

VILNIAUS UNIVERSITETAS

Rima
KAVALNIENĖ

Veiksnių, lemiančių pacientų
pasitenkinimą pirminės sveikatos
priežiūros paslaugomis,
įvertinimas

DAKTARO DISERTACIJA

Biomedicinos mokslai,
medicina (06B)

VILNIUS 2019

Disertacija rengta 2014-2018 metais Vilniaus universitete

Mokslinis vadovas

prof. Vytautas Kasiulevičius (Vilniaus universitetas, biomedicinos mokslai,
medicina 06 B)

Mokslinis konsultantas

prof. Virginijus Šapoka (Vilniaus universitetas, biomedicinos mokslai,
medicina 06 B)

VILNIUS UNIVERSITY

Rima
KAVALNIENĖ

Evaluation of the Factors that Affect Patients' Satisfaction with Primary Health Care Services

DOCTORAL DISSERTATION

Biomedical Sciences
Medicine (06B)

VILNIUS 2019

This dissertation was written between 2014 and 2018 in Vilnius University.

Academic supervisor:

Prof. Dr. Vytautas Kasiulevičius (Vilnius University, Biomedical sciences, Medicine, 06 B)

Academic consultant:

Prof. Dr. Virginijus Šapoka (Vilnius University, Biomedical sciences, Medicine, 06 B).

SANTRUMPOS

PSP – pirminė sveikatos priežiūra

SP – sveikatos priežiūra

PSQ-18 (angl. *Patients Satisfaction Questionnaire, Short Form*) – pacientų pasitenkinimo klausimynas, trumpasis variantas

HADS (angl. *Hospital Anxiety and Depression*) – hospitalinė nerimo ir depresijos skalė

HADS-N – hospitalinės nerimo ir depresijos skalės nerimo subskalė

HADS-D – hospitalinės nerimo ir depresijos skalės depresijos subskalė

VAS – vizualinių analogų skalė

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

BPG – bendrosios praktikos gydytojas

r – koreliacijos koeficientas

vs. (angl. *versus*) – „palyginti su“

TURINYS

1. IVADAS	9
1.1 Darbo aktualumas	9
1.2 Darbo tikslas	10
1.3 Darbo uždaviniai	10
1.4 Ginamieji teiginiai	11
1.5 Darbo naujumas ir reikšmė	11
1.6 Autorės indėlis	11
2. LITERATŪROS APŽVALGA	12
2.1. Susidomėjimas pacientų pasitenkinimu sveikatos priežiūros paslaugomis	12
2.2. Pasitenkinimą PSP lemiantys veiksniai, susiję su pacientu	14
2.2.1. Sociodemografiniai veiksniai	14
2.2.2. Pacientų nerimo ir depresijos simptomai PSP darbe	15
2.2.3. Lėtinių ligų ypatumų sąsajos su pasitenkinimu PSP paslaugomis	17
2.3. Pasitenkinimą PSP nulemiantys veiksniai, susiję su gydytoju	18
2.3.1. Gydytojo ir paciento tarpasmeniniai santykiai (bendravimas ir empatija)	18
2.3.2. Šeimos gydytojo lytis	19
2.3.3. Šeimos gydytojo amžius	19
2.4. Veiksniai, susiję su PSP įstaigos struktūra	19
2.5. Pasitenkinimo SP paslaugomis studijos Lietuvoje	20
2.6. Pasitenkinimo SP paslaugomis instrumentuotė	22
2.7. Depresijos ir nerimo simptomų instrumentuotė	23
3. METODIKA	24
3.1. Tyrimo eiga ir taikytos metodikos	24
3.2. PSQ-18 vertimas	28
3.3. Tiriamųjų skaičius	29
3.4. Statistinė analizė	30
4. TYRIMO REZULTATAI	32
4.1. Pirmasis etapas	32
4.1.1. PSQ-18 patikimumas	32
4.1.2. Respondentų charakteristikos	32

4.1.3. Bendras teikiamų paslaugų įvertinimas	33
4.1.4. Pasitenkinimo paslaugomis išsidėstymas (reitingas)	34
4.1.5. Paciento amžiaus ir lyties sąsajos su pasitenkinimu	35
4.1.6. Sociokultūrinių veiksnių sąsajos su pasitenkinimu	36
4.2. Antrasis etapas	43
4.2.1. PSQ-18 patikimumo rodikliai	43
4.2.2. Respondentų sociodemografinės charakteristikos	44
4.2.3. Bendras teikiamų paslaugų įvertinimas	45
4.2.4. Pasitenkinimo paslaugomis išsidėstymas (reitingas)	46
4.2.5. Atskirų veiksnių sąsajos su pasitenkinimu	
PSP paslaugomis	47
4.2.5.1. Paciento lytis	47
4.2.5.2. Paciento amžius	49
4.2.5.3. Gyvenamoji vieta	51
4.2.5.4. Išsilavinimas	55
4.2.5.5. Tautybė	59
4.2.5.6. PSP įstaigos tipas	63
4.2.5.7. Lėtinės ligos	64
4.2.5.8. Skausminis sindromas	67
4.2.5.9. Šeimos gydytojo lytis	70
4.2.5.10. Šeimos gydytojo amžius	75
4.2.6. Respondentų nerimo ir depresijos simptomų	
charakteristikos	80
4.2.7. HADS įverčiai skirtingose tiriamųjų grupėse	83
4.2.8. Nerimo ir depresijos simptomų sąsajos su pasitenkinimu	
PSP paslaugomis	90
4.2.9. Bendra visų tirtų veiksnių įtaka pasitenkinimui	
PSP paslaugomis	92
5. REZULTATŲ INTERPRETACIJA IR APTARIMAS	96
5.1. Bendras pasitenkinimo PSP paslaugomis įvertinimas	96
5.2. Atskirų veiksnių sąsajos su pasitenkinimu PSP paslaugomis	98
6. IŠVADOS	109
7. MOKSLINĖS PUBLIKACIJOS IR PRANEŠIMAI	110
LITERATŪROS SĄRAŠAS	111
PRIEDAI	121

1. ĮVADAS

1.1 Darbo aktualumas

Paciento pasitenkinimas yra paciento kognityvinis vertinimas bei emocinė reakcija į jo sveikatos priežiūros patirtį¹. Įvairūs socialiniai, demografiniai veiksniai, ligos bei paciento lūkesčiai formuoja paciento požiūrį į sveikatos priežiūros paslaugas, jų kokybę.

Pirminės sveikatos priežiūros (toliau – PSP) grandis atlieka vieną iš pagrindinių vaidmenų rūpinantis gyventojų sveikata. PSP galima apibrėžti kaip daugialypę sistemą, prisidedančią prie bendros sveikatos priežiūros (toliau – SP) sistemos veiklos ir pačios sveikatos². Su ja pirmiausiai susiduria didžioji gyventojų dalis susirgus ar norint pasitikrinti savo sveikatą profilaktiškai. Šeimos gydytojai ir jų komanda būna pirmieji, su kuriais susitinka pacientas ir šis susitikimas nulemia tolimesnį paciento santykį su sveikatos priežiūros sistema. Plečiamos šeimos gydytojo bei slaugytojų kompetencijos ribos, vis daugiau sveikatos priežiūros funkcijų ir pareigų pirminė sveikatos priežiūros grandis perima iš antrinio ir tretinio SP lygių, yra steigiama vis daugiau privačių šeimos gydytojų kabinetų, dėl ko PSP įstaigų tinklas nuolat didėja. Tuo pačiu didėja ir konkurencingumas tarp įstaigų. Siekiama pritraukti kuo daugiau pacientų į savo įstaigą, kas yra susiję su geresniu jos finansavimu, didesnėmis galimybėmis įsigyti moderniausios technikos, galimybe pritraukti į darbą labiau kvalifikuotų specialistų. Tuomet kyla natūralus domėjimasis, kas gi lemia pacientų norą lankytis tam tikroje savo pasirinktoje PSP įstaigoje.

Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programoje, parengtoje vadovaujantis Pasaulio sveikatos organizacijos Europos regiono strateginiu sveikatos politikos dokumentu „Sveikata 2020“ (angl. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for Health and well being), vienas iš keturių tikslų yra užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius³. Tam tikslui pasiekti numatoma plėtoti sveikatos infrastruktūrą ir gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, saugą, prieinamumą ir į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą. Šios programos bendras strateginis tikslas yra pasiekti, kad 2025 m. šalies gyventojai būtų sveikesni ir pailgėtų jų gyvenimo trukmė, pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai. Todėl sveikatos priežiūros, o pirmiausia PSP paslaugų kokybės gerinimas yra bendros gyventojų sveikatos gerinimo viena iš svarbių sudedamųjų dalių.

Tiriamos pasitenkinimo medicininėmis paslaugomis sąsajos su labai plačiu spektru veiksnių. Daugelyje tyrimų aprašomos pacientų sociodemografinių cha-

rakteristikų sąsajos su pasitenkinimu. Tiriama įtaka ir tokių specifinių veiksnių, kaip medicininio draudimo ar pastovaus gydytojo neturėjimas^{4,5}. Mokslinio domėjimosi objektas yra ir tai, kaip šeimos gydytojų charakteristikos (gydytojo apylinkės dydis, kasdienio darbo laiko trukmė ar pasitenkinimas savo darbu) sąlygoja pacientų pasitenkinimą gydytojų darbu^{6,7}. Ieškoma pasitenkinimo ryšio ir su pacientų fizinės sveikatos būkle⁸, juk ligos sukeliama kančia ir skausmas gali atsilipti paslaugų vertinimui. Tačiau nedaug yra pacientų psichinės sveikatos ar emocinės būsenos poveikio pasitenkinimui tyrimų. Pirminėje sveikatos grandyje ši tema yra labai aktuali, kadangi net 24 procentai apsilankančiųjų pas PSP specialistus pacientų serga psichinėmis ligomis⁹. O vieni iš dažniausių psichinės sveikatos sutrikimų pirminėje sveikatos priežiūroje yra nerimo sutrikimai bei depresija^{10,11}. Švedijoje atliktas tyrimas parodo, kad iki 80 procentų atvejų, dažniausi psichiniai sutrikimai, tarp kurių yra depresija bei nerimas, gali figūruoti vien tik PSP grandyje bei būti gydomi tik jos specialistų¹¹. Šie sutrikimai aiškiai paveikia pacientų kasdienį gyvenimą ir yra susiję su jų negalia ir žemesniu gyvenimo kokybės lygiu^{12,13}. Turint tai omeny, yra įdomu ir naudinga žinoti, kaip šių sutrikimų simptomai bei jų ryšys su pagrindiniais sociodemografiniais pacientų ir gydytojų veiksniais lemia pacientų pasitenkinimą paslaugomis pirminėje sveikatos priežiūros grandyje. Autorė hipotetizuoja, kad nerimo bei depresijos simptomų buvimas, neigiamai veikia PSP paslaugų vertinimą ir kad pacientų su šiais simptomais lūkesčiai nėra tenkinamivisavertiškai.

Padidėjęs pasitenkinimas gaunamomis paslaugomis svarbus tuo, kad patenkinti konsultacijomis pacientai labiau linkę laikytis jiems paskirto gydymo plano, labiau rūpinasi savo sveikata ir sveika gyvensena. Tai nulemia geresnius ligų gydymo rezultatus¹⁴.

1.2. Darbo tikslas

Nustatyti pacientų pasitenkinimą pirminės sveikatos priežiūros paslaugomis lemiančius veiksnius.

1.3. Darbo uždaviniai

1. Ištirti pacientų sociodemografinių veiksnių sąsajas su pasitenkinimu PSP paslaugomis.
2. Nustatyti pacientų pasitenkinimo paslaugomis sąsajas su lėtinių ligų įpatumais, jų depresijos bei nerimo simptomų sunkumu.
3. Įvertinti gydytojo ir įstaigos tipo reikšmę pacientų pasitenkinimui paslaugomis.

1.4. Ginamieji teiginiai

1. Pacientų pasitenkinimą PSP paslaugomis sąlygoja jų sociodemografiniai veiksniai.
2. Depresijos ir nerimo simptomai bei lėtinių ligų ypatumai veikia pacientų pasitenkinimą teikiamomis paslaugomis.
3. Šeimos gydytojo amžius, lytis bei PSP įstaigos tipas keičia pacientų pasitenkinimo lygį.

1.5. Darbo naujumas ir jo reikšmė

Šis tyrimas tiesiogiai siejamas su Lietuvoje kitų mokslininkų atliktais tyrimais. 2002 metais E.Žebienė su kolegomis atliko tyrimą Lietuvos pirminės sveikatos įstaigose. Buvo vertinamos pacientų medicininės konsultacijos, lūkesčių priklausomybė nuo socialinių bei demografinių paciento charakteristikų¹⁵. Kiek vėliau gydytojas R.Aranauskas M.Romerio universitete apgynė magistrinį darbą, kuriame atskleidė kaip Vilniaus Universiteto Santariškių (dabar Santaros) klinikų šeimos medicinos centro veiklos efektyvumas atitinka pacientų lūkesčius. Mūsų studijoje tiriant pirminę sveikatos grandį panaudotos kartu pasitenkinimo (PSQ-18) ir depresijos bei nerimo simptomų skalės (HADS). Be to, pirmą kartą daugiamačiuose pasitenkinimo PSP paslaugomis analizėje yra įvertinti trijų svarbių grupių veiksniai: paciento (jo socialinės bei demografinės savybės, emocinė bei fizinė būklė), gydytojo (tam tikros jo demografinės savybės) bei įstaigos (vertinant įstaigos tipą).

Šio tyrimo pagalba bus mėginama įvertinti pacientų, turinčių depresijos bei nerimo simptomų, ligotų ir kitoms tirtoms grupėms priklausančių, lūkesčių atitikimą, t.y. pasitenkinimą jiems teikiamomis paslaugomis. Įvertinus ir išanalizavus rezultatus tikimasi atskleisti tokiems pacientams teikiamų paslaugų grandinės opiausias vietas. Jų korekcija leistų optimizuoti teikiamų paslaugų kokybę.

1.6. Autorės indėlis

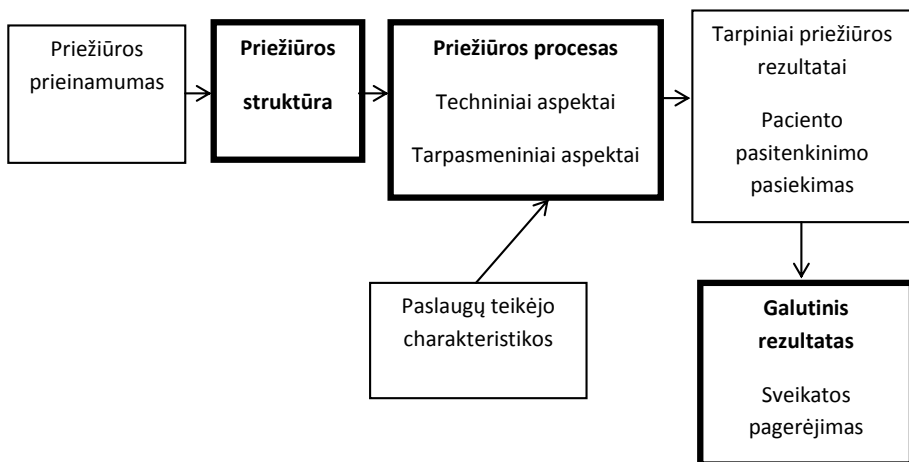
Nuo 2013 metų autorė dirba bendrosios praktikos gydytoja ir pati teikia PSP paslaugas. Autorė išanalizavo ir atrinko tikėtinus pasitenkinimą PSP nulemiančius veiksniai, parengė pacientų pasitenkinimo paslaugomis klausimyno vertimą. Pati dalyvavo dalinant pacientams klausimynus, aiškinant pildymo taisykles. Atliko statistinę analizę bei aprašė rezultatus.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

2.1. Susidomėjimas pacientų pasitenkinimu sveikatos priežiūros paslaugomis

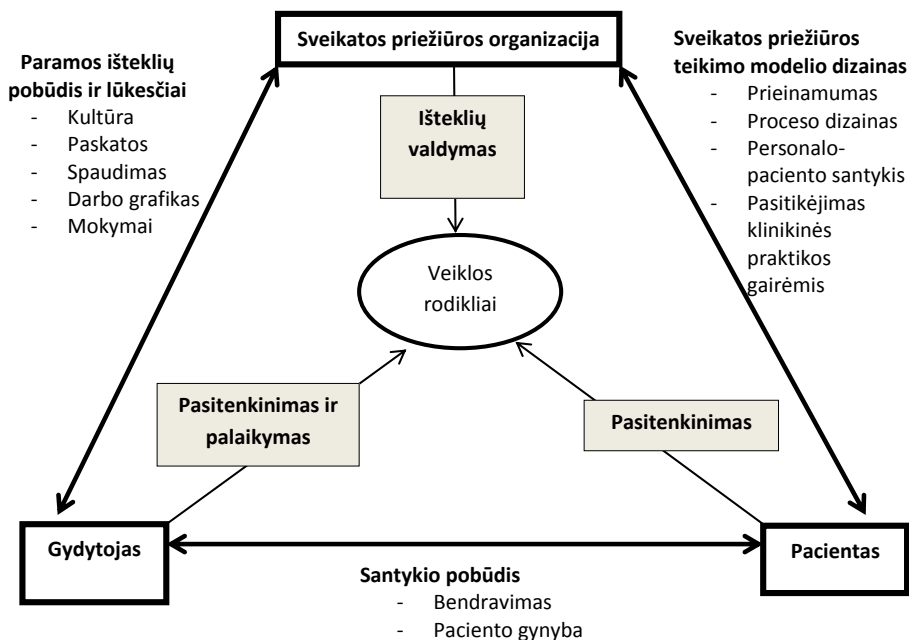
Pacientų pasitenkinimo SP ištyrimas ir rezultatų skelbimas ėmė populiarėti apie 1998 metus¹⁶. Ypač daug tyrimų atliekama JAV, kur kai kuriais atvejais SP centrų finansavimas, tuo pačiu ir juose dirbančių SP specialistų atlyginimai, susiję ir priklauso nuo pacientų pasitenkinimo gautomis SP paslaugomis. Kadangi manoma, kad vertinant sveikatos priežiūros kokybę, pacientų pasitenkinimas yra tam tikras specifinis kokybės rodiklis. Tačiau vyksta didelės diskusijos, kiek tiksliai šis rodiklis atspindi tikrąją ir objektyviąją gaunamų paslaugų kokybę, ar pasitenkinimo SP paslaugomis lygis gali būti vienareikšmiškai naudojamas kaip kokybės rodiklis¹⁷. Pradinė pacientų pasitenkinimo tyrimų intencija buvo ir yra labai teigiama – siekti pagerinti SP paslaugas, jų kokybę, prieinamumą, tuo pačiu gerinant pacientų sveikatą bei gyvenimo kokybę. Dažniausiai šie tyrimai veda prie teigiamų pokyčių, bet gali turėti ir nenumatytų pasekmių. Pavojai yra tokie, kad plačiai kasdieninėje praktikoje naudojami pacientų pasitenkinimo medicininėmis paslaugomis tyrimai, gali neigiamai paveikti darbuotojų pasitenkinimą savo atliekamu darbu, patį medicinos priežiūros procesą, kelti įtampą, ypač jeigu nuo šių tyrimų rezultatų priklauso klinikos finansavimas. Spaudimas, norint pasiekti geresnių klinikos ir gydytojo vertinimo rezultatų, gali skatinti netinkamą sveikatos priežiūrą, tokią kaip, netikslingas antibiotikų ar opioidinių vaistų skyrimas, perteklinis tyrimų, procedūrų skyrimas, dažnesnis hospitalizavimas¹⁷. Turint tai omenyje, pacientų pasitenkinimo medicininėmis paslaugomis tyrimo rezultatus patartina naudoti labai atsakingai.

Dar 1966 metais A. Donabedianas pasiūlė kokybės sistemos modelį, pagrįstą trimis kategorijomis: organizacine struktūra, priežiūros procesais ir veiklos išeitimi (t.y. sveikatos pagerėjimais)¹⁸. Organizacinė struktūra apima visus veiksnius, kurie paveikia kontekstą, t.y., sveikatos priežiūros teikiamą. Čia svarbūs veiksniai, lemiantys sveikatos priežiūros prieinamumą. Priežiūros procesas apima veiksnius, kurie paveikia pačių sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Tai priklauso nuo to, kaip paslaugos buvo suteiktos (techninė dalis) ir kokia maniera jos buvo suteiktos (tarpasmeninė dalis tarp medicinos personalo ir paciento). Čia daug reiškia sveikatos priežiūros teikėjų savybės. Galiausiai, trečią kokybės sistemos modelio dalį, t.y. gydymo rezultatus, paveikia pacientų pasitenkinimas gautomis paslaugomis (Schema Nr. 1). Taigi, pasitenkinimas paslaugomis yra svarbus veiksnys, lemiantis sveikatos pagerėjimą, ir yra svarbu žinoti, kas, savo ruožtu, jį veikia.



Schema Nr. 1. Donabedian'o struktūros – proceso – gydymo rezultato paradigma. Šaltinis: Donabedian¹⁹, 1980.

Visų trijų pagrindinių modelio kategorijų sąsajos pavaizduotos schemoje numeris 2.



Schema Nr. 2. Trijų pagrindinių Donabedian'o modelio kategorijų sąsajos: sveikatos priežiūros organizacija, paslaugų teikėjai (komanda, susidedanti iš gydytojų, slaugytojų, medicinos padėjėjų, biuro darbuotojų) bei pacientas²⁰. Taip pat pateikiami ir poreikiai, susiję su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu.

Lieka neaišku, kodėl kartais pacientai gali būti nepatenkinti SP, kuri objektyviai pagerina jų sveikatos būklę, ir atvirkščiai, būti patenkinti tokia, kuri to nepadaro¹⁶. Pasitenkinimą SP lemia daugybė veiksnių, ir dalis jų dar nėra iki galo suprasti ir ištirti. Dalies veiksnių, tokių kaip, pavyzdžiui, lytis, amžius arba išsilavinimas, įtaka yra nevienareikšmė. Kitų gi sąsajos patvirtintos ir kartojasi daugelyje tyrimų.

2.2. Pasitenkinimą PSP lemiantys veiksniai, susiję su pacientu

2.2.1. Sociodemografiniai veiksniai

Pacientų amžiaus įtaka pasitenkinimui straipsniuose yra minima dažnai. Vyraujanti tendencija yra ta, kad pasitenkinimas vyresnių pacientų su amžiumi didėja.²¹⁻²⁴ Tik pavieniuose tyrimuose aprašoma, kad apie 70-sius gyvenimo metus pasitikėjimo lygis nustoja didėti, ar netgi pradeda lėtai mažėti^{25,26}. Visai atvirkštiniai rezultatai gaunami dviejuose tyrimuose, kurie buvo atlikti Centrinės ir Rytų Europos šalyse^{27,28}. Šiuose tyrimuose vyresnis respondentų amžius buvo tiesiogiai susijęs su prastesniu PSP paslaugų vertinimu. Minėtų darbų autoriai sieja tai su postsovietinių šalių vyresnio amžiaus gyventojų didesniais lūkesčiais sveikatos paslaugų kokybei. Kita hipotezė – didesnis vyresnių pacientų ligotumas didina nepasitenkinimą. Vyresnio amžiaus pacientai pageidauja labiau kvalifikuoto darbuotojo (taip pat gydytojo) konsultacijos²⁹. Lyginant vyresnių nei 65 metų amžiaus pacientų vertintus techninės kokybės rodiklius su objektyviai fiksuotais geros klinikinės praktikos rodikliais (arterinio kraujo spaudimo stebėjimas ir kontrolė bei skiepijimas nuo gripo), nustatytos labai silpnos koreliacijos³⁰. Minėto tyrimo autoriai teigia, kad vyresnio amžiaus pacientų vertinimai nėra pakankamas pagrindas spręsti apie jų pirminės sveikatos priežiūros techninę kokybę ir papildomai reikia taikyti objektyviais rodikliais pagrįstas vertinimo priemones.

Pacientų lyties įtaka pasitenkinimo tyrimuose yra nevienareikšmė. Pastebima tendencija, kad moterys vertina gaunamas paslaugas kiek palankiau nei vyrai³¹. Tačiau dažniau paciento lytis įtakos pasitenkinimui neturi^{22,23,29}.

Vertinant išsilavinimo įtaką pasitenkinimui, geriau PSP būna patenkinti žemesnio išsilavinimo pacientai^{22,29}. Tai aiškinama tuo, kad žemesnio išsilavinimo pacientų lūkesčiai PSP yra mažesni.

Tautinių mažumų pacientai dažniausiai sveikatos priežiūros paslaugas vertina prasčiau nei vietinės tautybės gyventojai. Taip vyksta dėl mažesnio tautinių mažumų atstovų pasitikėjimo medicinos personalu³², jų grupių uždaramu ir tuo, kad iš seniau politiškai susiformavęs tautinių mažumų požiūris laikyti

save kitokiais nei vietos tautybės gyventojai³³. Tiriant psichiatrinio stacionaro įvairių tautybių pacientus prieita prie išvados, kad svarbiausia yra ne konkreti etninės mažumos paciento tautybė, bet tai, kokio savo ligos aiškinimo modelio laikosi šios tautybės pacientai, ir kaip jų modelis sutampa su gydytojo ligos paaiškinimo modeliu³⁴. Haitao Li su bendraautorais tyrė kitataučių emigrantų nuomonę apie jiems suteikiamas PSP paslaugas. Nors bendras pasitenkinimo lygis nesiskyrė nuo vietos gyventojų, keli aspektai emigrantų buvo vertinami prasčiau nei vietos gyventojų - tai patiriamas medicinos personalo požiūris į juos ir konsultacijos laukimo laikas³⁵. Remdamasi Slovėnijoje atlikto Qualicope tyrimo duomenimis, M.Jakič su bendraautorais paskelbė, kad pirmos kartos emigrantai (kurie yra gimę užsienyje) skundėsi trumpesniu jiems skiriamu konsultacijos laiku ir sunkumais norint suprasti BPG nurodymus. Tuo tarpu antros kartos emigrantai (kurių mamos yra gimusios užsienyje) nurodė patiriantys daugiau neigiamą BPG požiūrio į juos³⁶.

Pacientų gyvenamoji vieta dažnai įtakos pasitenkinimui neturi^{29,37}. Tuose tyrimuose, kuriuose gyvenamoji vieta vis dėlto turėjo įtakos pasitenkinimui, rezultatai yra prieštaringi. Vienuose tyrimuose (pvz., vykdytuose Vakarų Afrikoje³⁸ ar JAV²⁴) kaimo gyventojai buvo mažiau patenkinti SP paslaugomis nei miestiečiai. Autoriai tai aiškina sudėtingesniu sveikatos priežiūros prieinamumu (ilgesnis kelias iki klinikos) ir didesne bedarbyste (ar skurdu) kaimo vietovėse, ką nurodo ir kito tyrimo rezultatai³⁹. Kituose gi tyrimuose gyvenimas kaime lėmė geresnį pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis^{30,40}. Tokie rezultatai aiškinami tuo, kad kaimo gyventojų lūkesčiai yra mažesni. Taip pat svarbus teigiamas poveikis buvo atokesnių nuo miesto vietovių PSP pastatų renovavimas.

Matome, kad atskirų sociodemografinių veiksnių įtaka pasitenkinimui dažnai yra labai nevienareikšmė, o kartais netgi priešinga skirtinguose tyrimuose. Todėl būtina tirti šių veiksnių įtaką pasitenkinimui kontroliuojant kitiems, galimai žymiai svarbesniems, veiksniams, tokiems, kaip paciento psichoemocinės būklės ir somatinės sveikatos rodikliai, taip pat kontroliuojant klinikos, kurioje teikiamos paslaugos (kaip paslaugų organizacinės struktūros dalies), ir gydytojo, kuris teikia tas paslaugas (kaip paslaugų priežiūros proceso dalies) veiksniams.

2.2.2. Pacientų nerimo ir depresijos simptomai PSP darbe

PSO duomenimis 2015 metais bendros populiacijos dalis, serganti depresija, buvo 4,4%, nerimo sutrikimais, kiek mažiau – 3,6% gyventojų¹³. Palyginus su 2005 metais šių sutrikimų dažnis tik didėjo (18% padidėjimas depresijos

bei 15% nerimo sutrikimų atveju), kas PSO teigimu susiję su bendros populiacijos didėjimu bei senėjimu. Lietuvoje, PSO duomenimis, 5,6% gyventojų serga depresija ir 3,2% - nerimo sutrikimais. Depresijos dažnis Lietuvoje yra didesnis nei vidutinis Europoje. Mus lenkia tik Ukraina, Estija, Portugalija ir Graikija. Nerimo sutrikimų dažnis, atvirkščiai, yra mažesnis nei vidutinis Europoje ir pasaulyje. Kaip nerimo taip ir depresijos sutrikimais moterys serga dažniau nei vyrai. Didžiausias depresijos sergamumo pikas yra tarp vyresnių - 60-70 metų amžiaus žmonių, o nerimo sutrikimai ištinka jaunesnius gyventojus: vyrus – 15-25 metų, o moteris – 40-50 metų amžiaus. Depresijos sutrikimai stipriai koreliuoja su vyresniu pacientų amžiumi⁴¹. Į tai vertėtų atsižvelgti analizuojant amžiaus sąsajas su pasitenkinimu PSP paslaugomis.

Nerimo sutrikimai bei depresija yra vieni iš dažniausių psichinės sveikatos sutrikimų, su kuriais susiduria savo darbe PSP gydytojai^{42,43,44}. Šie psichinės sveikatos sutrikimai yra susiję su negalia ir žemu gyvenimo kokybės lygiu, dideliais sveikatos apsaugos ir socialinės priežiūros kaštais^{13,45,46}. Yra pastebimas aukštas nerimo ir depresijos komorbidiškumas, taip pat komorbidiškumas su kitomis lėtinėmis fizinėmis ligomis⁴⁵. Tai susiję su bendro tokių pacientų sergamumo ir mirtingumo lygių padidėjimu⁴⁷. Pacientams, sergantiems lėtinėmis somatinėmis ligomis, šių sutrikimų buvimas pablogina gydymo rezultatus ir didina komplikacijų skaičių⁴⁸. 2016 metais Švedijos PSP buvo atliktas tyrimas, kuriame dalyvavo pacientai, turintys depresijos ir nerimo simptomų bei sergantys prieširdžių virpėjimu. Buvo rastas stiprus ryšis tarp depresijos simptomų stiprumo ir didesnio sergamumo cerebrovaskulinėmis ligomis bei didesnio bendro mirtingumo, ypač tarp depresija sergančių vyrų⁴⁹. Tyrimo autoriai siūlo skirti ypatingą dėmesį tokių pacientų stebėjimui ir gydymui.

Neretai nerimo ir depresijos sutrikimai išvis lieka nedidžiosios ir negydomi. Tokie nedidžiosios bei negydomi pacientai gali kreiptis į savo PSP centrus pirmiausia skųsdamiesi fizinės sveikatos sutrikimais, bet ne išsakydami savo psichologines problemas⁵⁰.

Tam tikra prasme PSP grandis yra ir didžiulė niša psichiatrinių sutrikimų epidemiologiniams ir kitokiems tyrimams, nes keturi dažniausi psichiniai sutrikimai, tarp kurių yra depresija bei nerimas, diagnozuojami net iki 80 procentų atvejų. Jie gali figūruoti vien tik PSP grandyje bei būti gydomi tik jos specialistų¹¹. Net iki 40 procentų besikreipiančių į PSP klinikas pacientų gali turėti įvairaus laipsnio depresijos ar nerimo simptomų⁵¹. Be to, patys pacientai pageidautų sveikatos priežiūrą, susijusią su šiomis ligomis, gauti pas savo BPG labiau nei specializuotose psichikos sveikatos priežiūros centruose⁴⁶.

Tyrimų apie nerimo ir depresijos sutrikimų įtaką pasitenkinimo pirmine sveikatos priežiūra yra nedaug. Daugiau pavyksta surasti tyrimų, kuriuose ieškoma ryšio tarp šių sutrikimų ir pasitenkinimo paslaugomis sergant kitomis chirurginėmis ar terapinėmis ligomis. Tokiuose tyrimuose stipresni paciento depresijos bei nerimo simptomai visada būna susiję su prastesniu PSP paslaugų įvertinimu. Neigiama depresijos įtaka tam tikrais pasitenkinimo sveikatos paslaugomis aspektais randama tarp pacientų, sergančių tokiomis ligomis kaip krūties navikas⁵², kardiologinės ligos⁵³, antro tipo cukrinis diabetas⁵⁴, tarp dializuojamų pacientų⁵⁵. Nerimas, savo ruožtu, yra susijęs su nepasitenkinimu sveikatos priežiūros paslaugomis tarp operuojamų dėl kataraktos⁵⁶ ar traumų pacientų⁵⁷, taip pat krūties naviku sergančiųjų⁵⁸ tarpe. Depresijos simptomų turintiems pacientams sunkiau dalyvauti ir tvarkytis daugelyje gyvenimo sričių, jų mąstymas mažiau konstruktyvus^{10,53,59}. Tai gali nulemti prastesnį šių pacientų sveikatos priežiūros paslaugų įvertinimą. Tuo tarpu nerimo simptomų turintys pacientai yra labiau dirglūs, nekantrūs, blogesnė jų dėmesio koncentracija^{59,60,61}, ir tai, galimai, irgi blogina jų pasitenkinimą viskuo, o tap pat ir sveikatos priežiūros paslaugomis.

Norint įvertinti PSP pacientų psichikos ligų paplitimą, atpažinimą ir gydymą, Kaune buvo atliktas tyrimas bei 2011 metais apginta Jūratės Pečeliūnienės daktaro disertacija „Pirminės sveikatos priežiūros pacientų nuotaikos, nerimo sutrikimai ir suicidinės tendencijos“⁶². Išvadose autorė teigia, kad HADS naudota ir šio tyrimo metu, ir tai yra tinkamas ir jautrus skryningo instrumentas PSP pacientų psichikos būklei ištirti. PSP pacientų depresija ir nerimo sutrikimai yra paplitę, tačiau Lietuvoje šeimos gydytojų yra nustatomi retai. Šiame darbe buvo rasta, kad PSP pacientų šių sutrikimų simptomų sunkumas yra susijęs su aukštesniu sistoliniu arteriniu kraujo spaudimu, kad generalizuotas nerimo sutrikimas yra susijęs su vyrų antro tipo cukriniu diabetu bei moterų kardiovaskulinėmis ligomis. O sunkūs depresijos simptomai yra susiję su padidėjusiu PSP pacientų kūno masės indeksu.

2.2.3. Lėtinių ligų ypatumų sąsajos su pasitenkinimu PSP paslaugomis.

Prastė paciento sveikatos būklė neabejotinai nulemia prastesnį PSP paslaugų vertinimą^{30,37,63}. Tiriant vyresnių nei 75 metų amžiaus pacientų grupę nustatyta, kad jų pasitenkinimą SP mažina būtent jų dažnesnis sirgimas keliomis lėtinėmis somatinėmis ligomis, dar vadinamu poliligotumu. Šio amžiaus pacientų grupėje be sergančių sunkiomis lėtinėmis ligomis nepatenkintų yra tik 0,4% lyginant su 8% tarp pacientų, sergančių 4 sunkiomis lėtinėmis

ligomis. Čia paciento rizika, būti nepatenkintam sveikatos priežiūra. didėja 1,7 karto susirgus kiekviena papildoma lėtine liga⁹. Lieka neaišku, ar poliligo-tumas lemia vyresnių pacientų sveikatos priežiūros kokybės pojūtį, ar sveika-tos priežiūra nesugeba tinkamai rūpintis tokiais pacientais.

2.3. Pasitenkinimą PSP lemiantys veiksniai, susiję su gydytoju

2.3.1. Gydytojo ir paciento tarpasmeniniai santykiai (bendravimas ir empatija)

C.A.Raddison nurodo bendrosios praktikos gydytojo bendravimą su pa-cientais kaip turintį daugiausiai įtakos bendram pacientų pasitenkinimui PSP paslaugomis. Kiek mažiau įtakos turi registratūros darbuotojų geranorišku-mas ir noras padėti⁶⁴. Pacientai, kurie savo noru pakeičia PSP centrą, nors jų gyvenamoji vieta lieka ta pati, kaip svarbiausią savo poelgio priežastį nurodo prastą gydytojo ir paciento bendravimą ir sumažėjusį pasitikėjimą savo gydy-toju⁶⁵. Didesnis pasitenkinimas PSP paslaugomis susijęs su atidžiu paciento nusiskundimų išklausymu, informacijos apie paciento sveikatos būklę teiki-mu³, leidimu pacientui aktyviau dalyvauti su jo sveikata susijusių sprendimų priėmimo procese⁶⁶. Lemiamas veiksnys yra ir pačių PSP darbuotojų pasiten-kinimas savo darbu. Pacientai yra jautrūs PSP klinikos darbuotojų struktūros bei nuotaikų aspektams. Pacientų pasitenkinimas priklauso kaip nuo BP gy-dytojų, taip ir nuo kito nei gydytojas medicinos personalo pasitenkinimo savo darbu⁸. Teigiamą bendravimo patirtį nurodo pacientai, kuriuos konsultavo BP gydytojai, aptarnaujantys vidutinio dydžio (nuo 901 iki 1300 pacientų) apy-linkes⁶⁷ bei dirbantys ne visu etatu⁷, ir kurių amžius yra nuo 36 iki 59 metų⁶⁷. Šios gydytojų savybės siejamos su geresniais bendravimo su pacientu įgū-džiais, o tai, savo ruožtu, gerina pasitenkinimą PSP paslaugomis. Nepaisant to, kad gydytojui dirbant ne visu etatu, pacientų nuomone, sumažėja PSP pas-laugų prieinamumas ir nukenčia gydymo tęstinumas, bet padidėja šių gydy-tojų pasitenkinimas savo darbu ir mažėja „perdegimo“ pavojus, o tai siejama su geresniu bendravimu, didesne empatija, geresniu paciento nusiskundimų išklausymu⁷. Paciento–gydytojo santykio vertinimą žymiai pablogina netgi gydytojo medicininės kaukės dėvėjimas konsultavimo metu. Carmen Ka Man Wong su bendraautoriais atliktame tyrime matome, kad dalį pacientų konsul-tavo medicininę kaukę dėvintys gydytojai. Jų pacientai pajuto mažesnę gy-dytojo empatiją ir paciento santykis su gydytoju buvo prasčiau vertinamas⁶⁸.

2.3.2. Šeimos gydytojo lytis

Skirtingų lyčių šeimos gydytojai konsultacijos metu akcentuoja skirtingus dalykus. Jeigu gydytojos moterys skiria daugiau laiko konsultavimui ligų prevencijos srityje, tai gydytojai vyrai konsultacijos metu daugiau dėmesio skiria techniniams dalykams ir pokalbiams apie piktnaudžiavimą psichoaktyviomis medžiagomis⁶⁹. Pirminėje sveikatos priežiūroje dirbančios gydytojos moterys aktyviau bendradarbiauja su pacientais, kalba pozityviau, dažniau atkreipia dėmesį į psichosocialinius ir emocinius pacientų klausimus, negu gydytojai vyrai. Be to, gydytojų moterų konsultacijos trunka šiek tiek ilgiau⁷⁰. Įtakos turi ir paciento bei gydytojo lyčių suderinamumas, t. y. tam tikros lyties pacientas gali skirtingai vertinti sveikatos priežiūros paslaugas, gautas iš tos pačios ir iš priešingos lyties gydytojo. Pavyzdžiui, sveikos mitybos ir sportavimo rekomendacijos yra geriau vertinamos, kai jas išsako moteriškos lyties gydytoja savo bet kokios lyties pacientams, o svorio metimo rekomendacija yra žymiai prasčiau vertinama, kai ją išsako gydytojas vyras savo moteriškos lyties pacientėms⁷¹.

2.3.3. Šeimos gydytojo amžius

R.D.Thornton su bendraautoriais tyrė PSP pacientų pasitenkinimą priklausomai nuo gydytojų amžiaus. Ji tyrė pasitenkinimą trimis aspektais: pasitenkinimas gydytoju, prieinamumas/patogumas ir punktualumas/laikas. Visus tris aspektus pacientai, kurie lankėsi pas 30-40 metų amžiaus gydytojus, vertino žymiai geriau nei besilankantys pas vyresnius nei 60 metų gydytojus²⁴. Labai panašius rezultatus gavo T.B.Eide su bendraautoriais: vyresnių nei 60 metų gydytojų pacientai žymiai rečiau nei 36-59 metų gydytojų pacientai buvo patenkinti tuo, kad gydytojas pakankamai klausinėjo apie jų sveikatos problemas⁶⁷. Šiam reiškiniiui įtakos gali turėti dažniau tarp vyresnių gydytojų pasitaikantis „perdegimo“ sindromas – vyresni nei 46-rių metų amžiaus ir dirbantys daugiau nei 21-rius metus PSP gydytojai yra patyrę daugiau streso, yra labiau pavargę nei jaunesni, mažiau metų dirbę gydytojai⁷². Gydytojo amžius turi įtakos ir pacientų ligos eigai – stebint vyresnius ligoninės pacientus, vyresnių gydytojų pacientų mirštamumas yra didesnis, jų gydymo išlaidos taip pat yra didesnės⁷³.

2.4. Veiksniai, susiję su PSP įstaigos struktūra

Svarbus aspektas yra sveikatos paslaugų prieinamumas, kurį didžiąja dalimi apsprendžia PSP centro struktūra. Nors pavieniuose tyrimuose yra išsa-

koma abejonė dėl šio veiksnio įtakos bendram pasitenkinimui PSP paslaugomis⁶⁴, daugelyje tyrimų ši sąsaja yra gana reikšminga^{3,66,74} ir yra aprašoma kaip viena iš pagrindinių SP paslaugų gerinimo strategijų valstybės politinių sprendimų mastu⁷⁵. Tetjana Stepurko su benrautoriais tyrė šešių Centrinės ir Rytų Europos šalių, tame tarpe ir Lietuvos, pacientų pasitenkinimą SP paslaugų prieinamumu ir kokybe²⁹. Iš visų 6 šalių labiausiai nepatenkinti ambulatorinių paslaugų prieinamumu buvo Lietuvos gyventojai. Kaip papildomas nepriklausomas veiksnys, mažinantis pasitenkinimą paslaugų prieinamumu ir kokybešiam tyrimu nurodomas kyšio davimas gydytojui. Trumpesnis pačios gydytojo konsultacijos laikas dar labiau susijęs su pacientų pasitenkinimo mažėjimu⁷⁶. Pasitenkinimo lygio mažėjimas, susijęs su ilgu laukimu, iš esmės gali būti pagerintas ilginant konsultacijos trukmę (5 minutėmis ar ilgiau). Pacientai yra labiau patenkinti gaunamomis PSP paslaugomis, jeigu jie gyvena arčiau savo PSP centro, ypač ligotesni pacientai, kuriems tenka dažniau ten lankytis⁷⁷. Tuo pačiu geriau vertinami BPG, dirbanys ne vieni, o didesniuose centruose kartu su kitais sveikatos bei socialinės priežiūros darbuotojais.

Tyrimuose, kuriuose privačių PSP centrų pacientai labiau nei viešųjų įstaigų patenkinti PSP paslaugomis, jaučiamas ypač didelis skirtumas vertinant sveikatos priežiūros tęstinumą ir atsakant į klausimą, ar pacientas rekomenduotų PSP centrą, kuriame lankosi, kitiems⁷⁸. Tačiau yra nerimaujama, kad privačiuose centruose gali būti mažesnė gaunamų SP paslaugų kokybė, nes, pacientų nuomone, čia prastesnis informacijos koordinavimas ir mažesnis suteikiamų paslaugų įvairiapusiškumas, taip pat propaguojamos brangesnės paslaugos bei mažinamas pigesnių paslaugų pasirinkimas⁷⁹.

Pacientų pasitenkinimas iš pirmo žvilgsnio gali priklausyti ir nuo visai su medicina nesusijusių įstaigos veiksmų. Rafael Tieche su bendraautoriais atliko tyrimą, kuriame atskleidė, kad PSP centro renovacija turi įtakos pasitenkinimui gaunamomis jame paslaugomis. Buvo vertintas bendras klinikos patrauklumas bei 12 paslaugų kokybės rodiklių. Visų tyrimo aspektų pacientų vertinimas buvo geresnis po PSP centro renovacijos⁸⁰.

2.5. Pasitenkinimo SP paslaugomis studijos Lietuvoje

2002 metais E.Žėbienė su kolegomis atliko tyrimą Lietuvos pirminės sveikatos įstaigose ir vertino pacientų medicininės konsultacijos lūkesčių priklausomumą nuo socialinių bei demografinių paciento charakteristikų¹⁵. Nagrinėtos trys lūkesčių grupės: biomedicininės lūkesčių, psichologinės paramos lūkesčių bei paciento ir gydytojo bendradarbiavimo lūkesčių. Tiriant lūkesčių

priklausomybę nuo socialinių bei demografinių paciento charakteristikų, nustatyta statistiškai reikšmingų tik psichologinės paramos lūkesčių skirtumų pacientų grupėse. Pastebėta, kad didesnis emocinės paramos poreikis yra tarp vyresnių pacientų, našlių, tarp vertinusių savo ligą kaip sunkią o sveikatos būklę kaip blogą, besilankančių pas savo gydytoją keturis arba daugiau kartų per metus bei tarp besikreipusių dėl paūmėjusios lėtinės ligos. Pastebėta, kad iš gydytojų, dirbančių daugiau kaip 15 metų, pacientas tikisi mažiau emocinės paramos. Ta pati tendencija nustatyta tiriant pacientų lūkesčių priklausomumą nuo gydytojo amžiaus. Paciento lūkesčių priklausomumo, nuo gydytojo lyties, nestebėta. Taip pat nepastebėta statistiškai reikšmingų pacientų lūkesčių skirtumų priklausomai nuo praktikos tipo (privati praktika ar viešoji įstaiga). Tyrimai, kuriuose vertinami pacientų lūkesčiai labai siejasi su tyrimais apie pacientų pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis, kadangi manoma, kad geresnis paciento lūkesčių įgyvendinimas siejasi su geresniu pasitenkinimu gautomis paslaugomis. Ir atvirkščiai: lūkesčių neįgyvendinimas susijęs su nepasitenkinimu gauta paslauga, nepaisant to, kad paslauga, vertinant ją objektyviai, yra visai kokybiška.

2004 metais Ž.Milašauskienė su bendraautoriais gana išsamiai ištyrė pacientų nuomonę apie PSP prieinamumą Šiaulių apskrityje⁸¹. Buvo apklausta 600 respondentų. Pagrindiniai veiksniai, beveik visais aspektais lėmę pacientų teigiamus vertinimus apie paslaugų prieinamumą, buvo privati PSP centro nuosavybės forma lyginant su viešųjų centrų pacientų vertinimais, taip pat pacientų gyvenamoji vieta miesto centre lyginant su rajono miestelių gyventojais. Darbo autoriai daro prielaidą, kad dėl konkurencijos su kitais centrais, privačiuose PSP centruose galimai buvo labiau atsižvelgta į darbo organizavimą, tvarkingą aplinką, personalo dėmesingumą, malonų bendravimą. Autoriai ragina gerinti PSP teritorinį ir organizacinį prieinamumą miestelių gyventojams. Vertinant socialinių ir demografinių veiksnių sąsajas su PSP centrų prieinamumo vertinimu, Šiaulių apskrityje nustatyti rezultatai gana prieštaringi. Nustatyta labai nevienoda sociodemografinių veiksnių įtaka atskiriems prieinamumo vertinimo aspektams, tačiau, autorių teigimu, tai pabrėžia ir užsienio šalių mokslininkai¹¹.

2009 metais gydytojas R.Aranauskas ištyrė Vilniaus Universiteto Santariškių (dabar Santaros) klinikų šeimos medicinos centro veiklos efektyvumo ir pacientų lūkesčių atitikimą. 2010 metais šio tyrimo pagrindu parašytas straipsnis bei paskelbtas Sveikatos Mokslų žurnale⁸². Vilniaus šeimos medicinos centrų pacientų pasitenkinimui įtaką turėjo gyvenamoji vieta, priklausymas geros reputacijos šeimos centrui bei tautybė. Palankiau vertinti paslaugų

kokybę buvo linkę miesto ir rajono centro gyventojai, lenkų tautybės asmenys bei pacientai, registruoti Santariškių (dabar Santaros) klinikų šeimos centre. Nustatyta, kad labiausiai Santariškių (dabar Santaros) klinikų šeimos centro pacientų lūkesčiai susiję su konsultacijos trukme ir laiku, praleistu su gydytoju, bei paslaugos pasiekiamumu ir patogumu – pacientai mano, kad paslaugų teikėjai praleidžia su jais per mažai laiko ir per daug skuba, kad jiems tenka per ilgai laukti skubios pagalbos ir sunku patekti pas specialistus.

2017 metais Kaune R. Davidavičienės atliktas tyrimas apie pacientų sveikatos būklės sąsajas su pasitenkinimu šeimos gydytojo darbu⁸³. Jame dalyvavo 300 respondentų iš dviejų Kauno klinikų. Anketa buvo sudaryta iš 3 klausimų: PSQ-18, trumpo sveikatos tyrimo (angl. 36 – Item Short – Form Health Survey (SF-36)) ir paciento sveikatos klausimyno (angl. Patient Health Questionnaire (PHQ-9)). Rasta, kad tiriamieji yra vidutiniškai patenkinti šeimos gydytojo darbu, pacientų pasitenkinimas didėja pacientui geriau vertinant savo psichinę ir fizinę sveikatą ir mažėja padaugėjęs paciento depresijos požymių.

2.6. Pasitenkinimo SP paslaugomis instrumentuotė

Pacientų pasitenkinimo klausimynas (PSQ), susidedantis iš 80 klausimų, buvo aprašytas Ware su kolegomis (Ware, Snyder ir Wright, 1976). Daug vėlesnė jo versija yra PSQ-III, kuri susideda iš 50 klausimų. Ji matuoja pasitenkinimą paslaugomis šešiais aspektais. Tai: techninis aprūpinimas ir kompetencija, gydytojo santykis ir bendravimas, informacijos suteikimas ir dėmesingumas, finansiniai aspektai, konsultacijos trukmė ir praleistas su gydytoju laikas bei paslaugos prieinamumas ir patogumas. PSQ-18 yra sutrumpinta versija, kurioje išlieka pagrindinės pilnos versijos charakteristikos⁸⁴. Tačiau pasitenkinimas paslaugomis matuojamas jau septyniais aspektais. Tai; bendras pasitenkinimas, techninis aprūpinimas ir kompetencija, gydytojo santykis ir bendravimas, informacijos suteikimas ir dėmesingumas, finansiniai aspektai, konsultacijos trukmė ir praleistas su gydytoju laikas bei paslaugos prieinamumas ir patogumas.

Visos PSQ subskalės rodo priimtinus vidinio patikimumo rodiklius. Be to, PSQ-18 ir PSQ-III subskalės atitinkamai koreliuoja tarpusavyje. Todėl PSQ-18 gali būti tinkama naudojimui situacijose, kai dėl per ilgo pildymo laiko netinkama PSQ-III. Užpildyti PSQ-18 trunka tik 3-4 minutes⁸⁵. PSQ-18 sėkmingai adaptuotas naudoti šeimos medicinos klinikose^{86,87}. Tačiau jis plačiai naudojamas ir gydytojų-specialistų bei stacionare atliekant įvairias chi-

rurgines bei terapines procedūras. PSQ-18 yra gerai pritaikomas ir patikimas instrumentas naudoti įvairiose sveikatos priežiūros lygiuose ir įstaigose⁸⁸.

2.7. Depresijos ir nerimo simptomų instrumentuotė

Hospitalinė nerimo ir depresijos skalė (HADS) buvo sukurta kaip paprastas, bet patikimas instrumentas naudojimui medicininėje praktikoje⁸⁹. Ši skalė tinkama ne tik minėtų sutrikimų identifikavimui, bet ir jų sunkumo laipsnio nustatymui. Vienas iš skalės kūrėjų tikslų taip pat buvo ir tai, kad , buvo manoma, jog jos naudojimas padės identifikuoti nerimo ir depresijos sutrikimus tarp somatinėmis ligomis sergančių pacientų. Laikui bėgant ši skalė tapo populiariu instrumentu klinikinėje praktikoje, o taip pat ir tarp tyrėjų. Yra patvirtintas šios skalės patikimumas naudojant ją medicinos įstaigose (tame tarpe ir pirminėje grandyje) ir įvairiose visuomeninėse organizacijose.

Yra pabrėžiama, kad tokio tipo skalės, kurias pildo patys pacientai, yra patikimos tik skrinigavimo tikslams, o tiksli diagnozė nustatoma tik remiantis klinikiniu ištyrimu⁹⁰.

3. METODIKA

Pacientų apklausa vykdyta PSP įstaigose nuo 2015 m. rugsėjo iki 2017 m. rugpjūčio mėnesio. Apklausa vyko 24-iose PSP įstaigose Vilniuje, Lietuvoje. Iš viso Vilnių ir Vilniaus rajoną, kur gyvena apie 640000 gyventojų, aptarnauja 63 PSP centrai (pagal „Valstybinės ligonių kasos“ informaciją). Pacientų, kurie dėl įvairių priežasčių apsilankė PSP centruose ir sutiko dalyvauti tyrime, buvo prašoma anonimiškai užpildyti klausimyną. Pagrindiniai įtraukimo į tyrimą kriterijai buvo: amžius per 18 metų bei sugebėjimas tinkamai suprasti ir užpildyti klausimyną. Klausimynas buvo pateikiamas lietuvių kalba.

Tyrimo atlikimą patvirtino „Regioninis biomedicininis tyrimų etikos komitetas“ Vilniuje, Lietuvoje (nr. 158200-15-795-313).

3.1. Tyrimo eiga ir taikytos metodikos

Tyrimas susidėjo iš dviejų etapų.

Pirmasis etapas (žvalgomasis tyrimas).

Pirmojo etapo tyrimo tikslai buvo pasitenkinimo paslaugomis klausimyno (PSQ-18) patikimumo patikrinimas bei pradinės informacijos apie pasitenkinimą lemiančius veiksnius surinkimas. Norėta apžvelgti pagrindinių pacientų sociodemografinių veiksnių ir pasitenkinimo sąsajas, į kurias reikėtų atkreipti dėmesį. Dėl to, toliau generuotos idėjos ir dėl kitų pasitenkinimą galimai veikiančių veiksnių priedo prie klausimyno. Pirmajame etape respondentų buvo prašoma nurodyti savo lytį, amžių, gyvenamąją vietą (miestas, rajono centras ar kaimas), išsilavinimą (pradinis, pagrindinis, vidurinis, specialusis vidurinis, aukštasis, kitas), tautybę (lietuvių, rusų, lenkų, kita), įrašyti poliklinikos, kurioje lankosi, pavadinimą.

Pacientų pasitenkinimo PSP paslaugomis vertinimui pasirinktas Pacientų pasitenkinimo medicinos paslaugomis klausimynas, trumpasis variantas (Patient Satisfaction Questionnaire, PSQ-18, Marshall ir Hays). Ši aštuoniolikos teiginių anketa skirta vertinti medicinos paslaugas pagal septynias pagrindines kategorijas (Schema Nr.3):

1 - bendras pasitenkinimas (3 ir 17 klausimai: „Iki šiol man suteiktos sveikatos priežiūros paslaugos buvo puikios“ ir „Esu nepatenkintas kai kuriomis gautomis sveikatos priežiūros paslaugomis“) – nurodo pacientų pasitenkinimą bendra priežiūros patirtimi;

2 - techninis aprūpinimas ir kompetencija (2, 4, 6, ir 14 kl.: „Manau, kad mano šeimos medicinos centre yra visa įranga, reikalinga suteikti visapusę sveikatos priežiūrą“, „Kartais gydytojai priverčia mane suabejoti, ar jų diagnozė teisinga“, „Kai kreipiuosi dėl medicinos pagalbos, mane nuodugniai ištiria ir atidžiai gydo“ ir „Kartais aš abejoju mane gydančių gydytojų gebėjimais“) – apima paslaugos teikėjo diagnostikos ir gydymo įgūdžių įvertinimą;

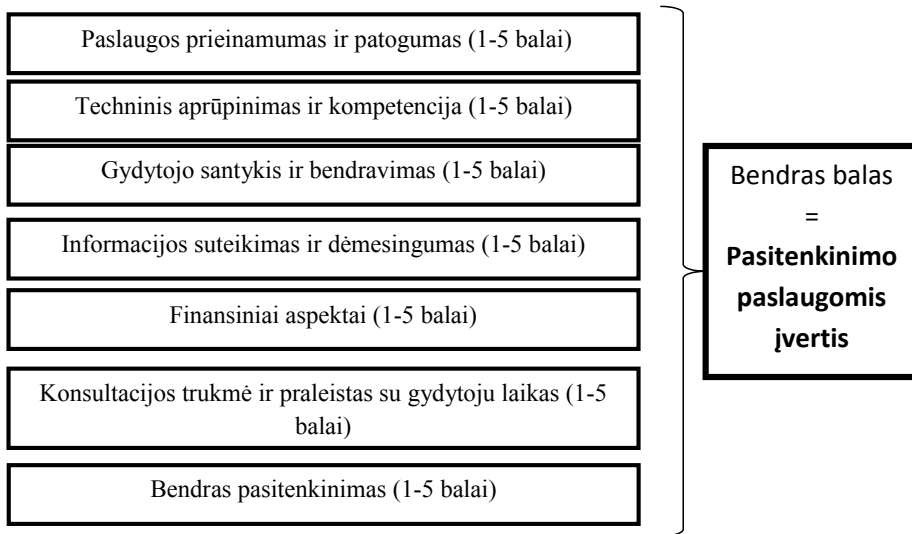
3 - gydytojo santykis ir bendravimas (10 ir 11 kl.: „Gydytojai su manimi bendrauja šalta ir formaliai“ ir „Gydytojai mane priima labai draugiškai ir mandagiai“) – galimybė pacientui dalyvauti sprendimų priėmime, gydytojo gebėjimas išklaudyti ir suprasti paciento nuogastavimus, mandagumo bei pagarbos demonstravimas);

4 - informacijos suteikimas ir dėmesingumas (1 ir 13 kl.: „Gydytojai gerai išaiškina priežastis, kodėl atlieka vieną ar kitą tyrimą“ ir „Kartais gydytojai nekreipia dėmesio į tai, ką jiems sakau“) – susiję su paslaugų teikėjo sugebėjimu aiškiai pateikti (iškomunikuoti) informaciją apie sveikatos būklę ir gydymo galimybes;

5 - finansiniai aspektai (5 and 7 kl.: „Esu įsitikinęs, kad galiu gauti reikalingą sveikatos priežiūrą, nepatirdamas finansinių nuostolių“ ir „Už savo sveikatos priežiūrą turiu mokėti daugiau nei išgaliu“) – apima bet kokius sunkumus, susijusius su medicininių paslaugų apmokėjimu;

6 - konsultacijos trukmė ir praleistas su gydytoju laikas (12 ir 15 kl.: „Sveikatos priežiūros paslaugas man teikiantys asmenys per daug skuba“ ir „Paprastai gydytojai skiria man pakankamai laiko“) – įvertina, ar gydytojas pakankamai laiko praleido su pacientu;

7 - paslaugos prieinamumas ir patogumas (8, 9, 16 ir 18 kl.: „Galiu lengvai patekti pas man reikalingus gydytojus specialistus“, „Ten, kur man teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos, reikia ilgai laukti eilėje, kad gautum būtinąją pagalbą“, „Man būna sunku skubiai patekti pas gydytoją“ ir „Aš galiu gauti medicinines pagalbą bet kada, kai tik jos prireikia“) – vertina, ar medicininės priežiūros išteklių yra lengvai prieinami, vertina laukimo laiką ir ar išlaikomas priežiūros tęstinumas.



Schema Nr. 3. Pacientų pasitenkinimo paslaugomis klausimyno (PSQ-18) schema

Respondento prašoma sutikti arba nesutikti su pateiktu teiginiu. Atsakymo variantų į kiekvieną klausimą iš viso buvo penki: „visiškai sutinku“, „sutinku“, „nežinau“, „nesutinku“, „visiškai nesutinku“. Tam, kad atsakymai būtų patikimesni, vieni klausimai suformuluoti kaip teigiamieji, kiti kaip neigiamieji, t. y. reikalauja teigiamo arba neigiamo įvertinimo. Atliekant skaičiavimus neigiami subskalių įverčiai buvo paversti teigiamais, ir tokiu būdu pasitenkinimas buvo vertinamas pagal penkiabalę sistemą, kur vienetas reiškė žemiausią įvertinimą, o penketas – aukščiausią įvertinimą. Atsižvelgiant į PSQ-18 įverčių sistemą, galima visų subskalių balų suma buvo nuo 18 iki 90, kur 18 balų yra žemiausias įvertinimas, o 90 – aukščiausias. Kai kuriems skaičiavimams PSP paslaugų įvertinimą pagal bendruosius pacientų PSQ-18 balus reikėjo suskirstyti į grupes, kurios atspindėtų prastą, vidutinį bei gerą pasitenkinimą. Tai padarėme padalinus bendro balo diapazoną į 3 lygias dalis. Gavome gerą (nuo 90 iki 66 balų), vidutinį (nuo 65 iki 42 balų) ir prastą (nuo 41 iki 18 balų) įvertinimus. Klausimyno įverčių pasiskirstymui įvertinti buvo naudojami Šapiro-Vilko bei Kolmogorovo-Smirnovo testai, apskaičiuoti asimetrijos ir eksceso koeficientai, vertintos pasiskirstymo diagramos. Diagramose aptiktos išskirtys tikrintos ir, esant reikalui, duomenys koreguoti pagal pirminę medžiagą. Klausimyno skalių vidinį patikimumą vertiname apskaičiuodami Cronbacho alfa koeficientą.

Antrasis etapas.

Antrajame etape klausimyną papildėme hospitalinės nerimo ir depresijos skalės (angl. Hospital Anxiety and Depression scale, HADS, Zigmont ir Snaitth) teiginiais. Ši skalė naudojama nerimo bei depresijos sutrikimų atrankai bei šių sutrikimų simptomų sunkumui nustatyti. 1991 metais ji išversta į lietuvių kalbą bei plačiai naudojama tiek klinikinėje tiek mokslinėje praktikoje. Dar vienas HADS privalumas – pacientams ją užpildyti yra nesudėtinga. Paciento prašoma pažymėti atsakymą, kuris artimiausias jo savijautai per praėjusią savaitę. Skalę respondentas turėtų pildyti greitai, ilgai negalvodamas, kadangi jo emocinę būklę geriau atspindi pirma reakcija į klausimą. HADS sudaro septyni klausimai, skirti vertinti depresijos simptomus (HADS-D subskalė), ir septyni – nerimo (HADS-N subskalė). Kiekvienos šios subskalės balų suma gali varijuoti nuo 0 iki 21 balo. Įverčio balai rodo depresijos arba nerimo simptomų sunkumo laipsnį: nuo 0 iki 7 balų - normalus nerimas arba nuotaila; nuo 8 iki 10 – lengvas; nuo 11 iki 14 – vidutinio sunkumo; o nuo 15 iki 21 yra sunkūs nerimo arba depresijos simptomai⁹¹. Kiekvienos HADS subskalės įverčių pasiskirstymui įvertinti buvo naudojami Šapiro-Vilko bei Kolmogorovo-Smirnovo testai, apskaičiuoti asimetrijos ir eksceso koeficientai, vertintos pasiskirstymo diagramos. Diagramose aptiktos išskirtys tikrintos ir, esant reikalui, duomenys koreguoti pagal pirminę medžiagą. Kiekvienos HADS subskalės vidinio suderinamumo patikimumas, apskaičiuotas naudojant Cronbach alfa, buvo **0,87** ir vertintas kaip geras. Savo tyrime nusprendėme ieškoti pasitenkinimo sąsajos su nerimo ir depresijos simptomais, kadangi manome, kad tai tiksliau ir jautriau, nei šių sutrikimų diagnozės buvimas, parodys ryšį tarp tuo metu esančios emocinės paciento būsenos ir PSP paslaugų vertinimo. Kadangi pacientas, kuriam diagnozuotos depresijos ar nerimo sutrikimo ligos, gali jau kurį laiką gauti gydymą ir jis nebeturės ryškių depresijos ar nerimo simptomų. Arba atvirkščiai, pacientas su sunkiausiais depresijos simptomais gali neturėti oficialios depresijos diagnozės.

Taip pat pacientų buvo prašoma nurodyti savo gydytojo lytį, kokiam amžiaus intervalui (25-35 m., 36-50 m. ar daugiau nei 51 m.) jie priskirtų savo gydytoją, kokios lyties ir amžiaus gydytojo jie pageidautų. Nusprendėme fiksuoti tik pagrindinius gydytojų demografinius veiksnius (lytį bei amžių), kadangi nenorėjome, kad klausimynas būtų pernelyg ilgas ir varginantis jį pildant. Todėl apsiribojome tik šiomis gydytojo charakteristikomis.

Pacientų buvo prašoma nurodyti savo ligas pagal pateiktą ligų sąrašą. Ligų sąrašas buvo sudarytas remiantis 16-kos pagrinde lėtinių ligų sąrašu, kuris naudojamas vertinant „Charlsono komorbidiškumo indekso“ komorbidiškumo komponentus:

- Lėtinė obstrukcinė plaučių liga;
- Stazinis širdies nepakankamumas;
- Periferinių kraujagyslių ligos;
- Galvos smegenų kraujagyslių ligos;
- Demencija;
- Miokardo infarktas;
- Jungiamojo audinio ligos;
- Opaligė;
- Cukrinis diabetas;
- Lėtinė inkstų liga;
- Hemiplegija;
- Leukemija;
- Piktybinės limfomos;
- Solidiniai navikai;
- Kepenų liga;
- AIDS (Igytasis imuninio nepakankamumo sindromas).

Respondentų, pažymėjusių sergą demencija, anketos nebūtų dalyvavusios tyrime. Tačiau tokių ir nebuvo. Pacientai buvo vertinami kaip turintys lėtinių ligų, jeigu pažymėdavo vieną ir daugiau ligų.

Vizualinių analogų skalėje (VAS) skausmui nustatyti prašėme pažymėti, kokio stiprumo skausmą tuo metu jaučia pacientas (nuo 0 iki 10 balų).

Pilnas klausimynas pateiktas 1 priede.

Pacientų nurodytos PSP įstaigos, kuriose jie lankėsi (pagal „Valstybinės ligonių kasos“ informaciją) buvo suskirstytos į du tipus: valstybinės arba privačios. Įstaigų tipą apsprendė privačių ar valstybinių patalpų bei savininkų buvimas, nes pačios abiejų tipų sveikatos priežiūros įstaigos finansavimą gauna iš valstybės lėšų.

3.2. PSQ-18 vertimas

“Rand Health” elektroniniame puslapyje yra pateiktos oficialios PSQ-18 vertimo rekomendacijos⁹². PSQ-18 (įskaitant taikymo instrukcijas) į lietuvių kalbą išvertė profesionalus lietuvis vertėjas. Atgal į anglų kalbą šį klausimyną išvertė kitas sertifikuotas lietuvis vertėjas. Anglišką vertimą redagavo anglišką kalbą vertėjas. Originalaus angliško klausimyno varianto, lietuviško vertimo ir atgalinio vertimo į anglų kalbą netikslumai, buvo aptariami el.laiškais bei susitikimo metu.

Po pirmo tyrimo etapo radome vienos iš PSQ-18 subskalių per mažą vidinio suderinamumo patikimumo rodiklį, kuris mūsų netenkino. Įtariant vertimo netikslumą kaip to priežastį, buvo organizuotas pakartotinis susitikimas. Jo metu klausimyno vertimas buvo dar kartą aptartas su vertėjais ir pakoreguotas.

Galutinis lietuviško PSQ-18 klausimyno variantas bei vertimo proceso aprašymas buvo el.paštu išsiųsti „Rand Health“ atsakingiems asmenims.

3.3. Tiriamųjų skaičius

Pirmajame etape tyrime dalyvavo 600 pacientų. 598 anketos buvo užpildytos tinkamai ir buvo naudotos tolimesnėje analizėje.

Antrajame etape reikalingas imties dydis apskaičiuotas toks, kad būtų galima aptikti statistiškai reikšmingus vidutinio dydžio (pagrindiniame scenarijuje) pasitenkinimo skalės bendros sumos arba panašių kitų kintamųjų vidurkių skirtumus. Respondentai su depresijos ar nerimo simptomais buvo lyginami su tokio pat dydžio kita respondentų imtimi. Laikoma, kad respondentų su depresijos ar nerimo simptomais tiriamoje populiacijoje turėtų būti po maždaug 10%. Pasirinktas statistinio reikšmingumo lygmuo $\alpha = 0,05$ dvipusiams (two-tailed) kriterijams. Reikalaujamas galingumas (tikimybė aptikti skirtumą, jei jis yra) pasirinktas 0,8. Vidurkių skirtumas vertintas naudojant Cohen d ir jo pasiūlytą klasifikaciją: mažas efektas 0,2, vidutinis 0,5, didelis 0,8⁹³. Apskaičiavimui naudota G*Power programa, versija 3.1.9.2⁹⁴. Buvo panagrinėti ir keli alternatyvūs scenarijai. Rezultatai pateikti 1 lentelėje.

Lentelė Nr. 1. Reikalingas pacientų su depresijos ar nerimo simptomais imties dydis priklausomai nuo efekto dydžio ir reikalaujamo galingumo

Efekto dydis Cohen d	Galingumas β	
	0,8	0,9
Mažas (0,20)	394	527
Vidutinis (0,50)	64	86
Didelis (0,80)	26	34

Pastaba. Pagrindinis variantas išryškintas.

Pagrindiniame variante gaunamas respondentų, turinčių depresijos ar nerimo simptomų, imties dydis 64 buvo padaugintas iš 10, tuo būdu bendras visos imties dydis, su ir be depresijos simptomų (arba su ir be nerimo simptomų), turėtų būti 640, jei efekto dydis vidutinis, o galingumas 0,8. Galingumui 0,9 pasiekti reikalingas imties dydis būtų 860. Jei efektas bus tik mažas, tai reikalingas visos imties dydis išauga iki 4–5 tūkst., o tai jau būtų nerealu, atsižvelgiant į tyrimui galimus skirti resursus.

Naudojant Mann-Whitney kriterijų, pagrindiniame variante reikalingas pacientų su depresijos ar nerimo simptomais imties dydis būtų 67, o visos imties 670. 640 dydžio imtis leidžia statistiškai reikšmingai aptikti Pearson koreliacijas nuo 0,11, kai galingumas 0,8. Tokia imtis leidžia aptikti statistiškai reikšmingus tiesinės regresijos koeficientus nuo efekto dydžio koeficiento

$f^2 = 0,0123$ ($f^2 = 0,02$ reiškia mažą efektą), o tai atitinka dalinį kintamojo koreliacijos koeficientą $0,11^{95}$.

Taigi, antro etapo apklausoje dalyvavo 889 respondentai. Dėl užpildymo klaidų ir respondento neatitikimo tyrimo kriterijams atmetos 2 anketos. Antro etapo tyrimo duomenų analizei naudotos 887 anketos.

Iš visų antrajame etape naudotų anketų, 581 anketa buvo su klausimais ir atsakymais apie gydytojo lytį ir amžių.

3.4. Statistinė analizė

Surinkti duomenys buvo klasifikuojami, lyginami ir apdorojami naudojantis „IBM SPSS Statistics“ (versija 24) programa. Anketiniams duomenims apdoroti šioje programoje buvo sukurtos duomenų lentelės (atskirai pirmame ir antrame etapuose).

Atsakymų dažnių apskaičiavimui naudojome procedūrą „dažniai“ (angl. frequencies). Išsilavinimas „kitas“ ir tautybė „kita“ nenaudoti tolimesniuose skaičiavimuose. Nominalinių ir ranginių kintamųjų skirstiniai dviejose ir daugiau grupių buvo vertinti taikant chi kvadrato (χ^2) metodą ir kontingencijos lenteles.

Rezultatuose, kuriuose pateikti vidurkiai, buvo nurodytas ir standartinis nuokrypis nuo vidurkio (angl. Standard Deviation, SD)

Koreliacinių ryšių stiprumui bei kryptčiai nustatyti, pasirinktas Spearman'o koreliacijos koeficientas, kadangi jis nereikalauja normalaus kintamųjų pasiskirstymo.

PSQ-18 ir HADS, VAS skausmui įverčių bei respondentų amžiaus vidurkiams palyginti pagal sociodemografinius ir kitus faktorius naudotas dviejų nepriklausomų imčių T-testas (kai buvo lyginamos dvi grupės) arba vieno faktoriaus dispersinė analizė – „One Way ANOVA“ testas (kai buvo lyginamos trys ir daugiau grupių). Atliekant minėtus palyginimus lygiagrečiai tikrinti ir neparametriniai kriterijai: Mano-Vitnio-Vilkoksono rangų sumų kriterijus (kai buvo lyginamos dvi grupės) ir Kruskalo-Voliso ranginis kriterijus (kai buvo lyginamos trys ir daugiau grupių). Šių kriterijų rezultatams tarpusavyje neprieštaraujant nurodomi tik parametrinių kriterijų rezultatai. Kai buvo lyginamos trys ir daugiau grupių buvo pasitelkta post hoc daugkartinio lyginimo („Post Hoc Multiple Comparison“) procedūra ir vertintas Games-Howell ir Bonferoni kriterijai. Darbe nurodomi Games-Howell kriterijaus rezultatai.

Tam, kad galima būtų iširti kaip visi tirti veiksniai veikia pacientų pasitenkinimą ir kaip jie pasiskirsto vienas kito atžvilgiu, t.y. kaip jie veikia

vienas kitą, buvo pasirinkta daugianarė logistinė regresija. Kaip priklausomą kintamąjį naudojome pasitenkinimo paslaugomis įvertinimą, kurį gavome suskirstę bendruosius pacientų PSQ-18 balus į 3 grupes (rangus): geras (nuo 90 iki 66 balų), vidutinis (nuo 65 iki 42 balų) arba prastas (nuo 41 iki 18 balų) įvertinimas. Kontrolinė priklausomo kintamojo kategorija pasirinkome prastą įvertinimą, nes mus labiau domina veiksniai, susiję su prastu paslaugų vertinimu. Tikėdamiesi, kad darant regresinę analizę gali išryškėti nauji ryšiai, į lygtį buvo įtraukiami visi tirti veiksniai, nepaisant to, jog vienvariantėje analizėje kai kurie iš jų buvo nereikšmingi.

Patikimumo žymuo $p < 0,05$ buvo laikomas statistiškai reikšmingu.

4. TYRIMO REZULTATAI

4.1. Pirmasis etapas

4.1.1. PSQ-18 patikimumas

Bendro PSQ-18 balo Cronbacho alfa koeficientas buvo 0,92 ir vertintas kaip labai geras. Atskirų subskalių Cronbacho alfa koeficientai svyravo nuo 0,54 iki 0,75, tačiau vienos subskalės koeficientas buvo 0,38 (Lentelė Nr.2) ir vertintas kaip per mažas.

Lentelė Nr. 2. PSQ-18 subskalių Cronbacho alfa koeficientai (n=598)

PSQ kategorijos	Cronbacho alfa koeficientai
Bendras pasitenkinimas	0,65
Techninis aprūpinimas ir kompetencija	0,70
Gydytojo santykis ir bendravimas su pacientu	0,66
Informacijos suteikimas ir dėmesingumas	0,64
Finansiniai aspektai	0,54
Konsultacijos trukmė ir laikas, praleistas su gydytoju	0,38
Paslaugos prieinamumas ir patogumas	0,75

Dėl to klausimyno vertimas buvo dar kartą aptartas susitikimo su vertėjais metu ir pakoreguotas. Antrajame tyrimo etape respondentams buvo pateiktas jau patikslintas klausimynas.

4.1.2. Respondentų charakteristikos.

Tarp respondentų (n=598) vyravo moteriškos lyties, lietuvių tautybės ir jaunesni asmenys, gyvenę mieste bei turį aukštąjį išsilavinimą (lentelė Nr.3).

Pacientų amžiaus vidurkis buvo 41,89 m., mediana – 41,00, standartinis nuokrypis - 15,16, amžiaus diapazonas - nuo 18 iki 87 metų. Abu skirstinio normalumo testai (Šapiro - Vilko bei Kolmogorovo - Smirnov) rodo, kad pacientų amžiaus skirstinys yra nukrypęs nuo normaliojo ($p < 0,001$), o asimetrijos koeficientas yra $-0,385 \pm 0,1$.

Lentelė Nr. 3. Respondentų pasiskirstymas pagal socialinius ir demografinius požymius (n=598)

Socialiniai ir demografiniai veiksniai		Respondentų skaičius	%
Lytis	Vyriška	211	35,3%
	Moteriška	387	64,7%
Gyvenamoji vieta	Miestas	489	81,8%
	Rajono centras	27	4,5%
	Kaimas	82	13,7%
Išsilavinimas	Vidurinis ir žemesnis	192	32,1%
	Spec.vidurinis	160	26,8%
	Aukštasis	235	39,3%
	Kitas	11	1,8%
Tautybė	Lietuvių	374	62,5%
	Rusų	77	13%
	Lenkų	124	20,7%
	Kita	23	3,8%
Iš viso		598	100,0%

4.1.3. Bendras teikiamų paslaugų vertinimas

Bendro balo įverčių pasiskirstymas svyravo nuo 23 (min) iki 90 (max). Vidurkis – 58,56, standartinis nuokrypis – 13,03. Daugiausia, t.y. 55,5%, pacientų paslaugas įvertino kaip vidutiniškas, 34% - kaip geras, ir mažiausiai, t.y. 10,5%, PSP paslaugas įvertino kaip prastas. Bendro PSQ-18 balo įverčių pasiskirstymas pavaizduotas diagramoje Nr. 1.

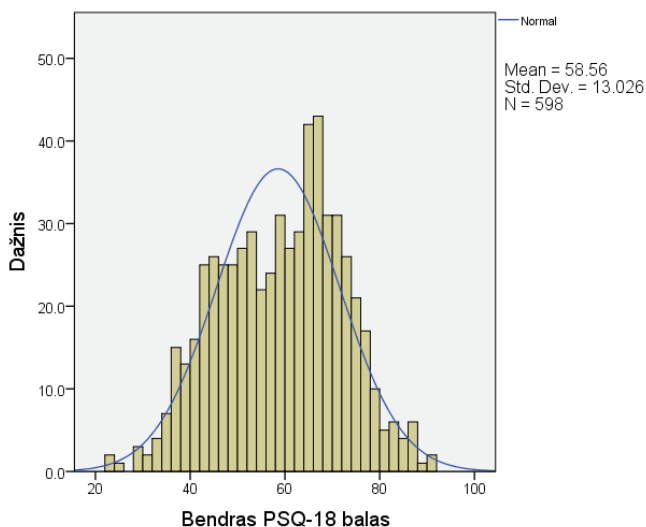


Diagrama Nr. 1. Bendro PSQ-18 balo pasiskirstymas

PSQ-18 bendro balo ir visų subskalių skirstinių skirtumai nuo normaliojo skirstinio visur statistiškai reikšmingi, tačiau nedideli (Lentelė Nr.4).

Lentelė Nr. 4. PSQ-18 bendro balo ir subskalių skirstinių Kolmogorovo-Smirnov ir Šapiro-Vilk kriterijų rezultatai ir skirstinių formos rodikliai (asimetrija ir ekscesas) (n=598).

	Pasiskirstymo normalumo testų koeficientai		Asimetrijos koeficientas (±st.paklaida)	Eksceso koeficientas (±st.paklaida)
	Kolmogorovo-Smirnov	Šapiro-Vilko		
Bendras pasitenkinimas	0,167**	0,954**	-0,246 (±0,1)	-0,718(±0,2)
Tech.aprūpinimas ir kompetencija	0,093**	0,981**	-0,232(±0,1)	-0,408(±0,2)
Gydytojo santykis ir bendravimas	0,179**	0,942**	-0,455(±0,1)	-0,418(±0,2)
Inf.suteikimas ir dėmesingumas	0,175**	0,945**	-0,368(±0,1)	-0,682(±0,2)
Finansiniai aspektai	0,125**	0,961**	-.241(±0,1)	-0,608(±0,2)
Konsultacijos trukmė	0,121**	0,967**	0,149(±0,1)	-0,323(±0,2)
Paslaugos prieinamumas ir patogumas	0,100**	0,977**	-0,220(±0,1)	-0,613(±0,2)
Bendras PSQ-18 balas	0,072**	0,989**	-0,126(±0,1)	-0,590(±0,2)

**p<0,001

4.1.4.Pasitenkinimo paslaugomis išsidėstymas (reitingas)

Prasčiausiai respondentai vertino paslaugos prieinamumą ir patogumą bei konsultacijos trukmę, geriausiai – gydytojo santykį ir bendravimą bei informacijos suteikimą ir dėmesingumą (lentelė Nr.5).

Lentelė Nr. 5. PSQ-18 subskalių įverčiai ir jų išsidėstymas (reitingas) (n=598)

PSQ kategorijos	Įverčių vidurkis ir st. nuokrypis	Įverčiai didėjimo tvarka
Konsultacijos trukmė ir laikas, praleistas su gydytoju	2,83 (0,89)	1
Paslaugos prieinamumas ir patogumas	3,05 (0,89)	2
Finansiniai aspektai	3,17 (1,00)	3
Bendras pasitenkinimas	3,31 (0,96)	4
Techninis aprūpinimas ir kompetencija	3,37 (0,78)	5
Informacijos suteikimas ir dėmesingumas	3,54 (0,89)	6
Gydytojo santykis ir bendravimas su pacientu	3,57 (0,90)	7

4.1.5. Paciento amžiaus ir lyties sąsajos su pasitenkinimu

Paciento lytis. Bendro PSQ-18 balo vidurkiai tarp skirtingų lyčių respondentų nesiskyrė ($p=0.105$). Tuo tarpu pacientų lyties veikmė pasireiškė vertinant gydytojo santykį ir bendravimą su pacientu, informacijos suteikimą bei dėmesingumą: moterys tai vertino geriau nei vyrai ($p<0,05$) (Diagrama Nr.2, lentelė Nr.6).

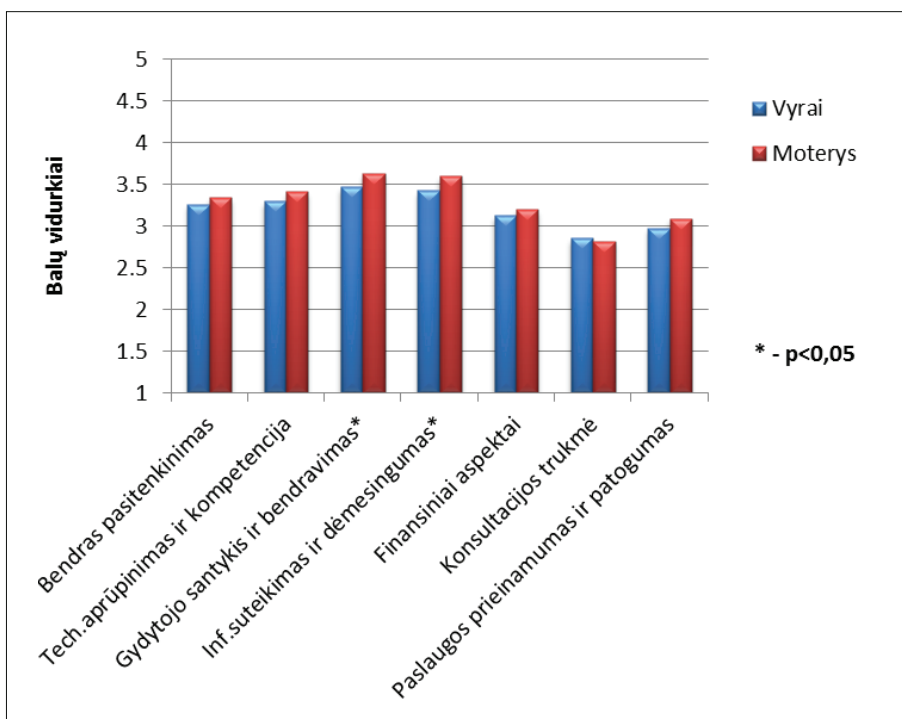


Diagrama Nr.2. Lyties įtaka PSQ-18 subskalių įverčiams (n=598)

Lentelė Nr. 6. PSQ-18 įverčiai priklausomai nuo lyties (n=598)

		Vidurkiai	St. nuokrypis	95% vidurkio pasikliautinis intervalas		p
				Viršutinė riba	Apatinė riba	
Gydytojo santykis ir bendravimas	Vyrai	3,47	0,92	3,35	3,60	0,035
	Moterys	3,63	0,89	3,55	3,72	
Inf. suteikimas ir dėmesingumas	Vyrai	3,42	0,92	3,30	3,55	0,023
	Moterys	3,60	0,87	3,51	3,69	

Pastebime, kad skiriasi skirtingų lyčių respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą ($p=0,045$) ir tautybę ($p=0,02$): tarp pacienčių didesnė proporcijos dalis buvo su aukštesniu išsilavinimu, taip pat lenkų tautybės (Lentelė Nr.7).

Lentelė Nr. 7. Respondentų lyčių pasiskirstymas pagal išsilavinimą ir tautybę ($n=598$)

		Lytis		Iš viso
		Vyrai	Moterys	
Išsilavinimas	Vidurinis ir žemesnis	74a (35,7%)	118a (31,1%)	192 (32,7%)
	Spec.vidurinis	63a (30,4%)	97a (25,5%)	160 (27,3%)
	Aukštasis	70a (33,8%)	165b (43,4%)	235 (40,0%)
	Iš viso	207 (100%)	380 (100%)	587 (100%)
Tautybė	Lietuvis	144a (72,7%)	230b (61,0%)	374 (65,0%)
	Rusas	21a (10,6%)	56a (14,9%)	77 (13,4%)
	Lenkas	33a (16,7%)	91b (24,1%)	124 (21,6%)
	Iš viso	198 (100%)	377 (100%)	575 (100%)

Kiekviena skirtinga raidė žymi kategorijų, kurių stulpelių proporcijos reikšmingai nesiskiria 0,05 lygiu, pogrupį.

Paciento amžius. Amžiaus sąsajų su pasitenkinimui PSP paslaugomis nenustatyta: nėra statistiškai reikšmingų korelacijų nei su bendru PSQ-18 balu ($p=0,769$), nei su konkrečiomis šio klausimyno subskalėmis (patikimumo žymens diapazone nuo $p=0,183$ iki $p=0,963$).

4.1.6. Sociokultūrinių veiksnių sąsajos su pasitenkinimu

Gyvenamoji vieta. Mažiausiai teikiamomis paslaugomis patenkinti rajono centro gyventojai (PSQ-18 bendro balo vidurkis mieste 59,99(12,81), rajono centre 50,81(13,05) ir 52,57(11,78) kaime; $p<0.001$) (Diagrama Nr.3 ir 4).

Skirtumų kaip skirtingų vietovių gyventojai vertina paslaugas randam visose subskalėse, išskyrus finansinių aspektų ($p<0,001$). Pasitenkinimo finansiniais aspektais subskalėje statistinio reikšmingumo pritrūko ($p=0.053$) (Diagrama Nr.5, lentelė Nr.8).

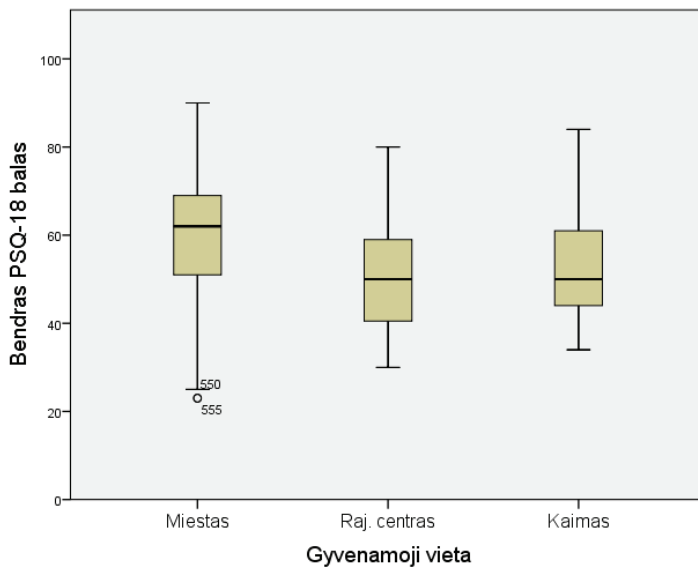


Diagrama Nr. 3. PSQ-18 bendro balo pagal gyvenamąją vietą stačiakampė diagrama (n=598)

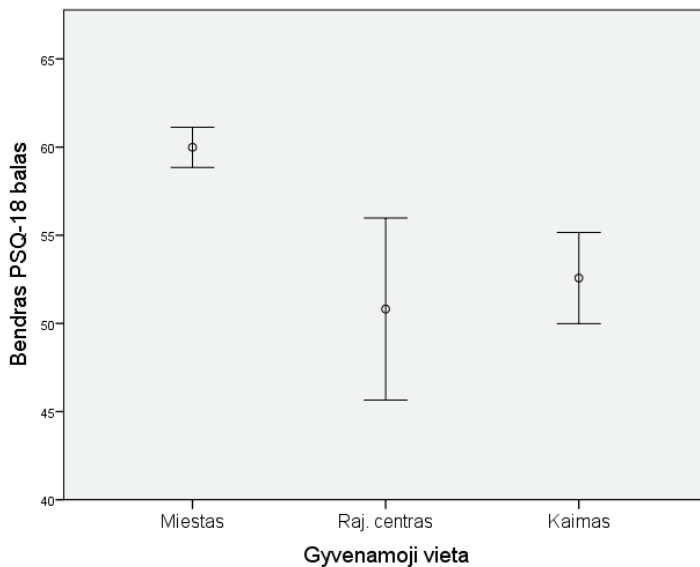


Diagrama Nr. 4. PSQ-18 bendro balo vidurkio 0,95 pasikliautinio intervalo grafikas kiekvienai gyvenamosios vietos kategorijai (n=598)

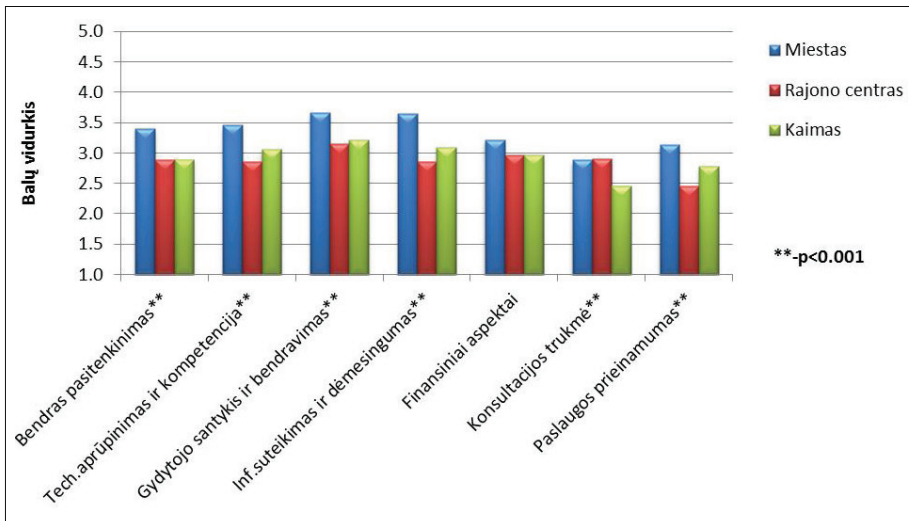


Diagrama Nr. 5. PSQ-18 įverčių skirtumai priklausomai nuo gyvenamosios vietos (n=598)

Lentelė Nr. 8. PSQ-18 įverčiai priklausomai nuo gyvenamosios vietos (n=598)

Skalė	Gyv.vieta	Vidurkis	St. nuokrypis	95% vidurkio pasikliautinis intervalas		p
				Viršutinė riba	Apatinė riba	
Bendras pasitenkinimas	Miestas	3,41	0,95	3,32	3,49	0,000
	Raj.centras	2,89	0,80	2,57	3,21	
	Kaimas	2,90	0,91	2,70	3,10	
Tech.aprūpinimas ir kompetencija	Miestas	3,46	0,75	3,39	3,52	0,000
	Raj.centras	2,86	0,84	2,53	3,20	
	Kaimas	3,06	0,79	2,88	3,23	
Gyd.santykis ir bendravimas	Miestas	3,66	0,89	3,58	3,74	0,000
	Raj.centras	3,15	0,89	2,80	3,50	
	Kaimas	3,21	0,86	3,02	3,40	
Inf.suteikimas ir dėmesingumas	Miestas	3,65	0,86	3,57	3,72	0,000
	Raj.centras	2,85	0,85	2,51	3,19	
	Kaimas	3,10	0,87	2,91	3,29	
Konsultacijos trukmė	Miestas	2,89	0,88	2,81	2,97	0,000
	Raj.centras	2,91	0,84	2,57	3,24	
	Kaimas	2,46	0,83	2,28	2,64	
Paslaugos prieinamumas ir patogumas	Miestas	3,13	0,89	3,05	3,21	0,000
	Raj.centras	2,46	0,98	2,07	2,85	
	Kaimas	2,77	0,70	2,62	2,93	
Bendras PSQ-18 balas	Miestas	59,99	12,81	58,85	61,13	0,000
	Raj.centras	50,81	13,05	45,65	55,98	
	Kaimas	52,57	11,78	49,99	55,16	

Beveik visais atvejais skirtumas randamas tarp miesto ir kaimo bei miesto ir rajono centro gyventojų įverčių: didžiausi įverčiai yra visada miesto gyventojų, o prasčiausi - tai kaimo tai rajono centrų gyventojų. Tarp rajono centrų ir kaimo gyventojų vertinimo statistiškai reikšmingo skirtumo nėra (Lentelė Nr.9).

Lentelė Nr. 9. Poriniai PSQ-18 įverčių vidurkių palyginimai priklausomai nuo gyvenamosios vietos (n=598)

Skalė	p reikšmė		
		Kaimas	Rajono centras
Bendras PSQ-18 balas	Miestas	0,000	0,004
	Rajono centras	0,809	
Bendras pasitenkinimas	Miestas	0,000	0,008
	Rajono centras	0,999	
Tech.aprūpinimas ir kompetencija	Miestas	0,000	0,004
	Rajono centras	0,540	
Gydytojo santykis ir bendravimas	Miestas	0,000	0,017
	Rajono centras	0,951	
Inf.suteikimas ir dėmesingumas	Miestas	0,000	0,000
	Rajono centras	0,408	
Konsultacijos trukmė	Miestas	0,000	0,993
	Rajono centras	0,051	
Paslaugos prieinamumas ir patogumas	Miestas	0,000	0,005
	Rajono centras	0,292	

Pastebime, kad tarp pacientų iš rajono centrų bei kaimų buvo didesnė proporcijos dalis respondentų su viduriniu ir žemesniu išsilavinimu ($p < 0,001$) (Lentelė Nr.10). Taip pat pacientų iš rajono centrų bei kaimų buvo didesnis amžiaus vidurkis (mieste - 42,54(15,24), raj.centre - 47,74(19,36), o kaime - 36,11(11,22); $p < 0,001$).

Lentelė Nr. 10. Gyvenamosios vietos pasiskirstymas pagal išsilavinimą (n=598)

		Gyvenamoji vieta			Iš viso
		Miestas	Raj.centras	Kaimas	
Išsilavinimas	Vidurinis ir žemesnis	140a(29,2%)	12a,b (44,4%)	40b(50,0%)	192 (32,7%)
	Spec.vidurinis	124a (25,8%)	9a (33,3%)	27a (33,8%)	160 (27,3%)
	Aukštasis	216a(45,0%)	6a,b (22,2%)	13b(16,3%)	235 (40,0%)
	Iš viso	480 (100%)	27 (100%)	80 (100%)	587 (100%)

Kiekviena skirtinga raidė žymi kategorijų, kurių stulpelių proporcijos reikšmingai nesiskiria 0,05 lygiu, pogrupį.

Išsilavinimas. Aukštąjį išsilavinimą turinčių asmenų bendro PSQ balo vidurkis yra didžiausias (vidurinis ar žemesnis 57,06(13,352), spec.vidurinis 55,66(13,417), aukštasis 61,60(11,908); $p < 0.001$) (Diagramos Nr.6 ir 7).

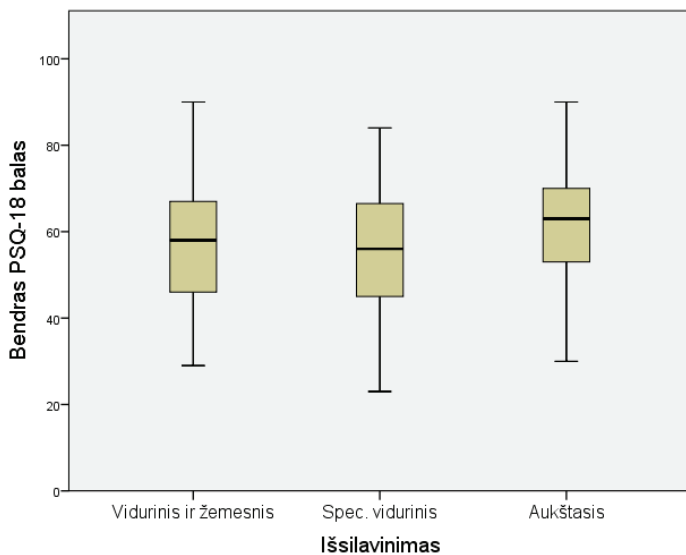


Diagrama Nr. 6. PSQ-18 bendro balo pagal išsilavinimą stačiakampė diagrama (n=598)

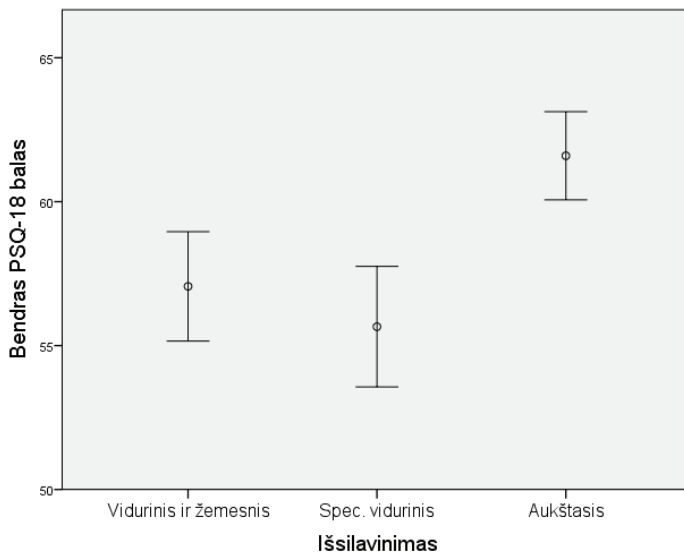


Diagrama Nr. 7. PSQ-18 bendro balo vidurkio 0,95 pasikliautinio intervalo grafikas kiekvienai išsilavinimo kategorijai (n=598)

Skirtumai, susijęs su išsilavinimu, taip pat nustatyti šešiose iš septynių subskalių. Išsilavinimo įtaka subskalių įverčiams pavaizduota diagramoje Nr.8.

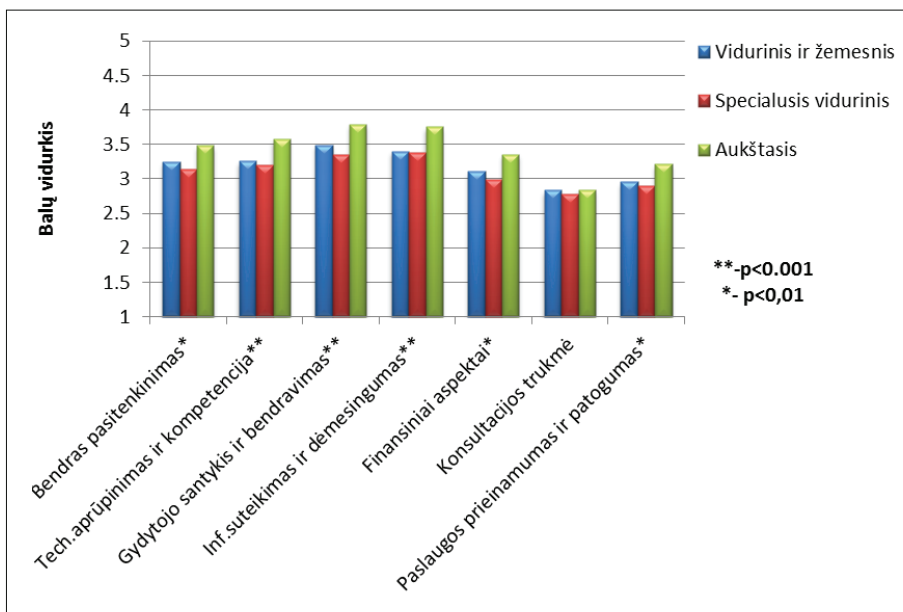


Diagrama Nr. 8. Išsilavinimo įtaka PSQ-18 subskalių įverčiams (n=598)

Visais atvejais aukštąjį išsilavinimą turintieji vertino subskalių teiginius geriausiai, o spec.vidurinį - prasčiausiai (Lentelė Nr.11).

Lentelė Nr. 11. PSQ-18 subskalių įverčiai priklausomai nuo išsilavinimo (n=598)

Skalė	Išsilavinimas	Vidurkis	St. nuokrypis	95% vidurkio pasikliautinis intervalas		p
				Viršutinė riba	Apatinė riba	
Bendras pasitenkinimas	Vidurinis ir žemesnis	3,25	0,95	3,12	3,39	0,001
	Spec.vidurinis	3,13	0,98	2,98	3,29	
	Aukštasis	3,48	0,93	3,36	3,60	
Tech. aprūpinimas ir kompetencija	Vidurinis ir žemesnis	3,26	0,82	3,15	3,38	0,000
	Spec.vidurinis	3,20	0,79	3,08	3,32	
	Aukštasis	3,57	0,69	3,48	3,66	
Gydytojo santykis ir bendravimas	Vidurinis ir žemesnis	3,49	0,91	3,36	3,62	0,000
	Spec.vidurinis	3,36	0,93	3,21	3,50	
	Aukštasis	3,79	0,83	3,68	3,90	

Skalė	Išsilavinimas	Vidurkis	St. nuokrypis	95% vidurkio pasikliautinis intervalas		p
				Viršutinė riba	Apatinė riba	
Inf.suteikimas ir dėmesingumas	Vidurinis ir žemesnis	3,40	0,97	3,26	3,54	0,000
	Spec.vidurinis	3,38	0,91	3,24	3,52	
	Aukštasis	3,76	0,78	3,66	3,86	
Finansiniai aspektai	Vidurinis ir žemesnis	3,10	1.03	2,96	3,25	0,001
	Spec.vidurinis	2,99	1.01	2,83	3,15	
	Aukštasis	3,36	0,93	3,24	3,47	
Paslaugos prieinamumas ir patogumas	Vidurinis ir žemesnis	2,96	0,91	2,83	3,09	0,001
	Spec.vidurinis	2,89	0,91	2,75	3,04	
	Aukštasis	3,21	0,84	3,10	3,32	
Bendras PSQ-18 balas	Vidurinis ir žemesnis	57,06	13,35	55,16	58,96	0,000
	Spec.vidurinis	55,66	13,42	53,56	57,75	
	Aukštasis	61,60	11,91	60,07	63,13	

Tarp vidurinių ir žemesnių bei spec. vidurinių išsilavinimą turinčiųjų vertinimo skirtumo nerandama (Lentelė Nr.12).

Lentelė Nr. 12. Poriniai PSQ-18 įverčių vidurkių palyginimai priklausomai nuo išsilavinimo (n=598)

Skalė	p reikšmė		
		Vidurinis ir žemesnis	Aukštasis
Bendras PSQ-18 balas	Spec.vidurinis	0,591	0,000
	Aukštasis	0,001	
Bendras pasitenkinimas	Spec.vidurinis	0,486	0,001
	Aukštasis	0,032	
Tech.aprūpinimas ir kompetencija	Spec.vidurinis	0,742	0,000
	Aukštasis	0,000	
Gyd.santykis ir bendravimas	Spec.vidurinis	0,387	0,000
	Aukštasis	0,001	
Inf.suteikimas ir dėmesingumas	Spec.vidurinis	0,978	0,000
	Aukštasis	0,000	
Finansiniai aspektai	Spec.vidurinis	0,551	0,001
	Aukštasis	0,025	
Paslaugos prieinamumas ir patogumas	Spec.vidurinis	0,768	0,001
	Aukštasis	0,010	

Tautybė. Tautybės sąsajų su PSQ-18 bendro balo įverčiais nustatyta nebuvo ($p=0,345$). Taip pat nenustatytas tautybės poveikis ir atskiroms subskalėms (patikimumo žymuo diapazone nuo $p=0,108$ iki $p=0,721$).

Pastebėjome, kad tarp turinčių vidurinį ir spec.vidurinį išsilavinimą buvo didesnė kaimo gyventojų dalis ($p<0,001$) bei mažesnė lietuvių dalis ($p=0,028$) (Lentelė Nr.13). Be to, spec.vidurinio išsilavinimo grupėje buvo didžiausias amžiaus vidurkis (41,42(16,82) m. vidurinis ir žemesnis, 46,58(11,37) spec. vidurinis ir 39,22(15,42) aukštasis išsilavinimas; $p<0,001$).

Lentelė Nr. 13. Išsilavinimo pasiskirstymas pagal gyv.vietą ir tautybę (n=598)

		Išsilavinimas			Iš viso
		Vidurinis ir žemesnis	Spec.vidurinis	Aukštasis	
Gyvenamoji vieta	Miestas	140a (72,9%)	124a (77,5%)	216b(91,9%)	480 (81,8%)
	R.centras	12a (6,3%)	9a (5,6%)	6a (2,6%)	27 (4,6%)
	Kaimas	40a (20,8%)	27a (16,9%)	13b (5,5%)	80 (13,6%)
	Iš viso	192 (100%)	160 (100%)	235 (100%)	587 (100%)
Tautybė	Lietuvių	123a,b(66,5%)	83b (54,2%)	160a(70,5%)	366 (64,8%)
	Rusų	24a (13,0%)	27a (17,6%)	26a (11,5%)	77 (13,6%)
	Lenkų	38a (20,5%)	43a (28,1%)	41a (18,1%)	122 (21,6%)
	Iš viso	185 (100%)	153 (100%)	227 (100%)	565 (100%)

Kiekviena skirtinga raidė žymi kategorijų, kurių stulpelių proporcijos reikšmingai nesiskiria 0,05 lygiu, pogrupį.

4.2. Antrasis etapas

4.2.1. PSQ-18 patikimumas

Apskaičiuotas bendro PSQ-18 balo Cronbacho alfa koeficientas (0,96) buvo žymiai didesnis, nei tokio tipo skalėms siūlomas 0,7, o kai kuriais atvejais 0,8. Atskirų septynių subskalių viduje Cronbacho alfa koeficientai svyravo nuo 0,69 iki 0,87 (Lentelė Nr.14).

Lentelė Nr. 14. PSQ-18 subskalių Cronbacho alfa koeficientai (n=887)

PSQ kategorijos	Cronbacho alfa koeficientai
Bendras pasitenkinimas	0,74
Techninis aprūpinimas ir kompetencija	0,82
Gydytojo santykis ir bendravimas su pacientu	0,86
Informacijos suteikimas ir dėmesingumas	0,74
Finansiniai aspektai	0,69
Konsultacijos trukmė ir laikas, praleistas su gydytoju	0,87
Paslaugos prieinamumas ir patogumas	0,87

4.2.2. Respondentų charakteristikos.

Tarp respondentų vyravo vidutinio amžiaus, moteriškos lyties ir lietuvių tautybės asmenys, taip pat miesto gyventojai, turintys aukštąjį išsilavinimą (lentelė Nr.15). Pacientų amžiaus vidurkis buvo 48,13 m., mediana - 49,00, standartinis nuokrypis - 15,73, o amžiaus diapazonas nuo 18 iki 87 metų. Abu skirstinio normalumo testai rodo, kad pacientų amžiaus skirstinys yra nukrypęs nuo normaliojo ($p < 0,001$), tačiau asimetrijos koeficientas yra labai mažas ($-0,035 \pm 0,1$).

Lentelė Nr. 15. Respondentų pasiskirstymas pagal socialinius ir demografinius požymius (n=887)

Socialiniai ir demografiniai veiksniai		Respondentų skaičius	%
Lytis	Vyriška	356	40,1%
	Moteriška	531	59,9%
Gyvenamoji vieta	Miestas	715	80,6%
	Rajono centras	78	8,8%
	Kaimas	94	10,6%
Išsilavinimas	Vidurinis ir žemesnis	280	31,6%
	Spec.vidurinis	151	17,0%
	Aukštasis	429	48,4%
	Kitas	27	3%
Tautybė	Lietuvių	520	58,6%
	Rusų	173	19,5%
	Lenkų	175	19,7%
	Kita	19	2,2%
Iš viso		887	100,0%

4.2.3. Bendras teikiamų paslaugų įvertinimas

Bendro balo įvertis svyravo nuo 21 (min) iki 90 (max). Vidurkis - 59,9, standartinis nuokrypis - 14,6 (Diagrama Nr.9).

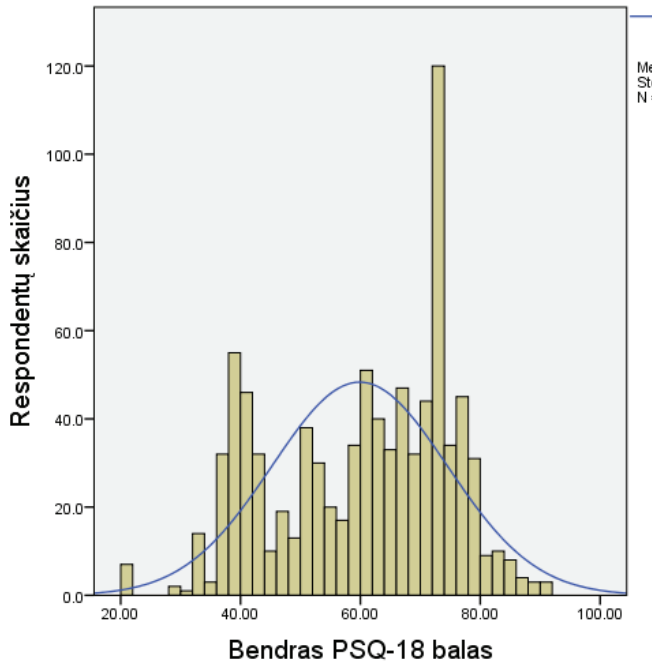


Diagrama Nr. 9. Bendro PSQ-18 balo pasiskirstymas

PSQ-18 bendro balo ir visų subskalių skirstinių skirtumai nuo normaliojo skirstinio visur statistiškai reikšmingi, tačiau nėra labai dideli (Lentelė Nr.16).

Daugiausia, t.y. 44%, pacientų įvertino paslaugas kaip geras, 38% - vidutiniškas, o 18% PSP paslaugas įvertino kaip blogas. Taigi, Vilniaus šeimos medicinos centrų pacientų pasitenkinimas šeimos medicinos centrų teikiamomis paslaugomis yra neblogas.

Lentelė Nr. 16. PSQ-18 bendro balo ir subskalių skirstinių Kolmogorovo-Smirnovo ir Šapiro-Vilko kriterijų rezultatai ir skirstinių formos rodikliai (asimetrija ir ekscesas) (n=887)

	Pasiskirstymo normalumo testų koeficientai		Asimetrijos koeficientas (±st.paklaida)	Eksceso koeficientas (±st.paklaida)
	Kolmogorovo-Smirnovo	Šapiro-Vilko		
Bendras pasitenkinimas	0,223**	0,911**	-0,386 (±0,1)	-0,931(±0,2)
Tech.aprūpinimas ir kompetencija	0,159**	0,944**	-0,486(±0,1)	-0,669(±0,2)
Gydytojo santykis ir bendravimas	0,325**	0,835**	-0,689(±0,1)	-0,627(±0,2)
Inf.suteikimas ir dėmesingumas	0,232**	0,902**	-0,575(±0,1)	-0,769(±0,2)
Finansiniai aspektai	0,244**	0,903**	-0,452(±0,1)	-0,839(±0,2)
Konsultacijos trukmė	0,262**	0,857**	-0,278(±0,1)	-1,347(±0,2)
Paslaugos prieinamumas ir patogumas	0,167**	0,919**	-0,010(±0,1)	-1,303(±0,2)
Bendras PSQ-18 balas	0,117**	0,950**	-0,381(±0,1)	-0,884(±0,2)

**p<0,001

4.2.4. Pasitenkinimo paslaugomis išsidėstymas (reitingas)

Panašiai kaip ir žvalgomajame tyrime, prasčiausiai respondentai vertino paslaugos prieinamumą ir patogumą bei konsultacijos trukmę, o geriausiai – gydytojo santykį ir bendravimą bei informacijos suteikimą ir dėmesingumą (lentelė Nr.17).

Lentelė Nr. 17. PSQ-18 subskalių įverčiai ir jų išsidėstymas (n=887)

PSQ-18 kategorijos	Įverčių vidurkis ir st. nuokrypis	Įverčiai didėjimo tvarka
Paslaugos prieinamumas ir patogumas	2,97 (0,98)	1
Konsultacijos trukmė ir laikas, praleistas su gydytoju	3,20 (1,01)	2
Bendras pasitenkinimas	3,37 (0,98)	3
Finansiniai aspektai	3,40 (0,91)	4
Techninis aprūpinimas ir kompetencija	3,45 (0,84)	5
Informacijos suteikimas ir dėmesingumas	3,55 (0,97)	6
Gydytojo santykis ir bendravimas su pacientu	3,59 (0,98)	7

4.2.5. Atskirų veiksnių sąsajos su pasitenkinimu PSP paslaugomis

4.2.5.1. Paciento lytis

Moterys PSP paslaugas vertina geriau nei vyrai: bendro balo vidurkis tarp vyrų buvo 58,60(15,39), o tarp moterų - 60,74(14,07) ($p=0,033$). Bendro balo pasiskirstymas priklausomai nuo pacientų lyties pavaizduotas diagramose Nr. 10 ir 11.

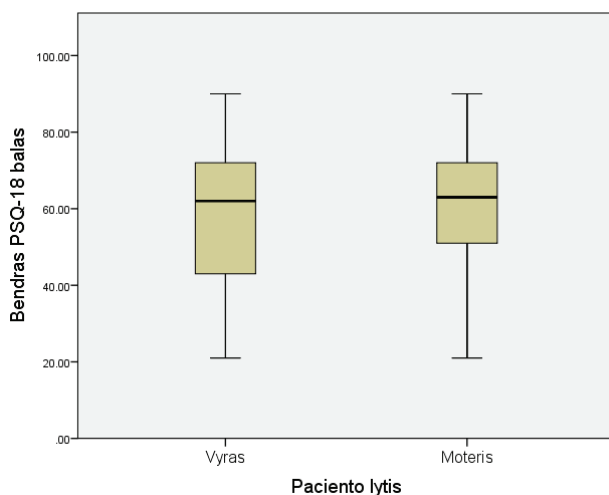


Diagrama Nr. 10. PSQ-18 bendro balo pagal pacientų lytį stačiakampė diagrama (n=887)

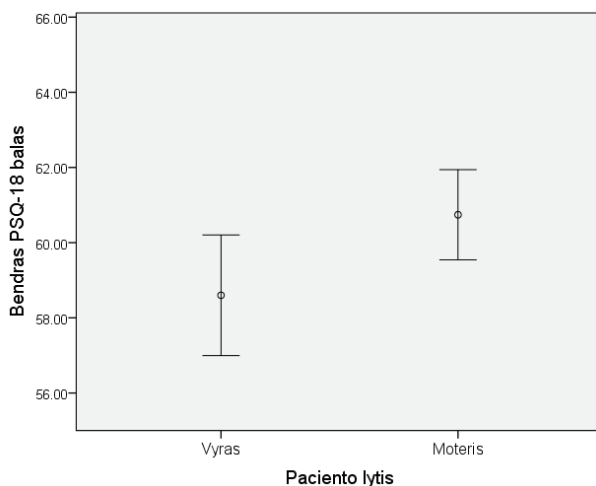


Diagrama Nr. 11. PSQ-18 bendro balo vidurkio 0,95 pasikliautinio intervalo grafikas kiekvienai pacientų lyties kategorijai (n=887)

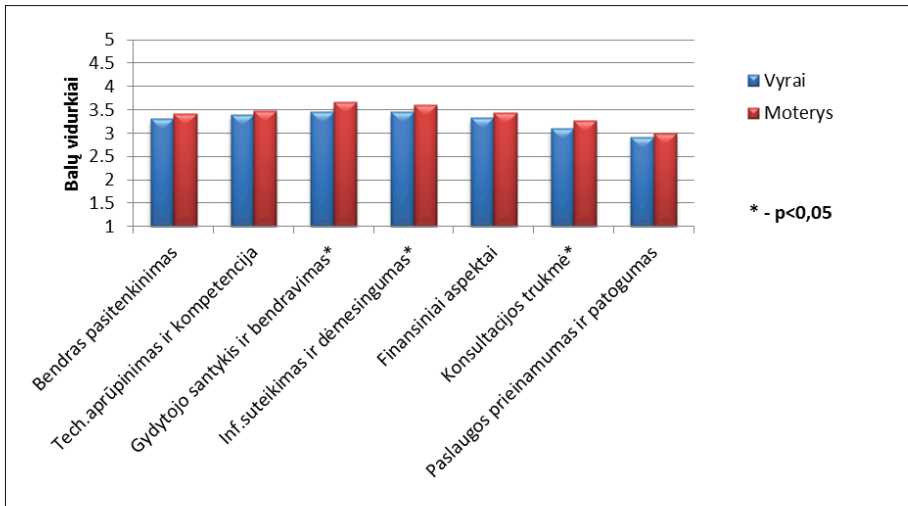


Diagrama Nr. 12. Pacientų lyties veikmė PSQ-18 subskalių įvertiams (n=887)

Skirtumai tarp lyčių rasti vertinant gydytojo santykį ir bendravimą su pacientu, informacijos suteikimą ir dėmesingumą bei konsultacijos trukmę ($p < 0,05$) (diagrama Nr. 12).

Šiose subskalėse pacienčių vertinimo vidurkis buvo aukštesnis nei pacientų vyrų (Lentelė Nr. 18)

Lentelė Nr. 18. PSQ-18 įverčiai priklausomai nuo paciento lyties (n=887)

Skalė	Lytis	Vidurkiai	St. nuokrypis	95% vidurkio pasikliautinis intervalas		p
				Viršutinė riba	Apatinė riba	
Gyd.santykis ir bendravimas	Vyrai	3,47	1,01	3,36	3,57	0,003
	Moterys	3,67	0,96	3,59	3,75	
Inf.suteikimas ir dėmesingumas	Vyrai	3,46	1,01	3,35	3,56	0,025
	Moterys	3,61	0,93	3,53	3,69	
Konsultacijos trukmė	Vyrai	3,10	1,03	2,99	3,21	0,017
	Moterys	3,27	0,99	3,18	3,35	
Bendras PSQ-18 balas	Vyrai	58,60	15,39	57,00	60,21	0,036
	Moterys	60,74	14,07	59,54	61,94	

Norime atkreipti dėmesį, kad tarp moterų didesnė proporcijos dalis turėjo aukštąjį išsilavinimą ($p < 0,001$), buvo miesto gyventojai ($p = 0,001$), lietuviai ($p < 0,001$) ir sergantys lėtinėmis ligomis ($p < 0,001$), lyginant su vyrais (Lentelė Nr. 19). Taip pat moterų amžiaus vidurkis buvo kiek mažesnis (vyrų – 49,84(15,21), o moterų – 46,99(15,99); $p = 0,008$).

Lentelė Nr. 19. Respondentų lyčių pasiskirstymas pagal išsilavinimą, gyvenamąją vietą, tautybę bei sirgimą somatinėmis ligomis (n=887)

		Paciento lytis		Iš viso
		Vyrai	Moterys	
Išsilavinimas	Vidurinis ir žemesnis	135a (38,9%)	145b (28,3%)	280 (32,6%)
	Spec.vidurinis	67a (19,3%)	84a (16,4%)	151 (17,6%)
	Aukštasis	145a (41,8%)	284b (55,4%)	429 (49,9%)
	Iš viso	347 (100%)	513 (100%)	860 (100%)
Gyv. vieta	Miestas	265a (74,4%)	450b (84,7%)	715 (80,6%)
	Raj.centras	39a (11,0%)	39a (7,3%)	78 (8,8%)
	Kaimas	52a (14,6%)	42b (7,9%)	94 (10,6%)
	Iš viso	356 (100%)	531 (100%)	887 (100%)
Tautybė	Lietuvis	177a (51,3%)	343b (65,6%)	520 (59,9%)
	Rusas	92a (26,7%)	81b (15,5%)	173 (19,9%)
	Lenkas	76a (22,0%)	99a (18,9%)	175 (20,2%)
	Iš viso	345 (100%)	523 (100%)	868 (100%)
Ligos	Nėra	119a (33,4%)	257b (48,4%)	376 (42,4%)
	Yra	237a (66,6%)	274b (51,6%)	511 (57,6%)
	Iš viso	356 (100%)	531 (100%)	887 (100%)

Kiekviena skirtinga raidė žymi kategorijų, kurių stulpelių proporcijos reikšmingai nesiskiria 0,05 lygiu, pogrupį.

4.2.5.2. Paciento amžius

Labiau sveikatos priežiūra buvo patenkinti jaunesni pacientai (Spearman'o $r = -0,161$; $p < 0,001$) (Diagrama Nr.13).

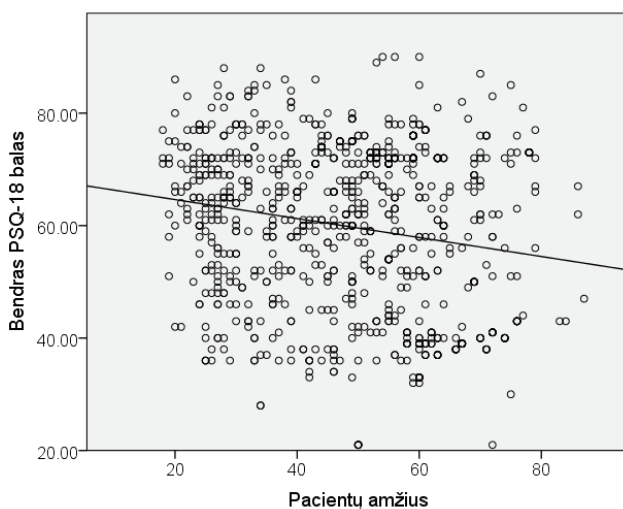


Diagrama Nr. 13. PSQ-18 bendro balo pasiskirstymas priklausomai nuo pacientų amžiaus (su tendencijos linija) (n=887)

Didesnis jaunesnių pacientų pasitenkinimas buvo visose septyniose subskalėse (Spearman'o koreliacijos koeficientų diapazonas nuo -0,074 iki -0,223; $p < 0,001$) (Lentelė Nr.20).

Lentelė Nr. 20. Spearman'o koreliacijos koeficientai tarp pacientų amžiaus ir PSQ-18 įverčių (n=887)

PSQ-18 kategorijos	Spearman'o koreliacijos koeficientai
Bendras pasitenkinimas	-0.155**
Techninis aprūpinimas ir kompetencija	-0.074**
Gydytojo santykis ir bendravimas su pacientu	-0.170**
Informacijos suteikimas ir dėmesingumas	-0.153**
Finansiniai aspektai	-0.175**
Konsultacijos trukmė ir laikas, praleistas su gydytoju	-0.223**
Paslaugos prieinamumas ir patogumas	-0.171**
Bendras PSQ-18 balas	-0.161**

**- $p < 0,001$

Stebime, kad didesni respondentų amžiaus vidurkiai buvo tarp pacientų vyrų ($p = 0,008$), rajono centro gyventojų ($p = 0,004$), įgijusių spec.vidurinį išsilavinimą ($p < 0,001$), rusų ($p < 0,001$) bei sergančių lėtinėmis ligomis ($p < 0,001$) (Lentelė Nr.21). Taip pat vyresnis respondentų amžius teigiamai koreliavo su VAS skausmui įverčiu ($r = 0,330$; $p < 0,001$).

Lentelė Nr. 21. Pacientų amžiaus vidurkiai priklausomai nuo pacientų lyties, gyv.vietos, išsilavinimo, tautybės bei sirgimo somatinėmis ligomis (n=887)

Veiksniai		Vidurkiai	St. nuokrypis	95% vidurkio pasikliautinis intervalas		p
				Viršutinė riba	Apatinė riba	
Pacientų lytis	Vyras	49,84	15,21	48,25	51,42	0,008
	Moteris	46,99	16,00	45,62	48,35	
Gyvenamoji vieta	Miestas	47,38	15,94	46,21	48,55	0,008
	Raj.centras	53,36	13,55	50,30	56,41	
	Kaimas	49,51	15,02	46,43	52,59	
Išsilavinimas	Vidurinis ir žemesnis	52,45	14,86	50,70	54,19	0,000
	Spec.vidurinis	55,20	13,26	53,07	57,33	
	Aukštasis	42,86	15,36	41,40	44,32	
Tautybė	Lietuvių	45,17	16,07	43,78	46,55	0,000
	Lenkų	54,79	12,30	52,95	56,64	
	Rusų	50,88	15,68	48,54	53,22	
Ligos	Nėra	37,19	13,21	35,85	38,53	0,000
	Yra	56,18	12,19	55,12	57,24	

Poriniai respondentų amžiaus vidurkių palyginimai skirtingų gyvenamųjų vietų, išsilavinimo bei tautybės grupėse pateikti lentelėje Nr.22.

Lentelė Nr. 22. Poriniai respondentų amžiaus vidurkių palyginimai tarp skirtingų gyvenamosios vietos, išsilavinimo bei tautybės grupių (n=887)

Veiksniai	p reikšmė		
		Miestas	Kaimas
Gyvenamoji vieta	Raj.centras	0,001	0,185
	Kaimas	0,407	
Išsilavinimas		Vidurinis ir žemesnis	Aukštasis
	Spec.vidurinis	0,121	0,000
	Aukštasis	0,000	
Tautybė		Lietuvių	Rusų
	Lenkų	0,000	0,027
	Rusų	0,000	

4.2.5.3. Gyvenamoji vieta

Labiau teikiamomis paslaugomis patenkinti miesto, o mažiausiai – rajono centro gyventojai (bendro balo vidurkis mieste 61,42(14,26), rajono centre 52,60(13,11) ir kaime 54,23(15,65); $p < 0.001$) (Diagramos Nr.14 ir 15).

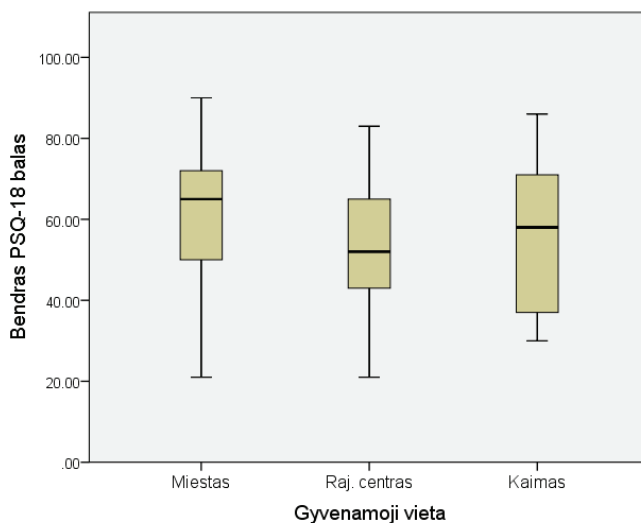


Diagrama Nr. 14. PSQ-18 bendro balo pagal gyvenamąją vietą stačiakampė diagrama (n=887)

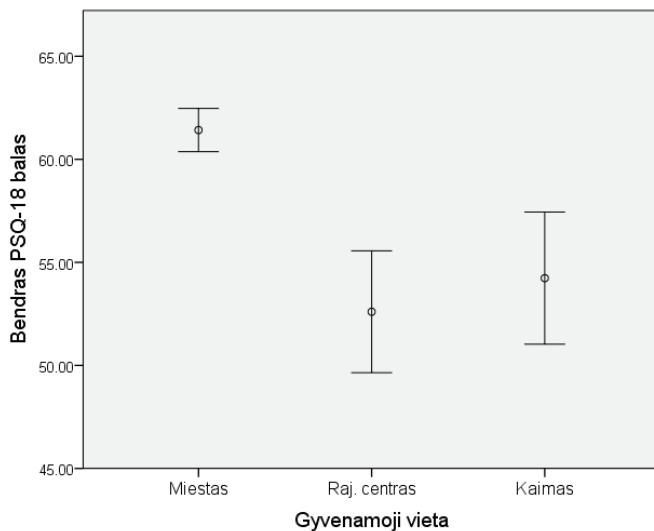


Diagrama Nr. 15. PSQ-18 bendro balo vidurkio 0,95 pasikliautinio intervalo grafikas kiekvienai gyvenamosios vietos kategorijai (n=887)

Miesto gyventojai atskirus kokybės aspektus atspindinčias subskales taip pat vertino žymiai geriau nei rajono centrų bei kaimo gyventojai (Diagrama Nr.16).

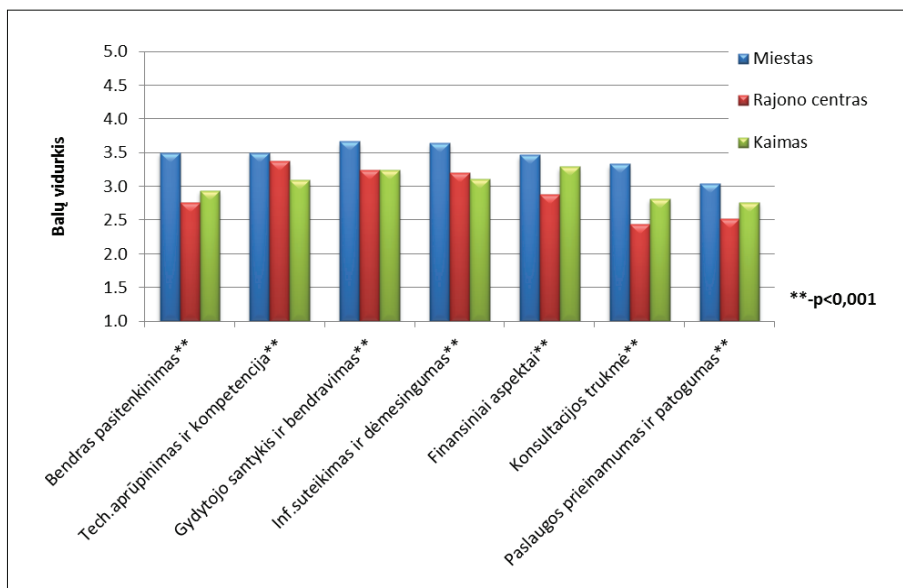


Diagrama Nr. 16. PSQ-18 klausimyno subskalių įverčių skirtumai priklausomai nuo gyvenamosios vietos (n=887)

Tuo tarpu prasčiausi subskalių įvertinimai buvo tai tarp rajono centrų, tai tarp kaimo gyventojų (Lentelė Nr.23)

Lentelė Nr. 23. PSQ-18 subskalių įverčiai priklausomai nuo gyvenamosios vietos (n=887)

Skalė	Gyvenamoji vieta	Vidurkis	St. nuokrypis	95% vidurkio pasikliautinis intervalas		p
				Viršutinė riba	Apatinė riba	
Bendras pasitenkinimas	Miestas	3,50	0,94	3,43	3,57	0,000
	Raj.centras	2,76	0,88	2,56	2,95	
	Kaimas	2,94	1,01	2,73	3,14	
Tech.aprūpinimas ir kompetencija	Miestas	3,50	0,83	3,44	3,56	0,000
	Raj.centras	3,37	0,67	3,22	3,52	
	Kaimas	3,09	0,93	2,90	3,28	
Gydytojo santykis ir bendravimas	Miestas	3,67	0,94	3,60	3,74	0,000
	Raj.centras	3,24	1,08	2,99	3,48	
	Kaimas	3,24	1,09	3,02	3,47	
Inf.suteikimas ir dėmesingumas	Miestas	3,64	0,94	3,57	3,71	0,000
	Raj.centras	3,20	0,93	2,99	3,41	
	Kaimas	3,11	1,01	2,91	3,32	
Finansiniai aspektai	Miestas	3,47	0,89	3,40	3,53	0,000
	Raj.centras	2,88	0,87	2,69	3,08	
	Kaimas	3,29	1,01	3,08	3,50	
Konsultacijos trukmė	Miestas	3,33	0,98	3,26	3,41	0,000
	Raj.centras	2,44	0,81	2,25	2,62	
	Kaimas	2,82	1,00	2,61	3,03	
Paslaugos prieinamumas ir patogumas	Miestas	3,05	0,98	2,97	3,12	0,000
	Raj.centras	2,52	0,82	2,34	2,71	
	Kaimas	2,76	0,90	2,58	2,95	
Bendras PSQ-18 balas	Miestas	61,42	14,26	60,37	62,47	0,000
	Raj.centras	52,60	13,11	49,65	55,56	
	Kaimas	54,23	15,65	51,03	57,44	

Beveik visų subskalių poriniuose palyginimuose radome statistinį skirtumą tarp miesto ir rajono centro bei miesto ir kaimo gyventojų vertinimo. Ir tik dviejų sričių vertinimas skyrėsi tarp rajono centrų ir kaimo gyventojų: finansinių aspektų ir konsultacijos trukmės vertinimas - kaimo gyventojai šias sritis vertino palankiau (Lentelė Nr.24).

Lentelė Nr. 24. Poriniai PSQ-18 įverčių vidurkių palyginimai priklausomai nuo gyvenamosios vietos (n=887)

Skalė	p reikšmė		
		Miestas	Kaimas
Bendras PSQ-18 balas	Raj.centras	0,000	0,738
	Kaimas	0,000	
Bendras pasitenkinimas	Raj.centras	0,000	0,426
	Kaimas	0,000	
Tech.aprūpinimas ir kompetencija	Raj.centras	0,260	0,063
	Kaimas	0,000	
Gydytojo santykis ir bendravimas	Raj.centras	0,003	0,999
	Kaimas	0,001	
Inf.suteikimas ir dėmesingumas	Raj.centras	0,000	0,826
	Kaimas	0,000	
Finansiniai aspektai	Raj.centras	0,000	0,014
	Kaimas	0,259	
Konsultacijos trukmė	Raj.centras	0,000	0,017
	Kaimas	0,000	
Paslaugos prieinamumas ir patogumas	Raj.centras	0,000	0,162
	Kaimas	0,015	

Turime pastebėti, kad tarp pacientų iš rajono centro bei kaimo buvo didesnė proporcijos dalis su viduriniu ir žemesniu išsilavinimu ($p < 0,001$), rusų ir lenkų tautybės ($p < 0,001$) bei turinčių lėtinių ligų ($p < 0,001$) pacientų proporcijos dalis (Lentelė Nr.25).

Lentelė Nr. 25. Respondentų gyvenamosios vietos pasiskirstymas pagal išsilavinimą, tautybę ir sirgimą lėtinėmis ligomis (n=887)

		Gyv.vieta			Iš viso
		Miestas	Raj.centras	Kaimas	
Išsilavinimas	Vidurinis ir žemesnis	191a(27,4%)	42b (53,8%)	47b (55,3%)	280 (32,6%)
	Spec.vidurinis	119a (17,1%)	17a (21,8%)	15a (17,6%)	151 (17,6%)
	Aukštasis	387a(55,5%)	19b (24,4%)	23b (27,1%)	429 (49,9%)
	Iš viso	697 (100%)	78 (100%)	85 (100%)	860 (100%)
Tautybė	Lietuvių	487a(69,6%)	16b (20,5%)	17b (18,9%)	520 (59,9%)
	Rusų	116a(16,6%)	27b (34,6%)	30b (33,3%)	173 (19,9%)
	Lenkų	97a (13,9%)	35b (44,9%)	43b (47,8%)	175 (20,2%)
	Iš viso	700 (100%)	78 (100%)	90 (100%)	868 (100%)
Ligos	Nėra	347a(48,5%)	7b (9,0%)	22c (23,4%)	376 (42,4%)
	Yra	368a(51,5%)	71b (91,0%)	72c (76,6%)	511 (57,6%)
	Iš viso	715 (100%)	78 (100%)	94 (100%)	887 (100%)

Kiekviena skirtinga raidė žymi kategorijų, kurių stulpelių proporcijos reikšmingai nesiskiria 0,05 lygiu, pogrupį.

Skyrėsi skirtingų vietovių gyventojų amžiaus vidurkis: mieste jis buvo mažiausias, o rajono centre – didžiausias (mieste - 47,38(15,94), raj.centre - 53,36(13,55), o kaime - 49,51(15,02); $p=0,004$). Gyvenantieji mieste išsakė mažiausią skausmą pagal VAS (mieste - 1,27(1,62), rajono centre - 1,67(1,62) ir kaime - 1,71(1,45); $p=0,008$)

4.2.5.4. Išsilavinimas

Vidurinę ar žemesnę išsilavinimą turinčiųjų pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugomis buvo prasčiausias (vidurinis ar žemesnis - 57,84(15,47), spec.vidurinis - 61,11(13,36), aukštasis - 60,55(14,40); $p=0,025$) (Diagramos Nr.17 ir 18).

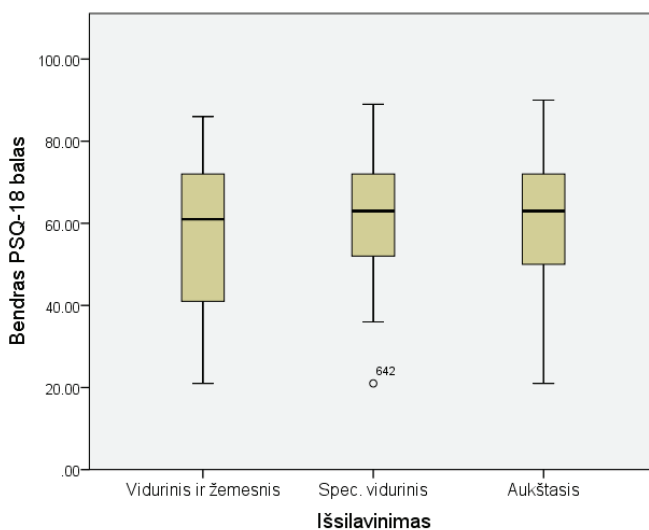


Diagrama Nr. 17. PSQ-18 bendro balo pagal išsilavinimą stačiakampė diagrama (n=887)

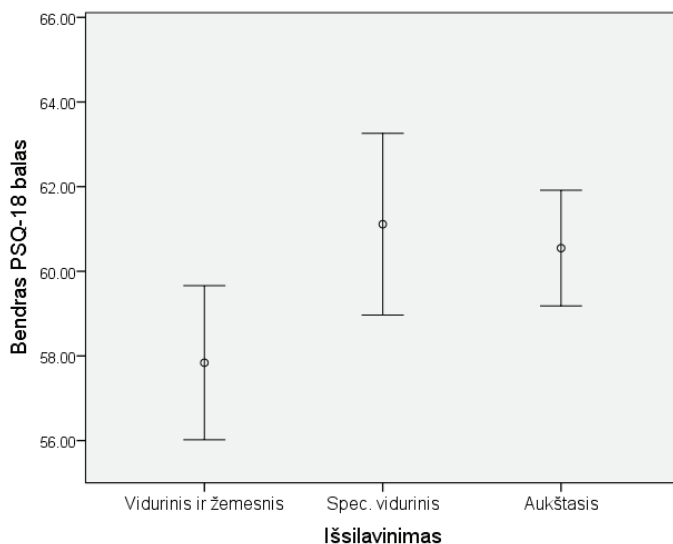


Diagrama Nr. 18. PSQ-18 bendro balo vidurkių 0,95 pasikliautinio intervalo grafikas kiekvienai išsilavinimo kategorijai (n=887)

Visose subskalėse vidurinę ar žemesnę išsilavinimą turintieji vertino teiginius prasčiausiai, bet statistiškai reikšmingus rezultatus gavome keturiose subskalėse (Diagrama Nr.19).

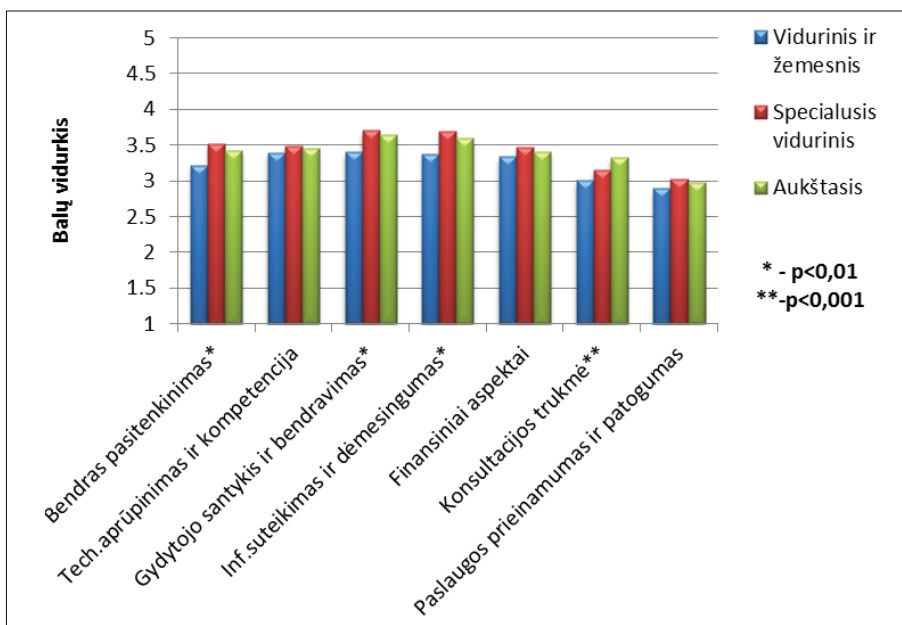


Diagrama Nr. 19. Išsilavinimo veikmė PSQ-18 subskalių įverčiams (n=887)

Kai kurias šias subskales geriausiai vertino spec.vidurinio išsilavinimo respondentai, o kai kurias – aukštojo (Lentelė Nr.26).

Lentelė Nr. 26. PSQ-18 įverčiai priklausomai nuo išsilavinimo (n=887)

Skalė	Išsilavinimas	Vidurkis	St. nuokrypis	95% vidurkio pasikliautinis intervalas		p
				Viršutinė riba	Apatinė riba	
Bendras pasitenkinimas	Vidurinis ir žemesnis	3,21	1,01	3,09	3,33	0,002
	Spec.vidurinis	3,51	0,89	3,37	3,66	
	Aukštasis	3,42	0,98	3,33	3,51	
Gydytojo santykis ir bendravimas	Vidurinis ir žemesnis	3,40	1,01	3,28	3,52	0,001
	Spec.vidurinis	3,71	0,85	3,57	3,84	
	Aukštasis	3,64	1,00	3,55	3,74	
Informacijos suteikimas ir dėmesingumas	Vidurinis ir žemesnis	3,38	1,07	3,25	3,50	0,001
	Spec.vidurinis	3,70	0,81	3,57	3,83	
	Aukštasis	3,60	0,94	3,51	3,69	
Konsultacijos trukmė	Vidurinis ir žemesnis	3,00	1,03	2,88	3,12	0,000
	Spec.vidurinis	3,15	0,98	2,99	3,31	
	Aukštasis	3,33	0,98	3,24	3,43	
Bendras PSQ-18 balas	Vidurinis ir žemesnis	57,84	15,47	56,02	59,66	0,025
	Spec.vidurinis	61,11	13,35	58,97	63,26	
	Aukštasis	60,55	14,40	59,18	61,91	

“Bendro pasitenkinimo”, “gydytojo santykio ir bendravimo” bei “informacijos suteikimo ir dėmesingumo” subskales turintieji vidurinę ir žemesnę išsilavinimą vertino prasčiau už turinčiuosius aukštąjį ar spec.vidurinę išsilavinimą. “Konsultacijos trukmės” subskalėje rastas skirtumas tik tarp vidurinę ir žemesnę bei aukštąjį išsilavinimą turinčiųjų vertinimo (Lentelė Nr.27).

Lentelė Nr. 27. Poriniai PSQ-18 įverčių vidurkių palyginimai priklausomai nuo išsilavinimo (n=887)

Skalė	p reikšmė		
		Vidurinis ir žemesnis	Aukštasis
Bendras pasitenkinimas	Spec.vidurinis	0,004	0,542
	Aukštasis	0,015	
Gydytojo santykis ir bendravimas	Spec.vidurinis	0,003	0,725
	Aukštasis	0,006	
Informacijos suteikimas ir dėmesingumas	Spec.vidurinis	0,001	0,422
	Aukštasis	0,013	
Konsultacijos trukmė	Spec.vidurinis	0,306	0,126
	Aukštasis	0,000	

Tarp turinčiųjų vidurinį ir žemesnį išsilavinimą didesnė proporcijos dalis buvo kaimo gyventojų, rusų, vyrų ir sergančiųjų lėtinėmis ligomis (visų $p < 0,001$) (Lentelė Nr.28)

Lentelė Nr. 28. Respondentų išsilavinimo pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą, tautybę, respondentų lytį bei sirgimą lėtinėmis ligomis (n=887)

		Išsilavinimas			Iš viso
		Vidurinis ir žemesnis	Spec.vidurinis	Aukštasis	
Gyvenamoji vieta	Miestas	191a (27,4%)	42b (53,8%)	47b (55,3%)	280 (32,6%)
	R.centras	119a (17,1%)	17a (21,8%)	15a (17,6%)	151 (17,6%)
	Kaimas	387a (55,5%)	19b (24,4%)	23b (27,1%)	429 (49,9%)
	Iš viso	697 (100%)	78 (100%)	85 (100%)	860 (100%)
Tautybė	Lietuvių	113a (41,5%)	78a (53,1%)	315b (74,6%)	506 (60,2%)
	Rusų	95a (34,9%)	33b (22,4%)	38c (9,0%)	166 (19,7%)
	Lenkų	64a (23,5%)	36a (24,5%)	69a (16,4%)	169 (20,1%)
	Iš viso	272 (100%)	147 (100%)	90 (100%)	841 (100%)
Paciento lytis	Vyras	135a (48,2%)	67a,b (44,4%)	145b (33,8%)	347 (40,3%)
	Moteris	145a (51,8%)	84a,b (55,6%)	284b (66,2%)	513 (59,7%)
	Iš viso	280 (100%)	151 (100%)	429 (100%)	860 (100%)
Ligos	Nėra	56a (20,0%)	40a (26,5%)	267b (62,2%)	363 (42,2%)
	Yra	224a (80,0%)	111a (73,5%)	162b (37,8%)	497 (57,8%)
	Iš viso	280 (100%)	151 (100%)	429 (100%)	860 (100%)

Kiekviena skirtinga raidė žymi kategorijų, kurių stulpelių proporcijos reikšmingai nesiskiria 0,05 lygiu, pogrupi.

Pastebime, kad pacientų su aukštesniu išsilavinimu amžiaus vidurkis buvo mažiausias (vidurinio ir žemesnio išsilavinimo grupėje - 52,45(14,86), spec. vidurinio - 55,20(13,26) ir aukštojo - 42,86(15,36); $p < 0,001$), kaip ir mažiausias VAS skausmui įverčio vidurkis (vidurinio ir žemesnio - 1,63(1,63), spec. vidurinio - 1,74(1,77) ir aukštojo išsilavinimo grupėje - 1,03(1,47); $p < 0,001$).

4.2.5.5. Tautybė

Palankiausiai teikiamas paslaugas vertino lietuviai, o prasčiausiai – rusai: PSQ-18 balo vidurkiai yra 61,15(14,17) lietuvių, 59,00(15,15) lenkų ir 57,60(15,20) rusų ($p=0,013$) (Diagramos Nr.20 ir 21).

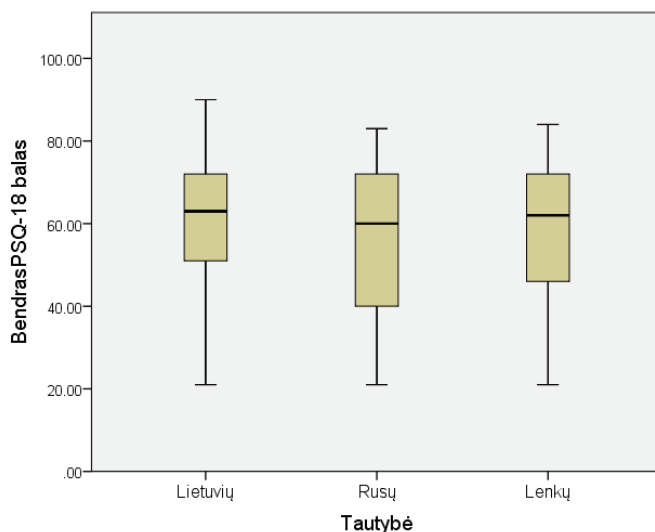


Diagrama Nr. 20. PSQ-18 bendro balo pagal tautybę stačiakampė diagrama (n=887)

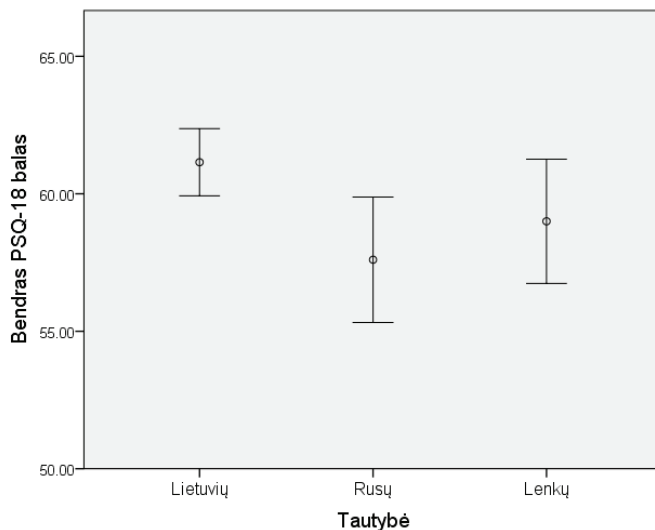


Diagrama Nr. 21. PSQ-18 bendro balo vidurkio 0,95 pasikliautinio intervalo grafikas kiekvienai tautybės kategorijai (n=887)

Rasti vertinimo skirtumai penkiose subskalėse (Diagrama Nr.22). Ryškiausias skirtumas rastas gydytojo santykio ir bendravimo subskalėje, mažiau ryškūs – vertinant bendrą pasitenkinimą, informacijos suteikimą ir dėmesingumą, finansinius aspektus bei konsultacijos trukmę.

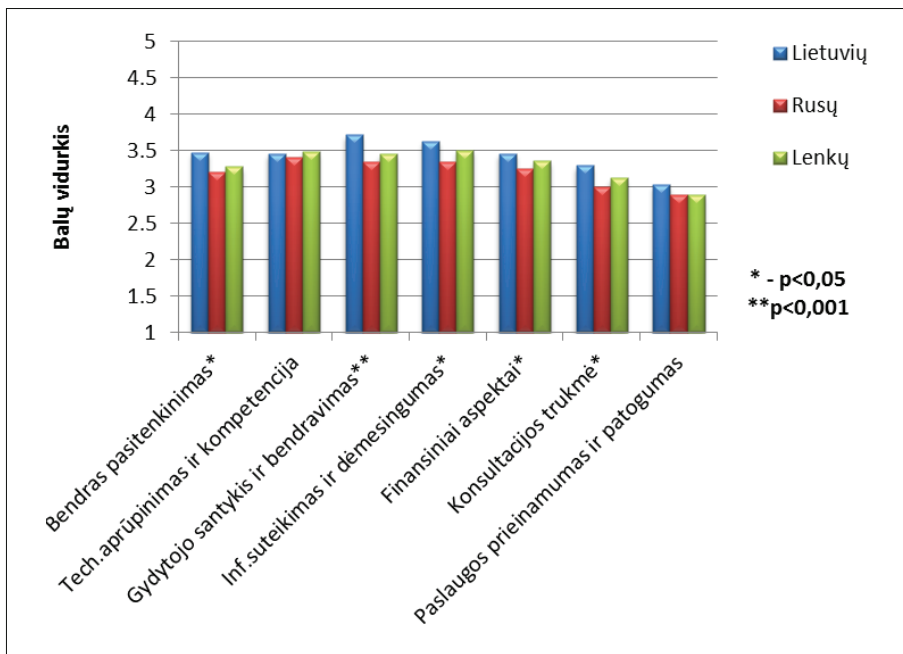


Diagrama Nr. 22. Tautybės veikmė PSQ-18 subskalių įverčiams (n=887)

Visose subskalėse, kuriose rastas statistinis skirtumas, lietuvių pacientų vertinimas buvo geriausias, o rusų – prasčiausias. (Lentelė Nr.29).

Lenkų grupės rezultatai buvo geresni nei rusų ir labiau artimi lietuvių rezultatams, todėl visose subskalėse, kur rastas reikšmingas skirtumas, jis rastas tik tarp lietuvių ir rusų grupių. Skirtumas tarp lenkų ir lietuvių grupių rastas tik vertinant gydytojo santykį ir bendradarbiavimą (p=0,008) (Lentelė Nr.30).

Lentelė Nr. 29. PSQ-18 subskalių įverčiai priklausomai nuo tautybės (n=887)

Skalė	Tautybė	Vidurkis	St. nuokrypis	95% vidurkio pasikliautinis intervalas		p
				Viršutinė riba	Apatinė riba	
Bendras pasitenkinimas	Lietuvių	3,47	0,94	3,39	3,56	0,003
	Rusų	3,21	1,00	3,06	3,36	
	Lenkų	3,28	1,04	3,13	3,44	
Gydytojo santykis ir bendravimas	Lietuvių	3,72	0,95	3,64	3,80	0,000
	Rusų	3,36	1,00	3,20	3,51	
	Lenkų	3,46	1,01	3,31	3,61	
Informacijos suteikimas ir dėmesingumas	Lietuvių	3,63	0,92	3,55	3,71	0,004
	Rusų	3,35	1,09	3,19	3,52	
	Lenkų	3,51	0,96	3,37	3,65	
Finansiniai aspektai	Lietuvių	3,46	0,88	3,39	3,54	0,024
	Rusų	3,25	0,90	3,12	3,39	
	Lenkų	3,36	1,01	3,21	3,51	
Konsultacijos trukmė	Lietuvių	3,30	1,01	3,21	3,39	0,002
	Rusų	3,01	0,99	2,86	3,16	
	Lenkų	3,13	1,01	2,98	3,28	
Bendras PSQ-18 balas	Lietuvių	61,15	14,17	59,93	62,37	0,013
	Rusų	57,60	15,20	55,32	59,88	
	Lenkų	59,00	15,15	56,74	61,26	

Lentelė Nr. 30. Poriniai PSQ-18 įverčių vidurkių palyginimai priklausomai nuo tautybės (n=887)

Skalė	p reikšmė		
		Lietuvių	Lenkų
Bendras PSQ-18 balas	Rusų	0,020	0,666
	Lenkų	0,227	
Bendras pasitenkinimas	Rusų	0,008	0,803
	Lenkų	0,082	
Gydytojo santykis ir bendravimas	Rusų	0,000	0,614
	Lenkų	0,008	
Informacijos suteikimas ir dėmesingumas	Rusų	0,008	0,333
	Lenkų	0,299	
Finansiniai aspektai	Rusų	0,020	0,556
	Lenkų	0,427	
Konsultacijos trukmė	Rusų	0,003	0,520
	Lenkų	0,129	

Norime pastebėti, kad tarp lietuvių buvo didžiausios aukštojo išsilavinimo, miesto gyventojų proporcijų dalys, taip pat nesergančių lėtinėmis ligomis bei pacienčių moterų ($p < 0,001$) (Lentelė Nr.31). Rusų tautybės respondentų tarpe buvo didesnė dalis besilankančių privačiose klinikose ($p = 0,029$). Lietuvių amžiaus vidurkis buvo mažiausias (lietuvių grupėje - 45,17(16,07), rusų - 54,79(12,30) ir lenkų - 50,88(15,68); $p < 0,001$) bei mažiausias VAS skausmui įvertis (lietuvių grupėje - 1,17(1,57), rusų - 1,60(1,35) ir lenkų - 1,58(1,84); $p = 0,001$).

Lentelė Nr. 31. Respondentų tautybės pasiskirstymas pagal išsilavinimą, respondentų lytį, gyvenamąją vietą, įstaigos tipą ir sirgimą lėtinėmis ligomis (n=887)

		Tautybė			Iš viso
		Lietuvių	Rusų	Lenkų	
Išsilavinimas	Vidurinis ir žemesnis	112a (22,3%)	95c (57,2%)	64b (37,9%)	272 (32,3%)
	Spec. vidurinis	78a (15,4%)	33a (19,9%)	36a (21,3%)	147 (17,5%)
	Aukštasis	315a (62,3%)	38c (22,9%)	69b (40,8%)	422 (50,2%)
	Iš viso	506 (100%)	166 (100%)	169 (100%)	841 (100%)
Gyvenamoji vieta	Miestas	487a (93,7%)	116b(67,1%)	97b (55,4%)	700 (80,6%)
	R.centras	16a (3,1%)	27b (15,6%)	35b (20,0%)	78 (9,0%)
	Kaimas	17a (3,3%)	30b (17,3%)	43b (24,6%)	90 (10,4%)
	Iš viso	520 (100%)	173 (100%)	175 (100%)	868 (100%)
Įstaiga	Valstybinė	407a,b (78,3%)	121b(69,9%)	142a(81,1%)	670 (77,2%)
	Privati	113a,b (21,7%)	52b (30,1%)	33a (18,9%)	198 (22,8%)
	Iš viso	520 (100%)	173 (100%)	175 (100%)	868 (100%)
Paciento lytis	Vyras	177a (34,0%)	92b (53,2%)	76a,b (43,4%)	345 (39,7%)
	Moteris	343a (66,0%)	81b (46,8%)	99a,b (56,6%)	532 (60,3%)
	Iš viso	520 (100%)	173 (100%)	175 (100%)	868 (100%)
Ligos	Nėra	288a (55,4%)	31b (17,9%)	50b (28,6%)	369 (42,5%)
	Yra	232a (44,6%)	142b(82,1%)	125b(71,4%)	499 (57,5%)
	Iš viso	520 (100%)	173 (100%)	175 (100%)	868 (100%)

Kiekviena skirtinga raidė žymi kategorijų, kurių stulpelių proporcijos reikšmingai nesiskiria 0,05 lygiu, pogrupį.

4.2.5.6. PSP įstaigos tipas

Tarp respondentų vyravo valstybinių klinikų pacientai (77,2%). Valstybinių ir privačių klinikų pacientai vertino gautas PSP paslaugas nevienareikšmiškai. Bendras balas buvo labai panašus ir reikšmingai nesiskyrė - 59,60(14,35) valstybinių ir 60,83(15,59) privačių ($p=0,295$). Kai kurios subskalės vertintos geriau valstybinių klinikų pacientų, kai kurios – dalinai privačių, tačiau statistiškai reikšmingai skyrėsi tik pasitenkinimo paslaugų prieinamumu vertinimas: privačių klinikų pacientai vertino prieinamumą geriau nei valstybinių (paslaugos prieinamumo įverčio vidurkis yra 2,92(0,96) tarp valstybinių įstaigų respondentų ir 3,14(1,02) - tarp privačių; $p=0,008$) (Diagrama Nr.23 ir lentelė Nr.32).

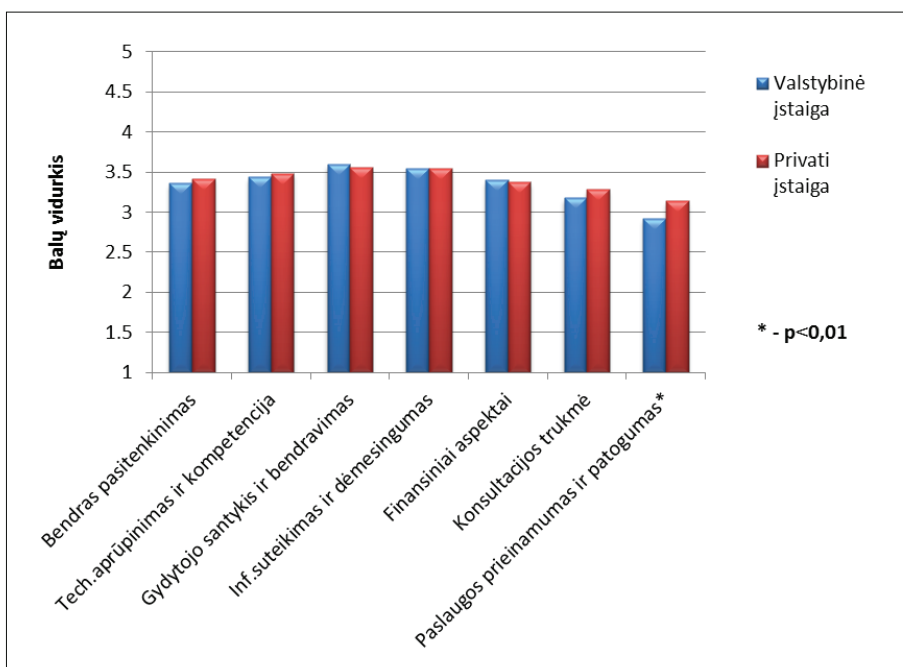


Diagrama Nr. 23. Įstaigos tipo įtaka PSQ-18 subskalių įverčiams (n=887)

Lentelė Nr. 32. Įstaigos tipo įtaka PSQ-18 subskalių įverčiams (n=887)

Skalė	Įstaiga	Vidurkis	St. nuokrypis	95% vidurkio pasikliautinis intervalas		p
				Viršutinė riba	Apatinė riba	
Paslaugų prieinamumas ir patogumas	Valstybinė	2,92	0,96	2,85	2,99	0,008
	Privati	3,14	1,02	3,00	3,28	

Pastebėjome, kad tarp besilankančiųjų privačiose klinikose didesnė proporcijos dalis pacientų, nesergančių lėtinėmis ligomis ($p=0,018$), taip pat rusų tautybės pacientų ($p=0,029$) (Lentelė Nr.33).

Lentelė Nr. 33. Įstaigos tipo pasiskirstymas pagal respondentų tautybę ir sirgimą somatinėmis ligomis ($n=887$)

		Įstaigos tipas		Iš viso
		Valstybinė	Privati	
Ligos	Nėra	305a (44,5%)	71b (35,1%)	376 (42,4%)
	Yra	380a (55,5%)	131b (64,9%)	511 (57,6%)
	Iš viso	685 (100%)	202 (100%)	887 (100%)
Tautybė	Lietuvių	407a (60,7%)	113a (57,1%)	520 (59,9%)
	Rusų	121a (18,1%)	52b (26,3%)	173 (19,9%)
	Lenkų	142a (21,2%)	33a (16,7%)	175 (20,2%)
	Iš viso	670 (100%)	198 (100%)	868 (100%)

Kiekviena skirtinga raidė žymi kategorijų, kurių stulpelių proporcijos reikšmingai nesiskiria 0,05 lygiu, pogrupį.

4.2.5.7. Lėtinės ligos

57.6% ($n=511$) respondentų sirgo viena ir daugiau lėtinių somatinių ligų. Dažniausiai pacientai nurodydavo sergą:

- periferinių ar galvos smegenų kraujagyslių ligomis (25,3% ir 20,1%);
- lėtine inkstų liga (16,9%);
- cukriniu diabetu (16%);
- lėtine obstrukcine plaučių liga (16%).

Lėtinėmis ligomis sergantieji žymiai prasčiau vertino beveik visus pasitenkinimo PSP paslaugomis aspektus (šešis iš septynių subskalių) ir turėjo prastesnę bendrą PSQ-18 balą (“nėra ligų” grupėje - 62,59(12,88), o “viena ir daugiau ligų” - 57,89(15,53); $p<0,001$) (Diagramos Nr.23 ir 24).

Statistinio patikimumo pritrūko tik subskalėje “Techninis aprūpinimas ir kompetencija” (“nėra ligų” grupėje - 3,51(0,82), o “viena ir daugiau ligų” - 3,40(0,85); $p=0,061$) (Diagrama Nr.25).

Ryškiausias skirtumas tarp pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis ir nesergančių, rastas vertinant konsultacijai skirtą laiką: ligoti pacientai turi žymiai prastesnę įvertio vidurkį (“nėra ligų” grupėje - 3,51(0,89), o “viena ir daugiau ligų” - 2,97(1,03); $p<0,001$) (Lentelė Nr.34).

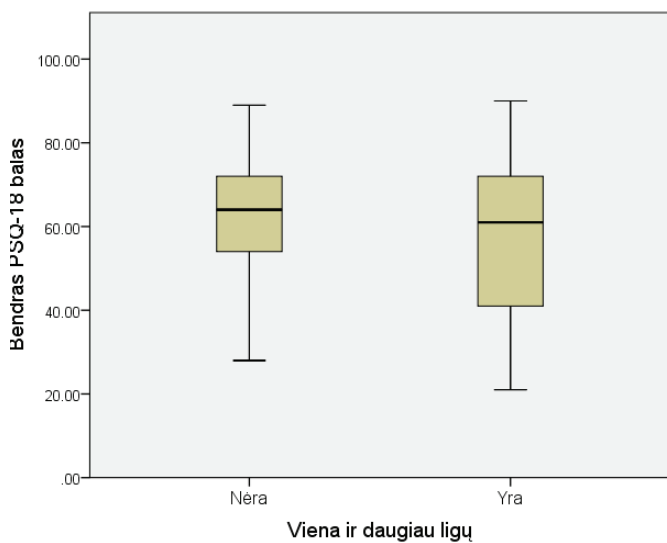


Diagrama Nr. 23. PSQ-18 bendro balo pagal sirgimą somatinėmis ligomis stačiakampės diagramos (n=887)

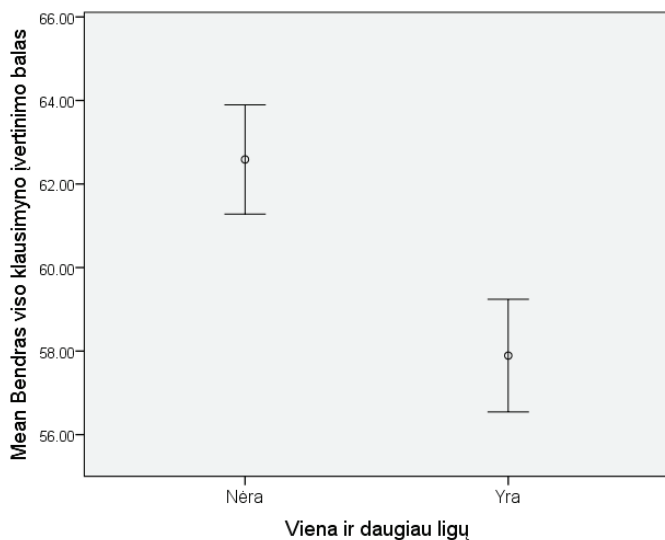


Diagrama Nr. 24. PSQ-18 bendro balo vidurkio 0,95 pasikliautinio intervalo grafikai kiekvienai sirgimo somatinėmis ligomis arba nesirgimo kategorijai (n=887)

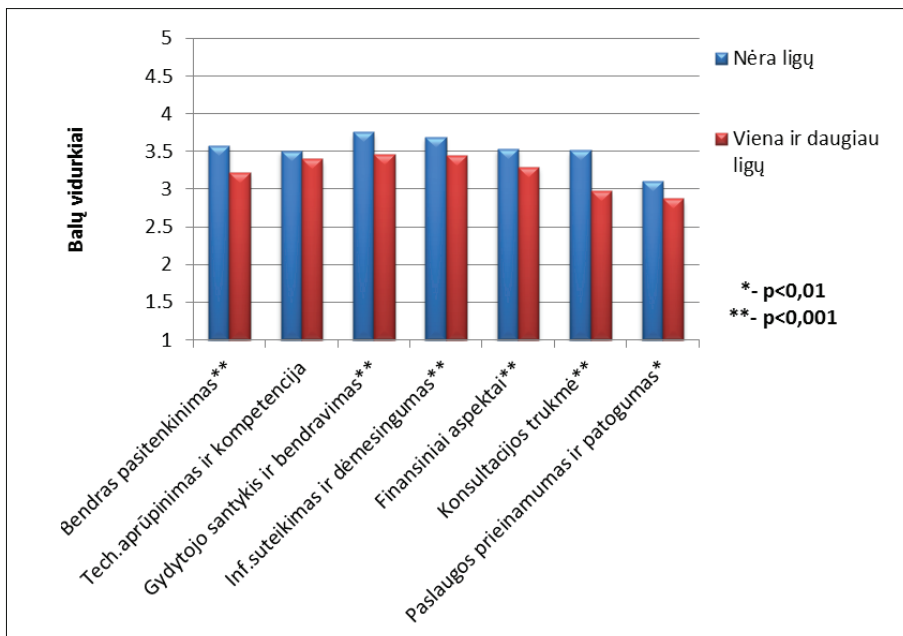


Diagrama Nr. 25. Sirgimo lėtinėmis ligomis įtaka pasitenkinimui (n=887)

Lentelė Nr. 34. PSQ-18 subskalių įverčiai priklausomai nuo sirgimo lėtinėmis ligomis (n=887)

Skalė	Liga/-os	Vidurkiai	St. nuokrypis	95% vidurkio pasikliautinis intervalas		p
				Viršutinė riba	Apatinė riba	
Bendras pasitenkinimas	Nėra	3,58	0,90	3,49	3,67	0,000
	Yra	3,23	1,00	3,14	3,31	
Gydytojo santykis ir bendravimas	Nėra	3,76	0,90	3,67	3,85	0,000
	Yra	3,46	1,02	3,37	3,55	
Informacijos suteikimas ir dėmesingumas	Nėra	3,69	0,85	3,61	3,78	0,000
	Yra	3,44	1,04	3,35	3,53	
Finansiniai aspektai	Nėra	3,53	0,83	3,45	3,62	0,000
	Yra	3,30	0,96	3,21	3,38	
Konsultacijos trukmė	Nėra	3,51	0,89	3,42	3,60	0,000
	Yra	2,97	1,03	2,88	3,06	
Paslaugų prieinamumas ir patogumas	Nėra	3,10	0,95	3,00	3,20	0,001
	Yra	2,87	0,98	2,79	2,96	
Bendras PSQ-18 balas	Nėra	62,59	12,88	61,28	63,89	0,000
	Yra	57,89	15,53	56,54	59,24	

Pastebėjome, kad didesnė ligotų pacientų proporcijos dalis buvo tarp vyrų ($p<0,001$), turinčių vidurinį ir žemesnį bei specialųjį vidurinį išsilavinimą ($p<0,001$), tarp rajono centro ir kaimo gyventojų ($p<0,001$), tarp lenkų ir rusų ($p<0,001$) ir tarp privačių įstaigų pacientų ($p=0,018$) (Lentelė Nr.35).

Žinoma, ligotų pacientų amžiaus vidurkis buvo didesnis (“nėra ligų” grupėje - 37,19(13,21), o “viena ir daugiau ligų” - 56,18(12,19); $p<0,001$) bei didesnis VAS skausmui įvertis (“nėra ligų” grupėje - 0,76(1,48), o “viena ir daugiau ligų” - 1,78(1,56); $p<0,001$).

Lentelė Nr. 35. Lėtinių ligų buvimo pasiskirstymas pagal respondentų lytį, išsilavinimą, gyvenamąją vietą, tautybę ir įstaigos tipą (n=887)

		Ligos		Iš viso
		Nėra	Yra	
Lytis	Vyrai	119a (31,6%)	237b (46,4%)	356 (40,1%)
	Moterys	257a (68,4%)	274b (53,6%)	531 (59,9%)
	Iš viso	376 (100%)	511 (100%)	887 (100%)
Išsilavinimas	Vidurinis ir žemesnis	56a (15,4%)	224b (45,1%)	280 (32,6%)
	Spec.vidurinis	40a (11,0%)	111b (22,3%)	151 (17,6%)
	Aukštasis	267a (73,6%)	162b (32,6%)	429 (49,9%)
	Iš viso	363 (100%)	497 (100%)	860 (100%)
Gyvenamoji vieta	Miestas	347a (92,3%)	368b (72,0%)	715 (80,6%)
	Raj.centras	7a (1,9%)	71b (13,9%)	78 (8,8%)
	Kaimas	22a (5,9%)	72b (14,1%)	94 (10,6%)
	Iš viso	376 (100%)	511 (100%)	887 (100%)
Tautybė	Lietuvių	288a (78,0%)	232b (46,5%)	520 (59,9%)
	Lenkų	50a (13,6%)	125b (25,1%)	175 (20,2%)
	Rusų	31a (8,4%)	142b (28,5%)	173 (19,9%)
	Iš viso	369 (100%)	499 (100%)	868 (100%)
Įstaiga	Valstybinė	305a (81,1%)	380b (74,4%)	685 (77,2%)
	Privati	71a (18,9%)	131b (25,6%)	202 (22,8%)
	Iš viso	376 (100%)	511 (100%)	887 (100%)

Kiekviena skirtinga raidė žymi kategorijų, kurių stulpelių proporcijos reikšmingai nesiskiria 0,05 lygiu, pogrupį.

4.2.5.8. Skausminis sindromas

Pusė respondentų (52,3%) jautė skausmą. VAS skausmui vidurkis buvo 1,35, mediana – 1,00, standartinis nuokrypis – 1,61, o diapazonas nuo 0 iki 9 balų. Skirstinio normalumo testai rodo, kad VAS skausmui įverčių skirstinys yra nukrypęs nuo normaliojo ($p<0,001$); asimetrijos koeficientas yra nemažas ($1,112\pm 0,1$) ir rodo gana ryškų skirstinio nuokrypį į dešinę.

Skausmo intensyvumas koreliavo su bendru PSQ-18 balu ($r = -0,310$; $p < 0,001$) (Diagrama Nr.26).

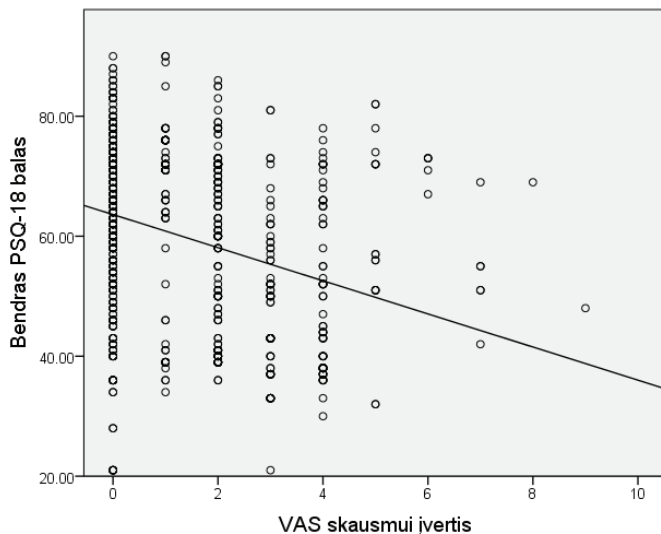


Diagrama Nr. 26. PSQ-18 bendro balo pasiskirstymas priklausomai nuo VAS skausmui įverčių (su tendencijos linija) (n=887)

Taip pat rastos koreliacijos su visomis klausimyno subskalėmis (r diapazonas nuo $-0,226$ iki $-0,326$; $p < 0,001$) (Lentelė Nr.36).

Lentelė Nr. 36. Sperman'o koreliacijos koeficientai tarp VAS skausmui ir PSQ-18 įverčių (n=887)

PSQ-18 kategorijos	Sperman'o koreliacijos koeficientai
Bendras pasitenkinimas	-0.326**
Techninis aprūpinimas ir kompetencija	-0.226**
Gydytojo santykis ir bendravimas	-0.255**
Informacijos suteikimas ir dėmesingumas	-0.269**
Finansiniai aspektai	-0.295**
Konsultacijos trukmė ir laikas, praleistas su gydytoju	-0.284**
Paslaugos prieinamumas ir patogumas	-0.285**
Bendras PSQ-18 balas	-0.310**

** $-p < 0,001$

Stebime, kad didesni VAS skausmui įverčiai koreliavo su vyresniu pacientų amžiumi ($r = 0,330$; $p < 0,001$). Taip pat didesni VAS skausmui vidurkiai buvo

tarp sergančiųjų lėtinėmis ligomis ($p < 0,001$), tarp kaimo ir miesto gyventojų ($p = 0,008$), tarp turinčiųjų vidurinį ar žemesnį ir specialųjį vidurinį išsilavinimą ($p < 0,001$) bei tarp rusų ir lenkų ($p = 0,001$) (Lentelė Nr.37).

Lentelė Nr. 37. VAS skausmui įverčiai priklausomai nuo gyv.vietos, išsilavinimo, tautybės bei sirgimo lėtinėmis ligomis ($n = 887$)

Veiksniai		Vidurkiai	St. nuokrypis	95% vidurkio pasikliautinis intervalas		p
				Viršutinė riba	Apatinė riba	
Gyvenamoji vieta	Miestas	1,27	1,62	1,15	1,39	0,008
	Raj.centras	1,67	1,62	1,30	2,03	
	Kaimas	1,71	1,45	1,42	2,01	
Išsilavinimas	Vidurinis ir žemesnis	1,63	1,63	1,44	1,82	0,000
	Spec.vidurinis	1,74	1,77	1,46	2,03	
	Aukštasis	1,03	1,47	0,89	1,16	
Tautybė	Lietuvių	1,17	1,57	1,03	1,30	0,001
	Lenkų	1,58	1,84	1,30	1,85	
	Rusų	1,60	1,35	1,39	1,80	
Ligos	Nėra	0,76	1,48	0,61	0,91	0,000
	Yra	1,78	1,56	1,65	1,92	

VAS skausmui įverčių poriniai palyginimai pagal gyvenamąją vietą, išsilavinimą ir tautybę pateikti lentelėje Nr.38. Reikšmingai VAS skausmui įverčiai skyrėsi tarp kaimo ir miesto gyventojų, aukštojo ir abiejų kitų išsilavinimo grupių bei tarp lietuvių tautybės ir abiejų kitų (rusų ir lenkų) tautybių respondentų.

Lentelė Nr. 38. Poriniai VAS skausmui įverčių vidurkių palyginimai pagal gyvenamąją vietą, išsilavinimą ir tautybę ($n = 887$)

Veiksniai	p reikšmė		
		Miestas	Kaimas
Gyvenamoji vieta			
	Raj.centras	0,103	0,979
	Kaimas	0,018	
Išsilavinimas		Vidurinis ir žemesnis	Aukštasis
	Spec.vidurinis	0,792	0,000
	Aukštasis	0,000	
Tautybė		Lietuvių	Rusų
	Lenkų	0,023	0,994
	Rusų	0,002	

4.2.5.9. Šeimos gydytojo lytis

Savo gydytojo lytį nurodė 581 respondentas. Iš jų pas gydytoją moterį lankėsi 505 (86,9%) pacientai, pas gydytoją vyrą – 76 (13,1%) pacientai.

Gydytojų moterų konsultavimas buvo įvertintas geresniu bendroju PSQ-18 balu (gydytojų vyrų grupėje - 56,25(14,56), o gydytojų moterų - 60,13(14,91); $p=0,034$) (Diagramos Nr.27 ir 28).

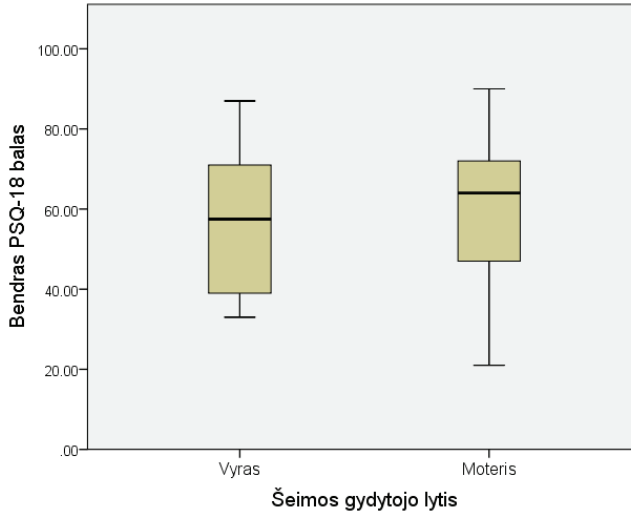


Diagrama Nr. 27. PSQ-18 bendro balo pagal gydytojo lytį stačiakampės diagramos (n=581)

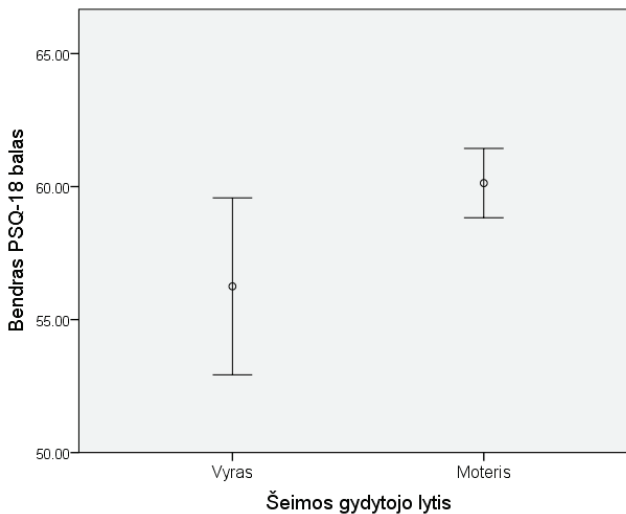


Diagrama Nr. 28. PSQ-18 bendro balo vidurkio 0,95 pasikliautinio intervalo grafikas kiekvienai gydytojo lyties kategorijai (n=581)

Gydytojų moterų grupėje, palyginti su gydytojų vyrų grupe, buvo geresni šių subskalių vertinimai: „gydytojo santykis ir bendravimas“ (gydytojų vyrų grupėje - 3,04(0,99), o gydytojų moterų - 3,63(1,00); $p < 0,001$), „konsultacijos trukmė ir laikas, praleistas su gydytoju“ (gydytojų vyrų grupėje - 2,83(1,01), o gydytojų moterų - 3,20(1,03); $p < 0,01$) ir „paslaugos prieinamumas ir patogumas“ (gydytojų vyrų grupėje - 2,71(0,91) ir gydytojų moterų - 2,99(0,97); $p < 0,05$) (Diagrama Nr.29).

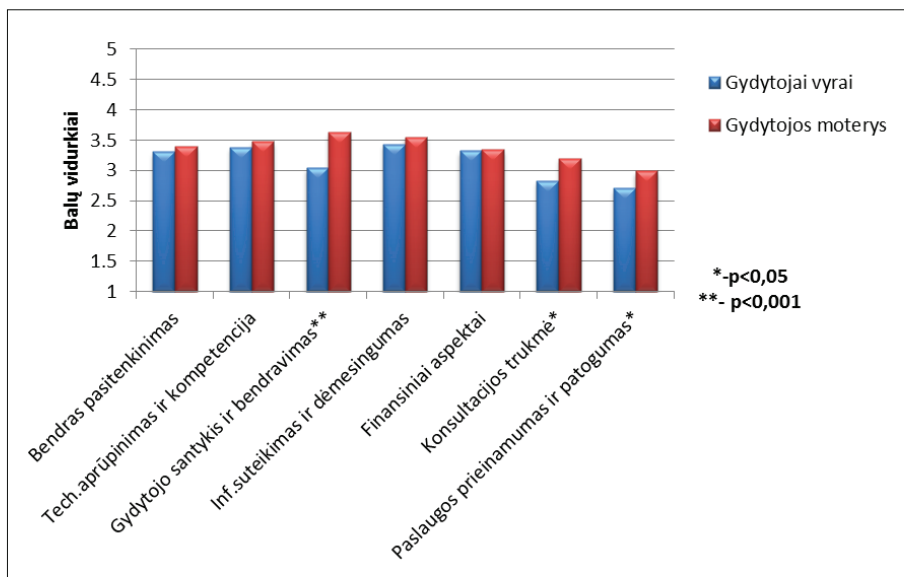


Diagrama Nr. 29. Šeimos gydytojo lyties veikmė pasitenkinimui (n=581).

Ryškiausias skirtumas rastas vertinant gydytojo santykio ir bendravimo su pacientu aspektą, rodo, kad gydytojų vyrų pacientams labiausiai pritrūksta galimybės dalyvauti sprendimų priėmimo, taip pat jie žymiai mažiau patenkinti gydytojų vyrų įgūdžiais išklausti ir suprasti pacientą, konsultuoti mandagiai ir pagarbiai (lentelė Nr.39)

Turime pastebėti, kad tarp gydytojų vyrų pacientų buvo didesnė kaimo gyventojų ($p=0,002$) ir rusų proporcijos dalis ($p < 0,001$). Be to, gydytojų vyrų vyriausiojo amžiaus proporcijos dalis buvo didžiausia ($p=0,002$). Santykinai mažesnė gydytojų vyrų proporcijos dalis dirbo privačiose klinikose ($p=0,36$) (Lentelė Nr.40).

Lentelė Nr. 39. PSQ-18 subskalių įverčiai priklausomai nuo gydytojo lyties (n=581)

Skalė	Lytis	Vidurkiai	St. nuokrypis	95% vidurkio pasikliautinis intervalas		p
				Viršutinė riba	Apatinė riba	
Gydytojo santykis ir bendravimas	Gydytojas vyras	3,04	0,99	2,81	3,27	0,000
	Gydytoja moteris	3,63	1,00	3,54	3,72	
Konsultacijos trukmė	Gydytojas vyras	2,83	1,01	2,60	3,06	0,004
	Gydytoja moteris	3,20	1,03	3,11	3,29	
Paslaugų prieinamumas ir patogumas	Gydytojas vyras	2,71	0,91	2,50	2,92	0,019
	Gydytoja moteris	2,99	0,97	2,90	3,07	
Bendras PSQ-18 balas	Gydytojas vyras	56,25	14,56	52,92	59,58	0,034
	Gydytoja moteris	60,13	14,91	58,83	61,44	

Lentelė Nr. 40. Respondentų gydytojų lyties pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą, tautybę, įstaigos tipą ir gydytojo amžių (n=581)

		Gydytojo lytis		Iš viso
		Vyras	Moteris	
Gyvenamoji vieta	Miestas	49a (64,5%)	406b (80,4%)	455 (78,3%)
	Raj.centras	11a (14,5%)	55a (10,9%)	66 (11,4%)
	Kaimas	16a (21,1%)	44b (8,7%)	60 (10,3%)
	Iš viso	76 (100%)	505 (100%)	581 (100%)
Tautybė	Lietuvių	34a (44,7%)	276a (55,0%)	310 (53,6%)
	Lenkų	7a (9,2%)	112b (22,3%)	119 (20,6%)
	Rusų	35a (46,1%)	114b (22,7%)	149 (25,8%)
	Iš viso	76 (100%)	502 (100%)	578 (100%)
Įstaiga	Valstybinė	66a (86,8%)	384b (76,0%)	450 (77,5%)
	Privati	10a (13,2%)	121b (24,0%)	131 (22,5%)
	Iš viso	76 (100%)	505 (100%)	581 (100%)
Gydytojo amžius	25-35 m.	2a (2,6%)	70b (13,9%)	72 (12,4%)
	36-50 m.	30a (39,5%)	232a (45,9%)	262 (45,1%)
	Virš 51 m.	44a (57,9%)	203b (40,2%)	247 (42,5%)
	Iš viso	76 (100%)	505 (100%)	581 (100%)

Kiekviena skirtinga raidė žymi kategorijų, kurių stulpelių proporcijos reikšmingai nesiskiria 0,05 lygiu, pogrupį.

Pacientų, kurie norėtų pakeisti savo šeimos gydytoją į priešingos lyties atstovą, dalys abiejose gydytojų moterų ir gydytojų vyrų grupėse reikšmingai nesiskyrė ir buvo labai mažos (gydytojų moterų grupėje - 7,5 %, o gydytojų vyrų - 10,5 %; $p=0,654$).

Mes suskirstėme duomenis į keturias grupes pagal gydytojo ir paciento lytis (gydytojas vyras ir pacientas vyras ($n=36$), gydytojas vyras ir pacientė moteris ($n=40$), gydytoja moteris ir pacientas vyras ($n=195$) bei gydytoja moteris ir pacientė moteris ($n=310$)) ir įvertinome pasitenkinimo įverčių skirtumus tarp šių keturių grupių. Statistiškai reikšmingai tarp visų keturių grupių skiriasi „gydytojo santykio ir bendravimo“ bei „konsultacijos trukmės ir praleisto su gydytoju laiko“ subskalių įvertinimai. (Diagrama Nr.30)

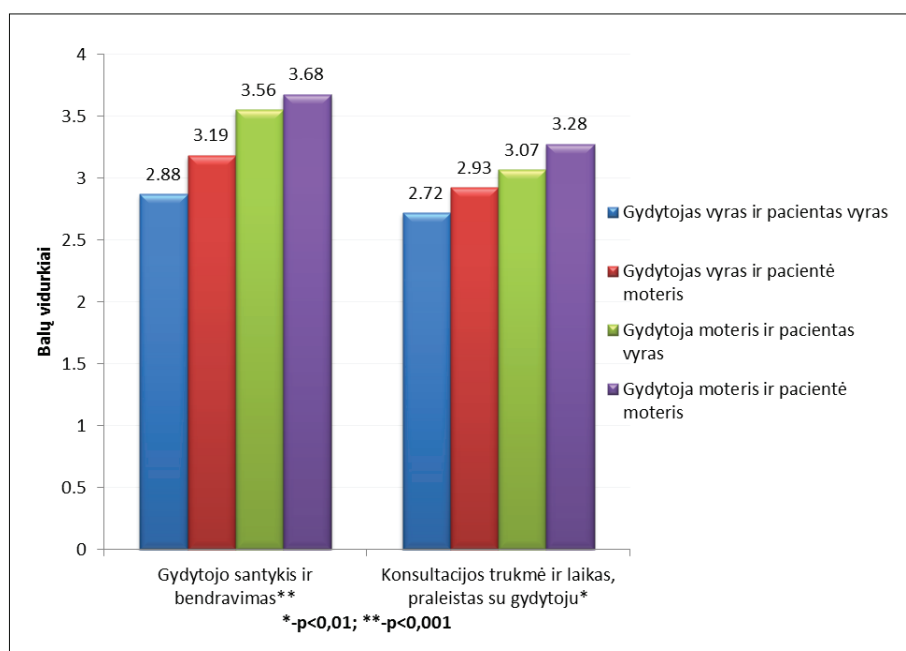


Diagrama Nr. 30. PSQ-18 subskalių įverčiai skirtingų lyčių gydytojų bei pacientų grupėje ($n=581$)

Prasčiausiai minėtos sritys vertintos gydytojo vyro ir paciento vyro grupėje, kiek geriau gydytojo vyro ir pacientės moters grupėje, dar geriau gydytojos moters ir paciento vyro, ir geriausiai- gydytojos moters ir pacientės moters grupėje (Lentelė Nr.41).

Lentelė Nr. 41. PSQ-18 subskalių įverčiai priklausomai nuo gydytojo ir paciento grupės pagal lytis (n=581)

Subskalė	Grupė	Vidurkiai	St. nuokrypis	95% vidurkio pasikliautinis intervalas		p
				Viršutinė riba	Apatinė riba	
Gydytojo santykis ir bendravimas	Gydytojas vyras -pacientas vyras	2,88	0,95	2,55	3,20	0,000
	Gydytojas vyras - pacientė moteris	3,19	1,01	2,86	3,51	
	Gydytoja moteris-pacientas vyras	3,56	1,02	3,41	3,70	
	Gydytoja moteris-pacientė moteris	3,68	0,98	3,57	3,79	
Konsultacijos trukmė	Gydytojas vyras -pacientas vyras	2,72	1,00	2,39	3,06	0,003
	Gydytojas vyras - pacientė moteris	2,93	1,02	2,60	3,25	
	Gydytoja moteris-pacientas vyras	3,07	1,04	2,92	3,22	
	Gydytoja moteris-pacientė moteris	3,28	1,01	3,16	3,39	

Reikšmingi skirtumai pasitvirtino ne tarp visų keturių grupių, tačiau abiem atvejais reikšmingas skirtumas pasikartoja tarp gydytojos moters ir pacientės moters bei gydytojo vyro ir paciento vyro grupių (Lentelė Nr.42)

Lentelė Nr. 42. Poriniai PSQ-18 įverčių vidurkių palyginimai tarp skirtingų lyčių gydytojo ir paciento grupių (n=581)

Skalė		p reikšmė		Gydytojas vyras - pacientė moteris
		Gydytoja moteris-pacientė moteris	Gydytoja moteris-pacientas vyras	
Gydytojo santykis ir bendravimas	Gydytojas vyras-pacientas vyras	0,002	0,002	0,511
	Gydytojas vyras - pacientė moteris	0,027	0,166	
	Gydytoja moteris-pacientas vyras	0,542		
Konsultacijos trukmė	Gydytojas vyras -pacientas vyras	0,015	0,232	0,818
	Gydytojas vyras - pacientė moteris	0,183	0,843	
	Gydytoja moteris-pacientas vyras	0,129		

4.2.5.10. Šeimos gydytojo amžius

581 respondentas nurodė savo gydytojo amžių. Dažniausiai buvo nurodomas 36-50 metų amžius (nurodė 45,1% pacientų), rečiau buvo nurodomas amžius per 51 metus (nurodė 42,5% pacientų), rečiausiai – jauniausias amžius nuo 25 iki 35 metų (nurodė 12,4% pacientų).

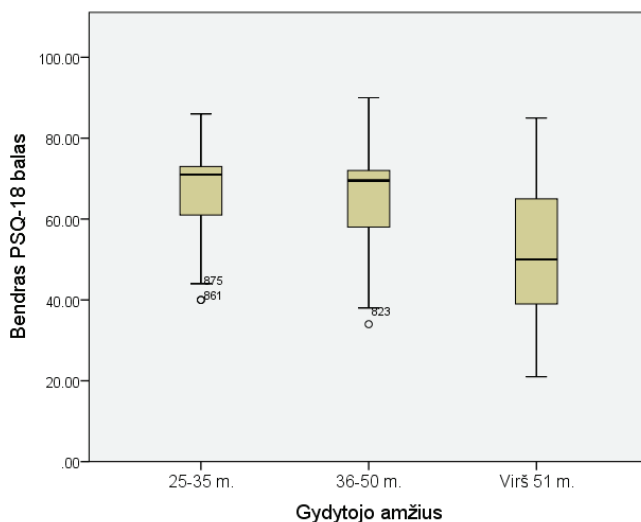


Diagrama Nr. 31. PSQ-18 bendro balo pagal gydytojų amžiaus grupes stačiakampės diagramos (n=581)

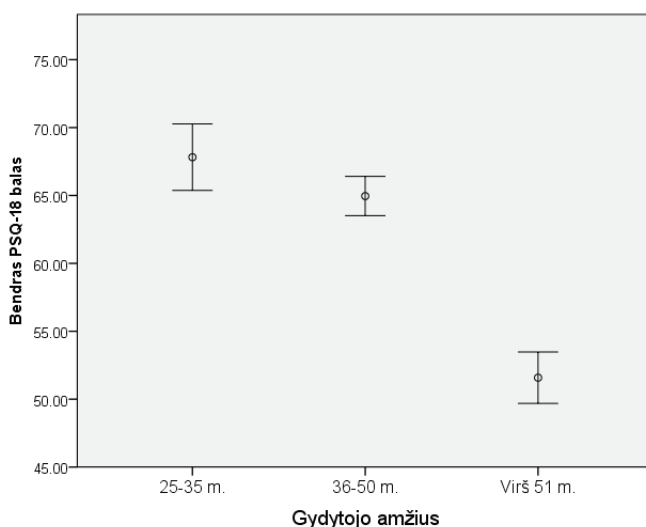


Diagrama Nr. 32. PSQ-18 bendro balo vidurkio 0,95 pasikliautinio intervalo grafikai kiekvienai gydytojo amžiaus grupei (n=581)

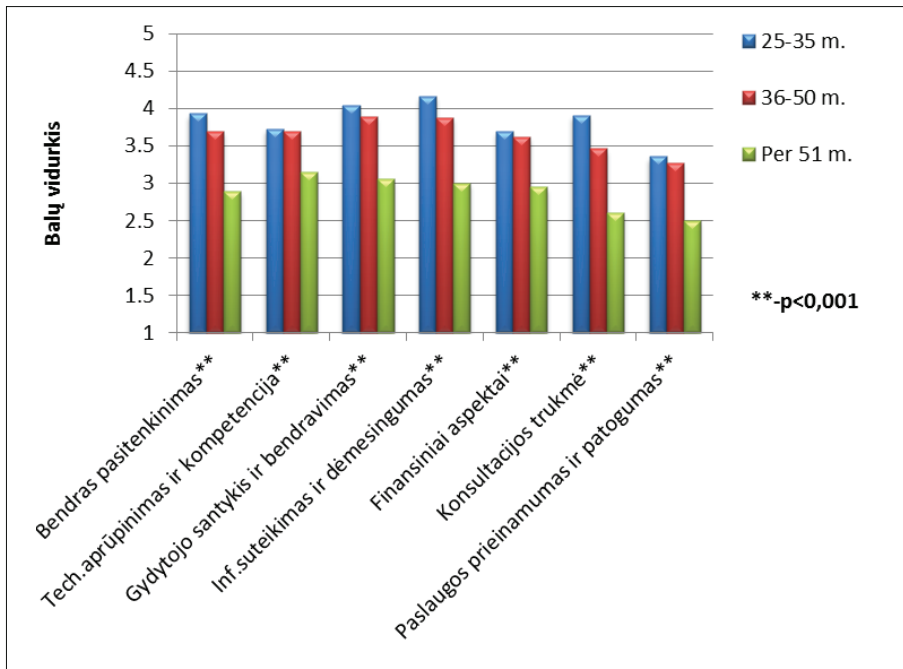


Diagrama Nr. 33. Pacientų nurodyto gydytojo amžiaus įtaka PSQ-18 įverčiams (n=581)

Vyresnis nei 51 metų gydytojų amžius buvo susijęs su žymiai prastesniu PSQ-18 bendroju balu, palyginant su jaunesnio amžiaus grupėmis (25–35 metų grupėje - 67,82(10,43), 36–50 metų - 64,96(11,90), o vyresniu nei 51 metų - 51,58(15,10); $p < 0,001$) (Diagramos Nr.31 ir 32).

Taip pat vyresnių nei 51 metų gydytojų amžius buvo prasčiausiai vertintas visose septyniuose subskalėse ($p < 0,001$) (Diagrama Nr.33)

Visose subskalėse rasti skirtumai yra labai ryškūs (Lentelė Nr.43).

Visose subskalėse reikšmingai skyrėsi pasitenkinimas paslaugomis atskirai tarp jauniausio ir vyriausiojo bei vidutinio ir vyriausiojo amžiaus gydytojų grupių. Tarp jauniausio ir vidutinio amžiaus gydytojų grupių rastas skirtumas tik dvejose (“informacijos suteikimo” ir “dėmesingumo bei konsultacijos trukmės”) subskalėse (Lentelė Nr.44)

Lentelė Nr. 43. PSQ-18 subskalių įverčiai priklausomai nuo gydytojų amžiaus grupės (n=581)

Skalė	Amžiaus grupė	Vidurkis	St. nuokrypis	95% vidurkio pasikliautinis intervalas		p
				Viršutinė riba	Apatinė riba	
Bendras pasitenkinimas	25-35	3,93	0,81	3,74	4,12	0,000
	36-50	3,70	0,83	3,60	3,80	
	51m.ir vyresni	2,89	0,96	2,77	3,02	
Techninis aprūpinimas ir kompetencija	25-35	3,73	0,77	3,54	3,91	0,000
	36-50	3,69	0,66	3,61	3,78	
	51m.ir vyresni	3,15	0,87	3,04	3,25	
Gydytojo santykis ir bendravimas	25-35	4,04	0,69	3,88	4,20	0,000
	36-50	3,89	0,80	3,80	3,99	
	51m.ir vyresni	3,05	1,08	2,92	3,19	
Informacijos suteikimas ir dėmesingumas	25-35	4,17	0,67	4,01	4,32	0,000
	36-50	3,88	0,76	3,79	3,97	
	51m.ir vyresni	3,00	1,06	2,87	3,13	
Fiaininiai aspektai	25-35	3,69	0,80	3,51	3,88	0,000
	36-50	3,62	0,78	3,53	3,72	
	51m.ir vyresni	2,95	0,98	2,82	3,07	
Konsultacijos trukmė	25-35	3,91	0,58	3,77	4,05	0,000
	36-50	3,46	0,93	3,35	3,57	
	51m.ir vyresni	2,60	0,96	2,48	2,72	
Paslaugų prieinamumas ir patogumas	25-35	3,36	0,83	3,16	3,55	0,000
	36-50	3,27	0,90	3,16	3,38	
	51m.ir vyresni	2,50	0,89	2,39	2,61	
Bendras PSQ-18 balas	25-35	67,82	10,43	65,37	70,27	0,000
	36-50	64,96	11,90	63,51	66,41	
	51m.ir vyresni	51,58	15,10	49,69	53,47	

Lentelė Nr. 44. Poriniai PSQ-18 įverčių vidurkių palyginimai tarp skirtingų gydytojo amžiaus grupių (n=581)

Skalė	p reikšmė		
	25-35 m.	Virš 51 m.	36-50 m.
Bendras PSQ-18 balas	25-35 m.	0,000	0,117
	36-50 m.	0,000	
Bendras pasitenkinimas	25-35 m.	0,000	0,088
	36-50 m.	0,000	
Techninis aprūpinimas ir kompetencija	25-35 m.	0,000	0,948
	36-50 m.	0,000	
Gydytojo santykis ir bendravimas	25-35 m.	0,000	0,262
	36-50 m.	0,000	
Informacijos suteikimas ir dėmesingumas	25-35 m.	0,000	0,006
	36-50 m.	0,000	
Finansiniai aspektai	25-35 m.	0,000	0,784
	36-50 m.	0,000	
Konsultacijos trukmė	25-35 m.	0,000	0,000
	36-50 m.	0,000	
Paslaugų prieinamumas ir patogumas	25-35 m.	0,000	0,702
	36-50 m.	0,000	

Apibendrinant duomenis, ryškiausi skirtumai tarp grupių rasti „informacijos suteikimo ir dėmesingumo“ bei „konsultacijos trukmės ir praleisto su gydytoju laiko“ subskalėse: vyresnių nei 51 metų amžiaus gydytojų pacientai vertino šias sritis prasčiausiai, 36–50 metų amžiaus gydytojų darbo vertinimai buvo geresni, o 25–35 metų amžiaus gydytojus pacientai pagal pateiktas sritis vertino geriausiai (tarp visų grupių $p < 0,001$) (Diagrama Nr.34).

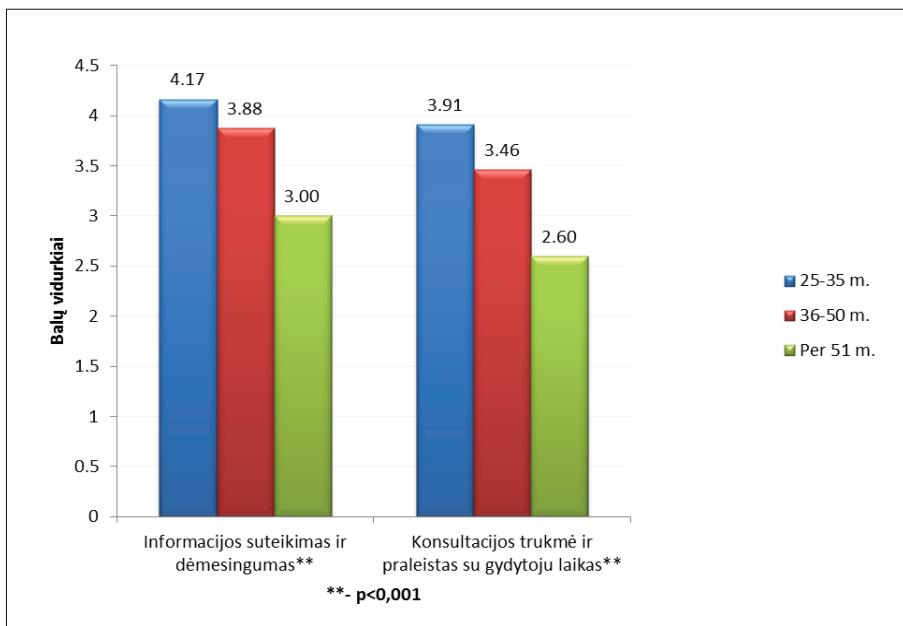


Diagrama Nr. 34. Dviejų PSQ-18 subkalių įverčiai skirtingo gydytojų amžiaus grupėse (n=581)

Turime pastebėti, kad gydytojų amžiaus grupių proporcijos skyrėsi pagal beveik visus tirtus veiksnius. Gydytojų per 51 metų amžiaus grupėje buvo didesnės tokių proporcijų dalys, kaip gydytojų vyrų ($p=0,002$), pacientų vyrų ($p=0,001$), turinčių vidurinį ir žemesnį išsilavinimą ($p < 0,001$), rusų ($p < 0,001$), rajono centrų ir kaimų gyventojų ($p < 0,001$), sergančių lėtinėmis ligomis ($p < 0,001$) (Lentelė Nr.45). 36-50 metų gydytojų grupėje buvo didesnė proporcijos dalis gydytojų, dirbančių valstybinėse klinikose ($p=0,002$).

Taip pat vyriausiosios gydytojų grupės pacientų amžiaus vidurkis buvo didžiausias (25–35 metų gydytojų grupėje pacientų amžiaus vidurkis buvo 46,72(21,03) metai, 36–50 metų gydytojų grupėje - 48,76(14,54), o vyresnių nei 51 metų gydytojų grupėje - 56,65(12,17); $p < 0,001$) bei didžiausias VAS skausmui įverčių vidurkis (25–35 metų gydytojų grupėje - 0,72 (1,31),

36–50 metų - 1,24 (1,69), o vyresnių nei 51 metų amžiaus gydytojų grupėje - 1,80 (1,43); $p < 0,001$).

Lentelė Nr. 45. Gydytojo amžiaus grupių pasiskirstymas pagal lytį, išsilavinimą, gyvenamąją vietą, tautybę, įstaigos tipą ir sirgimą lėtinėmis ligomis (n=581)

		Gydytojo amžiaus grupė			Iš viso
		25-35 m.	36-50 m.	51 m. ir vyresni	
Pacientų lytis	Vyrai	18a (25,0%)	95a (36,3%)	118b(47,8%)	231 (39,8%)
	Moterys	54a (75,0%)	167a(63,7%)	129b(52,2%)	350 (60,2%)
	Iš viso	72 (100%)	262 (100%)	247	581 (100%)
Išsilavinimas	Vidurinis ir žemesnis	12a (17,1%)	96b (37,9%)	110b(45,3%)	218 (38,5%)
	Spec. vidurinis	16a,b (22,9%)	65b (25,7%)	40a (16,5%)	121 (21,4%)
	Aukštasis	42a (60,0%)	92b (36,4%)	93b (38,3%)	227 (40,1%)
	Iš viso	70 (100%)	253 (100%)	243 (100%)	566 (100%)
Gyvenamoji vieta	Miestas	70a (97,2%)	213b(81,3%)	172c(69,6%)	455 (78,3%)
	Raj.centras	0a (0,0%)	25b (9,5%)	41b (16,6%)	66 (11,4%)
	Kaimas	2a (2,8%)	24a,b (9,2%)	34b (13,8%)	60 (10,3%)
	Iš viso	72 (100%)	262 (100%)	247 (100%)	581 (100%)
Tautybė	Lietuvių	52a (73,2%)	167a(64,2%)	91b (36,8%)	310 (53,6%)
	Lenkų	10a,b (14,1%)	43b (16,5%)	66a (26,7%)	119 (20,6%)
	Rusų	9a (12,7%)	50a (19,2%)	90b (36,4%)	149 (25,8%)
	Iš viso	71 (100%)	260 (100%)	247 (100%)	578 (100%)
Įstaiga	Valstybinė	46a (63,9%)	217b(82,8%)	187a,b (75,7%)	450 (77,5%)
	Privati	26a (36,1%)	45b (17,2%)	60a,b (24,3%)	131 (22,5%)
	Iš viso	72 (100%)	262 (100%)	247 (100%)	581 (100%)
Ligos	Nėra	42a (58,3%)	101b(38,5%)	36c (14,6%)	179 (30,8%)
	Yra	30a (41,7%)	161b(61,5%)	211c(85,4%)	402 (69,2%)
	Iš viso	72 (100%)	262 (100%)	247 (100%)	581 (100%)
Šeimos gydytojo lytis	Vyras	2a (2,8%)	30a,b (11,5%)	44b (17,8%)	76 (13,1%)
	Moteris	70a (97,2%)	232a,b (88,5%)	203b(82,2%)	505 (86,9%)
	Iš viso	72 (100%)	262 (100%)	247	581 (100%)

Kiekviena skirtinga raidė žymi kategorijų, kurių stulpelių proporcijos reikšmingai nesiskiria 0,05 lygiu, pogrupi.

Mes klausėme pacientų, kokio amžiaus gydytojo jie pageidautų ir įvertinome, ar sutampa pacientų pageidaujamas gydytojo amžius su tuo, pas kokio amžiaus gydytoją jie realiai lankosi. Labiausiai patenkinti savo gydytojo amžiumi ir mažiausiai norintys keisti savo gydytoją buvo pacientai, kurie lankėsi pas 36–50 metų amžiaus gydytojus (Lentelė Nr.46). Mažiausiai patenkinti bei labiausiai norintys keisti gydytoją dėl jo amžiaus buvo pacientai, kurie lankėsi

pas vyresnius nei 51 metų amžiaus gydytojus. Iš absoliučiai visų pacientų, kurie pageidautų kitokio amžiaus gydytojo, 93,1 % pacientų pageidautų lankytis pas 36–50 metų amžiaus gydytojus.

Lentelė Nr. 46. Pacientų lūkesčiai gydytojo amžiui (n=581)

		Gydytojo amžiaus grupė			Iš viso
		25-35 m.	36-50 m.	Per 51 m.	
Ar atitinka gydytojo amžiaus paciento pageidavimą	Atitinka	33a (45,8%)	247b(94,3%)	25c (10,1%)	305 (52,5%)
	Neatitinka	39a (54,2%)	15b (5,7%)	222c (89,9%)	276 (47,5%)
	Iš viso	72 (100%)	262 (100%)	247	581 (100%)

4.2.6. Respondentų nerimo ir depresijos simptomų sunkumo charakteristikos

HADS subskalių įverčių pasiskirstymas svyravo nuo 0 iki 19 balų nerimo skalėje ir nuo 0 iki 18 depresijos simptomų skalėje. Nerimo simptomų subskalėje vidurkis buvo lygus 6,24 (3,70), tuo tarpu depresijos simptomų - 4,39 (4,11).

HADS subskalių įverčių pasiskirstymas skyrėsi nuo normaliojo. Skirstinių normalumo testų rezultatai bei sklaidos koeficientai pateikti lentelėje Nr.47. Ypač ryški dešinioji asimetrija depresijos simptomų subskalėje (Diagramos Nr.35 ir 36).

Lentelė Nr. 47. HADS subskalių skirstinių Kolmogorovo-Smirnovo ir Šapiro-Vilk kriterijų rezultatai ir sklaidos rodikliai (asimetrija ir ekscesas) (n=887)

	Pasiskirstymo normalumo testų koeficientai		Asimetrijos koeficientas (±st.paklaida)	Eksceso koeficientas (±st.paklaida)
	Kolmogorovo-Smirnovo	Šapiro-Vilk		
HADS-N	0,097**	0,966**	0,495 (±0,1)	-0,048(±0,2)
HADS-D	0,171**	0,881**	0,964(±0,1)	0,031(±0,2)

**p<0,001

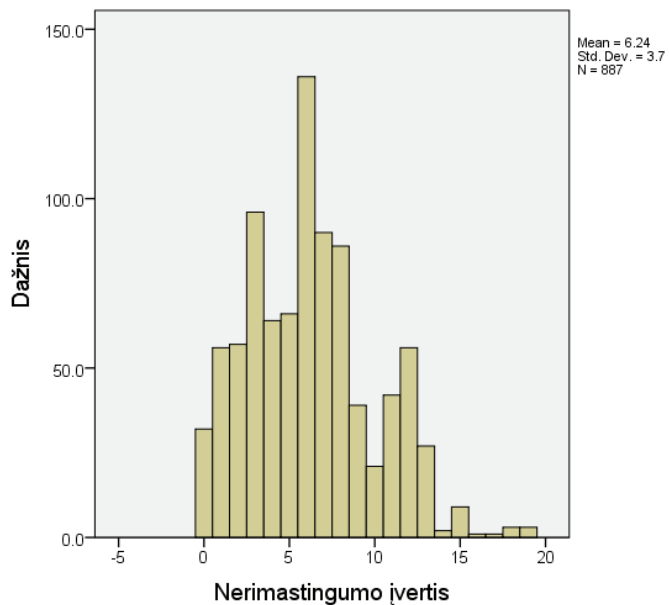


Diagrama Nr. 35. HADS-N balo pasiskirstymas

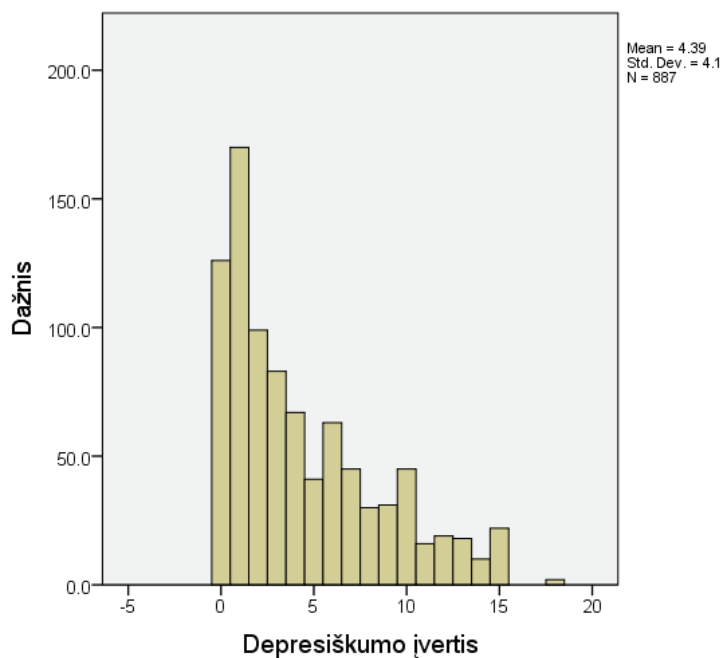


Diagrama Nr. 36. HADS-D balo pasiskirstymas

Turinčių bet kokio laipsnio nerimo simptomus pacientų buvo 290 (32.7%), bet kokio laipsnio depresijos simptomus – 193 (21.8%). Depresijos ir nerimo simptomų laipsnių tarp tiriamųjų dažnis pateiktas 48 lentelėje.

Lentelė Nr. 48. Depresijos ir nerimo simptomų sunkumo laipsnių dažnis (n=887)

Simptomų sunkumo laipsnis	Nerimo simptomų skalė		Depresijos simptomų skalė	
	Respondentų skaičius	%	Respondentų skaičius	%
Normalios emocijos	597	67,3%	694	78,2%
Lengvi simptomai	146	16,5%	106	12%
Vidutinio sunkumo simptomai	127	14,3%	63	7,1%
Sunkūs simptomai	17	1,9%	24	2,7%
Iš viso	887	100%	887	100%

Sunkaus laipsnio simptomų atvejų buvo mažai (17 atvejų nerimo simptomų ir 24 atvejai depresijos simptomų grupėse); žymiai dažniau buvo randami vidutinio sunkumo ir lengvi simptomai (Diagrama Nr.37)

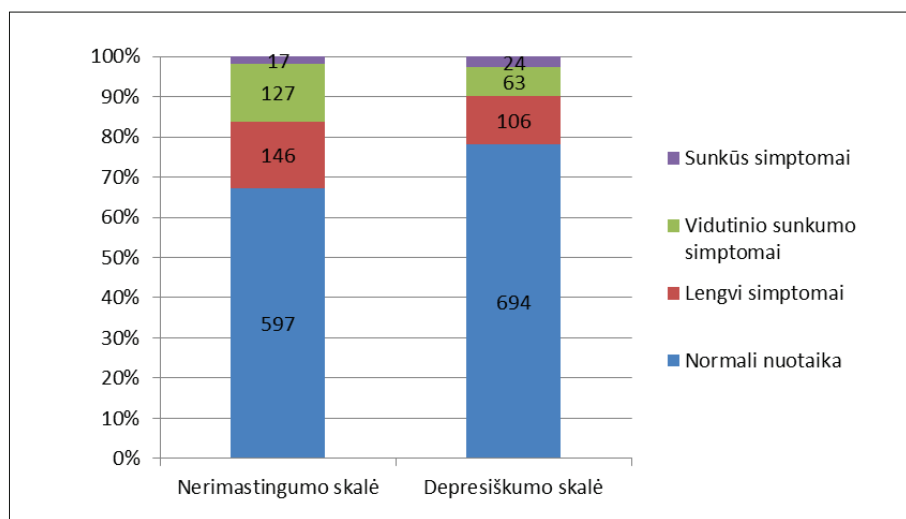


Diagrama Nr. 37. Pacientų su įvairaus laipsnio depresijos ir nerimo simptomais skaičiai (n=887)

Abi nerimo ir depresijos simptomų subskalės stipriai koreliavo tarpusavyje (Spearman'o $r=0,742$; $p<0,001$). Visų bet kokio laipsnio depresijos simptomų turinčių pacientų dalis, kuri turėjo tuo pačiu ir bet kokio laipsnio nerimo simptomų, buvo 88%, tuo tarpu iš visų nerimo simptomų turinčių asmenų tik 58,6% lygiagrečiai turėjo ir depresijos simptomų.

4.2.7. HADS įverčiai skirtingose tiriamųjų grupėse

Respondento lytis. Didesni depresijos simptomų subskalės įverčiai buvo rasti vyrų grupėje ($p=0,015$). Nerimo simptomų subskalės rezultatams lytis įtakos neturėjo ($p=0,568$) (Diagrama Nr.38).

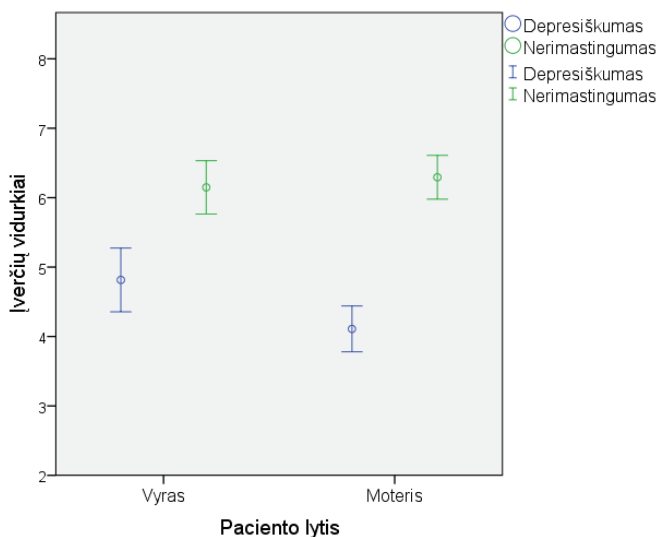


Diagrama Nr. 38. HADS subkalių vidurkių 0,95 pasikliautinio intervalo grafikai kiekvienai pacientų lyties grupei (n=887)

HADS-D įverčiai priklausomai nuo pacientų lyties pateikti lentelėje Nr.49.

Lentelė Nr. 49. HADS-D įverčiai priklausomai nuo lyties (n=887)

		Vidurkiai	St. nuokrypis	95% vidurkio pasikliautinis intervalas		p
				Viršutinė riba	Apatinė riba	
HAD-D	Vyrai	4,81	4,41	4,36	5,27	0,015
	Moterys	4,11	3,88	3,78	4,44	

Respondentų amžius. Didesni abiejų HADS subkalių įverčiai buvo susiję su vyresniu amžiumi: ir depresijos (Spearman`o $r=0,381$; $p<0,001$), ir nerimo simptomų (Spearman`o $r=0,228$; $p<0,001$) (Diagramos Nr.39 ir 40).

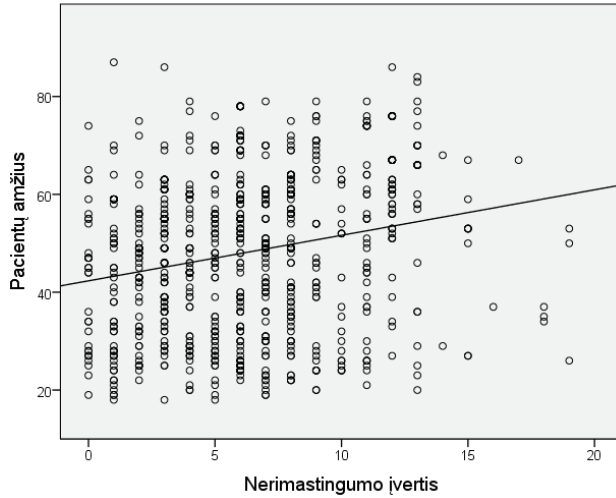


Diagrama Nr. 39. HADS-N įverčio pasiskirstymas priklausomai nuo pacientų amžiaus (su tendencijos linija) (n=887)

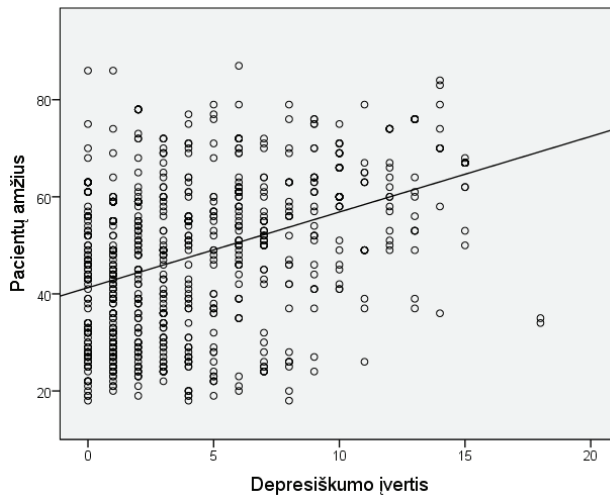


Diagrama Nr. 40. HADS-D įverčio pasiskirstymas priklausomai nuo pacientų amžiaus (su tendencijos linija) (n=887)

Gyvenamoji vieta. Tarp miesto gyventojų depresijos simptomų subskalės vidurkis buvo mažesnis negu tarp rajonų centrų ir kaimo gyventojų ($p < 0,001$). Nerimo simptomų subskalės rezultatams gyvenamoji vieta įtakos neturėjo ($p = 0,283$). Gyvenamosios vietos įtaka abiejų HADS subskalių įverčių vidurkiams pavaizduota diagramoje Nr.41.

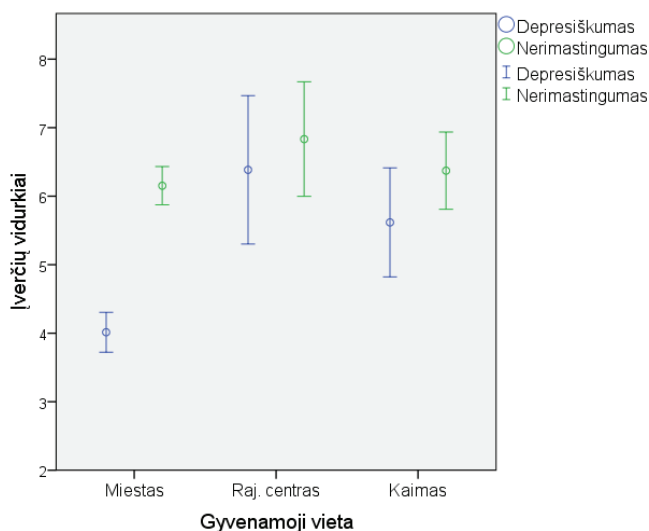


Diagrama Nr. 41. HADS subskalių vidurkių 0,95 pasikliautinio intervalo grafikai kiekvienai gyvenamai vietai (n=887)

Didžiausias HADS-D įverčio vidurkis buvo tarp rajono centrų gyventojų (Lentelė Nr.50)

Lentelė Nr. 50. HADS įverčiai priklausomai nuo pacientų gyvenamosios vietos (n=887)

Skalė	Amžiaus grupė	Vidurkis	St. nuokrypis	95% vidurkio pasikliautinis intervalas		p
				Viršutinė riba	Apatinė riba	
HADS-D	Miestas	4,01	3,97	3,72	4,31	0,000
	Raj.centras	6,38	4,80	5,30	7,47	
	Kaimas	5,62	3,88	4,82	6,41	

Depresijos simptomų subskalės vidurkiai reikšmingai skiriasi tik atskirai tarp miesto ir raj.centro bei miesto ir kaimo gyventojų; tuo tarpu skirtumo tarp raj.centro ir kaimo neradome (Lentelė Nr.51)

Lentelė Nr. 51. Poriniai HADS-D įverčių vidurkių palyginimai priklausomai nuo gyvenamosios vietos (n=887)

Skalė	p reikšmė	
	Miestas	Kaimas
HADS-D	Raj.centras	0,000
	Kaimas	0,000

Išsilavinimas. Išsilavinimas turėjo sąsają tik su pacientų depresijos simptomais: sunkesnių depresijos simptomų turėjo turintieji vidurinį arba žemesnį išsilavinimą ($p < 0,001$) (Diagrama Nr.42). Nerimo simptomų subskalės rezultatams išsilavinimas įtakos neturėjo ($p = 0,280$).

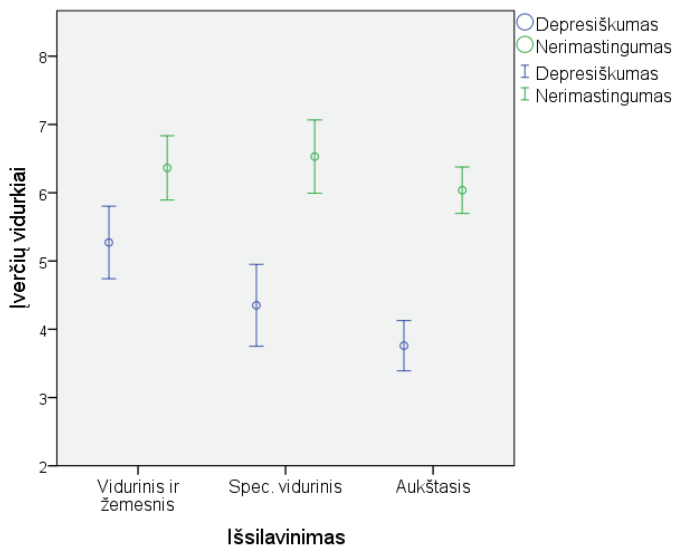


Diagrama Nr. 42. HADS subkalių vidurkių 0,95 pasikliautinio intervalo grafikai kiekvienai išsilavinimo grupei (n=887)

Kuo aukštesnis išsilavinimas – tuo mažesni depresijos simptomų subskalės įverčiai (Lentelė Nr.52)

Lentelė Nr. 52. HADS įverčiai priklausomai nuo pacientų išsilavinimo (n=887)

Skalė	Amžiaus grupė	Vidurkis	St. nuokrypis	95% vidurkio pasikliautinis intervalas		p
				Viršutinė riba	Apatinė riba	
HADS-D	Vidurinis ir žemesnis	5,27	4,52	4,74	5,80	0,000
	Spec. vidurinis	4,35	3,73	3,75	4,95	
	Aukštasis	3,76	3,88	3,39	4,13	

Poriniuose palyginimuose reikšmingi skirtumai rasti tik tarp žemiausiojo ir aukščiausiojo išsilavinimo grupių (Lentelė Nr.53)

Lentelė Nr. 53. Poriniai HADS-D įverčių vidurkių palyginimai priklausomai nuo išsilavinimo (n=887)

Skalė	p reikšmė		
		Vidurinis ir žemesnis	Aukštasis
HADS-D	Spec.vidurinis	0,062	0,223
	Aukštasis	0,000	

Tautybė. Lietuvių pacientų depresijos simptomų subskalės vidurkis mažesnis negu lenkų ir rusų ($p < 0,001$). Nerimo simptomų subskalės įverčiai statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p = 0,244$) (Diagrama Nr.43).

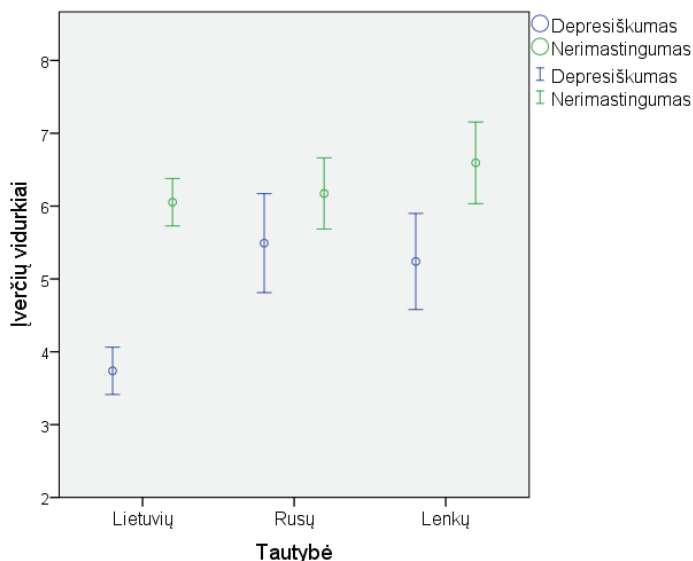


Diagrama Nr. 43. HADS subkalių vidurkių 0,95 pasikliautinio intervalo grafikai kiekvienai tautybei (n=887)

Rusų tautybės pacientų depresijos simptomai buvo stipriausiai išreikšti (Lentelė Nr.54)

Lentelė Nr. 54. HADS įverčiai priklausomai nuo tautybės (n=887)

Skalė	Tautybė	Vidurkis	St. nuokrypis	95% vidurkio pasikliautinis intervalas		p
				Viršutinė riba	Apatinė riba	
HADS-D	Lietuvių	3,74	3,77	3,41	4,06	0,000
	Rusų	5,49	4,53	4,81	6,17	
	Lenkų	5,24	4,43	4,58	5,90	

Rastas reikšmingas skirtumas atskirai tarp lietuvių ir rusų bei lietuvių ir lenkų tautybės respondentų, tačiau tarp rusų ir lenkų pacientų reikšmingo skirtumo nėra (Lentelė Nr.55).

Lentelė Nr. 55. Poriniai HADS-D įverčių vidurkių palyginimai priklausomai nuo tautybės (n=887)

Skalė	p reikšmė		
		Lietuvių	Rusų
HADS-D	Lenkų	0,000	0,860
	Rusų	0,000	

Lėtinių ligų ypatumai. Sunkesni nerimo ir depresijos simptomai yra susiję su sirgimu lėtinėmis ligomis ($p < 0,001$) (Diagrama Nr.44).

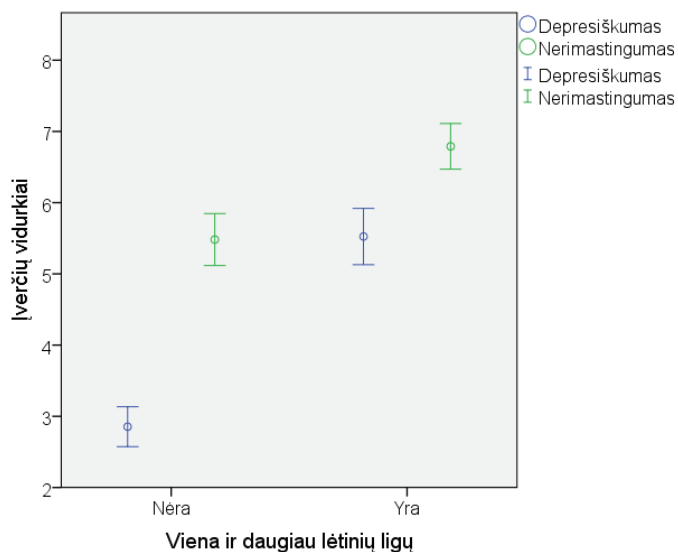


Diagrama Nr. 44. HADS subskalių vidurkių 0,95 pasikliautinio intervalo grafikai kiekvienai sirgimo lėtinėmis ligomis ir nesirgimo grupei (n=887)

Ypač skirtumas akivaizdus depresijos simptomų subskaleje (Lentelė Nr.56)

Lentelė Nr. 56. HADS įverčiai priklausomai nuo sirgimo lėtinėmis ligomis (n=887)

Skalė	Ligos	Vidurkis	St. nuokrypis	95% vidurkio pasikliautinis intervalas		p
				Viršutinė riba	Apatinė riba	
HADS-N	Nėra	5,48	3,60	5,12	5,85	0,000
	Yra	6,79	3,68	6,47	7,11	
HADS-D	Nėra	2,85	2,77	2,57	3,13	0,000
	Yra	5,52	4,55	5,13	5,92	

Didesni VAS skausmui skalės įverčiai buvo susiję su stipresniais ir nerimo, ir depresijos simptomais. Radome vidutinio stiprumo teigiamus koreliacijos koeficientus tarp HADS ir VAS skausmui įverčių (Lentelė Nr.57)

Lentelė Nr. 57. Sperman'o koreliacijos koeficientai tarp HADS ir VAS skausmui įverčių (n=887)

	VAS skausmui
HADS-N	0,441**
HADS-D	0,491**

** - p < 0,001

Gydytojų lytis ir amžius. Tarp skirtingų lyčių gydytojų nebuvo jokio skirtumo lyginant jų pacientų nerimo simptomų lygį (gydytojų vyrų pacientų HADS-N įverčio vidurkis buvo 6,13(3,04), gydytojų moterų pacientų - 6,61(3,64); p=0,278) bei depresijos simptomų lygį (gydytojų vyrų pacientų HADS-D įverčio vidurkis buvo 5,58(4,04), gydytojų moterų pacientų - 4,89(4,31); p=0,193).

Tuo tarpu skyrėsi skirtingų gydytojų amžiaus grupių pacientų nerimo bei depresijos simptomų lygiai. Vyriausiosios (per 51 metų amžiaus) gydytojų grupės pacientų abu šie įverčiai buvo didžiausi (Diagrama Nr.45).

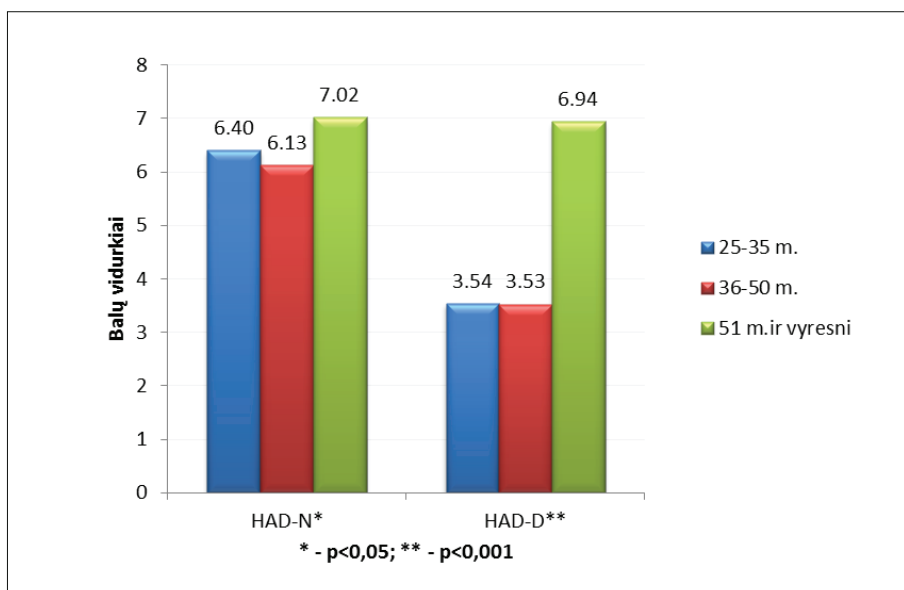


Diagrama Nr. 45. Gydytojo amžiaus sąsajos su pacientų HADS įverčiais (n=581)

HADS įverčių vidurkių skirtumo tarp 25-35 metų ir 36-50 metų gydytojų nerasta (Lentelė Nr.58)

Lentelė Nr. 58. Poriniai HADS subskalių įverčių vidurkių palyginimai priklausomai nuo gydytojo amžiaus (n=581)

Skalė	p reikšmė		
		51 m.ir vyresni	36-50 m.
HADS-N	25-35 m.	0,334	0,807
	36-50 m.	0,015	
HADS-D	25-35 m.	0,000	1,000
	36-50 m.	0,000	

4.2.8. Nerimo ir depresijos simptomų sąsajos su pasitenkinimu PSP paslaugomis

Abi nerimo ir depresijos simptomų subskalės koreliavo su bendru PSQ-18 balu (Spearman'o koeficientai -0,446 HADS-N subskalėje ir -0,536 HADS-D subskalėje; $p < 0,001$) (Diagramos Nr.46, 47 ir 48). Taip pat rastos sąsajos su visomis septyniomis PSQ-18 subskalėmis (Lentelės Nr.59 ir 60).

Lentelė Nr. 59. Sperman'o koreliacijos koeficientai tarp HADS-N ir PSQ-18 įverčių (n=887)

PSQ-18 kategorijos	Sperman'o koreliacijos koeficientai
Bendras pasitenkinimas	-0,421**
Techninis aprūpinimas ir kompetencija	-0,368**
Gydytojo santykis ir bendravimas su pacientu	-0,356**
Informacijos suteikimas ir dėmesingumas	-0,390**
Finansiniai aspektai	-0,432**
Konsultacijos trukmė ir praleistas su gydytoju laikas	-0,390**
Paslaugos prieinamumas ir patogumas	-0,446**
Bendras PSQ-18 balas	-0,462**

**- $p < 0,001$

Lentelė Nr. 60. Sperman'o koreliacijos koeficientai tarp HADS-D ir PSQ-18 įverčių (n=887).

PSQ-18 kategorijos	Sperman'o koreliacijos koeficientai
Bendras pasitenkinimas	-0,470**
Techninis aprūpinimas ir kompetencija	-0,430**
Gydytojo santykis ir bendravimas su pacientu	-0,405**
Informacijos suteikimas ir dėmesingumas	-0,453**
Finansiniai aspektai	-0,490**
Konsultacijos trukmė ir praleistas su gydytoju laikas	-0,467**
Paslaugos prieinamumas ir patogumas	-0,521**
Bendras PSQ-18 balas	-0,536**

**- $p < 0,001$

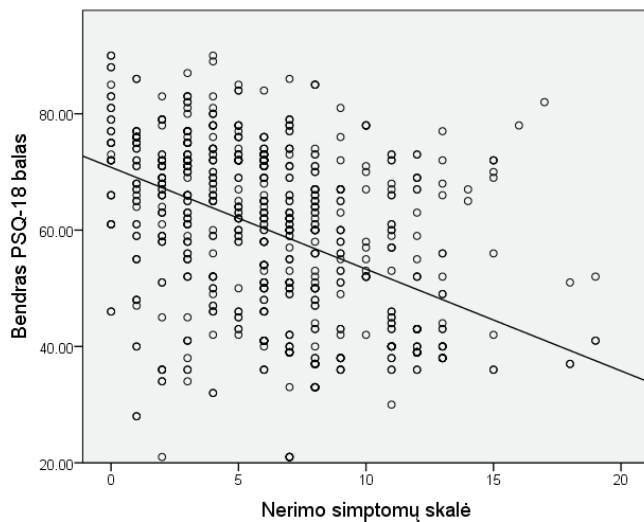


Diagrama Nr. 46. PSQ-18 bendro balo pasiskirstymas priklausomai nuo nerimo simptomų įverčio (su tendencijos linija) (n=887)

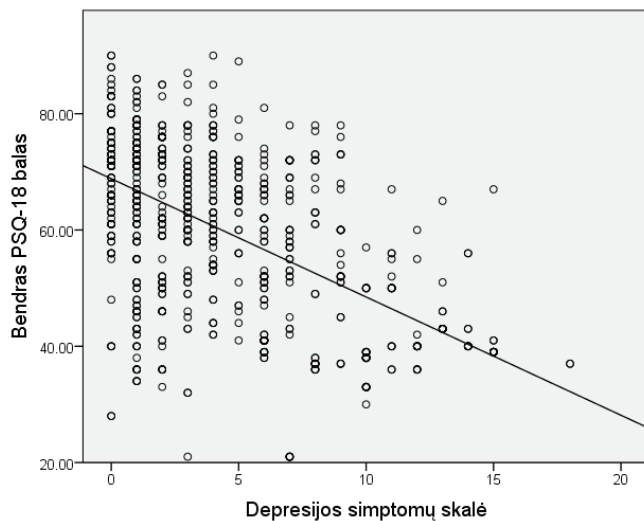


Diagrama Nr. 47. PSQ-18 bendro balo pasiskirstymas priklausomai nuo depresijos simptomų subskalės įverčio (su tendencijos linija) (n=887)

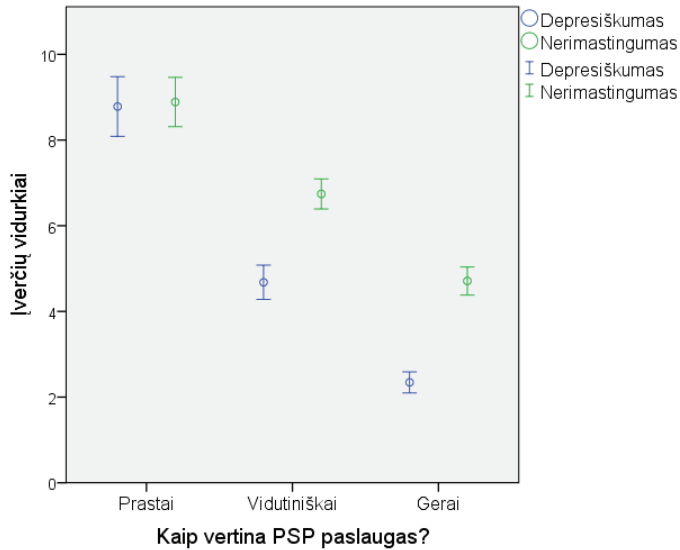


Diagrama Nr. 48. HADS subskalių vidurkių 0,95 pasikliautinio intervalo grafikai kiekvienai PSP paslaugų įvertinimo grupei (n=887).

4.2.9. Bendra visų tirtų veiksnių įtaka pasitenkinimui PSP paslaugomis

Pradžioje atlikome analizę tik su tirtais socio-demografiniais rodikliais ir įstaigos tipu. Buvo teisingai klasifikuota 64,9% gero, 50,9% vidutinio ir 22,4% prasto įvertinimo atvejų. Bendras teisingai klasifikuotų imties respondentų procentas 51,8%. Nagelkerkės determinacijos pseudokoeficientas R2 buvo gana mažas – 0,191. Modelio didžiausio tikėtinumo santykio chi kvadrato statistika $\chi^2 = 153,611$, $p < 0,001$.

Apžvelgus į didžiausio tikėtinumo santykio chi kvadrato kriterijaus rezultatus kiekvienam regresoriui, matome, kad visi regresoriai yra statistiškai reikšmingi (lentelė Nr.61).

Lentelė Nr. 61. Didžiausio tikėtinumo santykio chi kvadrato kriterijaus rezultatų kiekvienam regresoriui lentelė (su sociodemografiniais veiksniais) (n=887)

Efektas	Modelio tinkamumo kriterijai Sumažinto modelio -2log tikėtinumas	Tikėtinumo santykio kriterijaus rezultatai		
		Chi kvadratas	Laisvės laipsniai	p
Konstanta	1373,417	0,000	0	
Paciento amžius	1418,532	45,115	2	0,000
Paciento lytis	1379,816	6,398	2	0,041
Gyvenamoji vieta	1427,493	54,075	4	0,000
Išsilavinimas	1395,235	21,818	4	0,000
Tautybė	1383,222	9,805	4	0,044
Įstaigos tipas	1384,636	11,218	2	0,004

Pritaikius Wald kriterijų, matome, kad veiksniai, kurie didina blogo vertinimo tikimybę, yra vyresnis respondentų amžius, vyriška lytis, gyvenamoji vieta kaime, vidurinio išsilavinimo turėjimas ir lankymasis privačioje klinikoje. Vyresnis respondentų amžius didina blogo ir mažina vidutinio ir gero vertinimų tikimybes. Vyriška respondentų lytis, gyvenamoji vieta kaime, lyginant ją su rajono centru, vidurinio išsilavinimo turėjimas (lyginant su aukštuoju) ir lankymasis privačioje klinikoje didina blogo ir mažina vidutinio įvertinimo tikimybę. O gyvenamoji vieta kaime, lyginant ją su miestu, ir aukštasis išsilavinimas, lyginant jį su specialiuoju viduriniu, didina blogo ir mažina gero įvertinimo tikimybę (lentelė Nr.62, 2 priedas). Tautybės įtakos vertinant regresijos koeficientus nematome, nors didžiausio tikėtino santygio chi kvadrato kriterijaus rezultatų lentelėje tautybės įtaka buvo reikšminga ($p=0,044$).

Į regresiją įtraukėme HADS pacientų sociodemografinius veiksnius, sirgimą lėtinėmis ligomis ir VAS skalės įverčius. Regresijos modelyje buvo teisingai klasifikuota 74,7% gero, 50,6% vidutinio ir 59,2% prasto įvertinimo atvejų. Bendras teisingai klasifikuotų imties respondentų procentas 62,7%. Nagelkerkės determinacijos pseudokoeficientas R^2 buvo jau žymiai didesnis – 0,452. Modelio didžiausio tikėtino santygio chi kvadrato statistika $\chi^2 = 434,523$, $p < 0,001$. Didžiausio tikėtino santygio chi kvadrato kriterijaus rezultatų kiekvienam regresoriui lentelėje matome, kad šiame modelyje statistiškai reikšmingi regresoriai yra HADS depresijos simptomų subskalės įverčiai, gyvenamoji vieta, išsilavinimas, tautybė, įstaigos tipas ir sirgimas lėtinėmis ligomis (lentelė Nr.63)

Lentelė Nr. 63. Didžiausio tikėtino santygio chi kvadrato kriterijaus rezultatų kiekvienam regresoriui lentelė (su sociodemografiniais veiksniais, HADS ir VAS skausmui skalėmis ir sirgimu lėtinėmis ligomis) ($n=887$)

Efektas	Modelio tinkamumo kriterijai	Tikėtino santygio kriterijaus rezultatai		
	Sumažinto modelio $-2\log$ tikėtimumas	Chi kvadratas	Laisvės laipsniai	p
Konstanta	1321,373	0,000	0	
Paciento amžius	1321,914	0,541	2	0,763
Nerimo simptomai	1323,267	1,894	2	0,388
Depresijos simpt.	1415,099	93,726	2	0,000
VAS skausmui įvertis	1322,886	1,513	2	0,469
Paciento lytis	1323,989	2,616	2	0,270
Gyvenamoji vieta	1371,095	49,722	4	0,000
Išsilavinimas	1334,345	12,972	4	0,011
Tautybė	1331,936	10,563	4	0,032
Įstaigos tipas	1329,019	7,646	2	0,022
Lėt.ligos	1341,835	20,462	2	0,000

Matome, kad šiame modelyje veiksniai, susiję su didesne prasto įvertinimo tikimybe, yra stipresnių depresijos simptomų buvimas, gyvenamoji vieta kaime, vidurinis ir žemesnis išsilavinimas (lyginant su aukštuoju), sirgimas lėtinėmis ligomis bei lietuvių tautybė, kai lyginame ją su lenkų tautybe (Lentelė Nr.64, 3 priedas). Stipresni depresijos simptomai ir gyvenamoji vieta kaime, didindami prasto vertinimo tikimybę, mažina vidutinio bei gero vertinimų tikimybes. Vidurinis ir žemesnis išsilavinimas, lyginant su aukštuoju, bei sirgimas lėtinėmis ligomis didina prasto vertinimo tikimybę ir tuo pačiu mažina vidutinio vertinimo tikimybę. O lietuvių tautybė, lyginant ją su lenkų, didina prasto vertinimo tikimybę mažinant gerojo.

Į regresinę analizę įtraukiant gydytojo amžiaus ir lyties kintamuosius, imtis sumažėja nuo 887 iki 581 paciento, kadangi į klausimus apie gydytojo lytį bei amžių turime mažiau atsakiusiųjų.

Šiame regresijos modelyje buvo teisingai klasifikuota 79,1% gero, 45,3% vidutinio ir 78,7% prasto įvertinimo atvejų. Bendras teisingai klasifikuotų imties respondentų procentas 67,5%. Nagelkerkės pseudokoeficientas buvo jau didesnis - 0,609. Modelio didžiausio tikėtinumo santykio chi kvadrato statistika $\chi^2 = 431,523$, $p < 0,001$. Didžiausio tikėtinumo santykio chi kvadrato kriterijaus rezultatų kiekvienam regresoriui lentelėje matome, kad šiame modelyje statistiškai reikšmingi kintamieji yra kiti: nebelieka tautybės ir įstaigos tipo reikšmingumo, prisideda naujas reikšmingas kintamasis „gydytojo amžius“. Išlieka HADS depresijos simptomų subskalės įverčių, gyvenamosios vietos, išsilavinimo ir sirgimo lėtinėmis ligomis reikšmingumas (Lentelė Nr.65).

Lentelė Nr. 65. Didžiausio tikėtinumo santykio chi kvadrato kriterijaus rezultatų kiekvienam regresoriui lentelė (su pacientų sociodemografiniais veiksniais, HADS ir VAS skausmui skalėmis, sirgimu lėtinėmis ligomis bei gydytojų demografiniais veiksniais) (n=581)

Efektas	Modelio tinkamumo kriterijai	Tikėtinumo santykio kriterijaus rezultatai		
	Sumažinto modelio -2log tikėtinumas	Chi kvadratas	Laisvės laipsniai	p
Konstanta	760,999	0,000	0	
Paciento amžius	763,599	2,600	2	0,273
Nerimo simptomai	766,085	5,086	2	0,079
Depresijos simptomai	810,783	49,785	2	0,000
VAS skausmui įvertis	762,520	1,521	2	0,467
Paciento lytis	761,299	0,300	2	0,861
Gyvenamoji vieta	797,922	36,924	4	0,000
Išsilavinimas	772,291	11,292	4	0,023
Tautybė	767,389	6,390	4	0,172
Įstaigos tipas	761,993	0,994	2	0,608
Gydytojo amžius	803,369	42,371	4	0,000
Gydytojo lytis	763,063	2,065	2	0,356
Lėtinės ligos	776,751	15,753	2	0,000

Pritaikius Wald kriterijų, matome, kad veiksniai, kurie didina blogo vertinimo tikimybę yra ryškesni pacientų depresijos simptomai, gyvenamoji vieta kaime (lyginant su rajono centru), vidurinio išsilavinimo turėjimas, sirgimas lėtinėmis ligomis ir vyresnis gydytojų amžius (per 51 m.) (Lentelė Nr.66, 4 priedas). Vertindami regresijos koeficientus matome, kad ir nerimo simptomų įvertis galėtų nulemti paslaugų vertinimą, kadangi šio kintamojo regresijos koeficientas „gero vs. prasto“ vertinimo submodelyje yra -0,167, o $p=0,026$. Tačiau šio kintamojo vertinti neturėtumėme, kadangi didžiausio tikėtimumo santykio chi kvadrato kriterijaus rezultatų kiekvienam regresoriui lentelėje šis kintamasis buvo statistiškai nereikšmingas ($p=0,079$).

5. REZULTATŲ INTERPRETACIJA IR APTARIMAS

5.1. Bendras pasitenkinimo PSP paslaugomis įvertinimas

Bendras respondentų PSP paslaugų vertinimas buvo gana aukštas: pirmajame etape daugiausiai vertinimų buvo vidutinių (55,5%), o antrajame – gerų (44%). Tai siejasi su R.Aranausko gautu rezultatu, kur daugiausia (54%) respondentų vertino PSP paslaugas vidutiniškai. Apskritai literatūroje didžioji dalis pacientų yra patenkinti PSP paslaugomis^{27,31,66}, ir tik maža dalis (iki 20%) pacientų būna visiškai nepatenkinti. Pagal 2010 metų M.F.Diagne tyrimo, kuris buvo atliktas 34-iose Europos ir Centrinės Azijos šalyse, duomenis Lietuvoje buvo 64 procentai gyventojų patenkintų sveikatos priežiūros paslaugomis ir tas procentas didėja nuo 2006 metų³⁷.

Abiejuose etapuose pasitenkinimo paslaugomis aspektų reitingai parodė, kad prasčiausiai respondentai vertina paslaugos prieinamumą ir patogumą bei konsultacijos trukmę. Dauguma Lietuvos autorių, atlikę panašaus pobūdžio tyrimus, gavo daugiau ar mažiau panašius rezultatus – t.y. apklausti žmonės teigė susiduriantys su problemomis patekti pas gydytojus ar laukti medicinos pagalbos. Atsižvelgiant į tai, kad gydytojo santykiu su pacientu ir jo kompetencija pacientai dažniausiai patenkinti, galima galvoti, kad gydytojų laiko, skirto pacientui, trūkumas priklauso ne tiek nuo gydytojo, kiek nuo prastos darbo organizacijos, t.y. sisteminių ar vietinių administravimo spragų.

Tokie šio tyrimo rezultatai yra panašūs į R.Aranausko tyrimo rezultatus, kur prasčiausi įverčiai buvo irgi būtent šių PSQ-18 subskalių. J.Kairys su bendraautoriais nagrinėdamas ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimą Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonuose bei kaimuose nustatė, kad dauguma respondentų galimybę atvykti į polikliniką, susisiekti, vertina kaip patogų ir labai patogų⁹⁶. Tačiau kai respondentų buvo klausama apie problemas, su kuriomis jie susidūrė ambulatorinėje sveikatos priežiūros įstaigoje, pacientai pažymėjo, kad tai yra eilės prie kabinetų, per didelis „popierizmas“ ir biurokratija, eilės registratūroje, sunkumai užsiregistruoti ir patekti pas norimą gydytoją, sugaištas laikas poliklinikoje.

Paslaugų prieinamumo paslaugos 2000 metais tirtos Vilniaus miesto VŠĮ „Šeškinės poliklinikoje“ (Kairys J. ir Gurevičius R)⁹⁷. Buvo vertinamas paciento poliklinikoje sugaištas laikas: vyresnio amžiaus respondentai, rečiau poliklinikoje besilankantys respondentai sugaištą laiką poliklinikoje linę vertinti geriau nei jaunesni ir dažnai poliklinikoje besilankantys respondentai.

2004 metais apklausus Šiaulių miesto ir apskrities viešųjų bei privačių pirminių sveikatos priežiūros centrų pacientus dėl sveikatos priežiūros priei-

namumo (Ž.Milašauskienė su bendraautoriais) paaiškėjo, kad pacientai palankiai vertina teritorinį prieinamumą, tačiau kritiškiau vertino sugaištą laiką laukiant šeimos gydytojo konsultacijos⁸⁰. Dauguma apklausoje dalyvavusių respondentų manė, kad per ilgai laukia vizito pas šeimos gydytoją.

Mūsų tyrimo rezultatai siejasi ir su užsienio šalių mokslininkų, besidominančių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problemomis. Tetjanos Stepurko su bendraautoriais tyrime apie pacientų pasitenkinimą SP paslaugų prieinamumu ir kokybe paaiškėjo, kad iš visų 6 tyrime dalyvavusių šalių respondentų, labiausiai nepatenkinti ambulatorinių paslaugų prieinamumu buvo respondentai iš Lietuvos²⁷. Palyginimui, JAV M.J.Bair atliktame tyrime ambulatorinių paslaugų prieinamumas buvo vertintas kaip antras pagal gerumą aspektas⁴³.

Michael M su bendraautoriais padarė išvadą, kad sumažinus konsultacijos laukimo laiką prie gydytojo durų ambulatorinėse sveikatos priežiūros įstaigose, galima padidinti pasitenkinimo paslaugomis lygį⁷⁴. Graikijoje atliktame tyrime (C.Lionis su bendraautoriais) PSP pacientai nurodė šeimos gydytojo praktikos spragas tokiose srityse kaip; konsultacijos laukimo laikas, BPG priėjimas prie ligos istorijos, prevencinių paslaugų teikimas ir paciento įtraukimas į sprendimų dėl jo sveikatos priėmimą⁶⁶. Pietų Afrikos provincijose atliktame tyrime (W.N.Nunu su bendraautoriais) nustatyti veiksniai, susiję su pasitenkinimu PSP, buvo konsultacijos laukimo laikas, informacijos apie paciento sveikatos būklę suteikimas ir gydymas mandagia maniera¹⁴. Labai įdomus yra Chen-Tan Lin su bendraautoriais konsultacijos trukmės ir pasitenkinimo tyrimo rezultatas⁹⁸. Kai pacientai manė, kad praleido su gydytoju mažiau laiko nei tikėjosi prieš konsultaciją, jie vertino gautas paslaugas prasčiau, neatsižvelgdami į objektyvų konsultacijos laiką. Tai patvirtina pacientų lūkesčių konsultacijos trukmei įgyvendinimo svarbą.

Įdomu tai, kad finansinis aspektas užėmė trečią vietą iš septynių pagal nepasitenkinimo lygį. Kadangi Lietuvoje sveikatos priežiūros paslaugos apmokamos „Teritorinių ligonių kasų“ lėšomis, lieka neaišku, kodėl finansinis klausimas toks aktualus respondentams. Galbūt taip yra dėl to, kad pacientai už kai kurias paslaugas tam tikrais atvejais privalo susimokėti (pavyzdžiui, kai nori pagreitinti konsultaciją ar kreiptis į antrinio lygio specialistą be siuntimo, ar nori atlikti kokius nors tyrimus be eilės). Arba tokį jų vertinimą lemia perkamų vaistų kainos, nepaisant taikomos mūsų šalyje vaistų kainos kompensavimo sistemos. Tačiau gali būti ir taip, kad jie, kalbėdami apie finansinį aspektą, turi omeny dovanėles gydytojams ar slaugytojoms už kokybiškesnę paslaugą.

Geriausiai mūsų tyrime buvo vertintas gydytojo santykio ir bendravimo su

pacientu aspektas. Tai irgi atitinka R.Aranausko gautus rezultatus, kur ta pati PSQ subskalė buvo vertinta geriausiai. Misevičienė I. ir Dregval L. tirdami Lietuvos gyventojų nuomonę apie pirminės sveiktos priežiūros paslaugų kokybę nustatė, kad respondentai buvo patenkinti gydytojų elgesiu su jais: daugiau nei pusė apklaustųjų atsakė, kad gydytojai su jais elgėsi pagarbiai, visada atidžiai iš klausė ir suprantamai suteikė informaciją, nors dalis respondentų nurodė, kad su jais niekada nebuvo aptarti gydymo planai⁹⁹.

Užsienio šalių mokslininkai savo tyrimuose dažnai nustato panašius rezultatus. Baltusen RM ir bendraautoriai (2002), tyrinėdami pacientų nuomonę apie pirminės sveikatos priežiūros kokybę, nustatė, kad pacientai yra nusi teikę pozityviai vertindami gydytojus bei visą priminės sveikatos priežiūros komandą, jų kompetenciją bei patirtį, nors daugumos apklaustųjų pacientų nenten kina paslaugų resursai ir jų prieinamumas¹⁰⁰. M.J.Bair su bendraautoriais savo tyrime geriausius pasitenkinimo rezultatus irgi gavo gydytojo santykio ir bendravimo subskalėje⁴³.

5.2. Atskirų veiksmų sąsajos su pasitenkinimu PSP paslaugomis

Šiame tyrime matome, kad moterys geriau vertina PSP paslaugas. Tačiau šis ryšys nėra labai stiprus, kadangi pirmame tyrimo etape ši sąsaja iš viso nebuvo statistiškai reikšminga, o antrame etape patikimumo žymuo buvo tik 0,033. P.Sebo tyrime yra panašus rezultatas: moterų pasitenkinimas buvo didesnis nei vyrų su patikimumo žymeniu 0,02³¹. Mūsų tyrime lyčių skirtumas buvo reikšmingas vertinant šiuos aspektus: gydytojo santykį ir bendradarbiavimą su pacientu, gydytojo dėmesingumą bei konsultacijos trukmę. Minėto P.Sebo skirtumas rastas tokiose srityse kaip; pacientui patogaus konsultacijos laiko paskyrimas, galimybė susisiekti su PSP centru telefonu bei laiku suteikta galimybė gauti skubios pagalbos paslaugas. Galime pastebėti, kad pacientai vyrai jaučiasi gavę mažiau kokybiško bendravimo, dėmesio ir laiko konsultacijos metu, negu norėtų. Taip gali būti dėl klaidingo gydytojų manymo, jog pacientų vyrų bendravimo ir bendradarbiavimo su gydytoju poreikis yra mažesnis nei moterų. Tačiau šio tyrimo duomenys rodo, jog vyrams bendravimo aspektas yra irgi svarbus ir gydytojas privalo šį bendravimo ir bendradarbiavimo poreikį patenkinti.

Tačiau lyties įtaka, kaip ir P.Sebo tyrime, dingsta atliekant multivariantinę analizę. Kai į regresiją įtraukėme tik sociodemografinius pacientų veiksmius, moteriška lytis vis dar siejosi su mažesne blogo paslaugų vertinimo tikimybe. Tačiau į modelį įtraukus HADS, sirgimą somatinėmis ligomis ir VAS skaus-

mui, lyties įtaka tampa nereišminga. Tai leidžia įtarti, kad lyčių skirtumas vienvariantėje analizėje gaunamas dėl to, kad tam tikra lytis yra susijusi su kitais, žymiai reikšmingesniais pasitenkinimą nulemiančiais veiksniais, o pati savaime lyties įtaka pasitenkinimui yra mažai reikšminga. Šiame tyrime vyrai turėjo sunkesnius depresijos simptomus negu moterys ir didesnė jų proporcijos dalis sirgo somatinėmis ligomis, o sunkesni depresijos simptomai ir ligos, savo ruožtu, šiame tyrime labai stipriai siejasi su prastesniu pasitenkinimu. Reikėtų pažymėti, kad mūsų tirti pacientai nėra tipiški depresijos simptomų pasiskirtyje tarp lyčių, kadangi yra žinoma, jog depresija dažniau serga moterys¹², o mūsų tyrime stipresnius depresijos simptomus turėjo besikreipiantys į PSP įstaigas vyrai.

Šio tyrimo metu radome, kad vyresnis pacientų amžius susijęs su prastesniu paslaugų vertinimu. Tai prieštarauja daugumai kitų tyrimų rezultatų, kur vyresnis amžius siejamas su geresniu pasitenkinimu²¹⁻²⁴. Pavyzdžiui, J.W.M.Jacobs su bendraautoriais rado ypač gerą vyresnių pacientų pasitenkinimą gydytojo santykiu ir bendravimu²³. Mes gi radome neigiamą amžiaus ir pasitenkinimo koreliaciją su visomis PSQ subskalėmis, kuri išliko ir regresinėje analizėje, kai į modelį įtraukėme visus pacientų sociodemografinius veiksnius. Tačiau pastebėjome, kad mūsų tyrime vyresnis amžius buvo susijęs su sunkesniais depresijos simptomais, sirgimu lėtinėmis ligomis ir skausmu. Ir kuomet į regresiją įtraukiame šiuos veiksnius, amžiaus įtaka dingsta. Tai rodo, kad didesnis vyresniųjų sirgimas lėtinėmis ligomis ir ryškesni depresijos simptomai nulemia vyresnių pacientų nepasitenkinimą PSP. Tai panašu į kitų atliktų tyrimų duomenis. Pvz., A.J.Poot su bendraautoriais nustatė, kad vyresnių pacientų grupėje pasitenkinimą SP žymiai mažina jų poliligotumas⁸. O tai, kad vyresnis amžius susijęs su didesniu depresiškumu aprašo E.Stordal su bendraautoriais¹⁰¹. Lieka klausimas, ar sirgimas lėtinėmis ligomis ir stipresni depresijos simptomai lemia vyresnių pacientų sveikatos priežiūros kokybės pojūtį, ar sveikatos priežiūra nesugeba tinkamai rūpintis tokiais ligotais ir depresijos simptomų turinčiais pacientais. Tačiau tai, kad vyresni pacientai prasčiau vertino ne kažkurias konkrečias PSQ subskales, o visas be išimčių, labiau rodo ligotumo ir depresijos simptomų neigiamą įtaką bendram sveikatos priežiūros kokybės pojūčiui.

Kadangi gyvenamosios vietos veikmė pasitenkinimui tyrimuose aprašoma nevienareikšmiškai, buvo įdomu sužinoti, ką parodys šio tyrimo rezultatai. Vienvariantėje analizėje matome, kad nepasitenkinimas paslaugomis labiau būdingas rajono centrų gyventojams. Kiek geriau paslaugas vertino kaimo gyventojai. Tačiau regresinėje analizėje labiausiai nepatenkinti paslaugomis vis dėlto buvo kaimo gyventojai. Tokius regresijos rezultatus galima paaiškinti

tuo, kad šiame tyrime tarp rajono centrų gyventojų buvo žymiai daugiau lėtinėmis ligomis sergančių bei depresijos simptomus jaučiančių pacientų. Kontroliuojant šiuos veiksnius regresinėje analizėje, gyvenamosios vietos rajono centre neigiama įtaka tapo mažesnė. O gyvenamoji vieta kaime, atvirkščiai, pasirodė turinti labiausiai neigiamos įtakos PSP paslaugų įvertinimui. Tokie rezultatai panašūs į N.Spasojevic su bendraautorais darbo išvadas, kad kaimo vietovė yra susijusi su prastesniu pasitenkinimu lyginant su miestu dėl sudėtingesnio sveikatos priežiūros prieinamumo ir didesnės bedarbystės³⁹. Turime pastebėti, kad mes tyrėme pasitenkinimą tų kaimo gyventojų, kurie lankėsi ne savo kaimo, bet Vilniaus PSP klinikose. Ir todėl, nepaisant to, kad K.Fotman su bendraautorais hipotetizuoja, jog kaimo gyventojai iš principo turi mažesnius lūkesčius SP paslaugoms²⁸. Tie pacientai, kurie nusprendė lankytis ne savo kaimo, o miesto klinikose gali būti nusivylę savo kaimo ambulatorijos paslaugomis ir turėti žymiai didesnių lūkesčių miesto klinikai. O šių didesnių lūkesčių neįgyvendinimas priveda prie nepasitenkinimo paslaugomis.

Šiame tyrime žemiausias (t.y. vidurinis ir žemesnis) išsilavinimas buvo susijęs su prastesniu paslaugų vertinimu. Tai yra visiškai kitoks rezultatas, negu daugumoje kitų tyrimų. Pavyzdžiui, T.Stepurko su bendraautorais rado, kad didėjant išsilavinimo lygiui prastėja pasitenkinimas abiem tirtais ambulatorinių paslaugų aspektais: kokybe bei prieinamumu²⁷. Mūsų gi tyrime tos subskalės, kuriose rastas reikšmingas skirtumas (t.y. bendras pasitenkinimas, gydytojo bendravimas, dėmesingumas ir ypač konsultacijos laikas), buvo prasčiausiai vertintos žemiausią išsilavinimą turinčių respondentų. Tokie mūsų tyrimo rezultatai labiau panašūs į R.D.Thornton su bendraautorais tyrimo rezultatus²⁴. R.D.Thornton su bendraautorais irgi rado, kad pacientai be aukštojo išsilavinimo prasčiau vertina paslaugas, bet tai buvo tik vertinant tokį pasitenkinimo aspektą kaip „punktualumas/laiko aspektas“. Minėta sritis apėmė tokius teiginius, kaip „mano gydytojas švaisto laiką aiškindamas man nerūpimus dalykus“ arba „turėjau kartoti savo istoriją kelis kartus, kol sulaukiau paskyrimo“. R.D.Thornton aiškina savo rezultatus tuo, kad žemesnio išsilavinimo pacientai prasčiau supranta medicininius terminus ir gydymosi nurodymus. Tai paaiškina ir mūsų tyrimo rezultatus, kad žemiausio išsilavinimo pacientai nepatenkinti būtent gydytojo bendravimo, informacijos suteikimo ir konsultacijos laiko aspektais. Be to, kito tyrimo, kurį atliko M.Pelletier, rezultatai rodo, kad gydytojas apskritai labiau patenkintas aukštesnio išsilavinimo pacientais ir geriau juos priima¹⁰². O tai leidžia įtarti, kad žemesnio išsilavinimo pacientų prastą vertinimą gali veikti ne tik pats pacientas, bet ir netiesiogiai jo gydytojas.

Nors tautybė yra dažnai fiksuojama tyrėjų renkant anketinius tiriamųjų duomenis, tačiau tautybė kaip kultūrinis veiksnys, galintis nulemti tyrimo rezultatus, o ypač kaip veiksnys galintis nulemti pasitenkinimą medicinos paslaugomis, nėra dažnai tiriamas. Slovėnijoje atliktame tyrime, kuriame be kitų veiksnių buvo tiriama ir tautybės įtaka pasitenkinimui PSP centrų teikiamomis paslaugomis (Kersnik J ir Ropret T)³³, buvo nustatyta, kad ne slovėnai (t.y. tautinės mažumos) ir slovėnai vertino daugelį paslaugų aspektų panašiai, tačiau keletą aspektų vertino prasčiau nei slovėnai. Šis skirtumas liko reikšmingas net ir daugiavariantėje regresinėje analizėje. Prasčiau vertinti tokie teiginiai, kaip „greitas simptomų sumažėjimas“, „gavimas pagalbos, kuri leistų jiems vėl atlikti kasdienes veiklas“, gydytojų „kruopštumas/visapusiškumas“ ir jų paaiškinimai apie tai, ką pacientai norėjo sužinoti apie savo simptomus ir/ar ligas. Mūsų tyrime tautinių mažumų pasitenkinimas buvo mažesnis kaip vertinant bendrą PSQ-18 balą, taip ir tam tikrose atskirose subskalėse. Prasčiau vertintos subskalės, susijusios su informacijos suteikimu ir dėmesingumu, konsultacijos trukme, o ypač prastai vertintas gydytojo santykio ir bendradarbiavimo aspektas. Tai galima paaiškinti tautinių mažumų kalbos barjeru bendraujant su gydytoju. Tačiau keista yra tai, kad prasčiau vertintas ir finansinis aspektas. Galbūt tai yra susiję su tuo, jog lenkai ir rusai dažniau turėjo vidurinį ir žemesnį išsilavinimą bei gyveno rajono centre ir kaime, o tai sąlygoja sunkesnę jų finansinę padėtį.

Atliekant daugiavariantę analizę, neigiama tautinių mažumų įtaka bendram pasitenkinimui dinga. Tai galima paaiškinti tuo, jog šiame tyrime tarp rusų ir lenkų buvo dažniau žemiausio išsilavinimo pacientai, vyresni, sirgę lėtinėmis ligomis, jautę stipresnį skausmą bei turėję didesnių depresijos simptomų. Kontroliuojant pagal visus šiuos veiksnius, regresijoje pati savaime lenkų ar rusų tautybė prastesnio paslaugų vertinimo nelemia. Netgi atvirkščiai, antrame regresijos modelyje lenkų tautybė didina gero ir mažina prasto vertinimo tikimybę. Šis rezultatas nustebino, ir galėtų būti paaiškinamas tik skirtinga lenkų kultūrinių tradicijų įtaka, gal būt skirtinga praeitimi, patirtimi bei mažesniais jų lūkesčiais.

Šiame tyrime PSP įstaigos tipo įtaka pasitenkinimui pasirodė mažai reikšminga. Reikšmingas skirtumas rastas tik prieinamumo subskalėje: paslaugų prieinamumas ir patogumas geriau vertintas privačiose PSP klinikose. Tai susiškaukia su L.B.Andersen su bendraautoriais pastebėjimais, kad privačios įstaigos sugeba daug geriau, nei valstybinės klinikos optimizuoti tokius ne-klinikinius veiksnius kaip konsultacijos laukimo laikas¹⁰³. A.Maun su bendraautoriais nustatė, kad privačių įstaigų pacientai ypač patenkinti sveikatos

priežiūros tęstinumu⁷⁸, o esant geram paslaugų prieinamumui yra lengviau šį tęstinumą užtikrinti. Mūsų tyrime, kaip ir A.Maun tyrime, privatūs centrai turėjo vidutiniškai mažiau prieregistruotų pacientų. Galbūt todėl pacientams būdavo lengviau gauti jiems reikalingas paslaugas. Tačiau, kaip aprašo P.Sebo su bendraautoriais, ryškiai geresnių klinikinių rezultatų privačios klinikos nepasiekia, todėl bendras pacientų pasitenkinimas privačiose klinikose ne visada didesnis²¹. Tai galėtų paaiškinti, kodėl vienoje iš mūsų regresijos modelių lankymasis privačioje klinikoje didina blogo ir mažina vidutinio įvertinimo tikimybę.

Vertinant gydytojų lyties sąsajas su pasitenkinimu matome, kad mūsų tyrime pacientai buvo labiau patenkinti gydytojų moterų suteiktomis paslaugomis. Bertakis KD su bendraautoriais atliko tyrimą, kuriame vertino pacientų pasitenkinimą PSP paslaugomis, atsižvelgiant į gydytojo, kurį pacientas matė pirmą kartą, lytį⁶⁹. Pačios konsultacijos buvo filmuojamos. Tyrimo metu pastebėta, kad pacientai buvo labiau patenkinti gydytojų moterų konsultacijomis. Tai susišaukia su šio tyrimo rezultatais.

Šiame tyrime gydytojų moterų pacientai buvo labiau patenkinti konsultacijos trukme ir paslaugų prieinamumu, o ypač patenkinti gydytojo santykiu ir bendradarbiavimu. Tai turi panašumų su D.L.Roter su bendraautoriais pastebėjimais, kad gydytojos moterys labiau dėmesingos pacientams bei skiria konsultacijoms daugiau laiko⁷⁰. Tai, kad mūsų tyrime pacientai buvo mažiau patenkinti gydytojų vyrų bendravimu, iš dalies paaiškina Bertakis KD su bendraautoriais tyrimo išvados, kad skiriasi gydytojų vyrų ir gydytojų moterų konsultavimo stiliai, kadangi konsultacijos metu gydytojai vyrai ir gydytojos moterys koncentruojasi ties skirtingais sveikatos priežiūros aspektais⁶⁹. Mūsų tyrimo respondentams gydytojų vyrų konsultavimo stilius patiko mažiau. Greičiausiai, pacientai tikėjose labiau empatiško, išsamesnio ir ilgiau trunkančio bendravimo. Įdomu yra tai, kad prasčiau vertintas ir gydytojų vyrų paslaugų prieinamumas. Tai galima būtų paaiškinti tuo, kad galbūt gydytojai vyrai griežčiau laikosi konsultavimo grafiko ir yra mažiau lankstūs, kai reikia priimti papildomą pacientą ar susiklosto kitokia nestandartinė situacija.

K.Pitki Derose su bendraautoriais pastebi, kad gydytojų lytis turi įtakos tik moterims pacientėms, o vyrams pacientams tai įtakos neturi¹⁰⁴, tačiau mūsų tyrime gydytojų moterų konsultavimas teigiamai veikia keturis iš septynių pasitenkinimo aspektų abiejose, tiek pacienčių moterų, tiek ir pacientų vyrų grupėse. Tai, kad radome geriausius bendravimo ir konsultacijos trukmės vertinimo rezultatus gydytojų moterų ir pacienčių moterų grupėje atitinka Comstock'o su bendraautoriais atlikto tyrimo rezultatus, kur geriausi pasitenkinimo

rezultatai irgi pastebėti gydytojų moterų ir pacienčių moterų grupėje¹⁰⁵. Tuo tarpu kitame tyrime, atliktame J. Schmittiel'io su bendraautoriais, gydytojų moterų ir pacienčių moterų grupėje keturi iš penkių pasitenkinimo aspektų įverčių buvo mažiausi, o aukščiausi vertinimai buvo gydytojų moterų ir pacientų vyrų grupėje¹⁰⁶. Tokį rezultatą minėto darbo autoriai aiškina tuo, kad jų tyrime gydytojų moterų ir pacienčių moterų grupėje pacientės dažniau pačios išsirinko savo gydytoją, o ne buvo automatiškai priskirtos joms, ir galbūt turėjo didesnių lūkesčių savo išsirinktoms gydytojoms. O minėti lūkesčiai yra rimtas iššūkis gydytojui ir ne visada pavyksta juos įgyvendinti.

Tačiau bendrai pacientų, besilankančių pas skirtingų lyčių gydytojus, pasitenkinimo skirtumai yra nedideli ir dingsta daugiavariantėje analizėje. Lygiai taip pat atsitinka ir P.Sebo su bendraautoriais tyrime³¹. Mūsų tyrimo atveju, tarp pacientų, kurie lankėsi pas gydytojus vyrus, buvo didesnė dalis kaimo gyventojų bei didesnės gydytojų vyrų dalies amžius buvo vertintas kaip vyresnis. O abu šie veiksniai susiję su prastesniu paslaugų vertinimu ir todėl galėjo pabloginti bendrą gydytojų vyrų paslaugų vertinimą vienvariantėje analizėje. Galbūt dėl to pacientų, kurie norėtų pakeisti savo šeimos gydytoją į priešingos lyties atstovą, dalys abiejose gydytojų moterų ir gydytojų vyrų grupėse reikšmingai nesiskyrė, ir pati savaimė gydytojo lytis turėjo pacientams mažai reikšmės.

Labai nustebino toks respondentų nepasitenkinimas vyresnio amžiaus gydytojų paslaugomis. Tikėjomės, kad vertinimas galėtų būti tik šiek tiek prastesnis, tačiau radome, kad visos PSQ subskalės pacientų, kurie lankosi pas vyresnius nei 51 metų gydytojus, vertintos žymiai prasčiau. R.D.Thornton su bendraautoriais rado, kad pacientai prasčiausiai vertina vyresnių nei 60 metų gydytojų paslaugas²⁴. Ji tyrė pasitenkinimą trimis aspektais: pasitenkinimas gydytoju, prieinamumas/patogumas ir punktualumas/laikas. Lyginant 30-40-ties metų amžiaus su vyresniais nei 60-ties metų amžiaus gydytojų grupes rasti skirtumai vertinant visus tris aspektus, o lyginant 50-ties metų ir vyresnių nei 60 metų amžiaus gydytojų grupes skyrėsi tik punktualumo/laiko aspektas. Abiems atvejais vyresnių gydytojų konsultacijos vertintos prasčiau. Tai leidžia manyti, kad vyresnio amžiaus gydytojų konsultacijų laiko vertinimo aspektas prastėja ryškiausiai. Panašiai, kaip R.D.Thornton tyrime, šiame tyrime konsultacijos laiko vertinimas dėl gydytojo amžiaus prastėjo ryškiausiai, kadangi rasti vertinimo skirtumai tarp visų trijų gydytojų amžiaus grupių. Ar iš tikrųjų vyresni gydytojai paciento konsultavimui skiria mažiau laiko objektyviai, mūsų tyrime patikrinti yra neįmanoma, kadangi mes nefiksavome konsultacijų trukmės. Tačiau prielaidų tam yra. Lygiai taip pat su gydytojo amžiu-

mi reikšmingai prastėja ir informacijos suteikimo ir dėmesingumo subskalės vertinimas. Tam įtakos gali turėti skirtingas jaunesnių ir vyresnių gydytojų bendravimo stilius – pacientai labiau patenkinti į pacientą orientuotomis konsultacijomis, kai jie patys dalyvauja sprendimų dėl jų sveikatos priėmimo^{105,107}, kai gydytojai yra labiau dėmesingi bei empatiški pacientams^{14,68,108,109}, ir tokiu modeliu galbūt labiau vadovaujasi jaunesni gydytojai. Tuo tarpu vyresni gydytojai labiau remiasi į gydytoją orientuotu konsultavimo modeliu, labiau pasitiki savo patirtimi bei asmenine nuomone ir patys priima sprendimus, nelaukdami paciento pritarimo, o tai gali neatitikti paciento lūkesčių. Įtakos gali turėti ir dažniau tarp vyresnių gydytojų pasitaikantis „perdegimo“ sindromas – vyresnieji PSP gydytojai, dirbę daugiau nei 21 metus, yra patyrę daugiau streso, labiau išsekę nei jaunesnieji, dirbę trumpiau⁷³. O prielaidų darbiniam išsekimui ir „perdegimui“ tikrai yra. Juk palyginus didesnė vyresnių gydytojų pacientų dalis yra vyresni žmonės, sergantys lėtinėmis ligomis ir turintys depresijos simptomų, taip pat jaučiantys skausmą ir nerimą.

Neigiama vyresnio nei 51 metų gydytojo amžiaus įtaka pacientų pasitenkinimui išlieka daugiavariantėje analizėje ir yra antras pagal svarbumą pasitenkinimui įtakos turintis veiksnys (po depresijos simptomų buvimo). Darbo autorių nuomone, ta amžiaus riba, ties kuria žymiai suprastėja paciento pasitenkinimo paslaugomis vertinimas, nebūtinai yra ties 50 metų, bet tikriausiai ateina vėliau – link 55 ar 60 metų. Tačiau šiame tyrime pacientams pateikėme pasirinkimui tik tris stambias gydytojų amžiaus grupes, vyriausia iš kurių yra „daugiau nei 51 metai“, ir labiau patikslinti rezultatų šiuo metu negalime.

Rasta koreliacija tarp skausmo ir pasitenkinimo PSP paslaugomis yra labai logiška ir tikėta. Tačiau, kaip ir buvo manoma, pats savaimė skausmas įtakoja pasitenkinimą ne kaip savarankiškas veiksnys, o yra tik sudedamoji dalis kitų žymiai stipriau veikiančių pasitenkinimą veiksnių. VAS skausmui įverčiai teigiamai koreliavo su pacientų depresijos bei nerimo simptomų įverčiais. Toks ryšys patvirtinamas daugelyje tyrimų, pvz., M.J.Bair rado, kad tarp visų PSP pacientų, jaučiančių lėtinį skeletoraumeninių skausmą, net 46% pacientų kartu turi įvairių komorbidiškumo derinių su depresijos ir nerimo sutrikimais. Toks komorbidiškumas ryškiai sustiprina skausmą, sukelia didesnę neįgalumą ir blogina su sveikata susijusią gyvenimo kokybę¹¹¹. A.Talvari tirdamas vyresnio amžiaus pacientus rado, kad depresijos ir nerimo sutrikimų buvimas galimai susijęs su kaklo skausmais ir funkcijos sutrikimu¹⁰¹. N.A.Desbiens rado, kad pacientai su daugiau komorbidiškų ligų, stipresniais depresija ir nerimu bei prastesne gyvenimo kokybe nurodė stipresnį skausmą¹¹². Be to, mūsų tyrime stipresnį skausmą jautė pacientai iš kaimo, žemesnio išsilavinimo bei

sergantys lėtinėmis ligomis. Visi šie veiksniai (gyvenamoji vieta kaime, vidurinis ir žemesnis išsilavinimas, sirgimas lėtinėmis ligomis, stipresni depresijos simptomai) susiję su prastesniu paslaugų įvertinimu ir galimai todėl vienvariantėje analizėje gavome koreliaciją su pasitenkinimu, o regresinėje analizėje jos nebebuvo, kadangi regresinėje analizėje minėti veiksniai yra kontroliuojami ir pats savaime skausmas neturėjo tokios reikšmingos įtakos pasitenkinimui. Tyrimų, kuriuose nagrinėjama tiesioginė skausmo įtaka pasitenkinimui PSP paslaugomis, yra mažai. Dažniau nagrinėjama skausmo įtaka skausmo kontrolės įvertinimui arba pasitenkinimui gyvenimo kokybe, bet ne bendram pasitenkinimui PSP paslaugomis. Yra nustatyta, kad stipresnis skausmas susijęs su prastesniu skausmo kontrolės įvertinimu¹¹². O prasta skausmo kontrolė, savo ruožtu, susijusi su pacientų nepasitenkinimu¹¹³. M.J.Bair su bendraautoriais tyrime, kuriame tiriama depresijos ir skausmo įtaka pasitenkinimui ambulatorinėmis paslaugomis, abu šie veiksniai stipriai koreliavo su nepasitenkinimu paslaugomis net ir regresijos modelyje⁴³.

Tai, kad lėtinėmis ligomis labiau sergantys pacientai prasčiau vertina PSP paslaugas, buvo lauktas rezultatas. Pacientų sirgimo keliomis somatinėmis ligomis neigiamą įtaką pasitenkinimui įrodo nemažai tyrimų^{28,37,63}, nors reikia pastebėti, kad dažniausiai, kaip ir mūsų tyrime, respondentai patys nurodo savo ligas arba įvertina savo sveikatos būklę, o tai yra ne visai objektyvu. M.F.Diagne su bendraautoriais tyrime pastebėta, kad prastėjant respondentų sveikatos būklės vertinimui, žymiai prastėjo jų sveikatos priežiūros paslaugų vertinimas³⁷. Lygiai tokius pačius rezultatus rodo K.Footman su bendraautoriais tyrimo rezultatai²⁸. C.Adeniji su bendraautoriais rado, kad PSP pacientai, sergantys dviem ir daugiau lėtinių ligų, labiausiai nepatenkinti informacijos apie jų būklę bei gydymo galimybes stoka, silpnu sveikatos priežiūros specialistų tarpusavio bendravimu bei prastu prieinamumu prie gydytojų-specialistų¹¹⁴. Be to, buvo nustatytas tiesioginis ryšis tarp lėtinių ligų skaičiaus ir nurodytų sveikatos priežiūros problemų skaičiaus. Mūsų tyrime somatinės ligos lėmė prastesnį pasitenkinimą visais aspektais, išskyrus techniniu aprūpinimu ir kompetencija. Labiau ligoti pacientai pasitiki gydytojų kompetencija ir patenkinti techniniu klinikų aprūpinimu, tačiau, panašiai kaip ir C.Adeniji tyrime, mažiau patenkinti gydytojų bendravimu, informacijos suteikimu ir dėmesingumu bei paslaugų prieinamumu. Mūsų tyrime išryškėjo ypatingas ligotų pacientų nepasitenkinimas konsultacijų trukme. Tai yra paaiškinama tuo, jog tokiems pacientams prireikia žymiai daugiau laiko jų gausesnėms sveikatos problemoms spręsti, o gydytojo laiko limitas visiems pacienms yra vienodas. Todėl šie pacientai jaučiasi negavę pilnavertės ir kokybiškos ben-

dravimo prasme konsultacijos. Be to, čia galimai veikia ir atvirkštinis ryšys, kai ir patys gydytojai gali būti nepatenkinti tokių ligotų pacientų konsultavimu. 2011 metais B.J.Wakefield su bendraautoriais atliko tyrimą, kuriame nagrinėjo veiksnius, kurie įtakoja sveikatos priežiūros teikėjų pasitenkinimą bei įtampą darbe¹¹³. Pastarieji teikė priežiūros paslaugas lėtinėmis ligomis sergantiems veteranams. Teikėjų pasitenkinimui turėjo įtakos veterano sveikatos būklė, amžius, depresija ir socialinė parama teikėjui. Gydytojas, matantis, kad jo pacientas turi ne vieną somatinę ir/ar psichinę ligą, gali iš anksto nusiteikti negatyviai prieš tokį pacientą, o tai gali atsilipti gydytojo ir paciento bendravimo ir bendradarbiavimo kokybei.

Daugiavariantėje analizėje lėtinės ligos išliko reikšmingu pasitenkinimo veiksniu, kuris mažina vidutinio vertinimo ir didina prasto vertinimo tikimybę.

Depresijos simptomų sunkumas pasirodė esąs svarbiausias prastą vertinimą lemiantis veiksnys iš visų tirtų šiame tyrime. Regresinėje analizėje depresijos simptomų stiprumas yra pirmas pagal svarbumą pasitenkinimui įtaką turintis veiksnys. Kuo stipresnių depresijos simptomų turėjo pacientai, tuo prasčiau jie vertino visas gaunamas medicininės paslaugas. Tai atsispindėjo visose PSQ-18 subskalėse, o koreliacijos koeficientai vertinami kaip vidutinio stiprumo. Didžiausias koreliacijos koeficientas buvo paslaugų prieinamumo ir patogumo subskalėje. Tokie rezultatai susiškaukia su kitų tyrimų, kuriuose vertinamas depresiškų ar depresija sergančių pacientų pasitenkinimas gautomis paslaugomis. P.C.Holikatti su bendraautoriais savo tyrime panaudojo PSQ-18 klausimyną tirti įvairių psichiatrinių sutrikimų turinčių pacientų pasitenkinimą ambulatorinėmis paslaugomis¹¹⁵. Jo tyrime sergantieji didžiaja depresija labiausiai buvo patenkinti bendravimo aspektu bei konsultacijos trukme, o labiausiai nepatenkinti finansiniais aspektais ir informacijos suteikimu bei dėmesingumu. M.J.Bair su bendraautoriais irgi nustatė diagnozuotos depresijos ryšį su nepasitenkinimu PSP paslaugomis⁴³. Aiškindamas savo tyrimo rezultatus M.J.Bair rėmėsi Greenley su bendraautoriais iškeltomis hipotezėmis. Šios hipotezės apima keturis punktus, susijusius su depresijos simptomų turinčiais pacientais: bendras nepasitenkinimas, neigiama paslaugų teikėjo reakcija, poreikių įvertinimas ir paciento „priskyrimas“¹¹⁶. Bendro nepasitenkinimo hipotezė teigia, kad depresijos simptomų turintys pacientai yra nepatenkinti gyvenimu apskritai, ir tai transliuojama į nepasitenkinimą jų sveikatos priežiūra. Neigiamos paslaugų teikėjo reakcijos hipotezė teigia, kad sveikatos paslaugų teikėjai „stigmatizuoja“ ir reaguoja neigiamai į depresijos simptomų turinčius pacientus. Poreikių įvertinimo hipotezė teigia, kad pacientai tampa nepatenkinti, kai jų depresijos ar psichologiniai poreikiai nėra pripažįstami ar spren-

džiami, o paciento „priskyrimo“ hipotezė teigia, kad pacientai, nepriskiriantys bent dalies savo sveikatos problemų/simptomų depresijai yra labiau nepatenkinti sveikatos priežiūra. Savo tyrime randame daugiausia pirmos ir ketvirtos hipotezių patvirtinimų, kad depresijos simptomų turintys pacientai linkę viską vertinti subjektyviai blogiau, tame tarpe ir PSP paslaugas. Taip manome todėl, kad buvo prasčiau vertinti visi be išimties paslaugų aspektai, o prasčiausiai-aspektai, nesusiję su gydytojo kompetencija, bendravimu ar dėmesingumu. Atvirkščiai, minėtų aspektų koreliacijos koeficientai yra mažiausi. Tai rodo, kad gydytojų bendravimas ir santykis su pacientu depresijos simptomų turintiems pacientams nesukelia tiek daug nepasitenkinimo, kaip būtų antros ir trečios hipotezės atvejais.

Mūsų tyrime nerimo simptomų poveikis pasitenkinimui yra mažesnis nei depresijos simptomų. Mažesni yra visi nerimo simptomų ir PSQ-18 subskalių koreliacijos koeficientai, lyginant su depresijos simptomų. P.C.Holikatti su bendraautoriais tyrime atvirkščiai, nerimo sutrikimai veikė pasitenkinimą ambulatorinėmis paslaugomis labiau nei depresija, ir lėmė prastesnius pasitenkinimo įverčius¹¹⁵. Dažniausiai nerimo ir depresijos sutrikimų veikmė pasitenkinimui PSP paslaugomis tyrimuose nagrinėjama kartu ir įrodoma abiejų šių veiksmų neigiama įtaka pacientų pasitenkinimui. Pavyko rasti M.B.Stein su bendraautoriais tyrimą, kuriame nagrinėjamos atskirai, tik nerimo sutrikimų sąsajos su pasitenkinimu PSP paslaugomis. Autoriai rado, kad stipresnis nerimas susijęs su mažesniu pasitenkinimu psichinės sveikatos priežiūra PSP centruose¹¹⁷. Tačiau mūsų tyrime sulaukėme kiek netikėto rezultato, kai prieš tai buvusi reikšminga nerimo simptomų įtaka pasitenkinimui regresinėje analizėje tapo nebereikšminga. Tik trečiame regresijos modelyje stipresni nerimo simptomai mažino gero ir didino blogo PSP paslaugų vertinimo tikimybę su $p=0,026$, bet ir šiuos rezultatus vertintume atsargiai, kadangi didžiausio tikėtino santykio chi kvadrato kriterijaus rezultatų kiekvienam regresoriui lentelėje, arba kvalifikacinėje lentelėje, nerimo simptomai pasirodė kaip nereikšmingas veiksnys. Papildomai patikrindami HADS duomenis faktorinės analizės būdu radome, kad trūksta HADS subskalių diskriminacinio tinkamumo ir todėl rezultatus, ypač nerimo simptomų subskalės, reikėtų vertinti atsargiai. Depresijos simptomų subskalė yra dominuojanti, ji stipriau veikė pasitenkinimą, todėl jos rezultatų patikimumas vertinamas kaip geresnis nei nerimo simptomų.

Darbo apribojimai. Šis darbas turi kelis svarbius apribojimus, į kuriuos būtina atsižvelgti. Respondentai buvo tik iš vieno miesto ir rajono aplink šį miestą, tuo tarpu respondentų nuomonė iš kitų šalies vietovių gali skirtis.

Klausimynas buvo pateikiamas tik valstybine lietuvių kalba ir tautinių mažumų atstovai, kurie šios kalbos nemoka, negalėjo dalyvauti tyrime, o jų nuomonė gali skirtis nuo valstybinę kalbą mokančių atstovų. Tyrime buvo apklausiami rajono centrų ir kaimų gyventojai, kurie lankosi miesto PSP klinikose, tuo tarpu besilankančiųjų rajono centrų ir kaimų klinikose nuomonė gali būti kitokia. Gydytojų amžiaus vertinime buvo subjektyvumo, kadangi pacientai patys turėjo atspėti ir nurodyti savo gydytojo amžių. Tačiau respondentams buvo duoti gana platūs amžiaus pasirinkimo intervalai.

6. IŠVADOS

1. Blogesnę pasitenkinimą PSP paslaugomis lėmė tokie pacientų sociodemografiniai veiksniai kaip vyriška lytis, vyresnis amžius, žemesnis išsilavinimas, rusų tautybė, gyvenamoji vieta užmiestyje.
2. Sunkesni nerimo ir depresijos simptomai, lėtinės ligos bei skausmas sąlygoja blogesnę pacientų pasitenkinimą gaunamomis paslaugomis.
3. Vyriška gydytojo lytis bei vyresnis gydytojo amžius neigiamai veikia pacientų pasitenkinimą paslaugomis. Privačių klinikų pacientai geriau vertino paslaugų prieinamumą.

Rekomendacijos. PSP paslaugų vertinimas glaudžiai susijęs su įvairiais pacientų socialiniais, kultūriniais bei biopsichologiniais veiksniais, į kuriuos būtina atsižvelgti organizuojant šeimos centro darbą. Nepasitenkinimą šeimos centrų teikiamomis paslaugomis sąlygoja keli esminiai dalykai: esamos sveikatos priežiūros sistemos nelankstumas ir administravimo spragos, nesugebėjimas ir nenoras tinkamai organizuoti medikų darbą, prisitaikyti prie klientų poreikių kaitos ir dinamikos. Todėl siūloma:

- PSQ-18 klausimyną siūlome reguliariai naudoti sveikatos priežiūros įstaigose paslaugų kokybei vertinti.
- Šeimos gydytojams organizuoti paciento ir mediko bendravimo pagrindų, emocinės paramos teikimo bei sėkmingo bendradarbiavimo mokymus.
- Konsultuojant pacientus daugiau dėmesio ir laiko skirti vyresnio amžiaus, mažiau išsilavinusiems, poliligotiems asmenims, turintiems nerimo ar depresijos simptomų bei esant skausminiam sindromui.
- SAM siūlome įteisinti ilgesnę pacientų konsultavimo trukmę ir į pacientų priežiūrą įtraukti papildomus kvalifikuotus PSP specialistus (sveikatos vadybos, informacijos bei psichologinės–socialinės pagalbos teikimo ir kitus).

7. MOKSLINĖS PUBLIKACIJOS IR PRANEŠIMAI

Publikacijos:

1. Kavalnienė R, DeksnYTE A, Kasiulevičius V, Šapoka V, Aranauskas R, Aranauskas L. Patient satisfaction with primary healthcare services: are there any links with patients' symptoms of anxiety and depression? *BMC Family Practice*. 2018; 19:90.
2. Kavalnienė R, DeksnYTE A, Kasiulevičius V, Šapoka V, Aranauskas R, Aranauskas L. Gydytojo lyties ir amžiaus įtaka pacientų pasitenkinimui pirminės sveikatos priežiūros paslaugomis. *Sveikatos mokslai*. 2018; 28(2):34-40.

Pranešimai:

1. Gaidamovič R (Kavalnienė), Kasiulevičius V, Šapoka V, DeksnYTE A, Aranauskas R. The influence of social and demographic factors on patient satisfaction with primary care. 9-oji Baltijos šeimos medicinos konferencija. Vilnius, 2015.
2. Gaidamovič R (Kavalnienė), Kasiulevičius V, Šapoka V, DeksnYTE A, Aranauskas R. The influence of social and demographic factors on patient satisfaction with primary care. 4-oji Europos doktorantų konferencija. Groningenas, 2015.
3. Gaidamovič R (Kavalnienė), Kasiulevičius V, Šapoka V, DeksnYTE A, Aranauskas R. The influence of social and demographic factors on patient satisfaction with primary care. 20-toji Europinė Wonca konferencija. Istanbul, 2015.
4. Kavalnienė R, Kasiulevičius V, DeksnYTE A, Aranauskas R. Anxious patients complain about stronger pain. 6-tasis Tarptautinis simpoziumas. Pain in the Baltics. Kaunas, 2017.
5. Kavalnienė R, Taubienė S, Kovalevska J, Aranauskas L. Is there some connections between anxiety, depression and patient's satisfaction with primary health care? 22-oji Europinė Wonca konferencija. Praha, 2017.
6. Kavalnienė R, DeksnYTE A, Aranauskas L. The influence of nationality and place of residence on satisfaction with primary health care services. 23-oji Europos Wonca konferencija. Krakovas, 2018.
7. Kavalnienė R, DeksnYTE A, Aranauskas L. Depression, anxiety and satisfaction with primary health care: is there any connection? 4-oji tarptautinė konferencija „Mental health and human resilience“. Roma, 2018.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Shirley ED, Sanders JO. Patient satisfaction: Implications and predictors of success. *J Bone Joint Surg Am.* 2013 May 15;95(10):e69.
2. <http://www.who.int/primary-health/en/>; žiūrėta 2017-08-08.
3. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35834810004f11e4b0e-f967b19d90c08?jfwid=-fxdp770g>; žiūrėta 2017-08-08.
4. Fenny AP, Enemark U, Asante FA, Hansen KS. Patient satisfaction with primary health care - a comparison between the insured and non-insured under the National Health Insurance Policy in Ghana. *Glob J Health Sci.* 2014 Apr 1;6(4):9-21.
5. Du Z, Liao Y, Chen CC, Hao Y, Hu R. Usual source of care and the quality of primary care: a survey of patients in Guangdong province, China. *Int J Equity Health.* 2015 Jul 31;14:60.
6. Panattoni L, Stone A, Chung S, Tai-Seale M. Patients report better satisfaction with part-time primary care physicians, despite less continuity of care and access. *J Gen Intern Med.* 2015 Mar;30(3):327-33.
7. Szecsenyi J, Goetz K, Campbell S, Broge B, Reuschenbach B, Wensing M. Is the job satisfaction of primary care team members associated with patient satisfaction? *BMJ Qual Saf.* 2011 Jun;20(6):508-14.
8. Poot AJ, den Elzen WP, Blom JW, Gussekloo J. Level of satisfaction of older persons with their general practitioner and practice: role of complexity of health problems. *PLoS One.* 2014 Apr 7;9(4):e94326.
9. World Health Organization. *Mental Disorders in Primary Care. A WHO Educational Package.* 1998; WHO/MSA/MNHIEAC/98.1.
10. Sadeniemi M, Pirkola S, Pankakoski M, Joffe G, Kontio R, Malin M et al. Does Primary Care Mental Health Resourcing Affect the Use and Cost of Secondary Psychiatric Services? *Int J Environ Res Public Health.* 2014;11(9):8743-54; doi: 10.3390/ijerph110908743.
11. Sundquist J, Ohlsson H, Sundquist K, Kendler KS. Common adult psychiatric disorders in Swedish primary care where most mental patients are treated. *BMC Psychiatry.* 2017;17(1):235; doi: 10.1186/s12888-017-1381-4.
12. World Health Organization. *Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates.* 2017; WHO/MSD/MER/2017.2.
13. Buszewicz MJ, Chew-Graham C. Improving the detection and management of anxiety disorders in primary care. *Br J Gen Pract.* 2011; 61(589): 489–490; doi: 10.3399/bjgp11X588259.

14. Nunu WN, Munyewende PO. Patient satisfaction with nurse-delivery primary health care services in Free State and Gauteng provinces, South Africa: A comparative study. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2017 Apr 28;9(1):e1-e8.
15. Žėbienė E, Kairys J, Zokas I. Paciento medicininės konsultacijos lūkesčių priklausomumas nuo socialinių bei demografinių paciento charakteristikų. *Medicina (Kaunas)* 2004; 40(5).
16. Wikipedia “Patient Satisfaction” užklausa; žiūrėta 2017-08-08.
17. Zgierska A, Rabago D, Miller MM. Impact of patient satisfaction ratings on physicians and clinical care. *Patient Prefer Adherence.* 2014 Apr 3;8:437-46.
18. Donabedian, A. The quality of care: How can it be assessed?. *JAMA.* 1988; 260 (12): 1743–8.
19. Donabedian A. Washington: Health Administration Press; 1980. Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Volume 1: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment.
20. <https://seguridaddelpaciente.wordpress.com/historia-de-la-calidad/>; žiūrėta 2018-02-12.
21. Sebo P, Herrmann FR, Bovier P, Haller DM. What are patients’ expectations about the organization of their primary care physicians’ practices? *BMC Health Serv Res.* 2015 Aug 14;15:328.
22. Al Ali AA, Elzubair AG. Establishing rapport: Physicians’ practice and attendees’ satisfaction at a Primary Health Care Center, Dammam, Saudi Arabia, 2013. *J Family Community Med.* 2016 Jan-Apr;23(1):12-7.
23. Jacobs JJWM, Ekkelboom R, Jacobs JPAM, van der Molen T, Sanderman R. Patient satisfaction with a teleradiology service in general practice. *BMC Fam Pract.* 2016 Feb 10;17:17.
24. Thornton RD, Nurse N, Snavelly L, Hackett-Zahler S, Frank K, DiTomasso RA. Influences on patient satisfaction in healthcare centers: a semi-quantitative study over 5 years. *BMC Health Serv Res.* 2017 May 19;17(1):361.
25. Fan VS, Burman M, McDonnell MB, Fihn SD. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. *J Gen Intern Med.* 2005 Mar;20(3):226-33.
26. Raivio R, Jääskeläinen J, Holmberg-Marttila D, Mattila KJ. Decreasing trends in patient satisfaction, accessibility and continuity of care in Finnish primary health care - a 14-year follow-up questionnaire study. *BMC Fam Pract.* 2014 May 15;15:98.

27. Stepurko T, Pavlova M, Groot W. Overall satisfaction of health care users with the quality of and access to health care services: a cross-sectional study in six Central and Eastern European countries. *BMC Health Serv Res*. 2016 Aug 2;16(a):342.
28. Footman K, Roberts B, Mills A, Richardson E, McKee M. Public satisfaction as a measure of health system performance: a study of nine countries in the former Soviet Union. *Health Policy*. 2013;112:62–9.
29. Caldow J, Bond C, Ryan M, Campbell NC, Miguel FS, Kiger A, Lee A. Treatment of minor illness in primary care: a national survey of patient satisfaction, attitudes and preferences regarding a wider nursing role. *Health Expect*. 2007 Mar;10(1):30-45.
30. Rao M, Clarke A, Sanderson C, Hammersley R. Patients' own assessments of quality of primary care compared with objective records based measures of technical quality of care: cross sectional study. *BMJ*. 2006 Jul 1;333(7557):19. Epub 2006 Jun 22.
31. Sebo P, Herrmann FR, Haller DM. Is patient satisfaction with organizational aspects of their general practitioner's practice associated with patient and doctor gender? An observational study. *BMC Fam Pract*. 2016 Aug 27;17(1):120.
32. Pinder RJ, Ferguson J, Møller H. Minority ethnicity patient satisfaction and experience: results of the National Cancer Patient Experience Survey in England. *BMJ Open*. 2016; 6(6): e011938.
33. Kersnik J, Ropret T. An evaluation of patient satisfaction amongst family practice patients with diverse ethnic backgrounds. *Swiss Medical Weekly* . 2002; 132(9-10):121-124.
34. Callan A, Littlewood R. Patient Satisfaction: Ethnic Origin or Explanatory Model? *Int J Soc Psychiatry*. 1998;44(1):1-11.
35. Li H, Chung RY, Wei X, Mou J, Wong SY, Wong MC, Zhang D, Zhang Y, Griffiths S. Comparison of perceived quality amongst migrant and local patients using primary health care delivered by community health centres in Shenzhen, China. *BMC Fam Pract*. 2014 Apr 29;15:76.
36. Jakič M, Rotar Pavlič D. Patients' perception of differences in general practitioners' attitudes toward immigrants compared to the general population: Qualicope Slovenia. *Zdr Varst*. 2016 May 10;55(3):155-165.
37. Diagne MF, Ringold D, Zaidi S. Governance and public service delivery in Europe and Central Asia: unofficial payments, utilization and satisfaction. *World Bank Policy Research Working Paper*, 2012;5994.

38. Yaya S, Bishwajit G, Ekholuenetale M, Shah V, Kadio B, Udenigwe O. Urban-rural difference in satisfaction with primary healthcare services in Ghana. *BMC Health Serv Res*. 2017 Nov 25;17(1):776.
39. Spasojevic N, Vasilj I, Hrabac B, Celik D. Rural – urban differences in health care quality assessment. *Mater Sociomed*. 2015 Dec;27(6):409-11.
40. Farmer J, Hinds K, Richards H, Godden D. Urban versus rural populations' views of health care in Scotland. *J Health Serv Res Policy*. 2005 Oct;10(4):212-9.
41. Stordal E, Mykletun A, Dahl AA. The association between age and depression in the general population: a multivariate examination. *Acta Psychiatr Scand*. 2003 Feb;107(2):132-41.
42. Buszewicz MJ, Chew-Graham C. Improving the detection and management of anxiety disorders in primary care. *Br J Gen Pract*. 2011; 61(589): 489–490; doi: 10.3399/bjgp11X588259.
43. Bair MJ, Kroenke K, Sutherland JM, McCoy KD, Harris H, McHorney CA. Effects of depression and pain severity on satisfaction in medical outpatients: Analysis of the Medical Outcomes Study. *J Rehabil Res Dev*. 2007;44(2):143-52.
44. Unützer J, Park M. Strategies to improve the management of depression in primary care. *Prim Care*. 2012 Jun;39(2):415-31.
45. Sadeniemi M, Pirkola S, Pankakoski M, Joffe G, Kontio R, Malin M, Ala-Nikkola T, Wahlbeck K. Does primary care mental health resourcing affect the use and costs of secondary psychiatric services? *Int J Environ Res Public Health*. 2014 Aug 26;11(9):8743-54.
46. Casini F, Sighinolfi C, Tedesco P, Bandieri PV, Bologna M, Colombini N *ir kiti*. Primary care physicians' perspective on the management of anxiety and depressive disorders: a cross-sectional survey in Emilia Romagna Region. *BMC Fam Pract*. 2013 Jun 7;14:75.
47. Roberge P, Hudon C, Pavilanis A, Beaulieu MC, Benoit A, Brouillet H *ir kiti*. A qualitative study of perceived needs and factors associated with the quality of care for common mental disorders in patients with chronic diseases: the perspective of primary care clinicians and patients. *BMC Fam Pract*. 2016 Sep 13;17(1):134.
48. Bickett A, Tapp H. Anxiety and diabetes: Innovative approaches to management in primary care. *Exp Biol Med (Maywood)*. 2016 Sep;241(15):1724-31.
49. Wändell P, Carlsson AC, Gasevic D, Wahlström L, Sundquist J, Sundquist K. Depression or anxiety and all-cause mortality in adults with atrial fi-

- brillation--A cohort study in Swedish primary care. *Ann Med*. 2016;48(1-2):59-66.
50. Treating Depression and Anxiety in Primary Care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2008;10(2):145-52.
 51. Apóstolo JL, Figueiredo MH, Mendes AC, Rodrigues MA. Depression, anxiety and stress in primary health care users. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011;19(2):348-53.
 52. Bui QU, Ostir GV, Kuo YF, Freeman J, Goodwin JS. Relationship of depression to patient satisfaction: findings from the barriers to breast cancer study. *Breast Cancer Res Treat*. 2005;89(1):23-8.
 53. Spernak SM, Moore PJ, Hamm LF. Depression, constructive thinking and patient satisfaction in cardiac treatment adherence. *Psychol Health Med*. 2007;12(2):172-89.
 54. Bassett J, Adelman A, Gabbay R, Añel-Tiangco RM. Relationship between Depression and Treatment Satisfaction among Patients with Type 2 Diabetes. *J Diabetes Metab. J Diabetes Metab*. 2012; 3(7): 1000210; doi: 10.4172/2155-6156.1000210.
 55. Jung HY, Jang HM, Kim YW, Cho S, Kim HY, Kim SH and al. Depressive Symptoms, Patient Satisfaction, and Quality of Life Over Time in Automated and Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Patients. A Prospective Multicenter Propensity-Matched Study. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(21):e3795. doi: 10.1097/MD.00000000000003795.
 56. Pijnenborg AAJM. Anxiety and Overall Patient Satisfaction in Cataract Patients: Reducing the Impact of Anxiety by Special Adjustments of Care Delivery. Tilburg University. 2009. <http://arno.uvt.nl/show.cgi?fid=97339>. Accessed 15 Dec 2017.
 57. Herrera-Espiñeira C, Rodríguez del Aguila Mdel M, Rodríguez del Castillo M, Valdivia AF, Sánchez IR. Relationship between anxiety level of patients and their satisfaction with different aspects of healthcare Author links open overlay panel. *Health Policy*. 2009;89(1):37-45; doi: 10.1016/j.healthpol.2008.04.012.
 58. Boinon D, Dauchy S, Charles C, Fasse L, Cano A, Balleyguier C et al. Patient satisfaction with a rapid diagnosis of suspicious breast lesions: Association with distress and anxiety. *Breast J*. 2017. doi: 10.1111/tbj.12856.
 59. IsHak WW, Mirocha J, Christensen S, Wu F, Kwock R, Behjat J et al. Patient-reported outcomes of quality of life, functioning, and depressive symptom severity in major depressive disorder comorbid with panic disorder before and after SSRI treatment in the star*d trial. *Depress Anxiety*. 2014;31(8):707-16; doi: 10.1002/da.22152.

60. Olatunji BO, Cisler JM, Tolin DF. Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2007;27(5):572-81.
61. Joffe H, Chang Y, Dhaliwal S, Hess R, Thurston R, Gold E. Lifetime History of Depression and Anxiety Disorders Predicts Low Quality-of-Life in Midlife Women in the Absence of Current Illness Episodes. *Arch Gen Psychiatry.* 2012; 69(5): 484–492; doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.1578.
62. Jūrātės Pečeliūnienės daktaro disertacija „Pirminės sveikatos priežiūros pacientų nuotaikos, nerimo sutrikimai ir suicidinės tendencijos“. Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija. 2012; 14(1):75.
63. Hekkert KD, Cihangir S, Kleefstra SM, van den Berg B, Kool RB. Patient satisfaction revisited: a multilevel approach. *Soc Sci Med.* 2009;69:68–75.
64. Paddison CA, Abel GA, Roland MO, Elliott MN, Lyratzopoulos G, Campbell JL. Drivers of overall satisfaction with primary care: evidence from the English General Practice Patient Survey. *Health Expect.* 2015 Oct;18(5):1081-92.
65. Nagraj S, Abel G, Paddison C, Payne R, Elliott M, Campbell J, Roland M. Changing practice as a quality indicator for primary care: analysis of data on voluntary disenrollment from the English GP Patient Survey. *BMC Fam Pract.* 2013 Jun 25;14:89.
66. Lionis C, Papadakis S, Tatsi C, Bertias A, Duijker G, Mekouris PB ir kiti. Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study). *BMC Health Serv Res.* 2017 Apr 5;17(1):255.
67. Eide TB, Straand J, Melbye H, Rortveit G, Hetlevik I, Rosvold EO. Patient experiences and the association with organizational factors in general practice: results from the Norwegian part of the international, multi-centre, cross-sectional QUALICOPC study. *BMC Health Serv Res.* 2016 Aug 24;16(1):428.
68. Wong CK, Yip BH, Mercer S, Griffiths S, Kung K, Wong MC, Chor J, Wong SY. Effect of facemasks on empathy and relational continuity: a randomised controlled trial in primary care. *BMC Fam Pract.* 2013 Dec 24;14:200.
69. Bertakis KD, Franks P, Azari R. Effects of physician gender on patient satisfaction. *J Am Med Womens Assoc (1972)* 2003; 58(2):69-75.
70. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA* 2002; 288(6):756-64.

71. Schieber AC, Delpierre C, Lepage B, Afrite A, Pascal J, Cases C et al. Do gender differences affect the doctor-patient interaction during consultations in general practice? Results from the INTERMEDE study. *Fam Pract* 2014;31(6):706-13.
72. Stanetić K, Tesanović G. Influence of age and length of service on the level of stress and burnout syndrome. *Med Pregl* 2013;66(3-4):153-62.
73. Tsugawa Y, Newhouse JP, MacArthur JD, Zaslavsky AM, Blumenthal DM, Jena AB et al. Physician age and outcomes in elderly patients in hospital in the US: observational study *BMJ* 2017;357:j1797.
74. Michael M, Schaffer SD, Egan PL, Little BB, Pritchard PS. Improving wait times and patient satisfaction in primary care. *J Healthc Qual.* 2013 Mar-Apr;35(2):50-59; quiz 59-60.
75. Ansell D, Crispo JAG, Simard B, Bjerre LM. Interventions to reduce wait times for primary care appointments: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2017 Apr 20;17(1):295.
76. Anderson RT, Camacho FT, Balkrishnan R. Willing to wait?: the influence of patient wait time on satisfaction with primary care. *BMC Health Serv Res.* 2007 Feb 28;7:31.
77. Bonciani M, Barsanti S, Murante AM. Is the co-location of GPs in primary care centres associated with a higher patient satisfaction? Evidence from a population survey in Italy. *BMC Health Serv Res.* 2017 Apr 4;17(1):248.
78. Maun A, Wessman C, Sundvall PD, Thorn J, Björkelund C. Is the quality of primary healthcare services influenced by the healthcare centre's type of ownership?-An observational study of patient perceived quality, prescription rates and follow-up routines in privately and publicly owned primary care centres. *BMC Health Serv Res.* 2015 Sep 26;15:417.
79. Wei X, Yin J, Wong SY, Griffiths SM, Zou G, Shi L. Private ownership of primary care providers associated with patient perceived quality of care: A comparative cross-sectional survey in three big Chinese cities. *Medicine (Baltimore).* 2017 Jan;96(1):e5755.
80. Tièche R, da Costa BR, Streit S. Patient satisfaction is biased by renovations to the interior of a primary care office: a pretest-posttest assessment. *BMC Health Serv Res.* 2016 Aug 11;16(a):373.
81. Milašauskienė Ž, Juodrytė I, Misevičienė I, Boerma W, Rezgienė R. Pacientų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prienamumą Šiaulių apskrities pirminės sveikatos priežiūros centruose. *Medicina (Kaunas)* 2006; 42(3):231-237.

82. Aranauskas R, Deksnytė A, Makulytė G, Aranauskienė A. The influence of social and demographic factors on patient satisfaction with primary care. *Health Sciences*. 2010;2(20):2994-2999.
83. <https://repository.lsmuni.lt/handle/1/33439>; žiūrėta 2018-07-02.
84. Marshall GN, Hays RD. The Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18). 1994; Santa Monica, CA: RAND Corporation. P. 7865.
85. https://www.rand.org/health/surveys_tools/psq.html; žiūrėta 2014-10-02.
86. Grogan S, Conner M, Norman P, Willits D, Porter I. Validation of a questionnaire measuring patient satisfaction with general practitioner services. *Qual Health Care*. 2000 Dec; 9(4):210-5.
87. Dawn AG, Lee PP, Hall-Stone T, Gable W. Development of a patient satisfaction survey for outpatient care: a brief report. *J Med Pract Manage*. 2003 Nov-Dec; 19(3):166-9.
88. Thayaparan AJ, Mahdi E. The Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18) as an adaptable, reliable, and validated tool for use in various settings. *Med Educ Online*. 2013 Jan;18(1):21747.
89. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983 Jun;67(6):361-70.
90. R Philip Snaith. The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Health Qual Life Outcomes*. 2003; 1: 29. Published online 2003 Aug 1.
91. Burkauskas J, Bunevičius R. HAD skalė: depresijos ir nerimo sutrikimų vertinimo instrumentas. *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija*. 2013;15(2):59-61.
92. https://www.rand.org/health/surveys_tools/about_translations.html; žiūrėta 2014.10.02.
93. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Routledge. 1988. ISBN 1-134-74270-3.
94. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*. 2007; 39:175-191.
95. Greene SB. How many subjects does it take to do a regression analysis? *Multivariate Behavioral Research*. 1991;26:449-510.
96. Jonas Kairys, Eglė Žebienė, Balys Algimantas Rutkys, Ignas Zokas. Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose. *MEDICINA*. 2004; 40(2): 178-191.
97. Jonas Kairys, Romualdas Gurevičius. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos darbo įvertinimas. *MEDICINA*. 2002; 38 (1):94-102.

98. Lin CT¹, Albertson GA, Schilling LM, Cyran EM, Anderson SN, Ware L, Anderson RJ. Is patients' perception of time spent with the physician a determinant of ambulatory patient satisfaction? *Arch Intern Med.* 2001 Jun 11;161(11):1437-42.
99. Irena Misevičienė, Liudmila Dregval. Lietuvos gyventojų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę. *MEDICINA.* 2002; 38(11):1129-1135.
100. Baltussen RM, Yé Y, Haddad S, Sauerborn RS. Perceived quality of care of primary health care services in Burkina Faso. *Health Policy Plan.* 2002;17(1):42-8.
101. Talvari A, Nemati N, Sini ZK, Golesefidi FN, Varkiani ME. The Association of Neck Pain with Depression and Anxiety Symptoms in Elderly. *Procedia - Social and Behavioral Sciences.* 2013; 82(3): 366-368.
102. Pelletier M. Client satisfaction surveys: variables to watch out for. *Dimens Health Serv.* 1985;62(1):37-9.
103. Andersen LB, Jakobsen ML. Does ownership matter for the provision of professionalized services? Hip operations at publicly and privately owned clinics in Denmark. *Public Adm.* 2011;89(3):956-74.
104. Pitkin Derosé K, Hays RD, McCaffrey DF, Baker DW. Does Physician Gender Affect Satisfaction of Men and Women Visiting the Emergency Department? *J Gen Intern Med.* 2001; 16(4): 218-226.
105. Comstock LM, Hooper EM, Goodwin JM, Goodwin JS. Physician behaviors that correlate with patient satisfaction. *J Med Educ.* 1982;57(2):105-12.
106. Schmittziel J, Grumbach K, Selby JV, Quesenberry CP. Effect of Physician and Patient Gender Concordance on Patient Satisfaction and Preventive Care Practices. *J Gen Intern Med.* 2000; 15(11): 761-769.
107. Bertakis KD, Roter D, Putnam SM. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *J Fam Pract.* 1991;32(2):175-81.
108. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of Physician Empathy on patient Satisfaction and Compliance. *Eval Health Prof.* 2004;27(3):237-51.
109. Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, Ehrnrooth E, Rossen PB, Maase H. Association of perceived control over the disease. *Br J Cancer.* 2003; 88(5): 658-665.
110. Nunu WN, Munyewende PO. Patient satisfaction with nurse-delivery primary health care services in Free State and Gauteng provinces, South

- Africa: A comparative study. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2017; 9(1): 1262.
111. Bair MJ, Wu J, Damush TM, Sutherland JM, Kroenke K. Association of depression and anxiety alone and in combination with chronic musculoskeletal pain in primary care patients. *Psychosom Med*. 2008 Oct;70(8):890-7.
 112. Desbiens NA, Wu AW, Broste SK, Wenger NS, Connors AF Jr, Lynn J, Yasui Y, Phillips RS, Fulkerson W. Pain and satisfaction with pain control in seriously ill hospitalized adults: findings from the SUPPORT research investigations. For the SUPPORT investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatmentm. *Crit Care Med*. 1996 Dec;24(12):1953-61.
 113. Wakefield BJ, Hayes J, Boren SA, Pak Y, Davis JW. Strain and satisfaction in caregivers of veterans with chronic illness. *Res Nurs Health*. 2012 Feb;35(1):55-69.
 114. Adeniji C, Kenning C, Coventry PA, Bower P. What are the core predictors of ,hassles‘ among patients with multimorbidity in primary care? A cross sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2015 Jul 3;15:255.
 115. Holikatti PC, Kar N, Mishra A, Shukla R, Swain SP, Kar S. A study on patient satisfaction with psychiatric services. *Indian J Psychiatry*. 2012 Oct;54(4):327-32.
 116. Greenley JR, Young TB, Schoenherr RA. Psychological distress and patient satisfaction. *Med Care*. 1982;20(4): 373-85.
 117. Stein MB, Roy-Byrne PP, Craske MG, Campbell-Sills L, Lang AJ, Golinelli D, Rose RD, Bystritsky A, Sullivan G, Sherbourne CD. Quality of and patient satisfaction with primary health care for anxiety disorders. *J Clin Psychiatry*. 2011 Jul;72(7):970-6.

PRIEDAI

1 priedas. Paciento pasitenkinimo PSP paslaugomis klausimynas.

Versija 1 (pirma)

Data 2015.08.31

Paciento pasitenkinimo medicinos paslaugomis klausimynas

Šis klausimynas padės mums įvertinti Jūsų nuomonę apie Jums teikiamas medicines paslaugas.

Jūsų anketiniai duomenys:

Lytis (pabraukti)

Vyras	Moteris
-------	---------

Amžius

Gyvenamoji vieta(pabraukti)

Miestas	Rajono centras	Kaimas
---------	----------------	--------

Išsilavinimas
(pabraukti)

Pradinis	Pagrindinis	Vidurinis	Specialusis vidurinis	Aukštasis	Kitas (prašom patikslinkite)
----------	-------------	-----------	--------------------------	-----------	---------------------------------

Tautybė (pabraukti)

Lietuvių	Rusų	Lenkų	Kita
----------	------	-------	------

Poliklinika, kurioje lankotės

Toliau pateikiami teiginiai apie tai, kaip žmonės vertina šiuo metu jiems teikiamas medicinos paslaugas. Prašome atidžiai perskaityti kiekvieną teiginį. Atsakinėdami remkitės Jūsų asmenine patirtimi. Jeigu Jums paskutiniu metu nebuvo suteiktos jokios medicininės paslaugos, prašome įvertinti, kokio lygio, Jūsų nuomone, paslaugas galėtumėte gauti šiuo metu. Mums yra svarbus tiek geras, tiek blogas Jūsų įspūdis apie gautas paslaugas.

Kaip stipriai sutinkate ar nesutinkate su kiekvienu žemiau išvardintu teiginiu. Atsakymo langelyje prašome įrašyti + .

		Visiškai sutinku	Sutinku	Neži- nau	Nesu- tinku	Visiškai nesutinku
1.	Gydytojai gerai išaiškina priežastis, kodėl atlieka vieną ar kitą tyrimą					
2.	Manau, kad mano šeimos medicinos centre yra visa įranga, reikalinga suteikti visapusę sveikatos priežiūrą					
3.	Iki šiol man suteiktos sveikatos priežiūros paslaugos buvo puikios					
4.	Kartais gydytojai priverčia mane suabejoti, ar jų diagnozė teisinga					
5.	Esu įsitikinęs, kad galiu gauti reikalingą sveikatos priežiūrą, nepatirdamas finansinių nuostolių					
6.	Kai kreipiuosi dėl medicinos pagalbos, mane nuodugniai ištiria ir atidžiai gydo					
7.	Už savo sveikatos priežiūrą turiu mokėti daugiau nei išgaliu					
8.	Galiu lengvai patekti pas man reikalingus gydytojus specialistus					
9.	Ten, kur man teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos, reikia ilgai laukti eilėje, kad gautum būtinąją pagalbą					
10.	Gydytojai su manimi bendrauja šalta ir formaliai					
11.	Gydytojai mane priima labai draugiškai ir mandagiai					
12.	Sveikatos priežiūros paslaugas man teikiantys asmenys per daug skuba					
13.	Kartais gydytojai nekreipia dėmesio į tai, ką jiems sakau					
14.	Kartais aš abejoju mane gydančių gydytojų gebėjimais					
15.	Paprastai gydytojai skiria man pakankamai laiko					
16.	Man būna sunku skubiai patekti pas gydytoją					
17.	Esu nepatenkintas kai kuriomis gautomis sveikatos priežiūros paslaugomis					
18.	Aš galiu gauti medicininę pagalbą bet kada, kai tik jos prireikia					

Jūsų šeimos gydytojas/-a yra:

Vyras	Moteris
-------	---------

Jūs norėtumėte, kad Jūsų šeimos gydytojas/-a būtų:

Vyras	Moteris	Nesvarbu
-------	---------	----------

Koks Jūsų nuomone Jūsų šeimos gydytojo amžius?

25-35m.	36-50m.	Vyresnis nei 51m.
---------	---------	-------------------

Koks Jūsų šeimos gydytojo amžius jus labiausiai tenkintų?

25-35m.	36-50m.	Vyresnis nei 51m.
---------	---------	-------------------

Kiek kartų per pastaruosius 5-erius metus

Jūs savo noru keitėte šeimos gydytoją?

Nekeičiau	1	2-3	Daugiau nei 3
-----------	---	-----	---------------

Kokios yra trys pagrindinės priežastys, dėl kurių keitėte/keistumėte savo šeimos gydytoją?

Kiek kartų per pastaruosius 5-erius metus Jūs savo noru keitėte šeimos medicinos centrą?

Nekeičiau	1	2-3	Daugiau nei 3
-----------	---	-----	---------------

Kokios yra trys pagrindinės priežastys, dėl kurių keitėte/keistumėte savo šeimos medicinos centrą?

Perskaityt kiekvieną teiginį, pasirinkite vieną atsakymą, kuris artimiausias Jūsų savijautai per praėjusią savaitę. Šalia jo esančiame langelyje prašome įrašyti + . **Ilgai nesvarstykite,** nes pirma reakcija į kiekvieną klausimą tiksliau atspindi Jūsų savijautą nei ilgai svarstytas atsakymas.

1. Aš jaučiu įtampą ir nerimą

- Beveik visą laiką, nuolat
- Didelę laiko dalį, dažnai
- Laikas nuo laiko, retkarčiais
- Niekada nejaučiu

2. Man linksma

- Niekada
- Labai retai
- Kartais
- Didžiąją laiko dalį

3. Jaučiu, kad nerimstu vietoje

- Labai stipriai
- Gana stipriai
- Truputį
- Visiškai ne

4. Mane ir dabar džiugina tai, kas teikė džiaugsmo anksčiau

- Visiškai tiek pat
- Mažiau nei anksčiau
- Daug mažiau
- Beveik visai nedžiugina

5. Aš galiu ramiai sėdėti ir atsipalaiduoti

- Visada
- Dažnai
- Retai
- Niekada

6. Iš gyvenimo aš laikiu kažko malonaus

- Tiek pat kiek visada
- Ne taip dažnai kaip anksčiau
- Daug rečiau nei anksčiau
- Visiškai nelaukiu

7. Aš jaučiu baimę, lyg kažkas siaubingo turėtų atsitikti

- Labai aiškiai ir stipriai
- Taip, bet nestipriai
- Nežymiai, bet tai manęs nejaudina
- Visiškai ne

8. Aš jaučiuosi užslopintas ir lėtesnių judesių

- Beveik visą laiką
- Labai dažnai
- Kartais, nežymiai
- Visiškai ne

9. Mane staiga apima didelis nerimas ir baimė

- Labai dažnai
- Pakankamai dažnai
- Retai
- Visiškai ne

10. Aš galiu juoktis ir suprasti humorą

- Taip pat kaip anksčiau
- Mažiau ir sunkiau
- Daug mažiau ir sunkiau
- Visiškai negaliu

11. Mane apima baimė, kartu atsiranda vidinis virpulys arba spaudimas po krūtine

- Visiškai ne
- Kartais
- Gana dažnai
- Labai dažnai, nuolat

12. Man suteikia džiaugsmo gera knyga, radijo arba TV laida

- Dažnai
- Kartais
- Retai
- Labai retai

13. Mane vargina neramios mintys ir rūpesčiai

- Didžiąją laiko dalį, nuolat
- Dažnai
- Laikas nuo laiko, bet ne dažnai
- Tik retkarčiais

14. Aš nustojau rūpintis savo išvaizda






- Pradėjau visiškai nesirūpinti
- Nesirūpinu tiek, kiek reikėtų
- Rūpinuosi, bet mažiau nei anksčiau
- Rūpinuosi tiek pat kiek visuomet

Ar Jūs sirgote/sergate toliau nurodytomis ligomis? Atsakymo langelyje prašome įrašyti + .

	Taip	Ne
Lėtinė obstrukcinė plaučių liga		
Stazinis širdies nepakankamumas		
Periferinių kraujagyslių ligos		
Galvos smegenų kraujagyslių ligos		
Demencija		
Miokardo infarktas		
Jungiamojo audinio ligos		
Opaligė		
Cukrinis diabetas	Tinkamą pabraukti: a.Be komplikacijų b.Su komplikacijomis (organų – taikinių pažeidimai)	
Lėtinė inkstų liga (vidutinio sunkumo ir sunki)		
Hemiplegija (vienos kūno pusės paralyžius)		
Leukemija		
Piktybinės limfomos		
Solidiniai navikai (organų navikai)	Tinkamą pabraukti: a.Be metastazių b.Su metastazėmis	
Kepenų liga	Tinkamą pabraukti: a.Lengvo laipsnio b.Vidutinio ar sunkaus laipsnio	
AIDS (Įgytasis imuninio nepakankamumo sindromas)		
Depresija		
Nerimo sutrikimai		

	Taip	Ne
Ar Jūs lankotės (anksčiau lankėtės) pas gydytoją – psichiatrą?		
Ar Jūs vartojate (anksčiau vartojote) vaistus nuo depresijos?		
Ar Jūsų šeimoje yra sergančių depresija?		
Ar jūs vartojate (anksčiau vartojote) vaistus nuo nerimo?		
Ar Jūsų šeimoje yra sergančių nerimo sutrikimais?		

**Ar šiuo metu jaučiate skausmą?
Įvertinkite jo intensyvumą pagal žemiau pateiktą skalę:**

Veidukų skalė					
	1 veidukas	2 veidukas	3 veidukas	4 veidukas	5 veidukas
Skaitmeninė skalė	0	1 2 3	4 5	6 7 8	9 10
Žodinė skalė	Nėra skausmo	Silpnas skausmas	Vidutinis skausmas	Stiprus skausmas	Nepakeliamas skausmas

PRAŠOME PATIKRINTI, AR ATSAKĖTE Į VISUS KLAUSIMUS!

DĖKOJAME!

2 priedas. Lentelė Nr.62. Paslaugų vertinimo ir pacientų sociodemografinių veiksnių daugianarės logistinės regresijos rodikliai (*Nagelkerke* = 0,191) (n=887)

Kaip vertina paslaugas	Veiksny	B	St. paklaida	Wald	Laisvės laipsniai	p	Šansų santykis	Šansų santykio 95% pasikliautinis intervalas	
								Apatinė riba	Viršutinė riba
Vidutiniškai vs.prastai	Konstanta	2,640	0,552	22,892	1	0,000			
	Paciento amžius	-0,041	0,008	30,354	1	0,000	0,959	0,945	0,974
	Paciento lytis:								
	-vyras	-0,535	0,213	6,310	1	0,012	0,585	0,386	0,889
	<i>- moteris</i>	0 ^b			0				
	Gyvenamoji vieta:								
	<i>-miestas</i>	-0,021	0,332	0,004	1	0,948	0,979	0,511	1,875
	-r.centras	0,847	0,413	4,202	1	0,040	2,333	1,038	5,243
	<i>-kaimas</i>	0 ^b			0				
	Išsilavinimas:								
	-vidurinis ir žemesnis	-0,645	0,253	6,510	1	0,011	0,525	0,320	0,861
	<i>-spec. vidurinis</i>	0,394	0,329	1,436	1	0,231	1,483	0,778	2,826
	<i>-aukštasis</i>	0 ^b			0				
	Tautybė:								
	<i>-lietuvių</i>	0,291	0,301	0,932	1	0,334	1,337	0,741	2,412
<i>-rusų</i>	-0,207	0,318	0,423	1	0,516	0,813	0,436	1,517	
<i>-lenkų</i>	0 ^b			0					
Įstaiga:									
-valstybinė	0,596	0,249	5,750	1	0,016	1,815	1,115	2,954	
<i>-privati</i>	0 ^b			0					

Kaip vertina paslaugas	Veiksny	B	St. paklaida	Wald	Laisvės laipsniai	p	Šansų santyktis	Šansų santyktio 95% pasikliautinis intervalas	
								Apatinė riba	Viršutinė riba
Gerai vs. prastai	Konstanta	2,224	0,568	15,345	1	0,000			
	Paciento amžius	-0,047	0,007	39,342	1	0,000	0,954	0,941	0,968
	Paciento lytis:								
	-vyras	-0,18	0,208	2,330	1	0,127	0,728	0,484	1,094
	-moteris	0 ^b			0				
	Gyvenamoji vieta:								
	-miestas	1,635	0,374	19,145	1	0,000	5,128	2,466	10,665
	-r.centras	0,901	0,482	3,500	1	0,061	2,462	0,958	6,327
	-kaimas	0 ^b			0				
	Išsilavinimas: -vidurinis ir žemesnis	-0,067	0,244	0,076	1	0,782	0,935	0,580	1,507
	-spec. vidurinis	0,874	0,321	7,408	1	0,006	2,397	1,277	4,498
	-aukštasis	0 ^b			0				
	Tautybė:								
	-lietivių	-0,329	0,290	1,284	1	0,257	0,720	0,407	1,271
	-rusų	-0,548	0,311	3,099	1	0,078	0,578	0,314	1,064
-lenkų	0 ^b			0					
Įstaiga:									
-valsrybinė	-0,014	0,232	0,004	1	0,951	0,986	0,625	1,554	
-privati	0 ^b			0					

b. Lyginamasis kintamasis

3 priedas. Lentelė Nr.64. Paslaugų vertinimo ir pacientų sociodemografinių veiksnių, HADS ir VAS skausmui subskalių bei sirgimo lėtinėmis ligomis daigianarės logistinės regresijos rodikliai (*Nagelkerke* = 0,452) (n=887)

Kaip vertina paslaugas	Veiksny	B	St. paklaida	Wald	Laisvės laipsniai	p	Šansų santykis	Šansų santykio 95% pasikliautinis intervalas	
								Apatinė riba	Viršutinė riba
Vidutiniškai vs.praštai	Konstanta	1,318	0,708	3,461	1	0,063			
	Paciento amžius	0,005	0,010	0,247	1	0,619	1,005	0,986	1,024
	Nerimo simptomai	0,034	0,051	0,432	1	0,511	1,034	0,935	1,144
	Depresijos simpt.	-0,222	0,047	21,927	1	0,000	0,801	0,730	0,879
	VAS skausmui įvertis	0,069	0,085	0,658	1	0,417	1,072	0,907	1,267
	Paciento lytis:								
	-vyras	-0,332	0,233	2,022	1	0,155	0,718	0,455	1,134
	- moteris	0 ^b			0				
	Gyvenamoji vieta:								
	-miestas	-0,248	0,364	0,465	1	0,495	0,780	0,383	1,591
	-r.centras	1,220	0,443	7,577	1	0,006	3,386	1,421	8,069
	-kaimas	0 ^b			0				
	Išsilavinimas:								
	-vidurinis ir žemesnis	-0,672	0,282	5,691	1	0,017	0,511	0,294	0,887
	-spec. vidurinis	0,216	0,356	0,370	1	0,543	1,242	0,618	2,493
	-aukštasis	0 ^b			0				
	Tautybė:								
	-lietuvių	0,015	0,330	0,002	1	0,964	1,015	0,531	1,939
	-rusų	-0,125	0,346	0,131	1	0,718	0,882	0,448	1,740
	-lenkų	0 ^b			0				
Įstaiga:									
-valstybinė	0,376	0,271	1,921	1	0,166	1,457	0,856	2,480	
-privati	0 ^b			0					

Kaip vertina paslaugas	Veiksmy	B	St. paklaida	Wald	Laisvės laipsniai	p	Šansų santykis	Šansų santykio 95% pasikliautinis intervalas	
								Apatinė riba	Viršutinė riba
Vidutiniškai vs. prastai	Lėt.ligos: -nėra	1,329	0,347	14,677	1	0,000	3,778	1,914	7,458
	<i>-yra</i>	0 ^b			0				
Gerai vs. prastai	Konstanta	2,195	0,772	8,092	1	0,004			
	Paciento amžius	0,008	0,010	0,535	1	0,465	1,008	0,987	1,028
	Nerimo simptomai	-0,013	0,054	0,061	1	0,805	0,987	0,888	1,097
	Depresijos simpt.	-0,476	0,055	74,165	1	0,000	0,621	0,557	0,692
	VAS skausmui įvertis	0,002	0,091	0,001	1	0,982	1,002	0,839	1,197
	Paciento lytis:								
	<i>-vyras</i>	-0,124	0,252	0,242	1	0,622	0,884	0,540	1,447
	<i>-moteris</i>	0 ^b			0				
	Gyvenamoji vieta:								
	-miestas	1,473	0,446	10,908	1	0,001	4,361	1,820	10,450
	-r.centras	1,331	0,578	5,298	1	0,021	3,783	1,218	11,747
	<i>-kaimas</i>	0 ^b			0				
	Įsilavinimas: <i>-vidurinis ir žemesnis</i>	-0,247	0,302	0,673	1	0,412	0,781	0,432	1,411
<i>-spec. vidurinis</i>	0,655	0,381	2,952	1	0,086	1,925	0,912	4,064	
<i>-aukštasis</i>	0 ^b			0					
Tautybė:									
-lietuvių	-0,778	0,356	4,770	1	0,029	0,459	0,229	0,923	
<i>-rusų</i>	-0,686	0,394	3,032	1	0,082	0,504	0,233	1,090	
<i>-lenkų</i>	0 ^b			0					
Įstaiga:									
<i>-valstybinė</i>	-0,197	0,288	0,468	1	0,494	0,821	0,467	1,444	
<i>-privati</i>	0 ^b			0					
Gerai vs. prastai	Lėt.ligos: -nėra	0,598	0,359	2,782	1	0,095	1,818	0,901	3,672
	<i>-yra</i>	0 ^b			0				

b. Lyginamasis kintamasis

4 priedas. Lentelė Nr.66. Paslaugų vertinimo ir pacientų sociodemografinių veiksnių, HADS ir VAS skausmui subskalių, sirgimo lėtinėmis ligomis bei gydytojų demografinių veiksnių dauginarės logistinės regresijos rodikliai (*Nagelkerke* = 0,609) (n=581)

Kaip vertina paslaugas	Veiksnyss	B	St. paklaida	Wald	Laisvės laipsniai	p	Šansų santykis	Šansų santykio 95% pasikliautinis intervalas	
								Apatinė riba	Viršutinė riba
Vidutiniškai vs.prastai	Konstanta	2,699	1,057	6,524	1	0,011			
	Paciento amžius	-0,019	0,014	1,755	1	0,185	0,982	0,955	1,009
	Nerimo simptomai	-0,135	0,071	3,645	1	0,056	0,874	0,761	1,004
	Depresijos simpt.	-0,142	0,061	5,308	1	0,021	0,868	0,770	0,979
	VAS skausmui įvertis	0,117	0,115	1,021	1	0,312	1,124	0,896	1,409
	Paciento lytis:								
	-vyras	-0,148	0,305	0,234	1	0,628	0,863	0,474	1,569
	- moteris	0 ^b			0				
	Gyvenamoji vieta:								
	-miestas	-0,004	0,486	0,000	1	0,993	0,996	0,384	2,578
	-r-centras	2,030	0,570	12,682	1	0,000	7,612	2,491	23,261
	-kaimas	0 ^b			0				
	Išsilavinimas:								
	-vidurinis ir žemesnis	-1,125	0,387	8,441	1	0,004	0,325	0,152	0,694
	-spec. vidurinis	-0,187	0,454	0,170	1	0,680	0,829	0,341	2,019
	-aukštasis	0 ^b			0				
	Tautybė:								
	-lietuvių	-0,049	0,427	0,013	1	0,909	0,952	0,412	2,200
	-rusų	0,036	0,439	0,007	1	0,934	1,037	0,439	2,450
	-lenkų	0 ^b			0				
	Įstaiga:								
	-valsstybinė	0,355	0,363	0,954	1	0,329	1,426	0,700	2,904
	-privati	0 ^b			0				

Kaip vertina paslaugas	Veiksny	B	St. paklaida	Wald	Laisvės laipsniai	p	Šansų santykis	Šansų santykio 95% pasikliautinis intervalas	
								Apatinė riba	Viršutinė riba
Vidutiniškai vs. prastai	Gydytojo amžius: -25-35m.	1,513	0,852	3,156	1	0,076	4,540	0,855	24,100
	-36-50m.	1,170	0,395	8,790	1	0,003	3,221	1,487	6,981
	-per 51m.	0 ^b			0				
	Gydytojo lytis: -vyras	0,050	0,430	0,013	1	0,908	1,051	0,452	2,444
	-moteris	0 ^b			0				
	Lėt.ligos: -nėra	1,808	0,575	9,881	1	0,002	6,097	1,975	18,820
	-yra	0 ^b			0				
	Konstanta	3,139	1,172	7,170	1	0,007			
	Paciento amžius	-0,008	0,015	0,272	1	0,602	0,992	0,963	1,022
	Nerimo simpt.	-0,167	0,075	4,958	1	0,026	0,846	0,730	0,980
Depresijos simpt.	-0,432	0,072	35,720	1	0,000	0,649	0,564	0,748	
VAS skausmui įvertis	0,044	0,126	0,122	1	0,727	1,045	0,816	1,338	
Paciento lytis: -vyras	-0,058	0,343	0,029	1	0,865	0,943	0,481	1,849	
-moteris	0 ^b			0					
Gyvenamoji vieta: -miestas	0,966	0,601	2,582	1	0,108	2,627	0,809	8,535	
-r.centras	1,224	0,762	2,580	1	0,108	3,402	0,764	15,154	
-kaimas	0 ^b			0					
Išsilavinimas: -vidurinis ir žemesnis	-0,794	0,421	3,557	1	0,059	0,452	0,198	1,032	
-spec. vidurinis	0,141	0,494	0,082	1	0,775	1,152	0,438	3,031	

Kaip vertina paslaugas	Veiksnyss	B	St. paklauda	Wald	Laisvės laipsniai	p	Šansų santykis	Šansų santykio 95% pasikliautinis intervalas	
								Apatinė riba	Viršutinė riba
Gėrai vs. prastai	-aukštasis	0 ^b			0				
	Tautybė: -lietuvių	-0,852	0,478	3,184	1	0,074	0,426	0,167	1,087
	-rusų	-0,350	0,508	0,475	1	0,491	0,705	0,260	1,908
	-lenkų	0 ^b			0				
	Istaiga: -valstybinė	0,222	0,411	0,291	1	0,589	1,249	0,558	2,796
	-privati	0 ^b			0				
	Gydytojo amžius:								
	-25-35m.	3,112	0,859	13,118	1	0,000	22,462	4,170	121,006
	-36-50m.	2,178	0,427	25,978	1	0,000	8,832	3,822	20,412
	-per 51m.	0 ^b			0				
Gydytojo lytis:									
-vyras	-0,495	0,523	0,897	1	0,344	0,610	0,219	1,698	
-moteris	0 ^b			0					
Lėtligos:									
-nera	0,998	0,596	2,807	1	0,094	2,714	0,844	8,725	
-yra	0 ^b			0					

b. Lyginamasis kintamasis

UŽRAŠAMS

Vilniaus universiteto leidykla
Universiteto g. 1, LT-01513 Vilnius
El. p. info@leidykla.vu.lt,
www.leidykla.vu.lt
Tiražas 10 egz.