

SANTRAUKA

Visuomenės sveikatos vadyba

PACIENTŲ PASITENKINIMAS TEIKIAMOMIS STACIONARINĖMIS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGOMIS TAURAGĖS APSKRITIES LIGONINĖJE

Saulius Jančys

Mokslinė vadovė dr. Jurgita Vladičkienė

Kauno medicinos universitetas, Visuomenės sveikatos fakultetas, Socialinės medicinos katedra.-Kaunas, 2005. – 53 psl.

Darbo tikslas: įvertinti pacientų pasitenkinimą teikiamomis stacionarinėmis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis.

Tyrimo metodai – anketinė anoniminė stacionare besigydančių pacientų apklausa Tauragės apskrities ligoninėje (n = 179). Tyrimo duomenų statistinė analizė atlikta naudojant SPSS 10,0 versijos statistinę programą.

Rezultatai: Stacionarizuotų į Tauragės apskrities ligoninę pacientų apklausos atsako dažnis 85 proc. Tyrime dalyvavo 18 metų ir vyresni pacientai, iš jų 70,4 proc. moterų. Mažiau negu pusė pacientų (40,8 proc.) buvo pradinio ir nebaigto vidurinio išsimokslinimo ir tik trečdalis (29,6 proc.) turėjo vidurinį išsilavinimą. 93,3 proc. pacientų nurodė, jog norėtų gauti informaciją apie gydymą, tyrimus, diagnozę. Keturi penktadaliai (82 proc.) dalyvavusių tyrime nurodė, kad šią informaciją gavo iš medicinos personalo. Daugiau negu trečdalis tirtų pacientų (35,6 proc.) mano, kad už gydymą atsako gydytojas ir tik 5,6 proc. nuomone - pats pacientas. Gydytojais visiškai pasitiki 83,8 proc. pacientų. Savarankiškam gydytojo gydymo taktikos sprendimui pritaria 68 proc. pacientų. Pagarbą savo asmeniui jautė 86 proc. pacientų priėmimo skyriuje ir 94,4 proc. - stacionare. 97,2 proc. apklausoje dalyvavusių vyrų ir moterų nurodė, kad personalo bendravimas su jais buvo normalus ir draugiškas, 78,1 proc. pažymėjo personalo domėjimąsi jų sveikatos problemomis. 88,3 proc. pacientų yra patenkinti jiems suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis. Tą pačią gydymo įstaigą vėl pasirinktų dauguma (90,5 proc.) pacientų. Labai gerai gydytojų darbą įvertino 33,5 proc. pacientų, gerai – 59,2 proc.

Išvados ir rekomendacijos: Didžioji dalis pacientų buvo informuoti apie ligos diagnozę, tyrimų planą bei galimus gydymo metodus. Tauragės apskrities ligoninėje suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas daugelis tyrime dalyvavusių pacientų vertino teigiamai. Daugelio pacientų nuomone, personalo bendravimas yra normalus, draugiškas.

SUMMARY

Management of Public Health

PATIENTS' SATISFACTION WITH IN-PATIENT HEALTH CARE SERVICES IN TAURAGĖ COUNTY HOSPITAL

Saulius Jančys

Supervisor Jurgita Vladičkienė, Department of Social Medicine.

Faculty of Public Health, Kaunas University of Medicine. - Kaunas, 2005.- P.53

Aim of the study. To evaluate patients' satisfaction with in-patient health care services.

Methods. 20 questions anonymous questionnaire have been used in the study. 179 patients aged 18 and older have been surveyed. Statistic data analysis has been made, using SPSS 10.0 version.

Results. Response rate of the surveyed patients was 85%. 70.4% of the participants were woman aged 18 and older. Most of the respondents had basic (40.8%) and secondary (29.6%) education. 82% of the patients were informed about their treatment, results of investigations and diagnose by medical personnel and 93.3% were interested in such information. More than one third of the patients (35.6%) assumed that responsibility for the treatment lies on doctor, and 5.6% maintained that patient is responsible for the treatment. 83.8% of the respondents trust in their doctors' completely. 68% of the patients suggests that only doctor make decision on his treatment. Communication of staff members was acceptable for 97.2% of the patients. 88.3% of the patients were satisfied with in-patient health care services. 33.5% of the respondents evaluated health care services as very good, 59.2% - as good. 90.5% of the respondents would choose the same institution of health care. 33.5% of the patients evaluated work of the physicians as very good, 59.2% - as good.

Conclusion. The most of the patients were informed about their treatment, results of investigations and diagnose. The most of the patients evaluated in- patient health care services as good or very good. The major part of the patients assumed communication of the staff as good.

TURINYS

SANTRUMPOS	4
1 ĮVADAS	5
2 DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI	7
3 LITERATŪROS APŽVALGA	8
3.1 Pacientas kaip asmens sveikatos priežiūros paslaugų vartotojas	8
3.2 Sveikatos priežiūros kokybės politikos aspektai pasaulyje ir Lietuvoje	12
3.3 Pacientų informavimo reikšmė ir teisiniai aspektai	18
3.4 Bendravimo svarba pacientų pasitenkinime sveikatos priežiūros paslaugomis	20
4 TYRIMO METODIKA IR MEDŽIAGA	22
5 REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS	23
5.1 Pacientų informavimas apie diagnozę, tyrimų planą, bei galimus gydymo metodus	24
5.2 Pacientų pasitenkinimas gautų paslaugų kokybe	27
5.3 Pacientų ir personalo bendravimo kokybė	33
6 IŠVADOS	37
7 PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS	38
8 LITERATŪROS SĄRAŠAS	39
9 PRIEDAI	42

SANTRUMPOS

AL- Apskritis ligoninė

ASPI- asmens sveikatos priežiūros įstaiga

ES- Europos Sąjunga

LR- Lietuvos Respublika

PSO- Pasaulinė Sveikatos Organizacija

SAM- Sveikatos Apsaugos Ministerija

SP- Sveikatos priežiūra

SPK- Sveikatos priežiūros kokybė

SSL- Sveikata stiprinančios ligoninės

1 ĮVADAS

Medicinos mokslo ir medicinos technologijų pažanga paskutiniais XX amžiaus dešimtmečiais įnešė nemažai naujovių į sveikatos priežiūrą (SP). Daug diskutuojama apie medikus, jų darbo kokybę, jų požiūrį į pacientus. Dažnai masinėse informacijos priemonėse skelbiama apie pacientų nepasitenkinimą asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų kokybe, blogu medikų darbu.

Šių dienų SP įstaigų darbuotojams iškyla naujų sudėtingų etinių, teisinių problemų. Jie turi gerai suvokti ir taikyti praktikoje medicinos etikos taisykles, apimančias pacientų teises, medicininių intervencijų ir sveikatai skiriamų resursų panaudojimo etiką. Medicinos etikos teorijoje, tiek ir praktinėje medicinoje tarp gydytojo ir paciento dažnai kyla ligonio informuotumo problema. Pacientai pasigenda informacijos arba jos nemoka vertinti. Pagrindinis informuotumo tikslas - padėti ligoniui. Daug kokybės tyrimų atliekama SP įstaigose vidinio medicinos audito. Šios problemos aktualumą galime vertinti pagal paskutinius SAM įsakymus kokybei užtikrinti 2005-2010 m.(1)

Remiantis Ovretveit J. (2), SP kokybė apima:

- vartotojo kokybę (ar paslauga tenkina paciento poreikius);
- profesinę kokybę (ar paslaugos teikėjo profesionalumas atliekant diagnostines, gydymo ir slaugos procedūras atitinkančias paciento poreikius pagal diagnozę);
- valdymo kokybę (ar paslauga suteikta efektyviai panaudojant resursus, laikantis teisinių normatyvų).

Diegiant kokybės kultūrą SP įstaigose, taikomi visuotinės kokybės principai (3). Šie principai teigia, kad kiekvieną procedūrą būtina atlikti kokybiškai iš pirmo karto, pvz., diagnozuoti ligą, atlikti sudėtingus tyrimus, nes tik tada galutinė paslauga bus kokybiška. Svarbu suvokti, kad ligoninės personalas ir pacientai kokybę supranta skirtingai.

Pagrindiniai medicinos etikos aspektai įtakoiantys šiuolaikinio paciento pasitenkinimą bendraujant su medicinos personalu, yra šie (4):

- autonomiškumas,
- informuotumas,
- konfidencialumas,
- naudingumas ir teisingumas.

Pacientų pasitenkinimas sveikatos priežiūroje tampa vis svarbesnis, nes (5):

- ligonių supratimas apie sveikatos priežiūros paslaugas vis didėja,
- nepatenkinti pacientai atima daug personalo laiko ir energijos; ir į kitą sveikatos priežiūros instituciją nukreipia potencialius naujus pacientus,
- ligoniai neturi pakankamai žinių, kad įvertintų profesinę gydytojų kompetenciją; tokiu būdu jie formuoja savo nuomone apie gydymą kitokius metodus.

Kadangi pacientai neturi pakankamai žinių įvertinti profesinę gydytojų kompetenciją, tai jie formuoja savo nuomonę apie gydymą kitais, dažniausiai subjektyviais, metodais. Vienas iš jų - gydytojo ir paciento bendravimas, geri tarpusavio santykiai, abipusis pasitikėjimas, konfliktų vengimas. Tai vienas iš veiksnių, lemiančių pacientų pasitenkinimą. Jei patenkinti pacientai apie sveikatos priežiūros instituciją papasakoja 5 asmenims, tai nepatenkinti - 20, be to, 45% individų formuoja savo nuomonę prieš pasirinkdami sveikatos priežiūros instituciją ar gydytoją pagal žodines kitų žmonių rekomendacijas.

Gydytojo ir paciento bendravimas, paremtas etiniais medicinos principais ir teisiniais aktais, yra būtina sąlyga siekiant kuo efektyvesnio gydymo rezultato ir pacientų pasitenkinimo.

Augant konkurencijai tarp įstaigų, tobulėjant medicininėms technologijoms, būtina kontroliuoti teikiamų paslaugų kokybę (6). Jau dabar yra atlikta daug pacientų pasitenkinimo tyrimų, bet jų aktualumas išlieka visame pasaulyje. Daugelio jau vykdytų pacientų apklausų patirtis parodė, kad pacientų pasitenkinimas stacionarinėmis paslaugomis yra gana aukštas.

Dauguma Lietuvos SSL tinklo ligoninėse apie slaugytojų ir gydytojų darbą, elgesį bei edukacinį aktyvumą atsiliepė teigiamai (40). Kauno II klinikinės ligoninės pacientų pasitenkinimo tyrimo rezultatai taip pat parodė, kad didžioji dalis pacientų yra patenkinti teikiamomis paslaugomis. 87,4% pacientų, esant reikalui, norėtų atsigulti į tą pačią ligoninę (41). Pacientų poreikio tenkinimo kokybės įvertinimas vykdytas 1999 m. Kauno medicinos universiteto klinikose parodė, kad dauguma pacientų yra patenkinti teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis. Kitą kartą šią gydymo įstaigą vėl pasirinktų 91% respondentų (15).

Pacientas tampa vis svarbesniu objektu, pagrindiniu sveikatos priežiūros įstaigos paslaugų vartotoju ir pajamų šaltiniu. Todėl vis aktualesnis tampa pacientų pasitenkinimas sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis.

2 DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI

Įvertinti pacientų pasitenkinimą teikiamomis stacionarinėmis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis Tauragės apskrities ligoninėje.

Uždaviniai:

1. Įvertinti pacientų informavimą apie diagnozę, tyrimų planą bei galimus gydymo metodus.
2. Įvertinti pacientų pasitenkinimą gautų paslaugų kokybę.
3. Įvertinti pacientų ir personalo bendravimo kokybę.

3 LITERATŪROS APŽVALGA

3.1 Pacientas kaip asmens sveikatos priežiūros paslaugų vartotojas

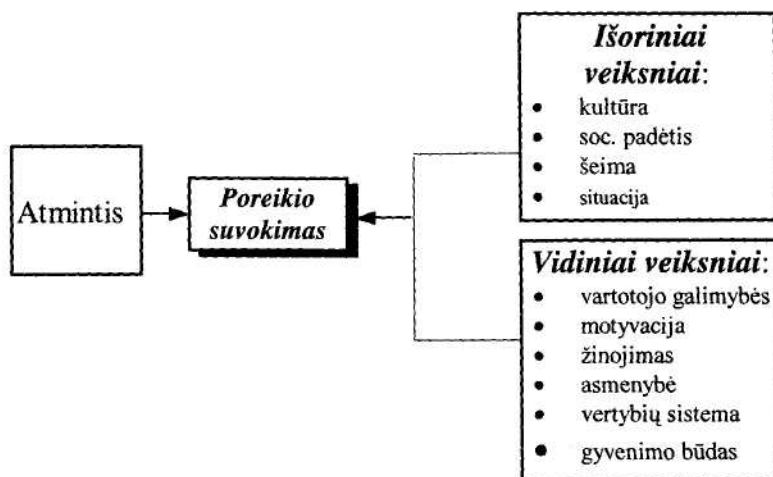
Tarptautiniai verslo etikos principai apie vartotoją teigia: „Mes manome, kad su visais klientais reikia elgtis vienodai pagarbiai neišskiriant nė vieno, ir vartotojais laikome ne tik tuos, kurie perka mūsų prekes ir priima paslaugas tiesiai iš mūsų, bet ir tuos, kurie įsigyja jas teisėtoje rinkoje. Tais atvejais, kai besinaudojantieji mūsų produktais bei paslaugomis neperka jų tiesiai iš mūsų, mes kiek galėdami stengiamės atrinkti marketingo ir asamblėjos / gamybos kanalus, kurie atitinka čia pabrėžiamus verslo elgesio standartus ir jų laikosi. Mes esame įsipareigoję:

- pateikti savo klientams aukščiausios kokybės prekes bei paslaugas, atitinkančias jų reikalavimus;
- elgtis su savo klientais teisingai visais verslo sandorių aspektais, įskaitant ir aukštos kokybės aptarnavimą bei atsakomąsias priemones į jų nepasitenkinimą;
- visais būdais stengtis, kad mūsų produktais bei paslaugomis būtų užtikrintas vartotojų sveikatos bei saugumo (taip pat aplinkos kokybės) pastovumas ar gerinimas;
- siūlomais gaminiais, rinkodara ir reklama vengti nepagarbos žmogaus orumui;
- gerbti savo klientų kultūros vientisumą.” (7)

Vykstant permainoms sveikatos priežiūros sistemoje, atsiradus konkurencinėms sąlygoms tarp sveikatos priežiūros įstaigų, sveikatos priežiūros paslaugų kokybė tampa vienu iš sveikatos reformos prioritetų ir verčia vis daugiau įsiklausyti į paciento, kaip sveikatos priežiūros paslaugų vartotojo, nuomonę (8). Reformuoti sveikatos priežiūros įstaigų veiklą vertė ir pakitę paciento, pagrindinio sveikatos priežiūros paslaugų vartotojo, poreikiai bei lūkesčiai. Daugelyje pasaulio ir Europos šalių pacientų teises gina įstatymai (9). Įsigalėjusios rinkos sąlygomis pacientas įgijo teisę nevaržomai rinktis sveikatos priežiūros įstaigą, kurioje norėtų gauti vienokias ar kitokias paslaugas (10,11). Viena iš esminių visuotinės kokybės vadybos nuostatų yra vartotojo reikalavimų tenkinimas. Visiškai tenkinti vartotoją reiškia ne tik atsiliepti į jo poreikius ir lūkesčius. Vartotojo pasitenkinimas paslauga priklauso nuo prekės ar paslaugos bruožų. Geriausia bruožai atsiskleidžia, kai tiesiogiai atsakoma į specifinius kliento poreikius. O paslaugas teikianti organizacija turi veikti taip, kad vartotojų reikalavimai būtų tenkinami, o lūkesčiai viršijami. Vartotojo pasitenkinimas, o dar labiau - jo

džiaugsmas, yra esminis darbo kokybės požymis. Tai reiškia "tenkinti suvoktus vartotojo poreikius per gaminio, paslaugos vartojimo ar nuosavybės laiką". Vartotojų nepasitenkinimas kyla tada, kai teikiamos paslaugos turi trūkumų. Tačiau reikia suvokti, kad vartotojo pasitenkinimas ir nepasitenkinimas nėra vieno matmens reiškiniai. Vartotojai gali žavėtis naujais paslaugos bruožais, kuriais numatoma tenkinti jų poreikius, tačiau nepasitenkinimas esančiais paslaugos trūkumais nesumažės (8,12).

Vartotojo poreikiai priklauso nuo daugelio dalykų, išorinių ir vidinių veiksnių ir atminties, kaip tai atsispindi schemeje 1 pav. (13).



1 pav. Poreikio suvokimo schema.

Kadangi pacientai neturi pakankamai žinių įvertinti profesinę gydytojų kompetenciją, tai jie formuoja savo nuomonę apie gydymą kitais, dažniausiai subjektyviais, metodais.

Maslow A., Alderfer C., McClelland D.J., Murray H.A. ir Herzberg F. teorijose analizuojami poreikiai (14). Maslow A. išskyrė poreikius, kurie bendri visiems žmonėms:

- Fiziologiniai poreikiai. Tai oro, vandens, maisto, fizinio artumo poreikiai.
- Saugumo poreikiai. Tai poreikiai jaustis emociškai ir fiziškai saugiam, turėti namus, rūbus, atsiriboti nuo rūpesčių.
- Socialiniai poreikiai. Tai poreikiai bendrauti, draugauti, mylėti.
- Pagarbos poreikiai. Tai poreikiai būti gerbiamam, pripažintam, pastebėtam, kitokiam nei kiti.
- Saviraiškos poreikiai. Tai kūrybingumo, asmeninio vystymosi, veiklos įprasminimo poreikiai.

Visi šie poreikiai būdingi ir pacientui. Remiantis Maslow A. teorija, turbūt galima teigti, kad kai kurių poreikių svarba ypač išryškėja patekus į neįprastą kiekvienam aplinką-ligoninę. Atsiranda specifiniai šiai aplinkai bei žmogaus būsenai poreikiai. Čia galima išskirti fiziologinį - skausmo nebuvimo - poreikį. Pacientas nori būti informuotas apie savo sveikatos būklę, tyrimus, gydymą bei perspektyvas, tuo lyg ir užtikrindamas savo saugumo poreikius.

Thompson J.(15) apibrėždamas kokybę teigia, kad kokybė - tai optimaliai pasiekiamas rezultatas kiekvienam pacientui, gydymo sukeltų komplikacijų išvengimas ir dėmesys pacientui bei jo šeimai. Visa tai turi būti užfiksuota dokumentuose ir atlikta taip, kad būtų pasiektas didžiausias efektyvumas mažiausiomis sąnaudomis.

Ovretveit J. sveikatos paslaugų teikime išskyrė tokias fazes (16):

- pasirinkimas - atrankos fazėje klientas pasirenka paslaugos teikėją;
- įėjimas - atkreipiamas dėmesys į registracijos galimybę atėjus ar telefonu ir informacijos gavimą;
- pirmasis kontaktas – pasitikimas ir nusiteikimas priimti klientą;
- įvertinimas – pradinis išspūdis apie įstaigą;
- intervencija procedūros – diagnostinės gydymo procedūros ir kitos teikiamos paslaugos;
- kritinė apžvalga – lyginimas su kitose įstaigose gautomis paslaugomis;
- uždarymas (išėjimas) - baigimas rezultatų apie teiktas paslaugas ir jų efektyvumą paaiškinimas;
- tolimesnės priemonės, tyrimai – išleidžiant klientą nurodoma kur toliau vykti, ką daryti, tolimesnės reikalingos priemonės.

Pagal tokį modelį klientai susidaro nuomonę apie teikiamas sveikatos paslaugas šioje įstaigoje ir formuoja nuomonę, kurią pateikia savo aplinkiniam žmonių ratui.

Remiantis Ovretveit J., sveikatos priežiūros kokybė apima (2):

- vartotojo kokybę (ar paslauga tenkina paciento poreikius);
- profesinę kokybę (ar paslaugos teikėjo profesionalumas atliekant diagnostines, gydymo ir slaugos procedūras atitinka paciento poreikius pagal diagnozę);
- valdymo kokybę (ar paslauga suteikta efektyviai panaudojant resursus, laikantis teisinių normatyvų).

Pagrindiniai medicinos etikos aspektai, įtakoiantys šiuolaikinio paciento pasitenkinimą bendraujant su medicinos personalu, yra šie (17):

- autonomiškumas - orientuoja gydytoją gerbti paciento apsisprendimo teisę ir pritarti tam pastarojo asmens gyvenimo būdai, kurį jis pasirinko. Autonomiškumas išreiškia teisę atsisakyti gydymo net mirties grėsmės atveju;
- informuotumas - tai paciento teisė gauti pakankamai informacijos apie ligą, tyrimus, gydymo eigą, prognozę ir teisę aktyviai dalyvauti gydymo procese;
- konfidencialumas - garantuoja paciento teisę išsaugoti orumą, o medicinos personalą įpareigoja išsaugoti medicinos informacijos slaptumą;
- naudingumas ir nepakenkimas - tai veikimas pacientų naudai: nedaryti žalos, išvengti žalos ir pašalinti žalą - tai paciento gyvenimo ir sveikatos išsaugojimas, kančios lengvinimas ir funkcijų išsaugojimas;
- teisingumas - sąžiningas medicinos išteklių paskirstymas tarp pacientų, priklausomai nuo gydymo paslaugų būtinumo.

Geros kokybės SP apibrėžiama kaip jos tinkamumas tenkinti vartotojo ir jo šeimos poreikius bei lūkesčius. Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programoje (8) išskiriami kokybiškos SP bruožai, tarp kurių nurodomas pacientų pasitenkinimas:

- Saugumas: būtina išvengti ar turi būti sumažinti galimi pavojai ir apie juos paaiškinama vartotojui (pacientui).
- Kompetencija: SP teikėjų įgūdžiai ir žinios turi atitikti vartotojo poreikius. Jie turi būti reguliariai vertinami ir tobulinami.
- Tęstinumas: visos reikiamos SP paslaugos turi būti koordinuojamos ir ligoninėje, ir už jos ribų tarp visų jas teikiančių asmenų.
- Prieinamumas ir lygios galimybės: paslaugos turi būti teikiamos tinkamoje vietoje, tinkamu laiku, informacija apie priežiūros struktūras, ypač jų kokybę, turi būti prieinama visiems, t.y. turi būti aiški. Priežiūra visiems vartotojams turi būti teikiama vienodomis sąlygomis.
- Racionalus resursų panaudojimas.
- Efektyvumas: priežiūros rezultatai turi būti nuolat vertinami, norint įsitikinti, kad jie gerina paciento sveikatą, ilgina gyvenimo trukmę ir gerina kokybę.
- Tinkamumas: teikiama priežiūra turi būti reikalinga ir tinkama.
- Pasitenkinimas: vartotojo (paciento) pasitenkinimas ir gydymo įstaigos atsakas į jo lūkesčius išlieka pagrindiniu kriterijumi vertinant teikiamos priežiūros kokybę.
- Sugebėjimas prisitaikyti ir tobulėti. SP struktūros turi gebėti prisitaikyti ir tobulinti savo organizaciją ir procedūras, lygiuotis į technikos, mokslo ir ekonomikos vystymąsi

ir vartotojo lūkesčius.

Pagal Janušonį V. medicinos pagalbos kokybės pagrindiniai kriterijai yra šie (18):

- patikimumas;
- galimai maksimalus ir nekintamas užbaigtumas;
- rezultatyvumas, kai sąnaudos yra mažos;
- prieinamumas (medicinos paslaugų teikimo greitis);
- teigiamas poveikis į socialinę, asmenybinę ir fizinę paciento sveikatos sferą bei visuomeninius jo veiklos rezultatus;
- estetiškumas;
- naujos technikos ir naujų technologijų taikymas.

3.2 Sveikatos priežiūros kokybės politikos aspektai pasaulyje ir Lietuvoje

Kokybės valdymas priklauso nuo to, kokios sveikatos politikos laikomasi šalyje. Sveikatos politika - tai suderintas visų visuomenės politinių, socialinių bei ekonominių sektorių veiklos planas, skirtas gyventojų sveikatai ugdyti, stiprinti, ligų prevencijai bei savalaikiškai efektyviai medicinos pagalbai teikti. Galima išskirti šiuos tikslus sveikatos priežiūroje kuriuos svarbu įgyvendinti sveikatos sektoriuje (19):

Sumažinti tokią neteisybę sveikatos apsaugoje, kuri tiesiogiai sąlygoja neteisumą sveikatoje.

Sumažinti žalą sveikatai, sąlygojamą kitų neteisumo sveikatos santykiuose veiksnių. Vienas iš svarbiausių sveikatos saugos sektoriaus uždavinių yra padėti išvengti ar sumažinti žalą sveikatai, kurią sąlygoja tokie socialinės aplinkos veiksniai, kaip nedarbas ar skurdas

Planuoti sveikatos apsaugos tarnybų tinklo plėtojimą, atsižvelgiant į atsiliekančias sveikatos atžvilgiu bendruomenes. Šis požiūris yra už neteisumo sveikatos santykiuose problemą pagrįstas nustatytais atskirų gyventojų grupių padidinto sergamumo faktais ir siekimu plėtoti papildomas sveikatos apsaugos tarnybas, norint laiduoti vis didėjančių sveikatos apsaugos poreikių tenkinimą.

Teisumo sveikatos santykiuose pažymima, kad pagal lygios visiems medicinos pagalbos kokybės koncepciją, svarbu, kad kiekvienas žmogus būtų dėmesio centre dėl jam reikalingos procedūros, o ne dėl jo socialinės įtakos (20). Asmens sveikatos priežiūros įstaigos kokybės politika priklauso ir yra tamptariai susijusi su šalies sveikatos apsaugos

sistemos kokybės politika, jos tikslais, siekiais, metodais. Tiksliausiai sveikatos priežiūros paslaugų kokybę apibūdina Ovretveit J. (1992), sakydamas, kad sveikatos priežiūros kokybė - pilnas patenkinimas poreikių tų, kuriems paslauga labiausiai reikalinga, mažiausia kaina organizacijai, pagal aukštesnės vadovybės nustatytas direktyvas ir jų ribose (16).

Siekdama užtikrinti sveikatos priežiūros kokybę šalyse, didelį dėmesį tam skiria Pasaulinė sveikatos organizacija. 1998 metais priimtame PSO Europos regioninio biuro dokumente "Sveikata-21", (Sveikatos visiems politika PSO Europos regionui - 21 uždavinys XXI amžiui) (21), 16- uždavinys "Valdymas siekiant sveikatos priežiūros kokybės" numatyta, kad:

- "Iki 2010 metų kiekviena šalis narė turi užtikrinti, kad valdymas sveikatos sektoriuje nuo visiems gyventojams skirtų programų iki atskiro paciento sveikatos priežiūros 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 sveikatos priežiūros kokybės 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 sveikatos priežiūros paslaugų kokybe bei didesne pagarba jų teisėms.
- Programoje "Sveikata 21" sveikatos priežiūros kokybės uždaviniams pasiekti siūloma pasinaudoti šiomis strategijomis:
 - sukurti bendrą nuolatinio kokybės gerinimo principus atitinkančią šalies politiką- nuolatinio sveikatos priežiūros kokybės tobulinimo nacionalinę politiką;
 - sudaryti svarbių ir matuojamų sveikatos rezultatų rodiklių bazinį minimumą, kuris apimtų įvairius sveikatos priežiūros aspektus (sveikatos stiprinimą, ligų prevenciją, diagnostiką, gydymą ir reabilitaciją) ir būtų naudojamas, planuojant ir valdant įvairias sveikatos programas, sekant kasdienę pacientų sveikatos priežiūrą bei įvertinant naujas diagnostines ir gydymo technologijas;
 - kurti įrodymais pagrįstą sveikatos priežiūrą, analizuojant ir sintezuojant mokslinių

tyrimų rezultatus, vedant registrus ir sudarant duomenų bazes, remiantis nustatytų rezultatų rodikliais, rengiant ir nuolat atnaujinant klinikinės praktikos rekomendacijas pagal geriausius rezultatų rodiklius;

- sukurti klinikiniam lygyje informacijos sistemą, kuri leistų sveikatos priežiūros profesionalams vertinti savo teikiamų paslaugų kokybę, ją palyginti su kitų paslaugų teikėjų rezultatais, įgyvendinti pakeitimus paslaugų kokybei gerinti. Remiantis šia informacija, galėtų būti nustatytos kokybės gerinimo užduotys bei kokybės rodikliai tam tikram laiko periodui, tokiu būdu geresnės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ieškojimą paverčiant nuolatinio ir dinaminio procesu;

- užtikrinti pacientų pasitenkinimą jiems suteikiant informaciją apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir jų rezultatus. Ši informacija pacientam reikalinga pasirenkant sveikatos priežiūros paslaugas, dalyvaujant tų paslaugų gerinime bei aktyviau stiprinant savo sveikatą. Tokia informacija padėtų pacientams geriau suprasti savo sveikatos būklę bei gydymą ir skatintų visuomenę aktyviau dalyvauti, priimant sprendimus sveikatos priežiūros klausimais kartu su sveikatos priežiūros teikėjais, kurie gerbtų pacientų poreikius ir nuomonę;

- valdymą padaryti lankstesnį: didesnė decentralizacija su padidėjusia autonomija bei konkurencija turėtų sudaryti platesnes pasirinkimo galimybes pacientams, sutartis tarp paslaugų teikėjų ir pirkėjų sudarant pagal nustatytus gyventojų sveikatos poreikius ir į sutartis įtraukiant kokybės rodiklius.

Sveikatos priežiūros procesai ir jiems reikalingi išteklių turėtų būti planuojami taip, kad užtikrintų pageidaujamus sveikatos rezultatus, pacientų pasitenkinimą ir ekonominį efektyvumą. Finansinių išteklių paskirstymas turėtų atspindėti pasiektus rezultatus ir skatinti sveikatos priežiūros kokybės gerinimą.

Sveikatos priežiūros kokybė Lietuvoje, kaip ir kitose Europos šalyse, viena svarbiausių sveikatos reformos prioritetų (1,22,23). Siekiant, kad sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimas taptų šalies sveikatos priežiūros prioritetu, PSO siūlo šalims priimti nacionalinę sveikatos priežiūros kokybės politiką, kuri sudarytų sveikatos priežiūros politikos dalį. Ši politikos strategija, turi kokybės tobulinimą pripažinti kaip dinaminį procesą, skatinantį nuolatinį sveikatos priežiūros rezultatų gerinimą. Tik į galutinio sveikatos rezultato pagerinimą orientuota sveikatos priežiūra gali būti ekonomiškai efektyvi ir užtikrinti teikiamų paslaugų kokybę bei pacientų

pasitenkinimą (20). 1991 m. priėmusi Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją, LR Konstituciją, valstybė įsipareigojo rūpintis žmonių sveikata ir laiduoti medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. (24,23,25)

Liublijanos chartijoje, kurią 1996 m. pasirašė Europos šalių (tame tarpe ir Lietuvos) sveikatos apsaugos ministrai, nustatyta, kad sveikatos priežiūros sistema turi tenkinti gyventojų sveikatos poreikius, siejant juos su sveikatos būklės gerėjimu, turi garantuoti, kad gyventojų nuomonė ir pasirinkimas būtų lemiami sveikatos priežiūros planavimui ir teikimo būdo pasirinkimui. Orientuojant sveikatos priežiūros sistemą į vartotoją, pirmiausiai reikia žinoti, vartotojo sveikatos priežiūros paslaugų kokybei keliamus reikalavimus, išsiaiškinti, kiek teikiamos paslaugos juos atitinka. (22)

Lietuvos sveikatos programoje nurodoma (1,24), kad sveikatos reforma yra orientuota į paslaugų kokybę ir kokybės gerinimas yra vienas sveikatos apsaugos reformos uždavinių.

2004 m. rugsėjo 14 d. Sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr.174 patvirtinta Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005– 2010 m. programa. (1)

Programoje SPK užtikrinimas ir nuolatinis gerinimas įgyvendinamas per šias pagrindines kokybės dimensijas, atspindinčias sveikatos priežiūros:

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 sveikatos priežiūros bei galimybę suteikti grįžtamąjį ryšį apie gautas SP paslaugas;
2. priimtinumą – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamas sveikatos priežiūros sąlygas, užtikrinančias sveikatos priežiūros paslaugų ir medicinos mokslo principų bei medicinos etikos reikalavimų atitiktį;
3. prieinamumą – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamas sveikatos priežiūros sąlygas, užtikrinančias sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei;
4. tinkamumą – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamas sveikatos priežiūros sąlygas, užtikrinančias sveikatos priežiūros paslaugų bei patarnavimų kokybę ir efektyvumą;
5. teisumą – lygių visiško sveikatos potencialo siekimo galimybių kiekvienam asmeniui sudarymas paskirstant sveikatos priežiūros išteklius bei panaikinant

- kliūtis bei skirtumus, kuriuos lemia neteisingais traktuojami veiksniai;
6. tęstinumą – laipsnį, kuriuo paciento priežiūra yra koordinuojama tarp sveikatos priežiūros specialistų ir įstaigų;
 7. veiksmingumą – sveikatos priežiūros intervencijų galimybes pasiekti užsibrėžtus sveikatinimo veiklos tikslus ir rezultatus įprastoje aplinkoje;
 8. ekonomiškai pagrįstą efektyvumą – aukščiausios kokybės sveikatos priežiūros 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. (1)

Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programa siekiama pagerinti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, racionaliai paskirstant ir naudojant sveikatos priežiūrai skirtus išteklius. Galutinis tikslas - geros kokybės sveikatos priežiūra, kuri atitinka nurodytus reikalavimus ir pagal dabartines žinias bei turimus išteklius tenkina paciento lūkesčius dėl sveikatos ir gerovės, taip pat yra maksimaliai naudinga ir minimaliai žalinga. (1)

Nustatytiems tikslams įgyvendinti programoje numatytas platus priemonių diapazonas, apimantis reikalingus sveikatos priežiūros sistemos struktūros bei finansavimo pakeitimus, kurie užtikrintų, kad visi šalies gyventojų sluoksniai vienodai gautų reikalingas ir tinkamas sveikatos priežiūros paslaugas, apsaugant nuo nereikalingų ir netinkamų paslaugų naudojimo, bei priemones, tiesiogiai užtikrinančias sveikatos priežiūros įstaigose teikiamų paslaugų kokybę. Toks sveikatos priežiūros kokybės politikos dokumentas skatins sveikatos priežiūros įstaigas nuolat gerinti teikiamų paslaugų kokybę, su juo bus supažindinta visuomenė. (26)

SP kokybei didelį dėmesį skiria tarpvyriausybinių organizacijų: Europos Taryba, Europos Komisija, PSO Europos regioninis biuras bei tarptautinės nevyriausybinių organizacijų: Europos sveikatos priežiūros kokybės draugija, Europos kokybės organizacija, Europos kokybės vadybos fondas, Cochrane bendradarbiavimas ir kt.:

- 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 sveikatos priežiūros kokybės gerinimą ir tinkamą sveikatos technologijų naudojimą bei plėtrą“. PSO nustatė šiuos sveikatos priežiūros kokybės tikslus: aukštą profesionalumą, efektyvų išteklių panaudojimą, minimalią riziką pacientams, pacientų pasitenkinimą, galutinį poveikį sveikatai.

■ PSO programinio dokumento „Sveikata 21“ 16 tikslas „Sveikatos priežiūros kokybės valdymas“ orientuotas į rezultatus, kaip galutinį kokybės matą: „iki 2010 metų šalys narės turėtų užtikrinti, kad sveikatos sektorius, nuo gyventojų reikmėmis paremtų programų iki individualaus ligonio priežiūros klinikiniu lygiu, bus orientuotas į sveikatos priežiūros rezultatus“.

■ PSO Liublijanos chartijos pagrindiniai principai, numatantys, kad sveikatos priežiūros sistema turi vadovautis žmogiškojo orumo, teisumo, solidarumo ir profesinės etikos vertybėmis, turėti aiškius sveikatos tikslus, būti skirta žmonėms, orientuota į kokybę, pagrįsta protingu finansavimu, ir orientuota į pirminę sveikatos priežiūrą;

■ PSO Europos regioninio biuro programos „Sveikata visiems XXI a.“ pagrindiniuose prioritetuose ir tiksluose teigiama, kad šalyse turi būti sukurta nuolatinio sveikatos priežiūros kokybės tobulinimo nacionalinė politika, sveikatos sektoriaus valdymas turi būti orientuotas į sveikatos rezultatus, visos šalys turi turėti mechanizmą stebėti ir tobulinti sveikatos priežiūros kokybę, o procesų ir jiems reikalingų išteklių planavimas turi būti pagrįstas sveikatos rezultatų, pacientų pasitenkinimo ir ekonominio efektyvumo pagrindais. PSO Europos regioninis biuras pripažįsta, kad visos šalys, reformuodamos savo sveikatos priežiūros sistemas ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, susiduria su iššūkiais, kaip užtikrinti SP prieinamumą, teisumą, saugą, pacientų dalyvavimą ir kaip plėtoti įgūdžius, technologijas ir įrodymais pagrįstą mediciną turimų išteklių ribose.

■ Europos Sąjungos kokybės skatinimo politika (1);

■ Konvencija dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos taikymo srityje (Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencija), priimta 1997 m. ir Lietuvos ratifikuota 2002-09-19, apima lygiateisio sveikatos priežiūros prieinamumo ir priežiūros kokybės (3 str.), profesinių standartų (4 str.), sutikimo (II skyrius) ir kitus SPK aspektus.

3.3 Pacientų informavimo reikšmė ir teisiniai aspektai

Analizuojant literatūrą nekyla abejonių dėl paciento autonomijos ir informuoto sutikimo principų svarbos šiuolaikinėje medicinoje. Tačiau daugelis autorių vis dar diskutuoja kiek informacijos turi būti suteikta pacientui, kokios sąlygos turi būti išpildytos, siekiant įgyvendinti šiuos principus praktikoje.

Išskiriamos dvi pagrindinės pacientų informuotumui būtinos sąlygos:

Pacientas turi būti kompetentingas; sugebėti priimti sprendimą ir suprasti sutikimo reikšmę, būti laisvas nuo prievartos ar neteisėtos įtakos.

Gydytojai privalo suteikti reikalingą informaciją ir būti įsitikinę, kad ši informacija paciento teisingai supраста.

Pacientų klasifikacija į kompetentinguosius ir nekompetentinguosius tai vienas iš diskusijų objektų plačiai diskutuojamų užsienio literatūroje to sprendimo pasekmių suvokimu t.y. sugebėjimas nuspręsti remiantis sveiku protu. Remiantis sveiku protu, pacientas privalo suprasti, kad be gydymo jis mirs arba taps ligotesnis, kad to pasėkoje jis negalės normaliai funkcionuoti. Kompetentingas pacientas neprivalo viską suprasti apie savo ligą ar siūlomą gydymą. Todėl, kalbant apie pacientų supratimą reikėtų jį suvokti kaip realų sveiką protą, o ne kaip pilnai medicinišką ar mokslinį supratimą (27,28,29). Kompetenciją mes suprantame kaip sugebėjimą atlikti tam tikras užduotis, pareigas, darbus. Sveikatos priežiūros etikos kontekste - tai sugebėjimas spręsti, pagrįstas sprendimo pasekmių suvokimu, t.y. sugebėjimas nuspręsti remiantis sveiku protu. Jei bent viena iš sąlygų nėra vykdoma, vadinasi pacientas neinformuotas ir tai nėra paciento sutikimas gydytis (30).

Daugiau kaip du tūkstantmečius Hipokrato priesaikos teiginiai buvo neginčytinas dorovinių medicinos kolizijų sprendimo pagrindas: *salus aegroti-suprema lex esto* – ligonio sveikata yra aukščiausias įstatymas. Besąlygiška žmogaus gyvybės apsauga bei gydytojo ir paciento santykių autonomiškumas ėmė prieštarauti ar bent jau tapo nepakankami šiuolaikinėje medicinos profesinės veiklos dorovėje. Pastaraisiais dešimtmečiais tiek gydytojai, tiek filosofai pastebėjo, kad jau nepakanka sveikatos priežiūros įstaigose vadovautis vien minėtomis etikos taisyklėmis, nes būtina atsižvelgti į paciento valią ir gerovę. Per praėjusį šimtmetį Hipokrato priesaikos taikymas gerokai kito, ypač paskelbus Žmogaus teisių deklaraciją: suvokus, kad medikas negali spręsti už žmogų, kad žmogus turi spęsti

padedamas mediko. Šis etikos principas dar vadinamas paciento autonomijos principu. Kad žmogus galėtų spręsti, jis turi žinoti.(31)

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė literatūroje apibrėžiama labai įvairiai, tačiau galime drąsiai teigti, kad visas jas vienija Hipokrato priesaika "gydytojas turi tarnauti ir paciento ir bendruomenės naudai ir užtikrinti, kad gydymas nepadarytų žalos" (17).

Vis labiau pripažįstamas teiginys, jog "kiekviena žmogiškoji būtybė turi teisę nuspręsti, ką daryti su savo kūnu" (9,33,34). Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencija (29) teigia, kad Žmogaus gerovė ir teisė į informaciją yra svarbesni už kitus interesus.

Asmeninis gyvenimas ir teisė gauti informaciją:

Naudojant informaciją apie sveikatą, turi būti gerbiamas kiekvieno asmens privatus gyvenimas.

Kiekvienas turi teisę žinoti visą sukaupią informaciją apie savo sveikatą. Tačiau, jeigu asmenys nenori būti taip informuoti, jų pageidavimų reikia laikytis.

Išskirtiniais atvejais, siekiant naudos pacientui, teisės, gali būti apribotos įstatymu (29). Mūsų šalies medicinoje, kaip ir kitose buvusiose socialistinėse šalyse, tiek medicinos etikos teorijoje, tiek ir praktinėje medicinoje tarp gydytojo ir paciento dažnai kyla ligonio informuotumo problema (22). Lietuvos Respublikos Konstitucija numato, kad žmogaus teisė gauti ir skleisti informaciją negali būti ribojama kitaip tik įstatymu, jei tai būtina apsaugoti žmogaus sveikatai, garbei ir orumui, privačiam gyvenimui... Žmogaus privatus gyvenimas neliečiamas (25).

Pacientai pasigenda informacijos arba jos nemoka vertinti. Pagrindinis informuotumo tikslas - padėti ligoniui. Tačiau paciento informuotumas neatsiejamas nuo paciento išsilavinimo ir noro šią informaciją gauti. Gebėti apsispręsti, vadinasi mokėti atidžiai apsvarstyti turimą informaciją ir daryti išvadas. Šis principas yra tampriai susijęs ir negali egzistuoti vienas be kito. Taigi, paciento informuotumo ir autonomiškumo principai yra moderniojo amžiaus medicinos pagrindiniai principai, į kurią šiuo metu orientuojasi Lietuvos medicina. Be to, Lietuvoje įsigalint draudiminei medicinai, atsiranda sveikatos priežiūros įstaigų konkurencija. Šiuo metu įsigaliojęs pacientų žalos atlyginimo įstatymas artimiausias JAV galiojančiam modeliui. Teisiškai nenumatyta kaip informuoti pacientą apie mirtiną susirgimą ir kaip įsitikinti, kad pacientai tikrai nori žinoti savo ligos diagnozę, gydymo rezultatus. Norint gydymo įstaigoms prisitaikyti prie naujų įstatymų reikalingas papildomas draudimas, o taip pat reikia įvertinti ar pacientas žino savo teises ir pareigas. Pacientas tampa vis svarbesniu objektu, pagrindiniu sveikatos priežiūros įstaigos paslaugų pirkėju ir pajamų

šaltiniu. Todėl vis aktualesnis tampa pacientų pasitenkinimas sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis. 2005 sausio 1 d. įsigaliojęs LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas (11) šiek tiek prieštarauja Hipokrato priesaikai, kurioje teigiama, kad dauguma dalykų turi būti nutylėta, nusiųpta nuo pacientų gydymo eigoje ir nieko pacientams nevalia sakyti apie jų esamą ar būsimą sveikatos būklę (35,36) ir vis daugiau vadovų kalba apie žmogiškumo principą, reikalaujanti, kad gydytojai nenusižengtų Seimo priimtiems įstatymams. Paciento ir medicinos personalo santykiai turi būti pagrįsti paciento teisių paisymu, kurios reglamentuotos Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme (11) ir LR Civiliniame kodekse (37).

Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 5 straipsnyje nurodyta, kad pacientas turi teisę pasirinkti gydytoją, slaugos darbuotoją, sveikatos priežiūros įstaigą, nepriklausančią arba priklausančią Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemai. Šio įstatymo 6 straipsnyje nurodyta, kad pacientas turi teisę gauti informaciją apie sveikatos priežiūros sistemoje teikiamas paslaugas ir galimybes jomis pasinaudoti, apie savo sveikatos būklę, ligos diagnozę, medicininio tyrimo duomenis, gydymo metodus ir gydymo prognozę, sužinoti kito specialisto nuomonę apie savo sveikatos būklę ir siūlomą gydymą, turi būti informuotas apie jį gydančio gydytojo ir slaugančio darbuotojo vardą, pavardę, pareigas ir kvalifikaciją, apie sveikatos priežiūros ar slaugos įstaigos vidaus tvarkos taisykles ir tvarką, kiek tai susiję su jo buvimu toje įstaigoje. Be to, nurodyta, kad informacija pacientui turi būti pateikta jam suprantama forma paaiškina specialius medicinos terminus apie gydymo eigą, galimus gydymo rezultatus, galimus alternatyvius gydymo metodus. Pacientui pageidaujant, turi būti pateikta ligos istorija ar kiti jo medicininiai dokumentai. 10 straipsnyje yra reglamentuota ypatingai svarbi ir aktuali nuostata, kad visa informacija apie paciento sveikatos būklę, diagnozę, prognozes ir gydymą, taip pat visa kita asmeninio pobūdžio informacija apie pacientą turi būti laikoma konfidencialia net ir po paciento mirties (11).

3.4 Bendravimo svarba pacientų pasitenkinime sveikatos priežiūros paslaugomis

Komunikavimas - didžiausia medicininės pagalbos teikimo problema. Šiuo metu susidarė stereotipiniai bendravimo modeliai sveikatos priežiūros sistemoje. Dauguma

nepasitenkinimo problemų sprendimai būtų efektingesni sveikatos priežiūros sistemoje taikant kompleksinį priėjimą prie sveikatos priežiūros pagalbos teikimo (27).

Pacientų ir personalo bendravimo ypatybės priklauso nuo (38):

1. Visame pasaulyje gydytojų ir medicinos seserų rengimas pirmiausia pagrįstas fizikos, chemijos, patologijos ir anatomijos mokymu. Tai suprantama, nes šie mokslai lemia tolesnę gydytojo veiklą. Tačiau paaiškėjo, kad dabar vien tik šių žinių neužtenka, todėl daugelyje šalių ruošiant gydytojus stengiamasi įtraukti į privalomų disciplinų sąrašą psichologiją, psichoterapiją ir psichiatriją. Kitaip tariant, siekiama, kad būsimųjų gydytojų pasaulėžiūrą formuotų tiek žmogaus kūno, tiek psichikos išmanymas.
2. Pagal tradiciją žmogus kreipiasi į gydytoją tik tuomet, kai jaučia fizinį negalavimą. Atsižvelgiant į tai liga ir gydoma. Be to, apie savo somatinę būklę kalbėti žymiai lengviau nei, pavyzdžiui, apie jausmus, kurie visada atspindi asmeninius išgyvenimus.
3. Mūsų amžius - technikos amžius. Labai svarbi tapo techninė aparatūra poliklinikų, ligoninių, institutų, klinikų darbe. O tai formuoja tiek gydytojų, tiek pačių ligonių mechaninį, techninį požiūrį į gydymą.
4. Laiko stoka, didelis darbo krūvis paprastai kliudo mums daugiau bendrauti su ligoniais, taikyti psichologinius metodus.
5. Gydytojų pažiūroms įtakos taip pat turi ir tradicija: jie ligonių nusiskundimus stengiasi išsiaiškinti ieškodami fizinių negalavimų ir mielai nustato organinius pakitimus. Psichiniai simptomai vertinami kaip mažiau reikšmingi nei somatiniai.
6. Kad medikas galėtų plačiai vartoti psichologiją praktikoje, būtina nuolat tobulėti psichologijos ir psichoterapijos srityje. O šito vis dar mums trūksta.

Kartais tik abipusis pasitikėjimas gali išgelbėti gyvybę pacientui, nes tik jam esant gydytojas gali padėti pacientui išgyti. Tikėjimas gydytoju yra labai svarbus medicinoje, nes vaistas – nuodas, kurį gydytojas gali paskirti pacientui ir taip nugalėti ligą (32).

Gydytojui dirbti pirmiausia padeda geras pasirengimas, bet svarbu ir asmenybės ypatybės. Gydytojo ir medicinos sesers orientaciją į psichologiją nepalankiai veikia ir įvairūs jų psichiniai sutrikimai, neišspręsti konfliktai, išgyvenimai. Paties gydytojo ar medicinos sesers asmenybės neurozinės ypatybės gali tapti jų susvetimėjimo, ligonių nesupratimo priežastimi. Didelę dalį gydytojų ir medicinos personalo profesionalumo

užima konfliktinių situacijų išvengimas ir jų išsprendimas. Pagrindiniai konfliktą sukėlę elementai yra šie (39):

- Baimė;
- Slapti kėsmai;
- Santykių neišsiaiškinimas;
- Poreikis įrodyti kaltinimų nepagrįstumą.

Pacientai kurie užleidę ligą kreipiasi į medikus dažniausia būna išsigandę, konfliktuoja, kaltina medikus, reikalauja išskirtinio dėmesio, siekia gauti stacionarines SP paslaugas.

Pacientas – pagrindinis SP paslaugų vartotojas, kuris atneša pelną ASPĮ, todėl norint pritraukti kuo daugiau pacientų įstaigos priverstos gerinti paslaugų kokybę. Augant konkurencijai reikia diegti naujas medicinines technologijas tyrimams, gydymui, didinti paciento pasitenkinimą, gerinti bendravimo kultūrą, informuoti ligonius, atsižvelgti į jų poreikius bei lūkesčius, siekiant pacientų ir jų artimųjų grįžimo esant paslaugų poreikiui. Visuose tyrimo, gydymo etapuose sprendimo teisę palikti pacientui, nes tik žmogus gali spręsti kaip elgtis su savo kūnu...

4 TYRIMO METODIKA IR MEDŽIAGA

Tauragės apskrities ligoninėje kasmet gydosi 5500-6000 pacientų. Norint nustatyti šiam tyrimui reikalingos imties dydį, pasirinktas 7 procentų tikslumas ir 95 procentų

patikimumas. Nustatant imties dydį naudotos Kardelio K. 2002 m. vadovėlyje pateiktos lentelės (42), kur imties tūris esant >5000 atvejų ir esant 7 procentų paklaidai yra 204 respondentai.

Anoniminė anketinė pacientų apklausa buvo atlikta 2005 sausio - kovo mėnesiais. Apklausoje dalyvavo 18 ir daugiau metų pacientai. Anketoje buvo 20 klausimų kurie buvo sugrupuoti šiais aspektais: demografiniai rodikliai, pacientų informavimu, žinių apie pacientų teises ir pareigas įvertinimu, teise pasirinkti gydymosi būdą, pasitikėjimo gydytoju, pasitenkinimu SP paslaugomis ir bendravimu su medicinos personalu. Pagal išsimokslinimą pacientai suskirstyti į tokias grupes;

- pacientai turintys pagrindinį (iki 9 klasių) išsimokslinimą;
- pacientai turintys vidurinį(profesinį) išsimokslinimą;
- pacientai turintys aukštesnįjį išsimokslinimą;
- pacientai turintys aukštąjį išsimokslinimą.

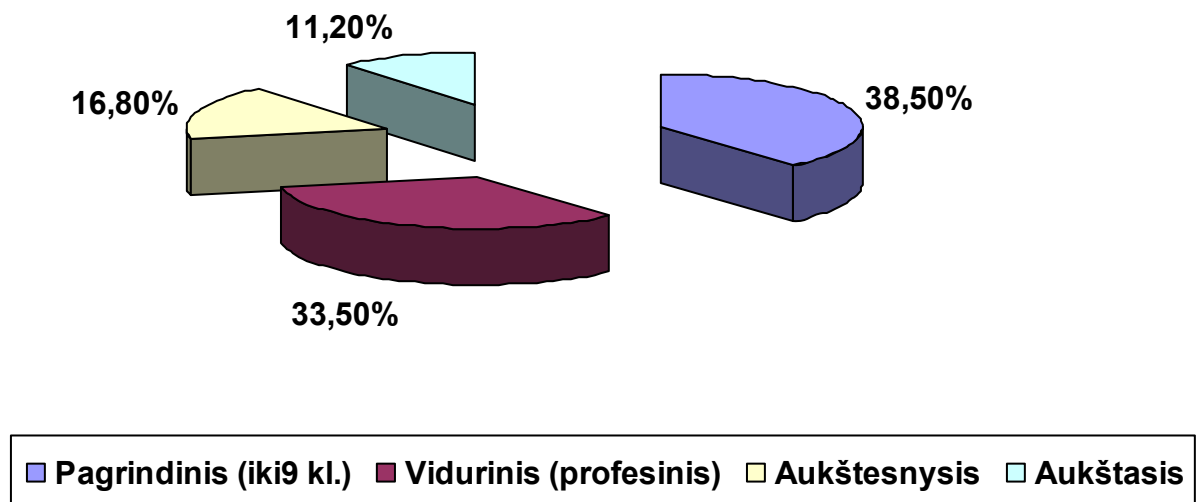
Pacientams buvo išdalinta 210 anketų, gauta užpildytų 183 anketos iš jų analizei tiko tinkamos 179. Atsakymų į anketos klausimus dažnis - 85 procentai.

Anketinės apklausos duomenų analizei naudota SPSS 10 versijos programa. Hipotezėms, kad požymiai tarpusavyje susiję tikrinti skaičiuotas chi kvadrato (χ^2) kriterijus. Statistinių hipotezių reikšmingumui įvertinti pasirinktas 95 procentų reikšmingumo lygmuo ($p < 0,05$ - reikšmingas, $p < 0,01$ - labai reikšmingas, $p < 0,001$ - ypatingai reikšmingas rezultatas).

Apklausa vykdyta terapiniame, nervų ligų, psichosomatiniame, chirurginiame, traumatologiniame skyriuose. Apklausa nevyko tik reanimacijos skyriuje ir akušeriniame – ginekologiniame skyriuje, kuris yra kitame pastate, kitame miesto gale. Skyrių vyr. slaugytojos įteikdavo anketas pacientams, kurie buvo ruošiami išleisti į namus ir paaiškindavo šios anketinės apklausos tikslus, paprašydavo jas užpildyti. Siekiant užtikrinti pacientų konfidencialumą, visos pačių pacientų užpildytos anketos buvo metamos į vieną specialią dėžę ligoninės priėmimo skyriuje

5 REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

Apklausoje dalyvavo 29,6 proc. vyrų ir 70,4 proc. moterų. Vyresnių negu 60 metų pacientų buvo 46,1 proc., o 31- 60 metų amžiaus pacientų buvo 48,3 procentai. Analizuojant duomenis amžiaus grupėse nustatyta, kad 18-30 metų amžiaus pacientų buvo tik 5,6 proc. (n=10), todėl ši grupė prijungta prie 18- 60 amžiaus grupės. Todėl detalesnė duomenų analizė atlikta 18-60 metų bei 61 metų ir vyresnių amžiaus grupėse. Tyrime dalyvavo 52,5 proc. miesto ir 47,5 proc. kaimo gyventojų. Analizuojant duomenis išsimokslinimo grupėse, buvo nustatyta, kad didžiausia dalis pacientų (40,8 proc.) buvo su pagrindiniu (iki 9 klasių) ir mažiausia - 11,8 proc. su aukštuoju išsimokslinimu(5.1 pav.). Vidurinį – profesinį išsilavinimą turėjo 29,6 proc. apklaustųjų, aukštesnįjį -17,8 proc. pacientų.

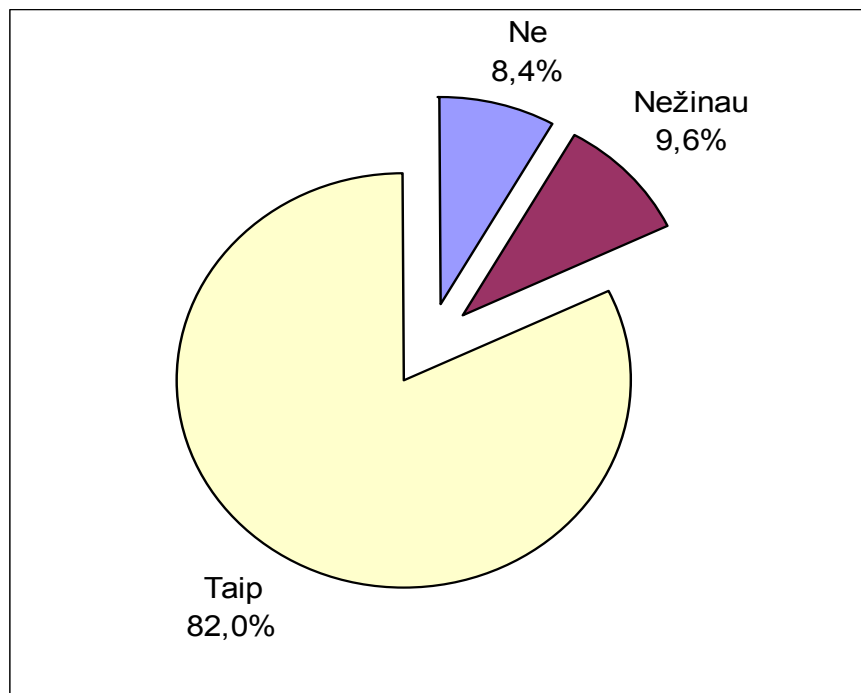


5.1 pav. Respondentų išsimokslinimas

5.1 Pacientų informavimas apie diagnozę, tyrimų planą, bei galimus gydymo metodus

2005 m. tyrimo atlikto Tauragės apskrities ligoninėje duomenimis, 93,3 proc. pacientų nurodė, kad jiems informacija apie ligą, diagnozę, galimus gydymo būdus yra reikalinga. Vyresnių negu 60 metų amžiaus pacientų grupėje net 95,1 proc. teigė, kad informacija apie ligą, diagnozę, galimus gydymo būdus yra reikalinga. 94,4 proc. moterų teigė, kad informacija apie ligą reikalinga, tuo tarpu 9,4 proc. vyrų manė, kad informacija apie ligą yra nereikalinga. Tiek miestiečiams, tiek kaimo vietovių pacientams informacija apie ligą, diagnostiką ir gydymą buvo vienodai svarbi (95,7 proc. ir 90,6 proc., $p>0,05$).

Informacijos apie savo ligą, gydymosi būdus, gydymosi eigą, tyrimo rezultatus, gydymosi pasekmes ir rezultatus dauguma (82 proc.) apklaustųjų teigė tokios informacijos gavę pakankamai ir tik 8,4 procentai nurodė, kad informacijos nebuvo pakankamai (5.1.1 pav.).



5.1.1 pav. Pacientų nuomonė ar gavo pakankamai informacijos.

82,7 proc. vyrų ir 81,7 proc. moterų atsakė, kad gavo pakankamą informaciją apie savo ligą, gydymosi būdus, gydymo eigą, tyrimo rezultatus, gydymo ar negydymo pasekmes ir rezultatus. Pacientų informuotumas amžiaus grupėse beveik nesiskyrė: 81,1 proc. pacientų 18-60 m. ir 82,9 proc. vyresnių nei 60 m. buvo pakankamai informuoti. Didžioji dalis (84,7

proc.) vidurinio išsimokslinimo pacientų teigia, kad gavo pakankamą informaciją apie savo ligą, gydymosi būdus, gydymosi eigą, tyrimo rezultatus, gydymosi pasekmes ir rezultatus, 13 proc. pagrindinio (iki 9 klasių) išsimokslinimo pacientų nežino, ar gavo pakankamą informaciją. 15 proc. aukštąjį išsimokslinimą turinčių respondentų nuomone, jie gavo nepakankamą informaciją apie savo ligą, gydymosi būdus, gydymosi eigą, tyrimo rezultatus, gydymosi pasekmes ir rezultatus. Šią informaciją teigia gavę 82,8 proc. miesto ir 81,2 proc. kaimo gyventojų.

Detalizuojant suteiktos informacijos gavimą ir paaiškinimą apie tyrimus ir procedūras tik 6,8 proc., pacientų nuomone, jos negavo. Taip teigia 89,9 proc. pagrindinio išsimokslinimo pacientų. Kaime gyvenantys pacientai tokią informaciją teigia gavę 93,5 proc., mieste - 92,8 proc.

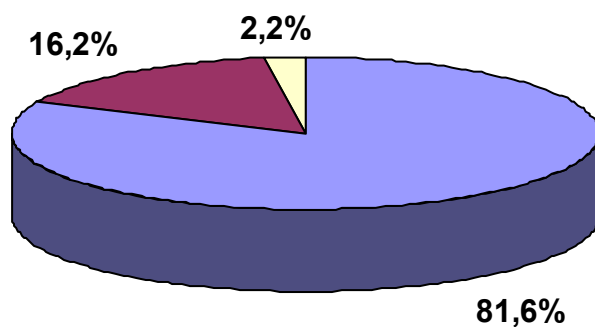
90,0 proc. aukštąjį išsimokslinimą turinčių ir 73,9 proc. pagrindinio išsimokslinimo pacientų teigia gavę informaciją apie gydymosi būdus ($p>0,05$). Amžiaus grupėse informaciją apie gydymosi būdus teigia gavę 18-60m – 80,6 proc. ir $>60m$. – 81,7 proc.

Informacija apie gydymosi trukmę buvo suteikta 81,8 proc. aukštąjį išsimokslinimą turinčių pacientų, tačiau ketvirtadalis (25,0 proc.) pacientų su aukštuoju išsimokslinimu teigė tokios informacijos negavę. Dauguma vyrų (86,8 proc.) bei moterų (79,7 proc.) teigia šią informaciją gavę, $p>0,05$.

Tyrimo rezultatai ir diagnozė buvo paaiškinti didžiajai daliai (81,8 proc.) pacientų. Pacientų nuomonė dėl jų informuotumo pagal amžių, lytį, išsimokslinimą, gyvenamąją vietą statistiškai reikšmingai nesiskyrė, nors didesnė dalis vyresnio amžiaus pacientų (96,3 proc.), lyginant su kitomis amžiaus grupėmis, teigė, kad gavo informaciją apie tyrimų rezultatus ir diagnozę, $p>0,05$.

Analizuojant, kas pacientams suteikė daugiausia informacijos, 92,7 proc. pacientų nurodė, jog informaciją apie ligą jiems suteikė medicinos personalas, ir tik 2,2 proc. teigė, jog jie buvo informuoti artimųjų, giminių.

Gydytojo kalba aiškinant bei teikiant informaciją apie ligą, gydymosi būdą, tyrimų rezultatus, gydymosi ir nesigydyimo pasekmes daugumai pacientų (81,8 proc.) buvo aiški ir suprantama (5.1.2 pav.).



■ Aiški ir suprantama ■ Nevisai aiški ir suprantama
■ Neaiški ir nesuprantama

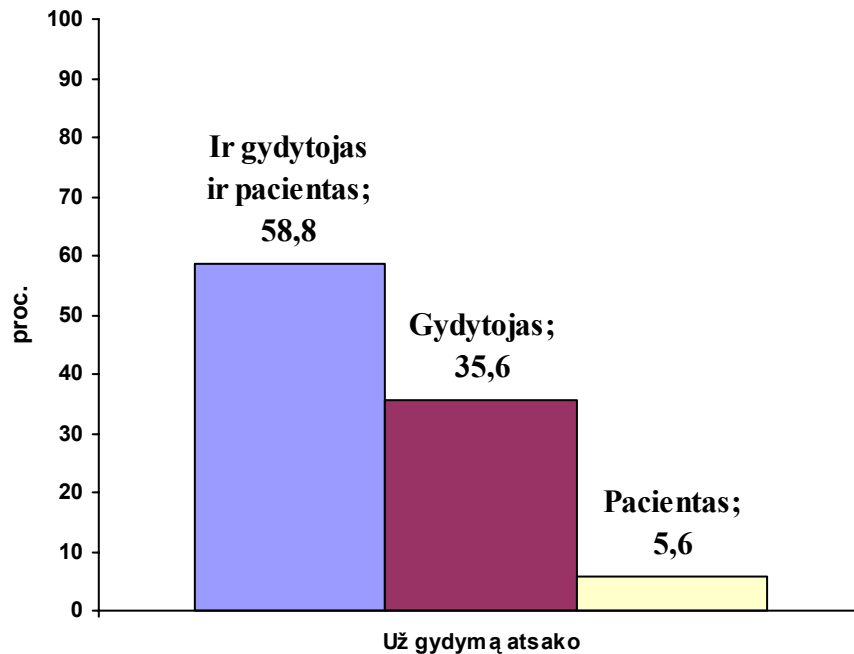
5.1.2 pav. Pacientų nuomonė apie informacijos aiškumą.

Labiausia gydytojų suteikiamą informaciją suprato aukštąjį išsimokslinimą turintys pacientai (100 proc.) ($p > 0,05$). Penktadaliui vyrų (22,6 proc.) gydytojo kalba teikiant informaciją apie ligą, gydymosi būdą, tyrimų rezultatus, gydymosi ir nesigydomo pasekmes bei rezultatus nebuvo visiškai aiški.

Apklaustieji daugiausia buvo patenkinti tuo, kaip jie buvo informuojami apie diagnozę, tyrimų planą bei galimus gydymo metodus. Dauguma pacientų teigė, kad informacija jiems reikalinga, ir šioje gydymo įstaigoje jos gavo pakankamai. Lyginant su kitais, anksčiau atliktais tyrimais, duomenys pacientų informavimo požiūriu panašūs.

5.2 Pacientų pasitenkinimas gautų paslaugų kokybe

Analizuojant pacientų nuomones apie savo teises ir pareigas matome, kad daugiau nei pusė respondentų (58,8 proc.) mano, jog už gydymą atsako gydytojas ir pacientas, o tik gydytojas -35,6 proc. (5.2.1 pav.)



5.2.1 pav. Pacientų nuomonė apie atsakingumą už gydymą.

Trečdalis moterų (34,4 proc.) ir vyrų (38,5 proc.) mano, kad už gydymą atsako gydytojas. Daugiau kaip pusės moterų (60,0 proc.) ir vyrų (55,8 proc.) nuomone, už gydymą atsako gydytojas ir pacientas. Vyresnio amžiaus (>60m.) pacientų nuomonės pasiskirstė: 40,2 proc. mano, kad už gydymą atsako tik gydytojas, 54,9 proc. mano, kad už gydymą atsako gydytojas ir pacientas, tik 4,9 proc. mano, kad atsakingas tik pacientas. 61,7 proc. 18-60 metų amžiaus pacientų nuomone, už gydymą atsakingi abu (gydytojas ir pacientas). Pagal gyvenamąją vietą nuomonės apie atsakingumą statistiškai patikimai nesiskyrė. 40,0 proc. kaimo ir 31,2 proc. miesto gyventojų nuomone, už gydymą atsako gydytojas, o kad atsako pacientas, teigė 4,3proc. miesto ir 7,1 proc. kaimo gyventojų. 46,4 proc. pagrindinio(iki 9kl.) išsimokslinimo respondentų teigė, kad už gydymą atsako gydytojas. 10,2 proc. Respondentų, turinčių vidurinį(profesinį) išsimokslinimą teigė, kad už gydymą atsako pacientas. 78,9 proc. aukštąjį išsimokslinimą turinčių apklaustųjų teigė, kad už gydymą atsako gydytojas ir pacientas (5.2.1 lentelė).

5.2.1 lentelė. Pacientų nuomonės pasiskirstymas pagal išsimokslinimą į klausimą, kas atsakingas už gydymą

	Išsimokslinimas
--	-----------------

Už gydymą atsako	Pagrindinis (iki 9 klasių)	Vidurinis (profesinis)	Aukštesnysis	Aukštasis
Gydytojas (%)	46,4	35,6	23,3	15,8
Pacientas (%)	2,9	10,2	3,4	5,3
Gydytojas ir pacientas (%)	50,7	54,2	73,3	78,9

($\chi^2 = 20,171$, lls = 9, $p < 0,05$)

Pacientų nuomone, galimybę pasirinkti gydymosi būdą turėjo 55,3 proc. visų pacientų, 20,7 proc. pacientų nežino, ar galėjo pasirinkti gydymosi būdą. 57,9 proc. moterų nuomone, tokią galimybę turėjo, o 26,4 proc. vyrų nuomone, šios galimybės neturėjo. Vertinant amžiaus grupes, statistiškai patikimai galima teigti, kad daugiau 18 – 60 metų amžiaus pacientų turėjo galimybę pasirinkti gydymosi būdą (5.2.2 lentelė).

5.2.2 lentelė. Gydymosi būdo pasirinkimo galimybė pagal amžių.

	Amžius	
Ar turėjote galimybę rinktis gydymosi būdą?	18 – 60 metų	> 60 metų
Taip (%)	58,3	51,2
Ne (%)	19,8	29,3
Nežinau (%)	21,9	19,5

($\chi^2 = 13,041$, lls = 4, $p = 0,01$)

75 proc. aukštąjį išsimokslinimą turinčių pacientų turėjo galimybę pasirinkti gydymosi būdą, mažiausią galimybę (46,4 proc.), pacientų nuomone, turėjo pagrindinio (iki 9 kl.) pacientai ($p > 0,05$).

Dauguma pacientų (83,3 proc.) visiškai pasitikėjo savo gydytoju, nepilnai pasitikėjo

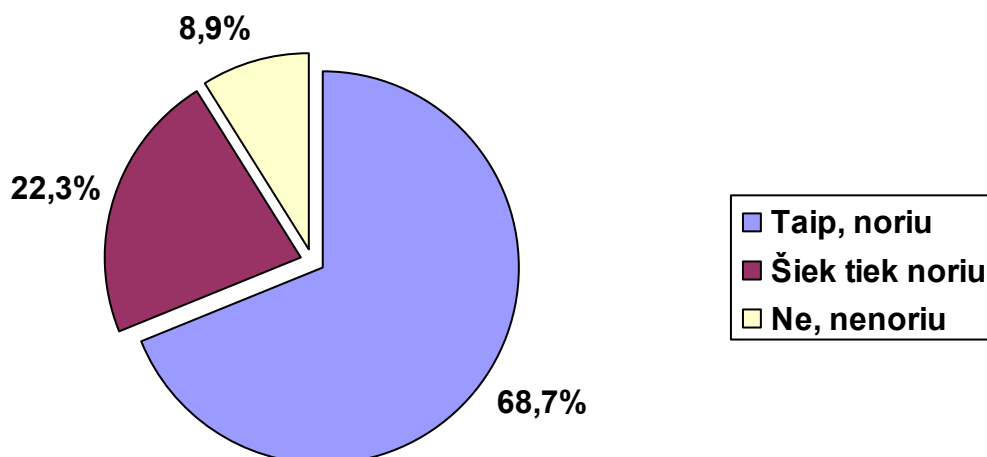
13,4 proc. apklaustųjų. Daugiau aukštąjį(90,0 proc.) ir pradinį(89,9 proc.) išsimokslinimą turinčių pacientų teigė visiškai pasitikintys savo gydytoju. Penktadalis vidurinio (16,7 proc.) ir aukštesniojo (20,0 proc.) išsimokslinimo pacientų nepilnai pasitikėjo gydytoju. Vertinant amžiaus grupes, statistiškai patikimai, visiškai pasitikėjo gydytoju vyresnio amžiaus (>60 m.) pacientai (5.2.3 lentelė).

5.2.3 lentelė. Pacientų pasitikėjimas gydytojais amžiaus grupėse

	Amžius	
Ar pasitikite savo gydytoju?	18 – 60 metų	> 60 metų
Visiškai pasitikiu (%)	75,0	93,9
Nepilnai pasitikiu (%)	19,8	6,1
Ne, nepasitikiu (%)	5,2	0

($\chi^2 = 13,256$, lls = 4, p = 0,01)

Gydymo taktikos pasirinkimą dauguma (68,7 proc.) pacientų visiškai patikėtu gydytojui (5.2.2 pav.).



5.2.2 pav. Gydyimo taktikos pasirinkimo patikėjimas gydytojui

Dauguma (78,8 proc.) kaimo gyventojų norėtų, kad gydytojai savarankiškai nuspręstų apie gydymo taktiką. 29,8 proc. miesto gyventojų norėtų, kad gydytojas šiek tiek nuspręstų gydymo taktikos parinkimą ir 10,6 proc. nenorėtų, kad gydytojas spręstų gydymo taktiką. $p < 0,05$

Didžioji dalis vyresnio amžiaus pacientų (89,0 proc.) norėtų, kad gydymo taktiką parinktu gydytojas, 15,6 proc. 18-60 m. amžiaus pacientų nenori, kad gydytojas savarankiškai nuspręstų gydymo taktikos parinkimą. $p < 0,001$

Pagal išsilavinimą 70,0 proc. – aukštojo ir 85,5 proc. – pagrindinio išsilavinimo respondentai norėtų, kad gydytojas savarankiškai nuspręstų gydymo taktikos parinkimą. Tokio sprendimo dėl gydymo taktikos nenorėtų 20,0 proc. aukštesniojo ir 25,0 proc. aukštojo išsilavinimo pacientų (5.2.4 lentelė).

5.2.4 lentelė. Gydyimo taktikos parinkimo atidavimas gydytojui

Ar norite, kad gydytojas savarankiškai nuspestų gydymo taktikos pasirinkimą?	Išsilavinimas			
	Pagrindinis (iki 9 klasių)	Vidurinis (profesinis)	Aukštesnysis	Aukštasis
Taip, noriu (%)	85,5	60,0	46,7	70,0
Šiek tiek noriu (%)	13,0	33,3	33,3	5,0
Ne, nenoriu (%)	1,4	6,7	20,0	25,0

($\chi^2 = 30,404$, lls = 6, $p < 0,001$)

Dauguma (88,3 proc.) pacientų patenkinti suteiktomis SP paslaugomis (tyrimais, gydymu). 92,8 proc. pagrindinį išsimokslinimą turinčių respondentų nuomone, suteiktomis paslaugomis jie patenkinti, 93,9 proc. vyresnio amžiaus ligonių nurodė, kad paslaugomis patenkinti ($p > 0,05$)

78,2 proc. pacientų besigydžiusių Tauragės AL nepageidautu gydytis kitoje gydymo įstaigoje, 23,8 proc. moterų norėtų gydytis kitoje gydymo įstaigoje. 82,4 proc. kaime gyvenančių pacientų nenorėtų gydytis kitoje gydymo įstaigoje, 25,5 proc. mieste gyvenančių pacientų pageidautų gydytis kitoje gydymo įstaigoje ($p > 0,05$).

90,5 proc. pacientų besigydžiusių Tauragės AL rekomenduotų šią gydymo įstaigą savo artimam žmogui. Didesnė dalis vyrų (94,3 proc.) ir moterų (88,9 proc.) rekomenduotu artimiesiems gydytis šioje gydymo įstaigoje. ($p > 0,05$).

Pacientų pasitenkinimą gautų paslaugų kokybe galima vertinti gerai, nes dauguma pacientų (83,3 proc.) pasitiki savo gydytoju, nori, kad jis parinktu gydymo taktiką (68,7 proc.). Pacientai, suprasdami, kad už gydymą atsako ir gydytojas, ir pacientas, gali objektyviau vertinti gydytojų darbą ir SP paslaugas. Aukštąjį ir pradinį išsimokslinimą turintys pacientai geriau vertina paslaugas.

Vyresnio amžiaus žmonės labiau pasitiki gydytojais (93,9 proc.), jiems patiki gydymo taktikos parinkimą (89,0 proc.), yra labiau patenkinti suteiktomis sveikatos priežiūros

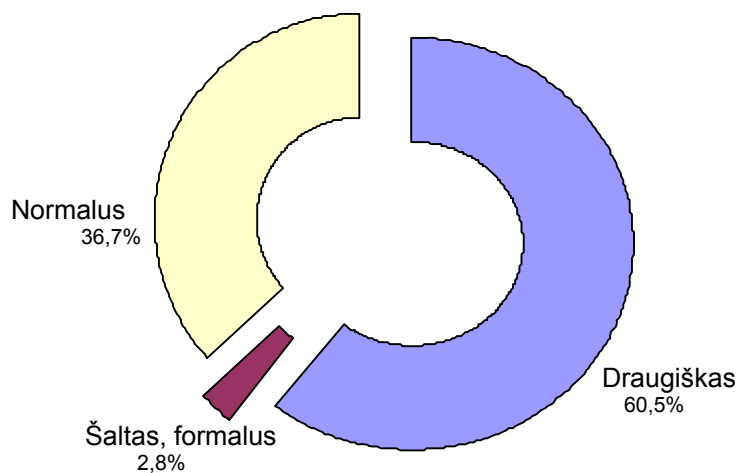
paslaugomis (93,9 proc.).

Didžioji dalis (78,2 proc.) pacientų nenorėtų gydytis kitose gydymo įstaigose, o ja rekomenduotu artimam žmogui (90,5 proc.) Paciento požiūriu rekomenduojama įstaiga turi tenkinti paciento poreikius bei lūkesčius.

5.3 Pacientų ir personalo bendravimo kokybė

86,0 proc. pacientų jautė pagarbą savo asmeniui priimamajame, stacionare – 94,4 proc. Pacientai su pagrindiniu išsimokslinimu (iki 9 kl.) pagarbą savo asmeniui nurodė jautę - 97,1%.

Daugiau kaip pusei apklaustųjų (60,5 proc.) bendravimas su personalu buvo draugiškas, trečdaliui (36,7 proc.) normalus (5.3.1 pav.).



5.3.1 pav. **Personalo bendravimas su pacientais**

Bendravimas su personalu, pacientu nuomone, buvo šiltas, draugiškas (nurodė 63,7 proc. moterų ir 52,8 proc. – vyrų). Amžiaus grupėse šiltą, draugišką bendravimą nurodė 69,5 proc. vyresnio amžiaus pacientų (5.3.1 lentelė).

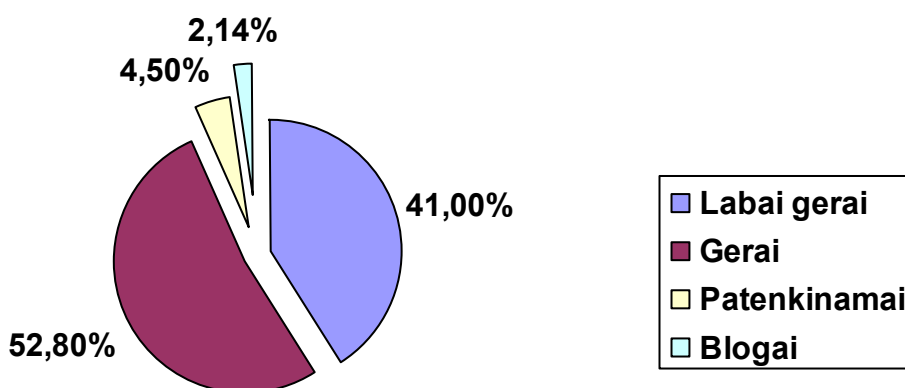
5.3.1 lentelė. **Personalo bendravimas su pacientais**

	Amžius	
Koks buvo bendravimas su jumis?	18 – 60 metų	> 60 metų
Šiltas - draugiškas (%)	52,1	69,5
Šaltas - formalus (%)	5,3	0
Normalus (%)	42,6	30,5

($\chi^2 = 11,283$, lls = 4, $p < 0,05$)

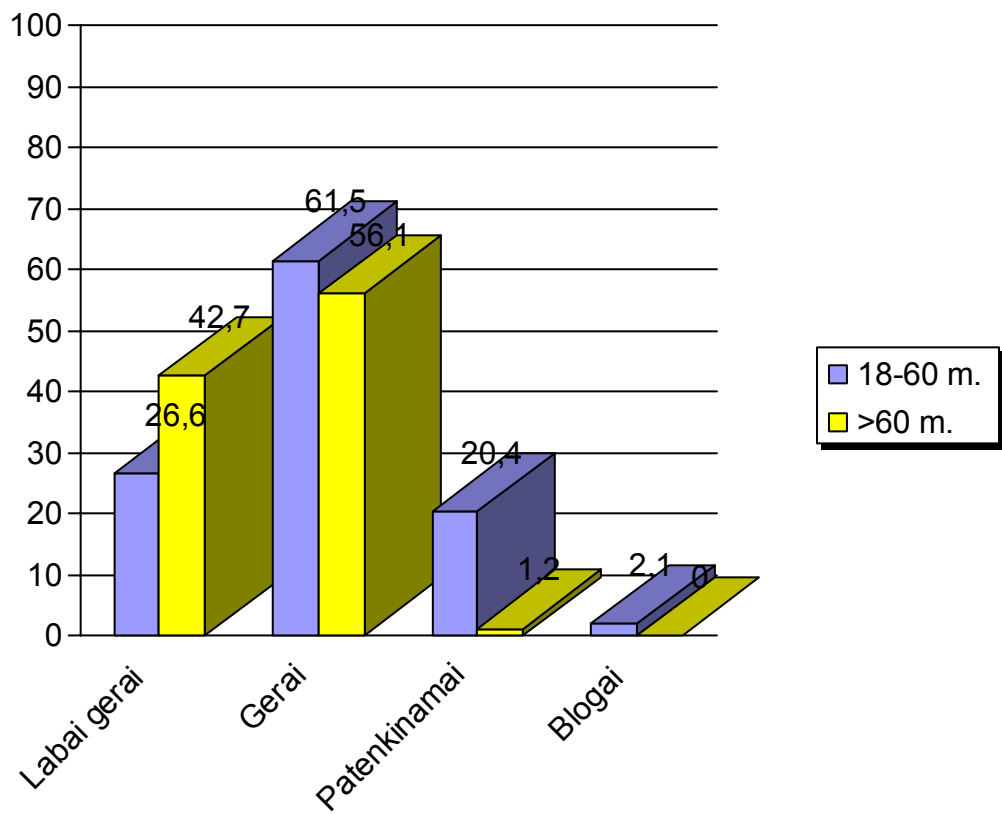
Personalo dėmesingumas, domėjimasis paciento problemomis, pacientų nuomone, buvo geras, 78,1 proc. pacientų jautė dėmesį, domėjimąsi jų problemomis. Amžiaus grupėse nuomonės skyrėsi nedaug. 18-60m. amžiaus grupėje 9,3 proc. mano, kad personalas nesidomėjo jų problemomis ir nebuvo dėmesingas ($p > 0,05$). Daugiau moterų (80,2 proc.), nei vyrų (73,1 proc.), teigia, kad personalas buvo dėmesingas, domėjosi jų problemomis ($p > 0,05$).

Slaugos personalo darbą pacientai įvertino taip: 41,0 proc.- labai gerai, 52,8 proc. – gera (5.3.2 pav.) ($p > 0,05$). Amžiaus grupėse, statistiškai patikimai, duomenys nesiskyrė, ir darbas vertintas gerai.



5.3.2 pav. Slaugytojų darbo įvertinimas pacientų požiūriu ($p > 0,05$).

Pacientai gydytojų darbą įvertino gerai (61,5 proc.), labai gerai 26,0 proc. (5.3.3 pav.).



5.3.3 pav. Gydytojų darbo įvertinimas pacientų požiūriu

($\chi^2 = 21,3$, lls = 6, $p = 0,002$)

Pacientų bendravimo kokybė pagal analizuotus anketinius duomenis gera. Didesnė dalis vyresnio amžiaus pacientų jautė draugišką šiltą bendravimą, dėmesį, domėjimąsi jų problemomis. Dauguma pacientų gydytų Tauragės AL kaip ir kitose Lietuvos SSL tinklo ligoninėse apie slaugytojų ir gydytojų darbą, elgesį atsiliepė teigiamai atitinkamai 96,1 ir 95,5 proc. (Tauragės AL pacientai gydytojų darbą įvertino gerai 61,5 proc., labai gerai 26,0 proc.) (40). Dauguma (88,3 proc.) Tauragės AL pacientų patenkinti suteiktomis SP paslaugomis (tyrimais, gydymu), lyginant su Kauno II klinikinės ligoninės pacientų pasitenkinimo tyrimo rezultatais kur taip pat didžioji dalis pacientų yra patenkinti teikiamomis paslaugomis. 87,4% Kauno II klinikinės ligoninės pacientų, esant reikalui, norėtų atsigulti į tą pačią ligoninę (41). Tauragės AL didžioji dalis

(78,2 proc.) pacientų nenorėtų gydytis kitose gydymo įstaigose, o joje gydytis rekomenduotu (90,5 proc.) pacientų. Pacientų poreikio tenkinimo kokybės įvertinimas

vykdytas 1999 m. Kauno medicinos universiteto klinikose parodė, kad dauguma pacientų yra patenkinti teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis. Kitą kartą šią gydymo įstaigą vėl pasirinktų 91% respondentų (15).

6 IŠVADOS

1. Apklaustieji daugiausia buvo patenkinti informuotumu apie diagnozę, tyrimų planą bei galimus gydymo metodus. Dauguma pacientų teigė, kad informacija jiems reikalinga (93,3 proc.), ir šioje gydymo įstaigoje jos gavo pakankamai. Lyginant su kitais, anksčiau atliktais tyrimais, duomenys pacientų informavimo požiūriu panašūs.

2. Pacientų pasitenkinimą gautų paslaugų kokybe galima vertinti gerai, nes dauguma pacientų (83,3 proc.) pasitiki savo gydytoju, nori, kad jis parinktu gydymo taktiką (68,7 proc.). Aukštąjį ir pradinį išsimokslinimą turintys pacientai geriau vertina paslaugas. Vyresnio amžiaus žmonės labiau pasitiki gydytojais (93,9 proc.), jiems patiki gydymo taktikos parinkimą (89,0 proc.), yra labiau patenkinti suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis (93,9 proc.). Didžioji dalis (78,2 proc.) pacientų nenorėtų gydytis kitose gydymo įstaigose, o ją rekomenduotu artimam žmogui (90,5 proc.). Paciento požiūriu rekomenduojama įstaiga tenkina paciento poreikius bei lūkesčius.

3. 92,7 proc. pacientų gydytojų darbą įvertino gerai ar labai gerai, 7,2 proc. - patenkinamai ar blogai. Didžioji dalis pacientų priėmimo skyriuje (83,2 proc.) ir stacionare (94,4 proc.) jautė pagarbą savo asmeniui, daugiau nei pusė pacientų jautė draugišką, šiltą bendravimą, domėjimąsi jų problemomis.

7 PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

1. Siekiant didesnio pacientų pasitenkinimo būtina pacientus informuoti apie ligų prevenciją, dalyvavimo gydyme svarbą, pasitelkiant televiziją, žiniasklaidą ir kitas informavimo priemones.
2. Norint didinti pacientų pasitenkinimą parenkant tinkamiausią gydymo būdą, reikia atsižvelgti į paciento nuomonę, poreikius, lūkesčius.
3. Suteikiant daugiau informacijos apie gydymo įstaigoje atliekamas paslaugas, tyrimus, procedūras, galimus gydymo būdus, pacientai labiau norėtų rinktis šią gydymo įstaigą.

8 LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programa LR SAM 2004 09 14 Nr. V-642 Vilnius
2. Edvardsson B. Thommasson B. Ovretveit J. Quality of Service. University Press Cambridge, 1994
3. Bagdonas E., Bagdonienė L. Administravimo principai Kaunas, Technologija 2000
4. Engelhardt D. V.. Praktinės medicinos etika. Vilnius, 1997
5. Ovretveit J. *Evaluating Health Interventions*. Open University Press, Philadelphia, 1998
6. Mason J. K., McCall Smith R. A. Law and medical ethics (4th ed.). - London, Dublin, Edinburgh, 1994.
7. Vasiljevienė N. Verslo etika ir elgesio kodeksai. Kaunas, 2000, p-472
8. Bažanskienė V., Morkūnienė P. Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programa (projektas) Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. 1998, Nr.5. p-511-523
9. European health care reforms. Citizen's Choice and Patients Rights. WHO, Copenhagen, 1997.
10. Misevičienė I., Milašauskienė Ž. Visuomenės sveikatos stiprinimo integracija į sveikatos priežiūros sistemą: Sveikatą stiprinančios ligoninės. Visuomenės sveikatos mokslas ir studijos: Atsakas į laikmečio iššūkius Kaunas KMU, 2004, p.153-161
11. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. Valstybės žinios. 2004 Nr.115-4284.
12. Barczyk C. C. Visuotinės kokybės vadyba (teorinis požiūris). Vilnius, 1999.
13. Urbanskienė R., Coltley B., Jakštys J. Vartotojų elgsena. Kaunas, Technologija 2000
14. Jucevičienė P. Organizacijos elgsena. Kaunas: Technologija, 1996
15. Sakalauskaitė R. Pacientų poreikių tenkinimo kokybės įvertinimas Kauno medicinos universiteto klinikose. Magistro tezės. Kaunas, KMU, 1999.
16. Ovretveit J. Health Service Quality: An Introduction to Quality Methods For Health Services 1996
17. Liubarskienė Z. Gydytojo etikos principai. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas, Vilnius, II, Nr.6, 1998.
18. Janušonis V. Medicinos pagalbos kokybė ir valdymas. Gydytojui praktikai. Vilnius, 1990

19. Dahlgren G., Whitehead M. Policies and strategies to promote equity in health. WHO, Copenhagen, 1992
20. Whitehead M. The Concepts and Principles of Equity and Health. WHO, Copenhagen, 1990
21. Sveikata 21 Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione LR SAM
22. Kilius V., Liubarskienė Z. Paciento informuotumo problema. Medicina, 1996, 32/7 p.688-692
23. Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija. Valstybės žinios 1994 08 17 Nr. 63-1231
24. Lietuvos sveikatos programa 1997-2010 LR SAM
25. Lietuvos Respublikos Konstitucija Valstybės žinios. 1992 Nr.33-1014
26. Dėl lokalaus medicininio audito nuostatų. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos įsakymas. 1998 10 06. Nr.571. Valstybės žinios 1998 10 09 Nr. 897.
27. Kreps G. L. Thornton B. C. Health Communication theory & practice 1992 p-233
28. Veatch R. M. Medical ethics Boston-London-Singapore, 1997, - P. 185-209.
29. Rogers A., de Bousingen D.D. Bioetika Europoje/ Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencija 1996 11 19 Vilnius, 2000
30. Garrett T. M., Baillie H. W., Garrett R. M. Health care ethics: principles and problems. New Jersey, 1993
31. Razgauskas E. Etika pirminėje sveikatos priežiūroje Šeimos medicinos pagrindai, Kaunas 2003
32. Elstein N.V Dialog o medicine Tallin 1986
33. Mappes T. A., DeGrazia D. Biomedical Ethics. New York, 1996
34. Rogers A., D.D. de Bousingen Bioetika Europoje Vilnius, 2000
35. Hipokrato priesaika.
<http://library.kmu.lt/sveikata/pagalb/hipokrat.htm#Hipokrato%20priesaika>
36. Engelhardt D. V. Hipokrato priesaika. Praktinės medicinos etika. Vilnius, 1997,
37. Lietuvos Respublikos Civilinis kodeksas. Valstybės žinios. 2000, Nr. 74-2262.
38. Hardis I. Gydytojas, medicinos sesuo, ligonis: Darbo su ligoniais psichologija. Vilnius: Mokslas 1988.-221 p.
39. Edelman J. Crain B. M. Derybų kelias. Margi raštai Vilnius 1997
40. Misevičienė I, Milašauskienė Ž. Pacientų pasitenkinimas ligoninės medicinos personalo darbu. Medicina (Kaunas) 2002;38(5):559-65.

41. Vekterienė R. Stacionarizuotų pacientų pasitenkinimo tyrimo metodiniai principai. Pacientų pasitenkinimo įvertinimas Kauno m. II-oje klinikinėje ligoninėje. Magistro tezės. Kaunas, KMU, 2000.-71 p
42. Kardelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Kaunas: Judex 2002

9 PRIEDAI

1. Anketa
2. Paveikslai

Tyrimo tikslas - išsiaiškinti pacientų pasitenkinimą teikiamomis stacionarinėmis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis, skatint jų tobulinimą.

Kauno Medicinos Universiteto visuomenės sveikatos vadybos magistrantas Saulius Jančys.

1. Jūsų lytis?

☐ vyras

☐ moteris

2. Jūsų amžius?

☐ 18-30m

☐ 31-60m

☐ >60

3. Jūsų išsimokslinimas?

☐ pagrindinis (iki 9 klasių)

☐ vidurinis, (profesinis)

☐ aukštesnysis

☐ aukštasis

4. Jūsų gyvenamoji vieta?

☐ miestas

☐ kaimas

5. Ar Jums reikalinga informacija apie Jūsų ligą ir jos gydymą?

☐ taip, reikalinga

☐ ne, nereikalinga

6. Ką žinote apie pacientų teises, kurias garantuoja LR įstatymai?

☐ už gydymą atsako gydytojas

☐ už gydymą atsako pacientas

☐ už gydymą atsako ir pacientas ir gydytojas

7. Ar gavote pakankamą informaciją apie savo ligą, gydymosi būdus, gydymosi eigą, tyrimų rezultatus, gydymosi pasekmes ir rezultatus?

☐ taip

☐ ne

☐ nežinau

8. Ar Jums buvo suteikta ir paaiškinta informacija?

apie numatomus tyrimus ir procedūras

Taip

Ne

apie gydymosi būdus

☐

☐

apie gydymosi trukmę

☐

☐

apie tyrimų rezultatus ir diagnozę

☐

☐

9. Kas Jums suteikė daugiausiai informacijos apie Jūsų ligą, gydymosi būdus?

☐ gydantis gydytojas, medicinos personalas

☐ artimieji, giminės

☐ atsitiktinai iš kitur

10. Ar gydytojo kalba aiškinant bei teikiant informaciją apie ligą, gydymosi būdą, tyrimų rezultatus, gydymosi ir nesigydyimo pasekmes ir rezultatus Jums buvo aiški ir suprantama?

☐ taip, aiški ir suprantama

☐ nevisai aiški ir suprantama

☐ ne, neaiški ir nesuprantama

11. Ar Jūs turėjote galimybę rinktis gydymosi būdą?

ﻓﺎ ﺗﺎﻳﭗ
ﻓﺎ ﻧﻪ
ﻓﺎ ﻧﻪﺯﻳﻨﺎﯞ

12. Ar Jūs visiškai pasitikite savo gydytoju?

- ☐ taip, visiškai pasitikiu
☐ nepilnai pasitikiu
☐ ne, nepasitikiu

13. Ar norite, kad gydytojas savarankiškai nuspręstų gydymo taktikos pasirinkimą?

- ☐ taip, noriu
☐ šiek tiek noriu
☐ ne, nenoriu

14. Ar jautėte pagarbą savo asmeniui, bendraudami su personalu?

	Taip	Iš dalies	Ne
Priimamajame	☐	☐	☐
Stacionare	☐	☐	☐

15. Koks buvo personalo bendravimas su Jumis?

- ☐ šiltas - draugiškas
☐ šaltas- formalus
☐ normalus

16. Ar Jus aptarnaujantis personalas domėjosi jūsų problemomis, buvo dėmesingas?

- ☐ taip
☐ ne
☐ nežinau

17. Ar esate patenkinta(s) Jums suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis (tyrimais, gydymu)?

- ☐ taip
☐ nelabai
☐ ne

18. Kaip įvertintumėte medikų darbą:

Gydytojų:

- ☐ labai gerai
☐ gerai
☐ patenkinamai
☐ blogai

Slaugos personalo:

- ☐ labai gerai
☐ gerai
☐ patenkinamai
☐ blogai

19. Ar pageidautumėte gydytis kitoje gydymo įstaigoje?

- ☐ Taip(kodėl?.....)
☐ Ne(kodėl?.....)

20. Ar rekomenduotumėte savo gydymo įstaigą artimam žmogui:

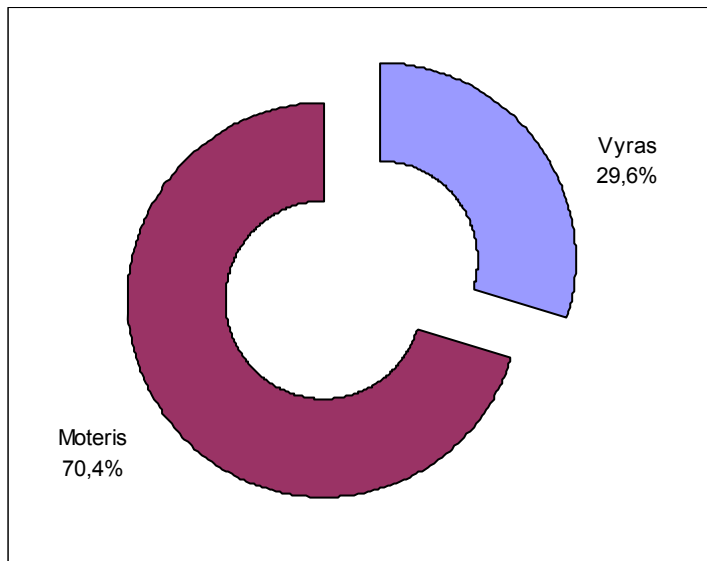
- ☐ Taip(kodėl?.....)
☐ Ne(kodėl?.....)

Ačiū už sugaištą laiką

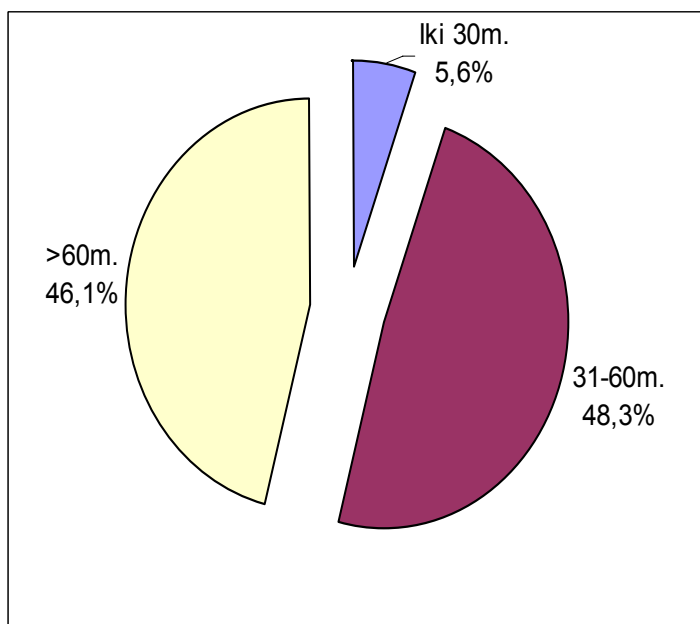
Atsakymų į anketas paveikslėliai.

Gauti anketinių duomenų rezultatai :

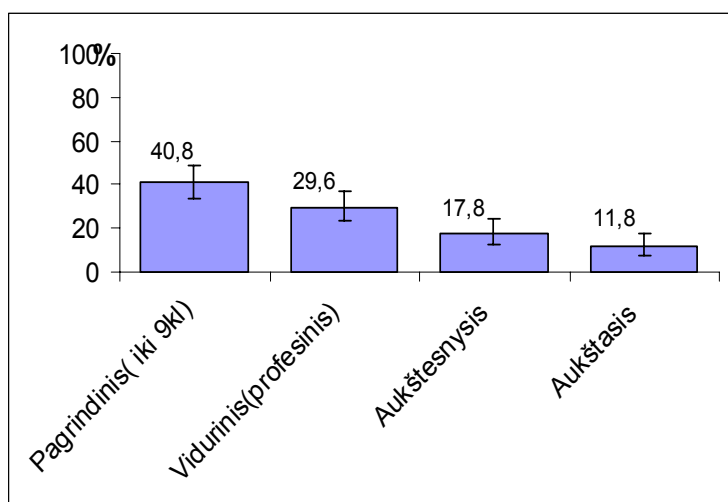
1. Pasiskirstymas pagal lytį .



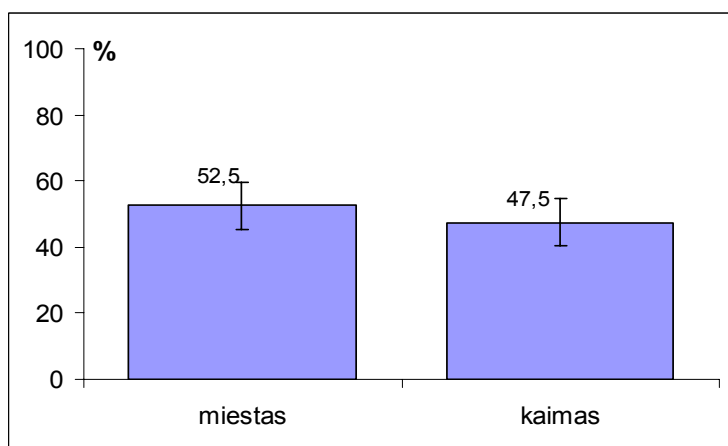
2. Pagal amžių



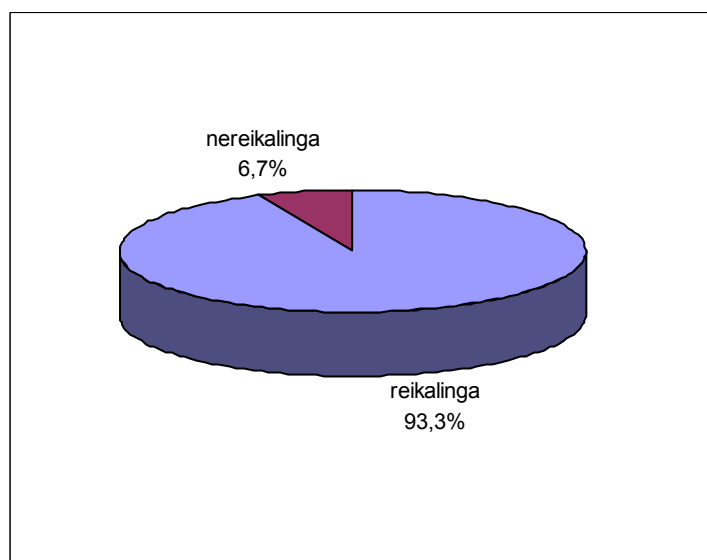
3. Išsimokslinimas



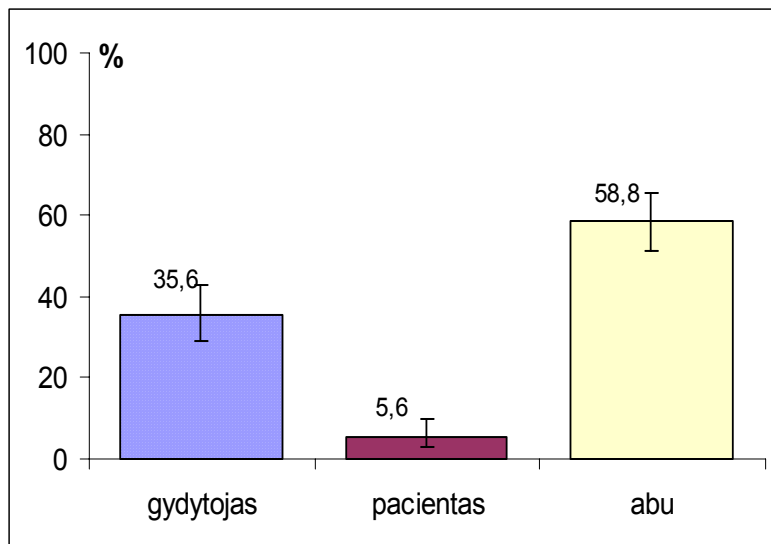
4. Gyvenamoji vieta



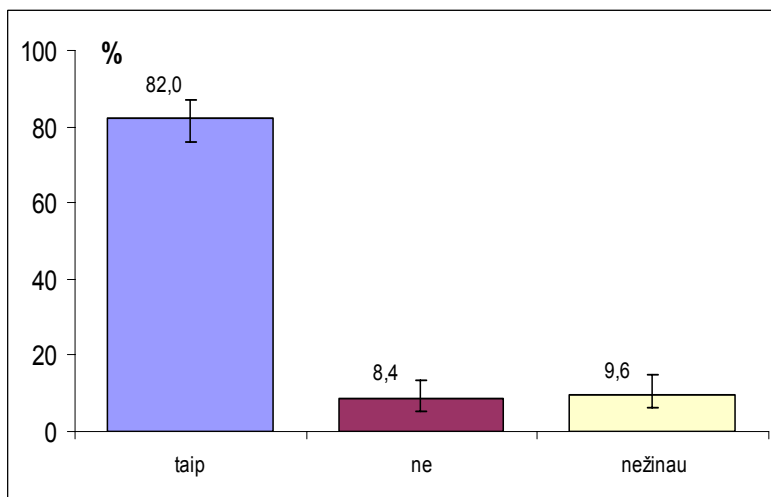
5. Informacijos reikalingumas



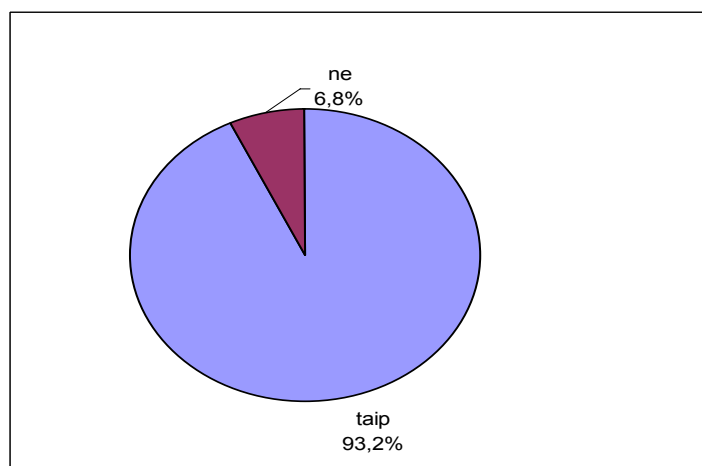
6. Už gydymą atsako



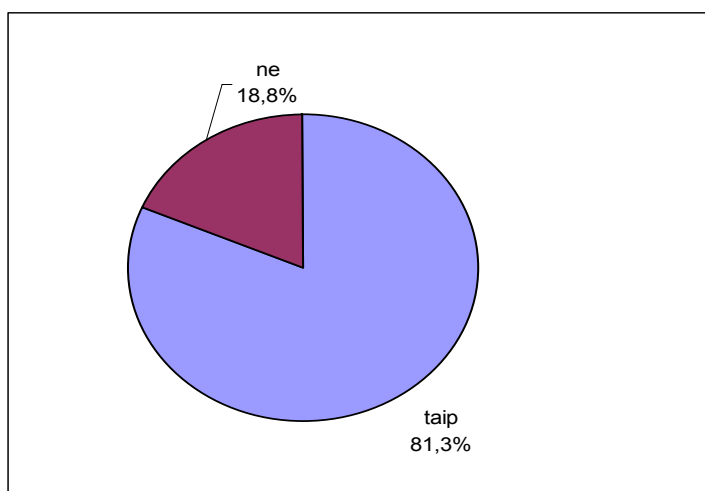
7. Pacientai informacijos gavo pakankamai



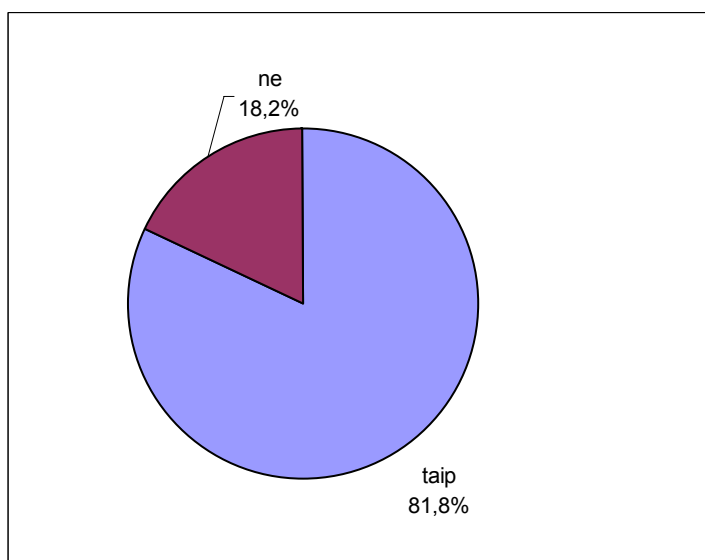
8.1 Ar jums buvo suteikta informacija apie tyrimus ir procedūras



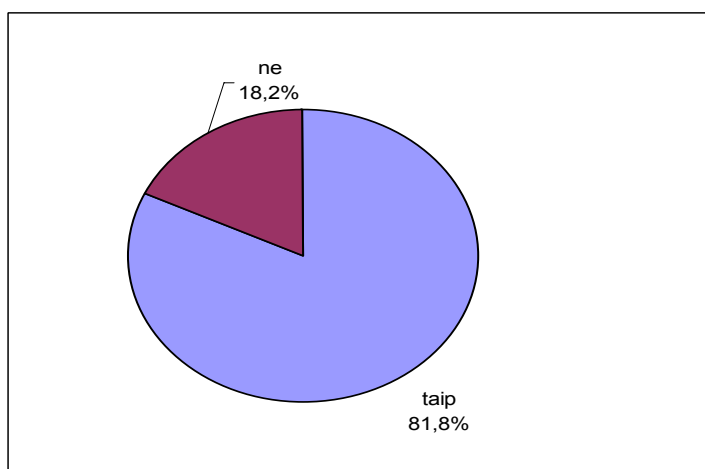
8.2 Gydymosi būdus



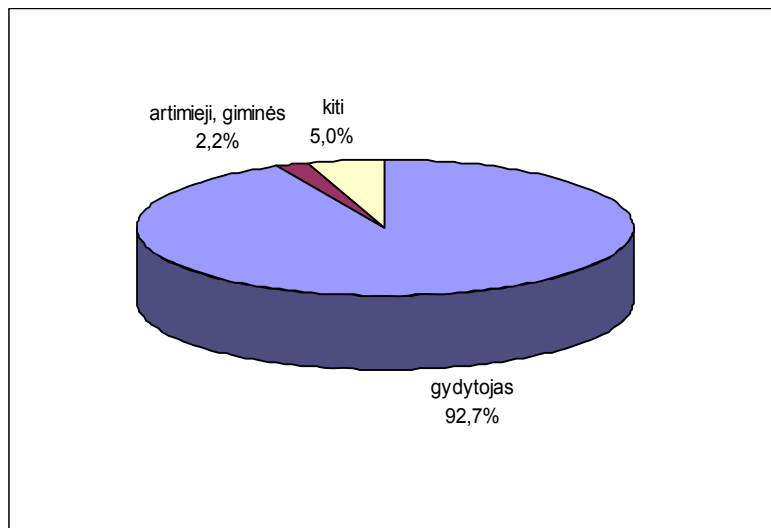
8.3 Gydymosi trukmė



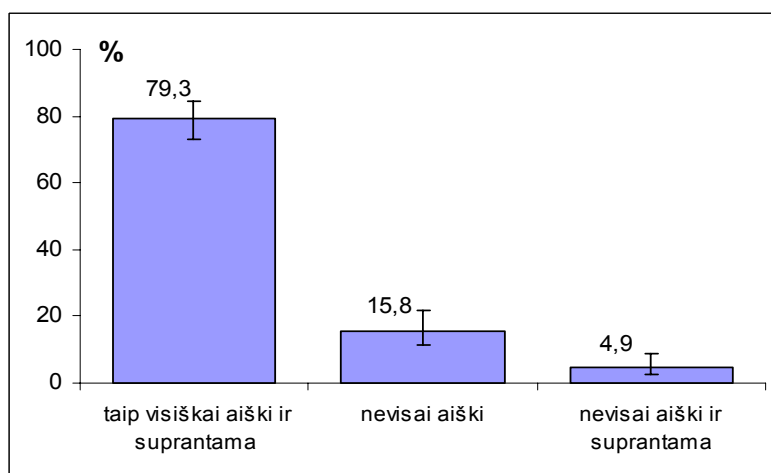
8.4 Tyrimo rezultatus diagnozė



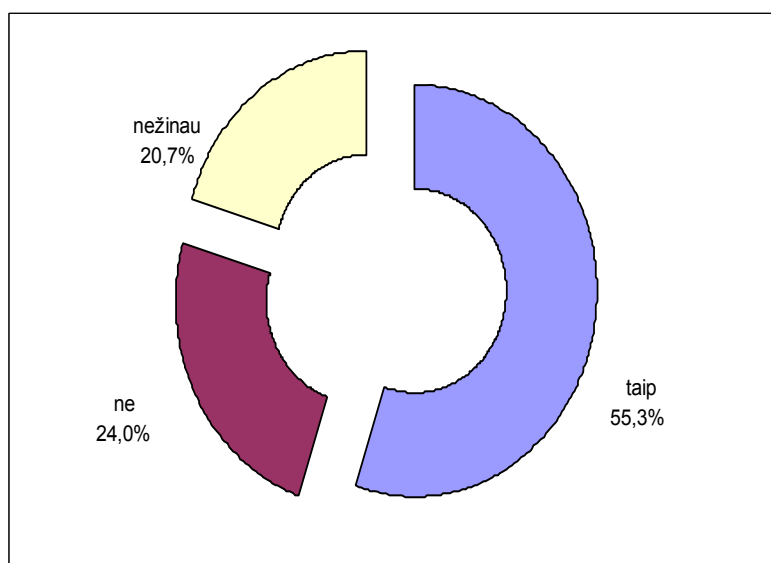
9. Kas suteikė daugiausia informacijos



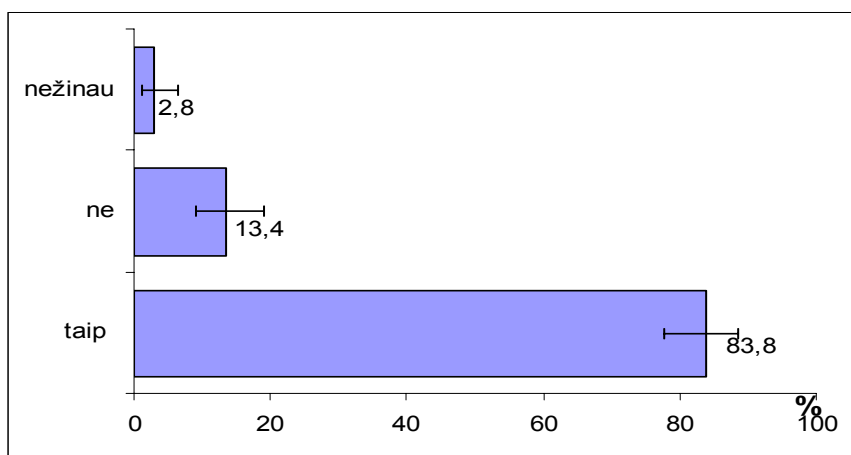
10. Ar gydytojo kalba aiškinant informaciją buvo aiški



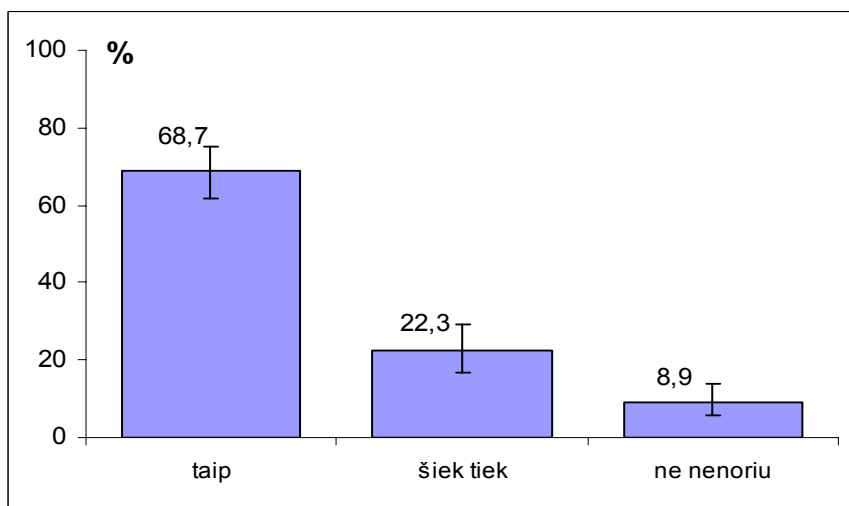
11. Ar turėjote galimybę pasirinkti gydymosi būdą



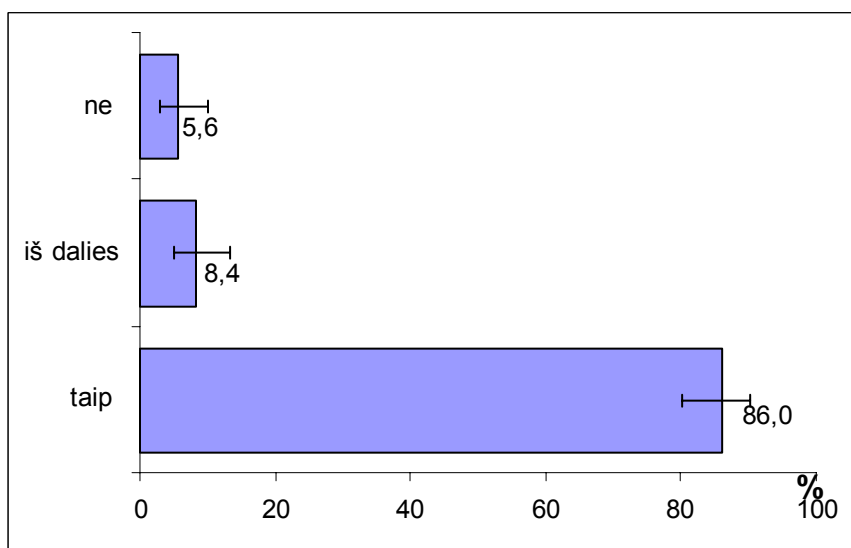
12. Ar pasitikite savo gydytoju



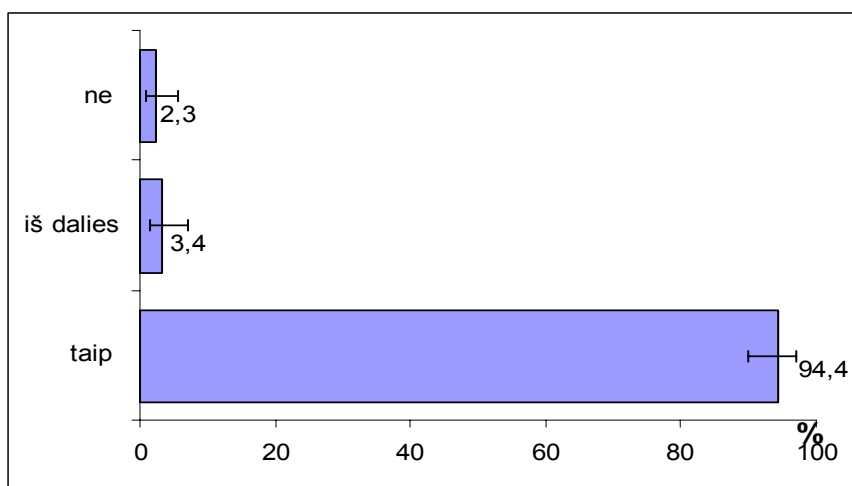
13. Ar norite, kad gydytojas savarankiškai nuspręstų gydymosi taktiką



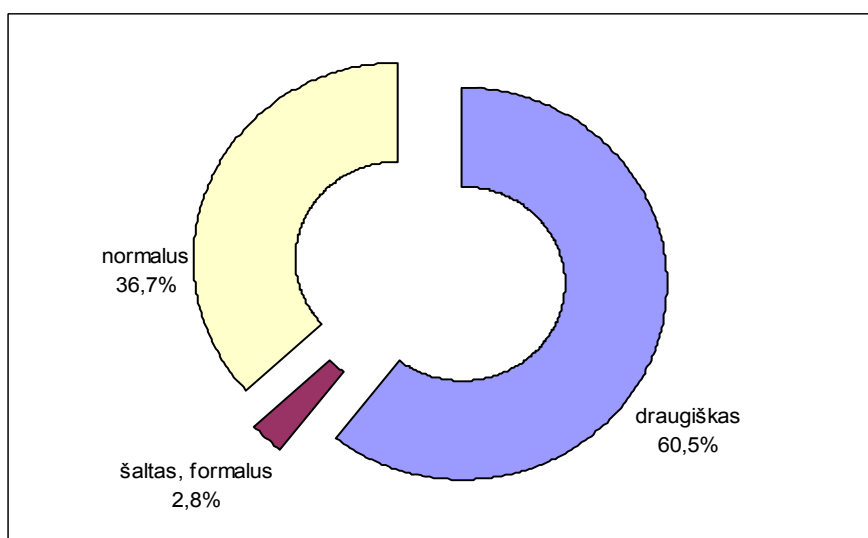
14.1 Ar jautėte pagarbą savo asmeniui priimamajame



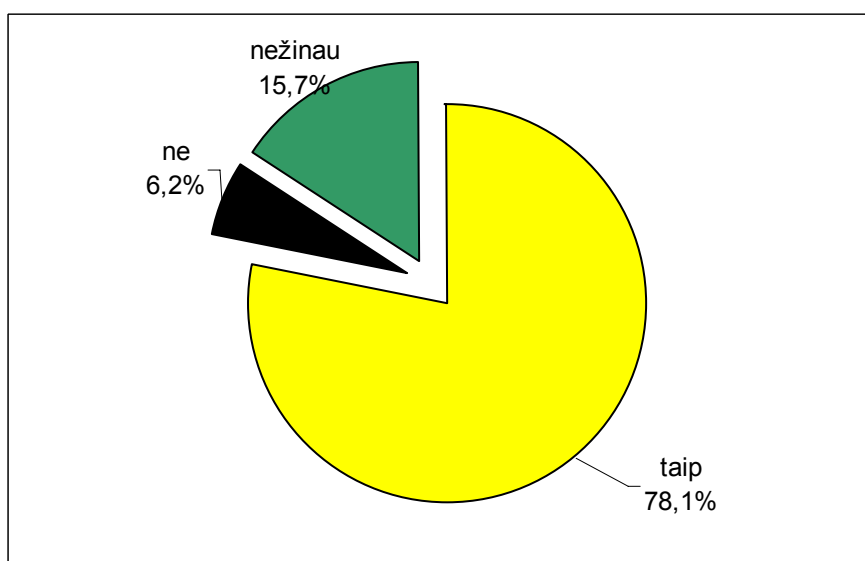
14.2 Ar jautėte pagarbą savo asmeniui stacionare



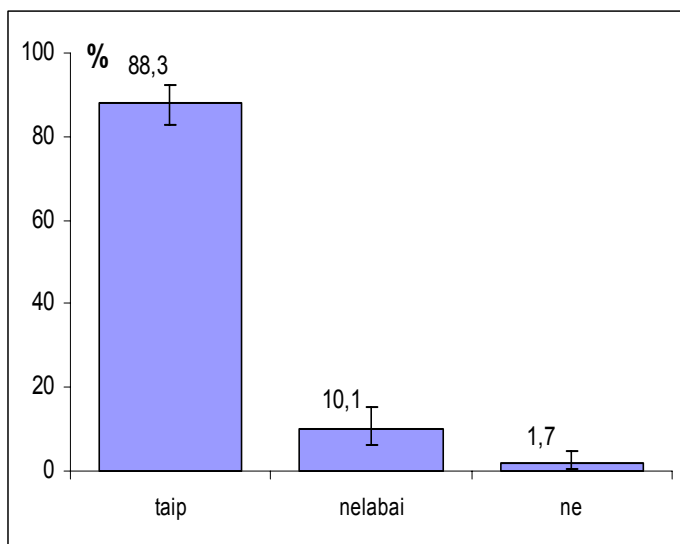
15. Koks buvo personalo bendravimas su jumis



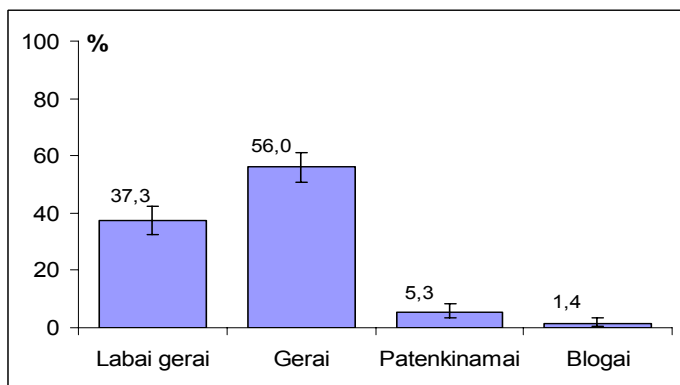
16. Ar personalas domėjosi jūsų problemomis?



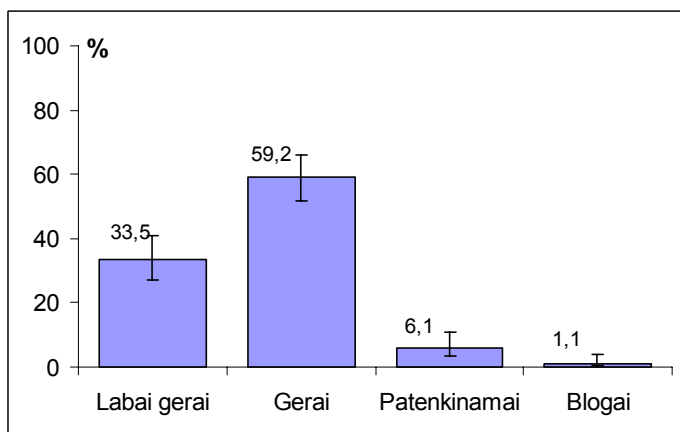
17. Ar esate patenkintas suteiktomis ASPĮ paslaugomis?



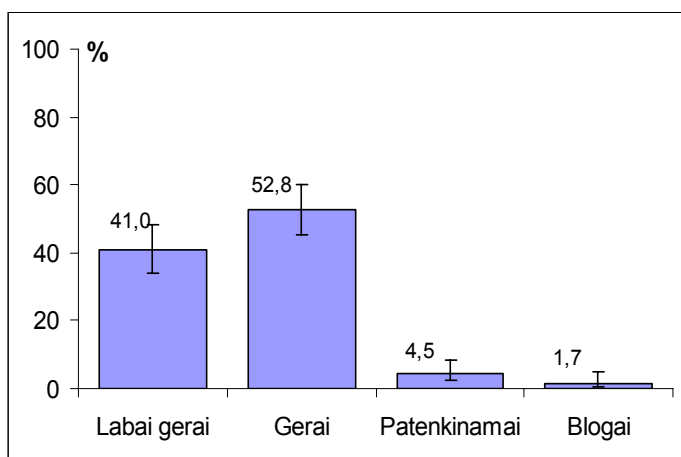
18. Vidutiniškai personalo darbą įvertino



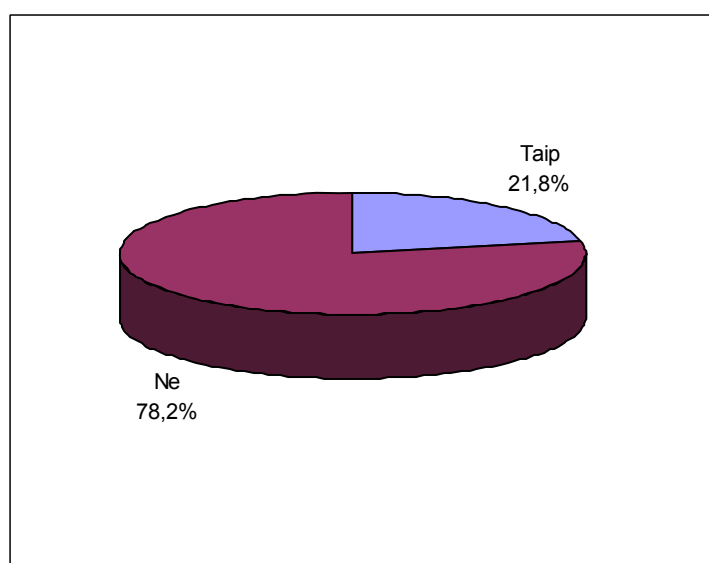
18.1. Kaip įvertintumėte gydytojo darbą



18.2 Kaip įvertintumėte slaugytojų darbą



19. Ar pageidautumėte gydytis kitoje gydymosi įstaigoje?



20. Ar rekomenduotumėte gydymo įstaigą artimam žmogui?

