdančiųjų institucijų priežiūra. Daugiau apie paciento vaidmenį sveikatos priežiūros kokybės kūrimo procese bus kalbama kituose darbo skyriuose.

Aptarus probleminius sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo aspektus, atsižvelgiant į pagrindinio problemas išgryninusio šaltinio – audito ataskaitos rengimo laikotarpį – 2018 metus – sveikatos priežiūros sektorius iki 2021-2022 metų turėjo pakankamai laiko inicijuoti bei vykdyti atitinkamus pokyčius problemų

sprendimo klausimais. Įgyvendinami pokyčiai atsispindi SAM parengtose 2020 - 2021 metų veiklos ataskaitose (žr. 2 lent.).

*2 lentelė.* SAM veiksmai gerinant paslaugų kokybės užtikrinimo probleminius aspektus 2020 - 2021 metais

| **Problema** | **SAM veiklos rezultatai** |
|---|---|
| Standartizuotų metodų stoka įvairių ligų ir būklių gydyme | ▪ Baigtas akušerijos diagnostikos ir gydymo metodikų atnaujinimas<br>▪ Patvirtintos širdies ir kraujagyslių ligų gydymo metodikos |
| Nesudarytos reikiamos sąlygos specialistų kompetencijų palaikymui ir kvalifikacijos tobulinimui | ▪ Priimti politiniai sprendimai didinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazines kainas sudarė galimybes asmens sveikatos priežiūros įstaigoms už suteiktas paslaugas gauti daugiau lėšų ir šias lėšas panaudoti darbuotojų darbo užmokesčiui didinti<br>▪ Pakeisti bendrieji reikalavimai medicinos normoms rengti gerinant medicinos normų rengimo procesus ir kokybę<br>▪ 2020 m. ir 2021 m. vykdytas asmens sveikatos priežiūros specialistų licencijavimas ir licencijuojamos veiklos sąlygų laikymosi priežiūra<br>▪ 2021 m. pasirašyta Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos šakos kolektyvinė sutartis, įsigaliojanti 2022 m. sausio 1d., kurioje, be kitų sveikatos priežiūros specialistams reikšmingų, nustatomos ir kvalifikacijos kėlimo galimybės bei sąlygos<br>▪ Vykdomas specialistų kvalifikacijos tobulinimo projektas |
| Neužtikrintas duomenų apie nepageidaujamus įvykius rinkimas bei analizė | Be esminių pokyčių |
| Nevertinamas sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumas – nežinoma, ar pacientas gavo geriausią gydymo rezultatą | ▪ Parengtas 2022 – 2030 m. LR SAM sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo programos projektas, kurio viena pagrindinių krypčių - gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą |
| Didelės paslaugų laukimo eilės | ▪ Plėtojama išankstinė pacientų registracijos informacinė sistema, kuri yra elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos (toliau - ESPBI IS) dalis |

2 lentelės tęsinys kitame puslapyje

2 lentelės tęsinys

| **Problema** | **SAM veiklos rezultatai** |
|---|---|
| | ▪ Įgyvendinamas ir tobulinamas projektas, skirtas optimizuoti pacientų, kuriems įtariama onkologinė liga, srautų valdymą specializuotą onkologinę pagalbą teikiančiose gydymo įstaigose („žalieji koridoriai“)<br>▪ Įgyvendinamas projektas „Skubiosios telemedicinos paslaugų teikimas skubiosios medicinos pagalbos skyriuose“ - bandomasis projektas, kuriuo siekiama gerinti skubiosios medicinos pagalbos paslaugų kokybę bei prieinamumą regionų (rajonų) gyventojams<br>▪ Numatyta sukurti skubiosios telemedicinos tinklą<br>▪ Išplėtota nuotolinių konsultacijų infrastruktūra<br>▪ Pagal Valstybinės ligonių kasos vykdomą pacientų laukimo eilių asmens sveikatos priežiūros paslaugoms gauti stebėseną 2020 m. gruodžio mėn. pacientai pas šeimos gydytoją per 7 dienas paslaugas gavo 91 proc. atvejų<br>▪ Vykdomas specialistų pritraukimo sveikatos netolygumams mažinti projektas, atlikta išsami paslaugų prieinamumo netolygumų analizė |
| Sveikatos priežiūros specialistų poreikio planavimas | ▪ Įvardintos prioritetinės sritys, kuriose prognozuojamas didžiausias sveikatos priežiūros specialistų poreikis<br>▪ 2021 m. padidintas valstybės finansuojamų vietų skaičius prioritetinėms rezidentūros programoms, slaugos, akušerijos studijų kryptims |
| Neefektyvus brangių medicinos prietaisų naudojimas, neužtikrintas naujų technologijų vertinimas | ▪ Skiriamos ES struktūrinių fondų ir valstybės investicijų lėšos infrastruktūros modernizavimui, modernios įrangos įsigijimui, užtikrinant kokybiškų paslaugų teikimą pacientams<br>▪ 2020 m. vykdytas ir organizuotas sveikatos priežiūros technologijų vertinimas ir valdymas. Susisteminta informacija apie šalies gydymo įstaigose eksploatuojamas 9 rūšių brangias sveikatos priežiūros technologijas ir parengta jų analizės su rekomendacijomis |

2 lentelės tęsinys kitame puslapyje

2 lentelės tęsinys

| **Problema** | **SAM veiklos rezultatai** |
|---|---|
| | ▪ 2020 m. kovo mėn. startavo projektas „ESPBI IS plėtra“, kurio tikslas – didinti ESPBI IS naudotojams sukurtų e. sveikatos sistemos priemonių naudojimo patrauklumą ir gebėjimus jomis naudotis. Pagrindiniai ESPBI IS plėtros projekto uždaviniai:<br>o padidinti ESPBI IS naudojimo patrauklumą modernizuojant egzistuojančius komponentus, sukuriant naujus funkcionalumus ir didinant ESPBI IS greitaveiką<br>o modernizuoti ESPBI IS, sukuriant naujus procesus, susijusius su nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos duomenų tvarkymu |
| Nepakankamas pacientų įtraukimas į jų lūkesčius atitinkančios sveikatos priežiūros kūrimą | ▪ Vykdyta asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės priežiūra pacientų ar jų atstovų skundų pagrindu<br>▪ Buvo tęsiamas šeimos medicinos akreditavimas, tuo stiprinant pirminę ambulatorinę sveikatos priežiūrą, gerinant šeimos gydytojo paslaugų saugą ir kokybę, plėtojant į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros modelį ir skatinant bei palaikant nuolatinį kokybės gerinimą įstaigose |

Šaltinis sudarytas autoriaus pagal: *Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. 2020 metų veiklos ataskaita.* (2021). Prieiga per internetą: https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Administracine_informacija/Veiklos%20ataskaitos/SAM%20VEIKLOS%20ATASKAITA%202020%20METAI.pdf ir *Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. 2021 metų veiklos ataskaita.* (2022). Prieiga per internetą: https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Administracine_informacija/Veiklos%20ataskaitos/2021%20SAM%20VEIKLOS%20ATASKAITA(2).pdf

Žinoma, pandeminė situacija šalyje buvo didžiausias iššūkis sveikatos sistemai pastaraisiais metais, būtent jos valdymui SAM skyrė pagrindinį dėmesį ir resursus, todėl ne visose probleminėse srityse įvyko pokyčių, daugumoje pokyčių mastas nėra pakankamas problemos sprendimo įgyvendinimui. Pandemijos poveikis itin reikšmingai įtakojo paslaugų prieinamumą: „sumažėjo ankstyvosios intervencijos paslaugų prieinamumas ir užtikrinimas nacionaliniu mastu (52 proc. savivaldybių įgyvendino ankstyvosios intervencijos programą), 29 proc. mažiau nei 2019 metais suteikta ekonomiškai efektyvių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, 30 proc. mažiau nei 2019 metais suteikta paslaugų vykdant svarbias prevencines programas“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. 2020 metų veiklos ataskaita, 2021, p.3).

Nepaisant pablogėjusių prieinamumo rodiklių, SAM ataskaitoje nurodoma, kad teigiamų pokyčių pasiekta ambulatorinių paslaugų teikimo organizavime: „2020 metais buvo gerinamas pirminių ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas: išplėtojus slaugytojų kompetencijas – jiems suteikta teisė pagal kompetenciją savarankiškai konsultuoti pacientus. Pakeitus imunoprofilaktikos organizavimo tvarką, ne tik gydytojai, bet ir slaugytojai bei akušeriai gali patys paskirti skiepus ir juos atlikti“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. 2020 metų veiklos ataskaita, 2021, p.25). Nors šis pandeminis etapas, su kuriuo dabar susiduria ne tik Lietuvos, bet ir viso pasaulio sveikatos priežiūros sistema, laikinas, tačiau pacientų požiūriu pandemijos įtakoti paslaugų teikimo pokyčių padariniai, veikiausiai, atsispindės dar pakankamai ilgai, todėl tam tikrais aspektais pacientų vertinimus siekiant nustatyti realių įgyvendintų pokyčių rezultatus, reiktų atidėti.

Apibendrinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimo probleminius aspektus išskiriami tokie problemų gilumą, sprendimų efektyvumo stoką lemiantys faktoriai: aktyvaus bendradarbiavimo užtikrinimas, atsakingų institucijų lyderystė, finansavimo užtikrinimas ar perskirstymas. Finansavimo problematika Lietuvoje sulaukia dėmesio ir pasauliniu lygiu – apie nepakankamą valdžios sektoriaus skiriamų lėšų dydį pasisakė PSO ir Europos Komisija, atkreipusios dėmesį į tai, kad valstybė sveikatos apsaugai skiria per mažai lėšų ir uždeda pernelyg didelę sveikatos sistemos finansavimo naštą gyventojams (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. 2020 metų veiklos ataskaita, 2021, p.3). Pažymėtina, kad „Lietuvoje išlaidos sveikatos priežiūrai yra vienos mažiausių ES. 2017 m. einamosios išlaidos sveikatai sudarė 6,5 proc. BVP (aut. – bendras vidaus produktas) – tai penktas tarp žemiausių lygis visoje ES, gerokai mažesnis nei 9,8 proc. ES vidurkis<…>Be to, tik maždaug du trečdaliai (67 proc.) išlaidų sveikatai finansuojama valstybės lėšomis, t. y. daug mažiau nei vidutiniškai ES (79 proc.). Likęs išlaidų sveikatai trečdalis padengiamas mokėjimais savo lėšomis ir tai yra viena didžiausių santykinių dalių visoje ES“ (Gurevičius, 2020, p.7). Taigi, tolimesni SAM prioritetai turėtų telktis ties finansavimo sistemos tobulinimu, vengiant turimų resursų neracionalaus panaudojimo, siekiant jų perskirstymo maksimalizuojant naudą tiek įstaigoms, tiek pacientams, nepamirštant investuoti ne vien į įrangą, kas savaime neužtikrina kokybės, o į paslaugų organizavimo aspektus bei, pirmiausia - žmogiškuosius išteklius, kvalifikacijos kėlimą (ne vien profesiniu, tačiau ir ne mažiau svarbesniu – į pacientą orientuotų kompetencijų ugdymo – požiūriu), siekiant ne tik techninės, bet ir funkcinės kokybės gerinimo, kuri tikrai neliks neįvertinta svarbiausio sveikatos priežiūros sistemos vieneto – paciento.

## 2.3 Akušerinių paslaugų kokybės vertinimo ypatumai

Akušerija ir ginekologija – viena medicinos mokslo šakų, kurioje dirbančiam specialistui ypatingai svarbu pasižymėti ne vien aukšta profesine kompetencija, bet ir komunikavimo, organizaciniais gebėjimais, turėti tam tikrą empatijos lygį. Kaip pažymi (Chang, Coxon, Portela, Furuta ir Bick, 2018, p. 5) „kai kuriose šalyse, geros komunikacijos gebėjimų kompetencijos (apimant verbalinę, neverbalinę ir rašytinę komunikaciją), yra reikalaujamos medicinos praktikos licencijai gauti“. Itin svarbu gebėti komunikuoti ne vien su gimdyve, bet ir su lydinčiais asmenimis, mokėti priimti sprendimus esant staiga besikeičiančioms situacijoms ir, be abejonės, sėkmingai tokioms situacijoms paruošti pacientę. Vertinant teikiamų paslaugų techninės kokybės užtikrinimo lygį, svarbu paminėti, kad yra parengtos akušerijos diagnostikos ir gydymo metodikos, kurios, kaip buvo minėta anksčiau, ruošiamos ir periodiškai atnaujinamos klinicistų pagal galiojančius geros klinikinės praktikos standartus, visiems specialistams standartizuotos, prieinamos SAM tinklapyje. Sveikatos priežiūros įstaigos nuolat renka duomenis apie atliekamų CPO, atliktų instrumentinių intervencijų – vaisiaus vakuumekstrakcija arba gimdymo užbaigimas replių pagalba – skaičių, epiziotomijų, gimdymo skatinimo atliekant amniotomiją ar medikamentiškai, dažnį ir visi šie rodikliai pakankamai patikimai atspindi būtent akušerinių paslaugų teikimo techninę kokybę. Šie duomenys kasmet skelbiami veiklos ataskaitose, kasmetiniame leidinyje „Gimimų medicininiai duomenys“. Sritis, kuri kelia neaiškumų vertinant teikiamų paslaugų kokybę – funkcinės kokybės užtikrinimo aspektai. Siekiant teikti aukštos kokybės paslaugas, pirmiausia būtina suvokti akušerinių paslaugų teikimo proceso momentus, kurie išskiria šią sritį iš kitų medicinos mokslo krypčių bei lemia papildomus iššūkius gydytojų ir akušerių – pagrindinių paslaugų teikėjų – darbe.

Akušerijoje orientuotos į pacientą priežiūros svarba itin akivaizdi, nes nuo pacientės emocinės būsenos, pasitenkinimo gaunamomis paslaugomis, ryšio su prižiūrinčiais specialistais kokybės tiesiogiai priklauso sėkmingos gimdymo baigties tikimybė. Pagrindinius principus, kuriais turi remtis į pacientą orientuota akušerinė priežiūra, nurodė PSO, kartu įvesdama naują akušerijoje terminą – pagarba grįsta motinystės priežiūra. Taigi, išskirta 12 pagarba grindžiamos motinystės priežiūros principų (WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018, p.21).:

- Netoleruotinas netinkamas elgesys, žala pacientei
- Užtikrinamas privatumas ir konfidencialumas
- Paslaugų teikimas išsaugant moters orumą
- Užtikrinamas informacijos teikimas, informuoto sutikimo gavimas
- Galimybė gauti nuolatinę paramą iš šeimos, bendruomenės

- Užtikrinama fizinės aplinkos bei prieinamų išteklių kokybė
- Teikiant paslaugas užtikrinamas nešališkumas
- Užtikrinama efektyvi komunikacija
- Pagarba moters sprendimams, moterų įgalinimas priimant sprendimus
- Kompetentingų, motyvuotų specialistų prieinamumo užtikrinimas
- Užtikrinama efektyvi nėštumo ir gimdymo priežiūra
- Užtikrinamas priežiūros tęstinumas

Šie 12 principų nukreipti tiek į techninės, tiek į funkcinės paslaugų teikimo proceso kokybės gerinimą, tiekiant prioritetą „holistiniam, žmogaus teisių užtikrinimu paremtam požiūriui" (WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018, p.1). PSO parengtose rekomendacijose akcentuojamas šių principų universalus pritaikymas, nepaisant socialinių, ekonominių, kultūrinių skirtingumų, jais remiantis išskiriamos keturios rekomendacijos, būtinos pozityvios gimdymo patirties užtikrinimui (WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018, p.3).:

1. Pagarba grindžiama motinystės priežiūra
2. Efektyvi komunikacija
3. Galimybė gimdymo metu turėti palydovą/palydovus
4. Priežiūros tęstinumas, apimantis antenatalinį, intranatalinį, postnatalinį laikotarpius (užtikrinamas akušerių)

Nors aiškūs ir savaime suprantami, šie principai praktikoje ne visuomet įgyvendinami, jų įgyvendinimas apsunkinamas tam tikrų aplinkybių, kas sukuria prielaidas specifinių problemų akušerinių paslaugų teikime atsiradimui, šių principų įgyvendinimo vertinimas, besiremiantis pasitenkinimo gautomis paslaugomis iš pacientų perspektyvos nustatymu, retai būna paremtas objektyviu situacijos suvokimu.

Objektyvumo stoką vertinant paslaugas iš paciento perspektyvos lemia individualūs, ženkliai varijuojantys kiekvieno paciento lūkesčiai, poreikiai, vertybės. Akušerijoje objektyvumo stokai prielaidas sudaro tiek antenataliniai veiksniai (pasitenkinimas ambulatorinės priežiūros prieš gimdymą kokybe), tiek gimdymo metu atsiradę (moters psichologinė būsena, nulemta skausmo suvokimo, priešlaikinis gimdymas, gimdymo komplikacijos, skubių intervencijų poreikis, skubus operacinis gimdymo užbaigimas, personalo apkrova gimdymo metu ir kita), pogimdyminio laikotarpio (pogimdyminė depresija, skausmas, epiziotomijos atlikimas, anksčiau nediagnozuota vaisiaus patologija ir kita) veiksniai. Daugumos iš šių veiksnių numatyti neįmanoma, neretai akušerijoje stebimos situacijos, kuomet tiesiog nėra laiko pakankamai aiškiai pacientei suteikti informaciją, pacientės įgalinimas, įtraukimas į sprendimų priėmimą yra ribotas ar gali net apsunkinti akušerinę situaciją dėl uždelsimo. Atsižvengiant į šiuos veiksnius,

retrospektyvus gautų paslaugų kokybės vertinimas akušerijos specialybėje idealiu atveju turėtų būti analizuojamas kompleksiškai, atsižvelgiant į konkrečią buvusią klinikinę situaciją, suteiktų paslaugų rezultatą.

Paciento lūkesčius formuoja ir žiniasklaida, kurioje neretai viešinamos neigiamos moterų gimdymo patirtys ir pacientės atvykdamos į stacionarą gimdymui būna pasirinkusios gynybinę poziciją, kas apsunkina kokybiško ryšio kūrimą su paslaugas teikiančiu personalu. Kitas aspektas, reikšmingai veikiantis gimdymo procesą – palydovo vaidmuo gimdyme. Nors galimybė turėti palydovą yra viena iš įtvirtintų rekomendacijų teigiamai gimdymo patirčiai užtikrinti, ne visuomet palydovo buvimas gimdyme turi teigiamą įtaką gimdymo eigai. Paskutiniu metu tarp gimdyvių vis didesnį populiarumą įgyja dulų, arba kitaip – gimdymo palydovių – paslaugos. Oficialios statistikos, kiek procentų moterų gimdymo palydove ar viena iš palydovų renkasi dulą, nėra, nors jų įtaka moteriai gimdymo metu yra labai reikšminga ir gali apsunkinti gimdyvės komunikaciją su personalu, būtiną teikiamų paslaugų kokybei užtikrinti. Klinikinėje praktikoje tenka susidurti su atvejais, kai medicininio išsilavinimo neturintys gimdymo palydovai apriboja gimdyvės kontaktą su personalu, draudžia atlikti reikalingas, kartais – būtinas intervencijas sėkmingam gimdymo užbaigimui. Žinoma, tokiais atvejai moterų įgalinimo priimant sprendimus principas nėra įgyvendinamas, nukenčia ne tik funkcinė, bet ir techninė paslaugų kokybė. Kaip jau minėta, dėl statistikos trūkumo problemos mastas sunkiai nustatomas. Šie ir kiti paslaugų kokybės vertinimą įtakojantys aspektai sudaro prielaidas kito, neretai grėsmingo motinos ir naujagimio sveikatai, reiškinio atsiradimui – gimdymų namuose skaičiaus didėjimui. Oficialios statistikos, kiek moterų Lietuvoje gimdo namuose, nėra, tačiau pastaruoju metu stacionaruose stebimas apžiūrimų moterų po gimdymo namuose skaičiaus padidėjimas. Patikimos gimdymų namuose statistikos Europoje rasti nepavyko, neoficialiais duomenimis Nyderlanduose namuose gimdo iki 24 proc. moterų ir taip, kaip tikima, didžiausias procentas ES. Jungtinėse Valstijose oficialiais duomenimis „apie 35,000 gimdymų (0,9 proc.) įvyksta namuose“ (The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion, 2020). Žinoma, skaičiai orientaciniai, nes dalis gimdymų į oficialią statistiką nepatenka. Kvalifikuotam gimdymui namuose turėtų talkinti akušeris, be profesionalios gimdymo priežiūros užtikrinantis, kad gimdymo metu būtų laikomasi pagarba grįstos motinystės priežiūros principų.

Dar viena santykinai nauja sąvoka (reiškinys) akušerijoje, turinti įtakos gimdyvių lūkesčiams dėl gimdymo priežiūros, lemianti paslaugų kokybės vertinimo ypatumus – akušerinis smurtas. Šis savo prigimtini teisinis terminas patvirtintas 2007 metais Venesueloje ir apibrėžiamas kaip „medicininio personalo kišimasis į moterų kūnus ir jų reprodukcinius procesus nehumanišku elgesiu ir gydymu, piktnaudžiaujant vaistais, natūralius procesus paverčiant patologiniais kartu sukeliant autonomijos trūkumą ar apribojant galimybes priimti laisvus sprendimus, susijusius su jų kūnu ir seksualumu, o tai turi negatyvų

poveikį tolimesniam moterų gyvenimui" (Perez D'Grigorio, 2010, p.201). Matome, kad šis apibrėžimas prieštarauja visiems pagarba grįstos motinystės priežiūros principams, tačiau kaip ir kitais aspektais akušerijoje, objektyviai nustatyti smurto tokio, koks jis suprantamas akušerijoje, faktą ne visuomet paprasta. Pavyzdžiui, epiziotomija gimdymo metu atliekama esant indikacijų skubiam gimdymo užbaigimui. Procedūra turi būti atlikta greitai, moteris ne visuomet yra būsenoje, kuri pagal informuoto sutikimo gavimo principus yra būtina, kad sutikimas būtų pilnas, informuotumu grindžiamas. Kartais situacija reikalauja intervenciją atlikti ir negavus žodinio pacientės sutikimo. Nors (Perez D'Grigorio, 2010, p.201) pabrėžia, kad „sprendimai turi būti priimami remiantis gerąją akušerinė praktika, klinikinėmis indikacijomis ir įrodymais pagrįsta medicina", gimdyvė, vertinanti gautų paslaugų kokybę, panašioje situacijoje medicininio personalo veiksmus gali interpretuoti kaip akušerinio smurto apraiškas negavus aiškaus jos sutikimo. Esant prielaidų interpretacijoms, pravartu akušerinio smurto sąvoką, jos komponentus išnagrinėti plačiau (žr. 1 pav.) :




*1 pav.* Akušerinio smurto sąvokos komponentai

*Šaltinis sudarytas autoriaus pagal Pérez D'Gregorio R. (2010). Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. International Journal of Gynaecology and Obstetrics,. 111(3), 201–202. doi:/10.1016/j.ijgo.2010.09.002*

Minėtas pavyzdys dėl epiziotomijos atlikimo, jeigu procedūra nebūtų atlikta, būtų laikomas nepakankamo ir nesavalaikio dėmesio esant skubiai akušerinei situacijai apraiška, tačiau, iš kitos pusės, be pacientės išreikšto informuoto sutikimo tai būtų laikoma natūralios gimdymo eigos pakeitimu ir pagrindiniu,

skiriančiu gerąją klinikinę praktiką ir akušerinį smurtą, faktoriumi taptų gimdymo rizikos laipsnio nustatymas, kas taip pat ne visuomet yra lengvai įrodoma aplinkybė. Taigi net ir sukonkretinus, veiklų, kurias galima klasifikuoti kaip akušerinį smurtą, nustatymas itin komplikuotas. Iš kitų išvardintų sąvokos komponentų, Lietuvos akušerinių stacionarų klinikinėje praktikoje aktualiausi - susiję su gimdymo padėties pasirinkimu bei ankstyvo motinos ir naujagimio kontakto užtikrinimu. Absoliuti dauguma moterų Lietuvos akušeriniuose stacionaruose gimdo gulimoje ant nugaros (litotominėje) padėtyje ir nors kitos gimdymo padėtys galimos, tiesiog esti tokia vyraujanti akušerinė praktika ir moterims kitų gimdymo padėčių nesiūloma arba siūloma retai, iniciatyva gimdyti kitoje padėtyje turėtų kilti iš pačios gimdyvės, kas personalo ne visuomet sutinkama palankiai. Kita vyraujanti akušerinė praktika – po CPO naujagimis nėra guldomas motinai ant krūtinės, dažniausiai tik parodomas ir išnešamas į naujagimių skyrių iki operacijos pabaigos, atnešant motinai arba pooperacinio stebėjimo palatoje, arba skyriaus palatoje. Užsienio valstybėse, jei tik nėra medicininių indikacijų kontakto apribojimui, po operacinio gimdymo naujagimis lieka su motina iki operacijos pabaigos. Šių situacijų interpretavimas iš paciento perspektyvos gali būti labai įvairus. Paprastai moterys neturi skundų gimdymo metu, tačiau vėlesniu laikotarpiu, jau esančios skyriuje, išreiškia nepasitenkinimą dėl ankstyvo kontakto su naujagimiu trūkumo. Iš kitos pusės, net esant akivaizdžių medicininių indikacijų, dėl kurių naujagimis kurį laiką privalo būti stebimas skyriuje, neretai motinoms kyla nepasitenkinimas dėl kontakto apribojimų. Kaip jau minėta, kiekviena situacija vertintina individualiai, tačiau vertėtų peržvelgti tam tikras vyraujančias akušerines praktikas siekiant didinti pacientų pasitenkinimą gaunamomis paslaugomis, nes bendram vertinimui reikšmės, priklausomai nuo paciento požiūrio, gali turėti kiekvienas gimdymo priežiūros aspektas.

Gimdymo, nepatiriant nepagarbaus elgesio ar smurto apraiškų, svarbą įtvirtino PSO 2015 metų pareiškime dėl motinos ir vaiko priežiūros paslaugų teikimo, detalizuojant pačias netinkamo elgesio su moterimis gimdymo metu apraiškas: „nepagarbų ir įžeidžiantį elgesį per gimdymą įstaigose apima tiesioginė fizinė prievarta, žodinis smurtas bei pažeminimai, be sutikimo atliekamos medicininės procedūros (įskaitant sterilizavimą), konfidencialumo stoka, negautas pilnai informuotas sutikimas, atsisakymas suteikti vaistus nuo skausmo, privatumo pažeidimai, atsisakymas hospitalizuoti, aplaidi priežiūra po gimdymo sukeliant pavojų gyvybei, komplikacijas, kurių būtų galima išvengti, priverstinis moterų su naujagimiais laikymas įstaigoje po gimdymo dėl nesugebėjimo mokėti už paslaugas“ (The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. WHO statement, 2015, p.1). Kadangi šie principai universalūs, dalis jų labiau taikytina besivystančioms šalims, Lietuvos kontekste aktualiausia – žodinio smurto apraiškos, minėti pilnai informuoto sutikimo gavimo niuansai, vaistų nuo skausmo administravimo ypatumai. Vėlgi, atliekant paslaugų kokybės iš paciento perspektyvos vertinimą, svarbu kaip konkrečią situaciją interpretuoja pacientė, nes esti klinikinių situacijų, kai vaistus nuo skausmo skirti

jau per vėlu (pvz. epidūrinis gimdymo nuskausminimas atliekamas iki aktyvios gimdos kaklelio vėrimosi fazės pradžios, vėliausiai – 6 cm atsidarymo), kartais moterys, kurios atsisakė vaistų nuo skausmo, vėliau pakeičia nuomonę ir jų reikalauja, nors esamoje situacijoje jų skyrimas nebėra tikslingas. Šie ir panašūs gimdymo patirties aspektai sudaro prielaidas neigiamai interpretuoti gimdymo patirtį bei paslaugų suteikimo kokybę vertinti nepalankiai. Taip pat ypatingą dėmesį teikiant paslaugas reiktų skirti moterų grupėms, kurios turi didesnę riziką patirti nepagarbų elgesį, žodinį smurtą. PSO išskiria tokias moterų grupes: „paauglės, netekėjusios, žemo socioekonominio sluoksnio, priklausančios etninėms mažumoms, migrantės, ŽIV infekuotos" (The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. WHO statement, 2015, p.1). Lietuvos gimdymo stacionaruose didžiausia patiriamo nepagarbaus elgesio gimdymo metu rizika tarp romų tautybės moterų, paauglių ar vyresnio amžiaus gimdyvių, narkotines ar psichotropines medžiagas vartojančių moterų. Šių visuomenės grupių atžvilgiu ypatingai svarbu, kad personalas atskirtų savo asmenines preferencijas bendražmogiškiems faktoriams ir remtųsi PSO nuostatomis, profesiniais paslaugų teikimo principais. PSO taip pat nurodo, kokių veiksmų turi būti imtasi, siekiant kovoti su nepagarbaus elgesio ar smurto akušeriniuose stacionaruose apraiškomis (The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. WHO statement, 2015, p.2-3):

- Vyriausybinių struktūrų ir partnerių palaikymas problemos ištyrimo bei nepagarbaus elgesio ir smurto prevencijos veiksmų taikymo srityse.
- Programų, kurių tikslas gerinti moterų sveikatos priežiūrą, iniciavimas, parama bei veiklos tęstinumo palaikymas skiriant ypatingą dėmesį pagarbiai teikiamoms paslaugoms kaip pagrindiniam kokybiškos priežiūros komponentui.
- Moterų teisės į orią, pagarbią sveikatos priežiūrą akcentavimas viso nėštumo ir gimdymo metu.
- Duomenų apie pagarbiai ir nepagarbiai teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas rinkimas, šių duomenų apskaita bei analizė, sveikatos priežiūros darbuotojų mokymai.
- Visų suinteresuotų šalių įtraukimas (taip pat ir pačių moterų), siekiant pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kokybę bei eliminuoti nepagarbaus, smurtinio elgesio apraiškas.

Problemos sprendimas kaip ir kitų sveikatos priežiūros probleminių aspektų atveju privalo būti kompleksinis, įtraukiant visas sveikatos sistemos grandis. Papildomų lėšų poreikis, krūvis, tenkantis sistemai siekiant esminių pokyčių, apsunkina jų įgyvendinimą, tačiau problemos ignoravimas ne tik gilina pačią problemą, bet ir sąlygoja netinkamo personalo elgesio modelio tąsą besikeičiant gydytojų specialistų kartoms.

Apibendrinant, apie kokybės iš paciento perspektyvos užtikrinimą akušerijoje kalbėti itin svarbu dėl neretai stipriai rezonuojančių visuomenėje neigiamos patirties apraiškų paviešinus tam tikrus atskirus

pacientų nepasitenkinimą lėmusius atvejus, kas savo ruožtu stipriai veikia pacienčių lūkesčius, lemia išankstines nuostatas, susijusias su teikiamų paslaugų kokybės užtikrinimu. Plėtojantis į pacientą orientuotai sveikatos priežiūrai, akušerijoje atsirandančios naujos sąvokos, tokios kaip akušerinis smurtas, Lietuvoje dar tik beįsitvirtinanti pagarba grįstos motinystės priežiūros koncepcija, reikalauja peržvelgti esamo paslaugų teikimo proceso funkcinę pusę, ypač atsižvelgiant į tai, kad „nėra visuotinai priimto tarptautinio susitarimo, kaip nepagarba ar smurtas turi būti apibrėžti ir vertinami/matuojami, todėl jų dažnis ir įtaka moterų sveikatai, gerbūviui bei pasirinkimams nėra iki galo žinomi“ (The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. WHO statement, 2015, p.2-3). Atkreiptinas dėmesys į gydytojų specialistų, rezidentų informavimo apie pagarba grįstos motinystės priežiūros principus, poreikį, kadangi didžioji dalis akušerinių stacionarų personalo apskritai nėra susipažinę su šiuo PSO dokumentu, kuriuo, siekiant didinti pacientų pasitenkinimą teikiamomis paslaugomis, remtis privalu. Užtikrinus pakankamą paslaugas teikiančių specialistų informuotumą, reikalingi tyrimai, analizuojantys šių principų įgyvendinimo klinikinėje praktikoje ypatumus ir sėkmę bei pacientų pasitenkinimo paslaugomis pokyčius.

# 3. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖS TYRIMŲ ANALIZĖ

## 3.1 Sveikatos priežiūros kokybės tyrimų analizė pasauliniame kontekste

Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kokybės gerinimas – nenutrūkstamas procesas, vienas pagrindinių kiekvienos valstybės sveikatos sistemos uždavinių. Vyraujant į asmenį orientuotos sveikatos priežiūros koncepcijai, be abejonės, pagrindinis kokybės vertintojas tampa paslaugos gavėjas – pacientas. Paciento kaip pagrindinio paslaugų kokybės vertintojo vaidmenį pabrėžia (Locock ir kt., 2019, p.2), teigiant, kad „pacientų asmeninė patirtis – vienas iš trijų sveikatos priežiūros kokybę apibrėžiančių komponentų, kartu su paciento saugumo užtikrinimo bei klinikinio efektyvumo vertinimu“. (O'Hara ir kt., 2018, p.673) sutinka, kad „pacientas yra svarbus, tačiau neišnaudojamas mokymosi šaltinis“ vertinant paslaugų kokybę. Ypatingai svarbu atkreipti dėmesį į paciento suvokimą apie gautų paslaugų kokybę vertinant paciento pasitenkinimo paslaugomis ryšį su teikiamų paslaugų rezultatais sveikatos būklei, nes kaip teigia (Hudson ir Smith, 2018, p.4662) „yra vis daugiau įrodymų, kad pacientų patirtis koreliuoja su pasekmėmis sveikatai“. Taigi matome, kad iki šių dienų atliekant kokybės tyrimus išlieka aktualus vertinimas, remiantis dar A. Donabediano kokybės dimensijomis (efektyvumas, saugumas, orientacija į pacientą), kokybės vertinimo požiūriu teikiant prioritetą būtent orientuotoms į pacientą sveikatos priežiūros paslaugoms.

Siekiant nustatyti paslaugų teikimo kokybės spragas, kurti ilgalaikius strateginius sveikatos priežiūros sistemos tobulinimo tikslus, svarbūs kokybės įvertinimo tyrimų rezultatai ne vien valstybės viduje, bet ir geografiniame regione bei pasauliniu mastu. Tik analizuojant kokybės suvokimo, pacientams svarbių kokybės faktorių skirtingumus tarp šalių, galime perimti geruosius pavyzdžius bei nusistatyti tobulintinas sveikatos priežiūros kokybės gerinimo sritis. Kasmetinį tarptautinį sveikatos priežiūros sistemų ir paslaugų kokybės palyginimą atlieka Briuselyje įsikūrusi organizacija „Health Consumer Powerhouse“. Pirmą kartą plataus masto palyginimas buvo atliktas 2005 metais, šiuo metu palyginime dalyvauja 35 Europos valstybės. Duomenys sisteminami remiantis oficialia šalių pateikiama statistika, pacientų apklausomis ir nepriklausomais tyrimais, kuriuos atlieka pati organizacija. Vertinami rodikliai parinkti iš penkių vartotojams svarbiausių krypčių: pacientų teisių ir informacijos bei elektroninės sveikatos (toliau - e. sveikatos), gydymo laukimo laiko, rezultatyvumo, paslaugų ir vaistų prieinamumo, prevencinių priemonių užtikrinimo (Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2018 Report, 2019, p.93). Kiekvienas rodiklis vertinamas balais, šalies sistemos vertinimas pateikiamas bendru pasiektų balų skaičiumi kiekvienoje vertinamų sričių (pavyzdžiui, maksimalus balų skaičius sričiai „pacientų teisės“ – 125 balai, sričiai „gydymo laukimas“ - 225 balai, „paslaugų prieinamumas“ – 125 balai). Visgi, paskutiniai

skelbiami šio palyginimo duomenys - priešpandeminio lygio (2018 metų), nes vertinant užsitęsusią pandeminę situaciją didelė duomenų iškraipymo tikimybė ir artimiausiu metu surinktų duomenų vertinimas nėra tikslingas, nebent vertintinas tik iš pandeminės situacijos perspektyvos. Remiantis Health Consumer Powerhouse ataskaita, pacientų teisės tarp lyginamų šalių geriausiai užtikrinamos Norvegijoje bei Nyderlanduose (maksimalus balų skaičius ties kiekvienu matuojamu rodikliu). Aukščiausią įvertinimą lemia tai, kad šiose šalyse pacientų organizacijų atstovai įtraukiami į politinių sprendimų priėmimą, turi teisę į antrą nuomonę ir gali susipažinti su savo medicininės kortelės įrašais, joje gerai išvystytos e. sveikatos paslaugos. Šioje šalyje taip pat egzistuoja ne tik licenciją turinčių gydytojų registras, bet ir paslaugų teikėjų katalogas su jų teikiamų paslaugų įvertinimais, pacientai bet kuriuo paros metu gali gauti sveikatos priežiūros specialisto konsultaciją, dauguma šeimos gydytojų savo pacientų duomenis kaupia elektroninėse medicininėse kortelėse, o gydymas užsienyje yra finansuojamas iš bendro sveikatos draudimo fondo. Lietuvos sveikatos priežiūros sistema pacientų teisių apsaugos ir e. sveikatos srityje taip pat yra vertinama gan gerai (104 balai iš 125), tačiau bendras balas nukenčia dėl vis dar nepakankamai išvystytų e. sveikatos paslaugų - elektroninės medicininės kortelės, registracija, receptai. Tobulinti reikėtų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų pasirinkimo skaidrumą, turėtų būti geresnės sąlygos piliečių gydymo finansavimui užsienio šalyse. Prasčiausiai pacientų teisių užtikrinimo ir e. sveikatos klausimais įvertinta Albanija ir Graikija.

Vertinant gydymo laukimo laiką maksimaliu balų skaičiumi įvertinta Šveicarija, Lietuva taip pat įvertinta gal neblogai, tačiau, lyginant su kitomis šalimis, Lietuvoje neužtikrinta galimybė šeimos gydytojo konsultaciją gauti skundų atsiradimo dieną, kas kitų šalių kontekste lemia prastesnį įvertinimą. Šioje kategorijoje prasčiausiai įvertinta Airija. Palyginimui, Lietuvos kaimyninės šalys – Latvija, Lenkija - abiejose aptartose kategorijose įvertintos kiek prasčiau, Estija abiejose kategorijose vertinama geriau ir beveik maksimaliu balu pacientų teisių ir e. sveikatos užtikrinimo kategorijoje.

Gydymo rezultatų kategorijos vertinimui šio tyrimo modelyje pasirinkti 9 rodikliai, kuriuos mažiausiai įtakoja aplinka ir gyvenimo būdas, o labiau - sveikatos paslaugų teikimo procesas. Šių rodiklių lyginamasis svoris visame vertinimo modelyje esti didžiausias - 300 balų. Geriausius rezultatus jau eilę metų demonstruoja Šveicarija ir Suomija, surinkusios po 278 balus. Lietuva, kartu su Lenkija ir Bulgarija, įvertinta 167 balais, prasčiau pagal šiuos vertinimo rodiklius vertintos Albanija, Vengrija, Malta, Šiaurės Makedonija, prasčiausias rodiklis jau daugelį metų išlieka Rumunijoje. Lietuva prasčiausiai įvertinta farmacinio prieinamumo kategorijoje, kurioje mažiau balų surinko tik Rumunija ir Albanija. Suminiame visų rodiklių vertinime Lietuva užima 28 vietą tarp 35 lygintų Europos valstybių, stebimas pakilimas iš 31 vietos 2017 metais (Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2018 Report, 2019). Šis palyginamasis tyrimas vienintelis tokio plataus masto tyrimas, kurio duomenys oficialiai naudojami sveikatos sistemos funkcionavimo palyginimui tęstiniu požiūriu. Visgi paminėtina, kad duomenų šaltinis

nėra vien pacientų požiūris, kas iš vienos pusės suteikia rezultatams objektyvumo, tačiau patikimai neatskleidžia orientacijos į pacientą reikšmės vertinant ir lyginant skirtingų Europos šalių sveikatos priežiūros sistemas. Remiantis šio palyginamojo tyrimo duomenimis, nagrinėjant probleminius sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo aspektus, derėtų paminėti ir farmacinį prieinamumą, apimantį naujai rinkoje esamų vaistų prieinamumą pacientams, vaistų naudojimą lėtinių ligų ir būklių atvejais.

Lietuvoje palyginamųjų tyrimų kuriuose būtų vertinama sveikatos priežiūros paslaugų kokybė pacientų požiūriu beveik nėra. Vienas tokių tyrimų lygino ir vertino pacientų pasitenkinimą teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybe dešimtyje Europos - tarp kurių tirtos ir kaimyninės – valstybių (Jankauskienė, 2012). Tyrime pabrėžiama, kad Lietuvoje (kaip ir Estijoje, Izraelyje, Airijoje, Čekijoje, Ispanijoje, Slovėnijoje) „atliekami pavieniai pasitenkinimo tyrimai nacionaliniu arba atskirų asmens sveikatos priežiūros įstaigų lygmeniu“ (Jankauskienė, 2012, p.85), tuo tarpu JAV, Kanadoje, Didžiojoje Britanijoje, Danijoje, Norvegijoje, Nyderlanduose pasitenkino stebėsena nuolatinė, sisteminga. Veikiausiai stebėsenos tęstinumas lemia gerus minėtų pastarųjų Europos žemyno šalių reitingus palyginamosiose Euro Health studijose, kas tik nurodo pacientų pasitenkinimo reikšmingumą kokybės gerinimo procesuose. Šio tik pacientų pasitenkinimą vertinančio palyginamojo tyrimo metu nustatyta, kad „du trečdaliai ES gyventojų (70 %) sveikatos priežiūros sistemą savo šalyje vertina teigiamai. Lietuvoje taip manančių gyventojų yra tik 40%<...>šiek tiek geriau nei Latvijos gyventojai (37%) ir Rumunijos gyventojai (25%)“ (Jankauskienė, 2012, p.87-88). 2017 metais pasitikinčių sveikatos priežiūros sistema gyventojų skaičius augo ir siekė 53 proc. (Šalies gyventojų nuomonės tyrimas dėl sveikatos apsaugos, 2017, p. 6). Prasčiau nei Europos gyventojų vidurkis, Lietuvos gyventojai įvertino ir ligoninių paslaugų, specializuotų ambulatorinių paslaugų kokybę, šeimos gydytojų paslaugas (Jankauskienė, 2012). Nors gerėjantys, šie rodikliai ir šiandien atsilieka nuo Europos vidurkio, kas neprieštarauja palyginamosios analizės duomenims, kurioje Lietuva, kaip minėta, užima 28 vietą iš 35 palyginime dalyvaujančių valstybių. Veiklą koordinuojančių institucijų lyderystės stoka, nepakankamai aktyvus pacientų įtraukimas į sprendimų priėmimą, nuolatos ir sistemingai nevykdomos pacientų apklausos lėtina kokybės gerinimo procesus, dėl ko stebimas vangus pacientų pasitenkinimo rodiklių pokytis.

Analizuojant sveikatos priežiūros kokybės tyrimus, kuriuose giliau nagrinėjami specifiški pacientams svarbūs kokybės aspektai, pirmiausia susiduriama su techninės ir funkcinės kokybės vertinimo sunkumais. Techninė kokybė medicinoje kaip aukštos kvalifikacijos reikalaujančioje profesinėje srityje, kurioje vietos klaidoms nėra, be abejonės, turi didelę reikšmę, tačiau pacientams, kaip nurodo (Gourevitch ir kt., 2017, p.121,124) tiriant akušerines pacientes, techninė kokybė anaiptol nėra prioritetas nei renkantis gydymo įstaigą, nei vertinant savo gydymo patirtį konkrečioje įstaigoje: „tyrimo tikslas buvo suprasti spragą tarp to, kad moterys aktyviai dalyvauja savo gydyme, kokybės rodiklių duomenys yra prieinami, tačiau

renkantis gydymo įstaigą tik nedaug pacienčių šiais rodikliais remiasi<…>panašu, kad kokybę moterys supranta labiau holistiniu požiūriu“. Taigi, daugumoje tyrimų ir ypač tam tikrose sveikatos priežiūros srityse – dažniausiai chirurginėse - nagrinėjamas pacientų požiūris arba į techninės kokybės rodiklius kaip nurodo (Alguren, Jernberg, Vasko, Selb ir Coenen, 2021, p.1) – „kokybės standartai kardiovaskulinėje srityje orientuoti į procesą (t. y. gydymą) ir su organizmo funkcijomis susijusius procesus“, arba funkcinės – „kokybės tyrimai per siauri, per daug pabrėžiant sveikatos priežiūros kokybę tik tiek, kiek tai susiję su funkciniu paslaugų aspektu“, ypač mažiau išsivysčiusiose šalyse (Endeshaw, 2021, p.106). Orientavimasis vien į kurią nors (techninę ar funkcinę) paslaugų teikimo pusę sukelia nepasitenkinimą tarp pacientų: „sveikatos priežiūra buvo sutelkta į išmatuojamas vertes ir biomedicininius tyrimus<...>mažai galimybių paciento įsitraukimui, menkas informacijos suteikimas, suboptimali priežiūros koordinacija kėlė pacientams nereikalingumo jausmus kol jie stengėsi rasti pusiausvyrą savo kasdieniniame gyvenime“ (Lilleheie, Debesay, Bye ir Bergland, 2020, p.1). Kaip teigia (Bellio ir Buccoliero, 2021, p.180), iki tol atliktuose tyrimuose „trijų pagrindinių paciento patirtį lemiančių faktorių (aplinka, santykis, paciento įgalinimas) tarpusavio sąveikos analizė nebuvo iki šio įgyvendinta“. Aplinka (palatos, procedūriniai kabinetai, įranga) atspindi techninę paslaugų teikimo proceso kokybę, paciento santykis su medicinines paslaugas teikiančiu personalu - funkcinę, o jo įtraukimo į priimamus sprendimus laipsnis neretai būna techninės ir funkcinės kokybės sintezės išdava. Visa tai ir lemia paciento pasitenkinimą paslaugomis, tačiau nagrinėjami atskirai šie faktoriai analizei yra mažiau vertingi negu nagrinėjant juos tarpusavio ryšyje. Analizuodami šiuo ryšius, (Bellio ir Buccoliero, 2021, p.176) atliko didelės imties kokybinį tyrimą ir nustatė, kad „paciento suvokiama fizinės aplinkos kokybė turi svarbų poveikį paciento patiriamam pasitenkinimui paslaugų kokybe, suvokiama paciento įgalinimo proceso, santykio pacientas-gydytojas kokybė tarpininkauja aplinkos svarbai bendros patirtos kokybės vertinime jį pastiprindami“. Tokios tyrimo išvados tik suponuoja būtinybei į kokybę žvelgti kaip į holistinį reiškinį, apimantį daugelį paciento buvimo sveikatos priežiūros įstaigoje momentų.

Kaip jau pastebėta, literatūroje naudojamos kelios pacientų patirtį gydymo įstaigoje apibūdinančios sąvokos - paciento suvokiama ir patirta kokybė bei paciento pasitenkinimas gautomis paslaugomis. Šias sąvokas pakankamai aiškiai atskiria (Larson, Sharma, Bohren ir Tuncalp, 2019, p.654): „paciento pasitenkinimas yra jo patirtos priežiūros kokybės rezultato kriterijus apimantis rezultatą sveikatos būklei ir pasitikėjimą sveikatos priežiūros sistema plačiąją prasme. Paciento kokybės patyrimas gali turėti tiesioginę įtaką pasitenkinimui bei netiesioginę per poveikį paciento lūkesčiams, poreikiams, vertybėms, kurios savo ruožtu gali įtakoti pasitenkinimą paslaugomis“. Dar daugiau, svarbu skirti pasitenkinimo gautomis paslaugomis ir suvokiamos bei patirtos kokybės rodiklius dėl to, kad jais iš esmės vertinami skirtingi sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo procesai: „paciento patirtos kokybės rodikliai gali būti naudojami

kokybės įvertinimui, pasitenkinimo paslaugomis – paciento ar bendruomenės atsakui į pokyčius, bet ne faktinių pokyčių vertinimui“ (Larson ir kt., 2019, p. 654). Siekiant nusistatyti, kurie rodikliai naudotini tam tikru atveju, (Larson ir kt., 2019, p, 656) teigia, kad būtina išgryninti norimus pasiekti tikslus: „Nors abi priemonės gali būti naudojamos didinant sveikatos priežiūros atskaitingumą, turi būti aišku ar atskaitomybės tikslas yra teikti aukštos kokybės priežiūrą (vertintina paciento patirtis), ar reaguoti į pacientų lūkesčius (pasitenkinimo paslaugomis vertinimas)“. Atsižvelgiant į naujausiame kokybiškos sveikatos priežiūros apibrėžime akcentuojamą būtinybę sveikatos priežiūros paslaugas orientuoti į pacientą, jo vertybes, dauguma tyrimų šiuo metu nukreipiami būtent į kokybės gerinimą, paslaugų teikimo pokyčius atsižvelgiant į paciento lūkesčius, todėl ir šio darbo tikslas – vertinti pacienčių pasitenkinimą paslaugomis, pateikiant galimų pokyčių, labiau orientuotų į asmens lūkesčių patenkinimą, rekomendacijas.

Atlikus pacientų pasitenkinimo gaunamomis sveikatos priežiūros paslaugomis tyrimų analizę, nustatyta pagrindinė žemą pasitenkinimo lygį įvairiose šalyse lemianti problema – komunikacijos tarp gydytojo ir paciento sunkumai. Jungtinėje Karalystėje atlikto didelės imties tyrimo metu (imtis 858 351 pacientai) nustatyta, kad vertinant paslaugų kokybę būtent „sistemos reagavimas į paciento poreikius ir ryšys su gydytoju labiausiai veikė paciento pasitenkinimą paslaugomis. Kitų vertintų aspektų įkata buvo minimali ar jos išvis nebuvo“ (Hudson ir Smith, 2018, p.4647). Kito Jungtinėje Karalystėje atlikto tyrimo metu pacientai identifikavo tris komunikacijos spragas: „personalo su pacientu, personalo tarpusavyje ir paciento su personalu pirmąją minint dažniausiai ir įvardijant kaip daugiausiai nesaugumo keliančią“ (O’Hara ir kt., 2018, p.678). Nesaugumo jausmas, be abejonės, blogina pasitenkinimo paslaugų kokybe rodiklius, sukelia nemenką diskomfortą ypatingai pažeidžiamiausių grupių pacientams. Analizuojant onkologinėmis ligomis sergančių pacientų patirtį gydymo metu, gydytojų komunikacija su pacientais buvo įvardinta kaip pagrindinis probleminis aspektas. „Kalbant apie gydytojų bendravimo įgūdžius nustatytos šios probleminės potemės: paciento ir/ar šeimos įtraukimas į gydymo procesą (41%), informacijos pateikimo būdas (18%), priežiūros koordinavimo trūkumas (15%), medicininio žargono naudojimas (10%), paciento poreikių paisymas (8%) ir požiūrio iš paciento perspektyvos stoka (8%)“. To paties tyrimo metu „pacientai pažymėjo, kad aktyvus jų įtraukimas į gydymo procesą ir atsižvelgimas į specifinius paciento poreikius buvo labiausiai laukiami gydymo ligoninėje metu faktoriai kartu su į pacientą orientuota komunikacija su prižiūrinčiu gydytoju“ (Odai-Afotey ir kt., 2020, p.1649). Kita pažeidžiama pacientų grupė – gerontologiniai pacientai – pažymėjo, kad „bloga komunikacija<…>ribotas įtraukimas į sprendimų priėmimą, nepilnas informacijos suteikimas<...>sukėlė nereikalingumo jausmą“ (Lilleheie ir kt., 2020, p.1). Kaip matome, įvairiuose tyrimuose minimi iš esmės tie patys bendravimo sunkumai, pacientai į bendravimą žiūri kaip į platų, daug skirtingų aspektų apimantį procesą, kur svarbus vaidmuo vertinant visa medicininį personalą tenka, pirmiausia, gydytojui. Tiriant pažeidžiamas pacientų grupes svarbu paminėti, kad

„pacientai, reaguodami į neigiamas patirtis, linkę aktyvuoti savisaugos mechanizmus, kas ypač pasakytina apie sunkiomis ligomis sergančiuosius, kurių liga didina neigiamą gydymo patyrimą“ (Crisafulli, Wasil, Singh ir Benoit, 2019, p.13). Sveikatos priežiūros specialistai šioms grupėms dėl papildomai ligos apsunkintų bendravimo sunkumų suvokimo turėtų skirti daugiau dėmesio visuose bendravimo proceso etapuose.

Komunikacijos problemą pagilino bei pacientų pasitenkinimą paslaugomis stipriai paveikė nuo 2019 metų besitęsianti pandemija. Pastaruoju metu būtent šios situacijos įtaka sveikatos priežiūros sektoriui mokslinėje literatūroje nagrinėjama labiausiai. Visgi, tyrimų, nagrinėjančių pasitenkinimą nuotoliniu būdu teikiamomis paslaugomis – nuotolinės šeimos gydytojų, gydytojų specialistų konsultacijos - rezultatai prieštaringi. (Deriba ir kt., 2020), (Itamura ir kt.,2021) nurodo, kad pasitenkinimas paslaugų kokybe reikšmingai sumažėjo, blogėjo paslaugų prieinamumas, (Maher, Hess, Edwards ir Allen, 2021) nurodo, kad pacientų pasitenkinimas paslaugų kokybe priklausė nuo konkrečios vertintos specialybės (blogesni įverčiai reabilitologinių, skausmo klinikų pacientų, tuo tarpu onkologiniai pacientai buvo patenkinti paslaugų kokybe), (Kludacz-Alessandri ir kt, 2021), (Pinar ir kt., 2021), (Laydield ir kt., 2020) teigia, kad pacientai buvo patenkinti nuotoliniu būdu teikiamomis paslaugomis ir skirtumo tarp bendravimo kokybės nuotolinės konsultacijos metu lyginant su konsultacija, teikiama gydytojo kabinete, nenurodė. Iš tiesų telemedicina gali padėti spręsti paslaugų prieinamumo problemas, kas ypatingai aktualu mažiau išsivysčiusioms šalims, tačiau esant tokiems įvairialypiams rezultatams juos derėtų vertinti atsargiai, o telemedicinos galimybių diegimą kasdieninėje praktikoje vykdyti palaipsniui, toliau atliekant pacientų pasitenkinimo tyrimus, apimant daugiau pasitenkinimą lemiančių rodiklių.

Siekiant visapusiško paslaugų kokybės gerinimo, svarbu įvertinti ir gydytojų požiūrį į teikiamų paslaugų kokybę. Paskutiniu metu įsitvirtinant į pacientą orientuotam požiūriui, vis dažniau pamirštami paslaugos teikėjai, jų poreikiai, kokybės vertinimas būtent iš jų perspektyvos. Įdomu tai, kad vienos Lenkijoje atlikto studijos metu, kurioje tirtas techninės ir funkcinės kokybės faktorių vertinimas sveikatos priežiūros darbuotojų požiūriu, „funkcinė kokybė buvo įvertinta kiek aukščiau už techninę, kas rodo, kad darbuotojų nuomone pacientams svarbus aukštas paslaugų sutiekimo lygis plačiąją prasme, o ne tik medicininio patarimo gavimas“ (Chmiel, 2019, p.11). To paties tyrimo metu apklausti sveikatos priežiūros paslaugų teikimo įstaigų administratoriai nurodė svarbiausias, jų požiūriu, kokybiškos sveikatos priežiūros ypatybes: „komunikacija, saugumo užtikrinimas, patirtis, personalo kvalifikacija, paciento supratimas ir paslaugų prieinamumas“ (Chmiel, 2019, p.13). Taigi, gydytojai suvokia bendravimo, į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros svarbą, tačiau, ypač vyresnės kartos sveikatos priežiūros specialistams neretai pritrūksta elementarių komunikacijos su pacientais įgūdžių, komunikacijos lygį įtakoja darbo krūvis, atlygio klausimai, ne mažiau svarbu ir bendravimo stilius personalo viduje. Saudo Arabijoje atliktas tyrimas

atskleidė, kad „pasitenkinimas darbu ir suteikiamų paslaugų kokybė stipriai viena su kita susiję. Tarp sveikatos priežiūros specialistų pasitenkinimas darbu žemas<…>ypač dėl prasto valdymo (40%), didelio darbo krūvio (23%), stresinių situacijų darbe (12,4%)“ (Halawani, Halawani ir Beyari, 2021, p.1873-1874). Gydytojo, kaip paslaugos teikėjo svarbą paslaugos teikimui ir kokybės vertinimui pabrėžia ir (Taha, Skerhakova, Zaid ir Kmec, 2021, p.155), atlikę sveikatos priežiūros sektoriaus darbuotojų apklausas trijose skirtingose valstybėse: Italijoje, Slovakijoje bei Izraelyje. Pakankamai skirtingų valstybių tiek socioekonominiu, tiek kultūriniu aspektais darbuotojai pateikė panašius atsakymus, kad siekiant užtikrinti paslaugų kokybę, pacientų saugą, didinti pacientų pasitenkinimą gautomis paslaugomis, „svarbus darbuotojų įsitraukimas, kurį veikia<…>galimybės tobulintis, panaudoti savo įgūdžius<…>geri, draugiški santykiai tarp darbuotojų, užtikrintumas dėl darbinės pozicijos“. Kaip matome, kokybės užtikrinimas, jo suvokimas turėtų būti platus, prasidedantis nuo sveikatos priežiūrą koordinuojančių struktūrų, įtraukiantis įstaigas, atsižvelgiantis į darbuotojų poreikius ir, žinoma, orientuotas į pacientą.

Apibendrinant, palyginamieji sveikatos priežiūros sistemos tyrimai atskleidžia poreikį tobulinti daugelį asmens sveikatos priežiūros sričių, ypatingą dėmesį skiriant farmaciniam prieinamumui, kitų valstybių kontekste, nemažai pokyčių reikėtų įgyvendinti pacientų teisių užtikrinimo klausimais, tobulinti e. sveikatos veiklą. Paslaugų kokybės vertinimui reikšmingi pacientų pasitenkinimo gaunamomis paslaugomis tyrimai, kuriuose pagrindine sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo problema įvardijama kokybiško bendravimo tarp gydytojo ir paciento stoka. Daugiau tyrimų reikalinga atlikti siekiant įvertinti ne tik atskirų faktorių įtaką kokybės suvokimui iš paciento perspektyvos, bet ir siekiant išaiškinti šių faktorių tarpusavio ryšius bei įtaką suminiam pasitenkinimo paslaugomis vertinimui. Siekiant išspręsti paciento ir gydytojo bendravimo problemą, ne mažiau nei orientacija į pacientą, jo lūkesčių, poreikių suvokimas, svarbus ir gydytojo poreikių įvertinimas, nes kaip teigia (Halawani ir kt., 2021, p.1878) „sveikatos paslaugų teikėjų pasitenkinimas darbu laikomas vienu iš svarbiausių kriterijų, vertinant teikiamos priežiūros kokybę ir sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumą“. Galiausiai, tiek pacientams, tiek gydytojams pastaruoju metu teko prisiderinti prie pasikeitusių darbo sąlygų užsitęsus koronaviruso pandemijai. Reikšmingai sveikatos priežiūros organizavimą paveikė nuotolinių konsultacijų poreikis, lėmęs naujų iššūkių paciento - gydytojo bendravimui, pacientų pasitenkinimo paslaugomis vertinimui, atsiradimą. Tyrimų, analizuojančių pacientų pasitenkinimą nuotoliniu būdu teikiamomis paslaugomis, rezultatai prieštaringi, todėl tvirtas išvadas vertinant tokių konsultacijų ilgalaikį poreikį bei naudą daryti dar anksti, reikalini didesnių imčių, palyginamieji tyrimai, siekiant objektyviai įvertinti telemedicinos reikšmę ir vietą sveikatos priežiūroje. Visgi, kadangi dalis sveikatos priežiūros paslaugų artimiausiu metu, panašu, liks teikiama nuotoliniu būdu, sveikatos priežiūros organizatoriai, koordinatoriai privalo ieškoti sprendimų, kurie didintų pacientų pasitenkinimą paslaugų kokybe kiek pasikeitusiomis paslaugų teikimo sąlygomis.

## 3.2 Paslaugų kokybės tyrimų analizė sveikatos priežiūros sektoriuje Lietuvoje

Lietuvos sveikatos priežiūros sektoriuje laikomasi PSO ir EBPO nuostatos, kad vertinant teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pagrindinio vertintojo vaidmuo tenka tiesioginiam paslaugos gavėjui – pacientui. Kaip buvo aptarta anksčiau, įstaigų veikla vertinama daugeliu techninės kokybės rodiklių, tokių kaip lovų užimtumas, operacinių užimtumas, stacionarinio gydymo laikas, suteiktų paslaugų kiekis, tačiau tik pacientai gali suteikti informacijos apie funkcinę paslaugų teikimo kokybės užtikrinimo pusę, o būtent funkcinės kokybės rodikliai lemia įstaigų konkurencingumą, padeda pasiekti vieno pagrindinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tikslų – orientacijos į pacientą. Kadangi šio darbo tikslas - pacientų pasitenkinimo paslaugomis vertinimas, o techninės kokybės rodikliai ir jų analizės ypatumai aptarti kitose darbo dalyse, analizuojant kokybės tyrimų duomenis bus telkiamasi į paciento perspektyvą vertinant gautų paslaugų kokybę.

Pacientų apklausas, ministro įsakymu, tiek stacionaruose, tiek ambulatorinėje grandyje, įpareigotos vykdyti pačios sveikatos priežiūros įstaigos, pateikiant pacientams SAM patvirtintą vertinimo anketą. Tokių apklausų trūkumas – klausimai yra bendro pobūdžio, neatskleidžia funkcinės kokybės ypatumų, pacientui rūpimų paslaugų teikimo proceso aspektų. Nacionaliniu mastu atliekami pavieniai sveikatos priežiūros kokybės tyrimai, taip pat atskleidžiantys tik bendras tendencijas. Išsamesni kokybės vertinimai, analizuojantys pacientams rūpimus kokybės aspektus - atskirų mokslinių darbų tyrimų objektas, kas sukuria grįžtamojo ryšio trūkumo problemą, kadangi sveikatos priežiūros specialistams retai suteikiama galimybė susipažinti su tyrimų duomenimis. Paminėtinas Lietuvoje vykdomų tyrimų ypatumas – absoliuti dauguma atliekamų tyrimų kiekybiniai, kas apsunkina individualių variacijų analizę kokybės aspektų vertinimo klausimais, tuo tarpu pasauliniu mastu atliekant literatūros analizę pastebėta, kad pacientams rūpimus kokybės klausimus atskleisti bandoma atliekant kokybinius tyrimus arba derinant kiekybinius ir kokybinius tyrimo metodus.

Didelio masto gyventojų nuomonės tyrimas, nagrinėjant sveikatos priežiūros klausimus, buvo atliktas 2017 metais. Apklausta 1009 respondentų, kurių amžius 18 - 75 metai. Nustatyta, kad „53 proc. (aut. - apklaustųjų) pasitiki sveikatos priežiūros sistema (4-5 balai)<…>sveikatos apsaugos kokybė atitinka lūkesčius 51 proc. apklaustųjų“ (Šalies gyventojų nuomonės tyrimas dėl sveikatos apsaugos, 2017, p.8). Tarp nepasitikėjimą keliančių veiksnių įvardinta korupcija (28 proc. respondentų), 10 proc. apklaustųjų paminėjo nesusikalbėjimo problemą, 9 proc. nurodė, kad jų nepasitikėjimą bei nepasitenkinimą lemia pagarbos pacientui trūkumas. 20 proc. nepasitenkinimo šaltiniu įvardijo dideles eiles pas gydytojus. Taigi, ryškėja kelios problemos: bendravimo gydytojas – pacientas kokybė, organizaciniai aspektai – didelės eilės.

Pastarąją problemą kaip vieną pagrindinių nurodė ir 55 proc. 2018 m. Valstybės kontrolės užsakymu atlikto tyrimo respondentų (Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą, 2018). Tas pats tyrimas atskleidė, kad pacientams svarbi ir techninė paslaugų teikimo proceso kokybė: „prašyta nurodyti svarbiausius sveikatos priežiūros paslaugų kokybę lemiančius kriterijus<…>paslaugų kokybę labiausiai sieja su medicinos personalo profesionalumu (52 proc. respondentų) ir veiksmingu gydymu (55 proc.)“ (Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą, 2018, p.29). Organizacines problemas kaip vienas, lemiančių pacientų nepasitenkinimą teikiamomis paslaugomis, nurodė ir (Kavalnienė, 2019, p.97) tyrime dalyvavę pacientai: „dauguma apklausoje dalyvavusių respondentų manė, kad per ilgai laukia vizito pas šeimos gydytoją“, nors pacientai, panašu, atskiria organizacinių problemų buvimą nuo pačių paslaugų kokybės, kadangi „tarp atskirų sveikatos apsaugos sistemos grandžių labiausiai pasitikima šeimos gydytojais – dauguma (72 proc.) nurodė pasitikintys šia grandimi“ (Šalies gyventojų nuomonės tyrimas dėl sveikatos apsaugos, 2017, p.7). Visgi pasitikėjimas medicininiu personalu pastaruoju metu tarp pacientų ir gyventojų sumažėjo, naujausių tyrimų duomenimis Lietuvoje medicininiu personalu pasitiki 63 proc. apklaustųjų ir tai yra 17 proc. mažiau už ES vidurkį (80 proc.). Nepaisant sumažėjusio pasitikėjimo, „nors visoje ES vidutiniškai sveikatos apsauga visada buvo įvardijama kaip viena svarbiausių problemų, šiuo metu jos aktualumas išaugo beveik dvigubai. 44 proc. vidutiniškai ES ir 40 proc. Lietuvos piliečių ją laiko svarbiausia problema“ (Degutis, 2021, p. 4,6). Išaugusi sveikatos apsaugos sektoriaus svarba ir sumažėjęs pasitikėjimas veikiausiai nulemti koronaviruso pandemijos ir, ypač jos pradžioje, nukentėjusio paslaugų prieinamumo bei poreikio sveikatos apsaugos sistemai greitai adaptuotis, pasitikti naujus iššūkius. Kaip matome, didelio masto tyrimai yra bendro pobūdžio, retai apima ir išsamiai nagrinėja problemas, kurios pacientams rūpi labiausiai, trūksta naujausių duomenų, nors pandeminiu ir popandeminiu laikotarpiu rezultatų vertinimo tikslingumas, rezultatų reprezentatyvumas sveikatos apsaugos sistemos požiūriu vertintinas atsargiai.

Atliktoje nacionalinės reikšmės tyrimų apžvalgoje pastebėta, kad be didelių eilių pas gydytojus, pacientai įvardija ir kitą jiems rūpimą probleminį aspektą – bendravimo ypatumus su sveikatos priežiūros specialistais, kurį reikalinga išnagrinėti išsamiau. (Štaras ir kt., 2013, p.27) teigia, kad „pacientas labiau vertina ne tai, kaip organizuojama paslauga ir koordinuojama gydymo proceso eiga, bet labiau akcentuoja emocinį ir psichosocialinį sveikatos priežiūros aspektus. Jam svarbu dėmesys, pagarba, konfidencialumas, privatumo išsaugojimas, atjauta, bendravimas ir atvirumas“. Atlikę tyrimą šie mokslininkai nustatė, kad „respondentai gerai vertina teikiamas paslaugas etikos, fizinės aplinkos reikalavimų ar mokslo ir geriausios praktikos aspektais, tačiau akcentuoja informacijos trūkumo ir bendradarbiavimo problemas“ (Štaras ir kt., 2013, p.32). Informacijos trūkumo, jos teikimo pacientams priimtinu būdu spragas įvardino (Bubnienė ir Ruževičius, 2010, p.7): „beveik trečdalis tirtų pacientų tvirtino, kad gydytojai dažniau suteikia ne visą

informaciją negu visą, o 27 proc. respondentų tvirtino, kad gydytojai niekada nesuteikia visos informacijos. 35 proc. pacientų teigė, kad gydytojai tik „kartais tariasi“ su jais dėl išrašomų vaistų“. Matome, kad tiek informacijos teikimo, tiek paciento įtraukimo spragos aktualios nuo tada, kai tyrimai nagrinėjantys kokybę iš pacientų perspektyvos dar tik buvo bepradedami vykdyti ir situacija iš esmės keičiasi labai vangiai. 2018 metais atliktame tyrime, kuriame buvo apklausiami kardiologiniai pacientai, nurodyta, kad „lūkesčiai ir įspūdžiai darbuotojų empatijos atžvilgiu buvo vertinami prasčiausiai iš visų blokų<…>tiriamųjų lūkesčiai empatijos atžvilgiu yra mažiausi, didelės darbuotojų empatijos pacientai nesitiki. Įspūdžiai apie empatiją taip pat prasčiausi – tai rodo, kad tai labiausiai tobulintina paslaugų sritis“ (Mikaliūkštienė, Baltokaitė, Kalibatienė ir Jerdiakova, 2018, p.39). Derėtų paminėti, kad pasitenkinimas paslaugų kokybe, o ypač bendravimo su gydytoju aspektai priklauso ir nuo paciento turimos patologijos. Šiame straipsnyje apklausti kardiologiniai pacientai, kurie iš esmės serga lėtinėmis ligomis, bendravimo momentus gali vertinti prasčiau dėl savo būklės ypatumų. Tokiam požiūriui pritaria (Kavalnienė, 2019, p.109): „sunkesni nerimo ir depresijos simptomai, lėtinės ligos bei skausmas sąlygoja blogesnį pacientų pasitenkinimą gaunamomis paslaugomis“. Žinoma, bendravimo ypatumams daug įtakos turi visa eilė žmogiškųjų faktorių, todėl į paciento ligą, būklę gydytojas privalo atsižvelgti kurdamas ryšį su pacientu, nes ypatingai tokiose specialybėse kaip psichiatrija, akušerija, pediatrija kokybiško ryšio sukūrimas neretai reikšmingai prisideda prie teigiamo gydymo rezultato siekimo. Visgi, bendravimo ypatumus apžvelgiančių tyrimų rezultatai nevienareikšmiški, antai (Kavalnienė, 2019, p.97) kaip tik teigia, kad „geriausiai mūsų tyrime buvo vertintas gydytojo santykio ir bendravimo su pacientu aspektas“. Kaip ir paciento individualūs suvokimo, elgesio, būklės, taip ir gydytojo ypatumai turi įtakos ryšio su pacientu kūrimui, jo kokybei, deja, Lietuvoje šiuos ypatumus nagrinėjančių tyrimų beveik nėra. (Kavalnienė ir kt., 2018) ištyrė gydytojų amžiaus ir lyties įtaką pacientų pasitenkinimui gaunamomis paslaugomis. Nustatyta, kad „geresnis paslaugų vertinimas susijęs su jaunesniu konsultuojančių gydytojų amžiumi. Pacientai ypač patenkinti jaunesnio amžiaus gydytojų bendravimo įgūdžiais ir konsultacijai skiriamu laiku“, o „su moteriška gydytojo lytimi buvo susiję geresni šių konsultavimo aspektų vertinimai: „gydytojo santykis ir bendravimas“, „informacijos suteikimas ir dėmesingumas“, „konsultacijos trukmė ir laikas, praleistas su gydytoju“ ir „paslaugos prieinamumas ir patogumas“ (Kavalnienė ir kt., 2018, p. 34,37). Vertinant tyrimo duomenis, reikėtų stiprinti vyresnių gydytojų bendravimo su pacientu kompetencijas keičiantis požiūriui į paciento vaidmenį sveikatos priežiūros sistemoje bei labiau atsigręžti į gydytojus apskritai, nes būtent jie atsakingi už kokybiško ryšio su pacientu kūrimą.

Tyrimų, nagrinėjančių gydytojų požiūrį į teikiamų paslaugų kokybę, skirtingus jos aspektus taip pat nėra daug. Dar 2010 metais, į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros koncepcijai tik įsitvirtinant Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje, gydytojai teigė, kad „saugios ir aukštos kokybės pacientų priežiūros

pagrindas – komandinis darbas, medicinos personalo vidinė komunikacija bei komunikavimas su pacientais<…>Komunikacijos stoka yra pacientų nepasitenkinimo viena pagrindinių priežasčių“ (Bubnienė ir Ruževičius, 2010, p.8). Taip pat gydytojai nurodė, kokios, jų požiūriu, priemonės reikalingos, siekiant gerinti paslaugų kokybę: „daugiau kaip pusė gydytojų kaip svarbiausias paslaugų kokybės gerinimo priemones nurodė darbo krūvio mažinimą, prieinamumo pas specialistus gydytojus didinimą, psichologinio mikroklimato ir darbuotojų pasitenkinimo darbu gerinimą“ (Bubnienė ir Ruževičius, 2010, p.6). Gydytojų nuomonė sutapo ir (Štaras ir kt., 2013, p. 31) atliktame tyrime, kuriame „gydytojai kaip svarbiausias paslaugų kokybės gerinimo priemones, nurodė darbo krūvio mažinimą, prieinamumo pas specializuotus gydytojus didinimą, darbo vietos gerinimą“. Nuo 2013 metų situacija, iš esmės, nepakito – gydytojai ir toliau išsako nuogąstavimus dėl didelių darbo krūvių, ypač tas aktualu ambulatorinėje grandyje, kur gydytojo specialisto konsultacijai skiriama 20 min, kurių metu tenka įsigilinti į paciento skundus, siuntimo konsultacijai priežastis, atlikti apžiūrą, skirti gydymą, užpildyti medicininę dokumentaciją bei įsitikinti, kad pacientas tikrai suprato jam pateiktas tolimesnio gydymo rekomendacijas. Žinoma, tokiomis sąlygomis kokybiško ryšio užmezgimas neretai tampa neįgyvendinama užduotimi. Prieinamumo pas gydytojus specialistus klausimas, ką rodo naujausios minėtos pacientų apklausos, taip pat neišspręstas, o psichologinio mikroklimato problema dėl savo daugialypiškumo apskritai yra išsprendžiama sunkiai. Taigi, esant kompleksiniam problemų pobūdžiui, sprendimai turi būti svarstomi ir priimami tiek valdančiųjų institucijų, tiek įstaigų lygmeniu gerinant, pirmiausia, prieinamumo situaciją, bent iki 30 min. didinant konsultacijų trukmę, koncentruojantis į ryšio su pacientu per bendravimo kompetencijų ugdymą stiprinimą, bei taikant kitas galimas poveikio priemones.

Pravartu trumpai apžvelgti pacientų pasitenkinimo paslaugomis rodiklius didžiosiose šalies ligoninėse. Pacientų apklausos, atliktos VUL SK vertinant stacionarinių paslaugų kokybę, duomenimis, „gydytojų darbą labai gerai ir gerai įvertino 97 proc.<...>96 proc. respondentų pažymėjo, kad<…>personalas su jais elgiasi pagarbiai, 95 proc. respondentų teigia, kad gydytojai aiškiai suteikė informaciją, susijusią su gydymu<…>95 proc. pacientų atsakė, kad klinikų personalas atsižvelgė į jų nuomonę priimant svarbius sprendimus dėl tyrimų ir gydymo eigos“ (Pacientų pasitenkinimas teikiamomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis Santaros klinikose 2020 metais, 2020). Palyginimui Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno klinikų (toliau – LSMU KK) duomenys buvo panašūs: „gydytojų ir slaugytojų darbą 71 proc. pacientų vertino „Labai gerai“, 98 proc. – teigiamai įvertino pagarbų personalo elgesį gydymosi ligoninėje metu<...>Slaugytojų ir (ar) akušerių suteikta informacija pacientams įvertinta geriau nei gydytojų: atitinkamai 98 proc. ir 95 proc.<...>Įvertinus, ar gydymo metu buvo atsižvelgiama į paciento nuomonę priimant sprendimus<...>97 proc. respondentų atsakė teigiamai“ (Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos veiklos ataskaita 2020 m., 2021). Ambulatorinių paslaugų

kokybė abiejose gydymo įstaigose vertinta kiek prasčiau: „91 proc. respondentų mano, kad Santaros klinikų sveikatos priežiūros specialistai jiems suteikė aiškią ir suprantamą informaciją apie ligą ir tolesnį gydymą“ (Pacientų pasitenkinimas teikiamomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis Santaros klinikose 2020 metais, 2020), Kauno klinikose „93 proc. pacientų teikiamos informacijos kiekį ir aiškumą vertino teigiamai“ (Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos veiklos ataskaita 2020 m., 2021). Kaip matome paslaugų, ypatingai informacijos suteikimo ir pacientų įtraukimo į su gydymo procesu susijusius klausimus, kokybė abiejose didžiosiose šalies ligoninėse itin aukšta palyginus su bendru pasitenkinimu gaunamų paslaugų kokybe šalies sveikatos priežiūros įstaigose. Galimos to priežastys: VUL SK pažymi, kad apklausose nedalyvavo koronavirusu sergantys pacientai, pandeminiu laikotarpiu kitų pacientų srautai abiejose gydymo įstaigose buvo mažesni, todėl gydytojai tam tikroms pacientų grupėms galėjo skirti daugiau laiko, ypač ambulatorinėje grandyje. Tokiose apklausose paprastai dalyvauja planine tvarka hospitalizuoti pacientai, kurie turi galimybę daugiau laiko bendrauti su savo gydytoju. Šiose ligoninėse didelės gydytojų rezidentų pajėgos, dažniausiai būtent jie su pacientais bendrauja informacijos teikimo klausimais, o kaip nurodo tyrimai, būtent jaunesnio amžiaus gydytojų bendravimą pacientai vertina geriau nei vyresnio amžiaus sveikatos priežiūros specialistų, jauni gydytojai suinteresuoti dėti pastangas kuriant ryšį su pacientais, jų bendravimo būdas ir kokybė ženkliai skiriasi nuo vyresnio amžiaus gydytojų. Taip pat dalį darbo krūvio perskirsčius rezidentams, gydytojai stacionaruose turi daugiau laiko, kurį gali skirti pacientams. Pacientai paslaugų kokybę šiose įstaigose vertina itin teigiamai jau daugelį metų iš eilės, todėl galimai prie tokio teigiamo vertinimo prisideda per ilgą laikotarpį suformuota įstaigos kultūra, lemianti požiūrio į pacientą ypatumus. Pravartu tirti pasitenkinimo paslaugomis kokybę analizuojant atskirų įstaigos skyrių duomenis. Tokiu būdu atsirastų galimybė išaiškinti probleminius skyrius, kuriuose vertėtų skirti ypatingą dėmesį bendravimo su pacientais kokybei. Tokie skyriai, apžvelgus nagrinėtų tyrimų duomenis pasaulyje ir Lietuvoje, pirmiausia būtų psichiatrijos, gerontologijos, kardiologijos, onkologijos bei akušerijos.

Apibendrinant, pacientų nepasitenkinimą paslaugų kokybe didžiąją dalimi lemia organizaciniai (didelės eilės) ir komunikaciniai (bendravimas su medicininiu personalu) aspektai. Siekiant išspręsti šias pacientams rūpimas problemas, būtina išgirsti ir paslaugų teikėjų - gydytojų - nuomonę dėl paslaugų kokybės gerinimo priemonių, nes esant kompleksiniam problemos pobūdžiui, sprendimų paieška taip pat turi būti kompleksinis procesas. Būtina tobulinti gydytojų, ypač vyresnės kartos, bendravimo su pacientais kompetencijas. Popandeminiu laikotarpiu, nuslopus pandemijos įtakai, reikalinga atlikti daugiau tyrimų nacionaliniu mastu, siekiant esminių pokyčių kokybės gerinimo klausimais, o atliekant pacientų apklausas gydymo įstaigose pravartu rinkti ir analizuoti atskirų skyrių duomenis, ypatingą dėmesį skiriant stacionarų skyriams, kuriuose gydomi lėtinėmis, psichinėmis ligomis segantys pacientai.

## 3.3. Akušerinių paslaugų kokybės tyrimų analizė globaliame kontekste

Akušerija – viena tų medicinos mokslo krypčių, kurioje nuolat vyksta pokyčių tiek techninės, tiek funkcinės kokybės atžvilgiu. Lietuvos akušeriniuose stacionaruose naudojamos metodikos kas kelis metus peržiūrimos, atnaujinamos, sudaromos remiantis pasaulinėmis rekomendacijomis ir yra vienos geriausiai paruoštų, mūsų valstybės kontekstui adaptuotų metodikų, prieinamų sveikatos priežiūros specialistams. Sparti kaita stebima ir funkcinės kokybės aspektais, kartu su į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros koncepcijos įsitvirtinimu atsirandant naujų, konkrečiai į akušerinę priežiūrą ir gimdyvę orientuotų paslaugų teikimo procesą patobulinti padedančių sąvokų, kaip antai ankstesniuose skyriuose aptarta pagarba grįsta motinystės priežiūra. Ši sparti akušerijos mokslo kaita lemia poreikį tirti bei analizuoti pacientų pasitenkinimo gaunamų paslaugų kokybe pokyčius, vertinant tiek nusistovėjusius paslaugų teikimo kokybę iš paciento perspektyvos lemiančius aspektus (informacijos suteikimas, konfidencialumas, saugumo užtikrinimas), tiek tuos, kurių reikšmė pasitenkinimui gautomis paslaugomis akcentuojama pastaruoju metu (įgalinimas priimant sprendimus, empatija grįstas personalo požiūris į gimdyvę, efektyvi komunikacija).

Didžiuosiuose akušeriniuose stacionaruose gimdymų skaičius kasmet nežymiai mažėja, kas atspindi ir bendrą mažėjantį gimstamumą šalies mastu. 2019 metais (naujausi prieinami išsamūs gimdymų duomenys) trijose daugiausiai gimdymų priimančiuose akušeriniuose stacionaruose: VUL SK per metus gimė 3231 naujagimiai, Vilniaus gimdymo namuose (toliau – VGN) – 2646, LSMU KK akušerijos stacionare – 3009 naujagimiai (Basys, Drazdienė, Ramašauskaitė, Vezbergienė ir Isakova, 2020). Svarbiausias rodiklis, pagal kurį vertinama techninė kokybė ne tik šalies mastu, bet ir vykdomas palyginimas tarp skirtingų valstybių – CPO dažnis, kuris, pagal PSO rekomendacijas, neturėtų viršyti 10 – 15 proc. (WHO Statement on Caesarean Section Rates, 2015). Lietuvoje, VUL SK CPO dažnis siekia 22,93 proc., VGN – 21,2 proc. (atkreiptinas dėmesys, kad VGN – II lygio stacionaras, klinikiniu požiūriu absoliuti dauguma mažos ir vidutinės rizikos gimdymų, todėl toks CPO dažnis, nors ir mažesnis nei III lygio stacionarų, yra didelis), LSMU KK – 23,5 proc. visų gimdymų (Basys ir kt., 2020). CPO dažnis proporcingai gimdymų skaičiui dinamikoje išlieka stabilus. Nors atliekamų CPO dažnis Lietuvoje beveik dvigubai viršija PSO rekomenduojamą, Eurostat duomenimis, ES kontekste mažesnis operacinio gimdymo dažnis fiksuojamas tik Nyderlanduose ir Suomijoje, o pasauliniu mastu daugiausiai gimdymų CPO pagalba užbaigiama Pietų Amerikos šalyse (PSO duomenimis suminis Pietų Amerikos šalių CPO dažnis siekia 43 proc., kai kuriose žemyno valstybėse viršijant gimdymų natūraliais takais skaičių). Taigi, vertinant techninę kokybę pasauliniu mastu, Lietuva vertinama itin palankiai, nes mažas CPO skaičius suponuoja tinkamą nėštumo ir gimdymo priežiūrą laiku taikant medikamentinę gimdymo procesų kontrolę, instrumentines intervencijas, numatant klinikines situacijas kuomet antenataliniu/perinataliniu laikotarpiu taikomi

veiksmai leidžia išvengti operacinio gimdymo. Atliekant pacientų apklausas, techninė kokybė, atsižvelgiant į paciento vertinimo galimybes, apsiriboja stacionaro aplinkos, darbuotojų kompetencijos įvertinimu arba tyrimai siekia bendrai išryškinti, kokie techninės kokybės aspektai pacientams svarbūs. Įvairių tyrimų duomenimis, pacientams rūpi tokie techninės kokybės aspektai kaip darbuotojų profesionalumas (Vaškelytė ir Gumuliauskaitė, 2020), (Okonofua ir kt., 2017), pakankamas personalo skaičius (Okonofua ir kt., 2017), gimdymo aplinka (Donate – Manzanares ir kt., 2019). Visgi, techninės kokybės rodikliai, kaip teigia (Gourevitch ir kt., 2017, p.120), atlikę didelės imties (6141 respondentai) tyrimą Jungtinėse Valstijose, kur tokie techninės kokybės duomenys kaip CPO, epiziotomijų, akušerinės infekcijos dažnis skirtingose gydymo įstaigose skelbiami viešai ir visuomenei yra prieinami, tikrai nelemia nei pacientų pasitenkinimo paslaugomis, nei gydymo įstaigos pasirinkimo: „dauguma respondenčių (74,9 proc.) teigė suprantančios, kad paslaugų kokybė tarp įstaigų skiriasi, tačiau tik kelios, renkantis gydymo įstaigą rėmėsi prieinamais įstaigų veiklos kokybės rodikliais<...>dauguma moterų nemano, kad įstaigos kokybės rodikliai nulems jų gaunamos priežiūros kokybę“. Lietuvoje minėti ir kai kurie kiti kokybės rodikliai taip pat prieinami viešai kasmetiniame leidinyje „Gimimų medicininiai duomenys“, tačiau nėra žinoma, kiek moterų jais remiasi ir žino apie galimybę susipažinti su skirtingų įstaigų techninę kokybę atspindinčiais rodikliais. (Gourevitch ir kt., 2017, p. 124) savo tyrime daro išvadą, kad „klinicistų bendruomenė fokusuojasi ties kiekybiniais CPO ir komplikacijų rodikliais. Nėščiosios moterys, panašu, kad neteikia jiems reikšmės ar nesupranta šių rodiklių. Moterų požiūris į kokybę labiau holistinis“. Tyrimų, lyginančių gydytojų ir pacientų požiūrį į techninės kokybės aspektus, beveik nėra. (Aniulienė, Blaževičienė ir Riklikienė, 2011, p.124), tirdamos ambulatorinės grandies paslaugų kokybę nustatė, kad „statistiškai patikimai geriau techninę paslaugų kokybę vertino pacientės“, tuo tarpu „funkcinę paslaugų kokybę panašiai vertino tiek personalas, tiek medikai“. Nors pacientas, žinoma, negali įvertinti visų techninės kokybės niuansų, jo vaidmens vertinant techninę paslaugų kokybę sumenkinti nederėtų, nes tam tikros bendros įžvalgos, pacientų požiūrio tendencijos gali suteikti vertingos informacijos techninių sprendimų gerinimo klausimais, ypač stacionaro aplinkos (gimdyklų, pogimdyminių palatų) funkcionalumo gerinimo aspektais, kas prisidėtų prie bendro pacientų pasitenkinimo gaunamomis paslaugomis didėjimo.

Analizuojant tyrimus, atliekamus vertinant paslaugų kokybę iš paciento perspektyvos, akušerijoje, kaip ir kitų medicinos specializacijų tyrimuose, pagrindinis tiek tyrėjų, tiek pacientų dėmesys skiriamas funkcinės kokybės aspektams. O svarbiausias pacientų pasitenkinimą lemiantis bei daugiausiai problemų išryškinantis aspektas – bendravimo su medicininiu personalu sunkumai. Viena akušerijos specifikų – itin svarbus gimdyvės bendravimas ne vien su gydytoju, bet ir su akušere. Tam tikrais atvejais, kuomet gimdymas yra mažos rizikos, didžiuosiuose šalies akušeriniuose stacionaruose gimdyme dalyvauja tik

akušerė (pažymėtina, kad daugumoje šalių tai tampa įprasta mažos rizikos gimdymo priežiūros taktika). Analizuojant bendravimo ypatumų vertinimą, neatsiejamas ir paciento informavimo aspektas kaip tiesioginė ryšio gydytojas – pacientas (arba akušeris – pacientas) dalis. (Rowe ir kt., 2002, p.65) atliktos sisteminės literatūros apžvalgos duomenimis, „moterys gerą komunikaciją sieja su mažesniu paslaugas teikiančio personalo skaičiumi ir<…>galimybe dalyvauti gydymo proceso sprendimų priėmime“. Tai tik įrodo, kad gimdymas labai intymus moters gyvenimo momentas ir gydytojo nedalyvavimas gimdymo procese, jei pavyksta sukurti kokybišką ryšį su gimdymą prižiūrinčia akušere, neturėtų trikdyti moterų, o gautų paslaugų kokybė gali būti vertinama dar geriau nei gimdyme dalyvaujant visai akušerinei komandai. (Gourevitch ir kt., 2017, p.123) bendravimo svarbą perteikia per pasitikėjimo reikšmę gimdymą prižiūrinčio personalo atžvilgiu: „moterys pabrėžė pasitikėjimo savo gydytoju/akušere svarbą“ pozityvios gimdymo patirties užtikrinimui bei 56,5 proc. apklaustųjų teigė, kad gimdymo sėkmę lemia gydytojo/ akušerio pasirinkimas, o ne akušerinio stacionaro pasirinkimas. Taigi matome, kad svarbesnis žmogiškasis faktorius, moterys ir klinikinėje praktikoje esant galimybei neretai išreiškia norą gimdyti gimdymą prižiūrint gydytojui, kuris prižiūrėjo ambulatoriškai nėštumo laikotarpiu, nes tokiu atveju antenatalinių vizitų metu jau būna užsimezgęs ryšys su specialistu ir, jeigu jis grįstas pasitikėjimu, išsamiu informavimu, pagarba, pacientės linkusios bendradarbiauti toliau, kas dar kartą akcentuoja efektyvios komunikacijos svarbą. Komunikavimas, kaip minėta, apima informacijos suteikimo procesus, moterys bendravimo su personalu kokybę geriau vertina tuomet, kai jaučiasi aktyviai dalyvaujančios sprendimų priėmime, su šiais aspektais susiję dauguma gimdyvių lūkesčių. (Vaškelytė ir Gumuliauskaitė, 2020, p.189) nustatė, kad „dažniausiai kaip svarbius arba labai svarbius lūkesčius<...>respondentės nurodė lūkesčius, susijusius su personalo bendravimu, informacijos teikimu bei gimdymo priežiūros ir gydymo procedūromis<…>gimdyvėms buvo svarbi galimybė priimti sprendimus gimdymo metu ir kad priimant sprendimus galėtų dalyvauti artimieji“. Ispanijos akušeriniuose stacionaruose atliktame multicentriniame tyrime „rodikliai, atspindintys gimdymo aplinką, gautos informacijos kiekį bei sprendimų priėmimą buvo įvertinti prasčiausiai“ (Donate-Manzanares ir kt., 2019, p.10), o (Shakibazadeh ir kt., 2018, p.937) nurodo, kad aktyviai dalyvauti gimdyme bei pabrėžti savo teises gimdymo metu labiau linkusios aukštu pragyvenimo lygiu pasižyminčiose šalyse gyvenančios moterys palyginus su žemesnio pragyvenimo lygio šalių gimdyvėmis. Todėl, vertinant moterų poreikius, svarbu į kiekvieną pacientę žvelgti kaip į atskirą, unikalų individą, aktyviai išsiaiškinti poreikius, lūkesčius, tam tikrą kultūrinį kontekstą (ypač pastaruoju metu daugėjant gimdyvių iš kitų valstybių), siekiant užtikrinti geriausią galimą paslaugų kokybę. (Lippke ir kt., 2019, p.2) išskiria ir kitus faktorius, turinčius didelę įtaką pacientų pasitenkinimui, kuriuos galima sėkmingai modifikuoti geros komunikacijos pagalba: „kuo daugiau skausmo patiria gimdyvė ir kuo ilgiau trunka sveikimo periodas, tuo labiau paveikiamas pacientės pasitenkinimas. Efektyvi komunikacija yra vienas skausmo valdymo būdų ypač stresinėse situacijose“. Be

skausmo įtakos pasitenkinimui, (Vaškelytė ir Gumuliauskaitė, 2020, p.186) kaip svarbius moterims aspektus nurodo galimybę pasirinkti gimdymo poziciją, laisvai judėti gimdyklos ribose. Kaip minėta ankstesniuose skyriuose, akušerijos specifika esant greitai besikeičiančiai situacijai, vyraujant tam tikroms akušerinėms praktikoms ne visuomet užtikrina galimybę pakankamai laisvai rinktis nuskausminimo būdą ar gimdymo poziciją, epidūrinio nuskausminimo atveju pagal vyraujančią praktiką moteris nebegali laisvai judėti gimdyklos ribose, nors tą draudžiančių rekomendacijų nėra (tačiau užtikrinant laisvą judėjimą didėja rizika vaisiui dėl pastovaus vaisiaus būklės stebėjimo nebuvimo). Šiuos galimo nepasitenkinimo paslaugomis šaltinius galima jei ne panaikinti, tai reikšmingai sušvelninti būtent efektyvios komunikacijos pagalba, kai įsiklausoma į pacientės lūkesčius, poreikius, patikinama, kad jie tikrai išgirsti, tačiau tuo pat metu paaiškinama galima rizika ir argumentuojama, kodėl derėtų laikytis personalo rekomendacijų. Idealiu atveju personalas turėtų būti mokomas efektyvios komunikacijos įgūdžių. (Chang ir kt., 2018, p.7) atlikę sisteminę apžvalgą tyrė ar gerėja pacienčių pasitenkinimas ir gimdymo patirties vertinimas taikant bendravimą tobulinančias intervencijas ir nors įrodymų apie intervencijų poveikį trūksta, išaiškinta, kad Sirijoje sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos dar rezidentūros metais taiko komunikacijos gerinimo programas (mokymus), skirtus efektyvios komunikacijos įgūdžių gerinimui. Taigi, net tokios žemesnio pragyvenimo lygio artimųjų rytų šalys kaip Sirija taiko pakankamai progresyvius būdus komunikacijos gerinimo klausimais. (Lippke ir kt., 2019, p.2) akcentuoja komunikacijos proceso gerinimo kompleksinį pobūdį, teigiant, kad „nuosekliam komunikacijos gerinimo procesui svarbūs puikūs klausymosi įgūdžiai, didelis administracijos palaikymas ir kolektyvinis įsipareigojimas žvelgti toliau tradicinės hierarchijos modelių bei profesinių stereotipų“. Iš tiesų toks teiginys apibūdina visą bendravimo sunkumų problemos esmę: suvokiant efektyvios komunikacijos svarbą pacientams, neužtenka vien atskirų specialistų indėlio ir siekio užtikrinti pacientų pasitenkinimą lemiantį efektyvaus bendravimo poreikį. Įstaiga kaip vienetas yra sudėtinga organizacinė struktūra ir siekiant esminių pokyčių reikia visų veiklos lygių įtraukimo, organizacinės kultūros pokyčių, kad būtų užtikrinti ilgalaikiai, tiek darbuotojus, tiek pacientus tenkinantys rezultatai.

Gerinant paslaugų kokybę, ne mažiau svarbu analizuoti tiesioginių paslaugų teikėjų – gydytojų - požiūrį, ypač techninės kokybės gerinimo aspektais. (Aniulienė ir kt., 2011, p.124) aptiko skirtingumus taip pacientų ir gydytojų vertinant techninę paslaugų kokybę, kurią pastarieji įvertino prasčiau. Būtent gydytojų vertinimas, paremtas profesinėmis žiniomis, leidžia daryti patikimas išvadas dėl tobulintinų techninės kokybės aspektų. Tame pačiame tyrime vertinant gydytojų ir pacientų požiūrį į funkcinę kokybę, rezultatai reikšmingai nesiskyrė. Visgi tyrimų, vertinančių paslaugų kokybę iš gydytojų perspektyvos randama nedaug. Patys sveikatos priežiūros specialistai pripažįsta, kad „mokymo programos koncentruojasi ties biomedicinine priežiūra, eliminuojant humanistinius priežiūros aspektus“ bei yra suinteresuoti pagarba

grįstos motinystės priežiūros modelio propagavimu profesinėje aplinkoje (Shakibazadeh ir kt., 2018, p.937). Deja, Lietuvoje specialistų bendruomenė nėra aktyviai supažindinama su šia koncepcija, kuri savo turiniu apima daug daugiau nei elementariomis mandagumo normomis paremtą bendravimą, rezidentų ruošimo programos iš tiesų orientuotos išimtinai vien į biomedicininę priežiūrą, o bendražmogiškų kompetencijų įgyjama tik tiesioginio kontakto su pacientais metu. Ne mažiau keblumų, turinčių tiesioginę įtaką teikiamų paslaugų kokybei, gali kilti ir vertinant bendravimo ypatumus personalo viduje. Kaip nustatė (Portela, Lima, de Costa Reis, Martins ir Aveling, 2018), Brazilijoje, kuri pasižymi didžiausiu CPO dažniu (net 52 proc. gimdymų baigiama operaciniu būdu), kyla sunkumų koordinuojant darbo procesus, skiriasi gydytojų ir akušerių požiūris į priežiūros kokybę lemiančius veiksnius, kas savo ruožtu neigiamai veikia gebėjimą dirbti komandoje. Tam tikru laipsniu komandinio darbo sunkumai sutinkami ir Lietuvos akušerijos stacionaruose. Gydytojų orientacija į techninę gimdymo priežiūros pusę, medikamentų vartojimas gimdymo eigai modifikuoti, instrumentinių intervencijų poreikio ir atlikimo nustatymas neretai prieštarauja daugumos akušerių propaguojamai natūralios eigos gimdymo idėjai ir tai, veikiau, universalus reiškinys, nepriklausantis nuo kultūrinių ar kitokių skirtumų tarp įvairių valstybių. Žinoma, atsižvelgiant į tai, kad kiekvienas atvejis individualus ir mažos rizikos gimdymus tikrai, kaip minėta, gali prižiūrėti akušeris, gydytojo nedalyvavimas dalyje gimdymų pasitarnauja darbo krūvio paskirstymo problemos sprendimui, tačiau visuomet reikia prisiminti akušerinės situacijos dinamiškumą, kai minučių laikotarpyje mažos rizikos gimdymas gali virsti komplikuotu ir tik suderintas, savalaikis personalo kaip komandos darbas užtikrina palankias išeitis tiek gimdyvei, tiek naujagimiui. Be abejonės, komandinio darbo ypatumų tyrimų dėl jų svarbos gydymo rezultatui reikalinga atlikti daugiau. Kiti teikiamų paslaugų kokybę lemiantys faktoriai, tokie kaip darbo krūvis, jo paskirstymas, darbo aplinkos gerinimo aspektai, minimi gydytojų požiūrio vertinimo tyrimuose, išsakomi visų specialybių gydytojų tarpe, todėl šiame skyriuje nedetalizuojami.

Išskirtini iššūkiai, su kuriais susiduria besivystančių šalių akušerijos stacionarų personalas bei pačios gimdyvės. Nepaisant pagarba grįstos motinystės priežiūros principų visuotino taikymo, žemo pragyvenimo lygio valstybėse jų įgyvendinimas apsunkintas kultūrinių ypatumų, kurie, nors pagal įtvirtintą koncepciją neturėtų įtakoti jos taikymo, tačiau neretai nusveria visus tarptautiniu lygiu deklaruojamus principus. Kita ne mažiau rimta problema – techninės kokybės užtikrinimas, kas kartu su žemu pasitenkinimu funkcine kokybe lemia moterų vengimą gimdyti stacionaruose. Etiopijoje atlikto tyrimo duomenimis, iš 1125 gimdyvių, net 248 (22 proc.) nurodė patyrusios nepagarbaus elgesio ar smurto apraiškų gimdymo stacionare metu (Gebremichael, Worku, Medhanyie ir Bernahe, 2018). Vertinant nėštumo ir gimdymo priežiūrą Nigerijoje, nepagarbaus elgesio, smurto apraiškos, nepateisinti bendradarbiavimo su sveikatos priežiūros specialistais lūkesčiai blogino moterų pasitenkinimą teikiamų paslaugų kokybe tiek viešajame, tiek privačiame sveiktos priežiūros sektoriuje, o viešajame sektoriuje moterų nepasitenkinimą paslaugų kokybe

papildomai lėmė ir ilgas laukimo laikas, privatumo stoka (Gwacham-Anisiobi ir Banke-Thomas, 2020). Vertinant pasitenkinimą antenataline priežiūra, tik 53,8 proc. moterų Etiopijoje nurodė, kad buvo patenkintos paslaugų kokybe (Ayalew, Nebeb, Bizuneh ir Dagne, 2021). Indijos akušerines paslaugas teikiančiose įstaigose visos gimdyvės nurodė patyrusios nederamo personalo elgesio apraiškų, nustatyta, kad gydymo įstaigose nėra laikomasi įrodymais pagrįstos akušerinės priežiūros rekomendacijų (Sharma, 2017). Ganoje atliktame tyrime moterys nurodė, kad buvo patenkintos suteiktų paslaugų kokybe, tačiau „rekomenduotų savo sveikatos priežiūros įstaigą kitoms gimdyvėms ne dėl paslaugų kokybės, o dėl to, kad tai vienintelė sveikatos priežiūros įstaiga jų gyvenamojoje savivaldybėje“ (Amu ir Nyarko, 2019, p.5). Taigi, vertinti pasitenkinimą paslaugų kokybe besivystančiose šalyse dėl didelių prieinamumo užtikrinimo problemų reiktų atsargiai, nes moterys, neturėdamos galimybės rinktis paslaugos tiekėją, tikėtina, kokybę vertina geriau vien dėl neturėjimo su kuo palyginti paslaugų kokybės ar tiesiog labai vertina pačią galimybę gauti medicinines paslaugas.

Akušerinių paslaugų sektorių, pasitenkinimą paslaugų kokybe paveikė ir koronaviruso pandemija. Dauguma naujausių tyrimų orientuota būtent į koronaviruso įtaką gydymo išeitims, priežiūros organizavimui, nors, dera paminėti, kad Lietuvoje, palyginus su kitomis medicinos mokslo sritimis, akušerijos skyriai ypatingai greitai ir sėkmingai pasitiko naujus iššūkius, net pandemijos pradžioje skyriai dirbo išlaikydami įprastą efektyvumo lygį, užtikrindami įprastinį paslaugų prieinamumo laipsnį. Gimdyvių pasitenkinimą bloginančiais veiksniais galėjo tapti draudimas lydinčiam asmeniui ar asmenims dalyvauti gimdyme, apribotas lankymas, vėlesniu pandemijos laikotarpiu diskomforto šaltiniu galėjo tapti kaukių dėvėjimas gimdymo metu. Kol išsamių tyrimų duomenys dar tik bus publikuoti, pirmieji atlikti nėščiųjų nei gimdyvių tyrimai atskleidžia, kad pandemijos metu daugėjo prenatalinio nerimo, depresijos, kitų su stresu susijusių būklių tarp nėščių moterų (Abdollahpour ir Khadivzadech, 2020). Tyrimo, atlikto apklausiant nėščiąsias pandemijos laikotarpiu Turkijoje, rezultatai nurodo, kad „nerimo ir depresijos dažnis taro nėščiųjų buvo atitinkamai 64,5 proc. ir 56,3 proc.“ (Kahyaoglu ir Kucukkaya, 2021, p.1). Bendrą paslaugų kokybės vertinimą pandemijos metu gali pabloginti ir didesnė nepageidaujamų išeičių tikimybė infekuotų moterų tarpe, baimė užsikrėsti motinai ar naujagimiui. (Allotey ir kt., 2019, p.2) nustatė, kad „nėščiosioms, infekuotoms koronavirusu didesnė tikimybė palyginus su neinfekuotomis pagimdyti prieš nustatytą nėštumo terminą, didesnė motinos mirties rizika bei hospitalizavimo reanimacinio gydymo skyriuje rizika. Naujagimiams yra didesnė hospitalizacijos neonatologijos skyriuje rizika“. Ispanijoje atlikto multicentrinio tyrimo, kuriame buvo tiriamas koronaviruso paplitimas tarp nėščiųjų, metu nustatyta, jog „beveik 65 proc. nėščių moterų turėjo koronaviruso simptomų<…>30,8 proc. nėščiųjų sirgo koronaviruso sąlygota pneumonija<…>dėl ko 4 kartus padidėjo gimdymo užbaigimo CPO tikimybė bei priešlaikinio gimdymo tikimybė“ (Carrasco ir kt., 2021, p.1,5). Esant padidėjusių neigiamų išeičių tikimybei, vertinant

pasitenkinimą paslaugomis pandemijos sąlygomis pravartu išsiaiškinti ar tiriamosios buvo infekuotos (nėštumo metu, gimdymo momentu), kokios tai turėjo įtakos jų psichologinei būsenai. Siekiant nustatyti pasitekinimo paslaugomis pokyčius ekstremalios situacijos fone, atliekant pasitenkinimo paslaugomis tyrimus vertėtų neįtraukti infekuotų moterų į tiriamųjų imtį, vengiant iškraipytų tyrimo rezultatų (jei tyrimo tikslas nėra ištirti būtent pandemijos įtaką pasitenkinimui paslaugų kokybe).

Pandemija paskatino atsigręžti ir į paslaugų teikėjus, įvertinti jų psichologinę, emocinę būklę šiuo jautriu metu. Akušerijos specialybėje gydytojai dažnai susiduria su stresinėmis situacijomis, darbo specifika reikalauja gero ne tik psichologinio, tačiau ir fizinio pasirengimo esant intensyviam naktiniam darbui, todėl papildomas krūvis, kuris prisidėjo ypatingai pandemijos pradžioje sergant bei izoliuojantis daliai personalo, didelės naujos informacijos apimtys dėl naujų nėščiųjų ir gimdyvių priežiūros rekomendacijų atsiradimo, be abejonės, palietė kiekvieną akušerinių stacionarų darbuotoją, didėjo perdegimo rizika. Kaip teigia (Wilson ir kt., 2019, p.3), nagrinėję pandeminės situacijos poveikį akušerines paslaugas teikiantiems sveikatos priežiūros specialistams, „perdegimas apima ypatingo išsekimo, pervargimo ar cinizmo ir atsiskyrimo jausmą, gali pasireikšti tik praėjus kelioms savaitėms ar mėnesiams po tiesioginių įvykių, tačiau tai neigiamai veikia jautrumą moterų poreikiams“. Būtent profesinis perdegimas, kurio rizika ženkliai didėja ekstremaliomis darbo sąlygomis, dirbant naktinį darbą, esant viršvalandžiams dėl personalo trūkumo, neretai lemia empatijos pacientui stoką, kas savo ruožtu tampa pacientų nepasitenkinimo bendravimo su specialistu kokybe šaltiniu. (Bradfield ir kt., 2021) tirdami pandemijos poveikį akušerijos stacionarų darbui Australijoje nustatė, kad akušerinių skyrių gydytojai ir akušerės išreiškė susirūpinimą dėl padidėjusios rizikos viruso ekspozicijai darbo metu, tačiau pacientų pasitenkinimas paslaugomis išliko aukštas. Siekiant nustatyti pandemijos poveikį sveikatos priežiūros specialistams, reikalingi tolimesni, išsamesni tyrimai, kurie bus aktualūs ir popandeminiu laikotarpiu dėl, kaip minėta, vėliau pasireiškiančių tokių būsenų kaip profesinis perdegimas, požymių.

Apibendrinant, gimdymo priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimas itin svarbus dėl galimos neigiamos patirties gimdymo stacionare metu, kas lemia tokių liekamųjų reiškinių kaip pogimdyminė depresija, depresijos ateinančių nėštumų metu išsivystymas, gimdymo baimė, nerimo sutrikimai, sunkesniais atvejais – potrauminio streso sindromo išsivystymą, o tai savo ruožtu apsunkina pogimdyminio periodo eigą bei rūpinimąsi naujagimiu, blogina moters gyvenimo kokybę, tampa našta sveikatos priežiūros sektoriui ir visuomenei dėl užsitęsusio moterų grįžimo į kasdienio gyvenimo ritmą. Nacionaliniu mastu pasitenkinimo akušerinių paslaugų kokybe tyrimai nėra atliekami, oficialiai prieinami tik techninę kokybę atspindintys duomenys, tokie kaip gimdymų skaičius, CPO dažnis, su gimdymo baigtimis susiję duomenys. Pacientų pasitenkinimas lieka atskirų mokslininkų tyrimo objektu. Nors nėščiųjų ir gimdyvių pasitenkinimo paslaugomis tyrimų Lietuvoje nėra atliekama daug, jų duomenys neprieštarauja kitų šalių tyrėjų atliekamų

tyrimų rezultatams. Teikiant akušerines paslaugas techninės ir funkcinės kokybės aspektų užtikrinimas vienodai svarbūs, nes moterys paslaugų kokybę vertina kaip visumą, jei besivystančiose šalyse daug iššūkių kelia techninės kokybės užtikrinimas, tai ekonomiškai išsivysčiusiose šalyse techninė kokybė paprastai vertinama gerai, tačiau moterų nepasitenkinimą lemia tokie funkcinės kokybės aspektai kaip informuotumo užtikrinimo, ryšio su paslaugas teikiančiu specialistu kokybė, dalyvavimo sprendimų priėmime gimdymo metu laipsnis. Kadangi gimdymo sėkmė tiesiogiai priklauso nuo suderinto akušerines paslaugas teikiančios komandos, kurią paprastai sudaro gydytojai akušeriai - ginekologai, akušeriai, neonatologai, anesteziologai, darbo bei šios specialistų komandos efektyvaus bendradarbiavimo su gimdyve, paslaugų kokybei užtikrinti būtina atsižvelgti į personalo poreikius, iššūkius, su kuriais tenka susidurti darbinėje aplinkoje.

# AKUŠERINIŲ PASLAUGŲ KOKYBĖS VERTINIMO PACIENTŲ IR GYDYTOJŲ POŽIŪRIU TYRIMO METODOLOGIJA

## 4.1 Tyrimo metodai

Teorinėje darbo dalyje atlikus lietuvių ir užsienio autorių literatūros analizę, nustatyti pagrindiniai pacientų nepasitenkinimą paslaugų kokybe lemiantys veiksniai: didelės eilės pas gydytojus, neužtikrintas efektyvus bendravimas tarp gydytojo ir paciento, nepakankamas paciento įtraukimas į medicininių su jo sveikata susijusių sprendimų priėmimą. Išanalizavus akušerijos specialybės specifiką, pastarieji veiksniai tampa itin svarbūs, kadangi jų užtikrinimas tiesiogiai lemia ne tik gimdyvių pasitenkinimą paslaugomis, bet ir paties gimdymo proceso sėkmę. Pažymėtina, kad šie veiksniai įvardinti kaip turintys didžiausią reikšmę tiek lietuvių, tiek užsienio autorių moksliniuose darbuose, todėl vertinant problemų universalumą, esant palyginus mažam kiekiui tyrimų, nagrinėjančių pasitenkinimą paslaugų kokybe Lietuvos akušeriniuose stacionaruose, reikalinga ne tik kompleksiškai įvertinti techninės ir funkcinės kokybės aspektų įtaką pacientų pasitenkinimo gautų paslaugų kokybe vertinimui, bet ir ištirti gydytojų/akušerių bei pacientų požiūrio į teikiamų paslaugų kokybę skirtingumus. VUL SK atliktų tyrimų, kuriuose būtų tiriamas pasitenkinimas paslaugų kokybe gimdyvių ir medicinines paslaugas teikiančio personalo požiūriu rasti nepavyko, o kadangi tai yra didžiausią gimdymų skaičių per metus priimantis akušerijos stacionaras Lietuvoje, tokie tyrimai, jų vertė neabejotina. Įvertinus atlikto tyrimo rezultatus pateikiamos kokybės gerinimo rekomendacijos galės būti naudojamos ir kituose akušeriniuose stacionaruose gerinant gimdyvių pasitenkinimą gaunamų akušerinių paslaugų kokybe.

**Tyrimo tikslas:** įvertinti pacienčių (gimdyvių) ir medicininio personalo (gydytojų, akušerių) požiūrį į VUL SK Akušerijos ir ginekologijos centre teikiamų akušerinių paslaugų kokybę.

**Tyrimo objektas:** gimdyvių ir medicininio personalo požiūris į teikiamų akušerinių paslaugų kokybę.

**Tyrimo uždaviniai:**

1. Išanalizuoti kokybės užtikrinimo problematiką Lietuvos sveikatos priežiūros sektoriuje.
2. Atlikus sveikatos priežiūros bei akušerinių paslaugų kokybės tyrimų analizę sudaryti akušerinių paslaugų kokybės vertinimo klausimyną stacionarines gimdymo paslaugas teikiančioms sveikatos priežiūros įstaigoms.
3. Įvertinti VUL SK teikiamų akušerinių paslaugų kokybę pacienčių (gimdyvių) požiūriu.

4. Įvertinti paslaugų teikėjų – medicininio personalo – požiūrį į VUL SK teikiamų akušerinių paslaugų kokybę.
5. Nustatyti pacienčių ir gydytojų požiūrio į teikiamų akušerinių paslaugų kokybę skirtingumus.
6. Apibendrinus tyrimo rezultatus pateikti kokybės gerinimo akušeriniuose stacionaruose rekomendacijas gimdymo paslaugas teikiančioms sveikatos priežiūros įstaigoms.

**Tyrimo strategija:** šis tyrimas skirtas įvertinti akušerinių paslaugų kokybę iš pacienčių (gimdyvių) bei iš paslaugų teikėjų – medicininio personalo – perspektyvos. Tyrimas bus atliekamas vertinant paslaugų kokybę vienoje konkrečioje gydymo įstaigoje – VUL SK, todėl šiam tyrimui atlikti pasirinkta atvejo studijos strategija. Vienas iš mokslinėje literatūroje pateikiamų atvejo studijos apibrėžimų nurodo, kad tai yra „išsamus vieno konkretaus atvejo, kuriuo gali būti vieta, asmuo ar reiškinys, tyrimas“ (Green ir Thorogood, 2009, p. 284). Medicinoje atvejo studijos paprastai taikomos konkrečių sudėtingų ar neįprastų klinikinių atvejų tyrimams, o socialiniuose moksluose, kaip ir šio tyrimo atveju, viena iš pritaikymo sričių – konkrečios organizacijos procesų, vartotojų požiūrio į juos tyrimas. Siekiant ne tik atskleisti tiek pacientų, tiek darbuotojų požiūrio ypatumus, tačiau ir palyginti jų požiūrį į teikiamų paslaugų kokybę, buvo reikalingas didelės apimties tyrimas, kurio rezultatai turėjo sudaryti sąlygas atlikti palyginamąją analizę, todėl ir paslaugų vartotojų, ir tiekėjų požiūrio į paslaugų kokybę tyrimui pasirinktas kiekybinis duomenų rinkimo metodas – anketinė apklausa - adaptuojant klausimyno struktūrą vartotojo ir teikėjo perspektyvai.

**Tyrimo metodai:**

*Mokslinių šaltinių, dokumentų analizė* – nestruktūruota prieinamų dokumentų, mokslinės literatūros analizė taikyta kaip pirminis informacijos apie nagrinėjamą dalyką rinkimo metodas, padėjęs nustatyti pagrindinius kokybės užtikrinimo probleminius aspektus, taip pat išskirti labiausiai pacientams rūpimus sveikatos priežiūros paslaugų teikimo aspektus, turinčius didžiausią įtaką paslaugų kokybės vertinimui. Šis metodas naudotas ir renkant informaciją apie tiriamosios įstaigos bei tapataus veiklos profilio įstaigų veiklos rodiklius, atspindinčius techninės kokybės aspektus.

*Modeliavimas* – metodas naudotas empirinio tyrimo modelio sudarymui, empirinio tyrimo prielaidų pagrindimui.

*Kiekybinis tyrimo metodas – anketinė apklausa* – pagal (Gaižauskaitė ir Mikėnė, 2014, p.7,11) „apklausa – vienas dažniausiai taikomų kiekybinių duomenų rinkimo metodų socialiniuose tyrimuose<…>moksliškai pagrįstas ir patikimas duomenų rinkimo metodas“. Atliekant didelių imčių tyrimus apklausa tinkamiausias informacijos rinkimo būdas dėl galimybės surinkti pakankamai didelį jos kiekį kartu užtikrinant tyrimo dalyvių anonimiškumą, vertinant apklausos rezultatus patogu atlikti tam tikrų

tyrimui aktualių aspektų lyginamąją analizę. Šiam tyrimui naudojama anketinė apklausa sudaryta darbo autoriaus, atlikus išsamią prieinamos naujausios mokslinės literatūros analizę. Skirtingoms respondentų grupėms sudarytos atskiros apklausos anketos, orientuotos į informacijos, kuria remiantis savo žiniomis, patirtimi galėjo suteikti apklausos dalyviai, pobūdį, atsižvelgiant į jų darbo specifiką, poziciją tiriamo reiškinio atveju (gimdyvių ir gydytojų bei akušerių teikiami duomenys vertinant iš profesinės, patyriminės, žinių perspektyvos, be abejonės, labai skirtingi)

Rengiant anketos klausimus, remtasi (Gaižauskaitė ir Mikėnė, 2014) pateiktais klausimyno rengimo reikalavimais:

- klausimai turi būti suprantami, nedviprasmiški, suformuluoti taisyklinga kalba, aiškūs,
- anketos klausimai konkretūs, pagal galimybes kuo trumpesni, nesudėtingi, apibrėžto konteksto,
- vengtini klausimai, kuriuose vartojami neiginiai,
- vengtini tendencingai veikiantys klausimai,
- klausimai ir atsakymų variantai neturi būti dvigubi ar daugialypiai, apimantys keletą sąlygų,
- vengtini klausimai apie tai, ko dauguma respondentų gali nežinoti arba apie ką gali neturėti susiformavusios nuomonės,
- vengtini sunkaus pasirinkimo klausimai,
- klausiama apie neseniai įvykusius įvykius (paprastai apibrėžiamas vieno mėnesio laikotarpis),
- pateikiamos subalansuotos atsakymų alternatyvos, adekvačios klausimo prasmei, atsakymų variantai pakankamai išsamūs,
- vengtinas klausimų su „taip“/ „ne“ alternatyvomis dominavimas klausimyne,
- subalansuotas klausimas „Ar…“ (klausimo formuluotėje pateikiamos visos galimos atsakymų kryptys),
- atsakymų alternatyvos „nežinau“, „neturiu nuomonės“, „nei sutinku, nei nesutinku“ įtraukiamos tik ten, kur būtina,
- kur tinkama, naudotini klausimai filtrai (dėl užduodamų klausimų tikslingumo),
- klausimynas sukonstruotas taip, kad kiekvienas respondentas norėtų, gebėtų ir galėtų užpildyti klausimyną, atsakyti į kiekvieną klausimyno klausimą.

Anketinis tyrimas buvo atliekamas keliais etapais:

- sudarytas empirinio tyrimo modelis,
- sudaryta apklausos anketa,
- atliktas pilotinis tyrimas anketos klausimų suprantamumui, anketos tinkamumui įvertinti,
- nustatyta tyrimo imtis,

- apklaustos VUL SK akušerijos skyriuje gimdžiusios moterys (anketa pateikta spausdintine forma),
- apklausti VUL SK akušerijos skyriaus gydytojai, akušerės (anketa pateikta elektronine forma, išsiunčiant į darbinius paštus),
- atlikta anketinių duomenų analizė,
- duomenys pavaizduoti grafiškai,
- remiantis tyrimo rezultatais, suformuluotos išvados.

Detaliau tyrimo instrumentas – anketinė apklausa, jos sandara, komponentai aprašyti tyrimo instrumento pagrindimo skirsnyje, anketos pavyzdžiai pateikti darbo prieduose: pacientėms (žr. 1 priedas), personalui (žr. 2 priedas).

*Lyginamoji analizė* – taikyta skirtingumų tarp tiriamųjų grupių nustatymui, priežastinių skirtingumų faktorių identifikavimui.

*Statistinė analizė – aprašomoji statistika* – naudota anketinės apklausos rezultatų apdorojimui bei analizei, taikant SPSS 20.0, Microsoft Excel programas.

## 4.2 Tyrimo teorinis pagrindimas

Kokybiškos sveikatos priežiūros sąvokoje, suformuluotoje PSO, išskiriamas vienas kokybiškai suteiktų paslaugų kriterijų - jos „orientuotos į pacientą: paslaugos, atitinkančios individualius pageidavimus, poreikius ir vertybes“ (World Health Organization. Handbook for National Quality Policy and Strategy: A Practical approach for developing policy and strategy to improve quality and care, 2018, p.13). Taigi, siekiant įvertinti suteiktų paslaugų kokybę, tik pacientas gali suteikti informaciją, atskleidžiančią, ar paslaugos buvo teikiamos atliepiant jo poreikius, lūkesčius. Kaip teigia (Locock ir kt., 2019, p.2), „pacientų asmeninė patirtis – vienas iš trijų sveikatos priežiūros kokybę apibrėžiančių komponentų, kartu su paciento saugumo užtikrinimo bei klinikinio efektyvumo vertinimu<...>Paciento ir visuomenės įtraukimas į sveikatos priežiūros kokybės tyrimus yra pakankamai nusistovėjęs principas“. Paciento, kaip pagrindinio paslaugų kokybės vertintojo, vaidmuo, orientacijos į pacientą teikiant paslaugas sveikatos priežiūroje svarba įtvirtinta ir Lietuvos Respublikos teisės aktuose kaip vienas iš asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programos uždavinių (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programos patvirtinimo, 2017).

Analizuojant pacientų pasitenkinimą paslaugų kokybe svarbu atsižvelgti į, kaip teigia (Larson ir kt., 2019, p. 564), subjektyvaus vertinimo galimybę: „kadangi į pacientą orientuotų paslaugų kokybės vertinimo

standartas – paciento pateikiama ataskaita, svarbu atsižvelgti į tai, kad subjektyvumas gali turėti įtakos rezultatams“. Subjektyvumo problema akušerijoje, kur bendrą gimdymo patirtį veikia kiekvienai gimdyvei individualus skausmo suvokimas, neretai – išankstinė žiniasklaidos, aplinkos faktorių suformuota nuomonė, proceso nenuspėjamumas, itin aktuali. Pacientų pasitenkinimo vertinimą apsunkina ir kompetencijos stoka vertinant techninės kokybės aspektus. Kaip teigia (Gourevitch ir kt, 2017), dauguma moterų nemano, kad ligoninės veiklos techninės kokybės rodikliai turi įtakos priežiūros, kurią gaus konkreti pacientė, kokybei ir apskritai į techninės kokybės rodiklius kreipia mažai dėmesio, taigi, siekiant kompleksinio objektyvaus visų kokybės komponentų vertinimo, ne mažiau svarbi ir paslaugų teikėjų – gydytojų, akušerių nuomonė. Visų suinteresuotų šalių įtraukimo į kokybės vertinimo procesą svarbą pažymi ir (Esdeshaw, 2021, p. 113): „pacientų, sveikatos priežiūros specialistų, pagalbinio personalo, administracijos atstovų kombinacijos turėtų pakakti kuriant tinkamą paslaugų kokybės vertinimo sistemą“. Toks išplėstinis požiūris išties tinkamiausias, ypač kalbant apie dideles tretinio lygio gydymo įstaigas kuriant instrumentus jų veiklos kokybės vertinimui. Atliekant šį tyrimą bus remiamasi iš pacientų ir sveikatos priežiūros specialistų gauta informacija, supažindinant administracijos atstovus su tyrimo eiga, tyrimo instrumentu bei tyrimo rezultatais, teikiant grįžtamąjį ryšį kokybės gerinimo rekomendacijų pavidalu. Ateityje atliekami kokybės tyrimai turėtų fokusuotis į, kaip minėta, dar platesnį visų sąlytį su teikiamomis paslaugomis turinčių šalių įtraukimą į teikiamų paslaugų kokybės vertinimo bei tobulinimo procesą.

## 4.3 Tyrimo instrumento pagrindimas

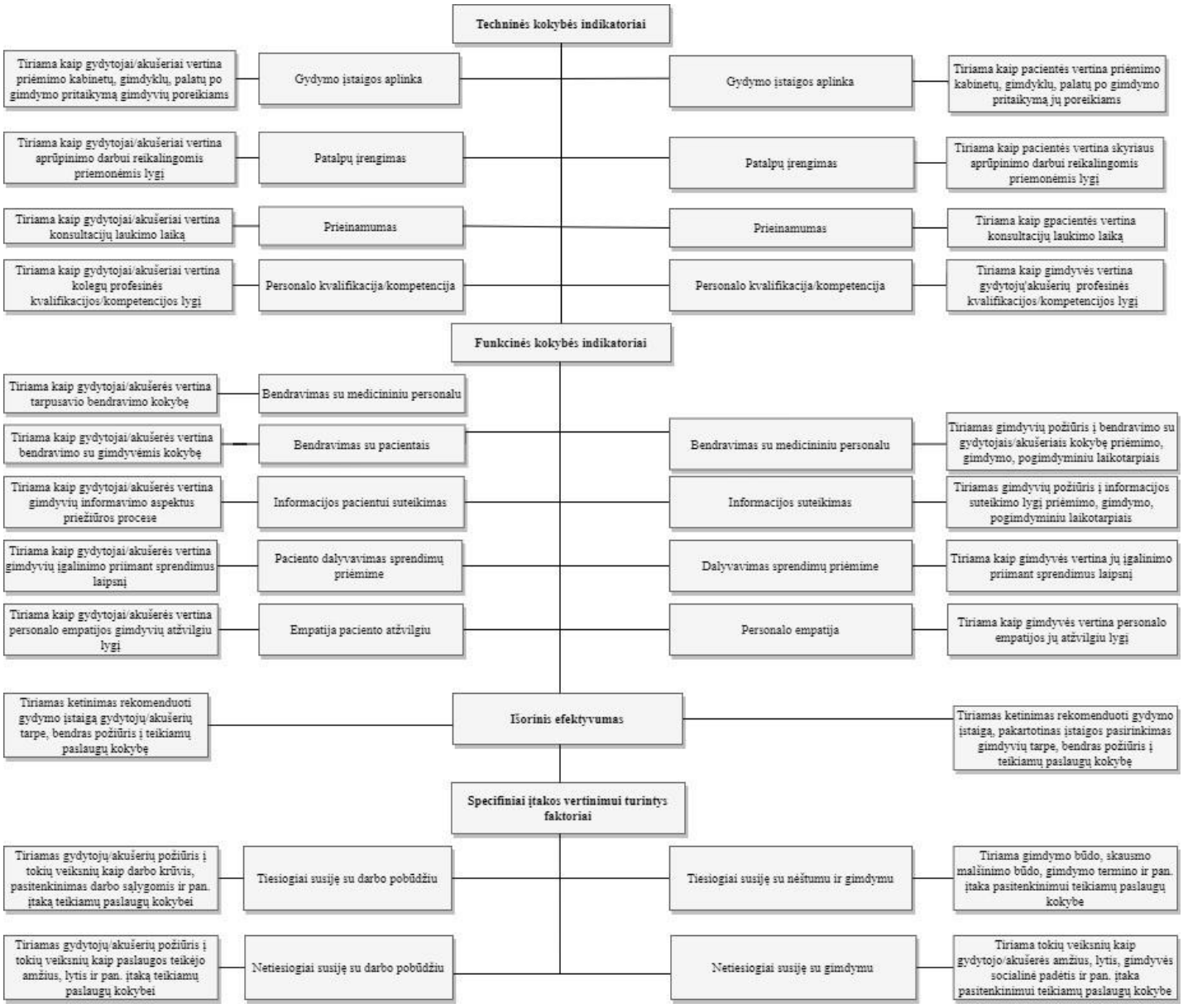
Vykdant kokybės tyrimus iš paciento perspektyvos sveikatos priežiūros sektoriuje, anketinė apklausa – dažniausiai naudojamas duomenų rinkimo metodas. Kaip teigia PSO, „apklausos yra vienintelis informacijos rinkimo apie pacientų patirtį gaunant sveikatos priežiūros paslaugas būdas, o dėl to – svarbus informacijos apie į pacientą orientuotos priežiūros teikimo aspektus šaltinis“ (World Health Organisation, Improving Healthcare Quality in Europe: Characteristics, Effectiveness and Implementation of Different Strategies, 2019, p.52). Būtent anketinė apklausa leidžia per pakankamai trumpą laiko tarpą surinkti didelį kiekį duomenų apie tyrėją dominantį reiškinį.

Vertinant sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų kokybę, vienas plačiausiai naudojamų klausimynų – Ferguson ir kt. (1999 m.), kuriuo tiriami techninės ir funkcinės kokybės aspektai, išorinis efektyvumas, nustatomas bendras kokybės įvertis. Nors klausimynu vertinami komponentai universalūs, apima pagrindines paslaugų teikimo proceso grandis, atsižvelgiant į išnagrinėtą akušerijos mokslo specifiką, klinikinės praktikos niuansus, tyrimo instrumentas turėtų būti orientuotas į paslaugų kokybės vertinimą,

atliekant tyrimą atsižvelgiant į specialybės ypatumus. Daugelis tyrimų, kurių objektas - gimdyvių pasitenkinimas akušeriniuose stacionaruose gaunamų paslaugų kokybe - naudoja švedų autorės, prof. Bodil Wilde-Larsson struktūrizuotą klausimyną „Intranatalinis - specifinis kokybės iš paciento perspektyvos klausimynas“ (angl. *An intrapartal - specific QPP - questionnaire (QPP - I)*), pritaikytą priežiūros kokybės gimdymo metu vertinimui. Šis informacijos rinkimo instrumentas sukonstruotas remiantis „Kokybės iš pacientų perspektyvos“ (angl. *Quality from Patient Perspective Questionnaire (QPP)*) klausimynu ir susideda iš 22 pastarojo elementų, įtraukus 10 naujų, leidusių pritaikyti klausimyną akušerinei specifikai (Wilde Larsson, Larsson, Kvist, Sandin-Bojö, 2010). Nors šis klausimynas apima pagrindinius tyrėjus dominančius kokybės aspektus (personalo kompetencijos, fizinės aplinkos, į asmenį orientuoto požiūrio, sociokultūrinės aplinkos vertinimą), remiantis vien juo surinkta informacija sudėtinga atlikti gimdyvių ir personalo požiūrio į kokybę sąlygojančius veiksnius palyginamąją analizę, nustatyti požiūrio į teikiamų paslaugų kokybę skirtingumus. Nuo 2010 metų sparčiai plėtojantis į pacientą orientuotos, vertybėmis grįstos sveikatos priežiūros, pagarba grįstos motinystės priežiūros koncepcijoms, turi kisti ir pasitenkinimo gaunamų paslaugų kokybe vertinimo instrumentai, o atsižvelgiant į sveikatos sistemų netolygumus, kiekvienos valstybės, įstaigos specifinius klinikinės praktikos momentus, (Endeshaw, 2021, p.110) teigia, kad: „kiekviena valstybė ir net kiekviena sveikatos priežiūros organizacija turėtų turėti savo sveikatos priežiūros kokybės vertinimo instrumentus“. Todėl, išlaikant stambiuosius kokybės vertinimo klausimynų struktūros komponentus (techninės, funkcinės kokybės indikatoriai, išorinis efektyvumas) bei remiantis A. Donabediano pasiūlytu kokybės sistemos modeliu, o konkrečiai – orientavimo į pacientą kokybės dimensijos indikatoriais, aptartais būtent iš akušerijos specialybės perspektyvos teorinėje darbo dalyje, šio tyrimo atlikimui buvo sukonstruotas tyrimo teorinis modelis (žr. 2 pav.) bei sudarytos paslaugų kokybės vertinimo anketos pacientams ir medicininiam personalui (gydytojams, akušeriams), atsižvelgiant į žinių, objektyvumo pateikiant vertinimą užtikrinimo galimybes, poreikį atlikti palyginamąją respondentų analizę tiriamaisiais klausimais.

Tyrimo instrumentą sudaro 50 klausimų pacientėms (gimdyvėms) ir 49 klausimai medicininės paslaugas teikiančiam personalui (gydytojams/ akušerėms). Išskiriami 4 klausimų blokai:

1. Techninės kokybės indikatoriai (10 klausimų pacientėms ir 10 klausimų personalui)
2. Funkcinės kokybės indikatoriai (24 klausimai pacientėms ir 25 klausimai personalui)
3. Išorinis efektyvumas (6 klausimai pacientėms ir 5 klausimai personalui)
4. Specifiniai įtakos vertinimui turintys faktoriai (10 klausimų pacientėms ir 9 klausimai personalui)




*Šaltinis sudarytas autoriaus*

*2 pav.* Pasitenkinimo akušerinių paslaugų kokybe vertinimo iš pacienčių (gimdyvių) ir medicininės paslaugas teikiančio personalo perspektyvos teorinis modelis

1 – 10 klausimai pacientėms skirtose anketose leis nustatyti kaip gimdyvės vertina gydymo įstaigos aplinkos pritaikymą paciento poreikiams (nuorodos, ženklai, patogaus judėjimo užtikrinimas – liftai, vežimėliai ir kt.), patalpų įrengimą bei aprūpinimą diagnostikai, gydymui reikalingomis priemonėmis, laukimo laiką priėmimo skyriuje nuo atvykimo iki konsultacijos gavimo, personalo skaičių gimdymo stacionare bei personalo kompetenciją. Analogiškai išdėstyti klausimai personalui skirtoje anketoje leis palyginti personalo ir pacienčių požiūrio į minėtus kokybės indikatorius skirtingumus.

Funkcinės kokybės vertinimui skirtų klausimų blokas turi didžiausią klausimų skaičių dėl literatūroje išskiriamos būtent funkcinės kokybės indikatorių svarbos kokybės iš paciento perspektyvos vertinimui. Daugiausia dėmesio anketoje skiriama bendravimo aspektams.

11 – 16 bei 28 - 29 klausimai skirti įvertinti pacienčių požiūri į personalo elgesį bendravimo proceso metu (prisistatymas pirmo kontakto metu, pagarbus elgesys, nepertraukinėjimas ir kt.). Personalui skirtoje anketoje gydytojų/akušerių elgesį bendraujant apibūdinantys klausimai palyginamosios analizės atlikimo tikslu išdėstyti tapačiai.

17 – 23 klausimai leis vertinti informacijos pacientui suteikimo kokybę: kokia pacientui suteikiamos informacijos apimtis, ar suprantamai, pacientui priimtinu būdu informacija pateikiama. Personalo pildomoje anketoje pateikiami tapatūs klausimai leis įvertinti skirtingumus tarp gydytojų/akušerių ir pacientų požiūrio į informacijos suteikimo apimties, būdo aspektus.

24 – 27 klausimai leis įvertinti pacienčių/artimųjų įtraukimo į su gimdymo priežiūra susijusių sprendimų priėmimą laipsnį, nustatyti, kiek personalas atsižvelgia į tam tikrus gimdyvių pageidavimus gimdymo eigoje. Personalo anketoje pateikti tapatūs savo turiniu klausimai leis iš medicinos darbuotojų perspektyvos įvertinti paciento įtraukimo į sprendimų priėmimą svarbą, faktinį gimdyvių dalyvavimo priimant sprendimus lygį.

30 – 34 klausimais vertinamas personalo empatijos iš paciento perspektyvos lygis: ar personalas bando suprasti moterų potyrius, teikia emocinę pagalbą gimdymo metu. Personalui skirtoje anketoje 30 – 33 analogiški klausimai leis palyginti empatijos lygio suvokimą iš paslaugos teikėjų ir gavėjų perspektyvos, įvertinti empatijos reikšmę gydytojų/akušerių darbe.

Personalui skirtoje anketoje įtrauktais 34 – 35 klausimais siekiama išsiaiškinti personalo tarpusavio bendravimo kokybės ypatumus, komandinio darbo reikšmę teikiamų paslaugų kokybės užtikrinimui.

35 – 40 gimdyvėms skirtos anketos ir atitinkamai 42 – 46 gydytojams/akušeriams skirtos anketos klausimais vertinama bendra gautų/suteikiamų paslaugų kokybė, išorinis efektyvumas, kadangi ketinimas pakartotinai rinktis tą pačią gydymo įstaigą ar rekomenduoti įstaigą artimiesiems/draugams – patikimas pasitenkinimo gautomis paslaugomis indikatorius bei suponuoja bendrą pozityvų paslaugų kokybės įvertinimą (Aniulienė ir kt., 2011).

Specifiniai įtakos vertinimui turintys faktoriai, tiesiogiai susiję su darbu personalui skirtoje anketoje žymimi 36 – 40 ir 41, 47 numeriais. Šių faktorių, tokių kaip stresas, patiriamas darbe, pasitenkinimas darbo sąlygomis, atlygio ir įdedamų pastangų balansas darbinėje veikloje įtaka kokybės vertinimui nustatyta užsienio šalių mokslininkų darbuose (Halawani ir kt., 2021), (Taha ir kt., 2021), Lietuvos medicinos personalo veikloje galimą šių minėtų faktorių įtaką reikalinga patikrinti statistiniais metodais.

48 – 49 klausimai leis įvertinti su darbu tiesiogiai nesusijusių faktorių, tokių kaip gydytojo darbo stažas, amžius galimą įtaką su paslaugų kokybės užtikrinimu susijusių faktorių vertinimui.

Pacientėms skirtoje apklausoje specifiniai įtakos vertinimui turintys faktoriai išskiriami kaip „susiję su nėštumu ir gimdymu“ (41 – 45 klausimų numeriai: gimdymo būdas, skausmo malšinimo gimdymo metu būdas, nėštumo trukmė ir pan.) ir „netiesiogiai susiję su gimdymu“. Kaip nustatyta nagrinėjant mokslinę literatūrą, su gimdymo priežiūra susijusių paslaugų kokybės vertinimas priklauso nuo visos eilės su paslaugų teikimo procesu nesusijusių, tačiau su gimdymo procesu sietinų faktorių, todėl tikslinga šių faktorių įtaką nustatyti statistiniais metodais Lietuvos gimdyvių populiacijoje.

„Netiesiogiai susiję su gimdymu“ faktoriai, kurių klausimų numeriai 46 – 50, apima demografines charakteristikas kurios, nors ir, tikėtina, turės mažesnę ar jokios įtakos pasitenkinimui gautų paslaugų kokybe, tačiau suteiks vertingos informacijos apie tyrimo dalyves.

Anketos teiginių žymėjimui naudotos įvairios matavimo skalės. Susijusių su paslaugų kokybės vertinimo aspektais pacientų ir personalo požiūriu teiginių žymėjimui naudota Likerto penkių balų skalė, kur 0 „nevertinu/man nebuvo taikoma“, 1 „visiškai nesutinku“, 2 „iš dalies sutinku“, 3 „sutinku“, 4 „visiškai sutinku“ (1 – 40 klausimai pacientėms skirtoje anketoje, atitinkamai personalui skirtoje anketoje 1 – 46 klausimų numeriai). Taip pat naudotos intervalinės skalės nėštumo trukmės gimdymo metu, darbo stažo nustatymui anketose bei ranginės (dichotominės) – „taip“/ „ne“ atsakymo variantų skalės. Nominalinės skalės naudotos siekiant nustatyti kokybiškai išsiskiriančias individualių objektų grupes.

Klausimyno skalės vidinis patikimumas įvertintas Cronbacho alfa koeficientu kiekvienam klausimų blokui (žr. 3 lent.).

*3 lentelė*. Cronbacho alfa koeficientai kiekvienam klausimų blokui

| **Kiekybinio tyrimo klausimyno skalės ir poskalės** | **Cronbach Alfa** |
|---|---|
| TECHNINĖ KOKYBĖ | 0,936 |
| Gydymo įstaigos aplinka | 0,878 |
| Patalpų įrengimas | 0,858 |
| Paslaugų prieinamumas | 0,768 |
| Personalo kvalifikacija/kompetencija | 0,976 |
| FUNKCINĖ KOKYBĖ | 0,950 |
| Bendravimas su medicinos personalu | 0,950 |
| Informacijos suteikimas | 0,912 |
| Dalyvavimas sprendimų priėmime (Paciento įgalinimas (paciento dalyvavimas sprendimų priėmime)) | 0,838 |
| Personalo empatija | 0,885 |
| Bendravimas su kitu med. personalu | 0,759 |
| SPECIFINIAI TIESIOGIAI SU DARBO POBŪDŽIU SUSIJĘ IR ĮTAKOS VERTINIMUI TURINTYS FAKTORIAI | 0,704 |
| IŠORINIS EFEKTYVUMAS | 0,953 |

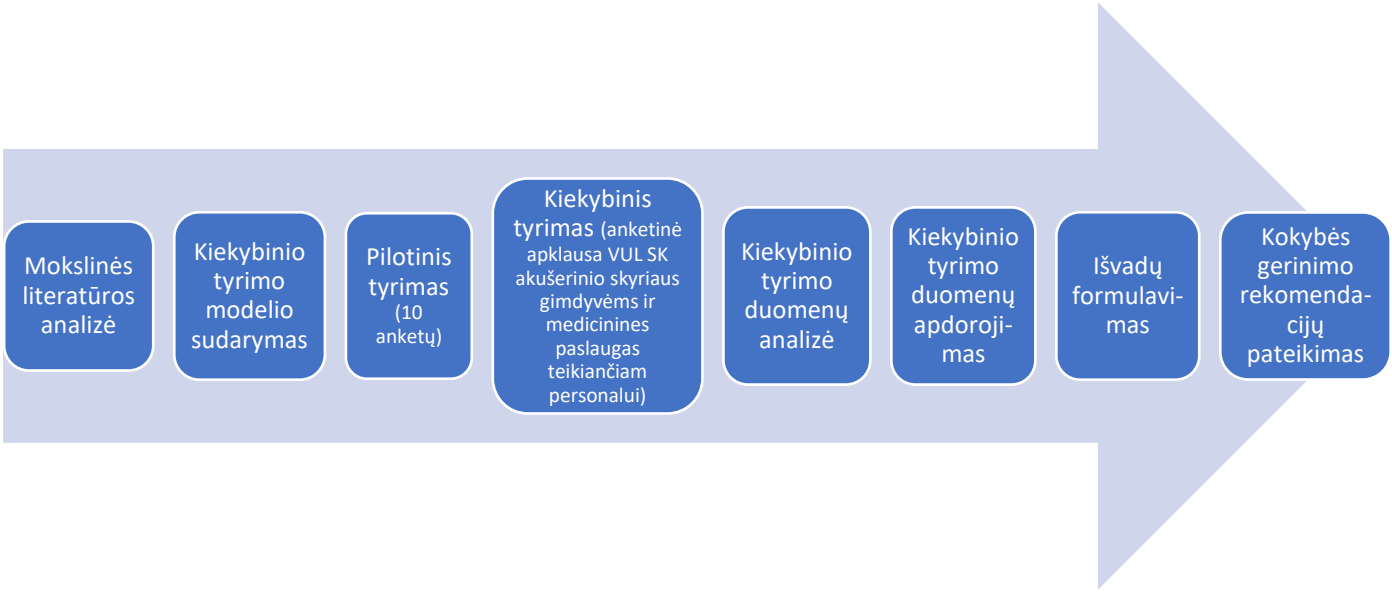
*Šaltinis sudarytas darbo autoriaus*

Matome, kad visų skalių atvejais Cronbach Alfa buvo pakankamai aukšti (>0,7), kas rodo, kad klausimyno vidinis suderinamumas tinkamas. Suminis vidinis klausimyno patikimumas yra 0,966 taigi tyrimo instrumentas yra validus ir tinkamas naudoti.

## 4.4 Tyrimo eiga

**Tyrimo planavimas:** atlikus lietuvių ir užsienio autorių literatūros analizę, dokumentų, reglamentuojančių paslaugų organizavimo, pacientų įtraukimo į paslaugų kokybės vertinimo procesą sveikatos priežiūros įstaigose, tvarką, išryškinti probleminiai kokybės užtikrinimo sveikatos priežiūroje aspektai, išanalizuotos akušerinių paslaugų teikimo specifinės aplinkybės, darančios įtaką pasitenkinimui gaunamų akušerinių paslaugų kokybe akušeriniuose stacionaruose. Atlikus lietuvių ir užsienio autorių sveikatos priežiūros kokybės tyrimų analizę bei sintezę, išskirtos pagrindinės pasitenkinimą kokybe bloginančios problemos (bendravimo pacientas – gydytojas sunkumai, informuotumo užtikrinimo poreikis, paciento įgalinimo priimant sprendimus trūkumas). Pastebėta, jog beveik nėra tyrimų, kuriuose būtų lyginamas pacientų ir gydytojų požiūris į teikiamų paslaugų kokybę, taigi, vertinimui trūksta kompleksiškumo. Remiantis literatūros analizės rezultatais, parengtas pasitenkinimo akušerinių paslaugų kokybe vertinimo teorinis modelis, sudarytos apklausos anketos gimdyvėms ir tiesioginį kontaktą su gimdyve turinčiam personalui. Siekiant patikrinti anketos suprantamumą tyrime dalyvausiantiems respondentams, buvo atliktas pilotinis tyrimas (10 anketų). Atliktas pilotinis tyrimas parodė, kad anketos sandara, klausimai respondentams suprantami, tyrimo instrumentas tinkamas naudoti.

**Tyrimo atlikimas.** 2021 m. lapkričio – 2022 m. vasario mėnesiais VUL SK Akušerijos skyriaus pogimdyvinėse palatose hospitalizuotoms pacientėms išdalinta 400 anketų. Gautos 364 užpildytos anketos, grįžtamumas 91 proc. Analizei naudotos 309 anketos (netinkamos dėl neįtraukimo kriterijų 55 anketos, 15 proc.). Tuo pačiu laikotarpiu VUL SK Akušerijos skyriaus darbuotojams (gydytojams ir akušerėms) į darbinį vidinės informavimo sistemos tinklo paštą išsiųsta 50 anketų. Gautos 42 užpildytos anketos, grįžtamumas 84 proc. Analizei naudotos 37 anketos (netinkamos dėl neįtraukimo kriterijų 5 anketos, 9 proc.). Atlikta statistinė tyrimo rezultatų analizė, jos rezultatai pavaizduoti grafiškai, pateiktas rezultatų aprašymas, interpretacija. Remiantis gautais tyrimo rezultatais, suformuluotos tyrimo išvados, pateiktos kokybės gerinimo rekomendacijos. Su tyrimo rezultatais bei rekomendacijomis supažindinta įstaigos administracija, sutarta dėl numatomo darbuotojų supažindinimo su tyrimo rezultatais pranešimo forma rytinių skyriaus pasitarimų metu. Schematiškai tyrimo eiga pavaizduota 3 paveiksle.




*Šaltinis sudarytas darbo autoriaus*

*3 pav*. Tyrimo eiga

**Tyrimo etika.** Vykdant tyrimą buvo laikomasi anketinės apklausos atlikimo etikos reikalavimų. Prieš tyrimo vykdymą kreiptasi į VUL SK administraciją prašant leisti atlikti anketinę apklausą įstaigos Akušerijos ir ginekologijos centre, akušerijos skyriuje, administracijos sutikimas gautas. Gautas įstaigos bioetikos komiteto leidimas akušerijos skyriaus pacienčių ir medicininio personalo (gydytojų, akušerių) apklausos atlikimui. Pacientams ir medicinines paslaugas teikiančiam personalui buvo pateiktos skirtingos apklausos anketos, kuriose buvo pateikta informacija apie tyrimo atlikimo tikslus, respondentai galėjo laisvai apsispręsti dėl dalyvavimo tyrime. Atliekant tyrimą buvo užtikrintas jame dalyvaujančių respondentų anonimiškumas: apklausos metu nereikėjo pateikti informacijos, leidžiančios identifikuoti respondentą, analizuojant duomenis kiekvienam respondentui buvo suteiktas unikalus numeris. Sudarant anketą laikytasi nuostatos, kad anketos klausimai nepažeistų respondentų kultūrinių, moralinių, religinių vertybių.

**Duomenų apdorojimas.** Duomenys apskaičiuoti naudojantis SPSS *(Statistical Package for Social Sciences)* programinę įrangą (20 versija), kuri yra patogi apdorojant surinktą informaciją, pritaikyta darbui su duomenimis, jų analizei, ryšių nustatymui ir Microsoft Office Excel programa. Naudotas surinktų duomenų vaizdavimo būdas – paveikslai ir lentelės. Intervaline (Likerto) skale išreikštiems duomenims apskaičiuojami vidurkiai (*vid.)* ir standartiniai nuokrypiai (*SN*), rangine skale išreikštiems duomenis buvo apskaičiuoti dažniai (proc.). Siekiant palyginti, kaip gauti rezultatai skiriasi skirtingose respondentų grupėse, buvo apskaičiuoti Mann-Whitney U kriterijai (kai duomenų pasiskirstymas nuo normaliojo skirstinio skyrėsi reikšmingai ir rezultatai buvo lyginti tarp dviejų grupių (t. y. dviejų nepriklausomų imčių)) ir Kruskalio-Valio H kriterijai (kai duomenų pasiskirstymas nuo normaliojo skirstinio skyrėsi reikšmingai

ir rezultatai buvo lyginti tarp trijų ir daugiau grupių (t. y. trijų ar daugiau nepriklausomų imčių)). Visais atvejais statistiškai reikšmingu laikytinas skirtumas, kurio patikimumas didesnis nei 95 proc., t.y. kai $p<0,05$.

## 4.5 Tyrimo imties charakteristikos

**Imties dydis:** tyrimo imtį sudarė VUL SK akušerinio skyriaus pacientės (gimdyvės) ir medicininės paslaugas teikiantis akušerinio skyriaus personalas (gydytojai, gydytojai rezidentai ir akušerės). VUL SK akušerijos skyriuje per metus priimama daugiau nei 3000 gimdymų (2020 m. – 2921, 2019 m. - 3231; 2018 m. - 3446 gimdymai). Imties dydis, siekiant pakankamo rezultatų patikimumo, apskaičiuotas naudojant Panioto formulę:

$$n = \frac{1}{\Delta^2 + \frac{1}{N}}$$

kur:

n – imties dydis;

Δ – imties paklaidos dydis (Δ = 0,05);

N – tyrinėjamos visumos dydis.

Tokiu būdu apskaičiuotas imties dydis paslaugų gavėjams - 341, paslaugų teikėjams imties dydis nebuvo skaičiuojamas dėl nepastovaus gydytojų rezidentų skaičiaus VUL SK rezidentūros bazėje apklausos atlikimo metu.

**Įtraukimo į tyrimą kriterijai:**

*Pacienčių (gimdyvių) įtraukimo kriterijai:*

- sutikimas dalyvauti tyrime
- VUL SK Akušerijos skyriuje gimdžiusios moterys (natūraliais takais ir per CPO)

*Į tyrimą neįtrauktos pacientės (gimdyvės):*

- kurioms hospitalizacijos ar stacionarinio gydymo metu nustatyta koronavirusinė infekcija
- nekalbančios, nesuprantančios valstybinės kalbos
- kurių gimdymas baigėsi negyvybingo vaisiaus užgimimu (vaisiaus žūtis gimdoje ar gimdymo metu)

*Darbuotojų įtraukimo kriterijai:*

- sutikimas dalyvauti tyrime
- pareigos (VUL SK Akušerijos skyriaus gydytojai akušeriai – ginekologai, akušerės, akušerijos – ginekologijos specialybės gydytojai rezidentai)
- darbo pobūdis – įtraukiami tie sveikatos priežiūros specialistai, kurie darbo skyriuje metu turi tiesioginį kontaktą su gimdyvėmis (t.y. bent dalis darbo laiko skiriama darbui gimdymo palatose)

*Į tyrimą neįtraukti darbuotojai:*

- pirmų studijų metų gydytojai rezidentai
- akušerijos – ginekologijos specialybės gydytojai rezidentai, atliekantys rezidentūrą kitoje bazėje, per paskutinius 12 mėn. mažiau nei 6 mėn. rezidentūrą atlikę VUL SK Akušerijos skyriuje

Atliekant tyrimą moterys, kurioms diagnozuota koronavirusinė infekcija, neįtraukiamos vengiant rezultatų iškraipymo dėl specifinių aplinkybių, kuriomis yra priimamas gimdymas esant tokiai klinikinei situacijai: gimdymas vyksta tiek personalui, tiek gimdyvei dėvint papildomas apsaugos priemones, medicininė kaukė gimdyvei privaloma viso gimdymo metu, griežtai ribojamas kontaktų skaičius, gali būti taikoma izoliacija po gimdymo (priklausomai nuo epidemiologinės situacijos šalies mastu). Šie papildomi gimdymo patirtį apsunkinti galintys aspektai dėl apsauginių priemonių keliamo fizinio diskomforto, izoliacijos nulemto psichologinio diskomforto, subjektyviai moterų interpretuojami, gali turėti didelės įtakos vertinant gaunamų paslaugų kokybę. Kadangi VUL SK - III lygio gydymo įstaiga, tarp pacienčių esti ne Lietuvos Respublikos piliečių, todėl šios moterys, atsižvelgiant į tai, kad tyrimo klausimynas pateikiamas lietuvių kalba, o esančių su tomis moterimis vertėjų talkininkavimas gali turėti įtakos klausimų suprantamumui, į tyrimą neįtrauktos. Pirmų metų rezidentai ir mažiau nei 6 mėn. darbo patirties VUL SK turintys rezidentai į tyrimą neįtraukti, nes siekiant maksimaliai objektyvaus paslaugų kokybės vertinimo 6 mėn. terminas pasirinktas kaip minimalus, būtinas susipažinti su organizacijos kultūra, kolektyvu, taikomomis klinikinės priežiūros praktikomis.

**Tyrimo dalyvių socialinės-demografinės charakteristikos:** tyrimo imtį sudarė 309 gimdyvės nuo 19 iki 47 metų (amžiaus vidurkis 32 metai) bei 37 medicinos personalo atstovai. Dauguma gimdyvių buvo miesto gyventojos (96 proc.), turinčios aukštąjį universitetinį išsilavinimą (84 proc.), dirbančios (97 proc.) ir ištekėjusios (73 proc.), tuo tarpu tarp medicinos personalo daugiausiai buvo gydytojų rezidentų (38 proc.), o tai atitinkamai gydytojai, turintys iki 5 m. stažą (38 proc.) (žr. 4 lent.).

*4 lentelė*. Tyrimo dalyvių socialinės-demografinės charakteristikos

| **Charakteristikos** | | **Pacientės (N=309)** | | **Personalas (N=37)** | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Amžius** | | 19-47 m. 32,0 ±5,6 m. | | 24-60 m. 35,3 ±12,8 m. | |
| – | | *N, vnt.* | *Proc.* | *N, vnt.* | *Proc.* |
| **Gyvenamoji vieta** | Kaimas | 12 | 3,9% | – | – |
| | Miestas | 297 | 96,1% | – | – |
| **Išsilavinimas** | Nebaigtas vidurinis | 0 | 0,0% | – | – |
| | Vidurinis | 4 | 1,3% | – | – |
| | Aukštasis neuniversitetinis | 44 | 14,2% | – | – |
| | Aukštasis universitetinis | 261 | 84,5% | – | – |
| **Socialinė padėtis** | Moksleivės, studentės | 5 | 1,6% | – | – |
| | Dirbančios | 299 | 96,8% | – | – |
| | Bedarbės | 5 | 1,6% | – | – |
| **Šeimyninė padėtis** | Vienišos | 1 | ,3% | – | – |
| | Esančios partnerystėje | 81 | 26,2% | – | – |
| | Ištekėjusios | 227 | 73,5% | – | – |
| | Išsiskyrusios | 0 | 0,0% | – | – |
| **Pareigos** | Gydytojai akušeriai-ginekologai | – | – | 13 | 35,1% |
| | Akušeriai | – | – | 10 | 27,0% |
| | Gydytojai rezidentai | – | – | 14 | 37,8% |
| **Darbo stažas** | Iki 5 m. | – | – | 14 | 37,8% |
| | 6-10 m. | – | – | 3 | 8,1% |
| | 11-20 m. | – | – | 12 | 32,4% |
| | Virš 21 m. | – | – | 8 | 21,6% |

*Šaltinis sudarytas darbo autoriaus pagal kiekybinio tyrimo rezultatus*

Pažymėtina, kad imties dydis mažesnis nei siektinas rezultatų patikimumo užtikrinimui, atsižvelgiant į susiklosčiusią nepalankią epidemiologinę situaciją apklausos atlikimo metu (iš 364 surinktų anketų net 55 buvo netinkamos analizei dėl neatitikimo įtraukimo kriterijams, kurių vienas buvo infektuotumas koronavirusine infekcija hospitalizacijos ar stacionarinio gydymo metu).

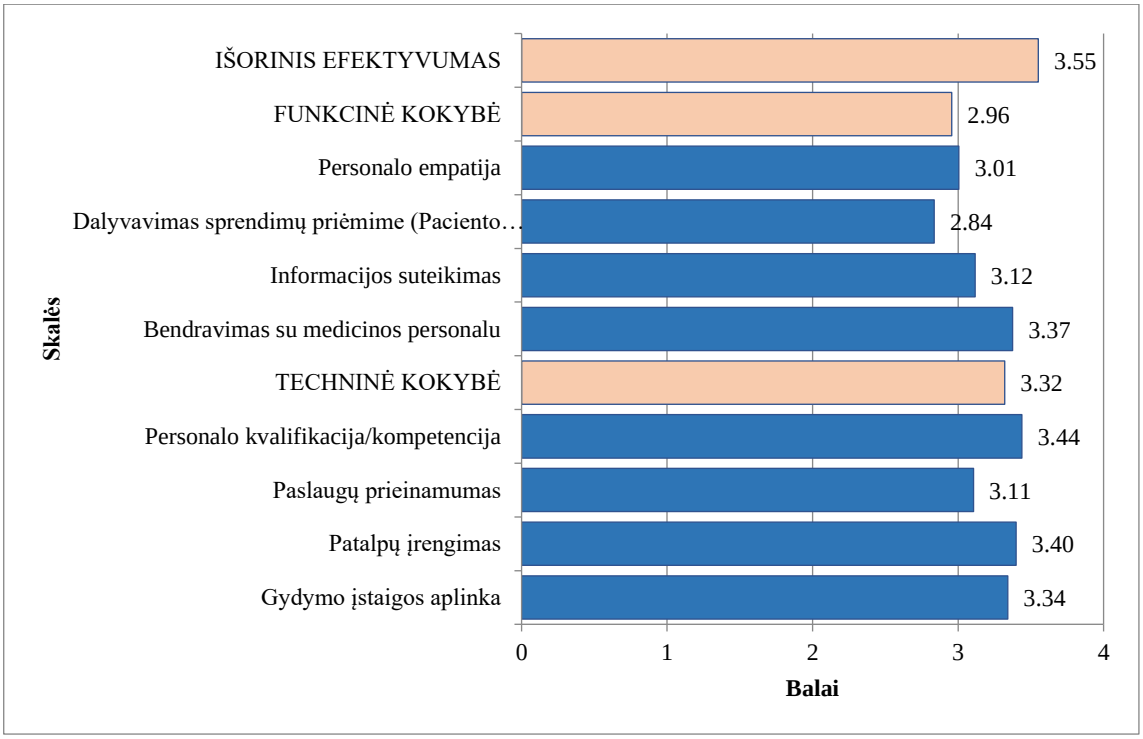
# AKUŠERINIŲ PASLAUGŲ KOKYBĖS VERTINIMO PACIENTŲ IR GYDYTOJŲ POŽIŪRIU TYRIMO REZULTATŲ ANALIZĖ

## 5.1 Pacienčių požiūris į teikiamų akušerinių paslaugų kokybę

Pacientas, jo patirtis apsilankymo sveikatos priežiūros įstaigoje metu, kaip ne kartą buvo aptarta bei pabrėžta teorinėje darbo dalyje, esti pagrindiniais informacijos apie esamą paslaugų kokybę konkrečioje įstaigoje šaltiniais, nors, deja, ne visuomet pakankamai išnaudojamais kokybės gerinimui. Remiantis kokybės vertinimu iš paciento perspektyvos galime ne tik nustatyti esamą paslaugų kokybės lygį, tačiau ir apsibrėžti tobulintinas sritis, kas ypatingai svarbu atsižvelgiant į tai, kad, kaip nurodo (Hudson ir Smith, 2018), (Larson ir kt., 2019), pacientų pasitenkinimas paslaugų kokybe koreliuoja su išeitimis sveikatos būklei, o tai itin aktualu akušerijos specialybei, kur traumuojanti patirtis gali lemti ar pagilinti tokių būklių kaip pogimdyminės depresijos išsivystymą, prisidėti prie neigiamo požiūrio į gimdymą stacionaruose plitimo žiniasklaidoje taip sukeliant daug gilesnes problemas, susijusias su pogimdymine priežiūra, moters ir vaiko sveikata bei gerove plačiąja prasme, o būtent moters ir vaiko sveikatos gerinimas yra vienas sveikatos programos uždavinių visos šalies mastu.

Apklausoje dalyvavusios moterys (rezultatų analizei naudotos 309 gimdyvių anketos) vertino techninę paslaugų kokybę, funkcinę kokybę bei pateikė išorinio efektyvumo vertinimą, žymėdamos savo atsakymus į pateiktus teiginius keturbalėje Likerto skalėje nuo 1 (visiškai nesutinku) iki 4 (visiškai sutinku). Nagrinėjant pacienčių atsakymus, pirmiausia atliktas apibendrinamasis šių kokybę apibūdinančių klausimų blokų skalių vertinimas (žr. 4 pav.).

Nustatyta, kad iš trijų pagrindinių klausimų blokų pacientės geriausiai vertino išorinį efektyvumą (vid. 3,55), bei techninę paslaugų kokybę (vid. 3,32), o tarp atskirų techninės kokybė subskalių geriausiai buvo vertinta personalo kvalifikacija (vid. 3,44) ir patalpų įrengimas (vid. 3,40), prasčiausiai – paslaugų prieinamumas (vid. 3,11). Iš tiesų, daugelyje tiek Lietuvoje, tiek pasaulyje atliekamų tyrimų pacientės techninę kokybę linkusios vertinti palankiau nei funkcinės kokybės aspektus (Aniulienė ir kt., 2011), (Panth ir Kafle, 2018), (Mahfouz, Abed, Alqahtani, Albaqami ir Alsubaie, 2020), ypač išsivysčiusiose šalyse. Prasčiau, kaip ir tikėtasi apžvelgus tyrimus pasauliniame kontekste, tyrimo respondentės įvertino funkcinę paslaugų kokybę (vid. 2,96), o tarp atskirų funkcinės kokybės poskalių geriausiai buvo vertintas bendravimas su medicinos personalu (vid. 3,37) bei informacijos suteikimas (vid. 3,12), prasčiausiai - dalyvavimas sprendimų priėmime (vid. 2,84).




*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis tyrimo duomenimis*

*4 pav*. Tyrimo skalių vertinimas iš pacientų perspektyvos

Būtent paciento (šiuo atveju – gimdyvių) įgalinimas būti aktyviu sprendimų, susijusių su jo sveikatos priežiūra, priėmimo dalyviu yra pabrėžiamas dvylikoje PSO įtvirtintų pagarba grįstos motinystės priežiūros principų bei esti vienu efektyvios komunikacijos komponentų, būtinų pozityvios gimdymo patirties užtikrinimui (WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018), o prastai ir netgi prasčiausiai šį aspektą nagrinėtoje literatūroje moterys vertina pakankamai dažnai (Shakibazadeh ir kt., 2018), (Donate-Manzanare ir kt., 2019). Toliau bus išsamiau aptariami respondenčių atsakymai į kiekvienos skalės teiginius, siekiant konkretizuoti probleminius kokybės užtikrinimo aspektus.

**Techninės paslaugų kokybės vertinimas pacientų požiūriu**

Vertinant kiekvieną iš analizuotų techninės kokybės aspektų (žr. 5 lent.) matome, kad, išskyrus tokius rodiklius kaip ligoninėje teikiamas maistas, laukimas priėmimo skyriuje (paslaugų prieinamumas) bei personalo skyriuje skaičius, didžioji dauguma respondenčių techninės kokybės aspektus apibrėžiančius teiginius vertino palankiai („sutinku“) ir labai palankiai („visiškai sutinku“). Atsižvelgiant į tai, kad sveikatos priežiūros sektoriuje laukimo laikas iki paslaugų gavimo, eilės pas gydytojus yra rimta problema, kaip buvo aptarta teorinėje darbo dalyje, šis aspektas išskirtas ir analizuotoje sveikatos priežiūros sistemos audito ataskaitoje, stebimas rezultatas, kad tik 0,7 proc. apklaustųjų nurodė esančios nepatenkintos laukimo

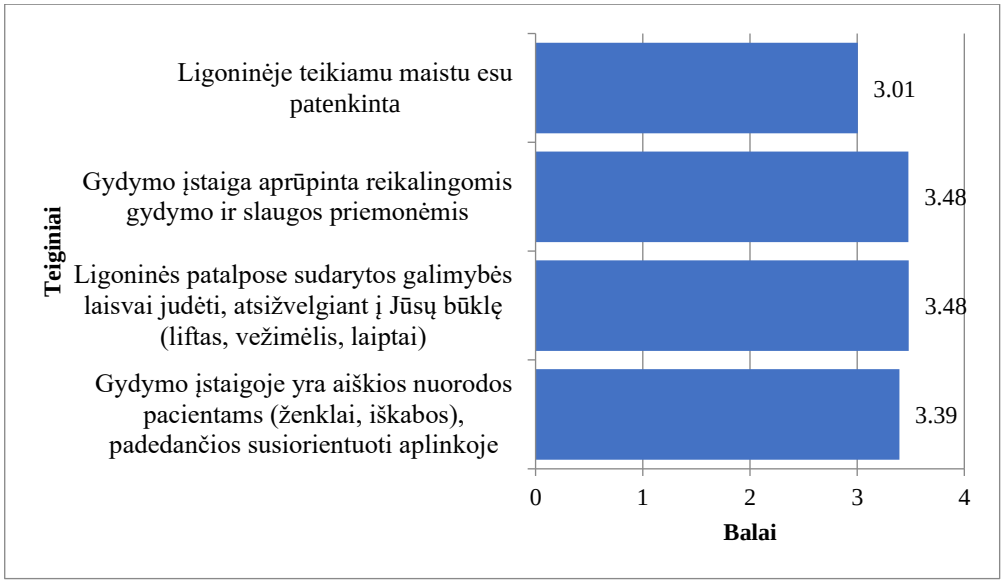
lauku priėmimo skyriuje, o tik 26,7 proc. sutiko su teiginiu, kad laukimo priėmimo skyriuje laiku yra patenkintos iš dalies, leidžia daryti prielaidą, kad skyriaus darbas organizuotas pakankamai efektyviai.

*5 lentelė.* Tyrimo anketos atsakymų techninės kokybės rodikliai iš pacienčių perspektyvos

| | **Vid.** | **SN** | **Nevertinta, netaikoma** | **Visiškai nesutinka** | **Iš dalies sutinka** | **Sutinka** | **Visiškai sutinka** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **TECHNINĖ KOKYBĖ** | **3,32** | **0,49** | | | | | |
| **Gydymo įstaigos aplinka** | **3,34** | **0,52** | | | | | |
| Gydymo įstaigoje yra aiškios nuorodos pacientams (ženklai, iškabos), padedančios susiorientuoti aplinkoje | 3,39 | 0,62 | 0,0% | 0,0% | 7,6% | 46,3% | 46,1% |
| Ligoninės patalpose sudarytos galimybės laisvai judėti, atsižvelgiant į Jūsų būklę (liftas, vežimėlis, laiptai) | 3,48 | 0,51 | 0,0% | 0,0% | 0,7% | 51,2% | 48,1% |
| Gydymo įstaiga aprūpinta reikalingomis gydymo ir slaugos priemonėmis | 3,48 | 0,51 | 0,0% | 0,0% | 0,7% | 51,6% | 47,8% |
| Ligoninėje teikiamu maistu esu patenkinta | 3,01 | 0,73 | 0,0% | 0,7% | 24,2% | 49,9% | 25,2% |
| **Patalpų įrengimas** | **3,40** | **0,53** | | | | | |
| Patalpų įrengimas užtikrina pacienčių privatumą (širmos, užuolaidos, atskira erdvė priėmime, gimdyklose) | 3,39 | 0,59 | 0,0% | 0,0% | 5,6% | 50,2% | 44,1% |
| Užtikrinta apžiūrai reikalingos įrangos, ligoninės patalpų švara | 3,40 | 0,54 | 0,0% | 0,0% | 2,3% | 55,7% | 42,0% |
| **Paslaugų prieinamumas** | **3,11** | **0,62** | | | | | |
| Laukimo laiku priėmimo skyriuje (nuo atvykimo iki apžiūros) esu patenkinta | 2,98 | 0,74 | 0,0% | 0,7% | 26,7% | 47,4% | 25,2% |
| Personalo skyriuje yra pakankamai | 3,23 | 0,70 | 0,0% | 0,0% | 14,8% | 46,8% | 38,5% |
| **Personalo kvalifikacija/kompetencija** | **3,44** | **0,52** | | | | | |
| Personalas (gydytojai) išmano savo darbą, pareigas atlieka puikiai | 3,44 | 0,52 | 0,0% | 0,0% | 1,0% | 54,2% | 44,8% |
| Personalas (akušerės) išmano savo darbą, pareigas atlieka puikiai | 3,43 | 0,52 | 0,0% | 0,0% | 1,3% | 54,6% | 44,1% |

*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis kiekybinio tyrimo duomenimis*

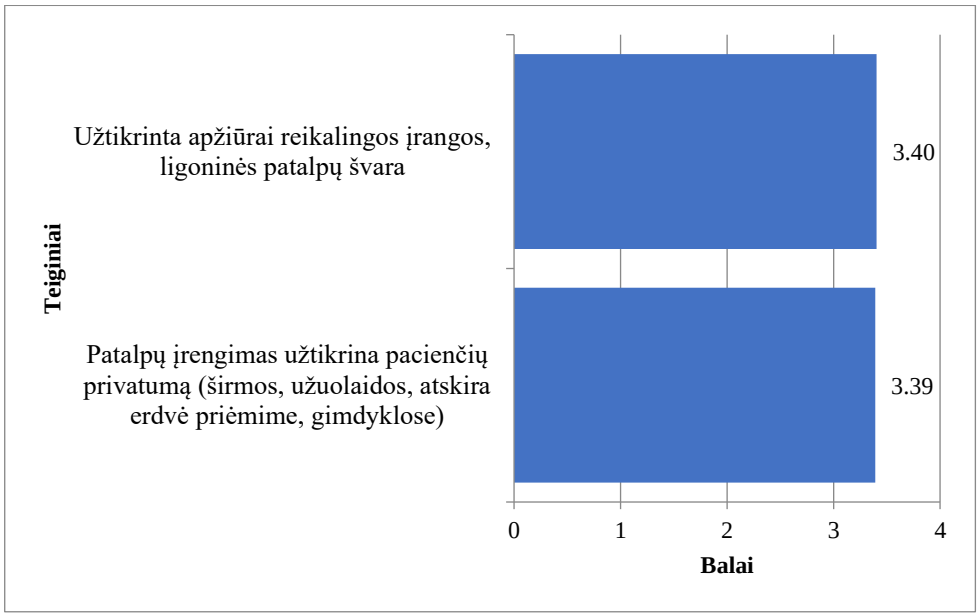
Pabrėžtina, kad pacientės neišskyrė personalo trūkumo kaip galimo probleminio aspekto, nors ypač akušerinio personalo trūkumas yra pastebimas daugelyje akušerinių (taip pat ir tiriamajame šioje atvejo studijoje) stacionarų. Žinoma, tokius vidinius įstaigos veiklos niuansus pacientėms pakankamai trumpo vizito metu įvertinti objektyviai sudėtinga, o tai, kad pacientės nejaučia personalo trūkumo nurodo, kad esami resursai tiriamojoje įstaigoje paskirstomi pakankamai optimaliai.




*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis tyrimo duomenimis*

*5 pav.* Gydymo įstaigos aplinkos vertinimas (pacienčių požiūris)

Nustatyta, kad gydymo įstaigos aplinkos subskalėje geriausiai vertintas aprūpinimas reikalingomis gydymo ir slaugos priemonėmis bei galimybės laisvai judėti sudarymas (žr. 5 pav.), patalpų įrengimo subskalėje – įrangos ir patalpų švara (vid. 3.40) (žr. 6 pav.).



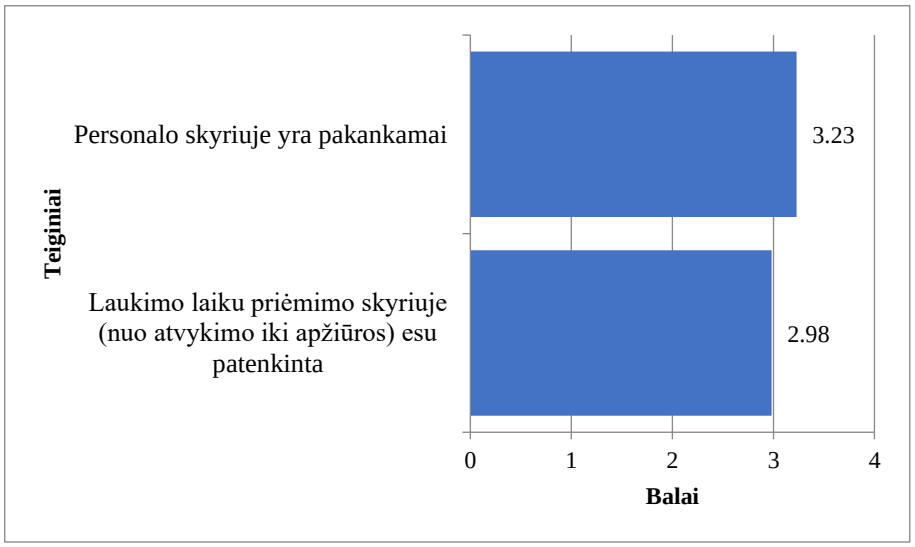

*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis tyrimo duomenimis*

*6 pav.* Patalpų įrengimo vertinimas (pacienčių požiūris)

Tikslinga išsamiau aptarti pacienčių privatumo, aplinkos jam užtikrinti pritaikymą gimdymo paslaugas teikiančiame stacionare. Konfidencialumo, privatumo užtikrinimas, minimas ir dvylikoje PSO pagarba grįstos motinystės priežiūros principų, iš pirmo žvilgsnio, turėtų būti savaime suprantamu teikiamų paslaugų paketo komponentu, ypatingai išsivysčiusiose šalyse ir visgi šio tyrimo duomenimis 5,6 proc.

respondenčių tik iš dalies sutiko su teiginiu, kad patalpų įrengimas užtikrino jų privatumą. Palyginimui pasirinktas didelės imties (8378 gimdžiusių moterų) Lenkijoje (dėl panašios kultūrinės, socio-ekonominės situacijos) atliktas tyrimas, kurio duomenimis net „19,1 proc. moterų teigė, kad personalas neužtikrino pakankamo privatumo“ stacionarinio akušerinio gydymo metu (Baranowska ir kt., 2019, p.1). Nors tyrime labiau buvo akcentuojamas nuo personalo veiksmų priklausomas privatumo užtikrinimas (durų uždarymas apžiūros metu, tiesiogiai su gydymu nesusijusių žmonių buvimas apžiūrose), nedera pamiršti, kad toks veiksnys kaip privatumo užtikrinimas pacientėms yra labai svarbus ir priklauso nuo daugelio faktorių, į kuriuos būtina atsižvelgti teikiant sveikatos priežiūros paslaugas pacientėms.

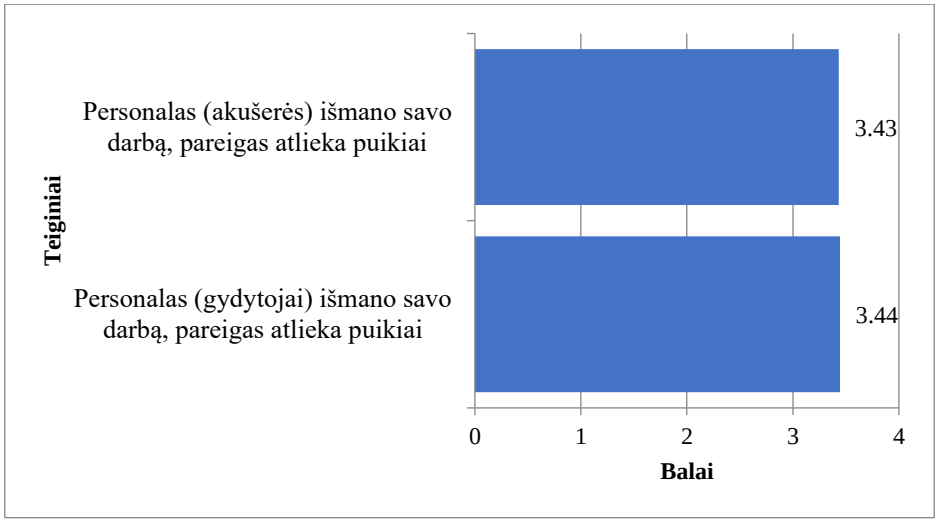
Vertinant paslaugų prieinamumo rodiklius, geriau įvertintas personalo skaičius stacionare, o prieinamumas, kaip minėta, vertintas prasčiausiai iš visos techninės kokybės teiginių įverčių skalės (vid. 2,98) (žr. 7 pav.). Nors paslaugų prieinamumo problema plačiai žinoma visos šalies mastu, derėtų atkreipti dėmesį į tai, kad vertinant laukimo laiką nėščios moterys dažnai dėl skausmo, patiriamo prasidedant gimdymui, nerimo, nežinomybės jausmų, gali būti linkusios būtent šį rodiklį vertinti kritiškiau nei kitus.




*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis tyrimo duomenimis*

*7 pav.* Paslaugų prieinamumas (pacienčių požiūris)

Analizuojant personalo kvalifikacijos ir kompetencijos vertinimus, nenustatyta žymaus skirtumo tarp gydytojų ir akušerių darbo įvertinimo (žr. 8 pav.), 99 proc. apklaustų moterų „sutiko“ ir „visiškai sutiko“ su teiginiu, kad gydytojai išmano savo darbą bei pareigas atlieka puikiai, atitinkamai akušerių atveju tokių moterų buvo 98,7 proc. (žr. 5 lent.).




*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis tyrimo duomenimis*

*8 pav.* Personalo kvalifikacijos/kompetencijos vertinimas (pacienčių požiūris)

Pacientai VUL SK gydytojų darbą vertino itin palankiai ir 2020 m. (naujausi prieinami duomenys). Atliktoje pacientų apklausoje vertinant stacionarinių paslaugų kokybę visos VUL SK įstaigos mastu nustatyta, kad pacientai „gydytojų darbą labai gerai ir gerai įvertino 97 proc.“ (Pacientų pasitenkinimas teikiamomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis Santaros klinikose 2020 metais, 2020). Matome, kad akušerijos skyriaus atveju šis procentas dar didesnis.

Apibendrinant, tyrimo respondentės techninę paslaugų kokybę vertina geriau nei funkcinę ir, nors įvertintas prasčiausiai iš techninės kokybės aspektų, paslaugų laukimo laikas teorinėje darbo dalyje nagrinėtų tyrimų kontekste šiame tyrime įvertintas palankiai, dėl ko darytina išvada, kad skyriuje užtikrinamas aukštas veiklos efektyvumas. Resursai tiriamojoje įstaigoje paskirstomi optimaliai atsižvelgiant į tai, kad pacientės neišskiria personalo trūkumo kaip probleminio aspekto.

**Funkcinės paslaugų kokybės vertinimas pacientų požiūriu**

Teorinėje darbo dalyje atliktoje literatūros analizėje aiškiai matyti, kad būtent funkcinė paslaugų kokybė lemia pacientų pasitenkinimą gautomis paslaugomis. Orientavimas į pacientą, kas ir sudaro funkcinės kokybės komponentus, kaip atskira kokybės dimensija išskirta dar A. Donabediano kokybės sistemos modelyje, siekiančiame XX a. aštuntojo dešimtmečio pabaigą. Kaip teigia (Gourevitch ir kt., 2017, p. 124), „moterų požiūris į kokybę labiau holistinis“, todėl joms itin svarbūs būtent funkcinės kokybės aspektai, funkcinė kokybė nagrinėjama daugelyje mokslo darbų teikiant ypatingą dėmesį komunikaciniams kontakto pacientas-gydytojas momentams (Rowe ir kt., 2002), (Chang ir kt., 2018), (Lippke ir kt., 2019), (Mahfouz ir kt., 2020). Šiame tyrime iš funkcinės kokybės poskalių geriausiai pacientės įvertino bendravimą su medicinos personalu, prasčiausiai – dalyvavimą sprendimų priėmime (žr. 6 lent.). Tokie rezultatai

neprieštarauja kitų tyrėjų darbams, kuriose sprendimų priėmimas vertintas prastai arba prasčiausiai lyginant su kitais kokybės rodikliais (Donate-Manzanare ir kt., 2019). Visgi, nesumenkinant paciento įgalinimo dalyvauti sprendimų priėmime svarbos, atsižvelgiant į akušerinę specifiką, reikalinga vertinti kiekvieną klinikinę situaciją atskirai, turėti omenyje sudėtingas klinikines situacijas, kurioms esant reikia vadovautis kitais principais, tokiais kaip paciento gerovė, sprendimų savalaikiškumas, naudos/žalos santykio vertinimas, nes pacientas ne visuomet, o tam tikrose situacijose tikrai nėra pajėgus priimt tinkamą sprendimą dėl specifinių žinių poreikio ar sprendimo priėmimą apsunkinančių būklių, kurios akušerijoje pasitaiko ne taip ir retai.

*6 lentelė.* Tyrimo anketos atsakymų funkcinės kokybės rodikliai iš pacienčių perspektyvos

| | **Vid.** | **SN** | **Nevertinta, netaikoma** | **Visiškai nesutinka** | **Iš dalies sutinka** | **Sutinka** | **Visiškai sutinka** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **FUNKCINĖ KOKYBĖ** | **2,96** | **0,46** | | | | | |
| **Bendravimas su medicinos personalu** | **3,37** | **0,48** | | | | | |
| Gydytojai pirmo kontakto metu prisistatė, buvo malonūs | 3,41 | 0,52 | 0,0% | 0,0% | 1,7% | 56,2% | 42,1% |
| Akušerės pirmo kontakto metu prisistatė, buvo malonios | 3,42 | 0,53 | 0,0% | 0,0% | 1,7% | 55,6% | 42,8% |
| Gydytojų elgesys buvo pagarbus | 3,40 | 0,55 | 0,0% | 0,0% | 3,0% | 54,9% | 42,1% |
| Akušerių elgesys buvo pagarbus | 3,41 | 0,54 | 0,0% | 0,0% | 2,7% | 54,6% | 42,8% |
| Gydytojai manęs išklausė, man kalbant nepertraukinėjo | 3,34 | 0,60 | 0,0% | 0,0% | 6,6% | 53,4% | 40,0% |
| Akušerės manęs išklausė, man kalbant nepertraukinėjo | 3,36 | 0,56 | 0,0% | 0,0% | 4,3% | 56,1% | 39,6% |
| Personalas gimdymo metu atsižvelgė į gimdymo palydovo poreikius | 3,34 | 0,49 | 10,0% | 0,0% | 0,7% | 59,4% | 30,0% |
| Personalas greitai reagavo į mano nusiskundimus ir poreikius gimdymo metu | 3,32 | 0,51 | 0,7% | 0,0% | 2,3% | 63,5% | 33,5% |
| **Informacijos suteikimas** | **3,12** | **0,55** | | | | | |
| Gydytojai atsakė į visus man rūpimus klausimus | 3,07 | 0,72 | 0,0% | 0,0% | 23,2% | 47,1% | 29,7% |
| Akušerės atsakė į visus man rūpimus klausimus | 3,18 | 0,65 | 0,0% | 0,0% | 13,9% | 55,1% | 31,0% |
| Aš buvau informuojama prieš kiekvieną apžiūrą | 3,36 | 0,57 | 0,0% | 0,0% | 4,6% | 55,7% | 39,6% |
| Man buvo suteikta informacija apie atliekamų procedūrų poreikį | 3,19 | 0,69 | 0,0% | 0,0% | 16,3% | 49,6% | 34,2% |
| Aš buvau informuojama apie atliekamus veiksmus procedūrų metu | 3,27 | 0,61 | 0,0% | 0,0% | 9,0% | 55,7% | 35,3% |
| Man buvo suteikta informacija apie apžiūrų, man atliekamų procedūrų rezultatus | 3,04 | 0,70 | 0,0% | 0,0% | 23,2% | 50,6% | 26,2% |

6 lentelės tęsinys kitame puslapyje

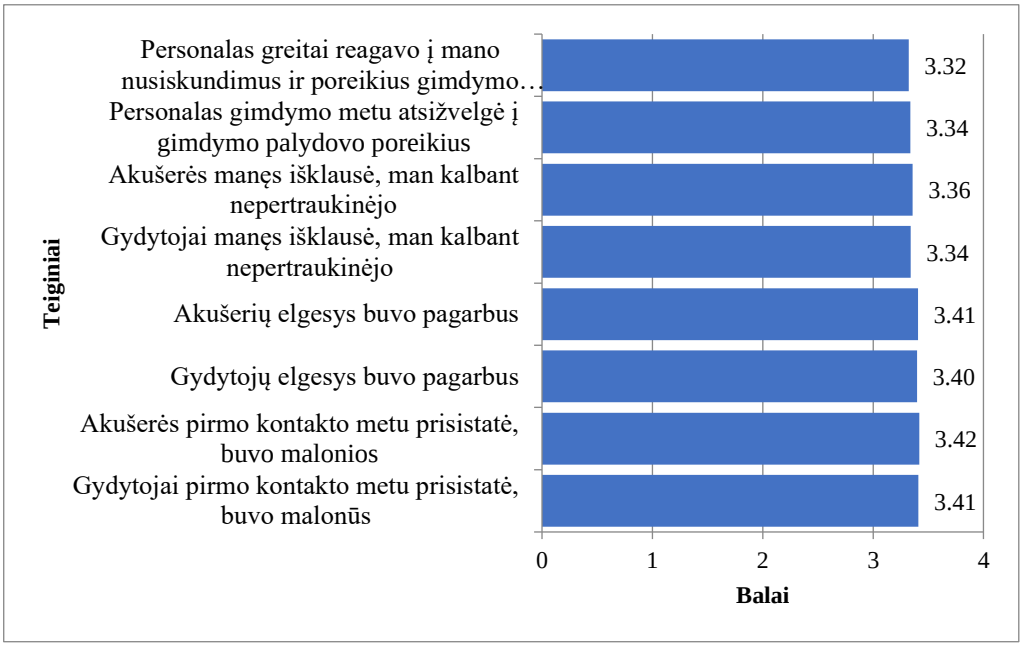
6 lentelės tęsinys

| | Vid. | SN | Nevertinta, netaikoma | Visiškai nesutinka | Iš dalies sutinka | Sutinka | Visiškai sutinka |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Aš buvau informuota apie galimybę gimdyti skirtingose gimdymo pozicijose | 2,61 | 0,80 | 11,6% | 6,6% | 33,2% | 38,5% | 10,1% |
| **Dalyvavimas sprendimų priėmime (Paciento įgalinimas (paciento dalyvavimas sprendimų priėmime))** | **2,84** | **0,63** | | | | | |
| Aš galėjau aktyviai dalyvauti priimant su mano gimdymo priežiūra susijusius sprendimus | 3,17 | 0,62 | 2,0% | 0,0% | 12,3% | 58,0% | 27,7% |
| Buvo sudarytos sąlygos pasirinkti skausmo malšinimo būdą gimdymo metu | 2,82 | 0,72 | 13,3% | 1,3% | 27,7% | 43,9% | 13,8% |
| Buvo sudarytos sąlygos gimdyti mano pageidaujamoje gimdymo pozicijoje | 2,62 | 0,78 | 20,1% | 5,3% | 30,2% | 36,0% | 8,5% |
| Pageidaujant, buvo suteikta galimybė laisvai judėti gimdymo metu | 2,52 | 0,87 | 16,9% | 10,6% | 30,3% | 32,3% | 9,8% |
| **Personalo empatija** | **3,01** | **0,49** | | | | | |
| Gimdymo metu jaučiausi saugi | 3,22 | 0,58 | 0,0% | 0,0% | 8,1% | 61,5% | 30,3% |
| Gydytojai stengiasi suprasti, ką pacientės patiria gimdymo metu | 2,90 | 0,64 | 0,3% | 0,0% | 25,9% | 58,4% | 15,4% |
| Akušerės stengiasi suprasti, ką pacientės patiria gimdymo metu | 2,91 | 0,63 | 0,3% | 0,0% | 25,4% | 58,5% | 15,8% |
| Gydytojai suteikia pacientėms reikalingą emocinę pagalbą gimdymo metu | 2,96 | 0,58 | 0,3% | 0,0% | 18,6% | 66,2% | 14,9% |
| Akušerės suteikia pacientėms reikalingą emocinę pagalbą gimdymo metu | 3,03 | 0,54 | 0,3% | 0,0% | 12,8% | 70,6% | 16,3% |

*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis kiekybinio tyrimo duomenimis*

Analizuojant rezultatus funkcinės kokybės komponentų subskalėse matome, kad pacientės kiek geriau vertina akušerių bendravimą nei gydytojų, tačiau tas skirtumas minimalus (žr. 9 pav.). Apskritai virš 93 proc. apklaustųjų palankiai vertino bendravimą su medicinos personalu (atsakydamos į teiginius žymėjo „sutinku“ ir „visiškai sutinku“), kas leistų daryti išvadą, kad situacija Lietuvos gimdymo stacionaruose esti geresnė nei stebima pasauliniu mastu. Palygimui, jau minėto tyrimo, atlikto Lenkijoje, duomenimis: „apie netinkamus darbuotojų komentarus jų (aut. – gimdyvių) atžvilgiu pranešta 25 proc. atvejų“ (Baranowska ir kt., 2019). Azijos šalyse, įvairių tyrimų duomenimis, žodinis nepagarbus bendravimas pasireiškia dar didesniu dažniu: „nors dauguma moterų nurodė, kad paslaugos buvo teikiamos su pagarba, buvo nurodyta tokių nepagarbaus elgesio apraiškų kaip šaukimas (30 proc.)<...>pozityvaus bendravimo skausmo

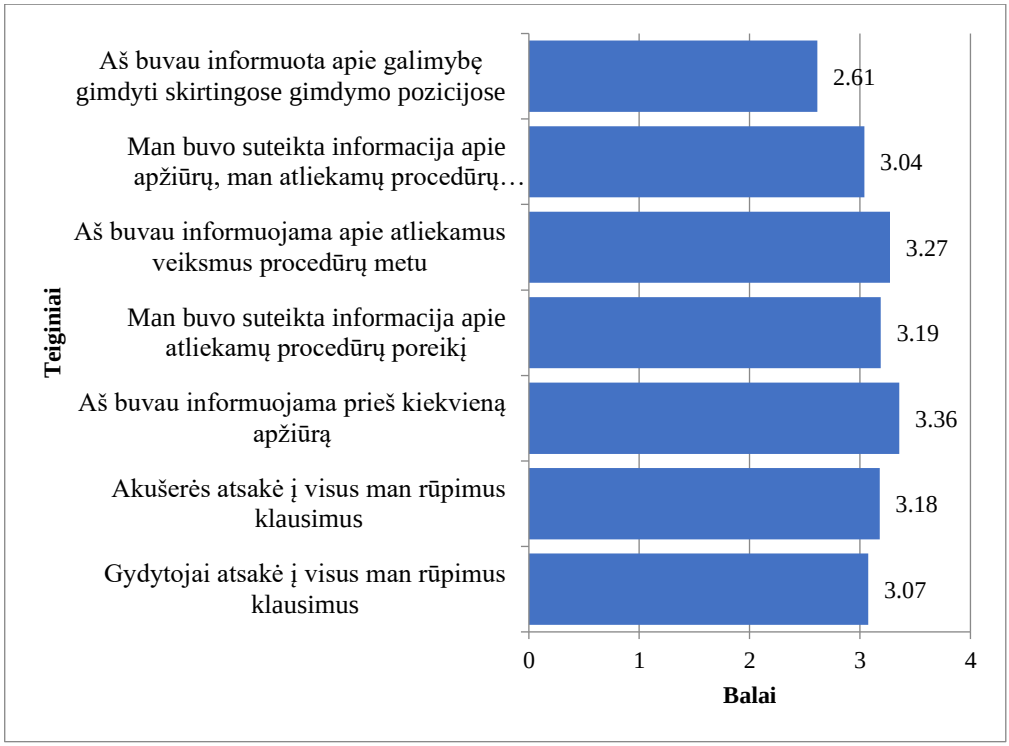
malšinimo klausimais stoka (28 proc.)“ (Pathak ir Ghimire, 2020, p.1). Besivystančiose šalyse pagarbos gimdyvės-gydytojo bendravime trūkumas dar aktualesnis, dėl ko moterys net vengia gimdyti sveikatos priežiūros įstaigose (Okonofua ir kt., 2017).




*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis kiekybinio tyrimo duomenimis*

*9 pav.* Bendravimo su paslaugas teikiančiu personalu vertinimas (pacienčių požiūris)

Informacijos suteikimas – kitas probleminis, dažnai pacientų nepasitenkinimą gautomis paslaugomis lemiantis aspektas. Šiame tyrime pacientės geriausiai vertino informuotumą prieš apžiūras, prasčiausiai - (vertinimas prasčiausias visoje funkcinės kokybės skalėje, vid. 2,61) informacijos suteikimą apie galimybę gimdyti skirtingose gimdymo pozicijose (žr. 10 pav.). 6,6 proc. apklaustųjų visiškai nesutiko su teiginiu, kad buvo informuotos apie minėtą galimybę, 33,2 proc. sutiko tik iš dalies. Paminėtina, kad „nevertinu/man nebuvo taikoma“ atsakymą žymėjo moterys, kurios gimdė operaciniu būdu (dažniausiai – planinė CPO, rečiau – skubi), kurio atveju tokios informacijos teikimas netenka prasmės. Taip pat net 23,2 proc. tik iš dalies sutiko su teiginiu, kad buvo informuojamos apie atliekamų apžiūrų, procedūrų rezultatus (žr. 6 lent.). Toks įvertis, atsižvelgiant į pilno informuotumo principą esti pakankamai didelis. Šie rezultatai suponuoja, kad pacientė pati turi aktyviai klausti personalo apie galimas gimdymo padėtis, aktyviai domėtis savo tyrimų rezultatais, tačiau efektyvios komunikacijos principas, ypač atsižvelgiant į tiek fizinės, tiek psichologinės moters būklės gimdymo metu galimą sudėtingumą, būtų įgyvendintas tik tuo atveju, jei personalas užtikrintų geresnį gimdyvių informuotumą savo iniciatyva.



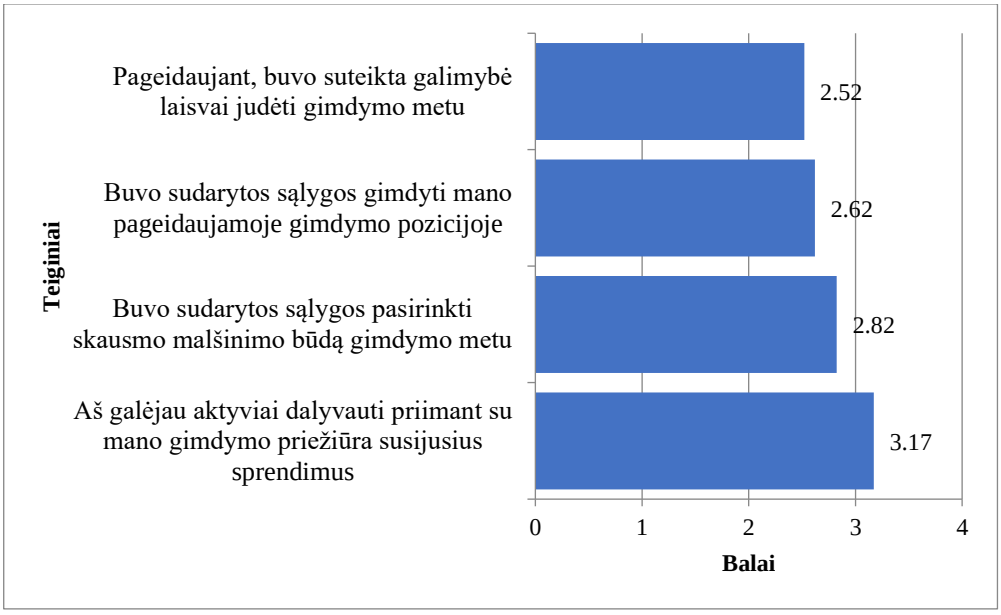

*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis kiekybinio tyrimo duomenimis*

*10 pav.* Informacijos suteikimo vertinimas (pacienčių požiūris)

Sunku spręsti kodėl neretai pacientės neinformuojamos minėtais klausimais, be abejonės tam įtakos turi laiko stoka, personalo apkrova realiuoju laiku. Taip pat sudėtinga nustatyti, kokioje padėtyje gimdė moteris, nes šis faktas paprastai nėra dokumentuojamas (vieno Brazilijoje atlikto tyrimo duomenimis ne litotominėje (t.y. ne gulimoje ant nugaros) pozicijoje gimdė net 81,4 proc. moterų (Giordano, Fernanda ir Surita, 2019)), tačiau dauguma moterų Lietuvos gimdymo stacionaruose gimdo gulėdamos ant nugaros esant tokiai vyraujančiai akušerinei praktikai. Šį faktą patvirtina tai, kad 5,3 proc. apklaustųjų „visiškai nesutiko" su teiginiu, kad joms buvo sudarytos sąlygos gimdyti jų pageidaujamoje pozicijoje, 30,2 proc, su teiginiu sutiko tik iš dalies (žr. 6 lent.). Žinoma, kaip ir kitais atvejais, privalu įvertinti konkrečią klinikinę situaciją, bet informacijos suteikimas išlieka privalomu. Kadangi pilnas informuotumas, galimybė priimti sprendimus, susijusius su savo sveikatos priežiūra, nustatyti dvylikoje pagarba grindžiamos motinystės priežiūros principų, į šiuos rezultatus derėtų atsižvelgti komunikuojant su gimdyvėmis, kas prisidėtų prie paslaugų kokybės gerinimo.

Nagrinėjant prasčiausiai įvertintą funkcinės paslaugų kokybės aspektą – dalyvavimą sprendimų priėmime - nors moterys pakankamai gerai vertino dalyvavimą priimant sprendimus apskritai (vid. 3,17) (žr. 11 pav.), kitų teiginių vertinimai buvo prasti. Deja, šiuo aspektu ypatingai svarbu atsižvelgti į klinikinį vaizdą kiekvienu atveju, nes situacija gali neleisti laisvai judėti gimdymo metu ar gimdyti pageidaujamoje gimdymo pozicijoje, nors pacientė to ir primygtinai reikalautų. Čia galėtų ir turėtų pagelbėti personalo

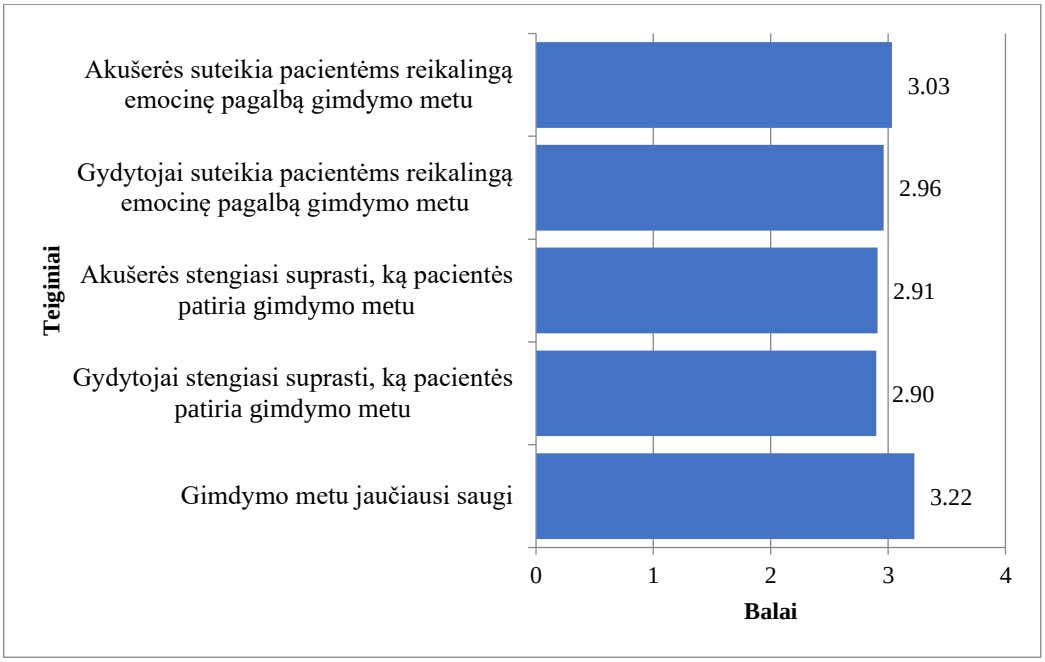
komunikacijos įgūdžiai, mokėjimas aiškiai, kantriai, su pagarba pateikti pacientei išsamią informaciją, kodėl tam tikri veiksmai yra negalimi dėl pavojaus gimdyvės ar vaisiaus būklei. Kartu tokioje situacijoje kai su moterimi būtų diskutuojama, ji aktyviai įtraukiama į procesą, jau savaime būtų užtikrinamas gimdyvių taip trokštamas dalyvavimas sprendimų priėmime, išvengiama nepasitenkinimo, kuris gali būti sukeltas nepatenkinus tam tikrų su gimdymo eiga susijusių lūkesčių. Derėtų visuomet, bendraujant su pacientėmis, turėti omenyje, kad šis tiriamasis aspektas joms itin svarbus, nes kaip nurodoma tyrimuose: „dauguma moterų (95,2 proc.) pageidavo būti pagrindinėmis sprendimų priėmėjomis sveikatos priežiūros procese“ (Vedam ir kt., 2019, p.586), „moterys gerą komunikaciją sieja su<…>galimybe dalyvauti gydymo proceso sprendimų priėmime“ (Rowe, Garcia, Macfarlane ir Davidson, 2002, p.65).




*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis tyrimo duomenimis*

*11 pav.* Dalyvavimas sprendimų priėmime (pacienčių požiūris)

Paskutinis iš tirtųjų – personalo empatijos – aspektas, ypač tokioje medicinos mokslo specialybėje kaip akušerija, pacientėms ne mažiaus reikšmingas už kitus, o neretai būna vienas lemiančių galutinius gautų paslaugų kokybės įverčius, esti reikalingas efektyvios komunikacijos tarp gimdyvės ir gydytojo/akušerės užtikrinimui. Šio tyrimo duomenimis, geriausiai buvo vertinamas saugumo jausmas gimdymo metu (žr. 12 pav.), kiek prasčiau moterys vertino gydytojų empatijos lygį nei akušerių. Ketvirtadalis tyrime dalyvavusių moterų tik iš dalies sutiko su teiginiu, kad tiek gydytojai, tiek akušerės stengiasi suprasti, ką jos patiria gimdymo metu (žr. 6 lent.).




*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis tyrimo duomenimis*

*12 pav.* Personalo empatijos vertinimas (pacienčių požiūris)

Kaip ir kitais atvejais, vertinant respondenčių atsakymus, dera turėti omenyje moters psichologinę būseną, ypač vėlesniuose gimdymo etapuose, nepamiršti skausmo įtakos suvokiamai paslaugų kokybei, nes „kuo daugiau skausmo moteris patiria ir kuo ilgiau užtrunka sveikimo periodas, tuo labiau tai veikia pasitenkinimą paslaugų kokybe“ (Lippke ir kt., 2019, p.2). Dėl to gimdyvių suvokiamo patirtos empatijos iš personalo lygio vertinimas itin subjektyvus, siekiant didesnio išsamumo, reikalinga tirti sąsajas su skausmo malšinimo ypatumais, pogimdyminio periodo eigos faktoriais.

Apibendrinant, akušerijoje glaudžiai persipynę fiziologinės būklės rodikliai, būtinumas tiksliai įvertinti klinikinę situaciją su pacienčių psichologinės, emocinės būsenos ypatumais, kurie kiekvienu atveju individualūs, o tai apsunkina iš esmės subjektyvų funkcinės kokybės vertinimą. Visgi, tokie universalūs aspektai kaip efektyviai komunikacijai būtinas pilnas paciento informuotumas, įgalinimas dalyvauti sprendimų priėmime, kurie šiame tyrime vertinti prastai palyginus su kitais rodikliais (nors pasauliniame kontekste vertinimai ganėtinai aukšti), turėtų būti personalo užtikrinami visuomet, nes jų užtikrinimas būtinas PSO įtvirtintų pagarba grįstos motinystės priežiūros principų įgyvendinimui, kurie yra būtini siekiant gerinti gimdyvėms teikiamų akušerinių paslaugų kokybę.

**Išorinio efektyvumo vertinimas pacienčių požiūriu**

Atliekamose pacientų apklausose šis rodiklis paprastai esti vienu svarbiausių, nes nurodo bendrą paciento pasitenkinimo gautomis paslaugomis lygį, apibendrina paciento patirtį gydymo įstaigoje. VUL SK pacientų vertinamos itin palankiai. 2020 metų duomenimis (naujausi šiuo metu prieinami duomenys) visos

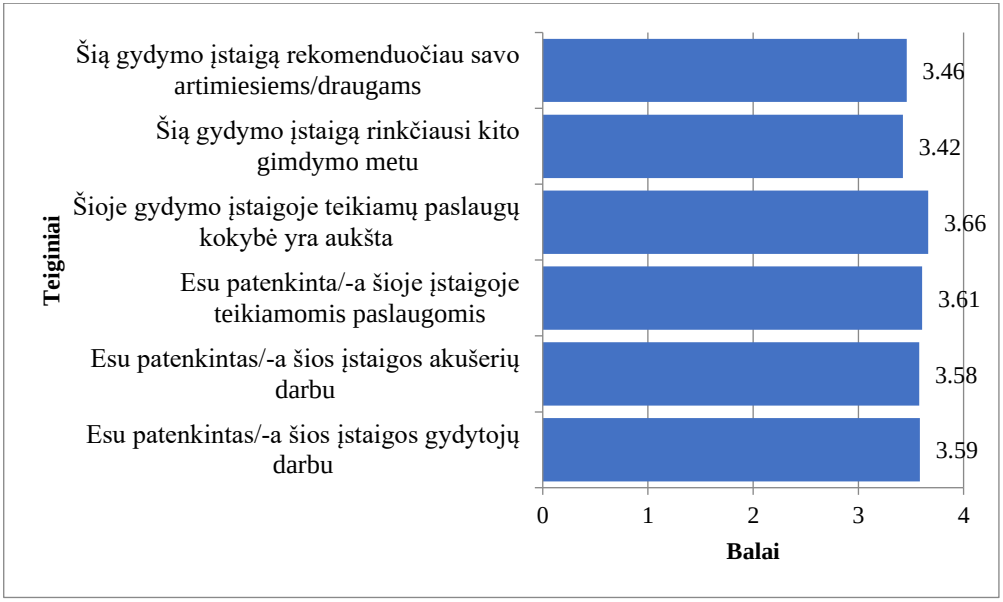
klinikos mastu „97 proc. pacientų rekomenduotų Santaros klinikas savo artimam žmogui ir patys rinktųsi ją dar kartą“ (Pacientų pasitenkinimas teikiamomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis Santaros klinikose 2020 metais, 2020). Šio tyrimo duomenimis pacientų pasitenkinimo konkrečiai akušerijos skyriuje teikiamų paslaugų kokybe įvertis panašus, gydymo įstaigą rekomenduotų artimam žmogui 90,8 proc. apklaustųjų, kiek mažiau rinktųsi įstaigą kito gimdymo metu – 87,7 proc. tyrime dalyvavusių moterų į teiginį pateikė atsakymą „sutinku” ir „visiškai sutinku“ (žr. 7 lent.).

*7 lentelė.* Tyrimo anketos atsakymų išorinio efektyvumo rodiklių vertinimas iš pacienčių perspektyvos

| | **Vid.** | **SN** | **Nevertinta, netaikoma** | **Visiškai nesutinka** | **Iš dalies sutinka** | **Sutinka** | **Visiškai sutinka** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **IŠORINIS EFEKTYVUMAS** | **3,55** | **0,51** | | | | | |
| Esu patenkintas/-a šios įstaigos gydytojų darbu | 3,59 | 0,51 | 0,0% | 0,0% | 0,7% | 40,3% | 59,0% |
| Esu patenkintas/-a šios įstaigos akušerių darbu | 3,58 | 0,51 | 0,0% | 0,0% | 1,0% | 40,3% | 58,7% |
| Esu patenkinta/-a šioje įstaigoje teikiamomis paslaugomis | 3,61 | 0,52 | 0,3% | 0,0% | 1,7% | 36,0% | 62,0% |
| Šioje gydymo įstaigoje teikiamų paslaugų kokybė yra aukšta | 3,66 | 0,49 | 0,0% | 0,0% | 0,7% | 32,3% | 67,0% |
| Šią gydymo įstaigą rinkčiausi kito gimdymo metu | 3,42 | 0,70 | 0,0% | 0,0% | 12,3% | 32,8% | 54,9% |
| Šią gydymo įstaigą rekomenduočiau savo artimiesiems/draugams | 3,46 | 0,66 | 0,0% | 0,0% | 9,3% | 35,2% | 55,6% |

*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis tyrimo duomenimis*

Reiktų atlikti išsamesnę analizę, siekiant nustatyti, kokie veiksniai likusioms 12,3 proc. respondenčių buvo svarbiausi, lėmę, kad jos „iš dalies sutiko“ su teiginiu, jog šią gydymo įstaigą rinktųsi kito gimdymo metu, tačiau moterų, kurios tikrai nesirinktų gimdyti VUL SK pakartotinai, nebuvo, o įstaigoje teikiamų paslaugų kokybę kaip aukštą įvertino net 99,3 proc. visų tyrime dalyvavusių moterų. Taip pat virš 99 proc. tiriamųjų buvo patenkintos tiek gydytojų, tiek akušerių darbu, kiek daugiau moterys nurodė esančios patenkintos akušerių darbu (žr. 7 lent., 13 pav.). 2020 m. Santaros klinikų pacientų apklausos rezultatai beveik nesiskyrė - „gydytojų darbą labai gerai ir gerai įvertino 97 proc., slaugytojų ir (ar) akušerių darbą – 96 proc. respondentų“ (Pacientų pasitenkinimas teikiamomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis Santaros klinikose 2020 metais, 2020).




*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis tyrimo duomenimis*

*13 pav.* Išorinio efektyvumo vertinimas (pacienčių požiūris)

Apibendrinant išorinio efektyvumo iš pacientų perspektyvos rezultatus, akušerijos skyriaus darbas visų klinikų kontekste vertinamas labai aukštais balais, tačiau reikalinga išsamesnė (pageidautina, kokybinė) analizė, siekiant aiškiai apibrėžti veiksnius, kurie mažina pacienčių norą rinktis tą pačią sveikatos priežiūros įstaigą kito gimdymo metu ar rekomenduoti įstaigą artimiesiems/draugams.

**Specifinių įtakos vertinimui turinčių faktorių reikšmė paslaugų kokybės įvertinimui**

Paslaugų kokybės vertinimui gali turėti įtakos tiek veiksniai tiesiogiai susiję su nėštumu ir gimdymu (gimdymo būdas, nėštumo trukmė, skausmo malšinimo būdas), tiek tiesiogiai nesusiję su gimdymu (moters amžius, įvairūs socialiniai veiksniai). Šiam tyrimui pasirinkti tie veiksniai, kurie gali būti pakankamai objektyviai įvertinami, yra analizuojami kituose moksliniuose šaltiniuose (lyginamosios analizės galimybė), svarbūs pagarba grįstai motinystės priežiūrai užtikrinti:

1) Socialiniai-demografiniai faktoriai (gimdyvių amžius, šeimyninė padėtis, išsilavinimas)
2) Gimdymų skaičius
3) Gimdymo būdas
4) Gimdymo takų būklė po gimdymo
5) Motinos ir vaiko ankstyvo kontakto užtikrinimas iškart pagimdžius

**1. Socialinių-demografinių faktorių įtaka paslaugų kokybės vertinimui**

Apžvelgtų tyrimų rezultatai, nagrinėjantys socio-demografinių faktorių įtaką pasitenkinimui gautų akušerinių paslaugų kokybe, prieštaringi. (Panth ir Kafle, 2018) nenustatė statistiškai reikšmingų skirtumų

tarp moterų pasitenkinimo akušerinių paslaugų kokybe ir socio-demografinių faktorių, skirtumų nenustatyta ir Australijoje atliktame tyrime, kurio imtis – 277 moterys (Fumagalli ir kt., 2021), tuo tarpu Italijos populiacijoje atlikto tyrimo duomenimis, nors amžius neturėjo įtakos pasitenkinimui, labiau išsilavinusios moterys nurodė esančios labiau patenkintos paslaugų kokybe (Tocchioni, Seghieri, De Santis ir Nuti, 2018). Šiame tyrime reikšmingų skirtumų tarp moterų amžiaus (žr. 8 lent.), šeimyninės padėties (žr. 9 lent.), išsilavinimo (žr. 10 lent.), nustatyta nebuvo, t.y. p>0,05 visais analizuotais atvejais (apskaičiavus Kruskalio-Valio H testus).

*8 lentelė.* Tyrimo rezultatų pasiskirstymas pagal respondenčių amžių

| | **Amžius** | | | | | | | | *H* | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Iki 25 m.** | | **26-32 m.** | | **33-39 m.** | | **Virš 40 m.** | | | |
| | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | | |
| TECHNINĖ KOKYBĖ | 3,36 | 0,47 | 3,28 | 0,48 | 3,35 | 0,52 | 3,39 | 0,48 | 2,364 | 0,500 |
| Gydymo įstaigos aplinka | 3,41 | 0,53 | 3,32 | 0,50 | 3,35 | 0,56 | 3,35 | 0,51 | 0,373 | 0,946 |
| Patalpų įrengimas | 3,50 | 0,51 | 3,34 | 0,53 | 3,43 | 0,55 | 3,45 | 0,50 | 3,816 | 0,282 |
| Paslaugų prieinamumas | 3,11 | 0,61 | 3,03 | 0,61 | 3,16 | 0,62 | 3,23 | 0,62 | 3,885 | 0,274 |
| Personalo kvalifikacija/kompetencija | 3,41 | 0,55 | 3,41 | 0,51 | 3,46 | 0,52 | 3,51 | 0,51 | 1,424 | 0,700 |
| FUNKCINĖ KOKYBĖ | 2,94 | 0,44 | 2,98 | 0,45 | 2,89 | 0,47 | 3,05 | 0,47 | 4,516 | 0,211 |
| Bendravimas su medicinos personalu | 3,36 | 0,51 | 3,37 | 0,47 | 3,37 | 0,49 | 3,41 | 0,44 | 1,085 | 0,781 |
| Informacijos suteikimas | 3,10 | 0,57 | 3,09 | 0,53 | 3,13 | 0,60 | 3,18 | 0,54 | 0,425 | 0,935 |
| Dalyvavimas sprendimų priėmime (Paciento įgalinimas (paciento dalyvavimas sprendimų priėmime)) | 2,66 | 0,63 | 2,93 | 0,61 | 2,72 | 0,65 | 2,91 | 0,57 | 8,991 | 0,029 |
| Personalo empatija | 2,96 | 0,44 | 3,02 | 0,47 | 2,94 | 0,56 | 3,14 | 0,44 | 4,293 | 0,231 |
| IŠORINIS EFEKTYVUMAS | 3,56 | 0,49 | 3,57 | 0,50 | 3,50 | 0,55 | 3,62 | 0,50 | 1,285 | 0,733 |

*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis kiekybinio tyrimo duomenimis*

*9 lentelė.* Tyrimo rezultatų pasiskirstymas pagal respondenčių šeimyninę padėtį

| | **Šeimyninė padėtis** | | | | | | *H* | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Vienišos** | | **Esančios partnerystėje** | | **Ištekėjusios** | | | |
| | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | | |
| TECHNINĖ KOKYBĖ | 3,81 | – | 3,25 | 0,50 | 3,34 | 0,48 | 2,646 | 0,266 |
| Gydymo įstaigos aplinka | 3,75 | – | 3,27 | 0,52 | 3,36 | 0,52 | 1,971 | 0,373 |
| Patalpų įrengimas | 4,00 | – | 3,31 | 0,55 | 3,43 | 0,53 | 3,796 | 0,150 |
| Paslaugų prieinamumas | 3,50 | – | 3,05 | 0,59 | 3,12 | 0,63 | 1,407 | 0,495 |
| Personalo kvalifikacija/kompetencija | 4,00 | – | 3,36 | 0,54 | 3,46 | 0,51 | 3,101 | 0,212 |

9 lentelės tęsinys kitame puslapyje

9 lentelės tęsinys

| | Šeimyninė padėtis | | | | | | *H* | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Vienišos** | | **Esančios partnerystėje** | | **Ištekėjusios** | | | |
| | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | | |
| FUNKCINĖ KOKYBĖ | 2,50 | – | 2,94 | 0,47 | 2,96 | 0,46 | 1,399 | 0,497 |
| Bendravimas su medicinos personalu | 3,86 | – | 3,34 | 0,50 | 3,38 | 0,47 | 1,323 | 0,516 |
| Informacijos suteikimas | 4,00 | – | 3,07 | 0,57 | 3,13 | 0,55 | 3,283 | 0,194 |
| Dalyvavimas sprendimų priėmime (Paciento įgalinimas (paciento dalyvavimas sprendimų priėmime)) | 4,00 | – | 2,73 | 0,60 | 2,87 | 0,63 | 5,155 | 0,076 |
| Personalo empatija | 2,20 | – | 2,94 | 0,49 | 3,03 | 0,49 | 3,642 | 0,162 |
| IŠORINIS EFEKTYVUMAS | 3,33 | – | 3,49 | 0,56 | 3,58 | 0,50 | 1,739 | 0,419 |

*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis kiekybinio tyrimo duomenimis*

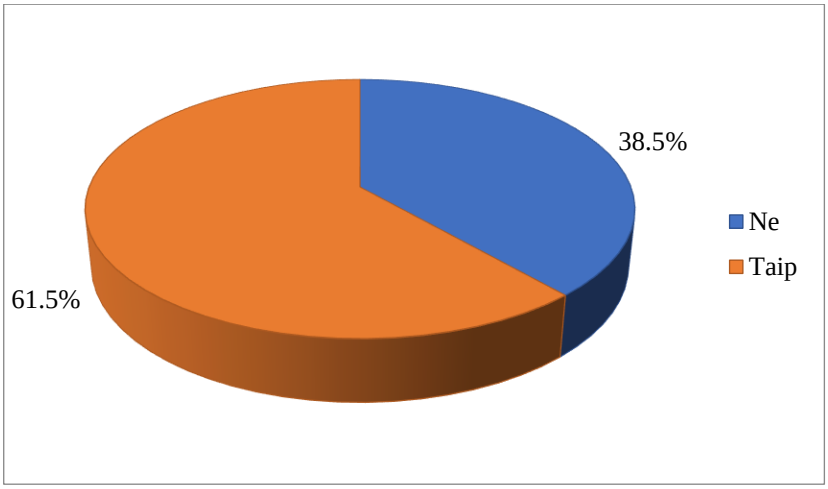
*10 lentelė.* Tyrimo rezultatų pasiskirstymas pagal respondenčių išsilavinimą

| | Išsilavinimas | | | | | | *H* | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Vidurinis** | | **Aukštasis neuniversitetinis** | | **Aukštasis universitetinis** | | | |
| | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | | |
| TECHNINĖ KOKYBĖ | 3,03 | 0,26 | 3,31 | 0,46 | 3,33 | 0,50 | 1,027 | 0,598 |
| Gydymo įstaigos aplinka | 2,88 | 0,25 | 3,32 | 0,47 | 3,35 | 0,53 | 2,759 | 0,252 |
| Patalpų įrengimas | 3,00 | 0,00 | 3,35 | 0,51 | 3,41 | 0,54 | 2,806 | 0,246 |
| Paslaugų prieinamumas | 3,00 | 0,41 | 3,10 | 0,58 | 3,11 | 0,63 | 0,130 | 0,937 |
| Personalo kvalifikacija/kompetencija | 3,25 | 0,50 | 3,44 | 0,52 | 3,44 | 0,52 | 0,589 | 0,745 |
| FUNKCINĖ KOKYBĖ | 2,76 | 0,34 | 2,90 | 0,44 | 2,97 | 0,46 | 1,962 | 0,375 |
| Bendravimas su medicinos personalu | 3,13 | 0,43 | 3,28 | 0,48 | 3,39 | 0,48 | 3,667 | 0,160 |
| Informacijos suteikimas | 2,86 | 0,71 | 3,05 | 0,49 | 3,13 | 0,56 | 1,965 | 0,374 |
| Dalyvavimas sprendimų priėmime (Paciento įgalinimas (paciento dalyvavimas sprendimų priėmime)) | 2,50 | 0,46 | 2,69 | 0,63 | 2,87 | 0,63 | 4,205 | 0,122 |
| Personalo empatija | 2,75 | 0,19 | 2,89 | 0,39 | 3,03 | 0,51 | 4,538 | 0,103 |
| IŠORINIS EFEKTYVUMAS | 3,92 | 0,17 | 3,45 | 0,53 | 3,56 | 0,51 | 3,152 | 0,207 |

*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis kiekybinio tyrimo duomenimis*

### 2. Gimdymų skaičiaus įtaka paslaugų kokybės vertinimui

Tarp tyrime dalyvavusių moterų 61,5 proc. buvo pirmą kartą gimdančių, pakartotinai gimdančių – 38,5 proc. (žr. 14 pav.).




*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis tyrimo duomenimis*

*14 pav.* Pacienčių pasiskirstymas pagal gimdymų skaičių

Jau minėto (Fumagalli ir kt., 2021) tyrimo duomenimis, pakartotinai gimdančios moterys buvo labiau patenkintos gautų paslaugų kokybe, (Pathak ir Ghimire, 2020) nustatė, kad ne pirmą vaiką gimdžiusios moterys teigė gavusios savalaikiškesnę priežiūrą, su jomis buvo elgiamasi pagarbiau gimdymo metu, labiau patenkintos paslaugų kokybe pakartotinai gimdžiusios moterys buvo ir (Panth ir Kafle, 2018) atliktame tyrime, nors šiuo atveju tyrimų rezultatai taip pat prieštaringi. (Tocchioni ir kt.) nenustatė reikšmingo ryšio tarp gimdymų skaičiaus ir pasitenkinimo gautų paslaugų kokybe. Šiame tyrime statistiškai reikšmingo ryšio tarp gimdymų skaičiaus ir paslaugų kokybės vertinimo taip pat nestebėta (apskaičiavus Mann-Whitney U testus p>0,05) (žr. 11 lent.).

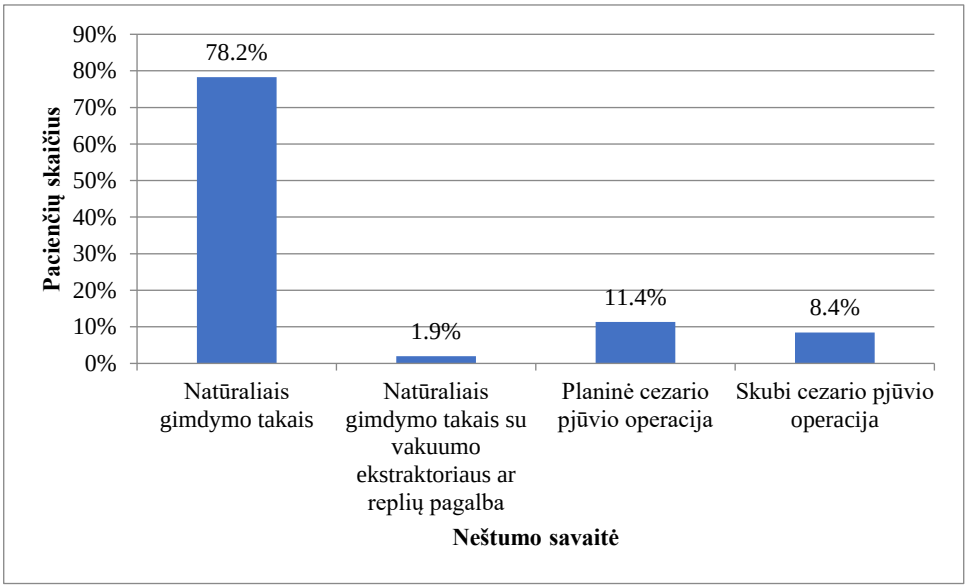
*11 lentelė.* Pasitenkinimo paslaugų kokybe rezultatų pasiskirstymas pagal gimdymų skaičių (tarp pirmą kartą ir pakartotinai gimdančių moterų)

| | **Pirmas gimdymas** | | | | *U* | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Ne** | | **Taip** | | | |
| | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | | |
| TECHNINĖ KOKYBĖ | 3,33 | 0,48 | 3,32 | 0,50 | 11165,5 | 0,854 |
| Gydymo įstaigos aplinka | 3,34 | 0,52 | 3,34 | 0,52 | 11220,5 | 0,910 |
| Patalpų įrengimas | 3,40 | 0,52 | 3,40 | 0,55 | 11282,0 | 0,974 |
| Paslaugų prieinamumas | 3,11 | 0,61 | 3,10 | 0,62 | 11108,5 | 0,791 |
| Personalo kvalifikacija/kompetencija | 3,46 | 0,51 | 3,43 | 0,52 | 11037,5 | 0,688 |
| FUNKCINĖ KOKYBĖ | 3,04 | 0,40 | 2,91 | 0,48 | 9186,5 | 0,006 |
| Bendravimas su medicinos personalu | 3,38 | 0,44 | 3,37 | 0,50 | 11029,5 | 0,707 |
| Informacijos suteikimas | 3,13 | 0,53 | 3,11 | 0,57 | 11304,0 | 0,999 |
| Dalyvavimas sprendimų priėmime (Paciento įgalinimas (paciento dalyvavimas sprendimų priėmime)) | 2,81 | 0,60 | 2,85 | 0,65 | 10555,5 | 0,600 |
| Personalo empatija | 3,01 | 0,49 | 3,00 | 0,49 | 11300,0 | 0,995 |
| IŠORINIS EFEKTYVUMAS | 3,54 | 0,50 | 3,56 | 0,52 | 11112,0 | 0,785 |

*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis kiekybinio tyrimo duomenimis*

### 3. Gimdymo būdo įtaka paslaugų kokybės vertinimui

Atliktame tyrime dauguma respondenčių gimdė natūraliais gimdymo takais (80,1 proc.), iš kurių 1,9 proc. buvo taikytas instrumentinis gimdymo užbaigimo būdas. CPO atvejų skaičius siekė 19,8 proc. (žr. 15 pav.).




*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis tyrimo duomenimis*

*15 pav.* Respondenčių pasiskirstymas pagal gimdymo būdą

Atlikus šio tyrimo rezultatų analizę nustatyta, kad pacientės, kurioms buvo atlikta planinė CPO, reikšmingai geriau lyginant su pacientėmis, kurios gimdė kitais būdais, vertino personalo kvalifikaciją ir kompetenciją (techninės kokybės aspektai), informacijos suteikimą, dalyvavimą sprendimų priėmime ir personalo empatiją (funkcinės kokybės aspektai) (žr. 12 lent.).

*12 lentelė.* Pasitenkinimo paslaugų kokybe rezultatų pasiskirstymas pagal gimdymo būdą

| | **Gimdymo būdas** | | | | | | | | *H* | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Natūraliais gimdymo takais** | | **Natūraliais gimdymo takais su vakuumo ekstraktoriaus ar replių pagalba** | | **Planinė cezario pjūvio operacija** | | **Skubi cezario pjūvio operacija** | | | |
| | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | | |
| TECHNINĖ KOKYBĖ | 3,30 | 0,48 | 3,26 | 0,71 | 3,53 | 0,50 | 3,23 | 0,45 | 6,899 | 0,075 |
| Gydymo įstaigos aplinka | 3,32 | 0,52 | 3,38 | 0,70 | 3,50 | 0,54 | 3,28 | 0,47 | 3,514 | 0,319 |
| Patalpų įrengimas | 3,39 | 0,53 | 3,33 | 0,75 | 3,57 | 0,53 | 3,31 | 0,49 | 4,621 | 0,202 |
| Paslaugų prieinamumas | 3,08 | 0,61 | 2,83 | 0,93 | 3,37 | 0,62 | 3,02 | 0,56 | 7,541 | 0,057 |
| Personalo kvalifikacija/kompetencija | 3,41 | 0,52 | 3,50 | 0,55 | 3,66 | 0,48 | 3,33 | 0,47 | **8,118** | **0,044** |

12 lentelės tęsinys kitame puslapyje

12 lentelės tęsinys

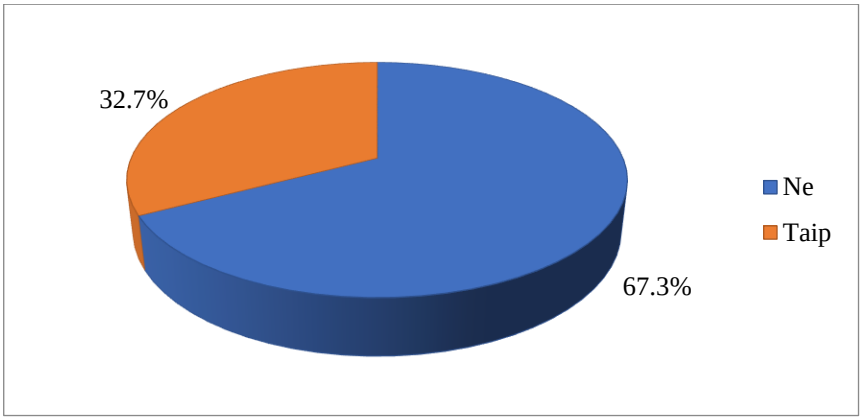
| | Gimdymo būdas | | | | | | | | *H* | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Natūraliais gimdymo takais** | | **Natūraliais gimdymo takais su vakuumo ekstraktoriaus ar replių pagalba** | | **Planinė cezario pjūvio operacija** | | **Skubi cezario pjūvio operacija** | | | |
| | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | | |
| FUNKCINĖ KOKYBĖ | 3,04 | 0,44 | 2,88 | 0,71 | 2,61 | 0,32 | 2,63 | 0,39 | **43,628** | **0,000** |
| Bendravimas su medicinos personalu | 3,37 | 0,47 | 3,34 | 0,76 | 3,54 | 0,45 | 3,23 | 0,48 | 7,350 | 0,062 |
| Informacijos suteikimas | 3,06 | 0,53 | 2,95 | 0,87 | 3,51 | 0,52 | 3,09 | 0,53 | **20,719** | **0,000** |
| Dalyvavimas sprendimų priėmime (Paciento įgalinimas (paciento dalyvavimas sprendimų priėmime)) | 2,80 | 0,63 | 2,50 | 0,59 | 3,30 | 0,53 | 2,67 | 0,49 | **18,752** | **0,000** |
| Personalo empatija | 2,98 | 0,49 | 2,83 | 0,63 | 3,28 | 0,49 | 2,90 | 0,41 | **12,975** | **0,005** |
| IŠORINIS EFEKTYVUMAS | 3,52 | 0,52 | 3,56 | 0,70 | 3,73 | 0,44 | 3,62 | 0,48 | 6,061 | 0,109 |

*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis kiekybinio tyrimo duomenimis*

Iš tiesų, geresnį funkcinės kokybės ir atskirų jos aspektų vertinimą moterų, gimdžiusių per planinį cezario pjūvį, galima aiškinti atsižvelgiant į psichologinius su gimdymu, jo eiga susijusius veiksnius. Moterys, kurioms numatoma planinė CPO iš anksto žino gimdymo datą, neretai jų susitikimas su operaciją atliksiančiu gydytoju nebūna pirmas gimdymo dieną, jos aiškiai žino indikacijas operaciniam nėštumo užbaigimui, taigi, palyginus su kitomis nėščiųjų grupėmis, jos, labiausiai tikėtina, patiria mažiau nerimo, nežinomybės jausmų prieš gimdymą ir jo metu, kas turi įtakos ir geresniam funkcinės kokybės vertinimui.

### 4. Gimdymo takų būklės po gimdymo įtaka paslaugų kokybės vertinimui

Siekiant išvengti gimdymo takų plyšimų, kurių tiek siuvimas, tiek gijimas sudėtingesni nei po tarpvietės kirpimo (epiziotomijos), kuri atliekama esant plyšimo rizikai, pastaroji procedūra Lietuvoje atliekama apie 50 proc. gimdymų, dažniau – pirmą kartą gimdančioms moterims. Epiziotomijos atlikimo dažnis pasaulyje varijuoja: „8 proc. Olandijoje, 14 proc. Didžiojoje Britanijoje, 50 proc. JAV<…>14,9 proc. atvejų pjūvis plyšta toliau nei kirpimo ilgis" (Akušerinė metodika. Tarpvietės plyšimai. Epiziotomijos. 2019, p.7). Šiame tyrime gimdymo takų vientisumo pažeidimo atvejų (tiek epiziotomijos atlikimo, tiek plyšimo kartu) nustatyta 32,7 proc. (žr. 16 pav.). Taigi, nors oficialaus epiziotomijų atlikimo registro Lietuvoje nėra, matome, kad ši konkreti procedūra akušerijoje atliekama pakankamai dažnai, todėl reikalinga nustatyti jos įtaką paslaugų kokybės vertinimui.




*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis kiekybinio tyrimo duomenimis*

*16 pav.* Tiriamųjų pasiskirstymas pagal gimdymo takų vientisumo pažeidimo dažnį gimdant natūraliais gimdymo takais

Apskaičiavus Mann-Whitney U testus, rasta, kad pacientės, kurioms gimdymo takai neplyšo, statistiškai reikšmingai geriau ($p<0,05$), lyginant su pacientėmis, kurioms gimdymo takai plyšo, vertino bendrą funkcinę kokybę ir bendravimą su medicinos personalu (žr. 13 lent.).

*13 lentelė.* Pasitenkinimo paslaugų kokybe rezultatų pasiskirstymas pagal gimdymo takų vientisumo pažeidimo dažnį tarp natūraliais gimdymo takais gimdžiusių moterų

| | **Jeigu gimdyta natūraliais gimdymo takais, ar buvo gimdymo takų plyšimų** | | | | *U* | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Ne** | | **Taip** | | | |
| | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | | |
| TECHNINĖ KOKYBĖ | 3,32 | 0,48 | 3,27 | 0,49 | 6943,0 | 0,434 |
| Gydymo įstaigos aplinka | 3,33 | 0,53 | 3,31 | 0,52 | 7182,5 | 0,723 |
| Patalpų įrengimas | 3,37 | 0,55 | 3,40 | 0,52 | 7205,0 | 0,740 |
| Paslaugų prieinamumas | 3,13 | 0,58 | 3,00 | 0,65 | 6559,0 | 0,128 |
| Personalo kvalifikacija/kompetencija | 3,46 | 0,50 | 3,36 | 0,54 | 6786,5 | 0,221 |
| FUNKCINĖ KOKYBĖ | 3,09 | 0,40 | 2,97 | 0,50 | **6190,5** | **0,032** |
| Bendravimas su medicinos personalu | 3,42 | 0,45 | 3,29 | 0,50 | **6251,0** | **0,034** |
| Informacijos suteikimas | 3,12 | 0,52 | 2,97 | 0,56 | 6183,0 | 0,030 |
| Dalyvavimas sprendimų priėmime (Paciento įgalinimas (paciento dalyvavimas sprendimų priėmime)) | 2,85 | 0,59 | 2,72 | 0,68 | 6331,5 | 0,056 |
| Personalo empatija | 2,99 | 0,47 | 2,95 | 0,52 | 6921,0 | 0,402 |
| IŠORINIS EFEKTYVUMAS | 3,57 | 0,50 | 3,45 | 0,55 | 6387,5 | 0,057 |

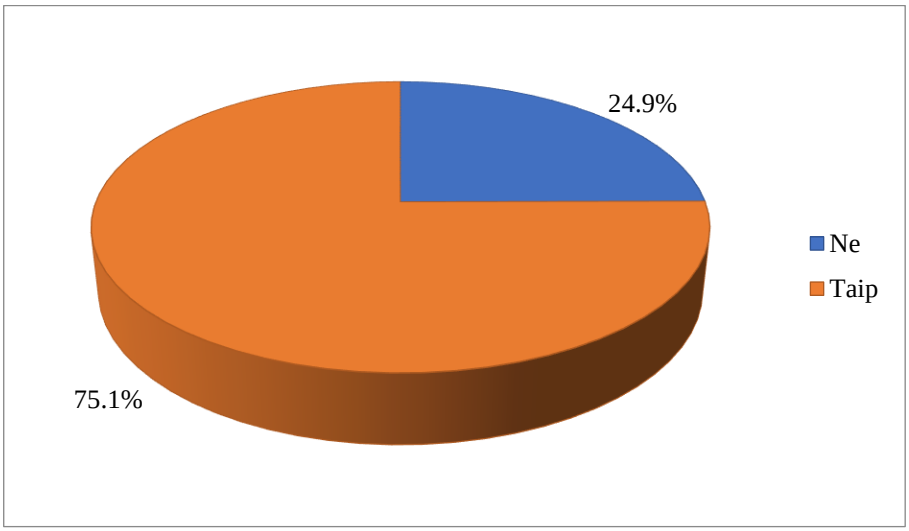
*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis kiekybinio tyrimo duomenimis*

Kaip galima tikėtis, skausmas, diskomfortas po gimdymo, kuris susijęs su gimdymo takų plyšimais, tam tikri apribojimai po epiziotomijos atlikimo, siekiant greitesnio žaizdos gijimo, be abejonės, gali lemti prastesnius kokybės vertinimus, atsižvelgiant į kartu su fiziniu neretai esantį ir psichologinį diskomfortą. (Fumagalli ir kt., 2021) taip pat nustatė, kad moterys, kurioms nebuvo gimdymo takų vientisumo pažeidimo,

geriau vertino gautų paslaugų kokybę, nors, žinoma, pats plyšimo ar tarpvietės kirpimo faktas ir poreikis nulemti audinių elastingumo ir vaisiaus matmenų neatitikimo ir su paslaugų kokybe, ypač funkcine, nekoreliuoja.

### 5. Motinos ir vaiko ankstyvo kontakto užtikrinimo iškart pagimdžius įtaka paslaugų kokybės vertinimui

Visą gimdymo procesą vainikuojantis ankstyvas motinos ir naujagimio kontakto užtikrinimas lemia efektyvesnę motinos pieno gamybą, mažina streso hormonų kiekį tiek motinos, tiek naujagimio organizme, skatina už prieraišumo atsiradimą atsakingų hormonų gamybą, todėl dėl ankstyvo kontakto užtikrinimo poreikio fiziologinės naudos nediskutuojama. Tikėtina, šis kontaktas turi įtakos ir paslaugų kokybės vertinimui. Šio tyrimo duomenimis, naujagimis motinai ant krūtinės iškart po gimdymo buvo uždėtas 75 proc. atvejų (žr. 17 pav.).




*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis kiekybinio tyrimo duomenimis*

*17 pav.* Tiriamųjų pasiskirstymas pagal ankstyvo motinos ir naujagimio kontakto užtikrinimą iš karto po gimdymo

Natūralaus gimdymo metu, jeigu nėra medicininių kontraindikacijų, naujagimis motinai ant krūtinės iš karto po gimdymo uždedamas beveik visuomet, rečiau ankstyvas kontaktas užtikrinamas CPO metu. Šiuo atveju svarbūs keli aspektai: atsižvelgiant į vyraujančią klinikinę praktiką, naujagimis motinai atnešamas pooperacinėje palatoje arba jau akušerinio skyriaus palatoje nuplautas, aprengtas. Kai kurioms moterims tai priimtina, kadangi jos turi galimybę atsigauti po operacijos, tačiau kitoms toks vėlyvas kontaktas (paprastai gali praeiti iki kelių valandų po gimdymo iki pirmojo „susitikimo“ su naujagimiu) neretai tampa nepasitenkinimo šaltiniu ir tokių situacijų turėtų būti kuo mažiau. Kitas svarbus aspektas – situacijose, kuriose yra medicininių kontraindikacijų ankstyvam motinos ir naujagimio kontaktui – įtariama vaisiaus

hipoksija, gimdymo metu nustatytos raidos anomalijos, sunki vaisiaus būklė - reikalinga iškomunikuoti priežastis, dėl kurių negalimas ankstyvo kontakto užtikrinimas, sukeliant kuo mažiau nepageidaujamų emocijų pagimdžiusioms moterims ir ši tinkamos komunikacijos užduotis tenka gimdymo skyriaus personalui.

Atlikus rezultatų analizę, kaip ir buvo tikėtasi, bendrą funkcinę kokybę statistiškai reikšmingai geriau vertino pacientės, kurioms naujagimis buvo uždėtas ant krūtinės, lyginant su pacientėmis, kurioms ankstyvas kontaktas su naujagimiu užtikrintas nebuvo ($p<0,05$) (žr. 14 lent.).

*14 lentelė.* Pasitenkinimo paslaugų kokybe rezultatų pasiskirstymas pagal ankstyvo motinos kontakto su naujagimiu užtikrinimą po gimdymo

| | **Naujagimio uždėjimas ant krūtinės po gimdymo** | | | | *U* | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Ne** | | **Taip** | | | |
| | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | | |
| TECHNINĖ KOKYBĖ | 3,33 | 0,50 | 3,32 | 0,48 | 8640,0 | 0,665 |
| Gydymo įstaigos aplinka | 3,38 | 0,52 | 3,33 | 0,52 | 8406,0 | 0,426 |
| Patalpų įrengimas | 3,40 | 0,54 | 3,40 | 0,53 | 8917,5 | 0,981 |
| Paslaugų prieinamumas | 3,10 | 0,64 | 3,11 | 0,61 | 8874,5 | 0,930 |
| Personalo kvalifikacija/kompetencija | 3,44 | 0,52 | 3,44 | 0,52 | 8913,5 | 0,975 |
| FUNKCINĖ KOKYBĖ | 2,69 | 0,43 | 3,04 | 0,43 | **4889,0** | **0,000** |
| Bendravimas su medicinos personalu | 3,36 | 0,49 | 3,38 | 0,47 | 8513,5 | 0,521 |
| Informacijos suteikimas | 3,13 | 0,62 | 3,11 | 0,53 | 8550,0 | 0,572 |
| Dalyvavimas sprendimų priėmime (Paciento įgalinimas (paciento dalyvavimas sprendimų priėmime)) | 2,91 | 0,67 | 2,81 | 0,61 | 7639,5 | 0,144 |
| Personalo empatija | 3,01 | 0,49 | 3,00 | 0,49 | 8741,5 | 0,773 |
| IŠORINIS EFEKTYVUMAS | 3,61 | 0,52 | 3,54 | 0,51 | 8312,0 | 0,325 |

*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis kiekybinio tyrimo duomenimis*

Atsižvelgiant į tokius rezultatus, matome komunikacijos gerinimo poreikį tarp personalo ir gimdyvių, siekiant sumažinti nepasitenkinimą paslaugų kokybe, susijusį su ankstyvo kontakto tarp motinos ir naujagimio stoka, preziumuojant, kad visais atvejais kontaktas buvo apribotas esant medicininėms kontraindikacijoms, nes, kaip minėjome, tai vienintelė galima priežastis, kuriai esant ankstyvo kontakto ribojimas pateisinamas. Priešingu atveju kontakto apribojimo faktas gali būti klasifikuojamas net kaip akušerinio smurto apraiška. Pažymėtina, kad tyrimų, kuriuose būtų nagrinėjamas šių aplinkybių poveikis pasitenkinimui paslaugų kokybe, rasti nepavyko, todėl šio aspekto svarbą ir, kaip matome, įtaką rezultatams derėtų įvertinti nuodugniau bei apžvelgti plačiau ateityje.

Apibendrinant, tyrimų duomenys, nagrinėjantys tiesiogiai su gimdymu susijusių ir nesusijusių faktorių įtaką paslaugų kokybės vertinimui prieštaringi arba jų visai nėra. Galimai prieštaringus rezultatus įtakoja įvairūs kultūriniai aspektai, akušerinė praktika, esanti konkrečioje šalyje. Vertėtų teikiant paslaugas

atsižvelgti į tam tikras moterų grupes, kurios, tikėtina, susiklosčius aplinkybėms, paslaugų kokybę, ypatingai funkcinę, vertins prasčiau: natūraliais gimdymo takais gimdžiusios moterys, gimdyvės, kurioms atlikta epiziotomija, moterys, kurioms nebuvo užtikrintas ankstyvas kontaktas su naujagimiu iškart pagimdžius. Kitas svarbus aspektas – tikėtina, šios moterų grupės paslaugų kokybę vertins geriau užtikrinus geresnę, kokybiškesnę jų komunikaciją su paslaugas teikiančiu personalu, tačiau efektyvios komunikacijos įtaka minėtoms grupėms turėtų būti tiriama papildomai.

**Kombinuotų faktorių reikšmė paslaugų kokybės vertinimui**

Kaip buvo apžvelgta anksčiau, pasitenkinimą paslaugų kokybe lemiantys veiksniai skirtinguose tyrimuose varijuoja: amžius, ankstesni gimdymai neturėjo reikšmės pasitenkinimui akušerinių paslaugų kokybe (Tocchioni ir kt., 2018) tyrime, tačiau (Panth ir Kafle, 2018) bei (Fumagalli ir kt., 2021) nustatė, kad pakartotinai gimdančios moterys buvo labiau patenkintos paslaugomis, o ankstesni gimdymai turėjo reikšmės gaunant pagarba grįstą priežiūrą (Pathak ir Ghimire, 2020) tyrime. Siekiant platesnės analizės, šiame tyrime nuspręsta įvertinti pasitenkinimą paslaugų kokybe remiantis kombinuota kelių tyrimuose dažniausiai minimų aspektų įtaka įtraukiant gimdyvių amžių, gimdymo būdą bei ankstesnių gimdymų faktą. Taigi, lyginant rezultatus pagal pacienčių amžių (jaunesnių ir vyresnių) ir ankstesnius gimdymus (žr. 15 lent.), apskaičiavus Mann-Whitney U testus, buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai ($p<0,05$), kurie parodė, kad anksčiau negimdžiusios vyresnės pacientės reikšmingai geriau vertina techninę kokybę, patalpų įrengimą ir paslaugų prieinamumą, lyginant su anksčiau negimdžiusiomis jaunesnėmis pacientėmis, o anksčiau gimdžiusios jaunesnės pacientės reikšmingai geriau vertina funkcinę kokybę lyginant su anksčiau gimdžiusiomis vyresnėmis pacientėmis.

*15 lentelė.* Pasitenkinimo paslaugų kokybe rezultatų pasiskirstymas pagal gimdyvių amžių ir ankstesnius gimdymus

| | **Pirmas gimdymas** | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Ne** | | | | | | **Taip** | | | | | |
| | **Iki 32 m.** | | **Virš 33 m.** | | *U* | *p* | **Iki 32 m.** | | **Virš 33 m.** | | *U* | *p* |
| | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | | | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | | |
| TECHNINĖ KOKYBĖ | 3,21 | 0,44 | 3,43 | 0,49 | **1327,5** | **0,022** | 3,33 | 0,48 | 3,30 | 0,52 | 3879,5 | 0,733 |
| Gydymo įstaigos aplinka | 3,25 | 0,49 | 3,40 | 0,54 | 1468,0 | 0,116 | 3,37 | 0,51 | 3,29 | 0,55 | 3604,5 | 0,253 |
| Patalpų įrengimas | 3,26 | 0,52 | 3,52 | 0,49 | **1292,0** | **0,007** | 3,42 | 0,53 | 3,36 | 0,57 | 3770,5 | 0,482 |
| Paslaugų prieinamumas | 2,94 | 0,60 | 3,25 | 0,59 | **1288,0** | **0,010** | 3,09 | 0,61 | 3,11 | 0,64 | 3969,5 | 0,929 |
| Personalo kvalifikacija/ kompetencija | 3,38 | 0,50 | 3,52 | 0,50 | 1504,0 | 0,123 | 3,43 | 0,52 | 3,43 | 0,53 | 3990,0 | 0,973 |

15 lentelės tęsinys kitame puslapyje

15 lentelės tęsinys

| | Pirmas gimdymas | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Ne | | | | | | Taip | | | | | |
| | Iki 32 m. | | Virš 33 m. | | *U* | *p* | Iki 32 m. | | Virš 33 m. | | *U* | *p* |
| | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | | | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | | |
| FUNKCINĖ KOKYBĖ | 3,02 | 0,37 | 3,05 | 0,43 | 1697,0 | 0,757 | 2,95 | 0,47 | 2,82 | 0,50 | **3297,0** | **0,049** |
| Bendravimas su medicinos personalu | 3,33 | 0,44 | 3,43 | 0,43 | 1519,5 | 0,192 | 3,38 | 0,49 | 3,34 | 0,52 | 3803,5 | 0,564 |
| Informacijos suteikimas | 3,05 | 0,49 | 3,19 | 0,56 | 1483,0 | 0,144 | 3,11 | 0,56 | 3,10 | 0,60 | 3849,0 | 0,669 |
| Dalyvavimas sprendimų priėmime (Paciento įgalinimas (paciento dalyvavimas sprendimų priėmime)) | 2,81 | 0,61 | 2,82 | 0,59 | 1650,5 | 0,778 | 2,90 | 0,63 | 2,74 | 0,67 | 3304,5 | 0,095 |
| Personalo empatija | 2,95 | 0,43 | 3,06 | 0,53 | 1613,0 | 0,436 | 3,03 | 0,48 | 2,95 | 0,53 | 3612,5 | 0,265 |
| IŠORINIS EFEKTYVUMAS | 3,54 | 0,48 | 3,54 | 0,53 | 1709,5 | 0,794 | 3,58 | 0,51 | 3,53 | 0,55 | 3918,5 | 0,804 |

*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis kiekybinio tyrimo duomenimis*

Vertinant rezultatus pagal pacienčių amžių (jaunesnių ir vyresnių) ir gimdymo būdą (žr. 16 lent.), statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo nustatyta - kokybės vertinimai tarp natūraliu ir operaciniu būdu gimdžiusių jaunesnių ir vyresnių pacienčių statistiškai reikšmingai nesiskyrė.

*16 lentelė.* Pasitenkinimo paslaugų kokybe rezultatų pasiskirstymas pagal gimdyvių amžių ir gimdymo būdą

| | Gimdymo būdas | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Natūralus | | | | | | CPO (planinis ir skubus) | | | | | |
| | Iki 32 m. | | Virš 33 m. | | *U* | *p* | Iki 32 m. | | Virš 33 m. | | *U* | *p* |
| | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | | | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | | |
| TECHNINĖ KOKYBĖ | 3,28 | 0,47 | 3,33 | 0,51 | 6970,5 | 0,418 | 3,33 | 0,50 | 3,50 | 0,49 | 388,5 | 0,360 |
| Gydymo įstaigos aplinka | 3,33 | 0,51 | 3,31 | 0,55 | 7299,5 | 0,829 | 3,35 | 0,52 | 3,49 | 0,50 | 417,5 | 0,621 |
| Patalpų įrengimas | 3,37 | 0,54 | 3,41 | 0,54 | 7107,5 | 0,543 | 3,39 | 0,52 | 3,56 | 0,53 | 373,0 | 0,211 |
| Paslaugų prieinamumas | 3,02 | 0,61 | 3,15 | 0,61 | 6636,5 | 0,146 | 3,15 | 0,60 | 3,32 | 0,64 | 381,0 | 0,295 |
| Personalo kvalifikacija/ kompetencija | 3,40 | 0,52 | 3,44 | 0,52 | 7179,0 | 0,622 | 3,43 | 0,50 | 3,64 | 0,49 | 354,0 | 0,107 |
| FUNKCINĖ KOKYBĖ | 3,05 | 0,43 | 3,03 | 0,47 | 7239,5 | 0,750 | 2,66 | 0,38 | 2,56 | 0,29 | 383,0 | 0,325 |
| Bendravimas su medicinos personalu | 3,37 | 0,48 | 3,37 | 0,47 | 7356,0 | 0,910 | 3,38 | 0,48 | 3,46 | 0,51 | 410,0 | 0,544 |
| Informacijos suteikimas | 3,04 | 0,53 | 3,10 | 0,56 | 7061,5 | 0,520 | 3,32 | 0,54 | 3,35 | 0,60 | 440,0 | 0,879 |

16 lentelės tęsinys kitame puslapyje

16 lentelės tęsinys

| | Pirmas gimdymas | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Ne | | | | | | Taip | | | | | |
| | Iki 32 m. | | Virš 33 m. | | *U* | *p* | Iki 32 m. | | Virš 33 m. | | *U* | *p* |
| | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | | | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | | |
| Dalyvavimas sprendimų priėmime (Paciento įgalinimas (paciento dalyvavimas sprendimų priėmime)) | 2,81 | 0,61 | 2,82 | 0,59 | 1650,5 | 0,778 | 2,90 | 0,63 | 2,74 | 0,67 | 3304,5 | 0,095 |
| Personalo empatija | 2,95 | 0,43 | 3,06 | 0,53 | 1613,0 | 0,436 | 3,03 | 0,48 | 2,95 | 0,53 | 3612,5 | 0,265 |
| IŠORINIS EFEKTYVUMAS | 3,54 | 0,48 | 3,54 | 0,53 | 1709,5 | 0,794 | 3,58 | 0,51 | 3,53 | 0,55 | 3918,5 | 0,804 |

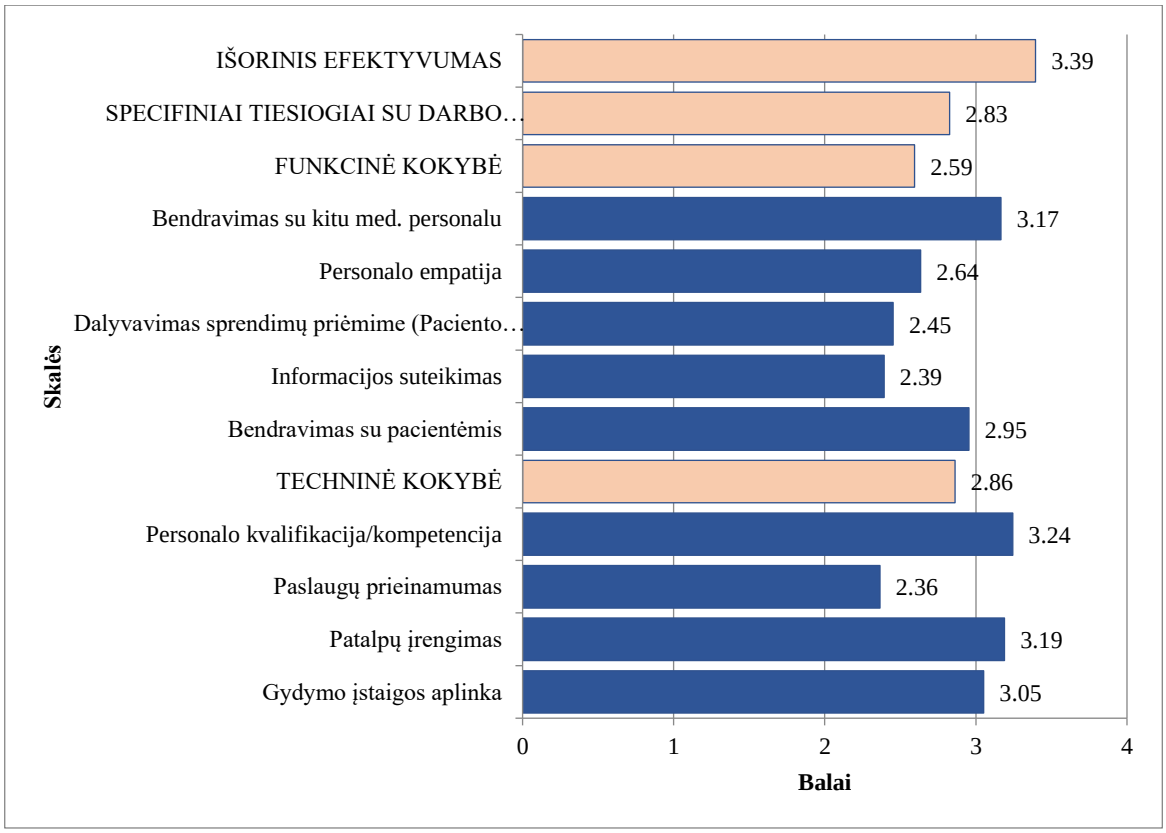
*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis kiekybinio tyrimo duomenimis*

Apibendrinant, tokia multifaktorinė analizė leidžia patikimiau atrinkti būtent tas moteris, kurioms teikiant priežiūrą ypatingai svarbu atsižvelgti į tam tikrus kokybės užtikrinimo aspektus, kaip šiuo konkrečiu atveju, daugiau dėmesnio skirti užtikrinant funkcinę paslaugų kokybę anksčiau jau gimdžiusioms, vyresnėms pacientėms nes būtent jos funkcinę kokybę linkusios vertinti kritiškiau lyginant su jaunesnėmis negimdžiusiomis pacientėmis.

## 5.2 Personalo požiūris į teikiamų akušerinių paslaugų kokybę

Kokybės užtikrinimas, ypatingai tokioje medicinos mokslo šakoje kaip akušerija - ginekologija, kur paciento priežiūros proceso sėkmė didžiąja dalimi priklauso nuo sėkmingo ryšio tarp paciento ir personalo sukūrimo, tampa, pirmiausia, gydytojų akušerių - ginekologų ir akušerių atsakomybe. Naujausiomis technologijomis aprūpintuose stacionaruose, kuriuose dirba aukščiausios kvalifikacijos specialistai, techninei kokybei, tenka pripažinti, tenka nors svarbus, tačiau antraeilis vaidmuo, dauguma normalių gimdymų (be aukštos rizikos veiksnių) gali būti priimami palyginus mažomis techninėmis sąnaudomis, todėl gimdyvėms, ką įrodo ir dauguma atliktų mokslinių tyrimų, svarbu personalo elgesys, empatija, pagarba jų atžvilgiu. Visgi, koncentruojantis į pacientą, nederėtų pamiršti, kad centrinė paties paslaugų teikimo proceso figūra yra sveikatos priežiūros specialistas. Būtent sveikatos priežiūros specialistai gali suteikti žinių apie kokybę, tobulintinas sritis, kurių dėl kompetencijos, objektyvumo stokos negali suteikti pacientas. Darbo autoriaus nuomone, tik kompleksiškas pacientų kartu su personalo (įtraukiant ne vien gydytojus specialistus, bet ir gydytojus rezidentus bei akušeres) kokybės procesų užtikrinimo aspektų vertinimas suteikia išties visapusišką, objektyvią informaciją, kuria remiantis jau galima daryti išvadas apie paslaugų teikimo proceso kokybės užtikrinimą.

Analogiškai tyrime dalyvavusioms moterims, tiriamosios gydymo įstaigos personalas vertino techninę paslaugų kokybę, funkcinę kokybę bei pateikė išorinio efektyvumo vertinimą, žymėdami savo atsakymus į pateiktus teiginius keturbalėje Likerto skalėje nuo 1 (visiškai nesutinku) iki 4 (visiškai sutinku). Nagrinėjant personalo atsakymus, pirmiausia pateikiamas apibendrinamasis tiriamųjų kokybę apibūdinančių klausimų blokų skalių vertinimas (žr. 18 pav.).




*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis tyrimo duomenimis*

*18 pav*. Tyrimo skalių vertinimas (personalo požiūriu)

Apklaustasis medicinos personalas tarp visų klausimų blokų geriausia įvertino išorinį efektyvumą (vid. 3,39). Techninė kokybė personalo buvo įvertinta kiek geriau (vid. 2,86) nei funkcinė (vid. 2,59). Vertinant funkcinės kokybės skalės atsakymus, geriausiai buvo įvertintas bendravimas su kitu medicinos personalu (vid. 3,17) bei bendravimas su pacientėmis (vid. 2,95), prasčiausiai – informacijos suteikimas (vid. 2,39). Tarp techninės kokybės skalės klausimų geriausiai buvo vertinama personalo kvalifikacija (vid. 2,34), prasčiausiai – paslaugų prieinamumas (vid. 2,36). Kaip minėta ankstesnėse darbo dalyse, tyrimų, kuriuose paslaugų kokybės vertintoju būtų personalas, beveik nėra, todėl lyginamoji rezultatų analizė labai ribota. Toliau, analogiškai vertinimui iš paciento perspektyvos, bus išsamiau aptariami personalo atsakymai į kiekvienos skalės teiginius, siekiant konkretizuoti probleminius kokybės užtikrinimo aspektus iš personalo perspektyvos.

**Techninės kokybės vertinimas iš personalo perspektyvos**

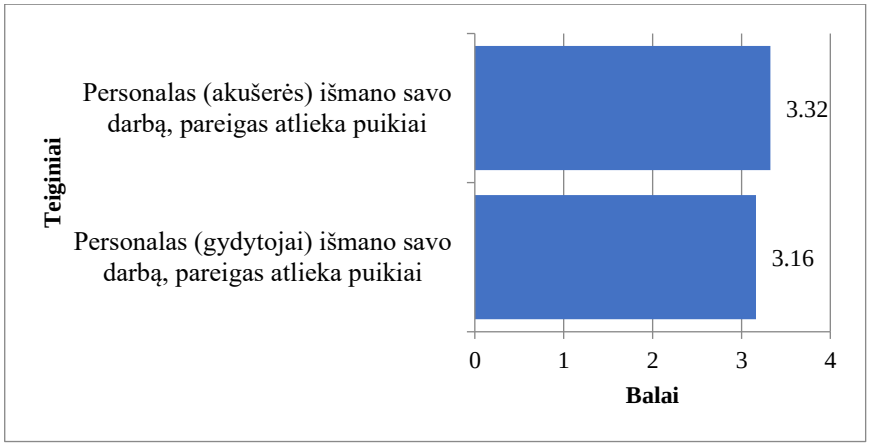
Surinktų duomenų analizė parodė, kad iš techninės kokybės aspektų, personalas geriausiai įvertino kolegų kvalifikaciją/kompetenciją (žr. 17 lent.). Įdomu tai, kad akušerių kvalifikacija/kompetencija buvo vertinama geriau nei gydytojų (žr. 19 pav.), kas pabrėžia būtent akušerės svarbą kontakto su paciente kūrimui, gimdymo sėkmės užtikrinimui.

*17 lentelė.* Techninės kokybės vertinimas iš personalo perspektyvos

| | **Vid.** | **SN** | **Nevertinta, netaikoma** | **Visiškai nesutinka** | **Iš dalies sutinka** | **Sutinka** | **Visiškai sutinka** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **TECHNINĖ KOKYBĖ** | **2,86** | **0,39** | | | | | |
| **Gydymo įstaigos aplinka** | **3,05** | **0,51** | | | | | |
| Gydymo įstaigoje yra aiškios nuorodos pacientams (ženklai, iškabos), padedančios susiorientuoti aplinkoje | 2,86 | 0,86 | 0,0% | 5,4% | 27,0% | 43,2% | 24,3% |
| Ligoninės patalpose sudarytos galimybės laisvai judėti, atsižvelgiant į Jūsų būklę (liftas, vežimėlis, laiptai) | 3,35 | 0,63 | 0,0% | 0,0% | 8,1% | 48,6% | 43,2% |
| Gydymo įstaiga aprūpinta reikalingomis gydymo ir slaugos priemonėmis | 3,24 | 0,60 | 0,0% | 0,0% | 8,1% | 59,5% | 32,4% |
| Pacientėms teikiamas skanus, kokybiškas maistas esu patenkinta | 2,33 | 0,59 | 51,4% | 2,7% | 27,0% | 18,9% | 0,0% |
| **Patalpų įrengimas** | **3,19** | **0,56** | | | | | |
| Patalpų įrengimas užtikrina pacienčių privatumą (širmos, užuolaidos, atskira erdvė priėmime, gimdyklose) | 3,03 | 0,73 | 0,0% | 0,0% | 24,3% | 48,6% | 27,0% |
| Užtikrinta apžiūrai reikalingos įrangos, ligoninės patalpų švara | 3,35 | 0,54 | 0,0% | 0,0% | 2,7% | 59,5% | 37,8% |
| **Paslaugų prieinamumas** | **2,36** | **0,62** | | | | | |
| Pacientės, atvykusios į priėmimo skyrių, konsultacijos nuo atvykimo sulaukia greitai | 2,46 | 0,61 | 0,0% | 0,0% | 59,5% | 35,1% | 5,4% |
| Personalo skyriuje yra pakankamai | 2,27 | 0,84 | 0,0% | 18,9% | 40,5% | 35,1% | 5,4% |
| **Personalo kvalifikacija/kompetencija** | **3,24** | **0,48** | | | | | |
| Personalas (gydytojai) išmano savo darbą, pareigas atlieka puikiai | 3,16 | 0,50 | 0,0% | 0,0% | 5,4% | 73,0% | 21,6% |
| Personalas (akušerės) išmano savo darbą, pareigas atlieka puikiai | 3,32 | 0,53 | 0,0% | 0,0% | 2,7% | 62,2% | 35,1% |

*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis tyrimo duomenimis*

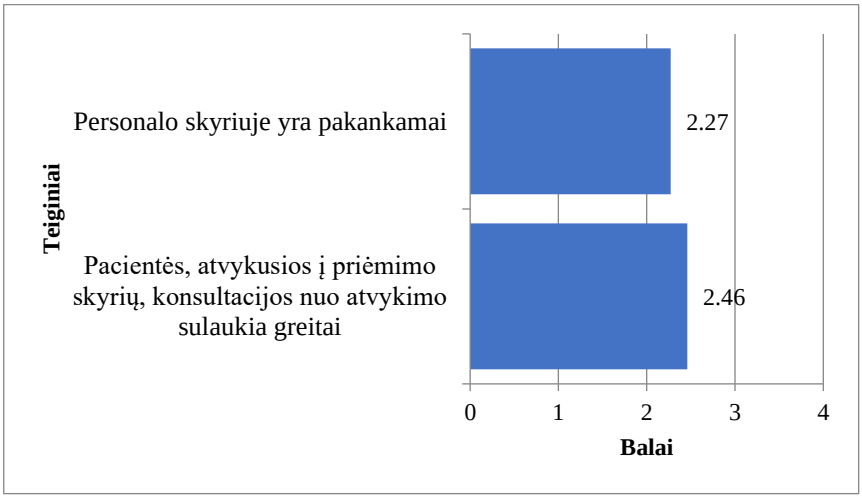
Nekomplikuoto gimdymo atveju akušerė ne tik yra tas žmogus, su kuriuo daugiausiai bendrauja gimdyvė, bet palaipsniui stacionaruose įsivyrauja praktika, kai gydytojo dalyvavimas esant gimdymui be rizikos veiksnių yra nebūtinas, kas ateityje dar labiau augins akušerių vaidmenį gimdymo priežiūrai.




*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis tyrimo duomenimis*

*19 pav.* Personalo kvalifikacijos/kompetencijos vertinimas (personalo požiūriu)

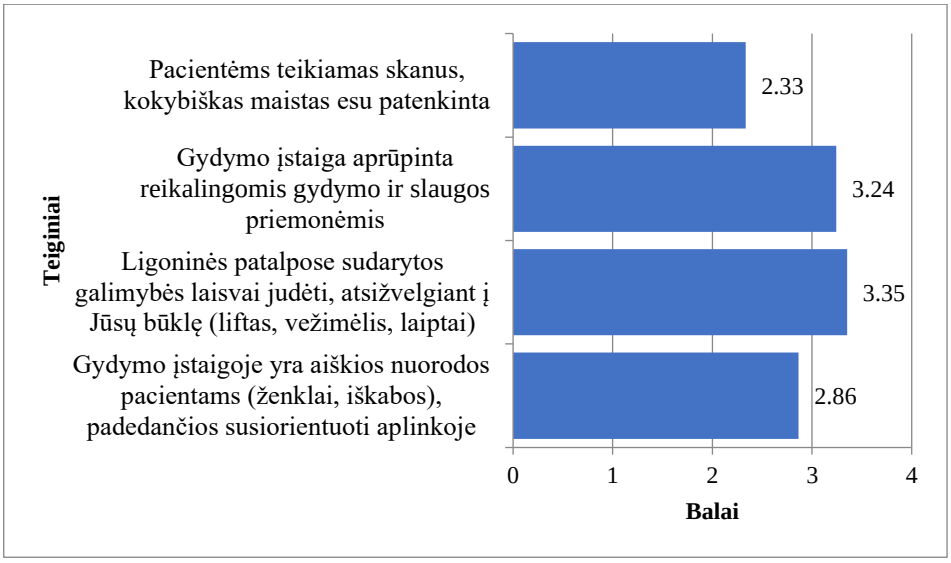
Prasčiausiai apklaustasis personalas įvertino paslaugų prieinamumą nurodydami personalo stygių kaip problemiškiausią techninės kokybės aspektą (žr. 20 pav). Personalo trūkumas – žinoma ir įsisenėjusi problema, labiausiai trūkstant akušerių, nes gydytojų trūkumą universitetinėse ligoninėse puikiai kompensuoja gydytojų rezidentų skaičius, tuo tarpu akušerių deficitas išlieka.




*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis tyrimo duomenimis*

*20 pav.* Paslaugų prieinamumo vertinimas (personalo požiūriu)

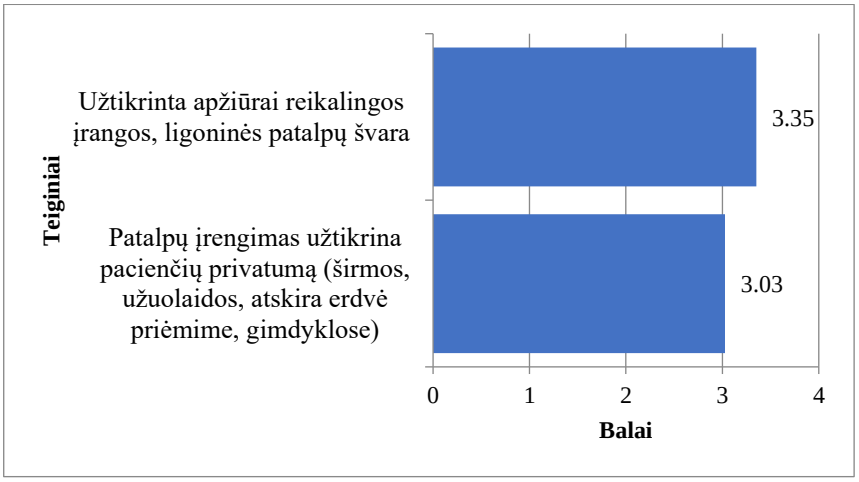
Gydymo įstaigos aplinką (žr. 21 pav.) bei patalpų įrengimą (žr. 22 pav.) personalas vertino pakankamai aukštais balais. Derėtų atsižvelgti į tai, kad tiriamoji įstaiga bei jos akušerinis skyrius – tretinio lygio, didžiausias ne tik Vilniaus mieste, bet ir šalies mastu, todėl techninis aprūpinimas, be abejonės, esti geras, tačiau patikimų išvadų apie kitus stacionarus daryti negalime, nes techninė kokybė savaime pakankamai siauras, varijuojantis kiekvienoje įstaigoje, rodiklis.




*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis tyrimo duomenimis*

*21 pav.* Gydymo įstaigos aplinkos vertinimas (personalo požiūriu)

Geriausiai personalas įvertino galimybių pacientams laisvai judėti užtikrinimą, kas ypatingai svarbu nėščiosioms moterims ir laikotarpiu po gimdymo, prasčiausiai buvo įvertintas ligoninės maistas, nors daugiau nei pusė (51,4 proc.) apklaustųjų pasirinko nevertinti šio teiginio atsakydami į anketos klausimus.




*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis tyrimo duomenimis*

*22 pav.* Patalpų įrengimo vertinimas (personalo požiūriu)

Kaip buvo aptarta anksčiau – privatumo užtikrinimas – vienas pagrindinių pagarba grįstos motinystės priežiūros aspektų, iš esmės esantis savaime suprantamu dalyku. Visgi, net 24,3 proc. apklaustųjų tik iš dalies sutiko su teiginiu, kad patalpų įrengimas užtikrina pacienčių privatumą. Teigiant, kad personalas techninės kokybės faktorius gali įvertinti objektyviau nei gimdyvės, toks atsakiusiųjų „iš dalies sutinku" procentas pakankamai didelis, kas nurodo, jog derėtų peržiūrėti pacienčių privatumo užtikrinimo technines sąlygas.

Apibendrinant techninės kokybės vertinimus, prasčiausiai vertintas paslaugų prieinamumas, būtent – personalo trūkumo atžvilgiu, o tai esti pakankamai rimta problema, reikalaujanti visas suinteresuotąsias šalis tenkinančių sprendimų. Problemą gilina faktas, kad neuniversitetinės ligoninės susiduria ne tik su akušerių, bet ir su gydytojų trūkumu, ypač mažesniuose miestuose, tačiau, darbo autoriaus nuomone, šią problemą pavyktų išspręsti įgalinant akušeres normalaus gimdymo atveju dirbti su gimdyve be gydytojo, pastarajam dalyvaujant tik atsiradus akušerinių komplikacijų (toks darbo organizavimas kai kuriuose akušeriniuose stacionaruose taikomas, tačiau kolkas pakankamai ribotai). Žinoma, tektų didinti rengiamų akušerių skaičių, tačiau sąnaudų prasme toks variantas, be abejonės, optimalesnis. Šis paslaugų teikimo konceptas kitose darbo dalyse bus pagrįstas bei išnagrinėtas plačiau.

**Funkcinės kokybės vertinimas iš personalo perspektyvos**

Dar teorinėje darbo dalyje apsibrėžėme, kad būtent funkcinė kokybė lemia bendrą pasitenkinimą paslaugų kokybe, jos aspektai itin svarbūs pacientams, o jos užtikrinimui svarbiausias vaidmuo tenka sveikatos priežiūros įstaigos personalui. Funkcinę kokybę, kaip minėta, personalas vertino prasčiausiai iš visų skalių. Žvelgiant į atskirus poskalius, prasčiausiai įvertintas informacijos pacientėms suteikimas (vid. 2,39), geriausiai – bendravimas su kolegomis (vid. 3,19) (žr. 18,19,20 lent.).

*18 lentelė.* Funkcinės kokybės vertinimas iš personalo perspektyvos: bendravimo su pacientėmis ir informacijos suteikimo subskalių rezultatai

| | **Vid.** | **SN** | **Never-tinta, netai-koma** | **Visiškai nesutinka** | **Iš dalies sutinka** | **Sutinka** | **Visiškai sutinka** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **FUNKCINĖ KOKYBĖ** | **2,59** | **0,45** | | | | | |
| **Bendravimas su pacientėmis** | **2,95** | **0,42** | | | | | |
| Gydytojai pirmo kontakto metu prisistatė, buvo malonūs | 2,92 | 0,60 | 0,0% | 0,0% | 21,6% | 64,9% | 13,5% |
| Akušerės pirmo kontakto metu prisistatė, buvo malonios | 3,00 | 0,58 | 0,0% | 0,0% | 16,2% | 67,6% | 16,2% |
| Gydytojų elgesys buvo pagarbus | 2,95 | 0,62 | 0,0% | 0,0% | 21,6% | 62,2% | 16,2% |
| Akušerių elgesys buvo pagarbus | 3,16 | 0,60 | 0,0% | 0,0% | 10,8% | 62,2% | 27,0% |
| Gydytojai manęs išklausė, man kalbant nepertraukinėjo | 2,67 | 0,68 | 2,7% | 0,0% | 43,2% | 43,2% | 10,8% |
| Akušerės manęs išklausė, man kalbant nepertraukinėjo | 2,92 | 0,55 | 2,7% | 0,0% | 18,9% | 67,6% | 10,8% |
| Personalas gimdymo metu atsižvelgė į gimdymo palydovo poreikius | 2,92 | 0,64 | 0,0% | 2,7% | 16,2% | 67,6% | 13,5% |
| Personalas greitai reagavo į mano nusiskundimus ir poreikius gimdymo metu | 3,11 | 0,61 | 0,0% | 0,0% | 13,5% | 62,2% | 24,3% |

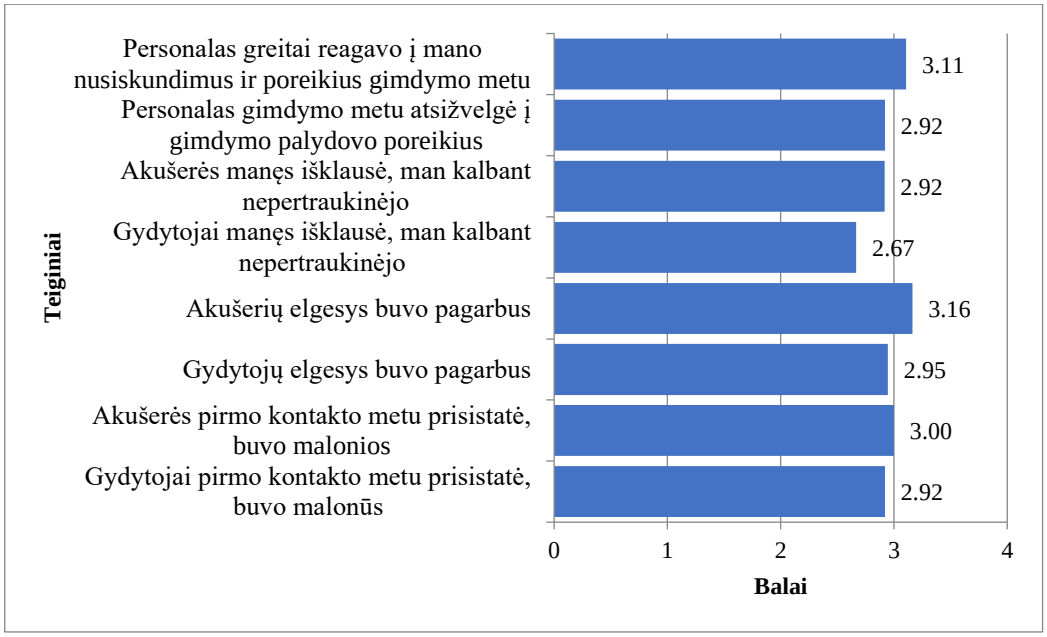
18 lentelės tęsinys kitame puslapyje

18 lentelės tęsinys

| | Vid. | SN | Never-tinta, netai-koma | Visiškai nesutinka | Iš dalies sutinka | Sutinka | Visiškai sutinka |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Informacijos suteikimas** | **2,39** | **0,58** | | | | | |
| Gydytojai atsakė į visus rūpimus klausimus | 2,76 | 0,68 | 0,0% | 0,0% | 37,8% | 48,6% | 13,5% |
| Akušerės atsakė į visus rūpimus klausimus | 2,81 | 0,71 | 2,7% | 0,0% | 35,1% | 45,9% | 16,2% |
| Pacientės informuojamos prieš kiekvieną apžiūrą | 2,41 | 0,72 | 0,0% | 5,4% | 56,8% | 29,7% | 8,1% |
| Pacientėms visada suteikiama informacija apie atliekamų procedūrų poreikį | 2,38 | 0,89 | 0,0% | 13,5% | 48,6% | 24,3% | 13,5% |
| Pacientės visada informuojamos apie atliekamus veiksmus procedūrų metu | 2,05 | 0,91 | 0,0% | 29,7% | 43,2% | 18,9% | 8,1% |
| Pacientėms visada suteikiama informacija apie apžiūrų, joms atliekamų procedūrų rezultatus | 2,46 | 0,69 | 0,0% | 2,7% | 56,8% | 32,4% | 8,1% |
| Pacientės informuojamos apie galimybę gimdyti skirtingose gimdymo pozicijose | 1,86 | 0,49 | 5,4% | 18,9% | 70,3% | 5,4% | 0,0% |

*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis tyrimo duomenimis*

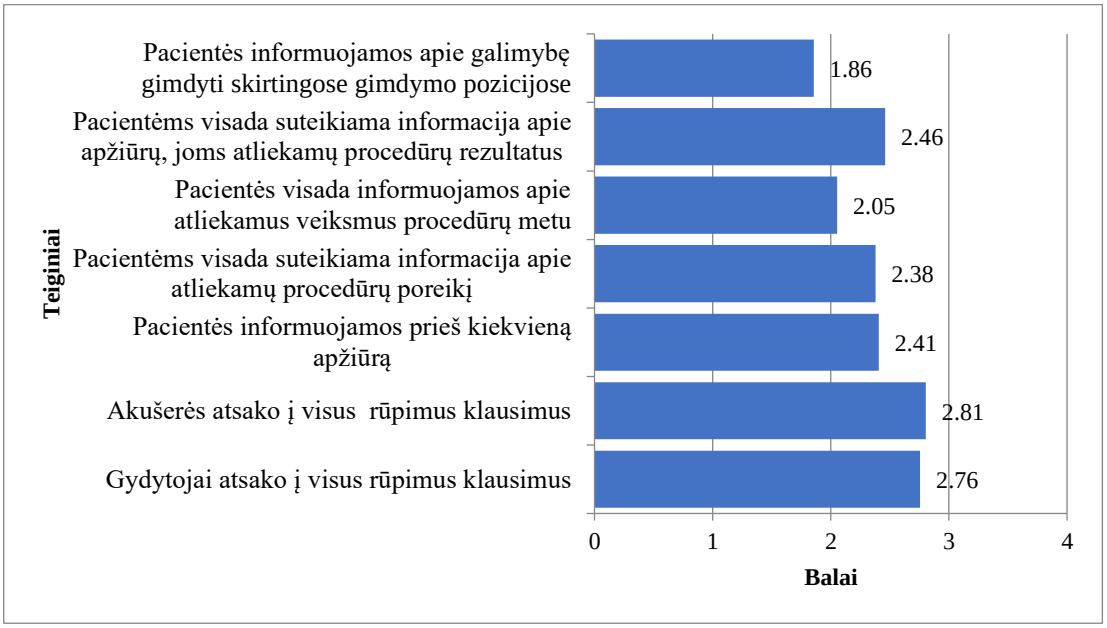
Nepaisant daugiausiai problemų mokslinėje literatūroje keliančio personalo ir pacienčių bendravimo aspekto vertinimo, šio tyrimo metu, lyginant su kitomis funkcinės kokybės subskalėmis, šis aspektas įvertintas pakankamai aukštu balu (vid, 2,95). Visais atvejais kiek geriau buvo vertinta akušerių teikiamų paslaugų funkcinė kokybė bendravimo su pacientėmis subskalėje (žr. 23 pav.). Prasčiausiai personalas vertino gydytojų išklausymo, nepertraukinėjimo įgūdžius. Žinoma, dera atsižvelgti į darbo specifikos momentus, nes gydytojas paprastai turi pasirūpinti didesniu skaičiumi gimdyvių, neretai pamainos metu suvizituoti ir palatas po gimdymo, stebėti situaciją priėmime, kuruoti rezidentus, kas, be abejonės, reikalauja papildomų laiko resursų, todėl ne visuomet konkrečiai gimdyvei yra galimybių skirti laiko tiek, kiek jo gali skirti akušerė. Sveikintina, kad pats personalas mato ir suvokia esančias bendravimo spragas bei jas atvirai nurodo, o tai jau yra pirmas žingsnis tų problemų sprendimo link.




*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis kiekybinio tyrimo duomenimis*

*23 pav.* Bendravimo su pacientėmis vertinimas (personalo požiūriu)

Kitas ne mažiau svarbus aspektas – pacientų informuotumo užtikrinimas, vertintas, kaip minėta, prasčiausiais balais (žr. 18 lent.), tik dar kartą patvirtina laiko, skiriamo kiekvienai pacientei, stoką savo ruožtu bloginant suteikiamų paslaugų kokybę ir čia prasčiausiai vertintas informacijos apie galimybę gimdyti skirtingose gimdymo pozicijose suteikimas (žr. 24 pav.).




*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis tyrimo duomenimis*

*24 pav.* Informacijos suteikimo vertinimas (personalo požiūriu)

Net 89,2 proc. nesutiko arba su teiginiu, kad informacija apie galimybę gimdyti skirtingose gimdymo pozicijose gimdyvėms suteikiama, sutiko iš dalies. Daugiau kaip 50 proc. apklausto personalo tik

iš dalies sutiko su teiginiu, kad gimdyvės informuojamos prieš kiekvieną apžiūrą ir apie atliktų procedūrų, tyrimų rezultatus (žr. 18 lent.). Vertinant iš paciento informuotumo užtikrinimo svarbos, jo būtinumo perspektyvos, toks rezultatas suponuoja rimtą nepakankamo informavimo problemą, kurią, siekiant gerinti paslaugų kokybę, būtina spręsti. Pažvelgus kompleksiškai, siekiant pagerinti situaciją, reikėtų kartu spręsti ir personalo trūkumo problemą, nuolat priminti apie informacijos pacientui suteikimo svarbą kaip vieną iš bendradarbiavimo su pacientu komponentų ne tik lemiantį patį informacijos atskleidimo poreikį, bet kartu svarbų kito aspekto – paciento įgalinimo dalyvauti sprendimų priėmime – kuris negalimas be pilno informuotumo, užtikrinimo veiksnį.

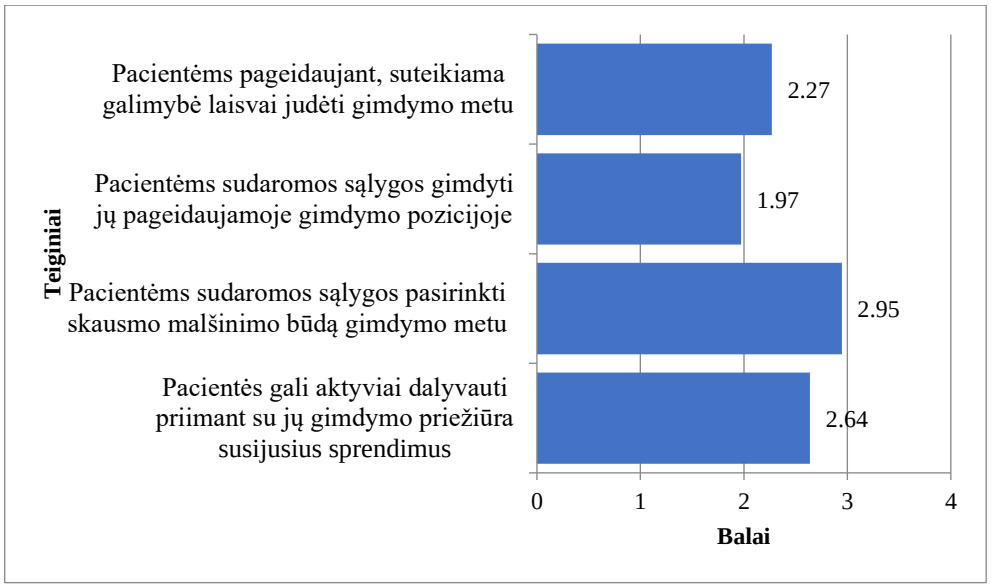
Kaip jau buvo aptarta teorinėje darbo dalyje, pacientai siekia aktyviai dalyvauti sprendimų priėmime (žr. 19 lent.). Akušerijoje gimdyvių įtraukimas į sprendimų priėmimą labiausiai pasireiškia aptariant kartu

*19 lentelė.* Funkcinės kokybės vertinimas iš personalo perspektyvos: paciento įgalinimo, personalo empatijos subskalės rezultatai

| | **Vid.** | **SN** | **Nevertinta, netaikoma** | **Visiškai nesutinka** | **Iš dalies sutinka** | **Sutinka** | **Visiškai sutinka** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **FUNKCINĖ KOKYBĖ** | **2,59** | **0,45** | | | | | |
| **Dalyvavimas sprendimų priėmime (Paciento įgalinimas (paciento dalyvavimas sprendimų priėmime))** | **2,45** | **0,51** | | | | | |
| Pacientės gali aktyviai dalyvauti priimant su jų gimdymo priežiūra susijusius sprendimus | 2,64 | 0,76 | 2,7% | 0,0% | 51,4% | 29,7% | 16,2% |
| Pacientėms sudaromos sąlygos pasirinkti skausmo malšinimo būdą gimdymo metu | 2,95 | 0,70 | 0,0% | 0,0% | 27,0% | 51,4% | 21,6% |
| Pacientėms sudaromos sąlygos gimdyti jų pageidaujamoje gimdymo pozicijoje | 1,97 | 0,55 | 0,0% | 16,2% | 70,3% | 13,5% | 0,0% |
| Pacientėms pageidaujant, suteikiama galimybė laisvai judėti gimdymo metu | 2,27 | 0,80 | 0,0% | 13,5% | 54,1% | 24,3% | 8,1% |
| **Personalo empatija** | **2,64** | **0,66** | | | | | |
| Gydytojai stengiasi suprasti, ką pacientės patiria gimdymo metu | 2,46 | 0,84 | 0,0% | 5,4% | 59,5% | 18,9% | 16,2% |
| Akušerės stengiasi suprasti, ką pacientės patiria gimdymo metu | 2,86 | 0,79 | 0,0% | 0,0% | 37,8% | 37,8% | 24,3% |
| Gydytojai suteikia pacientėms reikalingą emocinę pagalbą gimdymo metu | 2,43 | 0,69 | 0,0% | 2,7% | 59,5% | 29,7% | 8,1% |
| Akušerės suteikia pacientėms reikalingą emocinę pagalbą gimdymo metu | 2,78 | 0,71 | 0,0% | 0,0% | 37,8% | 45,9% | 16,2% |

*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis kiekybinio tyrimo duomenimis*

su paciente skausmo malšinimo būdus, gimdymo pozicijas. Atlikus personalo anketos atsakymų analizę, nustatytas pakankamai didelis procentas sveikatos priežiūros specialistų, kurie su teiginiu, kad „pacientėms sudaromos sąlygos gimdyti jų pageidaujamoje gimdymo pozicijoje“ sutinka tik iš dalies (70,3 proc.) arba visiškai nesutinka (16,2 proc.), kas lėmė prasčiausią šio aspekto vertinimą dalyvavimo sprendimų priėmime subskalėje (žr. 25 pav.).

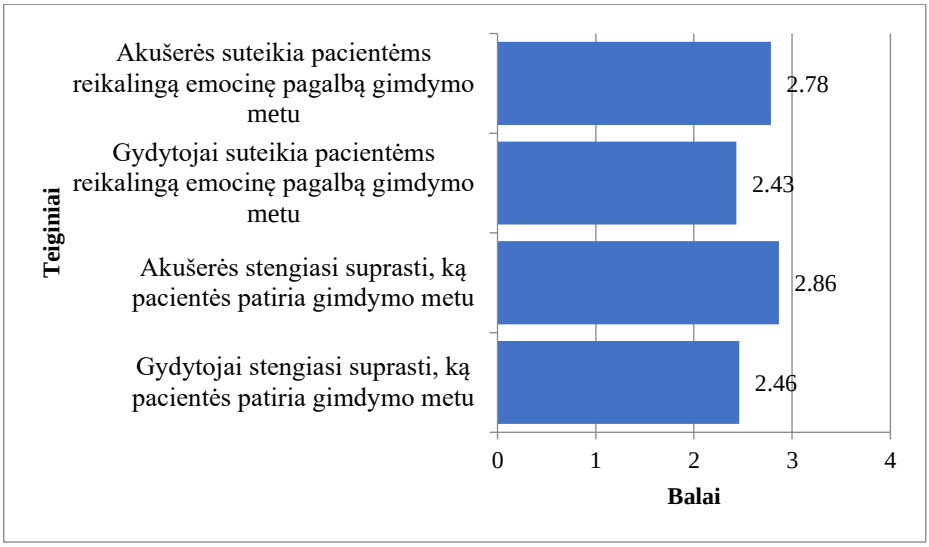



*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis kiekybinio tyrimo duomenimis*

*25 pav.* Dalyvavimo sprendimų priėmime vertinimas (personalo požiūriu)

Išskyrus situacijas, kurioms esant laisvas gimdymo pozicijos pasirinkimas nėra mediciniškai kontraindikuotinas, sąlygos pasirinkti gimdymo poziciją turėtų būti užtikrinamos visoms gimdyvėms prieš tai, žinoma, suteikus joms visą būtiną informaciją. Taip pat prastai vertintas galimybės laisvai judėti gimdymo metu užtikrinimas (pabrėžtina – pageidaujant pacientėms). Tikėtina, užtektų išspręsti kelias bendravimo spragas ir paslaugų kokybės vertinimas ženkliai pagerėtų, nes, kaip matome, daugiausiai neigiamų įvertinimų skirtingose subskalėse sulaukia savo prigimtimi panašūs aspektai.

Personalo empatijos subskalėje vėl gi stebime, kad akušerių empatijos lygis vertinamas geriau nei gydytojų (žr. 19 lent., 26 pav.). Vienodas procentas apklaustųjų (59,5 proc.) tik iš dalies sutinka su teiginiais, kad gydytojai suteikia pacientėms reikalingą emocinę pagalbą bei stengiasi suprasti, ką pacientės patiria gimdymo metu.




*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis kiekybinio tyrimo duomenimis*

*26 pav.* Personalo empatijos vertinimas (personalo požiūriu)

Žinoma, dėl empatijos poreikio *per se* galima diskutuoti. Jeigu akušerė sugeba užtikrinti pacientę tenkinantį empatijos lygį, ar apskritai reikalinga siekti empatijos iš gydytojų, nes pagrindinė jų funkcija – sveikas naujagimis ir motina, gydytojai, pirmiausia, turi vadovautis objektyviais medicininiais duomenimis, vengiant bet kokių medicininį situacijos vertinimą galinčių apsinkinti faktorių. Toks požiūris paternalistinėje sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijoje būtų net labai sveikintinas ir pakankamas, tačiau kaip jau išsiaiškinome teorinėje darbo dalyje, šiandienos sveikatos priežiūros sąvoka siekia daug toliau ir tikrai neužtenka būti geru specialistu biomedicininėje žinių plotmėje, ne mažiau svarbios tampa bendražmogiškos savybės, jų reikšmė užtikrinant tikrai kokybišką sveikatos priežiūrą tokią, kokią ją suprantame šiandien.

Geriausiai, kaip jau minėta, buvo įvertintas medicinos personalo tarpusavio bendravimas (žr. 20 lent.).

*20 lentelė.* Funkcinės kokybės vertinimas iš personalo perspektyvos: tarpasmeninio profesinio bendravimo subskalės rezultatai

| | **Vid.** | **SN** | **Never-tinta, netai-koma** | **Visiškai nesutinka** | **Iš dalies sutinka** | **Sutinka** | **Visiškai sutinka** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Bendravimas su kitu med. personalu** | **3,17** | **0,51** | | | | | |
| Gydytojų ir akušerių santykiai yra geri | 3,19 | 0,47 | 2,7% | 0,0% | 2,7% | 73,0% | 21,6% |
| Personalas atlikdamas savo darbą dirba kaip komanda | 3,14 | 0,72 | 2,7% | 0,0% | 18,9% | 45,9% | 32,4% |

*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis kiekybinio tyrimo duomenimis*

Komandinis darbas tokioje koordinuotų veiksmų reikalaujančioje specialybėje kaip akušerija, be abejonės, svarbus gerų darbo rezultatų užtikrinimui, o geri personalo tarpusavio santykiai, žinoma, sudaro sąlygas suderintam komandiniam darbui. Visgi, atsižvelgiant į tai, kad 18,9 proc. apklaustųjų tik iš dalies sutiko su teiginiu, kad personalas dirba kaip komanda ir vertinant komandinio darbo pobūdžio svarbą konkrečiai analizuojamai specialybei, reikalinga periodiškai akcentuoti darbo komandoje poreikį, tokio darbo privalumus palaikant komandinio darbo dvasią tarp paslaugas teikiančio personalo.

Apibendrinant, personalas suvokia esančias bendravimo su pacientėmis spragas, jų buvimas, kaip aptarta teorinėje darbo dalyje, išryškinamas kaip pagrindinė nepasitenkinimo paslaugų kokybe priežastis. Ši nepakankamai efektyvios komunikacijos problema yra kompleksinė, apimanti ir techninės kokybės aspektus, tokius kaip personalo trūkumas, pacientėms skiriamo laiko stoka (organizaciniai darbo aspektai), taigi jos sprendimas taip pat turėtų būti apimantis ir pastaruosius veiksnius. Ypatingai svarbu, stiprinant paciento ir sveikatos priežiūros specialisto ryšį, įtraukti pacientą į jo sveikatos priežiūros procesą, nes tai ne vien gerina kokybės vertinimą, tačiau esti viena kertinių šių laikų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų.

**Specifinių su darbo pobūdžiu susijusių ir įtakos vertinimui turinčių faktorių analizė**

Anksčiau teigta, kad mokslinių darbų, kuriuose butų nagrinėjamas personalo požiūris į paslaugų kokybę, beveik nėra, tuo tarpu veiksnių, tokių kaip darbe patiriamas stresas, darbo valandos, atlygio klausimai, įtaka yra nagrinėjama daugelio autorių. Dera paminėti, kad šie veiksniai ne tiek suteikia informacijos apie paslaugų kokybę, kiek, pirmiausia, apie pasitenkinimą darbu, jo sąlygomis, o įtaka kokybei šiuo atveju išvestinis veiksnys, darant prielaidą, kad pasitenkinimas darbo sąlygomis tiesiogiai įtakoja teikiamų paslaugų kokybę. Su pastaruoju teiginiu sutiko net 97,3 proc. tyrime dalyvavusių sveikatos priežiūros specialistų (žr. 21 lent.).

*21 lentelė.* Specifinių su darbo pobūdžiu susijusių ir įtakos vertinimui turinčių faktorių analizė

| | **Vid.** | **SN** | **Never-tinta, netai-koma** | **Visiškai nesutinka** | **Iš dalies sutinka** | **Sutinka** | **Visiškai sutinka** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **SPECIFINIAI TIESIOGIAI SU DARBO POBŪDŽIU SUSIJĘ IR ĮTAKOS VERTINIMUI TURINTYS FAKTORIAI** | **2,83** | **0,31** | | | | | |
| Komandinis darbas svarbus siekiant užtikrinti aukštą paslaugų kokybę | 3,57 | 0,80 | 0,0% | 2,7% | 10,8% | 13,5% | 73,0% |
| Darbe patiriu daug streso | 2,61 | 0,87 | 2,7% | 8,1% | 37,8% | 35,1% | 16,2% |
| Darbas perkrautas nereikalingomis administracinėmis detalėmis | 2,76 | 0,86 | 0,0% | 0,0% | 51,4% | 21,6% | 27,0% |

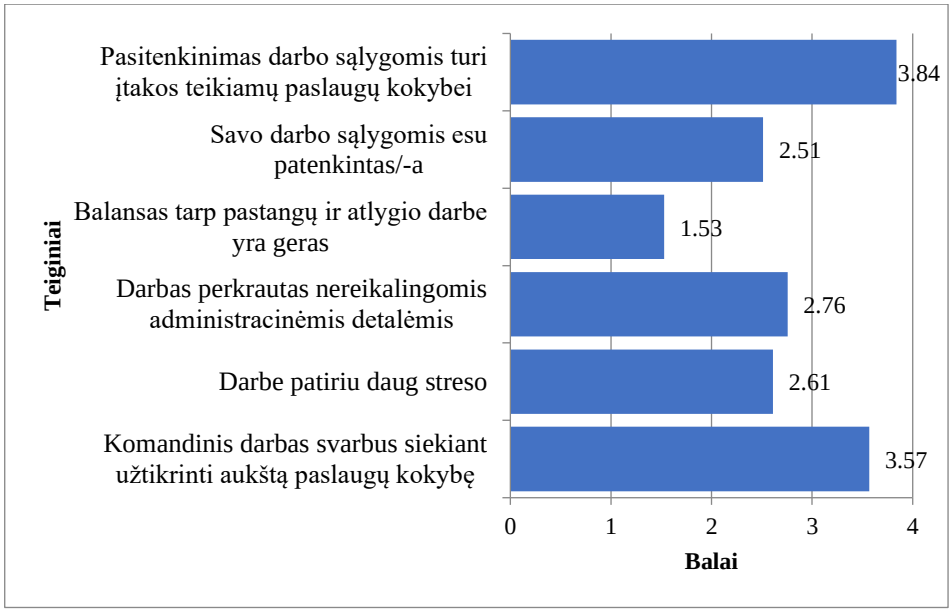
21 lentelės tęsinys kitame puslapyje

21 lentelės tęsinys

| | Vid. | SN | Never-tinta, netai-koma | Visiškai nesutinka | Iš dalies sutinka | Sutinka | Visiškai sutinka |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Balansas tarp pastangų ir atlygio darbe yra geras | 1,53 | 0,56 | 8,1% | 45,9% | 43,2% | 2,7% | 0,0% |
| Savo darbo sąlygomis esu patenkintas/-a | 2,51 | 0,69 | 0,0% | 8,1% | 35,1% | 54,1% | 2,7% |
| Pasitenkinimas darbo sąlygomis turi įtakos teikiamų paslaugų kokybei | 3,84 | 0,44 | 0,0% | 0,0% | 2,7% | 10,8% | 86,5% |

*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis kiekybinio tyrimo duomenimis*

Prasčiausiai buvo vertintas balansas tarp pastangų ir atlygio (žr. 27 pav.), tik 2,7 proc. apklaustųjų sutiko, kad šis balansas yra geras. Nepaisant tokio sąlyginai prasto pastangų ir atlygio balanso vertinimo, dauguma apklaustųjų savo darbo sąlygomis yra patenkinti: 56,8 proc. nurodė sutinkantys su teiginiu „savo darbo sąlygomis esu patenkintas/-a“, dar 35,1 proc. su šiuo teiginiu sutiko iš dalies (žr. 21 lent.).




*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis tyrimo duomenimis*

*27 pav.* Specifinių su darbo pobūdžiu susijusių ir įtakos vertinimui turinčių faktorių analizė iš personalo perspektyvos

Panašius rezultatus gauna ir kiti tyrėjai. (Cronie ir kt., 2019) nurodė, kad visos iš 508 tyrime dalyvavusių akušerių buvo patenkintos savo darbo sąlygomis, o daugiausiai reikšmės pasitenkinimui turėjo darbo valandų skaičius per savaitę bei profesinė patirtis (išdirbti metai). (Tanu, Gurmeet, Kalika, Sunil, Panna, 2022) atliktame gydytojų pasitenkinimo darbo sąlygomis tyrime, patenkinti savo darbu nurodė esantys 59,1 proc. apklaustųjų, o pagrindiniu nepasitenkinimo šaltiniu nurodytas neatitikimas tarp darbo krūvio ir užmokesčio. Dideli darbo krūviai, ilgos darbo valandos nurodytos kaip svarbūs nepasitenkinimo

darbu indikatoriai bei perdegimo, emocinio išsekimo darbe priežastys (Lodh ir Ghosh, 2022) atliktoje literatūros apžvalgoje.

Pasitenkinimą darbo sąlygomis svarbu bent periodiškai tirti ne vien dėl įtakos teikiamų paslaugų kokybei, bet ir siekiant nustatyti bei išvengti galimo profesinio perdegimo, kuris akušerijos-ginekologijos specialybėje mažai tiriama, tačiau reikšminga problema. (Smith, 2019, p. 405) teigia, kad nors „perdegimo medicinoje paplitimo vertinimas labai varijuoja, tačiau stabiliai siekia >40 proc., o neretai stebimas iki 75 proc. atvejų<...>akušeriai-ginekologai esti tarp daugiausiai profesinio perdegimo patiriančių sveikatos priežiūros specialistų“. Būtent dėl šios tendencijos nepakanka koncentruotis vien į kokybės vertinimus iš pacientų perspektyvos, o siekiant užtikrinti kokybę į procesus žvelgti kompleksiškai, apimant ir pačius paslaugų teikėjus.

Apibendrinant, darbo sąlygos, pasitenkinimas jomis ne tik lemia teikiamų paslaugų kokybę, bet gali mažinti arba didinti profesinio perdegimo riziką, ypač atsižvelgiant į tai, kad net 89,1 proc. apklaustųjų teigia patiriantys darbe daug streso (atsakė, kad „sutinka“ arba sutinka „iš dalies“), o profesinis perdegimas bei jo pasekmės jau tampa našta sveikatos priežiūros sistemai, todėl svarbu ištirti bei įsiklausyti ne vien į pacientų, bet ir į sveikatos priežiūros specialistų poreikius. Taip pat, atsižvelgiant į tokius rezultatus, tikslinga išsamiau išanalizuoti galimus streso darbe šaltinius, siekiant efektyviai juos likviduoti ar bent iš dalies pagerinti esamą situaciją. Nepalankiai streso lygio rodiklius veikia ir tai, kad savo prigimtimi akušerija – greitos reakcijos esant greitai besikeičiančioms situacijoms reikalaujanti specialybė, kur klaidos kainuoja itin daug, todėl visuomet verta atsiminti, kad šioje srityje dirbantys specialistai priskirtini aukštesnės profesinio perdegimo rizikos grupei, ką patvirtina ir atliktų aptartų tyrimų duomenys. Ne mažiau reikšminga stiprinti darbą komandoje, pagal galimybes gerinti balansą tarp pastangų ir atlygio (45,9 proc. nesutinka, kad jis yra geras) taip prisidedant prie kompleksinio teikiamų paslaugų aukštos kokybės užtikrinimo.

**Išorinio efektyvumo vertinimas iš personalo perspektyvos**

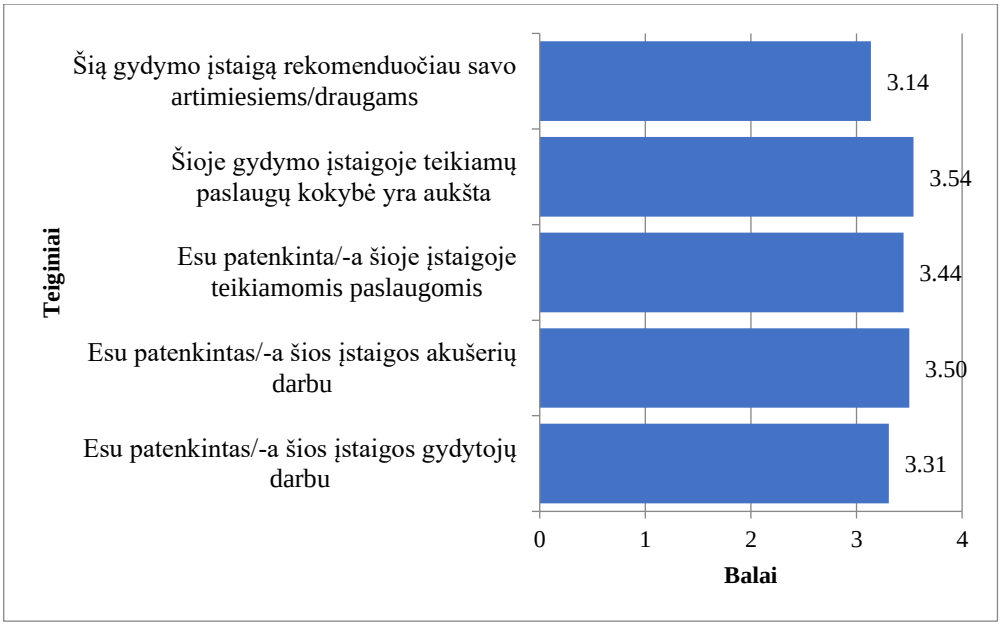
Geriausiai analizuojant klausimyno atsakymų rezultatus buvo įvertintas išorinis efektyvumas (žr. 22 lent.). Nors anksčiau aptartose skalėse stebimos tam tikros kokybės užtikrinimo problemos, kurios bus sistematizuotos ir išryškintos toliau, net 97,3 proc. apklaustojo personalo sutinka su teiginiu, kad „paslaugų kokybė yra aukšta“ (vid. 3,54).

*22 lentelė.* Išorinio efektyvumo vertinimas iš personalo perspektyvos

| | Vid. | SN | Never-tinta, netai-koma | Visiškai nesutinka | Iš dalies sutinka | Sutinka | Visiškai sutinka |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **IŠORINIS EFEKTYVUMAS** | **3,39** | **0,50** | | | | | |
| Esu patenkintas/-a šios įstaigos gydytojų darbu | 3,31 | 0,67 | 2,7% | 0,0% | 10,8% | 45,9% | 40,5% |
| Esu patenkintas/-a šios įstaigos akušerių darbu | 3,50 | 0,56 | 2,7% | 0,0% | 2,7% | 43,2% | 51,4% |
| Esu patenkinta/-a šioje įstaigoje teikiamomis paslaugomis | 3,44 | 0,56 | 2,7% | 0,0% | 2,7% | 48,6% | 45,9% |
| Šioje gydymo įstaigoje teikiamų paslaugų kokybė yra aukšta | 3,54 | 0,56 | 0,0% | 0,0% | 2,7% | 40,5% | 56,8% |
| Šią gydymo įstaigą rekomenduočiau savo artimiesiems/draugams | 3,14 | 0,67 | 0,0% | 0,0% | 16,2% | 54,1% | 29,7% |

*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis kiekybinio tyrimo duomenimis*

Vėlgi, akušerių darbas vertinamas kiek geriau nei gydytojų (žr. 28 pav.), tačiau bendrai paslaugas teikiančio personalo darbu esti patenkinti virš 86 proc. visų apklaustųjų darbuotojų.




*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis tyrimo duomenimis*

*28 pav.* Išorinio efektyvumo vertinimas iš personalo perspektyvos

Tolimesnėse darbo dalyse siekiant analizės išsamumo bus palygintas pacientų ir personalo požiūris į išorinio efektyvumo aspektus, nes šis rodiklis, kaip vienas svarbiausių, apibendrinančių visą paciento patirtį gydymo įstaigoje, paprastai sutinkamas įvairioje formoje visose pacientų pasitenkinimą analizuojančiose anketose, tačiau, kaip anksčiau minėta, palyginimo su personalo vertinimu trūksta.

Apibendrinant, išorinis efektyvumas, nepaisant klausimynu išryškintų paslaugų teikimo probleminių aspektų, personalo vertinamas itin palankiai, kas nurodo aukštą bendrą teikiamų paslaugų kokybę tiriamojoje įstaigoje.

**Kitų veiksnių įtaka paslaugų kokybės vertinimui iš personalo perspektyvos**

Šiame tyrime, kaip jau minėta metodologinėje darbo dalyje, buvo apklausiami gydytojai akušeriai-ginekologai, gydytojai rezidentai bei akušerės. Kadangi skiriasi šių trijų respondentų grupių darbinės funkcijos, stebėtas geresnis akušerių teikiamų paslaugų vertinimas, gydytojų rezidentų atveju stebima skirtinga darbo patirtis (paprastai ji esti iki 5 metų), buvo nuspręsta atlikti rezultatų analizę pagal tyrime dalyvavusių respondentų pareigas ir pagal darbinę patirtį. Rezultatų pateikimo paprastumo dėlei, išanalizuosime ir grafiškai pateiksime tik tuos klausimyno skalės rezultatus, kuriuos analizuojant buvo rasti statistiškai reikšmingi skirtumai ($p<0,05$).

Taigi, palyginus tyrimo rezultatus **pagal medicinos personalo pareigas** (žr. 23 lent.), apskaičiavus Mann-Whitney U testus, buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai, kurie parodė, kad gydytojai akušeriai-ginekologai ir šios specialybės rezidentai reikšmingai labiau, lyginant su akušerėmis, sutinka, kad gydytojai pacienčių išklauso ir nepertraukinėja. Taip pat gydytojai ir rezidentai reikšmingai geriau, lyginant su akušerėmis, vertina bendravimą su kitu medicinos personalu bei, lyginant su akušerėmis, labiau sutinka su tuo, kad jie yra patenkinti įstaigos gydytojų darbu.

*23 lentelė.* Tyrimo anketos atsakymų rodikliai pagal medicinos personalo pareigas

| | **Pareigos** | | | | *U* | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Gydytojai ir rezidentai** | | **Akušeriai** | | | |
| | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | | |
| **FUNKCINĖ KOKYBĖ** | **2,64** | **0,48** | **2,47** | **0,35** | 95,5 | 0,177 |
| **Bendravimas su pacientėmis** | **3,02** | **0,46** | **2,78** | **0,19** | 83,5 | 0,076 |
| Gydytojai pirmo kontakto metu prisistatė, buvo malonūs | 3,00 | 0,62 | 2,70 | 0,48 | 102,0 | 0,182 |
| Akušerės pirmo kontakto metu prisistatė, buvo malonios | 3,00 | 0,62 | 3,00 | 0,47 | 135,0 | 1,000 |
| Gydytojų elgesys buvo pagarbus | 3,04 | 0,65 | 2,70 | 0,48 | 98,5 | 0,148 |
| Akušerių elgesys buvo pagarbus | 3,19 | 0,62 | 3,10 | 0,57 | 124,5 | 0,676 |
| Gydytojai išklausė, kalbant nepertraukinėjo | 2,85 | 0,67 | 2,20 | 0,42 | **62,0** | **0,008** |
| Akušerės išklausė, kalbant nepertraukinėjo | 2,96 | 0,60 | 2,80 | 0,42 | 113,0 | 0,459 |
| Personalas gimdymo metu atsižvelgė į gimdymo palydovo poreikius | 2,96 | 0,71 | 2,80 | 0,42 | 114,0 | 0,386 |
| Personalas greitai reagavo į mano nusiskundimus ir poreikius gimdymo metu | 3,19 | 0,62 | 2,90 | 0,57 | 103,0 | 0,204 |

23 lentelės tęsinys kitame puslapyje

23 lentelės tęsinys

| | Pareigos | | | | *U* | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Gydytojai ir rezidentai | | Akušeriai | | | |
| | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | | |
| **Bendravimas su kitu med. personalu** | **3,27** | **0,51** | **2,90** | **0,39** | **75,0** | **0,038** |
| Gydytojų ir akušerių santykiai yra geri | 3,27 | 0,53 | 3,00 | 0,00 | 95,0 | 0,101 |
| Personalas atlikdamas savo darbą dirba kaip komanda | 3,27 | 0,67 | 2,80 | 0,79 | 86,0 | 0,092 |
| **IŠORINIS EFEKTYVUMAS** | **3,47** | **0,50** | **3,18** | **0,47** | 88,0 | 0,102 |
| Esu patenkintas/-a šios įstaigos gydytojų darbu | 3,46 | 0,65 | 2,90 | 0,57 | **70,0** | **0,019** |
| Esu patenkintas/-a šios įstaigos akušerių darbu | 3,50 | 0,58 | 3,50 | 0,53 | 127,5 | 0,920 |
| Esu patenkinta/-a šioje įstaigoje teikiamomis paslaugomis | 3,50 | 0,58 | 3,30 | 0,48 | 102,5 | 0,268 |
| Šioje gydymo įstaigoje teikiamų paslaugų kokybė yra aukšta | 3,63 | 0,49 | 3,30 | 0,67 | 99,0 | 0,155 |
| Šią gydymo įstaigą rekomenduočiau savo artimiesiems/draugams | 3,22 | 0,64 | 2,90 | 0,74 | 102,0 | 0,210 |

*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis kiekybinio tyrimo duomenimis*

Siekiant nustatyti tokių rezultatų priežastis, reikalinga gilesnė analizė, pravartu atlikti kiekybinį tyrimą, nes priežasčių, nuo didesnio gydytojų darbo krūvio, mažiau turimo skirti pacientams laiko, iki vidinių personalo tarpusavio santykio ypatybių, gali būti daug, tačiau į priežastis, kodėl akušerės gydytojų darbą vertina prasčiau, o akušerių darbą, kaip matome iš rezultatų, tiek gydytojai, tiek akušerės vertina vienodai gerai, pasigilinti būtų pravartu, toliau darbe į palyginimą bus įtraukti ir pacientų rezultatai, kas tik dar labiau įrodys tolimesnės analizės reikalingumą. Kitose klausimyno skalėse ir vertinant atskirus poskalių teiginius, kaip minėta, reikšmingų skirtumų pagal personalo užimamas pareigas, nestebėta.

*24 lentelė.* Tyrimo anketos atsakymų rodikliai pagal medicinos personalo darbo patirtį

| | Darbo stažas | | | | | | | | *H* | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Iki 5 m. | | 6-10 m. | | 11-20 m. | | Virš 21 m. | | | |
| | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | | |
| **Informacijos suteikimas** | 2,31 | 0,51 | 2,62 | 0,84 | 2,17 | 0,46 | 2,78 | 0,64 | 5,270 | 0,153 |
| Gydytojai atsakė į visus rūpimus klausimus | 2,50 | 0,65 | 3,00 | 1,00 | 2,58 | 0,51 | 3,38 | 0,52 | **9,361** | **0,025** |
| Akušerės atsakė į visus rūpimus klausimus | 2,54 | 0,66 | 3,00 | 1,00 | 2,58 | 0,51 | 3,50 | 0,53 | **10,346** | **0,016** |
| Aš buvau informuojama prieš kiekvieną apžiūrą | 2,36 | 0,50 | 2,67 | 1,15 | 2,17 | 0,72 | 2,75 | 0,89 | 2,181 | 0,536 |
| Man buvo suteikta informacija apie atliekamų procedūrų poreikį | 2,50 | 0,76 | 2,67 | 1,15 | 2,00 | 0,85 | 2,63 | 1,06 | 3,631 | 0,304 |
| Aš buvau informuojama apie atliekamus veiksmus procedūrų metu | 2,07 | 0,83 | 2,33 | 0,58 | 1,75 | 0,87 | 2,38 | 1,19 | 2,800 | 0,423 |
| Man buvo suteikta informacija apie apžiūrų, man atliekamų procedūrų rezultatus | 2,36 | 0,63 | 2,67 | 1,15 | 2,25 | 0,45 | 2,88 | 0,83 | 3,538 | 0,316 |

24 lentelės tęsinys kitame puslapyje

24 lentelės tęsinys

| | Darbo stažas | | | | | | | | *H* | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Iki 5 m.** | | **6-10 m.** | | **11-20 m.** | | **Virš 21 m.** | | | |
| | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | | |
| Aš buvau informuota apie galimybę gimdyti skirtingose gimdymo pozicijose | 1,75 | 0,75 | 2,00 | 0,00 | 1,83 | 0,39 | 2,00 | 0,00 | 1,955 | 0,582 |
| **SPECIFINIAI TIESIOGIAI SU DARBO POBŪDŽIU SUSIJĘ IR ĮTAKOS VERTINIMUI TURINTYS FAKTORIAI** | 2,89 | 0,27 | 2,45 | 0,25 | 2,84 | 0,34 | 2,83 | 0,32 | 4,210 | 0,240 |
| Komandinis darbas svarbus siekiant užtikrinti aukštą paslaugų kokybę | 3,79 | 0,43 | 3,33 | 1,15 | 3,42 | 0,90 | 3,50 | 1,07 | 0,987 | 0,804 |
| Darbe patiriu daug streso | 3,00 | 0,78 | 1,67 | 0,58 | 2,50 | 0,80 | 2,43 | 0,98 | 6,727 | 0,081 |
| Darbas perkrautas nereikalingomis administracinėmis detalėmis | 3,36 | 0,84 | 2,00 | 0,00 | 2,42 | 0,67 | 2,50 | 0,76 | **11,371** | **0,010** |
| Balansas tarp pastangų ir atlygio darbe yra geras | 1,21 | 0,43 | 1,33 | 0,58 | 1,91 | 0,54 | 1,67 | 0,52 | 10,145 | 0,017 |
| Savo darbo sąlygomis esu patenkintas/-a | 2,29 | 0,83 | 2,33 | 0,58 | 2,83 | 0,39 | 2,50 | 0,76 | 5,127 | 0,163 |
| Pasitenkinimas darbo sąlygomis turi įtakos teikiamų paslaugų kokybei | 3,71 | 0,61 | 4,00 | 0,00 | 3,92 | 0,29 | 3,88 | 0,35 | 1,558 | 0,669 |

*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis kiekybinio tyrimo duomenimis*

Analizuojant tyrimo rezultatus pagal tyrimo respondentų **darbinę patirtį** (žr. 24 lent.), paskaičiavus Kruskalio-Valio H testus, buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai, kurie parodė, kad iki 5 m. darbo patirtį turintys medikai (gydytojai rezidentai), lyginant su turinčiais ilgesnę patirtį, labiau sutinka su tuo, kad darbas yra perkrautas nereikalingomis administracinėmis detalėmis, tuo tarpu ilgesnį nei 21 m. darbo stažą turintys medikai reikšmingai labiau, lyginant su turinčiais trumpesnį stažą, sutinka su tuo, kad tiek gydytojai, tiek akušerės atsako į visus pacientėms rūpimus klausimus.

Apibendrinant, vertinant viso klausimyno analizę iš personalo perspektyvos, stebimi tik pakankamai nežymūs skirtumai tiek pagal užimamas pareigas, tiek pagal personalo darbo patirtį. Tokiose svarbiose paslaugų kokybės vertinimo skalėse kaip išorinis efektyvumas, daugumoje funkcinę kokybę apibūdinančių teiginių reikšmingų skirtumų nestebėta, todėl galime teigti, kad bendrai apžvelgus rezultatus personalo vertinimas esti vieningas, problemos matomos visose grupėse pakankamai tapačiai.

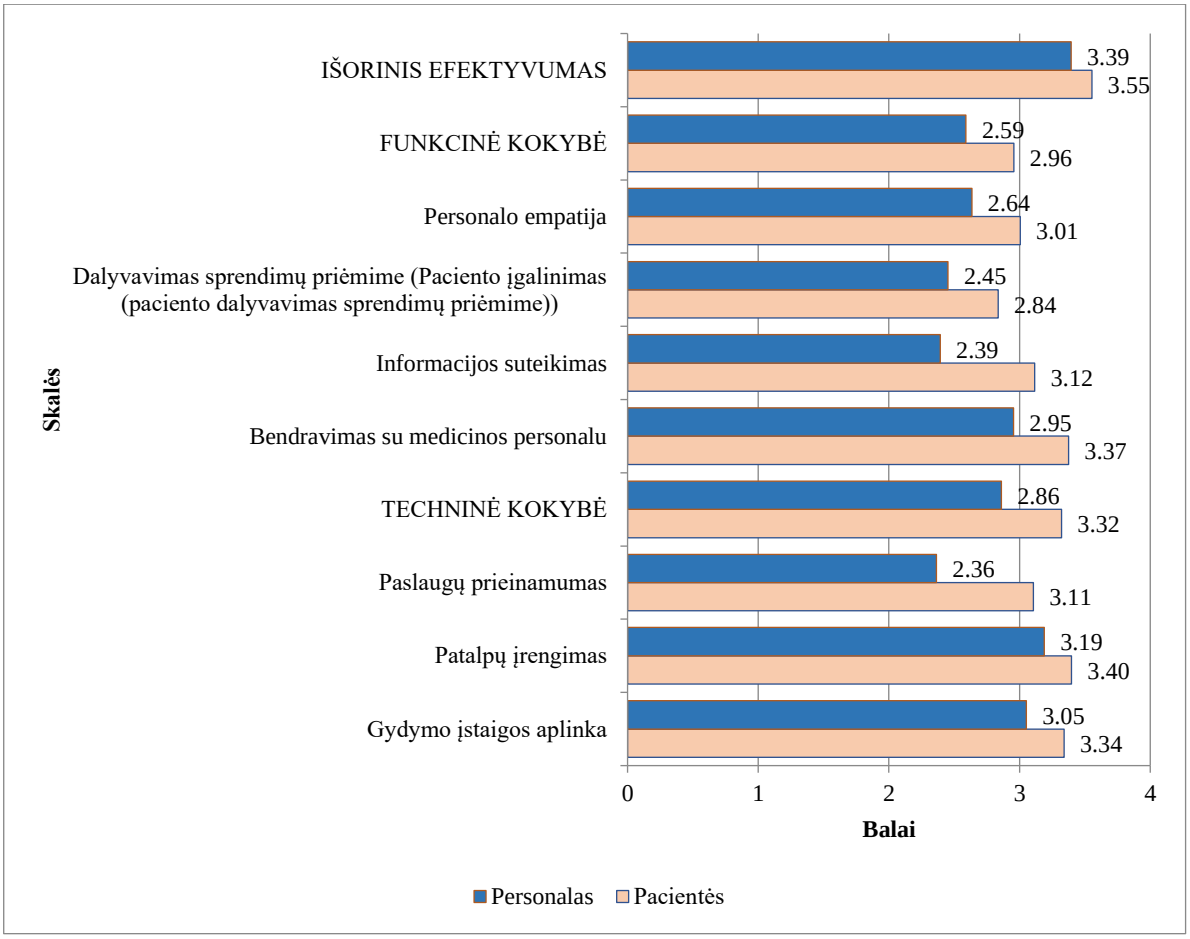
## 5.3 Pacienčių ir personalo požiūrio į teikiamų akušerinių paslaugų kokybę lyginamoji analizė

Vienas esminių šio darbo tikslų, atsižvelgiant į panašaus pobūdžio tyrimų trūkumą – palyginti pacienčių ir personalo požiūrį į teikiamų akušerinių paslaugų kokybę, nes, kaip jau minėta, tik tokia analizė, darbo autoriaus nuomone, suteikia pakankamai patikimų žinių tiek apie, pirmiausiai, konkrečios šioje atvejo studijoje dalyvaujančios įstaigos, tiek apie šalies akušeriniuose stacionaruose teikiamų paslaugų kokybę.

(Aniulienė ir kt., 2011, p.124), tiriant gydytojų ir pacientų požiūrio į teikiamų paslaugų kokybę skirtingumus ambulatorinėje sveikatos priežiūros grandyje, nustatė, kad „statistiškai patikimai geriau techninę paslaugų kokybę vertino pacientės“, o „funkcinę paslaugų kokybę panašiai vertino tiek personalas, tiek medikai“. Kaip teigia (Gourevitch ir kt., 2017, p. 124) „klinicistų bendruomenė fokusuojasi ties kiekybiniais<...>rodikliais. Nėščiosios moterys, panašu, kad neteikia jiems reikšmės<...>Moterų požiūris į kokybę labiau holistinis“. Kaip matome, tyrimų, kuriuose dalyvautų būtent akušerinės pacientės, ypatingai paskutiniu metu, kuriuo dėmesys nukreiptas į nuotolinių konsultacijų teikimą, vystymą, pacientų pasitenkinimą būtent telemedicinos paslaugų kokybe dėl vis dar aktualia išliekančios pandeminės situacijos, beveik nepavyko rasti, esami tyrimai atlikti pakankamai seniai, o akušerija yra būtent ta sritis, kur telemedicinos pritaikymas sunkiai įsivaizduojamas dėl būtinybės užtikrinti kokybišką pacientės ir sveikatos priežiūros specialistų ryšį, nuo kurio priklauso sėkminga gimdymo baigtis. Taigi, galima teigti, kad dėmesio būtent šiai sričiai ir būtent pasitenkinimo paslaugų kokybe aspektu, trūksta.

Atlikus palyginamąją pacienčių ir personalo požiūrio į teikiamų akušerinių paslaugų kokybę VUL SK analizę, visų tiriamųjų kokybės vertinimo skalių atvejais matome, kad pacientės paslaugų kokybę vertina geriau nei paslaugas teikiantis personalas (žr. 29 pav.).

Didžiausias skirtumas tarp tiriamųjų skalių įverčių stebimas vertinant techninę kokybę, personalo ir pacientų nuomonės mažiausiai išsiskyrė ties išorinio efektyvumo vertinimu. Techninės kokybės vertinimo skalėje didžiausias nuomonių skirtumas stebėtas paslaugų prieinamumo vertinime, funkcinės kokybės skalėje – informacijos suteikimo. Tokie rezultatai rodo, kad skirtingai nei (Aniulienė ir kt., 2011) tyrime, personalas ne vien techninę, bet ir funkcinę paslaugų kokybę vertina kritiškiau nei pacientės bei, skirtingai nei nustatė (Gourevitch ir kt., 2017), klinicistų bendruomenė vienodai fokusuojasi tiek ties kiekybiniais, tiek ties kokybiniais rodikliais, suprasdami jų kompleksinę svarbą aukštos kokybės užtikrinimui. Dar išsamiau pastaruosius teiginius iliustruoja atskirų nagrinėtų kokybės aspektų vertinimo lyginamoji analizė (žr. 25, 26, 27 lent.).




*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis tyrimo duomenimis*

*29 pav.* Paslaugų kokybės vertinimo skalių palyginimas tarp dviejų tiriamųjų grupių (pacientės ir paslaugas teikiantis personalas)

Daugumos teiginių atvejais techninės kokybės skalėje buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai ($p<0,05$), kurie parodė, kad tiek gydymo įstaigos aplinką, tiek patalpų įrengimą, paslaugų prieinamumą pacientės vertina reikšmingai geriau lyginant su paslaugas teikiančiu personalu (žr. 25 lent.).

*25 lentelė.* Techninę kokybę apibūdinančių teiginių vertinimo lyginamoji analizė

| | **Pacientės** | | **Personalas** | | *U* | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | | |
| **TECHNINĖ KOKYBĖ** | 3,32 | 0,49 | 2,86 | 0,39 | **2790,5** | **0,000** |
| **Gydymo įstaigos aplinka** | 3,34 | 0,52 | 3,05 | 0,51 | **3919,5** | **0,001** |
| Gydymo įstaigoje yra aiškios nuorodos pacientams (ženklai, iškabos), padedančios susiorientuoti aplinkoje | 3,39 | 0,62 | 2,86 | 0,86 | **3739,5** | **0,000** |
| Ligoninės patalpose sudarytos galimybės laisvai judėti, atsižvelgiant į Jūsų būklę (liftas, vežimėlis, laiptai) | 3,48 | 0,51 | 3,35 | 0,63 | 5179,0 | 0,284 |

25 lentelės tęsinys kitame puslapyje

25 lentelės tęsinys

| | Pacientės | | Personalas | | *U* | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | | |
| Gydymo įstaiga aprūpinta reikalingomis gydymo ir slaugos priemonėmis | 3,48 | 0,51 | 3,24 | 0,60 | **4582,0** | **0,024** |
| Ligoninėje teikiamu maistu esu patenkinta | 3,01 | 0,73 | 2,33 | 0,59 | **1458,5** | **0,000** |
| **Patalpų įrengimas** | 3,40 | 0,53 | 3,19 | 0,56 | **4568,5** | **0,030** |
| Patalpų įrengimas užtikrina pacienčių privatumą (širmos, užuolaidos, atskira erdvė priėmime, gimdyklose) | 3,39 | 0,59 | 3,03 | 0,73 | **4168,5** | **0,003** |
| Užtikrinta apžiūrai reikalingos įrangos, ligoninės patalpų švara | 3,40 | 0,54 | 3,35 | 0,54 | 5429,5 | 0,565 |
| **Paslaugų prieinamumas** | 3,11 | 0,62 | 2,36 | 0,62 | **2385,0** | **0,000** |
| Laukimo laiku priėmimo skyriuje (nuo atvykimo iki apžiūros) esu patenkinta | 2,98 | 0,74 | 2,46 | 0,61 | **3508,5** | **0,000** |
| Personalo skyriuje yra pakankamai | 3,23 | 0,70 | 2,27 | 0,84 | **2406,0** | **0,000** |
| Personalo kvalifikacija/kompetencija | 3,44 | 0,52 | 3,24 | 0,48 | **4678,0** | **0,039** |
| Personalas (gydytojai) išmano savo darbą, pareigas atlieka puikiai | 3,44 | 0,52 | 3,16 | 0,50 | **4237,0** | **0,003** |
| Personalas (akušerės) išmano savo darbą, pareigas atlieka puikiai | 3,43 | 0,52 | 3,32 | 0,53 | 5134,5 | 0,243 |

*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis tyrimo duomenimis*

Atsižvelgiant į tai, kad personalas situaciją techninės kokybės atžvilgiu gali įvertinti išties objektyviau, nes žino esančias problemas „iš vidaus“, praleidžia įstaigoje daug laiko, tam tikru lygiu turi susidarytą nuomonę bendraudami su pacientais ir žinodami jų patirtis, tokie rezultatai nestebina. Tuo tarpu funkcinės kokybės skalėje analizuoti rezultatai, lyginant su kitų tyrimų duomenimis, nustebino statistiškai reikšmingais skirtumais, parodančiais, kad kaip ir techninės kokybės skalėje, daugumos teiginių atveju pacientės reikšmingai geriau įvertino atskirus funkcinės kokybės aspektus, lyginant su personalu (žr. 26 lent.).

*26 lentelė.* Funkcinę kokybę apibūdinančių teiginių vertinimo lyginamoji analizė

| | Pacientės | | Personalas | | *U* | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | | |
| **FUNKCINĖ KOKYBĖ** | 2,96 | 0,46 | 2,59 | 0,45 | **3150,0** | **0,000** |
| **Bendravimas su medicinos personalu** | 3,37 | 0,48 | 2,95 | 0,42 | **2870,5** | **0,000** |
| Gydytojai pirmo kontakto metu prisistatė, buvo malonūs | 3,41 | 0,52 | 2,92 | 0,60 | **3419,0** | **0,000** |
| Akušerės pirmo kontakto metu prisistatė, buvo malonios | 3,42 | 0,53 | 3,00 | 0,58 | **3717,0** | **0,000** |
| Gydytojų elgesys buvo pagarbus | 3,40 | 0,55 | 2,95 | 0,62 | **3633,0** | **0,000** |
| Akušerių elgesys buvo pagarbus | 3,41 | 0,54 | 3,16 | 0,60 | **4540,5** | **0,019** |
| Gydytojai manęs išklausė, man kalbant nepertraukinėjo | 3,34 | 0,60 | 2,67 | 0,68 | **2778,0** | **0,000** |

26 lentelės tęsinys kitame puslapyje

26 lentelės tęsinys

| | Pacientės | | Personalas | | *U* | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | | |
| Akušerės manęs išklausė, man kalbant nepertraukinėjo | 3,36 | 0,56 | 2,92 | 0,55 | **3508,5** | **0,000** |
| Personalas gimdymo metu atsižvelgė į gimdymo palydovo poreikius | 3,34 | 0,49 | 2,92 | 0,64 | **3473,5** | **0,000** |
| Personalas greitai reagavo į mano nusiskundimus ir poreikius gimdymo metu | 3,32 | 0,51 | 3,11 | 0,61 | **4695,5** | **0,041** |
| **Informacijos suteikimas** | 3,12 | 0,55 | 2,39 | 0,58 | **2061,5** | **0,000** |
| Gydytojai atsakė į visus man rūpimus klausimus | 3,07 | 0,72 | 2,76 | 0,68 | **4376,5** | **0,012** |
| Akušerės atsakė į visus man rūpimus klausimus | 3,18 | 0,65 | 2,81 | 0,71 | **3995,0** | **0,002** |
| Aš buvau informuojama prieš kiekvieną apžiūrą | 3,36 | 0,57 | 2,41 | 0,72 | **1982,5** | **0,000** |
| Man buvo suteikta informacija apie atliekamų procedūrų poreikį | 3,19 | 0,69 | 2,38 | 0,89 | **2848,0** | **0,000** |
| Aš buvau informuojama apie atliekamus veiksmus procedūrų metu | 3,27 | 0,61 | 2,05 | 0,91 | **1764,0** | **0,000** |
| Man buvo suteikta informacija apie apžiūrų, man atliekamų procedūrų rezultatus | 3,04 | 0,70 | 2,46 | 0,69 | **3321,0** | **0,000** |
| Aš buvau informuota apie galimybę gimdyti skirtingose gimdymo pozicijose | 2,61 | 0,80 | 1,86 | 0,49 | **2249,0** | **0,000** |
| **Dalyvavimas sprendimų priėmime (Paciento įgalinimas (paciento dalyvavimas sprendimų priėmime))** | 2,84 | 0,63 | 2,45 | 0,51 | **3597,0** | **0,000** |
| Aš galėjau aktyviai dalyvauti priimant su mano gimdymo priežiūra susijusius sprendimus | 3,17 | 0,62 | 2,64 | 0,76 | **3283,0** | **0,000** |
| Buvo sudarytos sąlygos pasirinkti skausmo malšinimo būdą gimdymo metu | 2,82 | 0,72 | 2,95 | 0,70 | 4537,5 | 0,361 |
| Buvo sudarytos sąlygos gimdyti mano pageidaujamoje gimdymo pozicijoje | 2,62 | 0,78 | 1,97 | 0,55 | **2459,5** | **0,000** |
| Pageidaujant, buvo suteikta galimybė laisvai judėti gimdymo metu | 2,52 | 0,87 | 2,27 | 0,80 | 3927,5 | 0,070 |
| **Personalo empatija** | 3,01 | 0,49 | 2,64 | 0,66 | **3539,5** | **0,000** |
| Gydytojai stengiasi suprasti, ką pacientės patiria gimdymo metu | 2,90 | 0,64 | 2,46 | 0,84 | **3759,5** | **0,000** |
| Akušerės stengiasi suprasti, ką pacientės patiria gimdymo metu | 2,91 | 0,63 | 2,86 | 0,79 | 5442,5 | 0,617 |
| Gydytojai suteikia pacientėms reikalingą emocinę pagalbą gimdymo metu | 2,96 | 0,58 | 2,43 | 0,69 | **3253,0** | **0,000** |
| Akušerės suteikia pacientėms reikalingą emocinę pagalbą gimdymo metu | 3,03 | 0,54 | 2,78 | 0,71 | **4511,0** | **0,012** |

*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis kiekybinio tyrimo duomenimis*

Taigi, tiek gydytojai, tiek akušerės ne vien pastebi ir žino esamas/galimas funkcinės kokybės spragas, bet ir atsižvelgia į jas kritiškiau nei pačios pacientės, kurios dėl savo specifinės būklės buvimo stacionare metu (fizinis skausmas, nežinomybė, stresas, nerimas ir kitos gimdymą lydinčios emocijos), tikėtina, pačios linkusios pakankamai „griežtai“ vertinti suteikiamas paslaugas. Be to, galima teigti, kad gydytojai supranta empatijos, efektyvios komunikacijos svarbą, kaip ir pacientai pasižymi holistiniu

paslaugų teikimo suvokimu, kas, savo ruožtu, turėtų sumažinti kokybės gerinimo intervencijų apimtį, suponuoja personalo suinteresuotumą teikti aukštos kokybės paslaugas.

Kaip jau minėta, išorinio efektyvumo skalėje stebėtas mažiausias nuomonių skirtumas vertinant respondentams pateiktus teiginius, visgi, pacientės statistiškai reikšmingai labiau nei personalas yra patenkintos įstaigos gydytoju darbu bei dažniau rekomenduotų tiriamąją įstaigą savo artimiesiems/draugams (žr. 27 lent.).

*27 lentelė.* Išorinį efektyvumą apibūdinančių teiginių vertinimo lyginamoji analizė

| | **Pacientės** | | **Personalas** | | *U* | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | *Vid.* | *SN* | *Vid.* | *SN* | | |
| **IŠORINIS EFEKTYVUMAS** | 3,55 | 0,51 | 3,39 | 0,50 | **4422,0** | **0,017** |
| Esu patenkintas/-a šios įstaigos gydytojų darbu | 3,59 | 0,51 | 3,31 | 0,67 | **4354,5** | **0,013** |
| Esu patenkintas/-a šios įstaigos akušerių darbu | 3,58 | 0,51 | 3,50 | 0,56 | 5183,5 | 0,436 |
| Esu patenkinta/-a šioje įstaigoje teikiamomis paslaugomis | 3,61 | 0,52 | 3,44 | 0,56 | 4695,5 | 0,077 |
| Šioje gydymo įstaigoje teikiamų paslaugų kokybė yra aukšta | 3,66 | 0,49 | 3,54 | 0,56 | 5096,5 | 0,190 |
| Šią gydymo įstaigą rekomenduočiau savo artimiesiems/draugams | 3,46 | 0,66 | 3,14 | 0,67 | **4215,5** | **0,004** |

*Šaltinis sudarytas autoriaus, remiantis kiekybinio tyrimo duomenimis*

Apibendrinant, pacientų ir personalo kokybės vertinimo palyginimas teikia reikšmingų duomenų apie paslaugų kokybę bei padeda identifikuoti probleminius aspektus. Šio tyrimo rezultatų analizė, kurioje stebimas statistiškai reikšmingai geresnis paslaugų vertinimas iš pacienčių perspektyvos lyginant su personalu visose tiriamosiose skalėse ir daugumos tiriamųjų teiginių atvejų, suponuoja, kad ypatingai akušerijoje paslaugas teikiantis personalas į kokybės užtikrinimą žvelgia kaip į kompleksinį procesą, suvokia visų kokybės aspektų užtikrinimo svarbą nesifokusuodamas vien ties kiekybiniais rodikliais, kas savo ruožtu rodo atvirumą kokybės gerinimo procesui bei galimiems jo pokyčiams.

## 5.4. Akušerinių paslaugų teikimo kokybės problemų identifikavimas

Naujausiame kokybiškos sveikatos priežiūros apibrėžime, kaip buvo nagrinėta teorinėje darbo dalyje, be veiksmingumo ir saugumo, akcentuojama, kad sveikatos priežiūros paslaugos turi būti „orientuotos į pacientą: paslaugos, atitinkančios individualius pageidavimus, poreikius ir vertybes“ (World Health Organization. Handbook for National Quality Policy and Strategy: A Practical approach for developing policy and strategy to improve quality and care, 2018, p.13). Taigi, be aiškiai išmatuojamo, objektyvaus, klinikiniais rodikliais paremto, auga subjektyvaus, nuo paciento priklausančio gautų paslaugų kokybės vertinimo vaidmuo, kurį vis labiau lemia individuali sąveika tarp konkretaus paciento ir paslaugas

teikiančio personalo. Akušerijoje orientacijos į pacientą svarbą, pagrindines kokybiškos sveikatos priežiūros apibrėžimui pritaikytas gimdymo priežiūros gaires aiškiai pateikė PSO, išskiriant 12 pagarba grindžiamos motinystės priežiūros principų bei pateikiant keturias rekomendacijas, būtinas pozityvios gimdymo patirties užtikrinimui, kurios taip pat išsamiai aprašytos teorinėje darbo dalyje (WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018). Nors dėl būtinumo paslaugas individualizuoti, orientuoti į pacientą šiandien ginčių nekyla, tačiau jau šiuose pagrindiniuose kokybiškų paslaugų teikimo principuose atsiskleidžia akušerijos specifika, kuri savo ruožtu lemia probleminių aspektų atsiradimą.

Akušerijoje sveikatos priežiūros specialistai kasdien turi laviruoti tarp klinikinės situacijos diktuojamų galimybių užtikrinti pacientės dalyvavimą sprendimų priėmime, maksimaliai atliepti jos poreikius, interesus, šį procesą lydint visai paletei pacientės emocijų, tokių kaip džiaugsmas, nerimas, nežinomybė, skausmas ir daugelis kitų. Be abejonės, pacientės emocinė būklė turi reikšmės paslaugų kokybės vertinimui, todėl subjektyvus komponentas akušerijoje esti itin reikšmingas. Dar daugiau, jei paminėti sudėtingas klinikines situacijas, kurių metu vadovautis tenka jau visai kitais principais, tokiais kaip sprendimų savalaikiškumas, naudos/žalos santykio vertinimas, būtinumas konkrečioje situacijoje veikti greitai siekiant užtikrinti palankias išeitis, tokių kertinių orientacijos į pacientą aspektų kaip dalyvavimas sprendimų priėmime, o kartais ir pilno informuotumo užtikrinimas dėl greitai besikeičiančių situacijų garantuoti tiesiog neįmanoma, o tokios situacijos kartais lemia nepalankų gautų paslaugų kokybės vertinimą.

Kitas, savo prigimtimi labiau techninis aspektas, lemiantis paslaugų teikimo kokybės problematiką – klausimynai, pateikiami pacientėms stacionarinio gydymo pabaigoje, kuriais prašoma įvertinti gautų paslaugų kokybę esti bendro pobūdžio, nors klausiama apie bendravimo su personalu patirtį, vertinamas išorinis efektyvumas, nėra pakankamai atsižvelgiama į jau ne kartą minėtą akušerinę specifiką, konkrečius gimdymo proceso ypatumus, kaip pavyzdžiui, skausmo malšinimo, gimdymo padėties pasirinkimo aspektai, akcentuojami ir mokslinėje literatūroje: (Lippke ir kt., 2019) nustatė, kad „kuo daugiau skausmo patiria gimdyvė<...>tuo labiau paveikiamas pacientės pasitenkinimas“, o (Vaškelytė ir Gumuliauskaitė, 2020, p.186) kaip svarbius moterims aspektus nurodo galimybę pasirinkti gimdymo poziciją, laisvai judėti gimdyklos ribose. Taigi, be abejonės, klausimynai pacientėms turi apimti daugiau būtent į akušerinę specifiką orientuotų aspektų, siekiant tikslesnių, išsamesnių rezultatų, kurie leistų daryti patikimesnes išvadas apie teikiamų paslaugų kokybę konkrečiai akušerijos skyriuje.

Pereinant nuo bendresnių kokybės užtikrinimo problemų prie tų, kurias išryškino šiame darbe atliktas kiekybinis tyrimas, pažymėtina, kad PSO nustatyti pagarba grįstos motinystės priežiūros principai nėra užtikrinami pakankamu lygiu. Pacientės funkcinę kokybę vertina prasčiau nei techninę, o dalyvavimas sprendimų priėmime vertintas prasčiausiai iš visų tirtų poskalių (vid. 2,84). Personalas, savo ruožtu,

prasčiausiai vertina informacijos pacientėms suteikimą (vid. 2,39). Kiek geriau nei dalyvavimą sprendimų priėmime pacientės vertino informacijos suteikimą (vid. 3,12), tačiau analizuojant atskirus teiginius, net 23,2 proc. gimdyvių tik iš dalies sutiko su teiginiu, kad buvo informuojamos apie atliekamų apžiūrų, procedūrų rezultatus, o 89,2 proc. nesutiko arba su teiginiu, kad informacija apie galimybę gimdyti skirtingose gimdymo pozicijose gimdyvėms suteikiama, sutiko iš dalies. Taigi, informacijos suteikimas ir dalyvavimas sprendimų priėmime – tie aspektai, kuriems paslaugas teikiantis personalas turėtų skirti daugiau dėmesio, jie lemia prastesnius gaunamų paslaugų kokybės vertinimus. Vėlgi, idealiu atveju reikėtų analizuoti kiekvieną situaciją atskirai, atsižvelgti į moters emocinę, psichologinę būseną gimdymo metu, įvertinti klinikinės situacijos sudėtingumą ir tik tuomet pateikti galutines išvadas, nes tik toks vertinimas užtikrintų maksimalų gautų rezultatų objektyvumą, tačiau tai būtų jau kito tyrimo objektas. Ne veltui ypatingas dėmesys PSO rekomendacijose tikslingai skiriamas efektyvios komunikacijos užtikrinimui, nes, šio darbo autoriaus nuomone, tiek dalyvavimo sprendimų priėmime apribojimą tam tikrais atvejais, tiek informacijos teikimą pacientes tenkinančiu lygiu būtų galima užtikrinti efektyvios komunikacijos pagalba: mokėti ne tik perteikti informaciją, bet ir išklausyti pacientę, įsitikinti, kad perteiktą informaciją pacientė suprato teisingai, bendraujant su gimdyve nepamiršti situacijai tinkamų emocinių reakcijų, empatijos svarbos bendravimo procesui suvokimas, bendravimas be išankstinių nuostatų, susijusių su socialiniais, kultūriniais ypatumais ir kt. Dėl efektyvios komunikacijos reikšmės sutaria daugelis autorių: (Lippke ir kt., 2019) teigia, kad „efektyvi komunikacija yra vienas skausmo valdymo būdų, ypač stresinėse situacijose“, (Odai-Afotey ir kt., 2020, p.1649) tyrime pacientai į juos orientuotą komunikaciją su prižiūrinčiu gydytoju nurodė kaip vieną labiausiai laukiamų gydymo ligoninėje metu faktorių. Kitas niuansas – kiek gydytojas ar akušeris gali skirti laiko kiekvienai pacientei derindamas visą eilę profesinių įsipareigojimų, nes efektyvi komunikacija, visų pirma, reikalauja pasitikėjimu, pagarba grįsto ryšio sukūrimo, kuris neatsiranda per kelias konsultacijos minutes ir čia jau yra platesnis organizacinis klausimas, tačiau pagal turimas galimybes personalas turėtų stengtis maksimaliai efektyviai iškomunikuoti su gimdyve probleminius klausimus, kuriuos nustatyti ir padeda į akušerinę specifiką orientuoti paslaugų kokybės iš paciento perspektyvos tyrimai.

Atliktas kiekybinis tyrimas leido identifikuoti pacienčių grupes, kurios linkusios kritiškiau vertinti gaunamų paslaugų kokybę ir/arba atskirus jos aspektus:

- jaunesnės, pirmą kartą gimdančios moterys - linkusios prasčiau vertinti bendrą techninę kokybę, patalpų įrengimą ir paslaugų prieinamumą,
- vyresnės, anksčiau gimdžiusios pacientės - linkusios prasčiau vertinti bendrą funkcinę kokybę,

- moterys, kurioms buvo gimdymo takų vientisumo pažeidimų - prasčiau vertina bendrą funkcinę kokybę ir bendravimą su medicinos personalu,
- pacientės, kurioms nebuvo užtikrintas ankstyvas artimas kontaktas su naujagimiu - linkusios prasčiau vertinti bendrą funkcinę kokybę.

Taip pat didesnio personalo atidumo funkcinės kokybės aspektų užtikrinime pageidautų natūraliais takais gimdžiusios moterys ir pacientės, kurioms buvo atlikta skubi CPO. Jos linkusios kritiškiau vertinti tiek techninės kokybės (personalo kvalifikacija/kompetencija), tiek funkcinės kokybės (informacijos suteikimą, dalyvavimą sprendimų priėmime ir personalo empatiją) aspektus. Tokie rezultatai tik dar labiau patvirtina tokių potyrių kaip skausmas, stresas, nežinomybė, nerimas, su kuriais, tikėtina, dažniau susiduria pacientės, kurioms atliekama skubi CPO ir kurios gimdo natūraliais takais, reikšmę paslaugų kokybės vertinimui. Vėlgi, tiek šiuo, tiek kitais aukščiau minimais atvejais, efektyvi komunikacija turėtų reikšmingai pasitarnauti gerinant paslaugų kokybę (gimdymo takų vientisumo atveju išsamus paaiškinimas apie priežiūrą po gimdymo, galimo diskomforto priežasčių, jo malšinimo būdų išaiškinimas ir pan.), o pacienčių grupių, į kurias reiktų orientuotis indentifikavimas palengvintų kokybės užtikrinimo uždavinių siekimą. Atskiro komentaro reikalauja situacijos, kurioms esant naujagimis neuždedamas motinai ant krūtinės iš karto po gimdymo. Išskyrus aiškias medicinines indikacijas turinčius atvejus (gimdymo metu nustatytos sunkios raidos ydos, naujagimio kvėpavimo sutrikimas, kitos gyvybei pavojingos būklės), naujagimis motinai ant krūtinės turi būti uždedamas visada, o pastarųjų situacijų atveju iškomunikuoti kontakto apribojimo priežastis būtina, įsitikinant, kad pacientė jas tikrai suprato stresinės situacijos sąlygomis.

Sveikatos priežiūros paslaugų teikimas, nors orientuotas į pacientą, yra abipusis procesas, kurio sėkmę garantuoja sąveika tarp paciento ir gydytojo, taigi vienas šio darbo tikslų buvo įvertinti kokybę iš personalo perspektyvos. Tyrimo duomenimis, personalas prasčiau nei pacientės vertino tiek techninę, tiek funkcinę kokybę ir tokiam vertinimui, kaip pastebėta analizuojant kitus klausimyno, skirto personalui, teiginius, panašu, turi įtakos profesinio perdegimo apraiškos tarp paslaugas teikiančio personalo, kadangi 89,1 proc. apklaustųjų teigė patiriantys darbe daug streso (atsakė, kad „sutinka“ arba sutinka „iš dalies“), o 45,9 proc. respondentų nesutiko su teiginiu, kad balansas tarp pastangų ir atlygio darbe yra geras. Atsižvelgiant į tai, kad 38 proc. apklaustųjų sudarė gydytojai rezidentai, turintys iki 5 m. darbo patirtį, tokie rezultatai suponuoja pakankamai aukštą perdegimo riziką. Tačiau sunku įsivaizduoti gydytoją ar akušerę, kurie nepatirtų daug streso tokioje medicinos mokslo šakoje kaip akušerija – ginekologija, kur neretai svarbi kiekviena minutė, sprendimus tenka priimti greitai, reikšmingą darbo valandų dalį sudaro darbas naktimis, o klaidos, ar netgi nebūtinai klinikinio vertinimo klaidos, gali sukelti plačiai rezonuojantį atgarsį visuomenėje. (Smith, 2019, p. 405) teigia, kad perdegimo apraiškos medicinoje „stabiliai siekia >40 proc., o neretai stebimas iki 75 proc. atvejų“, o akušerija – ginekologija yra ta sritis, kurioje dirbantys specialistai

susiduria su itin aukšta profesinio perdegimo rizika, todėl siekiant gerinti teikiamų paslaugų kokybę nepakanka remtis vien paciento perspektyva, ne mažiau svarbu atsigręžti į paslaugas teikiantį personalą, išgirsti jo poreikius, nes būtent gydytojai bei akušerės tiesiogiai ir kuria įstaigoje teikiamų paslaugų kokybę, dėl ko į stresą darbe keliančius veiksnius pravartu pasigilinti plačiau, tačiau tai vėlgi jau kito tyrimo objektas.

Analizuojant atlikto kiekybinio tyrimo rezultatus buvo pastebėta, kad funkcinės kokybės aspektų (ypač informacijos teikimo, paciento įgalinimo dalyvauti sprendimų priėmime) atvejais pacientės kiek geriau vertino akušerių teikiamas paslaugas, lyginant su gydytojų teikiamomis paslaugomis, taip pat akušerių teikiamas paslaugas kiek aukštesniais balais įvertino ir pats apklaustasis personalas. Šių teiginių, kuriais personalo ir pacienčių buvo prašoma lyginti akušerių ir gydytojų teikiamų paslaugų kokybę, pirminis tikslas buvo nustatyti ar akušerės pakankamai gerai atliepia gimdyvių poreikius, o toks palyginimas pasitarnauja gimdymo priežiūros modelio dalyvaujant vien akušerei esant normaliam, be rizikos veiksnių gimdymui, reikalingumo pagrindimui. Tretinio lygio stacionaruose gimdymų su akušere skaičius palaipsniui auga, tačiau antrinio lygio stacionarinėse sveikatos priežiūros įstaigose, kur normalių gimdymų skaičius yra didesnis, ši praktika daug retesnė, paprastai gydytojas daugiau ar mažiau dalyvauja visuose gimdymuose ir visuose gimdymo etapuose. Tuo tarpu, nors Europos šalyse toks gimdymo priežiūros modelis irgi nėra pakankamai plačiai taikomas, mokslinėje literatūroje sutinkama vis daugiau įrodymų, kad vien akušerių prižiūrimų gimdymų baigtys esti palankios, taip pat stebimas mažesnis intervencijų skaičius, o svarbiausia – didesnis pacienčių pasitenkinimas paslaugų kokybe. Šveicarijoje, kur moterims, nesant nėštumo ir gimdymo rizikos veiksnių, siūloma gimdyti tik su akušere, atlikto tyrimo duomenimis, „akušerės teikiama gimdymo priežiūra yra saugi alternatyva gydytojo prižiūrimam gimdymui<...>tarp akušerių prižiūrimų gimdymų stebimas mažesnis gimdymo užbaigimo CPO dažnis“ (Morr ir kt., 2021, p.1). (Rayment ir kt., 2020) atliktoje sisteminėje apžvalgoje, kurioje siekiama tiksliau apibrėžti akušerių teikiamos gimdymo priežiūros standartus teigiama, kad „nors šios rūšies paslaugų (aut. – akušerės teikiama gimdymo priežiūra) gavimo galimybė yra mažai žinoma daugumoje Europos vietų“, stebimos puikios klinikinės išeitys, mažesnis akušerinių intervencijų dažnis bei aukštai vertinama tokių paslaugų kokybė. Didesnio nepalankių išeičių dažnio gimdymą prižiūrint akušerėms nenustatė ir (Martin-Arribas, Escuriet, Borras-Santos, Vila-Candel ir Gonzales-Blazques, 2021), lygindami gimdymo baigtis gydytojų ir akušerių prižiūrimų gimdymų atvejais Ispanijos gimdyvių populiacijoje. Žinoma, gimdymą prižiūrint akušerei, turi būti aiškiai nustatyta kada, pasikeitus klinikinei situacijai, reikalingas gydytojo įsitraukimas, paminėtina, kad toks priežiūros modelis reikalauja gan didelių organizacinių pokyčių, pirmiausiai, akušerių rengimo klausimais, didinant šios specialybės patrauklumą, pagarbą akušerio specialybei, nes akušerių, ypač stacionaruose, kurie labiau nutolę nuo didžiųjų miestų ar kuriuose nėra gydytojų rezidentų, rezidentūros laikotarpiu perimančių dalį akušerių teikiamų paslaugų, trūkumas – rimta paslaugų prieinamumo užtikrinimo problema. Tačiau,

vertinant ekonominiu požiūriu, akušerių profesinis rengimas užtrunka trumpiau ir pasižymi mažesnėmis finansinėmis sąnaudomis nei gydytojų akušerių – ginekologų, o Jungtinėse Valstijose atliktas tyrimas patvirtino ekonominę akušerių prižiūrimo gimdymo naudą, atsižvelgiant į nustatytą finansinio naudingumo didėjimą, esant mažesniam akušerinių intervencijų, tokių kaip, pavyzdžiui, epiziotomija, atlikimo dažniui gimdymą prižiūrint akušerei (Attanasio, Alarid-Escudero ir Kozhilannil, 2020), todėl būtent akušerių skaičiaus didinimas turėtų tapti prioritetine sritimi, siekiant gerinti gimdyvių priežiūros kokybę, juolab, kad remiantis šiuo metu Lietuvoje galiojančia akušerio medicinos normos redakcija akušerės gali „savarankiškai prižiūrėti gimdyvę visais savaiminio gimdymo, kai nėra didelės rizikos nėštumo veiksnių, periodais<...>savarankiškai priimti savaiminį gimdymą, kai nėra didelės rizikos nėštumo veiksnių, o skubiais atvejais – gimdymą sėdmenų pirmeiga“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl Lietuvos medicinos normos MN 40:2014 „Akušeris. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo, 2014).

Apibendrinant, remiantis apžvelgta literatūra bei šiame darbe atlikto kiekybinio tyrimo duomenimis, identifikuotos tokios akušerinių paslaugų teikimo kokybės problemos, kaip:

- akušerinės specifikos (greitai kintanti klinikinė situacija, pacientės emocinės būsenos įtaka ir pan.) lemtas aukštas subjektyvumo lygis vertinant paslaugų kokybę, kas savo ruožtu apsunkina patikimų išvadų formulavimą,
- esami klausimynai, skirti kokybės vertinimui iš paciento perspektyvos, nėra pakankamai pritaikyti konkrečiai akušeriniame skyriuje teikiamų paslaugų kokybės vertinimui,
- PSO nustatyti pagarba grįstos motinystės priežiūros principai nėra užtikrinami pakankamu lygiu – pacientės prastai vertina dalyvavimą sprendimų priėmime, informacijos suteikimą, to priežastimi laikytina efektyvios komunikacijos stoka tarp sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir gavėjų,
- ne visų pacienčių poreikiai, požiūriai kokybės vertinimo klausimais sutampa, išskiriamos akušerinių pacienčių grupės, į kurių poreikius derėtų atsižvelgti įdėmiau dėl polinkio kritiškiau vertinti paslaugų kokybę – didelis individualizuotos priežiūros poreikis akušerijoje,
- aukšta profesinio perdegimo rizika tarp paslaugas teikiančio personalo, kas, savo ruožtu, daro neigiamą įtaką teikiamų paslaugų kokybei, būtinybė labiau atsižvelgti į personalo poreikius,
- perteklinis gydytojo dalyvavimas normaliame gimdyme, ypač antrinio lygio stacionaruose, kur didelis skaičius gimdymų neturi rizikos veiksnių paciento poreikius galint puikiai atliepti akušerėms, kas, tikėtina, sumažintų gydytojams tenkantį darbo krūvį, o taip pat – perdegimo požymius bei, remiantis kitų šalių patirtimi, būtų naudinga finansiniu požiūriu.

# IŠVADOS

Siekiant išanalizuoti kokybės užtikrinimo problematiką sveikatos priežiūroje, ypatingą dėmesį skiriant sveikatos priežiūros sektoriui Lietuvoje, atlikta Lietuvos ir užsienio autorių mokslinių publikacijų apžvalga, taip pat išanalizuota akušerinių paslaugų teikimo problematika, kuria remiantis sudarytas akušerinių paslaugų kokybės vertinimo klausimynas. Atliktas kiekybinis paslaugų kokybės vertinimo tyrimas leido daryti išvadas apie teikiamų paslaugų kokybę akušerijos stacionaruose tiek, pirmiausiai, tiriamojoje įstaigoje, tiek akušerines paslaugas teikiančiuose stacionaruose šalies mastu.

1. Atlikus kokybės užtikrinimo problematikos analizę Lietuvos sveikatos priežiūros sektoriuje, nustatyta, kad:
    a) Lietuvos sveikatos priežiūros sistema siekia visuotinai skatinamo ir esminiu pripažinto paciento įtraukimo į sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimą, tačiau paciento kaip pagrindinio kokybės vertintojo vaidmuo sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kokybės proceso tobulinimui nėra išnaudojamas pakankamai, apsiribojama bendru paslaugų vertinimu, nėra užtikrintas pakankamai efektyvus informacijos srauto kelias nuo paciento, tyrimų vykdytojo iki tiesioginio kokybės kūrėjo – sveikatos priežiūros specialisto. Vertinimu gauti kokybės rodikliai kokybės gerinimo analizei taikomi nepakankama apimtimi,
    b) trūksta kokybės stebėsenos tęstinumo. Nuolatos ir sistemingai nevykdomos pacientų apklausos lėtina kokybės gerinimo procesus, dėl ko stebimas vangus pacientų pasitenkinimo rodiklių pokytis,
    c) didžiausią nepasitenkinimą pacientai išreiškia ilgomis eilėmis pas gydytojus, ypač gydytojus specialistus bei eilėmis tyrimams, o ieškant šios problemos sprendimo, kaip ir kitų apžvelgtų probleminių aspektų atveju - atskirtina, kurie problemas lemiantys veiksniai gali būti suvaldyti įstaigų viduje, o kokios sprendimo intervencijos reikalingos iš išorės, koordinuojant SAM, nes tik darnus tarpinstitucinis bendradarbiavimas ir organizacinius klausimus koordinuojančių struktūrų lyderystė prisideda prie šių savo prigimtimi kompleksinių problemų sprendimo,
    d) žemą paslaugų kokybės vertinimą iš pacientų perspektyvos dažnai sąlygoja komunikaciniai (bendravimas su medicininiu personalu) aspektai. Bendravimo su gydytoju kokybė priklauso ne tik nuo abiejų komunikavimo proceso dalyvių, bet ir nuo paciento turimos patologijos, todėl atliekant pacientų apklausas gydymo įstaigose pravartu rinkti ir analizuoti atskirų

skyrių duomenis, ypatingą dėmesį skiriant stacionarų skyriams, kuriuose gydomi lėtinėmis, onkologinėmis, psichinėmis ligomis segantys pacientai.

2. Mokslinės literatūros analizė leido apibrėžti akušerijos mokslo specifikos aspektus, turinčios įtakos paslaugų kokybės vertinimui:
    a) plėtojantis į pacientą orientuotai sveikatos priežiūrai, akušerijoje atsiranda naujos sąvokos, tokios kaip akušerinis smurtas, pagarba grįstos motinystės priežiūros koncepcija, kurios reikalauja peržvelgti esamo paslaugų teikimo proceso funkcinę pusę,
    b) retrospektyvus gautų paslaugų kokybės vertinimas akušerijos specialybėje idealiu atveju turėtų būti analizuojamas kompleksiškai, atsižvelgiant į konkrečią buvusią klinikinę situaciją, suteiktų paslaugų rezultatą, t. y. derinant minėtų objektyvių gimdymo priežiūros proceso aplinkybių analizę su tokiais nustatytais subjektyviais įtakos pasitenkinimui gautų paslaugų kokybe turinčiais faktoriais kaip bendravimo su gydytoju ir akušere kokybė, patiriamas skausmas, nerimas, nežinomybė ir visa eilė kitų emocinės ir psichologinės gimdyvės būklės niuansų. Gimdyvėms ypatingai svarbu turėti galimybę dalyvauti gimdymo procesų sprendimų priėmime, gebėti pasirinkti gimdymo poziciją, laisvai judėti gimdyklos ribose,
    c) atsižvelgiant į didelę subjektyvių faktorių reikšmę paslaugų kokybės vertinimui, atsirandant naujoms kokybišką priežiūrą apibrėžiančioms gairėms, akivaizdu, kad standartinės kokybės vertinimo anketos akušerinių situacijų paslaugų kokybės vertinimui nesuteikia pakankamai tikslios informacijos apie paslaugų kokybę. Akušeriniam stacionarui skirtos paslaugų kokybės vertinimo anketos turi būti peržiūrėtos, papildytos į akušerinę specifiką orientuotais klausimais, t.y. pritaikytos konkrečiai akušerijos skyriui, kas darbo autoriaus ir buvo atlikta plėtojant akušerinio skyriaus darbo kokybę vertinantį tyrimo instrumentą,
    d) gimdymo priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimas itin svarbus dėl galimos neigiamos patirties gimdymo stacionare metu, kas lemia tokių liekamųjų reiškinių kaip pogimdyminė depresija, depresijos ateinančių nėštumų metu išsivystymas, gimdymo baimė, nerimo sutrikimai, sunkesniais atvejais – potrauminio streso sindromo išsivystymą, o tai savo ruožtu apsunkina pogimdyminio periodo eigą bei rūpinimąsi naujagimiu, pablogina moters gyvenimo kokybę, tampa našta sveikatos priežiūros sektoriui ir visuomenei dėl užsitęsusio moterų grįžimo į kasdienio gyvenimo ritmą.

3. Atliktas kiekybinis tyrimas, kurio metu gimdyvėms pateikta darbo autoriaus sudaryta paslaugų kokybės vertinimo anketa, atskleidė, kad:
    a) techninę paslaugų kokybę pacientės vertino geriau nei funkcinę, iš kurios subskalių prasčiausiai vertintas dalyvavimo sprendimų priėmime lygis ir šie duomenys neprieštarauja kitų autorių publikuotiems rezultatams. Augant paciento kaip savarankiško gydymo proceso dalyvio vaidmeniui, didėja poreikis aktyviai įsitraukti į savo gydymo procesą visuose jo etapuose,
    b) nors įvertintas prasčiausiai iš techninės kokybės aspektų, paslaugų laukimo laikas nagrinėtų tyrimų kontekste šiame tyrime įvertintas palankiai, tad skyriuje, pacientų požiūriu, užtikrinamas aukštas veiklos efektyvumas,
    c) tokie universalūs sveikatos priežiūros paslaugų teikimo aspektai kaip efektyviai komunikacijai būtinas pilnas paciento informuotumas, įgalinimas dalyvauti sprendimų priėmime, kurie šiame tyrime vertinti prastai palyginus su kitais rodikliais (nors pasauliniame kontekste vertinimai ganėtinai aukšti), turėtų būti personalo užtikrinami visuomet, nes jų užtikrinimas būtinas PSO įtvirtintų pagarba grįstos motinystės priežiūros principų įgyvendinimui, kurie yra būtini siekiant gerinti gimdyvėms teikiamų akušerinių paslaugų kokybę,
    d) teikiant paslaugas svarbu atsižvelgti į tam tikras moterų grupes, kurios, tikėtina, susiklosčius aplinkybėms, paslaugų kokybę, ypatingai funkcinę, vertins prasčiau: natūraliais gimdymo takais gimdžiusios moterys, gimdyvės, kurioms atlikta epiziotomija, moterys, kurioms nebuvo užtikrintas ankstyvas kontaktas su naujagimiu iškart pagimdžius. Kitas svarbus aspektas – tikėtina, šios moterų grupės paslaugų kokybę vertins geriau užtikrinus geresnę, kokybiškesnę jų komunikaciją su paslaugas teikiančiu personalu, tačiau efektyvios komunikacijos įtaka minėtoms grupėms turėtų būti tiriama papildomai,
    e) individualius pacienčių poreikius akušerės geba atliepti taip pat gerai ar geriau nei tyrime dalyvavę gydytojai rezidentai ir akušeriai – ginekologai. Tyrimo respondentės, nors ir minimaliu skirtumu, tačiau bendravimo su personalu, informacijos suteikimo, personalo empatijos klausimų skalėse akušerių teikiamas paslaugas vertino geriau nei gydytojų, todėl tikslinga didinti akušerijos specialybės patrauklumą, akušerijos specialistų skaičių, plačiau taikant gimdymo tik su akušere, priimant normalų (be rizikos veiksnių) gimdymą, galimybes, kas savo ruožtu mažintų gydytojų profesinio perdegimo riziką, jų darbo krūvį, atsižvelgiant į tai, kad normalaus gimdymo priežiūra visais jo etapais esti akušerio kompetencijos ribose, remiantis galiojančia akušerio medicinos normos redakcija.

4. Kokybės vertinimo iš personalo perspektyvos empirinio tyrimo rezultatais nustatyta, kad:
    a) personalas, kaip ir pacientės, geriau vertina techninę paslaugų kokybę. Iš techninės kokybės komponentų prasčiausiai vertintas paslaugų prieinamumas, būtent – personalo trūkumo atžvilgiu,
    b) personalas suvokia esančias bendravimo su pacientėmis spragas (funkcinės kokybės komponentas), jų buvimas išryškinamas kaip pagrindinė pacientų nepasitenkinimo paslaugų kokybe priežastis. Ši nepakankamai efektyvios komunikacijos problema yra kompleksinė, apimanti ir techninės kokybės aspektus, tokius kaip personalo trūkumas, pacientėms skiriamo laiko stoka (organizaciniai darbo aspektai),
    c) daugiau nei trys ketvirtadaliai apklaustųjų teigė patiriantys darbe daug streso, dėl ko didėja profesinio perdegimo rizika, todėl svarbu ištirti bei įsiklausyti ne vien į pacientų, bet ir į sveikatos priežiūros specialistų poreikius. Tikslinga išsamiau išanalizuoti galimus streso darbe šaltinius, siekiant efektyviai juos likviduoti ar bent iš dalies pagerinti esamą situaciją. Pagal įstaigos galimybes gerintinas balansas tarp pastangų ir atlygio (beveik pusė respondentų nesutinka, kad jis yra geras) taip prisidedant prie kompleksinio teikiamų paslaugų aukštos kokybės užtikrinimo.

5. Atliktas empirinis tyrimas įgalino atlikti kokybės aspektų vertinimo gimdyvių ir personalo požiūriu lyginamąją analizę, kurios pagalba nustatyta, kad:
    a) didžiausias skirtumas tarp tiriamųjų skalių įverčių stebimas vertinant techninę kokybę, personalo ir pacientų nuomonės mažiausiai išsiskyrė ties išorinio efektyvumo vertinimu, kuris abiejų tiriamųjų grupių įvertintas itin aukštais balais – tiriamoji įstaiga teikia aukštos kokybės paslaugas,
    b) stebimas statistiškai reikšmingai geresnis paslaugų vertinimas iš pacienčių perspektyvos lyginant su personalu visose tiriamosiose skalėse ir daugumos tiriamųjų teiginių atvejų suponuoja, kad ypatingai akušerijoje paslaugas teikiantis personalas į kokybės užtikrinimą žvelgia kaip į kompleksinį procesą, suvokia visų kokybės aspektų užtikrinimo svarbą nesifokusuodamas vien ties kiekybiniais rodikliais, kas savo ruožtu rodo atvirumą kokybės gerinimo procesui bei galimiems jo pokyčiams,
    c) tik kompleksiškas pacientų kartu su personalu (įtraukiant ne vien gydytojus specialistus, bet ir gydytojus rezidentus bei akušeres) kokybės procesų užtikrinimo aspektų vertinimas suteikia išties visapusišką, objektyvią informaciją apie paslaugų teikimo proceso kokybės užtikrinimą.

# REKOMENDACIJOS

Atsižvelgiant į atliktos mokslinės literatūros analizės duomenis, išskiriamos pagrindinės probleminės/tobulintinos sritys bei aspektai paslaugų kokybės vertinime sveikatos priežiūros sektoriuje Lietuvoje:

1. trūksta grįžtamojo ryšio vertinant kokybės tyrimų rezultatus, tyrimų atlikimo sistemingumo bei tęstinumo,
2. renkami duomenys pernelyg bendro pobūdžio, neatskleidžia medicinos mokslo specializacijų specifikos,
3. vertinimui trūksta kompleksiškumo.

Atsižvelgiant į atlikto kiekybinio paslaugų kokybės vertinimo tyrimo rezultatus, nustatyta, kad:

1. pagrindinis prastesnius paslaugų kokybės įverčius lemiantis veiksnys - efektyvios komunikacijos stoka,
2. personalas susiduria su didele profesinio perdegimo rizika,
3. akušerės geba taip pat gerai ar geriau nei gydytojai užtikrinti moters poreikius gimdymo metu.

Įvertinus literatūros analizės bei kiekybinio tyrimo rezultatų duomenis, siekiant pagerinti tiriamosios įstaigos teikiamų paslaugų kokybę bei akušerinių stacionarų šalies mastu veiklą, pateikiamos rekomendacijos:

1. Siekiant paslaugų kokybės vertinimo tęstinumo, sistemingumo bei didinant atliekamų kokybės tyrimų specifiškumą

   **SAM rekomenduojama:**

   a) toliau tobulinti bei patvirtinti būtent į akušerinių paslaugų teikimo specifiką orientuotą kokybės vertinimo instrumentą – kokybės vertinimo iš paciento perspektyvos klausimyną,
   b) sudaryti į atitinkamų stacionarinio gydymo skyrių darbo specifiką orientuotus paslaugų kokybės vertinimo klausimynus, išlaikant dalį bendro pobūdžio klausimų palyginamosios analizės atlikimui, ypatingą dėmesį skiriant gerontologijos, onkologijos, neurologijos, psichiatrijos skyriams, išnagrinėti jų paslaugų teikimo specifiką.

**Tiriamajam akušerijos stacionarui ir akušeriniams stacionarams šalies mastu rekomenduojama:**

c) į akušerinę specifiką orientuotą kokybės vertinimą atlikti kas pusmetį arba kas ketvirtį, užtikrinant grįžtamąjį ryšį ataskaitų pavidalu,

d) įtraukti paslaugų kokybės vertinimą skirtingais laiko tarpais po gimdymo (pirmą parą, trečią parą, ilgesnio gydymo stacionare atveju kartoti išrašymo į namus dieną),

2. **SAM rekomenduojama:**

a) rinkti bei skelbti po gimdymo pasireiškiančių psichiatrinių sutrikimų (pogimdyvinė depresija, nerimo sutrikimai ir pan.) statistinius duomenis – pasireiškimo dažnis, hospitalizacijos dažnis bei trukmė, medikamentų poreikis būklės korekcijai bei kt.

b) atlikti neigiamas gimdymo patirtis sąlygojančių veiksnių tyrimą Lietuvos akušerines paslaugas teikiančiuose stacionaruose.

3. Gerinant personalo komunikacinius įgūdžius, žvelgiant į problemą kompleksiškai

**universitetams, rezidentūros studijų bazėms rekomenduojama:**

a) įtraukti efektyvios komunikacijos mokymus į medicinos, slaugos, akušerijos studijų programas, kuriose pakankamas šių įgūdžių vystymas šiuo metu nėra numatytas. Atlikus literatūros analizę paaiškėjo, kad visose medicinos mokslo specialybėse pacientai funkcinę kokybę, kurios didžiąją dalį ir sudaro komunikaciniai aspektai, vertina prasčiau, o vertinant bendravimo su gydytoju svarbą ne tik tokiose specialybėse kaip akušerija, bet ir onkologija, reanimatologija, komunikaciniai niuansai transplantologijos klausimais – bendrieji efektyvios komunikacijos įgūdžiai būtini visiems sveikatos priežiūros specialistams (atsižvelgiant į tokius su sveikatos priežiūra susijusius komunikacijos proceso niuansus kaip sveiko ir sergančio žmogaus informacijos suvokimo skirtingumai, paciento amžiaus įtaka informacijos suvokimui, tam tikrų ligų ir būklių, ypač terminalinių, įtaka, bendravimas su artimaisiais),

b) rezidentūros studijų metu tikslingas esamų/įgytų efektyvios komunikacijos įgūdžių įtvirtinimas pagal konkrečią gydytojo rezidento specialybę, pavyzdžiui, akušerijoje itin geri komunikacijos įgūdžiai reikalingi esant komplikuotam gimdymui, ypatingai jei gimdymas komplikuojasi jo eigoje, atvejais, kurių metu gimdomas negyvas vaisius, taip pat nedera pamiršti, kad personalui tenka bendrauti ir su gimdyvės artimaisiais,

**SAM rekomenduojama:**

c) turi būti numatytas periodinis efektyvios komunikacijos įgūdžių atnaujinimas visam sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiam personalui.

4. Būtina aktyviai įtraukti personalą į esančių problemų sprendimą, išnaudojant jo atvirumą pokyčiams, todėl **tiriamajam šioje atvejo studijoje akušerijos stacionarui rekomenduojama**:
   a) užtikrinti grįžtamąjį ryšį supažindinant su jau atliktų paslaugų kokybės tyrimų rezultatas,
   b) kokybinio tyrimo atlikimas, siekiant išgryninti profesinio perdegimo rizikos faktorius,
   c) darbo grupės iš personalo ir administracijos atstovų sudarymas funkcinės kokybės užtikrinimo, personalo darbo sąlygų gerinimo klausimais (šio tyrimo duomenimis, 51,3 proc. apklaustojo personalo sutiko su teiginiu, kad darbe patiria daug streso, dar 37,8 proc. su teiginiu sutiko iš dalies, 45,9 proc. nesutiko, kad balansas tarp pastangų ir atlygio darbe geras, iš dalies sutiko – 43,2 proc., 35,1 proc. personalo darbo sąlygomis patenkinti iš dalies ir 8,1 proc. jomis nėra patenkinti). Tokie rezultatai reikalauja greitų administracinių sprendimų paieškos, rodo pakankamai didelę profesinio perdegimo riziką, todėl personalo ir administracijos atstovų darbo grupių sudarymo poreikis akivaizdus, išgirstant ir atsižvelgiant į personalų atstovų nuomonę tobulintinais klausimais.

5. Tikslinga didinti gimdymų, prižiūrimų vien akušerių, skaičių (normalus gimdymas, be nėštumo ir gimdymo rizikos veiksnių), atsižvelgiant į tai, kad teisinis reglamentavimas jau yra įtvirtintas akušerio medicinos normoje, sudarant sąlygas neatidėliotinam gydytojo įsitraukimui kilus gimdymo komplikacijų, todėl

   **LR Vyriausybei rekomenduojama:**

   a) didinti akušerių skaičių, akušerės specialybės patrauklumą, vertinant situaciją iš ekonominės perspektyvos – greitesnis ir pigiau kainuojantis profesinis parengimas, moksline literatūra įrodytas mažesnis intervencijų skaičius, lemiantis mažesnes ekonomines sąnaudas gimdymo priežiūrai.

   **tiriamajam šioje atvejo studijoje akušerijos stacionarui rekomenduojama:**

   b) aktyviai siūlyti moterims, kurių, remiantis medicinine dokumentacija, nėštumas buvo be rizikos veiksnių ir jų nenumatoma gimdymo metu, akušerės teikiamą gimdymo priežiūrą,

# BIBLIOGRAFIJOS ŠALTINIŲ SĄRAŠAS

**Teisės ir kiti normatyviniai aktai:**


1. *Lietuvos Respublikos seimo nutarimas dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos patvirtinimo, 2014 m. birželio 26 d. Nr. XII-964*. Prieiga per internetą: https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35834810004f11e4b0ef967b19d90c08?jfwid=-fxdp770g (žiūrėta 2021-08-12)
2. *Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir veiklos efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašų ir šių rodiklių duomenų suvestinių formų patvirtinimo, 2017 m. gruodžio 20 d. Nr. V-1474.* Prieiga per internetą: https://www.e-tar.lt/portal/legalAct.html?documentId=92fc6220e62d11e7acd7ea182930b17f (žiūrėta 2021-08-16)
3. *Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl gydytojo (gydytojo odontologo) rezidento, įgijusio pakopinių kompetencijų patvirtinimo pažymėjimą, kompetencijos savarankiškai be gydytojo (gydytojo odontologo) vadovo priežiūros verstis medicinos (odontologijos) prektika tvarkos aprašo patvirtinimo, 2018 m. gruodžio 4 d. Nr. V-18-14120.* Prieiga per internetą: https://eseimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAP/143a7fc0f7cb11e895b0d54d3db20123?positionInSearchResults=3&searchModelUUID=21d5b3c9-773d-4418-9c8a-637ece4ae283 (žiūrėta 2021-08-13)
4. *Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl Lietuvos medicinos normos MN 40:2014 „Akušeris. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė" patvirtinimo, 2014 m. lapkričio 25 d. Nr. V-1220.* Prieiga per internetą: https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/3e632e10774a11e496d1f482b62f41cd?jfwid=32wf54yt (žiūrėta 2022-03-14)
5. *Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl Lietuvos medicinos normų rengimo ir atnaujinimo 2019, 2020 ir 2021 metų planų patvirtinimo, 2018 m. gruodžio 19 d., Nr. V-1470.* Prieiga per internetą: https://vaspvt.gov.lt/files/Medicinos%20normos/2019-20202021%20m.%20MN%20rengimo%20planai.pdf (žiūrėta 2021-08-13)
6. *Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 6 d. įsakymo Nr. V-401 „Dėl nepageidaujamų įvykių stebėsenos aprašo patvirtinimo" pakeitimo, 2019 m. rugsėjo 20 d. Nr. V-1083.* Prieiga per internetą: https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/e0f8c6c0ddda11e9a85be81119c7a8fa (žiūrėta 2021-08-13)

**Elektroninės knygos:**

7. Gaižauskaitė, I. ir Mikėnė, S. (2014). *Socialinių tyrimų metodai: apklausa.* Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.
8. Green, J. ir Thorogood, N. (2009). *Qualitative methods for health research. 2 edition*. Los Angeles: Sage
9. Institute of Medicine (US) Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare. (1990). *Medicare: A Strategy for Quality Assurance: Volume 1*. National Academies Press. Prieiga per internetą: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235462/ (žiūrėta 2021-08-11)
10. World Health Organization. (2018). *Handbook for National Quality Policy and Strategy: A Practical approach for developing policy and strategy to improve quality and care*. World Health Organisation. Prieiga per internetą: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789241565561-eng.pdf?ua=1 (žiūrėta 2021 08-11)
11. World Health Organization. (2019). *Improving Healthcare Quality in Europe: Characteristics, Effectiveness and Implementation of Different Strategies*. World Health Organization. doi: 10.1787/b11a6e8f-en

**Mokslinės publikacijos:**

12. Abdollahpour, S. ir Khadivzadeh, T. (2020). Improving the quality of care in pregnancy and childbirth with coronavirus (COVID-19): a systematic review. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine:the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 1–9. doi:10.1080/14767058.2020.1759540
13. Algurén, B., Jernberg, T., Vasko, P., Selb, M. ir Coenen, M. (2021). Content comparison and person-centeredness of standards for quality improvement in cardiovascular health care. *PLoS ONE*, 16(1), 1–12. doi:10.1371/journal.pone.0244874
14. Allotey, J., Stallings, E., Bonet, M., Yap, M., Chatterjee, S., Kew, T., Debenham, L., Llavall, A. C., Dixit, A., Zhou, D., Balaji, R., Lee, S. I., Qiu, X., Yuan, M., Coomar, D., Sheikh, J., Lawson, H., Ansari, K., van Wely, M., van Leeuwen, E., Kostova, E., Kunst, H., Khalil, A., Tiberi, S., Brizuela, V., Broutet, N., Kara, E., Kim, C. R., Thorson, A., Oladapo, O. T., Mofenson, L., Zamora, J. ir Thangaratinam, S. (2020). Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 370, 1-18. doi:10.1136/bmj.m3320
15. Amu, H. ir Nyarko, S. H. (2019). Satisfaction with Maternal Healthcare Services in the Ketu South Municipality, Ghana: A Qualitative Case Study. *BioMed Research International*, 2019, 1-6. doi:10.1155/2019/251646

16. Aniulienė, R., Blaževičienė, A. ir Riklikienė, O. (2011). Quality of obstetric services: perspectives of patients, obstetricians, and midwives. *Medicina*, 47(2), 120–124. Prieiga per internetą: https://medicina.lsmuni.lt/med/1102/1102-08e.htm
17. Attanasio, L. B., Alarid-Escudero, F. ir Kozhimannil, K. B. (2020). Midwife-led care and obstetrician-led care for low-risk pregnancies: A cost comparison. *Birth*, 47(1), 57–66. doi:/10.1111/birt.12464
18. Ayalew, M. M., Nebeb, G. T., Bizuneh, M. M. ir Dagne, A. H. (2021). Women's Satisfaction and Its Associated Factors with Antenatal Care Services at Public Health Facilities: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Women's Health*, 13, 279–286. doi:10.2147/IJWH.S293725
19. Baranowska, B., Doroszewska, A., Kubicka-Kraszyńska, U., Pietrusiewicz, J., Adamska-Sala, I., Kajdy, A., Sys, D., Tataj-Puzyna, U., Bączek, G. ir Crowther, S. (2019). Is there respectful maternity care in Poland? Women's views about care during labor and birth. *BMC Pregnancy Childbirth* 19, 520. doi: /10.1186/s12884-019-2675-y
20. Bellio, E., ir Buccoliero, L. (2021). Main factors affecting perceived quality in healthcare: a patient perspective approach. *The TQM Journal,* 33(7), 176-192. doi:10.1108/TQM-11-2020-0274
21. Bradfield, Z., Wynter, K., Hauck, Y., Vasilevski, V., Kuliukas, L., Wilson, A. N., Szabo, R. A., Homer, C. ir Sweet, L. (2021). Experiences of receiving and providing maternity care during the COVID-19 pandemic in Australia: A five-cohort cross-sectional comparison. *PloS ONE*, 16(3), 1-15. doi: 10.1371/journal.pone.0248488
22. Bubnienė, D. ir Ruževičius, J. (2010). Kokybės valdymo sveikatos priežiūros institucijose ypatumai. *Verslo ir teisės aktualijos,* 5, 22-40. doi:10520/1822-9530.2010.00
23. Carrasco, I., Muñoz-Chapuli, M., Vigil-Vázquez, S., Aguilera-Alonso, D., Hernández, C., Sánchez-Sánchez, C., Oliver, C., Riaza, M., Pareja, M., Sanz, O., Pérez-Seoane, B., López, J., Márquez, E., Domínguez-Rodríguez, S., Hernanz-Lobo, A., De León-Luis, A. D., Sánchez-Luna, M. ir Navarro, M. L. (2021). SARS-COV-2 infection in pregnant women and newborns in a Spanish cohort (GESNEO-COVID) during the first wave. *BMC Pregnancy Childbirth*, 21, 326. 1-10. doi:10.1186/s12884-021-03784-8
24. Chang, Y. S., Coxon, K., Portela, A. G., Furuta, M. ir Bick, D. (2018). Interventions to support effevtive communication between maternity care staff and women in labour: A mixed-methods systematic review. *Midwifery*, 59, 4-16. doi:10.1016/j.midw.2017.12.014
25. Chmiel, M. (2019). Quality Attributes of Primary Health Care Services. *Zeszyty Naukowe Politechniki Slaskiej. Seria Organizacji i Zarzadzanie*, 134, 7–16. doi:10.29119/1641-3466.2018.134.1
26. Crisafulli, B., Wasil, M., Singh, J. ir Benoit, S. (2019). Managing patient expectations through understanding health service experiences. *British Journal of Medical Practitioners*, 12(2), 12–14. Prieiga per internetą: https://www.bjmp.org/files/2019-12-2/bjmp-2019-12-2-a014.pdf

27. Cronie, D., Perdok, H., Verhoeven, C., Jans, S., Hermus, M., de Vries, R. ir Rijnders, M. (2019). Are midwives in the Netherlands satisfied with their jobs? A systematic examination of satisfaction levels among hospital and primary-care midwives in the Netherlands. *BMC health services research*, 19(1), 832. doi:/10.1186/s12913-019-4454-x
28. Deriba, B.S., Geleta, T.A., Beyane, R.S., Mohammed, A., Tesema, M. ir Jemal. K. (2020). Patient Satisfaction and Associated Factors During COVID-19 Pandemic in North Shoa Health Care Facilities. *Patient Prefererence and Adherence*, 14, 1923-1934 doi:10.2147/PPA.S276254
29. Donabedian A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260(12). 1743-1748. doi:10.1001/jama.260.12.1743.
30. Donate-Manzanares, M., Rodríguez-Cano, T., Gómez-Salgado, J., Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Barrilero-Fernández, E. ir Beato-Fernández, L. (2019). Quality of Childbirth Care in Women undergoing Labour: Satisfaction with Care Received and How It Changes over Time. *Journal of clinical medicine*, 8(4), 434. doi:10.3390/jcm8040434
31. Endeshaw, B. (2021). Healthcare service quality measurement models: a review. *Journal of Health Research*, 35(2), 106-117. doi:10.1108/JHR-07-2019-0152
32. Fumagalli, S., Colciago, E., Antolini, L., Riva, A., Nespoli, A. ir Locatelli, A. (2021). Variables related to maternal satisfaction with intrapartum care in Northern Italy. *Women and Birth : Journal of the Australian College of Midwives*, 34(2), 154–161. doi:/10.1016/j.wombi.2020.01.012
33. Gebremichael, M. W., Worku, A., Medhanyie, A. A. ir Berhane, Y. (2018). Mothers' experience of disrespect and abuse during maternity care in northern Ethiopia. *Global Health Action*, 11(3), 1-7. doi:10.1080/16549716.2018.1465215
34. Giordano, J., ir Surita, F. G. (2019). The role of the respectful maternity care model in São Paulo, Brazil: A cross-sectional study. *Birth*, 46(3), 509–516. doi:/10.1111/birt.12448
35. Gourevitch, R. A., Mehrotra, A., Galvin, G., Karp, M., Plough, A. ir Shah, N. T. (2017). How do pregnant women use quality measures when choosing their obstetric provider? *Birth*, 44, 120-127. doi:10.1111/birt.12273
36. Gurevičius, R. (2020). Sveikatos būklė Lietuvoje 2019 m.: EBPO ekspertų vertinimas. *Visuomenės sveikata,* 2(89), 5-9. Prieiga per internetą: https://www.hi.lt/uploads/pdf/zurnalo_vs%20info/2020%202/VS%202020%202(89)%20Vedamasis.pdf
37. Gwacham-Anisiobi, U. C. ir Banke-Thomas, A. (2020). There is no ideal place, but it is best to deliver in a hospital: expectations and experiences of health facility-based childbirth in Imo State, Nigeria. *The Pan African Medical Journal*, 36, 317. doi:10.11604/pamj.2020.36.317.22728

38. Halawani, L., Halawani, M. ir Beyari, G. (2021). Job satisfaction among Saudi healthcare workers and its impact on the quality of health services. *Journal of Family Medicine & Primary Care*, 10(5), 1873–1881. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_2236_20
39. Hudson Smith, M. ir Smith, D. (2018). Directing Improvements in Primary Care Patient Experience through Analysis of Service Quality. *Health Services Research,* 53(6), 4647–4666. doi: 10.1111/1475-6773.12985
40. Itamura, K., Tang, D. M., Higgins, T. S., Rimell, F. L., Illing, E. A., Ting, J. Y., Lee, M. K. ir Wu, A. (2021). Comparison of Patient Satisfaction Between Virtual Visits During the COVID-19 Pandemic and In-person Visits Pre-pandemic. *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology*, 130(7), 810–817. doi:10.1177/0003489420977766
41. Jankauskienė, D. (2012). Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo pascientų požiūriu palyginimas Lietuvoje ir kai kuriose Europos šalyse. *Sveikatos politika ir valdymas,* 1(4), 84-101. Prieiga per internetą: https://repository.mruni.eu/bitstream/handle/007/12840/281-448-1-SM.pdf?sequence=1&isAllowed=y
42. Kahyaoglu Sut, H. ir Kucukkaya, B. (2021). Anxiety, depression, and related factors in pregnant women during the COVID-19 pandemic in Turkey: A web-based cross-sectional study. *Perspect Psychiatr Care*, 57, 860- 868. doi:10.1111/ppc.12627
43. Kludacz-Alessandri, M., Hawrysz, L., Korneta, P., Gierszewska, G., Pomaranik, W. ir Walczak, R. (2021) The impact of medical teleconsultations on general practitioner-patient communication during COVID- 19: A case study from Poland. *PLOS ONE*, 16(7). doi:10.1371/journal.pone.0254960
44. Larson, E., Sharma, J., Bohren, M. A. ir Tuncalp, Ö. (2019). When the patient is the expert: measuring patient experience and satisfaction with care. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(8), 563–569. doi:10.2471/BLT.18.225201
45. Layfield, E., Triantafillou, V., Prasad, A., Deng, J., Shanti, R. M., Newman, J. G. ir Rajasekaran, K. (2020). Telemedicine for head and neck ambulatory visits during COVID-19: Evaluating usability and patient satisfaction. *Head & Neck*, 42(7). 1681– 1689. doi:10.1002/hed.26285
46. Lilleheie, I., Debesay, J., Bye, A. ir Bergland, A. (2020). A qualitative study of old patients' experiences of the quality of the health services in hospital and 30 days after hospitalization. *BMC Health Services Research*, 20(1), 446, 1-14. doi:10.1186/s12913-020-05303-5
47. Lippke, S., Wienert, J., Keller, F. M., Derksen, C., Welp, A., Kötting, L., Hofreuter-Gätgens, K., Müller, H., Louwen, F., Weigand, M., Ernst, K., Kraft, K., Reister, F., Polasik, A., Huener Nee Seemann, B., Jennewein, L., Scholz, C. ir Hannawa, A. (2019). Communication and patient safety in gynecology and obstetrics - study protocol of an intervention study. *BMC health services research*, 19(1), 908. doi:10.1186/s12913-019-4579-y

48. Locock, L., Kirkpatrick, S., Brading, L., Sturmey, G., Cornwell, J., Churchill, N. ir Robert, G. (2019). Involving service users in the qualitative analysis of patient narratives to support healthcare quality improvement. *Research Involvement and Engagement*, 5(1), 1-11. doi:10.1186/s40900-018-0133-z
49. Lodh, P. ir Ghosh, S. (2022). Doctors' Work Life Quality and Effect on Job Satisfaction: An Exploratory Study Based on Literature Review. (2022). *International Journal of Rural Development, Enviroment and Health Research*, 6(1), 1-7. doi:/10.22161/ijreh.6.1.1
50. Mahfouz, M. E., Abed, A. M., Alqahtani, M. S., Albaqami, A. M. ir Alsubaie, M. M. (2020). Patient satisfaction toward health care performance in the Obstetrics and Gynecology departments among hospitals in Saudi Arabia. *International Journal of Medicine in Developing Countries*, 4(2), 338-346. doi:/10.24911/IJMDC.51-1575405816
51. Maher, D. P., Hess, D., Edwards, C. ir Allen, L. (2021). Changes in Patient Satisfaction Scores During the Early COVID-19 Pandemic. *Journal of Patient Experience*, 8, 1-5. doi:10.1177/23743735211034610
52. Martin-Arribas, A., Escuriet, R., Borràs-Santos, A., Vila-Candel, R. ir González-Blázquez, C. (2022). A comparison between midwifery and obstetric care at birth in Spain: Across-sectional study of perinatal outcomes. *International journal of nursing studies*, 126, 104129, 1-8. doi:/10.1016/j.ijnurstu.2021.104129
53. Mikaliūkštienė, A., Baltokaitė, L., Kalibatienė, D. ir Jerdiakova, N. (2018). Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas kardiologijos centre: pacientų požiūris. *Sveikatos mokslai*, 28(5), 32-40. doi:10.5200/sm-hs.2018.056
54. Morr, A.K., Malah, N., Messer, A.M., Etter, A., Mueller, M., Raio, L. ir Surbek, D. (2021). Obstetrician involvement in planned midwife-led births: a cohort study in an obstetric department of a University Hospital in Switzerland. *BMC Pregnancy Childbirth*, 21:728, 1-10. doi:/10.1186/s12884-021-04209-2
55. Odai-Afotey, A., Kliss, A., Hafler, J. ir Sanft, T. (2020). Defining the patient experience in medical oncology. *Supportive Care in Cancer : Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 28(4), 1649–1658. doi:10.1007/s00520-019-04972-1
56. O'Hara, JK., Reynolds, C., Moore, S., Armitage, G., Sheard, L., Marsh, C., Watt, I., Wright, J. ir Lawton, R. (2018). What can patients tell us about the quality and safety of hospital care? Findings from a UK multicentre survey study. *BMJ Quality and Safety*, 27, 673-682. doi:10.1136/ bmjqs-2017-006974).
57. Okonofua, F., Ogu, R., Agholor, K., Okike, O., Abdus-Salam, R., Gana, M., Randawa, A., Abe, E., Durodola, A., Galadanci, H. ir WHARC WHO FMOH MNCH Implementation Research Study Team. (2017). Qualitative assessment of women's satisfaction with maternal health care in referral hospitals in Nigeria. *Reproductive health*, 14(1), 44. doi:10.1186/s12978-017-0305-6

58. Panth, A. ir Kafle, P. (2018). Maternal Satisfaction on Delivery Service among Postnatal Mothers in a Government Hospital, Mid-Western Nepal. *Obstetrics and Gynecology International*, 2018, 4530161, 1-11. doi:/10.1155/2018/4530161
59. Pathak, P. ir Ghimire, B. (2020). Perception of Women regarding Respectful Maternity Care during Facility-Based Childbirth. *Obstetrics and Gynecology International*, 2020, 5142398, 1-8. doi:/10.1155/2020/514239
60. Pérez D'Gregorio, R. (2010). Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 111(3), 201–202. doi:10.1016/j.ijgo.2010.09.002
61. Pinar, U., Anract, J., Perrot, O., Tabourin, T., Chartier-Kastler, E., Parra, J., Vaessen, C., de La Taille, A. ir Roupert, M. (2021). Preliminary assessment of patient and physician satisfaction with the use of teleconsultation in urology during the COVID-19 pandemic. *World Journal of Urol*ogy, 39. doi:10.1007/s00345-020-03432-4
62. Portela, M.C., Lima, S.M.L., da Costa Reis, L.G., Martins, M. ir Aveling, E.L. (2018). Challenges to the improvement of obstetric care in maternity hospitals of a large Brazilian city: an exploratory qualitative approach on contextual issues. *BMC Pregnancy Childbirth,* 18, 459. doi:10.1186/s12884-018-2088-3
63. Rayment, J., Rocca-Ihenacho, L., Newburn, M., Thaels, E., Batinelli, L. ir Mcourt, C. (2020). The development of midwifery unit standards for Europe. *Midwifery*, 86, 102661. doi:/10.1016/j.midw.2020.102661
64. Rowe, R. E., Garcia, J., Macfarlane, A. J. ir Davidson, L. L. (2002). Improving communication between health professionals and women in maternity care: a structured review. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 5(1), 63–83. doi:10.1046/j.1369-6513.2002.00159.x
65. Shakibazadeh, E., Namadian, M., Bohren, M. A., Vogel, J. P., Rashidian, A., Nogueira Pileggi, V., Madeira, S., Leathersich, S., Tunçalp, Ö., Oladapo, O. T., Souza, J. P. ir Gülmezoglu, A. M. (2018). Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 125(8), 932–942. doi:10.1111/1471-0528.15015
66. Smith, R. P. (2019). Burnout in Obstetricians and Gynecologists. *Clinical obstetrics and gynecology*, 62(3), 405–412. doi:/10.1097/GRF.0000000000000441
67. Štaras, K., Veglūga, T. ir Kalvelytė, N. (2013). Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybės prieinamumo ir priimtinumo vertinimas ir analizė. *Sveikatos mokslai*, 23(4), 27-33. doi:10.5200/sm-hs.2013.088
68. Taha, V. A., Skerhakova, V., Zaid, J. A. ir Kmec, M. (2020). Employee Engagement as a Driver of Health Care Quality: An Analytical Study of its Factors. *Quality - Access to Success*, 21(177), 152–156. Prieiga per

internetą: https://www.proquest.com/openview/0894cb55ce751fa89f9772a0a4ab3f01/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1046413

69. Tanu, A., Gurmeet, K., Kalika, G., Sunil, T., ir Panna, L. (2022). Job satisfaction among medical officers working in Delhi. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 11(1), 155-161. doi:/10.4103/jfmpc.jfmpc_268_21
70. Tocchioni, V., Seghieri, C., De Santis, G. ir Nuti, S. (2018). Socio-demographic determinants of women's satisfaction with prenatal and delivery care services in Italy. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 30(8), 594–601. doi:/10.1093/intqhc/mzy078
71. Vaškelytė, A. ir Gumuliauskaitė, M. (2020). Pirmą kartą ir pakartotinai gimdžiusių moterų gimdymo priežiūros lūkesčiai ir jų patenkinimas. *Sveikatos mokslai*, 30(6), 185 – 190. doi:10.35988/sm-hs.2020.162
72. Vedam, S., Stoll, K., McRae, D. N., Korchinski, M., Velasquez, R., Wang, J., Partridge, S., McRae, L., Martin, R. E., Jolicoeur, G. ir CCinBC Steering Committee. (2019). Patient-led decision making: Measuring autonomy and respect in Canadian maternity care. *Patient education and counseling*, 102(3), 586–594. doi:/10.1016/j.pec.2018.10.023
73. Wang, Z., Liu, J., Shuai, H., Cai, Z., Fu, X., Liu, Y., Xiao, X., Zhang, W., Krabbendam, E., Liu, S., Liu, Z., Li, Z., ir Yang, B. X. (2021). Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Translational psychiatry*, 11(1), 1-24. doi:/10.1038/s41398-021-01663-6
74. Wilde-Larsson, B., Larsson, G., Kvist, L. J. ir Sandin-Bojö, A. K. (2010). Womens' opinions on intrapartal care: development of a theory-based questionnaire. *Journal of clinical nursing*, 19(11-12), 1748–1760. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03055.x
75. Wilson, A. N., Ravaldi, C., Scoullar, M., Vogel, J. P., Szabo, R. A., Fisher, J. ir Homer, C. (2021). Caring for the carers: Ensuring the provision of quality maternity care during a global pandemic. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 34(3), 206–209. doi:10.1016/j.wombi.2020.03.011

**Disertacijos:**

76. Kavalnienė, R. (2019). *Veiksnių, lemiančių pacientų pasitenkinimą pirminės sveikatos priežiūros paslaugomis, įvertinimas* (daktaro disertacija). Prieiga per internetą: http://epublications.vu.lt/object/elaba:34213520/index.html
77. Sharma, G. (2017). An investigation into quality of care at the time of birth at public and private sector maternity facilities in Uttar Pradesh, India. (daktaro disertacija). Prieiga per internetą: https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/4646087/1/FINAL%20PhD%20thesis%20SHARMA%20G%20.pdf

**Veiklos ataskaitos:**


78. *Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas, 2018 m. rugsėjo 28 d. Nr. VA-2018-P-9-3-9.* Valstybinio audito ataskaita. Prieiga per internetą: https://www.valstybeskontrole.lt/LT/Product/23794 (žiūrėta 2021-08-12)
79. *Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą, 2018 m. lapkričio 16 d. Nr. VA-2018-P-10-1-10.* Valstybinio audito ataskaita. Prieiga per internetą: https://www.valstybeskontrole.lt/LT/Product/23817 (žiūrėta 2021-08-12)
80. Basys, V., Drazdienė, N., Ramašauskaitė, D., Vezbergienė, N. ir Isakova J. (2020). *Gimimų medicininiai duomenys 2019.* Higienos instituto sveikatos informacijos centras. Prieiga per internetą: https://hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/Gimimu/gimimai_2019.pdf (žiūrėta 2021-09-17)
81. Degutis, M. (2021). *Standartinis Eurobarometras. Visuomenės nuomonė Europos Sąjungoje. Šalies ataskaita. Lietuva.* Europos Komisijos Komunikacijos generalinis direktoratas. Prieiga per internetą: https://ec.europa.eu/lithuania/sites/default/files/eurobarometras94_ataskaita_lt.pdf (žiūrėta 2021-09-15)
82. Health Consumer Powerhouse. (2019). *Euro Health Consumer Index 2018 Report.* Prieiga per internetą: https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf (žiūrėta 2021-08-19)
83. Higienos instituto visuomenės sveikatos technologijų centras. (2021) *Nepageidaujami įvykiai. Preliminari 2020 metų ataskaita.* Prieiga per internetą: https://www.hi.lt/uploads/pdf/padaliniai/VSTC%20IS/NI/2021/2020_m._NI_ataskaita_.pdf (žiūrėta 2021-08-16)
84. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. (2021). *2020 metų veiklos ataskaita.* Prieiga per internetą:https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Administracine_informacija/Veiklos%20ataskaitos/SAM%20VEIKLOS%20ATASKAITA%202020%20METAI.pdf (žiūrėta 2021-08-16)
85. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. (2022). *2021 metų veiklos ataskaita.* Prieiga per internetą:https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Administracine_informacija/Veiklos%20ataskaitos/2021%20SAM%20VEIKLOS%20ATASKAITA(2).pdf (žiūrėta 2022-03-19)
86. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos. (2021). *Veiklos ataskaita. 2020 m.* Prieiga per internetą: https://www.kaunoklinikos.lt/media/pdf/Kauno%20klinik%C5%B3%20metin%C4%97%20veiklos%20ataskaita%20u%C5%BE%202020%20metus.pdf (žiūrėta 2021-09-15)

**Rekomendacijos ir metodikos:**


87. *Akušerinė metodika. Tarpvietės plyšimai. Epiziotomijos*. (2019). Prieiga per internetą: https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Akus%CC%8Cerine%CC%87%20metodika_Tarpviete%CC%87s%20plys%CC%8Cimai.pdf (žiūrėta 2022-03-14)
88. World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience.* World Health Organization. Prieiga per internetą: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215eng.pdf;jsessionid=F84F3FEFB3A6BA484F8979EB10FF815D?sequence=1 (žiūrėta 2021-09-03)


**Kiti šaltiniai:**


89. Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikos. (2020). *Pacientų pasitenkinimas teikiamomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis Santaros klinikose 2020 metais*. Prieiga per internetą: https://www.santa.lt/uploads/ECB/content_1615363593/pacientu-pasitenkinimas-teikiamomis-asmens-sveikatos-prieziuros-paslaugomis-2020_8144.pdf (žiūrėta 2021-09-15)
90. *Šalies gyventojų nuomonės tyrimas dėl sveikatos apsaugos.* (2017). Prieiga per internetą: https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos_sritys/Ataskaita%20%20SAM%20201707.pdf (žiūrėta 2021-08-16)
91. The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). *Committee Opinion: Planned Home Birth.* Comitee on Obstetric Practice. Prieiga per internetą: https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2017/04/planned-home-birth.pdf (žiūrėta 2021-09-03)
92. World Health Organization. (2015). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. WHO statement.* Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization. Prieiga per internetą: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf (žiūrėta 2021-09-05)
93. World Health Organization. (2015). *WHO Statement on Caesarean Section Rates.* Department of Reproductive Health and Research World Health Organization. Prieiga per inernetą: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf;jsessionid=DA79DA7AD6928003FF5A4996D0245D34?sequence=1) (žiūrėta 2021-09-17)

# SANTRAUKA

Magistro baigiamajame darbe nagrinėjami sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimo probleminiai aspektai Lietuvoje, apžvelgiama mūsų šalies situacija kokybės užtikrinimo klausimais pasauliniame kontekste, ypatingą dėmesį skiriant akušerinei priežiūrai bei akušerinių paslaugų teikimo specifikai, kuri lemia akušerinių stacionarų veiklos vykdymo išskirtinumus bei sąlygoja poreikį akušerinių paslaugų vertinimui taikyti kitokius kokybės vertinimo rodiklius bei principus, lyginant su kitos specializacijos stacionarinių gydymo įstaigų skyriais. Šios temos aktualumą nulemia akušerinių paslaugų sektoriaus vaidmens pabrėžimas Lietuvos sveikatos programoje, kurioje numatomos ilgalaikės gimdyvėms teikiamų paslaugų kokybės tobulinimo kryptys, augantis paciento kaip pagrindinio paslaugų kokybės vertintojo vaidmens pripažinimas kokybės gerinimo procese bei nuolatinis neigiamų gimdymo patirčių rezonavimas žiniasklaidoje, su neigiamomis patirtimis susijusių būklių, tokių kaip pogimdyvinė depresija ir kitos našta tiek atskiriems individams, tiek visuomenei. Akušerinių paslaugų kokybės užtikrinimo tematika taip pat esti viena prioritetinių Pasaulinės sveikatos organizacijos veiklos sričių.

Šio magistro baigiamojo darbo tikslas - įvertinti pacienčių (gimdyvių) ir medicininio personalo (gydytojų, akušerių) požiūrį į akušerinių paslaugų kokybę pritaikant į akušerinę specifiką orientuotą vertinimo instrumentą. Tikslui pasiekti buvo analizuojami teisiniai bei moksliniai šaltiniai, oficialios Pasaulinės sveikatos organizacijos akušerinės priežiūros teikimo gairės. Ši analizė įgalino parengti empirinio tyrimo modelį, pagal kurį sudarytas tyrime naudotas paslaugų kokybės vertinimo instrumentas – pacientėms ir personalui pateiktas kokybės vertinimo klausimynas.

Kokybės užtikrinimo problematiką nagrinėjančių mokslinių šaltinių analizė leido išskirti tokius, ypatingai Lietuvos sveikatos sektoriaus paslaugų kokybės vertinimą, lyginant su kokybės vertinimo situacija globalioje perspektyvoje, apsunkinančius aspektus kaip tęstinumo, sistemingumo trūkumas apklausų vykdyme, grįžtamojo ryšio stoka, pernelyg bendras renkamos informacijos pobūdis, dėl kurių pacientų pasitenkinimo paslaugų kokybe rodikliai gerėja vangiai. Literatūros analizė patvirtino būtinybę vystyti naujus tyrimo instrumentus, pritaikytus būtent akušerinių paslaugų kokybei, atsižvelgiant į akušerinio smurto koncepciją akušerijoje, didelę komunikacijos įtaką paslaugų teikimo procesui, subjektyvių faktorių reikšmę vertinant paslaugų kokybę.

Atliktas tyrimas atskleidė, kad nors tiriamosios įstaigos paslaugų kokybė vertinama kaip aukšta, moterų poreikis aktyviai dalyvauti savo sveikatos priežiūros procese realizuojamas nepakankamai, tobulintini komunikaciniai paslaugų teikimo aspektai, o paslaugas teikiantis personalas susiduria su padidėjusia profesinio perdegimo rizika. Tikslingas gimdymų vien su akušere skaičiaus didinimas atsižvelgiant į tai, kad akušerės, remiantis tyrimo rezultatais, sugeba taip pat gerai arba geriau, lyginant su gydytojais, užtikrinti pacienčių poreikius gimdymo eigoje.

**Raktiniai žodžiai:** paslaugų kokybė, pacientas, medicinos personalas, akušerija, kokybės vertinimas.

# SUMMARY

This master thesis analyses problematic aspects of heathcare quality assurance in Lithuania, reviews our country's healthcare quality assurance issues in the global context, paying special attention to obstetric care and the specifics of the provision of maternity services, which determines the peculiarities of midwifery units practice and determines the need to apply different quality assessment indicators and principles for the evaluation of obstetric services compared to healthcare units of other medical specialities. The relevance of this topic is determined by the emphasis on the role of the obstetric services sector in the Lithuanian Health Programme, which provides long-term directions for improving the quality of services provided to mothers, the growing recognition of the patient's role as the main assessor of the quality of services in the process of quality improvement, and the constant resonance of negative birth experiences in the media as well as conditions related to negative experiences, such as postpartum depression and other labor related obstacles for both individuals and society. Quality assurance of maternity services is also one of the main scopes of the World Health Organization's activity.

The aim of this master thesis is to evaluate the attitude of patients (mothers) and medical staff (doctors, midwives) towards the quality of obstetric services by using the questionnaire focused on obstetric specifics. To achieve the objective of this study, legal and scientific sources as well as official guidelines by the World Health Organization for the provision of maternity care were analyzed. This analysis enabled the development of an empirical study model, which allowed to develop the service quality assessment tool used in the study – a maternity services quality assessment questionnaire submitted to patients and staff.

The analysis of scientific sources dealing with healthcare quality assurance issues allowed to single out aspects complicating healthcare service quality assesment in Lithuania compared to global perspective – lack of continuity, systematicity in the conduction of surveys, lack of feedback, general nature of the information collected, which leads to slow improvement in patient satisfaction with the quality of service scores. The analysis of the literature confirmed the need to develop new research instruments adapted specifically for the evaluation of quality of maternity services, taking into account the emergence of the concept of obstetric violence in obstetrics, the significant influence of communication on the process of provision of services, the importance of subjective factors in assessing the quality of maternity services in particular.

The research revealed that although the quality of the maternity services in the institution where research has been conducted was assessed as high, the need for women to actively participate in their health care process is not ensured sufficiently, the communicative aspects of the provision of services can be improved and the staff providing maternity services face an increased risk of professional burnout. Considering midwives' ability to ensure the needs of patients during childbirth to the same degree or even better compared to doctors, as found during this research, the number of midwife assisted births can be increased in healthcare facilities providing maternity care.

**Keywords:** quality of services, patient, medical staff, maternity care, quality assessment.

# PRIEDAI

ORIGINALAS NEBUS SIUNČIAMAS

**VIEŠOJI ĮSTAIGA**
**VILNIAUS UNIVERSITETO LIGONINĖ**
**SANTAROS KLINIKOS**

Mykolo Romerio universiteto
Viešojo valdymo fakulteto Dekanui
roffice@mruni.eu

2021-10-28 Nr. 5990
[ 2021-10-04 Nr. GR-8713

justina.m.katinaite@gmail.com

*DĖL MOKSLINIO TYRIMO*

VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikos sutinka, kad Mykolo Romerio universiteto studentė **Justina Katinaitė Vaitkevičienė** rengdama mokslinį darbą „Akušerinių paslaugų kokybės vertinimas pacienčių ir personalo požiūriu“ (darbo vadovas A. Patapas) atliktų VUL Santaros klinikų Akušerijos ir ginekologijos centro personalo ir centre gydomų pacienčių anketinę apklausą.

Konfidencialios informacijos naudojimas turi būti užtikrintas. Tyrimo rezultatai skelbiami tik apibendrinti. Įpareigojame supažindinti su surinktais duomenimis ir jų apibendrinimu Biomedicininių tyrimų skyrių prieš juos paskelbiant moksliniame darbe (el. paštu klinikiniai.tyrimai@santa.lt).

Direktoriaus valdymui pavaduotoja
farmacijai ir visuomenės sveikatai Edita Kazėnaitė

G. Burneikaitė greta.burneikaite@santa.lt

## Akušerinių paslaugų kokybės vertinimo pacientų ir medicininės paslaugas teikiančio personalo požiūriu anketa, skirta akušerinio stacionaro pacientėms

TYRIMO „AKUŠERINIŲ PASLAUGŲ KOKYBĖS VERTINIMAS PACIENTŲ IR MEDICININIO PERSONALO POŽIŪRIU“ ANKETA

***Gerb. pagimdžiusios moterys,***

prašome Jūsų atsakyti į anketos, kurios tikslas – ištirti pacienčių ir medicininio personalo (gydytojų, akušerių) požiūrį į Vilniaus Universitetinės ligoninės Santaros klinikų Akušerijos ir ginekologijos centre teikiamų akušerinių paslaugų kokybę. Tyrimo duomenys bus naudojami kokybės gerinimo krypčių nustatymui, rengiant magistro baigiamąjį darbą Mykolo Romerio universitete. Anketa yra anoniminė, iš atskirų respondentų surinkti duomenys bus naudojami tik apibendrinti.

Pažymėkite vieną Jums tinkantį atsakymo variantą kiekvienam teiginiui, žymėjimo pavyzdys: X

| **Teiginys** | **Atsakymo variantai** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **0 nevertinu/man nebuvo taikoma** | **1 visiškai nesutinku** | **2 iš dalies sutinku** | **3 sutinku** | **4 visiškai sutinku** |
| 1. Gydymo įstaigoje yra aiškios nuorodos pacientams (ženklai, iškabos), padedančios susiorientuoti aplinkoje | | | | | |
| 2. Ligoninės patalpose sudarytos galimybės laisvai judėti, atsižvelgiant į Jūsų būklę (liftas, vežimėlis, laiptai) | | | | | |
| 3. Gydymo įstaiga aprūpinta reikalingomis gydymo ir slaugos priemonėmis | | | | | |
| 4. Patalpų įrengimas užtikrina pacienčių privatumą (širmos, užuolaidos, atskira erdvė priėmime, gimdyklose) | | | | | |
| 5. Užtikrinta apžiūrai reikalingos įrangos, ligoninės patalpų švara | | | | | |
| 6. Ligoninėje teikiamu maistu esu patenkinta | | | | | |
| 7. Laukimo laiku priėmimo skyriuje (nuo atvykimo iki apžiūros) esu patenkinta | | | | | |
| 8. Personalas (gydytojai) išmano savo darbą, pareigas atlieka puikiai | | | | | |
| 9. Personalas (akušerės) išmano savo darbą, pareigas atlieka puikiai | | | | | |
| 10. Personalo skyriuje yra pakankamai | | | | | |
| 11. Gydytojai pirmo kontakto metu prisistatė, buvo malonūs | | | | | |
| 12. Akušerės pirmo kontakto metu prisistatė, buvo malonios | | | | | |
| 13. Gydytojų elgesys buvo pagarbus | | | | | |
| 14. Akušerių elgesys buvo pagarbus | | | | | |
| 15. Gydytojai manęs išklausė, man kalbant nepertraukinėjo | | | | | |
| 16. Akušerės manęs išklausė, man kalbant nepertraukinėjo | | | | | |
| 17. Gydytojai atsakė į visus man rūpimus klausimus | | | | | |
| 18. Akušerės atsakė į visus man rūpimus klausimus | | | | | |
| 19. Aš buvau informuojama prieš kiekvieną apžiūrą | | | | | |
| 20. Man buvo suteikta informacija apie atliekamų procedūrų poreikį | | | | | |
| 21. Aš buvau informuojama apie atliekamus veiksmus procedūrų metu | | | | | |
| 22. Man buvo suteikta informacija apie apžiūrų, man atliekamų procedūrų rezultatus | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 23. Aš buvau informuota apie galimybę gimdyti skirtingose gimdymo pozicijose | | | | | |
| 24. Aš galėjau aktyviai dalyvauti priimant su mano gimdymo priežiūra susijusius sprendimus | | | | | |
| 25. Man buvo sudarytos sąlygos pasirinkti skausmo malšinimo būdą gimdymo metu | | | | | |
| 26. Man buvo sudarytos sąlygos gimdyti mano pageidaujamoje gimdymo pozicijoje | | | | | |
| 27. Man pageidaujant, buvo suteikta galimybė laisvai judėti gimdymo metu | | | | | |
| 28. Personalas gimdymo metu atsižvelgė į gimdymo palydovo (vyras, šeimos nariai ar kt.) poreikius | | | | | |
| 29. Personalas greitai reagavo į mano nusiskundimus ir poreikius gimdymo metu | | | | | |
| 30. Gimdymo metu jaučiausi saugi | | | | | |
| 31. Gydytojai suprato, ką aš patiriu gimdymo metu | | | | | |
| 32. Akušerės suprato, ką aš patiriu gimdymo metu | | | | | |
| 33. Gydytojai suteikė man reikalingą emocinę pagalbą gimdymo metu (nuramino, nuteikė pozityviai ir pan.) | | | | | |
| 34. Akušerės suteikė man reikalingą emocinę pagalbą gimdymo metu (nuramino, nuteikė pozityviai ir pan.) | | | | | |
| 35. Esu patenkinta šios įstaigos gydytojų darbu | | | | | |
| 36. Esu patenkinta šios įstaigos akušerių darbu | | | | | |
| 37. Esu patenkinta šioje įstaigoje teikiamomis paslaugomis | | | | | |
| 38. Šioje gydymo įstaigoje teikiamų paslaugų kokybė yra aukšta | | | | | |
| 39. Šią gydymo įstaigą rinkčiausi kito gimdymo metu | | | | | |
| 40. Šią gydymo įstaigą rekomenduočiau savo artimiesiems/draugams | | | | | |

Pažymėkite vieną Jums tinkantį atsakymo variantą kiekvienam klausimui, žymėjimo pavyzdys: [X]

41. Šis gimdymas Jums pirmas?
- ☐ Taip
- ☐ Ne

42. Kelintą nėštumo savaitę gimė naujagimis?
- ☐ Iki 37 nėštumo savaitės
- ☐ 37 – 41 nėštumo savaitę
- ☐ Po 41 nėštumo savaitės

43. Gimdymo būdas (jei gimdėte per cezario pjūvį, pereikite prie klausimo nr. 45):
- ☐ Natūraliais gimdymo takais
- ☐ Natūraliais gimdymo takais su vakuumo ekstraktoriaus ar replių pagalba
- ☐ Planinė cezario pjūvio operacija
- ☐ Skubi cezario pjūvio operacija

44. Jeigu gimdėte natūraliais gimdymo takais, ar šio gimdymo metu buvo gimdymo takų plyšimų?
- ☐ Taip
- ☐ Ne

45. Pagimdžius naujagimis buvo uždėtas man ant krūtinės (buvo užtikrintas ankstyvas kontaktas su naujagimiu):
- ☐ Taip
- ☐ Ne

46. Jūsų gyvenamoji vieta:

- Miestas
- Kaimas

47. Jūsų išsilavinimas:

- Nebaigtas vidurinis
- Vidurinis
- Aukštasis neuniversitetinis
- Aukštasis universitetinis

48. Jūsų socialinė padėtis:

- Mokotės/studijuojate
- Dirbate
- Bedarbė

49. Jūsų šeiminė padėtis:

- Vieniška
- Partnerystė
- Ištekėjusi
- Išsiskyrusi

50. Jūsų amžius (įrašykite skaičių):

……

***Dėkojame už Jūsų bendradarbiavimą!***

3 PRIEDAS

# Akušerinių paslaugų kokybės vertinimo pacientų ir medicininės paslaugas teikiančio personalo požiūriu anketa, skirta personalui

TYRIMO „AKUŠERINIŲ PASLAUGŲ KOKYBĖS VERTINIMAS PACIENTŲ IR MEDICININIO PERSONALO POŽIŪRIU“

ANKETA

***Gerb. gydytojai akušeriai – ginekologai, akušerės, gydytojai rezidentai,***

prašome Jūsų atsakyti į anketos, kurios tikslas – ištirti pacienčių ir medicininio personalo (gydytojų, akušerių) požiūrį į Vilniaus Universitetinės ligoninės Santaros klinikų Akušerijos ir ginekologijos centre teikiamų akušerinių paslaugų kokybę. Tyrimo duomenys bus naudojami kokybės gerinimo krypčių nustatymui, rengiant magistro baigiamąjį darbą Mykolo Romerio universitete. Anketa yra anoniminė, iš atskirų respondentų surinkti duomenys bus naudojami tik apibendrinti.

Pažymėkite vieną Jums tinkantį atsakymo variantą kiekvienam teiginiui, žymėjimo pavyzdys: X

| **Teiginys** | **Atsakymo variantai** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **0 nevertinu/man nebuvo taikoma** | **1 visiškai nesutinku** | **2 iš dalies sutinku** | **3 sutinku** | **4 visiškai sutinku** |
| 1. Gydymo įstaigoje yra aiškios nuorodos pacientams (ženklai, iškabos), padedančios susiorientuoti aplinkoje | | | | | |
| 2. Ligoninės patalpose sudarytos galimybės pacientams laisvai judėti, atsižvelgiant į jų būklę (liftas, vežimėlis, laiptai) | | | | | |
| 3. Gydymo įstaiga aprūpinta reikalingomis gydymo ir slaugos priemonėmis | | | | | |
| 4. Patalpų įrengimas užtikrina pacienčių privatumą (širmos, užuolaidos, atskira erdvė priėmime, gimdyklose) | | | | | |
| 5. Užtikrinta apžiūrai reikalingos įrangos, ligoninės patalpų sterilumas, švara | | | | | |
| 6. Pacientėms teikiamas skanus, kokybiškas maistas | | | | | |
| 7. Pacientės, atvykusios į priėmimo skyrių, konsultacijos nuo atvykimo sulaukia greitai | | | | | |
| 8. Personalas (gydytojai) išmano savo darbą, pareigas atlieka puikiai | | | | | |
| 9. Personalas (akušerės) išmano savo darbą, pareigas atlieka puikiai | | | | | |
| 10. Personalo skyriuje yra pakankamai | | | | | |
| 11. Gydytojai pirmo kontakto su pacientėmis metu prisistato, bendrauja maloniai | | | | | |
| 12. Akušerės pirmo kontakto su pacientėmis metu prisistato, bendrauja maloniai | | | | | |
| 13. Gydytojai su pacientėmis elgiasi pagarbiai | | | | | |
| 14. Akušerės su pacientėmis elgiasi pagarbiai | | | | | |
| 15. Gydytojai pacienčių išklauso, joms kalbant nepertraukinėja | | | | | |
| 16. Akušerės pacienčių išklauso, joms kalbant nepertraukinėja | | | | | |
| 17. Gydytojai atsako į visus pacientėms rūpimus klausimus | | | | | |
| 18. Akušerės atsako į visus pacientėms rūpimus klausimus | | | | | |
| 19. Pacientės informuojamos prieš kiekvieną apžiūrą | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 20. Pacientėms visada suteikiama informacija apie atliekamų procedūrų poreikį | | | | | |
| 21. Pacientės visada informuojamos apie atliekamus veiksmus procedūrų metu | | | | | |
| 22. Pacientėms visada suteikiama informacija apie apžiūrų, joms atliekamų procedūrų rezultatus | | | | | |
| 23. Pacientės informuojamos apie galimybę gimdyti skirtingose gimdymo pozicijose | | | | | |
| 24. Pacientės gali aktyviai dalyvauti priimant su jų gimdymo priežiūra susijusius sprendimus | | | | | |
| 25. Pacientėms sudaromos sąlygos pasirinkti skausmo malšinimo būdą gimdymo metu | | | | | |
| 26. Pacientėms sudaromos sąlygos gimdyti jų pageidaujamoje gimdymo pozicijoje | | | | | |
| 27. Pacientėms pageidaujant, suteikiama galimybė laisvai judėti gimdymo metu | | | | | |
| 28. Personalas gimdymo metu atsižvelgia į gimdymo palydovo (vyras, šeimos nariai ar kt.) poreikius | | | | | |
| 29. Personalas greitai reaguoja į pacienčių nusiskundimus ir poreikius gimdymo metu | | | | | |
| 30. Gydytojai stengiasi suprasti, ką pacientės patiria gimdymo metu | | | | | |
| 31. Akušerės stengiasi suprasti, ką pacientės patiria gimdymo metu | | | | | |
| 32. Gydytojai suteikia pacientėms reikalingą emocinę pagalbą gimdymo metu (nuramina, nuteikia pozityviai ir pan.) | | | | | |
| 33. Akušerės suteikia pacientėms reikalingą emocinę pagalbą gimdymo metu (nuramina, nuteikia pozityviai ir pan.) | | | | | |
| 34. Gydytojų ir akušerių santykiai yra geri | | | | | |
| 35. Personalas atlikdamas savo darbą dirba kaip komanda (gydytojas, akušeris, anesteziologas, neonatologas) | | | | | |
| 36. Komandinis darbas svarbus siekiant užtikrinti aukštą paslaugų kokybę | | | | | |
| 37. Darbe patiriu daug streso | | | | | |
| 38. Darbas perkrautas nereikalingomis administracinėmis detalėmis | | | | | |
| 39. Balansas tarp pastangų ir atlygio darbe yra geras | | | | | |
| 40. Savo darbo sąlygomis esu patenkintas/-a | | | | | |
| 41. Pasitenkinimas darbo sąlygomis turi įtakos teikiamų paslaugų kokybei | | | | | |
| 42. Esu patenkintas/-a šios įstaigos gydytojų darbu | | | | | |
| 43. Esu patenkintas/-a šios įstaigos akušerių darbu | | | | | |
| 44. Esu patenkinta/-a šioje įstaigoje teikiamomis paslaugomis | | | | | |
| 45. Šioje įstaigoje teikiamų paslaugų kokybė yra aukšta | | | | | |
| 46. Šią gydymo įstaigą rekomenduočiau savo artimiesiems/draugams | | | | | |

Pažymėkite vieną Jums tinkantį atsakymo variantą kiekvienam klausimui, žymėjimo pavyzdys: [X]

47. Jūsų pareigos:
- ☐ Gydytojas akušeris – ginekologas
- ☐ Akušerė
- ☐ Gydytojas rezidentas

48. Jūsų darbo stažas:
    - Iki 5 metų
    - 6 – 10 metų
    - 11 – 20 metų
    - daugiau kaip 21 metai

49. Jūsų amžius (įrašykite skaičių):
    ……

***Dėkojame už Jūsų bendradarbiavimą!***