

VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS
REABILITACIJOS, SPORTO MEDICINOS IR SLAUGOS INSTITUTAS

Tvirtinu:

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto

Slaugos studijų programų komiteto

pirmininkė prof. D. Kalibatiene

Data:

Aliona Jurgelevič

**AMBULATORINĖS PAGALBOS PASLAUGŲ KOKYBĖ IR
PRIEINAMUMAS**

SLAUGOS MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

Darbo vadovas:

VU MF Visuomenės sveikatos instituto

Socialinės medicinos skyriaus

doc., med. dr. Romualdas Gurevičius

Darbo priėmimo data:

Vadovo parašas

VILNIUS, 2007

TRUMPA DARBO ANOTACIJA

Fundamentinio pobūdžio mokslinis darbas tema "Ambulatorinės pagalbos paslaugų kokybė ir prieinamumas" pradėtas 2005 mokslo metų pradžioje ir ruošiamasi baigti 2007 mokslo metų pabaigoje. Apklausa buvo vykdoma Naujosios Vilnios poliklinikoje nuo 2006 02 06 iki 2006 03 03, kurios metu buvo apklausta 476 respondentai.

Darbo apimtis – 84 lapai be priedų, darbas iliustruotas 18 paveikslų ir 14 lentelių.

Darbo vadovas: VU MF VSI Socialinės medicinos skyriaus doc., med. dr. Romualdas Gurevičius

Recenzentas: Doc. J. Kairys

**SLAUGOS MAGISTRŲ
BAIGIAMŲJŲ DARBŲ GYNIMO KOMISIJA**

2007 M.

Komisijos pirmininkė: prof. D. Kalibatienė

Nariai: prof., habil.dr. Julius Kalibatas
prof., habil.dr. Vladas Vaičekonis
doc., dr. Violeta Ožeraitienė
dr. Edita Kazėnaitė
vyr.m.d., dr. Ina Glemžienė
vyr.m.d., dr. Zosė Kalpokaitė
socialinis partneris: slaugos magistrė Erika Davydenko
(asm.kodas:46902140413).

Vilniaus universiteto „Santariškių klinikos“ Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos centras, Kardiologinės reabilitacijos skyrius, vyriausioji slaugytoja-slaugos administratorė.

Slaugos magistrų baigiamųjų darbų gynimas numatytas 2007 m. birželio 07 d. (ketvirtadienį) 10.00 val. Vilniaus miesto universitetinės ligoninės Didžiojoje salėje (Antakalnio g. 57).

Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos
instituto direktorė

prof. D. Kalibatienė

SANTRAUKA

Darbo autorė: Aliona Jurgelevič

Darbo pavadinimas: Ambulatorinės pagalbos paslaugų kokybė ir prieinamumas
Slaugos magistro baigiamasis darbas

Darbo vadovas: Doc., med. dr. Romualdas Gurevičius, VU MF Visuomenės sveikatos institutas Socialinės medicinos skyrius

VU MF Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos institutas

Darbo gynimo vieta: Vilniaus miesto Antakalnio universitetinė ligoninė, 2007.06.07

Tyrimo temos aktualumas: Vykstant pirminės sveikatos priežiūros grandies reformai, atsiranda poreikis analizuoti ir monitoruoti pagrindinius paslaugų kokybės ir prieinamumo rodiklius bei jų kitimo dinamiką.

Tyrimo tikslas: iširti Naujosios Vilnios poliklinikos ambulatorinės pagalbos paslaugų kokybę ir prieinamumą, ypač akcentuojant į slaugos paslaugas ir jų prieinamumą iki poliklinikos reorganizacijos.

Tyrimo uždaviniai:

➤ Išnagrinėti pagrindinius Naujosios Vilnios poliklinikos veiklos našumo rodiklius dinamikoje (nuo 2000 m. iki 2004 m.);

➤ Įvertinti Naujosios Vilnios poliklinikos paslaugų prieinamumą;

➤ Įvertinti ambulatorinės pagalbos kokybę;

➤ Nustatyti Naujosios Vilnios poliklinikos klientų lūkesčius.

Tyrimo objektas ir metodika: Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, pacientų lūkesčiai bei poliklinikos našumo rodiklių kitimas. Tyrimas buvo atliktas Naujosios Vilnios poliklinikoje, kur atsitiktine atranka buvo apklausti 488 nuo 18 metų ir vyresni moteriškos ir vyriškos lyties respondentai, iš jų 476 (97,5 proc.) apklaustieji buvo įtraukti į tyrimą. Apklausai naudojome sukurtą iš dviejų šaltinių bei mūsų papildytą klausimyną, kurį sudarė 44 klausimai. Naujosios Vilnios poliklinikos veiklos našumo rodikliams įvertinti naudojome Harvard Graphics 4.0 paketą bei anketos duomenų analizei naudojome statistinio apdorojimo programą SPSS 11v., skirtumą tarp grupių statistiškai patikimu laikėme, kai $P < 0,05$.

Darbo rezultatai: Vertinant poliklinikos veiklos našumo rodiklius, pacientų skaičius kasmet nežymiai didėjo (per 2000-2004 mm. padidėjo tik 2,5 tūkst. naujų pacientų). Susirgimų skaičiaus dinamika beveik išliko tokia pati per šiuos metus (padidėjo vidutiniškai po 41155 susirgimų kasmet), o naujai diagnozuotų ligų atvejų skaičius rodė mažėjimo tendenciją. Jeigu tendencija išliks nepakitusi, tikimasi, kad kitais 2005 metais sumažės iki 583 naujų atvejų. Iš susirgimų poliklinikoje vyrauja kvėpavimo sistemos ligos, kuriomis 2004 m. sirgo 9193, o 2000 m. 8586 žmonių, jų skaičius kasmet didėja po 216 naujai diagnozuotų atvejų. Išanalizavus pacientų apklausos duomenis, išryškėjo, kad sunkiausia užsiregistruoti pas BPG (tai nurodė 27 proc. apklaustųjų. Laiko gaišimu prie registratūros ir gydytojo kabineto nepatenkinta trečdalis žmonių (32 proc., 33 proc. atitinkamai). Laukdami prie durų gydytojo konsultacijos, jie sugaišta vidutiniškai nuo 31 iki 79 minučių, o pati konsultacija trunka nuo 13 iki 23 min. 39 proc. respondentų neturi arba beveik neturi galimybės susisiekti su gydytoju po darbo ir savaitgaliais bei 19 proc. jų apskritai nežino, kad tai įmanoma. Gydytojų darbo kokybe pilnai patenkinti tik 35 proc. respondentų, o tuo tarpu didelė dauguma (57 proc.) tik iš dalies. Informacijos apie savo sveikatos būklę visada pakankamai gauna 49 proc. pacientų, 39 proc. jos kartais trūksta. 61 proc. respondentų pažymėjo, kad užuojauta, supratimu, mandagiu bendravimu pasižymi ne visi gydytojai ir ne visada. Slaugytojų darbo kokybe pilnai ir iš dalies patenkinti po 45 proc. apklaustųjų. Slaugytojų įnašą į gydymą 45 proc. respondentų vertina teigiamai, kas šeštas prieš tai kategoriškai nusistatęs ir mano, kad slaugytojų dalyvavimas jų priežiūroje yra menkas. 64 proc. apklaustųjų mano, kad jų įnašas į gydymą pasižymi tik blankų (pažymų, tyrimų) pildymu. 82 proc. ir 70 proc. pacientų nori, kad jų sveikatos problemoms ir priežiūrai gydytojai ir slaugytojos skirtų daugiau laiko ir noro atitinkamai.

Darbo išvados:

1. Poliklinikoje bendras apsilankymų skaičius rodo nežymią didėjimo tendenciją, tačiau naujų susirgimų dinamikoje išaiškinama vis mažiau. Poliklinikoje, apsilankymų struktūroje vyrauja kvėpavimo sistemos ligos, kurios rodo tendenciją dažnėti.
2. Ketvirtadaliui pacientų užsiregistravimas pas bendrosios praktikos gydytoją yra sunkiai prieinamas;
3. Respondentai buvo gan kritiškai gaunamų paslaugų kokybei. Gydytojų darbo kokybė visiškai patenkinamai vertinama tik trečdaliu apklaustųjų. Slaugytojų darbu patenkinta beveik pusė respondentų;
4. Didelė dauguma respondentų nori, kad gydytojai ir slaugytojos rodytų jiems didesnę dėmesį, bei labiau rūpintųsi jų sveikata.

SUMMARY

Author of the work: Aliona Jurgelevic

Title of the work: Quality of Care and Accessibility of Ambulatory Health Service

Master's thesis in Nursing

Research Adviser: Doc., med. Dr. Romualdas Gurevicius, VU MF Institute of Public Health Department of Social Medicine

VU MF Institute of Rehabilitation, Sports Medicine and Nursing

Place of thesis defence: Vilnius City Antakalnio University Hospital. June 07, 2007

Topicality of the research subject: In the course of primary health care reform, it is necessary to analyze and monitor main indices of services' quality and accessibility as well as their change dynamics.

The objective of the research: to research quality and accessibility of out-patient services rendered in Naujoji Vilnia Polyclinics, by emphasizing nursing services and their accessibility prior to reorganization of the polyclinics.

Tasks of the research:

- To analyze main efficiency indices of Naujoji Vilnia Polyclinic's activity from 2000 to 2004;
- To evaluate accessibility of services rendered by Naujoji Vilnia Polyclinics;
- To assess quality of out-patient services;
- To determine expectations of Naujoji Vilnia Polyclinic's clients.

The subject and methodology of the research: quality of primary health care services, expectations of clients and change of the Polyclinic's efficiency indices. The research was carried out at Naujoji Vilnia Polyclinics. 488 respondents, both men and women over 18 year old were surveyed, 476 (97.5 percent) of which were involved in the research. The survey was performed with the help of our supplemented questionnaire, made of two sources and comprising 44 questions. The efficiency indices of Naujoji Vilnia Polyclinic's activity were assessed using Harvard Graphics 4.0 package. Data of the questionnaire were analyzed with statistical processing program SPSS 11v and difference among groups was considered reliable, where $P < 0.05$.

Results of the research: In the course of assessment of efficiency indices of the Polyclinic's activity, the number of patients underwent a slight increase (only 2.5 thousand new patients were registered for the year 2000-2004). Dynamics of diseases remained the same during these years (average increase made 41155 diseases per year), while newly diagnosed diseases tended to decrease. If the tendency remains unchanged, it is expected that in 2005 new diseases will decrease up to 583 cases. In Polyclinics dominate respiratory diseases, which were diagnosed to 9193 patients in 2004 and 8586 in 2000; 216 new diseases being newly diagnosed each year. The Analysis of data of the questionnaire showed that it is very difficult to register with a GPP (27 percent of respondents). One third of respondents were unsatisfied with waste of time by the reception or consulting-room (32 and 33 percent respectively). It takes on average from 31 to 79 minutes to wait for any consultation, while the very consultation lasts from 13 to 23 minutes. 39 percent of respondents may not reach a physician after working hours or on weekends, and 19 percent were not informed on such possibility. Only 35 percent of respondents are fully satisfied with working quality of their physicians, while the vast majority of them (57 percent) only in part. 49 percent of respondents receive sufficient information on their health state and 39 percent sometimes receive incomplete data. 61 percent of respondents stated that not all physicians show their sympathy, understanding and politeness to their patients. The high and partial quality of nursing work was evaluated by 45 percent of respondents of each group. 45 percent of respondents recognized nurses' contribution to the treatment, whereas every sixth respondent emphatically stated that such contribution is insignificant. 64 percent of respondents believe that their contribution to the treatment is limited by filling-in different forms (certificates, examinations, etc.). 82 and 70 percent of patients requested that more time and willingness were showed by physicians and nurses in respect to their health problems and care respectively.

Conclusions of the research:

1. General number of visits tends to slightly increase, while newly diagnosed diseases decrease in Polyclinics. Here prevail respiratory diseases and the number of such patients tends to grow;
2. A quarter of patients have limited accession to the registration with general practice physicians;
3. Respondents criticised quality of rendered services. Only one third of respondents were fully satisfied with work of their physicians. Half respondents were content with work of nurses;
4. Most respondents requested that their physicians and nurses would show a greater attention to them and their health problems.

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Respondentų nepatenkinimo gydymu priežastys.....	15
2 Lentelė. Apsilankiusiųjų poliklinikoje ir apklaustų pacientų skaičius.....	30
3 lentelė. Anketos pildymo trukmė.....	31
4 lentelė. Amžiaus priklausomybė nuo lyties.....	41
5 lentelė. Sugrupuotos sveikatos būklės priklausomybė nuo lyties.....	45
6 lentelė. Prieinamumo rodiklių įvertinimas.....	47
7 lentelė. Užsiregistravimo pas gydytoją priklausomybė nuo amžiaus.....	48
8 lentelė. Respondentų galimybės susisiekti su gydytoju po darbo ir savaitgaliais priklausomybė nuo socialinės grupės.....	51
9 lentelė. Konsultacijos trukmės paskirstymas pagal amžių.....	54
10 lentelė. Respondentų lankymosi pas BPG dažnio priklausomybė nuo socialinės grupės.....	56
11 lentelė. Gydytojų darbo rodiklių įvertinimas.....	57
12 lentelė. Gydytojų darbo kokybės rodiklių paskirstymas pagal lytį.....	60
13 lentelė. Gydytojų patirties priklausomybė nuo socialinės grupės.....	62
14 lentelė. Slaugytojų žmogiškųjų savybių įvertinimas.....	65

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Pasitikėjimas Sveikatos apsauga 1998 – 2004 mm. (proc.).....	16
2 pav. Eilės Vilniaus Teritorinės Kasos veiklos zonos ambulatorines antrinio lygio konsultacijas teikiančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose.....	23
3 pav. Tyrimo eigos schema.....	34
4 pav. Prisirašiusių pacientų skaičius Naujosios Vilnios poliklinikoje.....	36
5 pav. Naujosios Vilnios poliklinikos pacientų apsilankymų skaičius.....	37
6 pav. Naujosios Vilnios poliklinikos susirgimų skaičiaus dinamika per 2000 – 2004 mm.....	38
7 pav. Sergančiųjų skaičius kvėpavimo sistemos ligomis.....	39
8 pav. Psichikos ir nervų sistemos ligomis sergančiųjų dinamika.....	40
9 pav. Respondentų pasiskirstymo pagal amžių kreivė.....	41
10 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą.....	43
11 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal socialinę grupę.....	43
12 pav. Respondentų sveikatos būklės vertinimas pagal 10 balų sistemą.....	45
13 pav. Laiko gaišimo registratūroje priklausomybė nuo išsilavinimo.....	49
14 pav. Konsultacijų trukmės (min.) priklausomybė nuo respondentų amžiaus.....	53
15 pav. Respondentų konsultacijos laukimo trukmės (min.) priklausomybė nuo amžiaus.....	55
16 pav. Gydytojų informacijos suteikimas pacientams.....	58
17 pav. Pacientų noras, kad gydytojas daugiau laiko skirtų jų sveikatos problemoms.....	59
18 pav. Respondentų nuomonė apie slaugytojų atliekamą darbą.....	64

SANTRUMPŲ SĄRAŠAS

- NVP – Naujosios Vilniaus poliklinika
- PSP – Pirminė sveikatos priežiūra
- PSPĮ – Pirminės sveikatos priežiūros įstaiga
- PSPC – Pirminės sveikatos priežiūros centras
- ASPI – Asmens sveikatos priežiūros įstaiga
- BPG – Bendrosios praktikos gydytojas
- PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija
- TLK – Teritorinė ligonių kasa
- LR SAM – Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija
- ESI – Elektroninės sveikatos istorijos
- SP – Sveikatos priežiūra
- LSIC – Lietuvos sveikatos informacijos centras

TURINYS

TRUMPA DARBO ANOTACIJA	1
SANTRAUKA	2
SUMMARY	3
LENTELIŲ SĄRAŠAS	4
PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS	5
SANTRUMPŲ SĄRAŠAS	6
TURINYS	7
1. ĮVADAS	8
2. LITERATŪROS APŽVALGA	10
2.1. Pirminės sveikatos priežiūros kokybė	10
2.1.1. <i>Pasitenkinimas – esminis sveikatos priežiūros kokybės vertinimo rodiklis</i>	12
2.1.2. <i>Ambulatorinės pagalbos paslaugų kokybės vykdymo kliūtys</i>	17
2.1.3. <i>Privačių ir valstybinių Pirminės sveikatos priežiūros įstaigų kokybės palyginimas</i> ...	18
2.1.4. <i>Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės auditas</i>	19
2.2. Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas	20
2.2.1. <i>Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumo normatyvai</i>	21
2.2.2. <i>Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumo trūkumai</i>	22
2.2.2.1. <i>Eilių problema Asmens sveikatos priežiūros įstaigose</i>	22
2.2.2.2. <i>Geografiniai sunkumai susisiekti su Pirminės sveikatos priežiūros centrais</i>	26
2.2.3. <i>Prieinamumo ateities perspektyvos</i>	28
2.3. Literatūros duomenų apibendrinimas	29
3. DARBO MEDŽIAGA IR METODIKA	30
4. SAVI REZULTATAI	35
4.1. Naujosios Vilnios poliklinikos našumo rodiklių analizė	35
4.2. Apklauskos duomenų analizė	40
4.2.1. <i>Apklaustųjų charakteristika</i>	40
4.2.2. <i>Naujosios Vilnios poliklinikos prieinamumo įvertinimas</i>	46
4.2.3. <i>Ambulatorinės pagalbos kokybės įvertinimas</i>	56
4.2.3.1. <i>Gydytojų darbo kokybės įvertinimas</i>	56
4.2.3.2. <i>Slaugytojų darbo kokybės įvertinimas</i>	63
5. REZULTATŲ APTARIMAS	66
6. IŠVADOS	72
7. REKOMENDACIJOS	74
8. LITERATŪRA	77
9. PRIEDAS	85
9.1. Našumo rodiklių paveikslas	85
9.2. Anketos duomenų analizė	86
9.2.1. <i>Apklaustųjų charakteristika</i>	86
9.2.2. <i>Prieinamumo rodiklių įvertinimas</i>	88
9.3. Apklauskos klausimynas	89

1. ĮVADAS

Pirminė sveikatos priežiūra – efektyvus visuomenės sveikatos pagrindas, susijęs su aukštu pacientų gaunamų paslaugų pasitenkinimu ir sumažėjusiu visuminių išlaidų sveikatai. Nors pacientų priežiūros gerėjimas yra akivaizdus, tačiau griežtai reprezentuojamų projektinių tyrimų realiai nepakanka pirminei priežiūrai. Tyrimų veiklos tempas bendroje praktikoje bei publikacijų atsiradimo dažnis ir kokybė dažnai neatitinka struktūrinių pasikeitimų ar numatomų lėšų lygio[1].

Vykstant permainoms sveikatos priežiūros sistemoje, atsiradus konkurencinėms sąlygoms tarp sveikatos priežiūros įstaigų, sveikatos priežiūros paslaugų kokybė tampa vienu iš sveikatos reformos prioritetų ir verčia vis daugiau įsiklausyti į paciento, kaip sveikatos priežiūros paslaugų vartotojo, nuomonę[2].

Sveikatos priežiūros sistemos orientacija į pacientą, jo poreikius, pastaraisiais dešimtmečiais susilaukusi daug dėmesio daugelyje pasaulio šalių tampa vis svarbesnė sveikatos reformos tendencija ir Lietuvoje. Paciento nuomonė apie jam teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas imta vertinti ne tik sveikatos priežiūros organizatorių, bet ir mokslininkų siekiant pateikti moksliniais tyrimais pagrįstas rekomendacijas sveikatos priežiūros paslaugų kokybei gerinti. Visuotinai pripažinta, kad būtent pacientas turi vertinti, ar sveikatos priežiūros sistema orientuota į jo poreikius, o paciento lūkesčių įgyvendinimas Pasaulio sveikatos organizacijos pripažintas vienu iš reikšmingų sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimo rodiklių. Todėl paciento prioritetų, lūkesčių įvertinimas tampa svarbiu žingsniu siekiant įgyvendinti paciento medicininės konsultacijos lūkesčius. Paciento lūkesčiai svarbūs ne tik kaip jo nuomonė, jų įgyvendinimas turi įtakos paciento pasitenkinimui sveikatos priežiūros paslaugomis, gydymo režimo bei gydymo laikymuisi, bet ir gydymo rezultatams. Nors Lietuvoje pastaraisiais metais vis daugiau dėmesio skiriama tam, kaip pacientas vertina teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, o pirminės sveikatos priežiūros grandyje, kur pacientas lankosi dažniausiai, jo nuomone dar tik pradėta domėtis vertinant bendrąsias tendencijas bei lūkesčių įgyvendinimo poveikį paciento pasitenkinimui sveikatos priežiūros paslaugomis[3].

Teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas – tai pagrindinis sveikatos sistemos veikiančių subjektų (asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, t. y. asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų pirkėjų, t. y. Valstybinės ir teritorinių ligonių kasų) tikslas. Kartu tai yra vienas iš pagrindinių paciento lūkesčių[4].

Todėl mums buvo svarbu išnagrinėti temą, susijusią su Pirminės sveikatos priežiūros pacientų vertinimais ir nuomone apie poliklinikos medikų darbo kokybę ir paslaugų prieinamumą.

Darbo tikslas - ištirti Naujosios Vilnios poliklinikos ambulatorinės pagalbos paslaugų kokybę ir prieinamumą, ypač akcentuojant slaugos paslaugas ir jų prieinamumą iki poliklinikos reorganizacijos.

Tyrimo objektas: Naujosios Vilnios poliklinikos ambulatorinės pagalbos paslaugų kokybė ir prieinamumas. Imtį sudarė poliklinikos pacientai, kurių apklausta 476.

Tyrimo metodas: tyrimas atliktas anketavimo būdu raštu, panaudojant atsitiktinės atrankos metodą. Tyrime dalyvavo virš 18 metų suaugę žmonės bei įvairios lyties atstovai. Prieš pagrindinę apklausą buvo padarytas pilotinis tyrimas.

Darbo uždaviniai:

- Išnagrinėti pagrindinius N. Vilnios poliklinikos veiklos našumo rodiklius dinamikoje (nuo 2000 m. iki 2004 m.);
- Įvertinti Naujosios Vilnios PSP prieinamumą;
- Įvertinti ambulatorinės pagalbos kokybę;
- Nustatyti Naujosios Vilnios poliklinikos klientų lūkesčius.

Darbo hipotezės:

1. Poliklinikos veiklos našumo rodikliai rodo skirtingas tendencijas, ne visada atitinkančias užsibrėžtas sveikatos politikos gaires;
2. Ambulatorinės pagalbos paslaugų prieinamumas priklauso nuo pacientų amžiaus, lyties, tautybės, išsilavinimo ir socialinės grupės;
3. Pacientai skirtingai vertina gautą paslaugų kokybę. Šis vertinimas skirtingas priklausomai nuo amžiaus, lyties, tautybės, išsilavinimo ir socialinės grupės.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

Sveikatos priežiūros ateitis siejama su gebėjimais susidoroti su vartotojų teisių/interesų gynybos iššūkiais. Ligos ir visuomenės valdymas yra dominuojančios veiklos sveikatos priežiūros tiekime ateityje[5].

Visos veiklos rūšys (ir asmens sveikatos priežiūra) turi būti grindžiamos vartotojų norų ir poreikių išsiaiškinimu bei jų tenkinimu, rinkoje pateikiant tinkamos kokybės prekes ar paslaugas. Šiuo metu sveikatos priežiūros rinkoje siūloma daug įvairių diagnostikos, gydymo ir reabilitacijos priemonių, procedūrų, tačiau pacientas, jų vartotojas, nuo netinkamos kokybės paslaugų neapsaugotas... Liubljanos chartijoje, kurią 1996m. pasirašė Europos šalių (tarp jų ir Lietuva) sveikatos apsaugos ministrai, nustatyta, kad sveikatos priežiūros sistema turi tenkinti gyventojų sveikatos poreikius, siejant juos su sveikatos būklės gerėjimu, turi garantuoti, kad gyventojų nuomonė ir pasirinkimas būtų lemiami sveikatos priežiūros planavimui ir teikimo būdo pasirinkimui[6].

Strateginis šiuolaikinės sveikatos priežiūros tikslas – aktyvinti individų, grupių bei organizacijų dalyvavimą diegiant įvairias sveikatos gerinimo programas, skatinant sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir vartotojų dialogą, ugdant pacientų atsakomybę už savo sveikatą. Naujausių mokslinių tyrimų duomenimis, aktyvesnis pacientų dalyvavimas sveikatos priežiūros procese, pirmiausia – pirminėje sveikatos priežiūros grandyje gali būti svarbus veiksnys gerinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir didinant suteikiamų paslaugų efektyvumą[7].

2.1. Pirminės sveikatos priežiūros kokybė

PSP kokybė yra pacientų priežiūros raktas sveikatos apsaugos sistemoje XXI amžiuje[8].

Didėjanti kokybės svarba mūsų šalies sveikatos priežiūrai verčia naujai pažvelgti į dabartinę situaciją ir analizuoti medicinos kokybės klausimus[9].

Daugelio sričių, ypač medicinos, kokybės samprata ilgą laiką buvo tarsi savaime suprantama, bet kartu ir sunkiai aptariama sąvoka. Iš tiesų kokybė apibūdinama labai įvairiai. Žodynuose randamos tokios žodžio "kokybė" reikšmės: daikto ypatybė, savybė, tinkamumo laipsnis, rūšis, teigiamybė, gera savybė, privalumas[9].

Mokslo literatūroje randama daug skirtingų kokybės apibrėžimų. Pasaulyje žinomi kokybės vadybos specialistai yra pateikę keletą kokybės sampratų. Deming kokybę siejo su vartotojo dabartiniais ir ateities lūkesčiais, Crosby kokybę apibrėžė kaip nustatytų reikalavimų atitikimą, Garvin išskyrė penkis pagrindinius požiūrius į kokybę: filosofinį, produkto kokybės, kokybės vartotojui, kokybės gamybai, vertės; Ishihara teigė, kad kokybė niekada nepasiekiamo atsitiktinai[9]. J. Thompson apibrėždamas kokybę teigia, kad kokybė - tai kiekvienam pacientui optimaliai pasiekiamas rezultatas, gydymo sukeltų komplikacijų išvengimas ir dėmesys pacientui bei jo šeimai[2].

Sveikatos priežiūros sistemoje kokybės sąvoka nevienareikšmė. Dar neseniai sveikatos priežiūros kokybė buvo suprantama kaip teikiamos priežiūros turinys, dabar vis daugiau dėmesio skiriama sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir valdymo kontrolei[9]. PSO parengtame dokumente apie sveikatos priežiūros principus Europos regione pateikiamas priežiūros ir gyvenimo kokybės apibūdinimas. Priežiūros kokybė — teikiamos priežiūros tam tikroje ekonominėje sistemoje pobūdis, siekiant palankiausios išeities, įvertinant riziką ir naudą; gyvenimo kokybė — asmenų arba grupių suvokimas, kad jų poreikiai patenkinami ir jiems suteikiamos galimybės siekti laimės ir gyvenimo pilnatvės[9].

Pagal Sveikatos apsaugos ministro 1997 07 04 įsakymą Nr. 372 „Dėl teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir tinkamumo kontrolės“ kokybė apibrėžiama kaip sveikatos priežiūros paslaugų teikimas, laikantis nustatytų sveikatos priežiūros normų, kitų teisės aktų ir vykdomas asmenų, turinčių atitinkamas licencijas teikti sveikatos priežiūros paslaugas, licencijuotose atitinkamas paslaugas teikti ir apdraudusiose savo civilinę atsakomybę už žalą pacientams įstaigose[10].

Remiantis Overtveit, yra trys kokybės kategorijos, į kurias reikia atsižvelgti paslaugas teikiančioms organizacijoms:

- kliento suvokta kokybė (ar paslauga tenkina paciento poreikius);
- profesionali kokybė (ar paslaugos teikėjo profesionalumas atliekant diagnostines, gydymo ir slaugos procedūras atitinkančias paciento poreikius pagal diagnozę);
- vadybos kokybė (ar paslauga suteikta efektyviai panaudojant resursus, laikantis teisinių normatyvų).

Kokybė, atsižvelgiant į klientus, garantuojama vertinant vartotojų pasitenkinimą; profesionali kokybė užtikrinama nustatant standartus ir atliekant kompanijos auditą; vadybos

kokybė susijusi su holistinio požiūrio plėtra. Overtveit suteikia vertybių sistemą ir kompetenciją kokybei tobulinti[2;9].

Pagrindiniai kokybei keliami reikalavimai, tai: efektyvumas, veiksmingumas, saugumas, prieinamumas, priimtinumai, tinkamumas, teisingumas, kt. Vartotojų poreikių patenkinimas, t.y. paslaugos kokybės atitikimas jai keliamiems reikalavimams, gali būti nustatomas vertinant sveikatos priežiūros paslaugų teikimo rezultata. Rezultato vertinimo rodikliai, padedantys nuspręsti, ar atlikti veiksmai yra efektyvūs, gali būti objektyvūs, t.y. poveikio sveikatai rodikliai ir subjektyvūs, t.y. vartotojų pasitenkinimo įvertinimas[6].

Diegiant kokybės kultūrą sveikatos priežiūros įstaigose, taikomi visuotinės kokybės principai. Šie principai teigia, kad kiekvieną procedūrą būtina atlikti kokybiškai iš pirmo karto, pvz., diagnozuoti ligą, atlikti sudėtingus tyrimus, nes tik tada galutinė paslauga bus kokybiška[2].

Medicinos kokybės vieta XX a. viduryje susidomėta ne vienoje pasaulio valstybėje. Buvo sukurti medicinos paslaugų kokybės vertinimo metodai, kokybės rodikliai[9].

2.1.1. Pasitenkinimas – esminis sveikatos priežiūros kokybės vertinimo rodiklis

Dabartiniu metu pagrindinis sveikatos priežiūros kokybės vertinimo matas yra pacientų pasitenkinimas[11]. Visiškai tenkinti vartotoją reiškia ne tik atsiliepti į jo poreikius ir lūkesčius. Vartotojo (paciento) pasitenkinimas paslauga priklauso nuo prekės ar paslaugos bruožų. Geriausia bruožai atsiskleidžia, kai tiesiogiai atsakoma į specifinius kliento poreikius. O paslaugas teikianti organizacija turi veikti taip, kad vartotojų reikalavimai būtų tenkinami, o lūkesčiai viršijami. Vartotojo pasitenkinimas, o dar labiau – jo džiaugsmas, yra esminis darbo kokybės požymis. Tai reiškia „tenkinti suvoktus vartotojo poreikius per gaminio, paslaugos vartojimo ar nuosavybės laiką“. Vartotojų nepasitenkinimas kyla tada, kai teikiamos paslaugos turi trūkumų. Tačiau reikia suvokti, kad vartotojo pasitenkinimas ir nepasitenkinimas nėra vieno matmens reiškiniai. Vartotojai gali žavėtis naujais paslaugos bruožais, kuriais numatoma tenkinti jų poreikius, tačiau nepasitenkinimas esančiais paslaugos trūkumais nesumažės[2].

Vartotojo (paciento) pasitenkinimas ir gydymo įstaigos atsakas į jo lūkesčius išlieka pagrindiniu kriterijumi vertinant teikiamos priežiūros kokybę[2]. Tai yra esminis neįvertintas sveikatos priežiūros apsaugos reorganizavimo aspektas[12].

Vienas iš veiksnių, lemiančių pacientų pasitenkinimą, tai *gydytojo ir paciento bendravimas, geri tarpusavio santykiai, abipusis pasitikėjimas, konfliktų vengimas*[2]. P. Irving ir

D. Dickson[13], nagrinėjantys įsijautimą į paciento problemas ir jų emocinį palaikymą, pažymėjo, kad efektyvus gydytojo-paciento bendravimas ir tarpusavio santykiai išsidėsto sveikatos priežiūros kokybės centre. Tai vienas iš būdų patenkinti individo poreikius.

K. Ottani ir kiti jo bendratyrinėtojai[14] atliko tyrimą, kuriame nagrinėjo tris aspektus: sveikatos priežiūros prieinamumą, personalo priežiūrą ir gydančiojo gydytojo priežiūrą. Rezultatai parodė, kad gydytojo rūpinimasis pacientu paveikia labiausiai respondentus. Jų nuomone, pacientai sugeba bei turi teisę dalyvauti gydytojo sprendimų priėmime dėl jų gydymo bei būti lygiateisiškais partneriais. Ir priešingai, respondentai mažiausiai norėjo, kad gydytojas gydytų juos prikaustytus prie lovos. Personalu priežiūroje pacientai labiausiai atkreipė dėmesį į jų užuojautą, pasiryžimą bei greitą aptarnavimą. Sveikatos priežiūros prieinamume respondentai labiausiai buvo susirūpinę dėl bendradarbiavimo su personalu tarnyba. Visuose trise nagrinėjimo aspektuose dominavo bendradarbiavimas tarp gydytojo ir paciento, personalo parama ir užuojauta. Tai parodo personalo ir pacientų santykių svarbą PSP sistemoje.

Dar vienas įdomus tyrimas buvo atliktas Didžiojoje Britanijoje Liverpulyje P. Salmon ir kitų tyrinėtojų[15], kurie tyrinėjo pacientų psichologiją emocinio palaikymo lygyje. Jie patikrino hipotezę, kad pacientai iš medicininės pusės nepaaiškinamais simptomais laukia didesnės emocinės paramos ir palaikymo negu kiti pacientai. Tyrime dalyvavo 35 BPG ir 357 respondentai, kuriems iš pradžių nebuvo pasakyta ir paaiškinta jų sveikatos būklė. Vėliau jiems buvo suteikta pilna informacija apie ligą, ligos simptomus ir diagnozę. Gydytojai konsultacijos metu įvertino pacientų suvokimo įtaką. Tyrinėtojai priėjo išvados, kad pacientai, nežinantys nieko apie savo susirgimą, ieškojo daugiau emocinės paramos iš gydytojo negu kiti respondentai bei jiems buvo mažiau svarbūs BPG paaiškinimai, patikinimai ir somatinės intervencijos. Tyrinėtojams iškilo klausimas, kodėl BPG vietoj to, kad suteiktų ligoniams, ieškantiems emocinio palaikymo, psichologinę paramą, daugiau taiko somatines intervencijas?

Taip pat tyrinėtojų[16] pastebėta, kad pacientai su skirtingu socialiniu ekonominiu lygiu skirtingai interpretuojami gydytojų. Rezultatai rodo, kad žemesnio socialinio ekonominio statuso respondentai patiria labiau neigiamą emocinį išreiškimą, daugiau nurodymų iš gydytojo pusės bei mažiau tarimosi su pacientu. Jie beveik negauna informacijos ir gydymo pasirinkimo variantų dėl jų sveikatos būklės ir gydymo. Jiems kenkia ir tai, kad gydytojai neteisingai supranta jų norus ir poreikius dėl gebėjimo dalyvauti jų priežiūros procese. Priešingai, aukštesnės socialinės klasės respondentai pažymėjo, jog jų gydančios gydytojai aktyviai išreiškia emocijas ir suteikia nemažai informacijos jiems. Pagalbos ir gydymo suteikimo skirtumai tarp įvairių socialinių lygių žmonių verčia pagalvoti apie nusižengimą Hipokrato priesaikai[17], kuri skelbia „Sąžiningai, garbingai ir

nesavanaudiškai gydysiu be išimties visus, vengsiu tyrimo ir gydymo metodų, žalingų žmogaus gyvybei ir sveikatai bei pažeidžiančių žmogaus teises“, bei kitas priesaikos punktą „Mediko pareigas atliksiu nepaisydamas paciento amžiaus, tautybės, religijos, rasės ar socialinės priklausomybės“.

Nemažai kalbama apie *pasitenkinimą gydytojo darbu, prieinamumą, pasitenkinimą slaugytojų darbu, apsilankymų organizavimo sistemą, priežiūros tęstinumą, bendrą pasitenkinimą teikiamomis paslaugomis* ir kt.

Po 5 metų vykstančios Sveikatos apsaugos sistemoje reformos Estijoje, mūsų kaimynai 2004 m. nusprendė sužinoti visuomenės nuomonę apie jų reformos veiksmingumą, tinkamumą ir priimtinumą bei žmonių pasitenkinimą šeimos gydytoju, esančiu pagrindiniu reformos realizavimo tikslu jų šalyje. 87 proc. apklaustųjų, kurie kontaktavo su šeimos gydytoju per paskutinius 12 mėnesių, buvo patenkinti jo darbu. Visiškas pasitenkinimas priklausė nuo gydytojo kompetentingumo, paciento problemos suvokimo, gydytojo punktualumo ir susisiekiimo su PSPĮ. 35 proc. iš 999 respondentų dalyvaujančių tyrime pageidavo pirmiausiai matyti savo BPG, kuris būtinumo atvejais nukreiptų juos pas specialistus. Nukreipimo pas specialistus per savo gydančią gydytoją daugiausia pageidavo pagyvenę žmonės, kaimo pacientai, respondentai su žemesniu išsilavinimo ir pajamų lygiu, taip pat tie, kurie labiau buvo patenkinti jų šeimos gydytoju. Žmonės, labiausiai patenkinti jų šeimos gydytoju, įvertino, kad dabartinė Sveikatos apsaugos sistema funkcionuoja geriau negu ankstesnė[18].

Įgyvendinant programą „Sveikatos priežiūros paslaugų poreikio, kokybės ir prieinamumo įvertinimas Lietuvoje“, 2003 m. gegužės mėnesį buvo atliktas reprezentatyvusis šalies gyventojų tyrimas, kurio metu tyrimo duomenys buvo palyginti tarp didžiųjų Lietuvos miestų: Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šaulių, Panevėžio, rajonų miestų ir centrų, miestelių bei kaimų. Permainas lietuviai sveikatos priežiūros įstaigose dažniau linkę vertinti negatyviai. Didžiausiais palankiais pokyčiais poliklinikose respondentai linkę laikyti gydytojo dėmesį pacientui (27 proc.), o negatyvius pokyčius dažniausiai išvelgia registratūros darbuotojų darbe (24 proc.) bei darbo organizavime poliklinikose apskritai (22 proc.). 40 proc. respondentų linkę manyti, kad patekimo pas BPG procedūros pasunkėjo, ambulatorinio ištyrimo galimybes 38 proc. respondentų vertina kaip pablogėjusias. Bendrosios praktikos/šeimos gydytojų institucijos, pakeitusios terapeuto, pediatro, ginekologo ir chirurgo pirminio lygio sveikatos priežiūros paslaugas, vertinamos nevienareikšmiškai. Ši naujovė 45 proc. respondentų vertinama palankiai ir 42 proc. nepalankiai. Eilės prie kabinetų bei didelė biurokratija – tai pagrindinės respondentų įvardijamos problemos, su kuriomis tenka susidurti pirminio lygio gydymo įstaigoje. Kitos dažniau minėtos problemos –

eilės registratūroje, kyšiai gydytojams bei sunkumai registruojantis konsultacijai pas norimą gydytoją[19]. Kodėl pacientai nepatenkinti gydymu, 2001 m. Lietuvoje nagrinėjo Sveikatos ekonomikos centras, kurio rezultatus matome 1 lentelėje[20].

1 lentelė. Respondentų nepatenkinimo gydymu priežastys

Nepatenkinimo gydymu priežastys (proc.)

Nepakankamas medicinos personalo dėmesys ir pagarba pacientams	33,0
Sugaištama daug laiko, kol suteikiamas gydymas	32,7
Ilgai tenka laukti eilėje nemokamam gydymui arba protezavimui	30,9
Gydymas per brangiai kainuoja	29,2
Bloga gydymo kokybė	17,2
Neoficialūs mokėjimai	15,2
Nesuteikiama išsami informacija apie būklę bei gydymą	14,6
Informacijos stoka apie gydymosi galimybes	13,2

Sveikatos finansavimo ir sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimo reformų socialinių-ekonominių pasekmių vertinimas. Ataskaita. Sveikatos ekonomikos centras, 2001

2004 m. Didžiojoje Britanijoje tyrinėtojai S. Longs ir M. Jewa[21] analizavo tyrimą, kurio rezultatai rodo, kad pacientai nuogaštuoja dėl sumažėjusių nukreipimų pas specialistus, pageidauja geresnio bendravimo, draugiškų santykių su personalu, aptarnavimo priemonių. Pacientai pirmiausia vertina aptarnavimo greitį, patogumą ir nepriekaištingumą. Mokslininkų nuomone, universaliai patenkinti visų žmonių norus ir lūkesčius neįmanoma, visada atsiras žmonių, nepatenkintų tam tikra situacija. Naivu būtų dėti visas savo pastangas į pacientų poreikių tenkinimą.

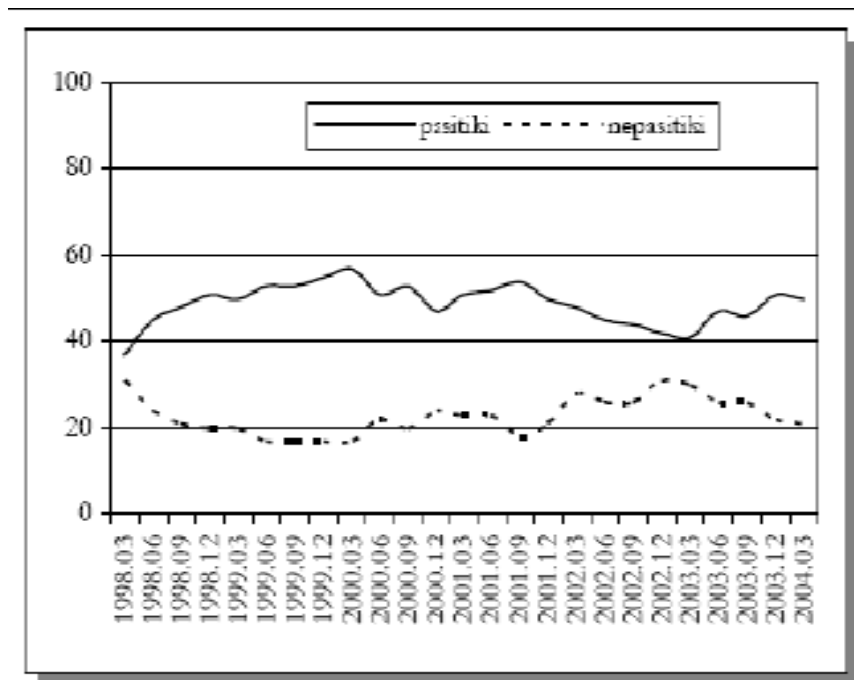
2000 m. Didžiojoje Britanijoje atlikto tyrimo išvados rodo, kad gydymu patenkinti pacientai tiksliau laikosi gydytojo paskirto gydymo, duotų patarimų, rečiau keičia gydytojus ar gydymo įstaigas, todėl Europos valstybių, kuriose pacientas laisvai pasirenka sveikatos priežiūros įstaigą (gydytoją), medicinos darbuotojai suinteresuoti žinoti pacientų lūkesčius ir jų nuomonę apie įstaigoje teikiamų paslaugų kokybę[6].

Pasitikėjimas – gydytojo-paciento santykiuose kertinis akmuo[22]. C. Tarrant, T. Stokes, R. Baker[23] siekė identifikuoti faktorius, kurie susiję su visišku pacientų pasitikėjimu BPG. Respondentų dauguma (76 proc.) informavo apie aukštą pasitikėjimo lygį. Regresijos analizė

parodė, kad kokybės matas, gydytojo-paciento santykiai (bendravimas, tarpasmeninė priežiūra, paciento žinios), buvo griežtai susiję su paciento pasitikėjimu gydytoju.

Nuo 1998 m. vykdoma Lietuvos gyventojų Sveikatos apsaugos sistema pasitikėjimo apklausa. 2004 m. (vasario mėnesį) daugiau pasitikėjo sveikatos apsauga pensininkai – 54 proc., neturintieji vidurinio išsilavinimo (59 proc.), kaimo gyventojai (50 proc.), o mažiausiai – aukštojo išsimokslinimo žmonės (37 proc.), uždirbantys daugiau kaip 500 litų šeimos nariui (38 proc.), vilniečiai (41 proc.). 2004 m. kovo mėnesį sveikatos apsauga pasitikėjo 50 proc. visų tyrime dalyvavusių gyventojų, o 2005 m. vasario mėn. 44,6 proc. gyventojų. 1 paveiksle pavaizduotas pasitikėjimo Sveikatos apsauga kitimas nuo 1998 m. iki 2004 m.[20].

Lietuvos gyventojų pasitikėjimas Sveikatos apsauga



Šaltinis: „Vilmonus“/„Lietuvos Rytas“

1 pav. Pasitikėjimas Sveikatos apsauga 1998 – 2004 m. (proc.)

Gydymo nepertraukiamumas (kai pacientas praeina pilną gydymosi kursą iki pasveikimo) susijęs su aukštu pacientų pasitenkinimo vertinimo laipsniu. P. Beattie ir kiti jos bendramoksliai[24] įrodė, kad visiškasis pasitenkinimas gydytojo ir kito personalo darbu tikrai priklauso nuo išsitiesinio gydymo nepertraukiamumo. Jie nustatė, kad iš tų, kurie visiškai patenkinti terapeuto gydymu (36,8 proc.) ir kitų darbuotojų parama (47,9 proc.), gydėsi nepertraukiamai

71,2 proc. ir 66,8 proc. atitinkamai. Šia tema domėjosi J. W. Saultz ir W. Albedaiwi[25], kurie peržiūrėjo literatūrą MEDLINE duomenų bazėje nuo 1966 m. iki 2002 m. Jie tvirtina, kad esant priežiūros tęstinumui, pasitenkinimas paslaugų kokybe daug aukštesnis.

Egzistuoja *rasiniai skirtumai* tarp medicininės paslaugas gaunančių klientų. Azijiečiai Amerikoje mažiau negu baltaodžiai patenkinti jų priežiūra. Jie argumentuoja tai tuo, kad gydytojai nelinkę kalbėti su jais apie jų gyvenimo būdą ar apie psichinę sveikatą, jie nesupranta jų kilmės, vertybių. Kai buvo klausiama dėl jų paskutinio apsilankymo pas gydytoją, jie pažymėjo, jog terapeutas jų neklausydavo, tuščiai gaišdavo laiką ir įtraukdavo juos į gydymą tiek, kiek jis pats norėjo. Tačiau priešingai negu baltaodžiai, azijiečiai pasitikėjo gydytojais labiau[26]. Ar gali efektyvi pirminė sveikatos priežiūra sumažinti rasinius sveikatos skirtumus? L. Shi ir kiti jo bendradarbiai tvirtina, kad taip. Aukšto kokybės lygio PSP sugeba sumažinti rasinius ir etninius sveikatos skirtumus[27].

Pasitenkinimas yra subjektyvus kokybės vertinimo rodiklis[6], kuris priklauso nuo lyties, amžiaus, socialinės ekonominės žmonių padėties, etninių rasinių skirtumų, apie ką kalbėjome anksčiau, ir pan. Nagrinėjant pasitenkinimo priklausomybę nuo amžiaus, daugelyje tyrimų pažymima, kad vyresnio amžiaus pacientai labiau patenkinti paslaugų kokybe negu jaunesnio amžiaus žmonės[28;29]. Priklausomybės tarp lyčių ir paslaugų kokybės skirtumai paprastai nėra ženklūs[30]. Etninės mažumos ir juodaodžiai labiau nepatenkinti paslaugų kokybe negu baltaodžiai ir vietiniai šalies gyventojai[26;27]. Aukštesnio išsilavinimo bei didesnes pajamas gaunanti visuomenė labiau skundžiasi nepasitenkinimu negu atitinkamai žemesnio išsilavinimo ir mažesnes pajamas gaunantys žmonės[20].

Vartotojo (paciento) pasitenkinimas ir gydymo įstaigos atsakas į jo lūkesčius išlieka pagrindinis kriterijus vertinant teikiamos priežiūros kokybę[2].

2.1.2. Ambulatorinės pagalbos paslaugų kokybės vykdymo kliūtys

Pagrindinės kliūtys sveikatos priežiūros teikime pagal vieną literatūros šaltinį yra BPG mokymosi galimybių stoka (72,9 proc.), tinkamų sąlygų (34,4 proc.) ir laiko (29,2 proc.) trūkumas. Žinių ir įgūdžių bendroje praktikoje trūkumas yra vienas iš svarbių kokybės indikatorių, lemiančių sveikatos priežiūros efektyvumą[31].

2004 m. Lietuvoje atliktas sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų sociologinis tyrimas. Dauguma tyrime dalyvavusių gydytojų teigė, kad priimamų pacientų skaičius per dieną yra per

didelis. Gydytojai nepatenkinti gydymo įstaigų aprūpinimu technika, leidžiančia operatyviai atlikti tyrimus. Pagrindiniai draudiminės medicinos trūkumai: daug biurokratizmo, dažnai kintanti tvarka[10].

Dar vienas požymis, kuris svarbus vykdant medicininę praktiką kokybiškai, tai medikų patenkinimas savo darbu. I. Bučiūnienė ir kt.[32] nagrinėjo 2005 m. mūsų šalies daktarų, tarp kurių buvo 133 (69,6 proc.) BPG ir 58 (30,4 proc.) terapeutų, pasitenkinimą. Jie buvo patenkinti savo darbu vidutiniškai 4,74 taškais pagal Likerto 7 balų skalę. Labiausiai juos tenkino jų autonomiškumas (5,28 balai), santykiai su kolegomis (5,06 balai) ir valdymo kokybė (5,04 balai). Tuo tarpu darbo žalos atlyginimas, socialinė padėtis ir darbo krūvis buvo labiausiai kritikuotini, jie juos vertino atitinkamai 2,09, 3,36, 3,93 taškais. Iš to seka, kad daktarų pilnas pasitenkinimas PSP Lietuvoje yra žemas, nors visos reformos jėgos nukreiptos į PSP reorganizavimą[10].

Tyrimų, nagrinėjančių PSP slaugytojų poreikius ir problemas palyginus su BPG, atlikta visai nedaug, nors slaugytojų vaidmuo visuomenei yra labai svarbus nacionalinės strategijos ilgalaikio valdymo prioritetas[33].

Vienas iš slaugos paslaugų kokybiško teikimo barjerų yra slaugos personalo trūkumas, kuris tampa sveikatos apsaugos organizacijų būtinybe pritraukti ir sulaukyti slaugytojas Sveikatos priežiūros sistemoje[34].

Slaugytojos, panašiai kaip ir gydytojai, skundžiasi dideliu darbo krūviu (64 proc.), laiko ir saugumo trūkumu, paslaugų piktnaudžiavimu. Jų darbas apsunkintas dėl mažo etatų skaičiaus, dėl netinkamų darbo sąlygų, aprūpinimo įrengimais. Jos išreiškia norą toliau tobulėti, mokytis, bendradarbiauti su socialine sfera[35;36].

Tyrinėtojai B. Sibbald, M.G. Laurant, D. Reeves[37] pareiškia, kad slaugytojos gali teikti aukštos kokybės priežiūrą, panašiai kaip ir BPG, pirminio kontakto su pacientu metu bei ilgalaikę priežiūrą išrinktiems pacientams. Tačiau tam priešinasi BPG, kurie atlieka slaugytojoms deleguotas paslaugas, bei sveikatos apsaugos politika, kuri menkai suinteresuota slaugos finansavimu bei radikalių priemonių taikymu[38].

2.1.3. Privačių ir valstybinių Pirminės sveikatos priežiūros įstaigų kokybės palyginimas

PSP privatizavimas, kaip manoma, kelia sveikatos priežiūros kokybės efektyvumą. Tuo tikslu Lenkija nusprendė palyginti pacientų nuomonę apie šeimos gydytojų darbo kokybę privačiame ir valstybiniame sektoriuje. Respondentai privačių šeimos gydytojų priežiūrą įvertino

dvigubai geriau (21,6 proc.) negu valstybinių institucijų BPG darbą (10,6 proc.). Privataus sektoriaus pacientai daug dažniau buvo informuoti apie jų ligą, apie gydymo alternatyvas, jiems dažniau buvo suteikiama parama bei paguoda lankymosi metu, taip pat bendravimo ir konsultacijos trukmė buvo daugumos toleruojama[39].

Lietuvis Mindaugas Plieskis ir kiti bendraautoriai[40] nagrinėjo, kaip keitėsi gyventojų, pasirinkusių valstybinę arba privačią PSP įstaigą, pasitenkinimas suteiktomis paslaugomis 2001—2003 metais Kauno mieste. Pagal jį privačią PSP įstaigą pasirinkusių suaugusių gyventojų (2001 ir 2003 m. atitinkamai n=1692 ir n=1438) skaičius 2003 m., palyginus su 2001 m., padidėjo nuo 3,8 proc. iki 25,2 proc. Pacientų pasitenkinimas privačių PSP įstaigų teikiamomis paslaugomis buvo kiek didesnis nei pasirinkusiųjų valstybinę PSP įstaigą.

Privačių PSPĮ pasirinkimą lemia kokybiškesnis pacientų aptarnavimas, jiems nereikia gaišti laiko eilėse, susitarti dėl konsultacijos bei gauti patarimą pacientai gali ne tik darbo valandomis, bet ir ne darbo. Privatūs paslaugų tiekėjai prisiderina prie visuomenės paklausos ir daro viską, kad galėtų kokybiškai konkuruoti darbo rinkoje[41].

2.1.4. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės auditas

Gydytojų savikontrolė, savęs vertinimas ir tikrinimas – yra vienas iš metodų patikrinti savo kompetentingumą darbe, tobulėjimą, kritiškai pažvelgti į savo klaidas ir pasisėkimus. Tam, kad patikrintų bendros praktikos gydytojų savikontrolės patikimumą, E. S. Holmboe ir kiti tyrinėtojai[42] atliko nepriklausomą patikrinimą, kurio metu vertino gydytojų pasitenkinimą ir savikontrolės įtaką jų tobulinime bei paslaugų kokybės gerinime. 13 iš 14 gydytojų gavo daug svarbios informacijos dėl jų praktikinio darbo, jie įsitikino, kad savikontrolė ir išorinis auditas gali pagerinti jų darbo kokybę.

Vienas iš audito būdų yra paprasta apklausa, kuri gali būti atliekama anketavimo, interviu pagalba. “Tokių apklausų tikslas – gerinti teikiamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas bei gydymosi sąlygas, atskleidžiant įstaigos taisytinus dalykus bei vidines problemas. Apklausos - labai geras ir vertingas patarėjas, parodantis kur ir ką reikia keisti, ką būtina atlikti”, - teigia vyriausioji VUL SK auditorė Nora Ribokienė[43].

Patikrinimas gali būti vykdomas įvairiais hierarchiniais lygiais: nacionaliniu, regioniniu ir vietiniu[44] bei būna vidinis ir išorinis. Vidinis auditas organizuojamas pačios įmonės,

organizacijos, jo metu norima įvertinti darbuotojų darbo efektyvumą; išorinis patikrinimas vykdomas specialiai tam reikalui įgaliotų institucijų bei asmenų.

Auditas apima tikrinimą, stebėjimą, apklausą, skaičiavimą, patvirtinimą ir analitines procedūras[10]. Vienas iš efektyvių tikrinimo metodų yra medicininių ataskaitų analizė, kuri puikiai gali būti pritaikyta PSP, pvz., kiek per metus buvo atlikta skiepimų, profilaktinių patikrinimų, taip pat kiek buvo duota rekomendacijų, patarimų pacientams. Visa tai yra kompiuterizuojama ir vizualiai pateikiama pranešime. Ataskaitų nagrinėjimas rodo potencialią svarbą pacientų priežiūros procese[45].

2.2. Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas

Sveikatos priežiūros prieinamumas lieka opi problema sveikatos politikos kūrėjams, tyrinėtojams, paslaugų teikėjams bei gavėjams[46]. Prieinamumas - tai PSP kokybės raktas, nes gali geriau atitikti pacientų galimybes ir lūkesčius dalyvauti tęstiniame gydyme ir priežiūroje[47].

Asmens sveikatos priežiūros prieinamumą bei tinkamumą Lietuvos Respublikoje kontroliuoja Valstybinės ligonių kasos ir teritorinių ligonių kasų pareigūnai bei ekspertai, kurie vadovaujasi Vyriausybės 1997 06 12 nutarimu Nr.595 patvirtinta tvarka[48].

LR SAM įsakyme „Dėl teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir tinkamumo kontrolės“ asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros prieinamumas apibūdinamas kaip priemonių visuma, kurių dėka juridiniai bei fiziniai asmenys gali laiku ir tinkamai pasinaudoti asmens bei visuomenės sveikatos priežiūros paslaugomis[48].

LR Sveikatos sistemos įstatyme sveikatos priežiūros prieinamumas apibrėžiamas taip – tai valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos ir sudaromos sveikatos priežiūros sąlygos, laiduojančios ekonominį, komunikacinį ir organizacinį jų priimtinumą asmeniui ir visuomenei[49].

D. Jankauskienė Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą interpretuoja taip: tai yra tam tikros teritorijos gyventojų realizuotos galimybės gauti vienas ar kitas jiems reikalingas gydymo ar slaugymo paslaugas. Jis vertinamas organizacine, komunikacine ir ekonomine prasme[50].

Organizacinis prieinamumas įvertinamas atsakant į klausimus, ar užtikrinama sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūra teritorijoje, ar visų baziniame paslaugų krepšelyje nustatytų rūšių paslaugos prieinamos, ar pakanka specialistų, resursų, ar naudojamos tinkamos technologijos (vadybos ir medicinos technikos), ar tinkamas įstaigos darbo laikas, ar yra ir kokios pacientų eilės[50].

Vertinant komunikacinį prieinamumą, būtina gilintis į atstumą iki sveikatos priežiūros įstaigos, ar yra tinkamas ir prieinamas viešasis transportas, ar gyventojams yra prieinamos susisiekiimo ir kitos priemonės (telefonas, internetas ir kt.). Ekonominis prieinamumas siekia atsakyti į klausimus, kiek gyventojams tenka mokėti ir primokėti už sveikatos priežiūros paslaugas, ar galioja ir kaip vykdomas solidarumo principas[50].

Iš sveikatos sistemos, kuri Lietuvoje didžiąja dalimi yra valstybinė, gyventojai laukia geresnio paslaugų prieinamumo pritardami principui mokėti už gautas paslaugas. Lūkesčiai, kad sveikatos priežiūra gerės, nuolat didėja, o lėšų stygius verčia politikus riboti investicijas į sveikatos priežiūros plėtrą. Visa tai kelia įtampą tarp visuomenės ir valstybinių valdymo struktūrų, reguliuojančių sveikatos apsaugą[51].

2.2.1. Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumo normatyvai

Kauno teritorinė ligonių kasa, siekdama pagerinti teikiamų PSP paslaugų kokybę ir prieinamumą, parengė paslaugų prieinamumo ir kokybės gerinimo priedą, kuriame pateikia tokius pasiūlymus[4]:

- ASPĮ turi organizuoti darbą taip, kad pacientai, kurie į ASPĮ kreipiasi dėl ūmios būklės, pas pirminės sveikatos priežiūros specialistą patektų tą pačią dieną, o tie, kuriems reikalinga planinė pagalba, pas pirminės sveikatos priežiūros specialistą patektų ne vėliau kaip per 72 val. nuo kreipimosi momento (skambučio telefonu ar atvykimo užsiregistruoti);
- ASPĮ turi užtikrinti galimybę pacientams susisiekti su bendrosios praktikos gydytoju telefonu. Telefono numeris ir gydytojų darbo grafikas bei laikas, kada pacientas gali susisiekti su savo gydytoju telefonu, turi būti skelbiami viešai pacientams prieinamose ir patogiose vietose;
- ASPĮ pacientams patogiose ir prieinamose vietose turi paskelbti informaciją apie tai, kur pacientai turėtų kreiptis ASPĮ nedarbo metu[4].

ASPĮ stengiamasi užtikrinti, kad gyventojai pas gydytojus patektų jų priėmimui nurodytu laiku, o laukti prie gydytojo kabineto reikėtų ne daugiau kaip 20–30 min. Ši tvarka numatoma teritorinių ligonių kasų sutartyse su ASPĮ, ASPĮ vidaus tvarkos taisyklėse, kokybės vadovuose[10].

Inspektorai, vykdydami Valstybinio audito ataskaitą ASPI, vertindami ambulatorinių paslaugų teikimo tvarką Lietuvoje, pastebėjo, kad bendrosios praktikos gydytojas per vieną valandą turi priimti 6 gyventojus, t. y. vienam asmeniui gydytojas gali skirti 10 min., nesvarbu, dėl kokios priežasties asmuo lankosi. Auditorių nuomone, tai per trumpas laikas, kad bendrosios praktikos gydytojas visais atvejais galėtų kokybiškai suteikti paslaugas, kurios nustatytos BPG medicinos normoje. Remiantis šiuo faktu, skelbtos gyventojų apklausos parodė, kad didžiausią nepasitenkinimą kelia tai, kad gydytojai pacientams neskiria pakankamai laiko, yra nedėmesingi, nesuteikia išsamios informacijos[10].

2.2.2. Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumo trūkumai

2.2.2.1. Eilių problema Asmens sveikatos priežiūros įstaigose

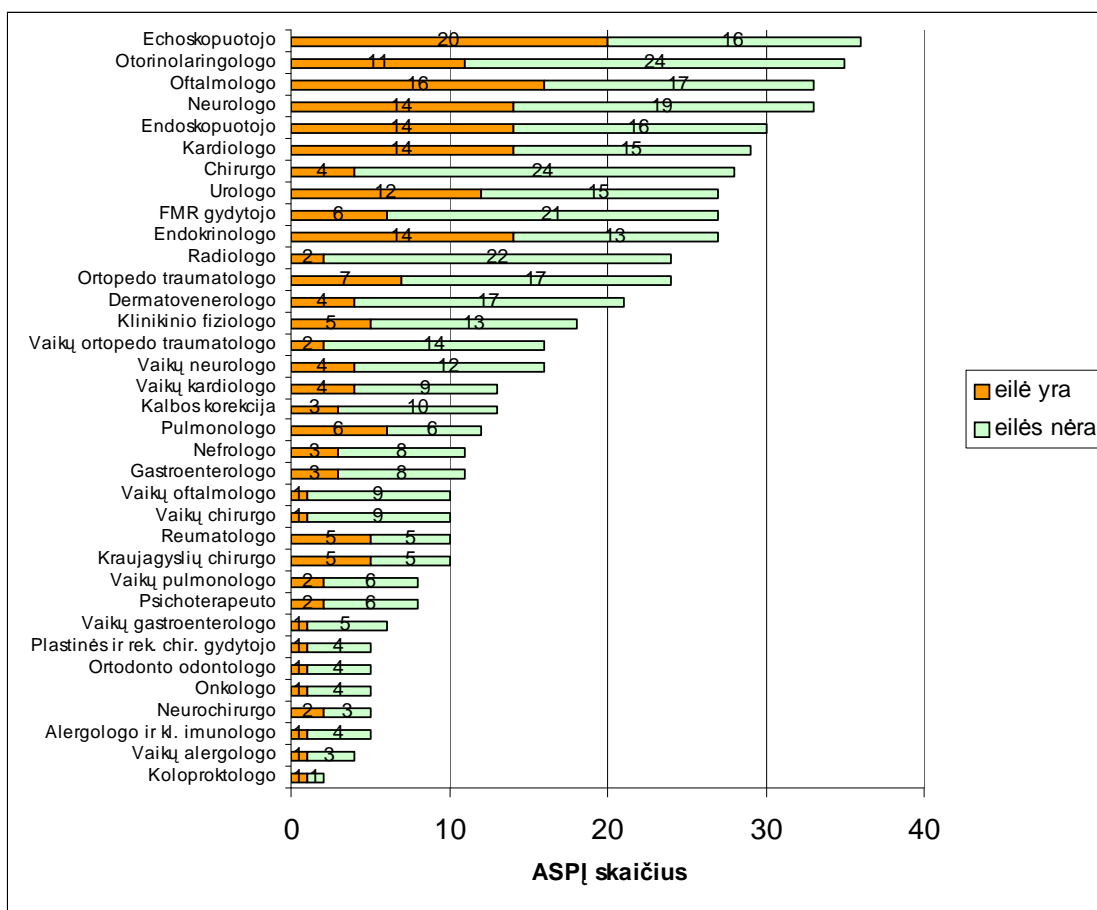
Pagrindinis rodiklis, rodantis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, t. y. per kiek laiko pacientas gali patekti pas gydytoją, atlikti procedūras ir kt. Viena iš pagrindinių nepasitenkinimo esama draudos medicina priežasčių - didelės eilės pas apylinkės terapeutą. Jonas Kairys, Romualdas Gurevičius norėdami išsiaiškinti eilių priežastis, kiek sugaišta pacientai, laukdami registratūroje, prie gydytojo kabineto, prie procedūrų kabineto, 2002 m. atliko pacientų apklausą Vilniaus VĮ Šeškinės poliklinikoje. Jų duomenimis pacientai poliklinikoje sugaišta sąlyginai neilgai registratūroje, prie gydytojo kabineto ir prie procedūrų kabineto (atitinkamai 16 min., 30 min. ir 17 min.[52].

Pagrindinės priežastys, kurios lemia ilgesnį laukimą - asmens dokumentų patikrinimas, įvairių apskaitos formų pildymas. Tačiau tai nėra organizacinės problemos, o dabartinės apskaitos, reikalingos statistikai ir ligonių kasoms, dalis. Kita priežastis ta, kad registruotis ir konsultuotis telefonu pacientai nėra linkę. Vyresnio amžiaus pacientai, nepaisydami teigiamo paslaugos vertinimo, nedrąsiai vertina galimybę naudotis atsiradusia paslauga. Dauguma pacientų mano, kad eilės yra neišvengiama būtinybė, arba bent trumpas laukimas yra neišvengiamas[52].

Vilniaus teritorinės ligonių kasos specialistai 2005 m. birželio mėn. ištyrė specializuotų ambulatorinių paslaugų, teikiamų Vilniaus TLK zonos gyventojams, pasiskirstymą, prieinamumą bei atliko asmens sveikatos priežiūros įstaigų apklausą apie pacientų eiles ir jų priežastis planinėms ambulatorinėms paslaugoms gauti. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos nurodė konkrečios paslaugos laukiančių pacientų skaičių ir laukimo trukmę[54].

Atlikus apklausą paaiškėjo, kad ne visose Vilniaus TLK zonos įstaigose, sudariusiose sutartis su Vilniaus TLK, buvo eilių ambulatorinėms paslaugoms gauti. Iš 54 (77 proc.) apklausoje dalyvavusių įstaigų 19 nurodė, kad pas juos eilių ambulatorinėms paslaugoms nėra, o 35 nurodė jas turinčios. Nebuvo atvejų, kad eilė antrinio lygio konsultacijoms gauti būtų buvusi visose įstaigose, teikiančiose atitinkamas specialisto konsultacijas (žr. 2 pav.). Net 20 asmens sveikatos priežiūros įstaigų nurodė, kad yra eilė II lygio echoskopuotojo konsultacijoms, tačiau 16 įstaigų, teikiančių minėtas paslaugas nurodė, kad eilių nėra, taigi pacientai turėjo galimybę pasirinkti ir kitas Vilniaus TLK veiklos zonos įstaigas[54].

Eilių problema Asmens sveikatos priežiūros įstaigose



2 pav. Eilės Vilniaus Teritorinės Kasos veiklos zonos ambulatorines antrinio lygio konsultacijas teikiančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose

Išanalizavus eiles antrinio lygio ambulatorinėms paslaugoms gauti, paaiškėjo, kad daugiausia pacientų laukė echoskopuotojo, oftalmologo ir kardiologo paslaugų. Echoskopuotojo

konsultacijos laukė 2626, oftalmologo – 2580, o kardiologo – 2207 pacientai. Tačiau atskirų specialistų konsultacijų laukiančių pacientų skaičius nesiekė 5 proc. per metus konsultuotų pacientų skaičiaus[54].

Ilgiausiai pacientai laukė antrinio lygio gydytojų specialistų – ortodonto odontologo, alergologo ir klinikinio imunologo, radiologo bei onkologo paslaugų. Ortodonto odontologo II lygio konsultacijų pacientai laukė 150 dienų, alergologo ir klinikinio imunologo – 50, radiologo – 49,5, o onkologo – vidutiniškai 45 dienas. Eilių nebuvo keturiose įstaigose, teikiančiose ortodonto odontologo konsultacijas, keturiose įstaigose, teikiančiose alergologo ir klinikinio imunologo konsultacijas, 22 įstaigose, teikiančiose radiologo konsultacijas, ir 4 įstaigose, teikiančiose onkologo konsultacijas[54].

Eilių dažniausiai atsiranda dėl nepakankamo pacientų informavimo apie galimą reikalingą konsultaciją gauti greičiau kitoje tokias pačias paslaugas teikiančioje įstaigoje, tačiau neretai pacientai nori konsultuotis jiems įprastoje gydymo įstaigoje pas tą specialistą, kuriuo pasitiki arba kurį jiems rekomenduoja šeimos gydytojas ar artimieji[54]. „Paradoksalu, tačiau blogiausias prieinamumas yra pas geriausius, populiariausius gydytojus”- pažymi kasos Kontrolės skyriaus vedėja Birutė Kavaliauskienė[55]. Be to, neišvengiama eilė susidaro susirgus ar išvykus BPG į kursus. Tokiais atvejais, jei eilė užsitęsia vieną-dvi savaites, tai būtina žmogų orientuoti į kitą gydymo įstaigą, kas neaktyviai daroma ar iš viso nedaroma mūsų šalyje[55].

Analizuojant eiles tretinio lygio paslaugoms gauti, išaiškėjo, kad daugiausiai pacientų laukė suaugusiųjų kardiologo konsultacijų (2626 pacientai), o ilgiausiai – hematologo (70 dienų), onkologo (59 dienas) ir echoskopuotojo (45 dienas) konsultacijų[54].

Dažniausiai eilių susidaro įstaigose, kurios Vilniaus TLK veiklos zonoje yra vienintelės šių konsultacijų teikėjos ir pacientams nėra galimybės pasirinkti kitos asmens sveikatos priežiūros įstaigos. Didžiausią susirūpinimą kelia eilės Vilniaus universiteto Onkologijos institute. Žinant didėjantį sergamumą piktybiniais navikais, būtų pravartu ieškoti galimybių geresniam ambulatorinių paslaugų finansavimui ir imtis priemonių šioms eilėms mažinti[54].

Kaip pastebi draudikai, yra ir kita problema: visi gyventojai pageidauja pirminę pagalbą gauti iš ryto[51;55]. Kasos Kontrolės skyriaus vedėja B. Kavaliauskienė[55] nagrinėjo Kupiškio rajono savivaldybės PSPC darbą. Ji pastebėjo, kad PSPC pradeda darbą septintą ryto, tačiau tai neapsaugo nuo gyventojų antplūdžio rytinėmis valandomis, nuo pasistumdymo prie durų, kitų nesklandumų. Gydytojai stengiasi kuo greičiau aptarnauti žmones, todėl nukenčia jų paslaugos kokybė. Po pietų pacientų srautas išsisklaido. „Vadinasi, tai yra socialinė problema - žmogus negali bet kada atvykti iš kaimo“ - svarsto B. Kavaliauskienė. Ji mano, kad pacientų srauto

pirminėje grandyje problemą iš dalies įtakotų net ir pakoreguotas transporto grafikas užtikrinantis galimybę pakliūti pas gydytoją ir ryte, ir vakare. Kita vertus, kaimo gyventojai dieną planuoja ir pagal ūkio darbų reikmes, įsijungia daug kitų svertų, kurie sunkiai suderinami su gydymo įstaigos darbu.

Eiles sudaro pacientai, kuriems reikia išrašyti vaistų, nors vaistų išrašymas yra ne ekstrinė pagalba. “Nors ir vaistus galima išrašyti trims mėnesiams, ir medicinos priemonės, išskyrus hidrokolidinius tvarsčius ir hidrogelį, bet vis tiek pas pirminio lygio gydytoją senyvo amžiaus žmogui reikia ateiti. ...jam gyvybiškai svarbu su savo šeimos gydytoju... pasikalbėti. Viena vertus, jei žmogus prisirašė prie gydytojo, vadinasi, juo pasitiki, nori ne tik sveikatos problemas išsakyti, bet ir apie šeimą, vaikus pasikalbėti. Tačiau tai reiškia, kad planinei apžiūrai pirminėje grandyje eilės bus nori nenori”, - mano R. Venckienė. Anot jos, reikia apeliuoti į visuomenę, kad vaistų išsirašymas yra planinė pagalba[55].

B. Kavaliauskienė pabrėžia, kad reikėtų gydymo įstaigoje keisti slaugytojos vaidmenį, kuri turėtų būti gydytojo vadybininke. “Jei močiutė Severina sėdi už gydytojos durų, nežinodama į ką kreiptis, ne kas kitas, o slaugytoja turi išsiaiškinti kaip jai padėti, kur nukreipti. Kaip sakoma, liežuvis nė vienam nenudžiūtų, jei paklaustų, ko žmogus laukia, o gal ko neranda. Tokius konfliktus elementariu dėmesiu pacientui ir švelniu žodžiu, prieš jiems išiplieskiant, sureguliuotų slaugytojos. Skundų ir nepasitenkinimo lavina, kuri pasiekia mus, didžia dalim auga dėl to, kad su pacientu nėra kalbama - registratūroje, už gydytojo kabineto durų, pas patį gydytoją. Niekas į gydymo įstaigą neateina iš gero gyvenimo, be priežasties. Jei pacientas kreipiasi, vadinasi, jam kažką skauda, gal kartais “tik dūšią”.... Nevalia užmiršti, kad mediko ir paciento santykiuose pacientas visada yra silpnoji pusė. Paciento agresija visada yra atsakas į jam neparodytą dėmesį”, - mano B. Kavaliauskienė[55].

Apibendrinant aukščiau pasakytą, galima išskirti pagrindines septynias eilių susidarymo priežastis:

1. gyventojai pageidauja BPG pagalbą gauti iš ryto;
2. nereguluota vaistų išrašymo sistema;
3. blogiausias prieinamumas yra pas geriausius, populiariausius gydytojus;
4. neefektyvus problemos sprendimas esant BPG kursuose ar sergant;
5. vis dar žmonės ateina be talonėlių;
6. dauguma nėra linkę registruotis telefonu;
7. būdingas specialistų trūkumas[55].

2.2.2.2. *Geografiniai sunkumai susisiekti su Pirminės sveikatos priežiūros centrais*

PSP paslaugų teritorinis prieinamumas – gyventojų galimybė gauti sveikatos priežiūros paslaugas įstaigose, kurios išdėstytos tam tikrame teritoriniame administraciniame vienetu, t. y. savivaldybėje[51].

Nepaisant atskirų rajonų teritorijų santykinai nedidelių ribų, gyventojų patekimas į pirminės sveikatos priežiūros įstaigas trikdomas rajonų visuomeninio transporto ribotų galimybių. Daugelio kaimų gyventojai tegali atvykti visuomeniniu transportu į rajono centrą tik kartą per dieną, dažniausiai – anksti rytą. Taip rajono ligoninės priimamuosiuose, poliklinikose ar pirminės sveikatos priežiūros centruose susidaro eilės, dėl apžiūros laiko stokos nukenčia paslaugų kokybė, nes atvykę iš kaimų pacientai priversti prisitaikyti prie vienintelės galimybės – visuomeniniu transportu grįžti tą pačią dieną namo[51].

Kaimo vietovėse teikiant pirminės sveikatos priežiūros paslaugas transporto priemonių naudojimas yra gyvybiškai svarbus siekiant laiku teikti paslaugas[56].

M. Riomerio universiteto Strateginio valdymo ir politikos fakulteto prodekanė Doc. Danguolė Jankauskienė[50] analizavusi „Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą Lietuvoje“, palygino miesto ir kaimo gyventojų patekimo pas gydytoją rezultatus nuo 1998 m. iki 2003 m. Išaiškėjo, jog kaimo gyventojų prieinamumas ambulatorinei sveikatos priežiūrai kiek sumažėjo. Be to, ji nustatė, kad ambulatorinė medicinos pagalba skyrėsi atskirose socialinėse ekonominėse grupėse. Jeigu palyginti samdomus darbuotojus ir verslininkus su ūkininkais, pensininkais ir kitais, tai pensininkai turi daug geresnes galimybes patekti pas gydytoją, ūkininkai – daug blogesnes. Tačiau, lygindami 1998 ir 2003 metus, šios galimybės pensininkams sumažėjo.

Geografinį prieinamumą galima gerinti renovuojant kaimo vietovėse pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų ir jų padalinių: ambulatorijų, medicinos punktų, atskirų bendrosios praktikos gydytojų kabinetų tinklą, jį plečiant bei decentralizuojant[51].

Dėl pirminės sveikatos priežiūros įstaigų tinklo plėtros gali būti pasirenkami įvairūs kriterijai, vienas jų galėtų būti sveikatos priežiūros paslaugų teritorinio prieinamumo įvertinimas. Pirminės sveikatos priežiūros įstaigų teritorinis prieinamumas nagrinėjamas daugelio tyrėjų. Vieni jų teritorinio prieinamumo vertinimui naudoja paslaugų teikėjų skaičiaus ir gyventojų skaičiaus konkrečioje teritorijoje santykį bei laiką, reikalingą pasiekti artimiausią sveikatos priežiūros įstaigą. Yra paskelbti vadinamieji gravitaciniai pirminės sveikatos priežiūros paslaugų

prieinamumo modeliai, kai vertinimui naudojamas įvairių veiksnių kompleksas: atstumai, pirminės sveikatos priežiūros įstaigų tankis, aptarnaujamų pacientų skaičius ir kt.[51].

R. Pečiūra, D. Jankauskienė, R. Gurevičius[51] pateikia savo pirminės sveikatos priežiūros įstaigų teritorinio prieinamumo vertinimo metodiką, jos dėka išanalizavo Klaipėdos, Vilniaus ir Tauragės rajonų savivaldybių pirminės sveikatos priežiūros įstaigų išsidėstymą savivaldybių teritorijoje. Jie nustatė, kad Valstybės valdymo institucijos sprendžiant savivaldybės pirminės sveikatos priežiūros įstaigų tinklo plėtros finansavimą, prioritetą turėtų skirti Tauragės ir Vilniaus rajonams, nes jų teritorijose prieinamumo rodiklis žymiai mažesnis nei Klaipėdos rajono savivaldybėje. Tai reiškia, kad gyventojai lengviau gali susisiekti su ASPĮ Klaipėdos rajone negu Vilniaus ir Tauragės rajonuose[50].

Sveikatos priežiūros paslaugų teritorinio prieinamumo vertinimo metodika gali būti vertinga sprendžiant sveikatos priežiūros įstaigų plėtros klausimus, pirmiausia – Lietuvos kaimuose[51].

Prieinamumas dažnai priklauso nuo asmens socialinio statuso. Todėl labai svarbu užtikrinti galimybę naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis palankių sąlygų neturintiems ir neturtingiausiems visuomenės nariams[57].

J. Adams, M. White[58] ištyrė geografinio prieinamumo priklausomybę tarp žmonių, gaunančių įvairias pajamas Didžioje Britanijoje. Hipotezė, kad žmonės, esantys aukštos socialinės ekonominės padėties vertins susisiekimą su PSPĮ daug geriau palyginus su mažas pajamas gaunančiais asmenimis, nepasitvirtino. Neturintys aukštos socialinės ekonominės padėties, žemo išsilavinimo ir gaunantys mažas pajamas žmonės dažniau lankosi pas BPG negu priešingos padėties atstovai.

Lietuvos tyrinėtojai J. Kairys ir R. Gurevičius[52] tyrime „Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos darbo įvertinimas“ irgi nagrinėjo panašų aspektą, o būtent apsilankymų dažnio priklausomybę nuo gyventojų pajamų ir nustatė, kad kuo mažesnės apklaustų pacientų pajamos, tuo jie dažniau lankosi poliklinikoje.

Ateityje darant sprendimus dėl sveikatos priežiūros įstaigų struktūros, finansavimo metodikos, valstybinių programų įgyvendinimo, būtina atsižvelgti į kaimo gyventojų sveikatos poreikius ne tik dėl demografinės, socialinės-ekonominės padėties bei esančių sveikatos netolygumų tarp miesto ir kaimo gyventojų, bet ir sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo[50].

2.2.3. Prieinamumo ateities perspektyvos

Šiandien vienas iš efektyvesnių būdų pagerinti Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos efektyvumą, teisumą ir prieinamumą yra platesnis Informacijos ir Telekomunikacinių Technologijų taikymas valdymo sprendimams, vykdant ligų prevenciją bei ligų diagnostiką, priimant klinikinius sprendimus, vykdant pacientų sveikatos monitoringą, organizuojant priežiūrą į namus bei kitos sveikatos priežiūros sritys[59].

Elektroninės paslaugos turėtų padaryti efektyvesnę ir sveikatos apsaugos sistemos veiklą. Pavyzdžiui, gyventojai galės internetu registruotis vizito pas gydytoją. Prieš registruodamasis, vartotojas matys gydytojo darbo grafiką. Be to, internetu jis galės nurodyti, kuo skundžiasi. Tokiu atveju gydytojas galės peržiūrėti užsiregistravusiųjų sąrašą ir skirti pacientams atlikti tyrimus. Apie pranešimą atlikti tyrimus pacientas būtų informuojamas elektroniniu paštu ar SMS žinute, taigi būtų sutaupomas vienas vizitas pas gydytoją - ekonominį tokių paslaugų efektą galima skaičiuoti atsižvelgiant į sutaupytą gydytojo ir paciento laiką bei paciento kelionės išlaidas[59].

Tačiau vien tik akylai vadovautis teigiamomis elektroninių paslaugų perspektyvomis A. F. Kittler, J. S. Wald ir kiti bendraautorai[60] nerekomenduoja. Jų atliktas tyrimas parodė, kad susirašinėjant su pacientais elektroniniu paštu darbo tikslais iškyla saugumo, konfidencialumo ir darbo apimtys klausimas. Todėl prieš diegiant naują sistemą šalyje būtina įvertinti šituos dalykus bei gerai iširti kitų šalių patirtį.

Kita vertus, kai gydytojai konsultuoja pacientus ir vienu metu dirba su kompiuteriu, kažin ar jų bendradarbiavimas bus efektyvus ir kokybiškas. Šitie neigiami konsultacijos momentai gali būti minimizuoti, jei gydytojas sugebės perskirstyti darbo prioritetus - su kompiuteriu susijusias užduotis atlikti konsultacijos gale[61].

Nors sveikatos priežiūroje elektroninės paslaugos egzistuoja ne pirmus metus, gydytojų bendradarbiavimas su pacientais elektroninio pašto pagalba dar nėra pakankamai išvystytas. A. M. Audet, K. Davis, S. C. Schoenbaum[62] atlikus nacionalinio masto reprezentatyvų tyrimą JAV nurodė, kad tik 16 proc. iš 1837 apklaustų gydytojų susisiekiama su pacientais per elektroninį paštą ir tik 36 proc. gauna atgalinį ryšį nuo šitų pacientų. Vėl gi A. F. Kittler ir kiti bendraautorai[63] paaiškina tokią situaciją tuo, kad neapibrėžiama gydytojų darbo apimtis, atsiranda neaiškumai dėl pačių medikų ir pacientų saugumo bei už dyką niekas nenori papildomai vargti.

Nepaisant to, kad medikai, tarp jų BPG, dar nėra pakankamai subrendę, kad teiktų tokio lygio paslaugas, nauda medicininė paslaugų vartotojams išlieka akivaizdi. Elektroninė Sveikatos sistema ne tik ženkliai skatins ir gerins prieinamumą prie kokybiškų paslaugų nutolusiuose rajonuose, nepriklausomai nuo socioekonominio gyventojų statuso, bet taip pat skatins pirminę priežiūrą, tuo teikdama netiesiogines paslaugas pacientui: išlaisvins resursus nutolusių rajonų naudai, įtrauks pacientą į sveikatos procesus, įgalins komunikavimą tarp gyventojų ir jo pasirinkto BPG, tarp BPG ir pasirinkto specialisto, tarp gyventojų ir jo Elektroninės Sveikatos Istorijos (ESI), tarp BPG ir/ar specialisto bei vaistinės, taip pat diagnostinių, konsultacinių paslaugų teikėjų, tarp ESI ir sveikatos paslaugų valdymo ir administravimo bei finansavimo institucijų[64].

2.3. Literatūros duomenų apibendrinimas

Vykstant permainoms sveikatos priežiūros sistemoje, atsiradus konkurencinėms sąlygoms tarp sveikatos priežiūros įstaigų, sveikatos priežiūros paslaugų kokybė tampa vienu iš sveikatos reformos prioritetų ir verčia vis daugiau įsiklausyti į paciento, kaip sveikatos priežiūros paslaugų vartotojo, nuomonę[2].

Nors Lietuvoje pastaraisiais metais vis daugiau dėmesio skiriama tam, kaip pacientas vertina teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, pirminės sveikatos priežiūros grandyje, kur pacientas lankosi dažniausiai, jo nuomone dar tik pradėta domėtis[3].

Prieinamumas išlieka PSP kokybės raktu, nes atviras prieinamumas gali geriau atitikti pacientų galimybes ir lūkesčius dalyvauti tęstiniame gydyme ir priežiūroje[47].

Gyventojų nepasitenkinimas kyla dėl patekimo pas gydytoją problemų, ilgų eilių prie gydytojų kabinetų, registratūrose, todėl sveikatos priežiūros restruktūrizavimo eigoje plėtojant ambulatorinę pagalbą, svarbu užtikrinti šių paslaugų prieinamumą[10].

Vienas iš ženkliai ateities prieinamumo rodiklių, galinčių radikaliai pakeisti visą sveikatos sistemą, yra elektroninės sveikatos sistemos kūrimas. Tai leis kokybiškai vykdyti ligų prevenciją, ligų diagnostiką, efektyviau ir greičiau priimti klinikinius sprendimus, vykdyti pacientų sveikatos monitoringą, organizuoti priežiūrą į namus bei kt.[59].

3. DARBO MEDŽIAGA IR METODIKA

Tyrimas buvo pradėtas 2005 mokslo metų pradžioje ir ruošiamasi baigti 2007 mokslo metų pabaigoje. Tyrimui atlikti buvo gautas Naujosios Vilnios poliklinikos (NVP) administracijos leidimas, kuri paskyrė atsakingą slaugytoją paruošti tam darbo vietą. Mūsų moksliniame darbe buvo panaudojama anoniminė apklausos anketavimo metodika, kuri buvo vykdoma minėtoje poliklinikoje. NVP pasirinkome dėl tuo metu susiklosčiusios ginčytinos situacijos dėl poliklinikos reorganizacijos.

Apklausa buvo pradėta nuo 2006 02 06 dienos ir baigta 2006 03 03. Apklausoje metu anketos buvo išdalintos visiems pilnamečiams (nuo 18 m. ir daugiau) sutinkantiems dalyvauti tyrime žmonėms. Dalyvaujančių imtis sudarė 488 respondentai. Analizuojant anketas, 12 iš jų nebuvo tinkamai užpildytos, todėl jų neįtraukėme į tyrimą. Bendras dalyvaujančių žmonių skaičius yra **476**, t. y. 97,5 proc. visų apklaustųjų. Iš viso apklausa užtruko 9 dienas ir truko apytikriai 2-3 valandas. Per šį laikotarpį apklaustas skirtingas žmonių skaičius (žr. 2 lent.).

2 Lentelė. Apsilankiusių poliklinikoje ir apklaustų pacientų skaičius

Apklausoje data	2006 02 06	2006 02 15	2006 02 22	2006 02 23	2006 02 24	2006 02 28	2006 03 01	2006 03 02	2006 03 03	Iš viso
Apsilankiusių pacientų skaičius	398	340	342	306	348	368	304	292	289	2987
Apklaustųjų skaičius	36	49	51	34	65	72	50	58	61	476

Iš lentelės matom, kad per apklausos laikotarpį apsilankė 2987 suaugusiųjų (skaičiai gauti iš NVP statistikos skyriaus), mes apklausėme 476 žmones, t. y. 15,93 proc. respondentų. Bet įvertinus tai, kad mes apklausinėjome ne visą darbo dieną, o tik dvi-tris darbo valandas, tai visos darbo dienos reprezentuojamų žmonių dalis sudaro 50,97 proc. apklaustųjų.

Pagal lytinį pasiskirstymą buvo apklausti vyrai ir moterys. Vyrų sutiko dalyvauti dvigubai mažiau negu moterų: atitinkamai 161 (33,8 proc.) ir 315 (66,2 proc.). Tokį

pasiskirstymą, matomai, sąlygojo tai, kad moterys labiau linkusios lankytis poliklinikose negu vyrai.

Vertinant apklaustųjų pildymo laiką, pažymima, kad daugiausia pacientų (305 respondentai, 64,1 proc.) pildė apytikriai 10 min., iš kurių pagal procentinę santykį nežymiai išsiskiria moterys (žr. 3 lent.), bet tai statistiškai nereikšminga, $P=0,37$, $\chi^2=1,98$, $df=2$, nes P yra $>0,05$.

3 lentelė. Anketos pildymo trukmė

Anketos pildymo trukmė (minutės)	Pacientų lytis		Iš viso
	Moteris	Vyras	
1-10	206 65,4%	99 61,5%	305 64,1%
11-20	94 29,8%	57 35,4%	151 31,7%
21-60	15 4,8%	5 3,1%	20 4,2%
Iš viso	315 100,0%	161 100,0%	476 100,0%

$P=0,37$, $\chi^2=1,98$, $df=2$;

Prieš pradėdant rinkti, duomenis buvo atliktas eksperimentinis tyrimas – klausimyno aprobacija. Anketą užpildė 30 žmonių, kad išsiaiškintumėme, ar klausimai suprantami ir aiški pildymo tvarka. Po probatorinės apklausos buvo atsižvelgta į gautas pastabas ir pasiūlymus, klausimynas pakoreguotas ir papildytas.

Bendrą tyrimo instrumentą, t. y. standartizuotą klausimyną sudarė 44 klausimai. Šie klausimai buvo skirti NVP paslaugų prieinamumui ir medicinos personalo darbo kokybei įvertinti. Klausimynas buvo parengtas remiantis dviejų standartizuotų anketų duomenimis (Jatulis et al. ir pacientų pasitenkinimo gautomis paslaugomis klausimynu, kuris buvo taikomas KMI ligoninėje), kuris buvo papildytas ir adaptuotas mūsų tyrimui.

Visi 44 klausimai pilnai buvo panaudoti duomenų analizei. Apklaustųjų charakteristika apžvelgė 6 klausimus, nuo 1-5,13. Likusius klausimus galima suskirstyti taip:

- Apimantys paslaugų prieinamumą – 12 klausimų (6, 7, 9-11, 14-20 kl.);

- Apimantys BPG/terapeuto darbo kokybę – 11 klausimų (8, 12, 21-23, 28- 30, 32-34 kl.);
- Apimantys slaugytojų darbo kokybę – 6 klausimai (24, 31, 35-38 kl.);
- Apimantys sveikatos priežiūros sistemos pokyčių vertinimą – 3 klausimai (41-43 kl.);
- Visi kiti 6 klausimai priskirti prie kitos grupės, tai 25-27, 40, 41, 44 kl.

Pagal požymių tipus ir skalę klausimai suskirstomi taip:

- Diskretūs nominalūs dichotominiai – 7 klausimai;
- Diskretūs nominalūs multichotominiai – 16 klausimų;
- Diskretūs ordinalūs – 16 klausimų;
- Tolydūs intervaliniai – 4 klausimai.

Vienas klausimas yra Likerto skalės pobūdžio. Jis charakterizuoja pacientų sveikatos būklės vertinimą nuo 1 iki 10 balų, kur vienas – tai žemiausias vertinimas, o dešimt – aukščiausias. 44 klausimas yra atviro pobūdžio, kur respondentai galėjo laisvai išreikšti savo nuomonę apie poliklinikos darbo tvarką, medicinos personalo teigiamas ir neigiamas savybes, jų darbo efektyvumą.

Tyrimas darytas dviem kryptim: pirmiausia analizavome NVP našumo rodiklius (pvz., prisirašytų pacientų skaičių, sergančiųjų skaičių ir pan.), antras mūsų uždavinys buvo išanalizuoti ASPĮ kokybės ir prieinamumo klausimus, remiantis apklausos gautais duomenimis. Pirmu atveju vadovavomės NVP metine ataskaita, kurią gavome dėka poliklinikos direktoriaus jam sutikus dalyvauti tyrime. Našumo rodiklius vertinome nuo 2000 m. iki 2004 m. imtinai. Patogumui rodikliai buvo suvesti į EXCEL programą. Analizei ir grafiškam apdorojimui naudojome Harvard Graphics 4.0 paketą. Šito paketo pagalba pavaizdavome ne tik absoliučius skaičius, bet panaudojus Tiesinės regresijos ($Y=a+bx$) metodą įvertinome šių našumo rodiklių kitimo tendenciją. Dinaminės eilutės išlyginimo (aproksimacijos) kokybė buvo vertinta determinacijos koeficientu (r^2), kuris svyruoja nuo 0 iki 1. Kuo jo reikšmė artimesnė vienetui, tuo tiesinis modelis geriau aproksimavo laiko eilutę. Vidutinis kasmetinis rodiklių kitimas įvertintas panaudojant b regresijos koeficientą (angl. Slope).

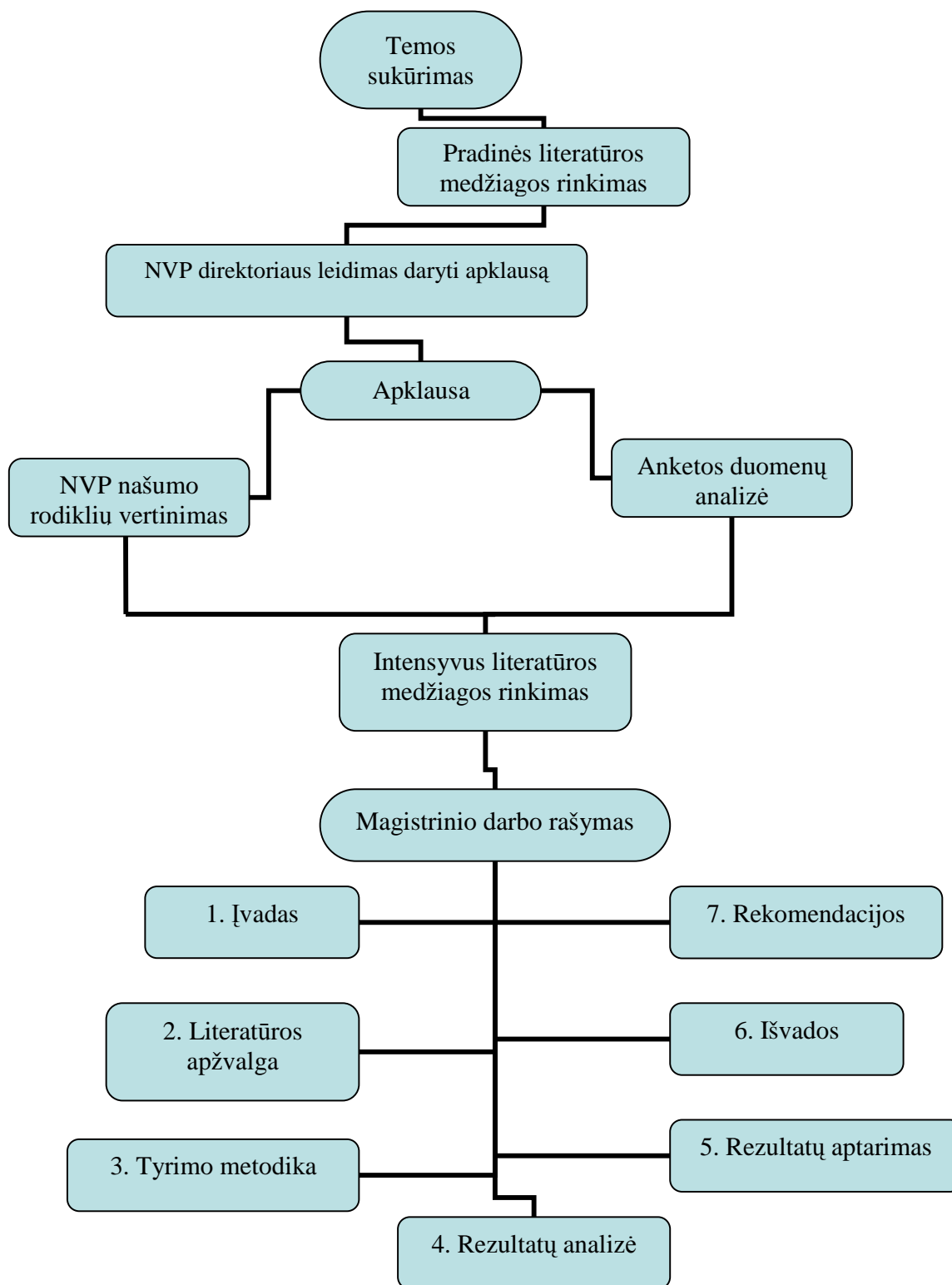
Klausimyno duomenims analizuoti ir interpretuoti naudojome SPSS v.11 programą. Tolydiems, turintiems normalų pasiskirstymą požymiams analizuoti ir palyginti buvo panaudotas 95 proc. pasikliautinų intervalų ($P < 0,05$) bei dispersinės analizės (ANOVA) metodas su Fišerio kriterijumi, o diskretiems dydžiams interpretuoti – χ^2 metodas bei kryžminės tabuliacijos procedūros. Tolydiems požymiams taip pat buvo nustatytas vidurkis, mediana, standartinis nuokrypis bei vidurkio paklaida. Tolydžių dydžių perkodavimui į kategorinį ordinalų naudojome

transformacijos procedūrą, prieš tai suskirsčius juos į percentiles pagal variacines taisykles. Paveikslų kūrimui vadovavomės SPSS ir EXCEL programomis bei lentelių sudarymui tik SPSS programa.

Literatūros šaltinių paieška vyko per dvi pagrindines paieškos sistemas, t. y. per MEDLINE ir GOOGLE. Literatūros sąrašas sudarytas remiantis Reference Manager 11 v. programa pagal Vancouver bibliografijos stilių.

Tyrimo eiga (žr. 3 pav.): komentuoju žemiau parodytą schemą, tikslinga pažymėti, kad sunkiausiai dirbti buvo su literatūros apžvalga ir rezultatų aptarimais.

Apklausoje vykdymo metu sunkumų kilo porą dienų prieš pabaigą su dirbančiu poliklinikoje personalu. Kadangi tuo metu poliklinikoje vyko diskusijos dėl jos reorganizacijos, o anketoje pateikti klausimai buvo apie gydytojų ir slaugytojų darbo kokybę, tai medicinos personalas kaip ir pacientai bijojo dėl jos panaikinimo.



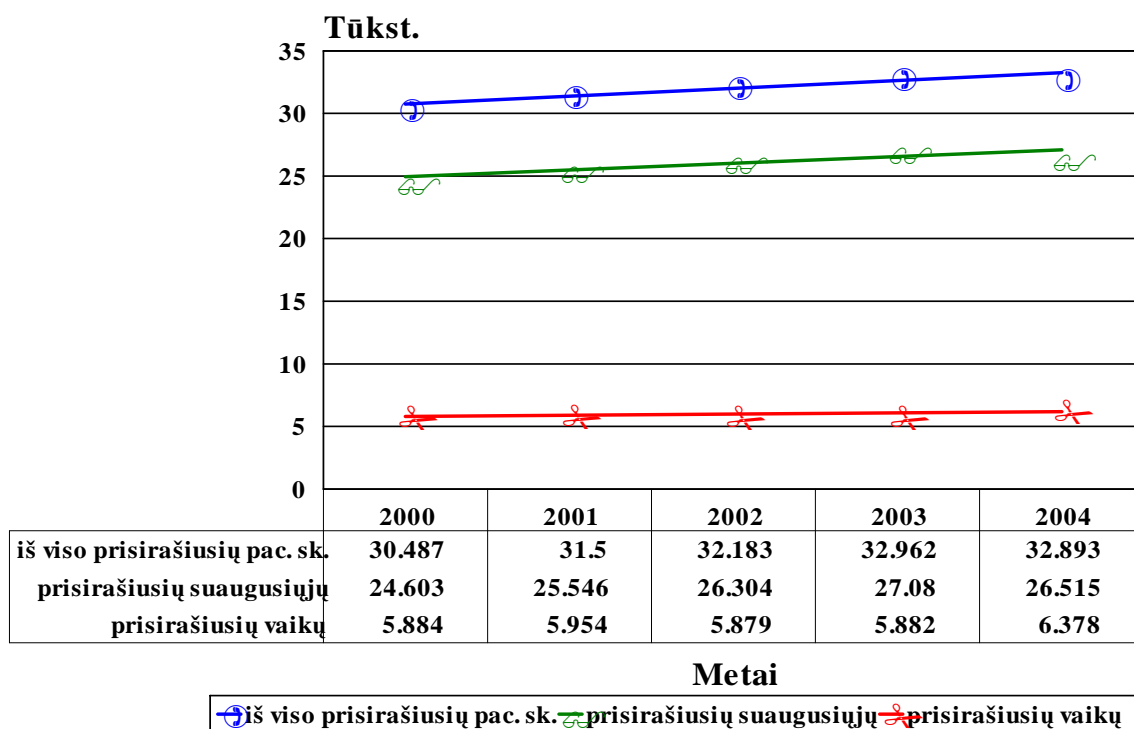
3 pav. Tyrimo eigos schema

4. SAVI REZULTATAI

4.1. Naujosios Vilnios poliklinikos našumo rodiklių analizė

Iš paveikslo (žr. 4 pav.) matome, kad 2000-2004 m. dinamikoje prisirašiusių pacientų skaičius padidėjo nežymiai, t. y. apie 2,5 tūkst. naujų atvejų. Vaikų palyginus su suaugusiais, kurių skaičius padidėjo nuo 24 603 iki 26 515, išaugo tik tai 500 atvejų. Kaip buvo pasakyta skyriuje „Darbo metodika“, poliklinikos veiklos našumo rodikliai buvo įvertinti panaudojus Tiesinės regresijos metodą. Taigi, pagal rodiklį „iš viso prisirašiusių pacientų skaičius“ tiesinės regresijos lygtis yra $y_1=30122,8+627,4x$. Ji parodo, kad kiekvienais metais prisirašiusių pacientų skaičius augs po 627 naujų atvejų. Pagal „prisirašiusių suaugusiųjų skaičių“, kurio lygties funkcija $y_2=24402,2+535,8x$, suaugusiųjų atitinkamai padidės 535,8 atvejo, o vaikų ($y_3=5720,6+91,6x$) 91,6 atvejo. Didžiausias determinacijos koeficientas (r^2) yra bendroje prisirašiusių pacientų tiesėje, kas rodo, kad atstumas tarp tiesės ir taškų yra mažiausias bei tikimybė nukrypti ypač maža, trendas rodo aiškia patikimą tendenciją.

Prisirašiusių pacientų skaičius

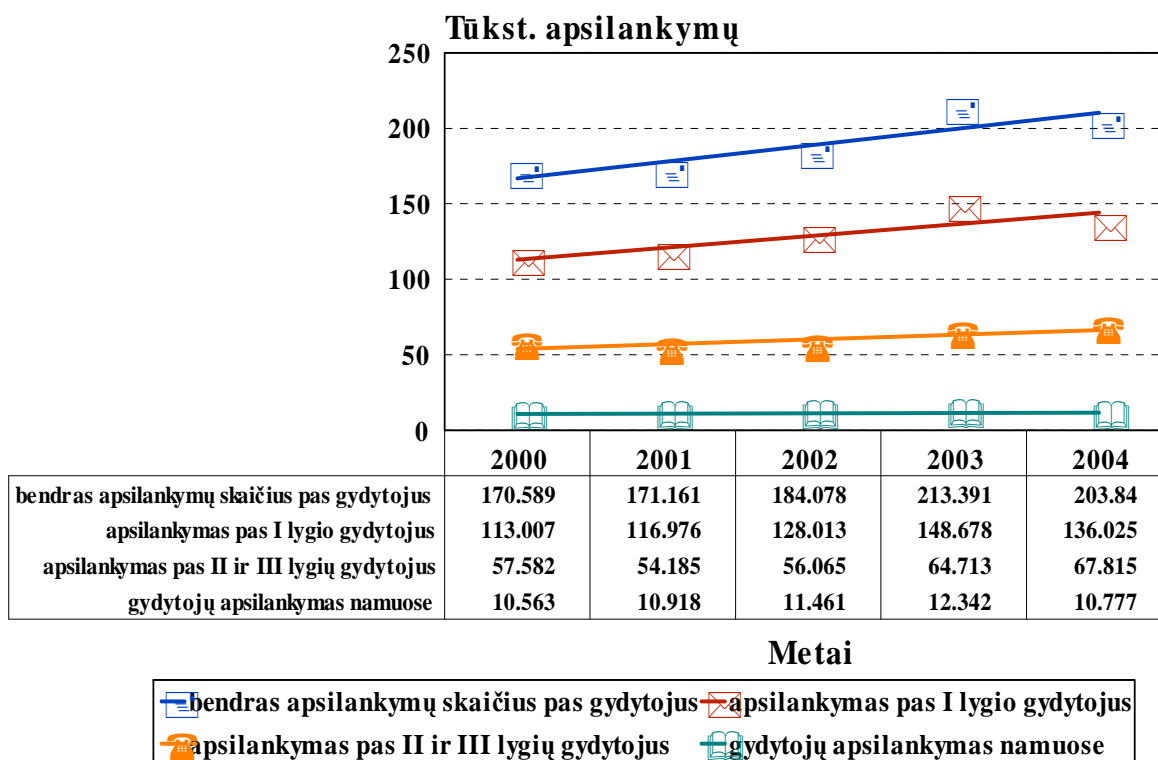


4 pav. Prisirašiusių pacientų skaičius Naujosios Vilnios poliklinikoje, kur y_1 ir r_1^2 – mėlynos tiesės, y_2 , r_2^2 – žalios tiesės ir y_3 , r_3^2 – raudonos tiesės rodikliai.

$$y_1=30122,8+627,4x; r_1^2=0,91; y_2=24402,2+535,8x; r_2^2=0,77; y_3=5720,6+91,6x; r_3^2=0,44.$$

Apsilankymų paveiksle (žr. 5 pav.) irgi pastebima didėjimo tendencija. Dažniausiai per visus metus lankomasi pas I lygio gydytojus. Skirtumas tarp 2000 m. ir 2004 m. yra 23000 apsilankymų, nors palyginus su 2003 m. skirtumas buvo didesnis apie 35000 atvejų. Labai nežymiai didėja gydytojų lankymasis pacientų namuose, kuris palyginus su 2000 m. neviršija net vieno tūkstančio.

Apsilankymų poliklinikoje skaičius

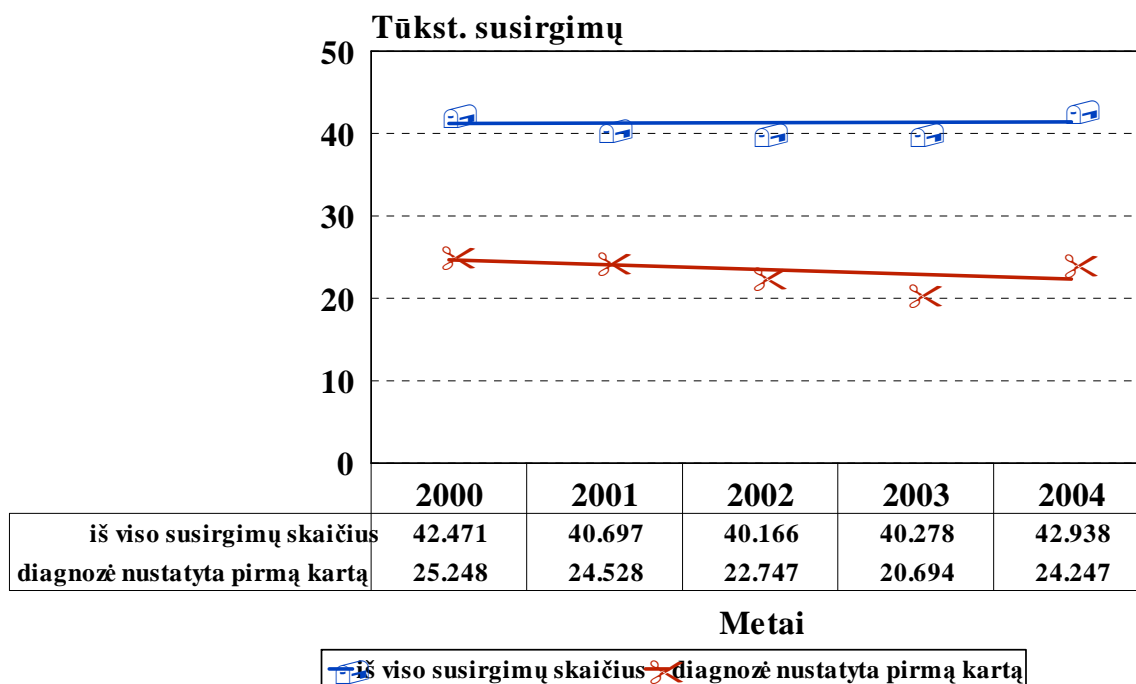


5 pav. Naujosios Vilnios poliklinikos pacientų apsilankymų skaičius, kur y_1 ir r_1^2 – mėlynos, y_2 , r_2^2 – raudonos, y_3 , r_3^2 – oranžinės bei y_4 , r_4^2 – žalios tiesių rodikliai.

$y_1=155992,2+10873,2x$, $r_1^2=0,79$; $y_2=105218,4+7773,8x$, $r_2^2=0,72$; $y_3=50773,8+3099,4x$, $r_3^2=0,69$; $y_4=10656,6+185,2x$, $r_4^2=0,16$.

Susirgimų skaičiaus dinamikoje didėjimo tendencijos beveik nepastebima, kas džiugina, o naujų susirgimų atvejuose išvelgiama net neigiama tendencija (žr. 6 pav.). Prognozuojama, kad pirmą kartą nustatytų diagnozių kiekis kasmet mažės po 583,6 atvejų. Pastebėtina dar tai, kad susirgimų skaičius per penkis metus buvo varijuojantis, t. y. nuo 2001 m. iki 2003 m. buvo sumažėjęs iki 40 tūkst. su trupučiu, o 2004 m. vėl išaugo ir viršija 2000 m. rodiklį.

Susirgimų skaičiaus dinamika



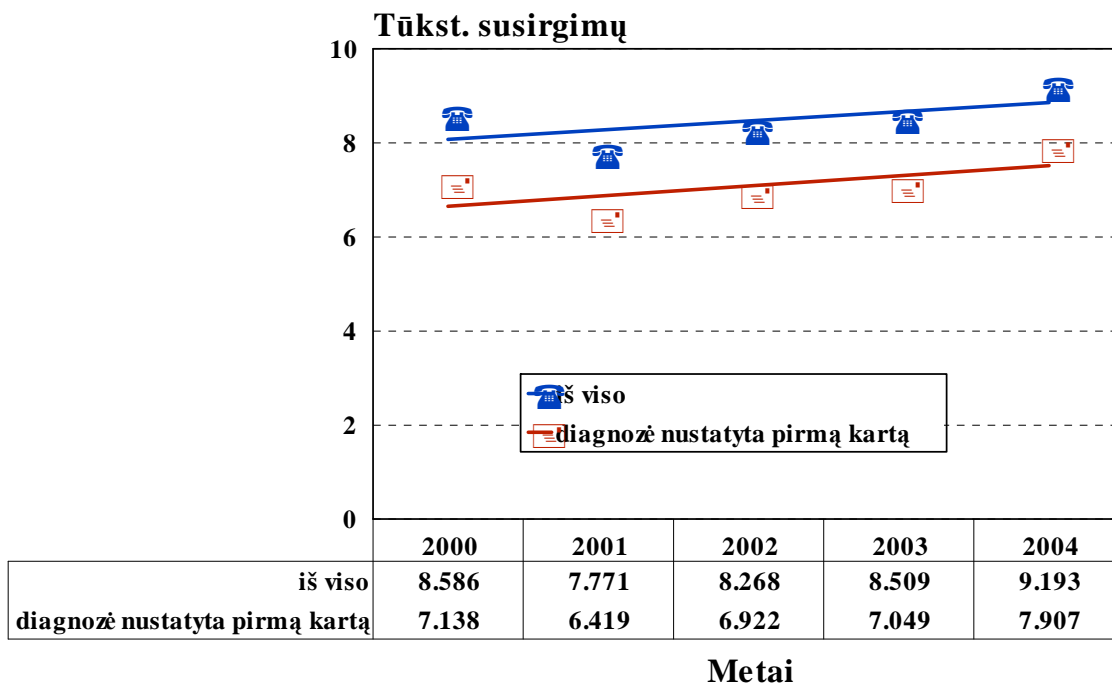
6 pav. Naujosios Vilnios poliklinikos susirgimų skaičiaus dinamika per 2000 – 2004 m., kur y_1 ir r_1^2 – mėlynos, y_2 , r_2^2 – raudonos tiesių rodikliai.

$$y_1=41155,5+51,5x, r_1^2=0,00; y_2=25243,6-583,6x, r_2^2=0,25.$$

Iš dažniausiai pasitaikančių susirgimų NVP registruojamos kvėpavimo sistemos ligos, antrą vietą užima sergantieji kraujotakos, trečią urogenitalinės sistemos ligomis. Panagrinėsime sergančiųjų dinamiką kvėpavimo sistemos ligomis (žr. 7 pav.). Matome, kad 2000 m. - 2004 m. susirgimų išaugo nuo 8586 iki 9193 atvejų. Tiesinės regresijos lygties funkcija ($y_1=7879,8+195,2x$) parodo, kad didėjimo tendencija išliks ir ateinančiais metais naujų registruotų atvejų bus 195,2 daugiau negu praeitais metais. Pirmą kartą diagnozuotų ligų skaičius irgi pasižymi teigiama didėjimo tendencija. „Raudonosios“ tiesės lygties funkcija pasižymi dar didesne didėjimo tikimybe, t. y. kasmet naujai diagnozuotų atvejų augs po 216,8.

Kraujotakos sistemos ligomis sergančiųjų ir naujai diagnozuotų atvejų skaičių kitimas parodytas 9.2 priedo skyriuje.

Kvėpavimo sistemos ligos

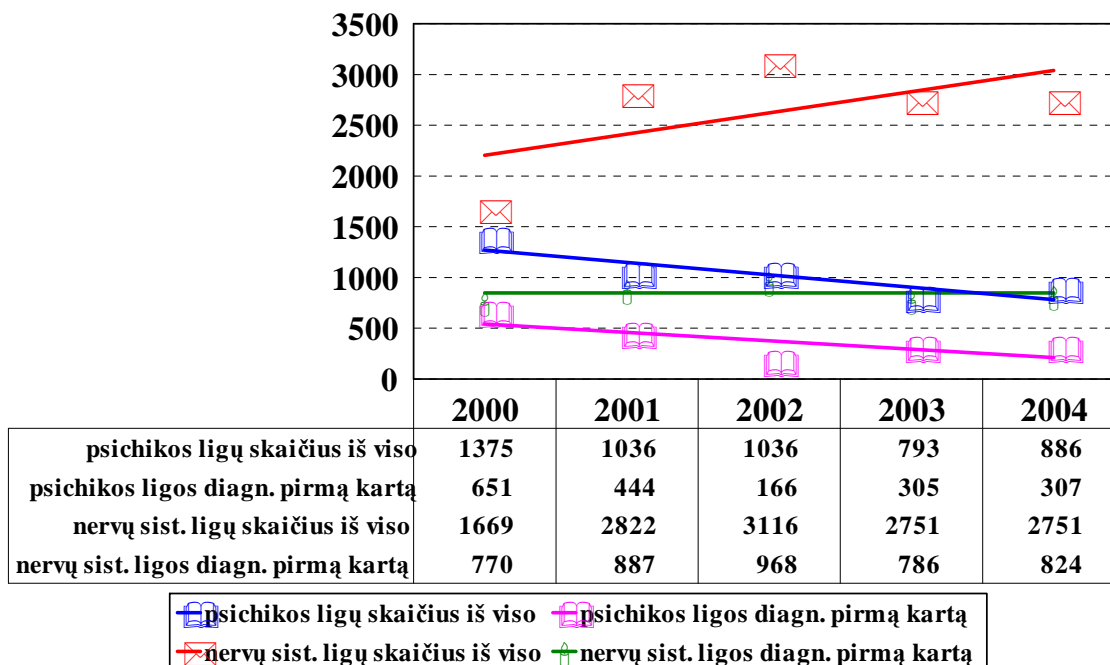


7 pav. Sergančiųjų skaičius kvėpavimo sistemos ligomis, kur y_1 ir r_1^2 – mėlynos, y_2 , r_2^2 – raudonos tiesių rodikliai.

$$y_1=7879,8+195,2x, r_1^2=0,35; y_2=6436,6+216,8x, r_2^2=0,40.$$

Iš kitų labiausiai neigiamą tendenciją iliustruojančių našumo rodiklių paveikslų yra psichikos ir elgesio sutrikimų grafikas (žr. 8 pav.). Jo Tiesinės regresijos lygties funkcijos ir koreliacijos ryšiai ($y_1=1391,5-122,1x$, $r_1^2=0,76$; $y_2=622,7-82,7x$, $r_2^2=0,5$) parodo, kaip smarkiai mažėja sergančiųjų ir naujai diagnozuotų atvejų skaičiai, ko negalima pasakyti apie nervų ligomis sergančiųjų kitimo tendenciją ($y_1=1993,9+209,3x$, $r_1^2=0,35$; $y_2=844,9+0,7x$, $r_2^2=0,00$), žr. 8 pav.

Psichikos ir nervų sistemos ligomis sergančiųjų dinamika



8 pav. Psichikos ir nervų sistemos ligomis sergančiųjų dinamika

$y_1=1391,5-122,1x$, $r_1^2=0,76$; $y_2=622,7-82,7x$, $r_2^2=0,5$ – psichikos ir elgesio sutrikimų kintamieji, kur y_1 , r_1^2 – mėlynos, o y_2 , r_2^2 – rožinės tiesės rodikliai;

$y_1=1993,9+209,3x$, $r_1^2=0,35$; $y_2=844,9+0,7x$, $r_2^2=0,00$ – nervų sistemos ligų kintamieji, kur y_1 , r_1^2 – raudonos, y_2 , r_2^2 – žalios tiesės rodikliai.

4.2. Apklaustos duomenų analizė

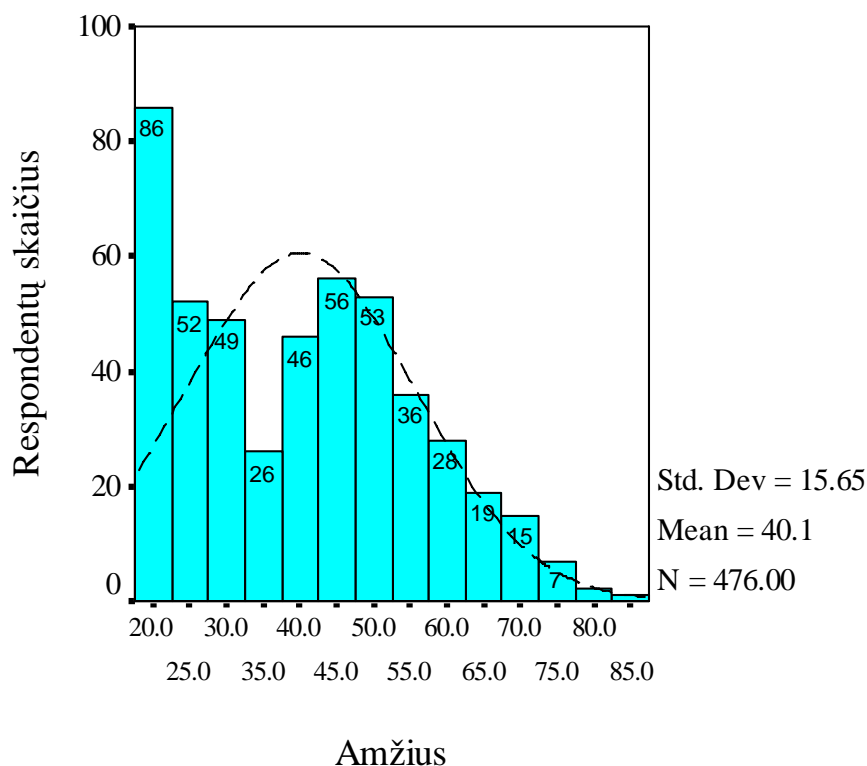
4.2.1. Apklaustųjų charakteristika

❖ Respondentų pasiskirstymas pagal amžių

Respondentų, kurių bendras skaičius 476, pasiskirstymo diagramoje (žr. 9 pav.) kreivė nukrypusi į jauniausių apklaustųjų pusę, kas rodo, kad apklausoje daugiau dalyvavo jaunimas negu vidutinio ir vyresnio amžiaus pacientai. Mūsų atveju amžiaus vidurkis yra 40,1 metų, tai

atitinka medianą (40 metų), standartinis nuokrypis $\pm 15,65$ metų į vieną ir į kitą pusę nuo vidurkio. Amžius pagal percentiles buvo sugrupuotas į penkias grupes į 18-23, 24-33, 34-45, 46-55 ir 56-85 metus, to pasėkoje gavome irgi panašią situaciją – 41 proc. yra jauniausio ir jauno amžiaus pacientų, 23 proc. - vidutinio ir 37 proc. vyresnio ir vyriausio amžiaus respondentų (žr. 9.2.1. priedą).

Amžiaus pasiskirstymo kreivė



9 pav. Respondentų pasiskirstymo pagal amžių kreivė

❖ Amžiaus priklausomybė nuo lyties

Iš 4 lentelės matom, kad tyrime dalyvavo 315 (66,2 proc.) moterų bei dvigubai mažiau vyrų (161 respondentas, kas atitinka 33,8 proc.). Pagal amžiaus grupę procentinė moterų išraiška visur didesnė, kai kuriais atvejais net dvigubai, tai sąlygoja statistiškai patikimą skirtumą tarp amžiaus ir lyties kategorijų ($P=0,00$; $\chi^2 = 19,46$; $df = 4$).

4 lentelė. Amžiaus priklausomybė nuo lyties

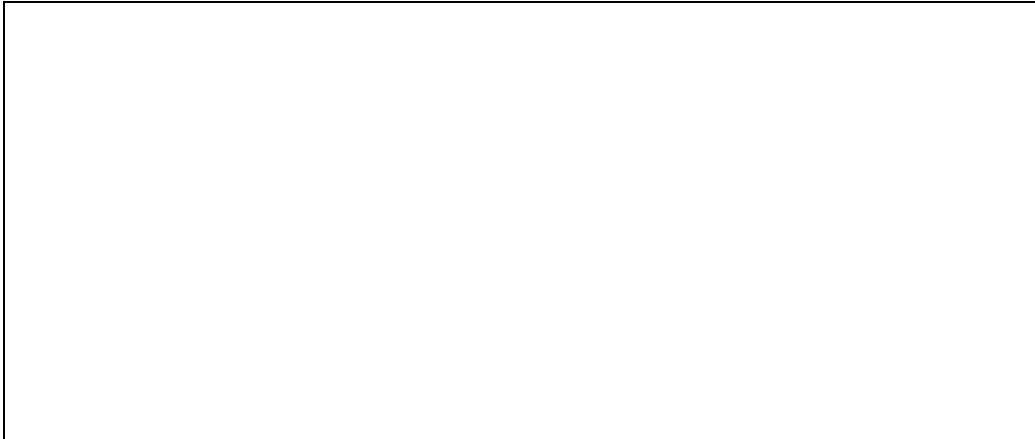
Amžiaus grupė	Pacientų lytis		Iš viso
	Moteris	Vyras	
Jauniausio amž. (18-23 m.)	66 57.9%	48 42.1%	114 100.0%
Jauno amž. (24-33 m.)	43 53.8%	37 46.3%	80 100.0%
Vidutinio amž. (34-45 m.)	87 80.6%	21 19.4%	108 100.0%
Vyresnio amž. (46-55 m.)	64 67.4%	31 32.6%	95 100.0%
Vyriausio amž. (56-85 m.)	55 69.6%	24 30.4%	79 100.0%
Iš viso	315 66.2%	161 33.8%	476 100.0%

$P=0,00$, $\chi^2=19,46$; $df=4$

❖ Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą

Daugiausia apklaustųjų buvo vidurinio pasirengimo žmonės, iš ko galima spręsti apie jų amžių ir šiuolaikinį statusą visuomenėje, jie sudarė 35 proc. visų žmonių. Vidurinio specialaus išsilavinimo respondentai yra antroje vietoje po vidurinio. Iš to seka, kad dauguma žmonių yra įgiję profesiją dar Sovietų Sąjungos laikais profesinėse mokyklose. Aukštasis išsilavinimas užima tik šeštą dalį visos kategorijos (žr. 10 pav.).

Išsilavinimas

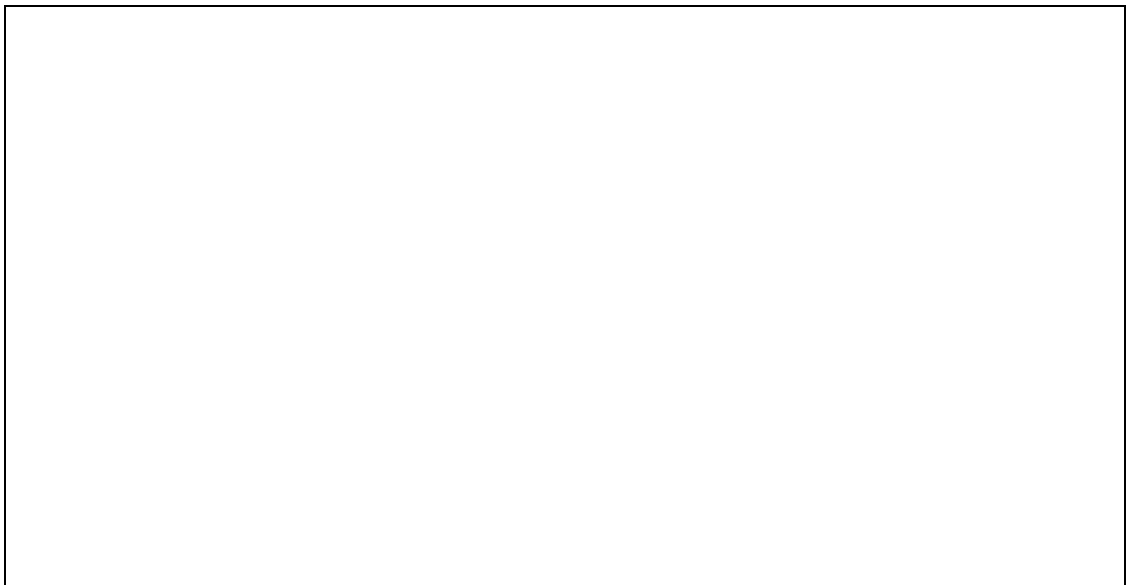


10 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą

❖ Respondentų pasiskirstymas pagal socialinę grupę

Cilindro formos stulpelinėje diagramoje dirbančiųjų (tarnautojų ir darbininkų) suma sudaro 281 respondentas, kas atitinka 59 proc. apklaustųjų, studijuojančių žmonių yra 88 (19 proc.), pensinio amžiaus - 70 (15 proc.), o šeimininkaujančių namuose 29 (6 proc.) apklaustieji. Kitų grupę sudarė 6 proc., dalis iš jų yra neįgalieji (žr. 11 pav.). Pažymėtina, kad į šį klausimą pacientai galėjo atsakyti nevienareikšmiai, t. y. pasirinkti ne vieną atsakymo variantą.

Socialinė grupė



11 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal socialinę grupę

❖ Respondentų pasiskirstymas pagal tautybę

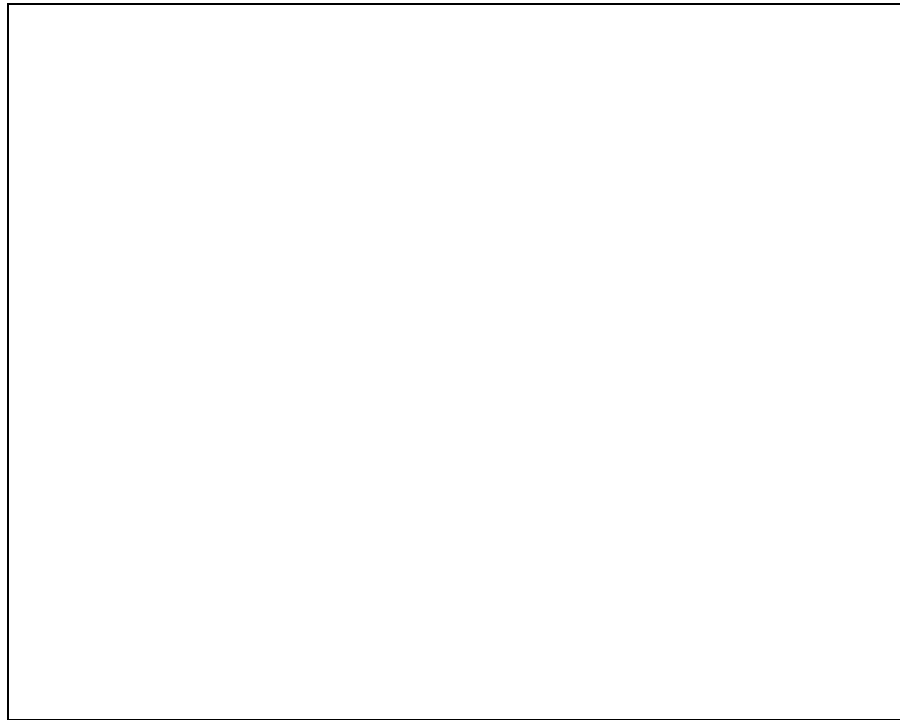
Vertinant apklaustųjų tautybę, pažymima, kad tautinės mažumos vyrauja šioje kategorijoje, jie atitinka 72 proc. visų apklausos dalyvių, t. y. 343 respondentai, iš kurių 207 (44 proc.) lenkai, 108 (23 proc.) rusai ir 28 (6 proc.) kitos tautybės (baltarusiai, žydai, ukrainiečiai) žmonės. Lietuviai NVP sudaro tik 28 proc. (133 respondentai) nuo 476 apklaustųjų.

Nagrinėjant apklaustųjų tautybės priklausomybę nuo išsilavinimo, įdomu tai, kad dauguma lietuvių (31; 41 proc.) turintys aukštąjį išsilavinimą žmonės, negu lenkai (23; 31 proc.), rusai (19; 25 proc.) ir kitų tautybių (2; 3 proc.) pacientai. Tuo tarpu lenkai vyrauja pagal visus kitus išsilavinimo rodiklius, t. y. jų dauguma turi pradinį, vidurinį, vidurinį specialųjį ir aukštesnįjį išsilavinimą. Rusai eina pagal rodiklius iš paskos lenkams. Ryškaus skirtumo tarp išsilavinimo ir tautybės atsakymo variantų nepastebėta ($df=15$; $P=0,08$; $\chi^2=22,8$), (žr. 9.2.1. priedą).

❖ Respondentų sveikatos būklės vertinimas pagal 10 balų sistemą

Iš 12 paveikslo matome, kad respondentų pasiskirstymo kreivė yra parametriška, išsiskiriančių variantų nėra. Dauguma apklaustųjų, kurių yra 196, išsidėsto kreivės viduryje, kas rodo, kad jie jautėsi apklausos metu nepakankamai sveikai. Jų sveikatos vertinimo vidurkis yra $6,3 \pm 2,04$ balų į abi puses. Bendras pacientų skaičius, atsakiusių į šį klausimą yra 468 respondentai. Sugrupavus jų vertinimus į tris kategorijas, t. y. nuo 1 iki 3 – žemas savęs vertinimas, nuo 4 iki 6 – vidutinis savęs vertinimas ir nuo 7 iki 10 balų – aukštas savęs vertinimas, jų atsakymai išsidėsto taip – 31 (7 proc.), 224 (47 proc.) ir 213 (45 proc.) atitinkamai.

Pacientų sveikatos būklė



12 pav. Respondentų sveikatos būklės vertinimas pagal 10 balų sistemą

Analizuojant sugrupuotos sveikatos būklės priklausomybę nuo lyties (žr. 5 lentelę), pažymima, kad skirtumas tarp šitų grupių yra statistiškai patikimas ir lygus $P=0,03$, ką reiškia, kad moterų kontingentas savo sveikatos būklę linkęs vertinti labiau neigiamai nei vyrai.

5 lentelė. Sugrupuotos sveikatos būklės priklausomybė nuo lyties

Sveikatos būklė	Pacientų lytis		Iš viso
	Moteris	Vyras	
Žemas vertinimas (1-3 balai)	22 7.1%	9 5.7%	31 6.6%
Vidutinis vertinimas (4-6 balai)	164 52.9%	60 38.0%	224 47.9%
Aukštas vertinimas (7-10 balų)	124 40.0%	89 56.3%	213 45.5%
Iš viso	310 100.0%	158 100.0%	468 100.0%

$P=0,03$; $\chi^2=11,3$; $df=2$

4.2.2. Naujosios Vilnios poliklinikos prieinamumo įvertinimas

❖ Pagrindinių prieinamumo rodiklių įvertinimas

Žemiau pateiktoje lentelėje (žr. 6 lent.) išreikšta pacientų nuomonė dėl NVP prieinamumo kokybės ir efektyvumo. Kaip tikriausiai pastebėjote iš lentelės, užsiregistruoti pas bendrosios praktikos gydytoją sunkiai sekasi 129 (27 proc.) apklaustiesiems, 166 (35 proc.) pacientų jokių problemų neturi, o 173 (36 proc.) respondentai užsiregistravimą vertina vidutiniškai.

Laiko gaišimas prie registratūros ir gydytojo kabineto vertinamas panašiai: labai blogai ir blogai pažymėjo – 150 (32 proc.) ir 158 (33 proc.) pacientų atitinkamai, vidutiniškai - 198 (42 proc.) ir 189 (40 proc.) bei gerai ir puikiai – 116 (25 proc.) ir 94 (20 proc.) apklaustųjų atitinkamai.

Daugiau nei trečdalis (185, 39 proc.) respondentų pažymėjo, kad neturi arba beveik neturi galimybės susisiekti su gydytoju po darbo ir savaitgaliais bei penktadalis (88; 19 proc.) apklausos dalyvių apskritai nežino, kad tai įmanoma.

Specialios priežiūros prieinamumą labai blogai ir blogai vertina po 16 proc. apklaustųjų, apie trečdalį pacientų ji vidutiniškai prieinama bei penktadalis visų apklaustųjų jokių sunkumų nemato. 8 proc. respondentų nuomonės apie specialios priežiūros prieinamumą neturi.

26 proc. respondentų mano, kad Greitoji NVP pagalba veikia labai blogai arba blogai, 30 proc. pacientų yra priešingos nuomonės, o 34 proc. apklaustųjų užima aukso viduriuką. Tuomet 10 proc. pacientų su Skubia pagalba nesusidūrė.

Bendrai sveikatos priežiūros paslaugos pusės (52 proc.) apklaustųjų vertinamos kaip vidutiniškai prieinamos, 15 proc. respondentų iš viso ar dalinai nepatenkinti jomis bei 144 (30 proc.) labiausiai patenkinti.

Skirtumas tarp visų nagrinėjamų rodiklių yra statistiškai patikimas ir lygus $P=0,00$, koreliacinis ryšys yra vidutiniškai stiprus ir varijuoja tarp 0,3 ir 0,6.

6 lentelė. Prieinamumo rodiklių įvertinimas

	1	2	3	4	5	6 *
Galimybė užsiregistruoti pas BPG	59 12%	70 15%	173 36%	85 18%	81 17%	8 2%
Laikas sugaištas prie registratūros	70 15%	80 17%	198 42%	75 16%	41 9%	12 3%
Laikas sugaištas prie gydytojo kabineto	83 17%	75 16%	189 40%	66 14%	28 6%	35 7%
Galimybė susisiekti su gydytoju po darbo ir savaitgaliais	133 28%	52 11%	111 23%	37 8%	55 12%	88 19%
Specialios priežiūros prieinamumas	78 16%	76 16%	176 37%	67 14%	41 9%	38 8%
Skubios pagalbos prieinamumas	57 12%	67 14%	161 34%	82 17%	60 13%	49 10%
SP paslaugų prieinamumas	26 6%	43 9%	248 52%	67 14%	77 16%	15 3%

P=0,00.

* 1 – labai blogai, 2 – blogai, 3 – vidutiniškai, 4 – gerai, 5 – puikiai, 6 – nežinau, nesusidūriau, esu neinformuotas

❖ Prieinamumo rodiklių palyginimas pagal *socialinius-demografinius parametrus*

Užsiregistravimas pas gydytoją

Paėmus užsiregistravimą pas gydytoją ir amžių, išryškėja statistiškai patikimas skirtumas tarp grupių (P=0,01, $\chi^2=24,68$, df=12): jaunimas labiau nepatenkintas esančia situacija papulti pas daktarą negu vidutinio, vyresnio ir vyriausio amžiaus pacientai, kurie tai vertina nuolaidžiau (žr. 7 lent.).

7 lentelė. Užsiregistravimo pas gydytoją priklausomybė nuo amžiaus

Užsiregistravimas pas gydytoją	Amžiaus grupė					Iš viso
	Jauniausi	Jauni	Vidutinio amžiaus	Vyresni	Vyriausi	
Labai blogai ir blogai	42 36.8%	26 32.5%	24 22.2%	21 22.1%	16 20.3%	129 27.1%
Vidutiniškai	32 28.1%	23 28.8%	40 37.0%	43 45.3%	35 44.3%	173 36.3%
Labai gerai ir gerai	40 35.1%	29 36.3%	43 39.8%	30 31.6%	24 30.4%	166 34.9%
Nežinau		2 2.5%	1 0.9%	1 1.1%	4 5.1%	8 1.7%
Iš viso	114 100.0%	80 100.0%	108 100.0%	95 100.0%	79 100.0%	476 100.0%

$P=0,01, \chi^2=24,68, df=12$

Jeigu vertinti pagal lytį, trečdalis vyrų (31 proc.) pažymėjo „blogai ir labai blogai“, tuo tarpu nepatenkintų moterų tik penktadalis (25 proc.). Iš kitos pusės kita didesnė vyrų dalis (40 proc.) patenkinta ir labai patenkinta gaunančiomis užsiregistravimo paslaugomis, o moterų atitinkamai patenkintų tik 32 proc. Dauguma moterų (41 proc.) yra vidutinės nuomonės apie užsiregistravimo paslaugas, vyrų atitinkamai yra 27 proc. Skirtumas tarp šių grupių statistiškai patikimas ir lygus $P=0,01, \chi^2=10,21, df=3$.

Vertinant respondentų nuomonių pasiskirstymą pagal išsilavinimą ir socialinę grupę žymaus skirtumo neišryškėja (atitinkamai: $P=0,52, \chi^2=13,97, df=15$; $P=0,28, \chi^2=17,56, df=15$).

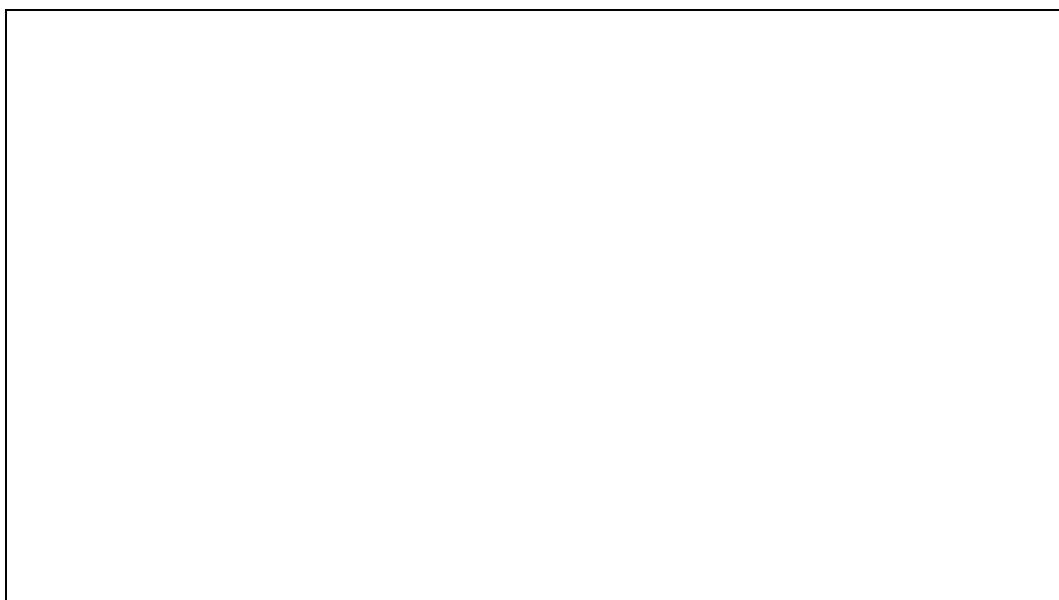
Užsiregistravimui pas gydytoją turi įtakos tautybė. Nustatyta, kad nepatenkintų grupėje vienu procentu daugiau vyrauja lietuviai (35 proc.), antroje vietoje – lenkai (39 proc.), po to rusai (23 proc.) ir kitos tautybės atstovai (9 proc.). Patenkintų grupėje pirmauja lenkai (43 proc.), paskui lietuviai (31 proc.), rusai (20 proc.) ir kitos tautybės (7 proc.) pacientai., kas statistiškai reikšminga, $P=0,03, \chi^2=18,30, df=9$.

Laiko gaišimas prie registratūros

Pažymėtina, kad respondentų vertinimai dėl laiko gaišimo prie registratūros ryškiai skiriasi priklausomai nuo amžiaus ir išsilavinimo. Kolegijų ir universitetų parengtas jaunimas yra labiau kategoriškas ir vertina registratūros prieinamumą žymiai blogiau negu kitos amžiaus ir išsilavinimo grupės atstovai, kas yra statistiškai patikima: $P=0,00$, $\chi^2=36,61$, $df=12$ ir $P=0,00$, $\chi^2=30,86$, $df=15$ atitinkamai (žr. 13 pav. ir 9.2.2. priedą).

Apibūdinant laiko gaišimą prie registratūros pagal lytį, socialinę grupę ir tautybę ryškaus skirtumo tarp grupių nepastebėta.

Laiko gaišimo registratūroje priklausomybė nuo išsilavinimo



$P=0,00$, $\chi^2=30,86$, $df=15$

13 pav. Laiko gaišimo registratūroje priklausomybė nuo išsilavinimo

Laiko gaišimas prie gydytojo kabineto

Vėl gi interpretuojant šitą rodiklį pagal amžių, išsilavinimą išryškėja panaši situacija kaip ir registratūroje, t. y. dauguma jauno amžiaus respondentų (iki 33 metų) su aukštesniu (37 proc.) ir aukštesniu (52 proc.) išsilavinimu laukimo trukmę prie gydytojo kabineto durų vertina neigiamai. Be to statistiškai reikšmingai pasiskirstė apklaustieji pagal socialinę grupę ($P=0,00$, $\chi^2=70,22$, $df=15$) ir tautybę ($P=0,01$, $\chi^2=20,79$, $df=9$), iš ko seka, kad daugiau negu pusė studentų (61 proc.) ir tarnautojų (54 proc.) nepatenkinti pagal šį prieinamumo rodiklį, o darbininkai (50

proc.), pensininkai (50 proc.), namų šeimininkai (31 proc.) ir kitos socialinės grupės atstovai (47 proc.), iš kurių dalis neįgalieji, vertina kaip pakenčiamai. Statistiškai reikšmingai neišsiskiria respondentai pagal lytį ($P=0,65$, $\chi^2=1,63$, $df=3$).

Galimybė susisiekti su gydytoju po darbo ir savaitgaliais

Galimybę susisiekti su gydytoju po darbo ir savaitgaliais beveik visos amžiaus grupės atstovų dauguma vertina neigiamai (iš jų 47 proc. 18-23 m., 50 proc. 24-33 m., 38 proc. 34-45 m. ir 34 proc. 46-55 m. amžiaus pacientai), išskyrus vyriausio amžiaus žmones (56-85 metai), kurių dauguma apskritai neįsivaizduoja apie tokios galimybės egzistavimą, jų yra 38 proc. ($P=0,00$, $\chi^2=45,82$, $df=12$).

Pagal išsilavinimą respondentai pasiskirstė taip: šią paslaugą neigiamai vertina 59 proc. aukštojo, 45 proc. aukštesniojo, 36 proc. vidurinio specialaus ir 30 proc. vidurinio išsilavinimo apklaustieji. Atsakymą „vidutiniškai“ pažymėjo 13 proc. aukštojo, 22 proc. aukštesniojo, 26 proc. vidurinio specialaus ir 27 proc. vidurinio išsilavinimo pacientai, o „gerai ir labai gerai“ tik 9 proc. aukštojo, 15 proc. aukštesniojo, 19 proc. vidurinio specialaus ir 27 proc. vidurinio išsilavinimo respondentai. Tai rodo, kad labiausiai nepatenkinti aukštojo išsilavinimo žmonės, skirtumas tarp visų grupių statistiškai patikimas ($P=0,00$, $\chi^2=31,70$, $df=15$).

Respondentų nuomonių pasiskirstymą pagal socialinę grupę matome 8 lentelėje, $P=0,00$, $\chi^2=39,60$, $df=15$.

8 lentelė. Respondentų galimybės susisiekti su gydytoju po darbo ir savaitgaliais priklausomybė nuo socialinės grupės

Galimybė susisiekti su gydytoju po darbo	Socialinė grupė						Iš viso
	Studentas	Darbininkas	Tarnautojas	Pensininkas	Namų šeimininkas	Kita	
Labai blogai ir blogai	30 42.3%	61 31.8%	36 52.2%	20 29.4%	13 44.8%	25 53.2%	185 38.9%
Vidutiniškai	22 31.0%	55 28.6%	9 13.0%	13 19.1%	7 24.1%	5 10.6%	111 23.3%
Labai gerai ir gerai	16 22.5%	40 20.8%	12 17.4%	12 17.6%	5 17.2%	7 14.9%	92 19.3%
Nežinau	3 4.2%	36 18.8%	12 17.4%	23 33.8%	4 13.8%	10 21.3%	88 18.5%
Iš viso	71 100.0%	192 100.0%	69 100.0%	68 100.0%	29 100.0%	47 100.0%	476 100.0%

$P=0,00, \chi^2=39,60, df=15$

Pagal lytį ir tautybę pacientų nuomonės dėl galimybės susisiekti su gydytoju po darbo ir savaitgaliais žymiai nesiskiria.

Specialios priežiūros prieinamumas

Vertinant specialistų priežiūros paslaugų prieinamumą, nei pagal vieną sociodemografinį požymį respondentų nuomonės ryškiai neišsiskiria.

Skubios pagalbos prieinamumas

Pastebėta, kad šio rodiklio pasiskirstymas pagal amžių, lytį ir socialinį statusą statistiškai patikimai skiriasi tarp grupių. Amžius yra požymis, kuris beveik pagal kiekvieną nagrinėjamą prieinamumo rodiklį turi įtaką pacientų nuomonių pasiskirstymui. Šiuo atveju respondentų nuomonės pagal amžių išsidėsto taip: „blogai ir labai blogai“ pažymėjo 33 proc. jauniausio (18-23 m.), 26 proc. jauno (24-33 m.), 30 proc. vidutinio (34-45 m.), 22 proc. vyresnio (46-55 m.) ir

25 proc. vyriausio (56-85 m.) amžiaus žmonės, atsakymą „vidutiniškai“ pažymėjo atitinkamai 37 proc. jauniausio, 28 proc. jauno, 32 proc. vidutinio, 36 proc. vyresnio, 37 proc. vyriausio amžiaus respondentai, o patenkintų šia paslauga buvo 30 proc. apklaustųjų, tarp kurių 28 proc. jauniesiems, 31 proc. jauni, 30 proc. vidutinio amžiaus, 33 proc. vyresni ir 28 proc. vyriausieji, nežinojusių, ką atsakyti į šį klausimą buvo 10 proc., tarp kurių daugiausia jauno ir vyriausio amžiaus respondentų (atitinkamai 15 proc., 20 proc.), $P=0,00$, $\chi^2=26,84$, $df=12$.

Libiausiai nepatenkintų šia paslauga tarp lyties yra moterys (31 proc.), o vyrų beveik per pusę mažiau (17 proc.), $P=0,01$, $\chi^2=9,95$, $df=3$.

Dauguma studentų (39 proc.) šiuo atveju yra vidutinės nuomonės apie nagrinėjamą prieinamumo rodiklį. Prie jų prisijungia dauguma pensinio amžiaus pacientų (35 proc.), namų šeimininkų (45 proc.) ir kitos socialinės grupės atstovų (34 proc.). Tarnautojai (36 proc.) labiau linkę vertinti šią paslaugą neigiamai negu visi kiti, o darbininkai (34 proc.) atvirkščiai teigiamai ($P=0,03$, $\chi^2=25,90$, $df=15$).

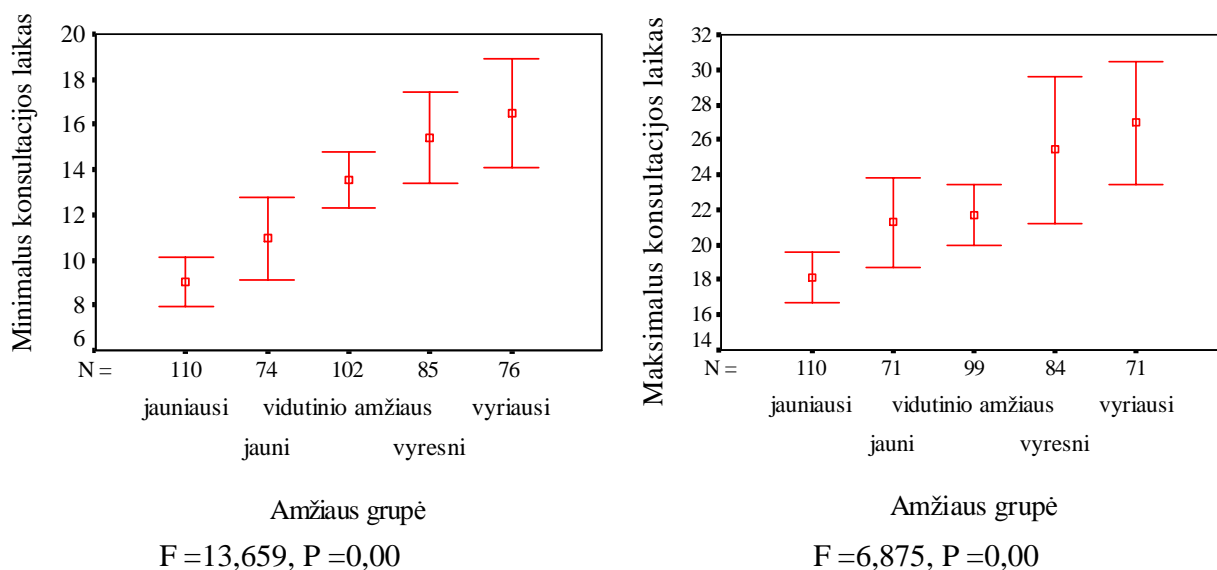
Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas

Į klausimą „Kaip Jūs bendrai vertinate sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą?“, didelė dauguma respondentų pažymėjo vidutinį atsakymo variantą. Tai būdinga ir nagrinėjant šį rodiklį pagal visus sociodemografinius požymius, išskyrus tautybę. Pažymima, kad lietuviai (23 proc.) labiau negu kitų tautybių (lenkai – 9 proc., rusai – 17 proc., kitos tautybės – 11 proc.) respondentai nepatenkinti sveikatos priežiūros paslaugomis, kas reikšmingai skiriasi tarp grupių ($P=0,00$, $\chi^2=27,65$, $df=9$).

❖ Konsultacijos trukmės priklausomybė nuo amžiaus

Pavaizduotame 14 pasikliautinų intervalų paveiksle, ypač kairiajame, ryškiai stebima tolygi konsultacijos trukmės priklausomybė nuo amžiaus, t. y. kuo amžius vyresnis, tuo konsultacijos trukmės vidurkis didesnis. Maksimalaus konsultacijos laiko paveiksle tokio tolygaus pasiskirstymo nepastebime, nors pasikliautinų intervalų apatinė riba didėjant amžiui irgi didėja.

Konsultacijos trukmės priklausomybė nuo amžiaus



14 pav. Konsultacijų trukmės (min.) priklausomybė nuo respondentų amžiaus (iš kairės – minimali konsultacijos trukmė, iš dešinės – maksimali konsultacijos trukmė)

Žemiau pateiktoje lentelėje (žr. 9 lent.) pavaizduoti absoliutūs konsultacijos trukmės vidurkių skaičiai nuo amžiaus grupės, kurie dar kartą patvirtina anksčiau pasakytą, kad kuo vyresnis žmogus, tuo gydytojai jį ilgiau konsultuoja. Atsakymų diapazonas (vidurkio standartinis nuokrypis) labai varijuoja vyresnio ir vyriausio amžiaus grupėse maksimalios konsultacijos trukmės pasiskirstymo dalyje (atitinkamai $25,42 \pm 19,34$ min. ir $26,97 \pm 14,80$ min.), kas rodo, kad pacientų nuomonės labai skiriasi šiuo klausimu. Skirtumas abėjuose atvejuose statistiškai reikšmingas, $F=13,659$, $P=0,00$ ir $F=6,875$, $P=0,00$.

9 lentelė. Konsultacijos trukmės paskirstymas pagal amžių

Konsultacijos laikas (minutėmis)	Respondentų amžiaus grupė	Respondentų skaičius	Konsultacijos trukmės vidurkis (min.)	Vidurkio standartinis nuokrypis (\pm)	Vidurkio standartinio nuokrypio paklaida	Fišerio ir patikimumo kriterijai (F ir P)
Minimalus konsultacijos laikas (min.)	Jauniausi	110	9.04	5.85	0.56	F =13,659 P =0,00
	Jauni	74	10.96	7.96	0.93	
	Vidutinio amžiaus	102	13.53	6.36	0.63	
	Vyresni	85	15.41	9.33	1.01	
	Vyriausi	76	16.50	10.59	1.22	
	Iš viso	447	12.86	8.42	0.40	
Maksimalus konsultacijos laikas (min.)	Jauniausi	110	18.15	7.65	0.73	F =6,875 P =0,00
	Jauni	71	21.27	10.85	1.29	
	Vidutinio amžiaus	99	21.67	8.65	0.87	
	Vyresni	84	25.42	19.34	2.11	
	Vyriausi	71	26.97	14.80	1.76	
	Iš viso	435	22.30	12.94	0.62	

❖ Respondentų laiko gaišimo prie gydytojo durų trukmės pasiskirstymas pagal amžių

15 pav. matome, kad jaunimas (18-33 m.) vidutiniškai sugaišo nuo $23 \pm 20,96$ iki $73 \pm 63,63$ min., vidutinio amžiaus pacientai (34-45 m.) atitinkamai nuo $35 \pm 30,91$ iki $79 \pm 58,26$ min., o vyresnio amžiaus apklaustieji nuo $37 \pm 36,81$ iki $84 \pm 87,87$ min. laukdami savo eilės pas daktarą. Pirmu atveju, kai kalbama apie minimalią laukimo trukmę, patikimumo koeficientas mažesnis 0,05, kas rodo, kad skirtumas statistiškai patikimas. Antru atveju, kai vertinama maksimali laukimo trukmė, $P=0,38$. Tai rodo, kad tarp amžiaus grupių atsakymų variantai beveik nesiskiria. Apibendrinant galima teigti, kad didėjant amžiui, minimali laukimo trukmė irgi proporcingai

didėja. Maksimalios laukimo trukmės atžvilgiu, šito vienareikšmiai pasakyti negalima (nors grafike tai akivaizdžiai parodyta), kadangi standartinio nuokrypio svyravimai pernelyg dideli.

Konsultacijos laukimo trukmė



$F=11,90$, $P=0,00$ – mėlynos spalvos kreivė; $F=0,94$, $P=0,38$ – rožinės spalvos kreivė

15 pav. Respondentų konsultacijos laukimo trukmės (min.) priklausomybė nuo amžiaus

- ❖ Respondentų lankymosi poliklinikoje dažnio pasiskirstymas pagal amžių, lytį, išsilavinimą, socialinę grupę ir tautybę

Pažymėtina, kad vyresnio ir vyriausio amžiaus moteriškos lyties atstovai dažniau (> 5 kartų per metus) lankosi poliklinikoje. Tai apibūdina tokie skaičiai: jaunimas (52 proc.) ir vidutinio amžiaus pacientai (47 proc.) dažniausiai lankėsi 1-2 kartus per metus, tuo tarpu 53 proc. vyresnio ir 52 proc. vyriausio amžiaus pacientų buvo per paskutinius 12 mėnesių penkis ir daugiau kartų ($P=0,00$, $\chi^2=68,16$, $df=12$). Moterų tarpe viena dalis, kurią sudaro 38 proc., lankėsi 1-2 kartus, o kita dalis, 37 proc., 5 ir daugiau kartų. Lyginant su vyrais, jų dauguma (49 proc.) lankėsi 1-2 kartus ir tik 19 proc. daugiau penkių kartų ($P=0,00$, $\chi^2=16,30$, $df=3$).

10 lentelė parodo, kad, jei žmogus neturi pastovaus darbo, yra pensininkas ar šiaip rūpinasi namų židiniu, tai jo lankymasis poliklinikoje atitinkamai didėja. Be to, didėjant amžiui, prastėja sveikatos būklė, lankymasis pas daktarus tampa neatsiejama jų gyvenimo dalis. Mūsų atveju, dauguma studentų, darbininkų, tarnautojų (apie 50 proc.) per metus pas BPG lankosi 1-2

kartus, tuo tarpu dauguma pensininkų (61 proc.), namų šeimininkų (48 proc.), kitos socialinės grupės (38 proc.) atstovų dažniausiai būna penkis ir daugiau kartų per metus poliklinikoje ($P=0,00$, $\chi^2=60,07$, $df=15$). Pagal tautybę, išsilavinimą respondentų nuomonės žymiai nesiskiria.

10 lentelė. Respondentų lankymosi pas BPG dažnio priklausomybė nuo socialinės grupės

Lankymosi pas BPG dažnis per paskutinius 12 mėn.	Socialinė grupė						Iš viso
	Studentas	Darbininkas	Tarnautojas	Pensininkas	Namų šeimininkas	Kita	
Nesilankiau nei karto	7 10.0%	23 12.0%	7 10.1%	2 3.0%	3 10.3%	6 12.8%	48 10.1%
1 ar 2 kartus	35 50.0%	94 49.2%	34 49.3%	13 19.4%	9 31.0%	11 23.4%	196 41.4%
3 ar 4 kartus	16 22.9%	33 17.3%	9 13.0%	11 16.4%	3 10.3%	12 25.5%	84 17.8%
5 ir >	12 17.1%	41 21.5%	19 27.5%	41 61.2%	14 48.3%	18 38.3%	145 30.7%
Iš viso	70 100.0%	191 100.0%	69 100.0%	67 100.0%	29 100.0%	47 100.0%	473 100.0%

$P=0,00$, $\chi^2=60,07$, $df=15$

4.2.3. Ambulatorinės pagalbos kokybės įvertinimas

4.2.3.1. Gydytojų darbo kokybės įvertinimas

- ❖ Respondentų nuomonė apie gydytojų apžiūros nuodugnumą, susidomėjimą paciento problemomis bei gydytojų patirties įvertinimas

Daugumos (38 proc.) respondentų nuomone, gydytojas apžiūri pacientus nepakankamai gerai ir ne visada, jie pažymėjo atsakymą „vidutiniškai“, 22 proc. apklaustųjų labai nepatenkinti arba tiesiog nepatenkinti gaunama paslauga, 34 proc. vertina tai „gerai ir labai gerai“. Gydytojų

patirtį vidutiniškai vertina 35 proc. respondentų, beveik pusė (49 proc.) jų labai patenkinta, o viena dešimtoji priešingai yra neigiamos nuomonės apie gydytojų patirtį. Daugumai pacientų (40 proc.) gydytojai rodo susidomėjimą jų problemomis, 34 proc. ne visada, o 21 proc. labai mažai arba niekada (11 lentelė). Tarp grupių pastebėtas koreliacinis ryšys, kuris yra vidutinio stiprumo (nuo 0,3 iki 0,6), bei statistiškai reikšmingas skirtumas, $P=0,00$.

11 lentelė. Gydytojų darbo rodiklių įvertinimas

	1	2	3	4	5	6 *
Gydytojų apžiūros nuodugnumas	30 6%	77 16%	179 38%	103 22%	58 12%	29 6%
Gydytojų patirtis	12 3%	33 7%	167 35%	119 25%	112 24%	32 7%
Gydytojo susidomėjimas paciento problemomis	45 10%	54 11%	161 34%	89 19%	101 21%	25 5%

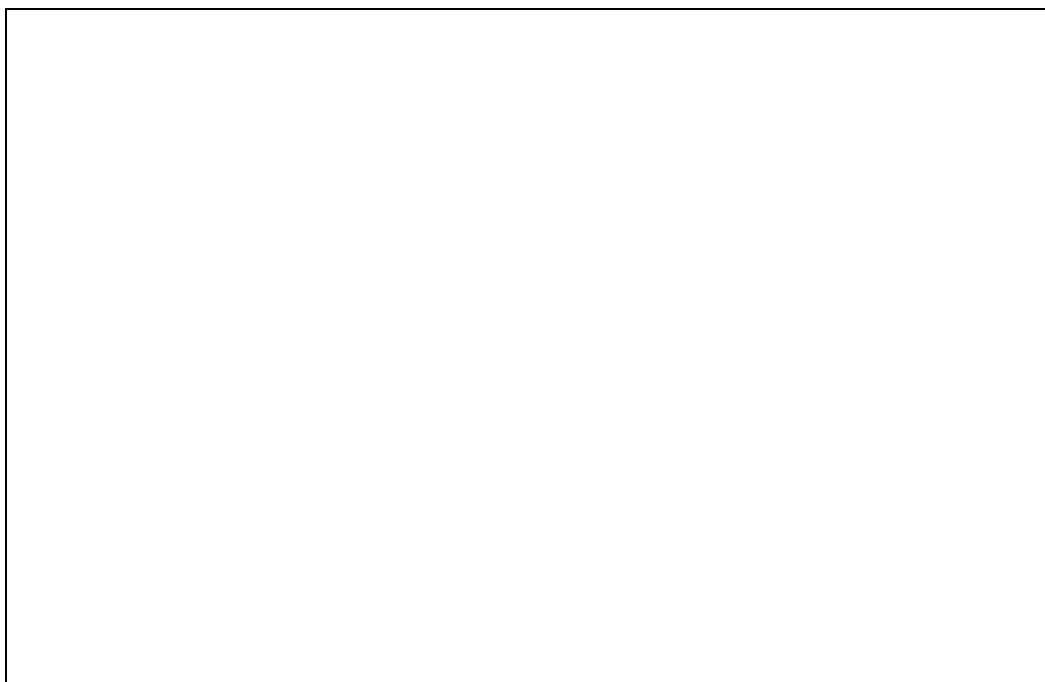
$P=0,00$;

* 1 – labai blogai, 2 – blogai, 3 – vidutiniškai, 4 – gerai, 5 – puikiai, 6 – nežinau, nesusidūriau, esu neinformuotas

❖ Gydytojų informacijos suteikimas respondentams

Viena iš Hipokrato priesaikų yra informacijos pacientams suteikimas. Ligonis turi žinoti apie savo susirgimus, apie jų pavojingumą, apie gydymo ir profilaktikos būdus, vaistų nepageidaujamus poveikius ir t. t. Mūsų atveju didelė dauguma (49 proc.) gauna visada ir pakankamai informacijos apie savo sveikatos būklę, 39 proc. ne visada pakankamai ir 10 proc. apklaustųjų visada nepakankamai (16 pav.).

Informacijos suteikimas pacientams



16 pav. Gydytojų informacijos suteikimas pacientams

❖ Respondentų pasitikėjimas ir pasitenkinimas gydytojais

Trečdalis (33 proc.) apklaustųjų mano, kad gerų gydytojų jų poliklinikoje yra dauguma, 40 proc. nusiteikę, kad jų nedaug, o 11 proc. įsitikinę, kad jų iš viso nėra ar yra tik vienetai, 9 proc. priešingai, galvoja, kad visi gydytojai yra geri.

35 proc. respondentų pilnai patenkinti savo gydančiojo gydytojo darbo kokybe, tuo tarpu didelė dauguma (57 proc.) tik iš dalies ir 7 proc. pacientų visiškai nepatenkinti.

❖ Gydytojų psichologinės paramos suteikimas pacientams

Daugumos (281; 61 proc.) respondentų nuomone, užuojauta, supratimu, mandagiu bendravimu pasižymi ne visi gydytojai ir ne visada, o respondentų mažumai (4 proc.) iš viso tokios progos niekada nepasitaikė. Tačiau 164 pacientai (35 proc.) yra įsitikinę priešingai, juos emociškai palaiko visi gydytojai ir visada.

Į klausimą „Ar kantriai gydytojai išklausedavo Jūsų nusiskundimus, tardavosi su Jumis dėl Jūsų sveikatos problemų, gydymo, vaistų skyrimo ir pan.“ dauguma atsakė „ne visada ir ne

visi“, jie sudarė 52 proc. atsakiusių į šį klausimą, 44 proc. vienareikšmiai pažymėjo teigiamą atsakymo variantą „visada ir visi“, 3 proc. pacientų niekada nepajuto tokios gydymo taktikos.

❖ Pacientų lūkesčių nustatymas gydytojų atžvilgiu

82 proc. (391 pacientas) respondentų tikisi, kad gydytojas skirs jų sveikatos problemoms daugiau laiko negu yra iš tikrųjų. 15 proc. (72 pacientai) apklaustųjų to visai nereikia, jiems užtenka tiek, kiek jie gauna informacijos ir ištyrimo iš gydytojų (17 pav.).

Pacientų noras, kad gydytojas daugiau laiko skirtų jų sveikatos problemoms



17 pav. Pacientų noras, kad gydytojas daugiau laiko skirtų jų sveikatos problemoms

❖ Gydytojų darbo kokybės rodiklių pasiskirstymas pagal **socialines-demografines grupes**

Statistiškai patikimai skiriasi respondentų nuomonės pagal **lytį**. Moterų vertinimai beveik pagal kiekvieną gydytojų darbo kokybės rodiklį žemesni negu vyrų. Daugumai vyrų (59 proc.) gydytojas visada pakankamai suteikia informacijos apie jų sveikatos būklę, tuomet moterų skaičius yra 45 proc., kas statistiškai reikšminga ($P=0,01$, $\chi^2=8,87$, $df=2$). Gydytojais pilnai pasitenkinti 42 proc. vyrų ir 32 proc. moterų ($P=0,02$, $\chi^2=7,55$, $df=2$). 45 proc. moterų mano, kad jų poliklinikoje gerų daktarų nedaug, vyrų taip galvoja 31 proc.. 38 proc. moterų pažymėjo

priešingai, kad gydytojai yra visi ar dauguma geri, tuomet vyrų tokios nuomonės laikosi daugiau negu pusė (53 proc.), $P=0,00$, $\chi^2=20,01$, $df=5$. Statistiškai patikimai skiriasi moterų ir vyrų nuomonės pagal tokius kokybės rodiklius kaip „Gydytojų apžiūros nuodugnumas“, „Gydytojų patirtis“ ir „Gydytojų domėjimasis pacientų sveikatos problemomis“ (žr. 12 lent.).

12 lentelė. Gydytojų darbo kokybės rodiklių paskirstymas pagal lytį

Vertinimas	Gydytojų apžiūros nuodugnumas		Gydytojų patirtis		Gydytojų domėjimasis paciento problemomis	
	Moteris	Vyras	Moteris	Vyras	Moteris	Vyras
Labai blogai ir blogai	77 24.4%	30 18.6%	29 9.2%	16 9.9%	70 22.3%	29 18.0%
Vidutiniškai	129 41.0%	50 31.1%	132 42.0%	35 21.7%	122 38.9%	39 24.2%
Labai gerai ir gerai	92 29.2%	69 42.9%	135 43.0%	96 59.6%	107 34.1%	83 51.6%
Nežinau	17 5.4%	12 7.5%	18 5.7%	14 8.7%	15 4.8%	10 6.2%

$P=0,01$, $\chi^2=10,98$, $df=3$; $P=0,00$, $\chi^2=19,97$, $df=3$; $P=0,00$, $\chi^2=16,19$, $df=3$

Ryškiai pastebima nuomonių didėjimo tendencija analizuojant gydytojų darbo kokybės rodiklių paskirstymą pagal **amžiaus grupes**, t. y. kuo amžius vyresnis, tuo jie labiau linkę vertinti teigiamai. Informacijos apie savo sveikatos būklę visada užtenka 58 proc. vyresnio, 48 proc. vidutinio ir 44 proc. jauno amžiaus respondentams ($P=0,00$, $\chi^2=16,93$, $df=4$). Gydytojų užuojautą ir supratimą pacientai vertina taip: atitinkamai 46 proc., 31 proc., 29 proc. ($P=0,00$, $\chi^2=13,65$, $df=4$). Visiškai patenkinti gydytojų darbu 48 proc. 46-85 m., 32 proc. 34-45 m. ir 26 proc. 18-33 m. amžiaus apklaustieji ($P=0,00$, $\chi^2=21,23$, $df=4$).

Išsilavinimo įtaka gydytojų darbo kokybės rodiklių paskirstymui turi reikšmės, nagrinėjant apžiūros nuodugnumą ir gydytojų susidomėjimą paciento sveikatos problemomis. Pastebėta, kad šiuos du rodiklius dauguma aukšto išsilavinimo žmonių, lyginant su pacientais, turinčiais kitą išsilavinimą, linkę vertinti „labai blogai ir blogai“ (apžiūros kokybę 7 proc. aukšto išsilavinimo žmonių vertina „labai blogai“, o 25 proc. - „blogai“, o gydytojų susidomėjimą

pacientų sveikata atitinkamai 9 proc. ir 19 proc.). Skirtumas tarp grupių statistiškai patikimas ir lygus atitinkamai $P=0,01$, $\chi^2=43,16$, $df=25$; $P=0,01$, $\chi^2=42,91$, $df=25$.

Tautybė – nemažai svarbus požymis, apibūdinantis tautos intelekto savybes, mąstysenos polinkį. Mūsų atveju, palyginus įvairių tautybės žmonių nuomones pagal minėtus gydytojų darbo kokybės rodiklius, gavome ryškų skirtumą tarp grupių, t. y. lietuviai labiau užgaidūs negu lenkai, rusai, baltarusiai, ukrainiečiai ir kt. Pavyzdžiui, vertinant gydytojų psichologinę paramą, pastebėjome, kad iš daugiausiai nepatenkintų žmonių yra lietuviai, jie sudaro 71 proc., tuo tarpu lenkai - 54 proc., rusai - 61 proc. ir kitų tautybių atstovai - 63 proc. ($P=0,03$, $\chi^2=13,66$, $df=6$). Aplamai gydytojais patenkinti 24 proc. lietuvių, 41 proc. lenkų, 36 proc. rusų ir 41 proc. baltarusių, ukrainiečių ir kt. ($P=0,01$, $\chi^2=15,40$, $df=6$). Vėl gi išlieka ta pati tendencija vertinant klausimą „Ar pakankamai gydytojai suteikia Jums informacijos apie Jūsų sveikatą, ligos priežastis, gydymo režimą, vaistus ir pan.?“, į kurią dauguma, 51 proc., lietuvių, 35 proc. lenkų, 40 proc. rusų ir 26 proc. kitų tautybių pacientų atsakė „ne visada pakankamai“ ($P=0,04$, $\chi^2=13,07$, $df=6$).

Nagrinėjant **socialinės grupės** atstovų pasiskirstymą, statistiškai reikšmingą skirtumą pavyko rasti trijuose gydytojo darbo kokybės vertinimo rodikliuose, t. y. pacientų gydytojų patirties vertinimo, informacijos suteikimo ir pasitikėjimo gydytojais atvejais. Analizuojant gydytojų informacijos suteikimą respondentams, pažymėtina, kad iš visų grupių daugiausiai šios informacijos trūksta studentams, 56 proc., o mažiausiai pensininkams, 59 proc. ($P=0,02$, $\chi^2=20,51$, $df=10$). Kalbant apie pasitikėjimą gydytojais, 59 proc. studentų mano, kad jų yra nedaug, tuo tarpu 44 proc. pensinio amžiaus žmonių tvirtina, kad dauguma ($P=0,00$, $\chi^2=56,16$, $df=25$). Gydytojų kvalifikacija ir patirtis irgi vertinama nevienareikšmiai, $P=0,02$, $\chi^2=28,04$, $df=15$ (žr. 13 lent.).

13 lentelė. Gydytojų patirties priklausomybė nuo socialinės grupės

Gydytojų patirtis	Socialinė grupė						Iš viso
	Studentas	Darbininkas	Tarnautojas	Pensininkas	Namų šeimininkas	Kita	
Labai blogai ir blogai	13 18.3%	7 3.6%	8 11.6%	7 10.3%	3 10.3%	7 15.2%	45 9.5%
Vidutiniškai	18 25.4%	72 37.5%	25 36.2%	20 29.4%	12 41.4%	20 43.5%	167 35.2%
Labai gerai ir gerai	37 52.1%	97 50.5%	35 50.7%	33 48.5%	12 41.4%	17 37.0%	231 48.6%
Nežinau	3 4.2%	16 8.3%	1 1.4%	8 11.8%	2 6.9%	2 4.3%	32 6.7%
Iš viso	71 100.0%	192 100.0%	69 100.0%	68 100.0%	29 100.0%	46 100.0%	475 100.0%

$$P=0,02, \chi^2=28,04, df=15$$

Analizuojant respondentų norą, kad gydytojas daugiau laiko skirtų jų sveikatos problemoms, priklausomybę nuo socialinių-demografinių požymių, pacientų nuomonės nei pagal vieną požymį žymiai neišsiskiria, todėl statistiškai patikimo skirtumo nerasta.

4.2.3.2. Slaugytojų darbo kokybės įvertinimas

❖ Slaugytojų vaidmens paciento gydyme įvertinimas

Slaugytojų vaidmenį gydyme dauguma (45 proc.) pacientų apibūdina „puikiai ir gerai“, 144 (30 proc.) tai linkę vertinti vidutiniškai, o 81 (17 proc.) respondentas apylamai nemato slaugytojų įnašo į jų gydymą. Slaugytojų vaidmens ligonio priežiūros pasiskirstymui turi įtakos amžius ir tautybė, kuo jaunesnis pacientas, tuo jis slaugytojų darbo kokybę vertina blogiau palyginus su vyresnio amžiaus respondentais („labai blogai ir blogai“ pažymėjo 23 proc. jauno, 17 proc. vidutinio ir 10 proc. vyresnio amžiaus apklaustųjų), $P=0,00, \chi^2=29,91, df=10$. Nustatyta

ryški tendencija šiuo klausimu tarp įvairių tautybių žmonių, t. y. dauguma lietuvių (27 proc.) linkę manyti, kad slaugytojų įnašas į jų gydymą yra menkas palyginus su lenkais (11 proc.), rusais (19 proc.) ir kitų tautybių (11 proc.) atstovais, jų vertinimai kur kas palankesni slaugytojų atžvelgiu ($P=0,00$, $\chi^2=34,04$, $df=15$).

Respondentai pasiskirsto po lygiai vertinant pasitenkinimą slaugytojomis, t. y. 45 proc. pilnai patenkinti ir 45 proc. iš dalies, tuomet 5 proc. pacientų kategoriškai nusistatę prieš. Čia irgi pastebima tendencija amžiaus atžvilgiu: visiškai patenkinti 36 proc. 18-33 m., 41 proc. 34-45 m. ir 64 proc. 46-85 m. amžiaus respondentai ($P=0,00$, $\chi^2=31,31$, $df=4$). Be to, nustatyta, kad studentai labiausiai nepatenkinti slaugytojų darbu palyginus su kitų socialinių grupių atstovais ($P=0,02$, $\chi^2=20,87$, $df=10$).

Iš kitos pusės didelė dauguma (70 proc.) respondentų norėtų, kad slaugytojos daugiau laiko skirtų jų priežiūrai, 25 proc. to realiai nereikia, užtenka ką gauna. Iš šitų 25 proc. 45 proc. sudaro aukšto išsilavinimo žmonės, 21 proc. aukštesniojo, 26 proc. vidurinio specialaus ir 20 proc. vidurinio išsilavinimo respondentai. Skirtumas tarp įvairių išsilavinimo žmonių grupių statistiškai patikimas ir lygus $P=0,00$, $\chi^2=19,07$, $df=5$.

❖ Slaugytojų atliekamo darbo apibūdinimas

Į klausimą „Kokiu būdu slaugytoja dalyvauja Jūsų gydyme?“, kur galimi buvo keli atsakymo variantai, respondentų nuomonės pasiskirstė taip: daugiausia pacientų pažymėjo „pildo blankus“, jų atitinkamai 304 (64 proc.), kiek mažiau (280; 59 proc.) atsakė „atlieka gydytojų nurodymus“, 136 (29 proc.) žmonėms slaugytojos savo kompetencija duodavo patarimus kaip pagerinti savijautą, 125 (26 proc.) respondentus slaugytojos aktyviai klausinėjo apie jų sveikatos būklę (18 pav.).

Vertinant pagal socialines-demografines grupes statistiškai reikšmingus skirtumus pavyko rasti nagrinėjant pacientų atsakymus: „aktyviai klausinėja apie savijautą“, „duoda patarimus“ ir „atlieka gydytojo nurodymus“. Nustatyta, kad mažiausiai ir rečiausiai slaugytojos klausinėja apie sveikatos būklę lietuvių tautybės jauno amžiaus ir aukšto išsilavinimo tarnautojus (atitinkamai 16 proc. lietuviai, 21 proc. 18-33 m. amžiaus žmonės, 13 proc. aukšto išsilavinimo pacientai, 13 proc. tarnautojai), $P=0,00$, $\chi^2=12,57$, $df=3$; $P=0,03$, $\chi^2=6,53$, $df=2$; $P=0,01$, $\chi^2=13,46$, $df=5$; $P=0,02$, $\chi^2=12,78$, $df=5$ atitinkamai. Patarimus iš slaugytojų dažniausiai vėl gi gauna vyresnio amžiaus žmonės (39 proc.), $P=0,00$, $\chi^2=13,58$, $df=2$, be to jiems (71 proc.) dažniau taikomos gydytojų paskirtos procedūros, $P=0,00$, $\chi^2=19,36$, $df=2$. Taip pat jas daugiau gauna pensinio

amžiaus respondentai ir moterys (75 proc. ir 64 proc. atitinkamai), $P=0,04$, $\chi^2=11,52$, $df=5$; $P=0,00$, $\chi^2=9,13$, $df=1$ atitinkamai.

Slaugytojų atliekamas darbas



18 pav. Respondentų nuomonė apie slaugytojų atliekamą darbą

❖ Slaugytojų psichologinės paramos bei žmogiškųjų savybių įvertinimas

Analizuodami duomenis, pastebėjome, kad 31 proc. respondentų emocinį palaikymą nuo slaugytojų gauna retai ar apskritai negauna, 26 proc. tai suteikiama gana dažnai, o 22 proc. pacientų visada. 15 proc. apklaustųjų pažymėjo, kad nebuvo progos tokioms emocijoms pasireikšti. Nustatėme, kad iš respondentų, pažymėjusių atsakymą „retai ir niekada“, daugiausia buvo jauno amžiaus (50 proc.), aukštesniojo išsilavinimo (41 proc.) lietuvių tautybės (40 proc.) studentai (59 proc.), $P=0,00$, $\chi^2=72,89$, $df=8$; $P=0,02$, $\chi^2=35,03$, $df=20$; $P=0,00$, $\chi^2=28,34$, $df=12$; $P=0,00$, $\chi^2=61,52$, $df=20$ atitinkamai.

Panaudojus SPSS programos analizės funkciją Frequencies respondentų nuomonės buvo susumuotos į grupes pagal slaugytojų teikiamą pacientams dėmesį, mandagumą, bendravimą bei buvo vertintas jų sąžiningumas ir patirtis/įgūdžiai darbe. Gavome tokius rezultatus: 13 proc. apklaustųjų pažymėjo, kad jos yra nedėmesingos ar labai nedėmesingos, 13 proc. teigia, kad jos su pacientais nenoriai bendrauja ar iš viso nebendrauja, maždaug po 5 proc. apklaustųjų neigiamai įvertino jų sąžiningumą, mandagumą ir patyrimą (žr. 14 lent.).

Labiausiai dėmesingos (94 proc.), sąžiningos (96 proc.), šnekios (93 proc.) ir patyrusios (98 proc.) slaugytojos buvo vyresnio amžiaus žmonėms ($P=0,00$, $\chi^2=33,55$, $df=6$; $P=0,00$, $\chi^2=30,68$, $df=6$; $P=0,00$, $\chi^2=22,13$, $df=6$; $P=0,01$, $\chi^2=15,65$, $df=6$ atitinkamai) negu kitų amžiaus grupių atstovams, o labiausiai nedėmesingos ir nekalbios aukštesnio išsilavinimo lietuviams (27 proc. nedėmesingos ir 25 proc. nešnekios buvo aukštesnio išsilavinimo žmonėms bei 23 proc. nedėmesingos ir 21 proc. nekalbios buvo lietuviams, $P=0,02$, $\chi^2=26,98$, $df=15$; $P=0,00$, $\chi^2=51,38$, $df=15$; $P=0,00$, $\chi^2=22,26$, $df=9$; $P=0,03$, $\chi^2=18,7$, $df=9$ atitinkamai).

14 lentelė. Slaugytojų žmogiškųjų savybių įvertinimas

Dėmesingumas		Mandagumas		Sąžiningumas		Bendravimas		Patyrimas	
Labai dėmesinga	97 20.4%	Labai mandagi	101 21.2%	Labai sąžininga	80 16.8%	Labai noriai bendrauja	85 17.9%	Labai patyrusi	76 16%
Dėmesinga	279 58.6%	Mandagi	310 65.1%	Sąžininga	294 61.8%	Noriai bendrauja	281 59%	Patyrusi	301 63.2%
Nedėmesinga	61 12.8%	Nemandagi	21 4.4%	Nesąžininga	25 5.3%	Nenorai bendrauja	54 11.3%	Nepatyrusi	24 5%
Labai nedėmesinga	3 0.6%	Labai nemandagi	4 0.8%	Labai nesąžininga	2 0.4%	Iš viso nebendrauja	7 1.5%	Labai nepatyrusi	1 0.2%
Iš viso	440 92.4%	Iš viso	436 91.6%	Iš viso	401 84.2%	Iš viso	427 89.7%	Iš viso	402 84.5%

5. REZULTATŲ APTARIMAS

Lietuvos sveikatos informacijos centro (LSIC) duomenimis, per 2000 – 2004 metus Lietuvoje užregistruota vidutiniškai 6,5, Vilniaus mieste – 7,95 apsilankymų vienam gyventojui pas poliklinikos gydytojus[65]. Mūsų atveju, per šį laikotarpį vienam NVP prirašytam gyventojui vidutiniškai teko 5,88 apsilankymų. Mažesnę NVP apsilankymų skaičių gali sąlygoti Naujojoje Vilnioje gyvenančių gyventojų skaičius, prisirašiusių gyventojų kontingentas, poliklinikos geografinis išsidėstymas, teikiamų paslaugų poliklinikoje kokybė ir t. t.

Nagrinėjant suaugusiųjų susirgimų dinamiką Lietuvoje ir NVP, pastebimi ryškūs nesutapimai. Remiantis LSIC duomenimis per 2000 – 2004 m. Lietuvos sergančiųjų 1000-iui suaugusiųjų skaičius tolygiai didėjo apie 31 susirgimą kasmet, ko negalime pasakyti apie NVP sergančiųjų dinamiką. NVP susirgimų skaičiaus bendra tendencija per šį laikotarpį rodo neigiamą pokytį (kasmet mažėjo po 24,5 susirgimų), kas džiugina, bet 2004 m. susirgimų skaičius žymiai išaugo nuo 1222 iki 1305 atvejų 1000-iui suaugusiųjų, todėl žymiai sumažėjo determinacijos koeficientas, o tai gali įtakoti kitų metų susirgimų pokytį labiau į nepalankesnę pusę.

Lyginant NVP ir Lietuvos sergamumo rodiklius pagal ligų pirmavimą 1000-iui suaugusiųjų, kvėpavimo ir kraujotakos sistemos ligos atitinkamai užima pirmą ir antrą vietas tarp aibės susirgimų kaip Lietuvoje, taip ir NVP. Trečia vieta NVP atitenka urogenitalinės sistemos ligoms, pagal bendrą visos Lietuvos susirgimų statistiką trečią vietą užima nervų sistemos ligos, kurios sparčiai didėja.

Pereinant prie PSP paslaugų kokybės ir prieinamumo vertinimo, tikslinga pažymėti, kad mūsų tyrimo pagrindas buvo pacientų subjektyvi nuomonė apie jų poliklinikoje teikiamų paslaugų prieinamumą ir medicinos personalo (gydytojų bei slaugytojų) darbo atlikimo kokybę. Tyrime dvigubai daugiau dalyvavo moterų negu vyrų, kas rodo, kad moterys dažniau lankosi poliklinikoje. Tai patvirtina ir tai, kad moterys dvigubai dažniau palyginus su vyrais pažymėjo atsakymą „per paskutinius 12 mėn. buvau poliklinikoje 5 ir daugiau kartų“, t. y. 37 proc. moterų ir 19 proc. vyrų. Lyginant su kitų šaltinių duomenimis[66;67], išlieka irgi panaši tendencija. Be to, dažniau lankėsi vyresnio amžiaus žmonės negu jaunimas, kas yra natūralu, kadangi vyresnio amžiaus žmonės dažniau serga. J. Kairys ir R. Gurevičius[52] taip pat nurodo, kad vyresni pacientai poliklinikoje lankosi dažniau negu jaunesni.

Vertinant galimybę užsiregistruoti pas gydytoją, sunkiausiai tai padaryti 27 proc. respondentų. Laiką, sugaištą prie registratūros ir gydytojo kabineto, apklaustieji vertina panašiai, t. y. kas trečias vertina neigiamai.

Teritorinių ligonių kasų sutartyse su ASPĮ, ASPĮ vidaus tvarkos taisyklėse, kokybės vadovuose yra numatoma, kad gyventojai pas gydytojus patektų jų priėmimui nurodytu laiku, o laukti prie gydytojo kabineto reikėtų ne daugiau kaip 20–30 min.[10]. Remiantis mūsų tyrimu, pacientai vidutiniškai prie gydytojo durų sugaišta nuo $31\pm 30,5$ iki $79\pm 71,9$ min. Tarp normos ir realios situacijos pastebimas ryškus nesutapimas. Lyginant mūsų tyrimo su J. Kairio ir R. Gurevičiaus tyrimo rezultatų duomenimis[52], Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos gyventojų konsultacijos laukimo trukmė yra 32,05 ($\pm 20,3$) min. Kaip matome, abiejų tyrimų rezultatai irgi skiriasi. Pagrindinė priežastis, matomai, yra nepakankamai gerai organizuota NVP registratūros ir gydytojų priėmimo valandų tvarka. Kita nemažai svarbi priežastis, tikriausiai, yra pacientų kreipimasis pas gydytojus iš anksto neužsiregistravus.

Kitas nemažai svarbus prieinamumo kokybės rodiklis tai, kiek trunka pati konsultacija. Mūsų atveju, priėmimas gydytojo kabinete tęsiasi nuo $13\pm 8,4$ iki $23\pm 12,9$ min. Vertinant ambulatorinių paslaugų teikimo tvarką Lietuvoje, Valstybinio audito metu buvo pastebėta, kad vienam asmeniui gydytojas gali skirti 10 min., nesvarbu, dėl kokios priežasties asmuo lankosi. Auditorių nuomone, 10 min. nepakanka, kad BPG kokybiškai suteiktų paslaugas, kurios numatytos BPG medicinos normoje[10]. Pagal šią nuostatą mūsų gauti rezultatai pilnai atitinka normą, net ją viršija. Be to, kuo vyresnis respondentas, tuo konsultacija trunka ilgiau. Viena iš priežasčių, mano manymu, yra biurokratizmas, popierizmas, kita, gali būti medicinos personalo neskubėjimas dirbti greitai arba atvirksčiai, kas abejojama, pilnas atsidavimas ligonio ištyrimui ir gydymui.

Vienas iš svarbių prieinamumo rodiklių, kuris nėra plačiai žinomas ir naudojamas, tai pacientų teisė susisiekti su savo gydytoju po darbo ir savaitgaliais. Nustatyta, kad beveik du penktadaliai (39 proc.) apklaustųjų neturi galimybės susisiekti su BPG po darbo ir savaitgaliais bei penktadalis (19 proc.), iš kurių trečdalis pensinio amžiaus žmonės, neįsivaizduoja, kad tokia galimybė egzistuoja. Kauno TLK paslaugų prieinamumo ir kokybės gerinimo priede teigiama, kad „ASPĮ pacientams patogiose ir prieinamose vietose turi paskelbti informaciją apie tai, kur pacientai turėtų kreiptis ASPĮ nedarbo metu[4]“.

Suprantama, kad gana dažnai pacientai negali įvertinti suteiktos medicinos paslaugos kokybės (tyrimo, procedūros kokybės), todėl jų nuomonei apie medicinos paslaugas didelės įtakos turi sveikatos darbuotojų elgesys, t. y., ar sveikatos darbuotojai tariasi su pacientu dėl

tyrimo ir gydymo taktikos, ar pakankamai suteikia informacijos apie ligą, rizikos faktorius, vaistus, ar psichologiškai palaiko, nuramina. Visi minėtieji aspektai buvo įtraukti į klausimyną. Taip pat buvo vertinama pacientų nuomonė apie gydytojų susidomėjimą jų problemomis, jų patirtį/įgūdžius, jų apžiūros nuodugnumą ir kt.. Respondentai pareiškė savo nuomonę kiekvienu iš išvardytų klausimų.

Nagrinėjant informuotumo klausimą, didelė dauguma (49 proc.) gauna visada ir pakankamai informacijos apie savo sveikatos būklę, 39 proc. ne visada pakankamai ir 10 proc. apklaustųjų visada nepakankamai. Lyginant su 2000 m. atliktu sociologiniu tyrimu[67] tema „Sveikatos priežiūros etinės problemos“, kuris buvo vykdomas visose Lietuvos apskrityse, buvo gauti gana kritiškesni atsakymai. Šiuo tyrimu remiantis visada pakankamai gauna informacijos 28 proc., ne visada pakankamai – 60 proc. ir visada nepakankamai – 11 proc. respondentų iš 988 dalyvavusių apklausoje. Tokį skirtumą galima paaiškinti keliomis priežastimis. Pirma, mūsų tyrimas buvo gana siauras, vietinio pobūdžio, reprezentuojantis tik NVP paslaugų prieinamumą ir kokybę, priešingai R. Martinkaus su bendraautorais[67] atliktai apklausai, kuri yra nacionalinio lygmens, nors jų tyrime dalyvavo tik dvigubai daugiau apklaustųjų palyginus su mūsų tyrimo imtimi (476 asmenys). Kita priežastis, matyt, buvo kalbos, gandai dėl poliklinikos panaikinimo, tai galėjo įtakoti pacientų teigiamus atsakymus, iš kitos pusės respondentai iš tikrųjų gali būti labiau informuoti apie jų sveikatos būklę. Vertinant šį kokybės rodiklį pagal lytį, moterys atsargesnės šiuo atžvilgiu palyginus su vyrais, kas statistiškai reikšminga. Taip pat vyresnio amžiaus žmonės daug palankiau vertina informacijos gavimą negu jaunesnio amžiaus respondentai, tai irgi skiriasi tarp grupių patikimai. R. Martinkus su bendraautorais[67] nurodo panašią tendenciją.

Nors dauguma (38 proc.) respondentų gydytojų apžiūrą vertina nelabai palankiai, bet beveik pusė (49 proc.) jų vis dėlto patenkinti patirtimi. Apibūdinant apklaustųjų nuomonę dėl gydytojų susidomėjimo pacientų problemomis, daugumos jų (40 proc.) gydytojai yra susidomėję, bet 34 proc. mano, kad ne visada, o 21 proc. labai mažai arba niekada. Aukšto išsilavinimo studentų grupei priklausančios moterys kategoriškiau vertina šiuos aspektus. Lyginant su kitų autorių, o būtent J. Kairio ir R. Gurevičiaus[52], duomenimis išryškėja panaši situacija – jauniausio ir jauno amžiaus respondentai teigia, kad gydytojams trūksta patirties, šis skaičius mažėja didėjant amžiui.

Nagrinėjant gydytojo ir paciento tarpusavio santykius, o būtent, gydytojo norą padėti pacientui, bendravimą, užuojautą, daugumos (61 proc.) respondentų nuomone ne visi ir ne visada pasižymėjo tokiomis savybėmis, vyrai ir moterys vertino šį klausimą maždaug vienodai.

Statistiškai reikšmingai išsiskyrė lietuvių tautybės pacientai, kurie daug kritiškiau vertino gydytojo paciento tarpusavio santykius palyginus su lenkais, rusais ir kitomis tautybėmis. Apibūdinant slaugytojų bendravimą, 77 proc. respondentų patenkinti jų bendravimu, o 13 proc. teigia, kad jos su pacientais nenoriai ar iš viso nebendrauja. Remiantis kitų tyrinėtojų duomenimis[68], beveik trys ketvirtadaliai (73 proc.) atsakė, kad sveikatos darbuotojai su jais bendravo „labai gerai“ ir „gerai“. Kaip ir mūsų apklausos, taip ir I. Misevičienės[68] vyrų ir moterų nuomonės šiuo klausimu nesiskiria, tačiau jaunesni respondentai bendravimą vertina kritiškiau negu vyresni.

Gydytojų atidumą pacientams daug palankiau vertina mūsų tyrimo respondentai palyginus su R. Martinkaus[67]. Į klausimą „Ar kantriai gydytojai išklausydavo Jūsų nusiskundimus, tardavosi su Jumis dėl Jūsų sveikatos problemų, gydymo, vaistų skyrimo ir pan.?“ dauguma atsakė „ne visada ir ne visi“, jie sudarė 52 proc. atsakiusiųjų į šį klausimą, 44 proc. vienareikšmiai pažymėjo teigiamą atsakymo variantą „visada ir visi“, 3 proc. pacientų niekada nepajuto tokios gydymo taktikos. Pagal R. Martinkaus ir bendraautorius[67] poziciją tik su 25 proc. apklaustųjų tariausi visi gydytojai ir visada, su dauguma (63 proc.) ne visi ir ne visada bei 12 proc. pacientų iš viso negali pasidžiaugti tokia galimybe. Tarp lyčių vienu ir antru atveju daug palankiau šį aspektą vertina vyrai negu moterys.

Pasitikėjimas – svarbus veiksnys paciento ir gydytojo kokybiškame bendradarbiavime. C. Tarrant, T. Stokes, R. Baker[23] parodė, kad gydytojo-paciento santykiai (bendravimas, tarpasmeninė priežiūra, paciento žinios), buvo griežtai susiję su paciento pasitikėjimu gydytoju. Jie nustatė, kad aukštu pasitikėjimo lygiu BPG pasižymi dauguma (76 proc.) respondentų. Mūsų atveju tik trečdalis respondentų pasitiki dauguma gydytojų, didesnė apklaustųjų dalis (40 proc.) linkę manyti, kad jie gerų gydytojų turi nedaug, o 11 proc. įsitikinę, kad jų iš viso nėra ar yra tik vienetai, 9 proc. priešingai, galvoja, kad visi gydytojai yra geri. Moterys palyginus su vyrais pasitiki gydytojais mažiau. Vertinant Lietuvos gyventojų pasitikėjimą Sveikatos apsaugos sistema, pažymima, kad 2004 m. sveikatos apsauga pasitikėjo 50 proc. apklaustųjų, iš kurių daugiau pensininkai – 54 proc., neturintieji vidurinio išsilavinimo (59 proc.), kaimo gyventojai (50 proc.), o mažiausiai – aukštojo išsimokslinimo žmonės (37 proc.), uždirbantys daugiau kaip 500 litų šeimos nariui (38 proc.), vilniečiai (41 proc.). 2005 m. pasitikėjimo lygis nukrito iki 44,6 proc. gyventojų[20].

Mažai kur tyrinėjamas PSP esančių slaugytojų darbas, todėl remtis ir lyginti su kažkuo nepasitaikė progos. Šiuo požiūriu mes nagrinėjome slaugytojų vaidmenį gydant pacientus, jų

atliekamo darbo pobūdį, jų asmenines ir profesines savybes, pacientų pasitenkinimą ir lūkesčius slaugytojų atžvilgiu.

Slaugytojų vaidmenį gydant dauguma (45 proc.) pacientų apibūdina „puikiai ir gerai“, 30 proc. tai linę vertinti vidutiniškai, o 17 proc. respondentų apylamai nemato slaugytojų įnašo į jų gydymą. Slaugytojų vaidmeniui ligonio priežiūros pasiskirstyme turi įtakos amžius ir tautybė, kuo jaunesnis pacientas, tuo jis slaugytojų darbo kokybę vertina blogiau palyginus su vyresnio amžiaus respondentais. Lietuvių dauguma (27 proc.) palyginus su lenkais, rusais ir kitų tautybių atstovais linę manyti, kad slaugytojų įdirbis juos slaugant yra menkesnis.

Vertinant slaugytojų atliekamą darbą pacientų atžvilgiu, daugiausia (64 proc.) jų pažymėjo, kad tai yra popierinis darbas, kiek mažiau (59 proc.) nurodė, kad slaugytojos tiesiogiai dalyvauja jų gydyme ir priežiūroje, atliekant konkrečias procedūras ir kitus gydytojo nurodymus, 29 proc. žmonių slaugytojos savo kompetencija duodavo patarimus, kaip pagerinti savijautą, 26 proc. respondentų, jos aktyviai klausinėjo apie jų sveikatos būklę. Nustatyta, kad rečiausiai apie sveikatos būklę slaugytojos klausinėja jauno amžiaus lietuvių tautybės ir aukšto išsilavinimo tarnautojų socialinei grupei priklausančius žmones. Patarimus iš slaugytojų dažniausiai vėlgi gauna vyresnio amžiaus žmonės, be to jiems (71 proc.) kaip ir moterims dažniau taikomos gydytojų paskirtos procedūros. Nors šiuolaikinis slaugos mokslas būtent akcentuoja ligonio slaugos istorijų pildymą, anamnezės rinkimą bei kuo glaudesnę bendradarbiavimą su pacientu, tačiau, kaip matome, popierizmas vis dar užima vyraujančią vietą slaugytojų darbe, o išsamus anamnezės rinkimas ir patarimų aktualumas dar nėra įsivyravę.

Dėmesingumas, mandagumas, sąžiningumas, bendravimas ir patyrimas yra veiksniai, kurie įtakoja paciento ir slaugytojos tarpusavio santykius ir pasitikėjimą. Mūsų atveju, daugumos respondentų nuomone, slaugytojos šiomis savybėmis pasižymi. Kas septintas nurodė, kad jos paciento atžvilgiu buvo nedėmesingos ir nenorėjo bendrauti. Kiek mažiau skundėsi, kad jos nemandagios, nesąžiningos ir nepatyrusios. Labiausiai palankiai šios slaugytojų savybės buvo vertintos vyresnio amžiaus žmonių, o labiausiai nedėmesingos ir nekalbrios buvo aukštesnį išsilavinimą turintiems lietuviams.

Vertinant apklaustųjų pasitenkinimą gydytojo ir slaugytojos darbo kokybe, pacientų nuomonės išsiskyrė: labiau patenkinti (45 proc.) slaugytojos negu gydytojo (35 proc.) darbo efektyvumu. Toks skirtumas, matyt, yra dėl to, kad respondentai iš gydytojų tikisi daugiau stebuklų. Gydytojų kaip ir slaugytojų darbu labiau nepatenkinti jauno amžiaus respondentai negu vyresnio, taip pat moterys, lietuviai ir studentai lyginant su atitinkamų grupių atstovais. Panašiai nurodo A. F. Joung su bendraautoriais[70] – su amžiumi didėja pasitenkinimo lygis vizitu pas

šeimos gydytoją. J. Smith[71] ir kt. pastebi, kad moterys mažiau patenkintos suteiktomis paslaugomis negu vyrai: tik 2 proc. vyrų ir net 8 proc. moterų buvo nepatenkinti savo gydytoju.

Kad respondentai iš gydytojų tikisi kažko daugiau, patvirtina ir tai, kad 82 proc. pacientų pažymėjo atsakymą „noriu, kad gydytojas skirtų daugiau laiko mano gydymui/priežiūrai“, tuo tarpu iš slaugytojų pusės tokį atsakymo variantą pažymėjo 70 proc. apklaustųjų. Tarp grupių požiūris nedaug skiriasi.

6. IŠVADOS

1. Prisirašiusių pacientų skaičius tolygiai auga kasmet po 627 naujus atvejus be žymesnių nukrypimų. Prisirašiusių vaikų skaičiaus augimo tendencija neryški, palyginus su suaugusiais, vaikų skaičius 2000 m. ir 2004 m. keturis kartus mažesnis. Apsilankymų poliklinikoje skaičius 2004 m. palyginus su 2000 m. padidėjo 33000 atvejų, iš jų vyrauja apsilankymai pas I lygio gydytojus. Pacientų namuose gydytojai lankosi mažiausiai, augimo tendencija beveik nepastebima. Susirgimų dinamikoje pastebimas nežymus kilimas, o naujai diagnozuotų susirgimų skaičiaus kitimas net mažėja. Tarp susirgimų vyrauja kvėpavimo ligos, antroje vietoje kraujotakos sistemos ligos ir trečią vietą užima urogenitalinės sistemos ligos. Psichikos ir elgesio sutrikimų skaičius žymiai mažėja, kasmet po 122 atvejus, o nervų ligomis sergančiųjų skaičiaus dinamika priešingai auga po 209 atvejus.
2. Pusė respondentų (52 proc.) NVP sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą vertina vidutiniškai gerai, nors tarp atskirų prieinamumo rodiklių pastebimi ryškūs skirtumai. Galimybę užsiregistruoti pas BPG neigiamai vertina daugiau nei ketvirtadalis (27 proc.) visų apklaustųjų, tarp kurių labiausiai nepatenkinti esančia situacija 18-33 m. amžiaus pacientai (35 proc.), vyrai (31 proc.) ir lietuvių tautybės žmonės (35 proc.). Trečdalis pacientų skundžiasi laiko gaišimu prie registratūros ir gydytojo kabineto (32 proc. ir 33 proc. atitinkamai), iš kurių kolegijų ir universitetų parengtas jaunimas yra labiau kategoriškas ir vertina registratūros ir konsultacijos prieinamumą žymiai blogiau negu kito amžiaus ir išsilavinimo grupės atstovai. Be to, skirtumas statistiškai reikšmingas vertinant laiko gaišimą prie BPG kabineto ir socialinės grupės atstovų, iš kurių daugiau negu pusė studentų (61 proc.) ir tarnautojų (54 proc.) nepatenkinti šiuo klausimu. Vidutiniškai respondentai užtrunka prie gydytojo durų laukdami konsultacijos nuo 31 iki 79 (1 val. 20 min.) minučių, o pati konsultacija trunka nuo 13 iki 23 min., šis parametras priklauso nuo amžiaus. Beveik du penktadaliai (39 proc.) neturi galimybės susisiekti su BPG po darbo ir savaitgaliais bei penktadalis (19 proc.), iš kurių trečdalis pensinio amžiaus žmonės, neįsivaizduoja, kad tokia galimybė egzistuoja. Dažniausiai poliklinikoje lankosi vyresnio ir vyriausio amžiaus moterys (> 5 kartus per metus), o rečiausiai (1-2 kartus) studentai, darbininkai ir tarnautojai.
3. Apibendrinant NVP gydytojų darbo kokybę, pažymima, kad apžiūros nuodugnumu skundžiasi penktoji dalis visų respondentų bei beveik 40 proc. tai vertina vidutiniškai. Nors

gydytojų patirtis ir susidomėjimas pacientų sveikatos problemomis daugumos apklaustųjų (49 proc. ir 40 proc. atitinkamai) vertinami gana optimistiškai, bet kas dešimtas ir kas šeštas pacientas mano, kad gydytojai yra visiškai nepatyrę ir reikiamai nesidomi jų sveikata. Dvi penktosios (40 proc.) apklaustųjų teigia, kad gerų gydytojų jų poliklinikoje yra nedaug, o daugiau negu pusė (57 proc.) respondentų patenkinti jį gydančiu gydytoju tik iš dalies. Pusė (49 proc.) apklaustųjų gana pilnai ir gerai informuoti apie savo sveikatos būklę, bet ne visada ir ne visi gydytojai, daugumos (61 proc.) pacientų nuomone, pasižymi užuojauta, supratimu ir mandagiu bendravimu. Vertinant slaugytojų įnašą į gydymą, dauguma (45 proc.) respondentų tai vertina teigiamai, kas šeštas prieš tai kategoriškai nusistatęs ir mano, kad slaugytojų dalyvavimas jų priežiūroje yra menkas. Slaugytojų įdirbis daugumos (64 proc.) apklaustųjų požiūriu apibūdinamas blankų (pažymų, tyrimų) pildymu, kiek mažiau (59 proc.) jos atlieka gydytojo nurodymus ir vykdo procedūras, kas ketvirtas pažymėjo, kad slaugytojos aktyviai papildomai klausinėja apie jų savijautą, ligos simptomus ir gyvenimo būdą bei duoda pagal savo galimybes patarimus dėl sveikatos būklės pagerinimo. Slaugytojų dėmesingumą, mandagumą, sąžiningumą, norą bendrauti ir patyrimą dauguma apklaustųjų vertina „puikiai ir gerai“. Visiškai ir iš dalies patenkintų slaugytojų darbu respondentų nuomonės pasiskirsto po lygiai (po 45 proc.). Jaunimas, lietuviai, aukšto išsilavinimo žmonės, studentai ir moterys gydytojų ir slaugytojų darbo kokybę vertina labiau neigiamai negu priešingos socialinės demografinės grupės atstovai, kas statistiškai patikimai skiriasi tarp nurodytų grupių.

4. Apibendrinami pacientų lūkesčius, dauguma (82 proc.) nori, kad jų sveikatos problemoms, apžiūrai, tyrimams gydytojai skirtų daugiau laiko ir noro, kiek mažiau (70 proc.) apklaustųjų pageidauja, kad slaugytojos jais rūpintųsi išsamiau ir kokybiškiau. Respondentų požiūris į šiuos klausimus pagal socialines demografines grupes neišsiskiria ir statistiškai nereikšmingas.

Mūsų iškeltos hipotezės visiškai pasitvirtino išanalizavus tyrimo rezultatus.

7. REKOMENDACIJOS

1. PSP dirbančio medicinos personalo kokybei pagerinti siūlyčiau kiekvienais metais daryti mokslinius tyrimus, kuriuose būtų kalbama apie gyventojų tenkinimąsi teikiamomis ambulatorinėmis paslaugomis.
2. Taip pat patarčiau keletą kartų per metus atlikti gydytojų ir slaugytojų darbo kokybės tikrinimą, kuris padėtų išaiškinti silpniausias gydymo ir slaugymo vietas. Auditas turi būti vykdomas vidiniu ir išoriniu lygmeniu. Pirmu atveju, auditorių komandą puikiausiai galėtų sudaryti aptarnaujantis personalas: gydytojas, slaugytojas, administracijos atstovai. Antru atveju, bent vieną kartą per metus ambulatorinėje įstaigoje turėtų apsilankyti auditoriai iš Sveikatos apsaugos ministerijos arba savivaldybės ir Ligonių kasos.
3. Prieš priimant į darbą gydytoją ar slaugytoją, administracijai rekomenduočiau tikrinti jų žinias mini egzamino pagalba, siekiant nustatyti jų moralines ir etines vertybes pacientų atžvilgiu.
4. Manau, būtų įdomu ir pravertu pačioms slaugytojoms, norinčioms praplėsti savo žinių akiratį, jei jos ruoštų ir pristatytų paskaitų temas atitinkamų žmonių grupėms, pvz., neįgaliesiems, turintiems metabolinius sutrikimus, sergantiems širdies kraujagyslių, kvėpavimo, psichikos ligomis ir pan. Ir tai būtų vykdoma bent vieną du kartus per mėnesį. Šias paskaitas galima būtų pajavairinti vaizdžia medžiaga, tarkim multimedija, be to, būtų gerai, jei pacientai dalyvautų praktikos užsiėmimuose bei atliktų juos namuose. Temos parenkamos pagal susirgimų pobūdį bei pagrindinis dėmesys turi būti nukreiptas į prevenciją. Tam, kad lengviau pritrauktų žmones, šalia gydytojų durų, skelbimų lentose turi būti iškabinti užsiėmimų tvarkaraščiai su konkrečia data, laiku, telefono numeriu ir pranešėjo pavarde. Pačios slaugytojos pacientų apsilankymo poliklinikoje metu turi pranešti ir priminti, kad yra vykdomi tokie užsiėmimai, kurie susiję jų sveikatos problema. Savavališkai ir nemokamai, abejoju, kas iš slaugytojų sutiktų dalyvauti tokiuose užsiėmimuose, todėl siūlyčiau privalomai patvirtinti šią paslaugą medicinos normoje, už kurią būtų mokamas papildomas atlygis.
5. Patarčiau į sunkių ligonių priežiūrą įtraukti jų šeimos narius, kuriems irgi reikėtų laikas nuo laiko praveisti bendrus užsiėmimus, pokalbio valandėles, kur jie galėtų sulaukti atsakymų į jiems rūpimus klausimus. Šitas visuomeninis darbas reikalauja iš slaugytojų

didelių pastangų, nuolatinio profesinio tobulėjimo, psichologinio pasiruošimo ir pasiaukojimo, kuo ne kiekviena slaugytoja gali pasigirti. Taip pat slaugytojos turi semti įvairių žinių ne tik medicinoje, bet orientuotis teisės, ekonomikos, psichologijos, socialinės ir kt. sferose.

6. Bendrosios praktikos gydytojai, deleguodami jų kompetencijai priskirtas paslaugas teikti gydytojams specialistams, nepanaudoja visų įgytų žinių bei įgūdžių ir yra rizika, kad šie gydytojai netenka reikiamų sričių kvalifikacijos. Turėtų būti skatinamas įgūdžių įtvirtinimas ir kvalifikacijos kėlimas. Auditorių nuomone[10], gydytojų kompetencijos vertinimas padėtų tiksliai nustatyti kokioje srityje, kokių žinių ir įgūdžių trūksta atskiram gydytojui, padėtų kryptingiau vystyti gydytojų tobulinimo sistemą, užtikrintų pacientams kokybiškas paslaugas, atitinkančias valstybinį standartą.
7. Dirbant su ligotais žmonėmis, labai sunku apsisaugoti nuo streso, konfliktinių situacijų. Norėdami kažkiek juos sumažinti, siūlyčiau gydytojams ir slaugytojams daryti specialius kvėpavimo pratimus bei studijuoti „Gyvenimo meną“.
8. Gerinant NVP paslaugų prieinamumą, pirmiausia patarčiau nustatyti prioritетines kryptis, t. y. problemines prieinamumo vietas, kur labiausiai trinka paslaugų teikimas, o būtent atkreipti dėmesį į registravimosi būdą, eilių mažinimo problemą, organizacinius registratūros aspektus. Visų pirma, kad palengvinti registratūros darbą, būtina įkurti elektroninę registravimosi sistemą, kas priklauso nuo poliklinikos vadovų iniciatyvos bei atitinkamų institucijų pagalbos. Antra, kad sumažėtų eilės prie gydytojų kabinetų, reikia žinoti, dėl ko jos atsiranda. Viena iš priežasčių, kaip minėjo B. Kavaliauskienė[55], tai gydytojų išvykimas į kursus. Manau, šiuo atveju galėtų padėti geriau organizuotas darbas tarp gydytojų ir registratūros darbuotojų. Gydytojai turi iš anksto (kažkur prieš mėnesį ar dar anksčiau) pranešti registratūrai, kada išvyksta į kursus ar kada išeina atostogų, kad laiku galima būtų perregistruoti pacientą pas kitą gydytoją ar net susiskambinti ir susitarti su kitos PSPĮ registratūros darbuotojais dėl jo nukreipimo pas juos. O geriausia, jei dažnai trūksta kažkokio specialisto, turėti atsarginį variantą, t. y. pasirašyti sutartį su specialistu, kuris, reikalui esant, galėtų pakeisti nuolatinį darbuotoją. Sunkiausia, kai gydytojas suseraga staiga, tada eilių išvengti neįmanoma, bet operatyviai informavus pacientus apie susiklosčiusią situaciją, galima išvengti stumdymosi paskesnėmis dienomis. Kita eilių priežastis, kurią sudaro patys pacientai, - tai noras patekti pas gydytoją be talonėlio. Yra atvejų, kai iš tikrųjų žmogui bloga ir jam reikia kuo greičiau patekti pas daktarą, o būna, kai ateina išrašyti vaistų ar dėl profilaktinio patikrinimo, kurie kuo puikiau galėjo

užsiregistruoti iš anksto. Tokiais atvejais siūlyčiau slaugytojoms nuolat tikrinti, klausti sėdinčių prie durų pacientų, dėl kokios priežasties jie kreipiasi į gydytoją ir praleisti tuos, kurių savijauta bloga. Iš kitos pusės svarbu, kad registratūros darbuotojai duotų ligos istorijas tik tiems, kuriems reikalinga skubi pagalba, todėl šitoje situacijoje svarbu pasidomėti jų vizito priežastimi.

8. LITERATŪRA

1. Yallop JJ, McAvoy BR, Croucher JL, Tonkin A, Piterman L. Primary health care research – essential but disadvantaged. *Med J Aust* 2006 Jul 17;185(2):118-20.
2. Jančys S. Pacientų pasitenkinimas teikiamomis stacionarinėmis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis Tauragės apskrities ligoninėje. 2005.
Ref Type: Art Work
3. Žėbienė E, Kairys J, Zokas I. Paciento medicininės konsultacijos lūkesčių priklausomumas nuo socialinių bei demografinių paciento charakteristikų. *Visuomenės sveikata* 2004;40(5):467-74.
4. Kauno TLK. PSP paslaugų prieinamumo ir kokybės gerinimas. Paslaugų prieinamumo ir kokybės gerinimo priedas.
http://www.ktlk.lt/doc/Prieinamumo_kokybes_gerinimo_priedas_V03.doc 2004
5. Ratner D, Louria D, Sheffet A, Fain R, Curran J, Saed N, et al. Wealth from Health: an incentive program for disease and population management: a 12-year project. *Lippincotts Case Manag* 2001 Sep;6(5):184-204.
6. Vinickienė V, Liaudanskienė R, Šinkūnaitė R. Vartotojų poreikių tenkinimo tyrimai.
<http://vmai.w3.lt/Informacija.htm> 2007
7. Grabauskas V, Peičius E, Kaminskas R. Pacientų vaidmuo priimant sveikatos priežiūros sprendimus. *Visuomenės sveikata* 2004;40(11).
8. Anthony MK, Hudson-Barr D. A patient-centered model of care for hospital discharge. *Clin Nurs Res* 2004 May;13(2):117-36.
9. Paukštys JS, Šileikienė L. Sveikatos priežiūros kokybė. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. <http://www.sam.lt/sam/naujienos/?idi=266> 2004:453-455.

10. Valstybinio audito ataskaita. 2005.
Ref Type: Data File
11. Carrasco B, Caire V, Stockins B. Evaluation of senior citizens' satisfaction in primary health centres as assessment of the academic model. *Educ Health (Abingdon)* 2003 Mar;16(1):4-13.
12. Kurpas D, Steciwko A. [Quality of primary health care and patients' satisfaction]. *Wiad Lek* 2002;55 Suppl 1:301-4.
13. Irving P, Dickson D. Empathy: towards a conceptual framework for health professionals. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2004;17(4-5):212-20.
14. Otani K, Kurz RS, Harris LE. Managing primary care using patient satisfaction measures. *J Healthc Manag* 2005 Sep;50(5):311-24.
15. Salmon P, Ring A, Dowrick CF, Humphris GM. What do general practice patients want when they present medically unexplained symptoms, and why do their doctors feel pressurized? *J Psychosom Res* 2005 Oct;59(4):255-60.
16. Willems S, De MS, Deveugele M, Derese A, De MJ. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Educ Couns* 2005 Feb;56(2):139-46.
17. Hipokrato priesaika. <http://library.kmu.lt/sveikata/pagalb/hipokrat.htm> 2007
18. Polluste K, Kalda R, Lember M. Evaluation of primary health care reform in Estonia from patients' perspective: acceptability and satisfaction. *Croat Med J* 2004 Oct;45(5):582-7.
19. Kairys J, Žėbienė E, Rutkys BA, Zokas I. Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose. *Medicina* 2004;40(2):178-91.

20. Projektas „Kaip sukurti konstruktyvų dialogą tarp paciento ir sveikatos priežiūros institucijos?“ 2004.
Ref Type: Slide
21. Long S, Jiwa M. Satisfying the patient in primary care: a postal survey following a recent consultation. *Curr Med Res Opin* 2004 May;20(5):685-9.
22. Tarn DM, Meredith LS, Kagawa-Singer M, Matsumura S, Bito S, Oye RK, et al. Trust in one's physician: the role of ethnic match, autonomy, acculturation, and religiosity among Japanese and Japanese Americans. *Ann Fam Med* 2005 Jul;3(4):339-47.
23. Tarrant C, Stokes T, Baker R. Factors associated with patients' trust in their general practitioner: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract* 2003 Oct;53(495):798-800.
24. Beattie P, Dowda M, Turner C, Michener L, Nelson R. Longitudinal continuity of care is associated with high patient satisfaction with physical therapy. *Phys Ther* 2005 Oct;85(10):1046-52.
25. Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Ann Fam Med* 2004 Sep;2(5):445-51.
26. Ngo-Metzger Q, Legedza AT, Phillips RS. Asian Americans' reports of their health care experiences. Results of a national survey. *J Gen Intern Med* 2004 Feb;19(2):111-9.
27. Shi L, Green LH, Kazakova S. Primary care experience and racial disparities in self-reported health status. *J Am Board Fam Pract* 2004 Nov;17(6):443-52.
28. Mahfouz AA, Al-Sharif AI, El-Gama MN, Kisha AH. Primary health care services utilization and satisfaction among the elderly in Asir region, Saudi Arabia. *East Mediterr Health J* 2004 May;10(3):365-71.
29. Margolis SA, Al-Marzouq S, Revel T, Reed RL. Patient satisfaction with primary health care services in the United Arab Emirates. *Int J Qual Health Care* 2003 Jun;15(3):241-9.

30. Aragon SJ, Gesell SB. A patient satisfaction theory and its robustness across gender in emergency departments: a multigroup structural equation modeling investigation. *Am J Med Qual* 2003 Nov;18(6):229-41.
31. Al-Almaie SM, Al-Baghli N. Barriers facing physicians practicing evidence-based medicine in Saudi Arabia. *J Contin Educ Health Prof* 2004;24(3):163-70.
32. Bučiūnienė I, Blaževičienė A, Bliudžiūtė E. Health care reform and job satisfaction of primary health care physicians in Lithuania. *BMC Fam Pract* 2005 Mar 7;6(1):10.
33. Bee A, Clegg A. Community matron implementation: meeting the challenge in Leeds. *Br J Community Nurs* 2006 Feb;11(2):64-7.
34. Fowler J, Hardy J, Howarth T. Trialing collaborative nursing Models of Care: the impact of change. *Aust J Adv Nurs* 2006 Jun;23(4):40-6.
35. West E, Barron DN, Reeves R. Overcoming the barriers to patient-centred care: time, tools and training. *J Clin Nurs* 2005 Apr;14(4):435-43.
36. Netshandama VO, Nemathaga L, Shai-Mahoko SN. Experiences of primary health care nurses regarding the provision of free health care services in the northern region of the Limpopo Province. *Curationis* 2005 Feb;28(1):59-68.
37. Sibbald B, Laurant MG, Reeves D. Advanced nurse roles in UK primary care. *Med J Aust* 2006 Jul 3;185(1):10-2.
38. Aroskar MA, Moldow DG, Good CM. Nurses' voices: policy, practice and ethics. *Nurs Ethics* 2004;11(3):266-76.
39. Chlabicz S, Marcinowicz L. Public or non-public family medicine – patients perspective of the quality of primary care in Bialystok, Poland. *Eur J Gen Pract* 2005 Mar;11(1):5-10.
40. Plieskis M, Petrauskienė J, Leonavičius V. Primary health care in transition: customer satisfaction. *Bendrosios praktikos gydytojas* 2004;8.

41. Hebrang A, Henigsberg N, Erdeljić V, Foro S, Vidjak V, Grga A, et al. Privatization in the health care system of Croatia: effects on general practice accessibility. *Health Policy Plan* 2003 Dec;18(4):421-8.
42. Holmboe ES, Meehan TP, Lynn L, Doyle P, Sherwin T, Duffy FD. Promoting physicians' self-assessment and quality improvement: the ABIM diabetes practice improvement module. *J Contin Educ Health Prof* 2006;26(2):109-19.
43. Ribokienė N. Pacientai vertina Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikas. http://www.sam.lt/lt/main/news/pranesimai_spaudai?id=28594 2007
44. Contencin P, Falcoff H, Doumenc M. Review of performance assessment and improvement in ambulatory medical care. *Health Policy* 2006 Jun;77(1):64-75.
45. Weyer SM, Konrad N, Esola D, Goodwin MA, Stange KC, Flocke SA. Features of medical records in community practices and their association with preventive service delivery. *Med Care* 2005 Jan;43(1):28-33.
46. Wellstood K, Wilson K, Eyles J. 'Reasonable access' to primary care: assessing the role of individual and system characteristics. *Health Place* 2006 Jun;12(2):121-30.
47. Rogers A, Kennedy A, Nelson E, Robinson A. Patients' experiences of an open access follow up arrangement in managing inflammatory bowel disease. *Qual Saf Health Care* 2004 Oct;13(5):374-8.
48. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas „Dėl teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir tinkamumo kontrolės“. 1997.
Ref Type: Statute
49. Sveikatos priežiūros prieinamumas.
http://www.sec.lt/pages/spr/Alf_mok/Text/terminai.html 2007
50. Jankauskienė D. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Lietuvoje. 2007.
Ref Type: Art Work

51. Pečiūra R, Jankauskienė D, Gurevičius R. Sprendimų reformuoti sveikatos apsaugą paieška. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teritorinio prieinamumo įvertinimas. Visuomenės sveikata 2006;42(11):939-43.
52. Kairys J, Gurevičius R. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos darbo įvertinimas. [Accessibility of health care: evaluation of the performance of the city of Vilnius Seskines outpatient clinic]. Medicina (Kaunas) 2002;38(1):94-102.
53. Ambulatorinių specializuotų paslaugų prieinamumas Vilniaus teritorinės ligonių kasos veiklos zonos gyventojams. Sveikatos išdas 2005;44:625.
54. Kavaliauskienė B, Venckienė R. Provincijos realybė: eilės dėl transporto tvarkaraščių ir prieraišumo geram gydytojui. Sveikatos išdas 2006;49:682.
55. Kazlų Rūdos pirminės sveikatos priežiūros centro modernizavimas. 2006.
Ref Type: Art Work
56. Ilgalaikė priežiūra. 2007.
Ref Type: Art Work
57. Adams J, White M. Socio-economic deprivation is associated with increased proximity to general practices in England: an ecological analysis. J Public Health (Oxf) 2005 Mar;27(1):80-1.
58. AB „ALNA“. Projektas. Konsultacinė pagalba dėl sveikatos informacijos poreikio, informacinių sistemų/technologijų infrastruktūros visuose sveikatos priežiūros lygiuose įvertinimo. 2002.
Ref Type: Art Work
59. Kittler AF, Wald JS, Volk LA, Pizziferri L, Jagannath Y, Harris C, et al. The role of primary care non-physician clinic staff in e-mail communication with patients. Int J Med Inform 2004 May;73(4):333-40.

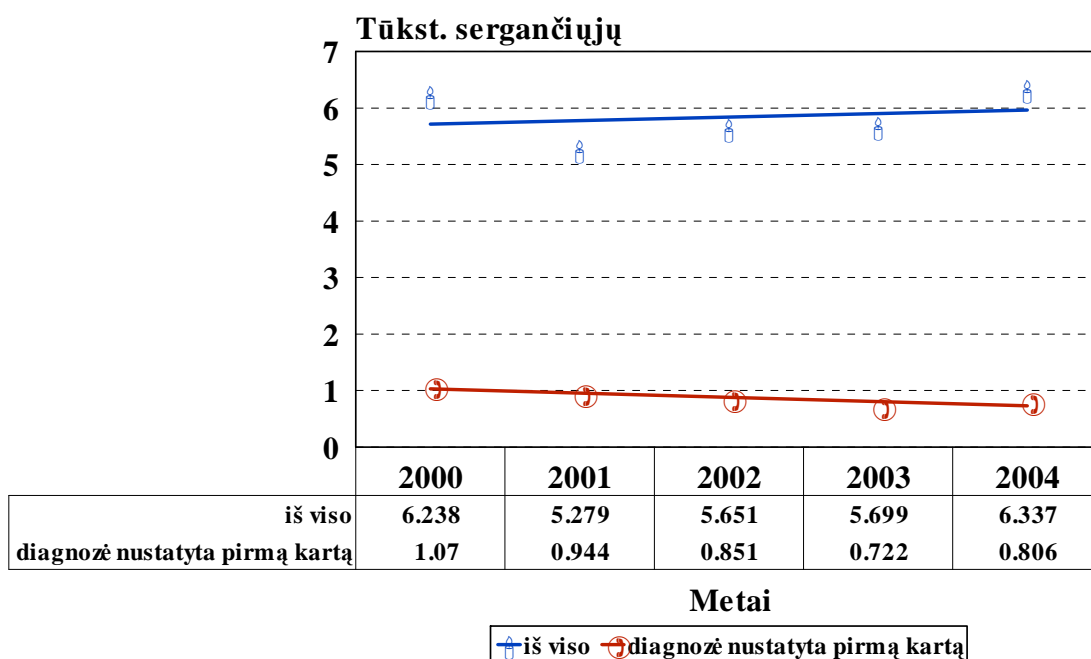
60. Booth N, Robinson P, Kohannejad J. Identification of high-quality consultation practice in primary care: the effects of computer use on doctor-patient rapport. *Inform Prim Care* 2004;12(2):75-83.
61. Audet AM, Davis K, Schoenbaum SC. Adoption of patient-centered care practices by physicians: results from a national survey. *Arch Intern Med* 2006 Apr 10;166(7):754-9.
62. Kittler AF, Carlson GL, Harris C, Lippincott M, Pizziferri L, Volk LA, et al. Primary care physician attitudes towards using a secure web-based portal designed to facilitate electronic communication with patients. *Inform Prim Care* 2004;12(3):129-38.
63. eSveikatos sistemos plėtros Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos sektoriuje projektas. 2007.
Ref Type: Art Work
64. Lietuvos sveikatos informacijos duomenų centras. 2007.
Ref Type: Art Work
65. Jankauskienė D. Sveikatos reformos poveikis gyventojų sveikatai: sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir kokybė. *Visuomenės sveikata* 2000;1(11):81-91.
66. Kairys J, Gurevičius R. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo skirtumai - problemos Vilniaus mieste. *Medicina* 2001;37;3:293-301.
67. Martinkus R, Povilaitis R, Žemaitaitis A. Sveikatos priežiūros etinės problemos. 2000.
Ref Type: Art Work
68. Misevičienė I, Dregval L. [Opinion of Lithuanian population about accessibility and quality of primary health care services] *Medicina (Kaunas)* 2002;38(11):1129-35.
69. Young AF, Byles JE, Dobson AJ. Women's satisfaction with general practice consultations. *Med J Aust* 1998;20;168(8):9-386.

70. Smith J, Sanderson S. What makes outpatient attendance worthwhile for patients? Quality assurance in health care 1992;4(2):32-125.

9. PRIEDAS

9.1. Našumo rodiklių paveikslas

Kraujotakos sistemos ligos



Pav. Sergančiųjų skaičius kraujotakos sistemos ligomis, kur y_1 ir r_1^2 – mėlynos, y_2 , r_2^2 – raudonos tiesių rodikliai.

$$y_1=5655,4+61,8x, r_1^2=0,04; y_2=1103,6-75x, r_2^2=-0,78.$$

9.2. Anketos duomenų analizė

9.2.1. Apklaustųjų charakteristika

Pacientų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes

Pacientų amžiaus grupė	Jauniausio amž. (18-23 m.)	Jauno amž. (24-33 m.)	Vidutinio amž. (34-45 m.)	Vyresnio amž. (46-55 m.)	Vyriausio amž. (56-85 m.)	Iš viso
Suma	114	80	108	95	79	476
Procentai	23.9	16.8	22.7	20.0	16.6	100.0

Respondentų išsilavinimo priklausomybė nuo tautybės

Išsilavinimas	Tautybė				Iš viso
	Lietuvis	Lenkas	Rusas	Kita	
Neturiu		2	1		3
		66.7%	33.3%		100.0%
		1.0%	0.9%		0.6%
Pradinis	2	10	5		17
	11.8%	58.8%	29.4%		100.0%
	1.5%	4.9%	4.6%		3.6%
Vidurinis	50	66	40	13	169
	29.6%	39.1%	23.7%	7.7%	100.0%
	38.2%	32.2%	37.0%	48.1%	35.9%
Vidurinis specialusis	30	62	31	8	131
	22.9%	47.3%	23.7%	6.1%	100.0%
	22.9%	30.2%	28.7%	29.6%	27.8%
Aukštesnysis	18	42	12	4	76
	23.7%	55.3%	15.8%	5.3%	100.0%
	13.7%	20.5%	11.1%	14.8%	16.1%
Aukštasis	31	23	19	2	75
	41.3%	30.7%	25.3%	2.7%	100.0%
	23.7%	11.2%	17.6%	7.4%	15.9%
Iš viso	131	205	108	27	471
	27.8%	43.5%	22.9%	5.7%	100.0%
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

df=15; P= 0,08; $\chi^2= 22,8$

9.2.2. Prieinamumo rodiklių įvertinimas

Laiko gaišimo registratūroje priklausomybė nuo amžiaus

Laiko gaišimas prie registratūros	Amžiaus grupė					Iš viso
	Jauniausi	Jauni	Vidutinio amžiaus	Vyresni	Vyriausi	
Labai blogai ir blogai	45 39.8%	38 47.5%	32 29.6%	21 22.1%	14 17.7%	150 31.6%
Vidutiniškai	42 37.2%	21 26.3%	50 46.3%	45 47.4%	40 50.6%	198 41.7%
Labai gerai ir gerai	26 23.0%	18 22.5%	26 24.1%	26 27.4%	20 25.3%	116 24.4%
Nežinau		3 3.8%		3 3.2%	5 6.3%	11 2.3%
Iš viso	113 100.0%	80 100.0%	108 100.0%	95 100.0%	79 100.0%	475 100.0%

$P = 0,00, \chi^2 = 36,61, df = 12$

- | APIBŪDINKITE: | | labai | | | | |
|--|---|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | | blogai | vidutiniškai | | puikiai | |
| 14. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą | → | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 15. Užsiregistravimą pas BPG gydytoją | → | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 16. Laiką, sugaištą prie registratūros | → | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 17. Laiką, sugaištą prie gydytojo kabineto | → | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 18. Galimybę susisiekti su savo gydytoju (terapeutu)
po darbo ir savaitgaliais | → | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 19. Specialios priežiūros prieinamumą (pvz.,kardiologo,
neurologo, okulisto ir pan.) | → | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 20. Skubios pagalbos prieinamumą | → | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 21. Apžiūros nuodugnumą ir diagnozės tikslumą | → | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 22. Gydytojų kvalifikaciją, patirtį | → | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 23. Gydytojo susidomėjimą Jumis ir Jūsų problemomis | → | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 24. Slaugytojų vaidmenį Jūsų gydyme | → | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 25. Registratūros darbuotojų mandagumą ir
draugiškumą | → | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 26. Kaip bendrai vertinate sveikatos priežiūrą N. Vilnios
poliklinikoje | → | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 27. Ar rekomenduotumėte N. Vilnios polikliniką draugams ir giminaičiams? | | <input type="checkbox"/> taip, <input type="checkbox"/> ne | | | | |
| 28. Ar gydytojai Jums pakankamai suteikia informacijos apie Jūsų sveikatą arba ligos priežastis,
eigą, režimą, skiriamus vaistus, jų vartojimą ir pan.? | | <input type="checkbox"/> visada pakankamai, <input type="checkbox"/> ne visada pakankamai, <input type="checkbox"/> visada nepakankamai | | | | |
| 29. Kaip Jūs manote, ar daug pas Jus yra gerų gydytojų, kuriais galima visiškai pasitikėti? | | <input type="checkbox"/> geri gydytojai yra visi, <input type="checkbox"/> gerų gydytojų yra dauguma, <input type="checkbox"/> gerų gydytojų yra nedaug, <input type="checkbox"/> gerų gydytojų yra tik vienetai, <input type="checkbox"/> gerų gydytojų nėra, <input type="checkbox"/> nežinau | | | | |
| 30. Ar esate patenkinti šios poliklinikos gydytojais? | | <input type="checkbox"/> taip, <input type="checkbox"/> iš dalies, <input type="checkbox"/> ne | | | | |
| 31. Ar esate patenkinti šios poliklinikos slaugytojais? | | <input type="checkbox"/> taip, <input type="checkbox"/> iš dalies, <input type="checkbox"/> ne | | | | |
| 32. Ar mandagiai bendrauja su Jumis gydytojai, ar rodo norą padėti, užuojautą, supratimą, ar domisi Jūsų išgyvenimais? | | <input type="checkbox"/> visada ir visi, <input type="checkbox"/> ne visada ir ne visi, <input type="checkbox"/> niekada | | | | |
| 33. Ar kantriai gydytojai išklausydavo Jūsų nusiskundimus, tardavosi su Jumis dėl Jūsų sveikatos
problemų, gydymo, vaistų skyrimo ir pan.? | | <input type="checkbox"/> visi ir visada, <input type="checkbox"/> ne visi ir ne visada, <input type="checkbox"/> niekada | | | | |
| 34. Ar norite, kad gydytojas skirtų Jūsų sveikatos problemoms daugiau laiko? | | <input type="checkbox"/> taip, <input type="checkbox"/> ne | | | | |

35. Ar norite, kad slaugytoja daugiau laiko skirtų Jūsų priežiūrai? taip, ne

36. Kokiū būdu slaugytoja dalyvauja Jūsų gydyme (galimi keli variantai)?

pildo medicininius blankus (pvz., siuntimo, pažymų ir kt.)

aktyviai papildomai klausinėja apie Jūsų savijautą, ligą ir gyvenimo būdą

duoda patarimus pagal savo gebėjimus dėl ligos simptomų palengvinimo ar informuoja dėl žalingų gyvenimo įpročių ir pan.

atlieka gydytojo paskirtas procedūras ir nurodymus (pvz., matuoja arterinį kraujo spaudimą, daro injekcijas, perrišinėja žaizdas ar kt.);

nieko nedaro

kita.(įrašykite)

37. Ar slaugytoja teikia Jums emocinę paramą? visada, dažnai, retai, niekada, nebuvo progos

38. Apibūdinkite slaugytoją pagal šias savybes:

- dėmesingumą: → labai dėmesinga, dėmesinga, nedėmesinga, labai nedėmesinga
- mandagumą: → labai mandagi, mandagi, nemandagi, labai nemandagi
- sąžiningumą: → labai sąžininga, sąžininga, nesąžininga, labai nesąžininga
- bendravimą: → labai noriai bendrauja, noriai bendrauja, nenoriai bendrauja, labai nenoriai bendrauja, iš viso su manim nebendrauja
- patirtį: → labai patyrusi, patyrusi, nepatyrusi, labai nepatyrusi

39. Ar kada nors patyrėte bereikalingą siuntinėjimą nuo vieno gydytojo pas kitą? taip, ne

40. Ar norėtumėte lankytis pas privačiai mokamus gydytojus? taip, ne

41. Kaip Jūs vertinate pokyčius, kurie pastaruoju metu reformuojant sveikatos priežiūros sistemą įvyko Jūsų poliklinikoje? tik teigiamai, labiau teigiamai negu neigiamai, labiau neigiamai negu teigiamai, tik neigiamai, nežinau

42. Jeigu Jūs pastebėjote teigiamų pokyčių Jūsų gydymo įstaigoje, tai kas, Jūsų nuomone, pagerėjo labiausiai? (galite rinktis kelis variantus)

medikai pradėjo pagarbiau elgtis su ligoniais,

pagerėjo medicinos paslaugos,

padidėjo medikų atsakomybė,

- pagerėjo darbo organizacija,
- daugiau dėmesio skiriama ligoniui,
- sumažėjo eilės
- kita _____ (įrašyti)

43. Ką blogiausio pastaruoju metu pastebėjote Jūsų gydymo įstaigoje ir medikų darbe? (galite rinktis kelis variantus)

- medikams papildomai reikia duoti pinigų,
- medikai nejaučia didelės atsakomybės ligoniui ir visuomenei,
- mažai dėmesio skiriama ligoniui,
- medicinos personalas negerbia ligonių ir šiurkščiai elgiasi,
- blogai gydo
- didžiulės eilės poliklinikoje
-

kita _____ (įrašyti)

44. Jūsų atsiliepimai apie medicinos įstaigą, darbo organizavimo tvarką ir medicinos personalą _____

Kiek laiko (min.) užtruko anketos pildymas?.....(parašyti)

