

LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS
Medicinos akademija
Visuomenės sveikatos fakultetas
Sveikatos vadybos katedra

Aušra Šilkauskienė

**PACIENTŲ, SERGANČIŲ ATVIRA PLAUČIŲ
TUBERKULIOZE, PASITENKINIMO STACIONARINĖMIS
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGOMIS ĮVERTINIMAS**

Magistro diplominis darbas
(Visuomenės sveikatos vadyba)

Mokslinė vadovė
doc. dr. Giedra Levinienė

(parašas) **2011 05 16**

KAUNAS, 2011

SANTRAUKA

Visuomenės sveikatos vadyba

PACIENTŲ, SERGANČIŲ ATVIRA PLAUČIŲ TUBERKULIOZE, PASITENKINIMO STACIONARINĖMIS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGOMIS ĮVERTINIMAS

Aušra Šilkauskienė

Mokslinė vadovė doc. dr. Giedra Levinienė

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija, Visuomenės sveikatos fakultetas, Sveikatos vadybos katedra. Kaunas; 2011. 78 p.

Darbo tikslas: įvertinti pacientų, sergančių atvira plaučių tuberkulioze, pasitenkinimą stacionarinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis.

Uždaviniai:

1. Įvertinti tiriamųjų pasitenkinimą ligoninės fizine aplinka. 2. Įvertinti tiriamųjų pasitenkinimą gydytojų ir slaugytojų bendravimu. 3. Nustatyti socialinius – demografinius veiksnius, lemiančius tiriamųjų pasitenkinimą stacionarinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis.

Tyrimo metodika:

Tyrimo objektas: Romainių tuberkuliozės ligoninės pacientai, sergantys atvira plaučių tuberkulioze. *Tyrimo metodai:* anoniminė anketinė pacientų apklausa, sudaryta pačios autorės, išanalizavus naujausią Lietuvos ir užsienio mokslinę literatūrą.

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant „MS Excel“ programą ir „SPSS for Windows 13.0“ statistinį paketą. Kiekybiniams rodikliams aprašyti buvo skaičiuojamas aritmetinis vidurkis ir standartinis nuokrypis. Kokybiniai rodikliai aprašyti pateikiant jų procentinį pasiskirstymą. Siekiant palyginti kiekybinius rodiklius tarp dviejų grupių buvo taikomas Studento t kriterijus, kelių grupių – ANOVA dispersinė analizė. Lyginant dviejų kokybinių rodiklių tarpusavio sąsają taikytas chi kvadrato kriterijus. Pasirinktas statistinio pasikliautinumo lygmuo 95 proc.

Rezultatai. Tyrime dalyvavo 160 pacientų (atsako dažnis 88,9 proc.). Apklaustųjų amžiaus vidurkis - 46,9 m. 76,4 proc. respondentų turėjo *gerą* nuomonę apie ligoninės fizinę aplinką, o *vidutiniškai* ją įvertino 23,6 proc. tiriamųjų. Du trečdaliai tiriamųjų nurodė, kad neigiamą emocinį ligos poveikį padėjo įveikti gydytojai ir slaugytojai. Dauguma tiriamųjų *gerai* arba *labai gerai* įvertino gydytojų ir slaugytojų bendravimą. Didžioji dauguma tiriamųjų (86,9 proc.) buvo patenkinti ligoninėje suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis, o likusieji atsakė, kad buvo patenkinti iš dalies. 98,1 proc. pacientų rinktųsi šią ligoninę, jei vėl tektų gydytis. Įvairaus amžiaus tiriamųjų nuomonės reikšmingai išsiskyrė tik vertinant palatos aplinką. Moterys buvo reiklesnės ligoninės maistui ir blogiau vertino ramybės ir tylos laikymąsi skyriuje bei gydytojų suteiktą informaciją apie ligą. Gydytojų dėmesingumu labiau patenkinti buvo miesto gyventojai. Daugiausiai didžiausias pajamas turinčių pacientų lyginant su mažiau ir mažiausiai pasiturinčiais įvertino slaugytojų dėmesingumą.

Išvados. Dauguma pacientų ligoninės fizinę aplinką ir gydytojų bei slaugytojų bendravimą įvertino *gerai* arba *labai gerai*. Dauguma tiriamųjų buvo patenkinti ligoninėje suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis. Pasitenkinimas suteiktomis stacionarinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis buvo gana silpnai susijęs su socialiniais - demografiniais veiksniais.

Raktažodžiai: tuberkuliozė, sveikatos priežiūra, ligoninės fizinė aplinka, bendravimas.

SUMMARY

Management of Public Health

SATISFACTION WITH IN-PATIENT HEALTH CARE AMONG SMEAR-POSITIVE LUNG TUBERCULOSIS PATIENTS

Aušra Šilkauskienė

Supervisor doc. dr. Giedra Levinienė

Lithuanian University of Health Sciences, Medical Academy, Faculty of Public Health, Department of Health Management. Kaunas; 2011. 78 p.

Aim of the study: to evaluate the satisfaction with in-patient health care among smear-positive lung tuberculosis patients.

Objectives: 1) To evaluate the satisfaction related with physical environment at health care setting. 2) To evaluate the satisfaction with communication of physicians and nurses. 3) To establish sociodemographic factors associated with satisfaction with in-patient health care services.

Material and methods:

Study object: patients with smear-positive lung tuberculosis at Romainiai tuberculosis hospital. *Research methods:* survey using anonymous questionnaire originally designed by study author after analysis of international literature on the topic. Statistical data analysis was performed using „MS Excel“ and „SPSS for Windows 13.0“ statistical software. Quantitative variables were described by arithmetic mean and standard deviation, qualitative variables – by percent distribution. Comparison of quantitative data between two groups was conducted using Student’s t-test, among more than two groups – using analysis of variance ANOVA, and qualitative variables were tested using chi-square. Statistical significance level was set at 95%.

Results. Altogether, 160 patients participated in the study (response rate 88.9% from original sample of 180). Mean age of responders was 46.9 years. Of them, 76.4% had positive opinion on physical environment at hospital, others (23.6%) had moderate opinion. Two thirds of study participants stated that the negative emotional effect of disease was mitigated by physicians and nurses. The communication of physicians and nurses was found as good or very good by majority of patients. Similar majority of patients (86.9%) were satisfied with health care services provided at the hospital while all other patients were partly satisfied. Absolute majority of responders (98.1%) claimed to choose this same hospital if needed again. Age was not a prognostic factor for satisfaction except concerning ward environment. Women were more picky for food provided at the hospital and were less satisfied with silence and rest as well as with information about the disease provided by physicians. Attentiveness of physicians was more appreciated by urban residents while attentiveness of nurses – by wealthier subjects.

Conclusions. Majority of patients assessed the physical environment at the hospital and communication of physicians and nurses as *good* or *very good*. Majority of patients were satisfied with health care services provided at the hospital. Satisfaction with health care services at in-patient setting was weakly associated with sociodemographic characteristics.

Key words: tuberculosis, health care, hospital physical environment, communication.

SANTRUMPOS

ASPI – Asmens sveikatos priežiūros įstaiga

PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija

SP – Sveikatos priežiūra

SPI – Sveikatos priežiūros įstaiga

SPK – Sveikatos priežiūros kokybė

TB - Tuberkuliozė

TURINYS

ĮVADAS.....	6
DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI.....	8
1. LITERATŪROS APŽVALGA.....	9
1.1. Tuberkuliozės paplitimas ir priežastys.....	9
1.1.1. Tuberkuliozės paplitimas pasaulyje.....	9
1.1.2. Tuberkuliozės paplitimas Lietuvoje.....	11
1.1.3. Tuberkuliozės priežastys.....	13
1.2. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė.....	15
1.2.1. Sveikatos priežiūros kokybės samprata.....	15
1.2.2. Teisiniai sveikatos priežiūros paslaugų aspektai.....	17
1.3. Pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugomis ir jo vertinimas.....	21
1.3.1. Paciento pasitenkinimas – svarbus sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rodiklis.....	21
1.3.2. Pacientų pasitenkinimas ligoninės fizine aplinka.....	25
1.3.3. Pacientų pasitenkinimas gydytojų ir slaugytojų bendravimu.....	26
1.3.4. Pacientų pasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugomis vertinimas.....	29
1.4. Pasitenkinimą lemiantys veiksniai.....	33
2. TYRIMO METODAI IR MEDŽIAGA.....	35
2.1. Tiriamųjų kontingentas.....	35
2.2. Tyrimo metodika.....	36
3. REZULTATAI.....	38
3.1. Socialiniai – demografiniai rodikliai.....	38
3.2. Pasitenkinimas ligoninės fizine aplinka.....	44
3.3. Pasitenkinimas gydytojų ir slaugytojų bendravimu.....	46
3.4. Socialiniai–demografiniai veiksniai, susiję su tiriamųjų pasitenkinimu stacionarinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis.....	51
4. REZULTATŲ APTARIMAS.....	58
IŠVADOS.....	63
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS.....	64
LITERATŪRA.....	65
PRIEDAI.....	73

IVADAS

Gyventojų sveikata – didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė (1). Sveikatos išsaugojimui ir palaikymui kasmet skiriama vis daugiau materialių ir intelektualių išteklių. Kartu didėja ir gyventojų, visuomenės poreikiai ir lūkesčiai, ypač siejami su kokybiška sveikatos priežiūra (SP). Šalyje, siekiant užtikrinti ir gerinti asmens sveikatos priežiūros kokybę (SPK), vykdoma atitinkama veikla: parengta ir tobulinama teisinė bazė, licencijuojama sveikatinimo veikla, vykdomas asmens sveikatos priežiūros įstaigų (ASPI) restruktūrizavimas, ASPI diegiamos kokybės sistemos (2).

Pacientas tampa vis svarbesniu objektu, pagrindiniu sveikatos priežiūros įstaigų (SPI) paslaugų vartotoju ir pajamų šaltiniu. Todėl vis aktualesnis tampa pacientų pasitenkinimas SPI teikiamomis paslaugomis. Daugelis mokslininkų teigia, kad pacientų pasitenkinimas teikiamomis paslaugomis yra labai subjektyvus ir priklauso nuo paciento amžiaus, lyties, išsimokslinimo, ligos stadijos bei pobūdžio, jo lūkesčių bei asmeninės patirties. Tačiau, norint gerinti teikiamų paslaugų kokybę, SP paslaugų teikėjams būtina žinoti, kaip pacientai vertina jiems teikiamas paslaugas bei pagrindinius veiksnius, turinčius įtakos pacientų pasitenkinimui (3).

Pastaraisiais metais SP sistema tapo vienu iš visuomenės vertinimo objektų. Į šį procesą aktyviai įtraukiami ne tik profesionalai, bet ir visuomenė. Pacientas, kaip visuomenės narys ir SP paslaugų vartotojas, ne tik turi teisę pareikšti savo nuomonę, bet ir raginamas tai daryti. Paslaugų teikėjo tikslas – patenkinti vartotojo poreikius ir įgyvendinti jo lūkesčius. Taigi paciento lūkesčių įgyvendinimas tampa vienu iš siektinų SP rezultatų. Dar daugiau – šis rodmuo laikomas svarbiu ne tik vykdant, bet ir planuojant sveikatos apsaugą (4).

Pacientų pasitenkinimo tyrimai yra populiarūs visame pasaulyje, nes jų rezultatas – objektyvi prielaida teikiamų paslaugų kokybei gerinti. Kuo stipresnis pacientų pasitenkinimas gydymo įstaigos teikiamomis paslaugomis, personalo darbu, aplinka, tuo stipresnė įstaigos konkurencinė padėtis.

Paskutinį dešimtmetį mūsų šalyje taip pat atliekama nemažai mokslinių tyrimų, kuriais bandoma išsiaiškinti pacientų pasitenkinimą ligoninės medicinos personalo teikiamomis paslaugomis, įvertinti suteiktų paslaugų kokybę bei nustatyti ir įvertinti paciento lūkesčius, susijusius su paslaugos kokybe (3,5), tačiau pacientų, sergančių atvira plaučių tuberkulioze (TB), pasitenkinimo stacionarinėmis SP paslaugomis tyrimų nėra.

Dauguma TB sergančiųjų yra socialinės rizikos grupės žmonės – girtaujantys, niekur nedirbantys, vengiantys gydymo, o nesigydytas arba gydymasis su pertrūkiais yra pagrindinė atviros ir atsparios gydymui susirgimo formos didelio paplitimo priežastis (6).

Įgyvendinant Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 2008 m. gruodžio 9 d. nutarimu Nr. XI-52, 734 punktą (Aktyviau įgyvendinti pradėtas ir diegti naujas profilaktines sveikatos programas) ir vykdant Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. lapkričio 23 d. pasitarimo sprendimą patvirtintoje Tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės 2011–2014 metų programoje iškeltas tikslas – iki 2014 m. sumažinti sergamumą TB ir mirtingumą, sustabdyti vaistams atsparios TB, įskaitant DAV TB, plitimą, sumažinti jos padarinius asmeniui ir visuomenei, kad 2020 m. TB epideminiai rodikliai Lietuvoje susilygintų su Europos Sąjungos šalių vidurkio atitinkamais rodikliais (7,8).

Apklausų apie pacientų, sergančių atvira plaučių TB, pasitenkinimą stacionarinėmis SP paslaugomis rezultatai padėtų gydymo įstaigoms kryptingai tobulinti teikiamų paslaugų kokybę ir taip užtikrintų rezultatyvų programos įgyvendinimą.

DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI

Darbo tikslas: įvertinti pacientų, sergančių atvira plaučių tuberkulioze, pasitenkinimą stacionarinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis.

Uždaviniai:

1. Įvertinti tiriamųjų pasitenkinimą ligoninės fizine aplinka.
2. Įvertinti tiriamųjų pasitenkinimą gydytojų ir slaugytojų bendravimu.
3. Nustatyti socialinius - demografinius veiksnius, lemiančius tiriamųjų pasitenkinimą stacionarinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Tuberkuliozės paplitimas ir priežastys

1.1.1. Tuberkuliozės paplitimas pasaulyje

XXI amžiaus pradžioje TB – viena labiausiai pasaulyje paplitusių infekcinių ligų. Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) TB paskelbė pasauline problema, o TB kontrolę – prioritetine veikla. Nors ligos etiologija išaiškinta daugiau kaip prieš šimtą metų, TB išlieka viena dažniausių ir letališkiausių infekcijų pasaulyje ir tebėra didžiulė medicinos, socialinė ir ekonominė problema. PSO duomenimis, kasmet TB suserga apie 8,8 mln. pasaulio gyventojų. 2004 metais buvo registruota 4,9 milijono naujų TB atvejų, tačiau manoma, kad naujų TB atvejų buvo apie 8,9 milijono. Naujų TB atvejų skaičius didėja kasmet – iki 1997 metų - 1,2 proc. per metus, vėliau– 0,6 proc. per metus (9). 2009 metais atvira TB forma pasaulyje sirgo 9,4 mln. žmonių (10).

Pagal PSO standartus TB kelia epidemiologinį pavojų, kai sergamumas yra 25 ir daugiau 100 000 gyventojų. TB galima laikyti likviduotą kaip visuotinę ligą tada, kai:

- a) sergamumas yra 10 ir mažiau 100 000 gyventojų;
- b) mirtingumas yra 2 ir mažiau 100 000 gyventojų;
- c) vaikų infekuotumo kasmetinė rizika yra mažesnė kaip 1 proc.

PSO TB sergamumą siūlo klasifikuoti:

- *Mažas* (< 25 atvejų 100 000 gyventojų per metus);
- *Vidutinis* (25 - 100 atvejų 100 000 gyventojų per metus);
- *Aukštas* (> 100 atvejų 100 000 gyventojų per metus) (11).

Daugiausia TB sergama Afrikos bei Azijos žemynų šalyse. Didžiausias sergamumas TB pagal PSO yra Afrikos regione (290 atvejų/100 000 gyventojų per metus). Šiame regione TB atvejų skaičius kasmet padidėja apie 6 proc. TB plitimas šiame regione ypač susijęs su ŽIV infekcija. TB sudaro 11 proc. mirštamumo priežasčių tarp suaugusiųjų. Pasaulyje pagal mirštamumą nuo infekcinių ligų, TB yra antroje vietoje po ŽIV infekcijos (9).

Europos regione sergamumas TB 2010 metais siekė 39,57 atvejus/100 000 gyventojų (1 lent.) (12). Vakarų Europos šalyse sergamumas TB per pastaruosius dešimtmečius mažėja: 1990 metais buvo nustatyti 25 TB atvejai/100 000 gyventojų, o 2004 metais TB atvejų sumažėjo iki 10/100 000 gyventojų (13,14). 2010 metais mažiausias sergamumas TB Vakarų Europoje buvo San Marine – 0/100 000 gyventojų, Islandijoje – 1,88/100 000 gyventojų, Šveicarijoje – 4,25/ 100 000 gyventojų, Vokietijoje – 4,44/100 000 gyventojų (12). Tačiau

sergamumas TB Vakarų Europoje iki šių dienų išlieka aktuali problema, nes, didėjant gyventojų judėjimui, šiose šalyse daugėja TB atvejų tarp migrantų (15).

Priešingai, sergamumas TB Rytų ir Centrinės Europos šalyse, ypač Baltijos valstybėse, Rusijos Federacijoje, Rumunijoje didėja. Rytų Europos šalyse sergamumas TB 1990 metais buvo apie 55/100 000 gyventojų, o 2004 metais – jau 100/100 000 gyventojų. Manoma, kad TB plitimas Rytų Europos šalyse nuo 1990 metų yra susijęs su atsparios vaistams naujai diagnozuotos TB atvejais ir su šios ligos atkryčiais (9,16). Baltijos šalyse TB taip pat grėsmingai plinta, tačiau šiuo metu pastebima mažėjimo tendencija Estijoje, kur 1990 metais registruota 497 ligos atvejai (31/100 000 gyventojų) (9), o 2010 metais 29,91/100 000 gyventojų (12). Latvijoje 1990 metais buvo nustatyta 915 TB atvejų (34/100 000 gyventojų) (9), o 2010 metais – 46,16/100 000 gyventojų (12).

Ypač sparčiai TB plinta Rusijos Federacijoje ir Ukrainoje. Ukrainoje 1990 metais buvo registruota 21520 TB atvejų (41/100 000 gyventojų) (9), o 2010 metais – 101/100 000 gyventojų (12). Rusijoje 1990 metais buvo registruota 75116 naujų TB atvejų (51/100 000 gyventojų) (9), o 2010 metais – jau 90,47/100 000 gyventojų (12). Ypač sudėtinga situacija Rusijos kalėjimuose, nes kalėjimuose sergančių TB skaičius 32–100 kartų viršija sergančiųjų skaičių visuomenėje. Pagrindinė tokio aukšto sergamumo priežastis – perpildyti kalėjimai, per didelis nuteistųjų skaičius vienoje kameroje. Mirtingumas 1997 m. visuomenėje siekė 16,8/100 000 gyventojų, o tuo tarpu kalėjimuose – 500/100 000 nuteistųjų. Kalėjimuose dirbančio aptarnaujančio ir medicinos personalo sergamumas TB 3,2 karto didesnis nei dirbančio su sergančiais TB visuomenėje (17).

1 lentelė. Sergamumas tuberkulioze Europos regione

Šalis	Sergamumas tuberkulioze 100 000-ių gyv.
Airija	7,62
Austrija	9,75
Azerbaidžanas	72,6
Baltarusija	52,95
Belgija	7,74
Bulgarija	38,62
Čekija	7,74
Danija	6,01
Estija	29,91
Graikija	4,76
Gruzija	100,64
Islandija	1,88
Ispanija	14,85
San Marinas	0
Rusija	90,47
Rumunija	101,02
Prancūzija	5,42
Portugalija	26,52
Norvegija	5,28
Nyderlandai	5,86
Moldova	124,42
Makedonija	22,06
Lietuva	50,2
Latvija	46,16
Kirgizstanas	126,24
Jungtinė Karalystė	10,79

Šalis	Sergamumas tuberkulioze 100 000-ių gyv.
Vokietija	4,44
Vengrija	14,23
Uzbekistanas	62,41
Ukraina	82,1
Turkmėnistanas	74,68
Turkija	24,61
Tadžikistanas	93,53
Šveicarija	4,25
Švedija	4,96
Suomija	6,23
Slovėnija	10,2
Slovakija	10,34
Serbija	36,92
EUROPA	39,57
Italija	5,71
Izraelis	5,02
Jungtinė Karalystė	10,79
Juodkalnija	20,83
Kazachstanas	147,39
Kipras	5,3
Monakas	0
Malta	11,65
Liuksemburgas	0
Lenkija	19,47
Kroatija	22,1
Kazachstanas	147,39

Šaltinis: Europos šalių duomenys iš HFA duomenų bazės 2010 m. liepos mėn. versijos

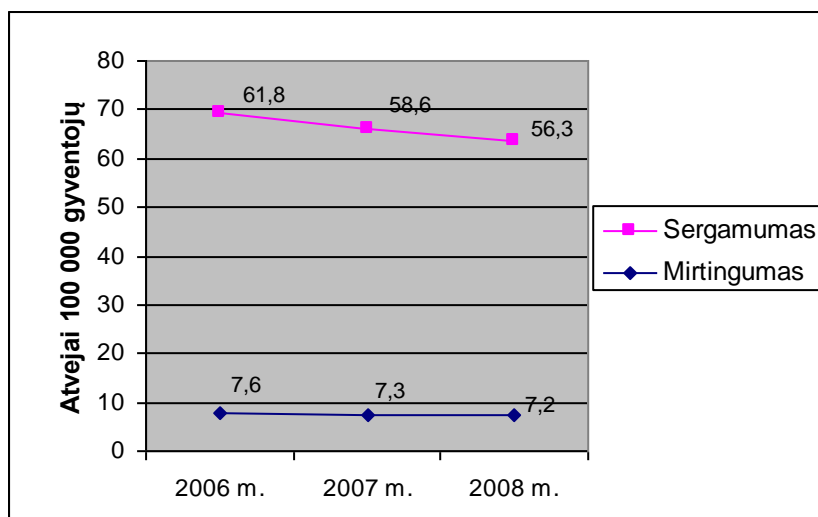
TB dar ilgai kels grėsmę visam pasauliui: sergamumas TB pasaulyje kiekvienais metais padidėja 1 proc., o TB mikobakterija yra užsikrėtę ir šia liga susirgti rizikuoja beveik trečdalis žemės gyventojų (18).

1.1.2. Tuberkuliozės paplitimas Lietuvoje

Lietuva pagal PSO duomenis priskiriama vidutinio sergamumo TB šalims, tačiau sergamumas TB šalyje šešis kartus didesnis už ES šalių sergamumo vidurkį (11,54 atvejų 100 000 gyventojų). Kasmet naujų TB atvejų skaičius didėjo: 1990 metais buvo registruota 1471 TB atvejis, t.y. 40/100 000 gyventojų, 2004 metais buvo nustatyta 2160 TB atvejų, t.y. 63/100

000 gyventojų (11). Lietuvoje nustatytas vienas didžiausių Europoje vaistams nuo atsparios TB atvejų skaičius (9).

Paskutiniaisiais metais Lietuvoje stebima TB epidemiologinių rodiklių stabilizavimosi ir mažėjimo tendencija (1 pav.). Nuo 2006 metų nežymiai sumažėjo tiek sergamumas, tiek ir mirštamumas nuo kvėpavimo organų TB. Jeigu 2006 metais šie rodikliai siekė atitinkamai 61,8/100 000 gyventojų ir 7,6/100 000 gyventojų, 2008 metais – 56,3/100 000 gyventojų ir 7,2/100 000 gyventojų (19). Tačiau epidemiologinė TB situacija šalyje dar išlieka sudėtinga. Tarp naujai diagnozuotų TB atvejų daugėja išplitusių plaučių TB formų. Labai padidėjęs sergamumas TB tarp asocialių asmenų, alkoholikų, narkomanų, benamių valkatų, kalinių – visos šios grupės sudaro žymų visų susirgusių TB procentą. Dažniausiai serga darbingo amžiaus (35–54 metų) vyrai. Kaimo gyventojų sergamumas visada buvo didesnis nei miesto gyventojų. 90 proc. ligonių serga plaučių TB, apie 50 proc. skiria TB mikobakterijas. 10 proc. visų naujai registruotų atvejų sudaro ekstrapulmoninė TB (20).



1 pav. Sergamumas ir mirtingumas nuo kvėpavimo organų tuberkuliozės Lietuvoje 100 000 gyventojų

Šaltinis: Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos vyriausybės

2009 metais, palyginti su 2008 metais, gyventojų sergamumas TB sumažėjo. Šalyje buvo užregistruoti 1677 nauji susirgimai TB (2008 metais – atitinkamai 1892 susirgimai). Didžiausias sergamumas šia liga buvo Tauragės apskrityje (100 000 gyventojų teko 69 nauji susirgimai) (21).

Priešingai nei bendrasis sergamumas TB, sergamumas atvira TB forma, kuri yra pavojingiausia užkrečiant aplinkinius, Lietuvoje per paskutinįjį dešimtmetį turėjo tendenciją

didėti. Jei 1998 – 1999 metais sergamumo atvira TB forma rodiklis buvo 36,1–39,1/100 000 gyventojų, tai 2006 – 2007 metais šis rodiklis padidėjo iki 46,2–43,3/100 000 gyventojų. Atvira TB dažniausiai sirgo 25 – 55 metų amžiaus vyrai. Jie sudarė 31,5 proc. susirgusiųjų (22).

2011 m. Lietuvoje 85 proc. ligonių serga plaučių TB, apie 70 proc. iš jų išskiria į aplinką TB mikobakterijas. Tarp naujai išaiškintų TB atvejų daugėja išplitusių plaučių TB formų. Dažniau serga darbingo amžiaus vyrai (35 – 54 metų). Apie 70 proc. naujai išaiškintų ligonių, sergančių TB, yra nedirbantys. Apie 50 proc. – piktnaudžiaujantys alkoholiu ir vengiantys gydytis nuo TB (23).

1.1.3. Tuberkuliozės priežastys

PSO Europos regiono biuras išanalizavo visų Centrinės ir Rytų Europos regiono (kuriame priskirta ir Lietuva) valstybių duomenis ir 2000 m. išleido specialų leidinį, kuriame pateikė keturias pagrindines grupes priežasčių, nulemiančių didelius sergamumo TB rodiklius šio regiono valstybėse.

Pirmoje grupėje nurodytos socialinės ir ekonominės problemos – sunki ekonominė padėtis, skurdas, karai, perpildyti kalėjimai, benamiai.

Antroje grupėje – prastas klinikinis darbas ir nepakankamas finansavimas: netinkamas SP organizavimas, naujų TB atvejų nustatymas, diagnostika ir nesėkmingas naujų atvejų gydymas.

Trečioje grupėje – taikomas nestandartinis gydymas, kuris nulemia TB sergamumo bei TB formų, atsparių daugeliui vaistų, augimą.

Ketvirtoje grupėje – didėjantis ŽIV/AIDS infekuotumas ir susirūpinimas dėl TB ir ŽIV/AIDS formų (24).

TB plitimo priežastys išsivysčiusiose ir atsilikusiose šalyse yra nevienodos:

- dėl staigaus ekonominės santvarkos pasikeitimo ryškiai pablogėjusi socialinė ir ekonominė padėtis;
- nuolat blogėjanti ekonominė ir socialinė padėtis dėl sparčiai didėjančio gyventojų skaičiaus;
- lokalūs karai, stichinės nelaimės, skurdas ir badas, perpildyti kalėjimai (Azija, Afrika, Vidurinė Azija, Čėčėnija);
- pasenusi TB susirgimų kontrolės praktika, blogas vadovavimas ir finansavimas, o tuo pačiu nepakankamas susirgimų išaiškinimas, diagnostika ir gydymas (Rytų Europa);

- nepakankamas aprūpinimas vaistais nuo TB, nestandartinių gydymo schemų naudojimas ir dėl to susidarančios sąlygos vaistams atsparios TB vystymuisi (buvusios TSRS šalys);
- spartus sergančių ar infekuotų TB emigrantų iš atsilikusių kraštų daugėjimas išsivysčiusiose Europos ir Šiaurės Amerikos šalyse, nuo kurių užsikrečia ir vietiniai gyventojai;
- AIDS plitimas, ypač JAV, Vakarų Europoje, žemiau Sacharos esančiose Afrikos šalyse (14,25,26).

Lietuvoje TB plitimą lemia įvairios priežastys:

- alkoholio vartojimas;
- bedarbystė;
- narkotikų vartojimas;
- sergančiųjų TB nenoras gydytis ir baigti gydymo kursą;
- sergančiųjų TB gydymo režimo pažeidimai;
- ŽIV infekcija ir kita.

Apie 70 procentų naujų ligonių – bedarbiai. Dauguma jų piktnaudžiauja alkoholiu, pažeidinėja gydymo režimą, taigi yra potencialus infekcijos šaltinis ir atspariosios TB didėjimo priežastis (20). Dauguma socialinės rizikos grupės žmonių – girtaujančių, valkataujančių, niekur nedirbančių, tarp kurių šis susirgimas ypač paplitęs, iš viso nebūna prisirašę prie SPI, manoma, kad daug susirgimų lieka ilgai neišaiškinti. Kita labai svarbi problema - sergančiųjų TB asmenų neatsakingas elgesys. Gydymo vengimas arba gydymasis su pertrūkiais yra pagrindinė atviros ir atsparios gydymui TB susirgimo formos didelio paplitimo priežastis. Iki šiol nesutvarkyta tokių ligonių būtinojo hospitalizavimo ir (ar) izoliavimo tvarka. Nėra šalyje tinkamai įrengtų ligoninių. Atskirų įstaigų ir žinybų bei specialistų, dirbančių su sergančiais TB, veiklos koordinacija nepakankama (6).

1.2. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė

1.2.1. Sveikatos priežiūros kokybės samprata

SPK tampa SP prioritetu tiek Lietuvoje, tiek ir kitose Europos bei pasaulio šalyse. Svarbiomis SPI veiklos sritimis tampa ligų prevencija, gyventojų sveikatos kokybė bei visos visuomenės gerovė (27). Lietuvoje iki šiol nėra vienodos sampratos apie SPK, tačiau visi sutinka, kad SPK reikia gerinti (28). Nėra sutarimo ne tik dėl kokybiškos paslaugos apibrėžimo, bet ir jos matavimo dimensijų. Priklausomai nuo valstybės siekiamų tikslų sveikatos sistemoje, šalies kultūros ypatumų bei tradicijų, kokybė suprantama skirtingai: kai kam tai reiškia gerą aprūpinimą naujausiais įrengimais, aparatūra, kokybišku personalo darbu, kai kam - teisumą ir užuojautą, kitiems - optimalius klinikinius rezultatus. Šalys privalo nustatyti ir atrinkti atitinkamas vertybes, kad sukurtų tokias kokybės užtikrinimo programas, kurios atitiktų jų prioritetus ir socialinę, ekonominę bei kultūrinę aplinką (29).

SPK vadybos pradininkas A. Donabedianas paslaugos kokybę apibrėžė kaip priežiūrą, kuri reikalauja maksimaliai pagerinti pacientų gerovę atspindinčius rodiklius, atsižvelgiant į laukiamos naudos ir nesėkmių balansą, kurie tikėtini visuose SP proceso etapuose. Autorius išskiria tris kokybės kategorijas: struktūros, proceso ir rezultato. Struktūra apima vietą, įrengimus, personalą, organizacinius sprendimus, siekiant užtikrinti gerą SPK. Procesas reiškia tai, ką konkrečiai medicinos personalas daro vykdydamas SP, o rezultatai – galutiniai SP rodikliai: fiziniai, psichologiniai ir socialiniai bei finansiniai (30).

Iš daugelio mokslinėje literatūroje naudojamų SPK sampratų JAV Medicinos institutas pateikia šią, atspindinčią pagrindinius SPK aspektus (31): *Sveikatos priežiūros kokybė* - laipsnis, kuriuo SP paslaugos, atitinkančios šiuolaikines profesines žinias, asmeniui ir visuomenei padidina pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybę.

Toks kokybės apibrėžimas įtvirtintas ir Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programoje. SPK užtikrinimas ir nuolatinis gerinimas įgyvendinamas per šias pagrindines 9 kokybės dimensijas, atspindinčias SP (32):

1. orientaciją į pacientą (aktyvų paslaugų vartotoją): SP paslaugų vartotojo ir visuomenės įtraukimas į SP paslaugų planavimą, teikimą ir vertinimą, užtikrinant paciento teisę gauti informaciją, pateikiamą jam suprantama forma ir reikalingą priimti sprendimams dėl savo SP bei galimybę suteikti grįžtamąjį ryšį apie gautas SP paslaugas;

2. priimtinumą – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamas SP sąlygas, užtikrinančias SP paslaugų ir medicinos mokslo principų bei medicinos etikos reikalavimų atitikimą;
3. prieinamumą – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamas SP sąlygas, užtikrinančias SP paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei;
4. tinkamumą – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamas SP sąlygas, užtikrinančias SP paslaugų bei patarnavimų kokybę ir efektyvumą;
5. teisingumą – lygių visiško sveikatos potencialo siekimo galimybių kiekvienam asmeniui sudarymas paskirstant SP išteklius bei panaikinant kliūtis bei skirtumus, kuriuos lemia neteisingais traktuojami veiksniai;
6. tęstinumą – laipsnį, kuriuo paciento priežiūra yra koordinuojama tarp SP specialistų ir įstaigų;
7. veiksmingumą – SP intervencijų galimybes pasiekti užsibrėžtus sveikatinimo veiklos tikslus ir rezultatus įprastoje aplinkoje;
8. ekonomiškai pagrįstą efektyvumą – aukščiausios kokybės SP bei SP paslaugų derinio, duodančio geriausius sveikatos rezultatus, užtikrinimas mažiausiais kaštais;
9. saugumą – užtikrinant saugią SP ir jos aplinką pacientams bei SP sektoriuje dirbantiems darbuotojams, įdiegiant vieningą nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemą, formuojant naujovišką specialistų požiūrį į nepageidaujamus įvykius, jų valdymą.

SPK vadybos teoretikai Lietuvoje taip pat pateikia paslaugų kokybės sampratą, orientuotą į pacientą. Prof. V. Janušonio nuomone (33): *kokybė* - tai produkto ar paslaugos ypatumų ir charakteristikų visuma, suteikianti galimybę patenkinti išreikštus arba menamus pacientų poreikius. SPK apima tokius strateginius aspektus:

- SPK geriau tenkina pacientų poreikius ir jų lūkesčius SP;
- SPK yra sisteminis, visapusiškas, tęstinis procesas, orientuotas į paciento poreikius;
- SPK tikslas neapsiriboja tik geresnės pacientų sveikatos siekiu, jis apima ir jų gyvenimo kokybę;
- SPK grindžiama nuolatiniu tiek medikų profesionalų, tiek ir pacientų mokymusi;
- SPK taupo išteklius ir sudaro galimybę juos reinvestuoti.

Teoretikai neatmeta ir ekonominio kokybės kriterijaus: maksimaliai pacientų poreikius ir interesus tenkinanti SP, teikiama minimaliomis sąnaudomis, atsižvelgiant į disponuojamus ribotus išteklius, yra kokybiška (34).

PSO akcentuoja, kad moderni kokybės definicija apima šešis parametrus: saugumą, veiksmingumą, savalaikiškumą, orientaciją į pacientą, efektyvumą ir lygų paslaugų prieinamumą (2 lent.) (35).

2 lentelė. Kokybiškos sveikatos priežiūros apibrėžimas pagal parametrus

Rezultatyvi	Griežtai grindžiama įrodymais, asmenims ir visuomenei pagal jų poreikius duodanti geresnę sveikatos baigtį.
Efektyvi	Teikiant SP paslaugas ištekliai naudojami maksimaliai, vengiama nuostolių.
Prieinama	Teikiama laiku, tinkama geografiniu požiūriu, įgūdžiai ir ištekliai skiriami medicininiam poreikiams tenkinti.
Priimtina – orientuota į pacientą	Teikiant paslaugas atsižvelgiama į tai, kam pirmenybę teikia paslaugų vartotojai, į jų lūkesčius ir į tai, kas geriausiai atitinka vartotojų bendruomenių poreikius.
Teisinga	Teikiamos paslaugos nesiskiria dėl asmeninių paslaugų vartotojų charakteristikų: lyties, etninės priklausomybės, socialinės padėties, geografinės vietovės.
Saugi	Paslaugų vartotojams iki minimumo sumažinama rizika ir žala.

Šaltinis: PSO leidinys Quality of care, 2006 m.

Kokybės tobulinimas, vystymas sveikatos sistemoje yra laipsniškas, ilgalaikis procesas, reikalaujantis esminių pokyčių sveikatos sistemos reformos procese. Pagrindinis iššūkis yra apjungti paslaugų teikėjus, valdžios organus ir vartotojus bendros strategijos kūrimui (tiek nacionaliniame, tiek vietiniame lygmenyje), atsižvelgiant į tai, kad kiekviena grupė turi savo kokybės suvokimą bei lūkesčius jos atžvilgiu (33).

SPK yra reliatyvi (subjektyvi) ir kartu norminė (objektyvi) sąvoka. Jos tikslas yra įvertinti, ar suteikta priežiūra duoda tuos rezultatus, kurių protingai gali tikėtis pacientas: jo požiūris į kokybę ir pasitenkinimas SP (34).

1.2.2. Teisiniai sveikatos priežiūros paslaugų aspektai

SPK Europos šalyse, taip pat ir Lietuvoje yra viena svarbiausių sveikatos reformos prioritetų. Siekdama užtikrinti SPK šalyse, didelį dėmesį tam skiria PSO. 1998 metais

priimtame PSO Europos regioninio biuro dokumente „Sveikata-21“ (Sveikatos visiems politika PSO Europos regionui – 21 uždavinys XXI amžiui), 16-ame uždavinyje „Valdymas siekiant sveikatos priežiūros kokybės“ numatyta, kad (36):

- „Iki 2010 metų kiekviena šalis narė turi užtikrinti, kad valdymas sveikatos sektoriuje nuo visiems gyventojams skirtų programų iki atskiro paciento SP klinikiniu lygiu būtų orientuotas į sveikatos rezultatus“;
- pagrindinių visuomenės sveikatos strategijų veiksmingumas turėtų būti vertinamas pagal sveikatos rezultatus, o sprendimai dėl alternatyvių strategijų, sprendžiant individualias sveikatos problemas, vis dažniau būtų priimami, lyginant sveikatos rezultatus su jų ekonominiu efektyvumu;
- visos šalys nacionaliniu mastu turėtų sukurti mechanizmą nuolatiniam SPK sekimui ir tobulinimui bent jau dešimčiai pagrindinių sveikatos būklių, įskaitant poveikio sveikatai, ekonominio efektyvumo ir pacientų patenkinimo matavimą;
- bent jau penkių sveikatos būklių sveikatos rezultatai turėtų būti žymiai pagerėję ir apklausos turėtų parodyti didesnę pacientų pasitenkinimą jiems suteiktų SP paslaugų kokybe bei didesne pagarba jų teisėms.

PSO programinio dokumento „Sveikata 2000“, numatančio pagrindinius PSO visuomenės SP principus Europos regione, 31 tikslas skelbia, kad „iki 2000 metų visos valstybės narės turi turėti reikiamas struktūras ir procesus, užtikrinančius nuolatinį SPK gerinimą ir tinkamą sveikatos technologijų naudojimą bei plėtrą“. PSO nustatė šiuos SPK tikslus (32):

- aukštą profesionalumą;
- efektyvų išteklių panaudojimą;
- minimalią riziką pacientams;
- pacientų pasitenkinimą;
- galutinį poveikį sveikatai.

Programoje „Sveikata 21“ SPK uždaviniams pasiekti siūloma pasinaudoti šiomis strategijomis (36):

- sukurti bendrą nuolatinio kokybės gerinimo principus atitinkančią šalies politiką, nuolatinio SPK tobulinimo nacionalinę politiką;
- sudaryti svarbių ir matuojamų sveikatos rezultatų rodiklių bazinį minimumą, kuris apimtų įvairius SP aspektus (sveikatos stiprinimą, ligų prevenciją, diagnostiką, gydymą ir rehabilitaciją) ir būtų naudojamas, planuojant ir valdant įvairias sveikatos

programas, sekant kasdienę pacientų SP bei įvertinant naujas diagnostines ir gydymo technologijas;

- kurti įrodymais pagrįstą SP, analizuojant ir sintezuojant mokslinių tyrimų rezultatus, vedant registrus ir sudarant duomenų bazines, remiantis nustatytų rezultatų rodikliais, rengiant ir nuolat atnaujinant klinikinės praktikos rekomendacijas pagal geriausių rezultatų rodiklius;
- sukurti klinikiame lygyje informacijos sistemą, kuri leistų SP profesionalams vertinti savo teikiamų paslaugų kokybę, ją palyginti su kitų paslaugų teikėjų rezultatais, įgyvendinti pakeitimus paslaugų kokybei gerinti;
- užtikrinti pacientų pasitenkinimą jiems suteikiant informaciją apie SP paslaugų kokybę ir jų rezultatus;
- valdymą padaryti lankstesnį.

PSO Liubljanos chartijos pagrindiniai principai, numatantys, kad SP sistema turi vadovautis žmogiškojo orumo, teismo, solidarumo ir profesinės etikos vertybėmis, turėti aiškius sveikatos tikslus, būti skirta žmonėms, orientuota į kokybę, pagrįsta protingu finansavimu ir orientuota į pirminę SP (37).

Lietuvoje, ypač pastaruoju metu, SPK skiriamas nemažas dėmesys. SPK vertinimo užuomazgos Lietuvoje atsirado įsigaliojus Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos įsakymui „*Dėl lokalaus medicininio audito nuostatų*“. Tikslas - stebėti, tobulinti ir garantuoti aukštą kokybės standartą (38).

Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas reglamentuoja, kad būtų užtikrintas SP prieinamumas, priimtinumai ir tinkamumas, numato kontrolę vykdančias įstaigas, jų funkcijas, lokalaus medicinos audito vykdymą ir kitų SPK užtikrinančių priemonių įgyvendinimą (39).

Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencija, 2002 m. ratifikuota Lietuvoje, numato priemones, kurios būtinos žmogaus orumo ir pagrindinių individo teisių ir laisvių apsaugai, taikant biologijos ir medicinos mokslus. Konvencijos 4 straipsnis pabrėžia, kad bet kokia intervencija sveikatos srityje turi būti vykdoma laikantis atitinkamų profesinių įsipareigojimų bei standartų. Konvencija reikalauja, kad profesionalai dirbtų atidžiai, rūpestingai, atsižvelgdami į kiekvieno paciento poreikį, savo kompetenciją grįsdami mokslo žiniomis ir gera medicinos praktika ir vienodai visiems asmenims užtikrintų kokybišką ir prieinamą SP (3 str.). Konvencija siekia, kad gydytojai gerbtų pacientų teises, o pacientai pasitikėtų juos gydančiais gydytojais (40).

SPK sąvoka apibrėžiama ir Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme (41): *kokybiška sveikatos priežiūra* - tai SP, teikiama laikantis nustatytų SP normų, kitų teisės aktų ir vykdoma asmenų, turinčių medicinos ar kitos atitinkamos praktikos licencijas SPI, turinčiose licenciją teikti SP paslaugas ir apdraudusiose savo civilinę atsakomybę už žalą pacientams. Įstatymo 3 straipsnis imperatyviai įtvirtina kiekvieno paciento teisę į kokybišką SP. Teisės turinys detalizuojamas, išvardinant kokybiškos paslaugos kriterijus:

- jokių aplinkybių nevaržomos pacientų teisės;
- paciento garbės ir orumo nežeminančios sąlygos;
- pagarbus personalo elgesys;
- profesinių standartų laikymasis;
- mokliškai pagrįstų nuskausminamųjų priemonių taikymas.

Išorinį SPK vertinimą ir kontrolę vykdo daug institucijų: Valstybinė medicininio audito inspekcija prie Sveikatos apsaugos ministerijos (SAM), Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba prie SAM, Valstybinė akreditavimo SP tarnyba prie SAM, Lietuvos bioetikos komitetas prie SAM, Valstybinė ir teritorinės ligonių kasos.

Vieningų kokybės standartų ir rodiklių, veiklos koordinavimo trūkumas, išorinio kokybės vertinimo institucijų gausa, apsunkina SPI skirtingų šių institucijų reikalavimų vykdymą.

Lietuvoje yra sukurta įstatyminė bazė, leidžianti reguliuoti asmens SP užtikrinimą: sveikatinimo veiklos įstatymai (Sveikatos sistemos įstatymas, Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, kiti įstatymai) ir poįstatyminiai teisės aktai (32).

1.3. Pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugomis ir jo vertinimas

1.3.1. Paciento pasitenkinimas – svarbus sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rodiklis

Paciento pasitenkinimas SP paslaugų kokybe susilaukia vis didesnio dėmesio, kadangi tai įtakoja tolesnę paciento elgseną, gydymo rezultatus, SP paslaugų paklausą.

Pacientų poreikių tenkinimas – viena iš svarbiausių sudėtinių SP paslaugų kokybės dalių. SPK užtikrinimo 2005 – 2010 m. programoje teigiama, kad vienas iš pagrindinių kokybės komponentų yra orientacija į pacientą (aktyvų paslaugų vartotoją), t.y. SP paslaugų vartotojo ir visuomenės įtraukimas į SP paslaugų planavimą, teikimą ir vertinimą, užtikrinant paciento teisę gauti informaciją, pateikiamą jam suprantama forma ir reikalingą priimti sprendimams dėl savo SP bei galimybę suteikti grįžtamąjį ryšį apie gautas SP paslaugas (32).

Egzistuoja keletas požiūrių, kurie naudojami nustatant veiksnius, turinčius įtakos pasitenkinimui SP paslaugomis:

Lūkesčiais paremtas požiūris. Remiantis šia teorija, kai kurie autoriai vartotojų lūkesčius vertina kaip pagrindinį pasitenkinimą lemiantį veiksnį. Vartotojo (ne) pasitenkinimas yra vertinamas kaip skirtumas tarp to, ko tikėtasi ir to, kas yra suvokiama kaip gauta.

Ekonominis požiūris. Sutinkamai su šia teorija, pasitenkinimas priklauso nuo to, ar gauta nauda yra didesnė, lygi, ar mažesnė nei tai, ko vartotojas tikėjosi.

Holistinis požiūris apima visus pasitenkinimui turinčius įtakos veiksnius ir kuria platų kintamųjų, kurie įtakoja vartotojų vertinimą, tyrimo modelį. Literatūroje aprašoma nemažai holistinių modelių, kurie išryškina daugialypę pasitenkinimo SP prigimtį ir kartu leidžia suprasti, jog duomenų apie pasitenkinimą rinkimas yra platus ir kompleksinis uždavinys su keletu galimų sprendimų.

Požiūris, paremtas SP savybėmis. Autoriai, pasitenkinimą tiriantys šiuo požiūriu, koncentruojasi ties tuo, kaip pacientai vertina tam tikras SP paslaugų savybes. Naudojant šį būdą, nustatomas tam tikras SP paslaugų savybių sąrašas, kuris yra lemiamas pacientų pasitenkinimui (42).

Paciento pasitenkinimas, daugelį metų negirdėtas terminas, šiomis dienomis tapo bene esminiu SP paslaugų tiekėjų veiklos rodikliu. Paciento pasitenkinimą lemia daugelis veiksnių: sociodemografinės ypatybės, požiūris, vertybės, gyvenimo kokybė, sveikatos būklė, bendras pasitenkinimas gyvenimu (43).

Gerteis M, Edgman (1993) ir bendraautoriai išskiria septynias į pacientą orientuotas SP dimensijas (2 pav.):

1. *Pagarba paciento vertybėms ir poreikiams.* Gerbiant pacientų individualumą, poreikius, vertybes SP darbuotojai turėtų atkreipti dėmesį į:
 - gyvenimo kokybę – t.y. kokią įtaką pacientų gyvenimo kokybei turi liga ar gydymas, ir kaip medicinos personalas gali pacientams padėti ją pagerinti?
 - pacientų dalyvavimą sprendimų priėmime – t.y. kokią įtaką pacientai nori turėti priimant su jų SP susijusius sprendimus?
 - orumą – t.y. ar gerbiami paciento privatumo poreikiai, ar SP darbuotojai elgiasi maloniai ir pagarbiai?
 - poreikius ir autonomiškumą – t.y. ko pacientams reikia, ko jie nori ir tikisi iš SP sistemos?
2. *SP koordinavimas ir integravimas:*
 - klinikinės priežiūros koordinavimas ir integravimas – t.y. kas yra atsakingas už paciento SP, kaip koordinuojamas paslaugų teikimas, kaip bendradarbiauja SP darbuotojai?
 - pagalbinių paslaugų koordinavimas ir integracija - t.y. ar pacientai ir jų šeimos nariai supranta, kokios procedūros ar konsultacijos yra paskirtos, ko jos pareikalaus iš paciento ir kaip gali jį paveikti?
 - pirminės SP fronto koordinavimas ir integravimas – t.y. ar pacientai žino, į ką prireikus jie gali kreiptis pagalbos ir ar reikiamu metu yra tam reikalingi žmonės?
3. *Informacija, komunikacija ir švietimas, t.y.:*
 - informacija apie klinikinę būklę, ligos eigą ir prognozes – t.y. ar pacientams suteikiama informacija apie jų sveikatos būklę, ligos eigą ir prognozes?
 - informacija apie SP teikimo procesą – t.y. ar pacientams ir jų šeimos nariams suprantamai paaiškinami tyrimų rezultatai?
 - informacija, padedanti išugdyti pacientų savarankiškumą ir pagerinti sveikatą – t.y. ar pacientai ir jų šeimos nariai žino, ką reikia daryti siekiant įveikti ligą ir kaip jos išvengti ateityje?
4. *Fizinis komfortas, t.y.:*
 - skausmo valdymas – t.y. ar SP darbuotojai reaguoja į pacientų nusiskundimus dėl skausmo ir paaiškina kaip jį numalšinti?

- ligoninės aplinka – t.y. ar pacientus supanti aplinka yra švari ir maloni, ar baimę bei nerimą galinti sukelti medicininė įranga nelaikoma pacientams matomose vietose?

5. *Emocinė parama, mažinanti:*

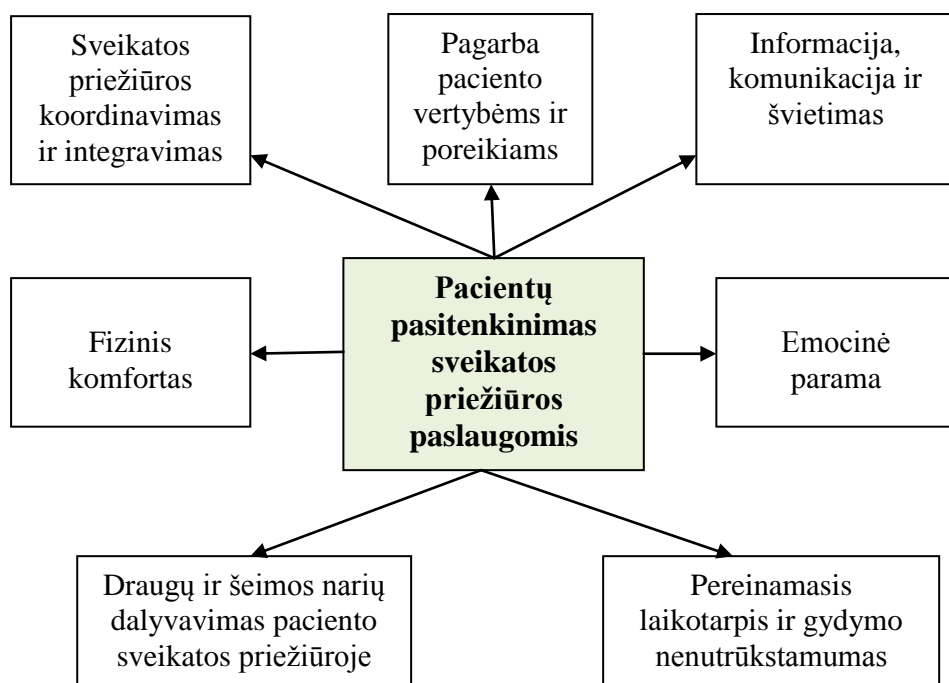
- pacientų nerimą dėl klinikinės būklės, gydymo ir prognozių – t.y. ar SP darbuotojai turi pakankamai informacijos, kad galėtų atsakyti į pacientui rūpimus klausimus, ar informaciją jie pateikia taip, kad mažintų pacientų baimę bei nerimą?
- pacientų nerimą dėl ligos poveikio jų ir šeimos narių gyvenimui – t.y. ar SP įstaigose yra darbuotojų, padedančių susidoroti su šiuo nerimu?

6. *Draugų ir šeimos narių dalyvavimas paciento SP, t.y.:*

- šeimos narių dalyvavimas priimant sprendimus – t.y. ar pacientas nori, kad į sprendimų dėl jo SP priėmimo procesą būtų įtraukti jo draugai ir šeimos nariai, ar tam jie turi pakankamai informacijos?
- šeimos narių poreikių suvokimas – t.y. kokią įtaką paciento liga turi šeimos nariams, ar jiems suteikiama reikalinga pagalba?

7. *Pereinamasis laikotarpis ir gydymo nenutrūkstamumas:*

- informacija – t.y. ar pacientai ir šeimos nariai prieš išvykdami iš gydymo įstaigos suprantamai informuojami apie vaistus, gydymo režimą bei galimus pavojaus signalus, recidyvų priežastis?
- parama – t.y. ar pacientai bei jų šeimos nariai žino kokios klinikinės, socialinės, fizinės ar finansinės paramos jie gali tikėtis ir kur prireikus jie gali kreiptis pagalbos? (44).



2 pav. Pacientų pasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugomis dimensijos

Šaltinis: Gerteis M, Edgman – Levitan S, Daley J, Delbanco Thomas L. *Through the patient's eyes: Understanding and promoting Patient – Centered Care*, 1993 m.

Pacientų pasitenkinimas SP tampa vis svarbesnis, nes:

- ligonių supratimas apie SP paslaugas vis didėja;
- ligoniai neturi pakankamai žinių, kad įvertintų profesinę gydytojų kompetenciją, tokiu būdu jie formuoja savo nuomonę apie gydymą kitokiais metodais (45).

Žinoma, kad pacientų pasitenkinimo lygį, gydantis ligoninėje, įtakoja fizinė aplinka (palatų ir skyriaus švara, tvarka, ramybė, maisto kokybė bei kitos paslaugos), personalo (gydytojų ir slaugytojų) bendravimas ir elgesys (dėmesys, pagarba, ligonį dominančios informacijos suteikimas), taip pat gydymo rezultatų įtaka bendrajai paciento būklei. Daugelis mokslininkų teigia, kad pacientų pasitenkinimas teikiamomis paslaugomis yra labai subjektyvus ir priklauso nuo paciento amžiaus, lyties, išsimokslinimo, ligos stadijos bei pobūdžio, jo lūkesčių bei asmeninės patirties. Tačiau norint gerinti teikiamų paslaugų kokybę, SP paslaugų tiekėjams būtina žinoti, kaip pacientai vertina jiems teikiamas paslaugas bei pagrindinius veiksnius, turinčius įtakos pacientų pasitenkinimui (3).

1.3.2. Pacientų pasitenkinimas ligoninės fizine aplinka

SP industrijoje pripažįstama, kad fizinė aplinka įtakoja pacientų pasitenkinimą SP paslaugomis. Saugi, švari ir patogi aplinka padidina paciento pasitenkinimą teikiamomis paslaugomis. Aplinka yra svarbi, nes gali: sukurti pacientų ir personalo nuotaiką; teigiamai įtakoti pacientų pasitenkinimą, ketinimą sugrįžti ir rekomenduoti gydymo įstaigą kitiems; padėti sukurti “gydančią aplinką”. Fizinė aplinka gali atlikti tokias funkcijas (Fottler M.D. ir kt., 2000):

1. *Pacientų saugumo, garantijos ir palaikymo sukūrimas.*

Aplinkos patogumai kuria pirmą teigiamą įspūdį. Pacientams lengva naudotis paslaugomis, kai yra patarimai ir nurodymai kaip gauti reikalingas paslaugas ir procedūras gydymo įstaigoje. Pacientai jaučiasi saugūs ir užtikrinti, kada bendravimas su paslaugos teikėju yra malonus;

2. *Kompetingos priežiūros, fizinio ir psichologinio pasitenkinimo pacientams suteikimas.*

Pacientai jaučia fizinį pasitenkinimą, kada gydymo įstaigos aplinkoje užtikrinama normali temperatūra, santykinis oro drėgnumas, apšvietimas. Psichologinį pacientų pasitenkinimą įtakoja kabinetų įrengimas, spalvos, kurios ramina ir nesukelia streso (46).

Pagal V. Kindurį (1998) fizinį akivaizdumą sudaro tokie elementai, kaip: *fizinė aplinka* (baldai, patalpos, sienų, grindų spalva, triukšmas, darbo grafikas), tam tikri daiktai, suteikiantys patogumų naudojantis paslauga ir kiti apčiuopiami dalykai. Aplinka apima gydymo įstaigų interjerą, dizainą, personalo aprangą, estetiką, atmosferą (47).

SP vadybininkai rekomenduoja tokius gydymo įstaigos fizinės aplinkos valdymo būdus:

1. Tobulinama esama fizinė aplinka: analizuojama esama aplinka, jos dimensijos; atliekamos pacientų ir kitų vartotojų apklausos, formuojamos focus grupės ir pagal tai keičiama aplinka; nustatomas pacientų pasitenkinimas pasikeitusia aplinka.

2. Kuriama patraukli fizinė aplinka: maloniai nuteikianti fizinė aplinka (darbuotojų apranga, automobilių stovėjimo aikštelė) – pacientų saugumo, garantijų užtikrinimas.

3. Kuriama sveikatos aplinka. Naudojami tokie dizaino elementai kaip: simbolika, patogumai pacientams, tinkamos spalvos, patogūs baldai, diegiamos technologijos (interaktyvūs žaidimai, internetas, pokalbių svetainės ir kt.) pacientų mokymui apie sveiką gyvenimą, ligas, jų profilaktiką ir gydymą.

4. Kuriama "gydanti" aplinka. Patogi, informatyvi aplinka; ženklų ir simbolių naudojimas užtikrina pacientų supratimą apie medicininės paslaugos teikimo procesą; kuriama organizuota, tvarkinga, maloniai nuteikianti aplinka; atliekami pacientų nuomonės tyrimai apie besikeičiančią gydymo įstaigos fizinę aplinką (46).

D. Brogienės vykdytame tyrime dalyvavę pacientai nevienareikšmiškai vertino ligoninės fizinę aplinką. Daugelis respondentų teigė, kad ligoninių tualetai ir vonių kambariai švarūs, tačiau kritiškiau vertino personalo ir kitų pacientų nakties metu keliamą triukšmą (19,2 proc. nurodė, kad juos vargino nakties metu keliamas kitų pacientų triukšmas). Dviejų trečdalių respondentų nuomone, ligoninės maistas buvo labai geras ir geras (63,0 proc.). Patenkinamai maistą vertino 30,7 proc. respondentų, 4,5 proc. nurodė, kad maistas ligoninėje buvo blogas ir labai blogas. Be to, ligoninės maisto nevalgė 1,8 proc. respondentų (48).

Roper N, Alison W, Tierney J. teigimu - hospitalizacija sutrikdo miegą. Nors tai gali ir nesukelti ilgai trunkančių problemų, tačiau miego stygius nepadedą atsigausti po ligos, be to, buvimą ligoninėje gali padaryti itin nemalonų. Todėl svarbu padėti sumažinti neigiamą poveikį ir kiekvienam pacientui sudaryti tokias sąlygas, kokios būtų artimiausios jo miegojimo įpročiams bei įprastinei tvarkai.

Labai svarbu ir įprasta miego tvarka. Daugelis pacientų gebą įprastinę miego tvarką išsaugoti ir ligoninėje. Individualūs paciento įpročiai turi būti suderinti su bendru palatos gyvenimu ir priežiūra (49).

Vienas svarbiausių ligoninės aplinkos veiksnių, turinčių įtakos paciento sveikatai yra tinkamas maitinimasis. Racionaliai besimaitinantis žmogus yra atsparus įvairioms ligoms. Subalansuoto maitinimosi problema labai aktuali šiuolaikinėje visuomenėje, kai produktų pasiūla yra didžiulė, tačiau jų kokybė ne visada atitinka organizmo poreikius. Dabar, kai maitinimo reikšmė gerai iširta, gydytojai daugiausia skiria vadinamąją individualią dietą. Nustatę diagnozę ir paskyrę atitinkamą gydymą, gydytojas pataria laikytis tam tikro maitinimo režimo (50). Maitinimosi atmosfera turi būti maloni. Triukšmingi pokalbiai, ginčai, televizoriaus triukšmas ar skaitymas valgio metu negalimas (51).

1.3.3. Pacientų pasitenkinimas gydytojų ir slaugytojų bendravimu

Medicina priklauso tokioms profesijoms, kurios realizuojamos per žmonių bendravimą: negalavimas priverčia žmogų kreiptis į gydytoją, kuriuo jis gali pasitikėti, ir jis užmezga

bendravimą. Toks kreipimasis galėtų būti prilygintas pagalbos šauksmui. Kadangi jis kenčia ir negali sau padėti, kreipiasi į tą, kuris pagal savo profesiją turėtų žinoti, mokėti ir galėti (52).

Brody DS ir kt. (1989) tyrė, kaip skirtingi intervencijos būdai, kuriuos naudoja gydytojai, įtakoja pasitenkinimo santykį tarp pacientų ir jų gydytojų. Buvo tiriamas atitikimas tarp gydytojų intervencijos ir to, ko pacientai tikėjosi. Vertinant pacientų pasitenkinimą gydytojų darbu, nustatyta, kad suvokimai apie technines paslaugas (tyrimus, testus, medikamentų paskyrimą, nemedikamentinį gydymą) buvo nesusiję su pasitenkinimu. Pacientai, kurie gavo bet kurią iš šių trijų netechninių (pamokymas, konsultacija ar sąlygų aptarimas) paslaugų, buvo žymiai labiau patenkinti gydytojų darbu nei tie, kurie negavo šių paslaugų (53).

1990 m. Didžiojoje Britanijoje pacientų pasitenkinimo teikiama paslauga įvertinimas buvo vienas iš kontrakto su bendrosios praktikos gydytoju reikalavimų. Šalyje sukurta sudėtinga, multidimensinė pacientų pasitenkinimo įvairiais bendrosios medicinos praktikos aspektais vertinimo sistema, kuri leidžia įvertinti pacientų pasitenkinimą gydytojų bei slaugytojų darbu, paslaugų prieinamumą, organizacinę įstaigos sistemą bei bendrą pasitenkinimą suteiktomis paslaugomis (54).

Rinkos dėsnių įsigalėjimas SP yra svarbus socialinis faktas analizuojant gydytojo–paciento santykius, kur komunikacijos paskirtis yra patenkinti paciento lūkesčius. Tyrimai rodo, kad pacientai vertina lygiateisį bendravimą su gydytoju – klausant, klausiant, atsakant, aiškinantis ir kitaip bendraujant jiems prieinama forma ir suteikiant patiems galimybes dalyvauti priimant darančius poveikį jų sveikatai sprendimus. Gydytojui tinkamai bendraujant su pacientu, medicininės priežiūros metu, galima gerokai sumažinti ar net eliminuoti psichosomatinius simptomus, greičiau gauti ligonio sutikimą ar padėti jam laikytis tam tikro režimo ir tikėtis geresnių klinikinių rezultatų (55, 56).

Sėkmingas bendravimas paremtas prielaida, kad tarp bendraujančių asmenų turimų tikrovės suvokimo ir interpretacijos sistemų yra tam tikras atitikimas. A. Schutzas rašo (57):

1. Visiškas atitikimas tarp bendraujančių asmenų interpretacinių sistemų yra neįmanomas todėl, kad šias interpretacines sistemas formuoja kiekvieno iš jų unikalus gyvenimas. Todėl sėkmingas ryšys įmanomas tik tarp asmenų, kurie turi iš tiesų panašias vertybių sistemas. Kuo didesnis skirtumas tarp vertybių sistemų, tuo mažiau šansų sėkmingam bendradarbiavimui;
2. Kad bendravimas būtų sėkmingas, reikia nemažai bendrų abstrakcijų, sunorminimų, standartų. Prototipų kūrimas yra abstrakcijos forma, kuri yra paprasto mąstymo sunorminimo pagrindas.

Taigi sėkmingam bendravimui reikalingas bendraujančiųjų interpretacinių sistemų atitikimas, t.y. perduodantysis tam tikrą ženklą mano, kad jį priimantysis interpretuos tą bendravimo ženklą iš esmės taip pat, kaip ir jis. Gydytojo ir paciento santykiuose ši prielaida yra probleminė, nes perduodantysis (pacientas) linkęs bendravimo ženklą sieti su savo subjektyviu susirgimo patyrimu, o priimantysis (gydytojas) interpretuoja šį ženklą, siedamas jį su liga apskritai. Vadinasi, *fenomenologiniai* „savojo pasaulio“ ir „bendro pasaulio“ tyrinėjimai padeda suprasti, kad ir gydytojui ir pacientui liga reiškia ne vieną tarp jų padalytą tikrovę, bet dvi iš esmės skirtingas realybes, todėl nelengva sukurti bendrą gydytojo ir paciento reikšminį pasaulį (58,59).

Bendravimas slaugoje neturi būti vertinamas kaip savaime suprantamas. Yra skirtumas tarp nesąmoningo ir iš anksto apgalvoto bendravimo. Geras bendravimas – sėkmingos slaugos pagrindas. Pacientams gali prireikti patarimo, nuraminimo ar tiesiog draugiško bendravimo. Slaugytojas turi mokėti pacientą išklausti, parodyti jam nuoširdų dėmesį, rūpestį, įsijausti į jo poreikius, atsakyti į užduodamus klausimus (60).

Jei pacientas jaučia, kad nėra patenkintas stacionare teikiamomis gydymo ir slaugos paslaugomis, patiria adaptacijos stacionare sunkumus, tokiu atveju gydytojas bei slaugytojas turėtų bendradarbiauti su socialiniu darbuotoju, kuris padėtų adaptuotis pacientui stacionare. Pasak A. Bagdono ir kt. išskiriami šie pagrindiniai slaugytojo darbo principai (61):

- Individualumas – siekiama išsaugoti kiekvieno paciento orumą, vertinti jo individualybę.
- Empatija – reikia įsijausti į paciento išgyvenimus, emocinę būseną.
- Neteisimo ir nesmerkimo – būtina suprasti ir pajusti paciento išgyvenimo sunkumus.
- Priėmimo – reikia priimti pacientą tokį, koks jis yra.
- Konfidencialumo – gerbiamas informacijos slaptumas, paciento patikėtų problemų specialistui apsauga.
- Paciento apsisprendimo pripažinimo – darbuotojas turi atsižvelgti į paciento nuomonę, suteikti jam pasirinkimo teisę.

Mokslinių tyrimų duomenimis, gydytojų ir slaugytojų bendravimo su pacientu kokybė daro įtaką gydymo rezultatams bei pacientų pasitenkinimui (62).

Pacientai, atsižvelgiant į jų galimybes ir pirmenybę, turi teisę ir pareigą kaip partneriai dalyvauti priimant SP sprendimus, kurie reikšmingi jų sveikatai ir gyvenimo kokybei (63).

Fraenkel L. teigia, kad pirmiausia paciento įtraukimui į dalyvavimo procesą daro įtaką medikų elgesys ir dažniausiai tai būna paciento atsakas į jo pateikiamą informaciją, rekomendacijas (64).

Aktyvus pacientų dalyvavimas gydymo procese įmanomas tik suteikiant pakankamai aiškia informaciją pacientams apie jų sveikatos būklę, gydymo pasirinkimo galimybes ir pasekmes. Remiantis literatūros duomenimis, vertinant pacientų nuomonę apie suteiktas jiems paslaugas, išskirtinis pacientų dėmesys skiriamas paslaugos teikėjo charakteristikoms: personalo draugiškumui, jų gebėjimui padrašinti pacientą, pagarbiam elgesiui, emociniam palaikymui, dėmesingumui, gebėjimui išklaudyti, gydytojo kompetencijai, informacijai ir komunikavimui.

Westaway MS. itin akcentavo medicinos personalo dėmesingumą pacientui: draugiškumą, geranoriškumą, gebėjimą padrašinti, nuraminti, palaikyti paciento padrašinimą, pagalbą, pagarbą, palaikymą, dėmesingumą, gebėjimą išklaudyti (65).

Pasak Have H. A. M. J, Meulen R. H. J, Leeuwen E, mediko ir paciento santykiai yra asimetriški – medikas turi informacijos ir galimybių, nuo kurių pagalbos pacientas priklausomas. Kai medikas dirba su pacientu, ši asimetrija gali sukelti baimę. Taigi asimetriškuose bendravimo santykiuose itin svarbu pasitikėjimas: pacientas nusiramins tik tada, kai pasitikės mediku (66).

Pasitikėjimą didina prisilietimas. Kaip teigia Danusevičienė L, Jurkuvienė R, prisilietimas didina žodinio bendravimo poveikį, signalizuoja apie kitos žmogiškosios būtybės artumą. Tai leidžia pacientui pajusti mediko įsijautimą į jo padėtį, sustiprina pasitikėjimo bei saugumo jausmą (67).

Gydytojų bei slaugytojų elgesys bendraujant su pacientais turėtų būti terapinis. Terapinis mediko elgesys – tai suvokimas, kaip pasitelkti savo asmenybę sąveikaujant su pacientais. Norėdamas pajėgti elgtis terapiškai, medikas privalo būti įžvalgus sau, supratingas, suvokti žmonių santykių dinamiką, mokėti paaiškinti tiek savo, tiek pacientų elgesį ir įsikišti į socialinį procesą. Tam jis turi suvokti savo paties požiūrį į sveikatą bei ligą (68).

1.3.4. Pacientų pasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugomis vertinimas

Atlikta nemažai tyrimų, vertinančių SP paslaugų kokybę ir pacientų pasitenkinimą SP paslaugomis.

Tiksliausiai vartotojų nuomonę, lūkesčius, keliamus paslaugai reikalavimus galima išsiaiškinti organizuojant vartotojų apklausas (69). Pacientų apklausos – tai informatyvus ir adekvatus pokyčių SP vertinimo indikatorius (70).

Apibendrinami savo 30 metų darbo patirtį, JAV SPK specialistai pastebi, kad kartais veiklos rezultato rodikliams įtakos gali turėti ne tik teikiamų paslaugų kokybė, bet ir kiti veiksniai, pvz. natūrali ligos eiga, paciento fiziologiniai resursai, amžius (71).

2003 metais Taivanyje, kur pacientai gali pasirinkti bet kokią ligoninę pagal sveikatos draudimo schemą, pasitenkinimo įvertinimas parodė, kad 64,2% pacientų buvo patenkinti priežiūra, kurią gavo ligoninėje, o 71,5% pacientų rekomenduočių ligoninę kitiems (72).

Susidomėjimas pacientų pasitenkinimo SP paslaugomis tyrimais per pastarąjį dešimtmetį išaugo ir Lietuvoje. Atsižvelgiant į mokslinių tyrimų rezultatus, galimi konstruktyvūs sprendimai organizuojant ir vertinant SP (73).

Atlikta nemažai mokslinių tyrimų, kuriais siekiama išsiaiškinti pacientų patirtį vertinant paslaugų kokybę, pasitenkinimą SP paslaugomis, pacientų lūkesčius, susijusius su paslaugų kokybe. Vertinama ne tik ambulatorinių, stacionarinių paslaugų kokybė, bet analizuojamos ir specifinės medicinos praktikos sritys.

Kauno medicinos universiteto mokslininkai 2000 metais atliko tyrimą „Pacientų pasitenkinimas ligoninės medicinos personalu“, kurio tikslas buvo išsiaiškinti pacientų pasitenkinimą medicinos paslaugomis ir kaip tai priklauso nuo amžiaus, išsilavinimo, lyties bei kitų veiksnių (3). Po poros metų tyrimas buvo pakartotas. Respondentų atsakymai buvo labiau pozityvūs nei pirminiame tyrime, tačiau tendencijos išliko panašios: daugiau nei pusė respondentų teigiamai vertino palatos švarą bei tvarką, taip pat teigiamai vertino slaugytojų ir gydytojų elgesį bei bendravimą su jais; prastai vertino maisto kokybę.

2000 m. Vilniaus teritorinė ligonių kasa atliko sociologinį tyrimą, norėdami išsiaiškinti kaip Vilniaus apskrities gyventojai vertina SP sistemą. Organizuotos apklausos tikslas buvo panašus, t.y. norėta sužinoti gyventojų nuomonę apie SPI darbo organizavimą, pacientų ir medicinos personalo santykių kokybę, išsiaiškinti pacientų požiūrį į teikiamą informaciją, SP sistemoje diegiamas naujoves. Atlikus tyrimą, paaiškėjo tokios pacientų poreikių patenkinimo problemos: netinkamas SPI darbo organizavimas, nemaža dalis pacientų nepatenkinti medicinos personalo ir pacientų santykiais, pacientams teikiamos informacijos stoka, dėl to ribotos galimybės pasirinkti gydymą (74).

2001 metais atlikta studija Kauno 2-osios klinikinės ir Alytaus S. Kudirkos ligoninėse parodė, kad daugiau kaip pusė pacientų nepasitiki SP politika, tačiau išreiškia labai didelį pasitikėjimą gydančiu gydytoju (75).

Nedidelę studiją Jurbarko ligoninėje atliko Kauno technologijos ir KMU mokslininkai (2002). Naudoję Ferguson RJ. su bendraautoriais parengtą klausimyną, jie lygino pacientų ir ligoninės personalo vertinimus apie ligoninėje teikiamų paslaugų kokybę. Pacientai Jurbarko ligoninėje teikiamas SP paslaugas įvertino teigiamai, geriau įvertino funkcinę negu techninę ligoninės teikiamų paslaugų kokybę (76).

Aktuali mokslinių diskusijų tema - apie pacientų dalyvavimo galimybes priimant jų sveikatai įtakos turinčius sprendimus. KMU atliktų tyrimų rezultatai parodė, kad paciento vaidmuo SP procese dar nėra toks reikšmingas, kokio norėtų Lietuvos gyventojai. 47,4 proc. pacientų bendraujant su gydytoju pirmenybę teikia paciento informuotumo modeliui, 37,3 proc. pacientų palankiai vertina abipusio dalyvavimo modelį. V. Grabausko ir bendraautorių tyrimo duomenimis, jaunesnių ir didesnę išsimokslinimą turinčių respondentų požiūris į SP yra labiau kritiškas, tačiau jie linkę būti aktyvesni sprendžiant sveikatos problemas (77).

R. Giedrikaitė su bendraautoriais atliko tyrimą, siekiant išsiaiškinti kaip pacientai vertina jiems suteiktą informaciją: 86,1 proc. stacionaruose gydytų pacientų atsakė, kad jiems buvo suteikta informacija apie jų ligą, 76,2 proc. - apie medicininių tyrimų duomenis, 74,2 proc. - apie ligos gydymo metodus, 65,2 proc. - apie galimas pasekmes (78).

Moksliniai tyrimai rodo, kad pacientai Lietuvoje labai gerai vertina gydytojų darbą (79). Tiek pacientai, tiek gydytojai teigiamai vertina abipusį bendradarbiavimą: 69,9 proc. respondentų nurodė, kad jie pasitiki gydytojais, tačiau visa SP sistema pasitiki tik mažiau kaip pusė (41,4 proc.) respondentų (77).

Mokslinių tyrimų pagalba siekiama atskleisti įvairių socialinių sluoksnių gyventojų požiūrį į SP paslaugų kokybę, prieinamumą. KMU mokslininkai atliko studiją apie bedarbių požiūrį į SP paslaugų prieinamumą ir kokybę (2005 m.). Rezultatai parodė, kad tik 20 proc. bedarbių visiškai patenkinti jiems suteiktomis SP paslaugomis, net 27 proc. apklaustųjų nurodė patyrę diskriminaciją dėl savo socialinės ir turinės padėties gaunant SP paslaugas (80).

Tiriant pacientų nuomonę apie jiems teikiamas SP paslaugas, taip pat svarbu nustatyti, kas kelia didžiausią gyventojų nepasitenkinimą. Vilniuje atlikto tyrimo duomenimis, pacientų išvardyti trūkumai buvo: personalo abejingumas, dėmesio ligoniui stoka (11,2 proc.), per didelis žmonių skaičius palatoje (5,4 proc.), higienos stygius, antisanitarinės sąlygos (81).

Siekiant pagerinti teikiamų paslaugų kokybę, būtina nuolat organizuoti ne tik medicinos personalo, bet ir pacientų apklausas, kurios padėtų išsiaiškinti, ar teikiamos paslaugos atitinka jų lūkesčius bei poreikius. Pacientų poreikių patenkinimo įvertinimas leidžia SPI vadovams, gydytojams nustatyti, kaip jų teikiamos paslaugos tenkina pacientų poreikius, leidžia

išsiaiškinti aspektus, kuriais pacientai labiausiai nepatenkinti, tobulinti ir gerinti teikiamų paslaugų kokybę. Mokslininkų atliktų tyrimų duomenimis, pacientai, kurie yra patenkinti suteiktomis paslaugomis, medicinos personalu bei priimamais sprendimais, tiksliau laikosi gydytojų paskyrimų, psichologiškai jaučiasi geriau bei rečiau keičia medicinos įstaigas ir juos gydančius gydytojus (82). Tai ypač aktualu TB sergantiems ligoniams, kurių gydymas yra ilgas ir kurie daugelį mėnesių turi praleisti stacionare. Deja, literatūroje neaptikome duomenų apie TB sergančių ligonių pasitenkinimą stacionarinėmis SP paslaugomis.

1.4. Pasitenkinimą lemiantys veiksniai

Remiantis mokslinių studijų duomenimis, galima teigti, kad egzistuoja eilė veiksnių, įtakančių pacientų pasitenkinimą SP paslaugomis. Jie yra svarbūs, norint suteikti kokybiškas paslaugas (54,82).

Pagrindiniai veiksniai, turintys įtakos pasitenkinimui: paciento lūkesčiai ir poreikiai SP; paciento amžius (jaunesni pacientai mažiau patenkinti suteiktomis paslaugomis); techninė bazė; lytis (moterys dažniau būna nepatenkintos suteiktomis paslaugomis nei vyrai) (83).

1998-aisiais metais, Pietų Afrikos Respublikoje, šalies mastu buvo atliktas tyrimas, norint nustatyti pasitenkinimą SP paslaugomis tarp skirtingų visuomenės sluoksnių. Rasė ir socialinis-ekonominis statusas įtakojo pasitenkinimo lygį, tačiau turėjo aiškius, bet skirtingus sąsajas su pasitenkinimu laipsnius (84).

Fiscella ir Franks (1999) nustatė, kad pasitenkinimo lygis susijęs su išsilavinimo lygiu: žemesnio išsilavinimo žmonės linkę neigti sveikatos problemas ir yra mažiau patenkinti jiems teikiama SP (85).

2002 m. Škotijoje atlikto tyrimo, kuriuo buvo siekiama nustatyti veiksnius, nuo kurių labiausiai priklauso pacientų SP paslaugų vertinimai, metu paaiškėjo, kad pacientų pasitenkinimui SPK lemiamą įtaką turi fizinis komfortas, emocinė parama ir pacientų poreikių gerbimas (86).

Švedų mokslininkai atliko tyrimus ir nustatė pagrindinius aštuonis veiksnius, kurie turi įtakos pacientų pasitenkinimui (87):

Socio-demografinės charakteristikos. Pacientų amžius labai svarbus vertinant pacientų lūkesčius SP sektoriuje. Jaunesni pacientai dažniau būna nepatenkinti suteiktos paslaugos kokybe. Tai pat labai svarbu ir pacientų lytis ir išsimokslinimas. Vyrai dažniau nei moterys būna patenkinti suteikta paslauga, o aukštąjį išsimokslinimą turintys pacientai – dažniau būna nepatenkinti.

Lūkesčiai iš personalo. Pacientų pasitenkinimą nulemia patenkinti pacientų lūkesčiai ir nepasitenkinimas paslaugomis auga, kai šie lūkesčiai yra nepatenkinti. Vieni pacientų lūkesčiai svyruoja visą laiką gulint ligoninėje, kiti – išlieka pastovūs. Pacientų lūkesčių patenkinimui svarbią vietą užima personalo elgesys su jais. Pacientai tikisi, kad medicinos personalas su jais bendraus kaip su lygiaverčiais partneriais, kad bus jų konsultantu, kai reikės priimti sprendimus. Pacientų lūkesčių patenkinimas yra labai svarbus, kai kalbama apie sveikatą ir rezultatus.

Fizinė aplinka. Supanti pacientą fizinė aplinka turi įtakos pacientų pasitenkinimui. Fizinė aplinka, įskaitant švarą, maistą, triukšmą, pacientų skaičių palatoje, palatų komfortabilumą ir estetiškumą, yra vienas iš veiksnių, įtakojančių pasitenkinimą.

Bendravimas ir informavimas – būtina kokybiškų paslaugų sąlyga. Pacientai pabrėžia informacijos svarbą ir teigia, kad „savalaikė ir išsami informacija didina pasitenkinimą paslaugomis“.

Dalyvavimas ir įtraukimas. Pacientų aktyvus dalyvavimas ir įtraukimas į sprendimų priėmimą labai padidina pacientų pasitenkinimą SP paslaugomis.

Tarpusavio santykiai. Geri tarpusavio santykiai tarp paslaugų gavėjų ir paslaugų teikėjų yra labai svarbūs kalbant apie kokybišką paslaugų suteikimą. Gerus tarpusavio santykius apibrėžia tokios sąvokos kaip: abipusis supratimas, pagarba, pasitikėjimas, sąžiningumas, bendra veikla.

Medicininė – techninė kompetencija – svarbus kokybiškų paslaugų komponentas. Pacientai jaučia, kada medicinos personalas naudoja netinkamas diagnostines bei gydymo priemones ir tai labai sumažina pacientų pasitenkinimą paslaugomis. Taip pat, pacientams labai svarbu, kad naudojant naujausias technologijas būtų efektyviai sumažintas skausmas. Skausmo nebuvimas ir efektyvus jo sumažinimas didina pacientų pasitenkinimą paslaugomis.

Sveikatos priežiūros organizavimas. Organizacijos pokyčiai turi įtakos pacientų pasitenkinimui. SP turi garantuoti pacientui paslaugų prieinamumą. Moksliniais tyrimais įrodyta, kad prastai organizuotame SP sektoriuje dirbantis personalas būna pavargęs ir nepatenkintas savo darbu. O kai personalas nepatenkintas savo darbu, tai nepatenkinti ir pacientai suteiktomis paslaugomis.

Literatūros analizė leidžia išskirti tris dažniausiai aptariamus individualių veiksnių, turinčių įtakos pasitenkinimui, tipus: lūkesčiai, sveikatos būklė ir socio-ekonominės bei demografinės charakteristikos. Literatūros šaltinius, analizuojančius pacientų pasitenkinimą atsižvelgiant į SP paslaugas, galima suskirstyti pagal tai, kokiame SP lygyje tiriamas pasitenkinimas: pirminėje SP, ligoninėje, dienos centre ar kitur. Daugumoje šaltinių analizuojamas ir paciento – gydytojo santykis bei skirtingos SP paslaugų teikimo formos.

Literatūros duomenys apie veiksnius, įtakojančius tiriamųjų pasitenkinimą stacionarinėmis SP paslaugomis yra prieštaringi. Neradome duomenų apie veiksnius, įtakojančius atvira plaučių TB sergančių pacientų pasitenkinimą stacionarinėmis SP paslaugomis.

2. TYRIMO METODAI IR MEDŽIAGA

Siekiant įvertinti pacientų, sergančių atvira plaučių TB, pasitenkinimą stacionarinėmis SP paslaugomis, Kauno medicinos universiteto klinikų (KMUK) filialo Romainių tuberkuliozės ligoninės skyriuose buvo atlikta anoniminė anketinė pacientų apklausa, kuriai vykdyti buvo gautas bioetikos komisijos leidimas (1 priedas).

Tyrimo objektu buvo pasirinkti Romainių tuberkuliozės ligoninės pacientai, sergantys atvira plaučių TB. Šį pasirinkimą lėmė tai, kad:

- dauguma TB sergančiųjų yra socialinės rizikos grupės žmonės – girtaujantys, niekur nedirbantys, vengiantys gydymo, o nesigydytas arba gydymasis su pertrūkiais yra pagrindinė atviros ir atsparios gydymui susirgimo formos didelio paplitimo priežastis;
- dauguma pacientų, tarp kurių šis susirgimas ypač paplitęs, iš viso nebūna prisirašę prie SPI, todėl manoma, kad daug susirgimų atvejų lieka ilgai neišaiškinti;
- TB sergantys ligoniai, kurių gydymas yra ilgas, daugelį mėnesių turi praleisti stacionare.

Pacientų pasitenkinimo tyrimas – tai nesudėtingas teikiamų paslaugų kokybės sudėtinės dalies tyrimas, o požymių, įtakančių pacientų pasitenkinimą ligoninės fizine aplinka ir medicinos personalo darbu bei elgesiu vertinimus, nustatymas – objektyvi prielaida teikiamų paslaugų kokybei gerinti (3).

2.1. Tiriamųjų kontingentas

Tyrimas atliktas 2010 metų lapkričio – sausio mėnesiais. Tyrimas buvo vykdomas šiuose ligoninės padaliniuose: I tuberkuliozės skyrius, II tuberkuliozės skyrius, Rezistentinės tuberkuliozės skyrius.

Anketa buvo sudaryta pačios autorės, išanalizavus naujausią Lietuvos ir užsienio mokslinę literatūrą (2 priedas). 2010 metų spalio mėnesį buvo atliktas bandomasis tyrimas, siekiant įvertinti ar tiriamieji supranta anketos klausimus. Anketa buvo išdalinta 20 skirtingos lyties, amžiaus, išsilavinimo, profesijos ir gyvenamosios vietos pacientų. Tyrimo rezultatai parodė, kad tiriamieji suprato ir atsakė į visus pateiktus anketoje klausimus.

Anketa buvo dalinama visiems tyrimo metu ligoninėje gulėjusiems pacientams, sergantiems atvira plaučių TB. Anketas ligoninės skyriuose išdalijo ir, kai pacientai užpildė, surinko skyrių slaugos administratorės. Pirmą dieną skyriuje gulintiems ligoniams anketų

neduota. Buvo išdalinta 180 anketų, o jas užpildė ir grąžino 160 pacientų (atsako dažnis 88,9 proc.).

2.2. Tyrimo metodika

Tyrimui buvo pasirinkta apklausos metodika, nes jos metu galima įvertinti pacientų pasitenkinimą jau gautomis stacionarinėmis SP paslaugomis. Kaip tinkamiausias tyrimo metodas buvo pasirinkta anketa, kuri padeda:

- tiriamiesiems laisviau išreikšti asmeninę nuomonę, nes anketa anoniminė;
- apklausti daug pacientų per neilgą laikotarpį;
- taikyti efektyvias priemones norint valdyti ir koreguoti organizacijoje vyraujančią situaciją.

Anketą sudaro 37 uždaro tipo ir 1 atviro tipo klausimas.

Pirmojoje anketos dalyje buvo prašoma atsakyti į bendruosius klausimus (1- 11) (paciento lytis, amžius, šeiminė padėtis, gyvenamoji vieta, socialinė – profesinė padėtis, išsilavinimas, kelintą kartą gydomi šioje ligoninėje, paguldytas planine, skubos tvarka ir t.t.).

Antrojoje dalyje (12 – 21) - klausimai, atspindintys ligoninės fizinę aplinką (tvarką ir švarą, tylą ir ramybę, maisto kokybę ir t.t.).

Trečiojoje dalyje (22 – 35) – klausimai, atspindintys pacientų pasitenkinimą gydytojų ir slaugytojų darbo kokybe, bendravimu (dėmesingumu, paciento informavimu apie ligos priežastis ir pasekmes, skiriamo gydymo svarbą ir poveikį sveikatai, galimus šalutinius vaistų poveikius, reguliarių maitinimąsi, gydytojų paskirtų vaistų vartojimą ir t.t.).

Ketvirtoji dalis (36 – 38) - skirta bendro pasitenkinimo suteiktomis SP paslaugomis, pasirinkimo galimybės kitą kartą vėl grįžti į šią ligoninę įvertinimui.

Dalyvaujantys tyrime turėjo nurodyti savo lytį, gyvenamąją vietą. Kiekvienas pacientas amžių nurodė metais.

Pagal amžių respondentai buvo suskirstyti į penkias grupes: 18 - 29, 30 - 39, 40 – 49, 50 – 59, 60 ir vyresni, o pagal šeiminę padėtį - į 4 grupes: vedęs, nevedęs, išsiskyręs, našlys. Pagal užimtumą respondentai buvo suskirstyti į 5 grupes: studentas, darbininkas, tarnautojas, pensininkas, bedarbis, o pagal išsilavinimą - į šešias grupes: pradinis, nebaigtas vidurinis, vidurinis, aukštesnysis, aukštasis (kolegija), universitetinis. Pacientai buvo paskirstyti ir pagal pajamas vienam šeimos nariui per mėnesį: 0 – 500 Lt, 501 – 1000 Lt, 1001 – 1500 Lt, daugiau nei 1500 Lt.

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant „MS Excel“ programą ir „SPSS for Windows 13.0“ statistinį paketą. Kiekybiniams rodikliams aprašyti buvo skaičiuojamas aritmetinis vidurkis ir standartinis nuokrypis (SN). Kokybiniai rodikliai aprašyti pateikiant jų procentinį pasiskirstymą. Siekiant palyginti kiekybinius rodiklius tarp dviejų grupių buvo taikomas Studento t kriterijus, kelių grupių – ANOVA dispersinė analizė. Lyginant dviejų kokybinių rodiklių tarpusavio sąsają taikytas chi kvadrato kriterijus. Pasirinktas statistinio pasikliautinumo lygmuo 95 proc.

3. REZULTATAI

3.1. Socialiniai - demografiniai rodikliai

Iš viso tyrime dalyvavo 160 respondentų. Pagal lytį jie pasiskirstė taip: moterų – 30,0 proc., vyrų – 70,0 proc. Taigi tyrime dalyvavo 2,3 kartus daugiau vyrų negu moterų.

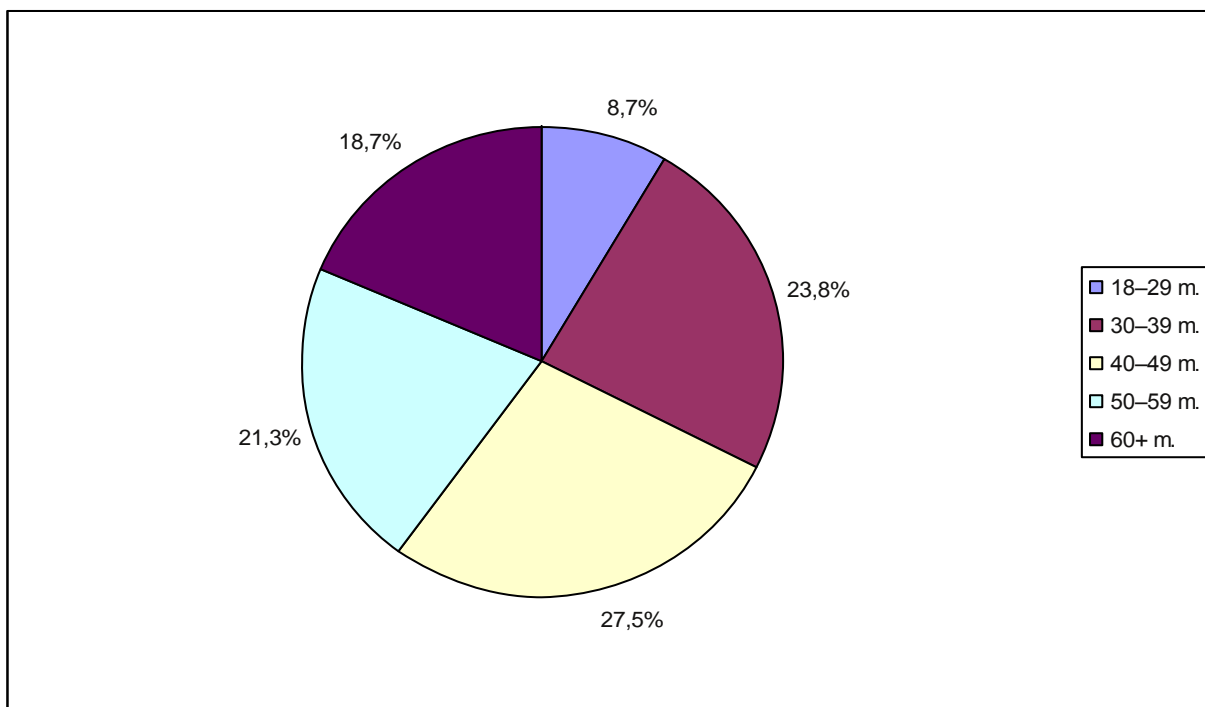
Analizuojant apklaustųjų pasiskirstymą pagal gyvenamąją vietą, nustatėme, kad tyrime dalyvavo daugiau miesto gyventojų (62,5 proc.) negu kaimo gyventojų (37,5 proc.).

Respondentų amžiaus vidurkis buvo 46,9 m. (intervalas 18–81 m.), vyresni buvo vyrai ir kaimo vietovių gyventojai (3 lent.).

3 lentelė. Tiriamųjų amžiaus palyginimas pagal lytį ir gyvenamąją vietovę

Rodiklis	Grupė	Amžiaus vidurkis, m.	SN	p
Lytis	Moterys	45,5	14,69	0,368
	Vyrai	47,6	12,77	
Gyvenamoji vieta	Miesto gyventojai	46,0	13,62	0,283
	Kaimo gyventojai	48,4	12,99	
Viso		46,9	13,36	–

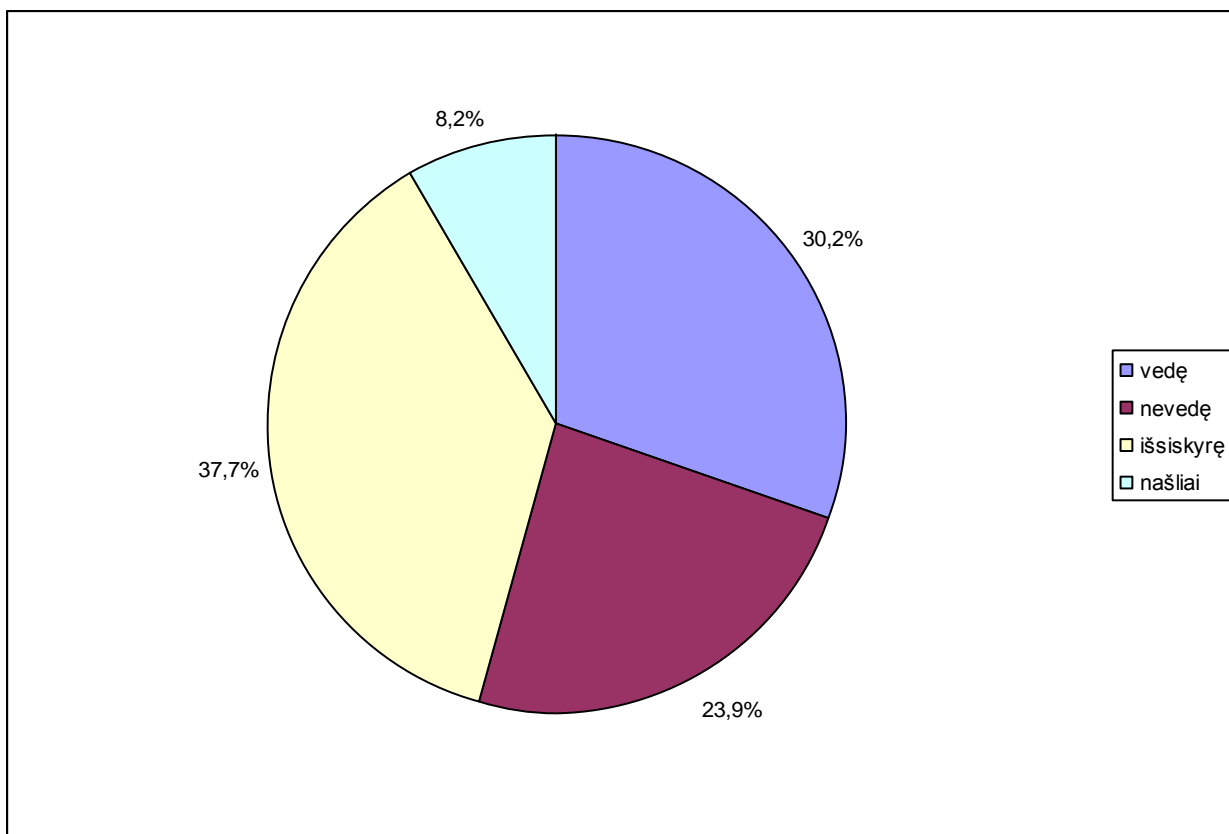
Pacientų pasiskirstymą pagal amžių atspindi 3 paveikslas. Iš pateiktų duomenų matome, kad tarp amžiaus grupių vyravo vidutinio amžiaus atstovai – 40–49 m. (28 proc.) ir 30–39 m. (24 proc.) respondentai.



3 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžių

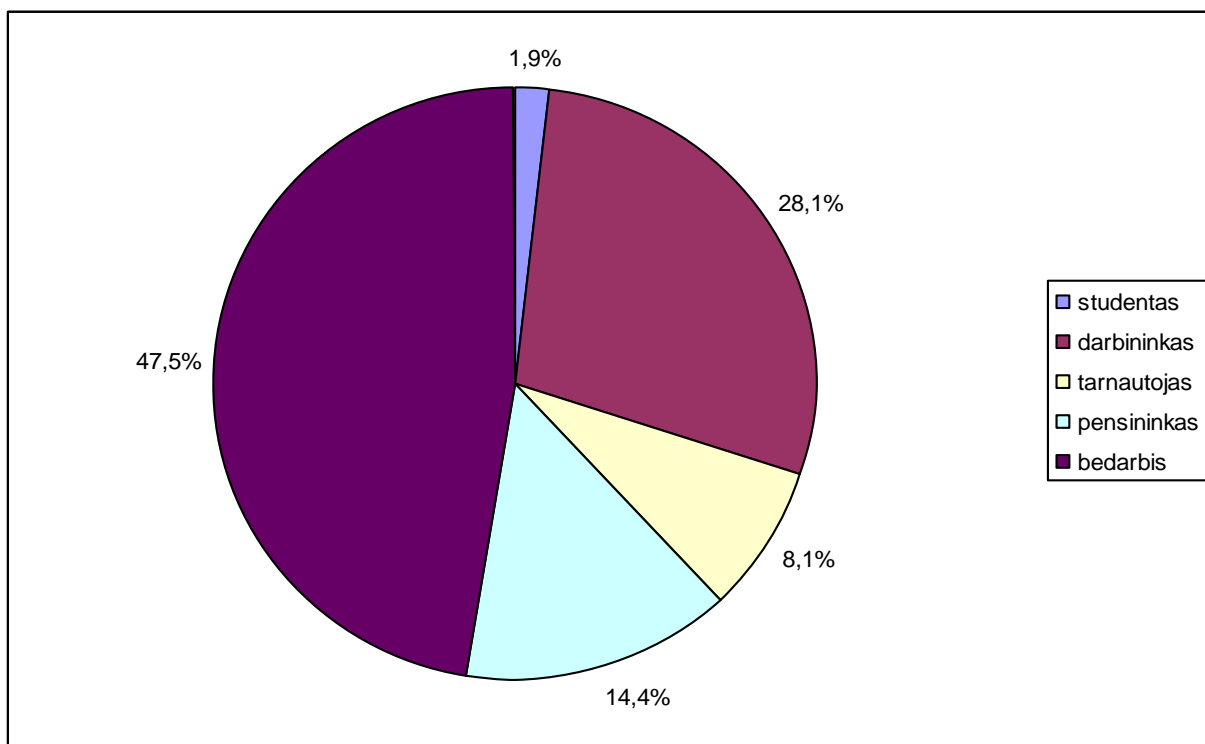
Palyginamojoje analizėje kai kurios amžiaus grupės buvo apjungtos, siekiant aiškiau įvertinti skirtumus tarp amžiaus grupių. Po grupių apjungimo liko 3 amžiaus grupės: 18–39 m. amžiaus (32,5 proc.), 40–59 m. amžiaus (48,7 proc.) ir 60 m. bei vyresni respondentai (18,8 proc.).

Vertinant tiriamųjų šeiminių padėtį nustatyta, kad daugiau nei trečdalis (37,7 proc.) visų respondentų buvo išsiskyrę, šiek tiek mažiau buvo vedusių, o likusieji buvo nevedę ir našliai (4 pav.).



4 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal šeimines padėtis

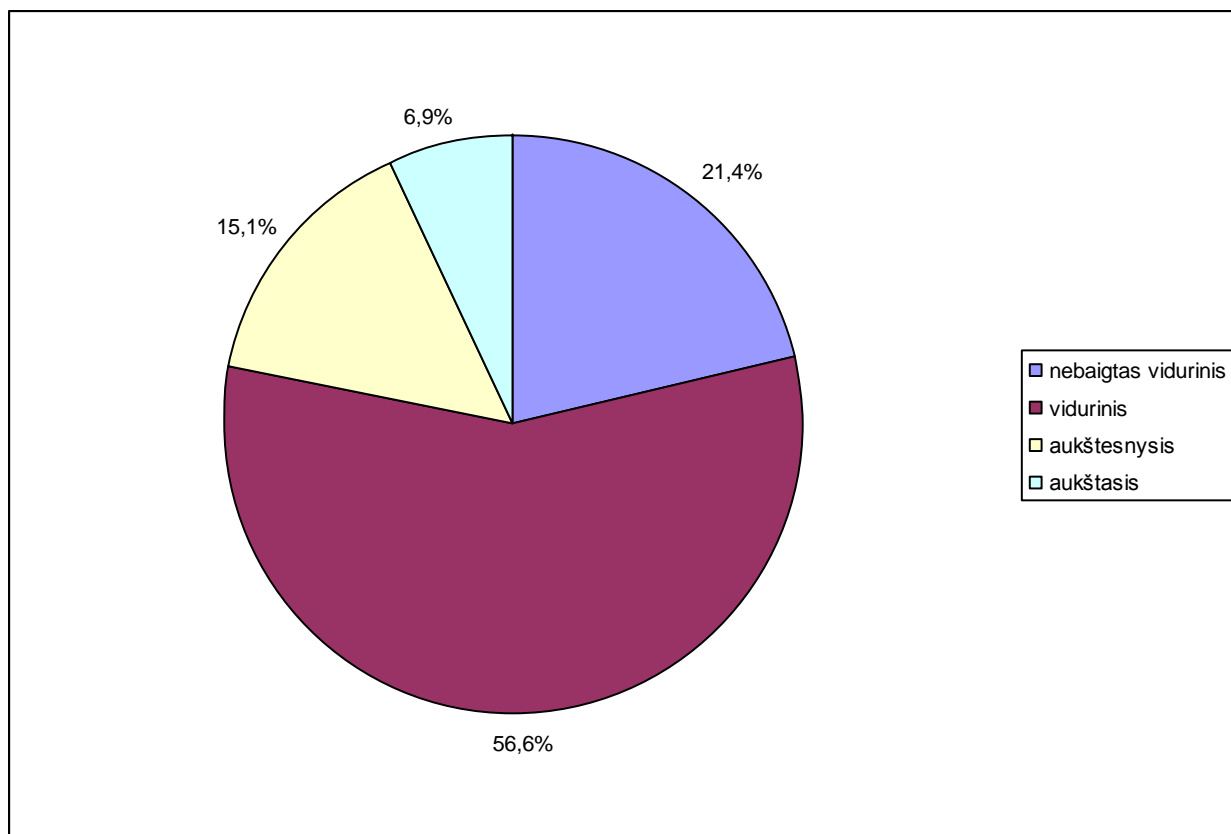
Įvertinus tiriamųjų užimtumą nustatyta, kad beveik pusė tiriamųjų buvo bedarbiai, o dirbančiųjų buvo tik 36 proc. (5 pav.). Tarp tiriamųjų buvo labai mažai studentų - vos 2 proc.



5 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal užimtumą

Palyginamojoje analizėje kai kurios užimtumo grupės buvo apjungtos, siekiant aiškiau įvertinti skirtumus tarp šių grupių. Po grupių apjungimo liko 3 pagrindinės užimtumo grupės: pensininkai (14,4 proc.), bedarbiai (47,5 proc.) ir kiti respondentai (38,1 proc.).

Pacientų pasiskirstymą pagal išsilavinimą atspindi 6 paveikslas. Vertinant išsilavinimą, galima teigti, kad didžiausia dalis tiriamųjų turėjo vidurinį išsilavinimą (57 proc.), mažiausiai pacientų buvo turinčių aukštąjį išsilavinimą (7 proc.).



6 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal išsilavinimą

Palyginamojoje analizėje aukštojo ir aukštesniojo išsilavinimo grupės buvo sujungtos (viso 22,0 proc.), siekiant tiksliau įvertinti galimas tendencijas priklausomai nuo išsilavinimo grupės.

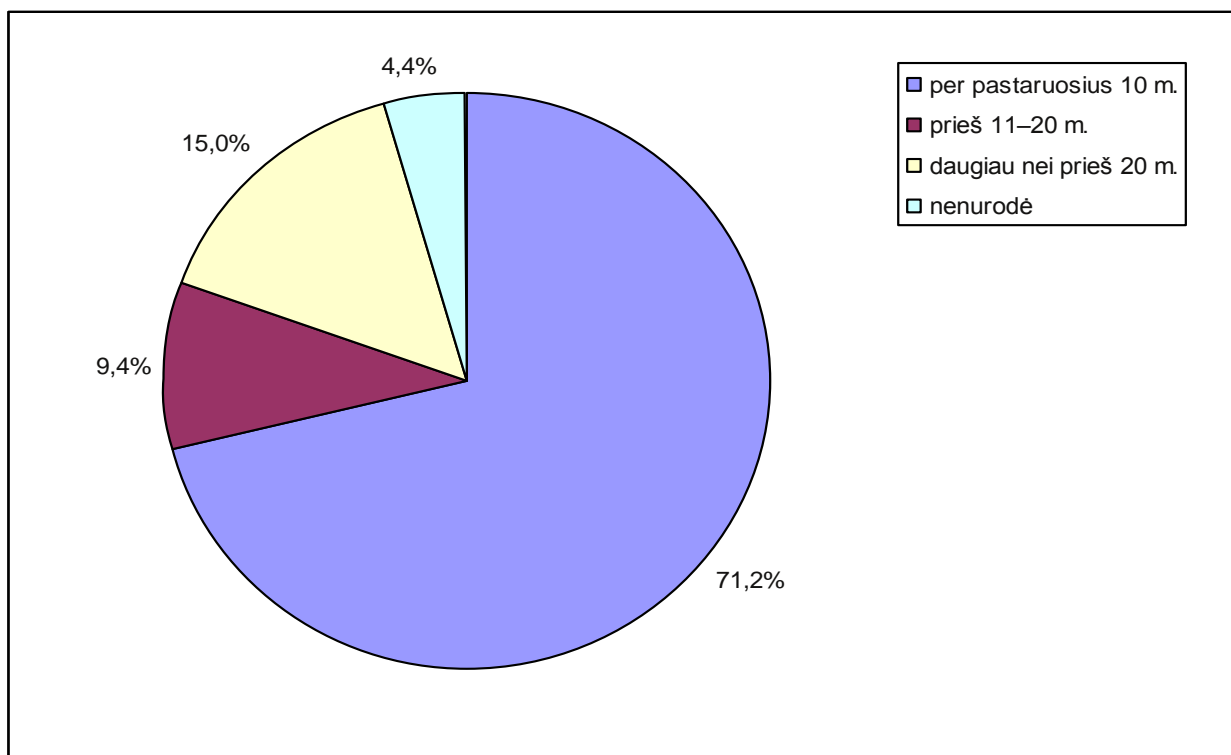
Tiriamųjų klausėme, kokios yra jų vidutinės pajamos, tenkančios vienam šeimos nariui per mėnesį. Nustatėme, kad dviejų trečdalių (64,4 proc.) tiriamųjų pajamos buvo tik iki 500 Lt, beveik trečdalis (28,1 proc.) – nuo 501 iki 1000 Lt. Tik kiek daugiau nei 1 proc. respondentų pajamos buvo didesnės nei 1500 Lt vienam šeimos nariui per mėnesį (4 lent.).

4 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal pajamas vienam šeimos nariui per mėnesį

Pajamos	n	proc.
0–500 Lt	103	64,4
501–1000 Lt	45	28,1
1001–1500 Lt	10	6,3
> 1500 Lt	2	1,3

Palyginamojoje analizėje 1001–1500 Lt ir > 1500 Lt pajamų grupės buvo sujungtos į vieną dėl pernelyg mažo didžiausias pajamas turinčių respondentų skaičiaus.

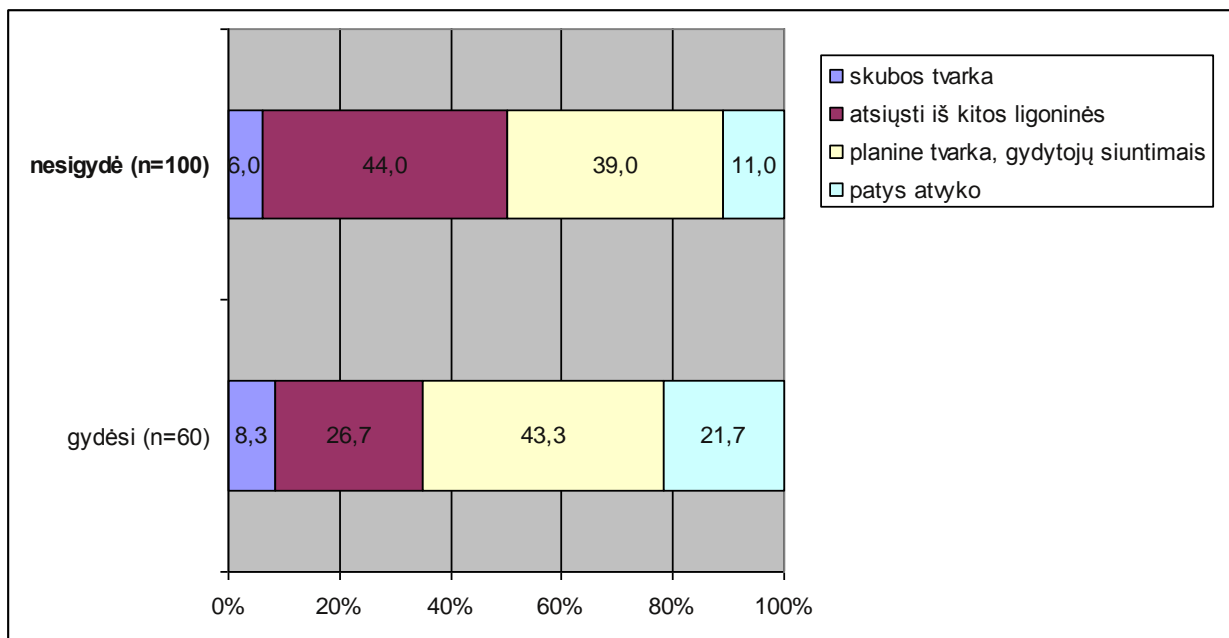
Daugiau nei du trečdaliai tyrimo dalyvių nurodė, kad pirmą kartą jie susirgo plaučių TB per pastaruosius 10 metų. Įsisenėjusios TB atvejų buvo žymiai mažiau (7 pav.).



7 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal tai, prieš kiek metų jie pirmąkart susirgo plaučių tuberkulioze

Nustatyta, kad 37,5 proc. tiriamųjų yra gydęsi šioje ligoninėje anksčiau. Dauguma iš jų buvo gydęsi čia dukart (45,0 proc.), triskart (16,7 proc.), arba keturiskart (11,7 proc.). Daugiausia kartų šioje įstaigoje gydėsi 1 tiriamasis – iš viso 12 kartų.

Tarp jau gydytų šioje įstaigoje respondentų didžiausia dalis pateko su gydytojo siuntimu (43,3 proc.), o tarp kitų pacientų – su siuntimu iš kitos ligoninės (44,0 proc.) (8 pav.).



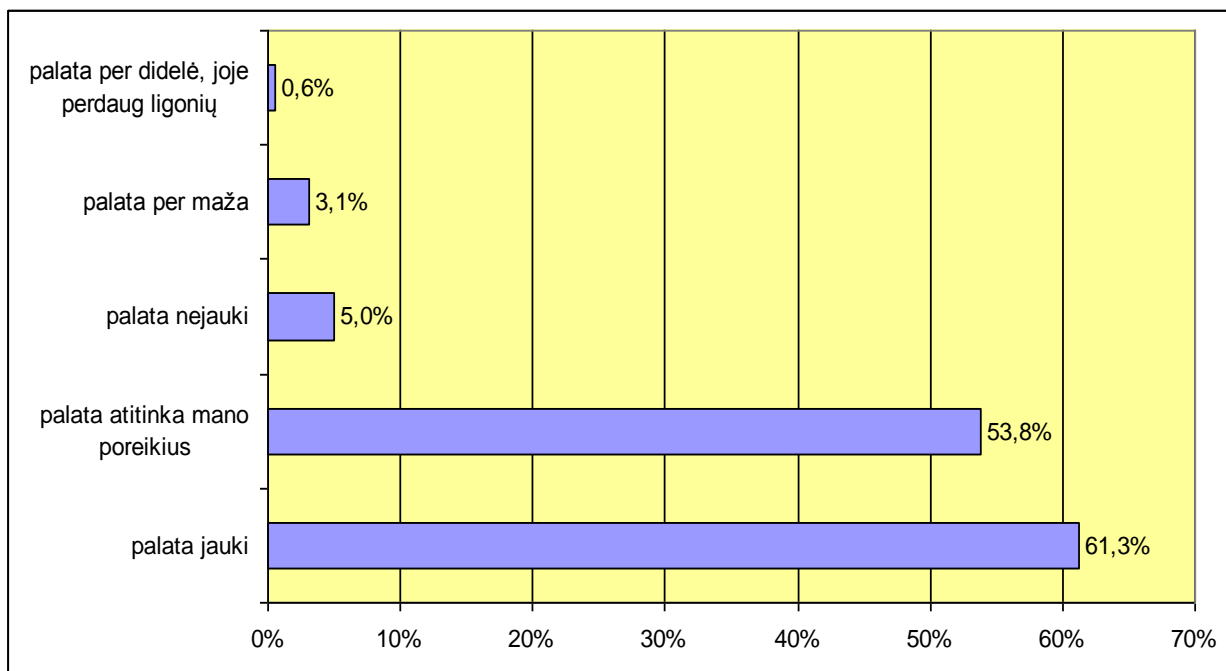
8 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas priklausomai nuo to, ar yra anksčiau gydėsi šioje ligoninėje, ir kaip yra patekę į šią ligoninę

3.2. Pasitenkinimas ligoninės fizine aplinka

Igyvendinant pacientų lūkesčius yra svarbu įvertinti visus aspektus, kurie turi įtakos paslaugų kokybės vertinimui bei jos atitikimui ligonių lūkesčiams. Todėl šiame darbe pabandėme išanalizuoti pacientų pasitenkinimą ligoninės fizine aplinka.

Pacientų buvo prašoma apibūdinti, kaip jie vertina ligoninės fizinę aplinką. Nustatėme, kad didžioji dauguma (94,4 proc.) tiriamųjų buvo supažindinti su skyriaus vidaus tvarkos taisyklėmis. Net 91,3 proc. pacientų nurodė, kad juos tenkina lankymo valandos ligoninėje. Apklausos duomenų analizė parodė, kad daugumai pacientų buvo patogiu naudotis tualetu (78,1 proc.) ir vonios kambariu (71,9 proc.).

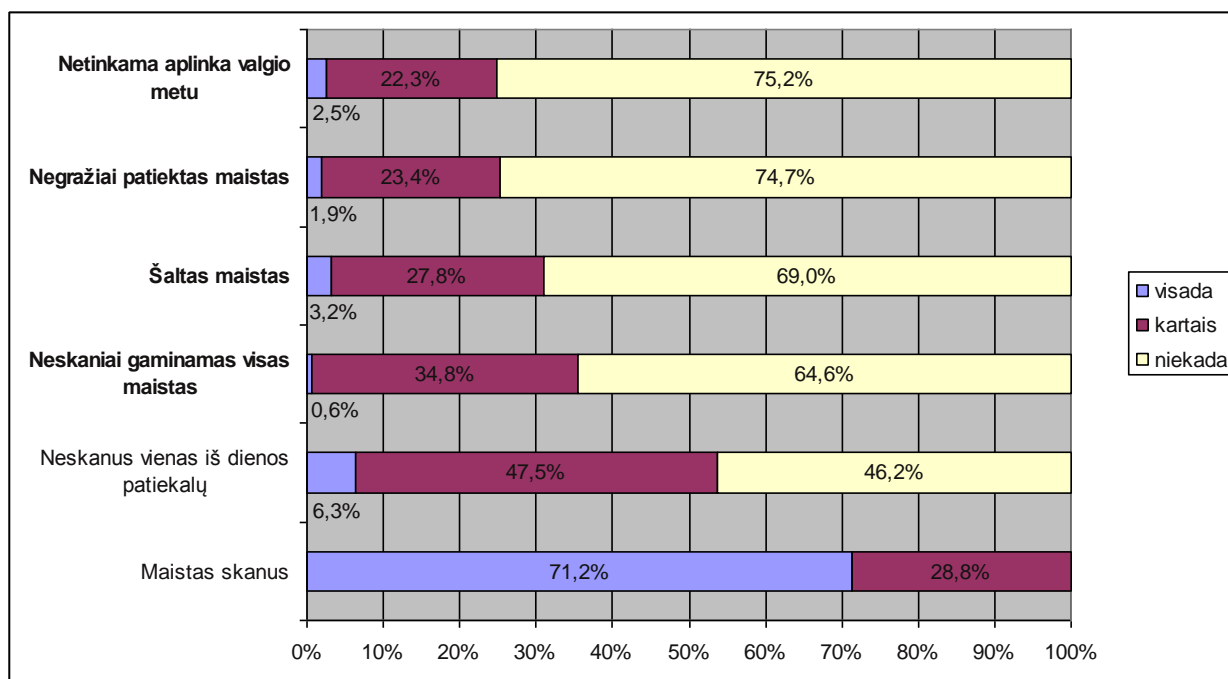
Didžioji dalis pacientų teigė, kad palatos yra jaukios ir atitinka jų poreikius (9 pav.).



9 pav. Tiriamųjų nuomonė apie palatos aplinką

Apklauso duomenų analizė parodė, kad švara ir tvarka palatose patenkinti buvo 95,0 proc. pacientų, ramybe ir tyla skyriuje – 82,5 proc. tiriamųjų. 91,9 proc. respondentų atsakė, kad jiems pakako vaizdinės aiškinamosios informacijos ligoninėje.

Vertinant respondentų nuomonę apie ligoninės maistą, nustatėme, kad daugumai (71 proc.) tiriamųjų maistas ligoninėje visada buvo skanus, tačiau daugiau nei pusė ligonių (53,8 proc.) atsakė, kad kartais ar net visada buvo neskanus vienas iš dienos patiekalų, 35 proc. nurodė, kad neskaniai gaminamas visas maistas (10 pav.). Trečdalis pacientų (31 proc.) teigė, kad kartais ar net visada yra patiekiamas jau šaltas maistas, o ketvirtadalis (25 proc.) – negražiai patiektas maistas. Aplinka valgio metu buvo nepatenkinti 25 proc. visų tiriamųjų.



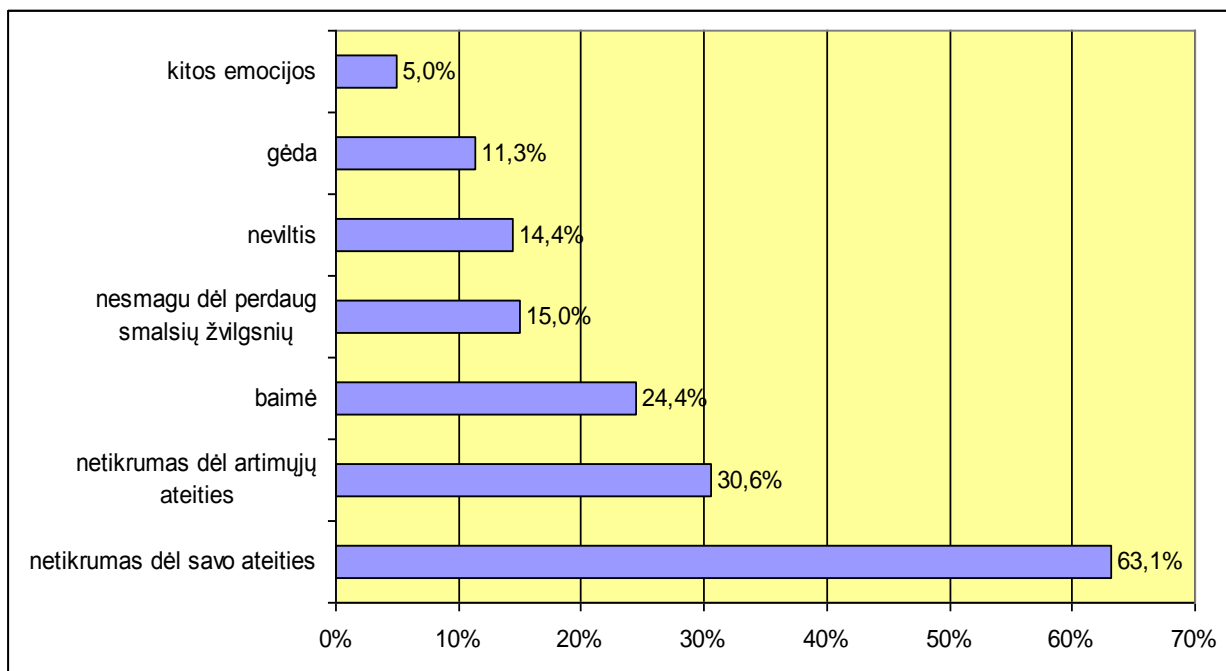
10 pav. Respondentų nuomonė apie maitinimą ligoninėje

Taigi, apibendrinant pacientų nuomonę apie ligoninės maistą ir valgymo aplinką galima pastebėti, kad daugiau nei pusė respondentų iš esmės buvo patenkinti maistu, o pretenzijų turėjo kiek daugiau nei ketvirtadalis pacientų.

Įvertinę pacientų atsakymus į klausimą kaip jie apskritai įvertino ligoninės fizinę aplinką, nustatėme, kad 76,4 proc. respondentų turėjo „gerą“ nuomonę apie aplinką, o „vidutiniškai“ ją vertino 23,6 proc. tiriamųjų.

3.3. Pasitenkinimas gydytojų ir slaugytojų bendravimu

Įvertinus pacientų atsakymus į klausimą apie tai, kokias emocijas jiems sukelia liga, nustatėme, kad daugiausia respondentų nerimavo dėl savo ateities (beveik du trečdaliai) ir dėl artimųjų ateities (apie trečdalis tiriamųjų). Beveik ketvirtadalis pacientų nurodė, kad jaučia baimę. Kitos emocijos buvo būdingos ne daugiau nei 15 proc. tiriamųjų (11 pav.).



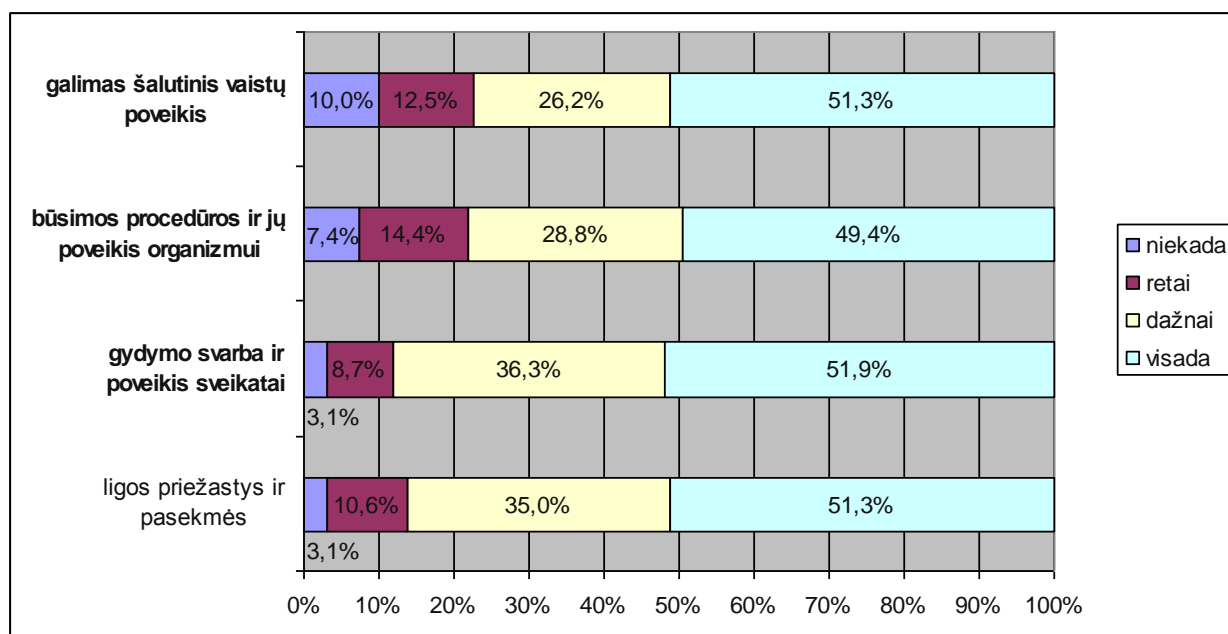
11 pav. Tiriamųjų patiriamos emocijos, susijusios su liga

Du trečdaliai tiriamųjų nurodė, kad neigiamą emocinį ligos poveikį padėjo įveikti gydytojai (66,9 proc.) ir slaugytojai (66,0 proc.).

Vertindami SP darbuotojų (gydytojų, slaugytojų) bendravimą, respondentai teigė, kad apie savo sveikatos būklę daugiausia informacijos gavo iš gydytojų (83,3 proc.) ir tik retais atvejais – iš slaugytojų (16,7 proc.).

Bendravimo laiką su gydytoju pacientai vertino įvairiais aspektais. 78,0 proc. respondentų teigimu, gydytojas pakankamai laiko su jais bendraudavo kasdienių vizitacijų metu. 19,5 proc. respondentų manė, kad laiko skiriama iš dalies pakankamai ir tik 2,5 proc. respondentų manė, kad laiko skiriama nepakankamai.

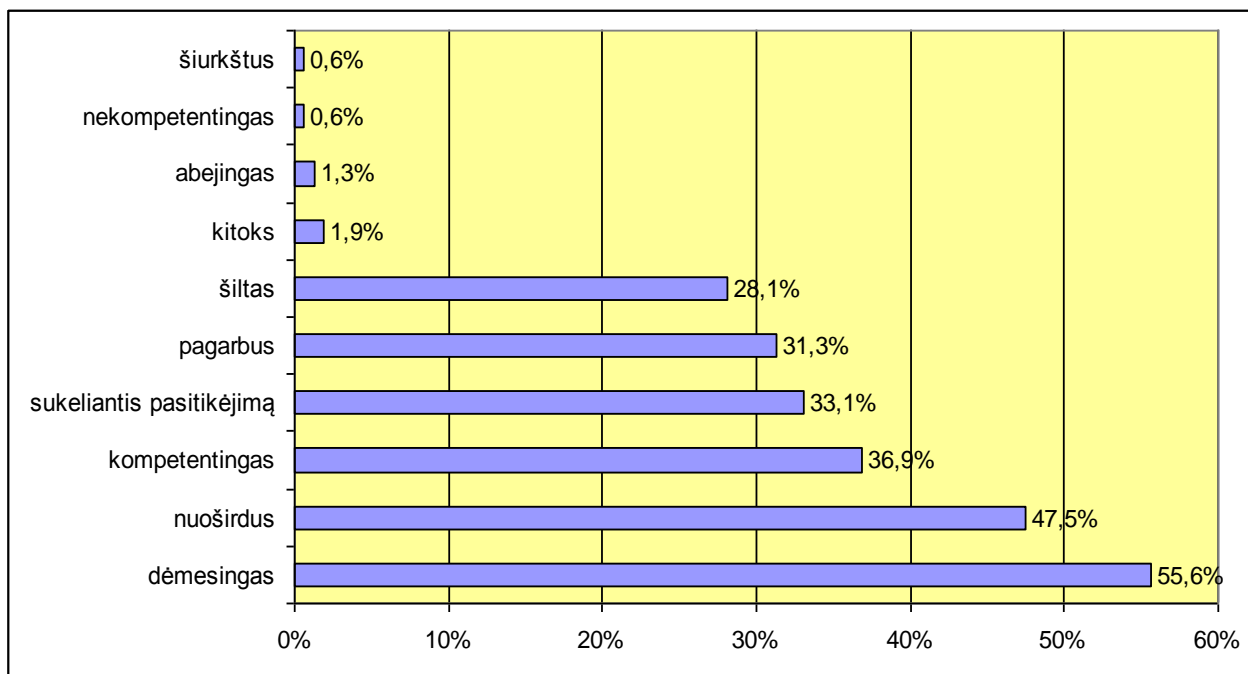
Respondentų buvo klausiama apie tai, kaip dažnai gydytojai jiems yra paaiškinę apie įvairius ligos gydymo aspektus. Nustatėme, kad maždaug pusė pacientų teigė, kad gydytojais jiems visada paaiškino apie galimą šalutinį vaistų poveikį, būsimas procedūras ir jų poveikį organizmui, gydymo svarbą ir poveikį sveikatai bei ligos priežastis ir pasekmes ir tik nedidelė dalis respondentų nurodė, kad šios informacijos iš gydytojų niekada negavo (12 pav.).



12 pav. Pacientų nuomonė apie tai, kaip dažnai gydytojas paaiškino apie ligą ir gydymą

Siekdami įvertinti gydytojų bendravimą su pacientais respondentų požiūriu, paprašėme tyrime dalyvavusių pacientų įvertinti gydytojų suteiktą informaciją apie ligą. Didžioji dauguma pacientų (83,7 proc.) gydytojų suteiktą informaciją apie ligą vertino „gerai“ arba „labai gerai“. Be to, 71,9 proc. respondentų nuomone gydytojų kalba, terminai buvo aiškūs ir suprantami.

Vertindami gydytojų bendravimą daugiau nei pusė pacientų teigė, kad gydytojų bendravimas buvo dėmesingas (56 proc.), beveik pusė – nuoširdus (48 proc.), apie trečdalis – kompetentingas, sukeliantis pasitikėjimą, pagarbus ir šiltas (13 pav.). Nustatyti tik pavieniai atvejai, kai pacientai teigė, kad gydytojai buvo šiurkštūs, nekompetentingi ar abejingi.

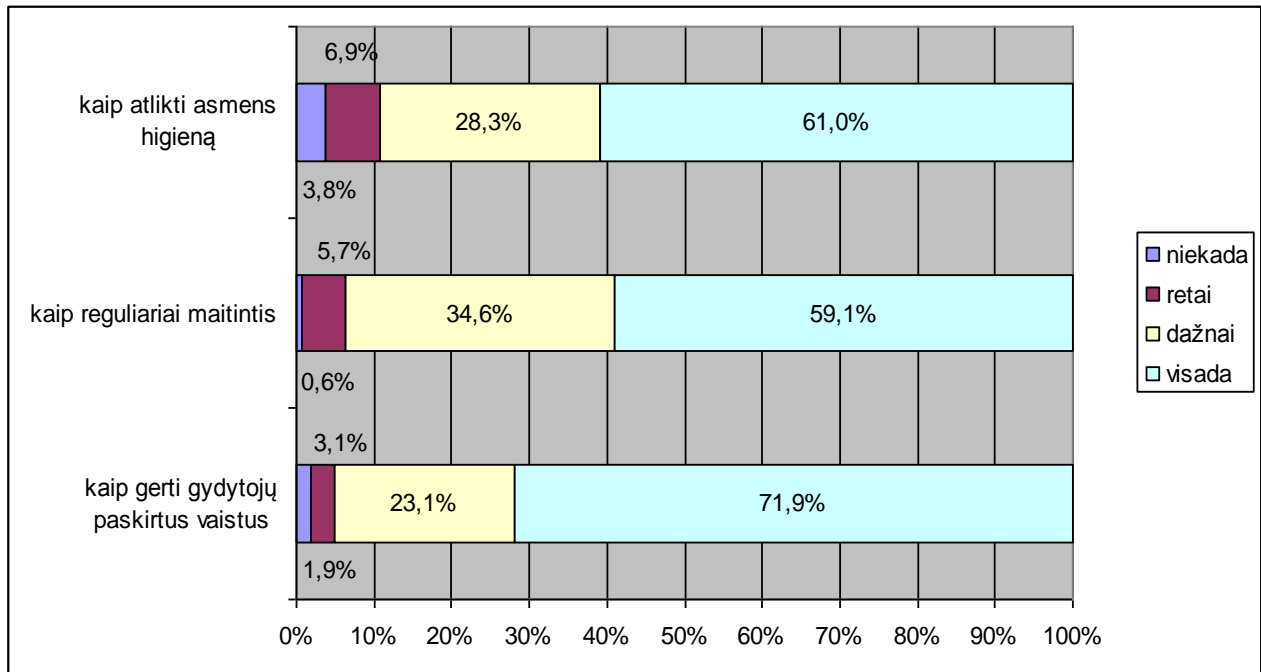


13 pav. Pacientų nuomonė apie gydytojų bendravimą

Paprašyti apskritai įvertinti gydytojų bendravimą, 34,6 proc. pacientų jį įvertino „*labai gerai*“, 56,6 proc. – „*gerai*“, 8,2 proc. – „*vidutiniškai*“ ir tik 0,6 proc. – „*labai blogai*“.

Kitas svarbus aspektas pacientų poreikių patenkinime yra bendravimas tarp paciento ir slaugančiojo personalo. Šiam aspektui ištirti ir įvertinti pacientams buvo pateikti keli klausimai, kuriais buvo siekiama įvertinti slaugytojų bendravimą su pacientais.

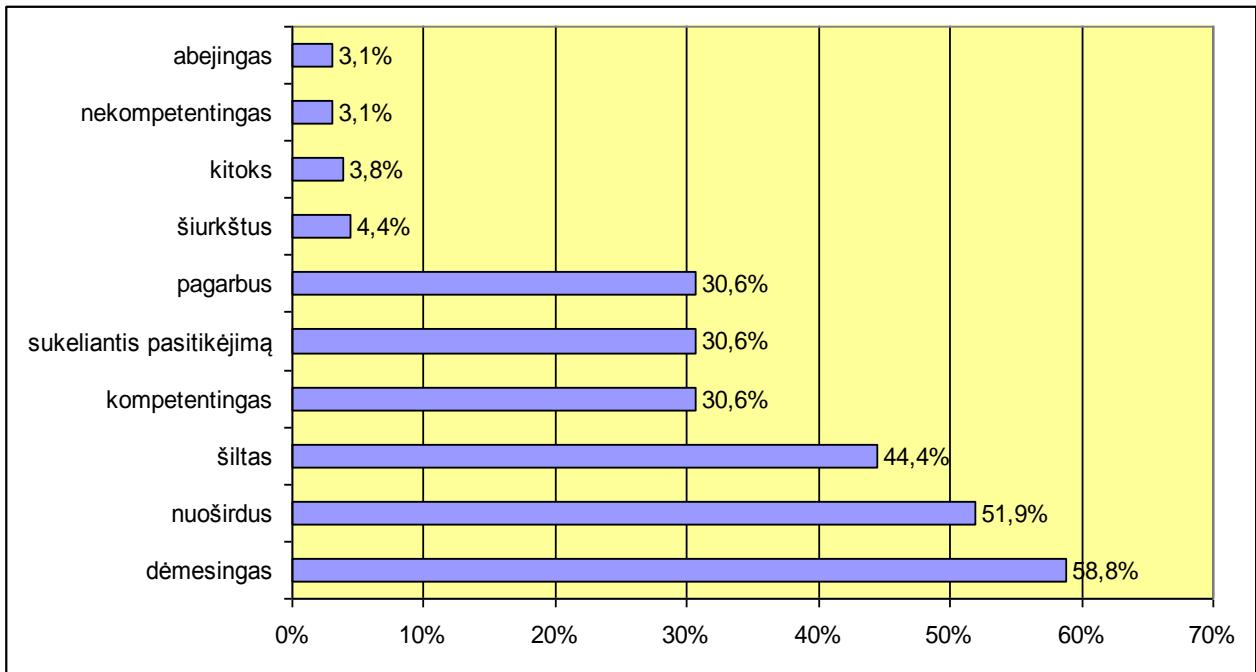
Slaugytojų bendravimą panašiai kaip ir gydytojų, respondentai vertino įvairiais aspektais. Ligonių apklausos duomenų analizė parodė, kad 95 proc. tiriamųjų slaugytojos visada arba dažnai paaiškino kaip gerti gydytojų paskirtus vaistus, 94 proc. – kaip reguliariai maitintis, 89 proc. - apie asmens higieną (14 pav.).



14 pav. Tiriamųjų nuomonė apie slaugytojų pateiktą informaciją

Slaugytojų suteiktą informaciją apie ligą pacientai vertino taip: 36,2 proc. respondentų – „*labai gerai*“, 49,4 proc. – „*gerai*“, 13,7 proc. „*vidutiniškai*“ ir tik 0,7 proc. „*labai blogai*“.

Tiriamųjų buvo paprašyta įvertinti slaugytojų bendravimo ypatumus. Apklauskos rezultatai parodė, kad slaugytojų bendravimą tiriamieji vertino labai panašiai kaip gydytojų bendravimą – daugiau nei pusei pacientų slaugytojų bendravimas atrodė dėmesingas (59 proc.) ir nuoširdus (52 proc.), kiek mažiau nei pusei – šiltas (44 proc.), maždaug trečdaliui – kompetentingas, sukeliantis pasitikėjimą ir pagarbą (15 pav.). Nustatyti tik pavieniai atvejai, kai pacientai teigė, kad slaugytos buvo šiurkščios, abejingos ar nekompetentingos.



15 pav. Pacientų nuomonė apie slaugytojų bendravimą

Paprašyti apskritai įvertinti slaugytojų bendravimą, 43,7 proc. pacientų jį vertino „labai gerai“, 46,8 proc. „gerai“, 8,9 proc. „vidutiniškai“ ir tik 0,6 proc. „blogai“.

Tyrimo duomenų analizė parodė, kad didžioji dauguma tiriamųjų (86,9 proc.) buvo patenkinti ligoninėje suteiktomis SP paslaugomis, o likusieji respondentai atsakė, kad suteiktomis paslaugomis patenkinti iš dalies. 98,1 proc. pacientų rinktųsi šią ligoninę, jei vėl tektų gydytis.

3.4. Socialiniai – demografiniai veiksniai, susiję su tiriamųjų pasitenkinimu stacionarinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis

Siekiant įvertinti, kurie veiksniai yra galimai susiję su pacientų, sergančių atvira plaučių TB, pasitenkinimu stacionarinėmis SP paslaugomis, buvo atlikta palyginamoji analizė. Tarp galimų veiksnių buvo pasirinktos šios socialinės-demografinės charakteristikos:

- Lytis: 1) vyrai, 2) moterys;
- Amžiaus grupė: 1) 18–39 m., 2) 40–59 m., 3) 60 ir daugiau m.;
- Gyvenamoji vietovė: 1) miestas, 2) kaimas;

- Užimtumas: 1) darbininkas, tarnautojas arba studentas, 2) pensininkas, 3) bedarbis;
- Išsilavinimas: 1) nebaigtas vidurinis, 2) vidurinis, 3) aukštesnysis arba aukštasis;
- Pajamos per mėnesį: 1) 0–500 Lt, 2) 501–1000 Lt, 3) per 1000 Lt.

5 lentelėje pateikti statistinio patikimumo rezultatai tarp socialinių-demografinių rodiklių ir įvairių pasitenkinimo aspektų.

5 lentelė. Socialinių-demografinių rodiklių sąsajos su pacientų pasitenkinimu (p reikšmės)

Pasitenkinimo rodikliai	Lytis	Amžius	Vietovė	Užimtumas	Išsilavinimas	Pajamos
Palata jauki	0,202	0,017	0,5	0,589	0,933	0,379
Palata atitinka mano poreikius	0,945	0,208	0,178	0,141	0,827	0,576
Maistas skanus	0,001	0,103	0,493	0,508	0,637	0,857
Gydytojų pagalba ir dėmesys sumažino emocijų poveikį	0,42	0,361	0,715	0,033	0,077	0,426
Slaugytojų pagalba ir dėmesys sumažino emocijų poveikį	0,756	0,381	0,803	0,007	0,238	0,232
Gydytojas pakankamai laiko bendravo kasdienėse vizitacijose	0,68	0,67	0,66	0,219	0,117	0,011
Gydytojo kalba, terminai aiškūs ir suprantami	0,595	0,368	0,157	0,536	0,023	0,758
Gydytojų bendravimas: dėmesingas	0,424	0,194	0,02	0,278	0,122	0,111
Gydytojų bendravimas: sukeliantis pasitikėjimą	0,133	0,565	0,562	0,795	0,94	0,5
Slaugytojų bendravimas: dėmesingas	0,262	0,702	0,769	0,375	0,468	0,017
Slaugytojų bendravimas: sukeliantis pasitikėjimą	0,627	0,374	0,946	0,004	0,581	0,06
Patenkintas suteiktomis paslaugomis	0,168	0,701	0,06	0,104	0,331	0,169
Švara ir tvarka palatoje	0,518	0,097	0,529	0,171	0,531	0,189
Ramybė ir tyla skyriuje	0,038	0,844	0,971	0,925	0,172	0,392
Ligoninės fizinė aplinka	0,212	0,562	0,535	0,903	0,729	0,788
Gydytojų suteikta informacija apie ligą	0,022	0,684	0,282	0,053	0,768	0,297
Gydytojų bendravimo vertinimas	0,768	0,528	0,334	0,166	0,245	0,76
Slaugytojų informacijos vertinimas	0,124	0,223	0,809	0,181	0,132	0,377
Slaugytojų bendravimo vertinimas	0,112	0,272	0,308	0,197	0,054	0,098

Kaip matome iš duomenų, pateiktų 5 lentelėje, pasitenkinimas suteiktomis SP paslaugomis gana silpnai susijęs su socialiniais-demografiniais veiksniais – iš pasirinktų pasitenkinimo rodiklių nustatyta tik 11 statistiškai patikimų sąsajų iš 114 galimų (19 pasirinktų aspektų × 6 socialiniai-demografiniai veiksniai), t.y. tik 9,6 proc.

Išsamesnė informacija apie nustatytas statistiškai patikimas sąsajas pateikiama tolesnėse lentelėse.

Tiriamųjų amžiaus ir pasitenkinimo SP paslaugomis sąsajos

Duomenų analizė parodė, kad įvairaus amžiaus tiriamųjų nuomonės reikšmingai išsiskyrė tik vertinant palatos aplinką: labiausiai nepatenkinti buvo 40–59 m. amžiaus pacientai. Vyresnių ir jaunesnių respondentų palatos aplinkos vertinimas skyrėsi nežymiai (6 lent.).

6 lentelė. Tiriamųjų amžiaus ir pasitenkinimo palatos aplinka sąsajos

Palata jauki	Reikšmė	18-39 m.	40-59 m.	60+ m.	Viso	p
ne	n	14	39	9	62	0,017*
	proc.	26,9%	50,0%	30,0%	38,7%	
taip	n	38	39	21	98	
	proc.	73,1%	50,0%	70,0%	61,3%	
Viso	n	52	78	30	160	
	proc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

* $\chi^2 = 8,19$, IIs = 2.

Tiriamųjų lyties ir pasitenkinimo SP paslaugomis sąsajos

Vertinant pacientų lyties ir pasitenkinimo ligoninės maistu sąsajas, nustatėme, kad moterys buvo reiklesnės maistui: kad ligoninėje patiekiamas maistas yra skanus visada atsakė reikšmingai mažiau moterų negu vyrų (atitinkamai, 52,1 proc. ir 79,5 proc., $p < 0,05$) (7 lent.).

7 lentelė. Tiriamųjų lyties ir pasitenkinimo ligoninės maistu sąsajos

Maistas skanus	Reikšmė	Moterys	Vyrai	Viso	p
visada	n	25	89	114	< 0,001 *
	proc.	52,1%	79,5%	71,3%	
kartais	n	23	23	46	
	proc.	47,9%	20,5%	28,7%	
Viso	n	48	112	160	
	proc.	100,0%	100,0%	100,0%	

* $\chi^2 = 12,30$, IIs = 1.

Tyrimo duomenų analizė parodė, kad vyrai palyginus su moterimis geriau vertino ramybės ir tylos laikymąsi skyriuje bei gydytojų suteiktą informaciją apie ligą ($p < 0,05$) (8 lent.).

8 lentelė. Tiriamųjų lyties ir ramybės, tylos laikymosi skyriuje bei gydytojų suteiktos informacijos apie ligą vertinimo sąsajos

Klausimai:	Reikšmė	Vidurkis	SN	p
Kaip Jūs įvertintumėte ramybę ir tylą skyriuje? (5 – labai gerai)	moteris	3,95	0,798	0,038*
	vyras	4,22	0,707	
Kaip vertinate gydytojų suteiktą informaciją apie Jūsų ligą? (5 – labai gerai)	moteris	3,92	0,821	0,022**
	vyras	4,20	0,641	

* $t = -2,09$, $l/s = 158$.

** $t = -2,32$, $l/s = 158$.

Tiriamųjų gyvenamosios vietovės ir pasitenkinimo SP paslaugomis sąsajos

Tyrimo duomenų analizė parodė, kad kaimo ir miesto gyventojų pasitenkinimas reikšmingai skyrėsi tik vertinant gydytojų dėmesingumą: gydytojų dėmesingumu labiau patenkinti buvo miesto negu kaimo gyventojai (atitinkamai, 63 ir 43 proc., $p < 0,05$) (9 lent.). Gydytojų bendravimo vertinimas kitais aspektais (kompetentingumu, pagarba, nuoširdumu ir kt.) tarp miesto ir kaimo gyventojų reikšmingai nesiskyrė.

9 lentelė. Tiriamųjų gyvenamosios vietovės ir pasitenkinimo gydytojų bendravimu sąsajos

Gydančių gydytojų bendravimas dėmesingas	Reikšmė	Miestas	Kaimas	Viso	p
ne	n	37	34	71	0,015*
	proc.	37,0%	56,7%	44,4%	
taip	n	63	26	89	
	proc.	63,0%	43,3%	55,6%	
Viso	n	100	60	160	
	proc.	100,0%	100,0%	100,0%	

* $\chi^2 = 5,88$, $l/s = 1$.

Tiriamųjų užimtumo ir pasitenkinimo SP paslaugomis sąsajos

Lyginant SP paslaugų vertinimą priklausomai nuo tiriamųjų užimtumo, nustatėme, kad skirtingo užimtumo pacientų atsakymai reikšmingai skyrėsi tik į tris klausimus: ar gydytojų pagalba ir dėmesys sumažino neigiamų emocijų poveikį, ar slaugytojų pagalba ir dėmesys sumažino neigiamų emocijų poveikį ir ar slaugytojų bendravimas sukelia pasitikėjimą.

Nustatėme, kad neigiamų emocijų sumažinimo požiūriu pensininkai buvo labiausiai, o bedarbiai mažiausiai patenkinti suteiktomis paslaugomis: daugiausiai pensininkų (87–91 proc.), o mažiausiai bedarbių (55–53 proc.) atsakė, kad tiek gydytojų, tiek slaugytojų dėmesys sumažino neigiamų emocijų poveikį ($p < 0,05$). Reikšmingai daugiau darbininkų, studentų ir tarnautojų (45,9 proc.) lyginant su pensininkais ir bedarbiais (atitinkamai, 22 ir 21 proc.), atsakė, kad slaugytojų bendravimas jiems sukėlė pasitikėjimą ($p < 0,05$) (10 lent.).

10 lentelė. Tiriamųjų užimtumo ir pasitenkinimo gydytojų ir slaugytojų bendravimu sąsajos

Klausimas:	Atsakymas	Reikšmė	Darbininkas / studentas / tarnautojas	Pensininkas	Bedarbis	Viso	p
Ar gydytojų pagalba ir dėmesys sumažino neigiamų emocijų poveikį?	taip	n	45	20	42	107	0,033 *
		proc.	73,8%	87,0%	55,3%	66,9%	
	ne	n	3	0	7	10	
		proc.	4,9%	0,0%	9,2%	6,2%	
	nežino	n	13	3	27	43	
		proc.	21,3%	13,0%	35,5%	26,9%	
Viso	n	61	23	76	160		
	proc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		
Ar slaugytojų pagalba ir dėmesys sumažino neigiamų emocijų poveikį?	taip	n	45	21	40	106	0,006 **
		proc.	73,8%	91,3%	52,7%	66,3%	
	ne	n	4	0	8	12	
		proc.	6,5%	0,0%	10,5%	7,5%	
	nežino	n	12	2	28	42	
		proc.	19,7%	8,7%	36,8%	26,2%	
Viso	n	61	23	76	160		
	proc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		
Ar slaugytojų bendravimas buvo sukeltantis pasitikėjimą?	ne	n	33	18	60	111	0,004 ***
		proc.	54,1%	78,3%	78,9%	69,4%	
	taip	n	28	5	16	49	
		proc.	45,9%	21,7%	21,1%	30,6%	
Viso	n	61	23	76	160		
	proc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

* $\chi^2 = 10,49$, IIs = 4.

** $\chi^2 = 14,51$, IIs = 4.

*** $\chi^2 = 8,68$, IIs = 2.

Tiriamųjų išsilavinimo ir pasitenkinimo SP paslaugomis sąsajos

Palyginamoji tyrimo duomenų analizė parodė, kad skirtingo išsilavinimo tiriamųjų atsakymai reikšmingai skyrėsi tik į vieną klausimą: kad gydytojo kalba, terminai jiems buvo suprantami atsakė daugiausiai – net 91 proc. tiriamųjų, turinčių aukštesnįjį arba aukštąjį išsilavinimą, 69 proc. pacientų, turinčių vidurinį išsilavinimą ir tik 59 proc. – nebaigtą vidurinį išsilavinimą ($p < 0,05$) (11 lent.).

11 lentelė. Tiriamųjų išsilavinimo ir pasitenkinimo gydytojų bendravimu sąsajos

Gydytojo kalba, terminai buvo aiškūs ir suprantami	Reikšmė	Nebaigtas vidurinis	Vidurinis	Aukštesnysis / aukštasis	Viso	p
taip	n	20	63	32	115	0,023 *
	proc.	58,8%	69,2%	91,4%	71,9%	
iš dalies	n	14	26	3	43	
	proc.	41,2%	28,6%	8,6%	26,9%	
ne	n	0	2	0	2	
	proc.	0,0%	2,2%	0,0%	1,2%	
Viso	n	34	91	35	160	
	proc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

* $\chi^2 = 11,32$, IIs = 4.

Tiriamųjų pajamų ir pasitenkinimo SP paslaugomis sąsajos

Tiriamuosius suskirsčius pagal pajamas į 3 grupes paaiškėjo, kad panašus skaičius labiausiai pasiturinčių (83 proc.), kaip ir mažiausias pajamas gaunančių (85 proc.) pacientų atsakė, kad kasdieninių vizitacijų metu gydytojas su jais bendravo pakankamai, tuo tarpu kai vidutines pajamas gaunančių tiriamųjų grupėje taip atsakiusiųjų buvo reikšmingai mažiau (60 proc.; $p < 0,05$) (12 lent.).

Nustatėme, kad daugiausiai didžiausias pajamas turinčių pacientų (92 proc.), lyginant su mažiau ir mažiausiai pasiturinčiais (atitinkamai, 47 ir 60 proc.) įvertino slaugytojų dėmesingumą ($p < 0,05$).

12 lentelė. Tiriamųjų pajamų ir pasitenkinimo gydytojų ir slaugytojų bendravimu sąsajos

Klausimas:	Atsakymas	Reikšmė	0-500 Lt	501-1000 Lt	> 1001 Lt	Viso	p
Ar pakankamai laiko gydytojas bendravo su Jumis kasdienių vizitacijų metu?	pakankamai	n	88	27	10	125	0,010 *
		proc.	85,4%	60,0%	83,3%	78,1%	
	iš dalies	n	14	15	2	31	
		proc.	13,6%	33,3%	16,7%	19,4%	
	nepakankamai	n	1	3	0	4	
		proc.	1,0%	6,7%	0,0%	2,5%	
Viso	n	103	45	12	160		
	proc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		
Ar slaugytojų bendravimas buvo dėmesingas?	ne	n	41	24	1	66	0,017 **
		proc.	39,8%	53,3%	8,3%	41,2%	
	taip	n	62	21	11	94	
		proc.	60,2%	46,7%	91,7%	58,8%	
	Viso	n	103	45	12	160	
		proc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

* $\chi^2 = 13,38$, IIs = 4.** $\chi^2 = 8,16$, IIs = 2.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Paskutinį dešimtmetį atliekama nemažai mokslinių tyrimų, kuriais bandoma išsiaiškinti pacientų pasitenkinimą ligoninės medicinos personalo teikiamomis paslaugomis, įvertinti suteiktų paslaugų kokybę bei nustatyti ir įvertinti paciento lūkesčius, susijusius su paslaugos kokybe (3,5). Svarbu įvertinti visus aspektus, kurie turi įtakos paslaugų kokybės vertinimui.

SP industrijoje pripažįstama, kad fizinė aplinka įtakoja pacientų pasitenkinimą SP paslaugomis: saugi, švari ir patogi aplinka, skanus maistas padidina paciento pasitenkinimą teikiamomis paslaugomis.

Brogienės D. (2010 m.) vykdytame tyrime dalyvavę pacientai nevienareikšmiškai vertino ligoninės fizinės aplinkos kokybės dimensiją. Daugelis respondentų teigė, kad ligoninių tualetai ir vonių kambariai švarūs, tačiau kritiškiau vertino personalo ir kitų pacientų nakties metu keliamą triukšmą. Vilniuje atlikto tyrimo duomenimis, pacientų išvardyti trūkumai buvo ne tik personalo abejingumas, dėmesio ligoniui stoka, bet ir per didelis žmonių skaičius palatoje, higienos stygius, antisanitarinės sąlygos (81). 2000 m. Misevičienės I, Milašauskienės Ž. atlikto tyrimo metu paaiškėjo, kad Lietuvos sveikata stiprinančių ligoninių tinklo ligoninėse pacientai fizinę ligoninės aplinką vertino palankiau už gaunamo maisto kokybę (3).

Roper N, Alison W, Tierney J. teigimu - hospitalizacija sutrikdo miegą. Nors tai gali ir nesukelti ilgai trunkančių problemų, tačiau miego stygius nepadeda atsigaivinti po ligos, be to, buvimą ligoninėje gali padaryti itin nemalonų. Individualūs paciento įpročiai turi būti suderinti su bendru palatos gyvenimu ir priežiūra (49).

Išanalizavę pacientų, sergančių atvira plaučių TB, pasitenkinimą KMUK filialo Romainių tuberkuliozės ligoninės fizine aplinka, nustatėme, kad dauguma respondentų ją įvertino teigiamai. 94,4 proc. tiriamųjų atsakė, kad buvo supažindinti su skyriaus vidaus tvarkos taisyklėmis, net 91,3 proc. pacientų nurodė, kad juos tenkina lankymo valandos ligoninėje. Daugumai pacientų buvo patogiu naudotis tualetu (78,1 proc.) ir vonios kambariu (71,9 proc.). Be to, švara ir tvarka palatose patenkinti buvo 95,0 proc. pacientų, ramybe ir tyła skyriuje – 82,5 proc. pacientų. Vaizdinės aiškinamosios informacijos ligoninės aplinkoje pakako 91,9 proc. tiriamųjų.

Vienas svarbiausių ligoninės aplinkos veiksnių, turinčių įtakos paciento sveikatai, yra tinkamas maitinimasis. Tyrimo, atlikto Lietuvos 22-jose stacionarinėse ASPI, duomenimis,

dviejų trečdalių respondentų nuomone ligoninės maistas buvo labai geras ir geras. Patenkinamai maistą vertino 30,7 proc. respondentų, 4,5 proc. nurodė, kad maistas ligoninėje buvo blogas ir labai blogas. Be to, ligoninės maisto nevalgė 1,8 proc. respondentų (48). Kauno medicinos universiteto mokslininkų 2000 m. atlikto tyrimo duomenimis, daugiau nei pusė respondentų teigiamai vertino palatos švarą bei tvarką, tačiau prastai vertino maisto kokybę (3).

Mūsų tyrimo duomenimis, 71 proc. tiriamųjų atsakė, kad maistas visada skanus, 54 proc. pacientų nurodė, kad yra neskanus vienas iš dienos patiekalų. Kiek mažiau tiriamųjų (35 proc.) nurodė, kad kartais yra neskaniai gaminamas visas maistas. Aplinka valgio metu buvo nepatenkinti 25 proc. visų tiriamųjų.

Taigi, apibendrinant pacientų nuomonę apie ligoninės maistą ir valgymo aplinką galima pastebėti, kad daugiau nei pusė respondentų iš esmės buvo patenkinti maistu, o pretenzijų turėjo kiek daugiau nei ketvirtadalis pacientų.

Apibendrinant ligoninės fizinės aplinkos vertinimą galima teigti, kad dauguma respondentų Romainių tuberkuliozės ligoninės fizinę aplinką įvertino „gerai“ arba „labai gerai“.

Žėbienė E. su bendraautoriais (2001 m.) nustatė, kad pasitenkinimas labiausiai priklauso nuo paciento ir gydytojo tarpusavio santykių (4). Misevičienė I, Dregval L. taip pat akcentuoja, kad pacientų nuomonė apie suteiktas paslaugas priklauso ne tik nuo pačių paslaugų kokybės ir rezultatų, bet ir nuo daugelio veiksnių, susijusių su SP darbuotojų elgesiu su pacientu, jų tarpusavio santykiais (5).

Daugelis užsienio autorių akcentuoja, kad bendravimas su pacientu, žinių apie slaugą, gydymą bei ligą suteikimas, paciento sveikatos mokymas turi didelės reikšmės pacientų pasitenkinimui ligoninės teikiamomis paslaugomis (88,89).

Mokslinių tyrimų duomenys apie pacientų pasitenkinimą medicinos personalo bendravimu Lietuvoje yra prieštaringi. Giedrikaitės R, Misevičienės I, Jakušovaitės I. atlikto tyrimo duomenimis (2008 m.), pacientai Lietuvoje labai gerai vertino gydytojų darbą (79). Kauno medicinos universiteto mokslininkų 2000 m. atlikto tyrimo „Pacientų pasitenkinimas ligoninės medicinos personalo darbu“ duomenimis, daugiau nei pusė respondentų teigiamai vertino slaugytojų ir gydytojų elgesį bei bendravimą su jais (3). Giedrikaitės R. su bendraautoriais atlikto tyrimo duomenimis, 86,1 proc. stacionaruose gydytų pacientų atsakė, kad jiems buvo suteikta informacija apie jų ligą, 76,2 proc. - apie medicininių tyrimų duomenis, 74,2 proc. - apie ligos gydymo metodus, 65,2 proc. - apie galimas pasekmes (78). Tuo tarpu 2000 m. Vilniuje atlikto tyrimo duomenimis, nemaža dalis pacientų buvo

nepatenkinti medicinos personalo ir pacientų santykiais, pacientams teikiamos informacijos stoka (74).

Grabausko V, Peičiaus E, Kaminsko R. atlikto tyrimo duomenimis, tiek pacientai, tiek gydytojai teigiamai vertino abipusį bendradarbiavimą: 69,9 proc. respondentų nurodė, kad jie pasitiki gydytojais, tačiau visa SP sistema pasitiki tik mažiau kaip pusė (41,4 proc.) respondentų (77).

Pacientų apklausos Romainių tuberkuliozės ligoninėje duomenų analizė parodė, kad didžioji dauguma pacientų (83,7 proc.) „gerai“ arba „labai gerai“ vertino gydytojų suteiktą informaciją apie ligą. Be to, 71,9 proc. respondentų nuomone, gydytojų kalba, terminai buvo aiškūs ir suprantami. Vertindami gydytojų bendravimą daugiau nei pusė pacientų teigė, kad gydytojų bendravimas buvo dėmesingas (56 proc.), beveik pusė – nuoširdus (48 proc.), apie trečdalis – kompetentingas, sukeliantis pasitikėjimą, pagarbus ir šiltas. Nustatyti tik pavieniai atvejai, kai pacientai teigė, kad gydytojai buvo šurkštūs, nekompetentingi ar abejingi.

Didžioji dalis pacientų (86 proc.) sutiko, kad slaugytojos kokybiškai atlieka slaugos procedūras. Slaugytojų vertinimai buvo labai panašūs į gydytojų vertinimus – daugiau nei pusei pacientų bendravimas atrodė dėmesingas (59 proc.) ir nuoširdus (52 proc.), kiek mažiau nei pusei – šiltas (44 proc.), maždaug trečdaliui – kompetentingas, sukeliantis pasitikėjimą ir pagarbus. Čia taip pat nustatyti tik pavieniai atvejai, kai pacientai teigė, kad slaugytojos buvo šurkščios, abejingos ar nekompetentingos.

Mūsų tyrimo rezultatai parodė, kad pacientai geriau įvertino slaugytojų bendravimą nei gydytojų: paprašyti apskritai įvertinti gydytojų bendravimą, jį „labai gerai“ įvertino 34,6 proc. pacientų, tuo tarpu slaugytojų bendravimą taip įvertino daugiau pacientų - 43,7 proc.

Mokslinių tyrimų pagalba siekiama atskleisti įvairių socialinių sluoksnių gyventojų požiūrį į SP paslaugų kokybę, prieinamumą. KMU mokslininkai (2006 m.) atliko studiją apie bedarbių požiūrį į SP paslaugų prieinamumą ir kokybę. Rezultatai parodė, kad tik 20 proc. bedarbių visiškai patenkinti jiems suteiktomis SP paslaugomis, net 27 proc. apklaustųjų nurodė patyrę diskriminaciją dėl savo socialinės ir turinės padėties gaunant SP paslaugas (80). Beveik pusė mūsų atliktame tyrime dalyvavusių respondentų taip pat buvo bedarbiai, tačiau apklausos duomenys parodė, kad dauguma iš jų buvo patenkinti jiems teikiamomis stacionarinėmis SP paslaugomis.

Literatūros duomenų analizė rodo, kad įvairūs veiksniai turi įtakos ligonių pasitenkinimui SP paslaugų kokybe: techninė bazė, paciento lūkesčiai ir poreikiai, fizinė

aplinka, bendravimas ir informavimas, socialinės-demografinės charakteristikos (54,82,83,87).

Literatūros duomenimis, ligonių amžius veikia pacientų SP paslaugų vertinimą. Dauguma studijų, kurios tyrė pacientų amžiaus ir pasitenkinimo sąveiką, nustatė įtikinamą tendenciją: vyresni pacientai yra reikšmingai labiau patenkinti paslaugomis nei jaunesni. Yra nemažai skirtingų bandymų paaiškinti, kodėl vyresni žmonės linkę būti labiau patenkinti paslaugomis. Tai gali būti susiję su bendraisiais gyvenimo ciklo efektais: vyresni žmonės stoviškesni ir priima viską ramiau nei jaunesni arba, kad vyresni žmonės sulaukia daugiau dėmesio ir pagarbos iš SP paslaugų teikėjų pusės. Antra vertus, tai gali būti kohortos efektas, kai vyresnių žmonių lūkesčiai yra mažesni ir paremti tomis paslaugomis, kokias jie gavo anksčiau, kai priežiūros standartai buvo žemesni (90,91,92,93). Kai kurios studijos parodė, jog reikšmingo skirtumo tarp vyresnio ir jaunesnio amžiaus pacientų pasitenkinimo nėra (94,95,96), o pavienės studijos nustatė, jog jaunesni pacientai buvo labiau patenkinti teikiamomis SP paslaugomis (97). Pavienės studijos, kuriose gauti priešingi rezultatai, kaip taisyklė, tyrė stacionariųjų ligonių pasitenkinimą paslaugomis.

Mūsų atlikto tyrimo duomenų analizė parodė, kad įvairaus amžiaus atvira plaučių TB sergančių pacientų nuomonės reikšmingai išsiskyrė tik vertinant palatos aplinką: labiausiai nepatenkinti buvo 40–59 m. amžiaus pacientai. Vyresnių ir jaunesnių respondentų palatos aplinkos vertinimas skyrėsi nežymiai.

Literatūroje duomenys apie respondentų lyties ir pasitenkinimo ryšį prieštaringi. Kai kurių tyrimų duomenimis, reikšmingai labiau patenkintos paslaugomis buvo moterys (91,98), o tuo tarpu kitų studijų rezultatai parodė priešingai – vyrai buvo reikšmingai labiau patenkinti paslaugomis (90,99). Kitose studijose reikšmingo skirtumo tarp vyrų ir moterų pasitenkinimo SP paslaugomis nenustatyta (92,94).

Vertindami Romainių tuberkuliozės ligoninės pacientų lyties ir pasitenkinimo SP paslaugomis ryšį nustatėme, kad teikiamomis paslaugomis labiau buvo patenkinti vyrai: vyrai palyginus su moterimis geriau vertino ramybės ir tylos laikymąsi skyriuje bei gydytojų suteiktą informaciją apie ligą ($p < 0,05$). Vertinant pacientų lyties ir pasitenkinimo ligoninės maistu sąsajas nustatėme, kad moterys buvo reiklesnės maistui: kad ligoninėje patiekiamas maistas yra skanus visada, atsakė reikšmingai mažiau moterų negu vyrų (atitinkamai, 52,1 proc. ir 79,3 proc., $p < 0,05$).

Daugumos atliktų studijų rezultatai neparodė reikšmingo ryšio tarp išsilavinimo ir pasitenkinimo SP paslaugomis (96,100,101). Fiscella ir Franks (1999) nustatė, kad pasitenkinimo lygis susijęs su išsilavinimo lygiu: žemesnio išsilavinimo žmonės linkę neigti

sveikatos problemas ir yra mažiau patenkinti jiems teikiama SP (85). Kai kurie autoriai nustatė, jog aukštesnis pacientų išsilavinimas buvo reikšmingai susijęs su žemesniu pasitenkinimu (102).

Palyginamoji mūsų atlikto tyrimo duomenų analizė parodė, kad skirtingo išsilavinimo tiriamųjų atsakymai reikšmingai skyrėsi tik į vieną klausimą: kad gydytojo kalba, terminai jiems buvo aiškūs ir suprantami atsakė daugiausiai - net 91 proc. tiriamųjų, turinčiųjų aukštesnįjį arba aukštąjį išsilavinimą, 69 proc. pacientų, turinčių vidurinį išsilavinimą ir tik 59 proc. - nebaigtą vidurinį išsilavinimą ($p < 0,05$).

Tarp atskirų socialinių klasių (fizinį ir nefizinį darbą dirbančiųjų) pasitenkinimo SP paslaugomis reikšmingų skirtumų dažniausiai nenustatoma (92).

Lygindami tuberkulioze sergančių pacientų SP paslaugų vertinimą priklausomai nuo tiriamųjų užimtumo, nustatėme, kad neigiamų emocijų sumažinimo požiūriu pensininkai buvo labiausiai, o bedarbiai mažiausiai patenkinti suteiktomis paslaugomis ($p < 0,05$). Reikšmingai daugiau darbininkų, tarnautojų ir studentų lyginant su pensininkais ir bedarbiais atsakė, kad slaugytojų bendravimas jiems sukėlė pasitikėjimą.

Literatūros duomenimis, tarp skirtingas pajamas gaunančių tiriamųjų grupių dažniausiai pasitenkinimo skirtumų nerandama (97), nors kai kurie tyrimai rodo, jog didesnių pajamų grupėje nustatomas didesnis pasitenkinimas gydytojo bendravimu nei žemesnių pajamų grupėje (103). Panašūs ir mūsų tyrimo rezultatai: nustatėme, kad daugiausiai didžiausias pajamas turinčių pacientų lyginant su mažiau ir mažiausiai pasiturinčiais įvertino slaugytojų dėmesingumą ($p < 0,05$).

Kai kurių studijų metu buvo vertinama keletas socialinės ekonominės padėties rodiklių. Apskritai literatūros duomenys apie šių rodiklių sąsajas su pasitenkinimu SP paslaugomis yra prieštaringi.

Apibendrinant tyrimo, atlikto Romainių tuberkuliozės ligoninėje, rezultatus, galime teigti, jog atvira plaučių TB sergančių pacientų pasitenkinimas suteiktomis stacionarinėmis SP paslaugomis buvo gana silpnai susijęs su socialiniais-demografiniais rodikliais (lytimi, amžiumi, gyvenamąja vietoje, užimtumu, išsilavinimu, pajamomis per mėnesį.): iš pasirinktų pasitenkinimo rodiklių nustatyta tik 11 statistiškai reikšmingų sąsajų iš 114 galimų.

IŠVADOS

1. Dauguma Romainių tuberkuliozės ligoninėje besigydančių pacientų ligoninės fizinę aplinką įvertino *gerai* arba *labai gerai*. 91,3 proc. pacientų nurodė, kad juos tenkina lankymo valandos ligoninėje, daugumai pacientų buvo patogiu naudotis tualetu ir vonios kambariu. Didžioji dalis pacientų teigė, kad palatos yra jaukios ir atitinka jų poreikius. Švara ir tvarka palatose patenkinti buvo 95,0 proc. pacientų, ramybe ir tyła skyriuje – 82,5 proc. tiriamųjų. Ligoninės maistu ir valgymo aplinka buvo patenkinti daugiau nei pusė respondentų, o pretenzijų turėjo kiek daugiau nei ketvirtadalis pacientų.
2. Dauguma tiriamųjų *gerai* arba *labai gerai* įvertino gydytojų ir slaugytojų bendravimą. 77,5 proc. pacientų teigė, kad gydytojai jiems *visada* arba *dažnai* paaiškino apie galimą šalutinį vaistų poveikį, 78,2 proc. - apie būsimas procedūras ir jų poveikį organizmui, 88,2 proc. - apie gydymo svarbą ir poveikį sveikatai bei 86,3 proc. - apie ligos priežastis ir pasekmes ir tik nedidelė dalis respondentų nurodė, kad šios informacijos iš gydytojų niekada negavo. 78,0 proc. respondentų teigimu, gydytojas pakankamai laiko su jais bendraudavo kasdienių vizitacijų metu. Didžioji dauguma tiriamųjų nurodė, kad slaugytojos *visada* arba *dažnai* jiems paaiškino kaip gerti gydytojų paskirtus vaistus, kaip reguliariai maitintis, apie asmens higieną. Du trečdaliai tiriamųjų nurodė, kad neigiamą emocinį ligos poveikį padėjo įveikti gydytojai ir slaugytojai. Dauguma tiriamųjų (86,9 proc.) buvo patenkinti ligoninėje suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis.
3. Pacientų, sergančių atvira plaučių tuberkulioze, pasitenkinimas suteiktomis stacionarinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis buvo gana silpnai susijęs su socialiniais-demografiniais rodikliais: iš pasirinktų pasitenkinimo rodiklių nustatyta tik 11 statistiškai reikšmingų sąsajų iš 114 galimų. Įvairaus amžiaus tiriamųjų nuomonės reikšmingai išsiskyrė tik vertinant palatos aplinką: labiausiai nepatenkinti buvo 40–59 m. amžiaus pacientai. Moterys buvo reiklesnės ligoninės maistui ir blogiau vertino ramybės ir tylos laikymąsi skyriuje bei gydytojų suteiktą informaciją apie ligą. Kaimo ir miesto gyventojų pasitenkinimas reikšmingai skyrėsi tik vertinant gydytojų dėmesingumą: gydytojų dėmesingumu labiau patenkinti buvo miesto negu kaimo gyventojai. Daugiausiai didžiausias pajamas turinčių pacientų lyginant su mažiau ir mažiausiai pasiturinčiais įvertino slaugytojų dėmesingumą.

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Išanalizavę atvira plaučių tuberkulioze sergančių pacientų pasitenkinimą stacionarinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis nustatėme, kad ne visi pacientai buvo patenkinti ligoninės fizine aplinka ir gydytojų bei slaugytojų bendravimu, daugelis jautė nerimą ir baimę dėl savo ir artimųjų ateities. Todėl rekomenduojame:

1. Pagerinti tiekiamo maisto kokybę, pasiūlyti ligoniams įvairesnio maisto.
2. Sukurti jaukesnę palatos ir valgyklos aplinką.
3. Padėti pacientams įveikti neigiamą emocinį ligos poveikį (psichologo, socialinio darbuotojo konsultacijos).
4. Plėtoti pacientų ir jų šeimos narių mokymą apie tuberkuliozę ir jos nepertraukiamo gydymo svarbą.
5. Pasiūlyti pacientams išsakyti savo nusiskundimus specialioje knygoje.
6. Organizuoti pacientų apklausas, užtikrinant grįžtamąjį ryšį tarp pacientų ir medikų.

LITERATŪRA

1. Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas, 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552.
2. Asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programa, Valstybinio audito ataskaita, 2007 [žiūrėta 2010 m. lapkričio 22 d.]. Prieiga per internetą: http://www.visuomenei.lt/modules/document_publisher/documents/2/Valstybes_kontroles_ataskaita_asmens_sveikatos_prieziuros%20kokybes_uztikrinimo_sistema.pdf.
3. Misevičienė I, Milašauskienė Ž. Pacientų pasitenkinimas ligoninės medicinos personalo darbu. Medicina (Kaunas) 2002;38(5):559-60.
4. Žėbienė E, Razgauskas E, Čekanavičius V. Įgyvendinti paciento lūkesčiai – pasitenkinimas medikų konsultacija. Medicina (Kaunas) 2001;37(7):721-7.
5. Misevičienė I, Dregval L. Lietuvos gyventojų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę. Medicina (Kaunas) 2002;38(11):94-102.
6. Davidavičienė E, Gaidamonienė D, Kaminskaitė A, Naudžiūnas A. ir kt. Tuberkuliozės vadovas. Vilnius; 2003.
7. Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos: Lietuvos Respublikos Seimo 2008 m. gruodžio 9 d. nutarimas Nr. XI-52. Valstybės žinios 2008, Nr. 146.
8. Dėl Tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės 2011-2014 metų programos patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 3 d. įsakymas Nr. V-1033. Valstybės žinios 2010-12-09 Nr. 144-7386.
9. World Health Organisation. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report. Geneva: 2006.
10. Atvira tuberkulioze sergantis asmuo per metus gali užkrėsti 20 žmonių [žiūrėta 2010 m. gegužės 2 d.]. Prieiga per internetą: <http://sveikata.diena.lt/lt/naujienos/sveikata/atvira-tuberkulioze-sergantis-asmuo-per-metus-gali-uzkresti-20-zmoniu-341317>.
11. Surveillance of Tuberculosis in Europe – EuroTB [cited 2010 Nov 22]. Available from: <http://www.eurotb.org>.
12. [cited 2010 Jul 19]. Available from:

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>>.

13. te Beek LA, van der Werf MJ, Richter C, Borgdorff MW. Extrapulmonary tuberculosis by nationality, The Netherlands, 1993-2001. *Emerg Infect Dis* 2006; 12:1375-82.
14. Anderson SR, Maguire H, Carless J. Tuberculosis in London: a decade and a half of no decline in tuberculosis epidemiology and control. *Thorax* 2007; 62:162-7.
15. Lillebaek T, Andersen AB, Dirksen A, Smith E, Skovgaard LT, Kok-Jensen A. Persistent high incidence of tuberculosis in immigrants in a low-incidence country. *Emerg Infect Dis* 2002; 8:679-84.
16. Migliori GB, Centis R. Problems to control TB in eastern Europe and consequences in low incidence countries. *Monaldi Arch Chest Dis* 2002; 57:285-90.
17. Лобачева Т. Гисеке Ю. Туберкулез в русских тюрьмах, *EpiNorth Journal* Том 2, Nr. 3. 2001 [cited 2010 Nov 24]. Available from: <http://www.epinorth.org>.
18. Davidavičienė E. Tuberkuliozės kontrolės principų įgyvendinimas Lietuvoje. Užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės centras. *Informacinis biuletėnis*. Nr. 6, 2008.
19. Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos vyriausybės [žiūrėta 2010 m. lapkričio 23 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.stat.gov.lt/lt/pages/view/?id=1126>.
20. Milašius A. Kaip išvengti tuberkuliozės? [žiūrėta 2010 m. lapkričio 25 d.] Prieiga per internetą: <http://www.kvsc.lt>.
21. Sergamumas ir ligotumas apskrityse [žiūrėta 2010 m. lapkričio 25 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.stat.gov.lt>.
22. Lietuvos gyventojų sveikatos būklės ir sveikatos priežiūros įstaigų veiklos 2007 m. apžvalga. Vilnius, 2008.
23. Kovo 24-oji Pasaulinė tuberkuliozės diena - „Kovokime su tuberkulioze iki pergalės“ [žiūrėta 2010 m. gruodžio 15 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.smlpc.lt/media/file/Kalendorius/2011-03-24-Tuberk-diena.pdf>.
24. Strategy to Control Tuberculosis in the WHO European Region, Denmark, 2000.
25. Naudžiūnas A, Sakalauskas R. Kvėpavimo sistemos tuberkuliozė. Kaunas; 2001.
26. Rieder L.H., Bases epidemiologiques de la lutte anti tuberculeuse.- Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires, 2004.

27. Bubnienė D, Ruževičius J. Kokybės valdymo sveikatos priežiūros institucijose ypatumai. Verslo ir teisės aktualijos, 2010; 5.
28. Glamba V, Jerešūnienė O, Jerešūnas A. Kokybės vadybos sistemos įtakos analizė reabilitacijos ligoninėje pacientų požiūriu. Medicinos teorija ir praktika, 2010;16(1): 69–74.
29. Shaw C.D, Kalo I. A background for national quality policies in health systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2002.
30. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford University; 2003.
31. Medicare: A Strategy for Quality Assurance. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press; 2002. Vol.1. p.4.
32. Dėl Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programos patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr. V-642. Valstybės žinios 2004; Nr. 144-5268.
33. Janušonis V, Popovienė J. Kokybės sistemos. Klaipėda: Jokužio leidykla; 2004.
34. Pociūtė D, Janušauskienė V, Vitkauskas R. Kokybės vadyba. Vilnius: Technika; 2005.
35. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems, World Health Organization, 2006.
36. Sveikata 21: Sveikata visiems XXI amžiuje. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione. Vilnius: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija; 2000.
37. Liublijanos chartija dėl sveikatos apsaugos reformų Europoje [žiūrėta 2010 m. spalio 15 d.]. Prieiga per internetą:
<http://www.sec.lt/pages/spr/Alf_mok/Priedai/Chatija.html>.
38. Dėl lokalaus medicininio audito nuostatų: Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos 1998 m. spalio 6 d. įsakymas Nr. 571. Valstybės žinios 1998; Nr. 89-2469.
39. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas: priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552. Valstybės žinios 1994; Nr. 63-1231.
40. Konvencija dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos taikymo srityje (Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencija). Valstybės žinios 2002; Nr. 97-4258.

41. Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas: priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 1996 m. spalio 3 d. Nr. I-1562. Valstybės žinios 1996; Nr. 102-2317.
42. Plieskis M. Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas ir gyventojų pasitenkinimas paslaugomis šeimos medicinos plėtros kontekste: daktaro disertacija. Kaunas: Kauno medicinos universitetas; 2005.
43. Čiplienė M, Istomina N. Slaugos intensyvumo skalės naudojimas tobulinant slaugos kokybės valdymą. Sveikatos mokslai (Vilnius) 2007;1(48):643-49.
44. Gerteis M, Edgman – Levitan S, Daley J, Delbanco Thomas L. Through the patient's eyes: Understanding and promoting Patient – Centered Care, 1993. 5-11.
45. Ovretveit J. Evaluating health interventions: An introduction to evaluation of health treatments, services, policies, and organizational interventions. Buckingham, U.K.: Open Universities Press, 1993.
46. Fottler MD, Fotler, Ford RC, Roberts V et al. Creating a Healing Environment: The Importance of the Service Setting in the New Consumer-Oriented Healthcare System. Journal of Healthcare Management; 2000. Nr. 2, p. 91-109.
47. Kindurys V. Paslaugų marketingas: teorija ir praktika. Vilnius; 1998.
48. Brogienė D. Paciento teisės į kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą ir žalos sveikatai atlyginimą: daktaro disertacija. Vilnius: Vilniaus universitetas; 2010.
49. Roper N, Alison WW, Tierney J. Slaugos pagrindai. Nuo gyvenimo modelio prie slaugos modelio. Vilnius: Egalda; 1999.
50. Šulgienė - Rabikauskienė A J. Slaugos pagrindai. Kaunas; 2007.
51. Petkevičienė L. Dietetikos praktika. Vilnius: Homo liber leidykla; 2008.
52. Stoškus K. Medikas ir pacientas: bendravimo etika [žiūrėta 2010 m. spalio 15 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.as-galiu.lt/lt/zinoti/BENDRAVIMO-ETIKA.php>.
53. Brody DS, Miller SM, Lerman CE, Smith DG, Lazaro CG, Blum MJ. The relationship between patients satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received. Med Care. 1989 Nov; 27(11):1027-35.
54. Kessler S. Measuring and Managing Customer Satisfaction. The journal of Academic Librarianship. 2000; Vol.26.Issue 5.
55. Kaminskas R, Peičius E. Gydytojo–paciento santykių sociologiniai ir etiniai aspektai. Filosofija. Sociologija (Vilnius) 2005;(4):62–69.

56. Peičius E. Lietuvos gyventojų dalyvavimo galimybės priimant sveikatos priežiūros sprendimus: daktaro disertacija. Kaunas: Kauno medicinos universitetas; 2005.
57. Jakušovaitė I. Medicina ir filosofija. Kaunas: KMU leidykla; 2001.
58. Abipusis supratimas ir pasitikėjimas – svarbūs gydytojo ir paciento gerų santykių aspektai. Ryšių su visuomene skyrius. Gydytojų žinios. 2006;(7):9.
59. Bijl N. Access to medical practice and to medical acts: patient protection and freedom of choice. In: 13th World Congress on Medical Law. Helsinki; 2000. p. 200-207.
60. Slauga. 3 dalis. Bendravimas. Vilnius: Charibdė; 2009.
61. Socialinis darbas. Profesinės veiklos įvadas (tarptautinis projektas). Vilnius: VU; 2007.
62. Mercer LM, Tanabe P, Pang PS, Gisondi MA, Courtney DM, Engel KG, Donlan SM, Adams JG, Makoul G. Patient perspectives on communication with the medical team: Pilot study using the communication assessment toolteam (CAT-T). Patient Educ Couns 2008.
63. McNutt RA. Shared medical decision making: problems, process, progress. JAMA 2004.
64. Fraenkel L, McGraw S. What are the essential elements to enable patient participation in medical decision making? J Gen Intern Med 2007.
65. Westaway MS, Rheeder P, Van Zyl DG, Seager JR. Interpersonal and organizational dimensions of patient satisfaction: the moderating effects of health status. Int J Qual Health Care 2003;15(4).
66. Have HAMJ, Meulen RHJ, Leeuwen E. Medicinos etika. Vilnius: Charibdė; 2009.
67. Danusevičienė L, Jurkuvienė R. Požiūrio į pacientą intensyviosios terapijos skyriuje transformacijos savitumai. Medicina (Kaunas) 2010;46(1):8-15.
68. Definition of Therapeutic [cited 2010 Nov 22]. Available from: <http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=1881>.
69. Vinickienė V, Liaudanskienė R, Šikūnaitė R. Vartotojų poreikio tenkinimo tyrimai. Ekonomika ir vadyba. Kaunas: Technologija; 2001.
70. What are the advantages and limitations of different quality and safety tools for health care? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN) October 2005. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe ; 2005.
71. Donn SM. Medical liability, risk management, and the quality of health care. Seminars in Fetal and Neonatal Medicine. 2005; Vol.10.Issue 1:3-9.

72. Shou-hsia Cheng, Ming-chin Yang, Tung-liang Chiang. Patient satisfaction with and recommendation of a hospital: effects of interpersonal and technical aspects of hospital care// International Journal for Quality in Health Care. 2003, 15, P.345-355. [cited 2010 Nov 28]. Available from:
<<http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/content/full/15/4/345>>.
73. Dėl sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategijos ir jos įgyvendinimo veikslių bei priemonių plano patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. spalio 15 d. įsakymas Nr.V-718. Valstybės žinios 2004;160-5860.
74. Sveikatos finansavimas ir sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimo reformų socialinių-ekonominių pasekmių vertinimas. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras; 2001.
75. Liubarskienė Z, Šoliūnienė L, Kilius V, Peičius E. Pacientų pasitikėjimas sveikatos priežiūra. Medicina (Kaunas) 2004;40(3):278-285.
76. Bučiūnienė I, Pelkinis J, Milašauskienė Ž. Ligoninės medicinos personalo ir pacientų vertinimai apie medikų ligoninėje teikiamas paslaugas. Medicina (Kaunas) 2004; 40(3):272-7.
77. Grabauskas V, Peičius E, Kaminskas R. Pacientų vaidmuo priimant sveikatos priežiūros sprendimus. Medicina (Kaunas) 2004;40(11):1109-15.
78. Giedrikaitė R, Misevičienė I, Jakušovaitė I. Pacientams suteiktos informacijos apie ligą ir jos eigą vertinimas ligoninėse. Medicina (Kaunas) 2007;43(8):664-670.
79. Giedrikaitė R, Misevičienė I, Jakušovaitė I. Gydytojų ir pacientų nuomonės apie pasitikėjimą ir konfidencialumą vertinimas. Medicina (Kaunas) 2008;44(1):64-71.
80. Stankūnas M, Starkuvienė S, Kalėdienė R, Kapustinskienė V. Bedarbių požiūrio į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę tyrimas. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas (Kaunas) 2006;10(4):245-9.
81. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2001. Lietuvos gyventojų bendrosios ir psichinės sveikatos būklės bei sveikatos sistemų organizavimo problemos. Vilnius: Baltijos kopija; 2002:87-90.
82. Yildiz Z, Ergomus S. Measuring patient satisfaction of the quality of health care: study of hospitals in Turkey. J Med Syst. 2004;28(6):581-9.
83. Jaipaul KC, Rosenthal EG. Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients? J Gen Intern Med; 2003;(18):23-30.

84. Myburgh NG, Solanki GC, Smith MJ, Lalloo R. Patient satisfaction with health care providers in South Africa: the influences of race and socioeconomic status. *Int J Qual Health Care*. 2005 Dec;17(6):473-7 [cited 2010 Jun 10]. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=AbstractPlus&list_uids=15985504&query_hl=19&itool=pubmed_docsum.
85. Vukmir Rade B. Customer satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Vol. 19, 2006;1:8-31.
86. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S, Richards N, Chandola D. Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Quality & Safety in Health Care* 2002;11:335-339.
87. Johansson P, Oleni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scand J Caring Sci*; 2002;16:337 – 344.
88. Merkwowis A, Ifatopaulos J, Lanara V. Patient satisfaction: a key for evaluating and improving nursing services. *J Nurs Manag* 1999;7:19-28.
89. Fallowfield L, Jenkins V. Effective communication skills are the key to good cancer care. *Eur J Cancer* 1999;35:1592-7.
90. Baker R. Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients' satisfaction with consultations. *Br J Gen Pract* 1996;46:601–5.
91. Bryson C. Trends in attitudes to health care 1983 to 1995: a report! For the DoH. London: Social and Community Planning Research; 1996.
92. Department of Health. The national survey of NHS patients: background information. London: DoH; 1999.
93. Jackson J, Chamberlain J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 2001;52:609–20.
94. Etter J, Perneger T. Quantitative and qualitative assessment of patient satisfaction in a managed care plan. *Eval Program Plann* 1997;2:129–35.
95. Halpin Schauffler H, Rodriguez T, Milstein A. Health education and patient satisfaction. *J Fam Pract* 1996;42:62–8.
96. Krupat E, Rosenkranz S, Yeager C, Barnard K, Putnam S, Inui T. The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor–patient congruence on satisfaction. *Patient Educ Counsel* 2000;39:49–59.
97. Kane R, Maciejewski M, Finch M. The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. *Med Care* 1997;35:714–30.

98. Hsieh M, Kagle J. Understanding patient satisfaction and dissatisfaction with health care. *Health Soc Work* 1991;16:281–90.
99. Wilson P, Sullivan F, Hussein S, Smith G. Examination of the effects of emotional disturbance and its detection on general practice patients' satisfaction with the consultation. *Br J Gen Pract* 1995;45:304–9.
100. Gross D, Zyzanski S, Borawski E, Cebul R, Stange K. Patient satisfaction with time spent with their physician. *J Fam Pract* 1998;47:133–7.
101. Harvey R, Kazis L, Lee A. Decision-making preference and opportunity in VA ambulatory care patients: association with patient satisfaction. *Res Nurs Health* 1999;22:39–48.
102. Coyle J, Calnan M, Williams S. Consumer satisfaction with primary care: report to the Department of Health. Canterbury: University of Kent at Canterbury; 1992.
103. Bertakis K, Roter D, Putnam S. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *J Fam Pract* 1991;32:175–81.

PRIEDAI