

KAUNO MEDICINOS UNIVERSITETAS

VISUOMENĖS SVEIKATOS FAKULTETAS

Socialinės medicinos katedra

GIENĖ STASIULIENĖ

PACIENTŲ VAIDMUO SVEIKATOS PRIEŽIŪROJE

MAGISTRO DIPLOMINIS DARBAS
(Visuomenės sveikatos vadyba)

Mokslinė vadovė:
Prof. habil dr. J.Petrauskienė

KAUNAS,2006

SANTRAUKA

Visuomenės sveikatos vadyba

PACIENTŲ VAIDMUO SVEIKATOS PRIEŽIŪROJE

Gienė Stasiulienė

Mokslinė vadovė prof. habil. dr. J. Petrauskienė

Kauno medicinos universitetas, Visuomenės sveikatos fakultetas, Socialinės medicinos katedra. Kaunas; 2006. 66 p.

Nors pacientų dalyvavimas, priimant sveikatos priežiūros sprendimus, jau tampa integralia sveikatos priežiūros sistemos dalimi, tačiau dar mažai žinoma, kaip visuomenė yra pasiruošusi šiems pokyčiams. Tikslas - įvertinti pacientų vaidmenį sprendžiant jų sveikatos problemas pirminėje sveikatos priežiūroje.

Metodika. Naudojant aprašomąjį – analitinį literatūros analizės metodą, paruoštas tyrimo instrumentarijus. Išdalinta 550 anketų. Sugrižo 464 anketos. Atsako dažnis 84,4 proc. Dviejų požymių nepriklausomumas buvo tiriamas naudojant (2 kriterijų. Priklausomybės stiprumui įvertinti, buvo naudojamas Spirmeno koreliacijos koeficientas. Anketiniai duomenys buvo analizuoti SPSS 9.0 programiniu paketu.

Rezultatai. Daugiau nei pusė (56 proc.) respondentų, ypač moterys (87,8 proc.) ir respondentai su aukščiau išsimokslinimu (88,1 proc.) žino pacientų teises. Apie Pacientų teisių ir žalos atlyginimo įstatymą daugiausiai žino respondentai su aukščiau išsimokslinimu (90,8 proc.) bei medikai (95 proc.). Pacientų nuomone, labiausiai užtikrintos teisės: į sveikatos priežiūrą nepriklausomai nuo lyties, amžiaus ir t.t.; žinoti diagnozę, gydymo metodus, rizikos veiksnius; į paciento privataus gyvenimo neliečiamumą bei sveikatos būklės konfidencialumą. O medikų nuomone - teisė: pasirinkti gydytoją, slaugytoją, sveikatos priežiūros įstaigą; į informaciją apie teikiamas medicines paslaugas ir galimybes jomis pasinaudoti; žinoti diagnozę, gydymo metodus, rizikos veiksnius; teisė atsisakyti gydymo; į paciento privataus gyvenimo neliečiamumą bei sveikatos būklės konfidencialumą. Daugiausiai sveikatos priežiūros situacija rūpinasi moterys (97,4 proc.), respondentai su aukščiau išsimokslinimu (98,5 proc.) bei medikai (100 proc.). Apie pusę respondentų (49 proc.) ypač vyresnio amžiaus (63,1 proc.), pirmenybę teikia paciento informavimo modeliui, o jaunesni respondentai (53,2 proc.) - partnerystės modeliui. Konsultacijų pas gydytoją metu respondentams svarbiausia žinoti įrašus ligos istorijoje, gydymo trukmę ir prognozę. Pacientams turintiems pakankamai žinių, svarbiausia žinoti medicininių procedūrų eigą, poveikį, riziką ir gydymo planą, alternatyvas, riziką. Aktyvūs pacientai, daugiausiai informacijos apie ligų profilaktiką bei sveikatos stiprinimą sužinojo internete, iš medicininių knygų.

Išvados.

1. Daugiausiai žinių apie jų galimybes dalyvauti sveikatos priežiūroje turi pacientai su aukščiau išsimokslinimu, moterys ir medikai.
2. Nežiūrint to, kad pacientai yra pakankamai aktyvūs dalyvaujant sveikatos priežiūroje, tačiau paciento vaidmuo bendraujant su gydytoju, daugiau suprantamas kaip pasyvus, o ne kaip aktyvus bendradarbiavimas konsultacijų metu. Toks požiūris sumažina pacientų galimybes būti aktyviais ir lygiaverčiais partneriais.
3. Pacientai turintys pakankamai žinių, labiau linkę rūpintis sveikatos priežiūros situacija bei savo sveikata ir savo sveikatą vertina daugiau teigiamai. Aktyvūs pacientai teigia, kad labiausiai užtikrintos teisės: žinoti diagnozę, gydymo metodus, rizikos veiksnius ir į informaciją apie teikiamas medicines paslaugas ir galimybes jomis pasinaudoti.

Raktiniai žodžiai: pirminė sveikatos priežiūra, pacientų dalyvavimas, sprendimų priėmimas.

SUMMARY

Management of Public Health

PATIENTS' ROLE IN HEALTH CARE

Gienė Stasiulienė

Supervisor Jadvyga Petrauskienė, Prof., Habil Dr.,

Department of Social medicine, Faculty of Public Health, Kaunas University of Medicine.

Kaunas; 2006. 66 p.

Despite the fact that patients' participation has become an integral part of health care system in health problem solving, it is little known, however, about the preparation of society for these changes.

Aim of the study – to evaluate patients' role in health care decision-making in primary health care system.

Methods. Research instrumentation was developed by using descriptive-analytical method of literature analysis. 464 questionnaires returned out of 550 questionnaires provided. The frequency of response is 84.4 %. Independence of two features was examined by (2 chi-square test of independence. Spearman correlation coefficient was used to evaluate the level of dependence. The data were analyzed by SPSS 9.0 programme.

Results. More than a half (56 %) of respondents, especially women (87.8 %) and respondents with university education (88.1 %) know the rights of patients. Respondents with university education (90.8 %) and medical workers (95 %) mostly know about The Act of Patients' Rights and Harm Recompense. According to patients, independently from sex, age etc., the most secured rights to health care are the following: to know diagnosis, methods of treatment, risk factors, the right to patients' inviolability of private life and confidentiality of health state. From the point of view of medical workers, the most secured rights to health are the following : the right to choose a doctor, a nurse, an institution of health care; the right to information about medical services given and possibility to use them; the right to know diagnosis, methods of treatment, risk factors; the right to refuse treatment, the right to patients' inviolability of private life and confidentiality of health state. Mostly women (97.4 %), respondents with university education (98.5 %) and medical workers (100 %) care about health care situation. Nearly half of respondents (49 %) especially senior in age (63.1 %) prefer the model of informing a patient. Respondents junior in age (53.2 %) prefer partnership model. During counselling time respondents are mostly interested in register in their case records, duration of treatment and prognosis. Patients having sufficient knowledge are mostly interested in the process of medical procedure, effect, risk and treatment plan, alternatives, risk. Information about disease prevention and health promotion is mostly found on the Internet or medical books by active patients.

Conclusions

1. Respondents with university education, women and medical workers are mostly aware of the possibility to participate in health care.
2. Though patients are active in participation in health care, the role of a patient communicating with a doctor is mostly seen as passive cooperation. Such point of view reduces the possibility of patients to be active and equal partners.
3. Patients with sufficient knowledge are prone to take care of health care situation, the state of health and consider their state of health more positive. According to active patients, the most secured rights are the following: to know diagnosis, methods of treatment, risk factors, to know information about health care services and possibility to use them.

Key words: primary health care, patient participation, decision-making.

SANTRUMPOS

KMUK – Kauno medicinos universiteto klinikos

PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija

lls – laisvės laipsnių skaičius

n – absoliutus skaičius

p – paklaidos tikimybė

χ^2 - Chi kvadrato kriterijus

TURINYS

- TOC \o "1-3" \h \z \u □□ HYPERLINK \l "_Toc136672001" □□1. ĮVADAS □ PAGEREF _Toc136672001 \h □□7□□
- HYPERLINK \l "_Toc136672002" □□2. LITERATŪROS APŽVALGA □ PAGEREF _Toc136672002 \h □□8□□
 - HYPERLINK \l "_Toc136672003" □□2.1. Pacientų dalyvavimo sveikatos priežiūroje politika ir teoriniai pagrindai □ PAGEREF _Toc136672003 \h □□8□□
 - HYPERLINK \l "_Toc136672004" □□2. 2. Pacientų dalyvavimo sveikatos priežiūroje empirinių tyrimų apžvalga □ PAGEREF _Toc136672004 \h □□13□□
- HYPERLINK \l "_Toc136672005" □□3. TYRIMO METODIKA IR KONTINGENTAS □ PAGEREF _Toc136672005 \h □□16□□
- HYPERLINK \l "_Toc136672006" □□4. REZULTATAI □ PAGEREF _Toc136672006 \h □□18□□
 - HYPERLINK \l "_Toc136672007" □□4.1. Pacientų žinios apie jų galimybes dalyvauti pirminėje sveikatos priežiūroje □ PAGEREF _Toc136672007 \h □□18□□
 - HYPERLINK \l "_Toc136672008" □□4.2. Požiūris į pacientų teisių užtikrinimą □ PAGEREF _Toc136672008 \h □□31□□
 - HYPERLINK \l "_Toc136672009" □□4.3. Paciento aktyvumas rūpinantis savo sveikata □ PAGEREF _Toc136672009 \h □□62□□
 - HYPERLINK \l "_Toc136672010" □□4.4. Paciento ir gydytojo bendravimo modeliai priimant sveikatos priežiūros sprendimus □ PAGEREF _Toc136672010 \h □□100□□
 - HYPERLINK \l "_Toc136672011" □□4.5. Medicininės informacijos poreikiai bendraujant su gydytoju □ PAGEREF _Toc136672011 \h □□102□□
 - HYPERLINK \l "_Toc136672012" □□4.6. Paciento aktyvumo sąsajos su jų žiniomis dalyvaujant pirminėje sveikatos priežiūroje □ PAGEREF _Toc136672012 \h □□106□□
- HYPERLINK \l "_Toc136672014" □□5. IŠVADOS □ PAGEREF _Toc136672014 \h □□109□□
- HYPERLINK \l "_Toc136672015" □□6. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS □ PAGEREF _Toc136672015 \h □□110□□
- HYPERLINK \l "_Toc136672016" □□7. LITERATŪROS SĄRAŠAS □ PAGEREF _Toc136672016 \h □□111□□
- HYPERLINK \l "_Toc136672017" □□PRIEDAI □ PAGEREF _Toc136672017 \h □□114□□
-

1. ĮVADAS

Įgyvendinant Lietuvos sveikatos priežiūros reformą, pertvarkant sveikatos priežiūros sektorių ir gerinant teikiamų paslaugų kokybę, siekiama pagerinti šalies gyventojų sveikatą. Vienas pagrindinių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų tikslų – optimalus pacientų poreikių tenkinimas, užtikrinant paslaugų kokybę ir prieinamumą bei siekiant pacientų pasitenkinimo teikiamomis paslaugomis. Todėl paciento pasitenkinimas (ar nepasitenkinimas) atskirais sveikatos priežiūros paslaugų aspektais tampa svarbia sveikatos priežiūros sistemos vertinimo dalimi bei vienu sveikatos paslaugų kokybės rodikliu. Augantį susidomėjimą pacientų dalyvavimu sveikatos priežiūros procese lemia keletas priežasčių. Vis labiau pripažįstama, kad paciento nuomonė turi būti vertinama kaip svarbus veiksnys, priimant sprendimus sveikatos priežiūroje, parenkant individualius gydymo būdus. Jie pasižymi skirtingu efektyvumu, brangumu, ir kitokiomis ypatybėmis, kurios gali būti nevienodai priimtinos gydytojui ir pacientui. Be to, pastaraisiais dešimtmečiais Europos sveikatos politikoje vis daugiau dėmesio skiriama tokioms moralinėms vertybėms kaip žmogaus teisės, socialinis teisingumas, solidarumas ir visuomeninės atsakomybės už sveikatą skatinimas. Demokratizacijos procesai, sparti biotechnologijų raida ir sveikatos priežiūros sistemų liberalizavimas lemia tai, kad šiuolaikinė medicina tampa vis labiau orientuota į pacientų poreikius bei lūkesčius. Todėl reformuojant sveikatos priežiūros sistemas yra pabrėžiama paciento, kaip sveikatos priežiūros paslaugų vartotojo, vaidmuo, o pacientų įtraukimas į įvairaus lygio sprendimų priėmimo procesus tampa strateginiu sveikatos priežiūros uždaviniu [15]. Todėl vienas iš strateginių šiuolaikinės sveikatos priežiūros tikslų – aktyvinti individų, grupių bei organizacijų dalyvavimą, diegiant įvairias sveikatos gerinimo programas, skatinant sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir vartotojų dialogą, ugdant asmeninę pacientų atsakomybę už savo sveikatą. Pacientų dalyvavimas sveikatinimo procesuose yra tas etinis idealas, kuris padeda ne tik gydyti žmogų ir apsaugoti jį nuo ligų, bet ir gerbti pacientą kaip asmenį, pripažįstant jo orumą bei atsižvelgiant į jam priimtinas vertybes [1]. Nors šiandien pacientų dalyvavimas, priimant sveikatos priežiūros sprendimus, jau tampa integralia sveikatos priežiūros sistemos dalimi, tačiau dar mažai žinoma, kaip visuomenė yra pasiruošusi šiems pokyčiams. Šiame darbe siekėme išanalizuoti Kauno medicinos universiteto klinikų pirminės sveikatos priežiūros įstaigos veiklą, atsižvelgiant į pacientų nuomonę, ir išsiaiškinti, kokį vaidmenį pacientai atlieka savo sveikatos priežiūroje.

Darbo tikslas

Įvertinti pacientų vaidmenį sprendžiant jų sveikatos problemas pirminėje sveikatos priežiūros grandyje.

Darbo uždaviniai

Nustatyti pacientų žinias apie jų galimybes dalyvauti sveikatos priežiūroje.

Įvertinti pacientų aktyvumą dalyvaujant ir sprendžiant jų sveikatos problemas.

Įvertinti pacientų aktyvumo sąsajas su žiniomis dalyvaujant pirminėje sveikatos priežiūroje.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

2.1. Pacientų dalyvavimo sveikatos priežiūroje politika ir teoriniai pagrindai

Vienas iš ryškiausių šių dienų Vakarų kultūros bruožų yra demokratiškos vertybių puoselėjimas ir pliuralistinės pilietinės visuomenės susiformavimas. Pliuralizmas – tai filosofinė pažiūra, jog esą keli būties pradai, įvairių pažiūrų toleravimas, tai požiūris, jog visuomenėje egzistuojančios normos turi būti pripažinti vertybinių orientacijų ir daiktų bei reiškinių sampratų įvairovę. Pliuralizmas gina nuomonių įvairovę, tačiau ieško bendrų prielaidų demokratijai bei kultūriniam tęstinumui [7].

Dabartinė demokratinė (pliuralistinė) visuomenės samprata remiasi lygių galimybių, teisingumo, politinės ir moralinės laisvės ir pagarbos žmogaus orumui principais, kurių praktinis įgyvendinimas sudaro galimybes visuotinei gerovei ir pilietiniam dalyvavimui jos siekiant visose gyvenimo srityse, neišskiriant ir sveikatos priežiūros [2]. Demokratinis dalyvavimas reiškia, kad kiekvienam visuomenės nariui turi būti taikomos tos pačios taisyklės ir kiekvienas žmogus traktuojamas vienodai. Lygybės principas plačiaja prasme reiškia, kad esant toms pačioms sąlygoms su visais žmonėmis turi būti elgiamasi vienodai [8]. Tai reiškia, kad visiems individams turi būti garantuotos vienodos galimybės varžytis dėl socialinio statuso, kuris yra svarbus ir visuomeniniu, ir ekonominiu požiūriu. Lygybės principas teisiniu požiūriu, tai kiekvieno piliečio lygybė prieš įstatymą ir tuo pačiu lygios prigimtinės teisės, kaip teisė gyventi, teisė į privačią nuosavybę, teisė į sveikatos priežiūrą ir kt. Visuotinė žmogaus teisių deklaracija (1948) lygybės principą apibrėžia konkrečiau: “Visi žmonės gimsta laisvi ir lygūs savo orumu ir teisėmis“(1 str.). Taip pat: “Kiekvienas žmogus gali naudotis visomis teisėmis ir laisvėmis, nepaisant jokių skirtumų, tokių kaip rasė, odos spalva, kalba, religija, politiniai ar kitokie įsitikinimai, nacionalinė ar socialinė kilmė, turtinė, jo gimimo ar kokia nors kitokia padėtis“(2 str.) [49]. Darant išvadą, galima teigti, kad kiekvienas be išimties žmogus, privalo turėti adekvačią ir lygią galimybę išreikšti savo prioritetus jo problemų sprendimų priėmimo proceso visose grandyse iki tol, kol bus gautas galutinis nuosprendis [6].

Lygybės principas visuomeniniu lygiu yra teisingumas. Socialinio teisingumo prasme bendros vertybės turi būti taip paskirstomos, kad būtų vienodai prieinamos kiekvienam visuomenės nariui, atsižvelgiant į jų poreikius ir galimybes siekti tų vertybių. Teisingumo teorijos analitikui, žymiam XX a. filosofui Dž. Rawls teisingumo principas reiškia, kad tiems, kurie turi mažiausiai, turėtų būti suteikta didžiausia pagalba, o labiausiai pažeidžiami visuomenės nariai turėtų būti labiausiai socialiai apsaugoti [38]. Teisingo principas lemia tai, kad bet kokie bendrų vertybių paskirstymo klausimai turėtų būti sprendžiami viešai ir visuomeniškai, o bendros gėrybės skirstomos ne pagal nuopelnus, o siekiant sumažinti socialinę-ekonominę nelygybę tarp tos visuomenės narių. Sveikatos politikoje šio principo išraiška yra sveikatos santykių teisingumas (teisingumas). Demokratinėse valstybėse šį principą stengiamasi įgyvendinti remiantis visuotinės kokybės vadyba (visuotinis dalyvavimas) į valstybės ar tam tikros organizacijos (tame tarpe ir sveikatos priežiūros įstaigos) valdymą ir sprendimų priėmimą įtraukiant kuo daugiau jos narių.

Šiandien demokratinio dalyvavimo raida neišvairduojama be laisvės principo. Laisvės samprata reiškia, kad kiekvienas žmogus, būdamas visuomenės nariu, turi tokią pat teisę į pačią plačiausią lygių pagrindinių laisvių schemą, kuri yra taikoma ir kitiems individams. Liberalios minties klasikas J.S.Millis teigia, kad vienintelė laisvė, verta šio vardo, yra laisvė siekti savo pačių gerovės savo pasirinktu būdu, kol tik nemėginame atimti kitų laisvės arba kliudyti jų pastangoms ją pasiekti. Kiekvienas yra savo paties kūno ir dvasios sargas [27]. Teisė savarankiškai apsispręsti, nepriklausomai nuo bet kokių aplinkybių, turi būti pripažįstama kiekvienam asmeniui, net jei dėl to jam pačiam grėstų pavojus. Kol asmuo turi bent kiek sveiko proto ir patirties, būdas, kuriuo jis tvarko savo gyvenimą, yra

geriausias ne dėl to, kad būtų geriausias aplamai, bet todėl, kad tai jo paties būdas, o sprendimo autonomija svarbesnė už sprendimo turinį [46]. Laisvės samprata yra pagrindžiama asmens autonomijos principu.

Laisvė veikti neatsiejamai susijusi su šiuolaikine žmogaus orumo samprata. Žmogaus orumo sąvoka lemia idėją apie kiekvieno individo unikalumą, išskirtinumą ir neįkainojamą vertę [35]. Visa dabartinė juridinė demokratinių visuomenių sistema yra pagrįsta individo teisėmis į informaciją, nuosavybę, neliečiamumą, į žodžio, spaudos, politinės valios, pasirinkimo laisvę ir kitas teises, kurias garantuoja daugelio Europos ir kitų šalių konstitucijos. Žmogaus orumas mūsų dienomis yra pripažįstamas kaip viena esminių humanistinių vertybių, kuri sudaro demokratinės valstybės konstitucinį pagrindą. Lietuvos Konstitucija taip pat garantuoja žmogaus orumo pripažinimą: „Žmogaus orumą gina įstatymas. Draudžiama žmogų kankinti, žaloti, žeminti jo orumą, žiauriai su juo elgtis taip pat nustatyti tokias bausmes“ (21 str.) [22].

Ši nuostata turi ypatingą reikšmę sveikatos priežiūros ir medicinos kontekste, kur asmens laisvės ir teisės gali būti lengvai pažeidžiamos [37]. Reikšmingiausia pastorojo dešimtmečio Žmogaus teisių ir biomedicinos Konvencija (1996), kurią 2002 metais ratifikavo ir įteisino Lietuvos Respublikos Seimas, pripažindama, kad žmogų būtina gerbti tiek kaip individą, tiek kaip žmonių giminės narį, ir pripažįstant žmogaus orumo garantijos svarbą, sujungia į besalygišką reikalavimą:

„Žmogaus interesai ir gerovė turi būti svarbesni už išimtinis visuomenės ar mokslo interesus (2 str.)“ [40].

Šis etinis reikalavimas reiškia, kad kiekvienas žmogus privalo būti vertinamas ir pripažįstamas kaip toks ne dėl kokių nors nuopelnų, išskirtinių savybių ar subjektyvių simpatijų, bet vien tik dėl paties fakto, kad jis yra žmogus. Demokratijoje nėra skirtumų tarp žmonių, nes kiekvienas žmogus yra pagrindinis demokratijos ramstis, todėl žmogaus orumo pripažinimas yra viena iš pagrindinių sąlygų, kuri asmens laisvės ir pagarbos asmeniui principams suteikia aukščiausią moralinį statusą.

Socialinių mokslų požiūriu, orumas traktuojamas kaip subrendusios asmenybės nuostata savo vertybių visuomenėje atžvilgiu, vertinanti garbingą asmens elgesį. Tokia nuostata susiformuoja patyrus savo vertę darbe, santykiuose su kitais žmonėmis, šeimoje, apskritai bet kurioje gyvenimiškoje situacijoje. Demokratinėse visuomenėse hierarchines valdymo sistemas keičia horizontalių simetrinių santykių modeliai, kuriuose kiekvienas individas turėtų būti traktuojamas kaip lygiavertis socialinės sistemos dalyvis. Remiantis demokratinės visuomenės teoriniu modeliu, kiekvienas žmogus, kaip bendruomenės, grupės ar visuomenės narys, gali priimti kolektyvinius sprendimus, kurie daro poveikį jo siekiamam gėriui ir interesams. Lygių galimybių, teisingumo, laisvės ir žmogaus orumo apsaugos principai tampa profesionalios veiklos etiniais orientyrais ne tik politikoje, bet ir kitose visuomeninio gyvenimo srityse, o taip pat ir sveikatos priežiūros sistemoje.

Vertybiniai pokyčiai šiuolaikinėje sveikatos priežiūroje verčia ieškoti tokių sveikatos priežiūros etikos „instrumentų“, kurie padėtų suvokti moralinę savo veiklos padarinių vertę ir padėtų priimti kompetentingus bei atsakingus sprendimus. Šie etikos „instrumentai“ – tai profesionalaus elgiasi kodeksai, ekspertų ir visuomenės atstovų buriami etikos komitetai, pacientų teisių teisėtumo įrodymas ir patvirtinimas ir tam tikrų visuomenės grupių įgalinimas, įtraukiant jas į konkrečių sprendimų priėmimą.

Darom išvadą, kad pacientų dalyvavimo koncepcija susiformuoja kaip natūrali demokratinių principų išraiška sveikatos priežiūros sektoriuje. Jos prielaida yra pliuralistinės visuomenės samprata, akcentuojanti aktyvų piliečių dalyvavimą priimant įvairaus lygio sprendimus, kurie daro poveikį jų siekiamam gėriui ir interesams.

Dalyvavimo sąvoka aktualizuojama kaip didėjanti eilinių piliečių galia daryti poveikį tiems procesams, kurie ekonominiu ar socialiniu požiūriu yra susiję su bendrais visuomeniniais interesais. Pilietinio dalyvavimo koncepcijos požiūriu yra pripažįstama, kad piliečiai individualiai ar kartu su bendruomene

reaguoja į socialinius pokyčius ir, esant reikalui, patys imasi spręsti jiems aktualias problemas ar rodo naujų programų iniciatyvas, tuo pačiu darydami įtaką valdžios atstovams [1].

PSO (Pasaulinės sveikatos organizacijos) Konstitucijos (1948) įvadinėje dalyje sveikata apibrėžiama kaip visapusiškas fizinis, dvasinis ir socialinis gerovės, o ne tik ligų ar negalavimų nebuvimas [44]. Toks sveikatos apibrėžimas atvėrė naują perspektyvą suvokiant žmogaus sveikatą ne vien biomedicininio, bet ir sociologinio bei psichologinio aspektais. XX a. antroje pusėje, modernizuojant sveikatos priežiūros sistemas, pilietinio dalyvavimo koncepcija pradedama plačiai taikyti sveikatos priežiūros sistemoje. Aštuntajame dešimtmetyje dalyvavimo koncepcija pirmą kartą susiejama su pirminės sveikatos priežiūros strategija. Pasaulinės PSO asamblėjos priimtoje Alma-Atos deklaracijoje (1978) teigiama, kad pirminės sveikatos priežiūros tikslas – užtikrinti kokybišką, visiems prieinamą, tinkamą, efektyvią pirminę medicinos pagalbą, spręsti bendruomenėje dažniausiai pasitaikančias sveikatos problemas, vykdyti ligų prevenciją, įtraukti bendruomenę į sveikatos problemų sprendimą, mažinti nelygybę tarp įvairių socialinių grupių, plėsti tarpžinybinį bendradarbiavimą siekiant sveikatos [19]. Todėl pirminės sveikatos priežiūros strategija be kitų principų yra paremta kiekvieno žmogaus teise ir pareiga individualiai ar kolektyviai dalyvauti sveikatos priežiūros planavimo ir įgyvendinimo procesuose, kartu dalinantis atsakomybe už savo sveikatą.

PSO Europos regiono sveikatos politikos dokumente „Sveikata visiems 2000“ bendruomenių dalyvavimas yra pripažįstamas kaip vienas iš pagrindinių veiksnių siekiant geresnės visų sveikatos pirminėje sveikatos priežiūroje, o 38-asis siekinys skelbia: „2000-aisiais visose valstybėse-narėse reikia sukurti mechanizmus, kurie leistų didinti sveikatos priežiūros vartotojų įtaką, priimant sprendimus, susijusius su atskirų asmenų, grupių ar net visų gyventojų sveikata“ [14]. Panaši nuostata atsispindi ir Otavos sveikatos stiprinimo chartijoje (1986), kur siekiant geresnės visų žmonių sveikatos kaip socialinės gerovės, yra pabrėžiamas bendruomenių įgalinimas, įtraukiant jas į sveikatos skatinimo programas bei sveikatos gyvensenos propagavimą visuomeniniu mastu.

Naujausiame Europos sveikatos politikos dokumente „Sveikata visiems XXI amžiuje“ taip pat remiamasi pacientų dalyvavimo koncepcija. Čia teigiama, kad sveikatos priežiūros sistemų reformos turi demokratiškai atsižvelgti į piliečių poreikius, jų lūkesčius sveikatos priežiūroje ir visuose sveikatos priežiūros organizavimo lygmenyse, o pacientus integruoti kaip lygiaverčius medicinos profesionalų partnerius [44]. Europos sveikatos priežiūros sistemų reformoms skirtoje Liubljanos chartijoje pažymima aktyvaus individų, grupių bei organizacijų dalyvavimo svarba diegiant įvairias sveikatos gerinimo programas, skatinant dialogą su sveikatos priežiūros paslaugų vartotojais, ugdant asmeninę piliečio atsakomybę už savo sveikatą [24]. Kai kurie sociologai teigia, kad, liberalizuojant Vakarų sveikatos priežiūros sistemas, pacientams, kaip sveikatos priežiūros paslaugų vartotojams, suteikiama vis daugiau laisvės pasirinkimo ir dalyvavimo gydyme sprendimuose. Pasirinkimas tampa tokiu mechanizmu, kai individai gali įtakoti sistemą, kurioje jie yra, ypač renkantis gydytoją ar gydymo įstaigą.

Lietuvoje, kaip ir kitose Rytų bei Centrinės Europos šalyse, piliečių galimybės dalyvauti sveikatos priežiūros procesuose atsirado pradėjus kurti demokratinę visuomenę ir reformuojant sveikatos priežiūros sistemą. 1991 metais LR Seimo patvirtinta Nacionalinė sveikatos koncepcija rėmėsi PSO dokumente „Sveikata visiems 2000“ išdėstytais sveikatos politikos principais bei Lietuvoje atliktais mokslinių tyrimų duomenimis apie Lietuvos gyventojų sveikatą [23]. Pilietinės dalyvavimo koncepcijos nuostatas įteisino Lietuvos sveikatos sistemos įstatymas (1994), kuriuo remiantis: Lietuvos nacionalinėje sveikatos sistemoje turi būti užtikrintas visuomenės dalyvavimas sveikatinimo veiklos valdyme (6 str.);

asmenų laisvė vienytis į visuomenines organizacijas, ginančias asmens ir visuomenės sveikatos interesus, ir valstybės parama šių organizacijų veiklos programoms (7.6 str.);

visapusiškas teisingas ir nepavėluotas visuomenės informavimas apie kuo geresnės sveikatos ugdymo sąlygas ir šių sąlygų reklama (7.7 str.);

visuomeninių organizacijų dalyvavimas sveikatinimo veiklos valdyje tiek tiesiogiai, tiek per demokratiškai išrinktus savo atstovus (7.8 str.) ir kiti gyventojų dalyvavimo sveikatos priežiūroje aspektai [45].

Todėl remiantis kitų šalių sveikatos priežiūros reformų patirtimi, sveikatos priežiūros sistema Lietuvoje buvo reorganizuota į ekonomiškai pagrįstą bei visuotinai prieinamą medicininės pagalbos modelį, besiriantį stipria pirminės sveikatos priežiūros grandimi [11].

Plėtojant pirminės sveikatos priežiūros strategiją ir siekiant įtraukti visuomenę į sveikatos problemų sprendimą Lietuvoje, lemiamą įtaką turėjo nacionalinės sveikatos tarybos sukūrimas 1998 metais, kurios tikslas – skatinti visuomenės sveikatos plėtrą, užtikrinti visuomenės dalyvavimą, sprendžiant sveikatos problemas bei koordinuojant įvairių institucijų bendradarbiavimą šiais klausimais. Todėl sveikatos išsaugojimui, jos stiprinimui bei ligų profilaktikai turi būti teikiama pirmenybė, o šiam tikslui pasiekti reikalingas aktyvus informuotas visuomenės dalyvavimas [29].

Lietuvos Bendrosios praktikos gydytojo medicininėje normoje numatyta, kad bendrosios praktikos gydytojas turi: „skatinti pacientą bendradarbiauti konsultacijos metu; sudaryti gydymo planą kartu su pacientu; apibendrinti ir suteikti aiškia informaciją pacientui apie gydymą ir tyrimus“ [20].

Atsižvelgiant į paciento kaip sveikatos priežiūros paslaugų vartotojo poreikius, bendrosios praktikos gydytojo veikla negali apsiriboti vien medicinine terapija ir ligos gydymu, ji turi apimti ir bendravimą su pacientu pagal profesinės etikos principus.

Konkrečias pacientų dalyvavimo, priimant medicininius sprendimus, galimybes formaliai įteisino Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas (1996). Remiantis šiuo įstatymu, pacientu vadinamas kiekvienas asmuo, kuris naudojasi sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis, nesvarbu ar jis sveikas, ar ligonis, kuriam priskiriama teisė pasirinkti gydytoją, slaugytoją, sveikatos priežiūros įstaigą, teisę į medicininę informaciją, į privatumą, konfidencialumą [3]. Šios ir kitos įstatymu numatytos pacientų teisės garantuoja kiekvienam pacientui teisę dalyvauti priimant medicininius sprendimus lygiu statusu, kurį turi sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai. Pacientų teisių įstatymu buvo įteisinta demokratinė sveikatos priežiūros paslaugų teikimo forma: pacientas daugeliu atvejų yra autonomiškas jį gydančių ar prižiūrinčių sveikatos priežiūros profesionalų atžvilgiu. Todėl galima daryti išvadą, kad pacientų įtraukimas į medicininių sprendimų priėmimą tampa viena iš prioritetinių Europos ir Lietuvos visuomenės sveikatos ugdymo krypčių. Taip pat siekiama efektyviau realizuoti sveikatos priežiūros tikslus bei užtikrinti teisingą sveikatos priežiūros išteklių paskirstymą. Didėjant sveikatos ir sveikatos priežiūros skirtumams Lietuvoje, visuomenės įtraukimas į sveikatos priežiūros sistemos reformos procesus bei visuomenės supažindinimas su naujausiais moksliniais duomenimis apie gyventojų sveikatos raidą, tampa rimta socialine ir mokslinė problema. Todėl integruojant visuomenę į sveikatos priežiūros problemų sprendimus, reikia ne tik tinkamos įstatyminės bazės, bet ir pokyčiams pasiruošusios visuomenės, galinčios realizuoti deklaruojamas vertybes ir realiai prisiimančios atsakomybę už savo sveikatą.

Sveikatos priežiūros organizacijos patiria didėjantį vartotojų reikalavimą našiau teikti paslaugas. Šios problemos egzistuoja visame pasaulyje. Sveikatos priežiūros paslaugos yra labai sudėtinga paslaugų rūšis. Kokybiška sveikatos priežiūros paslauga turi ne tik tenkinti vartotojo, t.y. paciento, poreikius, bet ir atitikti klinikinius standartus. Vertinant ir gerinant teikiamų paslaugų kokybę, svarbu žinoti, kaip patys paslaugų teikėjai, t.y. medikai, ir pacientai vertina įstaigos teikiamas paslaugas.

Keičiantis sveikatos priežiūros sistemos strategijai nuo „orientuotos į gydytoją“ iki „orientuotos į pacientą“, šis pokytis yra labai svarbus. Pacientas, kaip pagrindinis sveikatos priežiūros sistemos subjektas, turi teisę tikėtis, kad į jo lūkesčius, poreikius bus atsižvelgta, todėl dėmesys pacientui, kaip asmenybei, jo problemoms yra būtina ir labai svarbi gydytojo darbo dalis.

Pacientų dalyvavimo modelis remiasi medicinos etikos paradigma, kad pacientai nori aktyvaus vaidmens jų sveikatos priežiūroje ir jiems tai yra naudinga [25]. Mokslinėje literatūroje pacientų dalyvavimo modelis, priimant medicininius sprendimus, dažnai yra tapatinamas su partneriškais gydytojo ir paciento santykiais, nes partneriška sąveika atspindi šio sąveikos modelio esmę. Todėl kai kurie tyrinėtojai pacientų dalyvavimo priimant sprendimus terminą traktuoja kaip sveikatos priežiūros teikėjų ir vartotojų dialogą, kuris paremtas tam tikrų socialinių vaidmenų pasiskirstymu ir jų atlikimu, formuojant partneriškus santykius tarp sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir vartotojų [39]. Partneriški santykiai sveikatos priežiūroje remiasi paciento autonomijos principo taikymu gydytojo ir paciento sąveikoje, tačiau kartu yra pripažįstama ir sveikatos priežiūros profesionalo autonomija. Bendradarbiavimas tarp paciento ir gydytojo yra naudingas gydytojui – toks dialogas leidžia išsiaiškinti paciento teikiamus prioritetus, kurie gali būti panaudojami priimant klinikinį sprendimą [5]. Pacientas pripažįsta medicinos profesionalo autoritetą ir medicininių žinių objektyvumą; medicinos profesionalas pripažįsta bei atsižvelgia į subjektyvias paciento vertybes, poreikius ir galimybes (pvz.: finansines galimybes, skiriant vaistus). Paciento dalyvavimas priimant sprendimus skiriasi nuo kitų gydytojo ir paciento santykių modelių tuo, kad gydytojas ir pacientas abipusiai dalinasi savo žiniomis ar patirtimi ir kartu, bendru supratimu, priima konkrečius medicininius sprendimus. Pacientų ir gydytojų dalyvavimas susijęs su abipusiu vienas kito perspektyvos suvokimu kaip keičiasi paslaugų teikimo galimybės, kokie yra tarpusavio darbiniai santykiai, problemų, abejonių dalinimasis, aptarimas, kaip galėtų būti jos sprendžiamos, taip pat – bendravimo ir pagarbos vienas kitam tobulinimas. Remiantis pacientų dalyvavimo modeliu, nei gydytojas, nei slaugytojas nepretenduoja žinoti „kas geriau pacientui“ be paciento nuomonės. Sveikatos priežiūros specialistų užduotis – ne tik gydyti, bet sužinoti paciento prioritetus su juo bendraujant, diskutuojant ar tariantis. Todėl gydytojo ir paciento santykių visumoje, pacientų dalyvavimo modelis apibūdinamas kaip dinamiškas procesas, reikalaujantis abiejų pusių aktyvumo ir bandymo suprasti vienas kitą, „geresnio kelio“ ieškojimas [49]. Pacientų dalyvavimas susideda iš tokių elementų kaip keitimasis informacijos, alternatyvų, galimybių svarstymas bei galutinio sprendimo patvirtinimas. Todėl lemiamu šio sudėtingo proceso sėkmės veiksnium tampa apsikeitimas informacija, žiniomis ir vertybinėmis orientacijomis klinikinėje praktikoje. Manoma, kad toks paciento vaidmuo priimant sprendimus eliminuoja moralinius prieštaravimus tarp gydytojo ir paciento ta prasme, kad yra sudaromas tarsi „kontraktas“, su kuriuo abi sąveikaujančios pusės sutinka. Šiuo požiūriu yra svarbu, iš kur yra gaunama medicininė informacija kiek, kokio pobūdžio ir kokia kryptimi ji yra pateikiama, taip pat – kas dalyvauja svarstymo procese ir kas priima galutinį lemiamą sprendimą. Paciento dalyvavimas priimant medicininius sprendimus yra glaudžiai susijęs su teise reikšti savo nuomonę, rinktis gydymo būdą, medicinines procedūras ar atsisakyti jam nepriimtinių gydymo formų. Paciento dalyvavimas taip pat yra susijęs su galimybe gauti medicininę informaciją – apie savo ligos diagnozę, savo gydymo alternatyvas, savo ligos gydymo prognozę, savo ligos gydymo planą, galimas jo alternatyvas ir daugelį kitų medicininių ar su paciento sveikatos priežiūra susijusių informacijos. Jei pacientas yra sprendimų priėmimo dalyvis sveikatos priežiūroje, būtina sąlyga gauti paciento ar jo įgalioto asmens sutikimą arba pritarimą. Taigi, medicinos profesionalo – paciento santykius galima vadinti partneriškais ir išreiškiančiais dalyvavimo koncepcijos esmę tik tada, kai pacientas duoda informuotą sutikimą. Galima teigti, kad pacientų dalyvavimas sveikatos priežiūroje, kaip tam tikras sociokultūrinis reiškinys, yra konkretizuojamas gydytojo ir paciento santykių kontekste. Tam, kad pacientas taptų gydytojo ar kito sveikatos priežiūros profesionalo partneriu ir galėtų aktyviai įsitraukti į sprendimų priėmimą konsultacijų, gydymo ar medicininių procedūrų metu, turėtų būti išpildytos šios sąlygos: suteikta laisvė reikšti savo nuomonę, rinktis, atsisakyti ir pan.; pateikiama medicininė informacija, jei to pageidauja pacientas;

atsižvelgiama į subjektyvias paciento vertybes;
gaunamas paciento sutikimas arba pritarimas;
sprendimas priimamas abipusiu sutarimu.

Šie pagrindiniai pacientų dalyvavimo procesą sudarantys elementai yra glaudžiai tarpusavyje susiję, nes be autonomijos nėra galimas tikras informuotas paciento sutikimas, o be informacijos pacientas nėra pajėgus spręsti ir suvokti savo vaidmens sveikatos priežiūroje. Pacientų dalyvavimo modelis reiškia pacientų įtraukimą į problemos sprendimą ir prioritetų svarstymą, kuriame reikia ne tik žinoti, bet ir turėti tam tikrus bendravimo įgūdžius bei gebėjimus išreikšti savo nuomonę, mokėjimą susitarti ar tiesiog vertinti situaciją [5].

Nors šiandien pacientų dalyvavimas, priimant sveikatos priežiūros sprendimus, jau tampa sveikatos priežiūros sistemos dalimi, tačiau moksliniu požiūriu dar mažai žinoma, kaip visuomenė yra pasiruošusi šiems pokyčiams. E. Peičiaus disertacijoje atliktas tyrimas yra vienas iš pirmųjų bandymų Lietuvoje išsiaiškinti gyventojų, kaip sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų vartotojų, dalyvavimo ypatumus, priimant sprendimus ir sprendžiant problemas sveikatos priežiūros sektoriuje. Remiantis kitų šalių patirtimi, pacientų aktyvinimas yra pasiekiamas, telkiant bendruomenes, šviečiant ir ugdant pacientus, remiant pacientų nevyriausybinės organizacijas ir tinkamai informuojant visą visuomenę apie sveikatos priežiūros pokyčius [50].

2. 2. Pacientų dalyvavimo sveikatos priežiūroje empirinių tyrimų apžvalga

Pacientų dalyvavimas priimant sveikatos priežiūros sprendimus sudaro reikšmingą šiuolaikinių sociologinių tyrimų dalį [51]. Priimant sprendimus sveikatos priežiūroje, visas dėmesys skiriamas paciento sveikatos būklės pagerinimui, tačiau skirtingose medicinos srityse skirtingai vertinama, kokių lygiu pacientai turėtų būti įtraukti į medicininių sprendimų priėmimą. Pacientų vaidmuo priimant medicininius sprendimus tam tikrose medicinos srityse, kaip anesteziologija, intensyvioji terapija ir kitais atvejais, kai pacientui reikalinga skubi neatidėliotina pagalba - labai ribotas. Pacientų nuomonių įvairovė, paskatino mokslininkus ieškoti atsakymų į atitinkamus klausimus: ar pacientų dalyvavimas yra efektyvus ir veiksmingas siekiant teigiamų sveikatos priežiūros rezultatų, ar pacientų aktyvumas padeda gerinti bendrą etinį klimata ir pasitikėjimo atmosferą sveikatos priežiūros įstaigose, ar pacientų dalyvavimas padeda spręsti gydytojo ir paciento santykių konfliktus ir ar tai padeda siekti didesnio sveikatos priežiūros vartotojų pasitenkinimo suteikiamomis paslaugomis [52]. Dauguma mokslininkų teigia, kad pirminėje sveikatos priežiūroje, pacientų dalyvavimo priimant medicininius sprendimus modelis bei partneriški gydytojo ir paciento santykiai yra palankiai vertinami tiek pacientų, tiek sveikatos priežiūros specialistų požiūriu [53-55].

Tyrimai rodo, kad požiūris į pacientų dalyvavimą daugiausiai priklauso nuo socialinių ir demografinių pacientų charakteristikų, kultūrinio konteksto ir paciento ligos pobūdžio. Vykdytos nacionalinės gyventojų apklausos Vokietijoje, Olandijoje, Danijoje, Portugalijoje, Norvegijoje ir Jungtinėje Karalystėje parodė, kad bendraujant su bendrosios praktikos gydytoju, daugiau kaip 80 proc. šių šalių gyventojų iš savo bendrosios praktikos gydytojo tikisi sąžiningos ir objektyvios informacijos, taip pat profesionalaus ligos gydymo, teisingo galimos rizikos bei galimybių įvertinimo. Jungtinėje Karalystėje: daugiau negu du trečdaliai pirminės sveikatos priežiūros pacientų norėtų daugiau laiko bendrauti su savo gydytoju, tačiau toks bendravimas praktikoje yra gana retas reiškinys, nes paprastai bendravimui su pacientu gydytojas negali skirti tiek laiko, kiek pageidautų pacientas [56, 57]. Todėl minėtų tyrimų autoriai daro išvadą, kad aktyvesnis pacientų dalyvavimas didina pacientų pasitenkinimą ir pasitikėjimą tomis sveikatos priežiūros institucijomis, kurios užtikrina veiksmingesnį pacientų teisių atstovavimą ir skatina pačių pacientų atsakomybę už savo sveikatos būklę.

JAV ir Kanadoje atliktų tyrimų duomenimis, dauguma pacientų tikisi aktyvesnio vaidmens pirminėje sveikatos priežiūroje ir norėtų gauti daugiau medicininės informacijos apie savo sveikatą. Patys pacientai dalyvavimą sveikatos priežiūroje sieja su galimybe užduoti gydytojui klausimus ir gauti rūpinimą medicininę informaciją, ypač apie gydymo alternatyvas, atliekamų medicininių procedūrų eigą, skiriamų vaistų poveikį ir kitus medicininės informacijos aspektus [58-60].

Kai kurie tyrimai parodė, kad aktyvesnis pacientų dalyvavimas konsultacijų pas bendrosios praktikos gydytoją metu gali būti svarbus veiksnys, gerinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, didinant sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų konkurencingumą bei skatinant juos siekti efektyvesnių rezultatų pirminėje sveikatos priežiūros grandyje [61-63]. Pacientų dalyvavimas ir jo poveikis gydymo eigai bei gydymo rezultatams priklauso nuo to, ar gydytojas ir pacientas vienas kitą supranta ir kiek toleruoja vienas kito nuomonę ir prioritetus.

Švedijoje pastebėta, kad į bendradarbiavimą su pacientais buvo labiau linkę privačiai įsteigtose pirminės sveikatos priežiūros centruose dirbantys gydytojai. Taip pat paaiškėjo, kad pacientų aktyvumui konsultacijų pas šeimos gydytoją metu didžiausią įtaką turi pacientų amžius: daugiau laiko, o kartu ir aktyvesnio bendradarbiavimo konsultacijų pas šeimos gydytoją metu pageidavo jaunesni ir labiau išsimokslinę asmenys, kai pensijinio amžiaus asmenys buvo labiau linkę pasitikėti gydytojų skirtu gydymu, o jų poreikis medicininei informacijai buvo mažesnis lyginant su jaunesnio amžiaus pacientais [64, 65].

Dabartiniu metu pastebėtas vis didesnis pacientų domėjimasis sveikatos priežiūros klausimais. Informacinių ir telekomunikacinių technologijų plėtra suteikia plačias galimybes ne tik susipažinti su naujausiais biomedicinos mokslų pasiekimais, bet ir internetu bendrauti su kitose šalyse esančiais sveikatos priežiūros specialistais [66]. Gydytojų nuomone, toks pacientų domėjimasis nėra labai pageidaujamas reiškinys, nes tinkamą ir kokybišką sveikatos priežiūrą gali užtikrinti tik sveikatos priežiūros specialistai, todėl geriau jeigu pacientas visą jam rūpinimą informaciją gautų iš gydytojo lūpų, o ne iš nenustatytų šaltinių.

Kiti tyrimai rodo, kad gydytojai gana skeptiškai vertina pacientų kompetenciją ir dalyvavimo priimant medicininius sprendimus galimybes [67, 68]. Noras apginti pacientą nuo nerimo ar painiavos buvo viena svarbiausių priežasčių, kodėl gydytojai neinformavo pacientų apie šalutinius efektus, šiems specialiai to neklausiant. Bendruomenės slaugytojų tarpe vyrauja nuomonė, kad pacientams nėra būtina žinoti tiek, kiek žino gydytojai ar kiti sveikatos priežiūros specialistai. Gydytojų nuomone, pacientai, ne visada supranta jų nurodymus teisingai arba nesugeba adekvačiai įvertinti pateikiamos medicininės informacijos [69]. Vis dėl to, pacientai paprastai nenori visų sprendimų ir atsakomybės prisiimti sau, tačiau nori turėti įtaką priimant sprendimus, todėl svarbu nustatyti tą ribą, kada, kaip ir kiek pacientas nori dalyvauti [70]. Tiek gydytojui, tiek slaugytojui labai svarbu žinoti atskirų pacientų grupių individualias savybes, kad galėtų vystyti abipusį bendradarbiavimą ir duotų abipusę naudą.

Pacientų dalyvavimas, priimant medicininius sprendimus sveikatos priežiūroje Lietuvoje daugiausia buvo tyrinėjamas netiesiogiai, tai yra, analizuojant pacientų lūkesčius, jų pasitenkinimą suteikiamomis paslaugomis ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Tiriant Lietuvos pacientų lūkesčius kai kuriose pirminės sveikatos priežiūros įstaigose, buvo nustatyta, kad daugiausia iš šeimos gydytojo tikimasi medicininės informacijos ir emocinės paramos, o jų įgyvendinimas gali būti siejamas su didesniu pacientų pasitenkinimu. Tolesni tyrimai parodė, kad didžiausią įtaką pacientų pasitenkinimui turi įgyvendinti lūkesčiai, apimantys paciento problemų išsiaiškinimą, taigi pacientui svarbus gydytojo ir paciento santykių pobūdis ir suteikiamų paslaugų kultūra [47]. Sveikatos ekonomikos centro atliktos apklausos rezultatai parodė, Lietuvos gyventojai nepatenkinti suteikiamomis paslaugomis, dėl to, kad sugaišta daug laiko, kol suteikiamas gydymas; dėl nepakankamo medicinos personalo dėmesio ir pagarbos pacientams arba dėl to, kad gydymas per brangiai kainuoja. Šios nepasitenkinimo priežastys

rodo pakankamai mažą pacientų vaidmenį ir dalyvavimo lygį sprendžiant aktualias sveikatos priežiūros problemas [71].

Kitame tyrime, buvo nustatyta, kad pacientų pasitenkinimas pirminės sveikatos priežiūros paslaugomis priklauso nuo to, pagal kokį modelį šeimos gydytojas bendrauja su pacientais: pacientai, kurie nesutinka su paternalistiniu bendravimu, buvo mažiau patenkinti suteikiamomis paslaugomis. Didesnį pasitenkinimą išreiškė tie pacientai, kurie buvo patenkinti suteikta informacija, jiems skiriamu dėmesiu ir laiku konsultacijų metu [72]. Kituose tyrimuose nustatyta, kad žemesnio išsimokslinimo ir vyresnio amžiaus asmenys yra mažiau reiklūs jiems suteikiamoms paslaugoms, taigi, ir paslaugų kokybę vertina ne taip kritiškai, kaip aktyviau nusiteikę pacientai [28, 73].

Apibendrinant, galima teigti, kad partneriški gydytojo ir paciento santykiai pirminėje sveikatos priežiūroje sudaro pagrindą eliminuoti ar bent sumažinti vertybinius prieštaravimus tarp gydytojo ir paciento. Aktyviau konsultacijose dalyvaudami pacientai sudaro su gydytoju tam tikrą, nerašytą sutartį, kuria pasidalinama pareigomis ir vaidmenimis siekiant bendro tikslo - geresnės paciento sveikatos. Kita vertus, skirtingi gydytojo ir paciento vaidmenys ir skirtingas jų požiūris į sveikatos priežiūros ypatumus, iškelia eilę etinių ir psichologinių problemų, kurios pasireiškia ir Lietuvos kultūrinių bei ir politinių pokyčių kontekste.

3. TYRIMO METODIKA IR KONTINGENTAS

Tokio pobūdžio tyrimas KMU Šeimos medicinos klinikoje atliekamas pirmą kartą. Įstaigos administracija dėl šio tyrimo tvirtai apsisprendusi ir suinteresuota, nes jos pagrindinis tikslas ir ateities vizija pilnai patenkinti vartotojų poreikius ir lūkesčius bei skatinti pacientų dalyvavimą priimant sprendimus pirminėje sveikatos priežiūros grandyje.

Sukauptos mokslinės literatūros pagrindu, naudojant aprašomąjį – analitinį literatūros analizės metodą, buvo paruoštas metodologinis empirinio tyrimo pagrindimas ir tyrimo instrumentarijus. Anglų kalba publikuotos mokslinės literatūros šaltinių paieška buvo vykdoma “PubMed” ir “Science Direct” mokslinės literatūros visatekstėse duomenų bazėse, paieškai naudojant raktinius žodžius: “PATIENT PARTICIPATION”, “DECISION-MAKING”, “HEALTH CARE”.

Tyrimo instrumentą – anoniminės apklausos anketą iš viso sudarė 24 uždaro ir atviro tipo klausimai, skirti sukaupti duomenis apie respondentų socialinius ir demografinius požymius, vertybes, nuomones bei elgesio modelius sveikatos priežiūroje. Šio darbo uždaviniams įgyvendinti anketą sudarė trys klausimų grupės:

1 grupei priklauso klausimai apie respondentų požiūrį į pacientų bei kitų subjektų vaidmenį sveikatos priežiūros sistemoje, jų žinias apie pacientų teises ir Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą bei pacientų teisių užtikrinimą.

2 grupei priklauso klausimai apie respondentų informacijos poreikius, pacientų informuotumą, bendravimo ypatumus ir sprendimų priėmimą konsultacijų pas gydytoją metu.

3 grupės klausimai buvo skirti nustatyti demografines ir socialines respondentų charakteristikas – lytį, amžių, išsimokslinimą, užsiėmimą.

Subjektyvios respondentų nuomonės buvo įvertintos naudojant 5 balų vertinimo skalę: 1 – labai svarbu, 2 – svarbu, 3 – nei svarbu nei nesvarbu, 4 – nesvarbu, 5 – visiškai nesvarbu. Gydytojo ir paciento santykių modelius apibūdinantys teiginiai buvo suformuluoti, remiantis atliktų mokslinių tyrimų patirtimi.

KMU Šeimos medicinos klinikoje apklausos metu buvo prisirašę 13 148 gyventojai (šiuo metu prisirašiusių daugiau). Nustatant tyrimui reikalingą imties dydį naudotos K. Kardelio vadovyje pateiktos Jadovo lentelės, kur imties tūris esant 5 proc. paklaidai siekė 550 atvejų. Pacientų vaidmeniui, sprendžiant jų sveikatos problemas pirminėje sveikatos priežiūros grandyje, numatyta apklausti 550 respondentų. Buvo apklausiami 5 šeimos gydytojų, dirbančių KMU Šeimos medicinos klinikoje, pacientai.

Anoniminė pacientų apklausa buvo atliekama 2006 m. sausio 9 - 23 d. Visiems, pas gydytoją, apsilankiusiems pacientams išeinant buvo išdalintos anoniminės anketos ir prašoma jas užpildyti.

Anketas pacientams pateikdavo bendruomenės slaugytojos. Siekiant užtikrinti renkamų duomenų konfidencialumą ir gerą anketų grįžtamumą, KMU Šeimos medicinos klinikos registratūroje buvo įrengta speciali dėžė, į kurią pacientai ir buvo prašomi sudėti užpildytas anketas.

Buvo išdalinta 550 anketų, o grįžo 464 anketos. Atsako dažnis 84,4 proc.

Analizuojant respondentų pasiskirstymą pagal lytį nustatyta, kad didžiąją dalį respondentų, t.y. daugiau nei pusę (65,2 proc.), sudarė moterys (1 pav.).

□

1 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį

Analizuojant respondentų pasiskirstymą pagal išsimokslinimą, nustatyta, kad didžiąją dalį (41,8 proc.) tarp apklausoje dalyvavusių respondentų sudarė respondentai su aukštuoju išsilavinimu (2 pav.). Kai tuo tarpu respondentų su pradinio/nebaigto vidurinio išsimokslinimu buvo mažiausiai (3 proc.).

□ EMBED Excel.Chart.8 \s □□□

2 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal išsimokslinimą

Respondentų amžius išsilavinimo grupėse buvo nevienodas: aukštesniojo/nebaigto aukštojo/aukštojo išsimokslinimo grupėje mažiausia dalis respondentų buvo 60 m. ir vyresnių (atitinkamai 12,2 ir 15,4 proc.), o didžiausia dalis - 40-49 m. (atitinkamai 33,3 ir 28,2 proc.) (1 lentelė). Kai tuo tarpu pradinio/nebaigto vidurinio/vidurinio išsimokslinimo grupėje didžiausia dalis respondentų buvo 60 m. ir vyresnių (24,3 proc.), o mažiausia dalis - 40-49 m. (14,8 proc.).

1 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių ir išsimokslinimą

Aukštesn./

$\chi^2=22,28$, $lls=8$ $p=0,004$

Tyrime dalyvavę respondentai buvo suskirstyti į penkias amžiaus grupes. Tarp apklausoje dalyvavusių respondentų daugiausiai buvo 40-49 m. amžiaus (26 proc.), o mažiausiai 20-29 m. amžiaus bei 60 m. ir vyresnių (atitinkamai po 17 proc.) (3 pav.).

□ EMBED Excel.Chart.8 \s □□□

3 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių

Pagal užsiėmimą nustatyta, kad tarp visų apklausoje dalyvavusių respondentų didžiąją dalį sudarė respondentai dirbantys sveikatos priežiūros sektoriuje (26 proc.) ir dirbantys kitur (46 proc.) (4 pav.).

□ EMBED Excel.Chart.8 \s □□□

4 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal užsiėmimą

Duomenų analizei buvo panaudotas MS Excel ir specializuoto duomenų įvedimo ir statistinės analizės paketo SPSS 11.0 versija.

Vykdamas duomenų analizę atsakymai “labai svarbu” ir “svarbu” buvo sumuojami ir laikomi pozityviais vertinimais, o atsakymai “nesvarbu” ir “visiškai nesvarbu” – negatyviais, atsakymai “nei svarbu nei nesvarbu” – reiškė neutralią nuomonę. Atsakymai apie užtikrintas pacientų teises taip pat buvo sumuojami tuo pačiu principu.

Atsakymų dažnių pasiskirstymui tarp atskirų demografinių grupių nustatyti buvo naudojamos kryžminės lentelės. Dviejų požymių nepriklausomumas buvo tiriamas naudojant (2 kriterijų. Tikrinant hipotezes pasirinktas reikšmingumo lygmuo $\alpha = 0,05$. Nulinė hipotezė buvo atmetama, kai p reikšmė neviršydavo reikšmingumo lygmens ($p < 0,05$). Tokiu atveju buvo priimama alternatyvi hipotezė ir teigiama, kad skirtumai yra patikimi (arba statistiškai reikšmingi). Priklausomybės stiprumui tarp nagrinėjamų kintamųjų, įvertinti, buvo naudojamas Spirmeno koreliacijos koeficientas.

4. REZULTATAI

4.1. Pacientų žinios apie jų galimybes dalyvauti pirminėje sveikatos priežiūroje

Vienas ryškiausių šių dienų bruožų yra demokratinių vertybių puoselėjimas ir demokratinės visuomenės formavimasis. Dėl plataus informacinių priemonių pasirinkimo ir lengvo priėjimo prie informacijos šaltinių, pacientai dabartiniu metu yra gana išprusę ir gerai žinantys savo teises. Dabartinė visuomenė yra pagrįsta individo teisėmis į informaciją, nuosavybę, neliečiamumą, į žodžio, spaudos, politinės valios, pasirinkimo laisvę ir kitas teises. Taip pat be paciento autonomijos nėra galimas tikras informuotas paciento sutikimas, o be informacijos pacientas nėra pajėgus spręsti ir suvokti savo vaidmens sveikatos priežiūroje. Taigi šio tyrimo metu mes norėjome įvertinti pacientų žinias apie jų galimybes dalyvauti pirminėje sveikatos priežiūroje. Daugiau nei pusė (56 proc.) respondentų teigia, kad jie pakankamai turi žinių apie pacientų teises ir mažiau nei trečdalis (16 proc.) respondentų nežino paciento teisių (5 pav.)

EMBED Excel.Chart.8 \s

5 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal paciento teisių žinojimą

Daugiausiai žino savo kaip paciento teises, respondentai su aukštuoju išsilavinimu (88,1 proc.), mažiausiai – su pradiniu/nebaigtu viduriniu/viduriniu (76,5 proc.) (6 pav.).

EMBED Excel.Chart.8 \s

6 pav. Paciento teisių žinojimas: pasiskirstymas pagal išsimokslinimą ($\chi^2=7,53$, IIs=2 p=0,023)

Vertinant paciento teisių žinojimą pagal lytį nustatyta, kad moterys (87,8 proc.) dažniau negu vyrai (77,8 proc.) žino savo kaip paciento teises (7 pav.).

7 pav. Paciento teisių žinojimas: pasiskirstymas pagal lytį ($\chi^2=7,99$, IIs=1 p=0,005)

Analizuodami paciento teisių žinojimą pagal užsiėmimą pastebėjome, kad daugiausiai respondentų dirbančių sveikatos priežiūros sektoriuje (90,8 proc.) žinojo savo kaip pacientų teises, o mažiausiai žinojo – kitur dirbantys (79,8 proc.) (8 pav.). Statistiškai reikšmingas skirtumas pagal amžiaus grupes nenustatytas ($\chi^2=4,24$, IIs=4 p=0,375).

EMBED Excel.Chart.8 \s

8 pav. Paciento teisių žinojimas: pasiskirstymas pagal užsiėmimą ($\chi^2=7,03$, IIs=2 p=0,030)

Daugiau nei pusė (53 proc.) respondentų žino Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą, o mažiau nei trečdalis (15 proc.) respondentų nežino šio įstatymo (9 pav.).

EMBED Excel.Chart.8 \s

9 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo žinojimą

PAGE 18

Siekdami išsiaiškinti pacientų žinias apie Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą nustatėme, kad daugiausiai respondentų žino apie Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą su aukščiau išsilavinimu (90,8 proc.), o mažiausiai žino – su pradiniu/nebaigtu viduriniu/viduriniu (76,5 proc.) (10 pav.).

□ EMBED Excel.Chart.8 \s □□□

10 pav. Pacientų žinios apie Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą: pasiskirstymas pagal išsimokslinimą ($\chi^2=11,86$, IIs=2 p=0,003)

Vertindami pacientų žinias apie Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą pagal užsiėmimą nustatėme, kad dirbantys sveikatos priežiūros sektoriuje respondentai daugiausiai (95,0 proc.) žino apie Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą, o mažiausiai žino apie įstatymą studentai/pensininkai ir kiti (77,4 proc.) (11 pav.). Statistiškai reikšmingas skirtumas pagal amžiaus grupes ($\chi^2=9,26$, IIs=4 p=0,056) ir lytį ($\chi^2=2,58$, IIs=1 p=0,108) nenustatytas.

□ EMBED Excel.Chart.8 \s □□□

11 pav. Pacientų žinios apie Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą: pasiskirstymas pagal užsiėmimą ($\chi^2=15,16$, IIs=2 p=0,001)

Siekiant išsiaiškinti informacijos šaltinius iš kurių respondentai sužinojo apie Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą statistiškai reikšmingas skirtumas nustatytas su informacijos šaltiniais: jog sužinojo iš televizijos bei radijo laidų ir skaitydami žurnalus bei laikraščius. Daugiausiai respondentų, sužinojusių apie šį įstatymą iš televizijos bei radijo laidų ir žurnaluose bei laikraščiuose buvo su aukščiau išsilavinimu (atitinkamai 72,8 ir 55,9 proc.), o mažiausiai – su pradiniu/nebaigtu viduriniu/viduriniu (atitinkamai 57,9 ir 35,1 proc.) (2 lentelė).

2 lentelė. Informacijos šaltiniai iš kurių pacientai sužinojo apie Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą: pasiskirstymas pagal išsimokslinimą, proc.

p
Prad./neb.
Aukštesn./

* - statistiškai reikšmingas skirtumas, kai $p < 0,05$

Analizuodami informacijos šaltinius, iš kurių respondentai sužinojo apie Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą, pagal amžiaus grupes, statistiškai reikšmingas skirtumas nustatytas su informacijos šaltiniais: jog pacientai apie šį įstatymą sužinojo iš pokalbių su kitais žmonėmis (3 lentelė). Daugiausiai respondentų sužinojusių apie šį įstatymą iš pokalbių su kitais žmonėmis buvo 20-29 m. amžiaus grupėje (46,1 proc.), o mažiausiai - 30-39 m. amžiaus (25,8 proc).

3 lentelė. Informacijos šaltiniai iš kurių pacientai sužinojo apie Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą: pasiskirstymas pagal amžiaus grupes, proc.

p
□PAGE □19□

Pats skaitē

Sužinojo iš TV, radijo

Skaitē laikraščiuose,

Sužinojo iš pokalbių su

* - statistiškai reikšmingas skirtumas, kai $p < 0,05$

Vertinant informacijos šaltinius iš kurių respondentai sužinojo apie Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą, pagal užsiėmimą, statistiškai reikšmingas skirtumas nustatytas su informacijos šaltiniais: jog pacientai patys skaitė šį įstatymą (4 lentelė). Daugiausiai skaičiusių šį įstatymą buvo sveikatos priežiūros sektoriuje dirbantys respondentai (34,7 proc.), o mažiausiai – kitur dirbantys respondentai (9,9 proc). Vertinant informacijos šaltinius iš kurių respondentai sužinojo apie Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą, pagal lytį, statistiškai reikšmingas skirtumas nenustatytas.

4 lentelė. Pacientų pasiskirstymas (proc.) pagal tai iš kur jie sužinojo apie Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą pagal užsiėmimą

p

* - statistiškai reikšmingas skirtumas, kai $p < 0,05$

Siekdami įvertinti pacientų nuomonę, kas turi didžiausią įtaką sprendžiant sveikatos priežiūros klausimus, jiems pateikėme eilę subjektų: gydytojai, sveikatos priežiūros įstaigos, sveikatos apsaugos ministerija bei pacientai. Respondentai, pagal amžiaus grupes, teigė, jog didžiausią įtaką sprendžiant sveikatos priežiūros klausimus turi gydytojai ir sveikatos priežiūros įstaigos. Daugiausiai respondentų teigiančių, kad gydytojai ir sveikatos priežiūros įstaigos turi didelę reikšmę sprendžiant sveikatos priežiūros klausimus buvo 50-59 m. amžiaus (atitinkamai 68,0 ir 74,2 proc.) (5 lentelė). Tačiau mažiausiai respondentų manančių, kad gydytojai turi didelę reikšmę sprendžiant sveikatos priežiūros klausimus - 40-49 m. (46,0 proc.) amžiaus, o sveikatos priežiūros įstaigos – 60 m. ir vyresni respondentai (60,5 proc.).

5 lentelė. Pacientų nuomonės apie atitinkamų subjektų įtakingumą sprendžiant sveikatos priežiūros klausimus: pasiskirstymas pagal amžiaus grupes, proc.

p

0,068

* - statistiškai reikšmingas skirtumas, kai $p < 0,05$

Analizuojant respondentų nuomones pagal išsimokslinimą vyravo nuomonė, jog sveikatos priežiūros klausimų sprendimą įtakoja gydytojai ir sveikatos apsaugos ministerija. Daugiausiai respondentų teigiančių, kad gydytojai turi didelę reikšmę sprendžiant sveikatos priežiūros klausimus buvo aukštesniojo/nebaigto aukštuojo (64,1 proc.), o mažiausiai – aukštuojo išsilavinimo grupėje (52,8 proc.) (6 lentelė). Kai tuo tarpu daugiausiai respondentų teigiančių, kad sveikatos apsaugos ministerija turi didelę įtaką sprendžiant sveikatos priežiūros klausimus buvo su aukštuoju išsilavinimu (86,2 proc.), o mažiausiai – su aukštesnioju/nebaigtu aukštuoju (80,1 proc.).

6 lentelė. Pacientų nuomonės apie atitinkamų subjektų įtakingumą sprendžiant sveikatos priežiūros klausimus: pasiskirstymas pagal išsimokslinimą, proc.

Įtaka, sprendžiant sveikatos priežiūros klausimus

p
Aukštesn./

* - statistiškai reikšmingas skirtumas, kai $p < 0,05$

Analizuojant respondentų nuomones apie atitinkamų subjektų įtakingumą sprendžiant sveikatos priežiūros klausimus pagal užsiėmimą, nustatyta, jog pacientai pažymi sveikatos apsaugos ministerijos įtakingumą. Daugiausiai dirbančių sveikatos priežiūros sektoriuje bei kitur respondentų (atitinkamai 86,7 ir 86,9 proc.) teigė, kad sveikatos apsaugos ministerija turi didelę įtaką sprendžiant sveikatos priežiūros klausimus, o mažiausiai – studentai/pensininkai/kiti (72,6 proc.) (7 lentelė). Statistiškai reikšmingas skirtumas pagal lytį nenustatytas.

7 lentelė. Pacientų nuomonės apie atitinkamų subjektų įtakingumą sprendžiant sveikatos priežiūros klausimus: pasiskirstymas pagal užsiėmimą, proc.

p

* - statistiškai reikšmingas skirtumas, kai $p < 0,05$

Siekiant įvertinti pacientų aktyvumą dalyvaujant pirminėje sveikatos priežiūroje, buvo pateiktas klausimas “Ar Jums rūpi sveikatos priežiūros situacija Lietuvoje?”. Moterims daugiau (97,4 proc.) rūpi sveikatos priežiūros situacija Lietuvoje nei vyrams (88,3 proc.) (12 pav.).

□

12 pav. Pacientų rūpinimasis sveikatos priežiūros situacija Lietuvoje: pasiskirstymas pagal lytį, proc. ($\chi^2=16,02$, $l/s=1$, $p=0,000$)

Dirbantiems sveikatos priežiūros sektoriuje (100 proc.) respondentams daugiausiai rūpi sveikatos priežiūros situacija Lietuvoje (13 pav.).

□

13 pav. Pacientų rūpinimasis sveikatos priežiūros situacija Lietuvoje: pasiskirstymas pagal užsiėmimą, proc ($\chi^2=11,14$, $l/s=2$, $p=0,004$)

Daugiausiai rūpi sveikatos priežiūros situacija Lietuvoje respondentams su aukštuoju išsilavinimu (98,5 proc.) (14 pav.). Statistiškai reikšmingas skirtumas pagal amžiaus grupes nenustatytas ($\chi^2=4,17$, $l/s=4$, $p=0,384$).

□ EMBED Excel.Chart.8 \s □□□

14 pav. Pacientų rūpinimasis sveikatos priežiūros situacija Lietuvoje: pasiskirstymas pagal išsimokslinimą, proc ($\chi^2=11,31$, $l/s=2$, $p=0,004$)

Siekiant sužinoti pacientų poreikius į informaciją, buvo pateiktas klausimas “Ką Jums, kaip pacientui svarbu žinoti apie Jūsų sveikatos priežiūrą?”. Daugiau nei pusė (59 proc.) respondentų mano, kad jiems svarbu žinoti apie jų sveikatos priežiūrą tiek, kad suprastų gydymo eigą (15 pav.).

□ EMBED Excel.Chart.8 \s □□□

15 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal tai ką jiems svarbu žinoti apie jų sveikatos priežiūrą

Moterims svarbiau nei vyrams (atitinkamai 63,6 ir 51,2 proc.) žinoti tiek, kad galėtų suprasti gydymo eigą ir pasekmes (16 pav.).

□ EMBED Excel.Chart.8 \s □□□

16 pav. Pacientų nuomonė apie tai ką jiems svarbu žinoti apie jų sveikatos priežiūrą: pasiskirstymas pagal lytį, proc. ($\chi^2=38,26$, lls=4, p=0,000)

Visiems respondentams pagal išsilavinimą svarbiausia žinoti tiek, kad galėtų suprasti gydymo eigą ir pasekmes (17 pav.). Daugiausiai respondentų teigiančių, kad jiems reikia informacijos tiek, kad galėtų suprasti gydymo eigą ir pasekmes, respondentams su aukštuoju išsimokslinimu (62,4 proc.), o mažiausiai – respondentams su aukštesniu/nebaigtu aukštuoju išsimokslinimu (55,5 proc.).

□ EMBED Excel.Chart.8 \s □□□

17 pav. Pacientų nuomonė apie tai ką jiems svarbu žinoti apie jų sveikatos priežiūrą: pasiskirstymas pagal išsimokslinimą, proc. ($\chi^2=30,99$, lls=8, p=0,000)

Kaip pateikta 18 pav. visų amžiaus grupių respondentams svarbiausia žinoti tiek, kad galėtų suprasti gydymo eigą ir pasekmes. Daugiausiai respondentų teigiančių, kad jiems reikia informacijos tiek, kad galėtų suprasti gydymo eigą ir pasekmes respondentams, 60 m. ir vyresniems respondentams (69,7 proc.), o mažiausiai – 40-49 m. amžiaus respondentams (54,0 proc.). Statistiškai reikšmingas skirtumas pagal užsiėmimą nenustatytas ($\chi^2=9,97$, lls=8, p=0,267).

□ EMBED Excel.Chart.8 \s □□□

18 pav. Pacientų nuomonė apie tai ką jiems svarbu žinoti apie jų sveikatos priežiūrą: pasiskirstymas pagal amžiaus grupes, proc. ($\chi^2=36,12$, lls=16, p=0,003)

4.2. Požiūris į pacientų teisių užtikrinimą

Dabartinė visuomenė remiasi lygių galimybių, teisingumo, politinės ir moralinės laisvės ir pagarbos žmogaus orumui principais, kurie sudaro galimybes pacientui dalyvauti visose gyvenimo srityse, neišskiriant ir sveikatos priežiūros. Kiekvienam pacientui turi būti taikomos tos pačios taisyklės ir kiekvienas žmogus turi būti traktuojamas vienodai. Lygybės principas plačiąja prasme reiškia, kad esant toms pačioms sąlygoms su visais žmonėmis turi būti elgiamasi vienodai, visiems individams turi būti garantuotos vienodos galybės varžytis dėl socialinio statuso. Kiekvienas pilietis turi lygias teises prieš įstatymą ir tuo pačiu lygias prigimtines teises bei teisę į sveikatos priežiūrą. Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas teigia, kad kiekvienas asmuo turi teisę pasirinkti gydytoją, slaugytoją, sveikatos priežiūros įstaigą, teisę į medicininę informaciją, į privatumą bei konfidencialumą.

Šiame tyrime vienas iš mūsų uždavinių buvo - įvertinti kiek, sveikatos priežiūros įstaigose, įgyvendinant Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą, užtikrinamos pacientų teisės. Todėl siekiant įvertinti pacientų požiūrį į jų, kaip esamų ar potencialių pacientų teisių įgyvendinimą, respondentų vertinimui buvo pateiktas klausimas “Ar Jūsų manymu, Lietuvoje yra užtikrintos pacientų teisės?”. Daugiau nei pusė pacientų teigia, kad labiausiai užtikrintos pacientų teisės yra šios: teisė atsisakyti gydymo (70, 6 proc.), teisė žinoti diagnozę (55,8 proc.), teisė pasirinkti gydytoją (63,9 proc.) bei teisė į sveikatos priežiūrą nepriklausomai nuo lyties, amžiaus ir t.t. (64,8 proc.) (19 pav.). Pacientų nuomone, labiausiai Lietuvoje neužtikrinama teisė į nemokamą sveikatos priežiūrą (44,9 proc.).

□ EMBED Excel.Chart.8 \s □□□

19 pav. Respondentų nuomonės apie pacientų teisių užtikrinimą Lietuvoje, proc.

Siekiant įvertinti pacientų nuomonę apie jų užtikrintas teises pagal amžiaus grupes nustatyta, jog pacientai išskiria teisę į sveikatos priežiūrą nepriklausomai nuo lyties, amžiaus ir t.t., teisę žinoti diagnozę, gydymo metodus bei galimus rizikos veiksnius ir teisę į paciento privataus gyvenimo neliečiamumą bei konfidencialumą (8 lentelė). Daugiausiai pacientų teigiančių, kad šios teisės jiems yra užtikrintos yra 20-29 m. amžiaus, o mažiausiai – 40-49 m. amžiaus grupėse.

8 lentelė. Pacientų nuomonė apie jų užtikrintas teises pagal amžiaus grupes, proc.

p

Į sveikatos priež. nepriklausomai nuo lyties, amžiaus ir

Nei taip, nei

Nei taip, nei

Pasirinkti gydytoją, slaugos darbuotoją, sveikatos priež.

Nei taip, nei

Nei taip, nei

Nei taip, nei

Į paciento privataus gyvenimo neliečiamumą bei

Nei taip, nei

* - statistiškai reikšmingas skirtumas, kai $p < 0,05$

Vertinant pacientų nuomonę apie užtikrintas jų teises pagal užsiėmimą, nustatyta, kad pacientai daugiau pažymi jiems užtikrinamų teisių: teisę pasirinkti gydytoją, slaugos darbuotoją bei sveikatos priežiūros įstaigą, teisę į informaciją apie medicinos paslaugas, teisę žinoti diagnozę, gydymo metodus bei galimus rizikos veiksnius, teisę atsisakyti gydymo, teisę į paciento privataus gyvenimo neliečiamumą bei konfidencialumą (9 lentelė). Analizuojant duomenis nustatyta, kad daugiausiai respondentų teigiančių, kad užtikrintos pacientų teisės yra tarp dirbančių sveikatos priežiūros sektoriuje, o mažiausiai – tarp dirbančių kitur. Tačiau, už teisę žinoti diagnozę, gydymo metodus bei galimus rizikos veiksnius ir už paciento teisę į privataus gyvenimo neliečiamumą bei konfidencialumą daugiausiai pasisako studentai/pensinikai ir kiti.

9 lentelė. Pacientų nuomonės apie užtikrintas jų teises pagal užsiėmimą, proc.

p

0,063

0,041*

0,002*

Atsisakyti gydymo*

0,022*

* - statistiškai reikšmingas skirtumas, kai $p < 0,05$

Vertinant pacientų nuomonę apie užtikrintas jų teises pagal išsilavinimą, nustatyta, kad pacientai išskiria tik vienintelę teisę į nemokamą sveikatos priežiūrą (10 lentelė). Daugiausiai respondentų teigiančių, kad teisė į nemokamą sveikatos priežiūrą yra užtikrinta buvo aukštesniojo/nebaigto aukštojo išsilavinimo (33,3 proc.), o mažiausiai – pradinio/nebaigto vidurinio/vidurinio išsilavinimo (20,9 proc.). Statistiškai reikšmingas skirtumas pagal lytį nenustatytas.

10 lentelė. Pacientų nuomonė apie jų užtikrintas teises pagal išsilavinimą, proc.

p
Prad./neb.
Aukštesn./

0,081

0,081

0,878

Atsisakyti gydymo

0,074

* - statistiškai reikšmingas skirtumas, kai $p < 0,05$

4.3. Paciento aktyvumas rūpinantis savo sveikata

Sveikatos išsaugojimui, jos stiprinimui bei ligų profilaktikai turi būti teikiama pirmenybė, o šiam tikslui pasiekti reikalingas aktyvus informuotas visuomenės dalyvavimas [29]. Siekiant įvertinti respondentų žinias apie sveikatos stiprinimą bei ligų profilaktiką, buvo pateiktas klausimas “Iš kur Jūs sužinojote, kaip išsaugoti sveikatą ir išvengti ligų?”. Vyrai, daugiausiai sužinojo apie sveikatos išsaugojimą, jos stiprinimą bei ligų profilaktiką iš radijo laidų (65,4 proc.), o mažiausiai – visuomenės sveikatos centre (6,8 proc.) (11 lentelė). Moterys daugiausiai sužinojo apie sveikatos išsaugojimą, jos stiprinimą bei ligų profilaktiką iš sveikatos klausimams skirtų knygų (58,9 proc.), o mažiausiai - visuomenės sveikatos centre (13,5 proc.).

11 lentelė. Informacijos šaltiniai, iš kurių pacientai sužinojo apie sveikatos stiprinimą bei ligų profilaktiką: pasiskirstymas pagal lytį, proc.

p

** - statistiškai reikšmingas skirtumas, kai $p < 0,01$

* - statistiškai reikšmingas skirtumas, kai $p < 0,05$

Vertinant respondentų pasiskirstymą pagal amžiaus grupes, nustatyta, kad 20-29 ir 40-49 m. amžiaus respondentai daugiausiai sužinojo apie sveikatos išsaugojimą, jos stiprinimą bei ligų profilaktiką iš gydančio gydytojo (atitinkamai 83,5 ir 67,7 proc.), o mažiausiai – visuomenės sveikatos centre (atitinkamai 16,5 ir 8,9 proc.); 30-39 m. amžiaus respondentai daugiausiai sužinojo - iš radijo laidų (68,5 proc.), o mažiausiai – sveikatos mokymo centre (5,6 proc.); 50-59 m. amžiaus respondentai daugiausiai sužinojo – iš gydančio gydytojo (76,3 proc.), o mažiausiai – sveikatingumo ar sporto klube bei sveikatos mokymo centre (10,3 proc.); 60 m. amžiaus ir vyresni respondentai daugiausiai sužinojo - iš gydančio gydytojo (79,2 proc.), o mažiausiai - sveikatingumo ar sporto klube, sveikatos mokymo centre bei visuomenės sveikatos centre (1,3 proc.) (12 lentelė).

12 lentelė. Informacijos šaltiniai, iš kurių pacientai sužinojo apie sveikatos stiprinimą bei ligų profilaktiką: pasiskirstymas pagal amžiaus grupes, proc.

p

(patikimumo lygmuo)

Iš sveikatos klausimams skirtų

Iš radijo

Iš

Iš šeimos narių, draugų ir

Sveikatingumo, sporto

Visuomenės sveikatos

Sveikatos mokymo

Iš gydančio

** - statistiškai reikšmingas skirtumas, kai $p < 0,01$

* - statistiškai reikšmingas skirtumas, kai $p < 0,05$

Remiantis 13 lentelėje pateiktais duomenimis visų išsimokslinimo grupių respondentai teigia, kad daugiausiai sužinojo apie sveikatos išsaugojimą, jos stiprinimą bei ligų profilaktiką iš spaudos (atitinkamai 67,8; 78,2; 80,0 proc.), o mažiausiai – sveikatos mokymo centre (atitinkamai 4,3; 13,5; 9,7 proc.). Respondentus su pradiniu/nebaigtu viduriniu/viduriniu išsimokslinimu labiausiai domina sveikatos klausimai (14, 9 proc.), o mažiausiai domina - respondentus su aukštuoju išsimokslinimu (6,2 proc.)

13 lentelė. Informacijos šaltiniai, iš kurių pacientai sužinojo apie sveikatos stiprinimą bei ligų profilaktiką: pasiskirstymas pagal išsimokslinimą, proc.

p
Prad./neb.
Aukštesn./

Iš sveikatos klausimams skirtų

Iš spaudos (laikraščių ir

Iš informacinių stendų, lapelių, skrajučių, bukletų ir

Ar Jus domina sveikatos

** - statistiškai reikšmingas skirtumas, kai $p < 0,01$

* - statistiškai reikšmingas skirtumas, kai $p < 0,05$

Siekiant įvertinti respondentų pasiskirstymą pagal tai iš kur jie sužinojo apie sveikatos stiprinimą bei ligų profilaktiką ir užsiėmimą, nustatyta, kad dirbantys sveikatos priežiūros sektoriuje respondentai daugiausiai sužinojo iš sveikatos klausimams skirtų knygų (80,2 proc.), o mažiausiai – visuomenės sveikatos centre (18,2 proc.) (14 lentelė). Dirbantys ne medicinos sveikatos priežiūros sektoriuje ir studentai/pensininkai ir kiti daugiausiai sužinojo apie sveikatos stiprinimą bei ligų profilaktiką - iš šeimos narių, draugų, kaimynų ir kit. (atitinkamai 64,3 ir 50,0 proc.), o mažiausiai – sveikatos mokymo centre (atitinkamai 3,8 ir 8,5 proc.).

14 lentelė. Informacijos šaltiniai, iš kurių pacientai sužinojo apie sveikatos stiprinimą bei ligų profilaktiką: pasiskirstymas pagal užsiėmimą, proc.

p

Iš sveikatos klausimams skirtų

Iš šeimos narių, draugų ir

Visuomenės sveikatos

Iš informacinių stendų, lapelių, skrajučių, bukletų ir

Iš sveikatos įstaigos darbuotojų (registratūroje, seselių ir

** - statistiškai reikšmingas skirtumas, kai $p < 0,01$

* - statistiškai reikšmingas skirtumas, kai $p < 0,05$

4.4. Paciento ir gydytojo bendravimo modeliai priimant sveikatos priežiūros sprendimus

Paciento dalyvavimas reiškia paciento įtraukimą į problemos sprendimą ir prioritetų svarstymą, kuriame reikia ne tik žinoti, bet ir turėti tam tikrus bendravimo įgūdžius bei gebėjimus išreikšti savo nuomonę, mokėjimą susitarti ar tiesiog vertinti situaciją [5]. Konkrečias pacientų dalyvavimo teises, priimant medicininius sprendimus, formaliai įteisino Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. Įstatymu numatytos pacientų teisės garantuoja kiekvienam pacientui teisę dalyvauti priimant medicininius sprendimus lygiu statusu, kurį turi sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai.

Taigi, siekdami įvertinti paciento aktyvumą ir dalyvavimą sprendžiant sveikatos priežiūros klausimus, respondentams buvo pateiktas klausimas “Koks vaidmuo bendraujant su gydytoju Jums yra priimtinausias?”. Respondentai galėjo pasirinkti vieną iš keturių teiginių, kuris geriausiai atspindi paciento ir jį gydančio gydytojo tarpusavio santykius bei vaidmenis, kurie įgyjami bendravimo metu priimant medicininius sprendimus. Paternalistinis sprendimo priėmimo modelis bendraujant su gydytoju buvo apibūdintas teiginiu “pacientas vykdo visus gydytojo nurodymus, net jei prieštarauja jo/jos įsitikinimams”, paciento informavimo modelis – teiginiu “sprendžia gydytojas, bet turi atsižvelgti į paciento valią”, partnerystės (abipusio dalyvavimo) modelis – teiginiu “gydytojas ir pacientas turi spręsti kartu su gydytoju, kaip lygiaverčiai partneriai, paciento kaip vartotojo modelis – teiginiu “sprendžia pacientas, bet tik atsižvelgęs į gydytojo nuomonę”. Apie pusę respondentų (49 proc.) priimtinausias bendravimo su gydytoju modelis - paciento informavimo modelis, o mažiausiai priimtinas – paciento vartotojo modelis (2 proc.) (20 pav.).

□ EMBED Excel.Chart.8 \s □□□

20 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal bendravimo su gydytoju modelius

Kaip pateikta 21 pav., matome, kad paciento informavimo ir partnerystės bendravimo su gydytoju modeliai, pacientams, buvo priimtinausi. Paciento informavimo bendravimo su gydytoju modelis priimtinausias 40-49 m. amžiaus respondentams (63,1 proc.), o mažiausiai priimtinas – 30-39 m. amžiaus respondentams (39,3 proc.). Partnerystės modelis priimtinausias – 20-29 m. amžiaus respondentams (53,2 proc.), o mažiausiai priimtinas – 40-49 m. amžiaus respondentams (29,5 proc.). Paternalistinis ir paciento vartotojo bendravimo su gydytoju modeliai, pacientams, mažiausiai priimtini. Statistiškai reikšmingas skirtumas pagal lytį ($\chi^2=5,14$, $lfs=3$, $p=0,162$), užsiėmimą ($\chi^2=8,84$, $lfs=6$, $p=0,183$) ir išsimokslinimą ($\chi^2=11,44$, $lfs=6$, $p=0,076$) nenustatytas.

□ EMBED Excel.Chart.8 \s □□□

21 pav. Priimtinausias pacientui bendravimo su gydytoju modelis: pasiskirstymas pagal amžiaus grupes, proc. ($\chi^2=52,30$, $lfs=12$, $p=0,000$)

Daugiau nei pusė (63 proc.) respondentų mano, kad priimtinausias jiems gydytojo ir paciento santykių modelis, priimant medicininius sprendimus – paciento informavimo, o mažiausiai priimtinas – paciento vartotojo (6 proc.) modelis (22 pav.).

□PAGE □100□

□ EMBED Excel.Chart.8 \s □□□

22 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal gydytojo ir paciento santykių modelius priimant medicininius sprendimus

Siekiant įvertinti gydytojo ir paciento santykių modelius, priimant sprendimus pagal lytį, nustatyta, kad paciento informavimo modelis, tarp vyrų ir moterų (atitinkamai 63,4 ir 62,0 proc.), buvo priimtinausias (23 pav.). Paciento vartotojo modelis, pacientams, mažiausiai priimtinas. Paternalistinis modelis labiau priimtinas vyrams nei moterims (atitinkamai 18,0 ir 9,6 proc.). Statistiškai reikšmingas skirtumas pagal amžiaus grupes ($\chi^2=16,61$, lls=12, p=0,165), išsimokslinimą ($\chi^2=11,27$, lls=6, p=0,080) ir užsiėmimą ($\chi^2=6,66$, lls=6, p=0,353) nenustatytas.

□ EMBED Excel.Chart.8 \s □□□

23 pav. Gydytojo ir paciento santykių modeliai, priimant medicininius sprendimus: pasiskirstymas pagal lytį, proc. ($\chi^2=10,66$, lls=3, p=0,014)

4.5. Medicininės informacijos poreikiai bendraujant su gydytoju

Dar viena svarbi ypatybė, kuri charakterizuoja respondentų požiūrį į paciento vaidmenį priimant sprendimus sveikatos priežiūroje, yra medicininės informacijos poreikiai. Todėl siekiant įvertinti pacientams reikalingos informacijos poreikius, respondentams buvo pateikta įvertinti medicininės ir kitos su jų sveikatos priežiūra susijusios informacijos svarbą.

Respondentai galėjo įvertinti, kiek jiems, kaip potencialiems pacientams ir sveikatos priežiūros paslaugų vartotojams, yra svarbu žinoti savo ligos diagnozę, prognozę, gydymo(-si) alternatyvas, gydymo(-si) planą, gydymo(-si) trukmę, galimą prognozę, paskirtų ar vartojamų vaistų poveikį ir riziką, atliekamų ar numatytų procedūrų eigą, poveikį ir galimą riziką, medicininių tyrimų duomenis, įrašus asmens ligos istorijoje (ambulatorinėje kortelėje).

Remiantis 15 lentelėje pateiktais duomenimis, nustatyta, kad vyrams ir moterims svarbiausia žinoti įrašus ligos istorijoje (atitinkamai 2,23 ir 1,85 balo), o mažiausiai svarbu ligos diagnozė (atitinkamai 1,56 ir 1,26 balo). Vyrams šis klausimas yra aktualesnis nei moterims.

15 lentelė. Medicininės informacijos svarba bendraujant su gydytoju pagal lytį (balai)

p
Vidurkiai,
1,56
1,26
1,66
1,43
1,80
1,46
1,68
1,46
1,70
1,41
1,78
1,52
1,71
1,40
2,23
1,85

Vertindami medicininės informacijos svarbos vidurkius pagal amžiaus grupes nustatėme, kad visų amžiaus grupių respondentams svarbiausia žinoti gydymo trukmę ir prognozę, o mažiausiai svarbu ligos diagnozė (16 lentelė). Gydymo trukmę ir prognozę svarbiausia žinoti respondentams 40-49 m. amžiaus (1,62 balo), o mažiausiai svarbu – 20-29 m. amžiaus respondentams (1,31 balo)

16 lentelė. Medicininės informacijos svarba bendraujant su gydytoju pagal amžiaus grupes (balai)

p
Vidurkiai,

1,16

1,39

1,46

1,38

1,35

1,27

1,47

1,59

1,60

1,58

1,38

1,54

1,62

1,62

1,71

1,31

1,51

1,62

1,61

1,58

1,38

1,45

1,59

1,60

1,48

1,51

1,47

1,67

1,74

1,61

1,28

1,44

1,63

1,59

1,55

2,03

1,92

2,07

1,81

2,05

* - statistiškai reikšmingas skirtumas, kai $p < 0,05$

Remiantis 17 lentelėje pateiktais duomenimis nustatyta, kad visų grupių respondentams pagal užsiėmimą svarbiausia žinoti įrašus ligos istorijoje, o mažiausiai svarbu žinoti ligos diagnozę. Įrašus ligos istorijoje svarbiausia žinoti studentams/pensininkams/kita (2,12 balo), o mažiausiai svarbu žinoti sveikatos priežiūros sektoriuje dirbantiems respondentams (1,82 balo).

17 lentelė. Medicininės informacijos svarba bendraujant su gydytoju pagal užsiėmimą (balai)

p
Vidurkiai,
1,27
1,47
1,25
1,39
1,63
1,50
1,37
1,69
1,66
1,43
1,63
1,54
1,40
1,62
1,47
1,43
1,73
1,59
1,36
1,65
1,44
1,82
2,04
2,12

Vertinant medicininės informacijos svarbą pagal išsimokslinimą nustatyta, kad visų grupių respondentams pagal išsimokslinimą svarbiausia žinoti įrašus ligos istorijoje, o mažiausiai svarbu ligos diagnozė (18 lentelė). Įrašus ligos istorijoje svarbiausia žinoti respondentams su pradiniu/nebaigtu viduriniu/viduriniu išsimokslinimu (2,17 balo), o mažiausiai svarbu respondentams su aukštesniu/nebaigtu aukštu/ išsimokslinimu (1,88 balo).

18 lentelė. Medicininės informacijos svarba bendraujant su gydytoju pagal išsimokslinimą (balai)

p
Vidurkiai,

Prad./neb.
Aukštesn./
1,50
1,32
1,31
1,73
1,51
1,39
1,81
1,60
1,43
1,76
1,50
1,44
1,72
1,42
1,46
1,83
1,57
1,51
1,66
1,41
1,50
2,17
1,88
1,94

4.6. Paciento aktyvumo sąsajos su jų žiniomis dalyvaujant pirminėje sveikatos priežiūroje

Siekiant nustatyti aktyvumo sąsajas su žiniomis dalyvaujant pirminėje sveikatos priežiūroje buvo atlikta koreliacinė analizė. Atlikus koreliacinę analizę stipriausias ryšys nustatytas tarp pacientų teisių ir informacijos apie medicininių procedūrų eigą, poveikį ir galimą riziką, o silpniausias ryšys - tarp informacijos apie įrašus ligos istorijoje (19 lentelė). O tarp respondentų žinančių Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą stipriausias ryšys nustatytas tarp informacijos poreikio apie gydymo planą, galimas alternatyvas bei su jomis susijusią riziką, o silpniausias ryšys - su informacija apie medicininių procedūrų eigą, poveikį ir galimą riziką.

19 lentelė. Medicininės informacijos poreikio bendraujant su gydytoju koreliacijos koeficientai priklausomai nuo paciento teisių ir įstatymo žinojimo

Svarbu žinoti

Paciento teisių žinojimas

Įstatymo žinojimas

1. Ligos diagnozę

0,153**

0,142**

□PAGE □106□

** - statistiškai reikšmingas skirtumas, kai $p < 0,01$

* - statistiškai reikšmingas skirtumas, kai $p < 0,05$

Respondentai žinantys pacientų teises labiau linkę rūpintis savo sveikata (20 lentelė). O respondentai žinantys Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą, savo sveikatą vertina daugiau teigiamai.

20 lentelė. Respondentų rūpinimosi savo sveikata ir sveikatos vertinimo koreliacijų koeficientai priklausomai nuo paciento teisių ir įstatymo žinojimo

** - statistiškai reikšmingas skirtumas, kai $p < 0,01$

* - statistiškai reikšmingas skirtumas, kai $p < 0,05$

Kaip pateikta 21 lentelėje, respondentai, žinantys pacientų teises, labiau linkę rūpintis sveikatos priežiūros situacija Lietuvoje (22 lentelė).

21 lentelė. Respondentų rūpinimosi sveikatos priežiūros situacija Lietuvoje koreliacijų koeficientai priklausomai nuo paciento teisių ir įstatymo žinojimo

** - statistiškai reikšmingas skirtumas, kai $p < 0,01$

Remiantis 22 lentelėje pateiktais duomenimis nustatyta, kad savo sveikata besirūpinantys pacientai daugiau informacijos apie ligų profilaktiką ir sveikatos stiprinimą sužino iš medicininių knygų, o mažiausiai - visuomenės sveikatos centre.

22 lentelė. Paciento rūpinimosi savo sveikata koreliacijos koeficientai priklausomai nuo informacijos išteklių apie ligų profilaktiką ir sveikatos stiprinimą

** - statistiškai reikšmingas skirtumas, kai $p < 0,01$

* - statistiškai reikšmingas skirtumas, kai $p < 0,05$

Vertinant rūpinimosi savo sveikata ir paciento teisių užtikrinimo priklausomybę, stipriausias ryšys nustatytas tarp respondentų besirūpinančių savo sveikata ir teisės žinoti savo diagnozę, gydymo metodus bei galimus rizikos veiksnius, o silpniausias ryšys - su teise į paciento privataus gyvenimo neliečiamumą bei jo sveikatos būklės, diagnozės, gydymo eigos konfidencialumą (23 lentelė).

23 lentelė. Paciento rūpinimosi savo sveikata koreliacijos koeficientai priklausomai nuo užtikrintų paciento teisių Lietuvoje

** - statistiškai reikšmingas skirtumas, kai $p < 0,01$

Remiantis 24 lentelėje pateiktais duomenimis, matome, kad tarp gerai savo sveikatą vertinančių respondentų stipriausias ryšys egzistuoja su teise į informaciją apie teikiamas medicininės paslaugas ir galimybes jomis pasinaudoti, o silpniausias ryšys - su teise į paciento privataus gyvenimo neliečiamumą bei jo sveikatos būklės, diagnozės, gydymo eigos konfidencialumą.

24 lentelė. Paciento savo sveikatos vertinimo koreliacijos koeficientai priklausomai nuo užtikrintų paciento teisių Lietuvoje

** - statistiškai reikšmingas skirtumas, kai $p < 0,01$

* - statistiškai reikšmingas skirtumas, kai $p < 0,05$

Kaip pateikta 25 lentelėje, respondentai, teigiamai vertinantys savo sveikatą daugiausiai informacijos, apie ligų profilaktiką bei sveikatos stiprinimą, sužinojo iš interneto, o mažiausiai sveikatos mokymo centre ir iš kito sveikatos priežiūros įstaigose dirbančio personalo (slaugytojų, medicinos registratorių).

25 lentelė. Paciento savo sveikatos vertinimo koreliacijos koeficientai priklausomai nuo informacijos išteklių apie ligų profilaktiką ir sveikatos stiprinimą

** - statistiškai reikšmingas skirtumas, kai $p < 0,01$

* - statistiškai reikšmingas skirtumas, kai $p < 0,05$

Apibendrinant, šiame skyriuje aukščiau pateiktų lentelių rezultatus, galima teigti, kad nustatytas ryšys tarp pacientų aktyvumo su jų žiniomis dalyvaujant pirminėje sveikatos priežiūroje. Pacientai turintys daugiau informacijos apie pacientų teises bei žinantys Pacientų teisių ir žalos atlyginimo įstatymą yra aktyvesni dalyvaujant pirminėje sveikatos priežiūroje. Jie daugiau rūpinasi savo sveikata bei sveikatos priežiūros situacija Lietuvoje, aktyvesni priimanč su jų sveikatos priežiūra susijusius sprendimus.

5. IŠVADOS

Tyrimo rezultatai parodė, kad daugelis pacientų turi pakankamai žinių apie jų galimybes dalyvauti pirminėje sveikatos priežiūroje. Daugiau nei pusė (56 proc.) respondentų, ypač moterys (87,8 proc.) ir respondentai su aukštuoju išsimokslinimu (88,1 proc.) žino savo kaip paciento teises. Apie Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą daugiausiai žino respondentai su aukštuoju išsimokslinimu (90,8 proc.) bei medikai (95 proc.). Daugiausiai sužinojo iš televizijos bei radijo laidų, laikraščių bei žurnalų, o medikai - skaitė įstatymą. Pagrindiniai informacijos šaltiniai, iš kurių respondentai sužinojo apie sveikatos stiprinimą bei ligų profilaktiką - iš gydančio gydytojo, radijo laidų, laikraščių bei žurnalų.

Nežiūrint į tai, kad pacientai yra pakankamai aktyvūs dalyvaujant pirminėje sveikatos priežiūroje ir jiems rūpi sveikatos priežiūros situacija Lietuvoje ypač moterims (97,4 proc.), respondentams su aukštuoju išsimokslinimu (98,5 proc.) bei medikams (100 proc.), tačiau paciento vaidmuo bendraujant su gydytoju, daugiau suprantamas kaip pasyvus, o ne kaip aktyvus bendradarbiavimas konsultacijų metu. Apie pusė respondentų (49 proc.) ypač vyresnio amžiaus (63,1 proc.), pirmenybę teikia paciento informavimo modeliui, o jaunesnio amžiaus respondentai (53,2 proc.) - partnerystės modeliui. Konsultacijų pas šeimos gydytoją metu respondentams svarbiausia žinoti įrašus ligos istorijoje, gydymo trukmę ir prognozę.

Pacientai turintys pakankamai žinių apie jų galimybes dalyvauti pirminėje sveikatos priežiūroje, labiau linkę rūpintis sveikatos priežiūros situacija Lietuvoje bei savo sveikata ir daugiau teigiamai vertina savo sveikatą. Aktyvūs pacientai teigia, kad labiausiai užtikrinta teisė žinoti diagnozę, gydymo metodus, rizikos veiksnius, gauti informaciją apie teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas ir galimybes jomis pasinaudoti.

6. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Išsamiai informuoti pacientus apie vykstančius pokyčius sveikatos priežiūros sektoriuje, organizuojant viešas ir atviras diskusijas, bei įgyvendinant atitinkamus visuomenės švietimo ir mokymo projektus. Į šią veiklą įtraukti ir pirminės sveikatos priežiūros grandį.

Sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos specialistų pagalba didinti visuomenės aktyvumą domintis sveikatos priežiūra ir ugdyti atsakomybę už savo sveikatą.

Pacientų dalyvavimo problematiką būtų galima įtraukti į visuomenės sveikatos ir medicinos pagrindinių bei tęstinių studijų programas.

Steigti pacientų visuomenines organizacijas ar bendruomenes, siekiančias geresnio pacientų interesų atstovavimo sveikatos priežiūros sektoriuje.

7. LITERATŪROS SĄRAŠAS

- Appelstrand M. Participation and societal values: the challenge for lawmakers and policy practitioners. *Social Science and Medicine* 2002;4(4)Dec.:281-90.
- Ashford N. Laisvos visuomenės principai. Vilnius: Aidai; 2003.
- Bendrosios praktikos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė. Lietuvos medicinos norma MN 14:1999.
- Bučiušienė I, Petkinis J, Milašauskienė Ž. Ligoninės medicinos personalo ir pacientų vertinimai apie medikų ligoninėje teikiamas paslaugas. □ [HYPERLINK](#)
"javascript:AL_get(this,%20'jour',%20'Medicina%20(Kaunas).');" □ *Medicina (Kaunas)*. □ 2004;40(3):272-7.
- Cahill J. Patient participation - a review of the literature. □ [HYPERLINK](#)
"javascript:AL_get(this,%20'jour',%20'J%20Clin%20Nurs.');" □ *J Clin Nurs*. □ 1998 Mar;7(2):119-28.
- Dahl Robert A. Demokratija ir jos kritikai. Vilnius: Amžius; 1989.
- Dunleavy P, O'Leary B. Valstybės teorijos. Liberaliosios demokratijos politika. Vilnius: Eugrimas; 1999.
- Dworkin R. Laisvė, lygybė, bendruomenė. Šiuolaikinė politinė filosofija. Antologija. Vilnius; 1998.
- Fiske J. Įvadas į komunikacijos studijas. Vilnius: Baltos Lankos; 1990.
- Gefenas E. Šiuolaikinė medicina ir dorovinės problemos. *Medicina (Kaunas)*. 1997;33(11):23-4.
- Grabauskas V. Sveikatos politikos formavimas Lietuvoje. *Medicina (Kaunas)*. 1997;33(11):3-10.
- Guttman N. Public Health Communication Interventions: Values and Ethical Dilemmas. N.Y.: Sage publications Inc; 2000.
- Health Care Systems in Transition: Lithuania. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 1996.
- Health for all Targets: the Health Policy in Europe. Copenhagen: WHO; 1991.
- Health Systems: Improving Performance. The World Health Report 2000. Geneva: WHO; 2000.
- Jakušvaitė I, Pečiūšius E. Vertybių kaina ir organizacinė etika Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje. *Visuomenės sveikata*. 2003 4(23):18-22.
- Jankauskienė D. Sveikatos sistemos reformos Lietuvoje 1990-1998 m. įvertinimas. Daktaro disertacija. Kaunas: KMU; 2000.
- Jankauskienė D, Žemgulienė J. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. *Medicina (Kaunas)*. 1998;3:301-38.
- Kalėdienė R, Petrauskienė J, Rimpela A. Šiuolaikinės visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika. Kaunas: Šviesa; 1999.
- Kalibatas J. Pirminės sveikatos priežiūros reforma: pasiekimai ir problemos. *Medicina (Kaunas)*; 1998;34(10):917-18.
- Kantas I. Dorovės metafizikos pagrindai. Vilnius: Mintis; 1980.
- Lietuvos Konstitucija. Vilnius: LR Seimas; 1991.
- Lietuvos Nacionalinė sveikatos koncepcija. Nr.I-1939. Vilnius; 1991.
- Liublijanos chartija apie sveikatos apsaugos reformą Europoje. *Sveikata* 21. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione. Vilnius: LR SAM; 1998.
- Maslou A. Psichologiniai duomenys ir vertybių teorija. Gėrio kontūrai. Vilnius: Mintis; 1989.
- Liubarskienė Z. Medicinos etikos kodeksai. Kaunas: KMU; 2001.
- Millis JS. Apie laisvę. Vilnius: Pradai; 1995.
- Misevičienė I, Milašauskienė Ž. Pacientų pasitenkinimas ligoninės medicinos personalo darbu. *Medicina (Kaunas)*. 2002;38(5):559-65.

Murauskienė L. Sveikatos priežiūros organizacinė struktūra ir paslaugų teikimas. Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių-ekonominių pokyčių kontekste. Vilnius: SEC; 2000.

Nacionalinės Sveikatos Tarybos pranešimas Seime. 1999 m. Vilnius; 2000.

Nacionalinis sveikatos tarybos pranešimas. 1998 m. Vilnius; 1999.

Ossovska M. Dorovės normos ginančios žmogaus orumą. Gėrio kontūrai (iš XX a. užsienio etikos). Vilnius: Mintis; 1989.

Pacientų teisių ir žalos atlyginimo įstatymas. Nr. I-1562. Vilnius; 1996.

Padaiga Ž. Sveikatos ir sveikatos priežiūros skirtumai bei jų sumažinimo galimybės. III-oji nacionalinė sveikatos politikos konferencija. Vilnius; 2000.

Peičius E. Žmogaus orumo koncepcija kaip autonomijos reikalavimas. *Humanistica*. 2002;1. Internetinė prieiga: www.filosofija.ktu.lt/humanistica/frame.htm

Peičius E, Gefenas E. Patient participation in health care and medical decision-making: a conceptual review. *Inžinierinė ekonomika*. 2004;4(39):84-9.

Praktinės medicinos etika. Medicininių disciplinų spektras (Red. D. von Engelhart). Kaunas: Žiburys; 1997.

Rawls J. Teisingumas ir nešališkumas. Gėrio kontūrai: iš XX amžiaus užsienio etikos. Vilnius; 1989.

Razgauskas J. Etika pirminėje sveikatos priežiūroje. Vilnius: SAM; 1999.

Rogers ADD, de Bousingen. Bioetika Europoje. Vilnius: Kultūra; 2001.

Slauga pirminėje sveikatos priežiūroje. Vilnius: Charibdė; 1998.

Sociology as applied to medicine (Ed. G. Scambler). Edinburgh: Saunders Press; 2000.

Stoškus K. Etiketas ir žmonių bendravimas. Vilnius: Mintis; 1981.

Sveikata 21. Sveikata visiems XXI amžiuje. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione. Vilnius.: LR SAM; 1998.

Sveikatos sistemos įstatymas. Vilnius: 1994. Nr.I-552.

Wulff HR, Pedersen SA, Rosenberg R. Medicinos filosofija. Kaunas: Spindulys; 2001.

Žėbienė E. Paciento lūkesčiai ir pasitenkinimas pirmine sveikatos priežiūra. *Medicina (Kaunas)*. 2000;36:113-26.

Žemaitis V. Hipokrato etika. Vilnius: Ethos; 1995.

Žmogaus teisės. Tarptautinių dokumentų rinkinys. Vilnius: Mintis; 1991.

Šoliūnienė L. Pacientų pasitikėjimas sveikatos priežiūra. Visuomenės sveikatos magistro tezės. KMU; 2003.

Straus SE. Individualizing treatment decisions. The likelihood of being helped or harmed. *Eval Health Prof*. 2002 Jun;25(2):210-24.

Zussman R. Sociological perspectives on medical ethics and decision making. *Annual Review of Sociology*. 1997;23:171-89.

Silverman HJ. Organizational ethics in healthcare organizations: proactively managing the ethical climate to ensure organizational integrity. *H E C FORUM*. 2000;12(3):202-15.

Benbassat J, Pilpel D, Tidhar M. Patients' preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys. *Behavioral Medicine*. 1998;2:110-21.

Delaney B, Wilson S, Fitzmaurice D. et al. Near-patient tests in primary care: setting the standards for evaluation. *J Health Serv Res Policy*. 2000 Jan;5(1):37-41.

Watt S. Clinical decision-making in the context of chronic illness. *Health Expectations*. 2000;3(1):6-16.

Kravitz RL. Engaging patients in medical decision making. *British Medical Journal*. 2001;323:584-85.

Coulter A, Elwyn G. What do patients want from high-quality general practice and how do we involve them in improvement? *British Journal of General Practice*. 2002;52,Oct.Suppl:22-6.

Llewellyn Thomas HA. Patients' health-care decision making: a framework for descriptive and experimental investigations. *Medical Decision Making*. 1995;15:101-6.

Strull WM, Lo B, Charles G. Do patients want to participate in medical decision making. *JAMA*. 1984;252(21):2990-94.

Stiggelbout AM, Kiebert GM. A role for the sick role. Patient preferences regarding information and participation in clinical decision-making. *CMAJ*. 1997; Nov,157(10):1349-50.

Butler C, Rissel C, Freidoon K. Factors associated with participation in resident action groups in Metropolitan Sydney. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 1999;23(6):634-8.

Kellogg DL, Youngdahl WE, Bowen DE. On the relationship between customer participation and satisfaction: two frameworks. *International Journal of Service Industry Management*. 1997;8:206-19.

Davis AM, Hoffman JR. Impact of Patient acuity on preference for information and autonomy in decision making. *Academic Emergency Medicine*. 1999;6(8):781-5.

Braddock CH, Edwards KA. Informed decision making in outpatient practice. *JAMA*. 1999;282(24):2313 - 20.

Williams T. Patient empowerment and ethical decision making: the patient/partner and the right to act. *Dimens Crit Care Nurs* 2002 May-June;21(3):100-4.

Levinson W, Gorawara-Bhat R, Dueck RE, et all. Resolving disagreements in the patient-physician relationship: tools for improving communication in managed care. *British Medical Journal*. 2001;322(7288):709-11.

Coulter A, Entwistle V, Gilbert D. Sharing decision with patients: is the information good enough? *BMJ*. 1999;318:318-22.

McKeown RE, Reininger BM, Martin M, Hoppmann RA. Shared decision making: views of first-year residents and clinic patients. *Acad Med*. 2002 May;77(5):438-45.

Sainio C, Lauri S. Cancer patients' decision making regarding treatment and nursing care. *J Adv Nurs*. 2003 Feb;41(3):250-60.

Kairys J, Žėbienė E, Zokas I. Paciento kai kurių lūkesčių skirtumai Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, rajoniniuose miestuose ir kaimo vietovėse. *Sveikatos mokslai*. 2003;4:77-83.

Leonavičius V, Plieskis M, Petrauskienė J. Pacientų pasitenkinimo bendrosios praktikos gydytojo paslaugomis analizė sveikatos modelio atžvilgiu. *Sociologija: Mintis ir veiksmai*. 2003;1:93-101.

Bučiūnienė I, Petkinis J, Milašauskienė Ž. Ligoninės medicinos personalo ir pacientų vertinimai apie medikų liginėje teikiamas palaugas. *Medicina(Kaunas)*. 2004;40(3):272-77.

PRIEDAI

PACIENTŲ POŽIŪRIO Į JŲ VAIDMENĮ SVEIKATOS PRIEŽIŪROJE TYRIMO ANKETA

Šia anketa norėtume išsiaiškinti Jūsų požiūrį į savo sveikatą, pacientų teises, jų vaidmenį sveikatos priežiūroje. Anketa yra anoniminė ir visi surinkti duomenys bus naudojami tik moksliniams tikslams, todėl tikimės nuoširdžių Jūsų atsakymų. Prašome pažymėti tuos atsakymų variantus, kurie geriausiai atitinka Jūsų nuomonę.

1. Ar Jūs žinote savo kaip paciento teises?

1. Ne, nežinau
2. Taip, kai ką žinau, bet nepakankamai
3. Taip, manau, žinau tiek, kiek man reikia

2. Ar žinote, kad yra Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas?

1. Taip, žinau
2. Ne, nežinau
3. kažką girdėjau

3. Jei žinote, iš kur Jūs žinojote apie Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą? (Kiekvienoje eilutėje – po atsakymą)

4. Ar Jūsų nuomone, Jūs galite laisvai, savo nuožiūra pasirinkti šeimos gydytoją?

1. Taip, galiu
2. Ne, negaliu
3. Nežinau

5. Ar Jums rūpi sveikatos priežiūros situacija Lietuvoje?

1. Taip
2. Iš dalies rūpi
3. Ne, nerūpi

6. Kokią reikšmę, Jūsų nuomone, sprendžiant sveikatos priežiūros klausimus turi: (Kiekvienoje eilutėje – po atsakymą)

7. Kaip vertinate priemones, skirtas gyventojų informavimui apie galimybes dalyvauti sveikatos priežiūroje?

1. Labai gerai
2. Gerai
3. Patenkinamai
4. Blogai
5. Labai blogai

8. Ar Jūsų manymu, Lietuvoje yra užtikrintos šios pacientų teisės? Jums tinkantį atsakymą pažymėkite kryželiu kiekvienoje eilutėje

Visiškai užtikrin-tos
Užtikrintos

Nei taip, nei ne

Neužtikrintos

Visiškai neužtik-rintos

Teisė į sveikatos priežiūrą nepriklausomai nuo lyties, amžiaus, tautybės, kalbos, socialinės padėties,

Teisė į nemokamą sveikatos priežiūrą

Teisė į informaciją apie teikiamas medicininės paslaugas ir galimybes jomis

Teisė atsisakyti gydymo

Teisė į paciento privataus gyvenimo neliečiamumą bei jo sveikatos būklės, diagnozės, gydymo eigos

9. Ar rūpinatės savo sveikata?

1. Taip, labai rūpinuosi savo sveikata
2. Taip, bet nepakankamai, galėčiau rūpintis labiau
3. Ne, nes neturiu tam galimybių, pinigų
4. Ne, nes neturiu pakankamai valios, laiko
5. Ne, nes rimtai sergu ir nieko negalima pakeisti
6. Ne, nes nėra reikalo – esu visiškai sveikas
7. Ne, nes man tai nesvarbu

10. Iš kur Jūs sužinote, kaip išsaugoti sveikatą ir išvengti ligų?
(Kiekvienoje eilutėje – po atsakymą)

11. Kaip Jūs vertinate savo sveikatą?

1. Labai gera
2. Gera
3. Patenkinama
4. Bloga
5. Labai bloga

14. Ką Jums, kaip pacientui, yra svarbu žinoti apie Jūsų sveikatos priežiūrą?
(Vienas atsakymas)

1. Viską ką žino gydytojas
2. Tiek, kad galėčiau suprasti gydymo eigą ir pasekmes
3. Tiek, kad galėčiau laikytis gydytojo nurodymų
4. Kuo mažiau – gydyti yra gydytojo reikalas
5. Kita (Įrašykite) _____