

KLAIPĖDOS UNIVERSITETAS

Sveikatos mokslų fakultetas

Slaugos katedra

Ieva Kazlauskaitė

**HOSPITALIZUOTŲ VAIKŲ TĖVŲ NUOMONĖ APIE
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĘ**

Slaugos studijų programos magistro baigiamasis darbas

Klaipėda, 2019

SANTRAUKA

Kazlauskaitė I. Hospitalizuotų vaikų tėvų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Slaugos magistro studijų programos baigiamasis darbas. Darbo vadovas doc. dr. Aelita Skarbalienė, Klaipėdos universitetas: Klaipėda, 2019 - 57 psl.

Kokybės esmė yra vartotojo lūkesčių ir poreikių patenkinimas. Visuomenė ir pacientai, būdami geriau informuoti apie sveikatos priežiūros paslaugas ir galimybes, reikalauja ir tikisi geresnės kokybės medicinos paslaugų, todėl nuolat besikeičiant kliento poreikiams įstaigos privalo aktyviai įgyvendinti pokyčius savo veikloje.

Tyrimo tikslas - išanalizuoti hospitalizuotų vaikų tėvų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

Tyrimo metodika. Tyrimas sudarytas iš dviejų dalių: mokslinės literatūros analizės ir kiekybinio tyrimo – anketinės apklausos. Tyrimui naudotas modifikuotas Europos Picker instituto parengtas klausimynas stacionare gydytiems pacientams. Imtį sudarė 149 respondentai atrinkti patogiosios atrankos metodu. Tyrimas atliktas laikantis etikos principų.

Tyrimo rezultatai. Didžiosios daugumos tėvų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugas bendrai yra gera. Daugumos respondentų (84,6 proc.) nuomone, jų vaikų sveikatos būklė išvykstant iš ligoninės buvo geresnė nei atvykus į ją. 80,5 proc. respondentų rekomenduotų savo artimiesiems šią ligoninę, kurioje gydėsi jų vaikai.

Hospitalizuotų vaikų tėvų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę sietina su kokybės dimensijomis, kurios atspindi kokybės užtikrinimo modeliai. Tyrime sudaryti 3 paslaugų kokybę lemiančių veiksnių modeliai. Svarbiausias yra 1-asis modelis, kuris prognozuoja vaikui suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų bendrą vertinimą. Modelis rodo, kad (pagal svarbumą) galimybė šeimos nariams pasikalbėti su gydytoju, pagarba vaikui, gautos informacijos aiškumas ir pagalbinių patalpų švara yra veiksniai, lemiantys teigiamą vaikui suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų vertinimą.

Išvada. Hospitalizuotų vaikų tėvai sveikatos priežiūros paslaugų kokybę suvokia kaip gautą aiškia ir pakankamą informaciją, pagarbą vaikui, privatumą ir švarią aplinką, O gautų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę vertina gerai.

Reikšminiai žodžiai: sveikatos priežiūros kokybė, tėvų nuomonė, hospitalizuoti vaikai

SUMMARY

Kazlauskaitė I. Quality of Healthcare Services During Childrens' Hospitalization in the Perspective of Parents. The Master thesis of the Nursing study programme. Supervisor doc. dr. Aelita Skarbalienė, Klaipėda university: Klaipėda, 2019 – 57 pages.

Quality is an indicator of how well a delivered service conforms to the users' needs and expectations. The general public and patients, as they are better informed about health care services and opportunities, have high expectations and requirements for better quality medical services, so health care institutions need to adapt to the customer's ever-changing needs and actively implement changes in healthcare services' delivery.

The aim of the study is to analyze opinions of parents of hospitalized children about the quality of health care services.

The Methodology. The research consists of two parts: scientific literature review and quantitative survey based on paper questionnaire. For the study, a modified Picker Institute Europe questionnaire for patients receiving hospital treatment was used. Convenience sampling method has been used to select 149 respondents. The research was conducted in accordance with ethical principles.

Research results. The majority of parents have a good opinion of health care services. The majority of respondents (84.6%) agree that their children's health was better on the day they left hospital compared to the moment they arrived. 80.5 percent of respondents would recommend the hospital in which their children were treated to their relatives.

The opinion of the parents of hospitalized children about the quality of health care services is directly related to the quality dimensions. The study consists of 3 models of service quality factors. The most important is the first model that predicts the overall assessment of the health care received by the child. The model shows that the factors that influence positive assessment of received in-patient services are (in order of importance): the ability of family members to talk with their doctor, treating children with respect, clarity of information provided, and the cleanliness of the auxiliary facilities.

Conclusion. The parents of hospitalized children perceive the quality of health care as clear and sufficient information, respect for the child, privacy and a clean environment, and value the quality of provided health care.

Keywords: quality of care, healthcare quality, parental opinion, hospitalized children

PAVEIKSLŲ, LENTELIŲ IR PRIEDŲ SĄRAŠAS

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

Eil.Nr.	Paveikslo pavadinimas	Puslapis
1	Hospitalizuotų vaikų tėvų pasiskirstymas pagal išsilavinimą	26
2	Hospitalizuotų vaikų pasiskirstymas pagal hospitalizavimo tipą ir profilį	26
3	Hospitalizuotų vaikų tėvų pasiskirstymas pagal sveikatos priežiūros vertinimą	32
4	Hospitalizuotų vaikų tėvų pasiskirstymas pagal jų vaikų sveikatos būklės pokyčio išvykstant iš ligoninės vertinimą	32
5	Hospitalizuotų vaikų tėvų pasiskirstymas pagal nuomonę dėl rekomendacijos savo šeimos nariams ir artimiesiems gydytis šioje ligoninėje	33
6	Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas hospitalizuotų vaikų tėvų požiūriu	34

LENTELIŲ SĄRAŠAS

Eil.Nr.	Lentelės pavadinimas	Puslapis
1	2018 – 2020 metų planuojami strateginiai tikslai ir jiems įgyvendinti naudojamos programos	15
2	Dimensijų ir indikatorių matrica	29
3	Pagrindinių sveikatos priežiūros kokybės charakteristikų teigiamų vertinimų pasiskirstymas priklausomai nuo hospitalizacijos tipo	34
4	Sveikatos priežiūros paslaugų teigiamų vertinimų pasiskirstymas priklausomai nuo hospitalizacijos tipo	35
5	Pagrindinių sveikatos priežiūros kokybės charakteristikų teigiamų vertinimų pasiskirstymas priklausomai nuo hospitalizacijos profilio	35
6	Sveikatos priežiūros paslaugų teigiamų vertinimų pasiskirstymas priklausomai nuo hospitalizacijos profilio	36
7	Pagrindinių sveikatos priežiūros kokybės charakteristikų teigiamų vertinimų pasiskirstymas priklausomai nuo hospitalizuotų vaikų tėvų lyties	36
8	Sveikatos priežiūros paslaugų teigiamų vertinimų pasiskirstymas priklausomai nuo hospitalizuotų vaikų tėvų lyties	37
9	Pagrindinių sveikatos priežiūros kokybės charakteristikų teigiamų vertinimų pasiskirstymas priklausomai nuo hospitalizuotų vaikų lyties	37
10	Sveikatos priežiūros paslaugų teigiamų vertinimų pasiskirstymas priklausomai nuo hospitalizuotų vaikų lyties	38
11	Tėvų ir vaikų amžiaus įtaka pagrindinių sveikatos priežiūros kokybės charakteristikų vertinimui	38
12	Tėvų ir vaikų amžiaus įtaka pagrindinių sveikatos priežiūros kokybės paslaugų vertinimui	39
13	Pagrindinių sveikatos priežiūros kokybės charakteristikų teigiamų vertinimų	39

14	pasiskirstymas priklausomai nuo hospitalizuotų vaikų tėvų išsilavinimo Pagrindinių sveikatos priežiūros kokybės charakteristikų teigiamų vertinimų	40
15	pasiskirstymas priklausomai nuo hospitalizuotų vaikų tėvų išsilavinimo Pagrindinių sveikatos priežiūros kokybės charakteristikų vertinimų sąsajos su suteiktų paslaugų vertinimais	41
16	Veiksniai lemiantys suteiktos vaikui sveikatos priežiūros vertinimą	42
17	Veiksniai lemiantys vaiko sveikatos būklės pokyčio išvykstant iš ligoninės vertinimą	43
18	Gydymo įstaigos rekomendavimą lemiantys veiksniai	43
19	Apibendrintų sveikatos priežiūros kokybės rodiklių patikiumas	44

PRIEDŲ SĄRAŠAS

Eil.Nr.	Priedo pavadinimas	Puslapis
1	Tyrimo instrumentas (anketa)	58
2	Leidimas naudoti klausimyną	63
3	Konferencijos dalyvio pažymėjimas	64

TURINYS

ĮVADAS	7
I. HOSPITALIZUOTŲ VAIKŲ TĖVŲ NUOMONĖ APIE SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĘ	10
1.1. Sveikatos priežiūros kokybės teorinis pagrindimas	10
1.1.1. Sveikatos priežiūros kokybės samprata	10
1.1.2. Į pacientą orientuota sveikatos priežiūra	12
1.1.3. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas	14
1.2. Vaikų sveikatos priežiūros ypatumai.....	18
1.3. Vaikų poreikiai sveikatos priežiūros įstaigoje	20
1.4. Hospitalizuotų vaikų tėvų poreikiai.....	22
II. EMPIRINĖ DALIS	24
2. 1. Tyrimo metodika	24
2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos.....	25
2.1.2. Tyrimo metodai	27
2.1.3. Tyrimo instrumentas	27
2.1.4. Tyrimo procesas/eiga	30
2.1.5. Tyrimo etika	31
2.2. Tyrimo rezultatai	32
2.2.1. Hospitalizuotų vaikų tėvų nuomonė apie gautas sveikatos priežiūros paslaugas.....	32
2.2.2. Hospitalizuotų vaikų tėvų nuomonės apie gautas sveikatos priežiūros paslaugas .sąsajos su demografiniais faktoriais	36
2.2.3. Veiksniai, turintys įtakos sveikatos priežiūros kokybės vertinimui	40
2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas	45
IŠVADOS	49
REKOMENDACIJOS	50
LITERATŪRA	51
PRIEDAI	57

ĮVADAS

Sveikata ir su ja susijusi sveikatos priežiūra yra viena iš pagrindinių žmogaus teisių. Daugelio Europos šalių gyventojai, politikai, sveikatos priežiūros sistemos darbuotojai ir vadovai akcentuoja būtinybę gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę (Mikaliūkštienė ir kt., 2018). Vienas svarbiausių Lietuvos sveikatos apsaugos ministerijos (SAM) strateginių tikslų yra siekti, jog gyventojams būtų teikiamos kokybiškos, saugios ir prieinamos sveikatos priežiūros paslaugos (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2018). Žvelgiant globaliau nurodoma, kad sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai turėtų adekvačiai reaguoti į sveikatos paslaugų vartotojų lūkesčius, jų nuomonę apie sveikatos priežiūrą, jos kokybę, nes pacientams teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų vertinimas labai vertingas siekiant kelti sveikatos priežiūros paslaugų lygį (Savickienė ir kt., 2015).

Lietuvoje sveikatos priežiūros įstaigų kokybės vertinimo sistemomis pradėta domėtis gana neseniai, nuo Nepriklausomybės atgavimo. Pirmiausia buvo akcentuojamas sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kiekybinis įvertinimas, vėliau kokybinis (Jankauskienė, 2016). Norint, kad sveikatos priežiūros paslaugos būtų kokybiškos, labai svarbu atkreipti dėmesį ne tik į teisės aktus, kurie reglamentuoja sveikatos priežiūros kokybę, bet ir į paciento lūkesčių patenkinimą (Liepinaitienė, Poškienė, 2016).

Vieningos sveikatos priežiūros kokybės apibrėžimo mokslinėje literatūroje nėra. Priklausomai nuo valstybės siekiamų tikslų sveikatos sistemoje, šalies kultūros ypatumų bei tradicijų, kokybę suprantama skirtingai, kai kam tai reiškia gerą aprūpinimą technologijomis, personalu, kai kam tai reiškia teisumą ir užuojautą, kitiems tai reiškia optimalius klinikinius rezultatus (Brogienė, 2010). Kokybės esmė yra vartotojo tiek įprastų, tiek ir nesuvokiamų lūkesčių ir poreikių patenkinimas (Ismail, Yunan, 2016). Kokybiška sveikatos priežiūra, visų pirma turi užtikrinti tokius rezultatus, kokių pageidauja pacientai, kitaip tariant patenkinti vartotojo lūkesčius. Pacientų pasitenkinimas yra nepaneigiamas rodiklis sveikatos paslaugoms įvertinti, o norint pacientus išsaugoti būtina stengtis, kad poreikiai būtų kuo tiksliau patenkinti (Tamošiūnaitė, 2016).

Siekiant iširti pacientų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę dažnai naudojamos įvairios vertinimo dimensijos. Sveikatos priežiūros sektoriuje tiek mokslininkai, tiek tyrėjai pavyzdžiui: D. Brogienė (2010), K. Štaras ir kt. (2013), A. Bjornberg (2014), D. Jankauskienė (2016), A. Mikaliūkštienė ir kt. (2018) ir t.t. išskiria įvairias, nevienodas vertinimo dimensijas, visgi kelios jų naudojamos dažniausiai - personalo bendravimas, informacijos gavimas, sveikatos priežiūros darbo organizavimas ir kordinavimas, fizinė aplinka. Tai, jog minėtos dimensijos vartojamos beveik visuose tyrimuose, pridėdant ar atimant kelis dedamuosius, įrodo minėtų dimensijų patikimumą bei naudą tyrimams. Todėl tiriant sveikatos priežiūros paslaugų

kokybę naudingiausia būtų naudoti tuos vertinimo kriterijus, kurie yra pripažįstami daugumos mokslininkų.

Aktualumas. Didėjantis pacientų reiklumas medikams, sveikatos priežiūros organizacijų siekis užtikrinti kokybiškesnę ir tinkamesnę sveikatos priežiūrą, didėjantis sveikatos priežiūros sistemų ir organizacijų galimybių neatitikimas pacientų lūkesčiams, nuolatinis kaštų augimas ir išteklių ribotumas verčia ieškoti naujų sprendimo būdų įvardintoms problemoms spręsti. Aukšta sveikatos priežiūros paslaugų kokybė padeda organizacijoms išlikti, vystytis, išlaikyti esamus ir pritraukti potencialius pacientus (Žiliukas ir kt., 2013).

Įvairiose sveikatos priežiūros organizacijose (ligoninėse) priežiūros kokybė, technologijos, medikų profesionalumas, požiūris į pacientą labai skiriasi, o tuo tarpu pacientų vertinimai skiriasi nežymiai (Janušonis, 2016). Vis dėlto V. Janušonis (2016) sutinka, jog pacientų nuomonė apie suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas labai svarbi.

Naujumas. Anksčiau kokybė buvo labiau pridėtinis komponentas, nei įprasta praktika sveikatos priežiūros srityje. Šiandien sveikatos priežiūros kokybė, jos užtikrinimas bei nuolatinis gerinimas tampa daugelio valstybių kasdienine praktika. Ypatingas dėmesys skiriamas pacientų saugai ir sveikatos priežiūros prieinamumui, tęstinumui, veiksmingumui, efektyvumui bei kitiems komponentams (Žiliukas ir kt., 2013).

Lietuvoje vaikų sveikatai skiriamas prioritetinis dėmesys – 2014-ieji buvo paskelbti Vaikų sveikatos metais, o Lietuvos Respublikos vyriausybė 2014 m. kovo 26 d. nutarimu Nr. 271 patvirtintame Vaikų sveikatos metų sveikatos stiprinimo priemonių plane numatytose vaikų sveikatos stiprinimo ir rizikos veiksnių prevencijos priemonės (Lietuvos Respublikos vyriausybės nutarimas, 2014). Lietuvoje vis daugiau ugdymo įstaigų įsitraukia į sveikatingumo projektus, organizuojamos sveikatos valandėlės, kurių metu vaikai įgyja žinių apie sveikatą, sveiką mitybą, vaikams formuojami sveikos gyvensenos įgūdžiai, nuostatos ir sveikatą stiprinanti elgsena (Montvilienė ir kt., 2014).

Tyrimo subjektas. Hospitalizuotų vaikų tėvai.

Tyrimo objektas. Hospitalizuotų vaikų tėvų nuomonė.

Tyrimo tikslas. Išanalizuoti hospitalizuotų vaikų tėvų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

Tyrimo uždaviniai:

1. Ištirti ir įvertinti hospitalizuotų vaikų tėvų nuomonę apie gautas sveikatos priežiūros paslaugas: personalo bendravimą, informacijos gavimą, sveikatos priežiūros darbo organizavimą ir kordinavimą, fizinę aplinką, stacionarizavimo ir išrašymo procedūrą.

2. Nustatyti sąsajas tarp tėvų demografinių charakteristikų ir nuomonės apie personalo bendravimą, informacijos gavimą, sveikatos priežiūros darbo organizavimą ir kordinavimą, fizinę aplinką, stacionarizavimo, išrašymo procedūrą.
3. Pateikti hospitalizuotų vaikų tėvų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę lemiančių veiksnių modelį.

Hipotezė. Hospitalizuotų vaikų tėvų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę labiau lemia psichologiniai poreikiai nei fiziniai.

Tyrimo metodai:

1. Mokslinės literatūros analizė
2. Kiekybinis tyrimas – anketinė apklausa

I. HOSPITALIZUOTŲ VAIKŲ TĖVŲ NUOMONĖ APIE SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĘ

1.1. Sveikatos priežiūros kokybės teorinis pagrindimas

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė labai dažnai nagrinėjama tarptautinėje medicinos literatūroje, tačiau viseims priimtino apibrėžiamo veikiausiai neturi. Analizuojant mokslinę literatūrą paaiškėjo, jog kiekvienas autorius nagrinėdamas kokybę išskiria savitą, jam geriausiai suprantamą kokybės sąvoką. Lietuvoje sveikatos priežiūros įstaigų kokybės vertinimu, jo sistemomis pradėta domėtis visai neseniai, nuo Nepriklausomybės atgavimo. Pirmiausia buvo akcentuojamas sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kiekybinis įvertinimas, o tik vėliau dėmesys atkreiptas ir į kokybinius aspektus (Jankauskienė, 2016). Šiandien sveikatos priežiūros kokybė, jos užtikrinimas bei nuolatinis gerinimas tampa daugelio valstybių kasdienine praktika.

Kokybės esmė yra vartotojo esamų, kitaip tariant įprastų ir net nesuvokiamų arba vartotojui netikėtų lūkesčių ir poreikių patenkinimas (Ismail, Yunan, 2016). Sveikatos priežiūros sektoriuje vertinti kokybinius aspektus, ypatingas dėmesys skiriamas pacientų saugai ir sveikatos priežiūros prieinamumui, tęstinumui, veiksmingumui, efektyvumui ilgainiui įtraukiant vis daugiau komponentų (Žiliukas ir kt., 2013). Svarbu pažymėti, jog paslaugų kokybės samprata formuojama tiek vartotojo, tiek teikėjo požiūriu, todėl svarbu, jog jų suvokiamas požiūris į kokybę sutaptų (Poškutė, Bivainienė, 2011; Mikaliūkštienė ir kt., 2018).

1.1.1. Sveikatos priežiūros kokybės samprata

Kokybės reikšmė žodynuose apibūdinama ar įvardijama skirtingai - daikto ypatybė, gera savybė, privalumas, tinkamumo laipsnis, rūšis. Mokslo literatūroje taip pat randama daug skirtingų kokybės apibrėžimų, pavyzdžiui: Lietuvos Respublikos (toliau – LR) valstybės kontrolė (2018) kokybę įvardina kaip saugias, veiksmingas, prieinamas, į pacientą/klientą orientuotas paslaugas. D. Martišauskienė ir K. Trakšelys (2013) teigia, jog kokybė, kaip daugiareikšmis reiškinys, yra viena reikšmingiausių šiuolaikinės pokyčių aplinkos koncepcijų, dinamiškų sąvokų, kurios traktavimas laikui bėgant kinta ir priklauso nuo sprendžiamų uždavinių specifikos, konteksto ar kokybės objekto tipo. Dažnai sutinkamas ir šis apibrėžimas - kokybė tai vartotojų poreikių patenkinimas ir nuolatinis tobulėjimas (Ruževičius ir kt., 2008; Adomaitytė-Subačienė, 2015). Sveikatos priežiūros sistemoje kokybės sąvoka vėlgi nėra vienareikšmė. O tai leidžia daryti išvadą, jog kokybė, visų pirma yra daugialypis reiškinys. Tai - viena reikšmingiausių šiuolaikinės pokyčių aplinkos koncepcijų, dinamiškų sąvokų, kurios traktavimas laikui bėgant kinta ir priklauso nuo sprendžiamų uždavinių specifikos, konteksto ar objekto tipo. Pacientai yra pagrindiniai sveikatos paslaugų kokybės

vertintojai, todėl vertinant kokybę paslaugų sveikatos sektoriuje pastarųjų nuomonei teikiama pirmenybė (Martišauskienė, Trakšėlys, 2016).

Sveikatos priežiūros kokybė dar gali būti apibrėžta kaip matas, kuriuo asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugos padidina tikimybę pasiekti trokštamus sveikatos rezultatus ir atitinka dabartines profesines žinias. Kitaip tariant, kokybiška sveikatos priežiūra, visų pirma, turi užtikrinti tokius rezultatus, kokių pageidauja pacientai, o tai reiškia patenkinti vartotojo lūkesčius gaunant sveikatos paslaugas (Tamošiūnaitė, 2016).

Yra skiriama keletas kokybės sampratų (Ruževičius ir kt. 2008; Adomaitytė-Subačienė, 2015)

- 1) Kokybė kaip ekonominis naudingumas, kai produkto ar paslaugos kokybė negali būti atsieta nuo jo kainos (investicijų).
- 2) Kokybė kaip proceso valdymas (atitiktis reikalavimams ir standartams)
- 3) Kokybė kaip atitiktis standartams. Kokybei įvertinti naudojami objektyvūs ir išmatuojami rodikliai. Jei pasiekiami nustatyti rodikliai / standartai – paslauga laikoma aukštos kokybės.
- 4) Kokybė kaip vartotojų poreikių patenkinimas. Šios koncepcijos pradžios tašku laikomas pripažinimas, kad kokybė suvokiama labai individualiai, šis suvokimas priklauso nuo vartotojų lūkesčių ir turimos patirties. Taigi kokybė kaip individualizuotas matas gali kisti, kintant lūkesčiams. Pavyzdžiui, jei paslaugų teikėjas gali patenkinti žemiausius kliento lūkesčius, jo teikiama paslauga yra tokios kokybės, kurios tikimasi.
- 5) Kokybė kaip nuolatinis tobulėjimas. Tai įmanomai aukščiausių standartų siekimas tam tikroje paslaugų kategorijoje. Kokybės standartai nustatomi srities profesionalų.

Tai, kokios kokybės tikimasi, formuoja vartotojo lūkesčiai, o lūkesčius formuoja poreikiai bei ankstesnis patyrimas (Bagdonienė, Zembytė, 2002; Bilotienė Motiejūnienė, 2015). Verslininkas, kokybės tyrėjas, prisidėjęs prie vadybos teorijos bei kokybės valdymo praktikos, Crosby P. kokybę apibūdina kaip atitikimą reikalavimams, o kokybės gerinimas anot jo mažina kaštus. (Crosby, P. B. 1980; Bilotienė Motiejūnienė, 2015). Kokybė nėra tik vartotojo pasitenkinimas teikiamomis paslaugomis, tai yra tikslas nuolatiniam personalo ir organizacijos tobulėjimui: vartotojo pasitenkinimo didinimas, mažinant išlaidas ir didinant produktyvumą (Bilotienė Motiejūnienė, 2015).

Visa tai, leidžia daryti išvadą, jog kokybė - objekto savybių visuma, įgalinanti tenkinti vartotojų išreikštus ir numatomus poreikius. Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programoje, patvirtintoje LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymu, pateikiama JAV Medicinos instituto sveikatos priežiūros kokybės suformuluota sąvoka. Anot minėto instituto, kokybė – tai laipsnis, kuriuo sveikatos priežiūros paslaugos, atitinkančios šiuolaikines profesines žinias, asmeniui ir visuomenei padidina pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybę (Brogiene, 2010).

Valstybės yra atsakingos už savo gyventojų sveikatos priežiūrą. Kiekviena valstybė turi rūpintis savo gyventojų sveikatos apsauga, turi užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę sveikatos sektoriuje (Matulevičiūtė, Balžekaitė, 2016). Dėl šios priežasties Lietuvoje siekiant gerinti stacionarių sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybę, pacientų informavimą apie asmens sveikatos priežiūros paslaugas priimami atitinkami teisės aktai. LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas sako, jog kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos yra prieinamos, saugios, veiksmingos sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, ligonių gydymo ir slaugos paslaugos, kurias tinkamam pacientui, tinkamu laiku, tinkamoje vietoje suteikia tinkamas sveikatos priežiūros specialistas ar sveikatos priežiūros specialistų komanda pagal šiuolaikinio medicinos ir slaugos mokslo lygį ir gerą patirtį, atsižvelgdami į paslaugos teikėjo galimybes ir paciento poreikius bei lūkesčius, juos tenkindami ar viršydami (LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 2018). 2012 m. lapkričio 29 d. buvo išleistas LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-1073 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“, o 2017 m. Gruodžio 20 d. įsakymu NR. V-1073 patvirtintas jo pakeitimas, šiuo teisės aktu patvirtintas ligoninių veiklos kokybės ir efektyvumo rodiklių sąrašas. Įsakymas numato, kad įstaigos turi sekti ir kiekvienais metais teikti rodiklių duomenis Sveikatos apsaugos ministerijai (toliau – SAM) ir Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklos tarnybai prie SAM (Jankauskienė, 2016). Akivaizdu, jog vienas svarbiausių Lietuvos SAM strateginių tikslų yra siekis, kad gyventojams būtų teikiamos kokybiškos, saugios ir prieinamos sveikatos priežiūros paslaugos. O tai leidžia daryti išvadą, jog šiandien Lietuvos sveikatos politikos sektoriuje kokybė yra prioritetas.

Nors teisinė bazė LR reglamentuojanti sveikatos priežiūros kokybę yra parengta. Kaip jau minėta, tiek paciento, tiek paslaugų tiekėjo požiūris turi sutapti. Visuomenei taip pat reikalinga informacija apie tai, kokios paslaugų kokybės galima tikėtis, kokie galimi tolesni sveikatos priežiūros rezultatai, kam patikėti savo sveikatą ir gyvybę susirgus, nes tai lemia teisingą pasirinkimą, todėl siekiant užtikrinti ir nuolat gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, būtina sveikatos priežiūrą orientuoti į žmogų, ypatingą dėmesį kreipiant į jo sveikatos priežiūros poreikius ir lūkesčius (LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 2018).

1.1.2. Į pacientą orientuota sveikatos priežiūra

Į pacientą orientuota sveikatos priežiūra yra viena pagrindinių sveikatos priežiūros kokybės sudedamųjų. Ji apima visą eilę sričių, tarp kurių paciento sveikatos priežiūros poreikius, jo motyvaciją ir pasirinkimą, informaciją, komunikaciją, vertinimą (Janušonis, 2008; 2016; Lateef, 2011).

Orientacija į pacientą – viena iš svarbiausių kokybiškos sveikatos priežiūros dimensijų. Remiantis pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) teigimu, kiekvienas pacientas turi gauti tokias sveikatos priežiūros paslaugas, kurios užtikrintų optimaliausius sveikatos gerinimo rezultatus, atsižvelgiant į mokslo pasiekimus, paciento amžių, ligos diagnozę, reakcijas į gydymą ir kt. (Mikaliūkštienė ir kt., 2018). PSO programoje „Sveikata visiems XXI amžiuje“ atkreipiamas dėmesys į šiuo metu ryškėjančią tendenciją labiau įtraukti piliečius į sveikatos priežiūrą, suteikti jiems daugiau informacijos.

Profesionalus pagalbos suteikimas dar ne viskas, kad pacientas liktų patenkintas, dažnai kyla nepasitenkinimas paslaugomis ne dėl jų kokybės, bet dėl nemalonaus elgesio su klientu. Pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugomis matuojamas ne kiekybiniais ar kokybiniais, bet ir emociniais aspektais. Lankydamiesi sveikatos priežiūros įstaigose gyventojai tikisi ne tik švarios ir tvarkingos aplinkos, jų lūkesčiai apima ir malonus juos pasitinkančio personalo aptarnavimas, pacientai nori lankytis pas rūpestingus bei nuoširdžiai besidominčiais pacientų problemomis sveikatos specialistus. Visgi pažymima, kad paslaugos suteikimo procese pacientai geriau vertina kokybinius veiksnius lyginant su emociniais veiksniais, nors emocija gali turėti įtakos kokybei. Pagal autorius A. Kosinskiene, J. Ruževičių (2011) pasitenkinimas yra vienas svarbiausių požymių, leidžiančių spręsti apie teikiamų paslaugų kokybę. Pasitenkinimas ir lūkesčiai yra tiesioginis paslaugos kokybės atspindys, išreiškiantis paciento požiūrį į jam suteiktos paslaugos ar paslaugų kokybę (Kosinskiene, Ruževičius, 2011). Kitos autorės J. Tamošiūnaitės (2016) teigimu, pasitenkinimas yra klientų reakcija į jų poreikių įvykdymą. Anot jos klientų/pacientų pasitenkinimo lygis nurodo pasitenkinimą prekėmis ir paslaugoms, kurios atitinka jų poreikius. Kuo paslaugos suteikimas labiau atitinka vartotojo lūkesčius tuo jaučiamas aukštesnis pasitenkinimo lygis (Tamošiūnaitė, 2016). Ši autorė pateikia, atrodytų labiau rinkai pritaikytą pavidą, o tai reiškia, jog ekonomiką tam tikra prasme prilygina sveikatos priežiūrai.

Sveikatos priežiūros vertinimas susijęs su pacientų sveikatos priežiūros kokybės ir jos sudedamųjų supratimu (Janušonis, 2008; 2016; Murante et al., 2014), tuo, kiek pacientai susipažinę su savo teisėmis, jų sveikatos priežiūros lūkesčių ir jų išsipildymo santykiu, pacientų individualiomis charakteristikomis pacientų sveikatos priežiūros vertinimui (Janušonis, 2016).

Taigi, galima daryti išvadą, jog pasitenkinimas yra tiesioginis paslaugos kokybės atspindys, išreiškiantis paciento požiūrį į jam suteiktos sveikatos priežiūros paslaugos ar paslaugų kokybę. Sveikatos paslaugų teikėjai suinteresuoti gerinti teikiamų paslaugų kokybę, gerinti įstaigos įvaizdį, numatyti veiklos procesų tobulinimo galimybes. Neįvertinus sveikatos priežiūros paslaugų kokybės, nesužinosime, ar teikiamos paslaugos atitinka vartotojo lūkesčius, teikia jam pasitenkinimą, nesužinosime kurioje srityje matomos didžiausios spragos. Be kokybės vertinimo neįmanoma tobulėti, būtent todėl sekančiame skyriuje būtų naudinga panagrinėti, kaip sveikatos kokybė gali

būti vertinama, kokie metodai naudojami bei kokias pagrindines kokybės vertinimo dimensijas išskiria autoriai, tyrėjai.

1.1.3. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas

Sveikatos paslaugų kokybės lygis – svarbus rodiklis, iš esmės atspindintis visuomenės sveikatos priežiūros kokybės lygį. Aukšta sveikatos paslaugų kokybė charakterizuoja sveikatos apsaugos valdymą kaip efektyvų, sistemingą, funkcionalų ir perspektyvų rinkoje procesą (Mikaliūkštienė ir kt., 2018).

Sveikatos priežiūros kokybė ir jos užtikrinimas – pagrindinė veiklos sritis, vykdančios reformas. Sveikatos priežiūra nuolat brangsta, o finansavimas proporcingai didėti negali. Didėja pacientų poreikiai ir lūkesčiai sveikatai, jos priežiūrai ir gyvenimo kokybei. Kokybiška sveikatos priežiūra padeda patenkinti pacientų poreikius, taupyti išteklius, išlikti ir vystytis. Sveikatos paslaugų kokybės tyrimai tampa būtinybe, tai turi įtakos pacientų pasitenkinimui todėl yra ypač reikalinga paslauga (Bilotienė Motiejūnienė, 2015).

Kokybės vertinimas ir valdymas yra labai svarbus įvairių paslaugų kontekste, ne išimtis ir sveikatos priežiūra. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas yra reikalingas ir aktualus, norint gerinti pačios organizacijos ir jos paslaugos kokybę.

Mokslininkės D. Kiyak ir A. Medvedeva (2015) atliktame tyrime teigė, jog sudarytame vartotojų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų santykių palaikymo teoriniame modelyje konstatuojama, kad tiesioginę įtaką vartotojų lojalumui asmens sveikatos priežiūros rinkoje turi pasitikėjimas, įsipareigojimas ir pasitenkinimas (Kiyak, Medvedeva, 2015).

Pacientų sveikatos priežiūros vertinimui turi reikšmės ne tik individualios, bet ir institucinės bei sociodemografinės charakteristikos. Vertindami sveikatos priežiūrą, pacientai remiasi savo patirtimi ir žiniomis, informacija iš aplinkos, medikų informacija, savijauta, gyvenimo kokybės pokyčiais, sveikata priežiūros epizodo procese ir po jo. Visgi būtina pažymėti - pacientų pasitenkinimo sveikatos priežiūra ir jos vertinimo nereikėtų absoliutinti, nes faktiniai (tikrieji, įrodomieji) sveikatos priežiūros rezultatai gali skirtis nuo paciento suvokiamų (Janušonis, 2016). Įvairiose sveikatos priežiūros organizacijose (ligoninėse) priežiūros kokybė, technologijos, medikų profesionalumas, požiūris į pacientą labai skiriasi, o pacientų vertinimai skiriasi nežymiai ir daugiausia jie teigiami (Janušonis, 2016).

Pagrindinis kokybės vertinimo tikslas yra nustatyti, ar vykdoma veikla atitinka lūkesčius, laukiamą veiklos procesą ir rezultatą. Reikalingi kriterijai, kuriais galima būtų apibrėžti ir įvertinti realią veiklą, taip pat palyginti su laukiamu veiklos rezultatų procesu (Bilotienė Motiejūnienė, 2015). Kitaip tariant, reikalingi tikslūs kriterijai, pagal kuriuos būtų galima išmatuoti kokybę. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė gali būti vertinama, remiantis įvairiomis dimensijomis.

Kiekviena organizacija ar autoriai išskiria vis skirtingus kriterijus kokybei išmatuoti. Išanalizavus literatūros šaltinius bei mokslinius straipsnius paslaugų kokybės tema, galima būtų išskirti pagrindines, visų pripažįstamas bei noriai naudojamas kokybės dimensijas.

Dažniausiai sveikatos priežiūros kokybės dimensijos išskiriamos sveikatos politikos tikslais pagal valstybėje įgyvendinamą kokybės koncepciją. Literatūroje skelbiami straipsniai rodo, kad valstybės labai įvairiai renkasi prioritetingas paslaugų kokybės dimensijas. Kaip pavyzdžiui, LR Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programoje įvardijamos devynios kokybės dimensijos - orientacija į pacientą, priimtinumas, prieinamumas, tinkamumas, teisumas, tęstinumas, veiksmingumas, ekonomiškai pagrįstas efektyvumas, saugumas, iš kurių prioritetą suteikiamas sveikatos priežiūros saugumui, prieinamumui ir tinkamumui. Pastarąjį dešimtmetį ypač akcentuojama sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, suteikiant galimybę patiems pacientams išreikšti savo nuomonę, vertinant įvairias sveikatos priežiūros kokybės dimensijas (LR dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programos patvirtinimo įstatymas, 2018).

Norint stiprinti ir gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę LR SAM ruošia strateginį planą (toliau – LR SAM 2018 – 2020). Ministerijos strateginis planas – veiklos planavimo dokumentas, kuriame, atsižvelgiant į ilgos ir vidutinės trukmės planavimo dokumentų nuostatas bei į aplinkos analizės išvadas, yra suformuluoti LR SAM misija, strateginiai tikslai, aprašomos vykdomos programos, siekiami rezultatai. LR SAM 2018 – 2020 metų strateginio plano misija – gyventojų sveikatos stiprinimas, išsaugojimas ir grąžinimas. Kokybiška, saugi ir visiems prieinama sveikatos priežiūra bei ligų prevencija.

1 lentelė. 2018 – 2020 metų planuojami strateginiai tikslai ir jiems įgyvendinti naudojamos programos

1 strateginis tikslas	2 strateginis tikslas	3 strateginis tikslas	4 strateginis tikslas
Skatinti sveiką gyvenseną, saugoti ir stiprinti sveikatą, vykdyti ligų prevenciją	Organizuoti kokybišką, saugią ir prieinamą sveikatos priežiūrą	Užtikrinti, kad LR būtų prieinami, geros kokybės, saugūs ir veiksmingi vaistai, gerinantys ir stiprinantys žmonių sveikatą, užtikrinant racionalų vaistų ir valstybės biudžeto bei gyventojų lėšų vartojimą.	Užtikrinti nemokamą iš PSDF biudžeto kompensuojamą sveikatos priežiūrą
1 programa	1 programa	1 programa	1 programa
Visuomenės sveikatos stiprinimas	Sveikatos sistemos valdymai	Nacionalinė vaistų politika	Sveikatos draudimo sistemos plėtojimas
2 programa	2 programa		
Valstybinis visuomenės sveikatos stiprinimo fondas	Asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimas		

Šaltinis: LR SAM 2018 – 2020 metų strateginis planas

Strateginio plano tikslai tik parodo jog Lietuvos SAM siekia, kad gyventojams būtų teikiamos kokybiškos, saugios ir prieinamos sveikatos priežiūros paslaugos. O tokio plano sudarymas bei kasmetinis jo atnaujinamas rodo, jog ir toliau bus siekiama tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

Remiantis viešai prieinama informacija, valstybės labai įvairiai renkasi prioritетines paslaugų kokybės dimensijas. PSO rekomenduoja bei teigia, jog sveikatos priežiūros sistemos turi tobulinti šešias toliau apibūdinamas ir išskiriamas kokybės dimensijas. PSO išskirtos šios sveikatos priežiūros kokybės dimensijos: (Veillard et al., 2005; Jankauskienė, 2016):

1. Veiksminga sveikatos priežiūra kuri laikosi moksliniais įrodymais pagrįsta praktika ir gerina sveikatos būklę asmenims bei bendruomenėms pagal poreikį;
2. Efektyvus sveikatos priežiūros paslaugų teikimas išnaudojant resursus ir vengiant atliekų;
3. Prieinama, laiku teikiama, geografiškai patogi sveikatos priežiūra;
4. Priimtina sveikatos priežiūra kurioje atsižvelgiama į atskirų paslaugų vartotojų ir jų bendruomenių kultūrų pageidavimus, siekius;
5. Teisinga sveikatos priežiūra, kurios kokybė nesiskiria dėl asmeninių ypatybių, tokių kaip lytis, rasė, tautybė, geografinė padėtis, išsilavinimas ar socialinis ir ekonominis statusas;
6. Saugi sveikatos priežiūra, kuri užtikrina kuo mažesnę žalą bei riziką paslaugų vartotojams.

Europos Picker Institutas yra tarptautinė labdaros organizacija, dirbanti socialinės ir sveikatos priežiūros srityse, naudoja pacientų patirtį sveikatos priežiūros srityje, kad nustatytų prioritetus teikiant aukščiausią priežiūros kokybę. Institutas išskyrė 8 indikatorius, kurie atspindi sveikatos priežiūrą, orientuotą į pacientą (Picker Institute Europe, 2015):

1. Pagarba pacientų nuomonei apie sveikatos priežiūros kokybę (teikiamiems prioritetams ir išreikštiems poreikiams);
2. Paslaugų prieinamumas;
3. Emocinė parama;
4. Informacija;
5. Priežiūros koordinavimas;
6. Fizinis komfortas;
7. Šeimos narių ir artimųjų įtraukimas į gydymo procesą;
8. Priežiūros tęstinumas.

Sveikatos priežiūra yra ypatinga, su žmogaus sveikata susijusi veikla, todėl svarbu nuolatinį dėmesį skirti sveikatos priežiūros kokybei gerinti. Autorius A. Šilys (2013) ir K. Štaras (2013) išskiria tris kokybės dimensijas:

1. Paciento suvokiama kokybė yra tai, ko pacientai tikisi iš sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių organizacijų ar institucijų. Paciento suvokiama kokybė apima jo lūkesčius, kokių jis tikisi arba norėtų medicininių paslaugų ir kokias jis galėtų tas paslaugas gauti. Jam svarbu ligos diagnozė ir saugumas teikiant paslaugas. 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.
2. Profesionalioji kokybė – apima tai, ar sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos kvalifikuotai ir, ar jos atitinka pacientų teisėtas reikmes bei įstaigoje patvirtintus sveikatos priežiūros paslaugų teikimo standartus (procedūras). Profesionalioji kokybė vertinama audito metu lyginant esamos padėties atitikimą standartų reikalavimams.
3. Valdymo kokybė - efektyviausias ir produktyviausias išteklių panaudojimas, laikantis sveikatos priežiūros įstaigoms vadovaujančių institucijų nurodymų ir įsakymų.

Nors sveikatos priežiūros sektoriuje kokybė gana neseniai tapo pripažįstamas vertinimo kriterijus, verslo pasaulyje kokybė jau ilgą laiką užima labai stiprią poziciją. Siekiant padėti verslo įmonėms įvertinti klientams teikiamų paslaugų kokybę, buvo sukurta SERVQUAL metodika. Pastaroji paslaugų kokybės vertinimo metodika remiasi prielaida, kad klientas paslaugos kokybę vertina lygindamas laukiamą konkrečios paslaugos kokybę su patirtąja. Šis modelis atspindi skirtumą tarp to, ko klientas tikisi iš visų tos paslaugos tiekėjų, ir to, ką jis gauna iš individualaus tiekėjo (Gečienė, Gudžinskienė, 2018).

Dar viena kokybės vertinimo sistema yra Europos socialinių paslaugų kokybės užtikrinimo sistema (EQUASS), kuri yra parengta Europos reabilitacijos platformos iniciatyva. Galima daryti prielaidą, jog ši vertinimo sistema labiau pritaikyta sveikatos priežiūros sektoriui. Šiuo metu EQUASS kokybės sistema ES šalyse yra pripažinta kaip labiausiai tinkama socialiniame sektoriuje, nes šios sistemos kokybės principai geriausiai atliepia reabilitacijos, profesinio mokymo bei socialinių paslaugų gavėjų lūkesčius. Pagrindiniai EQUASS kokybės principai yra orientacija į asmenį, orientacija į rezultatus ir nuolatinis kokybės gerinimas, dalyvaujant visiems įstaigos darbuotojams ir šių įstaigų klientams (Gečienė, Gudžinskienė, 2018). Autorių J. Gečienės ir V. Gudžinskienės (2018) teigimu vertinant viešosios įstaigos paslaugų kokybę, EQUASS metodas yra vienas tinkamiausių.

Išanalizavus pagrindinius sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rodiklius bei kokybės vertinimo metodikas galima teigti, dauguma autorių sutinka, jog pacientų pasitenkinimas, jų lūkesčių išpildymas yra vienas svarbiausių kokybės rodiklių. Kaip jau minėta, skirtingi autoriai ir šaltiniai išskiria skirtingas sveikatos priežiūros kokybės dimensijas. Viski nors dimensijos skiriasi priklausomai nuo šaltinio ar autoriaus, kai kurios jų kartojasi, tokios kaip: sveikatos specialistų ir pacientu bendravimas, paslaugų organizavimas/koordinavimas, fizinė aplinka bei sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Todėl galima daryti išvadą, kad būtent šios dimensijos yra svarbiausios, siekiant įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

1.2. Vaikų sveikatos priežiūros ypatumai

Pastaraisiais metais buvo pastebėtas augantis tarptautinis dėmesys kokybės vertinimui ir tobulinimui vaikų ir paauglių sveikatos priežiūros paslaugose (Corsano et al., 2013; Söderbäck et al., 2011). Lietuvoje vaikų sveikatai skiriamas prioritetas – 2014-ieji buvo paskelbti Vaikų sveikatos metais, o LR Vyriausybė 2014 m. kovo 26 d. nutarimu Nr. 271 patvirtintame Vaikų sveikatos metų sveikatos stiprinimo priemonių plane numatė vaikų sveikatos stiprinimo ir rizikos veiksnių prevencijos priemones (Burokienė ir kt. 2014).

Lietuvoje ir daugelyje pasaulio šalių dėl pagerėjusios sveikatos priežiūros ilgėja vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė, vyresnių gyventojų atsiranda vis daugiau ir jie senėja. Be to, mažėjant gyventojų skaičiui ateityje mažės ir darbingo amžiaus žmonių skaičius. Tai svarbu kalbant apie solidarumo principu paremtą šiuolaikinę socialinę apsaugą, kai darbingo amžiaus asmenims dėl gyventojų senėjimo tenka vis didesnė našta. Lietuvoje 2013 m. buvo 538 tūkst. vaikų, kurie sudarė 18,2 proc. visų gyventojų. Vaikų dalis (proc.) nuo visų šalies gyventojų per 13 metų sumažėjo nuo 24,1 iki 18,2 proc. (Higienos institutas, 2014). Vaikai mūsų ateitis, todėl turime ja rūpintis, juos mokyti sveikos gyvensenos, stiprinti jų sveikatą, sveikatos apsaugą. Taip apsaugosim ir užauginsim stiprią ir sveiką visuomenę.

Vaikai taip pat pažeidžiamiausia ir negalinti apsisaugoti visuomenės dalis. Vaikų skaičius, jų sveikata, suformuotas gyvenimo būdas ir išsilavinimas yra kertiniai būsimos visuomenės elementai. Akivaizdu, kad vaikai užauga nacionalinio produkto gamintojais, mokesčių mokėtojais, todėl jų sveikata vertinama kaip visuomenės investicija. Tai įgauna ypatingos svarbos, turint omenyje šiuolaikines Europos valstybių, tarp jų ir Lietuvos, demografines tendencijas (Burokienė ir kt., 2014).

Pagal PSO rekomendacijas vaikas turi gauti reikalingas sveikatos priežiūros paslaugas per 24 val. nuo ligos pradžios, įskaitant ir saugius bei veiksmingus vaistus. PSO rekomenduoja įdiegti integruotą vaikų ligų valdymo sistemą (angl. Integrated Management of Childhood Illness), kurios

prioritetas yra tos prevencinės ir ligų gydymo priemonės, kurios gali sumažinti vaikų iki 5 m. mirčių atvejų skaičių. Ši sistema įdiegta daugiau nei 75 pasaulio šalyse (Burokienė ir kt., 2014).

Vaikas nėra mažas suaugusysis. Atsižvelgiant į vaiko amžių, vystymąsi, jo sveikatos priežiūrai būtinos specifinės priemonės ir sveikatos sistemos ištekčiai (WHO Regional Office for Europe, Health, 2013; Burokienė ir kt., 2014). I.Kornilavičienė, A. Bagdonas (2017) teigia, jog ypač svarbi aplinka sensitivityviaisiais asmenybės saviugdodos laikotarpiais – nuo gimimo iki jaunesnio mokyklinio amžiaus. Mat šiuo laikotarpiu besiuugdanti asmenybė įgyja adaptacijos savybių, kurių kokybė priklauso nuo potyrių įvairovės (Kornilavičienė, Bagdonas, 2017). Perėjimo iš šeimos ar darželio į priešmokyklinę grupę laikotarpiai pareikalauja iš vaiko adaptacijos gebėjimų. Adaptyvus vaikas geba keisti savo elgesį, prisitaikydamas prie naujų aplinkos ir pakitusių gyvenimo bei ugdymosi sąlygų (Monkevičienė, 2003; Kornilavičienė, Bagdonas, 2017). Priešmokykliniame vaikų amžiuje siekiant įtvirtinti sveikos gyvensenos įgūdžius, turi būti formuojama sveikatos, kaip vertybės samprata, būtina išmokyti vaikus pažinti, suvokti save, suteikti žinių apie sveikatos stiprinimą, laikytis sveikos gyvensenos principų kasdienėje veikloje (Stručinskienė, Raistenskis, 2012; Strazdienė ir kt., 2015).

Jaunesnis mokyklinis amžiaus tarpsnis svarbus asmenybės formavimosi, psichikos ir fizinių galių intensyvios plėtotės laikotarpis, kuomet įgyjamos žinios, ugdomi įgūdžiai, formuojasi įpročiai, mokomasi pažinti save ir savo galimybes (Strazdienė ir kt., 2015; Minkuvienė, 2003). Su šiuo N. Srazdienės teigimu sutinka ir autoriai R. Jančiauskas (2016), kuris teigia, kad pats svarbiausias amžiaus tarpsnis humanistinėms asmens vertybėms ugdyti yra jaunesnysis mokyklinis amžius, nes tai yra intensyvaus vaiko asmenybės, jo savivaizdžio raidos periodas, tai jo santykis su savimi ir pasauliu bei naujos patirties ir informacijos kaupimas (Jančiauskas, 2016).

Autorės I. Valentaitės (2015) teigimu, paauglystė - vienas sudėtingiausių vaiko raidos etapų, kurio metu susiformuoja jo gyvensenos nuostatos ir įpročiai (Valentaitė, 2015). Šiam teiginiui pritaria ir autorė G. Skubiejūtė (2016), be to ji teigė, kad paauglystė yra svarbus laikas, kai formuojasi aplinkinio pasaulio suvokimas ir vaikas pradeda suprasti, kas yra mirtis bei tai, kad ji yra neišvengiama (Skubiejūtė, Petružytė, 2016). Deja, šiuo laikotarpiu dažniausiai pradedama eksperimentuoti, neretai bendraamžių įtaka tampa svaresnė nei tėvų ir mokytojų, todėl atsiranda galimybė susiformuoti neigiamoms gyvenimo nuostatomis (Valentaitė, 2015).

Galima teigti, kiekvienas vaiko raidos etapas yra labai svarbus ir išskirtinis. Skirtingame amžiaus tarpsnyje, skirtingai formuojasi pasaulėžiūrą, tai parodo, jog kiekvienas vaiko gyvenimo tarpsnis yra labai svarbus. Todėl šeima, draugai, mokytojai ir visa artima vaiko aplinka turi labai svarbų vaidmenį vaiko adaptacijos procese. Jie gali padėti vaikui išgyventi sunkų adaptacijos periodo laikotarpį. Kiekvieniame gyvenimo laikotarpyje vaikas išmoksta vis kažko naujo, todėl labai svarbu yra pradėti jau ankstyvoje vaikystėje dėti sveikos ir saugios gyvensenos pamatus.

Šeima – svarbiausia vaiko artimiausios aplinkos dalis, formuojanti jo elgseną ir gyvenimą. Įskiepytos vertybės, tėvų pamokymai ir patarimai yra pagrindas, kuris išlieka ilgą ir dažnai lemia viso vėlesnio gyvenimo kokybę (Minkuvienė, 2003; Strazdienė ir kt., 2015). Vaikas, augdamas šeimoje, perima šeimos gyvenimo būdą, požiūrį ir tradicijas, tačiau tai ne visada būna susiję su sveika gyvenimu, sveika mityba, ne kiekvienoje šeimoje jie gauna pakankamai žinių. Tėvai sveikatos mokymą supranta kaip visapusišką informavimą apie ligas, sveikatą, ligų profilaktiką (Montvilienė ir kt., 2014). Burvytės (2012) teigimu nuo vaiko potyrių šeimoje priklauso vaiko pasirėngimas ir visapusiška branda ne tik mokantis mokykloje, bet ir sėkmingai prisitaikant prie kitose raidos stadijose patiriamų pokyčių (Burvytė, Ralys, 2012). Kaip teigia I. Kornilavičienė ir A. Bagdonas (2017) skirtingais vaiko raidos amžiaus tarpsniais tėvai turi užtikrinti tinkamas sąlygas sėkmingai išspręsti skirtingus raidos iškeltus uždavinius, kurių išsprendimo kokybę lemia adaptavimosi savybių įgijimo kokybę. Vaiko potyriai tiesiogiai yra susiję ir labiausiai priklausomi nuo pirminės institucijos – šeimos, kuri yra pirminė ir stipriausia institucija, nulemianti vaikų potyrių įvairovę ir kokybę priešmokykliniu laikotarpiu (Kornilavičienė, Bagdonas, 2017).

Sveikos gyvenimo nuostatas gali padėti formuoti ir ugdymo įstaiga, kurią lanko vaikas. Ji taip pat atsakinga, kad jaunoji karta užaugtų sveika, todėl vis daugiau dėmesio skiria sveikai vaiko gyvenimui (Montvilienė ir kt., 2014). Lietuvoje vis daugiau ugdymo įstaigų įsitraukia į sveikatingumo projektus, organizuojamos sveikatos valandėlės, kurių metu vaikai įgyja žinių apie sveikatą, sveiką mitybą, formuojami sveikos gyvenimo įgūdžiai, nuostatos ir sveikatą stiprinanti elgsena. (Montvilienė ir kt., 2014). Tačiau, kaip teigia I. Montvilienė ir kt. (2014), pastebima jog, vistiek šeima, pedagogai ir medikai per mažai prisideda prie sveikos vaikų gyvenimo ugdymo.

Išanalizavus mokslinę literatūrą galima teigti, kad dauguma autorių sutinka jog šeima yra pirmoji vaiko ugdymo institucija, kurioje vaikas susipažįsta su pasauliu, išmoksta gyvenimo taisyklių, elgesio normų, sveikos gyvenimo. Šeima padeda adaptuotis kitose, vaikui nepažįtamose aplinkose, susipažinti su pasauliu ir jo nebijoti. Tėvų, vaikų ir ugdymo įstaigų bendradarbiavimas užtikrina sėkmingą vaiko adaptavimąsi. Įsitraukdami į ugdymo procesą, tėvai skatina vaiko pasitikėjimą savimi.

1.3. Vaikų poreikiai sveikatos priežiūros įstaigoje

Poreikis bendrąja prasme yra tai, ko reikia žmogui arba socialinei sistemai pagrįstai funkcionuoti tam tikros situacijos metu. Tai nėra noras kažką gauti ir turėti, bet trūkumas, kuris kliudo žmogui ar sistemai toliau vystytis ar tobulėti (Johnson, 2003; Mikalukštienė ir kt. 2015). Slaugos poreikiai – pagrindiniai fiziologiniai, psichologiniai ir socialiniai paciento poreikiai, kuriems patenkinti reikia kitų pagalbos (Mikalukštienė ir kt., 2015). Yra išskirtos keturios poreikių grupės. Patirti poreikiai – tai subjektyvūs paslaugų gavėjo poreikiai (paprastai sužinomi klausiant

pacientų). Išreikšti poreikiai – poreikiai, atsiradę priežiūros metu (pvz., įvertinant teikiamų paslaugų reikalingumą ir kokybę). Normatyviniai poreikiai – poreikių įvertinimas konkrečioje visuomenėje, dažnai atliekamas specialistų arba politikų. Palyginamieji poreikiai – dviejų grupių vienodomis aplinkybėmis palyginimas. Kalbant apie poreikius sveikatos priežiūros srityje pirmosios dvi poreikių grupės vertina poreikius iš paciento perspektyvos. Antrosios dvi – poreikius nustato kiti (sveikatos priežiūros darbuotojai, ekspertai ir kt.) (Bradshaw, 1972; Mikalukštienė ir kt., 2015). Pagal Maslow (1943) pasiūlytą teoriją esama 5 poreikių lygmenų, lemiančių šiandieninių žmonių elgseną (Maslow, 1943; Vanagas, Rakšnys, 2014):

1. Fiziologiniai poreikiai: maistas, vanduo, pastogė;
2. Saugumo poreikiai: apsauga nuo pavojų, grėsmių ir vargų;
3. Socialiniai poreikiai: priklausomybės kokiam nors grupei jausmas, draugystė, parama;
4. Poreikis būti gerbiamam ir pripažintam: savivertė, reputacija, statusas, aplinkinių pagarba ir pripažinimas.
5. Savęs aktualizavimo (saviraiškos) poreikis: poreikis išreikšti savo galimybes siekiant nuolat tobulėti.

Maslow teigė, jog žmogaus poreikių tenkinimas eina pagal tam tikrą seką: kol nepatenkinti fiziologiniai poreikiai, pvz., troškulys, alkis, šitas poreikis žmogui yra svarbesnis negu socialinių (pvz., bendravimo) poreikių tenkinimas. Pagal poreikių hierarchijos teoriją aukštesnio lygio poreikiai suvokiami tik tada, kai patenkinami žemesnio lygio poreikiai (Mikalukštienė ir kt. 2015).

Pereinant prie vaikų poreikių ligoninėje: savaime suprantama patenkinti individualius pacientų maisto, troškulio numalšinimo poreikius, suteikti galimybę prireikus pasinaudoti tualetu ar patenkinti fiziologinius poreikius palatoje (nevaikštantys pacientai). Svarbu atsižvelgti į tai, kad pačių pacientų poreikių tenkinimo vertinimas skiriasi nuo medikų vertinimo (Janušonis, 2015).

Saugumo poreikiai: saugumo poreikis ypač kalbant apie vaikų socialinę grupę glaudžiai susijęs su poreikiu būti savarankišku – tik saugiai besijaučiantys mažyliai gali eiti tyrinėti pasaulį, reikšti savo nuomonę, kurti. Iš vienos pusės vaikui būtina jaustis saugiam, iš kitos pusės svarbu jaustis savarankišku. Abiejų lyčių vaikai glaudžiasi už mamos iškilus pavojui, abiejų lyčių vaikai reikalauja galimybių patiems atlikti tai, ką jie jau moka (arba galvoja, kad moka). Ir čia svarbu suaugusiojo išvalgumas – padėti tuomet, kai norisi saugumo ir leisti išbandyti jėgas, kai saugu ir veiksmas jau žinomas (Vaiko psichologijos centras, 2018).

Socialiniai vaikų poreikiai ligoninėje: labai dažnai kreipiam nepakankamai dėmesio į psichologinius poreikius. Psichologiniams poreikiams priskiriami tie poreikiai, kurie nėra susiję su kūnu, labiau su psichologine savijauta. Gal sunku patikėti, kad šių poreikių nepatenkinimas gali turėti tokias pačias pasekmes, kaip ir fiziologinių poreikių nepatenkinimas (Vaiko psichologijos centras, 2018).

1.4. Hospitalizuotų vaikų tėvų poreikiai

Autoriai E. Longhi ir kt. (2015), R. Butkevičienė (2012), E. Commodari (2010) ir kiti sutinka jog ne vien tik hospitalizuoti vaikai jaučia ligoninėse stresą, tai jaučia ir jų tėvai. Jie taip pat jaučia nerimą ir stresą įvairių medicininių procedūrų metu, jaučiasi bejėgiais, negalinčiais sumažinti ar padėti savo vaikams išverti skausmo ir streso (Longhi et al., 2015). Tėvystė reiškia ypatingą ryšį su vaiku, įsipareigojimą apsaugoti vaiką ir užtikrinti, kad jis išgyvens (Butkevičienė, Pudžemienė, 2012). Jausdami tai, jie tik dar labiau suauštrina ir pablogina situaciją. Todėl svarbu remti tėvus ir ligoninės darbuotojus slaugant vaiką, sumažinti jų nerimą, stresą. Tai savo ruožtu turėtų padėti vaikams jausti ramybę, matyti ligoninę bei sveikatos specialistus kaip pažįstamą draugišką organizaciją (Longhi et al., 2015). Slaugytojoms tenka gyvybiškai svarbus vaidmuo, palaikyti normalius santykius tarp vaiko ir jo tėvų bei tarp sveikatos specialisto ir šeimos, nustatyti bei įvertinti, ar vaikas ir jo tėvai patiria stresą, kokio lygio jis ir kiek įmanoma sumažinti jį (Franck et al., 2015).

Remianti E. Longhi ir kt. (2015) tyrimo rezultatais, galima teigti, kad tėvai turi instinktus apsaugoti vaiką nuo pavojų ir išlaikyti jį sveiką. Kai to jiems nepavyksta, jie pradeda stresuoti, nerimauti. Jei vaikas hospitalizacijoje patiria didelį nerimą, tuomet tėvai dar labiau už jį jaudinasi, jaučiasi bejėgiais, negaledami apsaugoti vaiko nuo skausmo ar kitų nemalonių procedūrų. Ir atvirkščiai. Jei tėvai patiria stresą, tampa nervingi, tai pajutę vaikai taip pat gali lengvai pasiduoti tėvų būsenai.

Ligoninės darbuotojai su tėvais susiduria nuolat, su jais dirba dar daugiau, nei su vaikais. Ligoninėse dirbantys darbuotojai tėvus apibūdina kaip išsigandusius, patiriančius šoką, negebančius valdyti emocijų, iracionalius, besijaučiančius bejėgiais, tačiau neprarandančius tikėjimo. Neretai tėvai suserga depresija, jiems prireikia psichiatrų pagalbos, medikamentinio gydymo (Skubiejūte, Petružyte, 2016). Tradiciškai motina ligoninėje gyvena kartu su vaiku, o tėvas lieka namuose ir toliau dirba apmokamą darbą. Tėvui tokia situacija yra sunkiai emociškai pakeliama, nes jis lieka vienas, tarsi toliau gyvena savo gyvenimą, bet nemoka su juo tvarkytis, nežino, kaip panaudoti laiką. Tų šeimų, kurias liga dar labiau sutvirtina, atveju, tėvai ligoninėje būdi keisdami, daug laiko ligoninėje praleidžia kartu, kaip šeima (Skubiejūte, Petružytė, 2016).

L. Marcinowicz (2016) ir kolegų tyrimas rodo, jog hospitalizuotų vaikų tėvai save laiko taip pat pacientais. Jie dažnai vartoja žodį „mes“ kai kalbama apie sveikatos priežiūrą, tai rodo, kad jie yra „gydomi“ kartu su vaikais (Marcinowicz et al., 2016).

Ankstesni tyrimai rodo, jog tėvų ir specialistų bendravimas daro didelę įtaką paciento rezultatams, ligoninės įvaizdžiui bei vėlesniam tėvų elgesiui vaiko hospitalizacijoje. Dėl komunikacijos stokos tėvams trūksta bendro supratimo apie stacionarų vaiko sveikatos priežiūros planą (Khan et al., 2017). Nesusikalbėjimas tarp sveikatos priežiūros specialistų yra vienas

pagrindinių neigiamą įtaką darančių veiknių slaugai. Nors ir šia tema dažnai diskutuojama ir ši problema dažnai tiriama, tačiau pamirštama apie hospitalizuotų vaikų tėvų bendravimo kokybę su sveikatos priežiūros specialistais (Khan et al., 2017; Starmer et al., 2014).

A. Khan ir kt. (2017) atliktame tyrime tėvai dažniausiai išskiria šias pagrindines su nesusikalbėjimu susijusias priežastis: konfliktai su sveikatos priežiūros specialistais, informacijos trūkumas, sveikatos priežiūros specialistų delsimas. Gydytojai ir slaugytojai pripažįsta, jog kilę konfliktai su tėvais, šeima yra pirmas žingsnis vedantis prie nesusikalbėjimo. Tobulinant komunikaciją tarp sveikatos specialistų ir tėvų, bus pagerintas paciento saugumas, paciento ir šeimos ryšys bei sumažintas nepageidajamų įvykių skaičius (Khan et al., 2017).

Tėvų patirtys atskleidžia, kad profesionaliai pateikta informacija padeda šeimai susitaikyti su vaiko liga, suteikiant vilties dėl vaiko ateities ir turi įtakos šeimos kryptingumui. Kita vertus, informacija, pateikta nesilaikant medicininės etikos principų, nejautriai ir tėvams nesuprantamai, sukelia neigiamus išgyvenimus. Tikrosios padėties nežinojimas, informacijos apie pagalbos išteklius stoka nesudaro sąlygų tėvams tapti lygiaverčiais specialistų partneriais teikiant pagalbą vaikui (Khan ir kt., 2017)

Tėvų teigimu, švara ligoninėse ir laikymasis higienos reikalavimų procedurų metu suteikia didesnio pasitikėjimo slaugytojomis bei kitais sveikatos priežiūros specialistais, o leidimas pasilikti kartu su vaiku per naktį nuramina tiek vaiką, tiek tėvus. Hospitalizuotų vaikų tėvai laukia padėkos iš slaugytojų, nes jų manymu pasilikdami kartu su vaiku jie palengvina slaugytojos darbą. Dėl to tėvai norėtų didesnės slaugytojų tolerancijos jų mažiems nusižengimams (pvz. Sedėjimas ant lovos, kai neleidžiama; davimas vaikui saldainį ir pan.) bei didesnės pagarbos (Marcinowicz et al., 2016).

Išnagrinėjus įvairių autorių atliktus tyrimus apie hospitalizuotų vaikų tėvų poreikius, daugelis autorių išskiria tėvų ir sveikatos priežiūros specialistų tarpusavio komunikaciją kaip labai svarbų aspektą. Susikalbėjimas yra tas veiksnys, kuris gali padėti hospitalizuoto vaiko tėvams minimalizuoti stresą ir tokiu būdu paveikti savo vaiką kaip įmanoma pozityviau. Tėvams rūpi slaugytojų pripažinimas, kai tuo tarpu sveikatos priežiūros specialistams rūpi pagarba ir pasitikėjimas. Tik esant sklandžiai komunikacijai galima tikėtis hospitalizuotų vaikų tėvų teigiamos nuomonės apie suteiktą sveikatos priežiūros palaugų kokybę.

II EMPIRINĖ DALIS

2.1. Tyrimo metodika

Vieningos sveikatos priežiūros kokybės apibrėžimo mokslinėje literatūroje nėra. Siekiant ištirti pacientų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę dažnai naudojamos įvairios vertinimo dimensijos, kurias kiekvienas mokslininkas išskiria skirtingas. PSO ligoninių veiklos kokybei vertinti pasirenka šešias dimensijas: klinikinę efektyvumą, saugą, orientaciją į pacientą, produktyvumą, orientaciją į personalą, atsakingą valdymą (Veillard et al., 2005; Jankauskienė, 2016). Europos sveikatos vartotojų indeksas (angl. Euro Health Consumer Index) (pradėtas taikyti nuo 2005 m. Švedijos Nacionalinės sveikatos tarybos iniciatyva) sveikatos priežiūros paslaugų kokybę vertina remiantis šiomis dimensijomis: pacientų teisės ir informacija, sveikatos priežiūros prieinamumas, gydymo rezultatyvumas, prevencijos, farmacija (Björnberg, 2017). Jungtinėje Karalystėje vertinamos šios dimensijos: visuomenės sveikatos pagerėjimas, paslaugų prieinamumas, efektyvių sveikatinimo paslaugų teikimas, produktyvumas, pacientų nuomonė, gydymo baigtys (Jankauskienė, 2016). Autoriai K. Štaras, T. Vedlūga, N. Karvelytė (2013) išskiria tris kokybės dimensijas. Pirmoji pacientų suvokiama kokybė – pacientams svarbu ligos diagnozė ir saugumas teikiant paslauga. Jam svarbu dėmesys, pagarba, konfidencialumas, privatumo išsaugojimas, atjauta, bendravimas ir atvirumas. Antroji profesionalioji kokybė – apima tai, ar sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos kvalifikuotai ir ar jos atitinka pacientų teisėtus reikmes ir įstaigoje patvirtintus sveikatos priežiūros paslaugų teikimo standartus (procedūras). Trečioji valdymo kokybė - efektyviausias ir produktyviausias išteklių panaudojimas, laikantis sveikatos priežiūros įstaigoms vadovaujančių institucijų nurodymų ir įsakymų. Palyginus mokslininkų išskirtas dimensijas, pastebimi šie pagrindiniai sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo kriterijai - personalo bendravimas, informacijos gavimas, sveikatos priežiūros darbo organizavimas ir kordinavimas, fizinė aplinka, stacionarizavimo ir išrašymo procedūra. Todėl tyrime nupręsta remtis Europos Picker Instituto klausimynu, kuriame išskirtos pagrindinės, daugumos mokslininkų, išskiriamos ir pripažįstamos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo dimensijos.

Siekiant išsiaiškinti hospitalizuotų vaikų tėvų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę buvo atliktas kiekybinis tyrimas, taikant anketinę apklausą, kuri vyko pasirinktoje ligoninėje ir klinikoje. Tiriamieji atrinkti taikant parankios imties metodą.

Respondentų atrankos kriterijai:

1. Sutikimas dalyvauti apklausoje,
2. Per pastaruosius 6 mėn. hospitalizuotų vaikų tėvai.
3. Sąmoningi, nesutrikusios psichikos asmenys,
4. Gerai lietuviškai suprantantys respondentai.

Tyrimui atlikti buvo gautas leidimas iš Klaipėdos universiteto Slaugos katedros Etikos komisijos. Tyrimui pasirinktas Europos Picker instituto sveikatos priežiūros paslaugų kokybės klausimynas, nes anketos rezultatai lengvai interpretuojami, nesudėtinga įvertinti problemiškas paslaugų kokybės sritis. Klausimynas apima visas pagrindines paslaugos kokybės matavimo kategorijas: resursus, procesą ir rezultatus. Klausimai turi aukštą išorinį pagrįstumą (ang. face validity), paties klausimyno sudarymo pagrįstumą (ang. construct validity) bei aukštą vidinį patikimumą. Naudojant tokį klausimyną, tyrimai buvo atlikti Jungtinėje Karalystėje, Vokietijoje, Švedijoje, Šveicarijoje ir JAV (Brogienė, 2010).

Tyrimo paskirtis: išanalizuoti hospitalizuotų vaikų tėvų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Tikimasi tyrimu išsiaiškinti respondentų nuomonę apie vaikams suteikiamas paslaugas. Rasti sąsajas su demografiniais faktoriais bei sudaryti regresinius modelius. Bus siekiama atsakyti į klausimą ar hospitalizuotų vaikų tėvai patenkinti jų vaikam suteikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis ir jų kokybe bei kokie faktoriai labiausiai įtakoja tėvų nuomonę.

2.1.1. Tyrimo imties charakteristikos

Norint gauti tyrime statistiškai patikimas išvadas, prieš tyrimą buvo sužinotas minimalus tiriamųjų skaičius. Nustatytas imties dydis užtikrina, kad apklausos analizė turėtų atspindėti visą atrankinę populiaciją ($N = 186$) esant 95 proc. patikimumui ir ± 5 proc. atrankos paklaidos ribai.

Imtis buvo skaičiuojama taikant I. Paniotto formulę (1) (Mockienė ir kt. 2014; Kardelis, 2016):

$$n = \frac{N}{1+N\Delta^2} = \frac{186}{1+186*0.05^2} = 127 \quad (1)$$

n – imties dydis,

Δ – imties paklaidos dydis (nuspreistas paklaidos dydis 5%, tai $\Delta = 0.05$),

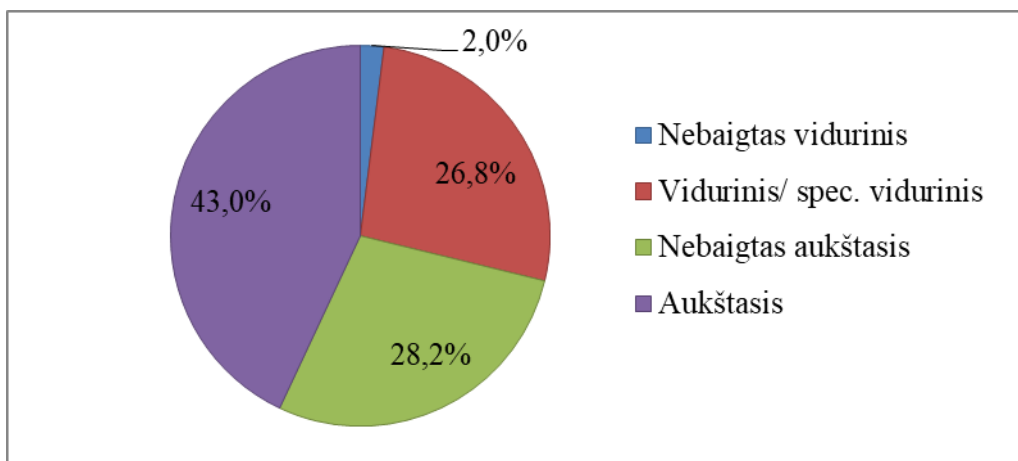
N – generalinės visumos dydis (2017 metų pabaigoje pasirinktoje ligoninėje esamas lovų skaičius – 186 lovos).

Tiriamąją populiaciją sudarė tėvai, kurių vaikai buvo hospitalizuoti per pastaruosius 6 mėn. Visa tiriamąją imtį sudarė 2017 metų pabaigoje pasirinktoje ligoninėje esamų lovų skaičius – 186 lovos. Jis parodo kiek ligoninėje vienu metu potencialiai stacionare gali būti gydoma vaikų.

Apskaičiuota jog norint gauti patikimus duomenis minimalus imties dydis turi būti 127 respondentai. Numatant, kad gali kilti sunkumų susigražinant anketas, respondentams netinkamai, ne iki galo užpildant anketas ar atsitikus nenumatytiems atvejams, apklausta daugiau respondentų, respondentų skaičius yra 160 respondentų.

Anketų buvo išdalinta 160, iš jų grįžo 151. 2 anketos grįžo sugadintos, netinkamai užpildytos. Iš viso tinkamų tyrimui anketų gauta 149, anketų grįžtamumas 93%.

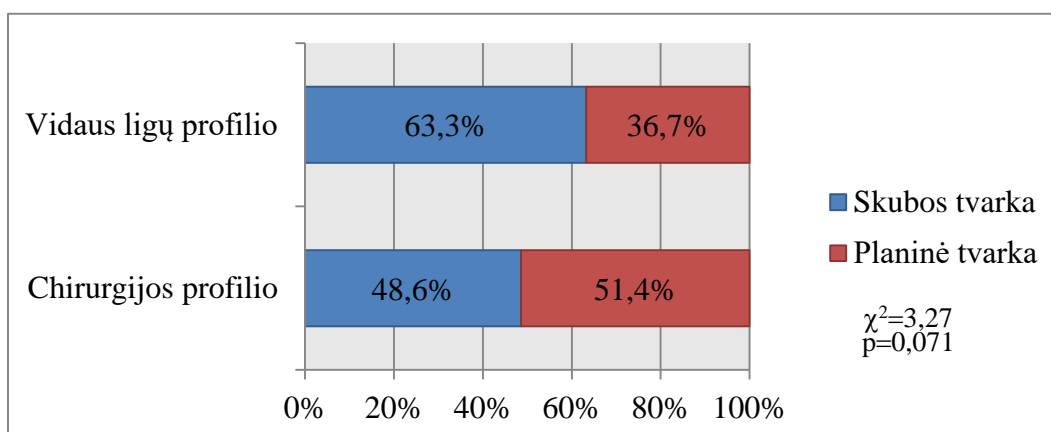
Tyrime dalyvavo 149 hospitalizuotų vaikų tėvai (mamos/tėčiai) iš jų 18,8 proc. vyrų (n=28) ir 81,2 proc. moterų (n=121). Respondentų amžiaus vidurkį sudarė 33,95±6,16 metų (Min=20 m.; Max=48 m.), jų vaikų amžiaus vidurkį – 8,04±4,29 metų (Min=1 m.; Max=17 m.). Vaikai pagal lytį pasiskirstė sekančiai - 49,0 proc. berniukų (n=73) ir 51,0 proc. mergaičių (n=76).



1 pav. Hospitalizuotų vaikų tėvų pasiskirstymas pagal išsilavinimą

Respondentų išsilavinimas įvairus, bet daugiausia iš jų (43,0 proc.) turėjo aukštąjį išsilavinimą, 28,2 proc. respondentų turėjo nebaigtą aukštąjį išsilavinimą, 26,8 proc. – vidurinį/spec. vidurinį. Nebaigtą vidurinį išsilavinimą turėjo tik nedidelė dalis respondentų (2,0 proc.) (1 pav.).

Daugiau kaip pusė vaikų (56,4 proc.) į gydymo įstaigą pateko skubos tvarka, 43,6 proc. atvejų hospitalizacija buvo planinė. Maždaug apie pusę (53,0 proc.) vaikų buvo hospitalizuota į vidaus ligų profilio skyrius, kiti (47,0 proc.) į chirurgijos profilio skyrius.



2 pav. Hospitalizuotų vaikų pasiskirstymas pagal hospitalizavimo tipą ir profilį

Hospitalizuotų vaikų pasiskirstymas pagal hospitalizavimo tipą ir profilį reikšmingai nesiskyrė tik stebėta, kad skubos tvarka vaikai šiek tiek dažniau buvo guldomi į vidaus ligų profilio skyrius, nei į chirurgijos (63,3 proc. vs 48,6 proc.) (2 pav.)

2.1.2. Tyrimo metodai

Norint išanalizuoti hospitalizuotų vaikų tėvų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę buvo atliktas tyrimas sudarytas iš dviejų dalių: mokslinės literatūros analizės ir kiekybinio tyrimo – anketinės apklausos. Literatūros analizėje buvo nagrinėjama sveikatos priežiūros kokybės samprata ir vertinimas, vaikų sveikatos priežiūra bei vaikų tėvai. Tyrimui atlikti, mokslo šaltinių ieškoma Klaipėdos universiteto prenumeruojamose duomenų bazėse (EBSCO, Medline ir kt) bei moksliniuose žurnaluose. Raktiniai žodžiai, kuriais buvo naudotasi ieškant mokslinės literatūros analizės: sveikatos priežiūros kokybė, tėvų nuomonė, hospitalizuoti vaikai.

Kiekybinis tyrimas buvo vykdomas anketine apklausa raštu. Anonimiškai buvo apklausti visi tyrime sutikę dalyvauti respondentai, kurių vaikai buvo hospitalizuojami per pastaruosius 6 mėn.

2.1.3. Tyrimo instrumentas

Pacientų apklausai taikyta anoniminė anketa-klausimynas. Moksliniam tyrimui naudotas Europos Picker instituto modifikuotas klausimynas stacionare gydytiems pacientams. Klausimai, atsižvelgiant į nacionalinę sveikatos priežiūros kokybės programą, buvo renkami iš Europos Picker instituto klausimų banko (angl. The Picker Patient Experience Questionnaire). Šis klausimynas yra visiškai viešas. Jį išvertė ir adaptavo Lietuvai dr. Daiva Brogienė savo daktaro disertacijoje. Klausimyno vertimas yra oficialus ir profesionalus, patvirtintas VU MF (Vilniaus universiteto, Medicinos fakulteto). Autorės leidimas gautas norint naudoti Lietuvai adaptuotą klausimyną (2 priedas). Klausimyno pavyzdys pateiktas prieduose (1 priedas).

Sveikatos priežiūros kokybės vertinimo klausimynas buvo pasirinktas šiam tyrimui, nes dauguma autorių, tokių kaip A. Kaziliūnas (2007), A. Kosinskienė, J. Ruževičius (2011), M. Sriubas (2013), R. Gurevičius (2015) ir kiti sąvoką sveikatos priežiūros kokybė apibūdina kaip pacientų (šiam tyrime hospitalizuotų vaikų tėvai yra paslaugų gavėjai, juos galima interpretuoti taip pat kaip pacientus, nes jie ir jų vaikai gauna sveikatos priežiūros paslaugas) pasitenkinimą ir lūkesčių išsipildymą. Kokybė yra nepastebima, kai ji gera ir negali būti nepastebėta, kai ji bloga. Ji yra atitikimo laipsnis tarp laukiamo ir gaunamo. Paciento nuomonė ir pasitenkinimas yra nebrangiai kainuojantis, neinvazyvus sveikatos priežiūros galutinio rezultato (angl. outcome) rodiklis. Pasitenkinimas atspindi du svarbiausius kokybės aspektus – technišką ir paslaugų teikėjų elgsenos su pacientu (Gurevičius, 2015).

Pasirinkto klausimyno rezultatai lengvai interpretuojami, nesudėtinga įvertinti problemiškas paslaugų kokybės sritis. Klausimynas apima visas pagrindines paslaugos kokybės matavimo kategorijas: resursus, procesą ir rezultatus. Klausimai turi aukštą išorinį pagrįstumą (ang. face

validity), paties klausimyno sudarymo pagrįstumą (ang. construct validity) bei aukštą vidinį patikimumą (ang. internal reliability consistency). Klausimyną sudarė 20 uždaro tipo klausimų, iš jų 17 atspindėjo suteiktą sveikatos priežiūros paslaugų, susijusių su personalo bendravimu, informacijos gavimu, sveikatos priežiūros darbo organizavimu ir koordinavimu, fizine aplinka, stacionarizavimo ir išrašymo procedūra, vertinimus. Likę trys klausimai atspindėjo sveikatos priežiūros kokybės vertinimą t.y. kaip hospitalizuotų vaikų tėvai vertino vaikui suteiktą sveikatos priežiūrą ligoninėje, savo vaiko sveikatos būklės pokytį išvykstant iš ligoninės bei nuomonę, ar rekomenduotų savo šeimos nariams ir artimiesiems gydytis šioje ligoninėje.

Atsakymai į klausimus buvo užkoduoti ir duomenys suvesti į SPSS statistinio duomenų paketo programos lentelę. Analizei respondentų atsakymai buvo dichotomizuoti, t.y. geri vertinimai (pvz.: labai gerai/gerai) koduojami „1“ ir laikomi teigiamu vertinimu, o blogi vertinimai ir kiti atsakymai koduojami „0“ ir laikomi neigiamu/ kita vertinimu.

Klausimyno tinkamumo įvertinimas. Klausimyno vidinio tinkamumo testavimui taikytas Cronbach'o Alfa koeficientas (ang. Cronbach's alpha). Cronbach'o Alfa koeficiento reikšmė iki 0,60 rodo žemą klausimyno homogeniškumą, nuo 0,60 iki 0,70 – pakankamą ir nuo 0,70 iki 0,90 – aukštą homogeniškumą. Klausimynas pasižymėjo aukštu vidiniu suderinamumu (Cronbach'o Alfa=0,733).

Statistinė duomenų analizė. Duomenų analizei naudotas statistikinis programų paketas „SPSS 17.0.1 for Windows“. Statistiniams ryšiams tarp požymių vertinti naudotas Chi-kvadrato kriterijus (χ^2) ir Spirmen'o ranginės koreliacijos koeficientas (r).

Sudarant sveikatos priežiūros kokybės vertinimą lemiančių veiksnių prognostinį modelį taikyta dvinarės (binarinės) logistinės regresijos analizė su atgalinės atrankos (Backward) metodu, kai skaičiavimas pradedamas su visais nepriklausomais kintamaisiais, pašalinant tolesnio darbo metu priklausomam kintamajam mažai įtakos turinčius nepriklausomus kintamuosius.

Sudarius regresijos lygtį, toliau, kaip nurodoma metodinėje literatūroje (Čėkanavičius, Murauskas, 2004; Connolly, 2006; Pallant, 2007; Blunch, 2008; Burns, Burns, 2008; Janilionis, 2011; Bilevičienė, Jonušauskas, 2011; Doane, Seward, 2011; ir kt.), įvertintos prielaidos regresinei analizei: įvertintas multikolinearumas (angl. Multicollinearity), įvertintos išskirtys, patikrinta, ar standartizuotų liekanų skirstinys yra normalusis, patikrinta, ar standartizuotų liekanų sąlyginė dispersija yra pastovi, autokoreliacija (liekamųjų paklaidų nepriklausomumo prielaida).

Naudoti statistinių hipotezių reikšmingumo lygmenys: kai $p < 0,05$ – reikšminga ir kai $p > 0,05$ (ns) – statistiškai nereikšminga.

Anketoje pateikti demografiniai klausimai sudaryti tyrimo autorės. Jais siekiama išsiaiškinti respondentų amžių, lytį išsilavinimą, gyvenamąją vietą bei jų vaikų lytį ir amžių. Šie klausimai padės išsiaiškinti, ar, pavyzdžiui, lytis ir respondentų amžius turi įtakos vertinant sveikatos priežiūros kokybę. Iš viso demografinių klausimų klausimyne yra 6. 2 iš jų yra atviro tipo (reikia įrašyti savo bei vaiko amžių) ir 4 uždaro tipo (reikia pasirinkti vieną atsakymo variantą).

Klausimyne pacientams pateikti klausimai sugrupuoti į grupes, kurių kiekviena atspindi tam tikrą paslaugų kokybės matavimo dimensiją – vieną iš sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo aspektų. Kiekvienas faktorius įvardytas tam tikra kokybės matavimo dimensija. Pirmasis faktorius apima pacientų ir gydytojų bendravimo santykius, antrasis – sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą ir koordinavimą. Trečiąjį faktorių sudaro klausimai, priklausantys išvykimo iš ligoninės procedūrai. Ketvirtąjį – fizinės aplinkos ir komforto vertinimas. Struktūrizuota kokybės vertinimo dimensijų ir indikatorių matrica pateikta 2 lentelėje.

2 lentelė. Dimensijų ir indikatorių matrica

Eil. Nr.	Paslaugos kokybės faktorius/ dimensija	Paslaugos kokybės indikatorius/klausimas
I.	Gydytojų ir pacientų bendravimas 5 klausimai	14.Kiek informacijos apie Jūsų vaiko būklę ar gydymą Jums buvo pateikta? 15.Kai Jums kildavo svarbių klausimų gydytojui, ar gaudavote Jums suprantamus atsakymus? 16.Kartais ligoninėje vienas personalo darbuotojas sako vieną, o kitas pasako visiškai kitaip. Ar tai buvo atsitikę Jums? 24.Ar jaučiate kad ligoninėje vaikas buvo gydytas atsakingai ir pagarbiai? 25.Ar Jūs pasitikėjote vaiką gydančiais gydytojais?
II.	Sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas/koordinavimas 6 klausimai	12.Ar Jūs suradote kažką iš ligoninės personalo pakalbėti apie Jūsų rūpesčius ir būgštavimus dėl vaiko sveikatos būklės ar gydymo? 13.Ar buvo pakankamai privatumo, aptariant Jūsų vaiko būklę ar gydymą? 17.Ar jūs dalyvavote sprendimų apie Jūsų vaiko priežiūrą ir gydymą priėmime tiek, kiek norėjote? 18.Jeigu Jūsų šeima ar artimas asmuo norėjo pasikalbėti su gydytoju, ar jie turėjo pakankamai galimybių tai padaryti? 20.Ar paskirti tyrimai (rentgenologiniai, echoskopijos ir kt.) buvo atliekami laiku? 21.Ar Jūs galvojate, kad ligoninės personalas padarė viską, kad padėtų vaikui kontroliuoti (sumažinti) skausmą?

III.	Išrašymo procedūra	22.Ar išvykimo iš ligoninės dieną jūsų vaiko išrašymas buvo užlaikytas dėl kokių nors priežasčių? 23.Kiek truko užlaikymas?
	2 klausimai	
IV.	Fizinė aplinka	8.Atvykę į ligoninę kiek laiko laukėte iki patekote į palatą? 9.Ar Jus ir Jūsų vaiką vargino ligoninėje naktį keliamas triukšmas? 10.Ar tualetai ir vonių kambariai, kuriais Jūs naudojotės ligoninėje, buvo švarūs? 11.Kaip vertinate ligoninės maistą?
	4 klausimai	

Šaltinis: Brogienė, 2010.

Bendrą sveikatos priežiūros kokybės vertinimą padėjo atspindėti trys klausimai – paciento nuomonė apie suteiktą sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ligoninėje, paciento rekomendacijos savo artimiesiems gydytis šioje ligoninėje bei paciento sveikatos būklės kitimą atvykus į ligoninę ir išvykstant.

2.1.4. Tyrimo procesas/eiga

Visas magistro baigiamasis darbas rengiamas nuo 2017 m. rugsėjo mėn. iki 2019 m. gegužės mėn. Tyrimo procesas susidėjo iš 8 etapų (Mockienė, 2014). Baigiamojo darbo eiga:

1. Temos pasirinkimas. 2017 m. spalio mėnuo.
2. Mokslo šaltinių atranka, analizė ir ataskaitos rašymas. Buvo atliekama kruopšti mokslinių straipsnių analize pasirinkta tema. Literatūros analizės tikslas – išanalizuoti naujausius mokslinius straipsnius pasirinkto tyrimo tema bei pagrįsti būsimą tyrimą. Šaltinių buvo ieškoma NATIONAL Library of Medicine, PubMed, EBSCOhost, Medline ir kt. duomenų bazėse. Pateikiamas iki 2018 m. gegužės mėn.
3. Tyrimo plano rengimas ir instrumento paieška. Pagal iškeltą tyrimo tikslą bei uždavinius buvo pasirinktas tyrimo instrumentas: Picker instituto klausimynas adaptuotas Lietuvai autorės Dr. Daivos Brogienės. Gautas autorės leidimas naudojimui (2 priedas). Išsirenkamas ir sudaromas iki 2018 m. spalio mėn.
4. Tyrimo duomenų rinkimas. Apklausos vykdymas. Pasirinktose sveikatos priežiūros paslaugų teikimo įstaigose, gavus vadovų leidimus, išdalintos apklausos anketos. Jas padėjo išdalinti ligoninėje bei klinikoje dirbančios slaugytojos. Respondentai anketas pildė patys. Jos buvo įteikiamos pildyti vaiko išrašymo iš ligoninės dieną arba klinikoje sužinojus jog vaikas per pastaruosius 6 mėn. buvo hospitalizuojamas. Respondento sutikimas dalyvauti apklausoje buvo žodinis. 2018 m. lapkričio mėn. – 2019 m. vasario mėn.

5. Tyrimo duomenų analizė, rezultatų interpretavimas bei pateikimas. Apdorojami gauti duomenys. Atsakymai į klausimus buvo užkoduoti ir duomenys suvesti į SPSS statistinio duomenų paketo programos lenteles, statistiniam duomenų apdorojimui ir analizei. 2019 m. vasario mėn.
6. Tyrimo rezultatų aptarimas, palyginimas. Aptariami ir išskiriami svarbiausi gauti rezultatai. 2019 m. vasario – kovo mėn.
7. Išvadų ir rekomendacijų parengimas. 2019 m. balandžio mėn.
8. Baigiamojo darbo ataskaitos parengimas. 2019 m. gegužės mėn.

2.1.5. Tyrimo etika

Tyrimui atlikti 2018 m. spalio mėn., gautas Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Slaugos katedros Etikos komisijos leidimas. Tam, kad pradėti tyrimą pasirinktose įstaigose buvo kreiptasi Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto vardu į vadovą, prieš tai informavus ir supažindinus su vykdomo tyrimo tikslais, prašant leisti atlikti įstaigoje magistrinio darbo tyrimą.

Tyrimo metu buvo vadovautasi bendraisiais etikos principais: autonomiškumo, privatumo, konfidencialumo, nežalingumo (WMA Declaration of Helsinki, 2008). Taip užtikrinant tiriamųjų ir tyrėjo saugumą. Atliekant apklausą buvo stengiamasi pasirūpinti tyrimo dalyviu ir jo gerove.

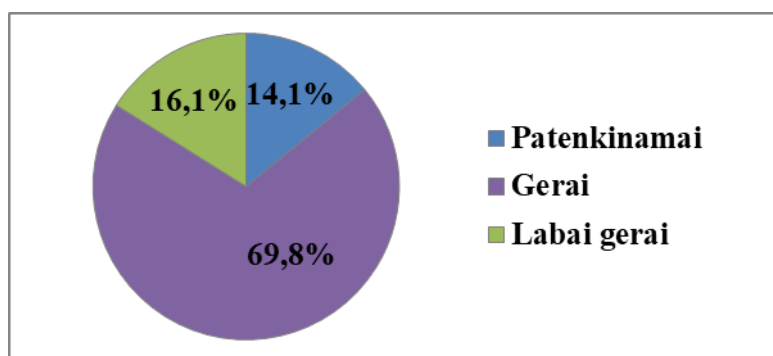
Respondentai tyrime dalyvavo savanoriškai (savanoriškumo principas), bet kuriuo metu turėjo teisę atsisakyti dalyvauti tyrime. Jiems buvo paaiškinta tyrimo tema, tikslas (pagarbos principas), bei tai jog anketa yra anoniminė (anonimiškumo principas). Buvo garantuota, kad tyrėjas neatskleis klausimyne pateiktų duomenų apie asmenį ir surinktus duomenis, taip pat jog tyrimo metu gauti rezultatai bus naudojami tik apibendrinimo formoje – gautiems rezultatams apibendrinti, palyginti ir rekomendacijoms pateikti (konfidencialumo principas).

2.2. Tyrimo rezultatai

Analizei respondentų duomenys suvesti i SPSS statistinio duomenų paketo programos lentelę. Respondentų atsakymai buvo dichotomizuoti t.y. geri vertinimai (labai gerai/gerai) koduojami „1“ ir laikomi teigiamu vertinimu, blogi vertinimai ir kiti atsakymai (nežinau) koduojami „0“ ir laikomi neigiamu/kita vertinimu. Naudotas statistinių hipotezių reikšmingumo lygmenys: kai $p < 0,05$ – reikšminga ir kai $p > 0,05$ (ns) – statistiškai nereikšminga.

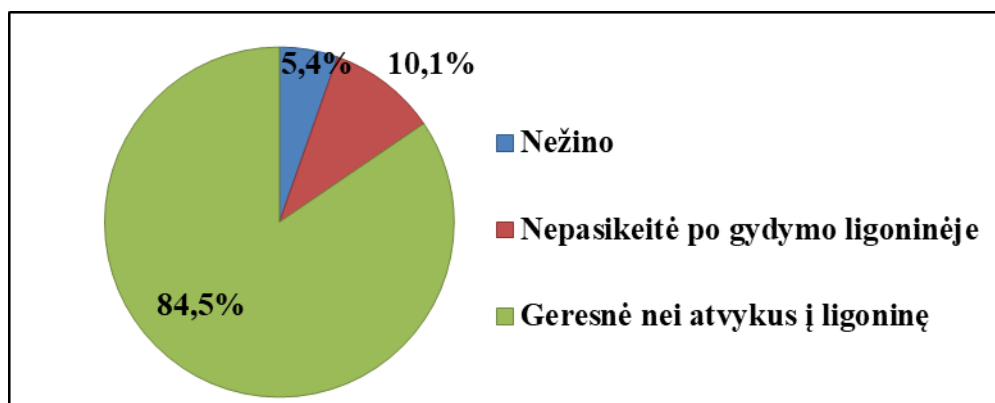
2.2.1. Hospitalizuotų vaikų tėvų nuomonė apie gautas sveikatos priežiūros paslaugas

Respondentų buvo prašoma įvertinti suteiktos jų vaikams sveikatos priežiūros kokybę bendrai. Nustatyta, kad didžioji dauguma (83,9 proc.) respondentų vertino ją gerai – iš jų 69,8 proc. gerai ir 16,1 proc. labai gerai. Likusieji respondentai (14,1 proc.) sveikatos priežiūrą ligoninėje vertino patenkinamai (3 pav.).



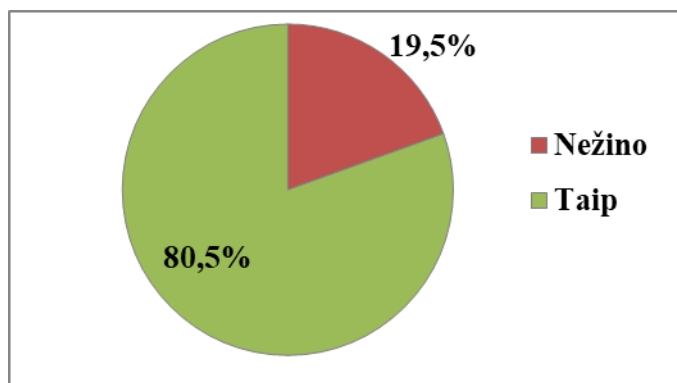
3 pav. Hospitalizuotų vaikų tėvų pasiskirstymas pagal sveikatos priežiūros vertinimą

Nagrinėjant antrąją sveikatos priežiūros kokybės vertinimo charakteristiką, respondentų buvo klausama, ar pasikeitė jų vaikų sveikatos būklė išvykstant iš ligoninės – daugumos (84,5 proc.) nuomone, vaikų sveikatos būklė buvo geresnė išvykstant iš ligoninės nei atvykus į ligoninę (4 pav.).



4 pav. Hospitalizuotų vaikų tėvų pasiskirstymas pagal jų vaikų sveikatos būklės pokyčio išvykstant iš ligoninės vertinimą

10,1 proc. respondentų nuomone, jų vaikų sveikatos būklė išvykstant iš ligoninės nepasikeitė po gydymo, o 5,4 proc. respondentų buvo sunku spręsti apie savo vaiko sveikatos būklės pokyčius (4 pav.).



5 pav. Hospitalizuotų vaikų tėvų pasiskirstymas pagal nuomonę dėl rekomendacijos savo šeimos nariams ir artimiesiems gydytis šioje ligoninėje

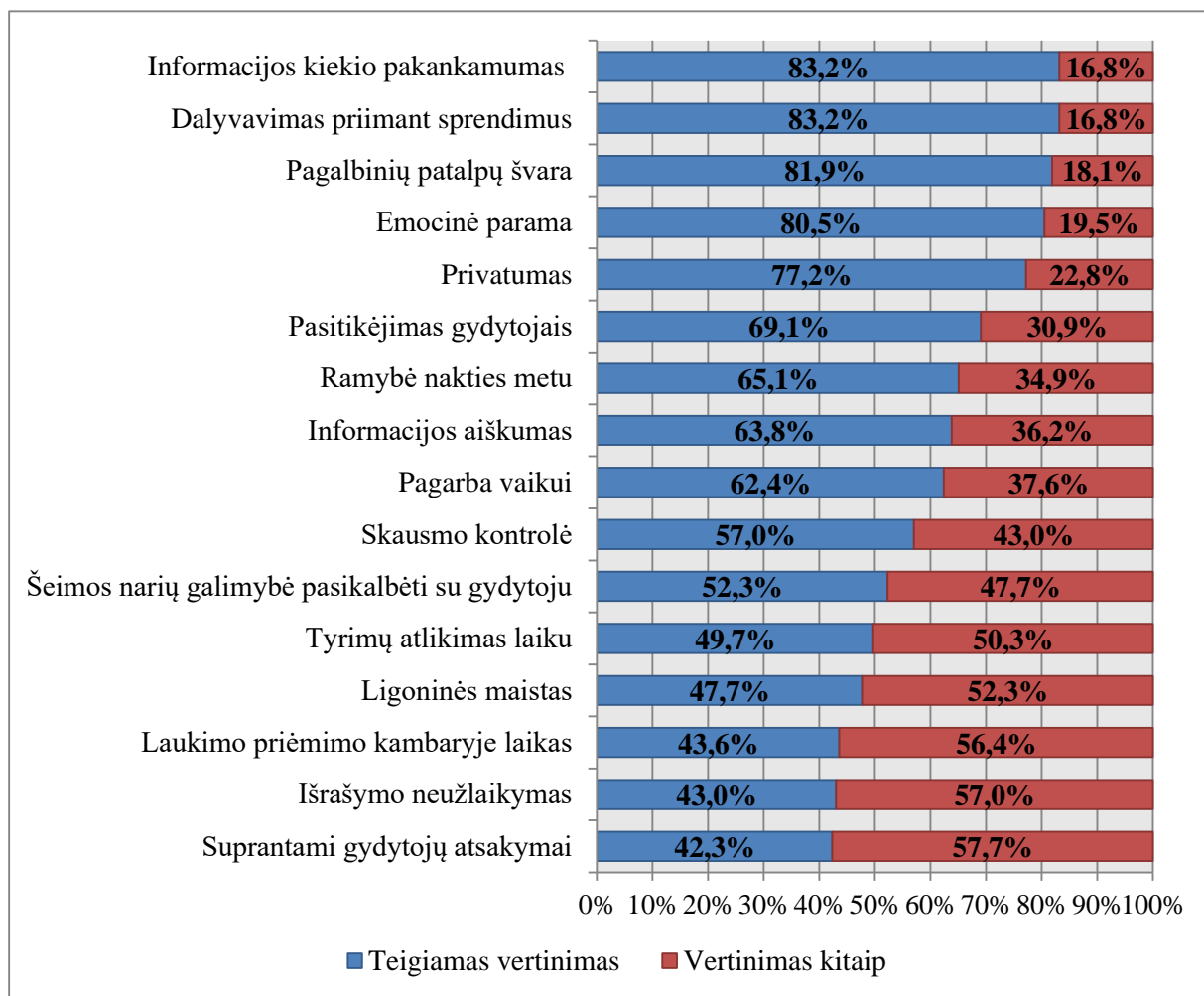
Ketinimas rekomenduoti gydymo įstaigą šeimos nariams ir artimiesiems rodo, kad asmuo teigiamai vertina jam suteiktą sveikatos priežiūrą. Iš apklausos duomenų matyti, kad 80,5 proc. respondentų rekomenduočiau savo artimiesiems šią ligoninę, kurioje gydėsi jų vaikai. 19,5 proc. respondentų neturėjo nuomonės šiuo klausimu, o nerekomenduojančių nebuvo (5 pav.).

Tolimesnėje analizėje vaiko sveikatos priežiūros bendras vertinimas ir vaiko sveikatos būklės pokyčio vertinimas išvykstant iš ligoninės buvo perkoduoti į binarinius rodiklius, kur reikšmė „1“ atitiko teigiamą vertinimą (labai gerai/gerai; geresnė nei atvykus į ligoninę), o „0“ - vertinimą kitaip (patenkinamai; nežinau/ nepasikeitė po gydymo ligoninėje).

Tyrimo metu siekiant išsiaiškinti tėvų nuomonę apie suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas, šių paslaugų vertinimai taip pat buvo dichotomizuoti. Atlikto tyrimo duomenų analizė parodė, kad dauguma paslaugų buvo pakankamai gerai vertinama (6 pav.).

Tyrimo rezultatai parodė, kad didžioji dauguma respondentų buvo patenkinti informacijos kiekio pakankamumu (83,2 proc.), galimybe dalyvauti priimant sprendimus (83,2 proc.), pagalbinių patalpų švara (81,9 proc.), emocine parama (80,5 proc.), privatumu (77,2 proc.) (6 pav.).

Daugiau nei pusė respondentų pasitikėjo gydančiais gydytojais (69,1 proc.), buvo patenkinti ramybe nakties metu (65,1 proc.), suteiktos informacijos aiškumu (63,8 proc.), pagarba vaikui (62,4 proc.), skausmo kontrole (57,0 proc.), galimybe pasikalbėti su gydytoju šeimos nariams (52,3 proc.) (6 pav.).



6 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas hospitalizuotų vaikų tėvų požiūriu

Tokias paslaugas kaip gydytojų atsakymų suprantamumą (42,3 proc.), išrašymo neužlaikymą (43,0 proc.), laukimo priėmimo kambaryje laiką (nelaukė ar laukė mažiau nei 20 min.) (43,6 proc.), ligoninės maistą (47,7 proc.) ir savalaikį tyrimų atlikimą (49,7 proc.) palankiai vertino mažiau nei pusė respondentų (6 pav.).

3 lentelė. Pagrindinių sveikatos priežiūros kokybės charakteristikų teigiamų vertinimų pasiskirstymas priklausomai nuo hospitalizacijos tipo

Charakteristikos	Hospitalizacijos tipas		χ^2	p
	Skubos	Planinė		
Pasitenkinimas vaikui suteikta sveikatos priežiūra	72(85,7%)	56(86,2%)	0,01	0,939
Vaiko sveikatos būklės pagerėjimas išvykstat iš ligoninės	77(91,7%)	49(75,4%)	7,44	0,006
Gydymo įstaigos rekomendavimas	72(85,7%)	48(73,8%)	3,29	0,070

Analizuojant pagrindinių sveikatos priežiūros kokybės charakteristikų teigiamų vertinimų pasiskirstymą priklausomai nuo hospitalizacijos tipo nustatytas statistiškai reikšmingas ($p < 0,05$) vaiko sveikatos būklės išvykstant iš ligoninės pagerėjimo vertinimo skirtumas – skubos tvarkos paguldytų vaikų tėvai žymiai dažniau akcentavo vaikų sveikatos būklės pagerėjimą išvykstant nei tėvai, kurių vaikai buvo paguldyti planine tvarka (91,7 proc. vs 75,4 proc.: $\chi^2=7,44$ $p=0,006$).

Suteiktos priežiūros ligoninėje vertinimas ir rekomendavimas šios įstaigos savo artimiesiems nepriklausė nuo hospitalizacijos tipo (3 lentelė).

4 lentelė. Sveikatos priežiūros paslaugų teigiamų vertinimų pasiskirstymas priklausomai nuo hospitalizacijos tipo

Paslaugos	Hospitalizacijos tipas		χ^2	p
	Skubos	Planinė		
Laukimo laikas priėmimo skyriuje	38(45,2%)	27(41,5%)	0,20	0,652
Ramybė nakties metu	60(71,4%)	37(56,9%)	3,39	0,065
Pagalbinių patalpų švara	68(81,0%)	54(83,1%)	0,11	0,738
Ligoninės maistas	41(48,8%)	30(46,2%)	0,10	0,748
Išrašymo neužlaikymas	42(50,0%)	22(33,8%)	3,90	0,048
Informacijos pakankamumas	69(82,1%)	55(84,6%)	0,16	0,689
Gydytojų atsakymų suprantamumas	41(48,8%)	22(33,8%)	3,36	0,067
Informacijos aiškumas	51(60,7%)	44(67,7%)	0,77	0,380
Dalyvavimas priimant sprendimus	68(81,0%)	56(86,2%)	0,712	0,399
Šeimos narių galimybė pasikalbėti su gydytoju	47(56,0%)	31(47,7%)	1,00	0,317
Tyrimų atlikimas laiku	44(52,4%)	30(46,2%)	0,57	0,451
Skausmo kontrolė	47(56,0%)	38(58,5%)	0,09	0,759
Emocinis palaikymas	70(83,3%)	50(76,9%)	0,96	0,327
Privatumas	70(83,3%)	45(69,2%)	4,14	0,042
Pagarba vaikui	55(65,5%)	38(58,5%)	0,77	0,381
Pasitikėjimas gydančiais gydytojais	59(70,2%)	44(67,7%)	0,11	0,739

Analizuojant konkrečių sveikatos priežiūros paslaugų vertinimus priklausomai nuo hospitalizacijos tipo nustatyti statistiškai reikšmingi išrašymo neužlaikymo (skubos tvarka grupėje patenkintų buvo 50,0 proc., planinės tvarkos grupėje - 33,8 proc.: $\chi^2=3,90$ p=0,048) ir *privatumo* (skubos tvarka grupėje patenkintų buvo 83,3 proc., planinės tvarkos grupėje – 69,2 proc.: $\chi^2=4,14$ p=0,042) vertinimų skirtumai – skubos tvarka paguldytų vaikų tėvai žymiai dažniau buvo patenkinti privatumu ir išrašymo neužlaikymu nei tėvai, kurių vaikai buvo paguldyti planine tvarka (4 lentelė).

5 lentelė. Pagrindinių sveikatos priežiūros kokybės charakteristikų teigiamų vertinimų pasiskirstymas priklausomai nuo hospitalizacijos profilio

Charakteristikos	Profilis		χ^2	p
	Chirurgijos	Vidaus ligų		
Pasitenkinimas vaikui suteikta sveikatos priežiūra	61(87,1%)	67(84,8%)	0,17	0,683
Vaiko sveikatos būklės pagerėjimas išvykstat iš ligoninės	58(82,9%)	68(86,1%)	0,30	0,587
Gydymo įstaigos rekomendavimas	57(81,4%)	63(79,7%)	0,07	0,796

Analizuojant suteiktos priežiūros ligoninėje, vaiko sveikatos būklės pokyčio išvykstant iš ligoninės vertinimus ir šios įstaigos rekomendavimą priklausomai nuo hospitalizacijos profilio statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta – sveikatos priežiūros, vaiko sveikatos būklės pokyčio išvykstant vertinimai ir gydymo įstaigos rekomendavimas savo artimiesiems nepriklausė nuo hospitalizacijos profilio (5 lentelė).

6 lentelė. Sveikatos priežiūros paslaugų teigiamų vertinimų pasiskirstymas priklausomai nuo hospitalizacijos profilio

Paslaugos	Profilis		χ^2	p
	Chirurgijos	Vidaus ligų		
Laukimo laikas priėmimo skyriuje	27(38,6%)	38(48,1%)	1,37	0,242
Ramybė nakties metu	44(62,9%)	53(67,1%)	0,29	0,589
Pagalbinių patalpų švara	58(82,9%)	64(81,0%)	0,09	0,770
Ligoninės maistas	32(45,7%)	39(49,4%)	0,20	0,656
Išrašymo neužlaikymas	24(34,3%)	40(50,6%)	4,05	0,044
Informacijos pakankamumas	60(85,7%)	64(81,0%)	0,59	0,443
Gydytojų atsakymų suprantamumas	34(48,6%)	29(36,7%)	2,14	0,143
Informacijos aiškumas	50(71,4%)	45(57,0%)	3,36	0,067
Dalyvavimas priimant sprendimus	60(85,7%)	64(81,0%)	0,59	0,443
Šeimos narių galimybė pasikalbėti su gydytoju	38(54,3%)	40(50,6%)	0,20	0,656
Tyrimų atlikimas laiku	41(58,6%)	33(41,8%)	4,19	0,041
Skausmo kontrolė	45(64,3%)	40(50,6%)	2,82	0,093
Emocinis palaikymas	58(82,9%)	62(78,5%)	0,45	0,501
Privatumas	49(70,0%)	66(83,5%)	3,87	0,049
Pagarba vaikui	48(68,6%)	45(57,0%)	2,13	0,144
Pasitikėjimas gydančiais gydytojais	54(77,1%)	49(62,0%)	3,97	0,046

Tyrimo metu nustatyti statistiškai reikšmingi *išrašymo neužlaikymo* (chirurgijos profilio grupėje patenkintų buvo 34,3 proc., vidaus ligų profilio grupėje – 50,6 proc.: $\chi^2=4,05$ p=0,044), *tyrimų atlikimo laiku* (chirurgijos profilio grupėje patenkintų buvo 58,6 proc., vidaus ligų profilio grupėje – 41,8 proc.: $\chi^2=4,19$ p=0,041) ir *pasitikėjimo gydančiais gydytojais* (chirurgijos profilio grupėje patenkintų buvo 77,1 proc., vidaus ligų profilio grupėje – 62,0 proc.: $\chi^2=3,97$ p=0,046) vertinimų skirtumai – chirurgijos profilio skyriuose gydomų vaikų tėvai žymiai dažniau buvo patenkinti tyrimų atlikimo laiku, dažniau pasitikėjo gydančiais gydytojais, tačiau jie dažniau buvo užlaikomi išrašymo metu nei vidaus ligų skyriuose gydomų vaikų tėvai (6 lentelė).

2.2.2. Hospitalizuotų vaikų tėvų nuomonės apie gautas sveikatos priežiūros paslaugas sąsajos su demografiniais faktoriais

Analizuojant hospitalizuotų vaikų tėvų nuomonę apie sveikatos priežiūros kokybę priklausomai nuo lyties nustatyta, kad pagrindinių sveikatos priežiūros kokybės charakteristikų vertinimai reikšmingai nesiskyrė - vyrai ir moterys jas vertino panašiai (7 lentelė).

7 lentelė. Pagrindinių sveikatos priežiūros kokybės charakteristikų teigiamų vertinimų pasiskirstymas priklausomai nuo hospitalizuotų vaikų tėvų lyties

Charakteristikos	Vyrai	Moterys	χ^2	p
Pasitenkinimas vaikui suteikta sveikatos priežiūra	27(96,4%)	101(83,5%)	3,15	0,127
Vaiko sveikatos būklės pagerėjimas išvykstat iš ligoninės	24(85,7%)	102(84,3%)	0,04	0,852
Gydymo įstaigos rekomendavimas	24(85,7%)	96(79,3%)	0,59	0,443

Analizuojant konkrečių sveikatos priežiūros paslaugų vertinimus priklausomai nuo respondentų lyties nustatyti statistiškai reikšmingi *informacijos aiškumo* (vyrų grupėje teigiamai

vertino 82,1 proc., moterų grupėje – 59,5 proc.: $\chi^2=5,04$ $p=0,025$), šeimos narių galimybę pasikalbėti su gydytoju (vyrų grupėje teigiamai vertino 71,4 proc., moterų grupėje – 47,9 proc.: $\chi^2=5,03$ $p=0,025$) ir laukimo laiką priėmimo skyriuje (vyrų grupėje teigiamai vertino 25,0 proc., moterų grupėje – 47,9 proc.: $\chi^2=4,86$ $p=0,027$) vertinimų skirtumai – teigiamai vertinančių suteiktos informacijos aiškumą ir šeimos narių galimybę pasikalbėti su gydytoju buvo žymiai daugiau tarp vyrų nei tarp moterų, tačiau teigiamai vertinančių laukimo laiką priėmimo skyriuje buvo žymiai dažniau tarp moterų nei tarp vyrų (8 lentelė).

8 lentelė. Sveikatos priežiūros paslaugų teigiamų vertinimų pasiskirstymas priklausomai nuo hospitalizuotų vaikų tėvų lyties

Paslaugos	Vyrai	Moterys	χ^2	p
Laukimo laikas priėmimo skyriuje	7(25,0%)	58(47,9%)	4,86	0,027
Ramybė nakties metu	18(64,3%)	79(65,3%)	0,01	0,920
Pagalbinių patalpų švara	26(92,9%)	96(79,3%)	2,80	0,094
Ligoninės maistas	14(50,0%)	57(47,1%)	0,08	0,782
Išrašymo neužlaikymas	15(53,6%)	49(40,5%)	1,59	0,208
Informacijos pakankamumas	26(92,9%)	98(81,0%)	2,29	0,166
Gydytojų atsakymų suprantamumas	13(46,4%)	50(41,3%)	0,24	0,622
Informacijos aiškumas	23(82,1%)	72(59,5%)	5,04	0,025
Dalyvavimas priimant sprendimus	25(89,3%)	99(81,8%)	0,91	0,341
Šeimos narių galimybė pasikalbėti su gydytoju	20(71,4%)	58(47,9%)	5,03	0,025
Tyrimų atlikimas laiku	15(53,6%)	59(48,8%)	0,21	0,646
Skausmo kontrolė	19(67,9%)	66(54,5%)	1,64	0,200
Emocinis palaikymas	22(78,6%)	98(81,0%)	0,09	0,771
Privatumas	23(82,1%)	92(76,0%)	0,48	0,488
Pagarba vaikui	21(75,0%)	72(59,5%)	2,33	0,127
Pasitikėjimas gydančiais gydytojais	22(78,6%)	81(66,9%)	1,44	0,230

Pagrindinių sveikatos priežiūros kokybės charakteristikų vertinimai nepriklausė nuo hospitalizuotų vaikų lyties (9 lentelė).

9 lentelė. Pagrindinių sveikatos priežiūros kokybės charakteristikų teigiamų vertinimų pasiskirstymas priklausomai nuo hospitalizuotų vaikų lyties

Charakteristikos	Berniukų tėvai	Mergaičių tėvai	χ^2	p
Pasitenkinimas vaikui suteikta sveikatos priežiūra	60(82,2%)	68(89,5%)	1,63	0,202
Vaiko sveikatos būklės pagerėjimas išvykstat iš ligoninės	60(82,2%)	66(86,8%)	0,62	0,432
Gydymo įstaigos rekomendavimas	57(78,1%)	63(82,9%)	0,55	0,458

Tyrimo rezultatai parodė, kad beveik visų paslaugų, išskyrus išrašymo neužlaikymą, vertinimai nepriklausė nuo hospitalizuotų vaikų lyties. Tarp berniukų tėvų buvo žymiai daugiau teigiamai vertinančių išrašymo laiką nei tarp mergaičių tėvų (berniukų tėvų grupėje teigiamai vertino 52,1 proc., mergaičių tėvų grupėje – 34,2 proc.: $\chi^2=4,84$ $p=0,028$) (10 lentelė).

10 lentelė. Sveikatos priežiūros paslaugų teigiamų vertinimų pasiskirstymas priklausomai nuo hospitalizuotų vaikų lyties

Paslaugos	Berniukų tėvai	Mergaičių tėvai	χ^2	p
Laukimo laikas priėmimo skyriuje	30(41,1%)	35(46,1%)	0,37	0,542
Ramybė nakties metu	52(71,2%)	45(59,2%)	1,87	0,172
Pagalbinių patalpų švara	61(83,6%)	61(80,3%)	0,27	0,601
Ligoninės maistas	35(47,9%)	36(47,4%)	0,01	0,944
Išrašymo neužlaikymas	38(52,1%)	26(34,2%)	4,84	0,028
Informacijos pakankamumas	63(86,3%)	61(80,3%)	0,97	0,324
Gydytojų atsakymų suprantamumas	31(42,5%)	32(42,1%)	0,002	0,964
Informacijos aiškumas	45(61,6%)	50(65,8%)	0,28	0,599
Dalyvavimas priimančiam sprendimui	61(83,6%)	63(82,9%)	0,01	0,913
Šeimos narių galimybė pasikalbėti su gydytoju	34(46,6%)	44(57,9%)	1,91	0,167
Tyrimų atlikimas laiku	39(53,4%)	35(46,1%)	0,81	0,368
Skausmo kontrolė	42(57,5%)	43(56,6%)	0,01	0,906
Emocinis palaikymas	58(79,5%)	62(81,6%)	0,11	0,743
Privatumas	54(74,0%)	61(80,3%)	0,84	0,360
Pagarba vaikui	44(60,3%)	49(64,5%)	0,28	0,597
Pasitikėjimas gydančiais gydytojais	50(68,5%)	53(69,7%)	0,03	0,870

Spearman'o koreliacijų analizė parodė, kad tokių pagrindinių sveikatos priežiūros kokybės charakteristikų kaip *sveikatos priežiūros bendras vertinimas* ($r=0,17$ $p=0,039$) ir *vaiko sveikatos būklės pokyčio išvykstant vertinimas* ($r=0,21$ $p=0,011$) reikšmingai buvo susiję su respondentų amžiumi – jas žymiai dažniau teigiamai vertino vyresni respondentai nei jaunesni.

Tuo tarpu įstaigos rekomendavimo šeimos nariams ir artimiesiems nepriklausė nuo respondentų amžiaus. Taip pat šios charakteristikos nepriklausė ir nuo hospitalizuotų vaikų amžiaus (11 lentelė).

11 lentelė. Tėvų ir vaikų amžiaus įtaka pagrindinių sveikatos priežiūros kokybės charakteristikų vertinimui

Charakteristikos/ paslaugos	Amžius		Vaiko amžius	
	r	p	r	p
Pasitenkinimas vaikui suteikta sveikatos priežiūra	0,17	0,039	0,06	ns
Vaiko sveikatos būklės pagerėjimas išvykstat iš ligoninės	0,21	0,011	0,10	ns
Gydymo įstaigos rekomendavimas	-0,04	ns	-0,11	ns

ns- statistiškai nereikšmingas ryšis

Tokių sveikatos priežiūros kokybės indikatorių (paslaugų) kaip *ramybės nakties metu* ($r=0,28$ $p=0,001$; $r=0,24$ $p=0,003$), *informacijos pakankamumo* ($r=0,19$ $p=0,019$; $p=0,18$ $p=0,027$) ir *pasitikėjimo gydančiais gydytojais* ($r=0,26$ $p=0,002$; $r=0,28$ $p=0,001$) vertinimai priklausė nuo respondentų amžiaus ir jų vaikų amžiaus – šiuos veiksnius teigiamai vertino žymiai dažniau vyresni tėvai ir vyresnių vaikų tėvai (12 lentelė).

12 lentelė. Tėvų ir vaikų amžiaus įtaka pagrindinių sveikatos priežiūros kokybės paslaugų vertinimui

Charakteristikos/ paslaugos	Amžius		Vaiko amžius	
	r	p	r	p
Paslaugos:				
Laukimo laikas priėmimo skyriuje	-0,01	ns	0,00	ns
Ramybė nakties metu	0,28	0,001	0,24	0,003
Pagalbinių patalpų švara	0,12	ns	0,05	ns
Ligoninės maistas	0,00	ns	0,00	ns
Emocinis palaikymas	-0,13	ns	-0,05	ns
Privatumas	0,18	0,029	0,10	ns
Informacijos pakankamumas	0,19	0,019	0,18	0,027
Gdytojų atsakymų suprantamumas	0,06	ns	0,13	ns
Informacijos aiškumas	0,14	ns	0,23	0,005
Dalyvavimas priimant sprendimus	0,03	ns	-0,08	ns
Šeimos narių galimybė pasikalbėti su gydytoju	0,02	ns	-0,05	ns
Tyrimų atlikimas laiku	0,03	ns	0,03	ns
Skausmo kontrolė	-0,05	ns	-0,01	ns
Išrašymo neužlaikymas	0,09	ns	-0,03	ns
Pagarba vaikui	-0,01	ns	-0,05	ns
Pasitikėjimas gydančiais gydytojais	0,26	0,002	0,28	0,001

ns- statistiškai nereikšmingas ryšis

Privatumą (r=0,18 p=0,029) teigiamai vertino žymiai dažniau vyresni respondentai nei jaunesni, o *informacijos aiškumą* (r=0,23 p=0,005) – žymiai dažniau vyresnių vaikų tėvai nei jaunesnių (12 lentelė).

Analizuojant hospitalizuotų vaikų tėvų sveikatos priežiūros kokybės pagrindinių charakteristikų vertinimus priklausomai nuo jų išsilavinimo nustatyta, kad *vaiko sveikatos būklės pokyčio išvykstant vertinimas* priklausė nuo respondentų išsilavinimo – išsilavinimui didėjant žymiai dažniau stebėtas ir teigiamas šios sveikatos priežiūros kokybės charakteristikos vertinimas (su viduriu/spec. viduriniu išsilavinimu grupėje 72,5 proc., su nebaigtu aukštuoju grupėje – 83,3 proc. ir su aukštuoju grupėje – 92,2 proc.: $\chi^2=7,23$ p=0,027) (13 lentelė).

13 lentelė. Pagrindinių sveikatos priežiūros kokybės charakteristikų teigiamų vertinimų pasiskirstymas priklausomai nuo hospitalizuotų vaikų tėvų išsilavinimo

Charakteristikos	Vidurinis/ spec. vidurinis	Nebaigtas aukštasis	Aukštasis	χ^2	p
Pasitenkinimas vaikui suteikta sveikatos priežiūra	34(85,0%)	35(83,3%)	56(87,5%)	0,38	0,829
Vaiko sveikatos būklės pagerėjimas išvykstat iš ligoninės	29(72,5%)	35(83,3%)	59(92,2%)	7,23	0,027
Gydymo įstaigos rekomendavimas	37(92,5%)	32(76,2%)	49(76,6%)	4,85	0,088

14 lentelė. Sveikatos priežiūros paslaugų teigiamų vertinimų pasiskirstymas priklausomai nuo hospitalizuotų vaikų tėvų išsilavinimo

Charakteristikos	Vidurinis/ spec. vidurinis	Nebaigtas aukštasis	Aukštasis	χ^2	p
Laukimo laikas priėmimo skyriuje	15(37,5%)	20(47,6%)	29(45,3%)	0,95	0,621
Ramybė nakties metu	26(65,0%)	23(54,8%)	45(70,3%)	2,68	0,261
Pagalbinių patalpų švara	31(77,5%)	35(83,3%)	53(82,8%)	0,59	0,744
Ligoninės maistas	21(52,5%)	18(42,9%)	30(46,9%)	0,77	0,680
Išrašymo neužlaikymas	18(45,0%)	15(35,7%)	29(45,3%)	1,10	0,577
Informacijos pakankamumas	30(75,0%)	33(78,6%)	58(90,6%)	5,01	0,082
Gydytojų atsakymų suprantamumas	20(50,0%)	14(33,3%)	28(43,8%)	2,41	0,300
Informacijos aiškumas	24(60,0%)	25(59,5%)	43(67,2%)	0,85	0,653
Dalyvavimas priimant sprendimus	32(80,0%)	33(78,6%)	56(87,5%)	1,75	0,418
Šeimos narių galimybė pasikalbėti su gydytoju	20(50,0%)	20(47,6%)	36(56,3%)	0,85	0,654
Tyrimų atlikimas laiku	20(50,0%)	21(50,0%)	32(50,0%)	0,00	1,000
Skausmo kontrolė	23(57,5%)	30(71,4%)	29(45,3%)	7,07	0,029
Emocinis palaikymas	30(75,0%)	33(78,6%)	54(84,4%)	1,45	0,484
Privatumas	29(72,5%)	30(71,4%)	56(87,5%)	5,21	0,074
Pagarba vaikui	22(55,0%)	34(81,0%)	35(54,7%)	8,71	0,013
Pasitikėjimas gydančiais gydytojais	27(67,5%)	29(69,0%)	45(70,3%)	0,09	0,955

Analizuojant konkrečių sveikatos priežiūros paslaugų vertinimus priklausomai nuo respondentų išsilavinimo nustatyti statistiškai reikšmingi *skausmo kontrolės* (su nebaigtu aukštuoju išsilavinimu grupėje teigiamai vertino 71,4 proc., su viduriniu/spec. viduriniu grupėje – 57,5 proc. ir su aukštuoju grupėje 45,3 proc.: $\chi^2=7,07,04$ $p=0,029$) ir *pagarbos vaikui* (su nebaigtu aukštuoju išsilavinimu grupėje teigiamai vertino 81,0 proc., su viduriniu/spec. viduriniu grupėje – 55,0 proc. ir su aukštuoju grupėje 54,7 proc.: $\chi^2=8,71,04$ $p=0,013$) vertinimų skirtumai – teigiamai vertinančių skausmo kontrolę ir pagarbą vaikui buvo žymiai daugiau tarp respondentų su nebaigtu aukštuoju išsilavinimu nei tarp respondentų su viduriniu/spec. viduriniu išsilavinimu ir nei tarp respondentų su aukštuoju išsilavinimu (14 lentelė).

2.2.3. Veiksniai, turintys įtakos sveikatos priežiūros kokybės vertinimui

Siekiant išsiaiškinti su kokiomis suteiktomis paslaugomis yra susiję sveikatos priežiūros kokybės pagrindinių charakteristikų vertinimai buvo atlikta Spearman'o koreliacinė analizė. Tyrimo rezultatai parodė, kad respondentai geriau vertinę suteiktą jų vaikui sveikatos priežiūrą geriau vertino pagalbinių patalpų švarą ($r=0,41$ $p<0,001$), gautos informacijos pakankamumą ($r=0,39$ $p<0,001$) ir aiškumą ($r=0,38$ $p<0,001$), gydytojų atsakymų suprantamumą ($r=0,19$ $p=0,020$), rodytą pagarbą jų vaikui ($r=0,36$ $p<0,001$), šeimos narių galimybę pasikalbėti su gydytoju ($r=0,27$ $p=0,001$), ligoninės maistą ($r=0,19$ $p=0,018$), skausmo kontrolę ($r=0,19$ $p=0,018$), savalaikį tyrimų atlikimą ($r=0,17$ $p=0,037$) ir labiau pasitikėjo gydančiais gydytojais ($r=0,31$ $p<0,001$) nei prasčiau vertinę sveikatos priežiūrą bendrai (15 lentelė).

Respondentai geriau vertinę savo vaiko sveikatos būklės pokytį išvykstant iš ligoninės geriau vertino ir suteiktos informacijos pakankamumą ($r=0,26$ $p=0,002$), pagalbinių patalpų švarą ($r=0,23$ $p=0,004$), šeimos narių galimybę pasikalbėti su gydytoju ($r=0,23$ $p=0,006$), gydytojų atsakymų suprantamumą ($r=0,22$ $p=0,008$) ir rodytą pagarbą vaikui ($r=0,21$ $p=0,012$) nei prasčiau vertinę vaiko sveikatos būklės pokytį (15 lentelė).

15 lentelė. Pagrindinių sveikatos priežiūros kokybės charakteristikų vertinimų sąsajos su suteiktų paslaugų vertinimais

Paslaugos	Pasitenkinimas sveikatos priežiūra		Vaiko sveikatos būklės pagerėjimas išvykstant iš ligoninės		Gydymo įstaigos rekomendavimas	
	r	p	r	p	r	p
Laukimo laikas priėmimo skyriuje	-0,11	ns	-0,15	ns	-0,05	ns
Ramybė nakties metu	0,11	ns	0,04	ns	0,10	ns
Pagalbinių patalpų švara	0,41	<0,001	0,23	0,004	0,17	0,045
Ligoninės maistas	0,19	0,018	0,00	ns	0,23	0,005
Išrašymo neužlaikymas	-0,04	ns	-0,08	ns	0,12	ns
Informacijos pakankamumas	0,39	<0,001	0,26	0,002	0,23	0,004
Gydytojų atsakymų suprantamumas	0,19	0,020	0,22	0,008	0,25	0,002
Informacijos aiškumas	0,38	<0,001	0,14	ns	0,16	ns
Dalyvavimas priimančiam sprendimui	0,08	ns	-0,04	ns	0,14	ns
Šeimos narių galimybę pasikalbėti su gydytoju	0,27	0,001	0,23	0,006	0,28	0,001
Tyrimų atlikimas laiku	0,17	0,037	0,09	ns	0,32	<0,001
Skausmo kontrolė	0,19	0,018	0,16	ns	0,26	0,001
Emocinis palaikymas	0,04	ns	0,07	ns	0,10	ns
Privatumas	0,06	ns	0,26	0,002	0,30	<0,001
Pagarba vaikui	0,36	<0,001	0,21	0,012	0,28	<0,001
Pasitikėjimas gydančiais gydytojais	0,31	<0,001	0,12	ns	0,26	0,001

ns- statistiškai nereikšmingas ryšys

Nustatyta, kad respondentai, kurie rekomenduotų šią gydymo įstaigą savo artimiesiems geriau vertino tyrimų atlikimo savalaikiškumą ($r=0,32$ $p<0,001$), privatumą ($r=0,30$ $p<0,001$), šeimos narių galimybę pasikalbėti su gydytoju ($r=0,28$ $p=0,001$), rodytą pagarbą vaikui ($r=0,28$ $p<0,001$), skausmo kontrolę ($r=0,26$ $p=0,001$), informacijos pakankamumą ($r=0,23$ $p=0,004$), gydytojų atsakymų suprantamumą ($r=0,25$ $p=0,002$), ligoninės maistą ($r=0,23$ $p=0,005$), pagalbinių patalpų švarą ($r=0,17$ $p=0,045$), labiau pasitikėjo gydančiais gydytojais ($r=0,26$ $p=0,001$) nei respondentai, kurie atsakė, kad nežino ar rekomenduotų šią įstaigą kitiems (15 lentelė).

Sveikatos priežiūros kokybės pagrindinių charakteristikų vertinimą lemiančių veiksnių prognostiniai modeliai buvo sudaryti dvinarės logistinės regresijos su laipsnišku (*Backward LR*) metodu pagalba. Pasirinkus *Backward* metodą, skaičiavimas pradedamas su visais nepriklausomais kintamaisiais, pašalinant tolimesnių skaičiavimų metu nereikšmingus kintamuosius.

Buvo sudaryti trys modeliai: 1 modelis – sveikatos priežiūros bendram vertinimui; 2 modelis – vaiko sveikatos būklės pokyčio išvykstant iš ligoninės vertinimui; 3 modelis – gydymo įstaigos rekomendavimui artimiesiems.

Reikalavimai dvinarei logistinei regresijai

Labai gerai duomenims tinkančiame modelyje:

1. Chi kvadrato (χ^2) $p < 0,05$.
2. Pasirinktasis determinacijos koeficientas $\geq 0,20$.
3. Teisingai klasifikuojama ne mažiau 50 proc. kiekvienos kategorijos atvejų.
4. Visiems regresoriams Wald'o kriterijaus $p < 0,05$.

1 modelis. Sudarytas modelis, prognozuojantis suteiktos vaikui sveikatos priežiūros bendrą vertinimą (kitas vertinimas (0)/ teigiamas vertinimas (1)), įtraukiant į modelį paslaugas su kuriomis buvo nustatytos reikšmingos sąsajos ir amžių. Sudarytas modelis yra tinkamas nes patenkintos pirmos dvi sąlygos: $\chi^2=54,03$; $p<0,001$; Hosmerio-Lemešou $\chi^2=1,89$; $p=0,930$; determinacijos pseudokoeficientas (Nagelkerkės) $R^2=0,532$. Patenkinta ir trečioji sąlyga - teisingai atpažinti 52,40 proc. teigiamų vertinimų ir 94,5 proc. su „*kitu vertinimu*“, o teisingai klasifikuotų atvejų procentas sudarė 88,6. Modelyje visiems regresoriams Wald'o kriterijaus $p<0,05$ – patenkinta ir ketvirtoji sąlyga (16 lentelė). Apibendrinus gautus rezultatus galima teigti, kad modelis gerai atitinka duomenis.

16 lentelė. Veiksniai lemiantys suteiktos vaikui sveikatos priežiūros vertinimą

Veiksniai	B	p	GS	GS	95% PI
Pagalbinių patalpų švara	1,66	0,012	5,28	1,44	19,38
Informacijos aiškumas	1,73	0,011	5,62	1,48	21,36
Šeimos narių galimybė pasikalbėti su gydytoju	2,23	0,002	9,31	2,25	38,52
Pagarba vaikui	2,11	0,002	8,26	2,13	32,11

GS – galimybių santykis; B- lygties koeficientas

Iš sudaryto regresinio modelio matoma, kad *pagalbinių patalpų švara*, *gautos informacijos aiškumas*, *galimybė šeimos nariams pasikalbėti su gydytoju* ir *pagarba vaikui* yra veiksniai lemiantys suteiktą vaikui sveikatos priežiūrą vertinti teigiamai. Didžiausią įtaką turi galimybė šeimos nariams pasikalbėti su gydytoju ir pagarbos rodymas vaikui. Galimybė pasikalbėti šeimos nariams su gydytoju (GS=9,31) didina būti patenkintais beveik 9 kartus, pagarbos rodymas (GS=8,26) daugiau nei 8 kartus, informacijos aiškumas (GS=5,62) beveik 6 kartus ir pagalbinių patalpų švara (GS=5,28) daugiau nei 5 kartus (16 lentelė).

2 modelis. Sudarytas modelis, prognozuojantis vaiko sveikatos būklės pokyčio išvykstant iš ligoninės vertinimą (kitas vertinimas (0)/ pagerėjo (1)), įtraukiant į modelį paslaugas su kuriomis buvo nustatytos reikšmingos sąsajos bei hospitalizacijos tipą, amžių ir išsilavinimą. Hospitalizacijos tipas, amžius ir išsilavinimas buvo įtraukti atsižvelgus į aukščiau nustatytus reikšmingus rezultatus (3, 11-13 lentelės).

Sudaryto modelio $\chi^2=33,03$ $p<0,001$; Hosmerio-Lemešou $\chi^2=7,65$; $p=0,465$; determinacijos pseudokoefficientas (Nagelkerkės) $R^2=0,345$ – tenkina pirmas dvi sąlygas. Toliau analizuojant modelį, rasta, kad teisingai atpažinti 34,8 proc. teigiamų vertinimų (jautrumas) ir 97,6 proc. su „*kitu vertinimu*“ (specifiškumas), o teisingai klasifikuotų atvejų procentas sudarė 87,9. Trečia sąlyga nepatenkinta. Nustatytas šio modelio trukumas – per mažas jautrumas. Apibendrinus gautus galima teigti, kad sudarytas modelis dėl nepakankamo jautrumo ne visiškai gerai atitinka duomenis.

17 lentelė. Veiksniai lemiantys vaiko sveikatos būklės pokyčio išvykstant iš ligoninės vertinimą

Veiksniai	B	p	GS	GS 95% PI	
Hospitalizacijos tipas ^a	-1,25	0,026	0,29	0,10	0,86
Privatumas	1,29	0,018	3,63	1,24	10,61
Informacijos pakankamumas	1,35	0,029	3,86	1,14	12,98
Šeimos narių galimybė pasikalbėti su gydytoju	1,53	0,010	4,63	1,45	14,84
Pagarba vaikui	1,16	0,047	3,20	1,02	10,09

GS – galimybių santykis; B- lygties koeficientas; a- binarinis kintamasis, kur „1”- hospitalizacija skubos tvarka, „2” – planinė hospitalizacija

Iš sudaryto regresinio modelio matoma, kad *hospitalizacija skubos tvarka, privatumas, gautos informacijos pakankamumas, galimybė šeimos nariams pasikalbėti su gydytoju ir pagarba vaikui* gali būti veiksniais lemiančiais teigiamai vertinti vaiko sveikatos būklės pokytį išvykstant iš ligoninės (17 lentelė).

3 modelis. Sudarytas modelis, prognozuojantis gydymo įstaigos rekomendavimą (nežino (0)/ rekomenduotu (1)), įtraukiant į modelį paslaugas su kuriomis buvo nustatytos reikšmingos sąsajos. Sociodemografiniai rodikliai bei hospitalizacijos tipas ir profilis nebuvo įtraukti, nes neturėjo reikšmingų sąsajų su šia charakteristika. Sudarytas modelis tenkina pirmas dvi sąlygas: $\chi^2=44,22$; $p<0,001$; Hosmerio-Lemešou $\chi^2=10,99$; $p=0,139$ ir determinacijos pseudokoefficientas (Nagelkerkės) $R^2=0,410$. Teisingai atpažinti 55,2 proc. teigiamų vertinimų ir 90,0 proc. su „*kitu vertinimu*“, o teisingai klasifikuotų atvejų procentas sudarė 83,2, parodė, kad patenkinta trečia sąlyga. Taip pat patenkinta ir ketvirtoji sąlyga – visų regresorių Wald'o kriterijaus $p<0,05$. Apibendrinus gautus rezultatus galima teigti, kad modelis gerai atitinka duomenis.

18 lentelė. Gydymo įstaigos rekomendavimą lemiantys veiksniai

Veiksniai	B	p	GS	GS 95% PI	
Privatumas	1,80	0,001	6,03	2,07	17,57
Šeimos narių galimybė pasikalbėti su gydytoju	1,92	0,001	6,83	2,12	22,07
Tyrimų atlikimas laiku	1,30	0,029	3,65	1,14	11,69
Pagarba vaikui	1,67	0,004	5,31	1,72	16,41

GS – galimybių santykis; B- lygties koeficientas

Iš sudaryto regresinio modelio matoma, kad *privatumas, galimybė šeimos nariams pasikalbėti su gydytoju, savalaikis tyrimų atlikimas ir pagarba vaikui* yra veiksniai lemiantys gydymo įstaigos rekomendavimą artimiesiems. Didžiausią įtaką turi galimybė šeimos nariams pasikalbėti su gydytoju ir privatumas (18 lentelė).

Tyrime buvo norima apskaičiuoti apibendrintus tėvų nuomonės apie sveikatos priežiūros kokybę rodiklius. Tam, kad apskaičiuoti apibendrintus rodiklius yra reikalavimas, kad atitinkamos srities vidinis suderinamumas (vidinis patikimumas) būtų pakankamas, t.y. Cronbach'o Alfa koeficientai būtų ne mažesni nei 0,6.

19 lentelė. Apibendrintų sveikatos priežiūros kokybės rodiklių patikimumas

Skalės	Klausimų skaičius	Cronbach'o Alfa
Gydytojų ir tėvų bendravimas	5	0,647
Sveikatos priežiūros organizavimas/koordinavimas	6	0,489
Išrašymo procedūra	2	0,993
Fizinė aplinka	4	0,518

Rezultatai rodo, jog nepakankamą vidinį suderinamumą turėjo sveikatos priežiūros organizavimas/ koordinavimas (Cronbach'o Alfa=0,489) ir fizinė aplinka (Cronbach'o Alfa=0,518) (19 lentelė). Todėl darbe buvo nenagrinėti apibendrinti rodikliai. Tyrime nagrinėjama atskirai kiekvienas rodiklis.

2.3. Tyrimo rezultatų aptarimas

Šiame darbe buvo siekiama išanalizuoti hospitalizuotų vaikų tėvų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Įgyvendinant šį tikslą buvo atliktas empirinis tyrimas. Tyrimui naudotas Europos Picker instituto modifikuotas klausimynas. Suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas vertino hospitalizuotų vaikų tėvai.

Panašūs tyrimai dažnai atliekami tiek Lietuvoje, tiek visame pasaulyje, nes vienas pagrindinių veiksnių sveikatos priežiūros įstaigos veiklos kokybei gerinti yra jos veiklos kokybės įvertinimas (Jankauskienė, 2016). Paslaugų kokybės samprata formuojama tiek vartotojo, tiek teikėjo požiūriu. Todėl svarbu, jog jų suvokiamas požiūris į kokybę sutaptų. Tik tokiu atveju paslaugų kokybė atitiks kiekvieno poreikius ir sąlygos abipusę naudą (Poškutė, Bivainienė, 2011; Mikaliūkštienė ir kt., 2018). Šiandien visuomenė ir pacientai, būdami geriau informuoti apie sveikatos priežiūros paslaugas ir galimybes, reikalauja ir tikisi geresnės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės. Taigi kiekviena organizacija, norinti patenkinti savo klientų/pacientų lūkesčius ir suteikti jiems kokybiškas paslaugas, turi įvertinti ir sužinoti pacientų/klientų nuomonę apie suteiktas paslaugas.

Visų pirma, analizuojant rezultatus buvo siekiama ištirti hospitalizuotų vaikų tėvų bendrą nuomonę apie gautas sveikatos priežiūros paslaugas. Duomenų analize buvo išsiaiškinta, jog didžioji dauguma respondentų rekomenduotų savo artimiesiems ligoninę, kurioje buvo gydytas vaikas. Respondentai, sveikatos priežiūros kokybę bendrai, vertina gerai, pastebima, jog daugumos vaikų būklė po hospitalizacijos pagerėjo. Nerekomenduojančių šios ligoninės ar blogai ir labai blogai įvertinusių paslaugas nebuvo. Šie rezultatai parodo, kad tėvų nuomonė apie suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas yra gera. Tokį sveikatos priežiūros paslaugų vertinimą savo tyrimuose pastebėjo ir Lietuvos autoriai: D. Brogienė (2010), G. Žiliukas ir kt. (2013), V. Janušonis (2016), J. Tamošiūnaitė (2016), bei užsienio autoriai: T. Tsai ir kt. (2016), K. Kandelaki ir kt. (2016), taip pat LR SAM vykdytas tyrimas (2015). Nepasitenkinimas suteiktomis paslaugomis yra matomas tik trečiojo pasaulio šalyse. Tai atsispindi autorių S. M. Irfan ir kt (2012), K. Khamis, B. Njau (2014), S. Ahmed ir kt. (2017) panašiuose tyrimuose.

Tyrimas parodė, jog respondentai geriausiai vertino informacijos kiekio pakankumą, dalyvavimą priimant sprendimus, patalpų švarą, emocinę paramą bei privatumą. Mažiausiai teigiamai vertino suprantamus gydytojų atsakymus, išrašymo neužlaikymą bei laukimo priėmimo kambaryje laiką. Įdomu tai, jog respondentai geriausiai įvertino informacijos kiekio pakankumą, tačiau ne taip gerai įvertino suprantamus gydytojų atsakymus. Vadinasi hospitalizuotų vaikų tėvams suteikiamos informacijos kiekio užteko, tačiau informacijos pateikimo būdas buvo netinkamas ir hospitalizuotų vaikų tėvai informacijos nesuprato.

Tyrime nustatyti statistiškai reikšmingas vaiko sveikatos pagerėjimo vertinimas. Skubos tvarka, paguldytų vaikų tėvai, žymiai dažniau akcentavo vaikų sveikatos būklės pagerėjimą išvykstant, nei tėvai, kurių vaikai, buvo paguldyti planine tvarka. Tokie rezultatai pakankamai logiškai atsižvelgiant, jog skubos tvarka paguldytiems vaikams suteikiama greita pagalba pašalinant problemą - jiems greičiau pagerėja (pvz. nebeskauda). Taip pat skubos tvarka paguldytų vaikų tėvai, žymiai dažniau teigiamai vertino ligoninėje suteiktą privatumą bei išrašymo neužlaikymą, nei planine tvarka paguldytų vaikų tėvai.

Rezultatai parodė, kad bendras sveikatos priežiūros paslaugų vertinimas nepriklausė nuo hospitalizacijos profilio (chirurgijos ar terapijos (vidaus) profilio). Tačiau chirurgijos profilio skyriuose tėvai žymiai dažniau buvo patenkinti laiku atliekamais tyrimais, dažniau pasitikėjo gydytojais, nei vidaus ligų skyriuose. Respondentai, dažniau užlaikomi išrašymo metu, buvo chirurgijos profilio skyriuose. Matoma, jog skyriuose iškyla skirtingos problemos.

Tyrime išanalizuotos tėvų nuomonės sąsajos su demografiniais faktoriais. Palyginus respondentų lytį nustatyti statistiškai reikšmingi vertinimų skirtumai. Hospitalizuotų vaikų tėvai (vyrai) žymiai dažniau teigiamai vertino suteiktos informacijos aiškumą ir šeimos narių galimybę pasikalbėti su gydytoju, negu mamos (moters). Tuo tarpu mamos žymiai dažniau teigiamai vertino laukimo laiką priėmimo skyriuje, nei tėčiai. Pagrindinių sveikatos priežiūros kokybės charakteristikų vertinimai reikšmingai nesiskyrė tarp tėvų lyčių, taip pat kaip ir tarp vaikų lyčių. Visų paslaugų, išskyrus išrašymo neužlaikymą, vertinimai nepriklausė nuo hospitalizuotų vaikų lyties. Tėvai, kurių vaikai berniukai, išrašymo laiką teigiamai vertino žymiai dažniau nei mergaičių tėvai.

Panašių tyrimų, kur būtų tiriama ne pačio paciento nuomonė, o paciento tėvų nuomonė, yra mažai. Beveik visų panašių tyrimų respondentai yra patys pacientai, todėl sunku būtų lyginti gautus rezultatus su kitų autorių tyrimų rezultatais. Panašiam tyrimo 2015 metais, kurį atliko LR SAM nustatyta, jog stacionaraus gydymo paslaugomis mažiau patenkinti yra vyrai ir respondentai turintys vaikų iki 18 m. amžiaus. Švedijoje atliktas tyrimas (Kandelaki et al., 2016) parodė, jog mažesnis pasitenkinimas paslaugomis buvo matomas tarp moterų ir aukštesnį išsilavinimą turinčių respondentų. Šie rezultatai iš dalies kertasi su šio tyrimo rezultatais (tyrime statistiškai reikšmingų sveikatos priežiūros paslaugų vertinimui bendrai skirtumų tarp lyčių nenustatyta). Pastebima, jog moksliniuose tyrimuose vyrauja tendencija analizuoti pačių pacientų nuomonę apie suteiktas paslaugas ir jas lyginti su demografiniais rodikliais.

Analizuojant nuomonės sąsajas su tėvų amžiumi nustatyta, kad vyresni respondentai žymiai dažniau teigiamai vertino pasitenkinimą vaikui suteiktomis paslaugomis, vaiko sveikatos būklės pagerėjimą išvykstant iš ligoninės ir privatumą, nei jaunesni. Lyginant tėvų bei vaikų amžių nustatyta, jog ramybė nakties metu, informacijos pakankamumas ir pasitikėjimas gydytojais žymiai

dažniau teigiamai vertino vyresni tėvai ir vyresnių vaikų tėvai. Informacijos aiškumas – žymiai dažniau teigiamai vertinamas vyresnių vaikų tėvų. LR SAM (2015) atliktame tyrime matomi tokie patys rezultatai.

Tyrimo metu, išanalizavus išsilavinimo įtaką sveikatos priežiūros paslaugų vertinimui, nustatyta, kad išsilavinimui didėjant, žymiai dažniau stebėtas ir teigiamas vaiko sveikatos būklės pokyčio išvykstant iš ligoninės vertinimas. Teigiamai vertinančių skausmo kontrolę ir pagarbą vaikui buvo žymiai daugiau tarp tėvų su nebaigtu aukštuoju.

Tyrimo metu buvo siekiama sudaryti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę lemiančių veiksnių modelį, bet gauti rezultatai sąlygoja trijų modelių sudarimo galimybę. Tyrimo eigoje buvo sudaryti trys modeliai:

Iš 1 modelio sužinota, kad galimybė šeimos nariams pasikalbėti su gydytoju, pagarba vaikui, gautos informacijos aiškumas ir patalpų švara yra veiksniai lemiantys, suteiktą vaikui sveikatos priežiūrą, vertinti gerai. Didžiausią įtaką turi galimybė šeimos nariams pasikalbėti su gydytoju, mažiausią patalpų švara. D. Brogienės (2010) atliktame tyrime rezultatai parodė, jog didžiausią įtaką teigiamam vertinimui turi: aiški informacija, pagarba, švara bei pasitikėjimas gydytojais. Pastebėta, rezultatai tiek šiame, tiek D. Brogienės (2010) tyrime parodė, respondentams svarbiausia yra informacijos aiškumas ir pakankamumas. Šis modelis yra stipriausias, nes determinacijos koeficientas ($R^2=0.532$) rodo, jog modelio sudėtinės dalys paaiškina 53,2 % veiksnių lemiančių suteiktą sveikatos priežiūros paslaugų kokybės visumos.

Šis tyrimas nepilnai atskleidžia tai, ką mano dalis respondentų sveikatos priežiūros paslaugas vertinusi „kitaip“. Naudinga būtų sužinoti, kas ir kodėl lėmė tokį respondentų atsakymą, kas jų netenkino ar galbūt nevisiškai išpildė lūkesčius. Tikslinga būtų toliau atikti išsamesnius, kokybinius tyrimus, kurie atskleis, kas „slepiasi“ po hospitalizuotų vaikų tėvų vertinimu „kitaip“.

2 modelis prognozuoja, kad galimybė šeimos nariams pasikalbėti su gydytoju, gautos informacijos pakankamumas, privatumas, pagarba vaikui ir hospitalizacija skubos tvarka gali būti veiksniais lemiančiais teigiamai vertinti vaiko sveikatos būklės pokytį išvykstant iš ligoninės. Tačiau buvo nustatytas šio modelio trūkumas – per mažas jautrumas, todėl modelis ne visiškai atitinka duomenis. D. Brogienės (2010) tyrime, sveikatos būklės pokytis išvykstant, statistiškai reikšmingai nesusijęs su kokybės indikatoriais. Matoma, jog abiejuose tyrimuose sveikatos pokytis išvykstant nebuvo labai priklausomas nuo sveikatos priežiūros vertinimo veiksnių.

3 modelis rodo, kad didžiausią įtaką, gydymo įstaigos rekomendavimui artimiesiems, turi galimybė šeimos nariams pasikalbėti su gydytoju ir privatumas, ne tokią didelę įtaką turi: pagarba vaikui, mažiausią - laiku atliekami tyrimai. D. Brogienės (2010) tyrimo duomenys tik iš dalies patvirtina šio tyrimo rezultatus. Jis rodo, jog didžiausią įtaką ligoninės rekomendavimui turi: pasitikėjimas gydytojais, pagarba ir pakankamas kiekis suteiktos informacijos. Rezultatai parodo,

jog pagarba ir informacijos kiekis svarbūs, respondentams, norint rekomenduoti gydymo įstaigą artimiesiems.

Iš tyrimo rezultatų galime daryti išvadą, kad didžiausią įtaką tėvų nuomonei apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę turi šeimos narių galimybė pasikalbėti su gydytoju ir pagarba vaikui. Tai nustatyta remiantis visais sudarytais modeliais. Visuose modeliuose šie veiksniai turėjo didelę įtaką teigiamam vertinimui. Privatumas turėjo taip pat pakankamai didelę įtaką (darė įtaką dviejuose modeliuose).

Tyrimo metu buvo iškelta hipotezė: hospitalizuotų vaikų tėvų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę labiau lemia psichologiniai poreikiai nei fiziniai – ji pasitvirtino. Rezultatai parodė, jog teigiamą sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimą labiausiai lemia galimybė šeimos nariams pasikalbėti su gydytoju ir pagarba vaikui. Patalpų švara turi mažiausiai įtakos respondentams vetinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

Atlikus tyrimą buvo pastebėtos kelios darbo silpnybės. Paaiškėjo, jog sveikatos priežiūros kokybės apibendrintų rodiklių nepavyko suskaičiuoti – vidinis suderinamumas (patikimumas) buvo per žemas. 2 prognostiniame modelyje matomas per mažas jautrumas, todėl modelis ne visiškai atitinka duomenis, tačiau tai neturi didelės įtakos bendriems rezultatams, nes pirmasis modelis yra stipriausias bei patikimiausias.

Tyrimo metu buvo remtasi ir lyginami gauti rezultatai su D. Brodienės (2010) daktaro disertacija. Buvo gautas leidimas naudoti, autorės, Lietuvai adaptuotą klausimyną. Šis D. Brogienės tyrimas buvo atliktas 2010 metais, vis dėlto dar ir šiandien sveikatos priežiūros paslaugų kokybės tyrimai yra aktualūs. Tiek D. Brodienės (2010), tiek šiame darbe atliktas tyrimas apima aktualius ir probleminius klausimus, susijusius su pacientų nuomone, lūkesčių ir poreikių patenkinimu, apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Taip pat priešingai nei D. Brogienės (2010) tyrime, respondentai buvo hospitalizuotų vaikų tėvai bei tyrimas atliktas skirtingose įstaigose, o skirtingų ligoninių respondentai gali skirtingai atsakyti į tuos pačius klausimus.

IŠVADOS

1. Tyrimo rezultatai parodė, jog hospitalizuotų vaikų tėvai sveikatos priežiūros paslaugų kokybę suvokia kaip gautą aiškią ir pakankamą informaciją, dalyvavimą priimant sprendimus, švarią aplinką, pagarbą vaikui, privatumą. Respondentai gerai įvertino suteiktų paslaugų kokybę. 83,9 proc. respondentų gautas sveikatos priežiūros paslaugas vertino gerai arba labai gerai, 80,5 proc. respondentų rekomenduotų šioje ligoninėje gydytis savo šeimos nariams ir artimiesiems. 84,5 proc. vaikų sveikatos būklė, išvykstant iš ligoninės, buvo geresnė.
2. Sužinota, jog respondentų amžius bei išsilavinimas daro įtaką vertinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Vyresni respondentai geriau vertina suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas bei vaiko būklės pokyčius išvykstant, nei jaunesni respondentai. Aukštąjį išsilavinimą turintys tėvai geriau vertina vaiko būklę išvykstant. Nustatyta, kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas neprikasė nuo hospitalizuotų vaikų bei tėvų lyties.
3. Išanalizavus tyrimo duomenis, buvo išsiaiškinta, jog svarbiausias paslaugų kokybės lemiančių veiksnių modelis yra 1-asis modelis, kuris prognozuoja suteiktos vaikui sveikatos priežiūros bendrą vertinimą. Tyrimo rezultatai pateikia aiškų atsakymą į vieną iš darbo probleminių klausimų ir leidžia formuluoti išvadą, kad hospitalizuotų vaikų tėvų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę sieja tiesioginis ryšys su kokybės dimensijomis – galimybė šeimos nariams pasikalbėti su gydytoju, pagarba vaikui bei informacijos aiškumas lemia teigiamą sveikatos priežiūros paslaugų kokybės įvertinimą. Vadinasi, galimybė šeimos nariams pasikalbėti su gydytoju, pagarba vaikui bei informacijos aiškumas buvo svarbiausi kokybės faktoriai, hospitalizuotų vaikų tėvams, vertinant paslaugų kokybę. Ši išvada patvirtina ir iškeltą hipotezę, jog hospitalizuotų vaikų tėvų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę labiau lemia psichologiniai poreikiai nei fiziniai.

REKOMENDACIJOS

Sveikatos priežiūros specialistams:

1. Atsižvelgti į veiksnius, labiausiai turinčius įtakos teigiamam sveikatos priežiūros vertinimui: šeimos narių galimybė pasikalbėti su gydytoju, pagarba vaikui, privatumas, informacijos aiškumas ir jos pakankamumas.
2. Skirti daugiau dėmesio – suprantamiems gydytojų atsakymams, išrašymo neužlaikymui, ligoninės maistui ir laikui, skirtam atlikti, tyrimus.

LITERATŪRA

1. Adomaitytė-Subačienė I. 2015. Socialinių paslaugų kokybės standartizavimas Lietuvoje. *Socialinė politika* 11, p. 54-65.
2. Ahmed S., Tarique K. M., Arif I. 2017. Service quality, patient satisfaction and loyalty in the Bangladesh healthcare sector. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 30(5), p. 477-488.
3. Bagdonienė, L.; Zembytė J. 2002. Paslaugų kokybės suvokimo ir vertinimo problemos. *Ekonomika ir vadyba*, 1(6), p. 9–16.
4. Bilevičienė, T., Jonušauskas, S. 2011. Statistinių metodų taikymas rinkos tyrimuose. Vilnius: Mykolo Romerio universiteto leidybos centras.
5. Bilotienė Motiejūnienė A. 2015. Lean metodo taikymas specializuotoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje. *Sveikatos politika ir valdymas* 1(9), p. 85-119.
6. Björnberg A. 2017. Euro Health Consumer Index 2017 Report. [žiūrėta 2019 vasario 24 d.]. Prieiga per internetą: <<https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2017/EHCI-2017-report.pdf>>.
7. Blaževičiūtė T., Gedrimė L., Brasaitė I. 2017. Pacientų patiriamas nerimas priešoperaciniu laikotarpiu. *Sveikatos mokslai/ health sciences*, 27(6), p. 91 – 97.
8. Blunch, N. J. 2008. Introduction to structural equation modeling using SPSS and AMOS. Los Angeles: Sage Publications.
9. Brogienė D. 2010. Paciento teisės į kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą ir žalos sveikatai atlyginimą: daktaro disertacija. Vilnius.
10. Burns, R. A., Burns, R. B. 2008. Business research method and statistics using SPSS. London: Sage Publications.
11. Burokienė S., Kisielienė I., Usonis V., 2014. Integruota vaikų sveikatos priežiūra: tarptautinė patirtis ir rekomendacijos. *Visuomenės sveikata*, 4(67), 20-25 p.
12. Burvytė S, Ralys K. Vaikystės amžiaus tarpsnio iššūkiai ugdytojams. *Socialinis ugdymas*. 2012;19(30):30-41.
13. Butkevičienė R., Pudžemienė I. 2012. Ar turėtų nepagydoma onkologine liga sergantis paauglys žinoti savo ligos diagnozę ir baigtį? Tėvų patirtis ir požiūris. *Socialinis darbas. Patirtis ir metodai*, 10(2), p. 41 – 63.
14. Čekanavičius, V., Murauskas, G. 2004. Statistika ir jos taikymai II.. Vilnius: TEV.
15. Commodari E. 2010. Children staying in hospital: a research on psychological stress of caregivers. *Italian Journal of Pediatrics*, 36(40), p. 1-9.

16. Connolly, P. 2006. Quantitative data analysis in education: a critical introduction using SPSS. London, New York: Routledge.
17. Corsano P., Majorano M., Vignola V. 2013. Hospitalized children's representations of their relationship with nurses and doctors. *Journal of Child Health Care*, 17 (3).
18. Doane, D., Seward, L. W. 2011. *Applied statistics in business and economics*. New York: McGraw-Hill.
19. Franck L.S., Wray J., Gay C. 2015. Predictors of parent post-traumatic stress symptoms after child hospitalization on general pediatric wards: A prospective cohort study. *International Journal of Nursing Studies*. 52, 10-21p.
20. Gečienė J., Gudžinskienė V. 2018. Socialinės globos įstaigų, teikiančių paslaugas senyvo amžiaus asmenims, darbuotojų požiūris į teikiamų paslaugų kokybę. *Socialinė Teorija, Empirija, Politika ir Praktika*, 17, p. 37-56.
21. Gurevičius R. 2015. Kuriant į pacientą orientuotą sveikatos priežiūros sistemą. *Visuomenės sveikata*, 1(68), p. 5-8.
22. Higienos institutas. 2014. Lietuvos vaikų visuomenės sveikatos būklės pokyčiai ir netolygumai. [žiūrėta 2018 m. gegužės 10 d.]. prieiga per internet: <
[http://www.hi.lt/uploads/pdf/padaliniai/BAS/Vai - ku%20sveikata%202001-2013%20pdf.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/padaliniai/BAS/Vai_ku%20sveikata%202001-2013%20pdf.pdf)>.
23. Irfan S. M., Ijaz A., Farooq M. M. 2012. Patient Satisfaction and Service Quality of Public Hospitals in Pakistan: An Empirical Assessment. *Middle-East Journal of Scientific Research*, 12 (6), p. 870-877.
24. Ismail A., Yunan Y. S. M. 2016. Service quality as a predictor of customer satisfaction and customer loyalty. *LogForum* 12 (4), p. 269-283.
25. Jančiauskas R. 2016. Humaniški jaunesniojo mokyklinio amžiaus vaikų ir tėvų tarpusavio santykiai. *Sporto mokslas / Sport Science*, Nr. 1(83), p. 14–22.
26. Janilionis, V. 2011. Daugialypės regresinės analizės taikymas socialiniuose tyrimuose. ES struktūrinių fondų lėšomis įgyvendinto projekto „Lietu- 187 vos HSM duomenų archyvo (LiDA) plėtra“ mokomoji medžiaga. Kaunas: Kauno technologijos universitetas.
27. Jankauskienė D. 2016. Ligonių sveikatos priežiūros kokybės rodiklių vertinimo modelis. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(9) p. 42-68.
28. Janušonis V. 2015. Tinkama sveikatos priežiūra: naktinis medikų darbas. *Tiltai*, 3, p. 25–39.
29. Janušonis V. 2016. Kokybiška ir tinkama sveikatos priežiūra: pacientų nuomonė ir vertinimas. *Tiltai*, 3, p. 49–59.

30. Kandelaki K., Marrone G., Lundborg C. S., Schmidt I., Björkman I. 2016. Patient-centredness as a quality domain in Swedish healthcare: results from the first national surveys in different Swedish healthcare settings. *BMJ Open*, 6, p. 1-10.
31. Kardelis K. 2016. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidybos centras.
32. Kaziliūnas A. 2007. Kokybės vadyba. Mykolo Romerio universitetas. Vilnius.
33. Khamis K., Njau B. 2014. Patients' level of satisfaction on quality of health care at Mwananyamala hospital in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Health Services Research*.
34. Khan A., Furtak S. L., Melvin P. 2017. Parent-Provider Miscommunications in Hospitalized Children. *Hospital pediatrics*, 7(9), 1-12p.
35. Kiyak D., Medvedeva A. 2015. Santykių rinkodaros dimensijų raiška. *Tiltai* 1, p. 63–82.
36. Kornilavičienė I., Bagdonas A. 2017. Tėvų požiūris į vaikų adaptaciją priešmokyklinio ugdymo grupėje. [žiūrėta 2018 gegužės 16d.]. Prieiga per internetą: < http://dspace.kauko.lt/bitstream/handle/1/1123/Ikimokyklinio%20ir%20priesmokyklinio%20ugdymo%20Pedagogu%20rengimo%20problema_16.pdf?sequence=1>.
37. Kosinskienė A., Ruževičius J. 2011. Sveikatos priežiūros kokybės valdymas ligoninėje. *Medicinos teorija ir praktika*, 17(1), p. 23-36.
38. Lateef F. 2011. Patient expectations and the paradigm shift of care in emergency medicine. *J Emerg Trauma Shock* 4(2), p. 163–167.
39. Liepinaitienė A., Poškienė I. 2016. Moterų gimdymo ir pogimdyminės priežiūros lūkesčių vertinimas moterų nuomone. *Sveikatos mokslai / health sciences*, 26(6), p. 201-206.
40. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. 2018. [žiūrėta 2018 m. rugsėjo 28d.]. Prieiga per internet: < <https://www.etar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.C6E4170DB704/zTAJFxmORW>>.
41. Lietuvos Respublikos SAM 2018 – 2020 metų strateginis planas. [žiūrėta 2018 gruodžio 5d.]. prieiga per internetą: < <http://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/2018-01-17%20isakymas%20V-51.pdf>>.
42. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. 2015. Pacientų pasitenkinimas viešosiomis sveikatos priežiūros paslaugomis Lietuvoje. [žiūrėta 2019 m. kovo 14d.]. Prieiga per internetą: < [file:///C:/Users/Vartotojas/Downloads/Pasitenkinimassveikatospaslaugomistyrimas%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Vartotojas/Downloads/Pasitenkinimassveikatospaslaugomistyrimas%20(1).pdf)>
43. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programos patvirtinimo įstatymas. 2018. [žiūrėta 2018 gruodžio

- 10d.]. Prieiga per internetą: < <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/3ca52110caac11e782d4fd2c44cc67af/CcdbSnkOMc>>.
44. Lietuvos Respublikos vyriausybė. 2014. Nutarimas dėl vaikų sveikatos metų sveikatos stiprinimo priemonių plano patvirtinimo. [žiūrėta 2018 rugsėjo 25 d.]. Prieiga per internetą: <<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/bade6f82b5b311e3b2cee015b961c954?positionInSearchResults=177&searchModelUUID=c06ca6ae-ec66-4c26-969d-cf375e415943>>.
45. Longhi E., Pickett N., Hargreaves D. J. 2015. Wellbeing and hospitalized children: Can music help? *Psychology of Music*, 43(2), p. 188 – 196.
46. Marcinowicz L., Abramowicz P., Zarzycka D. 2016. How hospitalized children and parents perceive nurses and hospital amenities: A qualitative descriptive study in Poland. *Journal of Child Health Care*, 20(1), 120–128p.
47. Martišauskienė D., Trakšėlys K. 2013. Švietimo paslaugų kokybės epistemologinės prieigos. *Tiltai*, 4, p. 205-213.
48. Martišauskienė D., Trakšėlys K. 2016. Kokybės raiška švietimo organizacijoje: teorinis aspektas. *Andragogika* 1(7), p. 23 – 32.
49. Matulevičiūtė E., Balžekaitė A. 2016. Sveikatos priežiūros sistemų Lietuvoje, Olandijoje ir Danijoje lyginamoji analizė. *Viešoji politika ir administravimas* 15(1), p. 98-112.
50. Mikaliūkštienė A., Baltokaitė L., Kalibatienė D. 2018. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas kardiologijos centre: pacientų požiūris. *Sveikatos mokslai / health sciences*, 28(5), p. 32 – 40.
51. Mikaliūkštienė A., Kinčinienė O., Kalibatienė D. 2015. Slaugos poreikiai ir tėvų žinios apie jų vaikų atopinį dermatitą: anketinės apklausos ir vizualinės analoginės skalės vertinimo duomenys. *Medicinos teorija ir praktika*, 21 (Nr. 4.3), p.794–804.
52. Mockienė V., Drungilienė D., Martinkėnas A. 2014. Mokslo tiriamųjų darbų rengimo metodologija slaugos bakalauro ir magistro programų studentams. Klaipėda: Klaipėdos universitetas.
53. Montvilienė I., Žuravliova T., Norkienė S. 2014. Ikimokyklinio amžiaus vaikų mityba tėvų požiūriu. *Visuomenės sveikata*, 24(4), p. 44-47.
54. Murante A. M., Seghieri C., Brown A. 2014. How do hospitalization experience and institutional characteristics influence inpatient satisfaction? A multilevel approach. *Health planning and management* 29, p. 247-260.
55. Pallant, J. 2007. *SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis using SPSS for Windows* (3rd ed.). Open University Press.

56. Picker Institute Europe. [žiūrėta 2018 balandžio 28d.]. Prieiga per internetą :< <https://www.picker.org/>>.
57. Poškutė V, Bivainienė L. 2011. AB "Šiaulių bankas" paslaugų kokybės vertinimas. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*, 3(23):p. 55-64.
58. Ruževičius J., Daugvilienė D., Serafinas D. 2008. Kokybės vadybos taikymo aukštosiose mokyklose įžvalgos. *Viešojo politika ir administravimas*, 24, p. 99-113.
59. Savickienė E., Darginavičienė R., Razbadauskas A., Žuravlio T. 2015. Pacientų po širdies chirurgijos operacijų informacijos ir paslaugų gavimo poreikiai. *Visuomenės sveikata*, 1.
60. Šilys A. 2013. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės valdymas. Vilnius: Vilniaus universitetas.
61. Skubiejūte G., Petružyte D., 2016. Darbas su onkologinėmis ligomis sergančiais vaikais ir jų šeimomis: socialinę pagalbą teikiančių darbuotojų patirtys. *Socialinis darbas. Patirtis ir metodai*. 17(1), 35-54 p.
62. Söderbäck M, Coyne I, Harder M. 2011. The importance of including both a child perspective and the child's perspective within health care settings to provide truly child-centred care. *J Child Health Care*, 15(2), p. 99-106.
63. Štaras K., Vedlūga T., Kalvelytė N. 2013. Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybės prieinamumo ir priimtumo vertinimas ir analizė. *Sveikatos mokslai / health sciences* 23(4), p. 27-33.
64. Starmer A. J., Spector N. D., Srivastava R., West D. C., Rosenbluth G. 2014. Changes in Medical Errors after Implementation of a Handoff Program. *The new england journal of medicine*, 37(19), p. 1803-1812.
65. Strazdienė N., Strukčinskienė B., Griškoniš S. 2015. Jaunesniojo mokyklinio amžiaus vaikų gyvenamosios ypatumai ir sveikatos stiprinimas šeimoje. *Sveikatos mokslai*, 25(4), 10-15 p.
66. Strukčinskienė B., Raistenskis J. 2012. Lietuvos pradinė klasių mokinių fizinio aktyvumo ypatumai. *Visuomenės sveikata*, 1, p. 101 – 105.
67. Tamošiūnaitė J. 2016. Veiksnių, lemiančių vartotojų pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis analize. *Lietuvos aukštųjų mokyklų vadybos ir ekonomikos jaunųjų mokslininkų konferencijų darbai* 19, p. 109-113.
68. The World Medical Association. 2008. Declaration of Helsinki. [žiūrėta 2019 balandžio 13d.]. Prieiga per internetą: < <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>>.

69. The Picker Institute Europe. 2015. The Eight Principles of Patient-Centered Care. [žiūrėta 2018 spalio 16d.] Prieiga per internetą: <<https://www.oneviewhealthcare.com/the-eight-principles-of-patient-centered-care/>>.
70. Tsai T. C., Orav E. J., Jha A. K. 2015. Patient Satisfaction and Quality of Surgical Care in US Hospitals. HHS Author Manuscripts, HHS Author Manuscripts. 261(1), p. 2–8.
71. Vaiko psichologijos centras. 2018. Poreikiai ir norai. [žiūrėta 2018 gegužės 12d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.mesvaikystei.lt/?pg=20>>.
72. Valentaitė I. 2015. Tyrimo “mokyklinio amžiaus vaikų sveikata ir gyvenmena” (hbsc) duomenų analizė. [žiūrėta 2018 gegužės 16d.]. Prieiga per internetą: <http://kvsb.tps.lt/tl_files/Naujienos/2015/06/11/HBSC%202014.pdf>
73. Valstybės kontrolė. Aukščiausioji audito institucija. 2018. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas. [žiūrėta 2018 gruodžio 3d.]. Prieiga per internetą:< file:///C:/Users/Vartotojas/Downloads/VA-9_Santrauka_asmens_sveikatos.pdf>.
74. Vanagas R., Rakšnys A. V., 2014. Motyvacija viešajame sektoriuje – motyvacinių alternatyvų teorinės įžvalgos Maslowo poreikių hierarchijos kontekste. Viešojo politika ir administravimas, 13(2), 318–330 p.
75. Veillard, J., Champagne F., Klazinga N., Kazandjian V., Arah OA., Guisset AL. 2005. A performance assessment framework for hospitals: the WHO Regional Office for Europe PATH project. International Journal of Quality Hospital Care, 17(6), p. 487–496.
76. WHO Regional Office for Europe, Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century; 2013.
77. World Health Organization. 2000. The World health report. [žiūrėta 2018 kovo 5 d.]. Prieiga per internetą: <https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1>.
78. World Health Organization. 2006. Quality of Care A process for making strategic choices in health systems .[žiūrėta 2018 m. lapkričio 18 d.]. Prieiga per internetą:<https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf>.
79. Žiliukas G., Drungilienė D., Užkurėlytė R. 2013. Slaugos kokybės gerinimo galimybės miesto ligoninėje. Sveikatos mokslai / health sciences, 23(3), p. 86 – 91.

PRIEDAI