



VILNIAUS UNIVERSITETAS

MEDICINOS FAKULTETAS

Medicina

Klinikinės medicinos institutas; Vidaus ligų ir šeimos medicinos klinika

Šarūnas Aleksa, VI kursas, II grupė

VIENTISŲJŲ STUDIJŲ MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

Poliligotų pacientų sveikatos priežiūra pirminėje sveikatos priežiūros grandyje

The Multimorbid Patients' Healthcare in Family Medicine

Darbo vadovas

Doc. Med. M. dr. Lina Vencevičienė

Katedros ar klinikos vadovas

Prof. Vytautas Kasiulevičius

Vilnius, 2025.

Studento elektroninio pašto adresas: sarunas.aleksa@mf.stud.vu.lt

TURINYS

SANTRUMPOS	2
SANTRAUKA	2
SUMMARY	3
RAKTAŽODŽIAI	3
IVADAS	4
LITERATŪROS APŽVALGA	6
1. Terminologija ir epidemiologija	6
1.1. Terminologija	6
1.2. Poliligitumo epidemiologija ir vyresnių nei 65 metų amžiaus asmenų demografija	6
2. Poliligitumo keliami iššūkiai	8
2.1. Poliligitumo įtaka pacientams	8
2.2. Iššūkiai pirminės sveikatos paslaugas teikiantiems specialistams	9
2.3. Poliligitumo keliamas naštai ekonomikai	10
3. Pokyčiai pirminėje sveikatos priežiūroje	10
3.1. Bandomai ieškoti alternatyvų	10
3.2. Integruoto sveikatos priežiūros modelio pritaikymas Lietuvoje	12
METODAI	13
1. Tyrimo organizavimas ir eiga	13
2. Tyrimo objektas ir tiriamųjų atranka	15
3. Pacientų įtraukimas į tyrimą	15
4. Apklausos anketos	16
5. Duomenų analizės metodai	18
6. Lyginamų pirminės sveikatos priežiūros modelių apžvalgos	18
7. Įvestų pavadinimų paaiškinimas	20
TYRIMO REZULTATAI	20
1. Pacientų pasitenkinimas pirmine sveikatos priežiūra	20
2. Pacientų pasitenkinimas gyvenimo kokybe	30
2.1. Gyvenimo kokybės klausimynas	30
2.2. Sveikatos būklės vertinimas	34
2.3. Emocinio distreso vertinimas	35
3. Pacientų gyvensenos įpročiai	40
REZULTATŲ APTARIMAS	41
IŠVADOS IR PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS	41
LITERATŪROS ŠALTINIAI	43
PRIEDAI	46

SANTRUMPOS

VUL SK ŠMC – Vilniaus universitetinė ligoninė Santaros klinikos Šeimos medicinos centras

PAAPSI – pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos

ŽIV – žmogaus imunodeficito virusas

BVP – bendras vidaus produktas

SANTRAUKA

Tyrimo tikslas ir uždaviniai: Palyginti „Integruotos sveikatos priežiūros modelio pritaikymo poliligotų pacientų sveikatos priežiūrai pirminėje grandyje“ projekto dalyvių, kurių priežiūrai buvo skiriamas itin didelis dėmesys ir dideli žmogiškieji bei finansiniai ištekliai, paskutinio etapo planinių vizitų duomenis su surinktais duomenimis iš pacientų, prižiūrimų pagal įprastinį sveikatos priežiūros modelį. Suformuluotam tikslui pasiekti buvo iškelti du uždaviniai. Pirma, įvertinti, kaip skiriasi dviejų poliligotų pacientų grupių požiūris į jiems teikiamą sveikatos priežiūrą ir savo gyvenimo kokybę, kai jų sveikatos priežiūra yra vykdoma pagal skirtingus sveikatos priežiūros modelius: integruotąjį ir įprastinį. Antra, įvertinti abiejų grupių narių gyvensenos įpročius, ir išsiaiškinti ar integruotos sveikatos priežiūros modelis turėjo teigiamos įtakos pacientų gyvenimo būdo pasirinkimams.

Tyrimo metodai: Gyvo kontakto metu surinktos apklausos, susidedančios iš penkių klausimų, leidžiančių įvertinti respondentų požiūrį į jiems teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, jų gyvenimo kokybę bei gyvensenos įpročius. Apklausų atlikime dalyvavo 70 poliligotų pacientų, prisirašiusių VUL SK šeimos medicinos centre ir prižiūrimų pagal įprastinę sveikatos priežiūros sistemą. Surinkti duomenys išanalizuoti Excel ir SPSS programų pagalba. Duomenys lyginti su projekto „Integruotos sveikatos priežiūros modelio pritaikymo poliligotų pacientų sveikatos priežiūrai pirminėje grandyje“ metu surinktais apklausų duomenimis.

Rezultatai: Poliligotų pacientų, kurių priežiūra buvo vykdyta pagal integruotą sveikatos priežiūros modelį, nuomonė apie jiems teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas buvo geresnė, lyginant su poliligotų pacientų, prižiūremų pagal įprastinę sveikatos priežiūros sistemą, požiūriu. Pacientų, kurių priežiūrai buvo skiriamas didesnis sveikatos specialistų dėmesys, gyvenimo kokybė taip pat buvo geresnė. Tačiau integruotos sveikatos priežiūros modelis, kainuojantis didesnius finansinius ir žmogiškuosius išteklius, poliligotų pacientų gyvensenos įpročių nepagerino.

Išvada: Integruotas sveikatos priežiūros modelis turėjo teigiamos įtakos poliligotų pacientų pasitenkinimui jiems teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis bei tų pacientų gyvenimo kokybei. Tačiau integruotas sveikatos priežiūros modelis pastebimos įtakos poliligotų pacientų gyvensenos įpročiams neturėjo.

SUMMARY

Aim of the study and objectives: To compare the data between two groups of multimorbid patients, who were supervised under different health care models. Patients for the first group were collected during this thesis, and they were supervised under the usual health care model. The second group of patients were participating in the project called “Evaluation of the effectiveness of integrated care model for multimorbid patient healthcare”, where they were supervised under integrated healthcare model. To achieve the objective, two tasks were outlined. First, to determine differences between two groups of multimorbid patients regarding how they feel about the healthcare they receive and their quality of life. Second, to compare the lifestyle habits of members of both groups to determine whether the integrated healthcare model had a positive impact on multimorbid patient’s lifestyle choices.

Methods: Surveys were conducted during face-to-face contact. They consisted of five questionnaires, which allow the evaluation of multimorbid patients’ satisfaction with healthcare services they receive, their quality of life, and their lifestyle habits related to health. All surveyed patients were registered at the Family Medicine Center of the Vilnius University Hospital Santaros Clinics (VUL SK). They were also supervised under the usual healthcare system. The collected data were analyzed using Excel and SPSS software. Analyzed data then were compared with the data collected during the project “Evaluation of the effectiveness of integrated care model for multimorbid patient healthcare”.

Results: The satisfaction of those multimorbid patients, who were supervised under the integrated healthcare model was greater compared to the satisfaction of multimorbid patients, whose care was provided under the usual healthcare system. The quality of life of patients receiving more attention from their healthcare specialists was also better. However, the integrated healthcare model, costing more financial and human resources than the usual model, did not improve the lifestyle habits of multimorbid patients.

Conclusions: The integrated healthcare model had a positive impact on multimorbid patients’ satisfaction with the healthcare services they had received, and their quality of life. However, this model had no noticeable impact on patients’ lifestyle habits related to health.

Keywords: Multimorbidity, multimorbid patients, integrated healthcare model, primary healthcare evaluation, comparison of primary healthcare models.

RAKTAŽODŽIAI

Poliligitumas, poliligoti pacientai, integruotas sveikatos priežiūros modelis, pirminės sveikatos priežiūros vertinimas, pirminės sveikatos priežiūros modelių lyginimas.

IVADAS

Poliligitumas yra sąvoka, vartojama siekiant apibrėžti asmens, sergančio dviem ar daugiau lėtinėmis ligomis tuo pačiu metu, sveikatos būklę (1)(2). Lėtinė liga yra sveikatos sutrikimas, kuris trunka ilgą laiką, turi įtakos kasdieniam paciento gyvenimui ir privalo būti nuolat valdomas, kontroliuojamas ar gydomas (3). Lietuvoje, 46 procentų gyventojų nurodo, jog serga bent viena lėtine liga. Su amžiumi rizika išsivystyti lėtinėms ligoms didėja: aštuoni iš dešimties 65 metų amžiaus ir vyresni piliečiai turi bent vieną lėtinį sveikatos sutrikimą ir net 60 proc. yra apibrėžiami kaip poliligoti pacientai (4). Aktualu ir tai, jog žmonės gyvena vis ilgiau, bei pačių vyresnio amžiaus asmenų santykinai daugėja. Remiantis 2023 metų Eurostat duomenimis, šiuo metu numatoma gyvenimo trukmė gimstant Europoje yra 81,5 metai, Lietuvoje – 77,3 (5). Lyginant su 1990 metų duomenimis, per 30 metų Europoje vidutinė numatoma gyvenimo trukmė prailgėjo 10 metų (6). Vyresnių nei 65 metų žmonių Europoje, taip pat ir Lietuvoje, vertinant 20 metų laikotarpį nuo 2003 iki 2023, procentas nuo bendros populiacijos padidėjo nuo 16% iki 21% (7). Be nemodifikuojamo rizikos veiksnio – vyresnio amžiaus, yra ir kitų, modifikuojamų rizikos veiksnių, galinčių taip pat lemti vienos, ir vėliau kelių, lėtinių ligų atsiradimą. Vieni iš pavyzdžių - gyvenimo būdo pasirinkimas ir prastas rūpinimasis savo sveikata. Rūkantys, vartojantys alkoholį ir fiziniu aktyvumu neužsiimantys asmenys turi didesnę tikimybę susidurti su poliligitumu ateityje (8)(9).

Poliligoti asmenys dažniau nei likusi populiacijos dalis, susiduria su kasdieniais sunkumais, kylančiais tiek dėl ligų keliamos naštos, tiek dėl problemų, kylančių stengiantis su tomis ligomis tvarkytis. Lyginant asmenis, sergančius tik viena lėtine liga, su pacientais sergančiais keliomis, poliligoti pacientai dažniau susiduria su prastesne gyvenimo kokybe: asmenys, sergantys 5 lėtinėmis ligomis, statistiškai turi du kartus didesnę tikimybę sirgti depresija, lyginant su pacientais, sergančiais tik viena lėtine liga (10). Kelis lėtinius sutrikimus turintys asmenys statistiškai dažniau miršta anksčiau numatyto populiacijos vidurkio (8). Jie nurodo vartojantys daugiau vaistų (susiduria su polifarmacija), ir dažniau kenčia dėl nepageidaujamų poveikių dėl sudėtingo, kartais neteisingo, vaistų suderinimo (11)(12)(13). Poliligotiems pacientams tenka dažniau lankytis ligoninėse, jie reikalauja didesnio medikų dėmesio, hospitalizacija jiems trunka ilgiau, lyginant su ne poliligotais pacientais. Tai turi neigiamos įtakos šių pacientų psichinei sveikatai (14). Dėl didesnės apkrovos kenčia ir sveikatos apsaugos sistema. Poliligotų pacientų, kurie turi iki 3 lėtinių sveikatos sutrikimų, sveikatos priežiūra vidutiniškai kainuoja iki 3 kartų daugiau, lyginant su pacientais, neturinčiais lėtinių ligų (15). 2016 metų duomenimis Jungtinės Amerikos Valstijose lėtinėmis ligomis sergančių asmenų priežiūra kainavo 1,1 milijardą JAV dolerių ir tai sudarė 5,8% šalies BVP. (16). Taigi savaime suprantama, jog kelių ligų egzistavimas vienu metu, tampa iššūkiu ne tik pačiam pacientui, tačiau ir jo aplinkai, sveikatos sistemai ir valstybei. Šiuo metu medicininėje praktikoje yra į vienos,

ir dažniausiai ūmios, patologijos gydymą nukreipta paciento priežiūra (12)(17). Dėl šio pacientų priežiūros modelio, poliligoti asmenys dažnai susiduria su nepakankama ir neefektyvia sveikatos priežiūra, jiems kyla papildomų problemų su dažniau blogėjančia psichine sveikata, gyvenimo kokybe (18). O šiuo metu numatoma ilgesne žmonių gyvenimo trukme ir vis didėjančiu vyresnių asmenų skaičiumi, vyresniais poliligotais asmenimis sveikatos priežiūros sistemai teks rūpintis ilgiau, o ir pačių pacientų gali būti daugiau.

Taigi atsižvelgiant į prognozuojamus bei augančius poliligotų pacientų skaičius ir įprastinės sveikatos sistemos priežiūros spragas, kylančias bandant rūpintis tokiais pacientais, yra stengiamasi ieškoti pranašesnių pacientų priežiūros modelių (8). Modelių, kurie, skirtingai nuo įprastinio, besiorientuojančio į vieną patologiją vienu metu, pacientams galėtų pasiūlyti integruotą bei ilgalaikę priežiūrą (8). Vienas iš būdų, galinčių padėti geriau ir efektyviau rūpintis bei padėti poliligotiems pacientams yra Europos finansuoto CHRODIS projekto metu pristatytas modelis (17). Į projektą buvo įtrauktos 23 Europos valstybės, įskaitant ir Lietuvą. Yra tikimasi, jog šis sukurtas visapusiškas pacientų priežiūros būdas, be geresnės lėtinių ligų kontrolės, gali padidinti keliomis lėtinėmis ligomis sergančių asmenų pasitenkinimą jiems teikiama sveikatos priežiūra, sumažinti depresijos tikimybę ar jai esant – simptomus, bei bendrai pagerinti gyvenimo kokybę. Tačiau kol kas, deja, svarių įrodymų, pagrindžiančių šio naujai sukurto sveikatos priežiūros modelio efektyvumą praktikoje, trūksta (17)(8). Siekiant pritaikyti ir išbandyti CHRODIS+ metu pristatyto integruotos sveikatos priežiūros modelio efektyvumą ir veiksmingumą kasdienėje praktikoje, buvo įgyvendintas integruotos sveikatos priežiūros modelis Lietuvoje. Bendradarbiaujant keturiomis šalies PAAPSI (Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos) buvo atliktas projektas „Integruoto sveikatos priežiūros modelio pritaikymas poliligotų pacientų sveikatos priežiūrai pirminėje grandyje“ (19). Projekto metu, taikant integruotą sveikatos priežiūros modelį, dinamikoje buvo sekami duomenys apie pacientus: holistinio įvertinimo metu surinkti duomenys, bei klausimynų atsakymai, kurių rezultatai leido įvertinti pacientų požiūrį į savo lėtines ligas, bendrą sveikatą, gyvenimo kokybę, nustatyti emocinio distreso buvimą, paciento savarankiškumo ir apsitarnavimo lygį. Projekto eigoje klinikiniai duomenys dinamikoje gerėjo, tačiau pacientų pasitenkinimas sveikatos priežiūra, bei įsitraukimas į savo sveikatos gerinimą autorių duomenimis - nebuvo pakankami (19).

Šio mokslinio darbo tikslas yra palyginti poliligotų pacientų, kurių priežiūra buvo vykdoma pagal skirtingus sveikatos priežiūros modelius, požiūrius į jiems teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, jų gyvenimo kokybę ir gyvensenos įpročių tendencijas. Taip galima įvertinti, ar integruotas sveikatos priežiūros modelis, reikalaujantis labai didelių žmoniškųjų ir finansinių išteklių, pacientų nuomone yra pranašesnis už įprastinį sveikatos priežiūros modelį.

LITERATŪROS APŽVALGA

1. Terminologija ir epidemiologija

1.1. Terminologija

Poliligitumo sąvokos apibrėžčių galima rasti įvairių, priklausomai nuo literatūros šaltinių. Pasaulinė sveikatos organizaciją poliligitumą įvardina kaip „dviejų ar daugiau lėtinių sveikatos sutrikimų egzistavimą“ (3). Didžiojoje Britanijoje veikianti organizacija „The Academy of Medical Sciences“ pateikė išsamesnį ir platesnį poliligitumo apibrėžimą: du ar daugiau kartu esantys lėtiniai sutrikimai, kurie skiriasi savo etiologija ir nėra susiję. Taip norėta parodyti skirtumą nuo komorbidiškumo – sąvokos, reiškiančios dviejų, tačiau susijusių sveikatos sutrikimų egzistavimą. Į apibrėžimą taip pat įtraukti lėtiniai sveikatos sutrikimai, kurie gali būti ne tik fiziniai, bet ir psichikos sutrikimai, tokie kaip šizofrenija. Poliligitumui priskirtos ir ilgai trunkančios lėtinės infekcijos, tokios kaip ŽIV, hepatitas C (20).

Kitas Didžiojoje Britanijoje veikiantis institutas „National Institute for Health and Care Excellence“, pristatydamas poliligitumo aktualumą regione, į apibrėžimo kriterijus, be jau minėtų, priskyrė dar daugiau sveikatos sutrikimų, tokius kaip: mokymosi bei pažinimo sutrikimai, lėtinis skausmas ar ilgai trunkantis silpnumas, jutimų sutrikimai ir regos ar klausos praradimai. Taip pat paminėtas ir piktnaudžiavimas alkoholiu ir kitomis substancijomis, turinčiomis aiškų poveikį asmens sveikatai (21).

Nors sąvokos aiškinimo esmė skirtinguose šaltiniuose yra panaši, t.y. kalbama apie dviejų ar daugiau lėtinių sveikatos sutrikimų egzistavimą, tačiau galime rasti ir tam tikrų skirtumų. Skirtumai, dažniausiai, atsiranda šaltinių autoriams stengiantis išplėtoti poliligitumo sąvokos apibrėžtį. Pagrindiniai skirtumai yra skirtingų lėtinių sveikatos sutrikimų įtraukimas į apibrėžimo kriterijus, paciento funkcionalumo sutrikimų traktavimas kaip atskiros lėtinės patologijos ir to įtraukimas į kriterijus, ar su lėtine liga nesusijusių aplinkybių paminėjimas.

Dažniausios tarpusavyje nesusijusios lėtinės patologijos, lemiančios pacientų poliligitumą yra metaboliniai sutrikimai ir kardiovaskulinės sistemos ligos. Toliau pagal dažnumą seka psichikos sveikatos sutrikimai ir muskuloskeletinės sistemos ligos (22). Išskiriant atskiras amžiaus grupes galima tiksliau pasakyti, kurios lėtinės patologijos yra būdingos tam tikrose grupėse. 15 – 44 metų amžiaus asmenims pagrindinės poliligitumo priežastys yra tokių lėtinių patologijų egzistavimas ir koegzistavimas kaip: hipertenzija, cukrinis diabetas, nutukimas, lipidų apytakos sutrikimai. Šią amžiaus grupę išskiriant pagal lytis, minėtos amžiaus grupės vyrams būdinga įvairių substancijų vartojimas, nerimas, šizofrenija, o moterims – anemija, nemiga. 45-64 metų amžiaus asmenims prie jau minėtų ankstesnės grupės dažniausiai pasitaikančių priežasčių prisideda išeminė širdies liga, širdies ritmo sutrikimai, miokardo infarktas. O vyresnių nei 65 metų amžiaus asmenų prie jau minėtų

lėtinių patologijų, lemiančių poliligitumo egzistavimą, prisideda širdies nepakankamumas, papildomai vyrams išskiriama – podagra, moterims – osteoporozė (23).

1.2. Poliligitumo epidemiologija ir vyresnių nei 65 metų amžiaus asmenų demografija

Poliligitų pacientų demografinis paplitimas populiacijose pagrįste priklauso nuo tiriamo regiono, asmenų imties amžiaus vidurkio, bei į kriterijus įtraukiamų ar neįtraukiamų lėtinių patologijų (24). Tyrimų rezultatai, kurie įtraukė 54 pasaulio valstybes, atskleidžia, kad bendras poliligitų pacientų paplitimas pasaulyje siekia 37,2%. Didžiausią visuomenės dalį poliligoti asmenys sudaro Pietų Amerikos regione t.y. 45,7% bendros populiacijos, antroje vietoje – Šiaurės Amerika su 43,1% nuo bendros populiacijos ir trečia vieta tyrimo duomenimis tenka Europos regionui su 39,4%. Vertinant poliligitumo paplitimą pagal amžių, su šia problema susiduria kas antras 60 metų asmuo, o su vis didėjančiu amžiumi, poliligitumo dažnis populiacijoje didėja ir gali siekti net 93,1% tarp vyriausių populiacijos atstovų. Vertinant pagal lytį, didesnė dalis poliligitų asmenų yra moterų grupėje – 39,2%, tačiau didelio atotrūkio nuo vyrų nėra. Vyriškos lyties asmenų grupėje poliligitumas apima 32,8%. Europoje, tiriant 15 Europos valstybių, didžiausias poliligitumų pacientų procentas nustatytas Portugalijoje, Lenkijoje, Estijoje, Čekijoje, mažiausias – Olandijoje, Šveicarijoje, Švedijoje (25). Lietuvoje atlikto tyrimo duomenimis, poliligitumo paplitimas populiacijoje pradeda didėti pasiekus 45 gyvenimo metus. O 65 metų amžiaus asmenų grupėje ir vyresnių poliligitumas Lietuvoje siekia 42% (26). Bendrai pasaulyje, didžiausias poliligitumo paplitimo globalus augimas vyko 2000-2011 metais, o nuo 2011 metų iki dabar skaičiai nors ir išlieka daugmaž tokie patys, tačiau yra dideli – apie 40%. (27)(28)

Kadangi yra koreliacija tarp didėjančios poliligitumo tikimybės ir didesnio asmenų amžiaus, yra aktualu nagrinėti bei sekti globalios visuomenės augančio ilgaamžiškumo tendencijas ir amžiaus grupių pasiskirstymus, bandant prognozuoti poliligitų pacientų skaičius ateityje. Tarptautinės sveikatos organizacijos spėjimais 2030 metais vienas iš šešių asmenų pasaulyje bus vyresnis nei 60 metų amžiaus ir jų skaičius gali pasiekti 1.4 milijardo, lyginant su 1 milijardu 60-mečių ir vyresnių žmonių 2020 metais. 2050 metais minėtą amžių pasiekusių asmenų skaičius gali padvigubėti ir siekti 2,1 milijardą, o dar vyresnių – 80-ties metų iki tų pačių, 2050-ųjų metų, net patrigubėti (29). Aktualiausios problemos, susijusios su vis labiau senstančia visuomene, kyla Europai ir Šiaurės Amerikai. Šiaurės Amerikoje asmenų iki 15 metų amžiaus regiono populiacijos dalis yra tik 1% didesnė lyginant su vyresniais nei 65 metų amžiaus gyventojais: 18% ir 17% atitinkamai. O Europos regione, vyresnė nei 65 metų amžiaus populiacijos dalis lenkia jaunesnių nei 15 metų amžiaus asmenų grupę: 19% virš 65 metų amžiaus ir 16% iki 15 metų amžiaus asmenys populiacijoje (30). Tad, prognozuotinai, vis didėjančiu skaičiumi vyresnių, o dalimi jų ir poliligitų, asmenų turės rūpintis bei juos išlaikyti santykinai mažesnė visuomenės dalis.

2. Poliligitumo keliami iššūkiai

2.1. Poliligitumo įtaka pacientams

Dvejomis ar daugiau lėtinėmis ligomis sergantys pacientai kasdien susiduria su daugybe iššūkių. Didelė jų dalis kyla tiesiogiai dėl turimų ligų, ribojančių sergančių žmonių galimybes, tačiau kita dalis problemų gali kilti dėl susijusių, tačiau netiesioginių priežasčių. Viena iš pagrindinių problemų – prastėjanti gyvenimo kokybė. Apklausų duomenimis, vertinant skirtingus klausimynus, yra nustatyta koreliacija, tarp vis didesnio lėtinių ligų skaičiaus ir vis prastesnės paciento gyvenimo kokybės. Pažymėtina, jog jaunesni poliligoti pacientai, lyginant su vyresniais, prastėjančia gyvenimo kokybe skundžiasi dažniau ir juos tai slegia labiau (31). Viena iš prastėjančios gyvenimo kokybės priežasčių yra blogėjanti psichinė sveikata (32). Tam įtakos gali turėti tam tikrų lėtinių ligų keliami skausmai, funkcinų gebėjimų apribojimai (pvz. savęs apsitarnavimas), ar bendrai pasikeitusios kasdienio gyvenimo aplinkybės ir rutina (33). Psichinei poliligitų asmenų sveikatai, o tuo pačiu ir gyvenimo kokybei įtakos turi faktas, jog asmenys, sergantys keliomis lėtinėmis ligomis, taip pat turi didesnę tikimybę mirti anksčiau jiems numatyto laiko, lyginant su to paties amžiaus asmenimis, nesergančiais jokiais lėtinėmis patologijomis (8)(34). Pabrėžtina, jog nuo lėtinių ligų skaičiaus priklauso ir didėjanti įtaka psichinei sveikatai. Kuo lėtinių patologijų daugiau – tuo didesnė neigiama įtaka psichinei paciento sveikatai: asmenys, turintys 5 lėtinius susirgimus, turi dvigubai didesnę riziką susirgti ar sirgti depresija, lyginant su asmenimis, sergančiais tik viena lėtine liga (10).

Poliligitų pacientų gyvenimą taip pat sunkina poreikis dažniau lankytis pas sveikatos priežiūros specialistus, dėl dažniau kylančių sveikatos problemų. Kartą apsilankę skubios pagalbos priėmimo skyriuje, keliais lėtiniais susirgimais sergantys asmenys yra 6% dažniau linkę pakartotinai apsilankyti tame pačiame skyriuje per ateinančios 7 dienas, lyginant su lėtinių susirgimų neturinčiais. Poliligitų pacientų hospitalizavimo tikimybė taip pat skiriasi. Amžiaus grupėje iki 65 metų, iki tol lėtinių patologijų neturintys asmenys turi 30% mažesnę tikimybę būti hospitalizuoti, lyginant su tos pačios amžiaus grupės poliligotais pacientais. Vyresnių nei 65 metų amžiaus grupėje tikimybės skirtumas nebe toks didelis, tačiau vis tiek išlieka ženkliai didesnis sergančiųjų grupėje (35). Dėl dažnesnių apsilankymų pas gydytojus, poliligoti pacientai dažniau susiduria su našta dėl ne visada efektyvaus ar tikslingo gydymo paskyrimo. Tam įtakos turi jau minėti dažni apsilankymai pas sveikatos priežiūros paslaugas teikiančius asmenis, gydytojų tarpusavio bendradarbiavimo spragos paciento gydymo tęstinumo užtikrinime, paskiriamų vaistų nesuderinamumas ir atsiradusios nepageidaujamos reakcijos, dažni gydymo taktikų, t.y. vaistų skyrimo, pasikeitimai ir kartais netinkamas vaistų parinkimas atsižvelgiant į paciento gyvenimo būdą, esant alternatyvoms (36).

Lietuvoje 2023 atlikto tyrimo metu buvo siekta išsiaiškinti Lietuvos poliligitų pacientų sveikatos būklės subjektyvųjį vertinimą. Tyrimo metu buvo nustatyta, jog Lietuvoje poliligoti asmenys dažniausiai skundžiasi nedideliu skausmu bei diskomfortu. Jie taip pat pažymėjo, jog jaučia

nedidelį nerimą ar depresiją. Problemų dėl judėjimo ar savęs priežiūros pacientai pagal klausimynų rezultatus neakcentavo. Buvo pastebėta, jog reikšmingai prastesnius klausimynų atsakymų rezultatus apie savo sveikatos būklę pateikė vyresni asmenys, turintys daugiau lėtinių ligų, gyvenantys vieni (37).

Taigi iššūkių, su kuriais tenka gyventi poliligotiems pacientams, yra nemažai. Didžiausias – prastėjanti gyvenimo kokybė, siejama su blogėjančia psichine sveikata, kuriai įtakos turi gyvenimo būdo pasikeitimai nulemti ligos, prastėjantis fizinis pajėgumas, dažni ir ne visada efektyvūs apsilankymai pas gydytojus, o Lietuvoje ir vienišumas.

2.2. Iššūkiai pirminės sveikatos paslaugas teikiantiems specialistams

Jau aptarta, su kokiomis problemomis poliligotiems pacientams tenka susidurti kasdieniame gyvenime. Tačiau iššūkių kyla ir tiems, kurie rūpinasi tokių pacientų sveikata bei priežiūra. Pirminės sveikatos priežiūros grandies atstovai, t.y. šeimos gydytojai (arba angliškoje literatūroje „*General Practitioners*“) literatūroje išsako kelias pagrindines problemas, susijusias su bandymu rūpintis poliligotais pacientais. Viena jų – prastas bendro darbo organizavimas tarp gydytojų ir iš to kylanti fragmentuota pacientų priežiūra. Bloga koordinacija tarp skirtingų ar kartais tos pačios specialybės specialistų, siekiant užtikrinti kokybišką pagalbą pacientui, ar koordinacijos neegzistavimas sunkina šeimos gydytojų darbą. Aiškos komunikacijos tarp specialistų trūkumas lemia sudaromo gydymo plano neužtikrintumą, fragmentaciją. Praktikoje įvairūs specialistai į poliligotą pacientą dažniausiai žiūri tik iš savo specializacijos perspektyvos ir problemas bando spręsti savo nuožiūra. To priežastimi gali būti tiek laiko trūkumas, tiek darbo įpročiai, susiformavusi darbo rutina. Taigi vietoje bandymo komunikuoti su kolegomis, kitais specialistais, įprastinėje praktikoje gydytojai problemas stengiasi, o kartais yra paliekami, spręsti vieni, atsidurdami profesinėje izoliacijoje (38). Antra, pirminės sveikatos priežiūros grandies gydytojams trūksta gairių, kaip rūpintis poliligotais pacientais atsižvelgiant į jų turimas lėtines ligas. Gairės, kuriomis vadovaujasi tiek konkrečių specialybių gydytojai, tiek šeimos gydytojai, dažnai remiasi į vienos patologijos korekciją orientuota strategija. O vadovavimasis tokiomis gairėmis gydant poliligotus asmenis, neretai lemia polifarmacijos atsiradimą, neefektyvią sveikatos priežiūrą. Gairių, skirtų poliligotiems pacientams, sudaryti trūksta klinikinių įrodymų, tyrimų su tokio tipo pacientais. Problema, jog daugelio tyrimų metu kelių ligų egzistavimas yra pacientų atmetimo iš tyrimų kriterijus. Trečioji problema, sietina su pirmąja ir antrąja – nėra į pacientą orientuotos gydymo bei priežiūros sistemos. Įprastinė sveikatos priežiūros strategija orientuota į vienos ligos gydymą. Skirtingi specialistai paskiria gydymą konkrečiai problemai spręsti, ar tai būtų vienos lėtinės ligos, ar būklės paūmėjimo korekcija, gydymas. Tokia strategija dažniausiai konkrečią problemą ūmiuoju periodu išsprendžia, tačiau poliligotiems pacientams, turintiems kitas lėtines patologijas, ateityje gali sukelti papildomų nepageidaujamų

poveikių. (39). Tai, savo ruožtu, ateityje gali padidinti darbo krūvį pirminėje sveikatos priežiūros grandyje dirbantiems medikams.

2.3. Poliligotumo keliama našta ekonomikai

Skirtingai nei vienos lėtinės patologijos gydymas, kelių lėtinių ligų gydymas priverčia sveikatos sistemą skirti didesnius išteklius. Be jau aptartų didelių žmogiškųjų išteklių, tai brangiai kainuoja ir finansiškai. Skaičiuojant finansines išlaidas, reikalingas užtikrinti paslaugų teikimą poliligotiems asmenims, atsižvelgiama į keturias brangiausiai kainuojančias paslaugas: hospitalizacijas, ambulatorinius apsilankymus, skubią pagalbą ir vaistus (40). Jungtinėse Amerikos valstijose daryto tyrimo metu nustatyta, jog poliligoto paciento priežiūra kasmet gali kainuoti nuo 800 iki 150,000 dolerių per metus. Pagrindiniai kriterijai, kurie turi įtakos skiriamai sumai buvo nustatyti: lėtinių ligų kombinacijos (pacientų, turinčių onkologinę ligą kartu su psichiatriniais susirgimais, priežiūra kainuoja brangiausiai), šalis, kurioje yra rūpinamasi pacientais (pinigų sumos, išleidžiamos minėtų pacientų priežiūrai tiesiogiai koreliuoja su tos šalies BVP – kuo jis didesnis, tuo daugiau išleidžiama sveikatos priežiūrai) (40). Europoje, 2021 metais buvo numatoma, jog pacientų, su lėtinėmis ligomis priežiūra, bendrai Europai gali kainuoti 115 milijardų eurų, o tai sudaro 0,8% bendro Europos BVP. Tai yra apie 70-80% bendrojo sveikatos priežiūros biudžeto išlaidų, skiriamų lėtinėmis ligomis sergančių ir poliligotų pacientų priežiūrai (41). Lietuvoje bendros išlaidos, skirtos sveikatos paslaugoms poliligotiems pacientams 2021 metais, siekė 302 milijonus eurų. Didžioji šios sumos dalis buvo skiriama asmenų hospitalizacijai (virš 50%) ir vaistams (beveik 40%). Buvo paskaičiuota, jog vienam poliligotam pacientui Lietuvoje vidutiniškai buvo skiriama 707 eurai per metus. Moterims, nors jų poliligotumo paplitimas viršija poliligotumo paplitimą vyrų grupėje, vidutiniškai išleidžiama mažiau – 631 euras, o vyrams – 756 eurai (42).

3. Pokyčiai pirminėje sveikatos priežiūroje

3.1. Bandymai ieškoti alternatyvų

Įprastinė sveikatos priežiūros sistema, remiantis istorija, pradėjo formuotis XIX a., kai atsirado medicinos sub-specialybės. Galutinis pasikeitimas iš prieš tai buvusio, į meną panašaus, medicinos praktikavimo, į tokį, kokį žinome dabar, yra sietinas su XX a. atsiradusia TLK ligų klasifikacija. Nuo tada medicinos praktikavimas ir pacientų gydymas yra grindžiamas įrodymais ir remiasi sukurtais normatyvais, dažniausiai orientuojantis į vieną konkrečią ligą. Ši sistema leido pasiekti ilgesnį žmonių išgyvenamumą, tačiau tuo pat metu lėmė lėtinių ligų ir poliligotumo, dažnai siejamu su vyresniu amžiumi, atsiradimą (43). Atsižvelgiant į prognozuojamus bei augančius poliligotų pacientų skaičius ir įprastinės sveikatos sistemos priežiūros spragas, kylančias bandant rūpintis tokiais pacientais, būtina ieškoti pranašesnių pacientų priežiūros modelių. Sveikatos

priežiūros modelių, galinčių užtikrinti efektyvią priežiūrą tokių pacientų atžvilgiu. Alternatyvus sveikatos priežiūros modelis turėtų būti integruotas ir orientuotas į pacientą (44). Pagrindiniai galimų sveikatos priežiūros modelių ateityje aspektai ir jų skirtumai nuo įprastinio sveikatos priežiūros modelio pateikiami 1 lentelėje (43). Nuo pasiūlyto integruotos sveikatos priežiūros koncepto pradžios (1969 m.) yra kuriami įvairūs modeliai, kurie yra tarpusavyje panašūs, bet tuo pačiu ir skiriasi (44). Pagrindiniai komponentai, lemiantys skirtumus, yra siejami su 1) lėtinių ligų įtraukimu; 2) paslaugų teikimo vietomis; 3) teikiamų paslaugų rūšimis; 4) įtraukiamais sveikatos priežiūros specialistais; 5) organizaciniais ir koordinaciniais aspektais; 6) pacientų įtraukimu (45). Integruotos sveikatos priežiūros modelis teorijoje yra pranašesnis nei įprastinis, vertinant poliligotų pacientų sveikatos priežiūrą, tačiau vis dar trūksta duomenų, įrodančių šio modelio pranašumus praktikoje. Šiuo metu daugiausia bandymų pritaikyti integruotą sveikatos priežiūros modelį praktikoje yra atlikta Jungtinėse Amerikos Valstijose, Pietų Afrikoje, Kanadoje, Australijoje ir keliose valstybėse vakarų Europoje (45).

1 lentelė. Sveikatos sistemų skirtumai

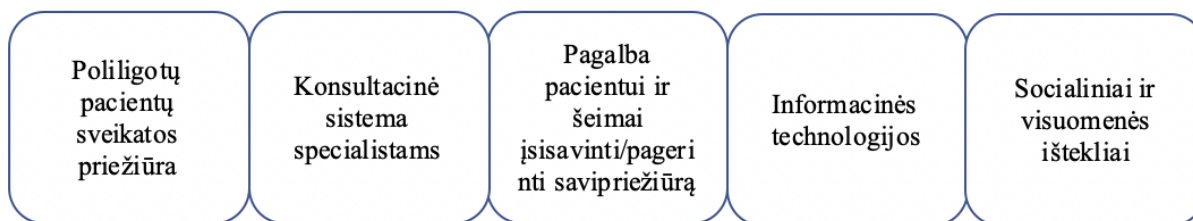
	Įprastinė sistema	Integruotos sveikatos priežiūros sistemos ateityje
Sveikatos ir ligų suvokimas	• Į vienos ligos gydymą nukreiptas priežiūros modelis • Poliligotumas suvokiamas dabartinės sistemos rėmuose, kaip atskirų ligų egzistavimas	• Holistinė poliligotumo samprata • Ligų visumos nedalumo suvokimas
Paslaugų teikimo būdai	• Požiūris į pacientą, apibrėžiamas jo turimų ligų • Fragmentuota, centralizuota priežiūra, kuri yra brangi sistemai ir pacientams • Pirmenybė teikiama paciento elgesiui, gyvenimo būdo, kultūros rizikos veiksniams, o ne paciento socialinėms aplinkybėms ir poreikiams	• Požiūris į pacientą platesnis, atsižvelgiant į platesnius kontekstus • Sveikatos priežiūra integruota ir teikiama tiek pirminiame sveikatos priežiūros lygmenyje, tiek ir bendruomenėje • Į sveikatos ir socialinę priežiūrą žiūrima kartu
Kompetencijos ir žinios	• Dažniau vadovaujamas savo įstaigos patirtimi, darbo įpročiais	• Tarpdisciplinis darbas • Socialinių mokslų integravimas

1 lentelė. Sveikatos sistemų skirtumai (tęsinys)

Medicininis pasiruošimas	• Požiūris į pacientą pagal ligas ir organų sistemas • Specializavimosi, subspecializavimosi populiarumas ir siektinumas • Hierarchinis bendravimo būdas tarp medicinos kolegų, įprotis, kuriamos sąlygos dirbti individualiai	• Požiūris į pacientą, kaip į sistemų visumą • Bendrųjų medicininių kompetencijų aktualumas • Glaudūs santykiai tarp skirtingų specialybių gydytojų, bendradarbiavimo aktualumas
Valdymas ir finansavimas	• Finansavimas organizuojamas pagal prioritetines ligas • Prioritetų nustatymas ir jų finansavimas pagal technologinius, ekonominius poreikius	• Sveikatos prioritetai, skatinami vyriausybės, visuomenėje žinomų žmonių, o prireikus tarptautinių partnerių • Visapusiškos pacientų priežiūros ir sveikatos sistemos stiprinimas

3.2. Integruoto sveikatos priežiūros modelio pritaikymas Lietuvoje

Atsižvelgiant į didėjančią aktualumą kokybiškai pasirūpinti poliligotais asmenimis Europos regione, buvo organizuojamas CHRODIS+ projektas, įtraukęs 60 partnerių iš 23 skirtingų Europos valstybių. Iniciatyvos metu, pagal tuo metu turimus geriausius įrodymus, buvo teikiamos rekomendacijos, kaip būtų galima efektyviai vykdyti prevencijos programas, valdyti ir gydyti lėtines poliligotų pacientų ligas. Buvo pristatytas integruotos sveikatos priežiūros modelis, kurio pagrindas buvo kurtas konkrečiai Europos rinkai (46). Norint išbandyti CHRODIS PLUS metu pristatyto integruotos sveikatos priežiūros modelio efektyvumą ir veiksmingumą kasdienėje praktikoje, Lietuvoje buvo įgyvendintas integruotos sveikatos priežiūros modelis. Taikomas modelis turėjo 5 atskiras dalis, už kurias buvo atsakingi gydytojai, slaugytojai, soc. darbuotojai ir kiti specialistai (1 pav.). Pirmoji, svarbiausia pirminės sveikatos paslaugas teikiantiems specialistams, buvo poliligotų pacientų sveikatos priežiūra. Šios dalies esmė buvo holistinis paciento ištyrimas, t.y. vertinamos paciento medicininės, psichosocialinės ir funkcinės galimybės bei poreikiai. Po detalaus paciento būklės vertinimo, taip pat atsižvelgiant ir į paciento pageidavimus, multidisciplininė komanda sudarydavo individualų sveikatos priežiūros planą. Skyrus planą, pacientas toliau tęstinai bei reguliariai prižiūrimas paskirtųjų atvejo vadybininkų ir, prireikus, sveikatos priežiūros specialistų (47)



(1 pav. Integruoto sveikatos priežiūros modelio dalys)

Po atlikto tyrimo, išanalizavus surinktus duomenis, autorių teigimu, išbandytas integruotas sveikatos priežiūros modelis reikšmingai pagerino sveikatos rodiklius ir palaipsniui gerino pacientų gyvenimo kokybę. Tačiau autoriai pastebėjo, jog aktyvus, personalizuotas pacientų stebėjimas, pasitenkinimui sveikatos priežiūros teikiamomis paslaugomis didelės įtakos neturėjo (19).

Vertinant literatūros šaltinius Lietuvoje ir užsienyje, galima teigti, jog Lietuva nuo kitų Europos valstybių neatsilieka, kalbant apie pastangas gerinti sveikatos paslaugų teikimo efektyvumą poliligotiems asmenims. Poliligotumo tema Lietuvoje yra aktuali. Yra atlikta tyrimų apie poliligotų asmenų gyvenimo kokybę ir aprašyti praktiniai integruoto sveikatos priežiūros modelio pritaikymo bandymai. Literatūroje jau galima rasti netiesioginių atsiliepimų iš asmenų, sergančių keliomis lėtinėmis ligomis, apie jiems taikomą integruotą sveikatos priežiūrą. Tačiau trūksta duomenų, leidžiančių įprastinį sveikatos priežiūros modelį palyginti su integruotu pagal standartizuotus klausimynus.

Literatūros apžvalga buvo vykdoma visą dalį suskirstant į 3 stambias temas ir potemes. Kiekvienai temai literatūros šaltiniai buvo ieškomi ir atrinkinėjami pagal konkrečius raktinius žodžius. Pagrindiniai literatūros šaltiniai yra užsienio autorių darbai, tačiau literatūros apžvalgoje apžvelgti darbai atlikti ir Lietuvoje, siekiant parodyti poliligotumo problemos aktualumą šiame regione. Pagrindinės naudotos duomenų bazės – „PubMed“, UpToDate, „ScienceDirect“ ir „Google Scholar“. Sąvokų ar terminų reikšmės pateiktos pagal „WHO“, ar kitų tarptautinių organizacijų apibrėžimus. Lietuviški vertiniai pagal Lietuvių kalbos instituto Lietuvių kalbos išteklių informacinės sistemos „E.Kalba“ rezultatus. Informacija, apie Lietuvoje vykdomą sveikatos priežiūrą, pateikta remiantis Sveikatos apsaugos ministerijos nurodymais.

METODAI

1. Tyrimo organizavimas ir eiga

Baigiamojo rašto darbo „Poliligotų pacientų sveikatos priežiūra pirminėje sveikatos priežiūros grandyje“ atlikimo metu buvo iškeltas darbo tikslas: palyginti „Integruotos sveikatos priežiūros modelio pritaikymo poliligotų pacientų sveikatos priežiūrai pirminėje grandyje“ projekto dalyvių,

kurių priežiūrai buvo skiriamas itin didelis dėmesys, paskutinio etapo planinių vizitų duomenis su surinktais duomenimis iš pacientų, priežiūrų pagal įprastinį sveikatos priežiūros modelį. Išsikeltam tikslui pasiekti, buvo suformuluoti šie uždaviniai:

- 1) Įvertinti, kaip skiriasi dviejų poliligotų pacientų grupių požiūris į jiems teikiamą sveikatos priežiūrą ir savo gyvenimo kokybę, kai jų sveikatos priežiūra yra vykdoma pagal skirtingus sveikatos priežiūros modelius: integruotąjį ir įprastinį.
- 2) Įvertinti abiejų grupių narių gyvenamosios įpročius, bei juos tarpusavyje palyginti, siekiant išsiaiškinti ar integruotos sveikatos priežiūros modelis turėjo teigiamos įtakos pacientų gyvenimo būdo pasirinkimams.

Išsikėlus baigiamojo rašto darbo uždavinius, gautas bioetikos leidimas rinkti apklausų duomenis iš pacientų. Buvo atrinktos, suformuluotos ir paruoštos apklausų anketos (Priedai). Gyvo kontakto apklausų rinkimo būdu buvo surinktas numatytas, t.y. 70-ties, apklausų duomenų kiekis. Šio rašto darbo metu apklausti pacientai, kurie nedalyvavo integruotame sveikatos priežiūros modelio projekte, tačiau jie buvo prisirašę pas šeimos medicinos gydytojus, kurie vykdė integruotos sveikatos priežiūros modelio pritaikymą poliligotų pacientų sveikatos priežiūrai projektą. Surinkti duomenys analizuoti ir lyginti su atlikto projekto „Integruotos sveikatos priežiūros modelio pritaikymo poliligotų pacientų sveikatos priežiūrai pirminėje grandyje“ duomenimis.

Projekto „Integruotos sveikatos priežiūros modelio pritaikymo poliligotų pacientų sveikatos priežiūrai pirminėje grandyje“ metu buvo skiriami dideli žmogiškieji ir finansiniai ištekliai, siekiant užtikrinti itin didelį dėmesį pacientų priežiūrai. Siekiant atlikti visa apimančią paciento ištyrimą, t.y. norint įvertinti paciento medicininės, psichosocialinės ir funkcinės galimybes bei poreikius, buvo atliekamas holistinis, tęstinis ir reguliarus paciento vertinimas. Remiantis holistinio ištyrimo rezultatais, daugiadalykės komandos darbo metu buvo sudaromas individualizuotas sveikatos priežiūros planas pacientui, siekiant pritaikyti į pacientą orientuotą sveikatos priežiūros modelį. Buvo sudaromas planas ateinantiems 12 mėn., su iškeliamais tikslais bei uždaviniais, kuriuos toliau koordinuodavo pacientams individualiai paskirtas atvejo vadybininkas. Vienam atvejo vadybininkui, dirbančiam 1 etato darbo krūviu, buvo priskiriami tik 6-8 poliligoti pacientai. Tuo tarpu vienoje šeimos gydytojo apylinkėje tokių pacientų yra 400 – 500. Metų eigoje, reguliarus ir tęstinis kontaktas tarp paciento ir integruotos sveikatos priežiūros komandos nario buvo užtikrinamas ne rečiau kaip kas 3 mėnesius. Pacientai, iškilus su sveikata susijusioms problemoms, taip pat galėdavo bet kada kreiptis į paskirtąjį atvejo vadybininką ir prašyti pagalbos. Taip buvo užtikrinamas didelis dėmesys kiekvienam pacientui.

Viso projekto metu, t.y. per 2 metus, buvo atliekami planiniai vizitai, kurių metu buvo renkami duomenys, reikalingi įvertinti pacientų pasitenkinimą sveikatos priežiūra, pacientų sveikatos būklės, gyvenamosios bei gyvenimo kokybės pokyčius. Šio baigiamojo rašto darbo metu surinkti rezultatai

lyginti su projekto „Integruotos sveikatos priežiūros modelio pritaikymo poliligitų pacientų sveikatos priežiūrai pirminėje grandyje“ duomenimis, surinktais projekto pabaigoje.

2. Tyrimo objektas ir tiriamųjų atranka

Atlikti baigiamojo rašto darbo, t.y. tyrimo „Poliligitų pacientų sveikatos priežiūra pirminėje sveikatos priežiūros grandyje“ sukurta apklausa, susidedančią iš 5 anketų, buvo kviečiami pacientai, atitinkantys kriterijus:

1. Pacientas yra 18 metų amžiau ir vyresnis;
2. Pacientas yra prisirašęs prie VUL Santaros Klinikų šeimos medicinos centro, pas šeimos gydytoją, kuris dalyvavo integruotos sveikatos priežiūros modelio pritaikymo projekte;
3. Pacientui yra diagnozuoti du ar daugiau neinfekciniai lėtiniai sveikatos sutrikimai, iš skirtingų žmogaus organizmo sistemų. Sveikatos sutrikimai pagal TLK-10 klasifikaciją:
 - *E10 - I tipo cukrinis diabetas*
 - *E11 – II tipo cukrinis diabetas*
 - *I11 – Hipertenzinė širdies liga*
 - *I20 – Krūtinės angina*
 - *I25 – Lėtinė išeminė širdies liga*
 - *I48 – Prieširdžių virpėjimas ir plazdėjimas*
 - *I50 – Širdies nepakankamumas*
 - *I69 – Cerebrovaskulinių (smegenų kraujagyslių) ligų pasėkmės*
 - *J44 – Lėtinė obstrukcinė plaučių liga*
 - *J45 – Astma*
 - *G20 – Parkinsono liga*
 - *G40 – Epilepsija*
 - *M05 – Reumatoidinis artritas*

3. Pacientų įtraukimas į tyrimą

Pacientai į apklausos pildymą buvo įtraukiami savanoriškai bei informuoti, jog bus užtikrintas jų konfidencialumas – jų vardas, pavardė, adresas ir kiti asmeniniai duomenys nebus renkami. Tyrimo rezultatai, apie pačių pacientų užpildytas apklausas, bus skelbiami tik apibendrinti.

Apklausų rinkimo metu, t.y. nuo 2023 metų 11 mėn. iki 2024 metų 04 mėn., gyvo kontakto būdu, VUL Santaros Klinikų pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiame Šeimos medicinos centre buvo surinktos apklausos iš 70-ties poliligitų pacientų.

4. Apklausos anketos

Pacientai buvo paprašyti užpildyti 5 klausimynus, susijusius su jų vertinimu apie savo lėtinių ligų priežiūrą, gyvenimo kokybę, emocinę ir bendrą sveikatos būklę bei savo gyvensenos įpročius:

1. Paciento lėtinių sveikatos būklių priežiūros vertinimo klausimynas „PACIC+“ (*Patient Assessment of Chronic Illness Care*) (Priedas 1). PACIC+ klausimyną sudaro 26 klausimai, skirti įvertinti lėtinių ligų priežiūrą, jų valdymą, bei teikiamų lėtinių ligų priežiūros paslaugų kokybę iš paciento perspektyvos per paskutiniuosius 6 mėn. Kiekvieno klausimo/teiginio metu pacientas galėjo rinktis vieną atsakymo variantą iš 5 galimų: 1 - reiškiančio „beveik niekada“; 2 – „dažniausiai ne“; 3 – „kartais“; 4 – „dažniausiai taip“ ir 5 – reiškiančio „beveik visada“. Analizuojant surinktus paciento atsakymų duomenis, galima vertinti 5 lėtinių ligų vertinimo sritis: paciento įtraukimą, informacijos pateikimą, tikslų nustatymą, problemų sprendimą, tęstinę sveikatos priežiūrą. Apibendrinta rezultatų interpretacija pateikiama žemiau (2 lentelė). Taip pat klausimyne yra elgsenos pokyčių modelis, vertinamas 5 aspektais: *Ask, Advice, Assess, Assist, Arrange*, kuris leido įvertinti paciento elgsenos pokyčių skatinimą, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas (48).

2 lentelė. PACIC+ klausimyno rezultatų interpretacija

Balų skaičius	Rezultatų interpretacija
4-5 (Aukšti balai)	Pacientas savo sveikatos priežiūros kokybę vertina puikiai. Jaučiasi aktyviai įtraukiamas į savo ligos valdymą. Pacientui yra suteikiama pakankamai informacijos, jis turi gerą supratimą apie savo ligų gydymą, prireikus gauna reikalingą pagalbą iš specialistų.
3-4 (Vidutiniai balai)	Pacientas savo sveikatos priežiūros kokybę vertina patenkinamai. Teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, tam tikroms sritims reiktų skirti papildomai dėmesio. Gali būti, kad pacientas negauna visos reikalingos
1-3 (Žemi balai)	Pacientas savo sveikatos priežiūros kokybę vertina prastai. Pacientas nesijaučia įtraukiamas į savo ligų gydymo procesą, gali gauti nepakankamai informacijos ar neturėti reikiamos pagalbos siekiant valdyti savo ligas.

2. Gyvenimo kokybės klausimynas „EQ-5D” (EuroQol five-dimensional) (Priedas 2). EQ-5D klausimynas leido vertinti 5 sritis, susijusias su paciento sveikata: 1. Mobilumą; 2. Rūpinimąsi savimi; 3. Įprastą veiklą; 4. Skausmą ir blogą savijautą; 5. Nerimą ir depresiją. Kiekviena sritis turi 3 galimus pasirinkimus, kurie leido pacientui apibūdinti savo sveikatą, o atsakymo duomenų rezultatai leido spręsti apie jo sveikatos būklę bei gyvenimo kokybę (49).
3. EQ-VAS skalė. Kartu su gyvenimo kokybės klausimynu „EQ-5D“, kuris leido klausimyną atliekančiam asmeniui apibūdinti savo sveikatą, rankantis pateiktus atsakymų variantus, buvo pateikiama ir „EQ-VAS“ vertikali vizualinė analoginė skalė (Priedas 3). Šioje skalėje pacientas galėjo įvertinti savo sveikatos būklę tą dieną, kai pildė klausimyną, nuo 0 - „Blogiausia galima sveikatos būklė“ iki 100 „Geriausia galima sveikatos būklė“, pažymėdamas sutartiniu ženklu pasirinktoje skalės intervalo vietoje (49).
4. Hospitalinę nerimo ir depresijos skalė „HAD” (Hospital Anxiety and Depression Scale). Klausimyną sudaro 14 klausimų, 7 klausimai yra susiję su depresija ir 7 su nerimu (Priedas 4). Kiekvienas klausimas turi 4 galimus pasirenkamuosius atsakymus, o atsakymų vertės varijuoja nuo 0 iki 4. Sumuojant atsakymų balus, galima nustatyti depresijos ir nerimo, ar kitaip, emocinio distreso, lygį (3 lentelė). Ši 1983 metais sukurta skalė nėra skirta diagnozuoti psichiatrinių sveikatos sutrikimų, o labiau identifikuoti pacientus, kuriems gali būti reikalingas tolimesnis psichinės sveikatos ištyrimas ar priežiūra, dėl bendro emocinio distreso egzistavimo (50).

3 lentelė. HAD klausimyno rezultatų interpretacija

Surinktų balų skaičius	Rezultato interpretacija
0-7	Emocinio distreso lygis normalus
8-10	Lengvas emocinis sutrikimas
11-21	Žymus emocinis sutrikimas

5. Pacientų priežiūros ir gyvensenos pokyčių apklausa (Priedas 5). Ši apklausa susideda iš 11 atrinktų klausimų/teiginių. 3 iš kurie leido pacientams įvertinti jiems teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, bei 8 likę klausimai - apibūdinti savo gyvensenos įpročius. Klausimynas apima aspektus, susijusius su sveika mityba, fiziniu aktyvumu, ir žalingais įpročiais. Taigi apklausos pagalba buvo vertinama esamos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kokybė iš pacientų perspektyvos ir svarbiausia - jų gyvensenos įpročiai.

5. Duomenų analizės metodai

Statistinei duomenų analizei taikyti aprašomosios statistikos metodai. Duomenims analizuoti naudotos „Excel“ programa ir statistinis duomenų apdorojimo paketas „IBM SPSS Statistics“ (angl. *Statistical Package for Social Sciences*). Kiekybiniams rodikliams pateikiami vidurkiai, dažnių skaičiavimai konkrečiuose intervaluose. Kokybinių rodiklių analizei pateikiami dažnių skaičiavimai ir santykių nustatymai. Atvejų dažniai pateikiami procentine absoliučių skaičių išraiška. Patikrinti, ar yra statistiškai reikšmingų skirtumų tarp grupių vidurkių, buvo naudojamas Student t testas. Siekiant įvertinti, ar yra statistiškai reikšmingas ryšys tarp dviejų kategorinių kintamųjų, buvo naudojamas Pearson chi-square testas. Statistinėje analizėje buvo pasirinktas reikšmingumo lygmuo $\alpha=0,05$.

6. Lyginamų pirminės sveikatos priežiūros modelių aprašai

1) Integruotas sveikatos priežiūros modelis

Projekto metu taikytas integruotos sveikatos priežiūros modelis orientavosi į individualizuotą pacientų priežiūrą skiriant jiems itin didelį dėmesį. Esminiai šio projekto punktai buvo holistinis paciento ištyrimas, daugiadalykės komandos darbas sudarant individualizuota sveikatos priežiūros planą pacientui ir tęstinė bei reguliari to paciento priežiūra (47).

Holistinis paciento įvertinimas leido nustatyti medicininės, psichosocialinės ir funkcinės poliligoto paciento galimybes. Kiekvienam poliligotam pacientui buvo individualiai paskiriamas atvejo vadybininkas. Tai asmuo, per kurį pacientas kontaktuodavo su sveikatos priežiūros specialistų komanda, kuris užtikrino individualaus plano vykdymą, primindavo pacientui apie artėjančius vizitus, ir perduodavo informaciją iš sveikatos priežiūros specialistų. Šių asmenų užduotis buvo užtikrinti efektyvią komunikaciją tarp paciento ir sveikatos priežiūros specialistų komandos, siekiant efektyviai naudoti resursus. Vienas atvejo vadybininkas, dirbdamas 1 etato darbo krūviu, prižiūrėjo 6-8 pacientus. Atliekant holistinį paciento įvertinimą, atvejo vadybininkai rinko informaciją apie jiems paskirtus pacientus: sociodemografinius duomenis, gyvenimo ir šeimos anamnezės, vyraujančius nusiskundimus dėl sveikatos ir klinikinius duomenis medicininėje dokumentacijoje. Jie taip pat turėdavo išsiaiškinti, koks medikamentinis ir nemedikamentinis gydymas yra paskirtas konkrečiam pacientui bei nustatyti esamas vaistų tarpusavio sąveikas. Poliligoti pacientai buvo prašomi užpildyti 5 klausimynus, leidžiančius įvertinti jų pasitenkinimą jiems teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis, gyvenimo kokybę bei gyvensenos įpročius. Galiausiai būdavo atliekamas detalus objektyvus ištyrimas, atliekami rutininiai laboratoriniai tyrimai, reikalingi lėtinių ligų monitoravimui. Visus surinktus duomenis apie konkrečius pacientus, atvejo vadybininkas perduodavo šeimos gydytojui. Holistinis vieno paciento įvertinimas trukdavo iki 4-5 val. (19)

Po holistinio paciento ištyrimo, būdavo organizuojami šeimos gydytojų konsiliumai, kuriuose dalyvaudavo 3-4 šeimos gydytojai, pacientui paskirtas atvejo vadybininkas ir pagal poreikį kiti

šėimos gydytojo komandos nariai (slaugytojas, soc. darbuotojas, psichologas). Konsiliumo metu būdavo apsprendžiamas tolimesnis individualizuotas kiekvieno poliligoto paciento gydymo planas. Jei gydymo taktikos parinkimui pritrūkdavo šėimos gydytojų kompetencijų, į komandos sudėti būdavo kviečiami gydytojai specialistai. (19)

Sudaryto individualizuoto gydymo plano vykdymą užtikrindavo minėtieji atvejų vadybininkai. Jie užtikrindavo kontaktą su jiems paskirtais pacientais ne rečiau nei kas 3 mėn. Kas 12 mėn. atlikdavo pacientų vertinimus: kaip jiems sekasi laikytis jiems paskirtų gydymo planų ir siekti numatytų lėtinių ligų kontrolės tikslų. Projekte dalyvavę poliligoti pacientai, susidūrę su sveikatos problemomis, taip pat pirmiausia kreipdavosi į savo atvejo vadybininką, kuris savo ruožtu pagalbą pacientui turėdavo suteikti bet kada, iškilus poreikiui. (19)

2) Įprastinė pirminės sveikatos priežiūros praktika

Lietuvoje, pirminę sveikatos priežiūrą atliekanti komanda turi užtikrinti nespecializuotų asmenų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Pirminę sveikatos priežiūrą vykdantis šėimos gydytojas atlieka pacientų koordinavimą, sveikatos būklės stebėjimą, tiek lėtinių ligų, tiek ūmių būklių atvejais, atlieka profilaktinius tyrimus (51)(52).

Atsiradus esamos lėtinės ligos paūmėjimui, poliligoti pacientai visada pirmiausia kreipiasi į savo šėimos gydytoją. Šėimos gydytojo konsultacijos trukmė Lietuvoje įstatymiškai reglamentuota nėra. Vidutinė pirminę sveikatos priežiūrą teikiančio gydytojo konsultacija Lietuvoje trunka tik 10 – 15 min. Per tokį trumpą laiką, pirminę sveikatos priežiūrą vykdantis gydytojas dažniausiai nespėja įvertinti visų esamų paciento lėtinių ligų ir dažniausiai orientuojasi į tuo metu aktualiausią sveikatos problemą. Nuo to labiausiai kenčia poliligoti asmenys. Vienos šėimos gydytojo konsultacijos, trunkančios 15 min., dažniausiai neužtenka juos prižiūrintiems gydytojas įvertinti visų lėtinių ligų ir išsamiai bendros paciento būklės.

Šėimos gydytojui skyrus siuntimą pacientui dėl konkrečios sveikatos problemos, gydytojo specialisto konsultacijos gali tekti laukti mėnesį arba net ilgiau (53). Gydytojas specialistas, savo konsultacijos metu, sprendžia tik jo kompetencijai priskirtą sveikatos problemą ir mažai dėmesio skiria kitiems paciento sveikatos sutrikimams ir dėl jų vartojamiems vaistams. Pacientui grįžus po specialisto konsultacijos pas savo šėimos gydytoją, šiam neretai kyla klausimų dėl kitų paciento sveikatos sutrikimų bei vaistų tarpusavio sąveikos. Dėl šios priežasties šėimos gydytojas turi rašyti papildomą siuntimą kitam gydytojui specialistui ir taip paciento priežiūra tampa fragmentuota. Prailgėja poliligoto paciento kelias, laukiant įvairių specialistų konsultacijų ir siekiant išspręsti jam aktualią sveikatos problemą.

7. Įvestų pavadinimų paaiškinimas

Siekiant supaprastinti bei sutrumpinti tyrimo rezultatų aprašus, buvo įvesti pavadinimai, apibūrinantys tiriamųjų grupes:

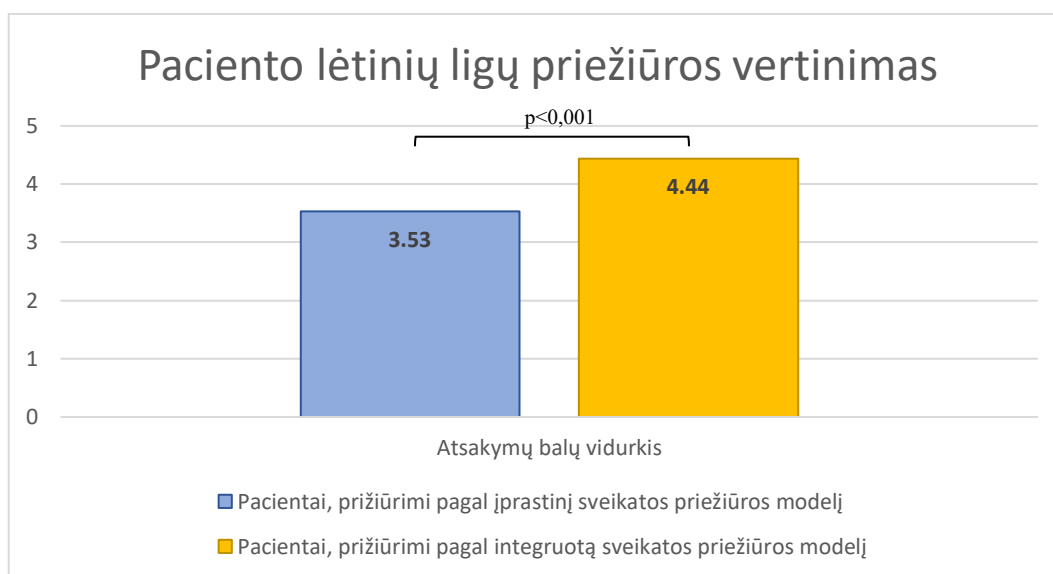
Pirmoji grupė – pacientai, kurie buvo prižiūrimi pagal įprastinę sveikatos priežiūros praktiką.

Antroji grupė – pacientai, kurie buvo prižiūrimi pagal integruotąją sveikatos priežiūros modelį.

TYRIMO REZULTATAI

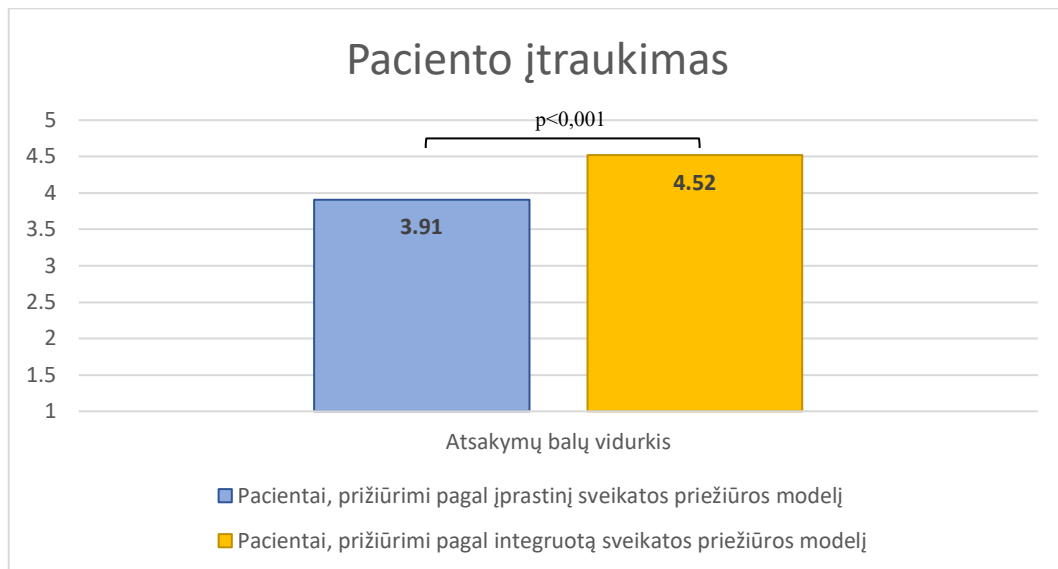
1. Pacientų pasitenkinimas pirminė sveikatos priežiūra

„Poliligitų pacientų sveikatos priežiūra pirminėje sveikatos priežiūros grandyje“ baigiamojo rašto darbo metu, klausimų iš PACIC+ klausimyno apie jų lėtinių ligų priežiūrą, surinktų atsakymų vidurkis siekė 3,53, o projekto „Integruotos sveikatos priežiūros modelio pritaikymo poliligitų pacientų sveikatos priežiūrai pirminėje grandyje“ metu tų pačių klausimų pacientų atsakymų vidurkis buvo lygus 4,44 (2 pav.). Taigi pacientai, prižiūrimi pagal įprastinį sveikatos priežiūros modelį, lyginant su pacientais, prižiūrimais pagal integruotą sveikatos priežiūros modelį, statistiškai reikšmingai prasčiau vertino savo lėtinių ligų priežiūrą pirminėje sveikatos priežiūros grandyje ($p < 0,001$).



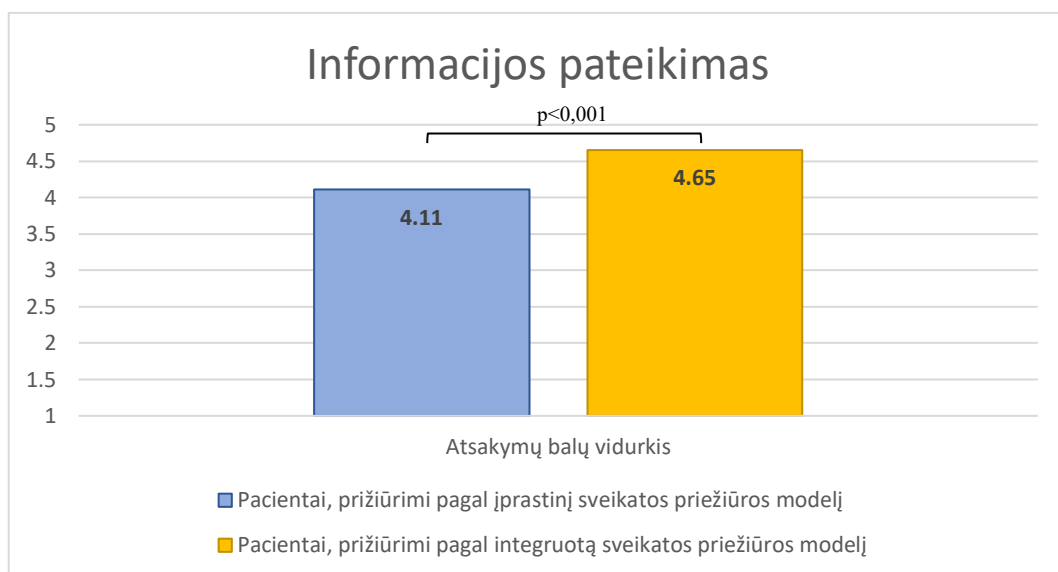
(2 pav. Paciento lėtinių ligų priežiūros vertinimas)

Vertinant pacientų nuomonę apie jų pačių įtraukimą į gydymo procesą, pirmosios grupės pacientų atsakymų vidurkis siekė 3,91, o antrosios grupės – 4,52 (3 pav.). Lyginant šių grupių rezultatus, geriau jų pačių įtraukimą į gydymo procesą bei sprendimų priėmimą, susijusį su gydymo taktikos parinkimu, vertino pacientai, kurie buvo prižiūrimi pagal integruotąją sveikatos priežiūros modelį, nei pacientai, kurių priežiūra buvo vykdyta pagal įprastinę praktiką, ir skirtumas yra statistiškai reikšmingas ($p < 0,001$).



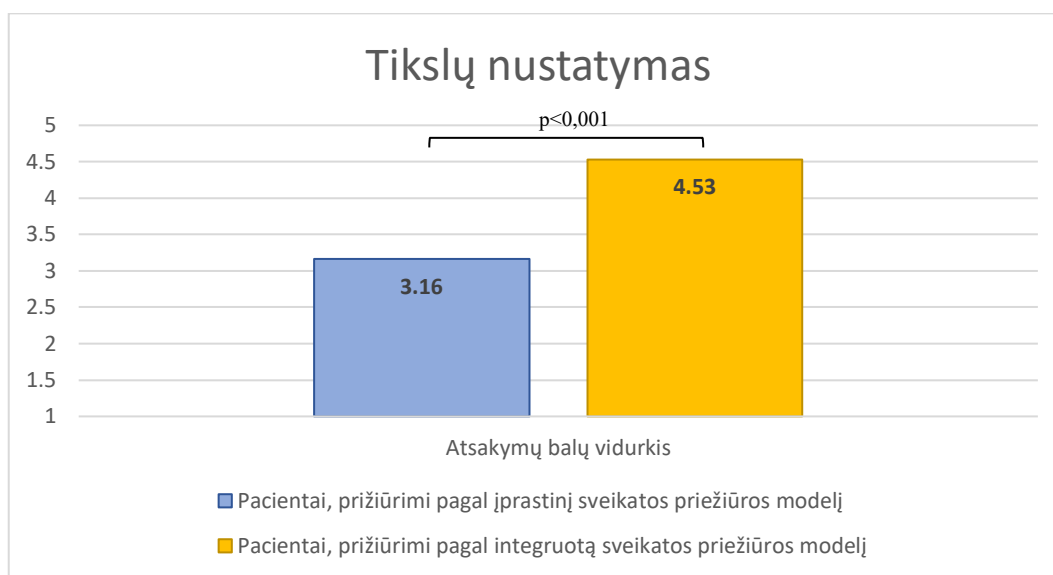
(3 pav. Paciento įtraukimas)

Pacientų nuomonė dėl jiems teikiamos informacijos iš juos prižiūrinčių sveikatos specialistų taip pat skyrėsi tarp grupių. Vertinama informacija susijusi su gydytojų siūlomais būdais gerinti savo pacientų sveikatą bei pacientų informavimu apie kasdienių įpročių įtaką jų sveikatos būklei. Poliligotų pacientų, prižiūrimų pagal įprastinę praktiką, atsakymų vidurkis apie jiems teikiamą informaciją iš gydytojų siekė 4,11, o poliligotų pacientų, kurių priežiūrai buvo skiriamas didelis dėmesys – 4,65 (4 pav.). Taigi antrosios grupės pacientų nuomonė, apie jiems teikiamą informaciją iš juos prižiūrinčių gydytojų, buvo geresnė, palyginus su pirmosios grupės pacientų nuomone tuo pačiu klausimu. Šis skirtumas tarp įverčių vidurkių tarp grupių yra statistiškai reikšmingas ($p < 0,001$).



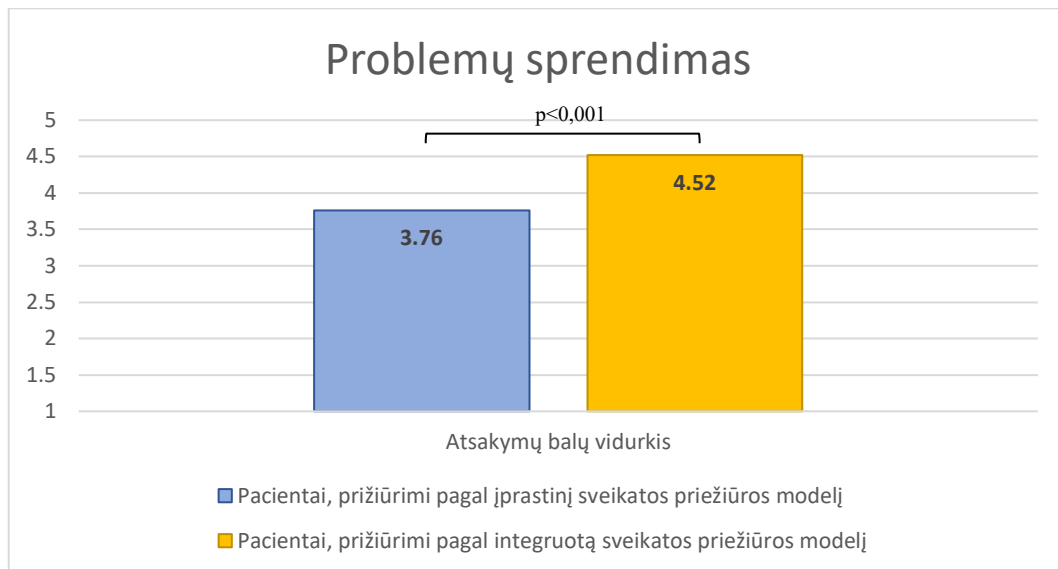
(4 pav. Informacijos pateikimas)

Abiejų grupių atstovai taip pat vertino juos prižiūrinčių gydytojų keliamus tikslus savo pacientams lėtinių ligų priežiūros klausimais. Šiuose klausimuose buvo klausiama ar poliligitus pacientus prižiūrintis gydytojas iškelia konkrečius tikslus ir uždavinius, padedančius pacientui koreguoti savo gyvenimą. Jei taip, buvo prašoma vertinti sudaromo plano aiškumą, bei gydytojų pastangas padėti pacientams to plano laikytis. Pirmosios grupės atsakymų į klausimus apie keliamus gydymo tikslus vidurkis siekė 3,16, o antrosios – 4,53 (5 pav.). Taigi poliligitų pacientų, prižiūrimų pagal integruotą sveikatos priežiūros modelį, nuomonė, apie jiems gydytojų keliamus tikslus jų lėtinių ligų priežiūros klausimais, buvo statistiškai reikšmingai geresnė, lyginant su pacientų, prižiūrimų pagal įprastinę praktiką, nuomone ($p<0,001$).



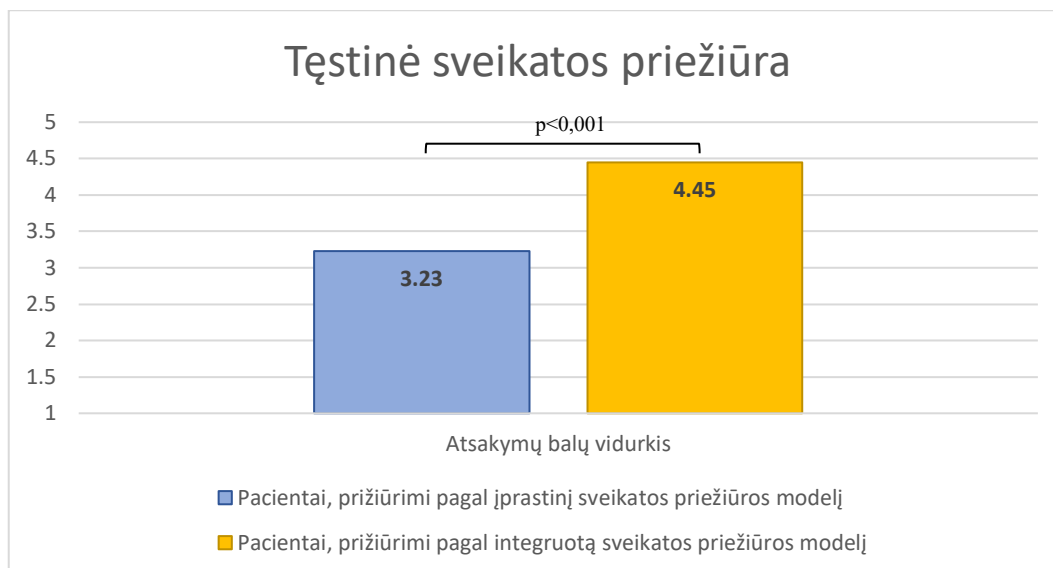
(5 pav. Tikslų nustatymas)

Abiejų grupių poliligoti pacientai, atsakinėdami į PACIC+ klausimyno klausimus, galėjo išsakyti savo nuomonę apie tai, kaip juos prižiūrintys sveikatos apsaugos specialistai geba spręsti iškilančias problemas dėl gydymo strategijos parinkimo ar pritaikymo konkrečiam pacientui. Pirmosios grupės atstovų atsakymų vidurkis į šiuos klausimus siekė 3,76, o antrosios – 4,52 (6 pav.). Lyginant abiejų grupių rezultatus galima teigti, jog poliligoti pacientai, prižiūrimi pagal įprastinę sveikatos priežiūros praktiką, juos prižiūrinčių gydytojų gebėjimą spręsti iškilančias problemas, parenkant individualizuotą gydymo strategiją, vertino statistiškai reikšmingai prasčiau, nei pacientai, kurių priežiūrai buvo skiriami dideli žmogiškieji ir finansiniai ištekliai ($p<0,001$).



(6 pav. Problemų sprendimas)

Paskutinė dalis, iš kurios susidėjo bendras paciento lėtinių ligų priežiūros vertinimas, buvo paciento požiūris į tęstinę savo sveikatos priežiūrą. Iš surinktų konkrečių klausimyno duomenų, galima vertinti abiejų grupių atstovų nuomonę šiuo klausimu. Poliligoti pacientai atsakinėjo, ar gydytojai pakartotinai susisiečia su jais po konsultacijų, ar atlieka gydymo plano korekcijas, ar supažindina su naujomis gyvenimo būdą koreguojančiomis priemonėmis gydymo priežiūros proceso eigoje. Rašto darbo „Poliligotų pacientų sveikatos priežiūra pirminėje sveikatos priežiūros grandyje“ surinktos pacientų grupės atsakymų į šios dalies klausimus vidurkis – 3,23, o projekto „Integruotos sveikatos priežiūros modelio pritaikymo poliligotų pacientų sveikatos priežiūrai pirminėje grandyje“ dalyvių į tuos pačius klausimus rezultatų vidurkis – 4,45 (7 pav.). Taigi pirmosios grupės atstovai statistiškai reikšmingai prasčiau vertino jiems vykdomą tęstinę sveikatos priežiūrą, lyginant su antrosios grupės atstovų požiūriu į tęstinę sveikatos priežiūrą, vykdomą jų atžvilgiu ($p < 0,001$).

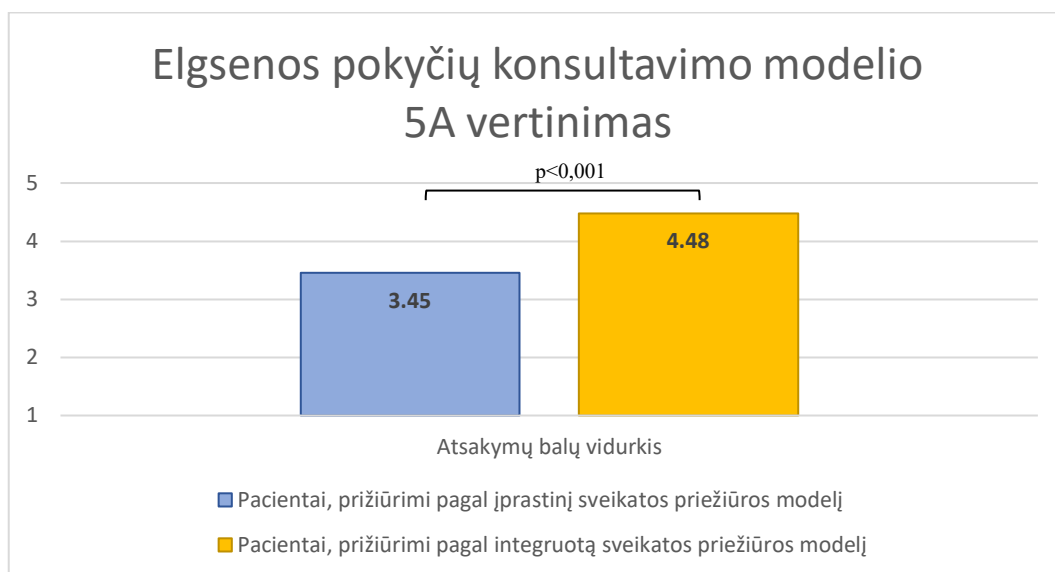


(7 pav. Tęstinė sveikatos priežiūra)

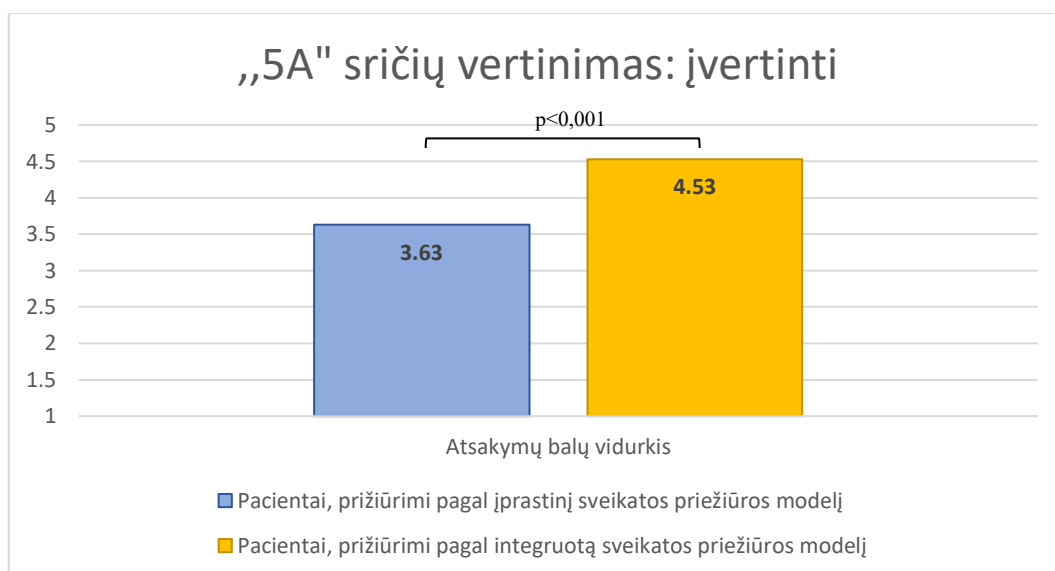
Iš surinktų PACIC+ klausimyno atsakymų duomenų buvo galima nustatyti ne tik bendrą pacientų lėtinių ligų priežiūros vertinimą ar atskiras vertinimo dalis, tačiau taip pat apžvelgti pacientų elgsenos pokyčių konsultavimo modelio vertinimą. Penkios atskiros dalys: įvertinti, patarti, susitarti, padėti, pritaikyti (ang. *Ask, Advice, Assess, Assist, Arrange*), leido nustatyti pacientų požiūrį į jų elgsenos pokyčių skatinimą, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas.

Analizuojant bendrus abiejų grupių poliligitų pacientų požiūrius į jų elgsenos pokyčių skatinimą, jį geriau vertino pagal integruotą sveikatos priežiūros modelį prižiūrimi pacientai, lyginant su asmenimis, prižiūrimais pagal įprastinę praktiką: antrosios grupės atsakymų vidurkiai siekė 4,48, o pirmosios 3,45 (8 pav.). Taigi poliligitų pacientų, kuriems buvo skiriamas didelis dėmesys jų sveikatos priežiūrai, nuomone, juos prižiūrintys gydytojai skyrė daugiau pastangų, siekdami skatinti elgsenos pasikeitimus. Šis skirtumas tarp grupių atsakymų vidurkių yra statistiškai reikšmingas ($p < 0,001$).

Vertinant atskiras elgsenos pokyčių konsultavimo modelio dalis, galima detaliau analizuoti pacientų požiūrį į gydytojų pastangas skatinant pacientų gyvenimo būdo pasikeitimus. Poliligoti pacientai abiejose grupėse galėjo išsakyti nuomonę apie tai, ar gydytojai įvertino jų gyvensenos įpročius, ar atkreipė dėmesį į jų gyvenimo būdo pasirinkimus. Pirmosios grupės pacientų atsakymų vidurkis į susijusius klausimus siekė 3,63, o antrosios – 4,53 (9 pav.). Taigi statistiškai reikšmingai prasčiau poliligoti pacientai, prižiūrimi pagal įprastinį sveikatos priežiūros modelį, vertino gydytojų dėmesingumą jų gyvenimo būdui, įpročiams, lyginant su pacientais, kurie buvo prižiūrimi pagal integruotą sveikatos priežiūros modelį ($p < 0,001$).

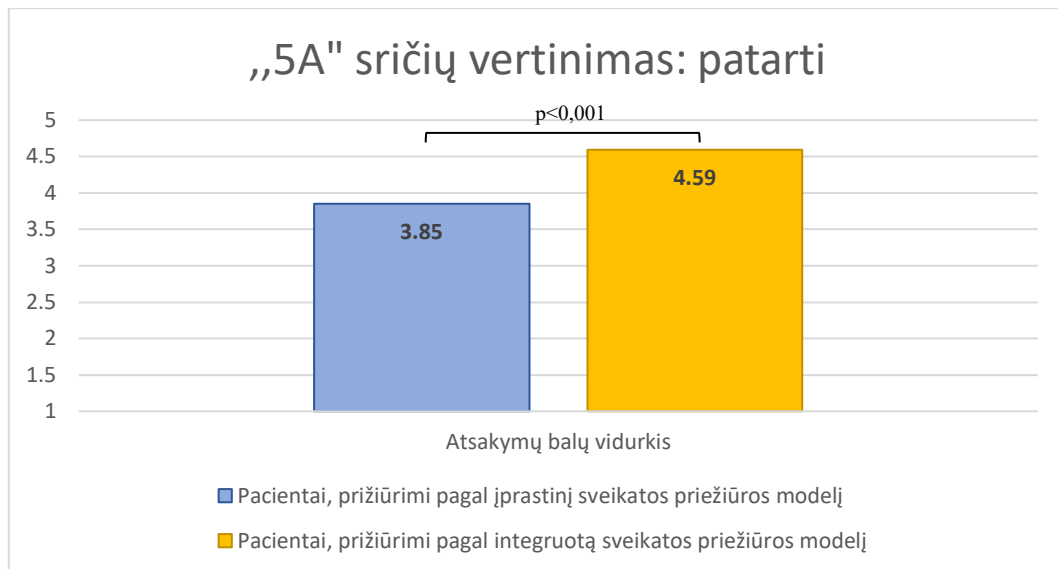


(8 pav. Elgsenos pokyčių konsultavimo modelio 5A vertinimas)



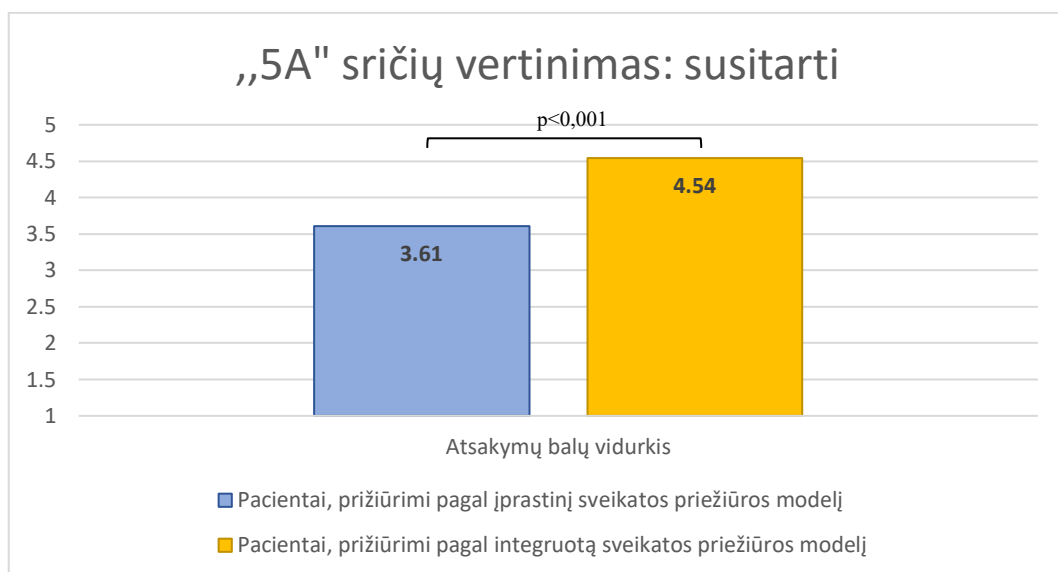
(9 pav. „5A“ sričių vertinimas: įvertinti)

Abiejų poliligotų pacientų grupių atstovų vertinimai taip pat skyrėsi lyginant jų požiūrius į gydytojų pastangas siekiant patarti gyvensenos gerinimo klausimais. Pirmosios grupės narių atsakymų vidurkis siekė 3,85, o antrosios grupės – 4,59 (10 pav.). Taigi statistiškai reikšmingai prasčiau juos prižiūrinčių specialistų pastangas patarti vertino poliligoti pacientai, prižiūrimi pagal įprastinį sveikatos priežiūros modelį, lyginant su poliligotais pacientais, kurie buvo prižiūrimi pagal integruotą sveikatos priežiūros modelį ($p < 0,001$).



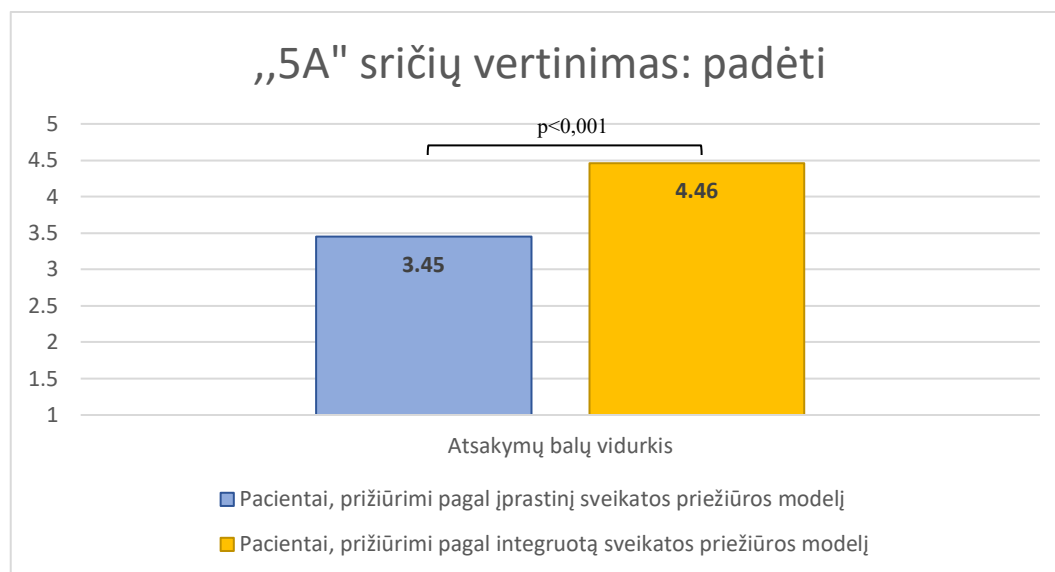
(10 pav. „5A" sričių vertinimas: patarti)

Iš surinktų klausimyno duomenų galima vertinti ir pacientų požiūrį į juos prižiūrinčių sveikatos priežiūros specialistų pastangas susitarti, t.y. ieškoti kompromisų, su pačiais pacientais dėl jų elgsenos pokyčių. Pirmosios grupės atstovų vidurkis į susijusius klausimus buvo 3,61. Antrosios grupės pacientų atsakymų vidurkis – 4,54 (11 pav.). Taigi galima teigti, jog statistškai reikšmingai prasčiau, gydytojų pastangas susitarti su pacientais ar rasti individualių sprendimų gerinti gyvenimo įpročius, vertino baigiamojo rašto darbo metu „Poliligitų pacientų sveikatos priežiūra pirminėje sveikatos priežiūros grandyje“ surinkti asmenys, lyginant su projekto “Integruotos sveikatos priežiūros modelio pritaikymo poliligitų pacientų sveikatos priežiūrai pirminėje grandyje“ dalyvių vertinimu ($p < 0,001$).



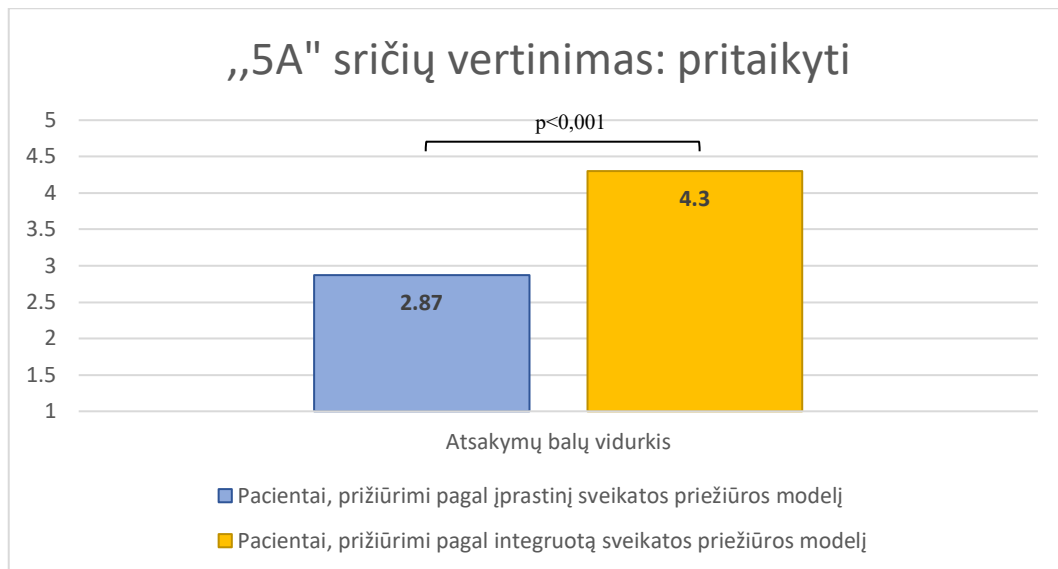
(11 pav. „5A" sričių vertinimas: susitarti)

Skaičiuojant PACIC+ klausimyno rezultatus, galima nustatyti abiejų grupių pacientų požiūrius, į gydytojų teikiamą pagalbą savo pacientams, koreguojant jų gyvenmenos įpročius. Pagal įprastinį sveikatos priežiūros modelį prižiūrimų pacientų atsakymų į klausimus, susijusių su teikiama pagalba jiems, vidurkis siekė 3,45, o pacientų, prižiūrimų pagal integruotą sveikatos priežiūros modelį – 4,46 (12 pav.). Taigi pirmosios pacientų grupės požiūris į jiems teikiamą gydytojų pagalbą koreguojant gyvenmenos įpročius yra statistiškai reikšmingai prastesnis, lyginant su antrosios grupės pacientų požiūriu ($p<0,001$).



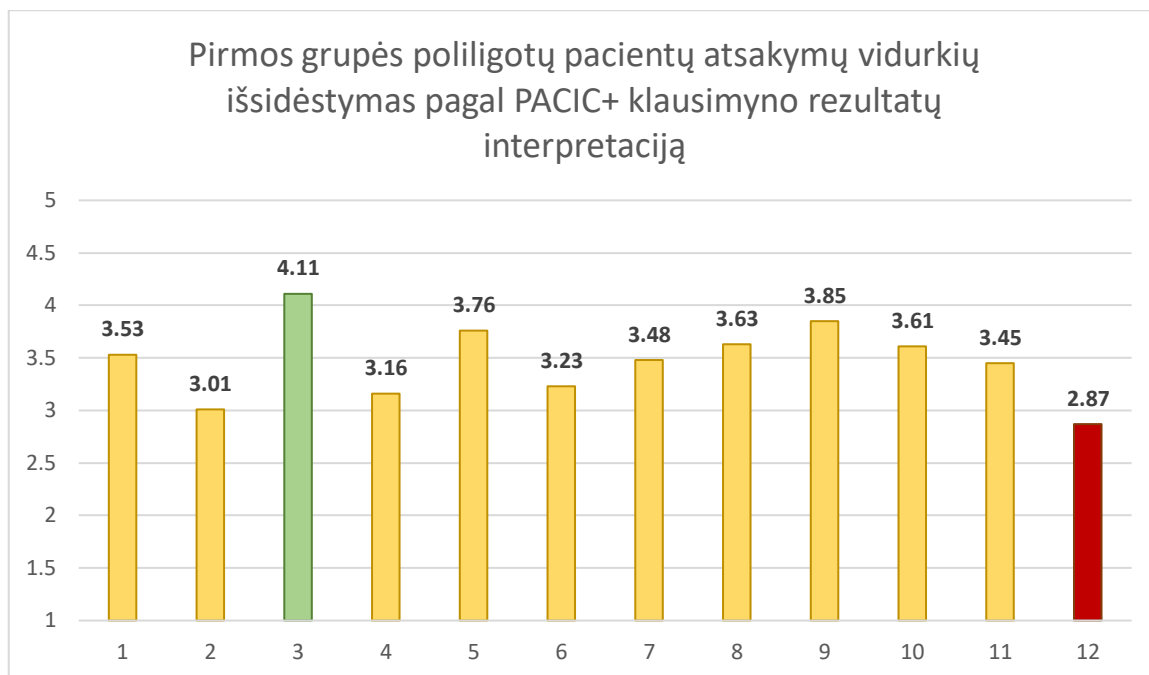
(12 pav. „5A“ sričių vertinimas: padėti)

Paskutinė elgsenos pokyčių konsultavimo modelio vertinimo sudėtinė dalis – pritaikyti. Pacientai vertino gydytojų pastangas pritaikant siūlomus gyvenmenos pokyčius konkrečiam pacientui individualiai. Pacientų, prižiūrimų pagal įprastinę praktiką, atsakymų vidurkis siekė 2,87, o pacientų, kurie buvo prižiūrimi skiriant didelius finansinius ir žmogiškuosius resursus - 4,30 (13 pav.). Taigi pirmosios grupės atstovų „pritaikyti“ vertinimas statistiškai reikšmingai prastesnis, lyginant su antrosios grupės atstovų vertinimu ($p<0,001$).



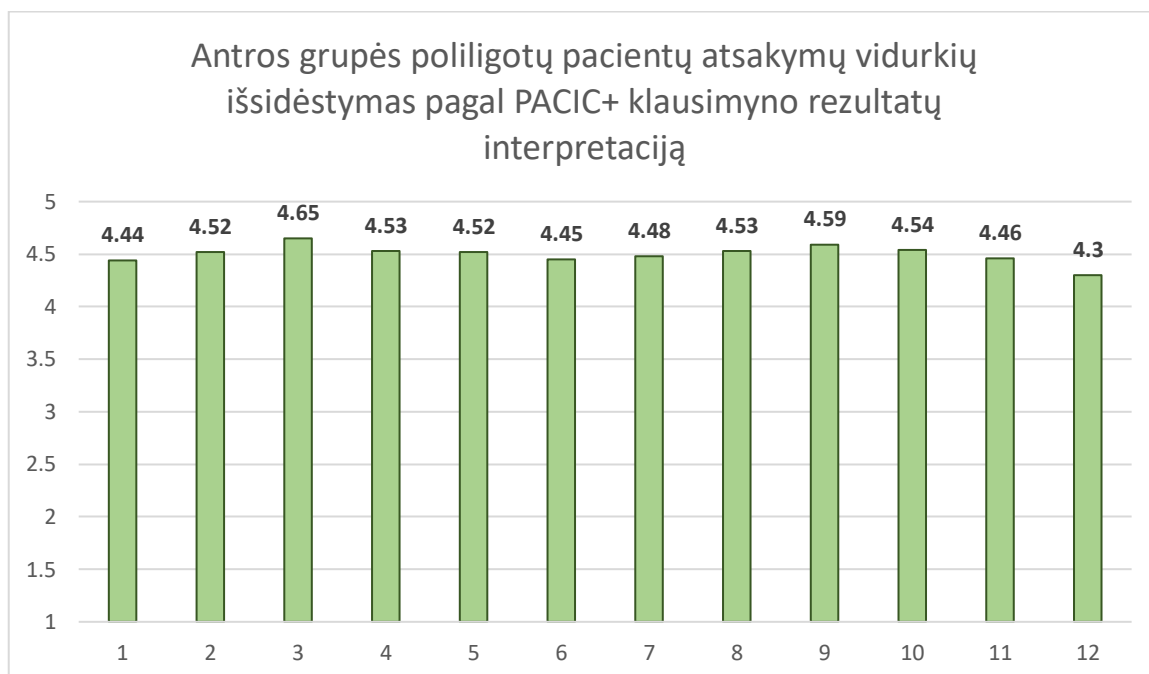
(13 pav. „5A" sričių vertinimas: pritaikyti)

Vertinant PACIC+ klausimyno rezultatus bendrai abiejose grupėse, pagal PACIC+ klausimyno interpretacinius nurodymus, poliligotų pacientų, prižiūrimų pagal įprastinį sveikatos priežiūros modelį, didžioji dauguma atsakymų vidurkių patenka į vidutinių, t.y. nuo 3 imtinai iki 4, balų intervalą. Tai reiškia, kad pacientai savo sveikatos priežiūros kokybę vertino patenkinamai (14 pav.). Tuo tarpu atsakymų vidurkiai, kuriuos pateikė poliligoti pacientai, kurie buvo prižiūrimi pagal integruotą sveikatos priežiūros modelį, patenka į aukštų, t.y. nuo 4 imtinai iki 5, balų intervalą, reiškiantį, jog šie pacientai savo sveikatos priežiūros kokybę vertino puikiai (15 pav.). Pastarieji jautėsi aktyviau įtraukiami į savo lėtinių ligų valdymą. Šių pacientų nuomonė buvo geresnė dėl jiems suteikiamos informacijos kiekio apie paskiriamą gydymą ar apie galimas gydymo strategijų alternatyvas. Savo supratimą apie savo lėtines ligas bei jų kontroliavimą, antrosios grupės atstovai vertino taip pat geriau, lyginant su pirmos grupės atstovų požiūriu į tuos pačius dalykus.



(14 pav. Pirmos grupės poliligotų pacientų atsakymų vidurkių išsidėstymas pagal PACIC+ klausimyno rezultatų interpretaciją)

(1 - Bendras lėtinių ligų priežiūros vertinimas; 2 - Paciento įtraukimas; 3 - Informacijos pateikimas; 4 - Tikslų nustatymas; 5 - Problemų sprendimas; 6 - Tęstinė sveikatos priežiūra; 7 - Paciento elgsenos pokyčių konsultavimo modelio „5A“ vertinimas; 8 – Įvertinti; 9 – Patarti; 10 – Susitarti; 11 – Padėti; 12 – Pritaikyti. Žalia spalva nuspalvinti rezultatų vidurkiai, patenkantys į aukštų, t.y. 4-5, balų intervalą, geltonai – į vidutinių, t.y. 3-4, balų intervalą, raudonai – į žemų, t.y. 1-3, balų intervalą.)



(15 pav. Antros grupės poliligotų pacientų atsakymų vidurkių išsidėstymas pagal PACIC+ klausimyno rezultatų interpretaciją)

(1 - Bendras lėtinių ligų priežiūros vertinimas; 2 - Paciento įtraukimas; 3 - Informacijos pateikimas; 4 - Tikslų nustatymas; 5 - Problemų sprendimas; 6 - Tęstinė sveikatos priežiūra; 7 - Paciento elgsenos pokyčių konsultavimo modelio „5A“ vertinimas; 8 – Įvertinti; 9 – Patarti; 10 – Susitarti; 11 – Padėti; 12 – Pritaikyti. Žalia spalva nuspalvinti

rezultatų vidurkiai, patenkantys į aukštų, t.y. 4-5, balų intervalą, geltonai – į vidutinių, t.y. 3-4, balų intervalą, raudonai – į žemų, t.y. 1-3, balų intervalą.

Įvertinti savo pasitenkinimą teikiama sveikatos priežiūra respondentams taip pat leido 3 klausimai, esantys klausimyno „pacientų priežiūros ir gyvensenos pokyčių apklausa“ sudėtyje. Poliligitų pacientų, kurie buvo prižiūrimi pagal įprastinę sveikatos priežiūros praktiką, ir pacientų, kurių priežiūra buvo vykdoma pagal integruotą sveikatos priežiūros modelį, atsakymų rezultatai į duotuosius klausimus, buvo panašūs, su nežymiais skirtumais. Šioje apklausoje respondentų buvo klausiama ar jie jaučiasi išklausyti juos prižiūrinčių sveikatos specialistų, ar gydytojų pateikiama informacija jiems yra aiški ir ar sveikatos priežiūros specialistai, jų požiūriu, gerbė savo pacientų nuomonę.

Į pirmąjį klausimą abiejose grupių imtyse didžiausia dalis apklausoje dalyvavusių asmenų atsakė, jog jie visada jaučiasi išklausyti juos prižiūrinčių sveikatos specialistų. Tokį požiūrį atitinkantį atsakymą pažymėjo 51,% pirmoje grupėje esantys asmenys ir 73,1% antroje. Taigi nors abiejose grupėse šis atsakymas buvo pasirenkamas dažniausiai, visgi poliligoti pacientai, kurie buvo prižiūrimi pagal integruotą sveikatos priežiūros sistemą, jį rinkosi statistiškai reikšmingai dažniau, lyginant su pacientais, prižiūrimais pagal įprastinę praktiką ($p=0,0498$)

Į antrąjį klausimą, apie tai, ar dalykus sveikatos priežiūros specialistai paaiškina lengvai suprantamu būdu, abiejų grupių pacientai atsakė statistiškai panašiai: dažniausiai rinkosi atsakymą „visada“ (58,6% pirmos grupės imtyje ir 78,8% antros grupės imtyje), rečiausiai – „niekada“ (2,9% ir 0% atitinkamai) ($p=0,0835$).

Į trečiąjį klausimą, apie tai, ar pacientų požiūriu jų nuomonė yra gerbiama sveikatos priežiūros specialistų, abiejų grupių imčių atstovai dažniausiai rinkosi atsakymą „visada“. Tačiau statistiškai reikšmingai dažniau šį atsakymą rinkosi poliligoti pacientai, kurių priežiūrai buvo skiriami dideli finansiniai ir žmogiškieji ištekliai (47,1% ir 71,1% atitinkamai). Statistiškai reikšmingai dažniau poliligoti pacientai, prižiūrimi pagal įprastinę praktiką, į tą patį klausimą rinkosi atsakymą „kartais“, lyginant antros grupės šio pasirinkimo dažniu (15,7% ir 1,9% atitinkamai) ($p=0,0130$)

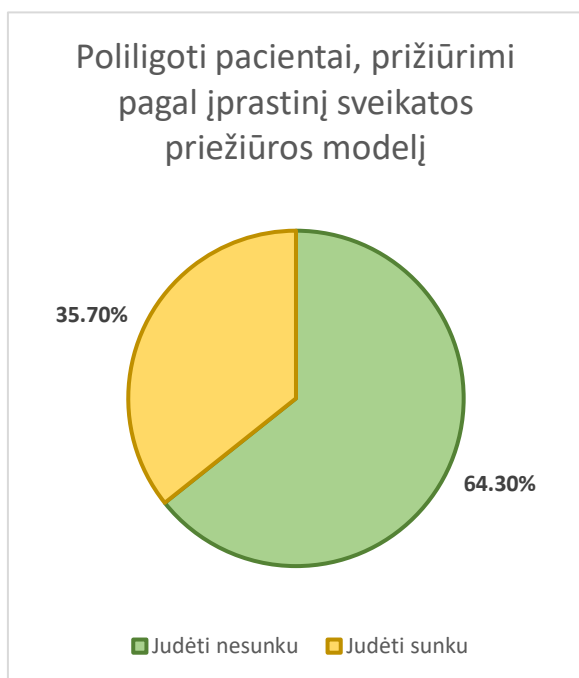
2. Pacientų pasitenkinimas gyvenimo kokybe

2.1. Gyvenimo kokybės klausimynas

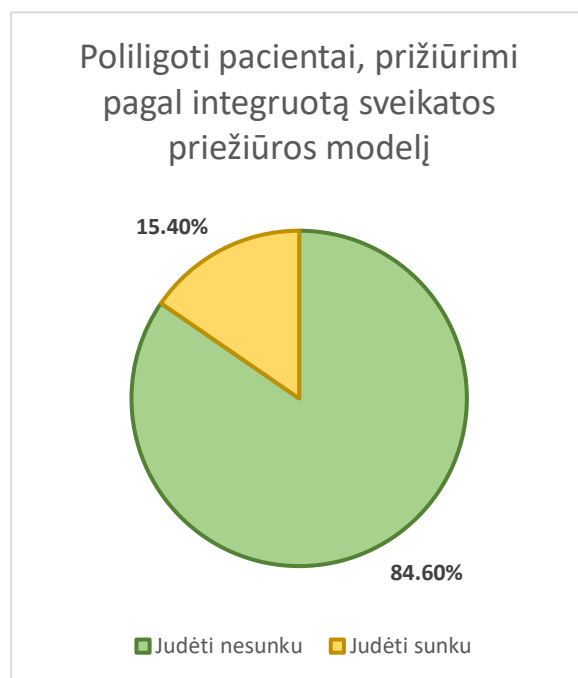
Poliligitų pacientų gyvenimo kokybę buvo galima vertinti analizuojant jų atsakymus į penkis klausimyno „EQ-5D“ klausimus. Šie klausimai leido sužinoti apie paciento mobilumo lygį, savęs priežiūrą, gebėjimą užsiimti įprasta veikla, jo jaučiamą skausmą ir/ar esančią blogą savijautą bei patiriamą nerimą ir/ar depresiją tuo metu.

Lyginant abiejų grupių atstovų požiūrius į savo mobilumo galimybes, statistiškai reikšmingai geriau savo gebėjimą judėti vertino poliligoti pacientai, kurie buvo prižiūrimi pagal integruotą sveikatos priežiūros modelį, ir kurių priežiūrai buvo skiriami dideli finansiniai ir žmogiškieji ištekliai

($p=0,0098$). Šios grupės 84,6% atstovų teigė, jog judėti jiems nėra sunku, o 15,4% pažymėjo, jog vaikščiojimas, visgi, sukelia sunkumų. Pirmos poliligotų pacientų grupės 64,3 % narių teigė, kad vaikščiojimas jiems sunkumų nesukelia, o 35,7% atsakė, jog vaikščioti yra sunku. (16 pav.) (17pav.)



(16 pav. Pirmos poliligotų pacientų grupės narių mobilumas)

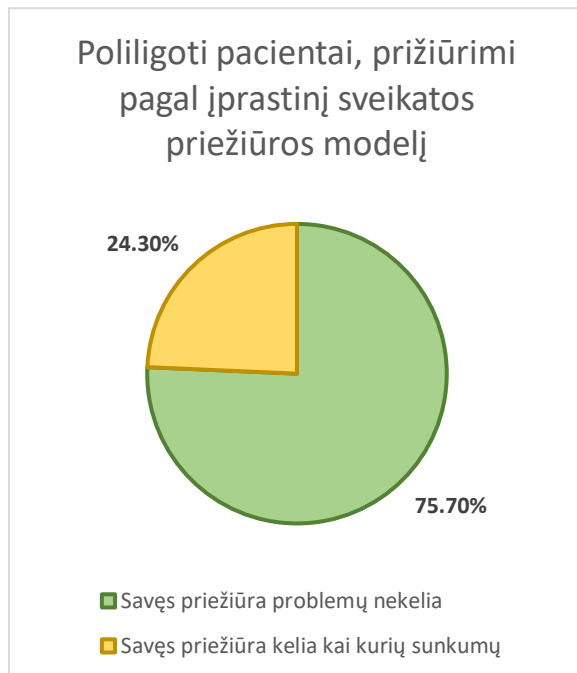


(17 pav. Antros poliligotų pacientų grupės narių mobilumas)

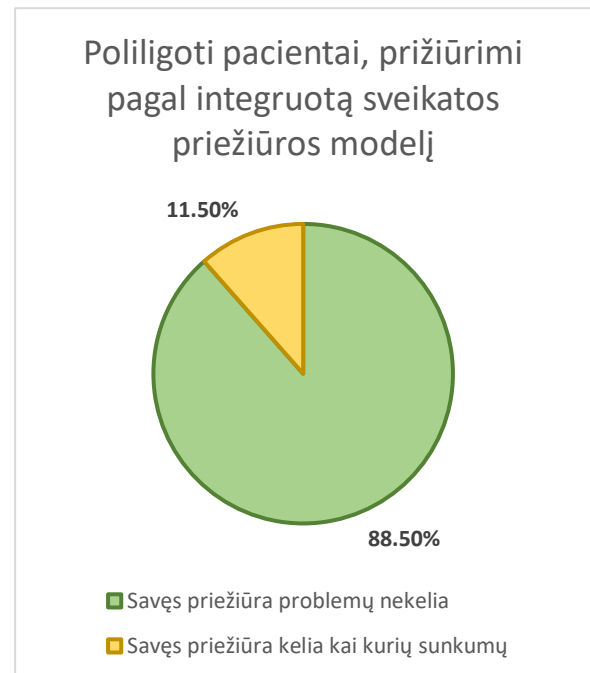
Atsakymų rezultatai, leidžiantys vertinti pacientų savęs priežiūrą, tarp dviejų poliligotų pacientų grupių, prižiūrimų pagal skirtingus sveikatos priežiūros modelius, stebėti panašūs. Savęs apsitarnavimas problemų nekėlė 75,7% pacientų, prižiūrimų pagal įprastinį sveikatos priežiūros modelį, ir 88,5% asmenų, kurie buvo prižiūrimi pagal integruotą sveikatos priežiūros modelį. 24,3% pacientų, esančių pirmoje grupėje, ir 11,5% asmenų, esančių antroje grupėje, pažymėjo, jog jiems visgi kildavo sunkumų apsitarnaujant, pavyzdžiui rengiantis ar prausiantis. Tačiau šis skirtumas tarp grupių statistiškai vertinamas nereikšmingu ($p>0,05$). (18 pav.) (19 pav.)

Pagal atsakymų rezultatus buvo galima vertinti abiejų grupių poliligotų pacientų požiūrius į tai, kaip jiems sekdavosi užsiimti įprasta veikla (pvz. darbas, mokslas, namų ruoša, šeimos ar laisvalaikio užsiėmimai). Įprastinė veikla problemų nekėlė 54,3% pacientų, prižiūrimų pagal įprastinį sveikatos priežiūros modelį, ir 73,1% asmenų, kurie buvo prižiūrimi pagal integruotą sveikatos priežiūros modelį. 45,7% pacientų, esančių pirmoje grupėje, ir 26,9% asmenų, esančių antroje grupėje, pažymėjo, jog jiems kildavo kai kurių sunkumų užsiiminėjant jiems įprasta veikla. (20 pav.) (21pav.). Lyginant abiejų grupių pacientų pateiktus atsakymus į jų galimybes užsiiminėti įprasta veikla, galima

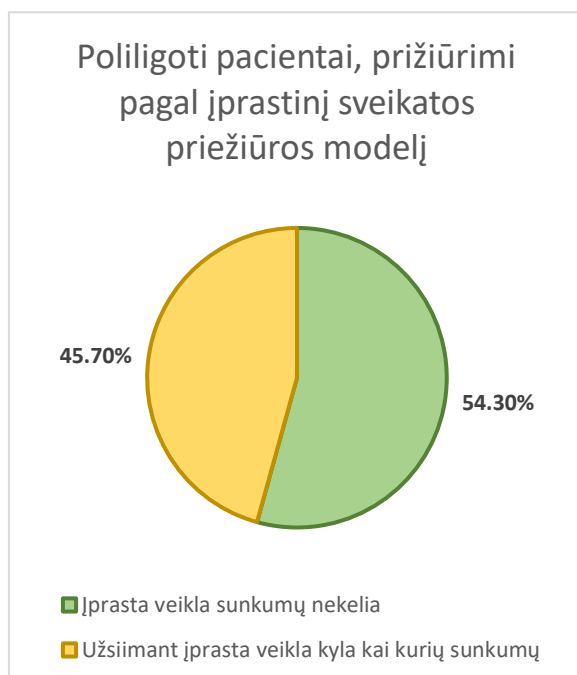
teigti, jog statistiškai reikšmingai didesnei daliai asmenų tai daryti lengviau, kai jų priežiūra buvo vykdoma pagal integruotą sveikatos priežiūros modelį. ($p=0,0261$).



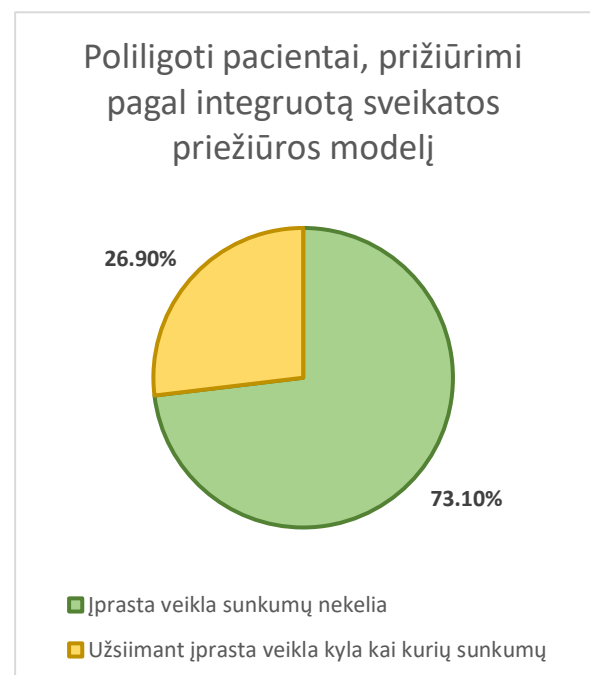
(18 pav. Pirmos poliligotų pacientų grupės narių savęs priežiūros lygis)



(19 pav. Antros poliligotų pacientų grupės narių savęs priežiūros lygis)

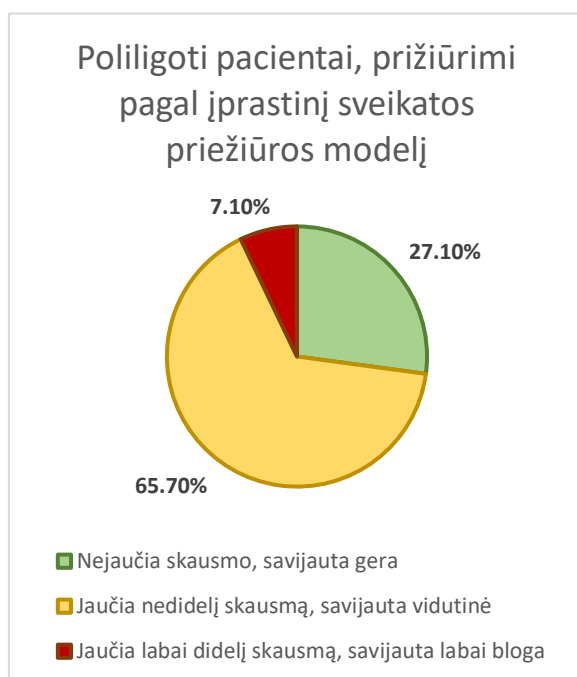


(20 pav. Pirmos poliligotų pacientų grupės narių galimybės užsiimti įprasta veikla)

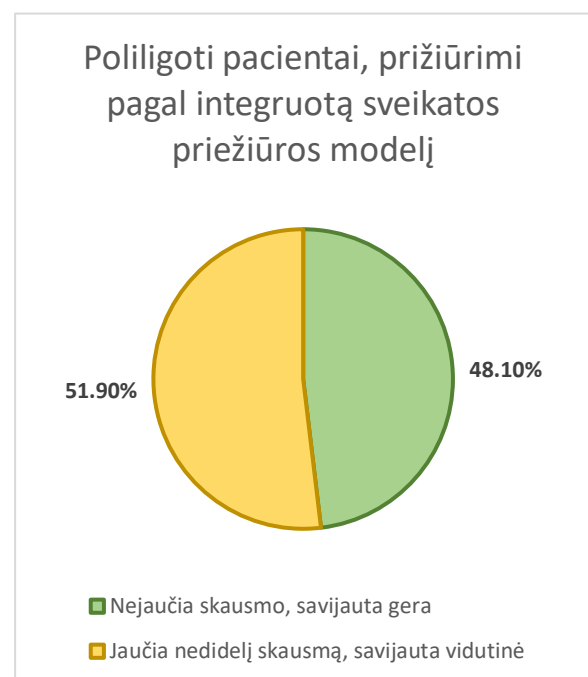


(21 pav. Antros poliligotų pacientų grupės narių galimybės užsiimti įprasta veikla)

Pagal apklausos rezultatus, galima buvo palyginti kiek abiejose grupėse buvo atstovų, kurie skausmo nejautė, jautė nežymų skausmą, ar jautė skausmą ir jis buvo nepakeliamas. Poliligotų pacientų grupėje, kurių priežiūra vykdoma pagal įprastinį sveikatos priežiūros modelį, 27,1% žymėjo, kad jie skausmo nejaučia ir jų savijauta yra gera. 65,7% tos pačios grupės narių teigė, jog jaučia nedidelį skausmą ir jų savijauta yra vidutinė ir 7,1% tvirtino, kad jaučia labai didelį skausmą ir jų savijauta yra labai bloga (22 pav.). Kitoje grupėje poliligotų pacientų, kurie buvo prižiūrimi pagal integruotą sveikatos priežiūros modelį, 48,1% asmenų teigė, jog skausmo nejaučia ir jų savijauta yra gera ir 51,9% tvirtino, jog jaučia nedidelį skausmą ir kad jų savijauta yra vidutinė. Antroje grupėje, rezultatų duomenimis, nei vienas asmuo nejautė didelio skausmo ir nei vieno savijauta nebuvo labai bloga (23 pav.) Taigi lyginant abiejų grupių poliligotų asmenų pasiskirstymus pagal jų pasirinktus atsakymus, galima teigti, kad statistiškai reikšmingai daugiau asmenų nepatiriančių skausmo ir kurių savijauta gera, buvo toje pacientų grupėje, kurios priežiūra buvo vykdoma pagal integruotą sveikatos priežiūros modelį ($p=0,0158$).



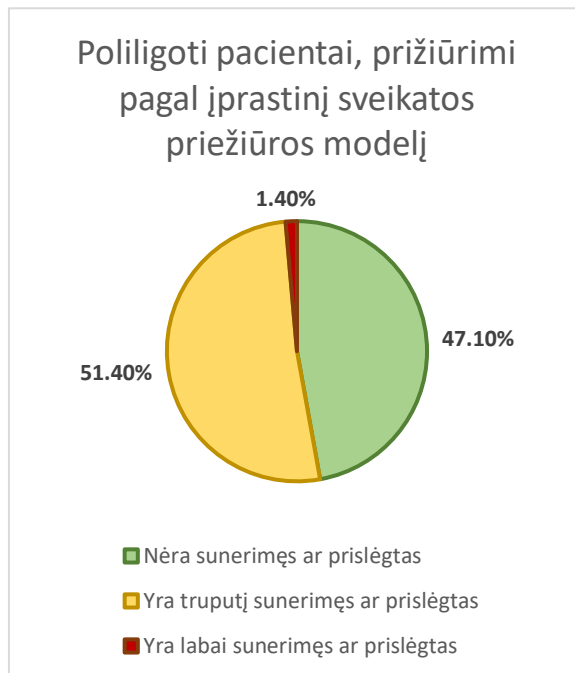
(22 pav. Pirmos poliligotų pacientų grupės nariai, patiriamo skausmo lygis ir savijauta)



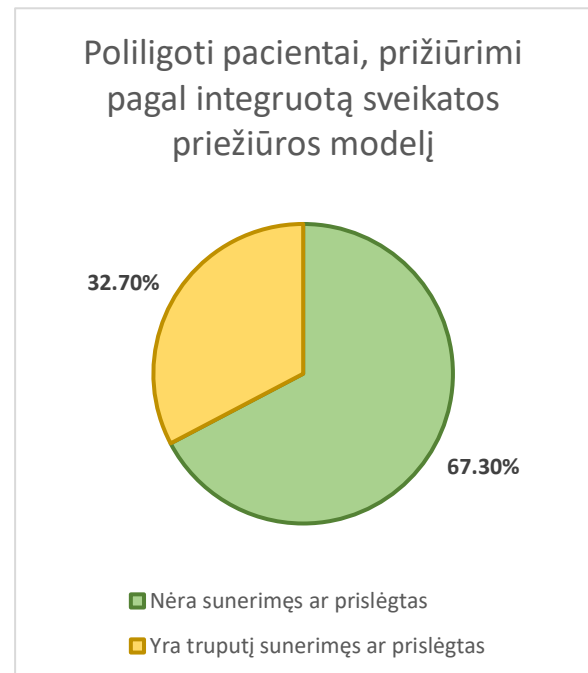
(23 pav. Antros poliligotų pacientų grupės nariai, patiriamo skausmo lygis ir savijauta)

Paskutinis gyvenimo klausimyno „EQ-5D” klausimas susijęs su patiriamu nerimu ir/ar depresija. Taigi vertinant šio klausimo atsakymų rezultatus buvo galima nustatyti, kurioje grupėje daugiau asmenų, patiriančių emocinį distresą. Poliligotų pacientų, apklaustų baigiamojo rašto darbo „Poliligotų pacientų sveikatos priežiūra pirminėje sveikatos priežiūros grandyje“ metu, grupėje, 47,1% atstovų pažymėjo, kad jie nėra sunerimę ar prislėgti. Tos pačios grupės 51,4% teigė, jog yra truputį sunerimę ar prislėgti ir 1 asmuo, t.y. 1,4% visų poliligotų pacientų esančių toje grupėje,

prisipažino, jog yra labai sunerimęs ar prislėgtas (24 pav.). Antroje poliligotų pacientų grupėje, kuri dalyvavo projekte išbandant integruoto sveikatos priežiūros modelio pritaikymą praktikoje, ir kurio metu pacientų priežiūrai buvo skiriamas itin didelis dėmesys, atsakymų rezultatai buvo statistiškai panašūs, lyginant su ankstesne grupe ($p>0,05$). 67,3% poliligotų pacientų, kurie buvo prižiūrimi pagal integruotą sveikatos priežiūros modelį, teigė, kad nėra nei sunerimęs nei prislėgti ir 32,7% pažymėjo, kad yra truputį sunerimęs arba prislėgti. Šioje grupėje nei vienas pacientas nesirinko atsakymo, žyminčio, kad yra labai sunerimęs ar prislėgtas. (25 pav.)



(24 pav. Sunerimę ar prislėgti asmenys pirmoje poliligotų pacientų grupėje)



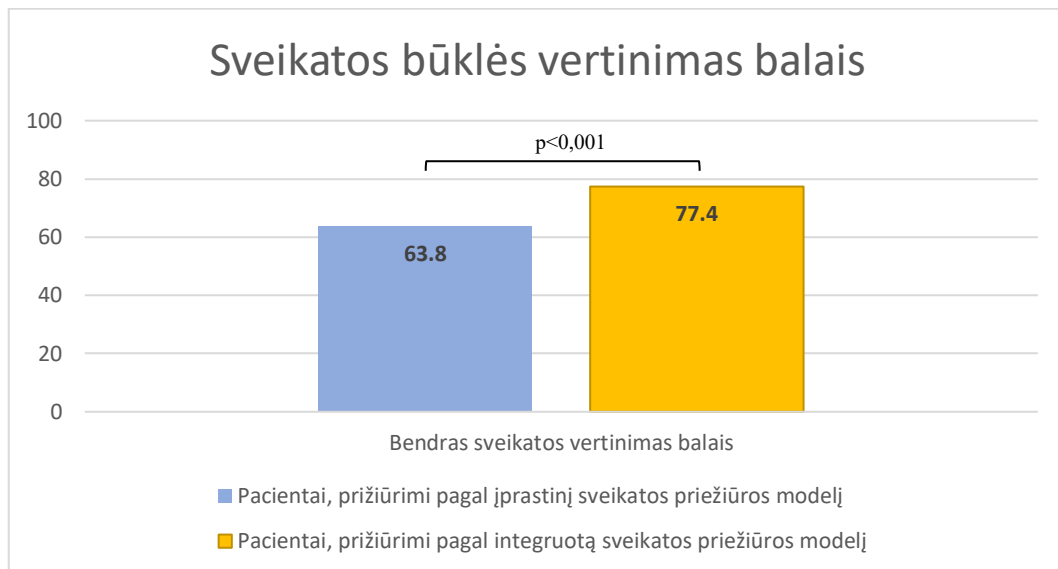
(25 pav. Sunerimę ar prislėgti asmenys antroje poliligotų pacientų grupėje)

Taigi bendrai vertinant „EQ-5D” klausimyno atsakymų rezultatus tarp abiejų grupių, galima teigti, jog gyvenimo kokybė buvo geresnė tų poliligotų pacientų, kurių priežiūra buvo vykdoma pagal integruotos sveikatos priežiūros modelį. Šie pacientai jautėsi užtikrintesni dėl savo mobilumo lygio, galimybių užsiimti jiems įprasta veikla ir jie rečiau skundėsi patiriamu skausmu bei bloga savijauta. Visgi šių poliligotų pacientų, kurių priežiūrai buvo skiriamas itin didelis dėmesys, savęs priežiūros bei nerimo ir/ar depresijos lygiai, pagal atsakymų rezultatus, statistiškai reikšmingai nesiskyrė nuo atsakymų rezultatų, kuriuos pateikė pacientai prižiūrimi pagal įprastinį sveikatos priežiūros modelį.

2.2. Sveikatos būklės vertinimas

Papildoma gyvenimo kokybės klausimyno „EQ-5D” dalis yra EQ-VAS skalė. Ji leido respondentui įvertinti savo sveikatos būklę nuo 0 iki 100. Poliligoti pacientai, kurie buvo prižiūrimi pagal įprastinį sveikatos priežiūros modelį, klausimyno atsakinėjimo dieną savo sveikatą vidutiniškai vertino 63,8 balais iš 100 (26pav.). Tuo tarpu poliligoti pacientai, kurie dalyvavo projekte

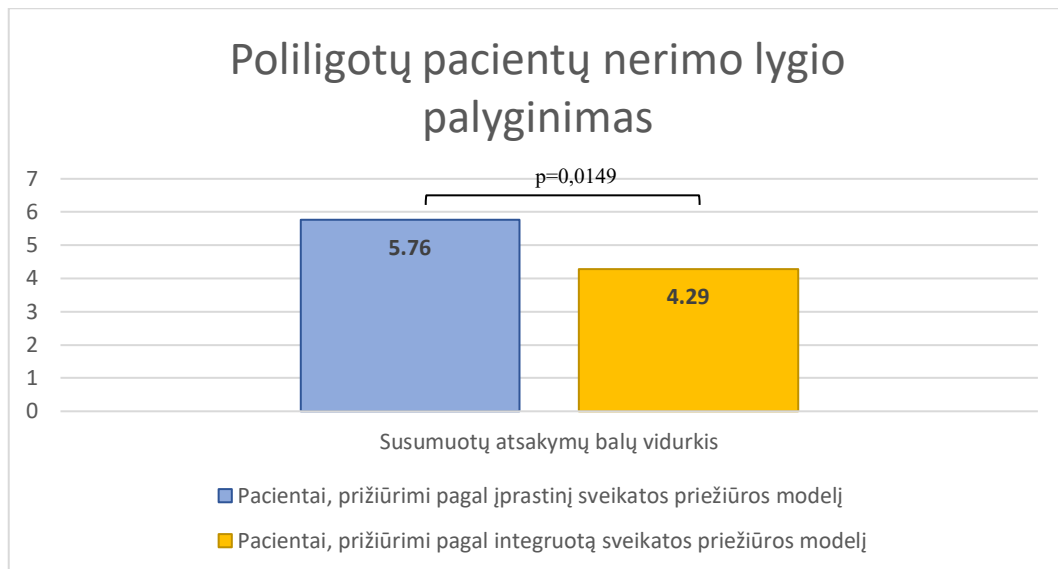
“Integruotos sveikatos priežiūros modelio pritaikymo poliligotų pacientų sveikatos priežiūrai pirminėje grandyje“ ir kurių sveikatos priežiūrai buvo skiriami dideli žmogiškieji ir finansiniai ištekliai, vidutiniškai savo sveikatą vertino 77,4 (26 pav.). Taigi pacientai, esantys pirmoje grupėje, statistiškai reikšmingai prasčiau vertino savo pačių bendrą sveikatos būklę, palyginus su pacientais, esančiais antroje grupėje ir kurie buvo prižiūrimi pagal integruotą sveikatos priežiūros modelį ($p<0,001$).



(26 pav. Sveikatos vertinimas balais)

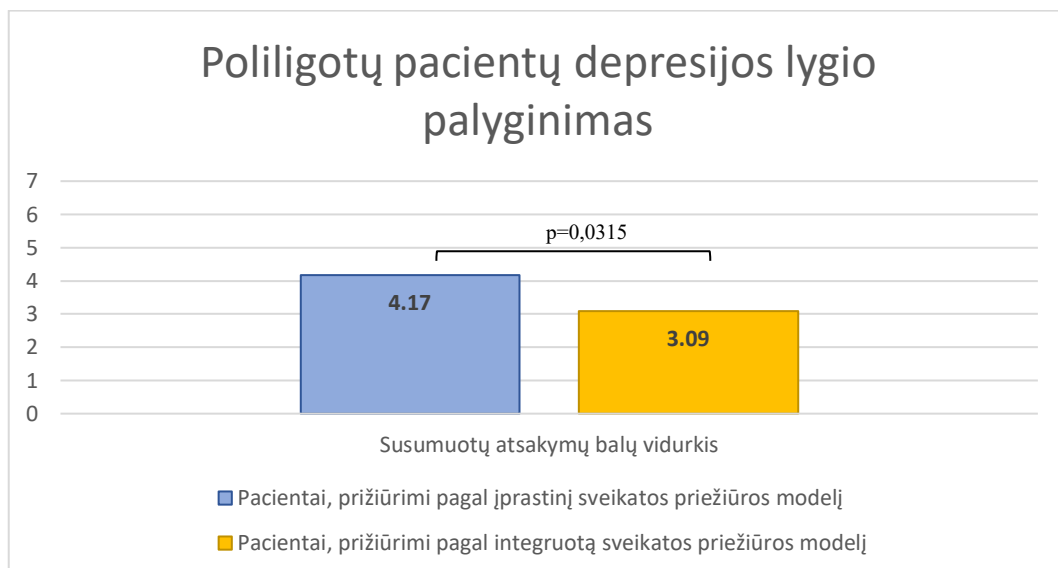
2.3. Emocinio distreso vertinimas

Analizuojant HAD klausimynų rezultatus, galima spręsti apie abiejų grupių atstovų distreso lygius. Lyginant susumuotus atsakymus, galima nustatyti, kurios grupės poliligoti pacientai pasižymėjo didesniu polinkiu į nerimą ir depresiją. Pacientų, kurie buvo apklausiami baigiamojo rašto darbo „Poliligotų pacientų sveikatos priežiūra pirminėje sveikatos priežiūros grandyje“ atlikimo metu, t.y. kurie buvo prižiūrimi pagal įprastinį sveikatos priežiūros modelį, susumuotas atsakymų į klausimus apie nerimą vidurkis siekė 5,76 balo (27 pav.). Poliligotų pacientų, kurie dalyvavo projekte išbandant integruoto sveikatos priežiūros modelio pritaikymą praktikoje ir kurių priežiūrai buvo skiriami dideli žmogiškieji ir finansiniai resursai, susumuotas atsakymų į tuos pačius klausimus vidurkis siekė 4,29 (27 pav.). Taigi lyginant nerimo lygį abiejose grupėse, statistiškai reikšmingai didesnis nerimo lygis buvo būdingas poliligotiems pacientams, prižiūrimiems pagal įprastinį sveikatos priežiūros modelį ($p=0,0149$).



(27 pav. Poliligotų pacientų nerimo lygio palyginimas)

Klausimų, leidžiančių nustatyti emocinio distreso lygį depresijos aspektu, susumuotas atsakymų vidurkis poliligotų pacientų, kurie buvo prižiūrimi pagal įprastinį sveikatos priežiūros modelį, grupėje siekė 4,17 (28 pav.). Susumuotas atsakymų vidurkis į tuos pačius klausimus imtyje poliligotų pacientų, kurie buvo prižiūrimi pagal integruotos sveikatos priežiūros modelį, buvo 3,09 (28 pav.). Lyginant šiuos rezultatus, t.y. depresijos lygį abiejose grupėse, galima teigti, jog poliligoti asmenys, esantys pirmoje grupėje buvo statistiškai reikšmingai labiau linkę į emocinį distresą, sąlygotą polinkiu į depresiją ($p=0,0315$).

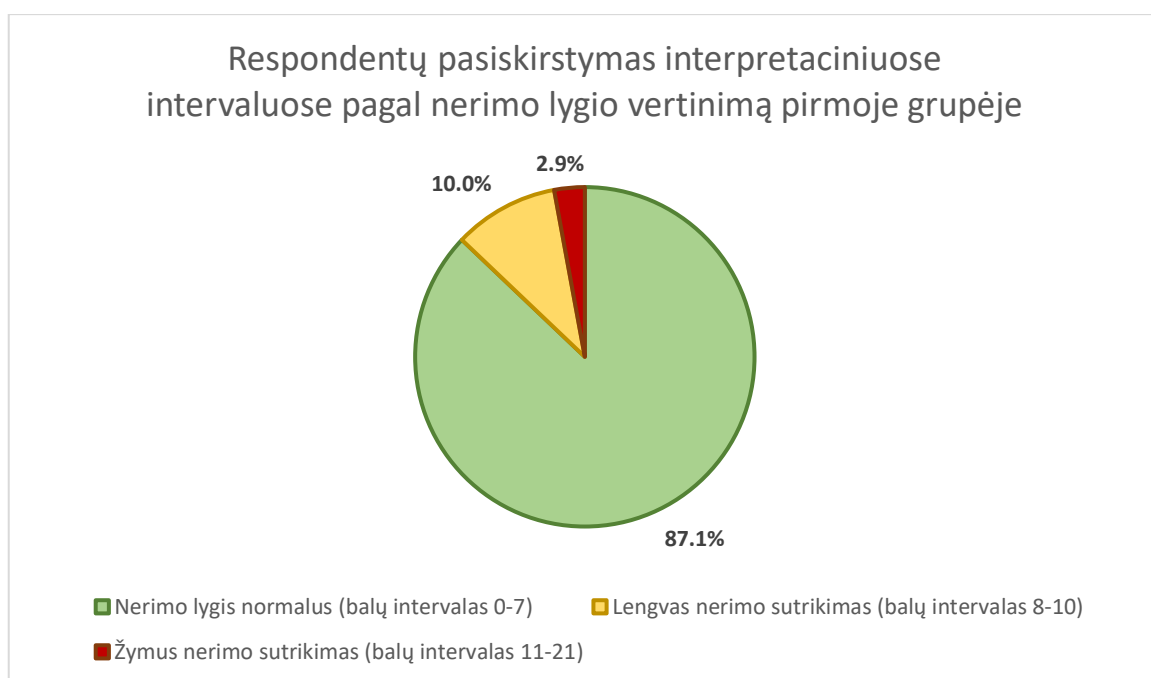


(28 pav. Poliligotų pacientų depresijos lygio palyginimas)

Analizuojant surinktus HAD klausimyno duomenis galima nustatyti kiek poliligotų pacientų abiejose grupėse atskirai, pagal susumuotus atsakymų balus, patenka į konkrečius interpretacinius

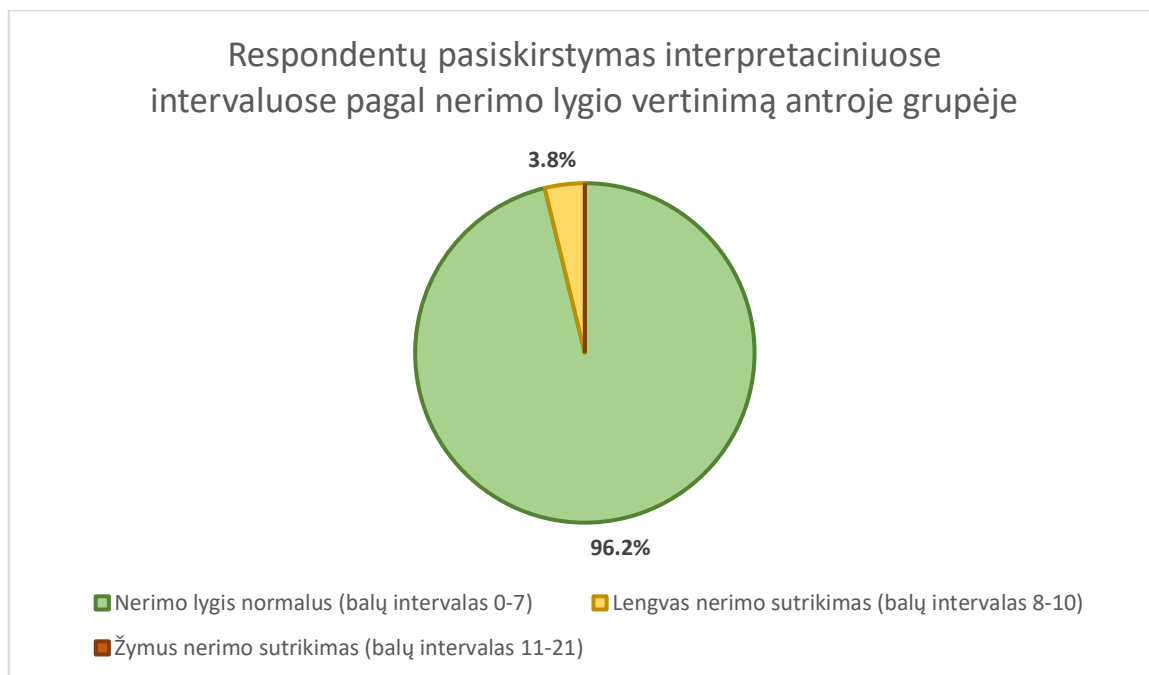
balų intervalus. Šie intervalai padeda tiksliau nustatyti emocinio distreso lygį ir jį apibrėžti. Emocinio distreso lygio vertinimas detalizuojamas į nerimo ir depresijos lygio nustatymus. 0-7 balų intervalas reiškia normalų emocinio distreso, t.y. nerimo ar depresijos, lygį; 8-10 – reiškia lengvą emocinį, t.y. nerimo ar depresijos, sutrikimą ir 11-21, indikuoja žymų emocinį, t.y. nerimo ar depresijos, sutrikimą.

Poliligotų pacientų, prižiūrimų pagal įprastinį sveikatos priežiūros modelį, pasiskirstymas, pagal pateiktus ir susumuotus jų atsakymus į klausimus susijusius su nerimu, interpretaciniuose intervaluose yra: 87,1% respondentų patenka į 0-7 balų intervalą, 10% patenka į 8-10 balų intervalą ir į likusį intervalą, kuris apima balus nuo 11 iki 21, patenka 2,9% respondentų (29 pav.)



(29 pav. Respondentų pasiskirstymas interpretaciniuose intervaluose pagal nerimo lygio vertinimą pirmoje poliligotų pacientų grupėje)

Poliligotų pacientų, kurie buvo prižiūrimi pagal integruotą sveikatos priežiūros modelį, pasiskirstymas pagal jų susumuotus atsakymus į tuos pačius klausimus susijusius su nerimu, interpretaciniuose intervaluose yra: 96,2% asmenų patenka į 0-7 balų intervalą, 3,8% į intervalą nuo 8 iki 10 balų (30 pav.). Į paskutinį intervalą, t.y. 11-21 balų, pagal susumuotus atsakymų rezultatus šioje grupėje nepateko nei vienas asmuo (30 pav.)

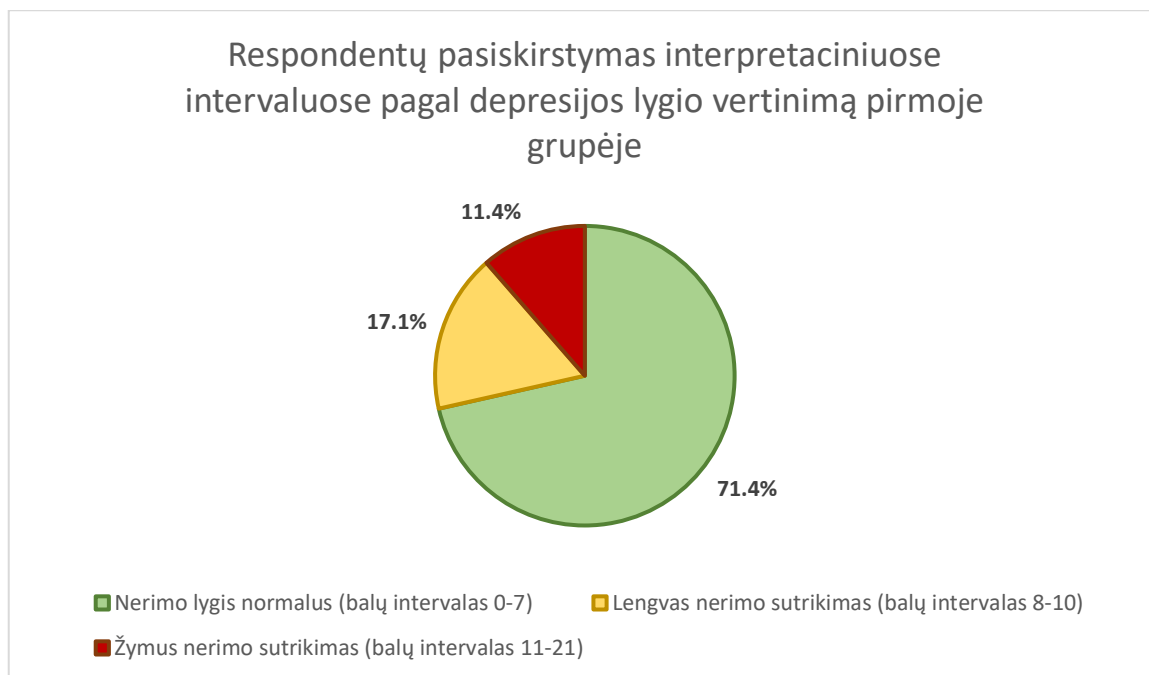


(30 pav. Respondentų pasiskirstymas interpretaciniuose intervaluose pagal nerimo lygio vertinimą antroje poliligotų pacientų grupėje)

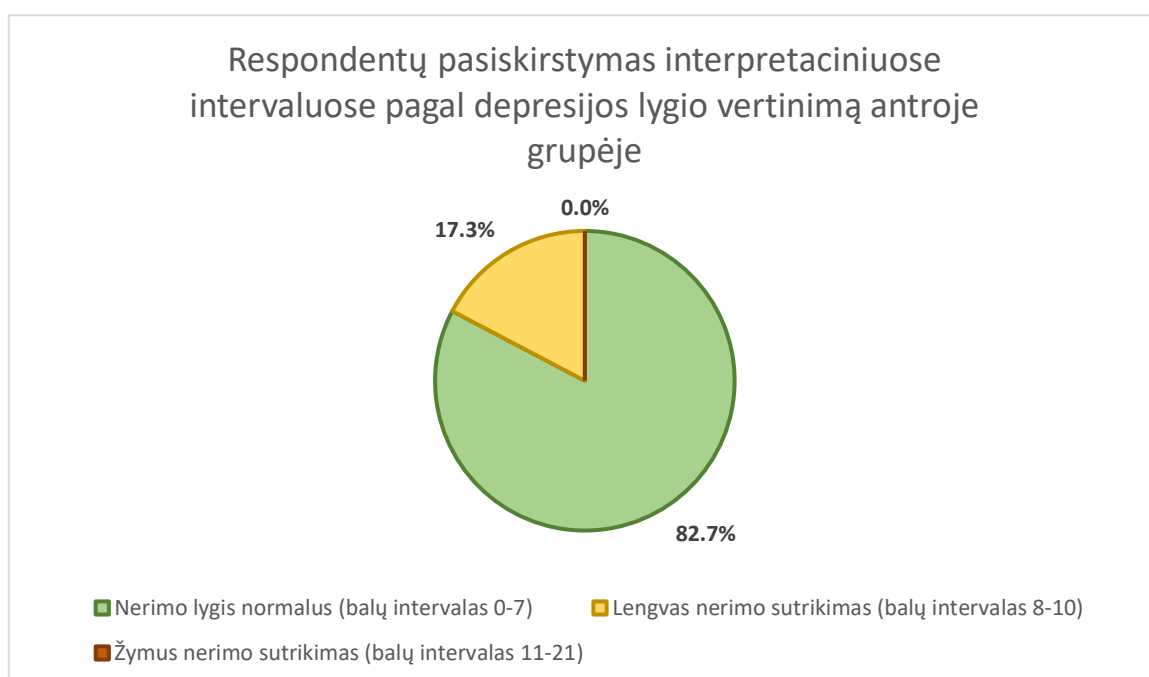
Lyginant abiejų grupių rezultatus susijusius su nerimo lygiu, pagal pasiskirstymą nurodytuose intervaluose, galima teigti, jog statistiškai reikšmingų skirtumų tarp abiejų grupių nėra ($p=0,194$). Abiejose poliligotų pacientų grupėse pasiskirstymas trijuose intervaluose panašus, didžiosios dalies asmenų nerimo, šiose dviejose imtyse, lygis normalus.

Poliligotų pacientų, prižiūrimų pagal įprastinį sveikatos priežiūros modelį, pasiskirstymas, pagal susumuotus jų atsakymus į klausimus susijusius su depresija, interpretaciniuose intervaluose yra: 71,4% respondentų patenka į 0-7 balų intervalą, 17,1% patenka į 8-10 balų intervalą ir į likusį intervalą, kuris apima balus nuo 11 iki 21, patenka 11,4% respondentų (31 pav.)

Poliligotų pacientų, kurie buvo prižiūrimi pagal integruotą sveikatos priežiūros modelį, pasiskirstymas pagal jų susumuotus atsakymus į tuos pačius klausimus susijusius su depresija, interpretaciniuose intervaluose yra: 82,7% asmenų patenka į 0-7 balų intervalą, 17,3% į intervalą nuo 8 iki 10 balų (32 pav.). Į paskutinį intervalą, t.y. 11-21 balų, pagal susumuotus atsakymų rezultatus šioje grupėje nepateko nei vienas asmuo (32 pav.)



(31 pav. Respondentų pasiskirstymas interpretaciniuose intervaluose pagal depresijos lygio vertinimą antroje poliligotų pacientų grupėje)



(32 pav. Respondentų pasiskirstymas interpretaciniuose intervaluose pagal depresijos lygio vertinimą antroje poliligotų pacientų grupėje)

Lyginant abiejų grupių rezultatus, susijusius su depresijos lygiu, pagal pasiskirstymą nurodytuose intervaluose, galima teigti, jog statistiškai reikšmingas skirtumas stebimas tik tarp žymaus depresijos sutrikimo intervalų tarp abiejų grupių ($p=0,0399$). Poliligotų pacientų grupėje, prižiūrimoje pagal įprastinį sveikatos priežiūros modelį, buvo didesnė dalis asmenų (lyginant su kita

grupe), kurie pagal klausimyno rezultatus turi žymų depresijos sutrikimą ir kuriems būtų indikuotinas tolimesnis ištyrimas dėl aukšto emocinio distreso lygio.

3. Pacientų gyvenosenos įpročiai

Klausimyno „Pacientų priežiūros ir gyvenosenos pokyčių apklausa“ atsakymų rezultatai leido įvertinti respondentų gyvenosenos įpročius šiais aspektais: fiziniu aktyvumu, sveika mityba (ar respondentai vartoja daržoves, vaisius ir ar papildomai deda druskos į paruoštą maistą), bei žalingų įpročių turėjimu, t.y. tabako ir alkoholinių gėrimų vartojimu.

Fizine veikla bent 30 min. per dieną 5 dienas per savaitę abiejose tiriamosiose grupėse užsiimdavo statistiškai panašus procentas grupės narių ($p=0,495$). 71,4% poliligitų pacientų, prižiūrimų pagal įprastinį sveikatos priežiūros modelį ir 76,9% pacientų, kurie buvo prižiūrimi pagal integruotą sveikatos priežiūros modelį (33 pav.).

Daržoves (išskyrus bulves) bent kartą per dieną valgydavo taip pat panaši dalis asmenų skirtingose poliligitų pacientų grupėse ($p=0,729$). 84,3% poliligitų pacientų, prižiūrimų pagal įprastinį sveikatos priežiūros modelį ir 86,5% pacientų, kurie buvo prižiūrimi pagal integruotą sveikatos priežiūros modelį (33 pav.).

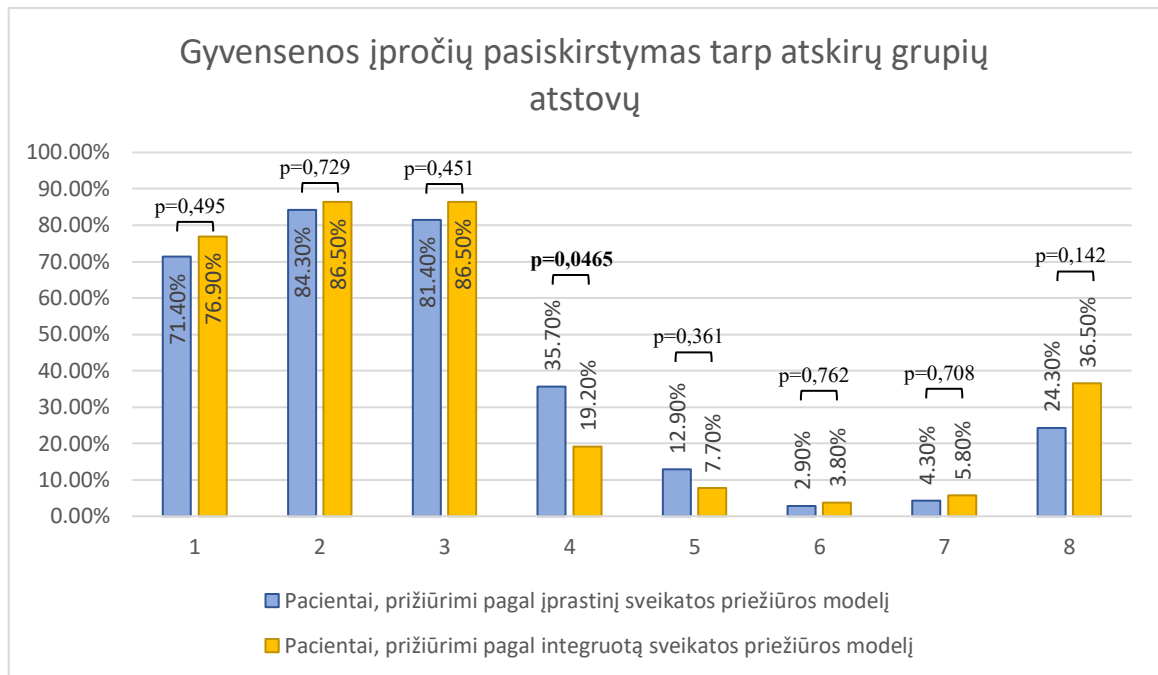
Taip pat panaši dalis asmenų valgydavo vaisius bent kartą per dieną skirtingose poliligitų pacientų grupėse ($p=0,451$). 81,4% asmenų, apklaustų baigiamojo rašto darbo „Poliligitų pacientų sveikatos priežiūra pirminėje sveikatos priežiūros grandyje“ metu ir 86,5% grupės pacientų, dalyvavusių projekte išbandant integruoto sveikatos priežiūros modelio pritaikymą praktikoje (33 pav.).

Lyginant dvi poliligitų pacientų grupes, kurios buvo prižiūrimos pagal skirtingus sveikatos priežiūros modelius, stebimas įpročių skirtumas dėl papildomos druskos dėjimo į jau paruoštą maistą. 35,7% poliligitų pacientų, prižiūrimų pagal įprastinį sveikatos priežiūros modelį, žymėjo atsakymą „taip“, dėl papildomos druskos vartojimo. Tokį patį atsakymą rinkosi mažesnė kitos grupės atstovų dalis t.y. 19,2% poliligitų pacientų, prižiūrimų pagal integruotą sveikatos priežiūros modelį. Taigi statistiškai reikšmingai daugiau vartojančių papildomai druskos paruoštame maiste buvo pirmojoje grupėje pacientų ($p=0,0465$) (33 pav.).

Tabako gaminius ir atskirai elektronines cigaretes rūkė statistiškai panašios dalys poliligitų pacientų abiejose imtyse ($p=0,361$) ir ($p=0,762$). Asmenų grupėje, kurios priežiūra buvo vykdoma pagal įprastinį sveikatos priežiūros modelį, 12,9% atstovų teigė, kad rūko tabako gaminius ir 2,9% pažymėjo, kad rūko elektronines cigaretes. Antros poliligitų pacientų grupės, kurios priežiūrai buvo skiriami dideli žmogiškieji ir finansiniai ištekliai, imtyje 7,7% respondentų teigė, kad rūko tabako gaminius ir 3,8%, kad rūko elektronines cigaretes (33 pav.).

Alkoholio vartojimo įpročiai tarp abiejų grupių atstovų buvo taip pat statistiškai panašūs. Lyginant alkoholio vartojimą kartą per savaitę ir dažniau ($p=0,142$) ir lyginant alkoholio vartojimą

kasdien ($p=0,708$). Asmenų grupėje, kurios priežiūra buvo vykdoma pagal įprastinį sveikatos priežiūros modelį, 24,3% atstovų teigė, kad bent kartą per savaitę ar dažniau vartoja alkoholinius gėrimus ir 4,3% pažymėjo, kad alkoholį vartojo kiekvieną dieną, paskutines 30 dienų. Antrosios poliligotų pacientų grupės, kurios priežiūrai buvo vykdoma pagal integruotą sveikatos priežiūros modelį, imtyje 36,5% grupės respondentų teigė, kad bent kartą per savaitę ar dažniau vartoja alkoholinius gėrimus ir 5,8% prisipažino, jog alkoholį vartojo kiekvieną dieną per paskutines 30 dienų (33 pav.).



(33 pav. Gyvensenos įpročių pasiskirstymas tarp atskirų grupių atstovų)

(1 - Fizinis aktyvumas bent 30 min. 5 dienas per sav. ar dažniau; 2 – Daržovių vartojimas (išskyrus bulves) bent kartą per dieną ar dažniau; 3 – Vaisių vartojimas bent kartą per dieną ar dažniau; 4 – Papildomas druskos dėjimas ant paruošto maisto; 5 – Tabako rūkymas; 6 – Elektroninių cigarečių rūkymas; 7 – Alkoholinių gėrimų vartojimas kasdien paskutines 30 d.; 8 – Alkoholinių gėrimų vartojimas kartą per savaitę ar dažniau.)

REZULTATŲ APTARIMAS

Literatūros šaltiniuose, kuriuose siekiama nustatyti skirtumus tarp įprastinio ir integruoto sveikatos priežiūros modelio praktikoje, daugiausiai yra akcentuojamasi į kelis kriterijus. Pirma, ar integruota sveikatos priežiūros sistema užtikrina geresnį resursų panaudojimą. Antra, ar integruotos sveikatos priežiūros modelis padidina pacientų pasitenkinimą jiems teikiamomis paslaugomis. Trečia, ar taikomas integruotos sveikatos priežiūros modelis turi teigiamos įtakos medicinos personalo darbui (45)(54)(55). Siekiant nustatyti skirtumus tarp skirtingų sveikatos priežiūros modelių, įtaka pacientų sveikatos įpročiams dažniausiai nėra akcentuojama ar vertinama. Visgi integruotos sveikatos priežiūros įtaką pacientų gyvenamosios įpročiams vienas šaltinis aprašė. Šio

šaltinio autoriai orientavosi tik į diabetu sergančius asmenis, ir didelį dėmesį skyrė pacientų edukacijai: mokymams, paskaitoms, asmeninėms konsultacijoms sveiko gyvenimo būdo klausimais. Tyrimo duomenimis, diabetu sergančių asmenų gyvenimo įpročiai (dieta ir fizinis aktyvumas) statistiškai reikšmingai pagerėjo, pritaikius integruotą sveikatos priežiūrą (56).

Šio baigiamojo mokslinio rašto darbo metu išanalizavus surinktus duomenis ir palyginus juos su projekto „Integruotos sveikatos priežiūros modelio pritaikymo poliligitų pacientų sveikatos priežiūrai pirminėje grandyje“ duomenimis, galima teigti, jog poliligoti pacientai, kurių priežiūra buvo vykdoma pagal integruotos sveikatos priežiūros modelį, geriau vertino jiems teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas. Galimybė bet kada susisiekti su savo atvejo vadybininku, greitai suteikiamos šeimos gydytojo konsultacijos ir iš anksto suorganizuojamos gydytojų specialistų konsultacijos – tai priežastys, dėl kurių reikšmingai skyrėsi šių poliligitų pacientų požiūris į sveikatos priežiūrą. Šių poliligitų pacientų, kurių priežiūra buvo vykdyta pagal integruotą sveikatos priežiūrą, gyvenimo kokybės vertinimas taip pat buvo iš dalies geresnis, lyginant su pacientais, kurie buvo prižiūrimi pagal įprastinę sveikatos priežiūros sistemą.

Remiantis prieš tai aptartu abiejų poliligitų pacientų grupių vertinimu apie gydytojų pastangas skatinti savo pacientus siekti elgsenos pokyčių, galima būtų spekuliuoti, jog pacientai, kurie buvo prižiūrimi pagal integruotą sveikatos priežiūros modelį, ir kurių sveikatos priežiūros paslaugų vertinimas buvo geresnis, lyginant su kitos grupės asmenų vertinimu, turėtų pasižymėti geresniais gyvenimo įpročių rodikliais. Lūkesčiai, dėl pacientų gyvenimo įpročių gerėjimo, pritaikius integruotos sveikatos priežiūros modelį, taip pat yra grįsti literatūroje aprašytu tyrimu ir jo rezultatais. Pritaikius integruotą sveikatos priežiūrą diabetu sergantiems pacientams, autoriai stebėjo gerėjančius pacientų gyvenimo įpročius.

Tačiau šio rašto darbo metu analizuoti gyvenimo įpročių rodikliai iš surinktų apklausų, tarp poliligitų pacientų grupių, prižiūrimų pagal skirtingus sveikatos priežiūros modelius, iš esmės statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Nors poliligoti pacientai, kurie buvo prižiūrimi taikant integruotą sveikatos priežiūros modelį, gydytojų pastangas gerinti jų gyvenimo įpročius vertino palankiau, tačiau to nepakako, kad būtų pasiekti geresni jų gyvenimo įpročių rezultatai. Taigi daugiau finansinių ir žmogiškųjų išteklių kainuojantis sveikatos priežiūros modelis, pagal kurį buvo prižiūrimi poliligoti pacientai, pagal surinktus apklausų duomenis, statistiškai reikšmingos įtakos pacientų gyvenimo įpročiams neturėjo.

To priežastys galėjo būti įvairios: susijusios tiek su taikyta integruota sveikatos priežiūros sistema, tiek su pačiais pacientais. Pirmoji, daugiadalykės komandos skirtas didelis dėmesys lėtinių ligų kontrolei ir mažesnis dėmesio skyrimas pacientų gyvenimo įpročių priežiūrai. Antroji, kylanti iš pirmosios, pirminės sveikatos priežiūros komandos narių, tokių kaip gyvenimo medicinos specialistų, neįtraukimas į pacientų priežiūrą, kurie būtų galėję užtikrinti specializuotą pagalbą

siekiant pagerinti pacientų gyvenimo būdą. Trečioji, į projektą įtrauktų poliligitų pacientų motyvacijos, reikalingos patiems keisti savo gyvenimo būdą, stoka. Ketvirtoji, tirtų poliligitų pacientų nuomonė (kuri yra vis dar aktuali Lietuvoje), jog už žmogaus sveikatą turi būti atsakingi sveikatos priežiūros specialistai, o ne pats žmogus. Tačiau paties žmogaus pastangos, keičiant savo gyvenimo būdą, vadovaujantis gydytojų rekomendacijomis, yra viena svarbiausių ligų valdymo dalis.

IŠVADOS IR PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

1. Poliligoti pacientai, prižiūrimi pagal integruotą sveikatos priežiūrą, savo sveikatos priežiūrą ir gyvenimo kokybę vertino geriau palyginus su pacientais, kurie buvo prižiūrimi pagal įprastinę praktiką
2. Poliligitų pacientų gyvenimo būdams sveikatos priežiūros modeliai reikšmingos įtakos neturi.

Atsižvelgiant į aukščiau pateiktas išvadas, siūloma praktinė rekomendacija: prieš įdiegiant į standartinę praktiką bet kokią poliligitų pacientų sveikatos priežiūros modelį, būtina argumentuotai pagrįsti jo būsimą naudingumą bei efektyvumą, atliekant visapusišką ir išsamią socialinių, ekonominių ir medicininių rodiklių analizę.

LITERATŪROS ŠALTINIAI

1. Lietuvių kalbos išteklių informacinė sistema E. KALBA [Internet]. [cited 2024 Oct 25]. Available from: <https://ekalba.lt/paieska/detalioji/?paieska=Poliligitumas&p=1&d=50&i=4fc42a90-3559-49c6-a17e-77d91854af75>
2. Technical Series on Safer Primary Care: Multimorbidity [Internet]. [cited 2024 Oct 25]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511650>
3. Non communicable diseases [Internet]. [cited 2024 Oct 25]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
4. Kai kurių lėtinių ligų ir būklių paplitimas - Oficialiosios statistikos portalas [Internet]. [cited 2024 Oct 25]. Available from: <https://osp.stat.gov.lt/lietuvos-gyventoju-sveikata-2020/kai-kuriu-letiniu-ligu-ir-bukliu-paplitimas>
5. EU life expectancy estimated at 81.5 years in 2023 [Internet]. 2024 [cited 2024 Oct 25]. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20240503-2>
6. Statista [Internet]. [cited 2024 Oct 25]. Life expectancy at birth in Europe 2021. Available from: <https://www.statista.com/statistics/1258347/life-expectancy-at-birth-in-europe/>
7. Demography in Europe 2024: Take a guess! [Internet]. [cited 2024 Oct 25]. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/interactive-publications/demography/2024/00/index.html>
8. Jani BD, Hanlon P, Nicholl BI, McQueenie R, Gallacher KI, Lee D, et al. Relationship between multimorbidity, demographic factors and mortality: findings from the UK Biobank cohort. BMC Med. 2019 Apr 10;17(1):74.
9. Han Y, Hu Y, Yu C, Guo Y, Pei P, Yang L, et al. Lifestyle, cardiometabolic disease, and multimorbidity in a prospective Chinese study. Eur Heart J. 2021 Sep 7;42(34):3374–84.
10. Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, Lewis C, Fahey T, Smith SM. Managing patients with multimorbidity in primary care. BMJ. 2015 Jan 20;350:h176.

11. Onder G, Palmer K, Navickas R, Jurevičienė E, Mammarella F, Strandzheva M, et al. Time to face the challenge of multimorbidity. A European perspective from the joint action on chronic diseases and promoting healthy ageing across the life cycle (JA-CHRODIS). *Eur J Intern Med*. 2015 Apr 1;26(3):157–9.
12. Skou ST, Mair FS, Fortin M, Guthrie B, Nunes BP, Miranda JJ, et al. Multimorbidity. *Nat Rev Dis Primer*. 2022 Jul 14;8(1):48.
13. Frølich A, Ghith N, Schiøtz M, Jacobsen R, Stockmarr A. Multimorbidity, healthcare utilization and socioeconomic status: A register-based study in Denmark. *PLoS ONE*. 2019 Aug 1;14(8):e0214183.
14. Kim ES, Park N, Sun JK, Smith J, Peterson C. Life Satisfaction and Frequency of Doctor Visits. *Psychosom Med*. 2013 Dec 12;76(1):86.
15. Soley-Bori M, Ashworth M, Bisquera A, Dodhia H, Lynch R, Wang Y, et al. Impact of multimorbidity on healthcare costs and utilisation: a systematic review of the UK literature. *Br J Gen Pract*. 2020 Dec 1;71(702):e39.
16. Chronic Disease Costs in the U.S. | Milken Institute Report [Internet]. 2018 [cited 2024 Oct 25]. Available from: <https://milkeninstitute.org/content-hub/research-and-reports/reports/costs-chronic-disease-us>
17. Forjaz MJ, Rodriguez-Blazquez C, Alba IGF de, Gimeno-Miguel A, Blik-Bueno K, Prados-Torres A. Application of the JA-CHRODIS Integrated Multimorbidity Care Model (IMCM) to a Case Study of Diabetes and Mental Health. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Dec 17;16(24):5151.
18. Noël PH, Frueh BC, Larme AC, Pugh JA. Collaborative care needs and preferences of primary care patients with multimorbidity. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. 2005 Feb 15;8(1):54.
19. Gabrielė Barkauskienė MM. Integruotos sveikatos priežiūros modelio pritaikymo poliligotų pacientų sveikatos priežiūrai pirminėje grandyje efektyvumo vertinimas. 2023.
20. Multiple Long-Term Conditions (Multimorbidity): a priority for global health research [Internet]. [cited 2024 Nov 13]. Available from: <https://acmedsci.ac.uk/policy/policy-projects/multimorbidity>
21. Kernick D, Chew-Graham CA, O'Flynn N. Clinical assessment and management of multimorbidity: NICE guideline. *Br J Gen Pract*. 2017 May;67(658):235.
22. Prados-Torres A, Calderón-Larrañaga A, Hanco-Saavedra J, Poblador-Plou B, Akker M van den. Multimorbidity patterns: a systematic review. *J Clin Epidemiol*. 2014 Mar 1;67(3):254–66.
23. Prados-Torres A, Poblador-Plou B, Calderón-Larrañaga A, Gimeno-Feliu LA, González-Rubio F, Poncel-Falcó A, et al. Multimorbidity Patterns in Primary Care: Interactions among Chronic Diseases Using Factor Analysis. *PLoS ONE*. 2012 Feb 29;7(2):e32190.
24. Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, Salisbury C, Blom J, Freitag M, et al. Prevalence, Determinants and Patterns of Multimorbidity in Primary Care: A Systematic Review of Observational Studies. *PLoS ONE*. 2014 Jul 21;9(7):e102149.
25. Souza DLB, Oliveras-Fabregas A, Minobes-Molina E, Cancela M de C, Galbany-Estragués P, Jerez-Roig J. Trends of multimorbidity in 15 European countries: a population-based study in community-dwelling adults aged 50 and over. *BMC Public Health*. 2021 Jan 7;21:76.
26. Navickas R, Visockienė Ž, Purnaitė R, Rukšėnienė M, Kasiulevičius V, Jurevičienė E. Prevalence and structure of multiple chronic conditions in Lithuanian population and the distribution of the associated healthcare resources. *Eur J Intern Med*. 2015 Apr 1;26(3):160–8.
27. Chowdhury SR, Das DC, Sunna TC, Beyene J, Hossain A. Global and regional prevalence of multimorbidity in the adult population in community settings: a systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine*. 2023 Feb 16;57:101860.
28. Nicholson K, Liu W, Fitzpatrick D, Hardacre KA, Roberts S, Salerno J, et al. Prevalence of multimorbidity and polypharmacy among adults and older adults: a systematic review. *Lancet Healthy Longev*. 2024 Apr 1;5(4):e287–96.
29. Ageing and health [Internet]. [cited 2024 Nov 13]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
30. Statista [Internet]. [cited 2024 Nov 13]. World population by age and region 2023. Available from: <https://www.statista.com/statistics/265759/world-population-by-age-and-region/>
31. Makovski TT, Schmitz S, Zeegers MP, Stranges S, van den Akker M. Multimorbidity and quality of life: Systematic literature review and meta-analysis. *Ageing Res Rev*. 2019 Aug 1;53:100903.
32. Fortin M, Bravo G, Hudon C, Lapointe L, Dubois MF, Almirall J. Psychological Distress and Multimorbidity in Primary Care. *Ann Fam Med*. 2006 Sep;4(5):417.
33. Ryan A, Wallace E, O'Hara P, Smith SM. Multimorbidity and functional decline in community-dwelling adults: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*. 2015 Oct 15;13:168.
34. Nunes BP, Flores TR, Mielke GI, Thumé E, Facchini LA. Multimorbidity and mortality in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr*. 2016 Nov 1;67:130–8.

35. Blayney MC, Reed MJ, Masterson JA, Anand A, Bouamrane MM, Fleuriot J, et al. Multimorbidity and adverse outcomes following emergency department attendance: population based cohort study. *BMJ Med.* 2024 Aug 16;3(1):e000731.
36. Rosbach M, Andersen JS. Patient-experienced burden of treatment in patients with multimorbidity – A systematic review of qualitative data. *PLoS ONE.* 2017 Jun 23;12(6):e0179916.
37. Steponkutė J, Mažionienė A. Poliligočių pacientų sveikatos būklės subjektyvus vertinimas pirminėje sveikatos priežiūroje. *Slauga Moksl Ir Prakt.* 2023 Dec 22;4(12 (324)):28–35.
38. Gaël L, Nadine K, Sandra DB, Rachida B. General practitioners' views on inappropriate prescribing for older patients: a qualitative study through focus groups. *BMC Geriatr.* 2024 Oct 18;24:847.
39. Sinnott C, Hugh SM, Browne J, Bradley C. GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJ Open.* 2013 Sep 13;3(9):e003610.
40. Tran PB, Kazibwe J, Nikolaidis GF, Linnosmaa I, Rijken M, Olmen J van. Costs of multimorbidity: a systematic review and meta-analyses. *BMC Med.* 2022 Jul 19;20:234.
41. Joint Action on implementing good practices for chronic diseases (CHRODIS+, 2017-2020) [Internet]. EuroHealthNet. [cited 2024 Nov 18]. Available from: <https://eurohealthnet.eu/publication/joint-action-on-implementing-good-practices-for-chronic-diseases-chrodis-2017-2020/>
42. Nedzinskienė L, Jurevičienė E, Visockienė Ž, Ulytė A, Puronaitė R, Kasiulevičius V, et al. Structure and Distribution of Health Care Costs across Age Groups of Patients with Multimorbidity in Lithuania. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Mar 9;18(5):2767.
43. Dixon J, Mendenhall E, Bosire EN, Limbani F, Ferrand RA, Chandler CIR. Making morbidity multiple: History, legacies, and possibilities for global health. *J Multimorb Comorbidity.* 2023 Mar 27;13:26335565231164973.
44. Santana MJ, Manalili K, Jolley RJ, Zelinsky S, Quan H, Lu M. How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy.* 2017 Nov 19;21(2):429.
45. Rohwer A, Toews I, Uwimana-Nicol J, Nyirenda JLZ, Niyibizi JB, Akiteng AR, et al. Models of integrated care for multi-morbidity assessed in systematic reviews: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2023 Aug 23;23(1):894.
46. Palmer K, Marengoni A, Forjaz MJ, Jureviciene E, Laatikainen T, Mammarella F, et al. Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS). *Health Policy.* 2018 Jan 1;122(1):4–11.
47. Laimis Dambrauskas IL. Poliligočių pacientų priežiūros modelio komponentai. CHRODIS+, Poliligočių pacientų priežiūros modelio komponentai; 2019 Oct 16.
48. Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J, Mahoney LD, Reid RJ, Greene SM. Development and Validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). *Med Care.* 2005 May;43(5):436.
49. EQ-5D-3L [Internet]. EuroQol. [cited 2024 Nov 5]. Available from: <https://euroqol.org/information-and-support/euroqol-instruments/eq-5d-3l/>
50. Michopoulos I, Douzenis A, Kalkavoura C, Christodoulou C, Michalopoulou P, Kalemi G, et al. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample. *Ann Gen Psychiatry.* 2008 Mar 6;7:4.
51. V-1013 Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2019 „Šeimos gydytojas“ patvirtinimo [Internet]. [cited 2025 Apr 7]. Available from: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.268928/asr>
52. V-288 Dėl Ilgalaikio pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, sveikatos būklės stebėjimo tvarkos aprašo p... [Internet]. [cited 2025 Apr 7]. Available from: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/956e0d20a06711e3aeb49a67165e3ad3/asr>
53. Servetkienė V, Mockevičienė B, Černovas A, Jankauskienė D. LIETUVOS GYVENTOJŲ PATIRTIS, NAUDOJANTIS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGOMIS. *Visuom Sveik.* 2022 Feb 14;
54. Mounier-Jack S, Mayhew SH, Mays N. Integrated care: learning between high-income, and low- and middle-income country health systems. *Health Policy Plan.* 2017 Nov;32(Suppl 4):iv6–12.
55. Baxter S, Johnson M, Chambers D, Sutton A, Goyder E, Booth A. The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. *BMC Health Serv Res.* 2018 May 10;18:350.
56. Chao J, Yang L, Xu H, Yu Q, Jiang L, Zong M. The effect of integrated health management model on the health of older adults with diabetes in a randomized controlled trial. *Arch Gerontol Geriatr.* 2015 Jan 1;60(1):82–8.

PRIEDAI

PACIC 26 - Lithuanian 2018

Klausimyno Assessment of Chronic Illness Care - Lithuanian Lietuviška versija Lėtinių sveikatos būklių priežiūros vertinimas

Išlikti geros savijautos sergant lėtine liga gali būti sudėtinga. Mums yra svarbu sužinoti apie Jūsų lėtinių ligų priežiūrą, kurią vykdo sveikatos priežiūros komanda: šeimos gydytojas, slaugytoja, gydytojas specialistas ir slaugytoja diabetologė. Prašome Jūsų užpildyti šį klausimyną. Jūsų anonimiškumas ir gautų duomenų konfidencialumas bus užtikrintas.

Pagalvokite apie Jums suteiktą sveikatos priežiūrą, kuri buvo vykdoma per pastaruosius 6 mėnesius. Jei paskutinį kartą šeimos gydytojas ar slaugytoja konsultavo seniau negu 6 mėnesių laikotarpiu, tuomet prisiminkite ir pagalvokite apie paskutinę konsultaciją.

Paskutinės konsultacijos pas šeimos gydytoją metu:

	Beveik niekada	Dažniausiai ne	Kartais	Dažniausiai taip	Beveik visada
1. Sudarinėjant gydymo planą buvo atsižvelgta į mano nuomonę.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Man buvo suteikta galimybė apgalvoti galimus gydymo metodus.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Manęs paklausė apie patiriamas problemas dėl vartojamų vaistų ar jų pašalinio poveikio.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Aš gavau patarimų sąrašą, kurie skirti mano sveikatos būklei pagerinti.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Aš esu patenkintas (-a) man teikiama sveikatos priežiūra.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Man buvo paaiškinta kaip mano veiksmas ir kasdieniai įpročiai įtakoja mano sveikatos būklę.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Translated and adapted from the Assessment of the Chronic Illness Care, © 2004 The MacColl Center for Health Care Innovation, Group Health Cooperative.

Lithuanian translation by Domeikienė A. PhD, Trakelė V., Gabryte D., Staniliene A., Department of Family Medicine, Lithuanian University of Health Sciences, Hospital Kaunas Clinics Ivanauskienė R. PhD, Health system research laboratory, Health Research Institute, Lithuanian University of Health Sciences

Priedas 1. Paciento lėtinių sveikatos būklių priežiūros vertinimo klausimynas „PACIC+“

PACIC 26 - Lithuanian 2018

Pagalvokite apie Jums suteiktą sveikatos priežiūrą, kuri buvo vykdoma per pastaruosius 6 mėnesius. Jei paskutinį kartą šeimos gydytojas ar slaugytoja konsultavo seniau negu 6 mėnesių laikotarpiu, tuomet prisiminkite ir pagalvokite apie paskutinę konsultaciją.

Paskutinės konsultacijos pas šeimos gydytoją metu:

	Beveik niekada	Dažniausiai ne	Kartais	Dažniausiai taip	Beveik visada
7. Manęs paklausė, kokių aš turiu tikslų savo ligos priežiūros atžvilgiu.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. Gydytojas ir (ar) kitas komandos narys man padėjo nustatyti tikslus, padėsiančius pagerinti mano mitybos ir fizinio aktyvumo įpročius.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. Aš gavau paskirto gydymo plano kopiją.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10. Aš buvau paskatintas (-a) apsilankyti specialiuose mokymuose ar užsiėmimuose, padėsiančiuose man susigyventi su savo lėtine liga.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11. Manęs paklausė (žodžiu arba davė užpildyti klausimyną) apie mano gyvenamosios įpročius.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
12. Aš esu įsitikinęs (-usi), kad gydytojas ar slaugytoja atsižvelgė į mano vertybes ir tradicijas, parinkdami man gydymą.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
13. Man padėjo sudaryti tokį gydymo planą, kurį galėčiau pritaikyti savo kasdieniniame gyvenime.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
14. Man iš anksto patarė, kaip aš turėčiau vykdyti savo ligos priežiūrą esant sveikatos būklės pablogėjimui.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
15. Manęs paklausė, kaip mano liga įtakoja mano gyvenimą.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Translated and adapted from the Assessment of the Chronic Illness Care, © 2004 The MacColl Center for Health Care Innovation, Group Health Cooperative.

Lithuanian translation by Domeikienė A. PhD, Trakelė V., Gabryte D., Staniliene A., Department of Family Medicine, Lithuanian University of Health Sciences, Hospital Kaunas Clinics Ivanauskienė R. PhD, Health system research laboratory, Health Research Institute, Lithuanian University of Health Sciences

Priedas 1. Paciento lėtinių sveikatos būklių priežiūros vertinimo klausimynas „PACIC+“ (tęsinys)

Pagalvokite apie Jums suteiktą sveikatos priežiūrą, kuri buvo vykdoma per pastaruosius 6 mėnesius. Jei paskutinį kartą šeimos gydytojas ar slaugytoja konsultavo seniau negu 6 mėnesių laikotarpiu, tuomet prisiminkite ir pagalvokite apie paskutinę konsultaciją.

Paskutinės konsultacijos pas šeimos gydytoją metu:

	<u>Beveik niekada</u>	<u>Dažniausiai ne</u>	<u>Kartais</u>	<u>Dažniausiai taip</u>	<u>Beveik visada</u>
7. Manęs paklausė, kokių aš turiu tikslų savo ligos priežiūros atžvilgiu.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. Gydytojas ir (ar) kitas komandos narys man padėjo nustatyti tikslus, padėsiančius pagerinti mano mitybos ir fizinio aktyvumo įpročius.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. Aš gavau paskirto gydymo plano kopiją.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10. Aš buvau paskatintas (-a) apsilankyti specialiuose mokymuose ar užsiėmimuose, padėsiančiuose man susigyventi su savo lėtine liga.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11. Manęs paklausė (žodžiu arba davė užpildyti klausimyną) apie mano gyvenamosios įpročius.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
12. Aš esu įsitikinęs (-usi), kad gydytojas ar slaugytoja atsižvelgė į mano vertybes ir tradicijas, parinkdami man gydymą.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
13. Man padėjo sudaryti tokį gydymo planą, kurį galėčiau pritaikyti savo kasdieniniame gyvenime.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
14. Man iš anksto patarė, kaip aš turėčiau vykdyti savo ligos priežiūrą esant sveikatos būklės pablogėjimui.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
15. Manęs paklausė, kaip mano liga įtakoja mano gyvenimą.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Translated and adapted from the Assessment of the Chronic Illness Care, © 2004 The MacColl Center for Health Care Innovation, Group Health Cooperative.

Lithuanian translation by Domeikiene A. PhD, Trakselyte V., Gabryte D., Stanulienė A., Department of Family Medicine, Lithuanian University of Health Sciences, Hospital Kaunas Clinics. Ivanauskienė R. PhD, Health system research laboratory, Health Research Institute, Lithuanian University of Health Sciences

Priedas 1. Paciento lėtinių sveikatos būklių priežiūros vertinimo klausimynas „PACIC+“ (tęsinys)

Pagalvokite apie Jums suteiktą sveikatos priežiūrą, kuri buvo vykdoma per pastaruosius 6 mėnesius. Jei paskutinį kartą šeimos gydytojas ar slaugytoja konsultavo seniau negu 6 mėnesių laikotarpiu, tuomet prisiminkite ir pagalvokite apie paskutinę konsultaciją.

Paskutinės konsultacijos pas šeimos gydytoją metu:

	<u>Beveik niekada</u>	<u>Dažniausiai ne</u>	<u>Kartais</u>	<u>Dažniausiai taip</u>	<u>Beveik visada</u>
25. Dalyvaujant sveikatos priežiūros komandai buvo aptarti mano ligos priežiūros tikslai.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
26. Man davė „dienyną“, leidžiantį stebėti mano pastangas ir progresą.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Translated and adapted from the Assessment of the Chronic Illness Care, © 2004 The MacColl Center for Health Care Innovation, Group Health Cooperative.

Lithuanian translation by Domeikiene A. PhD, Trakselyte V., Gabryte D., Stanulienė A., Department of Family Medicine, Lithuanian University of Health Sciences, Hospital Kaunas Clinics. Ivanauskienė R. PhD, Health system research laboratory, Health Research Institute, Lithuanian University of Health Sciences

Priedas 1. Paciento lėtinių sveikatos būklių priežiūros vertinimo klausimynas „PACIC+“ (tęsinys)

Kiekvienoje teiginių grupėje varnele pažymėkite po vieną langelį, esantį greta teiginio, tiksliausiai apibūdinančio Jūsų sveikatos būklę šiandien.

Judėjimas	
Man vaikščioti nesunku	☐
Man vaikščioti sunku	☐
Esu ligos „prirakintas“ prie lovos	☐
Savęs priežiūra	
Savęs priežiūra man nekelia jokių sunkumų	☐
Man atsiranda kai kurių sunkumų prausiantis ar rengiantis	☐
Aš nesugebu nusiprausti ir apsirengti	☐
Įprasta veikla (pvz., darbas, mokslas, namų ruošą šeimos ar laisvalaikio užsiėmimai)	
Aš be sunkumų galiu užsiimti įprasta veikla	☐
Man atsiranda kai kurių sunkumų užsiimant įprasta veikla	☐
Aš nesugebu užsiimti įprasta veikla	☐
Skausmas/Bloga savijauta	
Nejaučiu skausmo, savijauta gera	☐
Jaučiu nedidelį skausmą, savijauta vidutiniška	☐
Jaučiu labai didelį skausmą, savijauta labai bloga	☐
Nerimas/Depresija	
Nesu sunerimęs (-usi) ar prislėgtas (-a)	☐
Esu truputį sunerimęs (-usi) ar prislėgtas (-a)	☐
Esu labai sunerimęs (-usi) ar prislėgtas (-a)	☐

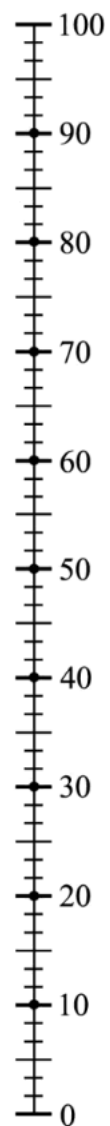
Priedas 2. Gyvenimo kokybės klausimynas „EQ-5D“

Jūsų sveikatos būklė

Norėdami tiksliai sužinoti, kokia yra Jūsų sveikatos būklė, mes nubrėžėme skalę, panašią į termometrą, kurioje geriausia galima sveikatos būklė pažymėta 100, o blogiausia galima sveikatos būklė pažymėta 0.

Prašome Jus šioje skalėje pažymėti kiek gera ar bloga yra Jūsų sveikata.

Geriausia galima
sveikatos būklė



Blogiausia galima
sveikatos būklė

Priedas 3. EQ-VAS skalė

Ligos eiga ir gydymo rezultatai didesne dalimi priklauso nuo ligonio emocinės būklės. Šis klausimynas padės įvertinti Jūsų savijautą. Perskaitykite kiekvieną teiginį ir pažymėkite atsakymą, kuris artimiausias Jūsų savijautai per praėjusią savaitę. Ilgai nesvarstykite, nes pirmą reakciją į kiekvieną klausimą tiksliausiai atspindi Jūsų savijautą.

1. **N.** Aš jaučiu įtampą ir nerimą:

- 3 Beveik visą laiką, pastoviai
- 2 Didelę laiko dalį, dažnai
- 1 Laikas nuo laiko, retkarčiais
- 0 Niekada nejaučiu

2. **D.** Mane ir dabar džiugina tai, kas teikė džiaugsmo anksčiau:

- 0 Visiškai tiek pat
- 1 Mažiau nei anksčiau
- 2 Daug mažiau
- 3 Beveik visai nedžiugina

3. **N.** Aš jaučiu baimę, lyg kažkas siaubingo turėtų atsitikti:

- 3 Labai aiškiai ir stipriai
- 2 Taip, bet nestipriai
- 1 Nestipriai, bet manęs tai nejaudina
- 0 Visiškai ne

4. **D.** Aš galiu juoktis ir suprasti humorą:

- 0 Taip pat kaip anksčiau
- 1 Mažiau ir sunkiau
- 2 Daug mažiau ir sunkiau
- 3 Visiškai negaliu

Priedas 4. Hospitalinė nerimo ir depresijos skalė „HAD”

5. N. Mane vargina neramios mintys ir rūpesčiai:

- 3 Didžiąją laiko dalį, pastoviai
- 2 Daug laiko, dažnai
- 1 Laikas nuo laiko, bet ne dažnai
- 0 Retkarčiais

6. D. Man linksma:

- 3 Niekada
- 2 Labai retai
- 1 Kartais
- 0 Didžiąją laiko dalį

7. N. Aš galiu ramiai sėdėti ir atsipalaiduoti:

- 0 Visada
- 1 Dažnai
- 2 Retai
- 3 Niekada

8. D. Aš jaučiuosi užslopintas ir sulėtėjęs:

- 3 Beveik visą laiką
- 2 Labai dažnai
- 1 Kartais, nedaug
- 0 Visiškai ne

9. N. Mane apima baimė, lydima vidinio virpulio ir spaudimo po krūtine:

- 0 Visiškai ne
- 1 Kartais
- 2 Gana dažnai
- 3 Labai dažnai, pastoviai

Priedas 4. Hospitalinė nerimo ir depresijos skalė „HAD” (tęsinys)

10. **D.** Aš nustojau rūpintis savo išvaizda:

- 3 Pradėjau visoškai nesirūpinti
- 2 Nesirūpinu tiek kiek reikėtų
- 1 Rūpinuosi, bet mažiau nei anksčiau
- 0 Rūpinuosi tiek pat, kiek visuomet

11. **N.** Jaučiu, kad nenurimstu vietoje:

- 3 Labai stipriai
- 2 Gana stipriai
- 1 Truputį
- 0 Visiškai ne

12. **D.** Iš gyvenimo aš laikiu kažko malonaus:

- 0 Tiek pat kiek visada
- 1 Mažiau nei anksčiau
- 2 Daug mažiau nei anksčiau
- 3 Visiškai nelaukiu

13. **N.** Mane staiga apima didelis nerimas ir baimė:

- 3 Tikrai labai dažnai
- 2 Pakankamai dažnai
- 1 Retai
- 0 Visiškai ne

14. **D.** Man suteikia džiaugsmo gera knyga, radijo ar televizijos laida:

- 0 Dažnai
- 1 Kartais
- 2 Retai
- 3 Labai retai

N_____D_____

Priedas 4. Hospitalinė nerimo ir depresijos skalė „HAD” (tęsinys)

Eil. Nr.	Klausimas/Teiginys	Vertinimas
1.	Jaučiausi išklausytas (-a) mane prižiūrinčių sveikatos priežiūros specialistų.	☐ Niekada ☐ Kartais ☐ Įprastai ☐ Visada
2.	Sveikatos priežiūros specialistai paaiškino dalykus lengvai suprantamu būdu.	☐ Niekada ☐ Kartais ☐ Įprastai ☐ Visada
3.	Sveikatos priežiūros specialistai gerbė mano nuomonę.	☐ Niekada ☐ Kartais ☐ Įprastai ☐ Visada
4.	Ar užsiimate aktyvia fizine veikla bent po 30 min. 5 dienas per savaitę ar dažniau?	☐ Taip ☐ Ne
5.	Ar valgote daržoves (išskyrus bulves) kartą per dieną ar dažniau?	☐ Taip ☐ Ne
6.	Ar valgote vaisius kartą per dieną ar dažniau?	☐ Taip ☐ Ne
7.	Ar papildomai dedate druskos į paruoštą maistą?	☐ Taip ☐ Ne
8.	Ar rūkote tabako gaminius?	☐ Taip ☐ Ne
9.	Ar rūkote elektronines cigaretes?	☐ Taip ☐ Ne
10.	Ar per paskutines 30 dienų vartojote alkoholinius gėrimus kiekvieną dieną?	☐ Taip ☐ Ne
11.	Ar per paskutines 30 dienų vartojote alkoholinius gėrimus kartą per savaitę ir dažniau?	☐ Taip ☐ Ne ☐ Kartais ☐ Įprastai ☐ Visada

Priedas 5. Pacientų priežiūros ir gyvenamosios pokyčių apklausa