

Vilniaus universitetas

Filosofijos fakultetas

Sveikatos psichologijos katedra

Kamilė Petrulėnaitė

Sveikatos psichologijos studijų programa

Magistro darbas

Kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo psichologiniai veiksniai

Darbo vadovė: dr. Olga Zamalijeva

Vilnius 2022

TURINYS

SANTRAUKA	4
SUMMARY	5
SVARBIAUSIOS SAŲOKOS	6
PRATARMĖ	7
1. ĮVADAS	9
1.1. Kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo samprata	10
1.1.1. Sąvokos vartojimo problema	10
1.1.2. Kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimą aiškinančios teorijos.....	10
1.1.3. Kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo matavimo problema	15
1.2. Demografiniai ir kontekstiniai veiksniai, nusakantys KMPA	16
1.3. Kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo psichologiniai veiksniai.....	17
1.3.1. Asmenybės bruožai ir jų sąsaja su kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimu	19
1.3.2. Problemų sprendimo įgūdžiai ir Kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimas	21
1.3.3. Pasitikėjimo gydytoju ryšys su kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimu	23
1.4. Tyrimo tikslai ir uždaviniai.....	25
2. TYRIMO METODIKA	26
2.1. Tyrimo dalyviai.....	26
2.2. Tyrimo instrumentai.....	27
2.2.1. Didžiojo Penketo klausimynas (<i>Big Five Inventory; BFI</i>)	27
2.2.2. Problemų sprendimo klausimynas (<i>Problem Solving Inventory; PSI</i>).....	29
2.2.3. Pasitikėjimo gydytoju skalė (<i>Trust in Physician Scale; TIPS</i>).....	30
2.2.4. Kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo anketa.....	32
2.2.5. Sociodemografinė ir kontekstinė informacija.....	32
2.3. Tyrimo eiga.....	33
2.4. Duomenų apdorojimas	33
3. REZULTATAI	35
3.1. Kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimas ir sociodemografiniai/kontekstiniai veiksniai	
36	
3.1.1. Sociodemografiniai/kontekstiniai veiksniai ir nenuėjimas pas gydytoją	36
3.1.2. Sociodemografiniai/kontekstiniai veiksniai ir Simptomo įvertinimo atidėjimas	38

3.1.3.	Sociodemografiniai/kontekstiniai veiksniai ir Veiksmų ėmimosi atidėjimas	40
3.2.	Psichologiniai veiksniai ir kreipimosi medicininės pagalbos atidėjimas	42
3.2.1.	Psichologiniai veiksniai ir nenuėjimas pas gydytoją.....	42
3.2.2.	Psichologiniai veiksniai ir Simptomo įvertinimo atidėjimas.....	43
3.2.3.	Psichologiniai veiksniai ir Veiksmų ėmimosi atidėjimas.....	43
3.3.	Psichologinių veiksnių ryšiai su kreipimosi medicininės pagalbos atidėjimo stadijų trukmėmis, kontroliuojant sociodemografinius/kontekstinius kintamuosius	44
3.3.1.	Psichologinių veiksnių ryšiai su Simptomo įvertinimo atidėjimo trukme, kontroliuojant sociodemografinius veiksnius	44
3.3.2.	Psichologinių veiksnių ryšiai su Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukme, kontroliuojant sociodemografinius veiksnius	46
3.4.	Svarbiausi kreipimosi medicininės pagalbos atidėjimo prognostiniai veiksniai	49
4.	REZULTATŲ APTARIMAS	52
4.1.	Sociodemografiniai/kontekstiniai veiksniai ir kreipimosi medicininės pagalbos atidėjimas.....	53
4.2.	Psichologiniai veiksniai ir kreipimosi medicininės pagalbos atidėjimas	55
4.3.	Svarbiausi kreipimosi medicininės pagalbos atidėjimą prognozuojantys veiksniai.....	58
4.4.	Pagrindinių tyrimo rezultatų apibendrinimas.....	60
4.5.	Tyrimo trūkumai	61
4.6.	Praktinės rekomendacijos	62
IŠVADOS	63
LITERATŪRA	64
PRIEDAI	71

SANTRAUKA

Kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo psichologiniai veiksniai. Kamilė Petrulėnaitė. Vilnius, Vilniaus universitetas, 2022 m., 84 p.

Kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimas yra itin dažnas su sveikata susijęs elgesys, sukeliantis įvairiausių neigiamų biosocialinių pasekmių. Šio tyrimo tikslas – ištirti sociodemografinių ir psichologinių veiksnių - asmenybės bruožų, subjektyvaus problemų sprendimo įgūdžių vertinimo ir pasitikėjimo gydytoju - sąsajas su kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimu bei įvertinti jų svarbą šio elgesio prognozėje. Tyrime dalyvavo 140 respondentų, kurių didžiąją dalį sudarė moterys (82,1%), Respondentų amžius varijavo nuo 19 iki 83 m. amžiaus ($M(14,53)=32,28$ m.). Tyrimo dalyviai pildė apklausą, sudarytą iš Didžiojo penketo klausimyno (BFI), Problemų sprendimo klausimyno (PSI), Pasitikėjimo gydytoju skalės (TIPS), kreipimosi medicininės pagalbos elgesio ypatumų anketos ir sociodemografinės informacijos anketos. Rasta, jog pagrindiniai kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo prognostiniai veiksniai - mažesnis pasitikėjimas problemų sprendimo įgūdžiais, ilgesnis gydytojo-specialisto konsultacijos laukimas, moteriškoji lytis, problemų sprendimo vengimo stilius, mažesnis pasitikėjimas gydytoju ir žemesnis sąmoningumo lygis. Remiantis tyrimo rezultatais, pateiktos praktinės rekomendacijos sveikatos priežiūros specialistams, medicinos psichologams ir žiniasklaidos atstovams.

Raktiniai žodžiai: kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimas, problemų sprendimas, pasitikėjimas gydytoju, asmenybės bruožai.

SUMMARY

Psychological Factors of Delay in Seeking Medical Help. Kamilė Petrulėnaitė. Vilnius, Vilnius University, 84 p.

Delaying in seeking medical help is a dysfunctional, yet rather common health-related behavior despite it is known for causing many negative biosocial consequences. The aim of this study is to examine, whether sociodemographic and psychological variables – personality traits, subjective appraisal of one's problem solving skills and trust in physician – relate and predict seeking medical care behavior. 140 participants, mostly women (82,1%), aged from 19 to 83 ($M(14,53)=32,28$ m.), completed the survey which consisted of Big Five Inventory (BFI), Problem Solving Inventory (PSI), Trust in Physician Scale (TIPS), medical help seeking behavior questionnaire and sociodemographic/contextual information questionnaire. Results show, that the main predictors of delay in seeking medical help turn out to be lower problem solving competence, longer waiting times for specialized doctor's appointment, sex, Approach-avoiding problem solving style, lower trust in physician and conscientiousness. According to the results of the study, recommendations to medical care providers, medical psychologists and social media workers are suggested.

Keywords: delay in seeking medical help, trust in physician, problem solving, personality traits.

SVARBIAUSIOS SĄVOKOS

1. Kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimas (angl. *delay in seeking medical help*) – medicininės pagalbos kreipimosi nukėlimas tolimesniam laikui, kai jaučiamas fizinis simptomas (Byrne, 2008).
2. Pasitikėjimas gydytoju (angl. *trust in physician*) – paciento įsitikinimas, kad sveikatos priežiūros specialisto įžvalgos ir veiksmai jo sveikatos būklės atžvilgiu yra patikimi, rūpestingi ir kompetetingi (Anderson & Dendrick, 1991).
3. Problemų sprendimas (angl. *problem solving*) – kognityviniai, emociniai ir elgesio procesai arba tam tikras įgūdžių rinkinys, kurį asmuo naudoja kasdieniams iššūkiams įveikti (Heppner & Baker, 1997).
4. Asmenybės bruožai (angl. *personality traits*) – penkios asmenybės dimensijos – neurotiškumas, ekstravertiškumas, atvirumas patirčiai, sutarumas ir sąmoningumas – atskirai ir samplaikoje veikiančios asmens patyrimą ir elgesį kasdieniame gyvenime bei sudarančios asmenybės struktūrą (McCrae & Costa, 1992).

Santrumpos

KMPA – kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimas

PRATARMĖ

Egzistuoja nemažai elgesio pavyzdžių, kurie gali privesti prie rimtų sveikatos problemų, pradedant rizikingu elgesiu, žalingais įpročiais ar pozityvių įpročių, tokių kaip mankšta ar sveika mityba, nebuvimu, ir baigiant komplikuoju požiūriu į profesionalią sveikatos priežiūrą, pvz., nesivadovavimu gydytojo nurodymais. Dar vienas tokio elgesio pavyzdžių yra ir kreipimosi profesionalios medicininės pagalbos atidėliojimas. Ypač šis elgesys visame pasaulyje pasireiškė COVID-19 proveržio metu, kai žmonės norėjo kreiptis į gydytoją dėl su virusu nesusijusių problemų, tačiau vengė, nes bijojo užsikrėsti. Pavyzdžiui, Czeisler ir kolegų (2020) tyrimas parodė, kad iš 5412 žmonių imties net 41% amerikiečių nurodo, jog COVID-19 siautėjimo laikotarpiu atidėjo kreipimąsi pas gydytoją). Tačiau kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimas buvo ir išlieka opi problema ne tik pasaulinio masto problemų akivaizdoje. Šiam tyrimui parengti buvo nagrinėtos studijos, parašytos nuo 1963 m. iki 2020 m., kas sufleruoja, jog šis elgesio fenomenas neramina įvairiuose istorijos kontekstuose.

Kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimas laikomas viena iš priežasčių tokių neigiamų biosocialinių pasekmių kaip lėtinės ligos diagnozė, neįgalumo įgavimas ar darbingumo sumažėjimas, didesnės išlaidos, skirtos gydymui individualiu ir valstybės mastu ir kt. Dėl šios priežasties atsiranda poreikis išnagrinėti kuo daugiau įvairiausio pobūdžio veiksnių, kurie gali sietis ir prognozuoti delsimą kreiptis į sveikatos priežiūros specialistą. Įprastai tyrimuose delsimo kreiptis į gydytoją prognozės tema daugiausia dėmesio suteikiama sociodemografiniams ar kontekstiniams veiksniams (lytis, amžius, pajamos, santykių statusas, medicininės pagalbos prieinamumas ir pan.). Nenuvertinant kontekstinių veiksnių svarbos, vis tik kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo tyrimų lauke pastebimas trūkumas studijų, atkreipiančių dėmesį į psichologinius tokio elgesio veiksnius – asmenybės bruožus, problemų sprendimo būdus, nuostatas į sveikatos priežiūros specialistus ir kt., todėl kyla poreikis tirti delsimą kreiptis medicininės pagalbos atsižvelgiant į individualiai žmogui priskirtinas savybes, o ne tik kontekstą ar aplinką, kurioje jis gyvena.

Nagrinėjant tyrimus šia tema atrandama ir daugiau spragų. Pavyzdžiui, pastebimas neaiškumas, kaip kuo tiksliau iširti kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimą naudojant kiekybinius metodus – dažniausiai kiekybiniuose tyrimuose naudojamas vienas dichotominis klausimas, kurio atsakymai nesuteikia daugiau informacijos apie atidėliojimo ypatumus (pvz., kiek laiko užtruko nuo pirmojo simptomo pradžios iki suvokto simptomo rimtumo arba realaus kreipimosi į gydytoją). Taip pat, mūsų žiniomis, tyrimų atidėliojimo kreiptis medicininės pagalbos tema neegzistuoja, tiriant lietuvių populiaciją, nors dar 2009 m. atlikto tarpkultūrinio tyrimo duomenys sufleruoja, jog lietuviai pasižymi

didesniu delsimu esant poreikiui kreiptis į sveikatos priežiūros specialistą, nei, pvz., prancūzai, kurie kreipiasi į gydytoją patirdami mažesnę skausmą, nei lietuviai (Kratavičiūtė ir Sargautytė, 2009). Tai gali rodyti specifinius kultūrinius bruožus ar asmenybės ypatybes, kurios galėtų prognozuoti delsimą kreiptis gydytojo pagalbos.

Apibendrinus minėtas problemas, pastebimas tyrimuose šia tema, vis dar nėra aišku, kaip psichologiniai veiksniai nusako kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimą ir kaip tiksliai jį pamatuoti, todėl atrodo svarbu plėsti šių studijų lauką ir jį papildyti sąsajų tarp kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo ir veiksnių, kurie anksčiau taip dažnai tyrimuose nebuvo naudoti, rezultatais.

1. ĮVADAS

Yra žinoma, jog kreipimasis medicininės pagalbos laiku didina gydymo būdų pasirinkimo galimybę, atsaką į gydymą daro efektyvesnį, o, svarbiausia, gerina pasveikimo prognozę (Kannan & Veazie, 2014). Tai galioja gydant tiek psichinės sveikatos sutrikimus (pvz., Perkins ir kolegų (2005) metaanalizės rezultatai rodo, jog kuo greičiau pradedama gydyti psichozės simptomus, tuo geresnis paciento atsakas į antipsichotinį gydymą, didėja funkcionalumas kasdienybėje, o kartu didėja ir tikimybė, jog teigiami ir neigiami simptomai pasireikš rečiau arba iš viso išnyks), tiek somatines ligas: infekcines (Oo et al., 2020; Mhalu et al., 2019), progresuojančias (Ristvedt & Trinkaus, 2005) ar ūmines būkles, tokias kaip insultas (Mandelzweig et al., 2006) ar miokardo infarktas (Ghazawy et al., 2015). Taip pat, šiais laikais egzistuoja nemažai efektyvių medikamentų ar kitų gydymo metodų, kuriais įmanoma išgydyti ar bent jau pagerinti būklę net labai ūmių atvejų metu: pvz., reperfuzijos terapija miokardo infarkto ar insulto (Mandelzweig et al., 2006) atveju, tačiau gydymo sėkmė siejasi ir su spartesniu kreipimusi medicininės pagalbos. Verta paminėti, jog būna ir tokių atvejų, kai simptomai, galimai signalizuojantys sveikatos problemą, gali nepasireikšti arba likti nepastebėti (Ristvedt & Trinkaus, 2005). Tačiau egzistuoja įvairių prevencinių programų, kurios gelbsti ankstyvoje ligų diagnostikoje – tai kasmetiniai arba kas keletą metų taikomi prevenciniai tyrimai tam tikro amžiaus tarpsnio asmenims. Pvz., Lietuvoje egzistuoja tokios prevencinės programos: gimdos kaklelio vėžio (moterims, nuo 25 iki 59 m.), krūties vėžio (moterims, nuo 50 iki 69 m.), prostatos vėžio (vyrams, nuo 50 iki 69 m.), storosios žarnos vėžio (moterims ir vyrams, nuo 50 iki 74 m.) ir širdies ir kraujagyslių ligų (moterims, nuo 50 iki 64 m., ir vyrams, nuo 40 iki 54 m.) (Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos, 2021).

Nepaisant naujausių medicinos išradimų ir prevencinių programų prieinamumo, vis tik lieka viena esminių problemų, trikdančių gydymą ir keliančių įvairių neigiamų su sveikata susijusių pasekmių – kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimas (KMPA). Toks elgesys visuomenėje pasitaiko gana dažnai - šiam tyrimui atlikti nagrinėtoje literatūroje randama, jog bent 20% tyrimų dalyvių delsia kreiptis į gydytoją, jausdami nemalonius kūno simptomus (25% iš 264 tyrimo dalyvių, Tromp et al., 2005; 22,5% iš 2155, Leyva et al., 2020; 66,8% iš 346, Oo et al., 2020; 25,4% iš 69, Ristvedt & Trinkaus, 2005 ir kt.). Taip pat tyrimai šia tema atliekami įvairiose pasaulio šalyse: Nyderlanduose (Tromp et al., 2005), JAV (Leyva et al., 2020; Ristvedt & Trinkaus, 2005; Reisinger et al., 2018; Kannan & Veazie, 2014), Tailande (Oo et al., 2020), Švedijoje (Schlyter et al., 2011), Egipte (Ghazawy et al., 2015) ir kitose, kas rodo, jog šis elgesys yra gana universalus ir pasireiškia įvairiose kultūrose. Kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimas yra būdingas tiek ūminių (Mandelzweig et al., 2006;

Schlyter et al., 2011; Ghazawy et al., 2015) ar infekcinių (Oo et al., 2020; Mhalu et al., 2019), tiek lėtinių (Reisinger et al., 2018), tiek progresuojančių (Ristvedt & Trinkaus, 2005) būklių atvejais ir siejasi su blogesne diagnoze (Felippu et al., 2015; Gavan et al., 2016), ilgesniu ir brangesniu gydymu, rimtesniu ligotumu bei didesne mirties tikimybe (Reisinger et al., 2018).

Apibendrinus, dėl dažno pasireiškimo, universalumo, o svarbiausia, dėl neigiamų sveikatos pasekmių, kurių būtų galima išvengti, yra būtina atlikti kuo daugiau tyrimų, nagrinėjančių įvairiausių veiksnius, kurie siejasi ar prognozuoja kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimą.

1.1. Kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo samprata

1.1.1. Sąvokos vartojimo problema

Literatūroje, gvildenančioje kreipimosi medicininės pagalbos delsimo temą, dažnai pastebima, jog kai kada atidėliojimas arba delsimas (anlg. *delay*) yra vartojamas kaip sinonimas kitai sąvokai – vengimui (anlg. *avoidance*). Ypač keblumą kelia tai, jog tyrimuose, kuriuose šis konstruktas vadinamas skirtingai, naudojamas labai panašus jo matavimo būdas, pvz., Chan ir Laster (2015) tyrime ir kituose, kuriuose tiriamas *vengimas* kreiptis medicininės pagalbos (Kannan & Veazie, 2014; Leyva et al., 2020) buvo matuojamas panašiai, kaip ir tyrimuose, matuojančiuose kreipimosi medicininės pagalbos *atidėliojimą* (daugiau apie konstrukto matavimą aprašyta skirsnyje *Kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo matavimo problema*, 15 p.), nors sąvokos „vengimas“ ir „atidėliojimas“ nėra tapačios. Anot Byrne (2008), *vengimas* reiškia „veiksmą, kurio metu fiziškai ir psichiškai šalinamasi nuo kažko, kas gali kelti distresą“, tuo tarpu *atidėliojimas* (arba *delsimas*) reiškia „nukelti veiksmą vėlesniam laikui“. Taigi, paprastai tariant, vengimas kreiptis medicininės pagalbos reiškia taip jos ir nesikreipti, o kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimas reiškia kreipimąsi „vėliau“. Kadangi tarp apibrėžimų matomas gana aiškus skirtumas, sufleruojantis apie du skirtingus konstruktus, lygiai tokio pat aiškaus skirtumo tyrimuose trūksta ir sąvokų lygmenyje bei matavimo lygmenyje. Šiame tyrime bus gvildinama būtent atidėliojimo kreiptis medicininės pagalbos tema ir su juo susijusios kontekstinės ir psichologinės sąlygos.

1.1.2. Kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimą aiškinančios teorijos

Kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimas pradėtas tirti jau gana seniai, tačiau jo samprata iki šių dienų kito. Senesniuose tyrimuose KMPA tiriamas kaip laiko intervalas nuo pirminio nemalonaus

fizinės ar psichinės sveikatos simptomo iki realaus kreipimosi į sveikatos priežiūros specialistą (Antonovsky & Hartman, 1974; Blackwell, 1963; Green et al., 1974 ir kt.). Tačiau 1979 metais Safer su kolegomis pasiūlė, jog KMPA reikėtų suprasti ne kaip nedalomą konstrukta, bet kaip procesą, susidedantį iš specifinių, viena po kitos einančių stadijų, ir pristatė trijų delsimo kreiptis medicininės pagalbos stadijų teoretinį modelį, kurį laiką daugiausiai cituojamą KMPA tyrimų lauke (Walter et al., 2012).

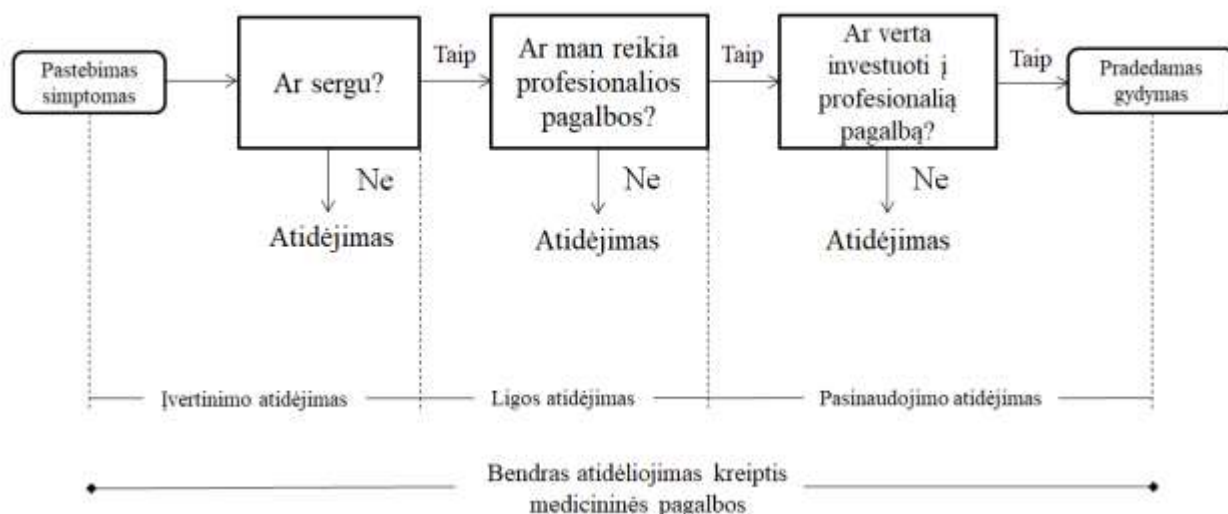
Anot Safer ir kolegų (1979), kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimą kaip procesą siūloma skirstyti į tris stadijas:

1. Įvertinimo atidėjimas (angl. *appraisal delay*) – ši yra pirmoji stadija, nurodanti dienų skaičių nuo pirmo karto, kai asmuo pastebėjo nemalonų simptomą, iki dienos, kai jis/ji priėjo išvados, jog simptomas gali signalizuoti ligą.
2. Ligos atidėjimas (angl. *illness delay*) – antroji atidėliojimo stadija, nurodanti dienų skaičių nuo Įvertinimo delsimo stadijos pabaigos (kai asmuo įvertino, jog gali sirgti) iki dienos, kai asmuo nusprendė kreiptis profesionalios medicininės pagalbos.
3. Pasinaudojimo (profesionalios medicininės pagalbos) atidėjimas (angl. *utilization delay*) – trečia ir paskutinė atidėliojimo stadija, nurodanti dienų skaičių nuo Ligos atidėjimo stadijos pabaigos (kai asmuo nusprendė kreiptis profesionalios medicininės pagalbos) iki dienos, kai asmuo realiai apsilankė pas sveikatos priežiūros specialistą.

Svarbu paminėti, jog šis teoretinis modelis ne tik suskaldo anksčiau naudojamą bendrą KMPA laikotarpį į tris trumpesnes laiko atkarpas. Autoriai modeliu akcentuoja, jog kiekvienoje stadijoje asmuo priima sprendimą, kuris arba pagreitins, arba nutolins kontaktą su profesionalia medicinine pagalba (Safer et al., 1979) - pirmoje stadijoje žmogus nusprendžia, ar neįprastas pojūtis reiškia, jog jis/ji serga, antroje stadijoje sprendžiama, ar „liga“ reikalauja mediko priežiūros ir paskutinėje sprendžiama, ar verta investuoti turimus išteklius profesionaliai pagalbai pasiekti. Geriau suprasti stadijas ir jose sprendžiamas dilemas autoriai padeda modelį vaizduodami schematiškai (1 pav.).

Vėliau šią teoriją patobulino ir praplėtė Andersen, Cacioppo ir Roberts (1995), pristatydami Generalizuotą bendro pacientų delsimo modelį, kitaip dar vadinamą Andersen modeliu (žiūrėti į 2 pav.). Kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo procesą autoriai siūlo skirstyti į 5 stadijas: pirmos dvi – įvertinimo atidėjimo ir ligos atidėjimo – stadijos yra tapačios Safer ir kolegų (1979) teorijai. Į pastarąją įeinančią pasinaudojimo atidėjimo stadiją Andersen ir kiti (1995) pasiūlė išskirstyti į dvi smulkesnes stadijas: elgesio atidėjimo (angl. *behavioural delay*) ir vizito suplanavimo atidėjimo (angl. *scheduling delay*). Elgesio atidėjimo stadija atspindi laikotarpį dienomis nuo momento, kai asmuo

nusprendžia kreiptis medicininės pagalbos, iki realaus veiksmų ėmimosi, t.y., registracijos pas gydytoją, tuo tarpu vizito suplanavimo atidėjimo stadiją autoriai aiškina kaip dienų skaičių nuo

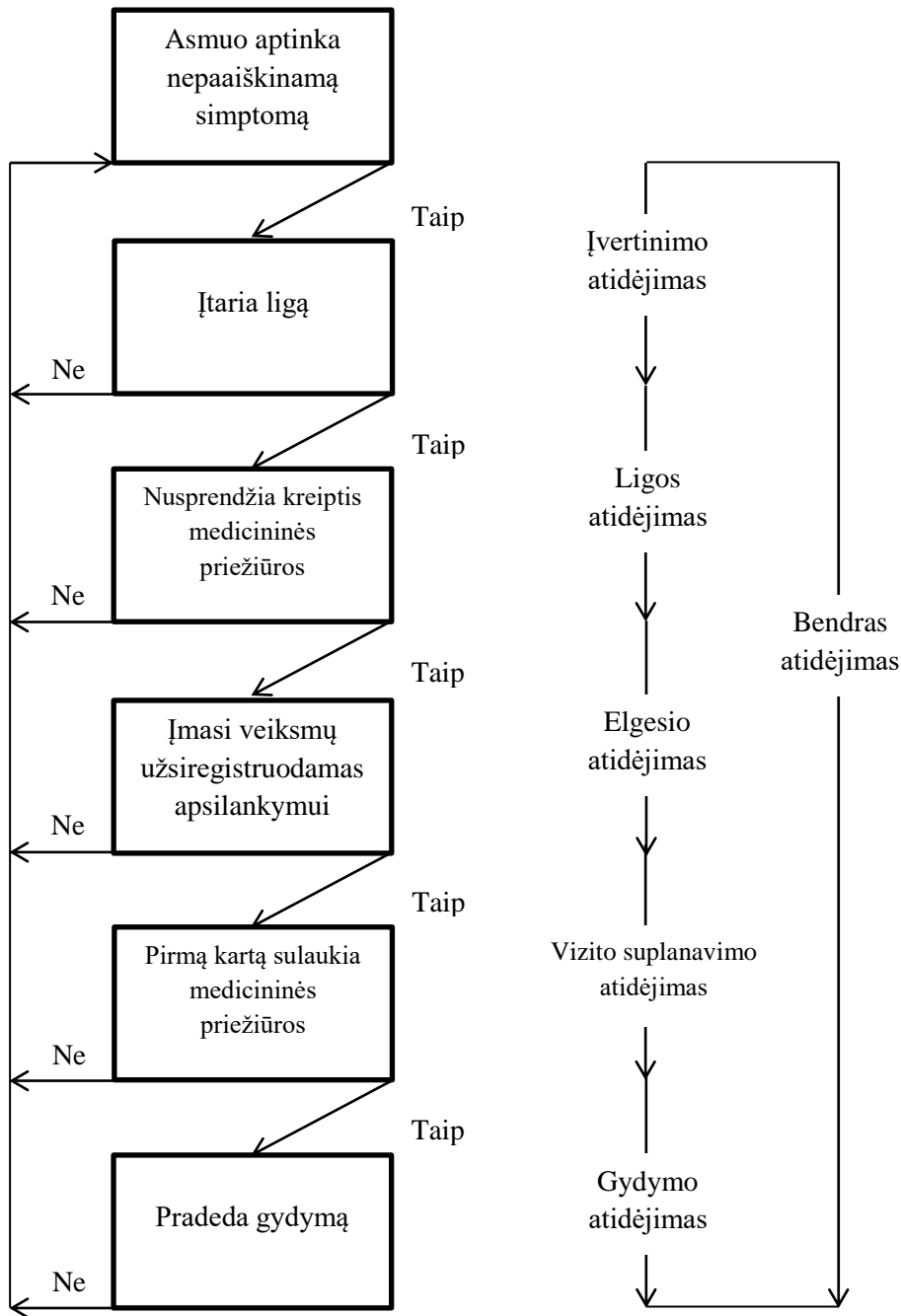


1 pav. Safer ir kolegų (1979) kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo modelis

registracijos pas gydytoją iki realios medicininės priežiūros gavimo (Andersen et al., 1995). Galiausiai, Andersen modelyje aptinkama penkta atidėliojimo stadija, kurios neišskyrė Safer ir kolegų (1979) – tai gydymo atidėjimo stadija, apimanti dienų skaičių nuo realios medicininės priežiūros gavimo iki gydymo pradžios (Walter et al., 2012). Panašiai, kaip ir Safer ir kolegų teorijoje (1979), Andersen su bendraautoriais (1995) pabrėžia, jog kiekvienoje stadijoje žmogus turi priimti tam tikrus sprendimus, tačiau gydymo atidėjimo stadijos siūlymas gali sufleruoti, jog šiame etape sprendimo atsakomybė skiriama ne tik pacientui, bet ir sveikatos priežiūros specialistui – laikoma, jog delsimas gauti reikiamą medicininę pagalbą priklauso ne vien nuo asmens, kuriam reikia pagalbos, bet ir nuo mediko, kuris diagnozuoja ir skiria reikiamą gydymą (Andersen et al., 1995; Ristvedt & Trinkaus, 2005; Bairati et al., 2006).

Nepaisant detalesnio požiūrio į KMPA, Andersen ir kolegų (1995) Generalizuotas bendro pacientų delsimo modelis vertinamas pakankamai kontraversiškai. Anot, Walter ir bendraautorių (2012), tarp Safer ir kt. (1979) ir Andersen ir kt. (1995) modelių egzistuoja „subtilūs skirtumai“ – esą, Safer ir kt. (1979) modelyje stadija apima tik laikotarpį dienomis, o Andersen modelyje stadija reiškia ne tik dienų skaičių, bet ir sprendimo priėmimo „fazę“. Tačiau beatodairiškai to teigti negalima – Safer ir kolegų (1979) schematiniame modelyje ir aiškinime gana akivaizdžiai nurodoma sprendimo priėmimo svarba ir šio modelio stadijas lygiai taip pat galima suprasti kaip sprendimo priėmimo fazes. Negana to, vėlesniuose tyrimuose, kuriuose KMPA buvo tiriamas remiantis Andersen modeliu (1995), pastebėta,

jog smulkesnis KMPA išskaidymas komponentais nebūtinai pasiteisina. Pavyzdžiui, elgesio atidėjimo stadija dažnai net nepasireiškia ir sprendimą kreiptis medicininės pagalbos iš karto seka realios jos

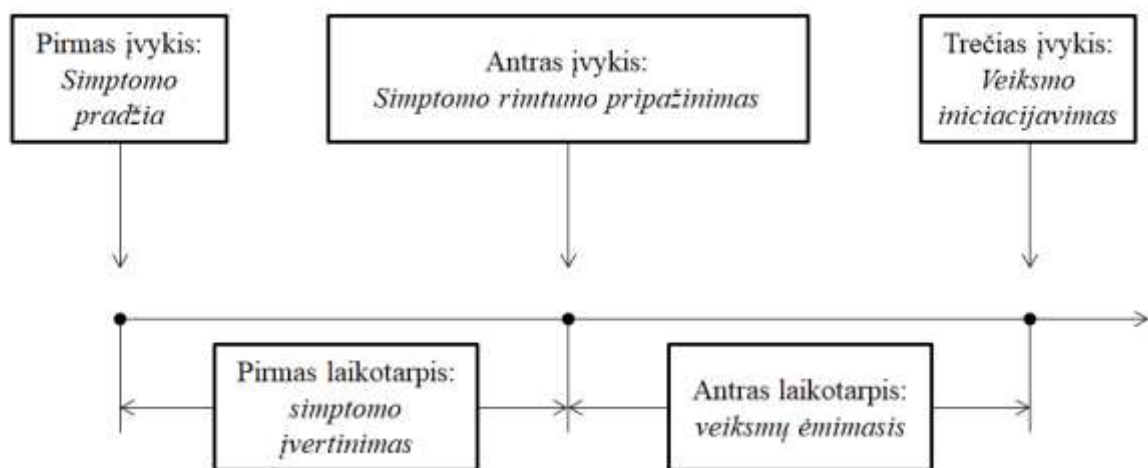


2 pav. Generalizuotas bendro pacientų delsimo modelis (Andersen et al., 1995)

paieškos (de Nooijer et al., 2001). Taip pat vėlesnių tyrimų autoriai abejoja, kiek svarbi yra vizito suplanavimo atidėjimo stadija (Walter et al., 2012) ir kiek delsimas, pasireiškiantis per šį laikotarpį, iš

tikrųjų nusakomas paciento sprendimų, kaip teigė Andersen ir kt. (1995), o ne sveikatos priežiūros sistemos ypatumų (Dios et al., 2005). Yra ir daugiau niuansų, dėl kurių ši teorija yra kritikuojama – pvz., teigiama, jog KMPA procesas yra kur kas labiau dinamiškas, nei kad jį būtų galima supaprastinti iki linijinės progresijos struktūros modelio – realybėje stadijos retai kada pasireiškia nekintančia tiesine seka (Scott et al., 2013). Kita vertus, nepaisant aptartų aspektų, neįmanoma paneigti, jog Andersen modelis (1995) atspindi daugialypišką požiūrį į KMPA įvairių sveikatos sutrikimų atvejais.

Nepaisant Safer ir kt. (1979) ir Andersen ir kt. (1995) modelių populiarumo, šiais laikais tyrėjai linkę supaprastinti požiūrį į KMPA ir jį traktuoti kaip vientisą laikotarpį nuo pirmo simptomo iki realaus apsilankymo pas gydytoją (Moore et al., 2004; Reisinger et al., 2018; Gavan et al., 2016), arba akcentuoti svarbiausius jo etapus – laikotarpį nuo pirmo simptomo pastebėjimo iki simptomo suvokimo kaip signalo apie ligą (įvertinimo atidėjimas) ir laikotarpį nuo minties apie ligą iki realaus kreipimosi į gydytoją, kuris dažnai vadinamas „veiksmų ėmimosi (Ristvedt & Trinkaus, 2005)“ arba „pagalbos siekimo“ intervalu (angl. *help-seeking interval*, Weller et al., 2012), kuris suprantamas ligos atidėjimo ir elgesio atidėjimo stadijų kombinacija. Pvz., Ristvedt ir Trinkaus 2005 m. tyrime atidėliojimo laikotarpį suskirstė į tris kertinius įvykius: 1. simptomo pradžią, 2. simptomo įvertinimą kaip ligos signalą ir, galiausiai, 3. pirmą konkretų paciento kreipimąsi medicininės pagalbos. Taigi šiuo tyrimu buvo siūloma nagrinėti du laikotarpius: simptomo įvertinimo (nuo pirmo iki antro įvykio) ir veiksmų ėmimosi (nuo antro iki trečio įvykio) (3 pav.).



3 pav. Supaprastintas kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo modelis (Ristvedt & Trinskaus, 2005)

Šiame tyrime bus naudojamas būtent šis požiūris į KMPA. Nors jis yra gana sudėtingų ankstesnių modelių interpretacija, tačiau gana tiksliai apibūdina delsimą kreiptis medicininės pagalbos, o taip pat respondentams lengviau retrospektyviai įvertinti simptomo įvertinimo ir veiksnių ėmimosi laikotarpius, atsakant apie savo kreipimosi į gydytoją ypatumus.

1.1.3. Kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo matavimo problema

Iki šių dienų KMPA tyrimuose matuojamas gana skirtingai. Visų pirma, matavimą apsunkina tai, jog sunku prieiti bendro susitarimo, kada laikotarpis nuo pirmojo simptomo iki realaus kontakto su sveikatos priežiūros specialistu jau laikomas delsimu, ir abejotina, ar toks susitarimas išvis įmanomas. Pvz., ūminių būklių (insulto ar miokardo infarkto) atveju delsimu jau laikomos 2-4 valandos nuo simptomo pradžios (Mandelzweig et al., 2006; Schlyter et al., 2011; Ghazawy et al., 2015), tuo tarpu progresuojančių ar lėtinių ligų atveju delsimą siūloma fiksuoti tada, kai pacientas, jausdamas simptomus, nesikreipia į medikus ilgiau nei 3 mėnesius (Blackwell, 1963; Tromp et al., 2005; Heath et al., 2019 ir kt.). Taip pat su sunkumais susiduriama ir renkant tikslią atidėliojimo trukmės informaciją - mokslininkai, tirdami imtis su specifiniu sutrikimu, informacijos apie delsimo trukmę gauna nagrinėdami tyrimo dalyvių ligos istorijas, tačiau tikrasis iššūkis kyla atidėliojimo trukmę tiriant sveikų individų imtyje. Kai kurie kiekybinių studijų autoriai šią problemą bando išspręsti leisdami patiems respondentams atsakyti, kiek vidutiniškai laiko (dienomis) praeina nuo pirmojo simptomo iki realaus kreipimosi į gydytoją (Ristvedt & Trinkaus, 2005), tačiau tyrimo dalyviams gali būti sunku retrospektyviai įvertinti šią trukmę, negavus jokių atskaitos taškų, taigi atsakymo variantai jiems padėtų orientuotis ir atsakyti tiksliau. Egzistuoja įvairių atsakymų variantų variacijų (Gavan et al., 2016), tačiau dauguma tyrėjų, taikančių klausimus su atsakymų variantais KMPA pamatuoti, orientuojasi į Blackwell (1963) siūlymą KMPA trukmę skirstyti į tokius laikotarpius:

1. iki 3 mėn.,
2. nuo 3 iki 12 mėn.,
3. ilgiau nei 12 mėn.

Galiausiai, kiekybinių tyrimų autoriai dažnai KMPA traktuoja ne kaip trukmę, bet kaip egzistuojantį arba neegzistuojantį elgesį, ir matuodami delsimą kreiptis į mediką apsiriboja vienu dichotominiu klausimu. Dažniausiai tyrimuose pasikartojantis dichotominis klausimas skamba taip: *Ar per*

pastaruosius 12 mėnesių patyrėte sveikatos problemų, dėl kurių manėte, jog reikėtų apsilankyti pas gydytoją, bet neapsilankėte (Moore et al., 2004; Smith et al., 2018; Reisinger et al., 2017 ir kt.). Tačiau šis klausimas atspindi ne tiek delsimą ar atidėliojimą kreiptis medicininės pagalbos, kiek visišką jos nesikreipimą, kas gali sufleruoti, jog taip veikia matuojamas ne atidėliojimas, o vengimas, o tai, kaip jau aptarta, yra du skirtingi konstruktai. Atsižvelgiant į šias problemas, kyla poreikis ieškoti tikslesnių KMPA matavimo būdų.

1.2. Demografiniai ir kontekstiniai veiksniai, nusakantys KMPA

Kadangi yra žinoma, jog KMPA siejasi su įvairiausiomis neigiamomis pasekmėmis sveikatai ir gydymui, jau gana seniai vykdomi tyrimai, bandantys išsiaiškinti veiksnius, nusakančius tokį individo elgesį. Daugiausia dėmesio tyrimuose suteikiama sociodemografiniams (lyčiai, amžiui, išsilavinimui) ir kontekstiniams veiksniams (socialinė/emocinė parama, gydytojo pasiekiamumas, pajamos/sveikatos draudimas). Dažniausiai tyrėjai būtent išsilavinimą akcentuoja kaip vieną svarbiausių demografinių veiksnių, besisiejantių ir nusakančių KMPA – aukštesnį išsilavinimą pasiekę žmonės linkę mažiau delsti kreiptis medicininės pagalbos, jausdami tam poreikį, o ypač tai būdinga besivystančių šalių populiacijose (Oo et al., 2020; Chan & Laster, 2015; Ghazawy et al., 2015; Yang et al., 2019; Dianatinasab et al., 2016 ir kt.). Šiuo aspektu tyrimų rezultatai yra gana nuoseklūs, ko nebūtų galima pasakyti apie kitus demografinius kintamuosius, ypač apie amžių. Nemažai tyrimų rodo, jog jaunesni asmenys yra labiau linkę vilkinti kreipimąsi į gydytoją (Smith et al., 2018; Chan & Laster, 2015), tačiau egzistuoja ir tyrėjų, teigiančių priešingai (Tejeda et al., 2017; Ghazawy et al., 2015; Yang et al., 2020), gautus rezultatus aiškindami tuo, jog nemažai vyresnio amžiaus žmonių (>65 m.) delsia ar vengia kreiptis medicininės pagalbos dėl to, kad naujus simptomus įvertina kaip natūralų senėjimo procesą (Leyva et al., 2020). Nenuoseklumas rezultatuose būdingas ir kai kalbama apie lytį – kai kurie tyrimai rodo, jog delsti labiau linkusios moterys (Smith et al., 2018), kiti – kad vyrai (Chan & Laster, 2015). Kadangi iki šių dienų randama rezultatų neatitikimų, atrodo svarbu išsiaiškinti demografinių veiksnių svarbą prognozuojant KMPA.

Literatūroje, iš kontekstinių veiksnių, nusakančių KMPA, daugiausiai yra akcentuojama socialinė/emocinė parama (kartu ir vedybinis statusas) (Reisinger et al., 2018; Lyimo & Mosha, 2019), finansinė padėtis ir gydytojo pasiekiamumas bei sveikatos priežiūros sistemos tvarkos (ypač, kai kalbama apie gydytojų specialistų pasiekiamumą, eiles) (Yang et al., 2020; Heath et al., 2019). Anot Reisinger ir bendraautorių (2018), žmonės, nurodantys, jog negauna reikiamos socialinės ar emocinės

paramos, delsti kreiptis medicininės pagalbos linkę du kartus labiau nei asmenys, nesiskundžiantys socialinės paramos nebuvimu. Pajamos, kaip svarbus KMPA prognozuojantis veiksnys, taip pat šmėžuoja nemažoje dalyje tyrimų (Yang et al., 2020; Heath et al., 2019; Leyva et al., 2020 ir kt.) – asmenys, nurodantys mažesnes mėnesio ar metines pajamas ir neapsidraudę sveikatos draudimu, labiau linkę nukelti kontaktą su SPS vėlesniam laikui.

Nenuvertinant demografinių ir kontekstinių veiksnių svarbos KMPA prognozėje, visgi klasikinės KMPA teorijos sufleruoja, jog labiausiai dėmesį atkreipti verta ne į aplinką, kuri supa individą, bet į patį individą ir jo psichologinius niuansus, kurie taip pat gali būti svarbūs KMPA nusakantys veiksniai ir gal net svarbesni už kontekstą, kuriame žmogus gyvena. Tačiau apžvelgiant literatūrą KMPA tema, kiekybiniai tyrimai, nagrinėjantys psichologinius KMPA veiksnius, sudaro gana mažą visų studijų dalį ir, negana to, yra pakankamai seni. Todėl atsiranda didelė svarba praplėsti lauką studijų, tiriančių kuo įvairesnius veiksnius, turinčius ryšį su KMPA tam, kad būtų tiksliau suprantamas delsimas kreiptis medicininės pagalbos mechanizmas. Šiame tyrime bus orientuojamasi į tris psichologinius veiksnius, galimai nusakančius KMPA – problemų sprendimo būdą, asmenybę ir požiūrį į gydytoją.

1.3. Kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo psichologiniai veiksniai

Dauguma psichologinius KMPA veiksnius nagrinėjančių šiuolaikinių tyrimų yra kokybiniai (Heath et al., 2019; Lyimo & Mosha, 2019; Kohler et al., 2017 ir kt.). Dėl atviro atsakymų pobūdžio nustatoma įvairiausių subjektyviai įvertinamų psichologinių veiksnių, ir tokių tyrimų rezultatai stokoja nuoseklumo. Visgi, dažniausiai kokybinių studijų rezultatuose pasikartojantis psichologinis veiksnys, aiškinantis KMPA, atrandamas simptomo rimtumo nuvertinimas (Kohler et al., 2017; Gravely-Witte et al., 2010). Šis prediktorius gana dažnai minimas ir senesniuose, kiekybiniuose tyrimuose KMPA tema bei yra laikomas kaip svarbi psichologinio pobūdžio priežastis įvertinimo atidėjimo (šiame tyrime – simptomo įvertinimo) stadijoje (Byrne, 2008). Ankstesnėse studijose atrandamas požiūris, jog ši savybė yra susijusi su žmogaus asmenybės bruožais – simptomų nuvertinimas (angl. *minimization*) galimai nurodo bendrą asmens polinkį ramiau reaguoti į įvairius aplinkos pavojaus signalus (Cloninger, 1987). Tai mini ir Didžiojo Penketo asmenybės teorijos kūrėjai, sakydami, jog „susirūpinimimo somatiniais simptomais lygis stipriai koreliuoja su fundamentaliais asmenybės bruožais“ (Costa & McCrae, cit. iš Ristvedt & Trinkaus, 2005) - polinkis jautriai nereaguoti į simptomus neretai susijęs su „Negatyvaus afektyvumo“ asmenybės bruožais. Tai leidžia suprasti, jog ši savybė pasireiškia, kai Neurotiškumo lygis yra žemesnis nei vidutinis. Tiesa, yra ir tokių studijų, kuriose atrasta, jog „prislopintos“ (angl.

dampened) reakcijos į simptomą ir ilgesnis delsimas kreiptis į gydytoją būdingas ne tik žemą, bet ir aukštą negatyvaus afektyvumo lygį turintiems asmenims (Antonovsky & Hartman, 1974). Skamba gana paradoksaliai, kad asmuo, kuriam būdinga jautriau nei įprasta reaguoti į neigiamus stimulus (šiuo atveju – somatinius simptomus), bus linkęs ilgiau atidėti kontaktą su sveikatos priežiūros specialistu, tačiau tai būtų galima paaiškinti tuo, jog aukštas psichologinio distreso lygis (būdingas žmonėms, turintiems aukštesnį neurotiškumo lygį), o taip pat ir baimė išgirsti grėsmingą diagnozę, iššaukia gynybinę neigimo reakciją ir „paralyžiuoja“ imtis veiksmų (Ristvedt & Trinkaus, 2005). Vienaip ar kitaip, ankstesni tyrimai sufleruoja, jog toks žmogaus atsparumas simptomui susijęs su jo asmenybės tendencijomis, todėl asmenybė tampa vienu iš svarbių psichologinių veiksnių, galinčių prognozuoti KMPA.

Kaip jau buvo minėta aptariant klasikines KMPA teorijas, autoriai akcentuoja, jog delsimas trukmė, ypač įvertinimo stadijoje, priklauso nuo žmogaus sprendimų (Safer et al., 1979; Andersen et al., 1995). Todėl stilius, kaip žmogus sprendžia kilusius iššūkius ar problemas, taip pat gali būti svarbus psichologinis veiksnys, nusakantis KMPA, tačiau studijų, tiriančių ryšį tarp problemų sprendimo būdų ir KMPA, gana mažai (Bosworth et al., 2000; Reifenshtein, 2007). Atsižvelgiant į tokių studijų trūkumą, bet neatmetant galimybes, jog problemų sprendimo būdai gali nusakyti KMPA, šiuo tyrimu bus siekiama išsiaiškinti, ar problemų sprendimo būdai yra svarbus veiksnys KMPA prognozėje.

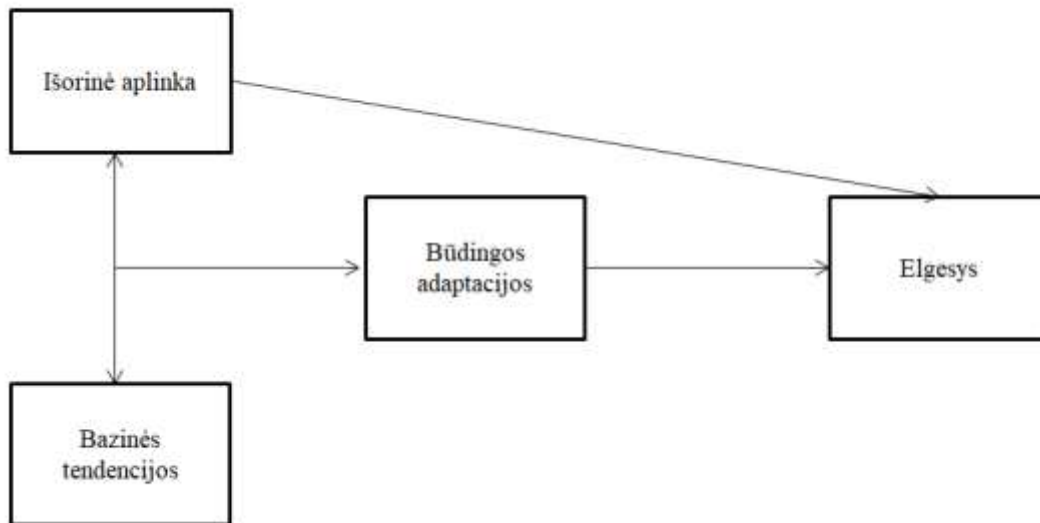
Galiausiai svarbu paminėti ir dar vieną psichologinį veiksnį, pasikartojantį KMPA tyrimuose – tai nuostatos apie gydančią sveikatos priežiūros specialistą: šias nuostatas gali formuoti patirtis (neigiama arba teigiama) sveikatos priežiūros įstaigose (Ballantyne et al., 2007), santykiai su gydančiu gydytoju (Moore et al., 2004) ir pasitikėjimas jo kompetencija (Chan & Laster, 2015). Šis veiksnys nuo kitų dviejų, paminėtų anksčiau, skiriasi tuo, jog jis priklauso ne tik nuo asmeninių žmogaus savybių – pasitikėjimas gydytoju stipriai siejasi su sveikatos priežiūros sistemos ypatumais, gydytojų bendravimu su pacientais ir kitais išoriniais veiksniais, kurie nuo paciento asmeniškai nepriklauso. Todėl visuomenės ir individo požiūri į gydytojus svarbu tyrinėti ir kaip KMPA prognozuojantį veiksnį, ir kaip sveikatos priežiūros sistemos tam tikrų disfunkcijų (pvz., ilgos eilės, specialistų trūkumas, gydytojų atlyginimai ir kitos problemos) pasekmę, kas leistų sužinoti pagrindines jos priežastis ir padėtų pasiūlyti jas sumažinančius pokyčius.

Taigi, šiuo tyrimu siūloma, jog globalūs psichologiniai veiksniai, galimai nusakantys KMPA, yra asmenybė, problemų sprendimo būdai ir pasitikėjimas gydytoju. Vėlesniuose poskyriuose kiekvieno jų samprata ir ankstesnių tyrėjų nustatyti ryšiai su KMPA bus gvildenami detaliau.

1.3.1. Asmenybės bruožai ir jų sąsaja su kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimu

Nepaisant klasikinių asmenybės teorijų gausos, Penkių faktorių modelis, arba Didžiojo Penketo bruožų teorija (Costa & McCrae, 1992) šiais laikais yra bene labiausiai naudojamas požiūris tiriant asmenybės bruožus. Turbūt esminė šio modelio stiprybė, lyginant su kitomis asmenybės teorijomis, yra ta, jog jis buvo kurtas remiantis empiriniais tyrimais, įrodančiais teorijos universalumą įvairiuose laikotarpiuose, kultūrose, amžiaus grupėse ir kitose sąlygose (Erder & Pureur, 2016).

Esminė teorijos mintis – suprasti bruožą ne kaip visiškai nekintantį asmenybės struktūros komponentą, bet *tendenciją, polinkį* elgtis, jausti ir suprasti vienu ar kitu būdu (Costa & McCrae, 1999). Asmenybės bruožai yra aiškinami kaip bazinių tendencijų – biologinio pagrindo nulemtu potencialo ir bendrų polinkių - dalis (Kairys, 2008). Šios bazinės tendencijos, sąveikaudamos su aplinka, pasireiškia būdingomis adaptacijomis – įgūdžiais, įsitikinimais, planais, tikslų kėlimu ir pan., o šios veikia individo elgesį (McCrae, cit iš Kairys, 2008). 4 paveikslėlyje galima matyti schematinį šio proceso pavaizdavimą.



4 pav. Bazinių tendencijų ir būdingų adaptacijų reikšmė aiškinant individo elgesį. Parengta remiantis Kairio (2008) straipsniu.

Žvelgiant į teoriją plačiu lygmeniu, yra skiriami penki asmenybės burožai (Costa & McCrae, 1992):

1. Atvirumas patirčiai – žmonės su stipria tendencija išreikšti šį burožą įprastai pasižymi lakia vaizduote ir kūrybingumu. Jiems įdomu išbandyti kažką nauja, taip pat jie paprastai atviri kitokios idėjoms.
2. Sąmoningumas – žmonės, turintys stiprią tendenciją išreikšti šį burožą, pasižymi tikslingumu, organizuotumu, savidisciplina. Yra dažniau linkę laikytis taisyklių ir planuoti savo veiklas.
3. Ekstraversija – žmonės, kuriems būdingas aukštas ekstraversijos lygis, paprastai yra visuomeniški ir energingi. Energijos jie papildoma būdami kompanijose, jiems būdingas asertyvumas ir entuziazmas.
4. Sutarumas – aukštas sutarumo lygis sufleruoja apie tokias savybes, kaip užuojauta, gerumas ir patikimumas. Tokie žmonės pasižymi tolerantiškumu, noru gerai sutarti su žmonėmis.
5. Neurotiškumas – žmonės, kurie išreiškia aukštą neurotiškumo tendenciją, dažnai būna nerimastingi, drovūs, impulsyvūs, pesimistiškai nusiteikę, o taip pat yra imlesni ir jautresni negatyvioms emocijoms.

Verta pabrėžti, jog burožai yra dipoliai ir aukščiau nurodytos savybės būdingos tokiu atveju, jei žmogus pasižymi aukštu vieno ar kito burožo lygiu, todėl žemas lygis reikš priešingas arba labai prislopintas to burožo charakteristikas. Žemas atvirumo patirčiai lygis indikuoja apie rigidiškumą, pragmatiškumą, netgi dogmatizmą, sąmoningumo – lankstumą ir spontaniškumą, ekstraversijos – santūrumą socialinėse situacijose, mažesnę įsitraukimą į jas, sutarumo – tiesmukumą, egocentrizmą, ir, galiausiai, neurotiškumo – emocinį atsparumą ir stabilumą (Costa & McCrae, 1992).

Kaip minėta anksčiau, KMPA tyrimuose yra pabrėžiama būtent negatyvaus afektyvumo svarba delsimui kreiptis į gydytoją, taigi tiek žemas, tiek aukštas neurotiškumo lygis gali sietis su kreipimosi medicininės pagalbos vilkinimu (Cloninger, 1987; Antonovsky & Hartman, 1974; Ristvedt & Trinkaus, 2005). Randama sąsajų ir su ekstraversija – žemesni ekstraversijos lygiai susiję su labiau išreikštu vengimu ar delsimu kreiptis į gydytoją (Bosworth et al., 2001). Tačiau ryšys tarp asmenybės burožų ir KMPA yra vis dar neaiškus, nes tyrimų, nagrinėjančių šią sąsają, rezultatuose trūksta nuoseklumo. Bosworth ir kolegų (2001) tyrime atrandama, jog žemesni ekstraversijos ir aukštesni neurotiškumo lygiai siejasi su polinkiu vengti ar delsti kreiptis į gydytoją, tuo tarpu naujesnio tyrimo metu gauti visiškai priešingi rezultatai – moterys, nelinkusios atidėlioti kreiptis medicininės pagalbos, pasižymėjo aukštesniu neurotiškumo lygiu, štai moterys, kurios vilkina kontaktą su gydytoju – aukštesniu ekstraversijos lygiu (Chang et al., 2014). Taip pat egzistuoja studijų, neradusių jokių sąsajų tarp KMPA

ir asmenybės bruožų (Schlyter et al., 2011). Stebint rezultatų neatitikimą, vis dar aktualu toliau tyrinėti asmenybės bruožų ir KMPA ryšius bei nagrinėti bruožų svarbą KMPA prognozėje.

1.3.2. Problemų sprendimo įgūdžiai ir Kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimas

Kasdienybėje žmogus susiduria su įvairiausiais stresoriais - nuo sąlyginai paprastų, iki gyvenimą sukrečiančių įvykių, tokių kaip skyrybos, artimojo mirtis, sunki liga ir kt. (Heppner & Baker, 1997). Kertiniu žmogaus ištekliumi dorojantis su gyvenimo problemomis laikomi asmeniniai problemų sprendimo būdai arba įveikos strategijos. Heppner ir Krauskopf (1987) siūlo tokį problemų sprendimo apibrėžimą: tai „kompleksinė kognityvinių, emocinių ir elgesio procesų sąveika, skirta prisitaikyti prie vidinių ir išorinių poreikių ir iššūkių.“ Klasikinio problemų sprendimo modelio autoriai D'Zurilla ir Goldfried (1971) procesą siūlė skirstyti į 5 stadijas:

1. Bendrinė orientacija
2. Problemos apibrėžimas ir formulavimas
3. Alternatyvų generavimas
4. Sprendimo priėmimas
5. Sprendimo įvertinimas

Toks proceso išskirstymas padėjo atskirai tirti specifines veiklas, susijusias su problemų sprendimu, kas vėliau leido identifikuoti specifinius efektyvius įgūdžius, tapusius vėlesnių psichologinių intervencijų pagrindu (Heppner et al., 2004).

Tačiau, kartu su metakogniciją tiriančiomis studijomis 7-ajame ir 8-ajame praėjusio amžiaus dešimtmečiuose, atsirado svarba tirti, kaip būtent asmuo subjektyviai vertina savo problemų sprendimo ypatumus (Heppner et al., 2004). Anot Butler ir Meichenbaum (1981), problemų sprendimų priėmimo stiliaus tyrimai turėtų akcentuoti ne tik „specifines žinias ar procesus, kuriuos individai gali pritaikyti sprendžiant problemą“, bet ir subjektyvų asmeninių problemų sprendimo įgūdžių vertinimą, kuris gali nusakyti problemų sprendimo atliktį ir sėkmę. Taigi 1982 m., atsižvelgdami į subjektyvaus savo įgūdžių spręsti problemas vertinimo svarbą problemų sprendimo procese, Heppner ir Petersen pristatė Problemų sprendimo modelį ir subjektyvaus jo vertinimo matavimo būdą.

Pirmiausia, norėdami išskirti ir pasiūlyti būdų pamatuoti problemų sprendimo proceso ypatumus, autoriai rėmėsi klasikinėmis teorijomis ir aukščiau paminėtomis penkiomis problemų sprendimo proceso stadijomis, tačiau faktorinės analizės pagalba, penkios stadijos buvo sutrauktos į tris esminius

subjektyvaus problemų sprendimo įgūdžių vertinimo komponentus (Heppner & Petersen, 1982; Heppner & Baker, 1997; Heppner et al., 2004)

1. Pasitikėjimas problemų sprendimo įgūdžiais (angl. *Problem-solving confidence*). Šis konstruktas apibrėžtas kaip užtikrintumas savimi vykdant įvairias su problemos sprendimu susijusias veiklas, tikėjimas ir pasitikėjimas savo problemų sprendimų įgūdžiais. Remiantis autoriais, šis konstruktas labiausiai atspindi metakognityvinius gebėjimus ir saviveiksmingumą (tikėjimą savo įgūdžiais efektyviai išspręsti problemą; Bandura, cit. iš Heppner & Baker, 1997) ir teigiamai siejasi su tokiomis asmens savybėmis, kaip teigiamas afektyvumas, smalsumas, veiksnumas (angl. *personal agency* – turima omenyje tikėjimą, jog veiksmai priklauso nuo paties asmens). Pasitikėjimas problemų sprendimo įgūdžiais neigiamai siejasi su nerimo, pykčio, depresyvumo išgyvenimais (Heppner & Baker, 1997).
2. Artėjimo-vengimo stilius (angl. *Approach-Avoidance style*) nusako bendrą tendenciją artėti arba vengti tiesioginio susidūrimo su esama problema. Artėjimo tendencija laikoma kertine sąlyga efektyviam problemos sprendimo procesui, nes nusako tolimesnę elgesį problemai išspręsti, pvz., pastangas apibrėžti problemą ir ieškoti sprendimo būdų. Svarbu paminėti, jog anot Heppner ir kolegų (1995), būtent šis konstruktas (artėjimo tendencija) siejasi su efektyvesniu pasinaudojimu pagalbos šaltiniais, o kartu ir sveikatos priežiūros paslaugomis.
3. Asmeninė kontrolė (angl. *Personal Control*) suprantama kaip žmogaus tikėjimas, kad jis/ji kontroliuoja savo emocijas ir elgesį problemų sprendimo procese. Šis faktorius atspindi perdėtą emocinę reakciją arba elgesio kontrolę. Labiau kontroliuojantiems savo elgesį būdingas veiksnumas ir rečiau pasireiškia pyktis, depresyvumas, su santuoka susijęs stresas (angl. *marital distress*) (Heppner et al., 1995), tuo tarpu žmonės, linkę perdėtai reaguoti į savo problemas, taip pat susiduria ir su efektyvaus problemų sprendimo bėdomis, tokiomis kaip atsiribojimas būdų problemai išspręsti paieškose (Heppner & Baker, 1997).

Kaip ir bruožai Didžiojo penketo teorijoje, problemų sprendimo teorijoje šie konstruktai taip pat yra dvipoliai. Pasitikėjimo problemų sprendimo įgūdžiais neigiama pusė yra nepasitikėjimas, artėjimo – vengimas, asmeninės kontrolės – perdetas emocinis regavimas. Taip pat, ši teorija taip pat pasižymi nuoseklumu įvairiuose kultūriniuose kontekstuose (Kourmoussi et al., 2016).

Nepaisant Heppner ir kolegų (1995) gautų rezultatų, jog Artėjimo-vengimo stilius siejasi su efektyvesniu pagalbos, įskaitant ir medicininės, išteklių panaudojimu, daugiau tyrimų KMPA ir problemų įgūdžių sąsajos tema maža. Egzistuoja studijų, kuriose ryšių tarp problemų sprendimo

įgūdžių ir KMPA nerasta (Bosworth et al., 2000; Reifenstein, 2007), o esama ir tokių, kuriose atrandama, jog kai kurie problemų sprendimo būdai yra kaip tik neefektyvūs siekiant sveikatos priežiūros specialisto pagalbos – dauguma žmonių, susidūrę su sveikatos problema, puola ją spręsti savigyda ir delsia gauti profesionalų gydymą (Zegrean et al., 2009). Taigi, dėl tyrimų stokos šia tema būtina išsiaiškinti problemų sprendimo įgūdžių svarbą nusakant KMPA.

1.3.3. Pasitikėjimo gydytoju ryšys su kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimu

Pasitikėjimas gydytoju yra vienas svarbiausių sėkmingo gydymo ir pasitenkinimo gydymu prognostinių veiksnių (Birkhauer et al., 2017). Šis veiksnys nuo kitų aptartų psichologinių veiksnių skiriasi tuo, kad jį formuoja ne tik asmeniniai individo ypatumai, bet ir prižiūrinčio gydytojo (išorinio veiksnio) bendravimo įgūdžiai ir kompetencijos (Liubarskienė ir kt., 2004; McLaughlin et al., 2016; Zamalijeva, 2016). Įprastai pasitikėjimas gydytoju yra apibrėžiamas kaip „tikėjimas, kad prižiūrinčio gydytojo žodžiai ir veiksmai yra patikimi ir jais galima pasikliauti“ (Anderson & Dedrick, 1990), kas iš esmės akcentuoja būtent specialisto kompetencijas, kaip kartinį pasitikėjimo gydytoju komponentą. Tačiau su pasitikėjimu gydytoju stipriai koreliuoja ir subjektyviai vertinami santykiai su sveikatos priežiūros specialistu (McLaughlin et al., 2016; Moore et al., 2004), todėl būtų pravartu apgalvoti gydytojo-paciento santykio vertinimo komponento įtraukimą į Andersono ir Dedrick (1990) siūlomą definiciją. Visgi šie autoriai pasiūlė pasitikėjimo gydytoju matavimo instrumentą, Pasitikėjimo gydytoju skalę (angl., *Trust in Physician Scale*; Anderson & Dedrick, 1990), kuri iki šiol plačiai naudojama, patikima ir validi priemonė pasitikėjimui pirminio lygio gydytoju įvertinti (Birkhauer et al., 2017; Anderson & Dedrick, 1990). Autoriai siūlo šį konstruklą skirstyti į tris dimensijas: gydytojo patikimumas (angl. *dependability of the physician* – turima omenyje, jog sveikatos priežiūros specialistas atsižvelgia į paciento individualius poreikius), pasitikėjimas gydytojo žiniomis ir įgūdžiais (angl. *confidence in physicians knowledge and skills*) ir informacijos tarp paciento ir gydytojo konfidencialumas ir patikimumas (angl. *confidentiality and reliability of information between the physician and the patient*), tačiau instrumentas sukurtas neišskirstant jo į atitinkamas 3 subskales ir visi klausimai sueina į vieną faktorių – pasitikėjimą gydytoju.

Studijos, tyrusios ryšius tarp medicininės pagalbos siekimo elgesio ir pasitikėjimo gydytoju, akcentuoja ne tiek specialisto kompetencijų, kiek gydytojo-paciento santykių svarbą vengimo, delsimo ar nenuėjimo pas gydytoją prognozėje (Moore et al., 2004; Alhamad, 2013). Žmonės, mažiau vengiantys kreiptis į gydytoją, nurodo subjektyvų pasitenkinimą laiko trukme, kurią jiems skyrė

sveikatos priežiūros specialistas, pagarbiu gydytojo elgesiu (Moore et al., 2004; Alhamad, 2013; Lacy et al., 2004), supratingumu ir rūpesčių, susijusių su sveikata, išklausimu (Moore et al., 2004). Tiesa, subjektyvaus paciento gydančio gydytojo kompetencijų vertinimo svarba nusakant delsimą kreiptis į gydytoją taip pat minima. Tejeda ir kolegos (2017) pastebi, jog pasitikėjimas tuo, ką sako gydytojas, medijuoja kultūrinių įsitikinimų apie krūties vėžį ir delsimo kreiptis į gydytoją ryšyje. Su specialisto kompetencijų svarba medicininės pagalbos gavimo vilkinimo arba vengimo prognozėje sutinka ir Chan ir Laster (2015), gavę, jog mažiau pasitikėdami tuo, ką siūlo gydytojas, žmonės linkę vengti kreiptis į gydytoją. Nagrinėjant tyrimus pasitikėjimo gydytoju ir KMPA ryšio tema pastebima, jog dažniausiai tiriamas ne atidėliojimas, bet vengimas kreiptis pagalbos arba vizitų, kuriems jau susitartas laikas, praleidimas. Kadangi anksčiau buvo nutarta, jog šie konstruktai nėra tapatūs, įdomu palyginti pasitikėjimo gydytoju ir *atidėliojimo* ryšius su ankstesnių tyrimų rezultatais tiriant sąsajas su vengimu ar nenuėjimu į konsultaciją.

Apibendrinus aptartus psichologinius veiksnius ir jų tyrimus KMPA kontekste, dažnai atrandamas nenuoseklumas rezultatuose, psichologinių veiksnių komponentuose, o ir tyrimų šia tema yra gana mažai, nepaisant kreipimosi medicininės pagalbos laiku svarbos gydymo sėkmėje. Taip pat, dauguma autorių, nagrinėdami KMPA veiksnius, renkasi tirti sergančių specifinėmis ligomis ar būklėmis, tokiomis, kaip vėžys (Ristvedt & Trinkaus, 2005; Tejeda et al., 2017; Heath et al., 2019 ir kt.), tuberkuliozė (Oo et al., 2020; Mhalu et al., 2019; Yang et al., 2020 ir kt.), miokardo infarktas (Schlyter et al., 2011; Ghazawy et al., 2015; Zegrean et al., 2009), žmonių imtis, tačiau norint sumažinti populiacijos sergamumą tam tikromis lėtinėmis ar ūminėmis ligomis, svarbu į šią temą pažiūrėti per ligų prevencijos prizmę ir tirti sveikiems žmonėms būdingus psichologinius ir kontekstinius veiksnius, galimai nusakančius vangesnį kreipimąsi į sveikatos priežiūros specialistą.

Taip pat svarbu paminėti, jog ši tema Lietuvoje, mūsų žiniomis, nebuvo išsamiau nagrinėta, nepaisant to, jog atrandami kultūriniai skausmo suvokimo ir kreipimosi į gydytoją spartos skirtumai tarp lietuvių ir prancūzų (Kratavičiūtė ir Sargautytė, 2009). Todėl svarbu ištirti ir kontekstinius bei psichologinius veiksnius, kurie gali trukdyti laiku kreiptis į gydytoją būtent Lietuvos gyventojus.

1.4. Tyrimo tikslai ir uždaviniai

Tyrimo tikslas: išnagrinėti sąsajas tarp sociodemografinių, kontekstinių ir psichologinių veiksnių ir kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo ir ištirti jų svarbą kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo prognozėje.

Uždaviniai:

1. Ištirti ryšius tarp sociodemografinių bei kontekstinių veiksnių ir kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo komponentų:
 - a) palyginti sociodemografinių ir kontekstinių veiksnių ypatumus tarp linkusių ir nelinkusių nenuieiti pas gydytoją respondentų grupių;
 - b) ištirti ryšius tarp sociodemografinių bei kontekstinių veiksnių ir Simptomo įvertinimo stadijos trukmės;
 - c) Ištirti ryšius tarp sociodemografinių bei kontekstinių veiksnių ir Veiksmų ėmimosi stadijos trukmės.
2. Ištirti ryšius tarp psichologinių veiksnių – asmenybės bruožų, problemų sprendimo ypatumų ir pasitikėjimo gydytoju – ir kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo komponentų:
 - a) palyginti psichologinių veiksnių ypatumus tarp linkusių ir nelinkusių nenuieiti pas gydytoją respondentų grupių;
 - b) Ištirti ryšius tarp psichologinių veiksnių ir Simptomo įvertinimo stadijos trukmės;
 - c) Ištirti ryšius tarp psichologinių veiksnių ir Veiksmų ėmimosi stadijos trukmės.
3. Ištirti psichologinių veiksnių ryšius su kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo komponentais, kontroliuojant sociodemografinius ir kontekstinius veiksnis.
4. Nustatyti kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo komponentus prognozuojančius veiksnis.

2. TYRIMO METODIKA

2.1. Tyrimo dalyviai

Šiame tyrime buvo pasirinkta tirti suaugusius asmenis (≥ 19 m.), nes vaikų ir paauglių lankymosi pas gydytoją ypatumus dažniausiai reguliuoja tėvai arba globėjai. Jokių specifinių kriterijų respondentų atrankai daugiau nebuvo taikoma, siekiant suprasti kreipimosi medicinės pagalbos ypatumų, pasitikėjimo gydytoju, problemų sprendimo įgūdžių, asmenybės ir kitų veiksnių bendras tendencijas tarp įvairių žmonių. Tyrimo imtis – patogioji, renkama netikimybinės atrankos būdu. Tyrimo apklausa buvo išplatinta socialiniame tinkle „Facebook“, studentų, taip pat ir įvairių su sveikata susijusių temų grupėse. Kai kurie vyresnio amžiaus respondentai (trys asmenys – 68, 70 ir 83 m. amžiaus) pildė apklausą „gyvai“, su tyrėjos pagalba. Tyrime sutiko dalyvauti 141 respondentas, tačiau viena apklausa liko neužpildyta.

Į rezultatų analizę įtraukta 140 tyrimo dalyvių atsakymų. Tiriamųjų amžius svyravo nuo 19 iki 83 metų amžiaus, amžiaus vidurkis – 32,28 m. (SD=14,53). Didžiąją dalį dalyvių sudaro moterys (N=115, 82,1%). Daugiausia respondentų nurodo šiuo metu studijuojantys (N=51, 36,4%) arba turintys aukštąjį universitetinį išsilavinimą (N=55, 39,3%), esantys romantiniuose santykiuose (N=93, 66,4%) ir gaunantys vidutines (N=53, 37,9%) arba šiek tiek didesnes nei vidutines (N=51, 36,4%) pajamas. Platesnę sociodemografinę imties informaciją galima pamatyti 1 lentelėje.

1 lentelė. Demografinė respondentų informacija

		N	%
Lytis	Moteris	115	82,1
	Vyras	25	17,9
Amžius	Vidurkis	32,28	
	Standartinis nuokrypis	14,54	
Išsilavinimas	Pagrindinis, nebaigtas vidurinis	1	0,7
	Vidurinis, profesinis	14	10
	Nebaigtas aukštasis, arba šiuo metu studijuoja	51	36,4
	Aukštasis neuniversitetinis	19	13,6
	Aukštasis universitetinis	55	39,3
Santykių statusas	Vienišas	47	33,6

	Santykiuose	93	66,4
	Nesuduria galo su galo	4	2,9
	Pajamų pakanka tik maistui	10	7,1
Pajamos	Pajamų pakanka visoms būtiniams reikmėms	53	37,9
	Pajamų pakanka ir truputį lieka	51	36,4
	Visada yra atliekamų pinigų	22	15,7

2.2. Tyrimo instrumentai

2.2.1. Didžiojo Penketo klausimynas (*Big Five Inventory; BFI*)

Asmenybės bruožams įvertinti buvo naudotas Didžiojo Penketo Klausimynas (*Big Five Inventory; BFI*; John, Donahue, & Kentle, 1991) – 44 teiginių instrumentas, moksliniuose tyrimuose leidžiantis greitai ir patikimai įvertinti 5 didžiuosius asmenybės bruožus. Lietuviška klausimyno versija išversta ir adaptuota VDU psichologijos katedros padaliniuose, vykdant tarptautinį tyrimą (Genevičiūtė-Janonienė ir Endriulaitienė, 2008; Šeibokaitė & Endriulaitienė, 2012; Gauronskaitė, 2018). Šio instrumento lietuviška versija ir vertinimo rekomendacijos mokslinių tyrimų tikslais nemokamai pasiekiamos adresu: <https://www.ocf.berkeley.edu/~johnlab/bfiscscale.php>

Paskirtis. Didžiojo Penketo klausimynas skirtas įvertinti 5 didžiuosius asmenybės bruožus – ekstraversiją, neurotiškumą, sutarumą, sąmoningumą, atvirumą patirčiai.

Struktūra. Klausimyną sudaro 44 teiginiai, prasidedantys žodžiais „*Manau, kad esu...*“, kuriuos respondentas įvertina penkiabalėje Likert'o skalėje nuo „Visiškai nesutinku“ iki „Visiškai sutinku“. Į skalę įeina penkios, asmenybės bruožus reprezentuojančios subskalės. Ekstraversiją nurodo tokie teiginiai, kaip „*Manau, kad esu kalbus*“ arba „...*pilnas energijos*“, neurotiškumą – „...*prislėgtas, liūdnas*“ arba „*Kartais galiu būti įsitempęs*“, sutarumą – „...*paslaugus(-i) ir nesavanaudiškas(-a)*“ arba „...*atlaidus(-i)*“, sąmoningumą – „...*kruopštus*“ arba „...*patikimas(-a) darbuotojas(-a)*“ ir atvirumą patirčiai – „...*originalus(-i), turintis(-i) naujų idėjų*“ arba „...*besidomintis(-i) daugeliu įvairiausių dalykų*“.

Rezultatų vertinimas. Prieš rezultatų skaičiavimą būtina perkoduoti kai kuriuos atvirkštinius teiginius. Kiekvienos subskalės balai yra subskalei priklausančių teiginių sumos. Aukštesnis subskalės įvertis interpretuojamas kaip ryškesnis polinkis išreikšti tam tikrą asmenybės bruožą.

Validumas. Lietuviškai instrumento versijai buvo taikyta tiriančioji faktorinė analizė (Genevičiūtė-Janonienė ir Endriulaitienė, 2008), kurios metu priimta, jog taikyti moksliniams tyrimams klausimyną adekvatu, tačiau individualiai diagnostikai nerekomenduojama (Gauronskaitė, 2018). Šio tyrimo metu buvo vykdyta tiriančioji (TFA) ir patvirtinančioji (PFA) faktorinė analizė. Atlikus TFA su *Varimax* sukiniu, buvo gautas KMO atrankos tinkamumo balas, lygus 0,714, ir statistiškai reikšmingas Barlett'o sferiškumo kriterijus ($\chi^2 = 2471.95$, $p < 0,001$). Programai buvo nurodyta išskirti 5 faktorius, gauta, jog jie paaiškina 42,6% dispersijos. Įvertinus teiginių svorius kiekviename faktoriuje, originalo autorių siūlyti Atvirumo patirčiai ir Neurotiškumo teiginiai teisingai sukrenta į tinkamus faktorius (Atvirumo patirčiai teiginių svoriai faktoriuje svyruoja nuo 0,53 iki 0,81, Neurotiškumo – nuo 0,36 iki 0,76), tačiau Ekstraversijos, Sutarumo ir Sąmoningumo faktorių sudaryme trūksta nuoseklumo, kadangi jų teiginiai sukrenta į visus tris minėtus probleminius faktorius (faktorių matricą su *Varimax* sukiniu galima matyti 1 priede). Atlikus PFA rastą, jog ši skalė netinka šio tyrimo duomenims ($\chi^2 = 1549,86$, $df = 892$, $p < 0.0001$, $RMSEA = 0,073$, $CFI = 0,646$), tai galėjo nulemti ir nepakankamas imties dydis (Pakalniškienė, 2012). Atsižvelgiant į autorines teises, modifikacijų buvo vengiama, todėl tolimesni rezultatai buvo analizuojami remiantis originalo ir lietuviško vertimo autorių siūloma instrumento struktūra. Klausimyno rezultatus apie Ekstraversijos, Sutarumo ir Sąmoningumo bruožus vėlesnėje analizėje buvo nuspręsta interpretuoti atsargiai.

Patikimumas. Tiek instrumento originalas, tiek lietuviška versija pasižymi adekvačiu vidiniu suderintumu. Angliško originalo, lietuviškos versijos ir šio tyrimo vidinio suderintumo koeficientus *Cronbach α* galima matyti 2 lentelėje.

2 lentelė. *Instrumento originalo, lietuviškos versijos adaptavimo tyrimo ir šio tyrimo metu gauti subskalių Cronbach α įverčiai.*

Subskalė	John & Srivastava, 1999	Genevičiūtė-Janonienė ir Endriulaitienė, 2008	Šio tyrimo duomenys
Ekstraversija	0,88	0,75	0,68
Neurotiškumas	0,84	0,74	0,66
Atvirumas patirčiai	0,81	0,52	0,78
Sutarumas	0,79	0,7	0,61

2.2.2. Problemų sprendimo klausimynas (*Problem Solving Inventory; PSI*)

Problemų sprendimo klausimynas (*Problem Solving Inventory; PSI*; Heppner & Petersen, 1982) autorių buvo sukurtas subjektyviam problemų sprendimų įgūdžių vertinimui matuoti. Remiantis Heppner ir Baker (1997), instrumentas yra universalus naudojant organizacinės, edukacinės ir sveikatos psichologijos temomis.

Leidimas naudoti klausimyną. Nekomerciniams tikslams instrumentas yra pasiekiamas adresu <https://edstruments.com/instruments/problem-solving-inventory-psi>. Susisiekus su autoriais buvo gautas leidimas versti klausimyną bei suteikta tikslesnė vertinimo ir interpretavimo instrukcija.

Vertimas. Iš anglų kalbos instrumento teiginiai buvo versti dviejų vertėjų. Vėliau jų vertimo siūlymai palyginti ir prieita bendro vertimo sprendimo. Skalės vertimas buvo pateiktas užpildyti 3 respondentams su užklausimu duoti pastabų dėl teiginių suprantamumo ir aiškumo. Jų atsakymai į tyrimo analizę nebuvo įtraukti. Gavus grįžtamąjį ryšį, sudaryta galutinė lietuviška instrumento versija.

Paskirtis. Problemų sprendimo klausimynas matuoja subjektyvų problemų sprendimo įgūdžių vertinimą, pasitikėjimą savimi probleminėse situacijose, artėjimo-vengimo stilių ir savikontrolę.

Struktūra. Klausimyną sudaro 32 teiginiai, sudarantys tris subskales: Pasitikėjimą problemų sprendimo įgūdžiais, Artėjimo-vengimo stilių ir Asmeninę kontrolę. Daugiau informacijos, ką nurodo kiekviena subskalė, galima rasti poskyryje „*Problemų sprendimas*“, 21 psl. Pasitikėjimą problemų sprendimo įgūdžiais nusako tokie teiginiai, kaip „*Įprastai gebu sugalvoti kūrybiškas ir efektyvias problemas sprendimo alternatyvas*“, Artėjimo-vengimo stilių – „*Kai problemos sprendimas pasirodo nesėkmingas, paprastai nenagrinėju, kodėl jis nepasiteisino*“, o Asmeninės kontrolės – „*Priimu greitus sprendimus, kurių vėliau gailiuosi*“. Į teiginius atsakoma šešiabale Likert'o skale: 1 – „*Visiškai nesutinku*“, 2 – „*Nesutinku*“, 3 – „*Iš dalies nesutinku*“, 4 – „*Iš dalies sutinku*“, 5 – „*Sutinku*“ ir 6 – „*Visiškai sutinku*“.

Rezultatų įvertinimas. Iš kiekvienos subskalės teiginių apskaičiuojamos sumos – tai yra subskalės balai. Bendras Problemų sprendimo klausimyno balas yra šių suminių įverčių suma. Žemesnis bendras balas nusako *geresnius* problemų sprendimo įgūdžius. Instrumentas sudarytas iš pozityvių ir negatyvių teiginių, taigi teigiamo polio kintamieji perkoduoti.

Validumas. Lietuviškos Problemų sprendimo klausimyno versijos validumui patikrinti buvo taikoma tiriančioji (TFA) ir patvirtinamoji (PFA) faktorinė analizė. Atlikus TFA su *Varimax* sukiniu, gautas KMO atrankos tinkamumo balas, lygus 0,778, ir statistiškai reikšmingas Barlett'o sferiškumo kriterijus ($\chi^2 = 1815,84$, $p < 0.001$). Programai buvo nurodyta išskirti 3 faktorius, gauta, jog jie paaiškina 41.11% dispersijos. Atlikus faktorinę analizę rasta, jog autoriaus siūlomi kintamieji teisingai patenka į tinkamus faktorius (Pasitikėjimo problemų sprendimo įgūdžiais faktoriuje teiginių svoriai svyruoja nuo 0,519 iki 0,643, Artėjimo-vengimo stiliaus – nuo 0,301 iki 0,728, Asmeninės kontrolės – nuo 0,4 iki 0,75). Visus Problemų sprendimo klausimyno kintamųjų svorius galima matyti 2 priede. Atlikus PFA rasta, jog modelis yra patenkinamas šiai imčiai ($\chi^2 = 344$, $df = 186$, $p < 0.0001$, $RMSEA = 0,078$, $CFI = 0,88$), kintamųjų svoriai faktoriuose svyruoja nuo 0,308 iki 0,721. PFA būdu gautų teiginių svorių lentelę galima matyti 3 priede.

Patikimumas. Angliškas klausimyno originalas ir šiame tyrime naudojamas lietuviškas vertimas pasižymi pakankamu vidiniu suderintumu. Originalo ir šiame tyrime naudoto lietuviško vertimo *Cronbach α* įverčius galima matyti 3 lentelėje.

3 lentelė. *Instrumento originalo ir lietuviškos versijos subskalių Cronbach α įverčiai.*

Subskalė	Heppner & Petersen, 1982	Šio tyrimo duomenys
Pasitikėjimas problemų sprendimo įgūdžiais	0,85	0,74
Artėjimo-vengimo stilius	0,84	0,77
Asmeninė kontrolė	0,72	0,76

2.2.3. Pasitikėjimo gydytoju skalė (Trust in Physician Scale; TIPS)

Leidimas naudoti klausimyną. Kadangi susiekti su originalaus instrumento autoriais nepavyko, buvo gautas užtikrinimas ir leidimas naudoti bei versti skalę iš atstovų Ispanijoje. Skalės prieiga internete nekomerciniais tikslais - <https://elcentro.sonhs.miami.edu/research/measures-library/tps/index.html> .

Vertimas. Iš anglų kalbos instrumento teiginiai buvo versti dviejų vertėjų. Vėliau jų vertimo siūlymai palyginti ir prieita bendro vertimo sprendimo. Skalės vertimas buvo pateiktas užpildyti 3

respondentams su užklausimu duoti pastabų dėl teiginių suprantamumo ir aiškumo. Jų atsakymai į tyrimo analizę nebuvo įtraukti. Gavus grįžtamąjį ryšį, sudaryta galutinė lietuviška instrumento versija.

Paskirtis. Pasitikėjimo gydytoju skalė leidžia įvertinti žmogaus pasitikėjimą savo pirminio lygio gydytoju (-a), ypač jo/jos kompetencijomis (Anderson & Dedrick, 1990).

Struktūra. Skalę sudaro 11 Likert'o penkiabale skale įvertinamų teiginių, pvz., „*Mano gydytojas paprastai dėmesingas mano poreikiams ir teikia jiems pirmenybę*“. Klausimynas į subskales neskirstomas, tačiau nusako tokius konstrukto komponentus, kaip pasitikėjimas gydytojo kompetencija, tikėjimas, jog gydytojas sako nurodymus atsižvelgdamas į individualius paciento poreikius ir tikėjimas, jog informacija, kuria pacientas dalijasi su savo gydytoju, išlieka konfidenciali.

Rezultaty vertinimas. 11 teiginių atsakymai susumuojami ir gaunamas bendras pasitikėjimo gydytoju įvertis. Aukštesnis įvertis rodo aukštesnį pasitikėjimą gydytoju. Kai kurie teiginiai yra atvirštiniai, tad prieš apskaičiuojant bendrąjį balą, juos reikia perkoduoti.

Validumas. Lietuviškos Pasitikėjimo gydytoju skalės versijos validumui patikrinti buvo taikoma tiriančioji (TFA) ir patvirtinančioji (PFA) faktorinė analizė. Atlikus TFA (kai skalės nesudaro daugiau nei 1 subskalė, rotacijos nustatyti nereikia), gautas KMO atrankos tinkamumo balas, lygus 0,869, ir statistiškai reikšmingas Barlett'o sferiškumo kriterijus ($\chi^2 = 672,74$, $p < 0.001$). Programai buvo nurodyta išskirti 1 faktorių, gauta, jog jis paaiškina 42,45% dispersijos. Teiginių faktoriuje svoriai svyruoja nuo 0,263 iki 0,859, tačiau trys teiginiai faktoriuje surinko labai žemus įverčius (0,007 iki 0,184). Visus TFA metu gautus kintamųjų svorius faktoriuje galima matyti 4 priede. Atliekant PFA, pirmiausia į analizę buvo įtraukti visi 11 kintamųjų. Buvo gauta, jog modelis yra patenkinamas šiai imčiai ($\chi^2 = 102,42$, $df = 44$, $p < 0.0001$, $RMSEA = 0,09$, $CFI = 0,86$), tačiau atsižvelgus į TFA rezultatus ir išėmus probleminius teiginius, buvo gautas tinkamas imčiai modelis ($RMSEA = 0,052$, $CFI = 0,97$). $\Delta \chi^2 > \chi^2_{.050}$ ($\Delta \chi^2 = 74,64$, $\Delta df = 24$; $\chi^2_{.050} = 36,415$), taigi modifikuotas modelis statistiškai reikšmingai geresnis už pirminį ir yra validus pasitikėjimui gydytoju tirti. Modifikacija atlikta instrumento atstovų Ispanijoje žinioje. Modifikuoto modelio teiginių svoriai faktoriuje atlikus PFA pateikti 5 priede.

Patikimumas. Skalės originalo anglų kalba *Cronbach* α siekia 0,9 (Anderson & Dedrick, 1990). Lietuviško nemonifikuoto vertimo *Cronbach* $\alpha = 0,83$. Modifikuoto vertimo vidinio suderintumo koeficientas siekia 0,891, kas rodo aukštesnį skalės patikimumą. Tolimesnėje rezultatų analizėje buvo naudotas modifikuotos skalės suminis įvertis

2.2.4. Kreipimosi medicininės pagalbos atidėlioimo anketa

Norint įvertinti delsimą kreiptis medicininės pagalbos buvo sudaryta anketa. Nenuėjimą pas gydytoją matuojantis klausimas buvo sudarytas remiantis Moore ir kolegomis (2004), o klausimai apie atidėlioimo trukmę sukurti remiantis klasikinėmis KMPA teorijomis (Safer et al., 1979; Andersen et al., 1995) ir Ristvedt ir Trinkaus (2005) pasiūlytu šių modelių supaprastinimu.

Paskirtis. Nustatyti polinkį nesikreipti medicininės pagalbos jaučiant poreikį bei surinkti informaciją apie Simptomo įvertinimo atidėjimo ir Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmę.

Struktūra. Anketą sudaro trys klausimai. Polinkis nesikreipti į gydytoją jaučiant poreikį nustatomas vienu dichotominiu klausimu (atsakymų variantai „NE“ ir „TAIP“) *„Ar per pastaruosius 12 mėnesių patyrėte sveikatos problemų, dėl kurių manėte, jog reikėtų apsilankyti pas gydytoją, bet neapsilankėte?“* Simptomo įvertinimo atidėjimas nurodo, kiek laiko užtrunka nuo pirmojo simptomo iki sprendimo, jog simptomas gali signalizuoti ligą. Jis buvo matuojamas klausimu *„Prisiminkite situacijas, kada sutrikdavo Jūsų sveikata ir pasijusdavote prastai. Apibendrinus, kiek laiko paprastai užtrukdavo nuo momento, kai pajutote nemalonų kūno ar savijautos simptomą, iki minties, jog simptomas gali signalizuoti rimtą sveikatos problemą?“* Veiksmų ėmimosi atidėjimas nusako, kiek laiko užtrunka nuo minties apie ligą iki realaus kreipimosi į gydytoją, tiriantis šią trukmę klausimas skambėjo taip: *„Kiek laiko paprastai užtrunka nuo momento, kai kyla mintis, jog galite turėti rimtą sveikatos problemą, iki realaus kreipimosi į gydytoją (vizito, konsultacijos telefonu)?“* Respondentams buvo pateikti atsakymų variantai, remiantis Blackwell (1963) delsimo kreiptis į gydytoją laikotarpiais. Visą Kreipimosi medicininės pagalbos atidėlioimo anketą galima matyti 6 priede.

Rezultatų vertinimas. Kiekvienas klausimas vertina skirtingus delsimo komponentus, todėl į bendrą balą klausimai nėra sumuojami. Simptomo įvertinimo atidėjimo ir Veiksmų ėmimosi atidėjimo žemesni įverčiai rodo trumpesnę trukmę kreiptis į gydytoją. Ilgesnis nei 3 mėnesių laikotarpis jau laikomas delsimu (Blackwell, 1963).

2.2.5. Sociodemografinė ir kontekstinė informacija

Taip pat tyrime buvo renkama respondentų sociodemografinė, kontekstinė ir su sveikata susijusi informacija. Tyrimo dalyviai turėjo nurodyti savo lytį (0 - „vyras“, 1 - „moteris“), amžių, išsilavinimą (atsakymų variantai koduojami nuo 0 iki 4), santykių statusą (0 – „vienišas“, 1 – „santykiuose“), pajamas (atsakymų variantai koduojami nuo 0 iki 4) (sociodemografiniai veiksniai), taip pat šeimos

gydytojo (atsakymų variantai koduojami nuo 0 iki 3) ir gygytojo-specialisto pasiekiamumą (atsakymų variantai koduojami nuo 0 iki 3) (kontekstiniai veiksniai). Be to, buvo prašoma įvertinti savo sveikatą (atsakymų variantai koduojami nuo 1 iki 5) ir nurodyti, ar yra diagnozuota lėtinė liga (0 – „ne“, 1 – „taip“). Demografinės informacijos anketą galima matyti 7 priede.

2.3. Tyrimo eiga

Norint ištirti priežastinius ryšius tarp demografinių ir psichologinių kintamųjų, buvo pasirinkta koreliacinė tyrimo strategija. Internetinė apklausa su klausimynais buvo sukurta *Google Forms* platformoje ir išplatinta socialiniame tinkle *Facebook*. Trys dalyviai klausimyną pildė su tyrėjos pagalba dėl prastesnio regėjimo ir silpnesnių kompiuterinio raštingumo įgūdžių.

Anketos pradžioje tyrimo dalyviai buvo supažindinti su tyrimo tikslu, nurodyta, į kokio pobūdžio klausimus jų bus prašoma atsakyti. Taip pat kreipimosi į respondentus tekste buvo nurodytas atsakymų anonimiškumas ir konfidencialumas bei galimybė bet kada nutraukti anketos pildymą. Kreipimosi į respondentus laišką galima matyti 8 priede.

2.4. Duomenų apdorojimas

Duomenys buvo analizuojami naudojantis SPSS 28 statistiniu paketu ir struktūrinių lygčių modeliavimo programa Mplus 8. Prieš analizę, buvo tikrinamas intervalinių kintamųjų duomenų pasiskirstymo normalumas. Duomenų pasiskirstymas tikrinamas vertinant 5 kriterijus: duomenys normaliai pasiskirstę tada, kai (Pakalniškienė, 2012):

1. asimetriškumo koeficientas (angl. *skewness*) patenka į intervalą nuo -0,7 iki 0,7,
2. Kolmogorovo-Smirnovo testas nėra statistiškai reikšmingas,
3. duomenų išsidėstymo histograma primena varpo formą (Gauso kreivę),
4. Q-Q grafike duomenys išsidėstę palei liniją,
5. ir Q-Q grafike be tendencijos (angl. *detrended Q-Q plots*) duomenys patenka į intervalą nuo -1 iki 1.

Buvo rasta, jog amžiaus kintamojo duomenys yra nenormaliai pasiskirstę. Ieškant ryšių tarp amžiaus ir kitų kintamųjų, buvo naudojami neparametrinės statistikos kriterijai, o taikant parametrinės

statistikos skaičiavimus, naudotas transformuotas amžiaus kintamasis (amžiaus duomenims buvo pritaikyta LG10 transformacija).

Instrumentų patikimumas buvo tikrintas naudojant SPSS 28 programą, patikimumo testavimą. Skalė arba subskalė, taikoma moksliniuose tyrimuose (ne klinikiniam vertinimui), laikoma pakankamai patikima, kai vidinio suderintumo įvertis *Cronbach α* siekia bent 0,6 (Pakalniškienė, 2012).

Instrumentų validumui patikrinti buvo naudota tiriančioji faktorinė analizė naudojant SPSS 28 programą, ir patvirtinančioji faktorinė analizė naudojant Mplus 8 programą. Validumą vertinant tiriančiąja faktorių analize, skalė ir jos komponentai laikomi validžiais, jei Barlett'o sferiškumo kriterijus yra reikšmingas, KMO įvertis siekia 0,6 ir daugiau (Pallant, cit. iš Pakalniškienė, 2012), o teiginių svoriai reikiamuose faktoriuose siekia bent 0,4 (išskirtiniais atvejais – bent 0,25) (Raubenheimer, cit. iš Pakalniškienė, 2012). Skalės validumą tikrinant patvirtinančiąja faktorine analize, atsižvelgiama į 4 modelio tinkamumo kriterijus. Skalė ir jos komponentai laikomi pakankamai validžiais, kai:

1. χ^2 balas yra reikšmingas,
2. aproksimacijos liekanos kvadrato šaknies paklaida (RMSEA) yra mažesnė nei 0,08. Įvertis gali siekti ir 0,1, tačiau tokiu atveju siūloma modelio modifikacija (Pakalniškienė, 2012).
3. Sąlyginis suderintumo ideksas (CFI) bei Takerio ir Liuiso indeksas (TLI) siekia bent 0,9 ir daugiau (Pakalniškienė, 2012), tačiau socialiniuose moksluose modelis dar laikomas patenkinamu, kai CFI ir TLI indeksai yra netoli 0,9 (nuo 0,85 iki 0,89) (Schumacker & Lomax, 2004).
4. Teiginių balai nurodytame faktoriuje turi pakankamą svorį (galioja tie patys nurodymai, kaip ir tikrinančiojoje faktorių analizėje).

Norint įvertinti, ar modifikuotas modelis yra statistiškai reikšmingai tinkamesnis imčiai nei pirminis, skirtumas tarp pirminio ir modifikuoto modelio Chi-kvadrato įverčių ($\Delta \chi^2$) turi būti $\geq \chi^2_{.050}$.

Siekiant išpildyti tyrimo uždavinius, buvo taikomi parametrinės ir neparametrinės statistikos metodai. Norint ištirti ryšius tarp normaliai pasiskirsčiusių intervalinių kintamųjų, buvo taikoma Pearsono koreliacija, Stjudento T kriterijus nepriklausomoms imtims, vienfaktorinė dispersinė analizė (ANOVA; skaičiavimuose homogeniškumo taisyklė nebuvo pažeista, todėl nebuvo taikyta Bonferroni korekcija), moderacinė analizė, mediacinė analizė su PROCESS MACRO įskiepiu, tiesinė regresinė analizė ir žingsninė regresinė analizė. Ieškant ryšių tarp nenormaliai pasiskirsčiusių intervalinių arba kategorinių kintamųjų, buvo taikomas χ^2 kriterijus, Spearmano koreliacija, Mann Whitney U testas, binarinė logistinė regresija.

3. REZULTATAI

Pirmiausia buvo tiriamos kontekstinių ir su sveikata susijusių charakteristikų tendencijos tyrimo dalyvių imtyje. Atlikus aprašomosios statistikos analizę, išsaiškėjo, jog 62,9% apklausą užpildžiusių asmenų teigia šeimos gydytojo konsultacijos sulaukiantys per 1-10 dienų (N=88), tuo tarpu vizito pas gydytoją-specialistą apie pusė respondentų nurodo laukiantys nuo 11 iki 30 dienų (N=66, 47,1%). Verta atkreipti dėmesį, jog net 61,4% respondentų sutinka, kad per pastaruosius metus buvo tokių atvejų, kai esant poreikiui jie nesikreipė medicininės pagalbos (N=86). Tik 6,4% tyrimo dalyvių Simptomo įvertinimo atidėjimas užtrunka ilgiau nei 3 mėnesius ir tik 10% respondentų delsia realiai kreiptis į gydytoją ilgiau nei 3 mėn. Beveik 30% tiriamųjų teigia sergantys lėtine liga (N=38, 27,1%), tačiau dauguma dalyvių savo sveikatą nurodo kaip gerą (N=73, 52,1%). Detalesnė kontekstinė informacija pateikta 4 lentelėje.

4 lentelė. *Kontekstinės ir su sveikata susijusios respondentų charakteristikos.*

		N	%
Šeimos gydytojo konsultacijos laukimo trukmė	1-10 dienų	88	62,9
	11-30 dienų	50	35,7
	31-120 dienų	2	1,4
Gydytojo-specialisto konsultacijos laukimo trukmė	1-10 dienų	29	20,7
	11-30 dienų	66	47,1
	31-120 dienų	45	32,1
Subjektyvus sveikatos vertinimas	Labai prasta	1	0,7
	Prasta	4	2,9
	Vidutinė	47	33,6
	Gera	73	52,1
	Labai gera	15	10,7
Lėtinė liga	Nediagnozuota	102	72,9
	Diagnozuota	38	27,1
Simptomo įvertinimo atidėliojimo trukmė	Mintis apie ligą iš karto, tik pastebėjus neįprastą simptomą	15	10,71
	Jei simptomas išlieka bent kelias dienas	58	41,4
	Jei simptomas išlieka kelias savaites	46	32,9

	Jei simptomas išlieka nuo 1 iki 3 mėnesių	12	8.6
	Jei simptomas išlieka nuo 3 iki 12 mėnesių	7	5
	Jei simptomas išlieka daugiau nei 12 mėnesių	2	1,4
	Kreipiamasi iš karto, tik pastebėjus neįprastą simptomą	8	5.7
Veiksmų ėmimosi stadijos trukmė	Jei mintis apie galimą rimtą sveikatos problemą išlieka bent kelias dienas	47	33.6
	Jei mintis apie galimą rimtą sveikatos problemą išlieka kelias savaites	50	35,7
	Jei mintis apie galimą rimtą sveikatos problemą išlieka nuo 1 iki 3 mėnesių	21	15.0
	Jei mintis apie galimą rimtą sveikatos problemą išlieka nuo 3 iki 12 mėnesių	11	7.9
	Jei mintis apie galimą rimtą sveikatos problemą išlieka daugiau nei 12 mėnesių	3	2.1

3.1. Kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimas ir sociodemografiniai/kontekstiniai veiksniai

Kadangi ankstesniuose tyrimuose daugiau dėmesio skiriama kontekstiniams veiksniams, šiame tyrime pirmiausia buvo išsikeltas uždavinys ištirti ryšius tarp sociodemografinių bei kontekstinių veiksnių ir KMPA komponentų.

3.1.1. Sociodemografiniai/kontekstiniai veiksniai ir nenuėjimas pas gydytoją

Atliekant pirmąjį tyrimo uždavinį, pirma buvo tiriama, ar demografiniai veiksniai siejasi su tendencija nenuėiti pas gydytoją jaučiant nemalonų kūno ar savijautos simptomą. Ieškant ryšių tarp šio konstrukto ir lyties, santykių statuso, šeimos gydytojo ir gydytojo-specialisto pasiekiamumo bei lėtinės ligos diagnozės buvo taikomas Pearsono χ^2 kriterijus kategoriniams kintamiesiems. Atlikus analizę rasta, jog iš visų išvardytų sociodemografinių/kontekstinių kintamųjų tik lytis turi ryšį su nenuėjimu

pas gydytoją ($\chi^2=3,9$, $df=1$, $p=0,048$) – moterys (65,2%) yra labiau linkusios nesikreipti medicininės pagalbos, kai jaučia nerimą keliantį simptomą, nei vyrai (44%). Visi šių kintamųjų ryšių su nenuėjimu pas gydytoją rezultatai pateikti 5 lentelėje.

5 lentelė. Sociodemografinių kintamųjų proporcijų palyginimo besikreipiančių ir nesikreipiančių į gydytoją esant poreikiui rezultatai, taikant χ^2 kriterijų.

		Nesikreipia		χ^2	df	p reikšmė
		%	%			
Lytis	Moterys	65,2	34,8	3,902	1	0,048
	Vyrai	44	56			
Santykių statusas	Vienišas (-a)	63,8	36,2	0,172	1	0,678
	Romatiniuose santykiuose	60,2	39,8			
Šeimos gydytojo pasiekiamumas	1-10 dienų	59,1	40,9	0,754	2	0,686
	11-30 dienų	66	34			
	31-120 dienų	50	50			
Gydytojo-specialisto pasiekiamumas	1-10 dienų	55,2	44,8	0,904	2	0,636
	11-30 dienų	65,2	34,8			
	31-120 dienų	60	40			
Lėtinė liga	Nediagnozuota	61,8	38,2	0,018	1	0,894
	Diagnozuota	60,5	39,5			

Pastaba. Paryškintu šriftu nurodyti įverčiai yra statistiškai reikšmingi.

Ieškant sąsajų tarp nenuėjimo pas gydytoją ir išsilavinimo, pajamų ir subjektyvaus sveikatos vertinimo buvo taikomas Stjudento T kriterijus nepriklausomoms imtims, Mann Whitney U kriterijus buvo naudojamas tiriant sąsajas tarp nenuėjimo pas gydytoją ir amžiaus. Iš visų minėtų sociodemografinių/kontekstinių kintamųjų tik pajamos siejasi su polinkiu nenuėiti pas gydytoją ($t(138)=1,92$, $p=0,028$) – respondentai, nurodantys žemesnes mėnesio pajamas ($M(0,94)=2,43$) yra labiau linkę nesikreipti į gydytoją, nors mano, kad reikėtų, nei gaunatys didesnes pajamas ($M(0,81)=2,74$). Išsilavinimo, pajamų, subjektyvaus sveikatos vertinimo ir amžiaus ryšių su nenuėjimu pas gydytoją rezultatus galima matyti 6 lentelėje.

6 lentelė. Sociodemografinių kintamųjų palyginimai tarp besikreipiančių ir nesikreipiančių į gydytoją esant poreikiui rezultatai.

	Nesikreipia	Kreipiasi	Z	p reikšmė	
	Vid. rangas	Vid. rangas			
Amžius	70,04	71,23	-0,17	0,865	
	M(SD)	M(SD)	t	df	p reikšmė
Išsilavinimas	2,76(1,04)	2,89(1,18)	0,68	102,4	0,249
Pajamos	2,43(0,94)	2,74(0,81)	1,92	138	0,028
Subjektyvus sveikatos vertinimas	3,6(0,701)	3,78(0,77)	1,09	138	0,138

Pastaba. M – vidurkis, SD – standartinis nuokrypis, paryškintu šriftu nurodyti įverčiai yra statistiškai reikšmingi.

Taigi, ieškant ryšių tarp pirmo KMPA komponento – polinkio nesikreipti į gydytoją esant poreikiui – ir sociodemografinių/kontekstinių veiksnių, gauta, jog respondentai, nurodantys žemesnes pajamas yra labiau linkę išreikšti tokį elgesį. Nesikreipti į gydytoją taip pat labiau būdinga moterims, nei vyrams.

3.1.2. Sociodemografiniai/kontekstiniai veiksniai ir Simptomo įvertinimo atidėjimas

Tolimesnėje ryšių tarp sociodemografinių/kontekstinių veiksnių su KMPA analizėje buvo tiriamos šių kintamųjų sąsajos su pirma KMPA stadija – Simptomo įvertinimo atidėjimo trukme. Ieškant ryšių tarp Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmės ir normaliai pasiskirsčiusių intervalinių kintamųjų – išsilavinimo, pajamų ir subjektyvaus sveikatos vertinimo – buvo naudota Pearsono koreliacija, o tarp Simptomo įvertinimo trukmės ir amžiaus buvo taikyta Spearman koreliacija. Deja, rasta, jog Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmė neturi ryšio nei su vienu paminėtu sociodemografiniu kintamuoju (koreliacijos įverčius ir p reiškmės galima matyti 7 lentelėje).

7 lentelė. Sociodemografinių/kontekstinių kintamųjų ir Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmės koreliaciniai įverčiai.

Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmė

	r	p reikšmė
Išsilavinimas	0,039	0,649
Pajamos	-0,06	0,483
Subjektyvus sveikatos vertinimas	-0,058	0,494
Amžius	0,084 _s	0,323

Pastaba. 0,084_s reiškia Spearmano koreliacijos įvertį r_s .

Ieškant sąsajų tarp Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmės ir dichotominių kintamųjų – lyties, santykių statuso ir lėtinės ligos diagnozės, buvo taikytas Stjudento T testas nepriklausomoms imtims. Rastas statistiškai reikšmingas Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmės skirtumas tarp vyrų ir moterų grupių ($t(39,1)=2,087$, $p=0,043$) – moterims ($M(1,06)=2,68$) simptomą įvertinti kaip ligos signalą užtrunka ilgiau, nei vyrams ($M(0,93)=2,24$). Šį ir kitus rezultatus, gautus šios analizės metu, galima pamatyti 8 lentelėje.

8 lentelė. *Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmės skirtumai tarp grupių.*

		Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmė			
		M(SD)	t	df	p reikšmė
Lytis	Vyrai	2,24(0,93)	2,087	39,1	0,043
	Moterys	2,68(1,06)			
Santykių statusas	Vienišas	2,57(1,17)	-0,204	138	0,839
	Romantiniuose santykiuose	2,61(0,99)			
Lėtinė liga	Nediagnozuota	2,58(1,02)	-0,397	138	0,692
	Diagnozuota	2,66(1,15)			

Pastaba. Paryškintu šriftu nurodyti įverčiai yra statistiškai reikšmingi.

Tiriant Simptomo įvertinimo atidėjimo sąsajas su kategoriniais kintamaisiais – šeimos gydytojo ir gydytojo-specialisto pasiekiamumu, buvo taikoma vienfaktorinė dispersinė analizė (ANOVA). Rasta, jog tiek šeimos gydytojo ($F=3,138$, $p=0,046$), tiek gydytojo-specialisto pasiekiamumas ($F=0,826$, $p<0,001$) siejasi su Simptomo įvertinimo atidėjimo stadijos trukme. Šeimos gydytojo pasiekiamumo ir Simptomo įvertinimo trukmės analizės *Post Hoc Bonferroni* testas parodė, jog respondentai, turintys laukti šeimos gydytojo konsultacijos nuo 1 iki 10 dienų ($M(0,932)=2,43$), linkę greičiau simptomą

įvertinti kaip ligos signalą, nei asmenys, laukiantys 11-30 d. ($M(1,21)=2,88$) ($\Delta M=-0,45$, $p=0,047$). Paprastai tariant, kuo sunkiau pasiekti šeimos gydytoją, tuo ilgėja simptomo įvertinimo atidėjimo trukmė. Ta pati tendencija matoma ir tiriant ryšius tarp gydytojo-specialisto pasiekiamumo ir Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmės. Atlikus Post Hoc testą, rasti statistiškai reikšmingi Simptomo įvertinio atidėjimo trukmės skirtumai tarp žmonių, gydytojo-specialisto konsultacijos laukiančių 31-120 d. grupės ($M(1,22)=3,09$), žmonių, kurie konsultacijos sulaukia per 1-10 d. grupės ($M(0,83)=2,24$) ($\Delta M=-0,85$, $p=0,002$) ir grupės, kuriai tenka palaukti gydytojo-specialisto konsultacijos nuo 11 dienų iki mėnesio ($M(0,89)=2,24$) ($\Delta M=-0,66$, $p=0,002$). Taigi, kuo ilgiau tenka laukti gydytojo-specialisto konsultacijos, tuo ilgiau asmeniui užtrunka simptomą įvertinti kaip ligos signalą. Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmės skirtumus tarp grupių galima matyti 11 lentelėje.

Apibendrinant, atlikus statistinius skaičiavimus buvo gauta, jog Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmė siejasi su tokiais sociodemografiniais/kontekstiniais veiksniais, kaip lytis ir gydytojų pasiekiamumas.

3.1.3. Sociodemografiniai/kontekstiniai veiksniai ir Veiksmų ėmimosi atidėjimas

Galiausiai, siekiant išsamiai ištirti sociodemografinių/kontekstinių veiksnių sąsajas su KMPA, ryšių buvo ieškoma tarp šių veiksnių ir Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmės. Rezultatų analizė buvo vykdoma analogiškai, kaip ir tiriant sąsajas tarp sociodemografinių/kontekstinių veiksnių ir Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmės. Pearsono koreliacija buvo taikoma tirti Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmės sąsajas su normaliai pasiskirsčiusiais intervaliniais kintamaisiais - išsilavinimo, pajamų ir subjektyvaus sveikatos vertinimo – su nenormaliai pasiskirsčiusiu amžiaus kintamuoju – Spearmano koreliacija. Tarp šių kintamųjų ir Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmės asociacijos nerasta (koreliacijos įverčius ir p reikšmes galima matyti 9 lentelėje).

9 lentelė. *Sociodemografinių/kontekstinių kintamųjų ir Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmės koreliaciniai įverčiai.*

	Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmė	
	r	p reikšmė
Išsilavinimas	-0,036	0,669
Pajamos	-0,159	0,061

Subjektyvus sveikatos vertinimas	-0,057	0,504
Amžius	-0,055 _s	0,522

Pastaba. -0,055_s reiškia Spearmano koreliacijos įvertį r_s .

Tiriant ryšius tarp Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmės ir dichotominių kintamųjų - lyties, santykių statuso ir lėtinės ligos diagnozės, buvo taikytas Stjudento T testas nepriklausomoms imtims. Atlikus šią analizę rasta, jog nei vienas iš minėtų veiksnių neturi ryšio su tuo, kiek laiko praeina nuo minties apie galimą ligą iki realaus kreipimosi į gydytoją. Rezultatus galima matyti 10 lentelėje.

10 lentelė. *Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmės skirtumai tarp grupių.*

		Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmė			
		M(SD)	t	df	p reikšmė
Lytis	Vyrai	2,64(0,86)	-1,408	138	0,161
	Moterys	2,98(1,15)			
Santykių statusas	Vienišas	3,00(1,14)	0,596	138	0,552
	Romantiniuose santykiuose	2,88(1,09)			
Lėtinė liga	Nediagnozuota	2,921(1,09)	0,002	138	0,998
	Diagnozuota	2,921(1,14)			

Galiausiai, norint iširti Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmės ryšius su kategoriniais kintamaisiais – šeimos gydytojo ir gydytojo-specialisto pasiekiamumu – buvo taikyta ANOVA. Atlikus rezultatų analizę, buvo rastas ryšys tarp Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmės ir šeimos gydytojo pasiekiamumo ($F=9,31$, $p<0,001$) ir gydytojo-specialisto pasiekiamumo ($F=5,76$, $p=0,004$). *Post Hoc Bonferroni testas* parodė, jog žmonės, kurie ilgiausiai laukia šeimos gydytojo konsultacijos (31-120 dienų; $M(0,71)=5,5$), yra linkę ilgiausiai atidėti kreipimąsi pas gydytoją, nors jaučia, jog serga, nei tie, kurie konsultacijos laukia šiek tiek trumpiau (11-30 dienų; $M(1,21)=3,18$) arba trumpiausiai (1-10 dienų; $M(0,95)=2,71$). Panašūs rezultatai gauti ir tiriant gydytojo-specialisto pasiekiamumo grupes – respondentai, gydytojo-specialisto konsultacijos laukiantys nuo 31 iki 120 dienų nurodo ilgiausią Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmę ($M(1,11)=3,36$), laukiantys nuo 11 iki 30 dienų – statistiškai reikšmingai trumpesnę ($M(1,08)=2,77$), o laukiantiems trumpiausiai būdinga ir trumpiausia Veiksmų

ėmimosi atidėjimo trukmė ($M(0,98)=2,59$). Simptomo įvertinimo atidėjimo ir Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmės skirtumų tarp gydytojų pasiekiamumo grupių rezultatai pateikti 10 lentelėje, Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmės skirtumų tarp gydytojų pasiekiamumo grupių *Post Hoc* testo rezultatai pateikti 9 priede.

11 lentelė. *Simptomo įvertinimo atidėjimo ir Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmių skirtumai tarp šeimos gydytojo ir gydytojo-specialisto pasiekiamumo grupių.*

		Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmė			Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmė		
		M(SD)	F	p reikšmė	M(SD)	F	p reikšmė
Šeimos gydytojo pasiekiamumas	1-10 dienų	2,43(0,93)			2,71(0,95)		
	11-30 dienų	2,88(1,21)	3,138*	0,046	3,18(1,21)	9,31	<0,001
	31 -120 dienų	3(0)			5,5(0,71)		
Gydytojo-specialisto pasiekiamumas	1-10 dienų	2,24(0,83)			2,59(0,98)		
	11-30 dienų	2,42(0,89)	8,26***	<0,001	2,77(1,08)	5,75	0,004
	31 -120 dienų	3,1(1,2)			3,36(1,11)		

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Apibendrinus rezultatus, gauta, jog respondentai, ilgiau vilkinantys realų kreipimąsi į gydytoją įtariant ligą, taip pat ilgiau laukia ir šeimos gydytojo bei gydytojo-specialisto konsultacijos.

3.2. Psichologiniai veiksniai ir kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimas

Antruoju tyrimo uždaviniu buvo nusistatyta ištirti ryšius tarp psichologinių veiksnių – asmenybės bruožų, problemų sprendimo įgūdžių ir pasitikėjimo gydytoju – ir KMPA komponentų – nenuėjimo pas gydytoją esant poreikiui, SĮA trukmės ir VĖA trukmės.

3.2.1. Psichologiniai veiksniai ir nenuėjimas pas gydytoją

Pirmiausia buvo tiriami ryšiai tarp asmenybės bruožų, problemų sprendimo įgūdžių, pasitikėjimo gydytoju ir nenuėjimo pas gydytoją. Kadangi nenuėjimo pas gydytoją kintamasis yra dichotominis,

visai šiai rezultatų analizei buvo naudojamas Stjudento T testas nepriklausomoms imtis. Atlikus skaičiavimus tarp asmenybės bruožų, pasitikėjimo gydytoju ir polinkio nenuieiti pas gydytoją esant poreikiui ryšių nerasta. Tačiau rezultatai rodo, jog egzistuoja statistiškai reikšmingas Pasitikėjimo problemų sprendimų įgūdžių balų skirtumas tarp nesikreipiančių ir besikreipiančių į gydytoją grupių ($t(138)=-2,167$, $p=0,032$) – respondentai, linkę nesikreipti į gydytoją, nors įtaria, jog reikėtų, pasižymi didesniu nepasitikėjimu savo problemų sprendimo įgūdžiais ($M(4,61)=28,1$), nei tie, kurie kreipiasi ($M(5,1)=26,24$). Primenama, jog mažesni Problemų sprendimo klausimyno įverčiai nurodo geresnius problemų sprendimo įgūdžius, o taip pat ir didesnę pasitikėjimą. Visi rezultatai, gauti šos analizės metu, pateikti 10 priede.

3.2.2. Psichologiniai veiksniai ir Simptomo įvertinimo atidėjimas

Vėliau buvo tiriamos sąsajos tarp psichologinių veiksnių ir Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmės. Šiai duomenų analizei atlikti buvo taikoma Pearsono koreliacija. Buvo rasta silpna koreliacija tarp Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmės ir atvirumo patirčiai asmenybės bruožo ($r=-0,176$, $p=0,037$) ir stipri koreliacija su problemų sprendimo artėjimo-vengimo stiliumi ($r=0,75$, $p=0,038$). Rezultatai rodo, jog žmonės, kuriems simptomą įvertinti kaip ligos signalą užtrunka ilgiau, pasižymi žemesniu atvirumo patirčiai lygiu ir yra labiau linkę ignoruoti problemas vietoj to, kad imtųsi jų spręsti. Visus rezultatus, gautus šios analizės metu, galima rasti 11 priede.

3.2.3. Psichologiniai veiksniai ir Veiksmų ėmimosi atidėjimas

Galiausiai, siekiant suprasti psichologinių veiksnių ryšį su KMPA, buvo nagrinėjamos sąsajos tarp asmenybės bruožų, problemų sprendimo įgūdžių bei pasitikėjimo gydytoju ir Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmės. Rezultatų analizė buvo vykdoma analogiškai, kaip ieškant koreliacijų tarp psichologinių veiksnių ir Simptomų įvertinimo atidėjimo trukmės. Atlikus analizę, rasta silpna koreliacija tarp Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmės ir sąmoningumo asmenybės bruožo ($r=-0,185$, $p=0,029$) ir vidutinė koreliacija su pasitikėjimu gydytoju ($r=-0,319$, $p<0,001$). Tai reiškia, jog respondentai, kuriems būdingas žemesnis sąmoningumo lygis ir kurie mažiau pasitiki savo pirminio lygio gydytoju, yra linkę ilgiau delsti kreiptis į gydytoją, nors įtaria ligą. Koreliacijos tarp Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmės ir psichologinių veiksnių pateiktos 12 priede.

3.3. Psichologinių veiksnių ryšiai su kreipimosi medicininės pagalbos atidėlioju stadijų trukmėmis, kontroliuojant sociodemografinius/kontekstinius kintamuosius

Trečiuoju tyrimo uždaviniu buvo nusistatyta ištirti „švarias“ sąsajas tarp psichologinių veiksnių ir KMPA stadijų trukmės, t.y., pažiūrėti, ar ryšys išlieka st. reikšmingas, kai kontroliuojami tam tikri sociodemografiniai veiksniai.

3.3.1. Psichologinių veiksnių ryšiai su Simptomo įvertinimo atidėjimo trukme, kontroliuojant sociodemografinius veiksnius

Pirmiausia buvo tiriama, ar sociodemografiniai veiksniai turi įtakos psichologinių veiksnių ir Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmės ryšiui. Į analizę buvo įtraukti tie psichologiniai (Atvirumas patirčiai ir Artėjimo-vengimo stilius) veiksniai, kurie ankstesniuose skaičiavimuose Pearsono koreliacijos metodu gauti kaip turintys sąsają su Simptomo įvertinimo atidėjimo trukme, ir visi intervaliniai sociodemografiniai veiksniai. Vėliau šiems kintamiesiems buvo taikyta dalinė koreliacija. Radus ryšio pokytį, buvo ieškoma, ar pokytis yra statistiškai reikšmingas. Įprastos ir kontroliuojamos koreliacijos įverčiai buvo paversti z balais (remiantis Pallant (2001) lentele, p. 127) ir lyginami šia formule:

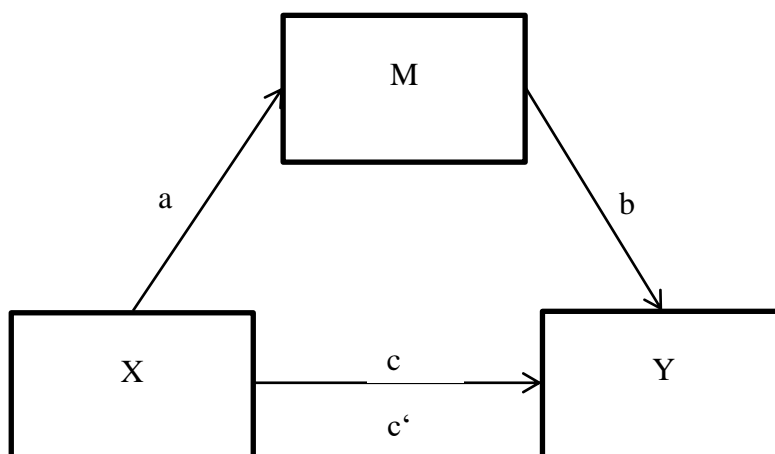
$$Z_{\text{obs}} = \frac{z_1 - z_2}{\sqrt{\frac{1}{N_1 - 3} + \frac{1}{N_2 - 3}}}$$

Pastaba. z_1 – pirmojo koreliacijos koeficiento z balas, z_2 – kontroliuojamos koreliacijos koeficiento z balas, N_1 – pirmosios koreliacijos imtis ir N_2 – kontroliuojamos koreliacijos imtis. Jei z_{obs} patenka į intervalą nuo -1,96 iki 1,96, skirtumas tarp koreliacijų yra st. nereikšmingas (Pallant, 2001).

Atlikta analizė rodo, jog visi sociodemografiniai kintamieji vienaip ar kitaip st. reikšmingai keičia Problemų sprendimo klausimyno subskalės Artėjimo-vengimo stiliaus balo koreliaciją su Simptomo įvertinimo atidėjimo trukme (šių koreliacijų įverčiai ir palyginimai su pirminėmis koreliacijomis pateikti 13 priede). Ypač svarbu paminėti, jog Artėjimo-vengimo stilius netenka ryšio su Simptomo įvertinimo atidėjimo trukme, kai kontroliuojamas pajamų kintamasis ($r=0,166$, $p=0,051$). Tai gali reikšti, jog pajamos šių kintamųjų ryšyje atlieka mediacinį arba moderacinį vaidmenį.

Norint atsakyti į šį klausimą, pirmiausia buvo atliekama moderacinė analizė, kai Artėjimo-vengimo stilius yra nepriklausomas, Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmė yra priklausomas, o pajamos – moderuojantis veiksnys. Tiesinės regresinės analizės metodu pirmiausia buvo tiriama, ar egzistuoja prognostinis ryšys tarp Artėjimo-vengimo stiliaus ir Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmės. Gauta, jog Artėjimo-vengimo stilius ($\beta=0,175$, $p=0,038$) st. reikšmingai prognozuoja Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmę ($R^2=0,031$, $F=4,37$, $p=0,038$). Tačiau atlikus moderacinę analizę, t.y., prie nepriklausomų kintamųjų į analizę pridėjus pajamas ir Artėjimo-vengimo stiliaus ir pajamų standartizuotų balų sandaugą, st. reikšmingos Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmės prognozės nerasta ($R^2=0,032$, $F=1,493$, $p=0,219$). Taigi, pajamos neatlieka moderacinio vaidmens ryšyje tarp Artėjimo-vengimo stiliaus ir SĮA trukmės.

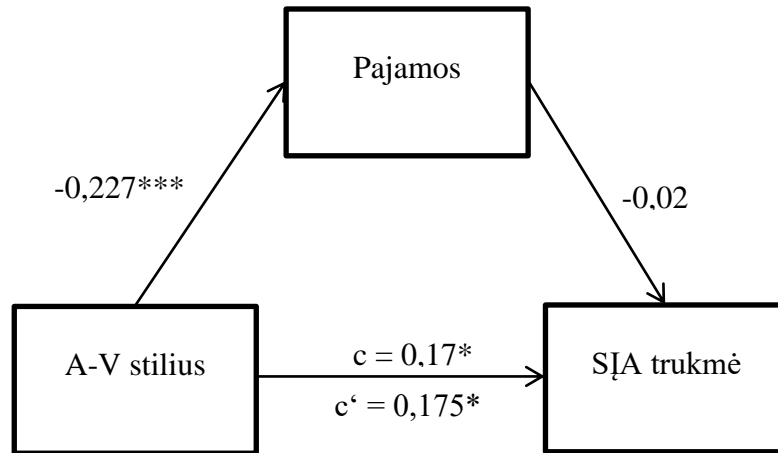
Siekiant iširti, ar pajamos medijuoja šių kintamųjų ryšyje, buvo atlikta mediacinė analizė, panaudojant PROCESS MACRO 4.1 įskiepi. Mediacijos sampratos modelis atrodo taip:



Pastaba. X – nepriklausomas kintamasis, Y – priklausomas kintamasis, M – mediatorius, a – ryšys tarp nepriklausomo kintamojo ir mediatoriaus, b – ryšys tarp mediatoriaus ir priklausomo kintamojo, c – bendras nepriklausomo kintamojo efektas prilausomam kintamajam, c' – tiesioginis nepriklausomo kintamojo efektas priklausomam kintamajam.

Taigi nepriklausomomas kintamasis – Artėjimo-vengimo stilius, priklausomas kintamasis – Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmė ir mediatorius – pajamos.

Atlikus analizę rasta, jog Artėjimo-vengimo stiliaus ir Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmės ryšyje nėra pajamų mediacinio efekto (ME(CI: -0,05; 0,05)=0,0048), o tiesioginis ryšys (c') tarp Artėjimo-vengimo stiliaus ir Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmės liko statistiškai reikšmingas (c'=0,175, p=0,038). 4 paveikslėlyje galima matyti mediacinės analizės rezultatus.



4 pav. Artėjimo-vengimo stiliaus ir Simptomo įvertinimo trukmės mediacinė analizė. Mediatorius – pajamos.

Pastaba. A-V stilius – Artėjimo-vengimo stilius, SĮA trukmė – Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmė. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Šie rezultatai rodo, jog tarp psichologinių ir Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmės ryšio sociodemografiniai kintamieji nei patiprina, nei tarpininkauja tarp jų – psichologiniai veiksniai tiesiogiai koreliuoja arba nusako Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmę, be sociodemografinių kintamųjų įtakos.

3.3.2. Psichologinių veiksnių ryšiai su Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukme, kontroliuojant sociodemografinius veiksnius

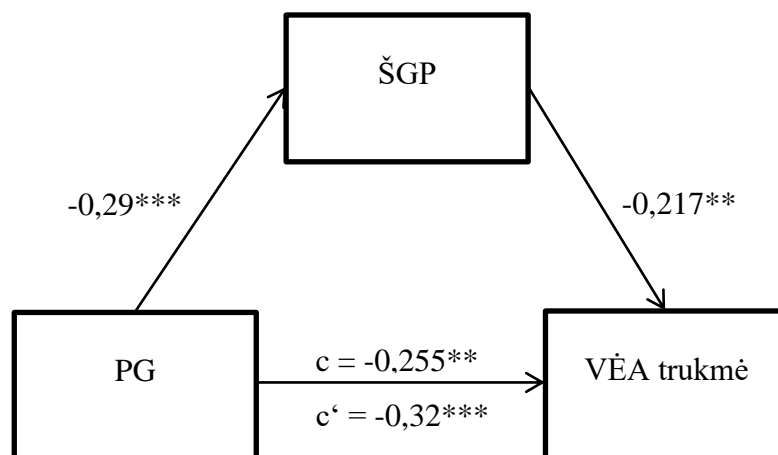
Lygiai tokia pati procedūra buvo taikoma ir tiriant tiesioginius ryšius tarp psichologinių veiksnių ir Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmės. Į analizę buvo įtraukti tie psichologiniai (Sąmoningumas ir Pasitikėjimas gydytoju) veiksniai, kurie ankstesniuose skaičiavimuose Pearsono koreliacijos metodu gauti kaip turintys sąsają su Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukme, ir visi intervaliniai sociodemografiniai veiksniai. Pritaikius dalines koreliacijas tarp šių kintamųjų, nebuvo rasta, jog pirminių koreliacijų koeficientai st. reikšmingai skirtųsi nuo koreliacijų koeficientų, kai tam tikri sociodemografiniai kintamieji buvo kontroliuojami.

Tačiau remiantis nagrinėta literatūra, Pasitikėjimą gydytoju nusako ir gydytojo pasiekiamumo trukmė (tiksliau, eilės, Moore et al., 2004; Alhamad, 2013), todėl buvo nuspręsta išmagrinėti šeimos

gydytojo ir gydytojo-specialisto pasiekiamumo vaidmenį ryšyje tarp Pasitikėjimo gydytoju ir Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmės.

Pirmiausia, buvo tiriamas šeimos gydytojo pasiekiamumo vaidmuo sąsajoje tarp pasitikėjimo gydytoju ir Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmės, kai pasitikėjimas gydytoju yra nepriklausomas kintamasis, o Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmė – priklausomas kintamasis. Norint iširti, ar šeimos gydytojo pasiekiamumas moderuoja šį ryšį, pirmiausia buvo atlikta tiesinė regresija tarp pasitikėjimo gydytoju ir Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmės. Gautas statistiškai reikšmingas regresinis modelis ($R^2=0,102$, $F=15,63$, $p<0,001$) – kuo prasčiau žmogus vertina savo pirminio lygio gydytoją, tuo ilgiau vilkina kreiptis į jį, nors jaučia, kad serga ($\beta=-0,32$, $p<0,001$). Norint iširti moderacinį efektą, prie nepriklausomų kintamųjų buvo pridėtas moderatorius (šeimos gydytojo pasiekiamumas) ir nepriklausomo kintamojo (pasitikėjim gydytoju) bei moderatoriaus sąveika. Modelis paaiškino 14,6% ($R^2=0,146$, $F=7,75$, $p<0,001$) duomenų dispersijos, taigi pridėjus moderacinį kintamąjį bei sąveiką tarp pasitikėjimo gydytoju ir šeimos gydytojo pasiekiamumo, buvo šiek tiek pagerintas ($\Delta R^2=0,044$). Rasta, jog moderatorius (šeimos gydytojo pasiekiamumas) silpnintų pasitikėjimo gydytoju ryšį su Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukme ($\beta= -0,247$, $p<0,004$), tačiau moderatoriaus ir nepriklausomo kintamojo sąveika st. reikšmingai neprognozuoja Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmės ($\beta= -0,040$, $p=0,62$), kas reiškia, jog šeimos gydytojo pasiekiamumas nemoderuoja ryšio tarp Pasitikėjimo gydytoju ir Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmės.

Toliau buvo tiriama, ar šeimos gydytojo pasiekiamumas tarpininkauja (yra mediatorius) ryšyje tarp Pasitikėjimo gydytoju ir Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmės. Rastas st. reikšmingas dalinis mediacinis efektas ($ME(CI: -0,132; -0,006)=-0,0643$), tačiau tiesioginis ryšys tarp nepriklausomo (pasitikėjimo gydytoju) ir priklausomo (Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmė) kintamųjų gautas stipresnis ($c'=-0,32$, $p<0,001$), nei tas, kuriame tarpininkauja šeimos gydytojo pasiekiamumo veiksnys ($c=-0,255$, $p=0,0025$). Geriau suprasti šiuos rezultatus gelbsti schematinis jų pavaizdavimas (5 paveikslėlis).

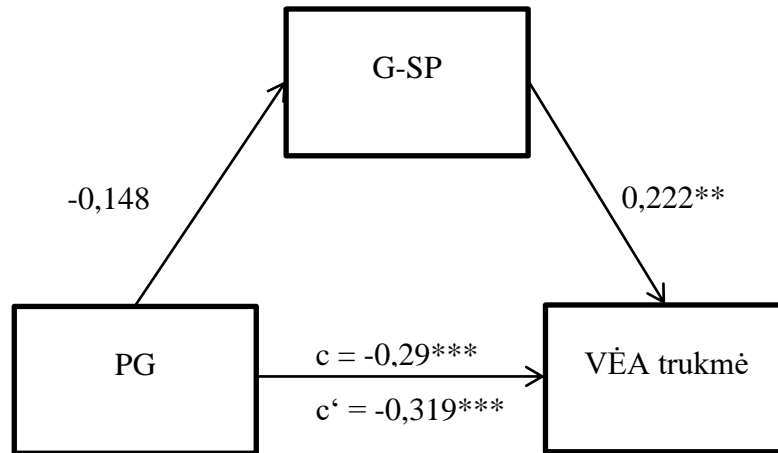


5 pav. Pasitikėjimo gydytoju ir Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmės mediacinė analizė. Mediatorius – šeimos gydytojo pasiekiamumas.

Pastaba. PG – Pasitikėjimas gydytoju, ŠGP – šeimos gydytojo pasiekiamumas, VĖA – Veiksmų ėmimosi atidėjimas, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Analogiška rezultatų analizė buvo atliekama tiriant gydytojo-specialisto pasiekiamumo vaidmenį ryšyje tarp pasitikėjimo gydytoju ir Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmės. Tiriant, ar gydytojo-specialisto pasiekiamumas turi moderacinio efekto šiai sąsajai, rasta, jog moderatoriaus (gydytojo-specialisto pasiekiamumas) ir sąveikos tarp moderatoriaus ir nepriklausomo kintamojo (pasitikėjimo gydytoju) pridėjimas į modelį jį šiek tiek pagerina ($\Delta R^2=0,044$; $R^2=0,156$, $F=8,38$, $p<0,001$), moderatorius st. reikšmingai prognozuoja priklausomą kintamąjį (Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmė) ($\beta=0,223$, $p=0,006$) ir susilpnina ryšį tarp pasitikėjimo gydytoju ir Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmės ($\beta=-0,271$, $p=0,001$), tačiau sąveika neturi st. reikšmingo prognostinio ryšio su Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukme ($\beta=-0,08$, $p=0,32$). Taigi, gydytojo-specialisto pasiekiamumas nemoderuoja ryšio tarp pasitikėjimo gydytoju ir Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmės.

Kaip ir tiriant šeimos gydytojo pasiekiamumo vaidmenį, lygiai taip pat buvo aiškinamasi, ar gydytojo-specialisto pasiekiamumas gali medijuoti tarp pasitikėjimo gydytoju ir Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmės. Rasta, jog gydytojo-specialisto pasiekiamumas neturi st. reikšmingo mediacinio efekto šiam ryšiui (ME(CI: $-0,08$; $0,004$)= $-0,032$). Ryšiai tarp nepriklausomo (pasitikėjimo gydytoju), mediatoriaus (gydytojo-specialisto pasiekiamumo) ir priklausomo (Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmė) kintamojo pavaizduoti 6 paveikslėlyje.



6 pav. Pasitikėjimo gydytoju ir Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmės mediacinė analizė. Mediatorius – gydytojo-specialisto pasiekiamumas.

Pastaba. PG – Pasitikėjimas gydytoju, G-SP – gydytojo-specialisto pasiekiamumas, VĖA – Veiksmų ėmimosi atidėjimas, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Apibendrinus, šie rezultatai rodo, jog kai kurie kontekstiniai kintamieji veikia ryšį tarp psichologinių veiksmų ir Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmės. Rasta, jog kuo asmuo mažiau pasitiki gydytoju, tuo ilgiau atidėlioja kreiptis į jį, kai serga, o šiame ryšyje tarpininkauja laikotarpis, kiek ilgai asmuo turi laukti šeimos gydytojo konsultacijos. Tačiau kiti sociodemografiniai/kontekstiniai kintamieji neturėjo įtakos ryšiams tarp tirtų psichologinių veiksmų ir KMPA stadijų trukmės, kas rodo, jog psichologiniai kintamieji turi tiesioginę sąsają su KMPA komponentais.

3.4. Svarbiausi kreipimosi medicininės pagalbos atidėjimo prognostiniai veiksniai

Galiausiai, buvo siekiama išspręsti esminį šio tyrimo uždavinį – nustatyti svarbiausius veiksnius, prognozuojančius KMPA. Pirmiausia, buvo tiriama, kurie veiksniai prognozuoja nenuėjimą pas gydytoją esant poreikiui. Tam buvo naudota binarinė logistinė regresija. Rasta, jog tarp visų sociodemografinių/kontekstinių ir psichologinių kintamųjų, tik Pasitikėjimas problemų sprendimo įgūdžiais st. reikšmingai prognozavo nesikreipimą medicininės pagalbos (Cox & Snell = 0,032, Nagelkerke $R^2 = 0,044$, $\chi^2=4,27$, $df=8$, $p=0,832$) – asmenys, kurie mažiau pasitiki savo problemų sprendimo įgūdžiais, linkę 1,1 karto dažniau nesikreipti į gydytoją esant poreikiui ($\text{Exp}(B)=1,1$, $p=0,035$). Logistinės regresijos rezultatai ieškant prognostinių ryšių tarp sociodemografinių/kontekstinių, psichologinių kintamųjų ir nenuėjimo pas gydytoją pateikti 14 priede.

Vėliau buvo ieškoma svarbiausių prognostinių Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmės veiksnių. Rezultatų analizei atlikti pirma buvo naudota žingsninė regresinė analizė, siekiant išskirti esminius Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmės prognostinius kintamuosius. Atlikus analizę, buvo išskirti 3 modeliai:

1. Pirmajame modelyje gauta, jog svarbiausias Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmės veiksnys yra gydytojo-specialisto pasiekiamumas. Modelis paaiškina 9,5 % duomenų dispersijos ($R^2 = 0,095$, $F=14,43$, $p<0,001$). Rasta, jog kuo ilgiau tenka laukti gydytojo-specialisto konsultacijos, tuo ilgiau atidėliojama simptomą įvertinti kaip ligos signalą ($\beta=0,31$, $p<0,001$).
2. Antrajame modelyje siūloma, jog kitas svarbus Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmės prognostinis veiksnys yra lytis ($\beta=0,17$, $p=0,036$; moterys linkusios labiau delsti nemalonų simptomą įvertinti kaip ligos signalą), tačiau gydytojo-specialisto pasiekiamumas išlieka svarbesnis kintamasis Simptomo įvertinimo atidėjimo prognozėje ($\beta=0,313$, $p<0,001$). Modelis paaiškina 12,3% duomenų dispersijos ($R^2 = 0,123$, $F=9,6$, $p<0,001$).
3. Trečiajame modelyje išskiriamas Problemų sprendimo artėjimo-vengimo stilius, kaip trečiasis svarbus veiksnys Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmės prognozėje ($\beta=0,158$, $p=0,049$; kuo labiau asmenys linkę vengti imtis spręsti iškilusių problemų, tuo vėliau simptomą įvertina kaip ligos signalą). Gydytojo-specialisto pasiekiamumas ir lytis Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmę prognozuoja panašiai, kaip ir antrajame modelyje (atitinkamai, $\beta=0,31$, $p<0,001$ ir $\beta=0,167$, $p=0,037$). Modelis paaiškina 14,8% duomenų dispersijos ($R^2 = 0,148$, $F=7,9$, $p<0,001$).

Taigi, žingsninės regresijos rezultatai rodo, jog ilgesnę Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmę prognozuoja gydytojo-specialisto pasiekiamumas, lytis ir Artėjimo-vengimo stilius – žmonės, kurie ilgiau laukia gydytojo-specialisto konsultacijos ir jiems būdinga vengti problemų sprendimo, ilgiau delsia simptomą įvertinti kaip ligą. Šis atidėliojimas taip pat būdingesnis moterims, nei vyrams. Žingsninės regresijos metodu gauti rezultatai pateikti 12 lentelėje.

12 lentelė. Svarbiausi Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmės prognostiniai veiksniai.

		SJA trukmė					
		β	p reikšmė	R^2	ΔR^2	F	p reikšmė
1 regresija	G-SP	0,31***	<0,001	0,095	-	14,44	<0,001
2 regresija	G-SP	0,313***	<0,001	0,123	0,029	9,6	<0,001
	Lytis	0,17*	0,036				

	G-SP	0,31***	<0,001				
3 regresija	Lytis	0,67*	0,037	0,148	0,025	7,9	<0,001
	A-VS	0,158*	0,049				

Pastaba. G-SP – gydytojo-specialisto pasiekiamumas, SĮA – Simptomo įvertinimo atidėjimas, A-VS – Artėjimo-vengimo stilius. Įvertis pasvirusiu šriftu – lyginama su 2-osios regresijos R^2 įverčiu. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Analogiška rezultatų analizė buvo taikyta ir ieškant svarbiausių veiksnių Veiksmų ėmimosi atidėjimo prognozėje. Atlikus žingsninę regresiją, išsiskyrė trys esminiai Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmės prediktoriai: Pasitikėjimas gydytoju, gydytojo-specialisto pasiekiamumas ir sąmoningumas. Tai reiškia, jog kuo asmenys mažiau pasitiki savo gydytoju, ilgiau laukia gydytojo-specialisto konsultacijos ir pasižymi žemesniu sąmoningumu, tuo ilgiau vilkina kreiptis į gydytoją, nors jaučiasi sergą. Žingsninės analizės rezultatai pateikti 13 lentelėje.

13 lentelė. *Svarbiausi Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmės prognostiniai veiksniai.*

		VĖA trukmė					
		β	p reikšmė	R^2	ΔR^2	F	p reikšmė
1 regresija	PG	-0,32***	<0,001	0,102	-	15,63	<0,001
2 regresija	PG	-0,29***	<0,001	0,15	0,048	12,1	<0,001
	G-SP	0,22**	0,006				
3 regresija	PG	-0,29***	<0,001	0,184	0,034	10,24	<0,001
	G-SP	0,21*	0,037				
	Sąm.	-0,19*	0,049				

Pastaba. PG – pasitikėjimas gydytoju, G-SP – gydytojo-specialisto pasiekiamumas, VĖA – Veiksmų ėmimosi atidėjimas, Sąm. – sąmoningumas. Įvertis pasvirusiu šriftu – lyginama su 2-osios regresijos R^2 įverčiu. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Šiuo tyrimu buvo siekiama ištirti sociodemografinių, kontekstinių ir psichologinių veiksnių ryšius su kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo ypatumais, ir įvertinti svarbiausius veiksnius šio elgesio prognozėje. Prieš apžvelgiant šiuos rezultatus, atrodo svarbu aptarti bendrą informaciją apie tyrime dalyvavusiai imčiai būdingus kreipimosi medicininės pagalbos ypatumus.

Kaip ir buvo minėta, kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimas, nepaisant galimų liūdnu sveikatos pasekmių, yra plačiai paplitęs elgesys visuomenėje. Tarpe daugelio ankstesnių studijų šia tema įvairiose šalyse (Tromp et al., 2005; Leyva et al., 2020; Oo et al., 2020; Ristvedt & Trinkaus, 2005 ir kt.), šio tyrimo rezultatai taip pat patvirtina šį faktą - daugiau nei pusė respondentų teigė per pastaruosius metus bent kartą nesikreipę į gydytoją, nors įtarė, jog reikėtų. Kita vertus, tik 10% tyrimo dalyvių pripažino sirgdami linkę vilkinti kontaktą su sveikatos priežiūros specialistu ilgiau nei 3 mėnesius ir, palyginus su ankstesniais tyrimais, tai nėra taip daug. Pavyzdžiui, Tromp su kolegomis (2005) tyrė asmenų, turinčių galvos ar kaklo vėžio diagnozę, imtį, kurią sudarė ketvirtadalis žmonių, delsusių kreiptis į gydytoją jaučiant ligos simptomus. Panašūs rezultatai gauti ir kitame, tais pačiais metais, žarnyno vėžio diagnozę turinčių pacientų imtyje atliktame tyrime (Ristvedt & Trinkaus, 2005). Šiuos rezultatų skirtumus gali paaiškinti tirtos imties ypatumai – dauguma šio tyrimo dalyvių nurodė, jog jiems nėra diagnozuota lėtinė liga ir jų subjektyviai vertinama sveikata yra gera, todėl, gali būti, jog dažniausiai pas gydytojus jiems tenka kreiptis dėl ūminių ligų (Alhamad, 2012), įprastai pasireiškiančių itin intensyviais simptomais. Ankstesnių tyrimų autoriai nurodo, jog simptomo intensyvumas yra svarbus klinikinis veiksnys, nusakantis spartesnę kreipimąsi medicininės pagalbos (Safer et al., 1979; Kohler et al., 2017; Banharak et al., 2020), tačiau neretai lėtinės ar progresuojančios ligos intensyviais simptomais pasireiškia ne iš karto (Kohler et al., 2017; Ristvedt & Trinkaus, 2005). Bet, nepaisant to, jog šio tyrimo dalyviai mažiau pasižymi kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimu, jie yra labiau linkę *vengti* kreiptis į gydytoją – t.y., tiesiog į jį nesikreipti, nors jaučia nemalonius simptomus. Dėl šios priežasties atsiranda svarba ištirti būtent vengimo kreiptis medicininės pagalbos sveikų žmonių populiacijoje galimas priežastis ateities tyrimuose.

4.1. Sociodemografiniai/kontekstiniai veiksniai ir kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimas

Pirmuoju šio tyrimo klausimu buvo domimasi, kokį ryšį kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimas turi su sociodemografinėmis respondentų charakteristikomis. Rezultatai parodė, jog asmenys, linkę išvis nesikreipti į gydytoją esant poreikiui, nurodo mažesnes pajamas, taip pat šis elgesys labiau būdingas moterims. Be to, moterims ilgiau užtrunka simptomą įvertinti kaip ligos signalą, tačiau pastebėtina, jog tuomet, kai simptomas galiausiai įvertinamas kaip liga, moterys nėra linkusios atidėti gydytojo konsultacijos ilgiau, nei vyrai. Šie rezultatai kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo tyrimų lauke yra nuoseklūs tik dalinai – egzistuoja ankstesnių tyrimų, kuriuose randama, jog moterys labiau vengia kreiptis medicininės pagalbos (Smith et al., 2018), tačiau kiti autoriai teigia priešingai (Chan & Laster, 2015). Šiuos rezultatų neatitikimus gali nulemti kelios priežastys: technine prasme, šiame tyrime didžiąją dalį dalyvių sudarė moterys, todėl tikrosios situacijos, kiek laiko vyrams užtrunka įvertinti simptomą kaip ligos signalą ir jų polinkį nenuėiti pas gydytoją, buvo galima ir neužčiuopti (ypač svarbu paminėti, jog vyrams dažniau nei moterims progresuojančios ligos diagnozuojamos jau pažengusioje stadijoje (Nacionalinis vėžio institutas, 2015)). Konceptualia prasme, Heath ir kolegos (2019) svarsto, jog moterims itin būdinga atrasti „išorinių priežasčių“ (senstančių tėvų ar sergančio partnerio priežiūra, pagalba vaikams ir pan.), dėl kurių jos mano, jog pasirūpinti savo sveikata „dabar nėra laiko“. Bet kokiu atveju, gauti rezultatai, jog moterys linkusios atidėti simptomo įvertinimą vėlesniam laikui, neramina - Nacionalinio vėžio instituto duomenimis (2021), 50% krūties vėžio atvejų yra diagnozuojama jau pažengusioje stadijoje.

Šio poskyrio pradžioje buvo minėta, kad mažesnes pajamas nurodantys respondentai yra labiau linkę nesikreipti į gydytoją, įtardami, jog reikėtų. Nagrinėjant ankstesnes studijas, randami nuoseklūs šios sąsajos rezultatai (Chan & Laster, 2015; Smith et al., 2018; Byrne, 2008 ir kt.). Anot Smith ir bendraautorių (2018) bei Heath ir kolegų (2019), ryšį tarp pajamų dydžio ir atidėliojimo kreiptis į gydytoją gali paaiškinti asmens priešlaikinė nuostata, jog ligos diagnostika ir gydymas kainuos daugiau, nei jis gali skirti tam lėšų. Tiesa, tokie rezultatai nestebina, kai yra atrandami tyrimuose, atliktuose JAV - yra žinoma, jog šioje šalyje egzistuoja rimtos sveikatos priežiūros sistemos problemos, kai sveikatos draudimas prieinamas ne visiems šalies gyventojams. Lietuvoje valstybinio sveikatos draudimo situacija yra kur kas palankesnė, bet ryšys tarp pajamų dydžio ir nenuėjimo pas gydytoją atrastas ir čia. Galima spėti, jog darbingo amžiaus respondentai, nurodantys mažesnes pajamas, gali vengti kreiptis į gydytoją, nes laikino nedarbingumo išmokos kompensuoja tik 62,06% iš darbovietės gaunamo atlyginimo (SoDra, 2022), t.y., susirgus, dalis mėnesio pajamų gali sumažėti beveik 40%. To

pasekoje, asmuo, nenorėdamas prarasti dalies lėšų, vengia kreiptis į gydytoją ir gauti tinkamą gydymą (Heath et al., 2019; Alhamad, 2012). Tiksliau šį ryšį Lietuvos gyventojų imtyje padėtų paaiškinti ateities tyrimai apie paciento gaunamų pajamų ir nuostatų apie medicininių paslaugų kainas svarbą kreipimosi į gydytoją prognozėje.

Svarbu aptarti ir dar vieną veiksni, kuris šiame tyrime gautas, kaip turintis sąsajų ir su Simptomo atidėjimo trukme, ir su Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukme – tai gydytojų pasiekiamumas. Tyrime rasta, jog kuo ilgiau respondentai turi laukti šeimos gydytojo ir gydytojo-specialisto konsultacijos, tuo ilgiau jiems užtrunka nemalonų simptomą įvertinti kaip ligos signalą, o taip pat jie yra linkę ilgiau delsti kreiptis į gydytoją, kai serga, nei tie asmenys, kurie gydytojų konsultacijų laukia trumpiau. Remiantis šiais rezultatais, sutinkama su daugelio ankstesnių tyrimų autoriais (Alhamad, 2012; Taber et al., 2015). Ryšį tarp simptomo įvertinimo atidėjimo trukmės, veiksmų ėmimosi trukmės ir gydytojų pasiekiamumo tyrėjai siūlio aiškinti tuo, jog asmuo, iš patirties žinodamas, kad susisiekti su gydytoju greitai nepavyks, pirmiausia į jį nesikreipia, nes tikisi, jog per laukimo laikotarpį simptomas greičiausiai išnyks, ir galiausiai kreipiasi tik tada, jei simptomas kartojasi arba intensyvėja (Kohler et al., 2017). Apsunkintas medicininės pagalbos pasiekiamumas siejasi ne tik su vilkinimu kreiptis į gydytoją, bet didina ir didesnio ligotumo, ilgesnės hospitalizacijos bei mirties tikimybę (Pizer & Prentice, 2011), todėl kyla svarba ieškoti sveikatos priežiūros sistemą tobulinančių priemonių.

Galviausiai, svarbu aptarti ir tuos sociodemografinius veiksnus, kurie, buvo tikimasi, yra besisiejantys su kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo stadijų trukmėmis, tačiau šiame tyrime jų ryšių nebuvo rasta. Apžvelgus literatūrą, prieš tyrimo rezultatų analizę buvo manoma, jog santykių statusas turėtų sietis su spartesniu kreipimusi į gydytoją, kai jaučiamas simptomas, be to, ši hipotezė yra plačiai pagrįsta ankstesniuose tyrimuose (Reisinger et al., 2018; Lyimo & Mosha, 2019; Dianatinasab et al., 2016 ir kt.). Autoriai teigia, jog žmonės, turintys romantinius partnerius (arba esantys santuokoje), gauna daugiau ekonominės ir emocinės paramos (Reisinger et al., 2018; Ghazali et al., 2013), todėl yra sveikesni ir yra linkę greičiau kreiptis į gydytoją, ypač dėl to, jog matomus simptomus dažnai pastebi partneris ir dėl jų paskatina susisiekti su sveikatos priežiūros specialistu (Mwaka et al., 2016). Tačiau ne visada romantiniai santykiai ar santuoka yra pagrįsti emocine parama ar tarpusavio pasitikėjimu, o būtent emocinės paramos komponentas santykiuose yra laikomas kreipimosi medicininės pagalbos prognostiniu veiksnium (Reisinger et al., 2018) – taip būtų bandoma paaiškinti šiame tyrime gautų rezultatų nenuoseklumą santykių statuso ir kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo stadijų trukmių ryšio tema. Šiame tyrime rasta, jog dar vienas sociodemografinis veiksnys neturi sąsajos su kreipimosi medicininės pagalbos komponentais, nors buvo tikėtasi

priešingai. Nemaža dalis ankstesnių studijų nurodo išsilavinimą kaip vieną esminių sociodemografinių veiksnių, prognozuojančių delsimą kreiptis medicininės pagalbos (Oo et al., 2020; Chan & Laster, 2015; Ghazawy et al., 2015; Yang et al., 2019; Dianatinasab et al., 2016 ir kt.) – siūloma suprasti, jog žemesnį išsilavinimą nurodantys žmonės yra labiau linkę užsiimti savigyda (Tejeda et al., 2017; Zegrean et al., 2009), apie simptomą ieškoti informacijos internete, o taip pat jiems būdinga mažiau pasitikėti savo gydytojo kompetencijomis (Chan & Laster, 2015). Tačiau dauguma ankstesnių studijų, akcentuojančių ryšį tarp išsilavinimo ir delsimo kreiptis medicininės pagalbos, buvo atliktos besivystančiose šalyse, kuriose vyrauja žemesnis gyventojų išsilavinimo lygis, ir dėl jo kylančios problemos dažnai nėra tiek aktualios kitose valstybėse. Tuo galima paaiškinti, kodėl šiame tyrime sąsaja tarp išsilavinimo ir kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo nebuvo rasta, ypač, kai imtį sudarė apie 89% aukštąjį išsilavinimą įgijusių arba aukštojoje mokykloje (t.y., kolegijoje arba universitete) šiuo metu studijuojančių respondentų.

4.2. Psichologiniai veiksniai ir kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimas

Antruoju tyrimo uždaviniu buvo nusistatyta ištirti, ar egzistuoja sąsajos tarp psichologinių veiksnių ir kreipimosi medicininės pagalbos elgesio. Rasta, jog tam tikri asmenybės ir problemų sprendimo ypatumai siejasi su nesikreipimu į gydytoją esant poreikiui, o taip pat ir su skirtingomis delsimo kreiptis į gydytoją stadijomis. Taip pat buvo gauta, jog respondentai, mažiau pasitikintys savo pirminio lygio gydytoju, ilgiau delsia kreiptis pagalbos, kai serga. Svarbu paminėti, jog didžioji dalis rezultatų nepasižymi nuoseklumu, lyginant su ankstesnių studijų rezultatais, arba neatitinka siūlomų teorinių idėjų, todėl svarbu aptarti šiuos neatitikimus.

Pirmiausia bus aptariamos asmenybės bruožų sąsajos su kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo komponentais. Ristvedt ir Trinkaus (2005) siūlymu, neigiamas afektyvumas, o Costa ir McCrae (1992) žodynu – neurotiškumas, prognozuoja simptomo įvertinimo atidėjimo trukmę – kuo žemesni žmogaus negatyvaus afektyvumo lygiai, tuo didesnė tikimybė, jog simptomas bus „nuvertintas“ ir trukmė tarp pirmojo simptomo iki išvalgos, jog simptomas yra ligos signalas, ilgės, ko pasekoje pasireikš ir ilgesnis delsimas kreiptis į sveikatos priežiūros specialistą. Manoma, jog taip yra todėl, kad žmonės, turintys žemą neurotiškumo tendenciją, nėra tiek jautrūs įvairiausiems stimulams, o taip pat ir nemaloniems simptomams (Ristvedt & Trinkaus, 2005). Egzistuoja ir daugiau studijų, pripažįstančių neurotiškumo bruožo ryšį su simptomo įvertinimo atidėjimo trukme (Bosworth et al., 2001; Chang et al., 2014), tačiau šiame tyrime rasta, jog atvirumas patirčiai ir sąmoningumas yra tie

asmenybės bruožai, kurie atitinkamai siejasi su simptomu įvertinimo atidėjimu ir kreipimosi į gydytoją delsimu, tuo tarpu neurotiškumas nesisieja nei su viena kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo stadija. Tyrimo rezultatai rodo, jog dalyviai, pasižymintys aukštesniu atvirumo patirčiai lygiu, buvo linkę sparčiau simptomą įvertinti kaip ligos signalą, tačiau su greitesniu kreipimusi į gydytoją galiausiai įvertinus, jog sergama, sąsajų nerasta. Ryšys tarp atvirumo patirčiai ir Simptomu įvertinimo atidėjimo trukmės gali būti paaiškinamas savybėmis, būdingomis aukštą šio bruožo lygį turintiems asmenims. Pirmiausia, atvirumas patirčiai yra susijęs su aukštesniu išsilavinimu (Costa & McCrae, cit. iš Žukauskienė ir Barkauskienė, 2006) – kaip ir buvo minėta, nepaisant to, jog šiame tyrime sąsajos tarp išsilavinimo ir kreipimosi medicininės pagalbos elgesio nebuvo rasta, visgi daugelis tyrėjų šį ryšį atranda, o būtent šio tyrimo imtį sudaro dauguma dalyvių, šiuo metu siekiančių arba jau įgijusių aukštąjį išsilavinimą. Antra, remiantis šio tyrimo duomenimis, regis, simptomu „nuvertinimą“ arba „nenuvertinimą“ atspindi ne neurotiškumo bruožui būdingas jautrumas arba nejautrumas neigiamiems stimulams, bet aukštą atvirumo patirčiai lygį nurodantiems žmonėms pasitaikanti savybė – dėmesys vidiniams išgyvenimams. Privalu paminėti, jog šia savybe autoriai akcentuoja jausmų svarbą (Costa & McCrae, cit. iš Žukauskienė ir Barkauskienė, 2006), tačiau atviresni patirčiai žmonės gali būti linkę naujam simptomui suteikti daugiau dėmesio, įvertinti, kaip simptomas keičia jų kasdienybę, jiems gali būti aiškiau suvokiant, kaip simptomas lemia jų savijautą – šios charakteristikos gali paspartinti simptomu įvertinimą kaip ligos signalą. Galiausiai, žemą atvirumo patirčiai lygį turintiems asmenims būdingas stereotipiškas, konservatyvesnis, dogmatiškesnis požiūris į gyvenimą ir save (Costa & McCrae, cit. iš Žukauskienė ir Barkauskienė, 2006). Tokių žmonių nuostatoms į ligotumą įtakos gali turėti įvairios socialinės stigmatos ar visuomenėje gajūs stereotipai - tyrimai rodo, jog stigmatizavimo baimė (Koller et al., 1996; Antonovsky & Hartman, 1974; Scott et al., 2013; Mhalu et al., 2019) ir visuomenėje populiarūs stereotipai, pvz., kad vėžio diagnozė – mirties nuosprendis (Tejeda et al., 2017), nusako delsimą kreiptis medicininės pagalbos. Todėl žemesnį atvirumo patirčiai lygį turintiems žmonėms gali būti būdinga *neigti* simptomą ir nepripažinti ligos, kas ilgina Simptomu įvertinimo atidėjimo trukmę. Tiesa, atvirumo patirčiai bruožas nebesisiejo su realios medicininės pagalbos kreipimosi delsimu, tačiau rezultatai rodo, jog žmogaus asmenybės reikšmė šioje Veiksmų ėmimosi stadijoje išlieka – aukštesnį sąmoningumo lygį nurodantys respondentai trumpiau delsia kreiptis į gydytoją. Aukštesnį sąmoningumo lygį turintys asmenys apskritai pasižymi tikslingumu, pareigingumu, taisyklių laikymusi (Costa & McCrae, cit. iš Žukauskienė ir Barkauskienė, 2006), taigi jiems bendrai mažiau būdinga atidėlioti veiksmus, vos tik supratus jų būtinybę. Šio tyrimo rezultatai rodo, jog greičiausiai į nedelstinus veiksmus įeina ir kreipimasis į gydytoją, vos įvertinus simptomą,

kaip ligos signalą. Šios studijos metu buvo rasta, jog asmenybė siejasi su kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo elgesiu, tačiau tyrimų lauke šia tema nenuoseklumas išlieka, todėl svarbu toliau tyrinėti sąsajas tarp asmenybės bruožų ir delsimo kreiptis į gydytoją bei aiškintis šių sąsajų priežastis.

Antrasis psichologinis veiksnys, subjektyvus problemų sprendimo įgūdžių vertinimas, taip pat, remiantis šio tyrimo rezultatais, turi ryšį su kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo elgesiu. Tyrimo rezultatai pagrindžia klasikinių kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo teorijose (Safer et al., 1979; Andersen et al., 1995) akcentuojamą sprendimų priėmimo svarbą – kiekvienoje medicininės pagalbos atidėliojimo stadijoje žmogus sprendžia dilemą, o sprendimo priėmimo spartą ir sėkmę nusako problemų sprendimo įgūdžiai. Šiame tyrime gauta, jog žmonės, kurie pasitiki savo problemų sprendimo įgūdžiais, yra labiau linkę kreiptis į gydytoją esant poreikiui. Problemų sprendimo klausimyno skalės pagrindinio autoriaus Heppner (1997) teigimu, Pasitikėjimas problemų sprendimo įgūdžiais atspindi išlavintą metakogniciją – t.y., savo kompetencijų, o kartu ir kompetencijų trūkumo, žinojimą ir vertinimą. Šiuo teiginiu gali būti paaiškinama atrasta sąsaja tarp pasitikėjimo problemų sprendimo įgūdžiais ir kreipimosi į gydytoją – asmuo, tikroviškai vertinantis savo žinias ir kompetencijas, gali greičiau priimti sprendimą kreiptis į gydytoją, nes supranta, jog profesionalas turi daugiau kompetencijų simptomo įvertinime ir ligų diagnostikoje, nei jis pats. Kalbant apie medicininės pagalbos *atidėliojimo* stadijas, šiame tyrime rasta, jog respondentai, nurodę, jog yra labiau linkę ignoruoti kilusius iššūkius vietoj to, kad juos išspręstų, ilgiau atidėlioja simptomo įvertinimą. Šis rezultatas dera su problemų sprendimo teorijos autoriais tik dalinai – Artėjimo-vengimo stilius, jų pastebėjimu, greičiau turėtų sietis su spartesniu kreipimosi medicininės pagalbos ir efektyviu sveikatos priežiūros paslaugų panaudojimu (Heppner et al., 1995), t.y., Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukme, nei kad Simptomo įvertinimo atidėjimo trukme. Taigi, šio tyrimo rezultatai rodo, jog problemų sprendimo įgūdžiai kreipimosi medicininės pagalbos elgesio atžvilgiu pasitarnauja spartesniame simptomų įvertinime, tačiau realios medicininės pagalbos paieškos labiau siejasi su asmenybinėmis tendencijomis (t.y., sąmoningumu).

Su spartesniu realiu kreipimosi medicininės pagalbos taip pat siejasi ir trečiasis šioje studijoje tirtas psichologinis veiksnys – pasitikėjimas gydytoju. Rezultatai rodo, jog respondentai, palankiau vertinantys sveikatos priežiūros specialisto pastangas atsižvelgti į jų individualius poreikius bei išlaikyti konfidencialumą, ir labiau pasitikintys mediko turimomis kompetencijomis, trumpiau delsia į jį kreiptis, kai jaučiasi sergą. Šio tyrimo rezultatai pagrindžia ir kitų tyrėjų pasitikėjimo gydytoju ryšio su delsimu kreiptis medicininės pagalbos akcentavimą (Moore et al., 2004; Alhamad, 2013; Lacy et al., 2004), tačiau, dėl pasirinkto instrumento ypatybių, šiame tyrime labiau atreipiamas dėmesys į

pasitikėjimą gydytojo kompetencijomis, nei gydytojo-paciento santykį, ką pabrėžia ankstesnių tyrimų autoriai. Tiesa, gydytojų kompetencijų svarba taip pat minima ankstesnėse studijose (Tejeda et al., 2017; Chan & Laster, 2015), o 2004 m. tyrime rasta, jog lietuvių pasitikėjimas gydytoju labiausiai siejasi su pasitikėjimu gydytojo kompetencija (Liubarskienė ir kt., 2004). Taip pat svarbu paminėti, jog tyrimo rezultatai rodo pasitikėjimo gydytoju ryšį su šeimos gydytojo pasiekiamumu – tai gali sufleruoti, jog tirtai imčiai pasitikėjimas gydytoju asocijuojasi ne tik su tikėjimu jo kompetencijomis ir ne tiek su gydytojo-specialisto santykiais, kiek su pasitenkinimu sveikatos priežiūros sistemos ypatumais, kai vienas iš jų galimai yra konsultacijų laukimo trukmė. Šią idėją rezultatai pagrindžia taip, jog šeimos gydytojo konsultacijos laukimo trukmė dalinai tarpininkauja pasitikėjimo gydytoju ir Veiksmų ėmimosi stadijos ryšyje.

4.3. Svarbiausi kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimą prognozuojantys veiksniai

Vienu iš tyrimo uždavinių buvo nusistatyta ištirti svarbiausius veiksnius kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo prognozėje. Pirmiausia buvo tiriama, kurie veiksniai prognozuoja nesikreipimą į gydytoją esant poreikiui. Rezultatai parodė, jog esminis ši elgesį nusakantis veiksnys yra Pasitikėjimas problemų sprendimo įgūdžiais.

Pasitikėjimas problemų sprendimo įgūdžiais, remiantis Heppner ir Petersen (1982) problemų sprendimo teoriniu siūlymu, atspindi metakognityvinius įgūdžius ir netgi gali būti tapatinamas su saviveiksmingumu. Taigi, Pasitikėjimas problemų sprendimo įgūdžiais nurodo tikrovišką turimų įgūdžių vertinimą, ko pasekoje šie įgūdžiai yra tikslingai naudojami sprendimo būdų paieškose kilusiems iššūkiams, kartu ir su sveikata susijusioms problemoms, išspręsti. Taigi nenuostabu, jog pasitikėjimas problemų sprendimo įgūdžiais ir tikėjimas priimtų sprendimų sėkme mažina tikimybę vengti kreiptis į sveikatos priežiūros specialistą esant poreikiui – šią idėją pagrindžia ir ankstesnių tyrimų rezultatai, kuriuose buvo gauta, jog žemesnis su sveikata susijęs saviveiksmingumas nusako labiau išreikštą vengimą kreiptis medicininės pagalbos (Kannan & Veazie, 2014).

Įdomu tai, jog pajamos, nors ir siejasi su nenuėjimu pas gydytoją turint įtarimą, kad reikėtų, tokio elgesio neprognozuoja. Kaip ir buvo minėta anksčiau, sveikatos draudimo situacija Lietuvoje yra gana palanki gydant įvairiausias sveikatos sutrikimus, todėl pajamos netenka svarbos vengiančio pobūdžio kreipimosi medicininės pagalbos elgesio prognozėje.

Kalbant apie delsimą kreiptis medicininės pagalbos, tyrimo rezultatai rodo, jog pagrindiniai Simptomo įvertinimo atidėjimo prognostiniai veiksniai yra gydytojo-specialisto pasiekiamumas, lytis ir

Problemų sprendimo artėjimo-vengimo stilius. Gydytojo-specialisto pasiekiamumas nurodo, kiek laiko pacientui užtrunka sulaukti konkrečią specializaciją turinčio gydytojo konsultacijos. Lietuvos gyventojams apytikriai gydytojų-specialistų konsultacijos tenka laukti maždaug apie 2 savaites, tačiau kartais šis laikotarpis nusitęsia ilgiau nei 3 mėnesius (Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos, 2022), o, kaip buvo minėta anksčiau, prastesnis gydytojo pasiekiamumas gali prognozuoti rimtesnę ligą arba net mirtį ilgalaikėje perspektyvoje (Pizer & Prentice, 2011). Dėl šios priežasties, faktas, jog gydytojo pasiekiamumas nusako trukmę, kurios metu atidedamas simptomo, kaip ligos signalo, įvertinimas, neramina. Kaip buvo minėta anksčiau, prognostinis ryšys tarp šių veiksnių gali reikšti pacientų nuostatą, jog, kol galiausiai sulauks konsultacijos pas gydytoją-specialistą, nemalonus simptomas gali ir išnykti – šio požiūrio pasekoje didėja tikimybė, jog simptomas bus įvertintas kaip ligos signalas tik tada, kai padažnės arba suintensyvės, o šios simptomo ypatybės gali sufleruoti ligos paūmėjimą arba progresavimą. Kitas svarbus prognostinis veiksnys, remiantis tyrimo rezultatais, yra lytis. Moterims simptomą įvertinti kaip ligos signalą užtrunka ilgiau, o šio fenomeno galimos priežastys jau buvo aptartos anksčiau.

Trečiasis ir svarbiausias psichologinis Simptomo įvertinimo atidėjimo prognostinis veiksnys – Problemų sprendimo artėjimo-vengimo stilius. Vengimo stilius nusako ilgesnę Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmę, kas reiškia, jog žmonėms, vengiantiems arba atidėliojantiems išspręsti kilusią problemą, toks pat elgesys būdingas ir sprendžiant su sveikata susijusias problemas, tarp kurių – įvertinti simptomo rimtumą. Atrodo, svarbu paminėti, jog, nepaisant koreliacinio ryšio egzistavimo, atvirumo patirčiai bruožas neprognozuoja Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmės. Šį rezultatą būtų galima paaiškinti tuo, jog gauta koreliacinė sąsaja buvo gana silpna, todėl ryšys tarp šių konstruktyvų nėra tiek stiprus, kad asmenybės bruožas šiai atidėliojimo stadijai įgautų prognostinį efektą.

Galiamiausiai įvertinus simptomą kaip ligos signalą, prasideda Veiksmų ėmimosi etapas – laikotarpis nuo minties apie ligą iki realaus kreipimosi į sveikatos priežiūros specialistą. Šio tyrimo duomenimis, spartesnį kreipimąsi į gydytoją prognozuoja aukštesnis sąmoningumo lygis ir palankesnis gydytojo vertinimas, taip pat šioje prognozėje svarbus ir vienas sociodemografinis veiksnys – gydytojo-specialisto pasiekiamumas. Psichologinių veiksnių ryšys su Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukme nuodugniau aptartas poskyryje *Psichologiniai veiksniai ir kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimas*, 55 p., tačiau pastebima, jog gydytojo-specialisto pasiekiamumas būdingas tiek Simptomo įvertinimo, tiek Veiksmų ėmimosi stadijos prognozėje. Pastebėtina, jog nepaisant randamų Simptomo įvertinimo atidėjimo ir Veiksmų atidėjimo trukmių skirtumų tarp šeimos gydytojo konsultacijos laukimo trukmės grupių, šeimos gydytojo pasiekiamumas neprognozuoja nei vienos iš šių stadijų

trukmės. Tai būtų galima paaiškinti šeimos gydytojų ir gydytojų-specialistų konsultacijų laukimo skirtumais – įprastai sulaukti šeimos gydytojo konsultacijos užtrunka kur kas trumpiau, nei gydytojo-specialisto apžiūros (Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos, 2022), tai sufleruoja ir kontekstinė šio tyrimo imties informacija – beveik 63% tyrimo dalyvių nurodė šeimos gydytojo konsultacijos sulaukiantys per 10 ir mažiau dienų, tuo tarpu, gydytojo-specialisto konsultacijos per tokios pačios trukmės laikotarpį sulaukia tik apie 20% respondentų. Atsižvelgiant į ankstesnių tyrimų nurodytas apsinkinto gydytojų pasiekiamumo pasekmes sveikatai ir gydymo sėkmei, bei šio tyrimo metu gautus rezultatus, jog gydytojo-specialisto konsultacijos laukimo trukmė yra svarbus kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo stadijų veiksnys, ateityje tyrėjams siūloma aiškintis sveikatos priežiūros sistemos ypatumus ir kitas galimas priežastis, apsinkinančias gydytojų-specialistų pasiekiamumą.

4.4. Pagrindinių tyrimo rezultatų apibendrinimas

Kaip buvo minėta anksčiau, daugelis tyrimų kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo tema akcentuoja sociodemografinius arba kontekstinius veiksnius, kaip svarbiausius delsimo kreiptis pagalbos prognozėje. Pvz., viename kokybiniame tyrime teigiama, jog, nors ir buvo manoma, kad psichologiniai veiksniai turės didesnę reikšmę kreipimosi medicininės pagalbos elgesiui paaiškinti, visgi išorinės aplinkybės ir gyvenimiškos situacijos pacientų dažniau yra pažymimos, kaip esminės vilkinimo kreiptis medicininės pagalbos priežastys (Heath et al., 2019). Taigi, pagrindinis mūsų tyrimo uždavinys buvo ištirti tiesiogines koreliacines ir prognostines sąsajas tarp tirtų psichologinių veiksnių ir kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo, o taip pat įvertinti sociodemografinių bei kontekstinių veiksnių vaidmenį jose.

Tyrimo rezultatai rodo, jog tiesioginės sąsajos ir prognostiniai ryšiai tarp kreipimosi medicininės pagalbos elgesio ir psichologinių veiksnių egzistuoja, kontroliuojant sociodemografinius ir kontekstinius studijoje tirtus veiksnius. Rezultatai pagrindžia klasikinių kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo teorijų autorių įžvalgas, jog iš tiesų tyrimuose reiktų atsižvelgti ne tik į kontekstą, kuriame žmogus gyvena, bet ir į jo asmenynes ypatybes (Andersen et al., 1995), siekiant išsiaiškinti platesnį kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo veiksnių ratą.

Tiesa, negalima visiškai nuvertinti kontekstinių veiksnių svarbos kreipimosi medicininės pagalbos elgesio prognozėje. Laikytina, jog kontekstinė aplinka, kurioje gyvena asmuo, daro įtakos įvairiems psichologiniams žmogaus niuansams, pvz., Costa ir McCrae (1992) teorijoje minimos būdingos

adaptacijos nėra vien asmenybės bruožų pasekmė, o labiau bazinių tendencijų ir išorinės aplinkos sąveikos išdava. Be to, nuostatos apie prižiūrintį gydytoją taip pat siejasi ne tik su asmenine patirtimi susidūrus su sveikatos priežiūros specialistais ir subjektyviu jos vertinimu, bet ir su realaus gydytojo bendravimo ypatumais (Lacy et al., 2004; Moore et al., 2004) ar sveikatos priežiūros sistemos problemomis (Alhamad, 2013), o šie veiksniai yra kontekstiniai ir nepriskirtini asmens psichologinėms charakteristikoms. Tai pagrindžia ir šiame tyrime gauti rezultatai, jog šeimos gydytojo pasiekiamumas (kontekstinis veiksnys) tarpininkauja (medijuoja) ryšyje tarp pasitikėjimo gydytoju (psichologinio veiksnio) ir realaus kreipimosi į gydytoją atidėliojimo, nepaisant to, jog tiesioginė sąsaja tarp psichologinio veiksnio ir disfunkcinio elgesio yra stipresnė, nei dalyvaujant kontekstiniam mediatoriumi.

Vis tik, psichologinių veiksnių svarba kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo prognozėje yra nenuginčijama, tačiau tyrimų lauke itin trūksta informacijos apie psichologinių veiksnių ryšius su kreipimosi medicininės pagalbos elgesiu, o egzistuojančioje apstu nenuoseklių rezultatų. To pasekoje išlieka svarbu toliau tirti psichologinių veiksnių reikšmę kreipimosi medicininės pagalbos prognozėje, o rezultatus pritaikyti praktiškai, pvz., kuriant naujas psichologines intervencijas.

4.5. Tyrimo trūkumai

Svarbu aptarti šiam tyrimui būdingus ypatumus, kurie galėjo turėti įtakos rezultatams. Pirmiausia – imties dydį ir struktūrą būtų galima laikyti esminiu tyrimo trūkumu. Visų pirma, kadangi tyrimo dalyviai buvo atrinkti patogiosios atrankos būdu, maža tikimybė, jog imtis atspindi visos Lietuvos populiacijos tendencijas. Antra, dalyvių imtis buvo sąlyginai maža – imties dydis sukėlė keblumų vertinant instrumentų psichometrines savybes, o taip pat galėjo turėti įtakos ir ryšių tarp tirtų konstruktyvų nustatymui. Trečia, imtį sudarė gana netolygios grupės – pvz., didžiąją tyrimo dalyvių dalį sudarė moterys ir bestudijuojantys arba įgiję aukštąjį išsilavinimą asmenys. Šis imties ypatumas galėjo iškreipti ryšių tarp kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo ypatumų ir lyties arba išsilavinimo, o taip pat didžiulė moterų dalis imtyje labiau galėjo reprezentuoti tendencijas moterų, o ne vyrų ir moterų populiacijoje.

Svarbu paminėti, jog, nepaisant oficialaus instrumento vertimo ir naudojimo Lietuvoje, Didžiojo penketo klausimynas, atlikus patvirtinančiąją faktorinę analizę, neatitiko skalės tinkamumo imčiai nurodymų – dėl šios priežasties buvo įmanoma netekti tikslios informacijos apie imties asmenybinius ypatumus ir jų ryšius su kreipimosi medicininės pagalbos elgesiu.

Galiausiai, ateities tyrimuose svarbu įtraukti ir psichofiziologinius veiksnius, galinčius nusakyti spartesnę kreipimąsi į gydytoją, pvz., skausmo suvokimą, nes ankstesniuose tyrimuose taip pat pastebima ir klinikinių bei fiziologinių pojūčių svarba kreipimosi medicininės pagalbos elgesio prognozėje.

4.6. Praktinės rekomendacijos

Remiantis tyrimo metu gautais rezultatais, sveikatos priežiūros specialistams, žiniasklaidos atstovams ir gydymo įstaigose dirbantiems psychologams būtų galima pateikti tokias rekomendacijas:

1. Kadangi šiame tyrime buvo atrasta, jog pasitikėjimas gydytoju nusako spartesnę kreipimąsi medicininės pagalbos susirgus, rekomenduojama medicinos studentams studijų metu akcentuoti gydytojo-paciento santykio svarbą ankstesnės ligų diagnostikos ir gydymo sėkmės prognozėje. Taip pat šia tema būtų pravartu pravesti mokymus jau praktikuojančių gydytojų personalams dėl vis dar gajaus biomedicininio požiūrio į sveikatos priežiūrą ir ligų gydymą.
2. Remiantis šio tyrimo rezultatais, jog problemų sprendimo įgūdžiai nusako trukmę nuo pirmojo simptomo iki minties apie ligą, medicinos psychologams rekomenduojama didinti klientų pasitikėjimą savo problemų sprendimo įgūdžiais, įgalinti ir parodyti klientams, jog jie geba patys priimti jiems labiausiai tinkamus ir sėkmingiausias pasekmes lemiančius sprendimus dorojantis su sveikata susijusiomis problemomis.
3. Tyrimo rezultatai rodo, jog polinkis nesikreipti į gydytoją jaučiant nemalonų simptomą yra itin dažnas elgesys. Žiniasklaidos atstovams svarbu pateikti patikrintą ir lengvai prieinamą informaciją apie pirmuosius lėtinių ar progresuojančių sutrikimų simptomus, jų diferenciaciją nuo ūminių ligų požymių, ir taip pat kuo plačiau skleisti informaciją apie ligų prevencines programas.

IŠVADOS

1. Moterys ir asmenys, gaunantys mažesnes pajamas, labiau linkę nesikreipti medicininės pagalbos esant poreikiui
2. Moterims ir asmenims, ilgiau laukiantiems šeimos gydytojo ir gydytojo-specialisto konsultacijos, simptomą įvertinti kaip ligos signalą užtrunka ilgiau.
3. Ilgiau laukiantys šeimos gydytojo ir gydytojo-specialisto konsultacijos asmenys ilgiau delsia kreiptis į gydytoją, nors įtaria, jog serga.
4. Mažiau pasitikintys savo problemų sprendimo įgūdžiais asmenys yra labiau linkę nesikreipti medicininės pagalbos esant poreikiui.
5. Asmenims, pasižymintiems žemesniu atvirumo patirčiai lygiu ir problemų sprendimo vengimo stiliumi, simptomą įvertinti kaip ligos signalą užtrunka ilgiau.
6. Asmenys, pasižymintys žemesniu sąmoningumo lygiu ir mažesniu pasitikėjimu gydytoju, ilgiau delsia kreiptis į gydytoją, nors įtaria, jog serga.
7. Pasitikėjimas gydytoju tiesiogiai siejasi su delsimu realiai kreiptis į gydytoją, tačiau šiame ryšyje tarpininkauja šeimos gydytojo pasiekiamumas.
8. Pagrindiniai kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimą prognozuojantys veiksniai – mažesnis pasitikėjimas problemų sprendimo įgūdžiais, ilgesnis gydytojo-specialisto konsultacijos laukimas, moteriškoji lytis, problemų sprendimo vengimo stilius, mažesnis pasitikėjimas gydytoju ir žemesnis sąmoningumo lygis.

LITERATŪRA

1. Alhamad, Z. (2013). Reasons for Missing Appointments in general Clinics of Primary Health Care Center in Riyadh Military Hospital, Saudi Arabia. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 2(2), 258-267. DOI: 10.5455/ijmsph.2013.2.256-265
2. Andersen, B. L., Cacioppo, J. T., & Roberts, D.C. (1995). Delay in Seeking a Cancer Diagnosis: Delay Stages and Psychophysiological Comparison Processes. *British Journal of Social Psychology*, 34, 33-52.
3. Antonovsky, A. & Hartman, H. (1974). Delay in the Detection of Cancer: A Review of the Literature. *Health Education Monographs*, 2(2), 98-128. Paimta iš: <https://www.jstor.org/stable/45240371>
4. Bairati, I., Fillion, L., Meyer, F. A., Hery, C., Larochelle, M. (2006). Women's Perceptions of Events Impeding or Facilitating the Detection, Investigation and Treatment of Breast Cancer. *European Journal of Cancer Care*, 15(2), 183-193. DOI: 10.1111/j.1365-2354.2005.00635.x
5. Ballantyne, P. J., Gignac, M. A., & Hawker, G. A. (2007). A Patient-Centered Perspective on Surgery Avoidance for Hip or Knee Arthritis: Lessons for the Future. *Arthritis Rheumatology*, 57(1), 27-34.
6. Banharak, S., Prasankok, C., & Lach, H. W. (2020). Factors Related to a Delay in Seeking Treatment for Acute Myocardial Infarction in Older Adults: an Integrative Review. *Pacific Rim Int J Nurs Res*, 24(4), 553-568.
7. Birkhaeur, J., Gaab, J., Kossowsky, J., Hasler, S., Krummenacher, P., Werner, C., & Gerger, H. (2017). Trust in the Health Care Professional and health Outcome: A Meta-Analysis. *Plos One*, 12(2). DOI: 10.1371/journal.pone.0170988
8. Byrne, S. K. (2008). Healthcare Avoidance: A Critical Review. *Holistic Nursing Practice*, 22(5), 280-292.
9. Blackwell, B. (1963). The Literature of Delay in Seeking Medical Care for Chronic Illnesses. *Health Education Monographs*, 16, 3-31. Paimta iš: <https://www.jstor.org/stable/45048946>
10. Bosworth, H. B., Feaganes, J. R., Vitaliano, P. P., Mark, D. B., & Siegler, I. C. (2001). Personality and Coping with a Common Stressor: Cardiac Catheterization. *Journal of Behavioral Medicine*, 24(1), 17-31.

11. Butler, L. & Meichenbaum, D. (1981). The assessment of interpersonal problem-solving skills. In P. C. Kendall & S. D. Hollen (Eds.), *Assessment Strategies for Cognitive Behavioral Interventions* (pp. 197-225). New York: Academic Press.
12. Chan, M. & Laster, C. (2015). Evaluation of Healthcare Avoidance Behavior Using the Healthcare National Trends Survey. *American Journal of Health Studies*, 30(1), 34-42.
13. Chang, H. J., Chen, W. X., Lin, E. C., Tung, Y., Fetzer, S., & Lin, M. (2014). Delay in Seeking Medical Evaluations among Women with Newly Diagnosed Breast Cancer: A Longitudinal Study. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 1036-1047. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2013.10.024
14. Cloninger, C. R. (1987). A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variants: A Proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573-588.
15. Costa, P. (1999). A Five-Factor Theory of Personality. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of Personality: Theory and Research* (2nd. ed.) (pp. 139-153). New York: Guilford.
16. Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1992). Normal Personality Assessment in Clinic Practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, 4(1), 5-13. DOI: 10.1037/1040-3590.4.1.5
17. Czeisler, M. E., Marynak, K., Clarke, K. E. N., Salah, Z., Shakya, I., Thierry, J., M. ... Howard, M., E. (2020). Delay or Avoidance of Medical Care Because of COVID-19-Related Concerns – United States, June 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 69 (36). Paimta iš: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6936a4.htm>
18. D’Zurilla, T. J. & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
19. de Nooijer, J., Lechner L., & de Vries, H. (2001). A Qualitative Study on Detecting Cancer Symptoms and seeking Medical Help: an Application of Andersen’s Model of Total Patient Delay. *Patient Education and Counselling*, 42(2), 145-157. DOI: 10.1016/s0738-3991(00)00104-x
20. Dianatinasab, M., Fararouei, M., Mohammadianpanah, M., & Zare-Bandamiri, M. (2016). Impact of Social and Clinical Factors on Diagnostic Delay of Breast Cancer. *Medicine*, 95(38). DOI: 10.1097/MD.0000000000004704
21. Dios, P. D., Gonzalez, N. P., Leston, J. S., Carmona, I. T., Posse, J. L., & Varela-Centelles, P. (2005). „Scheduling delay“ in Oral Cancer Diagnosis: a New Protagonist. *Oral Oncology*, 41(2), 142-146. DOI: 10.1016/j.oraloncology.2004.07.008

22. Erder, M. & Pureur, P. (2016). *Continuous Architecture: Sustainable Architecture in an Agile and Cloud-Centric World*. DOI: 10.1016/C2014-0-02435-5
23. Felippu, A. W. D., Freire, E. C., de Arruda Silva, R., Guimares, A. V., & Dedivitis, R. A. (2016). Impact of Delay in Diagnosis and Treatment of Head and Neck Cancer. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 82(2), 140-143. DOI: 10.1016/j.bjorl.2015.10.009
24. Gauronskaitė, E. (2018). *Atvirose ir uždaroje biurų erdvėse dirbančių darbuotojų asmenybės bruožų ir pasitenkinimo darbu sąsajos* (Magistro darbas). Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas. Npublikuotas.
25. Gavan, N. A., Veresiu, I. A., Vinik, E. J., Vinik, A. I., Florea, B., & Bondor, C. I. (2016). Delay Between Onset of Symptoms and Seeking Physician Intervention Increases Risk of Diabetic Foot Complications: Results of a Cross-Sectional Population-Based Survey. *Journal of Diabetes Research*, 83-91. DOI: 10.1155/2016/1567405
26. Genevičiūtė-Janonienė, G. ir Endriulaitienė, A. (2008). Darbuotojų asmenybės savybių ir darbo motyvacijos sąsajos. *Psichologija*, 38, pp. 100-114.
27. Ghazali, S. M., Othman, Z., Cheong, K. C., Lim, K. H., Wan Mahiyuddin, W. R., Kamaluddin, M. A., Yussof, A. F., & Mustafa, A. N. (2013). Non-Practice of Breast Self Examination with Delayed Presentation with Breast Cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14 (2), 1141-1145. DOI: 10.7314/APJCP.2013.14.2.1141
28. Ghazawy, E. R., Seedhom, A. E., & Mahfouz, E. M. (2015). Predictors of Delay in Seeking Health Care among Myocardial Infarction Patients, Minia District, Egypt. *Advances in Preventive Medicine*. DOI: 10.1155/2015/342361
29. Gravely-Witte, S., Jurgens, C. Y., Tamim, H., & Grace, S. L. (2010). Length of Delay in Seeking Medical Care by Patients with Heart Failure Symptoms and the Role of Symptom-Related Factors: a Narrative Review. *European Journal of Heart Failure*, 12, 1122-1129. DOI: 10.1093/eurjhf/hfq122
30. Green, L. W. & Roberts, B. J. (1974). The Research Literature on Why Women Delay in Seeking Medical Care for Breast Symptoms. *Health Educational Monographs*, 2(2), 129-177. Paimta iš: <https://www.jstor.org/stable/45240372>
31. Heath, J., Paulishak, M., Kasales, C., Schubart, J., & Kass, R. (2019). Reasons Symptomatic Breast Cancer Patients Delay Seeking Medical Care. *Journal of Unexplored Medical Data*, 4(3). DOI: 10.20517/2572-8180.2018.01

32. Heppner, P. P. & Baker, C. E. (1997). Assessment in Action: Applications of the Problem Solving Inventory. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 29, 229-241.
33. Heppner, P. P. & Krauskopf, C. J. (1987). An information-processing approach to personal problem solving. *The Counseling Psychologist*, 15, 371-447.
34. Heppner, P. P. & Petersen, C. H. (1982). The Development and Implications of a Personality Problem-Solving Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 29(1), 66-75
35. Heppner, P. P., Witty, T. E., & Dixon W. A. (1995). *The Problem Solving Inventory: A Review of Fifteen Years of Research*. Unpublished manuscript.
36. Heppner, P. P., Witty, T. E., & Dixon W. A. (2004). Problem-Solving Appraisal: A Review of 20 Years of Research Using the Problem Solving Inventory. *The Counseling Psychologist*, 32(3), 344-428. DOI: 10.1177/0011000003262793
37. Yang, Q., Tong, Y., Yin, X., Qiu, L., Sun, N., Zhao, Y., ... , Gong, Y. (2020). Delays in Care Seeking, Diagnosis and Treatment of Patients with Pulmonary Tuberculosis in Hubei, China. *International Health*, 12, 101-106. DOI: 10.1093/inthealth/ihz036
38. John, O. P. & Srivastava, S. (1999). The Big-Five Trait Taxonomy: History, Measurement, and theoretical Perspectives. In L. Pervin and O.P. John (Eds.), *Handbook of Personality: Theory and research (2nd ed.)*. New York: Guilford.
39. John, O. P., Donahue, E. M., & Kentle R. L. (1991). *The Big Five Inventory: Versions 4a and 54*. Berkeley, CA: University of California.
40. Kairys, A. (2008). Didysis penketas: už ir prieš. *Psichologija*, 37, 71-84. Paimta iš: <https://www.zurnalai.vu.lt/psichologija/article/view/2613>
41. Kannan, V. D. & Veazie, P. J. (2014). Predictors of Avoiding Medical Care and Reasons for Avoidance Behavior. *Medical Care*, 52(4), 336-345. ISSN: 0025-7079/14/5204-0336
42. Kohler, R. E., Gopal, S., Miller, A. R., Lee, C. N., Reeve, B. B., Weiner, B. J., & Wheeler, S. B. (2017). A Framework for Improving Early Detection of Breast Cancer in Sub-Saharan Africa: A Qualitative study of Help-Seeking Behaviors among Malawian Women. *Patient Education and Counseling*, 100, 167-173. DOI: 10.1016/j.pec.2016.08.012
43. Koller, M. Kussman, J., Lorenz, W., Jenkins, M., Voss, M., Arens, E., Richter, E., & Rothmund, M. (1996). Symptom Reporting in Cancer Patients: the Role of Negative Affect and Experienced Social Stigma. *Cancer*, 1(77), 983-995. DOI: 10.1002/(sici)1097-0142(19960301)77:5<983::aid-cnrc27>3.0.co;2-z

44. Kourmoussi, N., Xythali, V., Theologitou, M., & Koutras, V. (2016). Validity and Reliability of the Problem Solving Inventory (PSI) in a Nationwide Sample of Greek Educators. *Social Sciences*, 5(25). DOI :10.3390/socsci5020025
45. Kratavičiūtė, A., Sargautytė, R. (2009). Lietuvos ir Prancūzijos studentų savo skausmo vertinimas ir įsitikinimai apie skausmo kontrolę. *Skausmo medicina*, 2, 22-27.
46. Lacy, N. L., Paulman, A., Reuter, M. D., & Lovejoy, B. (2004). Why We Don't Come: Patient Perceptions on No-Shows. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 541-545. DOI: 10.1370/afm.123
47. Leyva, B., Taber, J. M., & Trivedi, A. N. (2020). Medical Care Avoidance Among Older Adults. *Journal of Applied Gerontology*, 39(1), 74-85. DOI: 10.1177/0733464817747415
48. Lyimo, M. A. & Mosha, I. H. (2019). Reasons for Delay in Seeking Treatment among Women with Obstetric Fistula in Tanzania: a Qualitative Study. *BMC Women's Health*, 19(93). DOI: 10.1186/s12905-019-0799-x
49. Liubrskienė, Z., Šoliūnienė, L., Kilius, V. ir Peičius, E. (2004). Pacientų pasitikėjimas sveikatos priežiūra. *Medicina*, 40(3), 278-285.
50. Mandelzweig, L., Goldbourt, U., Boyko, V., & Tanne, D. (2006). Perceptual, Social, and Behavioral Factors Associated with Delays in Seeking Medical care in patients with Symptoms of Acute Stroke. *Stroke*, 37, 1248-1253. DOI: 10.1161/01.STR.0000217200.61167.39
51. McLaughlin, M. M, Simonson, L., Zou, X., Ling, L., & Tucker, J. D. (2015) African Migrant Patients' Trust in Chinese Physicians: A Social Ecological Approach to Understanding Patient-Physician Trust. *PLoS ONE*, 10(5). DOI: 10.1371/journal.pone.0123255
52. Moore, P. J., Sickel, A. E., Malat, J., Williams, D., Jackson, J., & Adler, N. E. (2004). Psychosocial Factors in Medical and Psychological Treatment Avoidance: The Role of the Doctor-Patient Relationship. *Journal of Health Psychology*, 9(3), 421-433. DOI: 10.1177/1359105304042351
53. Mwaka, A. D., Garimoi, C. O., Were, E. M., Roland, M., Wabinga, H., & Lyratzopoulos, G. (2016). Social, Demographic and Healthcare Factors Associated with Stage at Diagnosis of Cervical Cancer: Cross-sectional Study in a Tertiary Hospital in Northern Uganda. *BMJ Open*, 6. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-007690
54. Oo, M. C., Tun, K. Z., Ko, K. K., & Aung, P. L. (2020). Delayed Care-seeking and its underlying factors among patients with tuberculosis in Yangon, Myanmar. *The Journal of Infection in Developing Countries*, 14(6), 631-641. DOI: 10.3855/jidc.12663

55. Pakalniškienė, V. (2012). *Tyrimo ir įvertinimo priemonių patikimumo ir validumo nustatymas*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
56. Pallant, J. (2001). *SPSS Survival Manual*. Philadelphia: Open University Press.
57. Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K., & Lieberman, J. A. (2005). Relationship Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in First-Episode Schizophrenia: A Critical Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 1785-1804. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.10.1785
58. Pizer, S. D. & Prentice, J. C. (2011). What are the Consequences of Waiting for Health Care in Veteran Population? *J Gen Intern Med*, *26* (2), 676-682. DOI: 10.1007/s11606-011-1819-1
59. Reisinger, M. W., Moss, M., & Clark, B. J. (2018). Is Lack of Social Support associated with a Delay in Seeking Medical Care? A Cross-sectional Study of Minnesota and Tennessee Residents Using Data from the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *BMJ Open*, *8*. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-018139
60. Ristvedt, S. L. & Trinkaus, K. M. (2005). Psychological Factors Related to Delay in Consultation for Cancer Symptoms. *Psycho-Oncology*, *14*, 339-350. DOI: 10.1002/pon.850
61. Safer, M. A., Tharps, Q. J., Jackson, T. C., & Leventhal, H. (1979). Determinants of Three Stages of Delay in Seeking Care at a Medical Clinic. *Medical Care*, *17*(1), 11-29. Paimta iš: <http://www.jstor.org/stable/3764003>
62. Schlyter, M., Andre-Petersson, L., Engstrom, G., Tyden, P., & Ostman, M. (2011). The Impact of Personality Factors on Delay in Seeking Treatment of Acute Myocardial Infarction. *BMC Cardiovascular Disorders*, *11*(21). DOI: 10.1186/1471-2261-11-21.
63. Schumacker, R. E. & Lomax, R. G. (2004). *A Beginner's Guide to Structural Equation Modelling, 2nd edition*. New Jersey London: Lawrence Erlbaum Associates.
64. Scott, S. E., Walter, F. M., Webster, A., Sutton, S., & Emery, J. (2013). The Model of Pathways to Treatment: Conceptualization and Integration with Existing Theory. *British Journal of Health Psychology*, *18*, 45-64. DOI: 10.1111/j.2044-8287.2012.02077.x
65. Seibokaite, L. & Endriulaitiene, A. (2012). The Role of personality Traits, Work Motivation and Organizational Safety Climate in Risky Occupational Performance of Professional Drivers. *Baltic Journal of Management*, *7*(1), 103-118. DOI: 10.1108/17465261211195892
66. Smith, K. T., Monti, D., Mir, N., Peters, E., Tipirneni, R., & Politi, M. C. (2018). Access is Necessary but not Sufficient: Factors Influencing Delay and Avoidance of Health Care Services. *MDM Policy & Practice*, *1*(11). DOI: 10.1177/2381468318760298

67. Taber, J. M., Leyva, B., & Persoskie, A. (2015). Why do People Avoid Medical Care? A Qualitative Study Using National Data. *J Gen Intern Med*, 30(3), 290-297. DOI: 10.1007/s11606-014-3089-1
68. Tejada, S., Gallardo, R. L., Ferrans, C. E., & Rauscher, G. H. (2017). Breast Cancer Delay in Latinas: The Role of Cultural Beliefs and Acculturation. *Journal of Behavioral Medicine*, 40, 343-351. DOI 10.1007/s10865-016-9789-8
69. Tromp, D. M., Brouha, X. D. R., Hordijk, G. J., Winnubst, J. A. M., Gebhardt, W. A., van der Doef, M. P., & De Leeuw, J. R. J. (2005). Medical care-seeking and health-risk behavior in patients with head and neck cancer: the role of health value, control beliefs and psychological distress. *Health Education Research*, 20(6), 665-675. DOI: 10.1093/her/cyh031
70. Walter, F., Webster, A., Scott, S., & Emery, J. (2012). The Andersen Model of Total Patient Delay: a Systematic Review of its Application in Cancer Diagnosis. *Journal of Health Services Research & Policy*, 17(2), 110-118. DOI: 10.1258/jhsrp.2011.010113
71. Weller, D., Vedsted, P., Rubin, G., Walter, F. M., Emery, J., Scott, S., ..., Neal, R. D. (2012). The Aarhus Statement: Improving design and Reporting of Studies on Early Cancer Diagnosis. *British Journal of Cancer*, 106(7), 1262-1267. DOI: 10.1038/bjc.2012.68
72. Zamalijeva, O. (2016). *Sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymąsi prognozuojantys veiksniai* (Daktaro disertacija). Vilnius: Vilniaus universitetas.
73. Zegrean, M., Fox-Wasylyshyn, S. M., & El-Masri, M. M. (2009). Alternative Coping Strategies and Decision Delay in Seeking Care for Acute Myocardial Infarction. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(2), 151-155.
74. Žukauskienė, R. ir Barkauskienė, R. (2006). Lietuviškosios NEO PI-R versijos psichometriniai rodikliai. *Psichologija*, 33, 7-21.

PRIEDAI

1 priedas. *Asmenybės bruožų klausimyno teiginių svoriai faktoriuose (Tiriančioji faktorinė analizė su Varimax sukiniu).*

	Faktoriai				
	Atvirumas patirčiai	Neurotiškumas	Ekstraversija	Sąmoningumas	Sutarumas
5 teiginys	0,723				
10 teiginys	0,658				
15 teiginys	0,617				
20 teiginys	0,750				
25 teiginys	0,813				
30 teiginys	0,525				
35 teiginys	0,530				
40 teiginys	0,698				
41 teiginys	0,687				
44 teiginys	0,575				
4 teiginys		0,697			
9 teiginys		0,474			
14 teiginys		0,564			
19 teiginys		0,746			
24 teiginys		0,355			
29 teiginys		0,762			
34 teiginys		0,575			
39 teiginys		0,664			
1 teiginys			0,519		
6 teiginys			0,283		0,46
11 teiginys		0,534	0,204		
16 teiginys	0,579		0,210		
21 teiginys			0,246		0,412
26 teiginys			0,017	0,56	

31 teiginys	0,099		0,615
36 teiginys	0,41		
3 teiginys		0,454	
8 teiginys		0,27	0,41
13 teiginys		0,679	
18 teiginys		0,037	0,505
23 teiginys		0,09	0,427
28 teiginys		0,798	
33 teiginys		0,757	
38 teiginys		0,709	
43 teiginys		0,107	0,401
2 teiginys			0,453
7 teiginys		0,582	0,216
12 teiginys			0,352
17 teiginys	0,645		0,188
22 teiginys	0,651		0,063
27 teiginys			0,439
32 teiginys	0,572		0,131
37 teiginys			0,447
42 teiginys	0,42		0,171

Pastaba: įverčiai paryškintu šriftu nurodo teiginių svorius reikiamuose faktoriuose. Svoriai, nurodyti paprastu šriftu rodo didžiausią pasiūlytą teiginio įvertį.

2 priedas. *Problemy sprendimo klausimyno teiginų svoriai faktoriuose (Tiriančioji faktorinė analizė su Varimax sukiniu).*

	Faktoriai		
	Pasitikėjimas problemų sprendimo įgūdžiais	Artėjimo-vengimo stilius	Asmeninė kontrolė
5 teiginys	0,515		
9 teiginys	0,548		
10 teiginys	0,324		
11 teiginys	0,578		
18 teiginys	0,632		
21 teiginys	0,643		
22 teiginys	0,625		
25 teiginys	0,553		
30 teiginys	0,519		
31 teiginys	0,33		
32 teiginys	0,523		
1 teiginys		0,574	
2 teiginys		0,598	
4 teiginys		0,464	
6 teiginys		0,42	
7 teiginys		0,314	
8 teiginys		0,481	
12 teiginys		0,718	
14 teiginys		0,715	
15 teiginys		0,495	
16 teiginys		0,728	
17 teiginys		0,368	
19 teiginys		0,301	
20 teiginys		0,558	
26 teiginys		0,46	
27 teiginys		0,349	

28 teiginys	0,421	
3 teiginys		0,588
13 teiginys		0,491
23 teiginys		0,648
24 teiginys		0,399
29 teiginys		0,751

Pastaba: įverčiai paryškintu šriftu nurodo teiginių svorius reikiamuose faktoriuose.

3 priedas. *Problemų sprendimo klausimyno teiginių svoriai faktoriuose (Patvirtinančioji faktorinė analizė).*

Faktorius	Teiginys	Svoris faktoriuje	p reikšmė
Pasitikėjimas problemų sprendimo įgūdžiais	5	0,442	<0,001
	9	0,516	<0,001
	10	0,462	<0,001
	11	0,686	<0,001
	18	0,535	<0,001
	21	0,562	<0,001
	22	0,721	<0,001
	25	0,682	<0,001
	30	0,503	<0,001
	31	0,437	<0,001
	32	0,428	<0,001
Artėjimo-vengimo stilius	1	0,47	<0,001
	2	0,548	<0,001
	4	0,468	<0,001
	6	0,536	<0,001
	7	0,429	<0,001
	8	0,415	<0,001
	12	0,653	<0,001

	14	0,665	<0,001
	15	0,633	<0,001
	16	0,424	<0,001
	17	0,57	<0,001
	19	0,621	<0,001
	20	0,579	<0,001
	26	0,413	<0,001
	27	0,308	<0,001
	28	0,552	<0,001
	3	0,502	<0,001
	13	0,473	<0,001
Asmeninė kontrolė	23	0,665	<0,001
	24	0,717	<0,001
	29	0,702	<0,001

4 priedas. Pasitikėjimo gydytoju skalės teiginių svoriai faktoriuje (Tiriančioji faktorinė analizė).

Teiginys	Svoris
1	0,068
2	0,796
3	0,859
4	0,834
5	0,263
6	0,892
7	0,007
8	0,737
9	0,809
10	0,709
11	0,184

5 priedas. *Modifikuotos Pasitikėjimo gydytoju skalės teiginių svoriai faktoriuje (Patvirtinančioji faktorinė analizė).*

	Teiginys	Svoris faktoriuje	p reikšmė
Pasitikėjimas gydytoju	2	0,866	<0,001
	3	0,626	<0,001
	4	0,788	<0,001
	5	0,713	<0,001
	6	0,742	<0,001
	8	0,809	<0,001
	9	0,432	<0,001
	10	0,824	<0,001

6 priedas. *Kreipimosi medicininės pagalbos atidėliojimo anketa*

1. *Ar per pastaruosius 12 mėnesių patyrėte sveikatos problemų, dėl kurių manėte, jog reikėtų apsilankyti pas gydytoją, bet neapsilankėte?*
 - a) Ne
 - b) Taip
2. *Prisiminkite situacijas, kada sutrikdavo Jūsų sveikata ir pasijusdavote prastai. Apibendrinus, kiek laiko paprastai užtrukdavo nuo momento, kai pajutote nemalonų kūno ar savijautos simptomą, iki minties, jog simptomas gali signalizuoti rimtą sveikatos problemą?*
 - a) Tokia mintis kyla iš karto, tik pastebėjus neįprastą simptomą
 - b) Jei simptomas išlieka bent kelias dienas
 - c) Jei simptomas išlieka kelias savaites
 - d) Jei simptomas išlieka nuo 1 iki 3 mėnesių
 - e) Jei simptomas išlieka nuo 3 iki 12 mėnesių
 - f) Jei simptomas išlieka daugiau nei 12 mėnesių
3. *Kiek laiko paprastai užtrunka nuo momento, kai kyla mintis, jog galite turėti rimtą sveikatos problemų, iki realaus kreipimosi į gydytoją (vizito, konsultacijos telefonu)?*
 - a) Kreipiuosi iš karto, tik pastebėjus neįprastą simptomą
 - b) Jei mintis apie galimą rimtą sveikatos problemą išlieka bent kelias dienas
 - c) Jei mintis apie galimą rimtą sveikatos problemą išlieka kelias savaites

- d) Jei mintis apie galimą rimtą sveikatos problemą išlieka nuo 1 iki 3 mėnesių
- e) Jei mintis apie galimą rimtą sveikatos problemą išlieka nuo 3 iki 12 mėnesių
- f) Jei mintis apie galimą rimtą sveikatos problemą išlieka daugiau nei 12 mėnesių

6 priedas. *Sociodemografinės ir kontekstinės informacijos anketa.*

1. *Jūsų lytis:*
 - a) Vyras
 - b) Moteris
 - c) Kita..
2. *Jūsų amžius:*

3. *Jūsų išsilavinimas:*
 - a) Pagrindinis, nebaigtas vidurinis
 - b) Vidurinis, profesinis
 - c) Nebaigtas aukštasis arba šiuo metu studijuojate
 - d) Aukštasis neuniversitetinis
 - e) Aukštasis universitetinis
4. *Santykių statusas:*
 - a) Vienišas (arba išsiskyręs/išsiskyrusi ir gyvenu vienas (-a))
 - b) Santykiuose (arba ištekėjusi/vedęs)
5. *Kuris iš šių teiginių labiausiai tiktų Jūsų finansinei padėčiai apibūdinti?*
 - a) Nesuduriu galo su galu
 - b) Pajamų pakanka tik maistui
 - c) Pajamų pakanka visoms būtiniausioms reikmėms
 - d) Pajamų pakanka ir truputį lieka
 - e) Visada yra atliekamų pinigų
6. *Kai užsiregistruojate šeimos gydytojo konsultacijai, kiek laiko užtrunka jos sulaukti?*
 - a) 1-10 dienų
 - b) 11-30 dienų
 - c) 31-120 dienų
 - d) 120 dienų ir daugiau

7. *Kai užsiregistruojate gydytojo specialisto konsultacijai, kiek laiko užtrunka jos sulaukti?*
- a) 1-10 dienų
 - b) 11-30 dienų
 - c) 31-120 dienų
 - d) 120 dienų ir daugiau
8. *Bendrai Jūsų sveikata yra:*
- a) Labai prasta
 - b) Prasta
 - c) Vidutinė
 - d) Gera
 - e) Labai gera
9. *Ar Jums diagnozuota lėtinė liga (širdies/kraujagyslių liga, cukrinis diabetas, bronchinė astma ir panašios)?*
- a) Ne
 - b) Taip

8 priedas. *Kreipimasis į tyrimo dalyvius.*

Sveiki,

aš, Kamilė Petrulėnaitė, esu Sveikatos psichologijos magistro studentė Vilniaus universitete ir rašau magistro baigiamąjį darbą, kurio tikslas - išsiaiškinti, kada žmonės nusprendžia, kad jiems reikėtų kreiptis gydytojo pagalbos, ir kokios aplinkybės yra susijusios su šiais sprendimais. Tyrimo metu bus klausama apie Jūsų patirtį kreipiantis ir bendraujant su gydytojais. Taip pat bus klausimų apie Jus - kokios savybės Jums yra būdingos ir kaip dažniausiai sprendžiate iškilusius iššūkius. Maloniai kviečiu tapti mano tyrimo dalimi ir užpildyti šią apklausą - užtruksite iki 20 minučių. Anketa yra anoniminė, todėl nepabijokite į klausimus atsakyti nuoširdžiai - gauti duomenys bus pristatomi tik apibendrintai, todėl išliks konfidencialūs. Taip pat primenu, jog dalyvavimas šiame tyrime yra visiškai savanoriškas, todėl galite bet kada nutraukti anketos pildymą.

Jei turite klausimų, pastabų arba norėsite susipažinti su apibendrintais tyrimo rezultatais, galite kreiptis į mane el. paštu: kamile.petrulenaite@fsf.stud.vu.lt

Jei sutinkate dalyvauti tyrime, spauskite „Next“

Dėkoju už skirtą laiką!

9 priedas. VĖA trukmės skirtumų tarp šeimos gydytojo ir gydytojo specialisto pasiekiamumo grupių.

			Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmė		
			ΔM	p reikšmė	
Šeimos gydytojo pasiekiamumas	1-10 dienų	11-30 dienų	-0,46*	0,04	
		31-120 dienų	-2,8**	0,001	
	11-30 dienų	1-10 dienų	0,46*	0,04	
		31-120 dienų	-2,3**	0,008	
	31-120 dienų	1-10 dienų	2,8**	0,001	
		11-30 dienų	2,3**	0,008	
	Gydytojo-specialisto pasiekiamumas	1-10 dienų	11-30 dienų	-0,9	1
			31-120 dienų	-0,77**	0,009
11-30 dienų		1-10 dienų	0,19	1	
		31-120 dienų	-0,58*	0,017	
31-120 dienų		1-10 dienų	0,77**	0,009	
		11-30 dienų	0,58	0,017	

Pastaba. * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$.

10 priedas. *Psichologinių veiksnių įverčių skirtumai tarp nesikreipiančių ir beiskreipiančių į gydytoją grupių*

		Nesikreipia	Kreipiasi	t	df	p reikšmė
		M(SD)	M(SD)			
Asmenybės bruožai	E	22,8(4,03)	23,52(4,36)	1,01	138	0,316
	Sut.	25,93(3,97)	26,43(3,4)	0,762	138	0,448
	Sąm.	26,87(4,1)	27,74(3,9)	1,24	138	0,217
	N	24,04(4,1)	23,2(4,2)	-1,18	138	0,241
	A	32,5(5,5)	32,3(6,35)	-0,26	138	0,795
Problemų sprendimo įgūdžiai	PPSI	28,1(4,61)	26,24(5,1)	-2,17*	138	0,032
	A-VS	44,3(8,7)	43,1(7,7)	-0,8	138	0,49
	AK	17,63(4,96)	16,6(5,1)	-1,19	138	0,234
	Bendras	89,93(15,3)	85,94(13,99)	-1,6	138	0,123
PG	Bendras	23,81(6,12)	25,6(6,62)	1,61	136	0,111

Pastaba. E – ekstraversija, Sut. – sutarumas, Sąm. – sąmoningumas, N – neurotiškumas, A – atvirumas patirčiai, PPSI – pasitikėjimas problemų sprendimo įgūdžiais, A-VS – artėjimo-vengimo stilius, AK – asmeninė kontrolė, PG – Pasitikėjimas gydytoju. * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$.

11 priedas. *Psichologinių veiksnių ir Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmės koreliaciniai įverčiai.*

		Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmė	
		r	p reikšmė
Asmenybės bruožai	E	0,02	0,817
	Sut.	0,014	0,867
	Sąm.	-0,104	0,221
	N	0,029	0,735
	A	-0,176*	0,037
Problemų sprendimo įgūdžiai	PPSI	0,042	0,625
	A-VS	0,75*	0,038
	AK	0,016	0,85
	Bendras	0,117	0,169
PG	Bendras	-0,104	0,222

Pastaba. E – ekstraversija, Sut. – sutarumas, Sąm. – sąmoningumas, N – neurotiškumas, A – atvirumas patirčiai, PPSI – pasitikėjimas problemų sprendimo įgūdžiais, A-VS – artėjimo-vengimo stilius, AK – asmeninė kontrolė, PG – Pasitikėjimas gydytoju. * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$.

12 priedas. *Psichologinių veiksnių ir Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmės koreliaciniai įverčiai.*

		Veiksmų ėmimosi atidėjimo trukmė	
		r	p reikšmė
Asmenybės bruožai	E	-0,055	0,52
	Sut.	0,034	0,689
	Sąm.	-0,185*	0,029
	N	0,088	0,301
	A	0,009	0,92
Problemų sprendimo įgūdžiai	PPSĮ	0,027	0,756
	A-VS	0,116	0,173
	AK	0,098	0,248
	Bendras	0,106	0,211
PG	Bendras	-0,319***	<0,001

Pastaba. E – ekstraversija, Sut. – sutarumas, Sąm. – sąmoningumas, N – neurotiškumas, A – atvirumas patirčiai, PPSĮ – pasitikėjimas problemų sprendimo įgūdžiais, A-VS – artėjimo-vengimo stilius, AK – asmeninė kontrolė, PG – Pasitikėjimas gydytoju. * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$.

13 priedas. *Artėjimo-vengimo stiliaus ir Simptomo įvertinimo atidėjimo trukmės ryšiai, kai kontroliuojami sociodemografiniai kintamieji.*

Kontroliuojamas veiksny	Pirminės koreliacijos koeficientas	Kontroliuojamos koreliacijos koeficientas	Z _{obs}
Pajamos	0,75*	0,166	6,6*
Subjektyvus sveikatos vertinimas	0,75*	0,176*	6,5*
Amžius	0,75*	0,197*	3,5*
Išsilavinimas	0,75*	0,182*	6,5*

Pastaba. Z_{obs} - įvertis, nusakantis, ar skirtumas tarp pirminės ir kontroliuojamos koreliacijos įverčių yra statistiškai reikšmingas. * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$.

14 priedas. *Binarinės logistinės regresijos rezultata, nusakant nesikreipimą į gydytoją.*

	Nesikreipimas		Cox & Snell R ²	Nagelkerke R ²	χ^2	p reikšmė
	Exp(B)	p reikšmė				
Amžius	1,003	0,773	0,001	0,001	7,03	0,426
Išsilavinimas	0,893	0,482	0,004	0,005	6,43	0,04
Pajamos	0,691	0,059	0,026	0,036	0,454	0,79
Subjektyvus sveikatos vertinimas	0,77	0,275	0,009	0,012	0,274	0,6
E	0,958	0,314	0,007	0,01	4,33	0,87
Sut.	0,964	0,445	0,004	0,006	6,796	0,559
Sąm.	0,946	0,217	0,01	0,15	9,85	0,276
N	1,051	0,241	0,01	0,013	4,75	0,689
Atv.	1,01	0,793	0,000	0,001	9,626	0,292
PPSI	1,1*	0,035	0,032	0,044	4,266	0,832
A-VS	1,02	0,427	0,005	0,006	3,12	0,874
AK	1,04	0,234	0,01	0,014	9,89	0,194
PG	0,956	0,112	0,018	0,025	6,743	0,565

Pastaba. E – ekstraversija, Sut. – sutarumas, Sąm. – sąmoningumas, N – neurotiškumas, A – atvirumas patirčiai, PPSI – pasitikėjimas problemų sprendimo įgūdžiais, A-VS – artėjimo-vengimo stilius, AK – asmeninė kontrolė, PG – Pasitikėjimas gydytoju. * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$.