

LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS
MEDICINOS AKADEMIJA

Mindaugas Dūdonis

**ŠEIMOS GYDYTOJŲ VEIKLOS APIMTIES
VERTINIMAS PER 15 PIRMINĖS SVEIKATOS
PRIEŽIŪROS REFORMOS METŲ (1995–2010)**

Daktaro disertacija
Biomedicinos mokslai,
visuomenės sveikata (09B)

Kaunas, 2013

Daktaro disertacija rengta 2008–2012 m. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Visuomenės sveikatos fakulteto Sveikatos tyrimų instituto Sveikatos sistemos tyrimų laboratorijoje.

Mokslinis vadovas

Prof. habil. dr. Irena Misevičienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija, biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata – 09B)

TURINYS

| | |
|--|-----|
| SANTRUMPOS..... | 4 |
| IVADAS..... | 5 |
| 1. DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI | |
| 1.1. Tikslas..... | 7 |
| 1.2. Uždaviniai..... | 7 |
| 1.3. Naujumas..... | 7 |
| 2. LITERATŪROS APŽVALGA | |
| 2.1. Šeimos gydytojo institucijos vystymas Lietuvoje..... | 8 |
| 2.2. Lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksniai ir šeimos gydytojo galimybė juos kontroliuoti..... | 18 |
| 3. TIRIAMIEJI IR TYRIMO METODIKA | |
| 3.1. Gydytojų atranka ir ištirto kontingento apibūdinimas..... | 38 |
| 3.2. Pacientų atranka ir ištirto kontingento apibūdinimas..... | 42 |
| 3.3. Statistinė analizė..... | 44 |
| 4. REZULTATAI | |
| 4.1. Gydytojų darbo krūvio ir organizacinių aspektų palyginimas 1994–2010 m..... | 47 |
| 4.2. Šeimos gydytojo normoje numatytų procedūrų atlikimo dažnis..... | 65 |
| 4.3. Šeimos gydytojų nuomonė apie jų atliekamą darbą ir organizacinius šio darbo aspektus..... | 69 |
| 4.4. Pacientų požiūris į savo sveikatą ir jos stiprinimą. Šeimos gydytojo vaidmuo kontroliuojant lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnis..... | 77 |
| 5. REZULTATŲ APTARIMAS | |
| 5.1. Gydytojų apklausos rezultatų aptarimas..... | 97 |
| 5.2. Šeimos gydytojų apklausos metodologiniai trūkumai ir klaidos..... | 102 |
| 5.3. Pacientų tyrimo rezultatų aptarimas..... | 103 |
| 5.4. Pacientų apklausos metodiniai trūkumai ir klaidos..... | 106 |
| IŠVADOS..... | 107 |
| PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS..... | 109 |
| PUBLIKACIJŲ DISERTACIJOS TEMA SĄRAŠAS..... | 110 |
| LITERATŪRA..... | 111 |
| PRIEDAI..... | 119 |
| PADĖKA..... | 186 |

SANTRUMPOS

AKS – arterinis kraujo spaudimas
BMTI – Biomedicininų tyrimų institutas
BPG – bendrosios praktikos gydytojas (-ai)
GMP – greitoji medicinos pagalba
KMI – kūno masės indeksas
KMU – Kauno medicinos universitetas
LNL – lėtinės neinfekcinės ligos
LR – Lietuvos Respublika
LSMU – Lietuvos sveikatos mokslų universitetas
MA – Medicinos akademija
NIVEL – *Netherlands Institute for Health Services Research, Utrecht (NL)*
PSA – prostatos specifinis antigenas
PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija
PSP – pirminė sveikatos priežiūra
PSPC – pirminės sveikatos priežiūros centras
RV – rizikos veiksniai
SRS – statistiškai reikšmingai skiriasi
SSTL – Sveikatos sistemos tyrimų laboratorija
STI – Sveikatos tyrimų institutas
TLK – teritorinė ligonių kasa
VGT – vidutinė gyvenimo trukmė
VSF – Visuomenės sveikatos fakultetas

ĮVADAS

PSP reikšmė sveikatos sistemoje plačiai tyrinėta. Ypač daug tyrimų atlikta nuo praėjusio amžiaus vidurio. 1978 m. Alma Atos konferencijoje priimta deklaracija, kurioje įvardinta, kad gerai funkcionuojanti PSP yra būtina, siekiant užtikrinti efektyvią sveikatos priežiūros sistemą [5, 84, 101]. 1984 metais PSO priėmė Europos sveikatos politikos dokumentą „Sveikata visiems XXI amžiuje“, kuriuo rekomenduojama keisti buvusį sveikatos priežiūros modelį, nukreiptą į ligų diagnostiką, gydymą, reabilitaciją, daugiau dėmesio skirti sveikai gyvensenai ugdyti, sveikatai stiprinti ir ligų profilaktikai. Liublianos chartijoje pabrėžiama, kad, vykdant sveikatos sistemos reformą, būtina labiau plėtoti gerai funkcionuojančią PSP, įvertinant individų ir visuomenės poreikius, sveikatos priežiūrą orientuoti į sveikatos išsaugojimą ir ugdymą [85]. Ypač svarbu gerinti PSP paslaugų prieinamumą gyventojams [1, 44, 85]. Nemažai valstybių PSP ir ligų profilaktikai skiria nepakankamai dėmesio, o didina siauresnių specializacijų gydytojų kiekį, didžiausias lėšas investuoja ligoms gydyti, o ne jų profilaktikai [84, 120, 130]. Atlikti įvairūs moksliniai tyrimai atskleidė, kad didėjantis siauros specializacijos gydytojų skaičius tiesiogiai koreliuoja su augančiomis sveikatos priežiūros išlaidomis, bet ryšio su gerėjančiais pagrindiniais gyventojų sveikatos rodikliais nenustatyta [4, 7, 58, 99]. Kita vertus, geresnis šeimos gydytojų prieinamumas tiesiogiai koreliuoja su gerėjančiais visuomenės sveikatos rodikliais. Gerai atliekama PSP pagal jos pagrindinius principus yra visapusė, apimanti rizikos veiksnių išaiškinimą ir poveikį individo elgsenai, šeimos gydytojo ar (ir) bendruomenės slaugytojo konsultaciją, tęstinį ryšį su aptarnaujama bendruomene ir aktyvią veiklą, nukreiptą į sveikatos stiprinimą bendruomenėje, mažinančią bendrą LNL rizikos veiksnių paplitimą [4, 5, 50, 84].

Lietuvoje vadovaujamas PSO visuomenės sveikatos priežiūros „Sveikata visiems XXI amžiuje“ principais ir Lietuvos nacionaline sveikatos koncepcija, 1991 m. patvirtinta LR Atkuriamajame Seime. Vadovaujantis šiais dokumentais, Lietuvoje siekiama sveikatos priežiūrą perorientuoti į sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą visose sveikatos priežiūros grandyse [69]. Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje buvo numatyti uždaviniai tausoti bei stiprinti gyventojų sveikatą, rūpintis ligų profilaktika ir plėtoti PSP bendroje sveikatos priežiūros sistemoje [68]. Vadovaujantis Lietuvos sveikatos programoje 1998–2010 m. numatytais principais, dauguma su LNL susijusių Lietuvos gyventojų sveikatos rodiklių kito projektuota šiam laikotarpiui kryptimi. Tačiau ne visus tikslus pavyko pasiekti, kai kuriais atvejais teigiamos rodiklių tendencijos atsiliko nuo kitų Pabaltijo valstybių. Pasibaigus šio

laikotarpio programai, iškeltas naujas tikslas – išvengti LNL lemiamų priešlaikinių mirčių ir stipriai sumažinti šios ligų grupės daromą žalą. Siekiant efektyviau įgyvendinti šį tikslą rekomenduojama mobilizuoti visus šalies socialinės-ekonominės sąrangos sektorius šalies gyventojų sveikatos poreikiams tenkinti ir tam ne vien panaudoti visus įmanomus sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo mechanizmus, bet ir daugiau pasitikėjimo, įgaliojimų bei atsakomybės suteikti PSP (šeimos medicinos institucijai), kurios veikla nukreipta ne tik į ligų gydymą, bet ir jų prevenciją įvairiais tam prieinamais būdais [39]. 2011 metais LR Seimo nutarimu patvirtinti sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenys, kuriais, formuojant ir įgyvendinant nuoseklią sveikatos politiką, siūloma stiprinti sveikatą teikiant informaciją visuomenei apie žalingų įpročių ir gyvensenos įtaką sveikatai, plėtoti visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas bendruomenėje, rekomenduoti LR Švietimo ir mokslo ministerijai integruoti sveikos gyvensenos ugdymą ir sveikatos mokymą į mokymo ir ugdymo programas, vykdant ligų prevenciją įtraukti į šią veiklą visus sveikatos priežiūros specialistus pagal jų profesinę kompetenciją, įgyvendinti lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programas. PSP srityje parengti PSP dalyvių skatinimo sistemą, įvertinant aptarnaujamos teritorijos gyventojų sergamumo, mirtinumo ir kitų sveikatos būklę atspindinčių rodiklių reikšmes, prioritetiškai plėtoti šeimos gydytojo ir slaugytojo paslaugas, didinant jų teikimo apimtį ir formas, tobulinti diferencinį apmokėjimą už sveikatos priežiūros specialistų darbą atsižvelgiant į prisiregistravusius gyventojus ir laipsniškai didinant apmokėjimo už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas ir pasiektus veiklos rodiklius dalį, gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir gyventojų aptarnavimą, didinant gydytojų ir slaugytojų santykį bei įvedant atskirą apmokėjimą už gydytojo ir slaugytojo paslaugas [136].

Lietuvoje PSP reforma vykdoma jau beveik 20 metų ir labai svarbu įvertinti jos privalumus bei trūkumus, išskylančias problemas. 1994 ir 2004 metais atlikti tyrimai, kuriuos lyginant stebėti teigiami ir neigiami pokyčiai, atsiradę netolygumai, paslaugų prieinamumas vykstant reformai, išsiaiškintos tam tikros problemos, išryškėjo kitų tyrimų poreikis situacijos kitimui atspindėti, gautiems rezultatams patikslinti ir atsakyti į naujai iškilusius klausimus [84].

1. DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI

1.1. Tikslas

Įvertinti šeimos gydytojų veiklos apimtį per 15 PSP reformos metų.

1.2. Uždaviniai

1. Nustatyti ir palyginti šeimos gydytojų darbo krūvio ir veiklos apimčių pokyčius per 15 PSP reformos metų.
2. Įvertinti šeimos gydytojo normoje numatytą ir praktikoje atliekamą procedūrų dažnius.
3. Ištirti šeimos gydytojų nuomonės apie jų atliekamą darbą ir jo organizacinius aspektus pokyčius vykstant PSP reformai.
4. Išanalizuoti pacientų požiūrį į savo sveikatą, jos stiprinimą ir šeimos gydytojo vaidmenį kontroliuojant LNL rizikos veiksnius.

1.3. Naujumas

Tai pirmasis nacionalinis tyrimas, vertinantis šeimos gydytojų veiklą ir jos pokyčius per 15 PSP reformos metų. Tyrimo naujumą atspindi ir tai, kad sudarant klausimyną buvo atsižvelgta į naująją Lietuvos šeimos gydytojo normą, o ankstesniuose momentiniuose tyrimuose (1994 m. ir 2004 m. Lietuvos šeimos gydytojų apklausos) naudotas tarptautinis standartizuotas klausimynas buvo papildytas klausimais, atspindinčiais šalies šeimos gydytojų veiklos ypatumus. Į klausimyną taip pat įtraukti ir atviro pobūdžio klausimai, iš kurių atsakymų pirmą kartą buvo vertinama šeimos gydytojų nuomonė apie jų pačių įvardytus šeimos gydytojo darbo privalumus ir trūkumus bei apibendrinti siūlymai, ką reiktų keisti norint pagerinti jų darbą. Tyrimui panaudotas klausimynas sudarė galimybę ne tik palyginti šeimos gydytojų veiklą ir jos apimtį po 10 bei 15 PSP reformos metų, bet ir pirmą kartą atskleisti šeimos gydytojų veiklos pokyčius per pastaruosius 5 metus. Apklausoje dalyvavusių šeimos gydytojų aptarnaujamų pacientų požiūrio į savo sveikatą ir jos stiprinimą bei jų šeimos gydytojo vaidmenį kontroliuojant LNL riziką analizė taip pat priskirtina atlikto darbo naujumą pagrindžiančiam aspektui.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

2.1. Šeimos gydytojo institucijos vystymas Lietuvoje

2.1.1. Šeimos gydytojo institucijos samprata

Senstanti visuomenė, didėjantis LNL paplitimas, biomedicinos technologijų vystymasis ir riboti išteklių paskatino PSO ieškoti optimalių sprendimų, kaip turint ribotus išteklius patenkinti gyventojų sveikatos priežiūros poreikius. Pastebėta, kad PSP grandyje išsprendžiama nemaža dalis visų pacientų sveikatos problemų. Gerai funkcionuojanti PSP sistema gali padėti užtikrinti šalies sveikatos paslaugų efektyvumą ir racionaliai naudoti ribotas lėšas, skiriamas sveikatos priežiūrai. Jei PSP yra efektyvi, šioje grandyje galima išspręsti iki 80 proc. visų šalies gyventojų sveikatos problemų [88]. Taigi 1978 m. PSO pasirašė Alma-Atos deklaraciją [101], kuria buvo siekiama kurti ir plėtoti PSP [102]. Minėta idėja plėtojama iki šiol: 2008 m. PSO pranešime teigiama, kad sveikatos priežiūros įstaigos privalo užtikrinti kokybiškas, į pacientą orientuotas ir laiku suteikiamas paslaugas [120].

PSP tikslas – spręsti pagrindines asmens, bendruomenės ir visuomenės sveikatos problemas per sveikos gyvensenos propagavimą, mokymą, profilaktiką, gydymą ir reabilitaciją [4,5,7]. Kadangi šios paslaugos labai priklauso nuo bendruomenės ekonominių sąlygų bei socialinių ypatybių, PSP įvairiuose regionuose skiriasi, bet yra ir keletas sąlyčio taškų. PSP – pirmoji paciento kontakto su sveikatos priežiūros sistema grandis, kur asmens ir visuomenės sveikatos atžvilgiu rūpinamasi:

- asmens sveikata;
- sveikos mitybos propagavimu;
- švaraus geriamojo vandens tiekimu;
- pagrindiniais sanitarijos klausimais;
- vaiko ir motinos sveikata (įskaitant šeimos planavimą);
- skiepėjimu nuo labiausiai paplitusių užkrečiamų ligų;
- endeminių ligų profilaktika ir kontrole;
- sveikatos mokymu;
- ligų profilaktika [66].

Svarbiausia PSP grandis yra šeimos gydytojas. Jis koordinuoja paciento sveikatos priežiūros procesą, vykstantį įvairiose sveikatos priežiūros sistemos grandyse [121]. Daugelyje šalių šeimos medicinos institucija, besiremianti PSP, gali garantuoti bendruomenei priimtina PSP, integruotą ir koordinuotą profilaktinių, gydomųjų, slaugos priemonių taikymą bendruomenei ir asmeniui, racionalų antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros techno-

logijų bei priemonių naudojimą, tikslingą lėšų, skiriamų PSP grandžiai, panaudojimą bei visuomenės sveikatos būklės pagerėjimą [88]. Tarptautiniai tyrimai parodė, kad šeimos gydytojo instituciją turinčios šalys pasižymi sveikesne populiacija ir mažesnėmis sveikatos priežiūros išlaidomis.

Šeimos gydytojui priskiriamos tokios svarbios funkcijos: patarėjas; koordinatorius, padedantis orientuotis sveikatos sistemoje; konsultantas elementariais sveikatos klausimais; gydytojas, stebintis lėtinių ligų eigą, padedantis surasti reikalingą specialistą ir besirūpinantis gydymo įstaigoje registruotų gyventojų sveikata. Jo veikla apima ne tik gydymą, bet ir sveikatos išsaugojimą, gerinimą ir ligų profilaktiką. Tad šeimos gydytojo-vadybininko vaidmuo ypač reikšmingas ne tik teikiant PSP, bet ir visai sveikatos sistemai [81].

2.1.2. Šeimos gydytojo institucija Lietuvoje

Lietuvoje šeimos gydytojo institucija pradėta steigti po nepriklausomybės atkūrimo, kai Atkuriamasis Seimas 1991 m. patvirtino Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją [68]. Šioje koncepcijoje pabrėžiama, kad būtina pradėti sveikatos priežiūros reformą ir stiprinti PSP grandį. Svarbiausias vaidmuo PSP turi tekti šeimos (arba bendrosios praktikos) gydytojui [68].

Nuo 1992 m. pradėtas apylinkės terapeutų ir pediatrų perkvalifikavimas į BPG. Iki 1994 m. perkvalifikuoti tik 72 gydytojai. Didesnės BPG rengimo permainingos prasidėjo nuo 1994 m., kai aukštosios mokyklos ir SAM susitarė traktuoti perkvalifikavimo kursus kaip pertraukiamąją BPG rezidentūrą ir po 1994 m. baigusius tokius kursus išduoti BPG rezidentūros baigimo pažymėjimus [74].

1998 m. PSO buvo priimta Pasaulinė sveikatos deklaracija „Sveikata visiems XXI a.“, kuria iškeltas siekis stiprinti, adaptuoti ir reformuoti sveikatos priežiūros sistemas bei užtikrinti pagrindinius PSP principus, pateiktus Alma-Atos deklaracijoje [47]. Atsižvelgdamas į Pasaulinėje sveikatos deklaracijoje išdėstytus principus 1998 m. LR Seimas patvirtino Lietuvos sveikatos programą [69], kuria įsipareigojo toliau plėtoti PSP pagal PSO rekomendacijas. Programoje pabrėžiama, kad iškeltiems tikslams pasiekti labai svarbi PSP plėtra (ypač prevencijos bei prieinamumo aspektai) kartu su sveikatos priežiūros integravimu į socialinių paslaugų plėtros programą – tai prielaida, kad potencialūs pacientai netaps realiais. Toks problemos sprendimas užtikrina santykinę išlaidų minimalizavimą, mažėjant stacionaruose gydomų pacientų srautui [69].

Šeimos gydytojo vaidmuo pabrėžiamas ir 2003 m. patvirtintoje Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijoje [78]. Vienas iš šios strategijos prioritetų – ambulatorines sveikatos priežiūros paslaugas plėtoti

sparčiau už stacionarių paslaugų redukavimą. Šiam prioritetui pasiekti buvo siūloma skatinti privačių BPG, dirbančių pagal sutartis su TLK, veiklą siekiant decentralizuoti PSP.

Kiti sveikatos priežiūros restruktūrizavimo strategijos siekiai: didinti tyrimų ir gydymo paslaugų apimtį ambulatorinėse sveikatos priežiūros įstaigose; tobulinti PSP paslaugų apmokėjimo sistemą – įvesti svertus, skatinančius teikti daugiau ir įvairesnių paslaugų, gerinti jų kokybę, plėtoti preventcinę veiklą, labiau rūpintis kaimo gyventojų medicininio aptarnavimu [29, 78, 106].

PSP decentralizacija suaktyvėjo 1997 m., kai buvo gautas finansavimas iš programos „PHARE“ (angl. *Poland and Hungary Aid for Restructuring the Economy*) projektui „Parama sveikatos reformai bei PSP plėtrai Lietuvoje“ įgyvendinti. Pasinaudojus šia parama buvo įkurti ir reikiama įranga aprūpinti 53 privatūs BPG kabinetai, kuriuose dirbo aukštos kvalifikacijos 135 BPG. Šis projektas tęsėsi iki 2000 m. ir labai pagreitino pradėtą sveikatos sistemos reformą, ypač PSP srityje [63].

PSP įgyvendinti ir pacientų poreikiams patenkinti svarbus optimalus PSP žmogiškųjų išteklių resursų pasiskirstymas. 1994 metais dirbo tik 72 perkvalifikuoti šeimos gydytojai. Nuo 1997 metų šeimos gydytojų skaičius tolygiai didėjo: 1997 m. į šeimos gydytojus perkvalifikuoti 248 medikai, 2011 metais šeimos gydytojų skaičius pasiekė 1 854 (žr. 1 lentelę). 2000–2010 m. šeimos gydytojų skaičius padidėjo daugiau kaip 2 kartus [22].

2.1 lentelė. Šeimos gydytojų skaičiaus pokytis Lietuvoje 1997–2011 metais (abs. sk. ir sk. 10 tūkst. gyventojų)

| Metai | Šeimos gydytojų skaičius | Šeimos gydytojų skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyv. |
|-------|--------------------------|--|
| 1997 | 248 | 0,7 |
| 2000 | 692 | 2,0 |
| 2002 | 1 150 | 3,4 |
| 2004 | 1 665 | 5,0 |
| 2006 | 1 794 | 5,5 |
| 2008 | 1 822 | 5,7 |
| 2009 | 1 838 | 5,9 |
| 2010 | 1 849 | 6,1 |
| 2011 | 1 860 | 6,2 |

Duomenų šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas. Gydytojų skaičius. Požymiai: specializacija, statistiniai rodikliai ir metai (2002–2011 m. duomenys perskaičiuoti, remiantis LR 2011 m. visuotinio gyventojų ir būstų surašymo rezultatais) [70].

1997–2011 m. didėjo šeimos gydytojų aptarnaujamų gyventojų skaičius. Jei 1997 m. šeimos gydytojai (tuometiniai BPG) aptarnavo apie 310 tūkst. gyventojų, tai 2004 m. – daugiau kaip 2,3 milijono. Prasidėjus gydytojų perkvalifikavimui ir šeimos gydytojo institucijos kūrimo procesui palaiapsniui mažėjo terapeutų bei pediatrių aptarnaujamų gyventojų skaičius. 2004 m. pabaigoje BPG aptarnavo 66 proc. gyventojų [63, 109]. Nuo 2001 m. šeimos gydytojų skaičius padidėjo: nuo 2,6 gydytojo 10 tūkst. gyventojų 2001 m. iki 6,1 – 2010 m. (1 pav.) [70].

2012 m. birželį Lietuvoje buvo 1 792 šeimos gydytojai, kurie teikė ambulatorines PSP paslaugas viešosiose ir privačiose gydymo įstaigose, sudariusiose sutartis su TLK. 2012 m. šeimos gydytojai aptarnavo per 2,5 mln. pacientų, tai sudaro 83 proc. gyventojų. Likusieji gyventojai buvo pasirinkę vidaus ligų ir vaikų ligų gydytojus. Pirminės asmens sveikatos priežiūros grandyje 2011 m. suteikta 68 proc. visų ambulatorinių paslaugų.

Geriausiai šeimos gydytojais aprūpintos Kauno, Klaipėdos ir Vilniaus apskritys: 2011 metais Kauno apskrityje 10 tūkst. gyventojų teko 7,46 gydytojai, Klaipėdos apskrityje – 5,8 gydytojai, Vilniaus apskrityje atitinkamai – 5,74 gydytojai 10 tūkst. gyventojų. Mažiausiai šeimos gydytojų yra Alytaus, Tauragės ir Panevėžio apskrityse: Alytaus apskrityje – 4,51 gydytojų 10 tūkst. gyventojų, Tauragės apskrityje – 4,56 gydytojų 10 tūkst. gyventojų, o Panevėžio apskrityje atitinkamai – 4,77 gydytojų 10 tūkst. gyventojų. (Lietuvos sveikatos rodiklių sistema). Tuo tarpu mažesniuose miestuose ir rajonuose aprūpinimas šeimos gydytojais dar prastesnis: Rokiškio rajone 10 tūkst. gyventojų tenka tik 1,94 gydytojo, Pakruojo rajone – 2,79, Visagine – 2,27 gydytojo 10 tūkst. gyventojų.

Akivaizdu, kad mažesnis tam tikroje teritorijoje dirbančių gydytojų skaičius turi įtakos pacientų galimybei gauti reikiamas sveikatos priežiūros paslaugas. Kaimo gyventojams sveikatos priežiūra prieinama dar sunkiau, nes didelė dalis sveikatos priežiūros darbuotojų susitelkę miestuose. Todėl neretai dalis kaimo gyventojų tenkinasi kaimo bendruomenės sveikatos punktuose dirbančių slaugytojų paslaugomis.

2.1.3. Šeimos gydytojo pareigybė, veiklos apimtys ir finansavimas

Lietuvoje šiuo metu šeimos gydytojai gali dirbti tokiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose: šeimos gydytojo kabinete, ambulatorijoje, PSCP, poliklinikoje, greitosios medicinos pagalbos stotyje, ligoninės priėmimo skyriuje, slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje [67].

Šeimos gydytojo veiklą reglamentuoja 2005 m. gruodžio 22 dieną LR sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-1013 patvirtinta medicinos norma MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir

atsakomybė“. Šioje medicinos normoje patvirtinta daugiau šeimos gydytojų funkcijų, nei prieš tai jų veiklą reglamentavusioje normoje MN 14:1999 „BPG. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ (1999 m. gruodžio 16 d. Nr. 553).

Šeimos gydytojo medicinos normoje MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ atsirado naujų šeimos gydytojų funkcijų: konsultacijos telefonu, valstybinių prevencinių sveikatos programų vykdymas, sveikos gyvensenos propagavimas. Taip pat prisidėjo atsakomybė už naujai priskirtų ligų gydymą, suteikiama teisė atlikti ir vertinti daugiau laboratorinių tyrimų, išrašyti platesnį kompensuojamųjų vaistų spektrą; be to, priskirta daug administracinių funkcijų: pažymų, reikalingų įforminti slaugą arba nustatyti specialiuosius poreikius, išdavimas, ilgalaičių nedarbingumo pažymėjimų tęsimas, laikino nedarbingumo nustatymas bei kitų socialinių klausimų sprendimas.

Šeimos gydytojas, be anksčiau minėtų pareigų, turi: „<...> atlikti bendruomenės sveikatos priežiūrą pagal kompetenciją; savarankiškai diagnozuoti ligas, gydyti pacientus pagal Šeimos gydytojo medicinos normos reikalavimus bei rekomenduoti profilaktikos priemones; paciento tyrimo, gydymo, profilaktinio darbo rezultatus įrašyti į medicinos dokumentus; konsultuotis su atitinkamu specialistu arba siųsti pas jį pacientą; <...> propaguoti sveiką gyvenseną, sveikatos ugdymo ir ligų profilaktikos priemones; <...> bendradarbiauti su kitais darbuotojais, atliekančiais pirminę asmens sveikatos priežiūrą ir teikiančiais socialinę pagalbą <...> (MN14). Tokia funkcijų gausa apsunkina gydytojo bendravimą su pacientu.

Nuo 2006 metų PSP įstaigoms mokama pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytus šiuos mokėjimo už pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas būdus:

1. pagal prisirašiusių pacientų skaičių atsižvelgiant į amžiaus grupes;
2. už suteiktas skatinamąsias pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas;
3. už prevencinių programų priemonių vykdymą;
4. už gerus darbo rezultatus.

Atsiskaitoma sveikatos apsaugos ministro patvirtintomis metinėmis bazinėmis kainomis pagal 7 amžiaus grupes (iki 1 m., 1–4 m., 5–6 m., 7–17 m., 18–49 m., 50–65 m., 65 m. ir vyresni). Daugiau mokama už vaikų ir vyresnių žmonių sveikatos priežiūrą. Be to, papildomai mokama už suteiktas skatinamąsias paslaugas. Skatinamųjų paslaugų diegimas leidžia siekti aukštesnės PSP kokybės, tikslesnės, ankstyvesnės įvairių ligų diagnostikos bei profilaktikos ir mažina pacientų srautus pas specialistus [58].

Norint, kad pacientai sulauktų kuo daugiau šeimos gydytojų dėmesio, geresnės pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir

prieinamumo, lankstesnio šių paslaugų apmokėjimo ir skatinant gydymo įstaigas siekti gerų darbo rezultatų, 2007 m. pabaigoje buvo nustatyti gerų darbo rezultatų rodikliai bei parengtas jų apskaičiavimo tvarkos projektas. Prieš už gerus darbo rezultatus ligonių kasos moka nuo 2006-ųjų.

Nuo 2008 m. geri darbo rezultatai vertinami pagal vaikų ir suaugusiųjų sveikatos priežiūros intensyvumą (vertinama, ar prisirašiusieji pacientai apsilanko pas šeimos gydytoją bent kartą per metus pasitikrinti sveikatos), prevencinių programų vykdymą (kiek prisirašiusių bei prevencinėse programose numatytų patikrinti žmonių šeimos gydytojai siunčia profilaktiškai pasitikrinti dėl vėžinių susirgimų; atsižvelgiama į gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių ir priešinės liaukos vėžio, krūties vėžio, storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos programų vykdymo rezultatus) [58].

Siekiant efektyvesnės sergančiųjų lėtinėmis ligomis PSP, 2012 metais pradėtas mokėjimas už 3 naujus (praktikoje taikomus nuo 2008 m.) gerų darbo rezultatų rodiklius (hospitalizacijos dėl arterinės hipertenzijos, dėl bronchinės astmos ir dėl cukrinio diabeto rodiklius) [94]. Nuo 2012 metų sausio 1 dienos šeimos gydytojai pradėti finansiškai skatinti ir už kiekvieną aptarnaujamą pacientą. Taip pat išplėstas ir skatinamųjų paslaugų sąrašas, suteikiant teisę šeimos gydytojui skirti ir vertinti asmenų kraujo tyrimus prieš planinę operaciją. Už šias paslaugas PSP įstaigoms mokama papildomai [94].

Siekiant optimizuoti ir efektyvinti šeimos gydytojų darbą, didinama jų kompetencija – suteikiami įgaliojimai skirti ir vertinti daugiau laboratorinių tyrimų. Nuo 2013 m. kovo 1 dienos padidinta šeimos gydytojo kompetencija – jam suteikta teisė skirti ir vertinti daugiau nei iki šiol laboratorinių tyrimų. Pagal naujai įsigaliojusią tvarką šeimos gydytojo kompetencijai priskirti šie laboratoriniai tyrimai: kepenų fermentų (ALAT, ASAT, GGT, šarminė fosfotazė), bilirubino, skydliaukės hormonų (TTH, FT4), prostatos specifinio antigeno (pacientams po radikalaus prostatos gydymo), mikroalbumino šlapime ir geležies kraujyje nustatymo [94].

PSP įstaigoms taip pat papildomai mokama už bandinio protrombino aktyvumui nustatyti paėmimą ir įvertinimą, protrombino aktyvumo (INR) nustatymą, fiziologinio nėštumo priežiūrą, vaikų iki 1 metų sveikatos priežiūrą, neįgaliųjų sveikatos priežiūrą, moksleivių paruošimą mokyklai, slaugos personalo procedūras namuose, glikolizinto hemoglobino nustatymą. Nuo 2007 m. imta mokėti už nėščiosios kraujo ištyrimą dėl sifilio ir ŽIV bei kraujo grupės ir Rh antikūnių nustatymą [58].

Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 m. plėtros metmenyse numatyta toliau plėtoti šeimos gydytojo ir slaugytojo paslaugas, didinti jų apimtį ir plėsti formas. Įgyvendinant šį prioritetą 2012–2013 m. planuojama toliau

tobulinti PSP paslaugų veiklos organizavimą, įvedant šeimos gydytojo asistento (atvejo vadybininko) bei slaugytojų padėjėjų etatus. Tikėtina, kad tai pagerins paslaugų prieinamumą ir sumažins tiesiogiai su gydymu nesusijusį darbo krūvį. Taip pat numatoma skatinti šeimos gydytojo ir slaugytojo komandos glaudų bendradarbiavimą su socialiniu darbuotoju ir užtikrinti galimybę šeimos gydytojo paslaugas teikti 24 val. per parą.

Įgyvendinant sveikatos sistemos plėtros metmenyse užsibrėžtus tikslus, LR sveikatos apsaugos ministras 2011 m. kovo 15 d. įsakymu Nr. V-246 patvirtinto minimalų šeimos gydytojo ir slaugytojo santykį – 1:1 [58]. Tikimasi, kad toks santykis padės reguliuoti pacientų srautus, sumažins laukimo prie gydytojo kabineto laiką, leis gydytojui daugiau laiko skirti pacientui apžiūrėti. Peržiūrėta ir naujai reglamentuota slaugytojų, dirbančių PSP srityje kompetencija ir funkcijos [17]. Jas praplėtus sumažės šeimos gydytojų tiesiogiai su gydymu nesusijusio darbo krūvis, pagerės jų paslaugų prieinamumas.

2010–2011 metais atliktas šeimos gydytojų veiklos auditas. Jo išvados parodė, kad šeimos gydytojai funkcijoms, kurioms nereikia gydytojo kompetencijos, sugaišta 22 proc. darbo dienos laiko. Todėl jie dirba nepakankamai efektyviai: mažiau laiko skiria diagnostiniam ir gydomajam darbui, nevykdo kitų pagal kompetenciją nustatytų funkcijų, kurioms būtina gydytojo kvalifikacija. Visas Šeimos gydytojo medicinos normoje nustatytas kompetencijas vykdo mažiau nei trečdalis apklaustų šeimos gydytojų, daugiau nei pusė jų kompetencijas vykdo iš dalies [94].

Šeimos gydytojai pacientus konsultuoti pas gydytojus specialistus siunčia nepanaudoję visos savo kompetencijos tirti ir gydyti ligonius. 30 proc. apklaustų šeimos gydytojų siunčia todėl, kad nenori prisiimti atsakomybės dėl gydymo, 59 proc. – nes to pageidauja patys pacientai, tad nenori su jais konfliktuoti [94].

Ne visos gydymo įstaigos darbo apmokėjimo tvarkoje numato dalį (proc.) lėšų, gautų už skatinamųjų paslaugų vykdymą, gerus darbo rezultatus, skirti paslaugas suteikusiems gydymo įstaigų darbuotojams. Todėl ne visi šeimos gydytojai ir slaugytojai skatinami teikti daugiau paslaugų. Nors PSP finansavimas laikomas prioritetiniu (šiai priežiūrai skiriamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų nemažėjo net ir mažėjant šalies gyventojų), tačiau vis dažniau kalbama apie PSP organizavimo problemas. Apie pacientų eiles gydymo įstaigose, apie šeimos gydytojų trūkumą, didelį darbo krūvį, pacientų nepasitikėjimą šeimos gydytojais nemažai rašoma spaudoje. Panašios problemos minimos ir Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenyse. Valstybinės ligonių kasos duomenimis, šalies šeimos gydytojai 2011 m. aptarnavo 1,7 mln. pacientų, kurių amžius 18–65 m. Neinfekcinių ligų profilaktikos ir kontrolės paslaugas

buvo suteiktos 5 proc. šių asmenų. Aktyviau ligų profilaktiką vykdė 97 gydytojai (5 proc. šeimos gydytojų), kurie dėl neinfekcinių ligų patikrino daugiau nei ketvirtadalis 18–65 m. amžiaus savo pacientų sveikatą [94].

Šeimos gydytojai turėtų aktyviau vykdyti neinfekcinių ligų profilaktiką, ypač 18–49 m. amžiaus pacientams, nes šiems asmenims nenumatytos prevencinės ligų programos. Profilaktiškai dėl neinfekcinių ligų patikrinus kuo didesnio skaičiaus pacientų sveikatą, būtų išaiškinama daugiau ankstesnės stadijos ligų atvejų ir laiku pradamas gydymas, dėl to padidėtų galimybė išvengti sunkių širdies kraujagyslių ligų, cukrinio diabeto, insulto komplikacijų. Taip pat pailgėtų vidutinė tikėtina šalies gyventojų gyvenimo trukmė, kuri, palyginti su kitomis Europos Sąjungos valstybėmis, yra viena trumpiausių vyrų – pati trumpiausia.

Visas Šeimos gydytojo medicinos normoje nustatytas kompetencijas (privalomą ligonių ištyrimą, diagnostinius ir gydomuosius veiksmus bei kt.) vykdo mažiau nei trečdalis (27 proc.) apklausoje dalyvavusių šeimos gydytojų. Didžioji šeimos gydytojų dalis – 61 proc. apklaustųjų – nustatytas kompetencijas vykdo iš dalies, 12 proc. – nevykdo visų Šeimos gydytojo medicinos normoje numatytų kompetencijų [94].

Šeimos gydytojai, dalyvavę apklausoje, įvardijo priežastis, dėl kurių nevykdo visų nustatytų kompetencijų. Dažniausios yra šios (Audito ataskaita):

- laiko stoka – 67 proc. gydytojų;
- netinkamos darbo sąlygos – 43 proc. gydytojų;
- reikiamos įrangos stoka – 30 proc. gydytojų;
- nepakankama kvalifikacija ir įgūdžių stoka – 23 proc. gydytojų;
- nepakankama kvalifikacija, kurios neturi galimybės tobulinti dėl kursų stokos – 17 proc. gydytojų [94].

2005 metais Klaipėdoje buvo atliktas tyrimas (Zielinski A., Håkansson A., Jurgutis A.), kurio metu apklausti šeimos gydytojai, dirbantys keturiose skirtingų tipų PSP įstaigose: valstybinėse šeimos gydytojų ambulatorijose kaimo vietovėse, privačiose šeimos gydytojų klinikose mieste, valstybinėse poliklinikose mieste ir privačiose poliklinikos tipo šeimos gydytojų įstaigose. Šis tyrimas parodė, kad kaimo vietovėse esančiose ambulatorijose besikreipiančiųjų į šeimos gydytojus buvo mažiau nei mieste, taip pat mažesnis kreipimosi dažnis valstybinio tipo PSP įstaigose nei privačiose. Dažniausiai į gydytojus kreipėsi moterys ir pagyvenę žmonės (60–79 m.). Kaimo ambulatorijose dirbantys šeimos gydytojai geriausiai atliko gydytojo „vartininko“ funkciją [135].

Tinkami metodiniai dokumentai, gairės padėtų šeimos gydytojams užtikrinti tęstinę paciento sveikatos priežiūrą, gerinti paslaugų kokybę ir leistų pasiekti geresnių rezultatų. Šeimos gydytojų darbui reikalingus meto-

dinius dokumentus ir gaires turėtų kartu rengti patys šeimos gydytojai (šeimos gydytojų draugijos), gydytojai specialistai (draugijos), akademinė bendruomenė (universitetų dėstytojai), LR valstybės kontrolė, sveikatos priežiūros vadybos specialistai. Tokia praktika, kai reglamentuojant veiklą dalyvauja šeimos gydytojų bendrijos, taikoma kitose Europos valstybėse (Vokietijoje, Švedijoje, Austrijoje) [94].

2.1.4. Šeimos gydytojo institucija užsienio valstybėse

BPG (vėliau pervadinto į šeimos gydytojus) institucijos vystymąsi Europoje lėmė Europos Sąjungos sukūrimas bei komunistinės sistemos Rytų bei Centrinėje Europoje žlugimas [43]. Kituose pasaulio regionuose (JAV, Kanadoje, Australijoje) šeimos gydytojo institucija pradėta vystyti PSO paskelbus Alma-Atos deklaraciją.

Kanadoje Watson D. E. su kolegomis Vinipego mieste atliko tyrimą, kuriuo siekė įvertinti šeimos gydytojo institucijos pokyčius nuo 1999 m. iki 2001 m. Gauti rezultatai parodė, kad 2000 m. šeimos gydytojai, kurių amžius 39–40 m. (64 proc. dirbančiųjų) per dieną priimdavo 20 proc. mažiau pacientų nei jų panašaus amžiaus kolegos prieš 10 metų. Tuo tarpu vyresni (60–69 m. amžiaus) šeimos gydytojai aptarnavo daugiau pacientų nei jų kolegos prieš 10 metų. Tokia paradoksali situacija susidarė dėl mažėjančio šeimos gydytojų skaičiaus (nuo 1999 m. iki 2001 m. sumažėjo 5 proc.) ir nekintančio aptarnaujamų pacientų skaičiaus. Per didelis darbo krūvis jaunus šeimos gydytojus paskatina apriboti savo praktiką [18].

2006 m. panaši situacija buvo susidariusi ir JAV. Ten šeimos gydytojai taip pat nėra patenkinti darbo krūviu – teigiama, kad jis per didelis – ir gaunamu atlygiu. Pacientai priversti laukti eilėse, be to, jie nepatenkinti teikiamų sveikatos paslaugų kokybe.

Gilchrist V. ir Gottschalk A. tyrimai parodė, kad JAV šeimos gydytojai daugiausia savo darbo laiko skiria infekcinėmis ligomis sergantiems pacientams, telefoninėms konsultacijoms, dokumentams pildyti, anamnezėms rašyti. Taigi akivaizdu, kad labai mažai laiko lieka prevenciniam darbui su pacientais, sergančiais LNL [31, 34]. Toronto universiteto šeimos medicinos fakulteto profesorius Pimlott N. pastebi, kad tiek JAV, tiek Kanadoje patvirtintos bei įgyvendinamos šeimos gydytojų veiklos gairės labai išsiplėtusios per pastaruosius dešimtmečius, todėl šeimos gydytojui vienam sunku teikti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas – gydyti ligonius, remiantis įrodymais grįstos medicinos metodais, pildyti dokumentus, rašyti vaistus, konsultuoti telefonu ir užsiimti sveikatos mokymu. Tam, kad gydytojo krūvis sumažėtų ir jis galėtų atlikti savo tiesioginį darbą – gydyti ir rūpintis

ligų prevencija, siūloma dalį gydytojo pareigų priskirti slaugytojams [91]. Lietuvoje taip pat bandoma įgyvendinti šią rekomendaciją.

Vakarų Europos valstybėse šeimos gydytojai (arba kitaip vadinami BPG) dažniausiai dirba komandose ir atlieka „vartininko“ vaidmenį. Už paslaugas jiems mokama pagal prisirašiusių asmenų skaičių. Didžiojoje Britanijoje šeimos gydytojai atlieka „vartininko“ vaidmenį, t. y. norint patekti pas kitos srities specialistą būtinas šeimos gydytojo siuntimas. Gydytojų atlyginimo dydis priklauso nuo užsiregistravusių pacientų skaičiaus, suteiktų paslaugų pobūdžio [12]. Skandinavijos šalyse BPG dirba komandoje su kitais specialistais, slaugos personalu, atlieka privalomas paslaugas, išskyrus privačią specializuotą asmens sveikatos priežiūrą [12]. Tačiau Olandijoje ir Danijoje paplitusi privačių šeimos gydytojų praktika. Danijoje apie 97 proc. gyventojų, o Olandijoje apie 60 proc. gyventojų naudojami privačiai dirbančių šeimos gydytojų paslaugomis. Olandijoje šeimos gydytojams mokama atsižvelgiant į užsiregistravusių pacientų skaičių. Dalį sveikatos paslaugų apmoka pats pacientas, kitą dalį – sveikatos draudimas. Danijoje pacientai už paslaugas moka netiesiogiai, bet per mokesčius, atskaičiuojamus iš bendrų gyventojų pajamų. Šioje šalyje šeimos gydytojams taip pat kaip ir Lietuvoje už darbą atlyginama pagal užsiregistravusių pacientų skaičių ir už suteiktas sveikatinimo paslaugas. Tiek Olandijoje, tiek Vengrijoje šeimos gydytojai atlieka „vartininko“ funkcijas. Vokietijoje pacientai gali pasirinkti privačią veiklą užsiimančių šeimos gydytoją ar specialistą. Dalį išlaidų už atliktas medicines paslaugas sumoka pats pacientas, o likusią sumą – sveikatos draudimas [12].

Slovėnijoje 2011 m. apklausus 50 šeimos gydytojų pastebėta, kad ne visų šeimos gydytojų krūvis vienodas. Vidutinis šeimos gydytojų tiesioginio darbo su pacientais laikas – apie 390 min. per dieną. Apklausti šeimos gydytojai nurodė, kad daugiausia darbo laiko užima konsultacijos, per kurias įvertinama fizinė pacientų būklė bei atliekamos procedūros, taip pat nemažai laiko užima dokumentacijos tvarkymas [52].

Centrinės ir Rytų Europos šalyse bei Rusijoje šeimos medicinos institucija pradėta plėtoti nuo 1990 metų, sugriuvus Sovietų Sąjungai. Oleszczyk M., Švab I., Seifert B. tyrimo, kuris apėmė 11 Rytų, Centrinės Europos šalių bei Rusiją, duomenimis, šeimos medicina šiose valstybėse daugiau ar mažiau išvystyta. Daugelyje tirtų valstybių dažniausiai pasitaikanti šeimos gydytojo veiklos forma – individuali praktika arba darbas valstybinėje įstaigoje. Visose tirtose šalyse, išskyrus Estiją, šeimos gydytojas dirba komandoje su pediatru, akušeriu, ginekologu ir rezidentais. Tik Estijoje šeimos gydytojai dirba išskirtinai vieni. Daugelyje tirtų šalių šeimos gydytojams priskiriamas tam tikras pacientų skaičius, jie dirba vidutiniškai 40 val. per savaitę, tik Čekijoje – 25 valandas, o Lenkijoje net 50 valandų.

Gydytojo „vartininko“ funkcija geriausiai įgyvendinama Kroatijoje ir Juodkalnijoje. Tuo tarpu kitose tirtose šalyse pacientai gali kreiptis į specialistus tiesiogiai, susimokėdami už suteiktas paslaugas.

Vertinant šeimos gydytojų atliekamas funkcijas, paaiškėjo, kad pirmąją pagalbą šeimos gydytojais privalo teikti Bulgarijoje, Vengrijoje, Lietuvoje, Kroatijoje ir Juodkalnijoje. Tuo tarpu Čekijoje, Estijoje, Lenkijoje, Rumunijoje ir Slovakijoje pirmosios pagalbos teikimas atskirtas nuo šeimos gydytojo pareigų. Visose tyrime dalyvavusiose šalyse šeimos gydytojais dalį darbo laiko dirba kabinete, dalį laiko skiria pacientų vizitams į namus. Konsultacijos telefonu neįtrauktos į šeimos gydytojo pareigybę Rusijoje ir Lenkijoje. Kitos funkcijos: konsultacijos telefonu, ligų gydymas, prevencinis darbas, dokumentų pildymas, nedidelė dalis nesunkių chirurginių intervencijų, tradiciniai popieriniai medicininiai dokumentai vis dar galioja Bulgarijoje, Čekijoje, Lietuvoje, Lenkijoje, Rumunijoje, Slovakijoje, Slovėnijoje, Juodkalnijoje ir Rusijoje. Vengrijoje, Estijoje ir Kroatijoje paplitusi elektroninė paciento kortelė. Tyrėjai pastebėjo, kad tirtose šalyse vaikų ir moterų sveikatos priežiūra rūpinasi pediatrai ir ginekologai, nors dalį jų atliekamų funkcijų galėtų perimti šeimos gydytojai [95].

Taigi pastebima, kad šeimos gydytojo institucija skirtinguose pasaulio regionuose ir valstybėse išvystyta skirtingai, tačiau daugeliui šalių būdingos panašios problemos – prastas šeimos medicinos paslaugų prieinamumas ir žmogiškųjų išteklių pasiskirstymas, netinkamai organizuojamas šeimos gydytojų darbas.

2.2. Lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksniai ir šeimos gydytojo galimybė juos kontroliuoti

2.2.1. LNL ir jų rizikos veiksnių paplitimas

Ilgėjanti VGT tiek Lietuvoje, tiek ir Europos regiono valstybėse, gerėjanti ekonominė padėtis, besikeičiantis gyvenimo būdas predisponuoja LNL atsiradimą. PSO duomenimis, 2008 m. daugiau nei 36 milijonai pasaulio gyventojų mirė nuo LNL, iš jų 48 proc. sudarė širdies ir kraujagyslių ligos, 21 proc. – onkologiniai susirgimai, 12 proc. – lėtinės kvėpavimo sistemos ligos, 3 proc. – cukrinis diabetas [92]. Lietuvoje kaip ir kitose PSO narėse daugiausia žmonių miršta nuo širdies ir kraujagyslių ligų, onkologinių susirgimų, lėtinių kvėpavimo sistemos ligų ir cukrinio diabeto [36].

Senstančioje populiacijoje išsivysto naujas reiškinys – sergamumas keliomis LNL (sin. multisergamumas). Multisergamumo aktualumą patvirtina ir statistika: 2006 m. užregistruota 40 proc. Europoje gyvenančių

asmenų, vyresnių nei 15 metų, kuriems diagnozuotos LNL. Senėjimas ir multisergamumas yra tiesiogiai susiję. Senstant daugėja multisergamumo atvejų: tarp 18–44 metų sergančiųjų asmenų – 69 proc., 45–64 metų – 93 proc., vyresnių kaip 65 metų žmonių populiacijoje jis siekia 98 proc., [83]. Tokia būseną labai apsunkina diagnostiką, gydymo taktikos pasirinkimą ir padidina šių ligonių priežiūros išlaidas. JAV apskaičiuota, kad išlaidos per metus žmogui, sergančiam viena lėtine liga sudaro 1 154 dolerius, 2 ligomis – 2 394, 3 ligomis – 4 701, 4 ligomis – 13 973 dolerius [26]. LNL prevencija įgalina iš esmės sumažinti sergamumą, labai sumažinti mirtingumą, pailginti sveiko gyvenimo trukmę – užtikrinti sveiką senėjimą (brandą) – sveikesnę stipresnę visuomenę. Tai deklaruojama visuose PSO sveikatos ekspertų viršūnių susitikimuose, kongresuose, konferencijose.

Lietuvoje LNL mažinimu rūpinamasi nuo 1998 m., kai buvo patvirtinta Lietuvos sveikatos programa. Ši programa sudaryta 1998–2010 m. laikotarpiui. Vienas iš pagrindinių jos tikslų – gyventojų mirtingumo nuo LNL mažinimas ir vidutinės gyvenimo trukmės ilginimas. 2011 metais atliktas šios programos įvertinimas. Įvertinus gautus rezultatus pastebėta, kad iš dalies pavyko arba visiškai nepavyko sumažinti sergamumo labiausiai paplitusiomis LNL:

1. Iš dalies pavyko sumažinti jaunesnių nei 65 m. gyventojų mirtingumą nuo išeminės širdies ligos (sumažėjo 11,8 proc.), piktybinių navikų (sumažėjo 13 proc.) ir vyrų mirtingumą nuo plaučių vėžio (sumažėjo 13 proc.).
2. Nepavyko sumažinti sergamumo gimdos kaklelio vėžiu (tikslas visiškai nepasiektas), mirtingumo nuo krūties vėžio (sumažėjo tik 5,8 proc.), stabilizuoti ligotumo psichikos ligomis (padidėjo 13 proc.) [42].

Lyginant Europos regiono šalis, stebimas Lietuvos sveikatos rodiklių atsilikimas nuo kitų šalių. Mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų, o ypač nuo išeminės širdies ligos, yra didžiausias tarp regiono šalių. Alkoholio vartojimo sukeltas mirtingumas daugiau nei dvigubai didesnis už naujųjų ES šalių vidurkį. Rūkymo sukeltas mirtingumas taip pat yra didžiausias palyginti su kitomis Europos šalimis [42].

PSO duomenimis, pagrindiniais LNL rizikos veiksniais išlieka gyvenimo būdas: rūkymas, alkoholio vartojimas, neteisinga mityba (akcentuojamas mažas vaisių ir daržovių vartojimas) bei mažas fizinis aktyvumas [93, 132]. Remdamasi Lietuvoje atliktų mokslinių tyrimų duomenimis PSO apskaičiavo, kad 33 proc. šalies gyventojų mirčių susiję su hipertenzija, 23,2 proc. – hipercholesterolemija, 17,8 proc. – tabako vartojimu, 12,0 proc. – su nepakankamu vaisių ir daržovių vartojimu, 10,7 proc. – alkoholio vartojimu, 10,5 proc. – antsvoriu, 9,1 proc. – fizinės veiklos stoka [25].

Lietuvoje ne vieną dešimtmetį vykdomi stebėsenos tyrimai, kuriais siekiama išsiaiškinti lėtinių ligų atsiradimą sąlygojančius rizikos veiksnius ir jų paplitimą. Vienas iš tokių tyrimų – LNL integruota profilaktikos programa CINDI (angl. *The Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention*), įgyvendinama nuo 1983 m. Šios programos tikslas – sumažinti sergamumą ir mirtingumą nuo LNL, kontroliuojant bendruosius rizikos veiksnius [128]. Šio tyrimo duomenimis, 2007 m. dažniausiai buvo diagnozuojama arterinė hipertenzija ir hipercholesterolemija. Arterinės hipertenzijos paplitimas tarp vyrų buvo didesnis nei tarp moterų (atitinkamai – 60,3 proc. ir 44,6 proc.). Nutukimas dažnesnis moterų populiacijoje. Vertinant gyventojų elgsenos veiksnius pastebėta, kad rūkymas ir nesaijingas alkoholinių gėrimų vartojimas buvo dažnesni tarp jaunesnio nei tarp vyresnio amžiaus žmonių. Su amžiumi laisvalaikiu fiziškai aktyvių žmonių dalis didėjo. Senstant didėjo arterinės hipertenzijos, hipercholesterolemijos, nutukimo ir metabolinio sindromo paplitimas [35].

Nuo 1994 m. vykdomas Lietuvos suaugusių žmonių gyvenimo stebėsenos tyrimas, atliekamas pagal tarptautinio tyrimo FINBALT HEALTH MONITOR metodiką. Šiame tarptautiniame tyrime dalyvauja Suomija ir kitos Baltijos šalys. 2010 m. atlikto kartotinio tyrimo duomenimis, Lietuvoje kasdien rūkė 34,2 proc. vyrų ir 15 proc. moterų. Iki 2000 m. rūkymo paplitimas didėjo visoje populiacijoje, o tarp moterų išaugo 2,3 karto. Vėlesniais metais rūkančių vyrų sumažėjo 1,5 karto, o moterų – nepasikeitė. Pastebėta, kad rūkymo įpročiai susiję su socialiniais veiksniais: aukštesnio išsilavinimo vyrai rūkė rečiau nei žemesnio, mieste rūkančių moterų buvo daugiau nei kaime [36].

Kitas elgsenos veiksnys, stipriai veikiantis LNL atsiradimą – alkoholio vartojimas. Beveik pusė Lietuvos vyrų ir viena iš šešių moterų turėjo problemų dėl alkoholinių gėrimų vartojimo: nuo 1994 m. iki 2010 m. moterų vidutinis per savaitę išgeriamo alkoholio kiekis padidėjo 2 kartus [36].

Pastaraisiais dešimtmečiais daugelio pasaulio valstybių gyventojų mityba keitėsi sveikatai nepalankia linkme. Išaugo didelės energinės vertės maisto produktų, turinčių daug riebalų ir cukraus, vartojimas. Tuo tarpu daržovių, vaisių ir mažai perdirbtų grūdinių produktų vartojama nepakankamai. Tokie mitybos pokyčiai skatina nutukimo, lipidų apykaitos sutrikimų, arterinės hipertenzijos, hiperglikemijos ir kitų lėtinių ligų rizikos veiksnių atsiradimą. Lietuvos suaugusių žmonių gyvenimo stebėsenos tyrimas parodė, kad per pastaruosius 20 metų Lietuvoje sumažėjo gyvūninės kilmės riebalų (sviesto, taukų) vartojimas ir išaugo augalinės kilmės riebalų (aliejus, margarino) vartojimas. Maisto davinyje sumažėjo energijos, gautos iš sočių riebalų rūgščių, dalis ir cholesterolio kiekis, išaugo iš polinesočių riebalų rūgščių gauta energijos dalis. Teigiami mitybos pokyčiai susiję su

lipidų koncentracijos kraujyje pokyčiais – sumažėjo vidutinė bendro ir mažo tankio lipoproteinų cholesterolio koncentracija kraujyje.

Nors Lietuvos gyventojų mitybos įpročiai tapo geresni, tačiau daugiau nei pusė suaugusių lietuvių turi antsvorį, o kas penktas yra nutukęs. Nuo 1994 m. antsvorio paplitimas tarp vyrų padidėjo nuo 47 proc. iki 60 proc., o nutukimo – nuo 10 proc. iki 19 proc. Antsvorio ir nutukimo paplitimas tarp moterų nepasikeitė. 2010 m. antsvoris nustatytas pusei, o nutukimas – penktadaliui moterų [36].

Epidemiologinių tyrimų rezultatai patvirtino, kad antsvoris padidina riziką susirgti išemine širdies liga [2]. Tyrimu EUROASPIRE III, 2006–2007 m. atliktu 22-ose Europos valstybėse, nustatyta, kad išemine širdies liga sergantys asmenys labai dažnai yra nutukę (53 proc.), turi per didelį kraujospūdį (56 proc.), 51 proc. pacientų padidėjęs cholesterolio kiekis kraujyje, 17 proc. pacientų rūkė [60]. Ilgalaikių tyrimų duomenys parodė, kad nutukimas paveikia kraujagyslių endotelio funkciją [30].

Džiugina tai, kad nuo 1996 m. padidėjo gyventojų, kurie mankština bent 4 kartus per savaitę dalis: vyrų nuo 16 iki 29 proc., moterų nuo 13 iki 28 proc.

PSO priimtoje Pasaulinėje mitybos, fizinio aktyvumo ir sveikatos strategijoje rekomenduojama vartoti kuo daugiau daržovių, vaisių, rupaus malimo grūdinių produktų, dažniau valgyti žuvies, liesų pieno produktų, kad lėtinių ligų rizika būtų kuo mažesnė ir gyventojų sveikata gerėtų [129].

Lietuvos suaugusių žmonių gyvenamosios stebėsenos tyrimas parodė, kad padaugėjo žmonių, kurie 6–7 kartus per savaitę valgo šviežias daržoves: 1996 m. šviežias daržoves beveik kasdien vartojo 5 proc. moterų ir 4 proc. vyrų, 2010 m. moterų ir vyrų dalis padidėjo daugiau nei 4 kartus – 24 proc. moterų ir 17 proc. vyrų [36].

Šio tyrimo duomenys parodė, kad mitybos įpročiai buvo susiję su gyvenamosios veiksniais. Vyrų, valgantys daržoves, vaisius, žuvį ir vištieną, rečiau rūkė, buvo fiziškai aktyvesni, tačiau šie vyrai ir moterys dažniau vartojo alkoholinius gėrimus nei retai valgantys minėtus produktus. Valgančiųjų košes, dribsnius, makaronus ir varškės sūrį gyvenamosios buvo sveikiau. Jie rečiau rūkė, vartojo visų rūšių alkoholinius gėrimus, laisvalaikį dažniau sportavo. Tuo tarpu vyrai, valgantys mėsą, kiaušinius ir bulves, turėjo daugiau žalingų įpročių (dažniau rūkė, vartojo alų ir stiprius alkoholinius gėrimus) nei vengusieji šių maisto produktų [62]. Taigi atliktų tyrimų rezultatai rodo, kad žmonėms būtinos įvairios prevencinės programos, dėl kurių mažėtų LNL rizikos veiksnių paplitimas. PSO rekomendavo lėtinių ligų prevencijai taikyti PSP strategijas. Mokslškai pagrįstos dvi pagrindinės ligų profilaktikos strategijos: populiacinė ir didelės rizikos strategija. Populiacinė strategija apima veiklą, nukreiptą į visą visuomenę, siekiant

sumažinti įvairių ligų atsiradimo galimybę. Antroji strategija yra rizikinga, apimanti veiklą, nukreiptą į specifines žmonių grupes, turinčias padidėjusią tam tikrų ligų išsivystymo riziką [118].

2.2.2. Šeimos gydytojų galimybės kontroliuoti lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnius

Šeimos gydytojai yra pirmieji gydytojai, teikiantys sveikatos priežiūros paslaugas, dėl to jų vaidmuo sveikatos stiprinimo ir ligų profilaktikos veikloje yra labai svarbus. Aktyvus jų dalyvavimas šioje veikloje gali padėti užtikrinti veiksmingą išteklių panaudojimą ir mažinti neigiamą ligų poveikį sveikatai. Šeimos gydytojai be antrinės ir tretinės ligų profilaktikos, kurių metu siekiama anksti nustatyti ir gydyti ligas, sumažinti komplikacijų dažnį ir ligos progresavimą, turėtų nemažai dėmesio skirti pirminei profilaktikai [118]. Šią funkciją reglamentuoja ir medicinos norma MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ [66].

PSO ragina LNL prevenciją ir kontrolę integruoti į programas, kurių tikslas – sustiprinti PSP ir padėti PSP darbuotojams susidoroti su naujais iššūkiais plintant LNL. Tokiose programose šeimos gydytojai ir slaugytojai, pasitelkdami visuomenės sveikatos specialistus, turėtų atlikti pagrindinį vaidmenį išaiškinant ir koreguojant rizikos veiksnius bendruomenėje, laiku diagnozuojant lėtines ligas ir koordinuojant jų priežiūrą [120].

Lietuvoje vis daugiau dėmesio skiriama ligų prevencijai. Laiku užkirtus kelią ligai išsaugoma asmens sveikata ir darbingumas, taupomas gydytojų darbo laikas ir išvengiama didesnių gydymo išlaidų. Nuo 2005 m. vykdomos 3 onkologinių ligų prevencijos finansavimo programos – gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio ir priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos. Nuo 2010 m. vykdoma storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa. Taip pat šalies mastu įgyvendinama širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programa. Šiose programose numatyta, kad šeimos gydytojas, bendruomenės slaugytojas arba PSP komandos narys – vidaus ligų gydytojas informuoja pacientus apie galimybę dalyvauti programose [71, 72, 75, 76, 77].

Starkuvienės S. ir Liaugaudaitės V. tyrimo (2009) duomenimis, 2005–2008 m. Klaipėdos ir Tauragės apskrityse apie gimdos kaklelio vėžio profilaktikos programą buvo informuota tik 52 proc. 25–60 metų moterų. Tuo tarpu nuo 2009 m., įvedus apmokėjimą už gerus darbo rezultatus pagal prevencinių programų vykdymą, moterų informuotumas išaugo iki 91,5 proc. Dažniau buvo informuojamos mieste gyvenančios, turinčios aukštąjį išsilavinimą, didesnes šeimos pajamas, didesnę vaikų skaičių moterys bei

moterys, kurioms kada nors gyvenime buvo paimtas tepinėlis dėl gimdos kaklelio vėžio. Tuo tarpu moterų su žemesniu išsilavinimu arba gyvenančių kaime informuotumas apie šią programą buvo mažesnis. 46 proc. moterų nurodė, kad joms tepinėlių dėl gimdos kaklelio vėžio paėmė šeimos gydytojas. Į šį procentą patenkančios moterys taip pat geriau vertino šeimos gydytojo pareigas [112].

Valstybinės ligonių kasos duomenimis, 2011 m. šalies šeimos gydytojai aptarnavo 1,7 mln. pacientų, kurių amžius 18–65 m. LNL profilaktikos ir kontrolės paslaugos buvo suteiktos tik 5 proc. šios amžiaus grupės pacientams. Šiaulių ir Telšių apskričių gydymo įstaigos, kurios aktyviausiai vykdė neinfekcinių ligų profilaktiką, 2011 m. vidutiniškai patikrino 13 proc. 18–65 m. amžiaus pacientų [94].

Kanapeckienės V. tyrimo (2012) „Antrinės profilaktikos programų įgyvendinimas gyventojų ir gydytojų požiūriu“ rezultatai parodė, kad nors gyventojai ir gydytojai teigiamai vertina programų įgyvendinimą, dalyvavimas jose išlieka prastas. Tik du trečdaliai (72,7 proc.) gyventojų buvo informuoti apie onkologinių ir širdies kraujagyslių ligų prevencines programas, vykdomas PSP įstaigose. Moterys daugiau žinojo apie gimdos kaklelio ir krūties vėžio, o vyrai – apie širdies kraujagyslių ligų bei priešinės liaukos vėžio prevencines programas ir dalyvavimo jose sąlygas. Tačiau beveik pusė (47,7 proc.) žinančių apie programas gyventojų jose nedalyvavo. Manoma, kad gyventojai nedalyvauja dėl mažo suinteresuotumo. Atlikus tyrimą išryškėjo ir neigiamų aspektų: trys ketvirtadaliai gydytojų neplanuoja, kiek per tam tikrą laikotarpį suteiks prevencinių programų paslaugų; apie pusės gyventojų (43,6 proc.) prevencinių programų tyrimų rezultatai (atsakymai) įvertinami tik gyventojams panorus sužinoti savo tyrimų rezultatus; gyventojai apie prevencinių programų tyrimų rezultatus informuojami dažniausiai tik pakartotinai apsilankę pas gydytoją [56].

Taigi šeimos gydytojas turi įdėti daug pastangų motyvuodamas pacientą dalyvauti LNL profilaktikos programose arba mokydamas jį sveikiau gyventi, kontroliuoti ligų rizikos veiksnius. Šioje veiklos srityje šeimos gydytojui galėtų padėti jo asistentas vadybininkas ir slaugytojo padėjėjas. Tokia pareigybės sukūrimo galimybė numatyta Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 m. plėtros metmenyse. Atvejo vadyba (angl. *case management*) yra esminė priemonė teikiant integruotą priežiūrą, kuri tarptautiniu mastu tapo vienu priimtinausių modelių teikiant sveikatos priežiūros paslaugas žmonėms, turintiems ilgalaikių ir sudėtingų sveikatos sutrikimų bei įvairių socialinės priežiūros poreikių. Atvejo vadyba – socialinių paslaugų ir asmens sveikatos priežiūros integracija individualiu lygmeniu [110].

2011 m. liepą Vilniaus Centro poliklinikoje buvo išbandytas atvejo vadybos darbo modelis. Šioje poliklinikoje dirbo 3 šeimos gydytojo ir

slaugytojo asistentai. Pagrindinės atvejo vadybininkų funkcijos buvo šios: informuoti pacientus apie vykdomas valstybines prevencines programas, teikiamas paslaugas ir įkainius, registruoti pacientus pas gydytojus, tikrinti, pildyti pacientų kontaktinius duomenis, analizuoti GMP ataskaitas ir kviešti pacientus pas gydytoją po GMP vizitų, tikrinti pacientų draustumą, konsultuoti privalomojo sveikatos draudimo klausimais bei bendradarbiauti su kitais asmens sveikatos priežiūros komandos nariais. Pastebėta, kad nuo 2011 m. liepos iki 2012 m. kovo, kai dirbo šie asistentai, 2,5 karto padidėjo pacienčių informuotumas apie gimdos kaklelio vėžio profilaktikos programą. Per visą asistentų darbo poliklinikoje laikotarpį pacientų informuotumas apie prevencines programas padidėjo iki 80 proc., kai anksčiau 71 proc. pacientų būdavo neinformuojami arba jiems tik trumpai užsimenama apie tokias programas [110]. Visapusės šeimos gydytojo konsultacijos galimybes ir vaidmenį kontroliuojant lėtinius susirgimus pirmą kartą aprašė Jungtinės Karalystės mokslininkai Stottas ir Davisas. Jie pabrėžė, kad šeimos gydytojai turi neprilygstamą galimybę laiku diagnozuoti ir kontroliuoti lėtines ligas. Tam tereikia išplėsti konsultacijos uždavinius ir, šalia pateikiamos paciento ūmios problemos sprendimo, skirti dėmesio galimoms lėtinėms problemoms ar jų rizikos veiksniams [117].

Individualios konsultacijos metu šeimos gydytojas turi skirti dėmesio keturioms sritims: paciento problemai įvertinti (1), paveikti paciento įsitikinimus dėl galimų sprendimo būdų (2), paciento lėtinėms problemoms valdyti (3) ir atrankinei patikrai bei sveikatai stiprinti (4) [96].

Lėtinių neinfekcinių ligų profilaktikai ir sveikatai stiprinti JAV profilaktinių paslaugų specialioji grupė (USPSTF, angl. *The United States Preventive Services Task Force*) siūlo 5A modelį (angl. *assess, advise, agree, assist and arrange-follow up*), kuris padėtų įvertinti ir koreguoti sveikatai įtakos turinčius veiksnius. Šį modelį sudaro nuoseklūs etapai: įvertinimas (angl. *assess*), patarimas (angl. *advise*), susitarimas (angl. *agree*), pagalba (angl. *assist*) ir organizavimas (angl. *arrange*). Šis modelis apima tokius veiksmus: atrankines patikras dėl rūkymo, nesaikingo alkoholio vartojimo ir nutukimo; trumpas rūkalių ir nesaikingai alkoholi vartojančių asmenims konsultacijas (angl. *brief primary health care based counseling*); intensyviai konsultacijas mitybos klausimais didelės rizikos suaugusiems pacientams; intensyviai konsultacijas ir elgsenos intervencijas nutukusiems pacientams [127]. Šeimos gydytojo ar bendruomenės slaugytojos konsultacijų metu įvertinama rizikinga paciento elgsena ir jo žinios, įsitikinimai, požiūris į ją. Taip pat įvertinamas paciento pasirengimas pokyčiui. Išskiriamos kelios keitimosi ciklo stadijos:

I – pacientas nežino apie pokyčio būtinumą;

II – žino, bet neturi motyvacijos keistis;

III – keitimasis svarstomas, jis nori keistis, bet tam dar nepasirengęs;

IV – pacientas pasirengęs keistis.

Atsižvelgiant į elgesio kaitos ciklo stadiją per kartotines konsultacijas, taikant trumpos intervencijos metodą, pacientui atitinkamai patariama. Dažniausiai tik po kelių kartotinių konsultacijų su pacientu pavyksta susitarti [33]. JAV mokslininkai Goldstein, Whitlock, Judith, atlikę išsamią studiją apie 5A modelio efektyvumą, pastebėjo, kad veiksminga iškart koreguoti kelis rizikos veiksnius, pvz.: nutukimą ir mažą fizinį aktyvumą. Taikant kelių veiksnių koregavimo intervenciją sumažėja rizika susirgti tokiais ligomis kaip metabolinis sindromas, išeminė širdies liga, cukrinis diabetas ir kt.. Nors tokio modelio efektyvumas nėra didelis, tačiau taikomas daugelyje šalių dirbant su aukštos rizikos pacientais. Sunkiau šį modelį taikyti sveikiems žmonėms [33]. Kitos veiksmingos prevencijos priemonės, kurias galėtų taikyti šeimos gydytojas: individualios konsultacijos, konsultacijos telefonu ir grįžtamasis atsakas [49]. Australijoje buvo atliktas tyrimas (2007), kurio metu šeimos gydytojai turėjo vertinti pacientų gyvenimo iššūkius: rūkymą, alkoholio vartojimą, mitybos iššūkius ir fizinį aktyvumą (Ampt AJ, Amoroso C., Harris MF). Tyrimo rezultatai parodė, kad ne visi iš tirtų 15 šeimos gydytojų vienodai vertino numatytus gyvenimo iššūkius. Šeimos gydytojai dažniau vertindavo ir konsultuodavo pacientus mitybos ir fizinio aktyvumo klausimais, jei pastarieji turėjo antsvorį arba svėrė labai mažai, jiems buvo nustatyta hipertenzija ar hipercholesterolemija. Ne visi tyrime dalyvavę šeimos gydytojai vienodai dažnai vertino pacientų alkoholio vartojimo ir rūkymo iššūkius: dažniausiai šiuos iššūkius vertino tie gydytojai, kurie turėjo patirties vertinant ir diagnozuojant priklausomybes. Pastebėta, kad ne visi šeimos gydytojai vienodai stengėsi motyvuoti pacientus atsisakyti žalingų iššūkių ar keisti gyvenimą. Didžioji dalis tyrime dalyvavusių gydytojų išreiškė nuomonę, kad sunku motyvuoti pacientus keisti gyvenimą. Ypač sunku sumotyvuoti pacientus mesti rūkyti ar vartoti alkoholį. Vienas iš šeimos gydytojų atsisakė toliau tęsti nesėkmingą motyvavimą, o kiti teigė, kad jiems dar trūksta įgūdžių dirbti su tokiais pacientais. Kur kas lengviau buvo motyvuoti keisti mitybos iššūkius ar didinti fizinį aktyvumą. Pastebėta, kad kuo daugiau žinių šiais klausimais pacientai gauna, tuo labiau didėja jų motyvacija keisti gyvenimą. Tyrimas parodė, kad vienkartinės konsultacijos neduoda jokios naudos, norint pakeisti paciento iššūkius: būtinos periodinės konsultacijos ir palaikymas, motyvacijos stiprinimas. Tačiau dėl pacientų užimtumo ir šeimos gydytojų darbo laiko ribotumo pacientai negali dažnai konsultuotis, ypač po darbo valandų. Rūkantiems pacientams labai padeda metančiųjų rūkyti telefono linija [3]. Tokia linija jau veikia ir Lietuvoje [103].

Šeimos gydytojams ne visada pavyksta įgyvendinti visus pagalbos metantiems rūkyti modelio žingsnius. Blumenthal D. S. tyrimas (2007, Gruzija) parodė, kad šeimos gydytojai, bandydami padėti pacientui mesti rūkyti, susiduria su šiomis problemomis: laiko trūkumas (konsultacijos metu didžiausias dėmesys tenka ūmioms būklėms), retas pacientų apsilankymas profilaktiniais tikslais, pacientų nesuinteresuotumas mesti rūkyti (pacientams patinka rūkyti, jie neįžvelgia žalos), nepakankami pacientų (finansiniai, socialiniai, psichologiniai) ir sveikatos priežiūros išteklių (kai įstaiga neturi galimybės naudoti pakaitinės nikotino terapijos), nepakankami klinikiniai įgūdžiai dirbant su metančiais rūkyti. Blumenthal D. S. pastebėjo, kad suaugę pacientai, ypač emigrantai iš neturtingųjų sluoksnių, nenoriai naudojami metančiųjų rūkyti telefono linija. Manoma, kad kalbos barjeras yra vienas iš veiksnių, trukdantis padėti tokiems pacientams mesti rūkyti [10].

Kaplan P. C. ir kolegų apklausė po 500 šeimos gydytojų ir pediatrų (JAV, Kalifornijos valstija, 1997–1998), siekdami išsiaiškinti, kaip dažnai šie gydytojai konsultuoja vaikus iki 18 m. rūkymo žalos klausimais. Rezultatai parodė, kad didžioji dalis tirtų šeimos gydytojų (n=500) dažniausiai įgyvendino šiuos žingsnius: informavo apie rūkymo keliamą žalą augančiam vaiko organizmui; paklausė, ar bandė rūkyti nuo 8 metų amžiaus; patarė nerūkyti. Rečiau gydytojai padėdavo mesti rūkyti ir organizuodavo pagalbą metančiajam. Ypač aktualu padėti mesti rūkyti vaikams iki 18 metų. Kuo jaunesni asmenys pradeda rūkyti, tuo didesnė rizika, kad jiems suaugus išsivystys tokios lėtinės ligos, kaip lėtinė obstrukcinė plaučių liga, širdies ir kraujagyslių ligos, vėžiniai susirgimai. Tačiau šis tyrimas parodė, kad pediatrai (n=500) rečiau nei šeimos gydytojai dalyvavo šioje prevencinėje veikloje. Šeimos gydytojai dažniau padėdavo mesti rūkyti ir palaikydavo metančius rūkyti vaikus iki 18 m. Dažniausiai iškylančios kliūtys konsultuojant vaikus rūkymo metimo klausimu buvo gydytojų įsitikinimas, kad vaikai neadekvačiai reaguos ir priešinsis tokiai konsultacijai dėl tėvų dalyvavimo kartu su vaiku gydytojo konsultacijoje, arba kad vaikai bijos tėvų reakcijos. Pediatrai pripažino, kad jiems trūksta įgūdžių padėti vaikams mesti rūkyti [57].

Taigi gausūs moksliniai įrodymai patvirtina, kad tinkamos PSP intervencijos turi įtakos rizikos veiksniams ir yra labai efektyvios siekiant sumažinti rūkymą bei nesaikingą alkoholio vartojimą populiacijoje. Kiek mažiau įrodymų, kad PSP gali paveikti pacientų fizinio aktyvumo ir mitybos įpročius, tačiau aukštos rizikos grupės pacientams intensyvios specialiai išmokytų slaugytojų konsultacijos dietos klausimais yra labai efektyvios [40].

2.2.3. Šeimos gydytojų klinikinio darbo kokybės įvertinimas ir pasitenkinimas darbu

Šeimos gydytojai, be informavimo apie prevencines programas ir ligų profilaktikos įgyvendinimo, turi ir kitų pareigų. Bene svarbiausios – ūmių ir lėtinių ligų diagnozavimas, gydymo plano sudarymas, bendravimas su pacientu.

Jankauskienės D. tyrimo (2006) duomenimis viešų ir privačių PSP įstaigų šeimos gydytojai 2006 metais atliko daugiau ausų, nosies ir gerklės procedūrų nei 1999 m. 1999 m. atlikto tyrimo duomenimis, ambulatorinių chirurginių manipuliacijų buvo atliekama daugiau negu 2006 m. Akių ligų manipuliacijų skaičius 2006 m. viešosiose sveikatos priežiūros įstaigose sumažėjo palyginti su 1999 m. ir šiek tiek padidėjo privačiose įstaigose: jas atlieka 87,1 proc. privačių ir tik 34,3 proc. viešųjų PSP įstaigų gydytojų. Galima manyti, kad šios manipuliacijos ir toliau patikimos gydytojui specialistui [47].

Liseckienė I. tyrimo (1997, 2004) duomenimis 2004 m. persikvalifikavę terapeutai dažniau nei apylinkių terapeutai atliko intravenines infuzijas (71 proc. apklaustųjų), tvarstė kulkšni (43,3 proc.), siuvo žaizdas (21 proc.), tačiau rečiau atlikinėjo įaugusio nago rezekciją (12,9 proc.), intrauterininę spiralės įdėjimą (12,9 proc.), gipsavo (10,2 proc.), rečiau atlikinėjo karpų krioterapiją (6,5 proc.). Taip pat buvo analizuotos naujai parengtų šeimos gydytojų atliekamos procedūros pagal tuo metu galiojusią šeimos gydytojo normą [67]. Dažniausiai šeimos gydytojai atlikinėjo intraveninę infuziją, tvarstė kulkšni, gipsavo, siuvo žaizdas, dėjo intrauterininę spiralę, atliko įaugusio nago rezekciją. Kitas procedūras (paracentezę, maksiliarinio sinuso ir sąnario punkciją, akių dugno tyrimą, rūdžių nuo ragenos pašalinimą, karpų ir lipomos eksciziją) šeimos gydytojai atlikinėjo kur kas rečiau. Didžiosios dalies persikvalifikavusių terapeutų aktyvumas padidėjo palyginti su apylinkės terapeutų aktyvumu 1994 m.: jie 5 kartus dažniau gydė salpingitą, miežį; 3 kartus dažniau gydė stuburo išvaržą, galvos smegenų sutrenkimą, Parkinsono ligą; 1,1–2,3 karto – hipertiroidizmą, peritonozilinį abscesą, antro tipo cukrinį diabetą, depresiją, opaligę, reumatoidinį artritą [84].

Liseckienė I. taip pat analizavo, kokios buvo persikvalifikavusių terapeutų ir apylinkės terapeutų profilaktinio darbo apimtys. Lyginant 1994 m. ir 2004 m. apklausų duomenis, persikvalifikavę terapeutai ėmė dažniau matuoti arterinį kraujospūdį bei cholesterolio kiekį kraujyje. Nuo 2004 m. pradėti imti gimdos kaklelio tepinėliai. Taip pat pastebėta, kad šeimos medicinos rezidentūrą baigę gydytojai dažniau nei rajono terapeutai atlikinėjo kraujo tyrimus cholesterolio kiekiui nustatyti. Sveikos gyvensenos patarimus šeimos gydytojai tuo metu dažniau dalijo sveikesniems pacientams:

daugiau nei 80 proc. persikvalifikavusių terapeutų, apylinkės terapeutų ir šeimos gydytojų konsultavo rūkymo metimo, alkoholio atsisakymo, sveikos mitybos klausimais. Pastebėta, kad šeimos gydytojai, baigę šeimos rezidentūrą, 2004 m. mažiausiai konsultavo alkoholio vartojimo nutraukimo klausimais lyginant su terapeutais. Šeimos gydytojai nuo 2004 m. buvo aktyviai įtraukti į vaikų iki 4 m. amžiaus sveikatos priežiūrą ir vaikų imunizacijos programą: 71,6 proc. gydytojų skiepijo vaikus. Tuo tarpu tokios sritys, kaip moters nėštumo priežiūra ir šeimos planavimas bei homeopatinė medicina, buvo mažiau įgyvendinamos: tik 54,8 proc. šeimos gydytojų aktyviau vykdė šias funkcijas [84].

Naujausio LR valstybės kontrolės atlikto tyrimo metu buvo išanalizuoti 118-os šeimos gydytojų, dirbusių 2009–2011 m., įrašai ambulatorinio gydymo istorijose. Nustatyta, kad dauguma šių šeimos gydytojų tinkamai neapžiūrėjo pacientų, neatliko jiems priskirtų diagnostinių ir gydomųjų veiksnių dėl akių, ausų, nervų, ginekologinių, odos ir kt. ligų. Keturi penktadaliai šeimos gydytojų pacientus siunčia konsultuotis pas gydytojus specialistus, nepanaudoję visų savo kompetencijų ligonių tyrimo ir gydymo srityje, pvz., 66 proc. atvejų (165 iš 248 atvejų) šeimos gydytojai nepanaudojo nustatytos kompetencijos diagnozuodami ir gydydami arterinę hipertenziją. Didžioji dalis tyrime dalyvavusių gydytojų atsakė, kad siuntimų pagėidavo pacientai (54 proc. atvejų), 30 proc. atvejų gydytojai nenorėjo prisiminti atsakomybės, 22 proc. – gydytojams pritrūko kompetencijos ir įgūdžių [94].

Mykolo Romerio universiteto 2011 m. atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad 86 proc. gydytojų siunčia pacientą pas kitus specialistus ne dėl to, kad tikrai reikia konsultacijų, bet tik norėdami apsaugoti nuo galimo teisinio persekiojimo. Tokie gydytojų veiksmai įvardijami kaip „gynybinė medicina“ – sveikatos apsaugos reiškinys, kai gydytojai siekia apsiginti nuo galimo teisinio persekiojimo iš paciento pusės. Gynybinė medicina didžiausią neigiamą įtaką turi terapiniam (gydymo) efektui, nes šalti, neturintys tarpusavio pasitikėjimo gydytojo ir paciento santykiai apsunkina ligos diagnozę ir gydymą [64, 94].

Kitas svarbus aspektas, lemiantis šeimos gydytojų darbo efektyvumą ir kokybę – pačių gydytojų požiūris į darbo organizavimą, darbo priemones, santykius su pacientais, gydytojų pasitenkinimas darbu.

Liseckienės I. tyrimo (2004) duomenimis, šeimos gydytojų darbo krūvis per savaitę siekė 40 val. pagrindinėse pareigose ir 18 val. antraeilėse pareigose. Kvalifikacijai tobulinti šeimos gydytojai skirdavo po 10 val. per mėnesį. Per dieną gydytojai turėdavo 25 konsultacijas, o tai yra 1,6 karto daugiau nei jie turėjo 1994 m. Daugiausia konsultacijų turėjo persikvalifikavę iš apylinkės terapeutų šeimos gydytojai. 2004 m. persikvalifikavusių

iš apylinkės terapeutų vizitų skaičius į namus reikšmingai sumažėjo, o konsultacijų skaičius telefonu išaugo. Dauguma šeimos gydytojų 2004 m. dirbo pagal išankstinę pacientų registraciją (63,5 proc.), beje, tai prieš 10 metų nebuvo populiariu [84]. Kiti mokslininkai, tyrę šeimos gydytojų darbo organizacinius ypatumus, nustatė panašias tendencijas [4, 5, 100].

Palyginti su užsienyje dirbančių šeimos gydytojų darbo krūviu, Lietuvos šeimos gydytojai dirba trumpiau. Vokietijoje 2009 m. atlikto tyrimo duomenimis (Steinhaeuser J., Joos S.), rajonuose šeimos gydytojai dirbo po 55 val., miestuose po 51 val. per savaitę. Dirbančių mažiau kaip 40 val. per savaitę buvo tik 13,4 proc. miestuose ir 12,9 proc. miesteliuose [114].

Meidutės G. tyrimo (2006) duomenimis, beveik visi jos apklausti šeimos gydytojai (n=101), t. y. 93,07 proc. teigė, kad darbo krūvis turi įtakos jų teikiamų paslaugų kokybei. Analizuojant darbo krūvio klausimą reikšmingai išsiskyrė moterys: 93,35 proc. šeimos gydytojų moterų manė, kad darbo krūvis turi įtakos darbo kokybei, tuo tarpu taip manančių vyrų buvo 78,95 proc. [89].

Meidutės G. tyrimas parodė, kad tik pusė apklaustų šeimos gydytojų (50,5 proc.) patenkinti savo darbu, o 42,57 proc. respondentų savo darbą vertina patenkinamai. Marcinkevičiūtės V. tyrimas (2005) taip pat parodė, kad 60,9 proc. apklaustų vienos Kauno PSP įstaigos šeimos gydytojų savo darbu patenkinti tik iš dalies [86]. Taigi toks gydytojų požiūris prisideda prie darbo kokybės prastėjimo. 49,50 proc. apklaustų šeimos gydytojų teigė, kad pasitenkinimas darbu veikia jų darbo kokybę. Pasitenkinimas darbu lemia geresnį jo atlikimą, t. y. žmonės, kurie yra patenkinti savo darbu, labiau stengiasi ir dirba daugiau, kita vertus, geras darbo atlikimas irgi lemia pasitenkinimą darbu. Didelė tikimybė, kad nepatenkinti darbu darbuotojai bus mažiau aktyvūs darbe ir nesistengs dirbti [89].

Kairio J., Žebienės E., ir Zoko I. atliktas sociologinis tyrimas (2004) parodė, kad darbo sąlygos Lietuvoje gydytojams yra geros. Patys gydytojai nurodė, kad yra patenkinti savo darbo sąlygomis (56,7 proc.). Labiau patenkinti didžiųjų miestų (56,2 proc.) ir rajono centrų (61,3 proc.) gydytojai. Panaši nuomonė ir apie darbo organizavimą gydymo įstaigoje: visiškai tenkina darbo organizavimas gydymo įstaigoje 62,1 proc. gydytojų. Labiau patenkinti didžiųjų miestų (64,9 proc.) ir rajono centrų (64,2 proc.) gydytojai. Mažiau (52,9 proc.) darbo organizavimas tenkina kaimo vietovių gydytojus, nors tokių yra daugiau negu atsakiusių, kad darbo organizavimas jų visiškai netenkina (22 proc.) [133].

2004 m. Anglijoje Whalley D. atlikto tyrimo duomenimis, BPG buvo labiausiai nepatenkinti darbo trukme, atlygiu už darbą, įvairiais su gydymu nesusijusiais darbais: dokumentacijos tvarkymu, dideliu darbo krūviu [125].

Kairio J., Žėbienė E., Zoko I. tyrimo (2005) rezultatai parodė, kad šeimos gydytojai nėra visiškai patenkinti įrengta darbo vieta, aprūpinimu medicinine įranga: 11,9 proc. gydytojų nurodo, kad stinga diagnostinės, laboratorinės ir gydymosi aparatūros. Geresnės įstaigų vadybos pasigenda 3,9 proc. rajono centrų ir rajoninių miestų gydytojų. Pastatų remonto labiausiai pasigenda rajono centrų ir rajoninių miestų gydytojai (5,0 proc.). 27,0 proc. gydytojų nurodė, kad pacientų skaičius yra per didelis, o 37,2 proc. gydytojų pacientų skaičius per dieną buvo optimalus [51]. Marcinkevičiūtės V. tyrimo (2005) duomenimis, tik apie pusė apklaustų vienos iš Kauno PSP įstaigų gydytojų teigiamai vertino registratūros darbą (56,5 proc.). Laukiamojo aplinką gydytojai įvertino blogai arba labai blogai (47,8 proc.). Dauguma, t. y. 60,8 proc., apklaustųjų mano, kad tiriamoje įstaigoje esančios nuorodos – įvairūs ženklai bei iškabos, pacientams yra aiškios ir palengvina jų orientavimąsi sveikatos priežiūros įstaigoje [86].

Meksikoje atlikto tyrimo duomenimis, privačiai dirbantys šeimos gydytojai labiau patenkinti savo darbu nei valstybinėse įstaigose dirbantys jų kolegos. Dažniau nepatenkintos šeimos gydytojos moterys ir jaunesnio amžiaus gydytojai, dirbantys valstybinėse įstaigose [28].

Bahreine šeimos gydytojai labiausiai buvo patenkinti šiais savo darbo aspektais: darbo aplinka, bendradarbiavimu su kolegomis, supervizijomis ir bendravimu. Mažiausiai pasitenkinimo jiems kėlė prevencinis darbas, atlyginimo dydis, sudėtingos procedūros [108].

Kanadoje atliktos studijos (2001) duomenimis, didžiausią pasitenkinimą darbu turėjo šeimos medicinos rezidentai. Darbo praktikos eigoje jų pasitenkinimas veikla tik didėjo. Tokie rezultatai siektini visose šalyse, kadangi praktikos pradžioje atsiradęs pasitenkinimas darbu, pasitikėjimas savo jėgomis ir noras tobulėti lemia geresnius darbo rezultatus, taip pat ir pacientų pasitenkinimą [124].

2.2.4. Gydytojo ir paciento santykiai

Šiandien Lietuvoje, kaip ir daugumoje Rytų bei Vidurio Europos šalių, vyksta gana sparti sveikatos priežiūros sistemos reforma, visuomenės modernizacija, kurios metu keičiasi gydytojo ir paciento santykiai, išryškėja sveikatos tiekėjo ir vartotojo kolektyviniai bei asmeniniai interesai, formuojasi nauji sveikatos profesionalų socialiniai tinklai ir socialiniai vaidmenys [53]. Gydytojo ir paciento santykiai bei dalyvavimas gydymo procese kaip dinaminis procesas didžiąja dalimi priklauso nuo žmonių tarpusavio bendravimo [90]. Sveikatos priežiūroje pacientas, kaip pilietis, kuris naudojasi sveikatos priežiūros paslaugomis, gali turėti įtakos priimamiems sprendimams tik sąveikaudamas (užmegzdamas tiesioginį

ryši) su gydytoju, slaugytoju ar kitu sveikatos priežiūros specialistu [14]. Gydytojo ir paciento santykius galima analizuoti įvairiais aspektais: sociologiniu, psichologiniu, teisiniu ir moraliniu, kurie tarpusavyje glaudžiai susiję. Veatch R. siūlo keturis pagrindinius gydytojo ir paciento santykių modelius:

- *Sakralinis modelis*. Pacientas pasitiki gydytoju ir jaučia malonumą tai darydamas. Tai vadinamieji paternalistiniai santykiai tarp gydytojų ir pacientų. Tokiu atveju pacientas išvengia moralinės atsakomybės.
- *Techninis modelis*. Gydytojas atlieka tik techninę funkciją, konstatuoja, kokie yra sutrikimai, informuoja pacientą, ką reikėtų daryti, bet minimaliai veikia jo galutinį apsisprendimą. Tokiu atveju gydytojas išvengia moralinės atsakomybės ir perleidžia ją pacientui.
- *Kolegialus modelis*. Gydytojas ir pacientas bendradarbiauja kaip kolegos siekdami bendro tikslo – pasveikti. Kyla klausimas, ar yra reali galimybė bendradarbiauti? Ar gydytojo ir paciento santykiuose nėra asimetrijos? Ar tai ne utopinis kolegialumas? Juk gydytojo ir paciento supratimo apie ligą lygis skirtingas, be to, ir jų padėtis skirtinga – vieno rankose priemonės, kito – gyvybinių procesų valdymas.
- *Kontraktinis modelis*. Tai fiksuoti gydytojo ir paciento tarpusavio įsipareigojimai. Tokiu atveju yra aiškus ir griežtas atsakomybės pasiskirstymas, gydytojas ir pacientas negali išvengti moralinės atsakomybės. Tačiau šio modelio trūkumas tas, kad jame daugiau dėmesio skiriama finansiniams negu etiniams gydytojo ir paciento santykių aspektams. Gydytojo ir paciento santykiai lyg izoliuojami nuo visos socialinės sistemos. Kontraktinis modelis skatina „minimalistinį“ mąstymą. Gydytojas, užuot galvojęs, kaip labiausiai padėti pacientui, naudingiau realizuojant jo teises, privalo orientuotis į kontrakte numatytą minimalią programą. Dažnai gydytojas galvoja, ko jis galėtų atsisakyti pagal kontraktą nenusižengdamas apibrėžtomis paciento teisėms [123].

Pagal Szasz T. S. ir Hollender M. H., gydytojo ir paciento santykių modeliai gali būti 3 formų:

1. Veiklus-pasyvus. Gydytojas atlieka aktyvų vaidmenį, o pacientas – pasyvų. Tai prilyginama tėvų ir vaikų santykiams. Pavyzdžiui, pacientas be sąmonės.
2. Vadovavimo-bendradarbiavimo. Gydytojas pasako pacientui, ką šis turi daryti, pacientas bendrauja ar paklūsta.

3. Abipusis dalyvavimas. Gydytojas padeda pacientui padėti sau pačiam. Partnerystė, kai pasinaudojama patyrusio pagalba [119].

Emanuel E. J. su bendraautoriais aprašė 4 gydytojo ir paciento santykių formas: paternalistinį; informuoto sutikimo; interpretavimo; aptarimo [23]. Paternalistinio gydytojo ir paciento santykių modelio išraiška tokia, kai „pacientas vykdo visus gydytojo nurodymus“; informuoto sutikimo – „sprendimus priima gydytojas, bet informuoja pacientą ir atsižvelgia į jo valią“; abipusio dalyvavimo – „gydytojas ir pacientas sprendimus priima kartu“; paciento kaip vartotojo modelio – „sprendimus priima pacientas, atsižvelgęs į gydytojo rekomendacijas“ [38].

Lietuvos gyventojams priimtinausias informuoto paciento elgesio modelis, kai sveikatos klausimai sprendžiami bendraujant su gydytoju. Šiam modeliui pritaria beveik pusė visų pacientų. Tą įrodo Grabausko V., Peičiaus E. ir Domeikienės A. atlikti tyrimai (2004). Grabausko V. ir Peičiaus E. tyrime 47,4 proc. apklaustų pacientų tenkina informuoto paciento elgesio modelis. Tyrimo metu paaiškėjo, kad PSP jis taikomas dažniausiai (58,8 proc.). Domeikienės A. tyrimo rezultatai taip pat parodė, kad dažniausiai šeimos gydytojas taiko informacinį bendravimo su pacientais modelį, kai medicininius sprendimus priima gydytojas, pasitaręs su pacientu ir jį informavęs apie gydymo prognozę, gydymo alternatyvas ir kt. [19].

Grabausko V. tyrimo duomenimis, abipusio dalyvavimo sprendimo priėmimo modeliui pirmenybę teikia daugiau kaip trečdalis respondentų (37,7 proc.), tačiau jų bendravimo lūkesčiai, bendraujant su BPG, išpildomi daug rečiau. Partneriški ir paciento santykiai yra labiau priimtini jaunesnio amžiaus ir aukštąjį išsilavinimą turintiems respondentams. Nors kai kuriose šalyse (Didžiojoje Britanijoje, Švedijoje) jau plačiai diegiamas pacientų dalyvavimo modelis PSP, Lietuvoje partneriški santykiai mažiau priimtini, juos nurodė tik 17 proc. respondentų (Domeikienės A. tyrimas), tarp kurių dauguma jaunesnių ir išsilavinusių žmonių [19, 38]. Paternalistinis bendravimo su gydytoju modelis priimtinas beveik kas penktam (18 proc.) respondentui. Paternalistiniai gydytojo ir paciento santykiai labiau priimtini vyriausiems respondentams (13,1 proc.) palyginti su kitų amžiaus grupių žmonėmis ($p < 0,05$) [55]. Grabausko V. tyrimo duomenimis, absoliuti mažuma (5,2 proc.) pritarė paciento kaip vartotojo modeliui [38].

Keičiantis pacientų požiūriui į sveikatos priežiūrą, keičiasi ir jų bendravimo su gydytoju modelis. 2008 m. atlikto tyrimo duomenimis (Aučiniene R.) partnerystės modelis yra priimtinausias daugiau kaip pusei apklaustų pacientų privačioje PSP įstaigoje (55,9 proc.), o mažiausiai priimtinas paternalistinis bendravimo modelis (5,9 proc.). Paciento informavimo modelis yra priimtinas beveik kas ketvirtam (27,6 proc.), paciento kaip vartotojo modelis – kas devintam (10,6 proc.) respondentui. Partnerystės modelis

labiau priimtinas mieste gyvenantiems respondentams (64,0 proc.), palyginti su kaime gyvenančiais respondentais (37,8 proc.) [8]. Taigi pastebima, kad pacientai ima aktyviau dalyvauti priimant sprendimus ir prisiimant atsakomybę.

Moksliniai tyrimai akivaizdžiai rodo, kad pastebimai keičiasi požiūris į paciento vaidmenį bendraujant su gydytoju [98, 113]. Vis daugiau pacientų nori būti aktyvūs sveikatos priežiūros dalyviai, o ne tik pasyvūs stebėtojai, rinkdamiesi partnerystės bendradarbiavimo modelį tarp gydytojo ir paciento. Anksčiau atliktų tyrimų rezultatai rodo, kad paciento vaidmuo, bendraujant su gydytoju yra suprantamas daugiau kaip pasyvus medicininės informacijos ieškojimas, bet ne kaip aktyvus bendradarbiavimas konsultacijų metu [98].

Lietuvoje užtikrinamas tęstinis šeimos gydytojo ryšys su pacientu, leidžiant pacientui rinktis norimą PSP gydytoją. Ilgą laiką gydytojui bendraujant su pacientu nusistovi geresni asmeniniai santykiai. Tada šeimos gydytojui lengviau suteikti pacientui konsultaciją, per kurią pacientas įtraukiamas į sprendimų priėmimo procesą, keičiama jo elgsena. Ilgalaikės tęstinės konsultacijos didina tikimybę, kad pacientas laikysis sutarto problemos sprendimo plano. Tai ypač svarbu valdant LNL, padedant atsikratyti žalingų įpročių ir keičiant gyvenimą. Moksliniais tyrimais įrodyta, kad kuo ilgiau tęsiasi paciento priežiūra, tuo geriau užtikrinama LNL profilaktika ir mažėja poreikis ligonį hospitalizuoti [107]. LNL rizikos veiksnių kontrolė, paciento bendravimo su gydytoju sėkmė priklauso ir nuo paciento savo sveikatos vertinimo, pasitenkinimo šeimos gydytojo institucija, prieinamumu, paslaugų teikimo kokybe ir kt.

Epstein R. m. Ročesteryje (JAV) atliko tyrimą (2000), kurio metu siekė išsiaiškinti į pacientą orientuoto bendravimo modelio įtaką gydymo kokybei. Rezultatai parodė, kad į pacientą orientuotas bendravimo modelis susijęs su mažesniu klinikinių tyrimų skaičiumi, tačiau toks bendravimas pailgina konsultacijos laiką [24].

Užsienio šalyse atlikti moksliniai tyrimai įrodo, kad LNL sergantys pacientai pageidauja lankytis pas tą patį gydytoją ilgą laiką, nori pastovumo ir pasitikėjimo [13, 97, 131].

Frederiksen H. B., Kragstrup J., Dehlholm-Lambertsen G. Vokietijoje atliko tyrimą (2008), kurio metu vertino šeimos gydytojų ilgalaikį darbą su pacientais. Šiuo tyrimu siekta išsiaiškinti, kiek svarbi ilgalaikė tarpasmeninė gydytojo ir paciento sąveika. Pastebėta, kad pacientams labai svarbu, jei gydytojas juos prisimena, palaiko akių kontaktą, atsisuka į pacientą, konsultacijos metu nerašo ir nedirba kompiuteriu. Apklausti 22 pacientai teigė jautęsi sutrikę ar netgi pažeminti, jeigu gydytojai ignoruodavo jų skundus, pasijuokdavo ar įžeisdavo. Labai svarbus pirmas kontaktas su

gydytoju. Jei jis elgiasi nedėmesingai, ignoruoja paciento skundus, šis nepasitiki tokiu gydytoju ir nebenori pas jį sugrįžti. Tačiau pastebėta, kad net esant ilgalaikiams gydytojo ir paciento santykiams iškyla pažeidžiamumo pavojus. Jeigu gydytojas pradeda nesureikšminti tam tikrų paciento skundų, neparodo, kad gerai prisimena pacientą, sudaiktina pacientą (atlikdamas procedūras), šis nebenori tęsti tokių santykių ir keičia šeimos gydytoją [27].

Keliauskaitės S., Stankūno M. tyrimas parodė, kad pasitenkinimas gydytojo teikiamomis paslaugomis priklauso nuo pacientų savo sveikatos vertinimo: gerai arba labai gerai savo sveikatą vertinantys pacientai dažniau buvo patenkinti gydytojo teikiamomis paslaugomis nei tie pacientai, kurie savo sveikatą vertino blogai ($p < 0,05$). Daugiausia apklaustųjų (23,4 proc.) kaip pagrindinę nepasitenkinimo priežastį nurodė per mažą jiems atliktų tyrimų kiekį. Vyrai statistiškai reikšmingai dažniau nei moterys buvo įsitikinę, kad gydymas būtų veiksmingesnis, jei būtų siunčiami pas specialistą ($p < 0,01$). 20,9 proc. apklaustųjų nurodė esą nepatenkinti teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis, nes tam tikri tyrimai buvo atliekami ne toje pačioje įstaigoje [59].

Pastebėta, kad Lietuvoje pacientai labiau patenkinti šeimos gydytojų, dirbančių privačiose PSP įstaigose, teikiamomis paslaugomis. Tą įrodo Petrauskienės J., Keliauskaitės S., Krančiukaitės-Butylkienės atlikti tyrimai. Petrauskienės J. ir kt. atlikto tyrimo (2004) rezultatai parodė, kad pacientai, pasirinkę privačioje sveikatos priežiūros įstaigoje dirbantį šeimos gydytoją, labiau patenkinti PSP paslaugų prieinamumu nei pasirinkę savivaldybės sveikatos priežiūros įstaigoje dirbantį gydytoją: dažniau patenkinti jiems teikiamomis sveikatos paslaugomis bei pasirinktos sveikatos priežiūros įstaigos darbo organizavimu, gydytojo kvalifikacija ir jo bendravimu, trumpiau laukia priėmimo pas gydytoją, dažniau informuojami apie sveikatos būklę, tyrimus, gydymo eigą, ligos prognozę [99]. Panašius rezultatus rodo Keliauskaitės S. ir kt. atlikto tyrimo (2006) rezultatai – pacientai, prisiregistravę privačioje PSP įstaigoje, buvo labiau patenkinti gydytojo teikiamomis paslaugomis nei prisiregistravę viešojoje PSP įstaigoje ($p < 0,05$) [59]. Krančiukaitės-Butylkinienės ir kt. tyrimo (2010) rezultatai taip pat parodė, kad pacientai labiau patenkinti šeimos gydytojo, dirbančio privačioje PSP įstaigoje paslaugomis [61].

Lietuvos pacientų pasitenkinimas šeimos gydytojo institucija kitų šalių kontekste pakankamai prastas. Jankauskienės D. tyrimo (2007), duomenimis nuo 2007 m. 84 proc. ES gyventojų šeimos gydytojų paslaugų kokybę vertino gerai. Prasčiausiai šeimos gydytojų paslaugų kokybė buvo vertinama Švedijoje (68 proc.). Lietuvoje 77 proc., o Rumunijoje 71 proc. gyventojų šeimos gydytojų paslaugas vertino gerai. Bendrai vertinant visose palyginimui pasirinktose šalyse teikiamas šeimos gydytojo paslaugas pagal kokybės

kriterijų pirmavo Austrija ir Vokietija, kur pacientai šias paslaugas vertino palankiausiai. Kokybė taip pat daugiausia teigiamai buvo įvertinta Danijoje, tačiau čia šeimos gydytojų paslaugos sunkiau prieinamos nei vidutiniškai ES, ypač ekonominiu požiūriu. Tarp lyginamų šalių prasčiausiai įvertintos Švedijos šeimos gydytojų paslaugos – tiek kokybės, tiek prieinamumo prasme. Lietuvoje 2010 ir 2011 metais atliktas nacionalinės tokios pačios imties reprezentatyvūs tyrimai parodė, kad 81 proc. 2010 metais ir 71 proc. 2011 metais (po III restruktūrizacijos etapo) šalies gyventojų šeimos gydytojų paslaugų kokybę įvertino gerai ir labai gerai, o tai beveik atitinka ir 2007 metų Eurobarometro tarptautinio tyrimo rezultatus [48].

Kitas svarbus LNL rizikos veiksnių valdymo elementas – visapusiškas paciento informavimas apie sveikatos sutrikimą, jo gydymą, veiksmus, norint išvengti komplikacijų ir išsaugoti sveikatą.

Keliauskaitės S., Stankūno M. tyrimas (2012) parodė, kad tik 22,9 proc. atvejų pacientai gaudavo išsamios informacijos iš šeimos gydytojo apie sveiką gyvenimo būdą, 50 proc. pacientų tokios informacijos gaudavo tik kartais. Dažniausiai sveikatos išsaugojimo temomis buvo kalbama su vyrais bei 65 metų ir vyresniais pacientais. Aukštąjį išsilavinimą turintys pacientai kritiškiau vertino informacijos suteikimą priėmimo metu nei turintys vidurinį išsilavinimą. Nustatyta, kad pensininkai ir bedarbiai dažniau teigė gaunantys informacijos apie sveiką gyvenimo būdą palyginti su dirbančiais asmenimis [59].

Meidutės G. tyrimo (2006), kurio metu buvo siekiama išsiaiškinti, ar šeimos gydytojai supažindina pacientą su ligos diagnoze bei galimomis komplikacijomis, duomenimis, 71,29 proc. apklaustų šeimos gydytojų teigė visada supažindinantys pacientą su ligos diagnoze, gydymu bei galimomis komplikacijomis. Pastebėta, kad šeimos gydytojos moterys statistiškai reikšmingai dažniau supažindina pacientą su ligos diagnoze bei galimomis komplikacijomis, o net 10,53 proc. vyrų to nedaro. Tyrime dalyvavusių gydytojų taip pat buvo klausiama, ar jie pacientui išsamiai paaiškina apie numatomus invazinius tyrimus, procedūrų poveikį organizmui bei galimus šalutinius reiškinius. Tik kiek daugiau nei pusė apklaustų gydytojų (55,45 proc.) patvirtino visada informuojantys pacientą apie invazinius tyrimus, procedūrų poveikį bei šalutinius reiškinius [89].

2.2.5. Pacientų ir šeimos gydytojo sąveika kontroliuojant LNL rizikos veiksnius

Šeimos gydytojų nepasitenkinimas darbo sąlygomis ir įvairios kitos kliūtys (darbo organizavimo, tiesiogiai su gydymu ir prevencija nesusijusios funkcijos) veikia gydytojo ir paciento bendravimą. Tarptautiniai moksliniai

tyrimai įrodo, kad efektyvus ir ilgalaikis gydytojo bei paciento bendravimas PSP yra vienas svarbiausių veiksnių, lemiančių paciento sveikatos priežiūros rezultatus, LNL rizikos veiksnių kontrolę: išvengiama ligos komplikacijų, gerėja paciento emocinė būklė, kontroliuojami rizikos veiksniai [115]. Lietuvos sveikatos priežiūros sistema remdamasi užsienio šalių patirtimi persitvarko nuo modelio „orientuota į gydytoją“ į modelį – „orientuota į pacientą“ [116]. Orientacija į paciento poreikius reiškia, kad pirmiausiai turi būti išaiškinti jo poreikiai ir prioritetai ir įvertinti bei įgyvendinti atsižvelgiant į sistemos galimybes bei objektyvią būtinybę (paciento supratimas ir prioritetai ne visada atitinka jo sveikatos būklę). Paciento lūkesčių įgyvendinimas svarbus ir tuo, kad turi įtakos paciento pasitenkinimui sveikatos priežiūros paslaugomis, paslaugų vartojimui, gydytojo paskirto režimo bei gydymo laikymuisi, taigi ir gydymo rezultatams [134].

Daugelyje pasaulio šalių pacientai tikisi iš šeimos gydytojų operatyvumo teikiant pagalbą, pakankamai laiko konsultacijoms, konfidencialumo, suprantamos interpretacijos apie diagnozę, gydymą, ligos išeitį, patarimų, kaip išvengti LNL, padrąsinimo kalbant apie iškilusias problemas bei nuolatinio gydytojų tobulinimosi [105].

Lietuvoje pacientų lūkesčius šeimos gydytojų atžvilgiu tyrė Grigė J., Simanauskas K. ir Kasiulevičius V. 2010 m. balandžio–rugsėjo mėnesiais buvo apklaustas 251 pacientas, besigydantis Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Šeimos medicinos centre. Rezultatai parodė, kad pacientai geriausiai įvertino tokias gydytojo savybes: draugiškumą, gebėjimą suprasti paciento būseną. Prasčiausiai buvo įvertintas komunikacijos tinkamumo komponentas. Tyrimas parodė, kad šeimos medicinos gydytojas ne tik privalo mokėti kliniškai ištirti, diagnozuoti ir gydyti, bet ir skirti daug dėmesio bendravimo su pacientais kokybei, kad pasiektų efektyvų abipusį bendradarbiavimą priimant sprendimus [41].

Domeikienės A. tyrimas parodė, kad pacientai gydytojų profesionalumą vertina remdamiesi žmogiškomis vertybėmis (kaip gydytojas su jais bendrauja, kiek skiria dėmesio) [19]. Tačiau daugelio tyrimų rezultatai rodo, kad gydytojams dažnai pritrūksta laiko efektyviai bendrauti su pacientais.

Aučinienės R. tyrimo duomenims (2008), dauguma apklaustų pacientų patvirtino, kad šeimos gydytojo konsultacijų metu gydytojas būdavo dėmesingas ir atidus, užtikrindavo konfidencialumą, įsitikindavo, jog pacientas suprato jo nurodymus, suteikdavo emocinę paramą. Vyresnio amžiaus, su aukštesniu išsilavinimu ir dirbantys respondentai nurodė, kad gydytojas įsitikina, jog pacientas suprato jo nurodymus. Specialųjį vidurinį išsilavinimą turintieji ir neįgalieji nurodė, kad atsižvelgiama į materialines sąlygas. Emocinės paramos daugiau suteikiama moterims, kaime gyvenantiems ir jaunesnio amžiaus respondentams [8].

Kitas tyrimas, kurio metu taip pat vertinti paciento lūkesčiai PSP grandyje atsižvelgiant į jo socialines, demografines charakteristikas bei paciento sveikatos būklę, buvo atliktas 2004 m. (Žėbienė E., Kairys J., Zokas I.). Šio tyrimo rezultatai parodė, kad pacientai, besilankantys pas savo gydytoją keturis arba daugiau kartų per metus, ir pacientai, kurie savo sveikatos būklę vertina blogai, turi daugiau emocinės paramos lūkesčių nei rečiau besilankantys ir savo sveikatą geriau vertinantys pacientai. Šis tyrimas taip pat parodė, kad tarp gydytojų vyrauja nuomonė, jog vyresnio amžiaus pacientai dėl per ilgą laiką susiformavusių įpročių turi daugiau lūkesčių atlikti klinikinius tyrimus, būti siunčiami į ligoninę ar konsultuotis su gydytoju specialistu [51].

Berkelmans G., Berendsen A. ir kt. 2008 m. Olandijoje atliko tyrimą su pacientais senjorais. Rezultatai parodė, kad ilgalaikis gydymas pas tą patį gydytoją sukuria didesnę pasitikėjimą šeimos gydytoju, nulemia geresnius gydymo rezultatus. Taip pat pastebėta, kad gydytojo paslaugų prieinamumas 24 val. per parą neigiamai veikia gydytojo darbo kokybę, sukelia nuovargį, nors pacientai labiau patenkinti, kai gali susisiekti su šeimos gydytoju telefonu. Apklausoje dalyvavę vyresni pacientai pirmumą teikė žodiniam bendravimui su gydytoju, o ne klinikoje iškabintiems stendiniams pranešimams ar lankstinukams apie ligas. Pacientams buvo svarbu laukimo prie kabineto laikas. Jeigu jiems tekdavo palaukti daugiau nei 15 min., jie dažniau susierzindavo [9].

Aučinienės R. tyrime (2008) kas šešto respondento netenkino galimybė konsultuotis su šeimos gydytoju telefonu. Registravimosi pas gydytoją tvarka, laukimo registratūroje trukmė labiau patenkinti vyrai. Gydytojo iškvietimo į namus tvarka labiau tenkino vidutinio amžiaus, pradinį išsilavinimą turinčius respondentus. Laukimo prie gydytojo kabineto trukmė labiau tenkino moteris, gydymo ir tyrimų kokybė – jaunesnius, o galimybė su šeimos gydytoju konsultuotis telefonu – mieste gyvenančius respondentus [8].

3. TIRIAMIEJI IR TYRIMO METODIKA

Šis darbas yra tarptautinio KMU (dabar – LSMU) ir NIVEL vykdyto projekto, skirto įvertinti šeimos gydytojų veiklos apimtį, tęsia. Atliktas tyrimas – tai trečiasis pirminio tarptautinio tyrimo etapas.

Pirmajame etape atliktas tyrimas reformos pradžioje (1994 m.) vykdant apylinkės gydytojų (terapeutų ir pediatrų) anketinę apklausą, bendradarbiaujant NIVEL ir KMU, BMTI.

Antrajame etape atlikta šeimos gydytojų apklausa su tuo pačiu klausimynu po 10 reformos metų (2004 m.), bendradarbiaujant NIVEL su KMU Šeimos medicinos klinika.

Trečiasis tyrimas atliktas 2010 m. LSMU BMTI SSTL mokslininkų grupės su kiek pakeistu ir labiau prie Lietuvos adaptuotu klausimynu. Šio tyrimo metu LSMU BMTI SSTL darbuotojai taip pat vykdė ir pacientų apklausą, dalyvaujant šio tyrimo autoriui, pagal klausimyną, kuris sudarytas remiantis keletu tarptautinių tyrimų: Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos tyrimu (FINBALT) [37]; Tarptautiniu moksleivių sveikatos ir gyvensenos tyrimu (HBSC) [15, 46], AUDIT – C tarptautiniu klausimynu [21].

3.1. Gydytojų atranka ir ištirto kontingento apibūdinimas

3.1.1. Tyrimo apžvalga

Per pirmąjį 1994 metais atliktą tyrimą apklausti tuometiniai apylinkės gydytojai. Apylinkės gydytojus sudarė terapeutai, prižiūrintys suaugusius asmenis ir pediatrai, besirūpinantys vaikais (asmenimis iki 18 metų amžiaus). Šie gydytojai tuomet buvo PSP specialistai: gydė ūmias ligas, prižiūrėjo lėtinėmis ligomis sergančius pacientus, vizitavo pacientus namuose, pildė pacientų ligos istoriją ir t. t. Reorganizavus PSP šie specialistai perkvalifikuoti į šeimos gydytojus. Taip pat Kauno ir Vilniaus universitetuose po šeimos gydytojo rezidentūros kaip pirminės grandies specialistai pradėti rengti nauji šeimos gydytojai.

Antrojo (2004 m.) ir trečiojo (2010 m.) tyrimo metu apklausti šeimos gydytojai, persikvalifikavę iš terapeutų ir pediatrų bei šeimos gydytojai po šeimos gydytojo rezidentūros. Šių tyrimų tikslas buvo palyginti šeimos gydytojų veiklos pokyčius per PSP reformos dešimtmetį ir per 15 metų pradedant vertinti pokyčius nuo 1995m., t.y. nuo pirmųjų metų po 1994m. atlikto tyrimo.

Visus 3 kartus tyrimas atliktas nacionaliniu lygiu su tuo pačiu klausimynu. Tik paskutinio tyrimo (2010 m.) klausimynas labiau patobulintas, adaptuotas Lietuvos šeimos gydytojo aktualijoms, pridėta naujų klausimų, bet ir išsaugota didžioji dalis tų pačių klausimų, leidžiančių lyginti tyrimų rezultatus su ankstesniais tyrimais.

Klausimynai gydytojams išsiųsti paštu. 2004 ir 2010 metais prieš siunčiant klausimynus, su gydytojais buvo susisiekiama telefonu, jie pakviesti dalyvauti tyrime, paaiškinti tyrimo tikslai.

3.1.2. 1994 metais atliktos apylinkės gydytojų apklausos metodika

Tyrimas atliktas atsitiktinės atrankos metodu iš anksto pasirinktuose regionuose pagal urbanizaciją: miestuose (Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Panevėžyje, Šiauliuose) ir konkrečiuose rajonuose (Varėnos, Utenos, Trakų, Alytaus, Kaišiadorių, Kretingos, Prienų, Šilalės, Telšių, Anykščių, Kupiškio, Pasvalio, Akmenės, Joniškio, Mažeikių). Apylinkės gydytojai buvo atrinkti iš pasirinktų regionų sveikatos centrų poliklinikų medicinos personalo sąrašo. Tyrime iš viso dalyvavo 595 gydytojai (232 pediatrai ir 363 terapeutai), atsako dažnis – 87 proc.

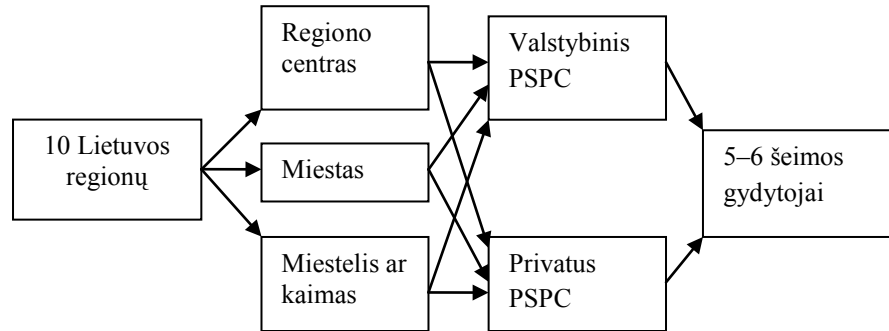
3.1.3. 2004 metais atliktos šeimos gydytojų apklausos metodika

Tyrimas atliktas atsitiktinės kompiuterizuotos atrankos metodu, naudojant TLK šeimos gydytojų sąrašą. Šio tyrimo metu nebuvo gauti duomenys apie šeimos gydytojų pasiskirstymą pagal užimtumą, gydymo įstaigos steigėją (valstybinė ar privati gydymo įstaiga). Šeimos gydytojai buvo atrinkti pagal jų pasiskirstymą Lietuvos regionuose. Naudojant programinę įrangą „Epi info 2000“, 95 proc. reikšmingumo lygiu paskaičiuotas 328 šeimos gydytojų imties tūris. Bendras respondentų skaičius – 316, atsako dažnis – 96,3 proc. (dėl aktyvaus telefoninio raginimo dalyvauti tyrime).

3.1.4. 2010 metais atliktos šeimos gydytojų apklausos metodika

2010 m. pradžioje iš Higienos instituto sveikatos informacijos centro buvo gautas Lietuvos gydymo įstaigų sąrašas, kur gydymo įstaigos suskirstytos pagal steigėją (privačios ar valstybinės) ir apskritis. Naudojant kompiuterizuotą sluoksniinę atsitiktinę atranką, atrinktos gydymo įstaigos pagal šeimos gydytojų pasiskirstymą dešimtyje Lietuvos regionų (po 33 gydytojus iš kiekvieno regiono), urbanizaciją (po 2 centrus regiono centre, mieste ir kaime ar miestelyje), PSPC steigėją (vienas iš kiekviename pagal urbanizaciją atskirtame taške PSPC buvo valstybinis, kitas – privatus).

Kiekviename PSPC apklausta po 5–6 gydytojus. Jei dirbančių PSPC gydytojų skaičius įstaigoje mažesnis, į tyrimą įtraukta daugiau PSPC, išlaikant sluksniavimo proporcijas. Iš viso apklausti 96-ių sveikatos priežiūros įstaigų (iš 433-ųjų tuo metu Lietuvoje veiklą vykdžiusių) šeimos gydytojai (4.1, 4.2 pav.).



3.1 pav. Gydytojų tyrimo schema



3.2 pav. Tyrimas atliktas 96-iose (iš 433 tuo metu Lietuvoje veiklą vykdžiusių) PSP gydymo įstaigose [80]

Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos duomenimis, 2009 m. Lietuvoje dirbo 1 838 šeimos gydytojai. Paskaičiuotas reikalingas minimalus imties tūris: $n = 318$.

$$n = \frac{z^2 v(1-v)}{\left(1 - \frac{1}{N}\right) \Delta^2 + \frac{z^2 v(1-v)}{N}}$$

kur $z = 1,96$, $v = 0,5$, $N = 1838$, $\Delta = 0,05$.

Apklausta 330 šeimos gydytojų. Klausimynus užpildė 212 jų. Atsako dažnis 64,2 proc.

3.1 lentelė Gydytojų apklausa: respondentų grupės

| 1994 metų tyrimas | | 2004 metų tyrimas | | 2010 metų tyrimas | |
|-------------------------------|---------------------------------|------------------------|---|------------------------|--|
| 595 apylinkės gydytojai | 363 (61 proc.) terapeutai | 310 šeimos gydytojų | 186 (60 proc.) persikvalifikavę terapeutai | 212 šeimos gydytojų | 129 (61,1 proc.) persikvalifikavę terapeutai |
| | 223 (39 proc.) pediatrai | | 52 (16,8 proc.) persikvalifikavę pediatrai | | 48 (22,7 proc.) persikvalifikavę pediatrai |
| | | | 72 (23,2 proc.) po šeimos gyd. rezidentūros | | 34 (16,1 proc.) po šeimos gyd. rezidentūros |

3.1.5. Gydytojų tyrimo klausimynas

Apylinkės ir šeimos gydytojų apklausai kaip pagrindas naudotas tarptautinis klausimynas, sudarytas NIVEL. Jis buvo naudotas tarptautiniame tyrime skirtumams tarp BPG nustatyti [11]. Klausimynas KMU BMTI išverstas iš anglų kalbos ir patikrintas nepriklausomų vertėjų atvirkštiniu vertimu atgal į anglų kalbą, o neatitikimai išdiskutuoti NIVEL bei KMU BMTI mokslininkų. Po 2004 metų tyrimo, pastebėjus šio klausimyno klausimų nemažą neatitikimą su Lietuvos šeimos gydytojų pareigybinėmis nuostatomis, nuspręsta 2010 metų tyrimo klausimyną labiau adaptuoti prie Lietuvos ir papildyti šiam laikmečiui aktualiais klausimais, paliekant didžiąją dalį buvusių klausimų, kad būtų galima atlikti palyginimus.

Klausimynas (žr. 3 priedą) sudarytas iš tokių skyrių:

- Duomenys apie gydytoją (amžius, lytis, darbo krūvis, kvalifikacija ir t. t.).
- Duomenys apie darbo krūvį ir organizacinius aspektus.

- Medicininių procedūrų atlikimas (2010 metų tyrime pakeistas pagal tuometinę šeimos gydytojo normą [73], pašalinus urgentines situacijas).
- Ligų gydymas (2010 metų tyrime nuspręsta šio tipo klausimus, įvertinus jų neaktualumą tyrimui, išbraukti iš klausimyno).
- Profilaktinė ir kita veikla (2010 metų klausimynas papildytas klausimais, skirtais išsiaiškinti šeimos gydytojų profilaktinės veiklos apimtį, valstybės finansuojamų profilaktinių programų vykdymą).
- Pasitenkinimas darbu (2010 metų klausimynas papildytas pora uždarų klausimų, skirtų išsiaiškinti šių dienų reformos problemas dėl antrinio lygio specialistų buvimo ar nebuvimo PSP paslaugas teikiančioje įstaigoje bei tam tikrų gydymo apribojimų (privalomos specialistų konsultacijos gydant tam tikras ligas, išrašant vaistus) reikšmę ir trimis atvirais klausimais, kad gydytojai savo žodžiais galėtų išsakyti, kas jiems patinka jų darbe, kas trukdo bei ko reikėtų norint pagerinti jų darbą).

Bandant išsiaiškinti gydytojų atliekamų procedūrų dažnumus, visuose klausimynuose išlaikytas vienodas klausimų sudarymo principas – respondentų atsakymai suskirstyti į keturis rangus nuo beveik visada iki retai ar niekada. 2010 metų klausimyne, nors išlaikytas ir tas pats klausimų sudarymo principas, procedūros paimitos iš tuo metu galiojusios šeimos gydytojo normos (3 priedas) [73].

Tiriant profilaktinę šeimos gydytojų veiklą 2010 metų tyrime palikta tik keletas, mūsų nuomone, aktualiausių klausimų iš NIVEL sudaryto klausimyno. Taip pat sukurta naujų klausimų, susijusių su šio tyrimo metu naudotais klausimais apklausti tirtų gydytojų pacientus (žr. 1, 2, 3 priedus). Atsakymai suskirstyti į keturis rangus nuo dažnai iki niekada.

3.2. Pacientų atranka ir ištirto kontingento apibūdinimas

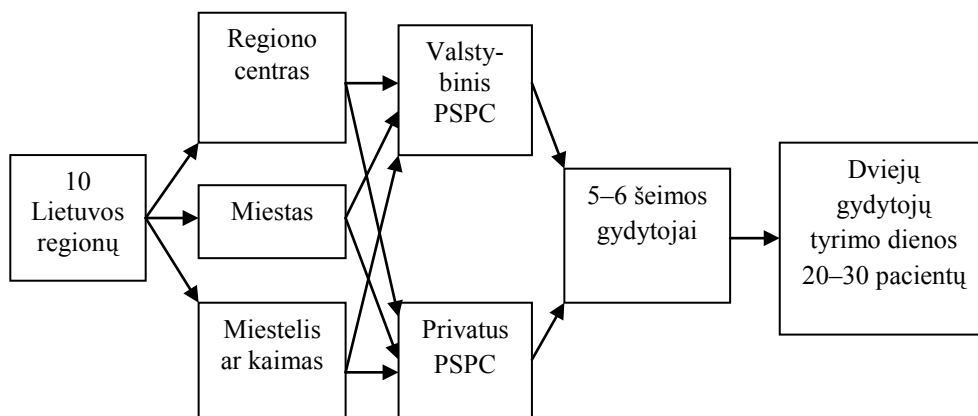
3.2.1. Tyrimo apžvalga

Norint išvengti LNL labai svarbi sveika gyvensena. Gyvensenos įpročių formavimuisi daugiausia įtakos turi šeimos įpročiai, ugdymas, bendravimas šiomis temomis. Taip pat ugdant sveikos gyvensenos įpročius savo patarimais nemaža dalimi gali prisidėti ir šeimos gydytojas, kuris turėtų būti ne tik ligų diagnozuotojas ir gydytojas, bet ir sveikatos saugotojas bei puoselėtojas. Tai nurodyta ir šeimos gydytojo normoje. Šiai sričiai pastaruoju metu skiriama ypač daug dėmesio, nes tai ne tik suteikia ir gerovę, ir ekonominę naudą – nedidelis ekonominis indėlis atsiperka

sutaupant daug ligų diagnostikai ir gydymui reikalingų lėšų. Todėl LSMU BMTI SSTL mokslinis kolektyvas nusprendė kartu su gydytojais apklausti ir jų pacientus, kad iširtų pastarųjų gyvenimo aspektus, bendravimą apie tai šeimoje, gaunamą informaciją iš šeimos gydytojo, dalyvavimą profilaktinėse programose. Šio darbo autoriaus iniciatyva sudarytas naujas klausimynas, vadovaujantis keletu tarptautinių Lietuvoje naudotų klausimynų (FINBALT, AUDIT – C, HBSC). Apklausa buvo atsitiktinė anoniminė sluoksniuota. Apklausti pacientai, laukę prie tyrimo dieną dirbusių atsitiktinai atrinktų šeimos gydytojų kabinetų durų. Apklausą atliko apmokyti LSMU BMTI SSTL tyrėjai. Visi pacientai buvo supažindinti su klausimyno anonimiškumu ir galimybe atsisakyti dalyvauti tyrime. Jie paprašyti užpildyti klausimyną per laiką, kol laukė šeimos gydytojo konsultacijos. Šis tyrimas buvo atliekamas kartu su gydytojų apklausa.

3.2.2. Tyrimo metodika

Pirmiausia atliktas bandomasis tyrimas vienoje iš Kauno gydymo įstaigų. Prieš atliekant tyrimą visose numatytose Lietuvos gydymo įstaigose, išdiskutuoti ir pataisyti klausimyno trūkumai. Tyrimo imtis numatyta 3 000 pacientų. Kiekviename tyrime numatytame PSPC apklausta po 20–30 suaugusių (nuo 18 metų amžiaus) pacientų (dviejų atsitiktinai tą dieną dirbusių šeimos gydytojų, kurie dalyvavo gydytojų apklausoje) – po 300 kiekvieno Lietuvos regiono pacientų.



3.3 pav. Pacientų tyrimo schema

Tyrėjai, išaiškino tyrimo anonimiškumą, galimybę atsisakyti dalyvauti tyrime, suteikė techninę informaciją ar pagalbą, bet neteikė papildomos informacijos, galinčios paveikti atsakymų pasirinkimą. Respondentų skaičius – 2 523. Atsako dažnis – 84,1 proc.

3.2.3. Pacientų tyrimo klausimynas

Šis klausimynas – tai autorinis LSMU BMTI SSTL darbuotojų kūrinys, sudarytas vadovaujantis keletu tarptautinių Lietuvoje naudotų klausimynų (FINBALT, AUDIT – C, HBSC) ir pridėjus kelis pačių sukurtus klausimus.

Klausimynas sudarytas iš tokių skyrių:

- Duomenys apie asmenį.
- Informacija apie apklaustųjų sveikatą (kaip patys vertina savo sveikatą, ligos, kuriomis serga, apsilankymų pas gydytoją per praėjusius metus skaičius).
- Informacija apie apklaustųjų gyvenimą (žalingus įpročius, mitybą, fizinį aktyvumą).
- Informacija apie bendravimą šeimoje sveikos gyvenimosi klausimais.
- Žinios apie LNL rizikos veiksnius iš šeimos gydytojo.
- Apklaustųjų nurodyti jų fiziniai duomenys ir nuomonė apie juos.

Klausimyne buvo stengtasi išlaikyti klausimų nuoseklumą. Klausimų struktūra ir nuoseklumas išlaikyti originalūs arba artimi originaliems klausimynams, paimti tik tyrimui aktualiausi klausimai, leidžiantys atskleisti užsibrėžtus uždavinius.

3.3. Statistinė analizė

Kiekybiniai dydžiai (amžius, darbo stažas, darbo valandos, prisirašiusių pacientų skaičius ir kt.) lyginti taikant ranginius kriterijus (Mano-Vitnio arba Kruskalo-Voliso), sąsajos tarp požymių vertintos ranginiu Spirmeno koreliacijos koeficientu. Kokybiniais dydžiams palyginti ir ryšiams tarp jų nustatyti taikytas χ^2 kriterijus. Atliekant porinius palyginimus skirtumai buvo laikomi reikšmingais, jei p reikšmė mažesnė nei $0,05/N$, kur N – porinių palyginimų skaičius (taikytas Bonferonio testas).

Bandant išsiaiškinti, ar visas procedūras šeimos gydytojais atlieka vienodai dažnai ir ar yra sąsajų su šeimos gydytojo lytimi, įstaigos valdymo tipu (valstybiniame ar privačiame PSPC dirba), kokios profesijos specialistu pradėjo dirbti, antrinio lygio specialistų buvimu jų įstaigoje, darbo valandų skaičiumi, prisirašiusių pacientų skaičiumi, darbo šeimos gydytoju stažu,

priimamų pacientų skaičiumi per dieną, slaugytojo darbu, profilaktine veikla, darbo vietos urbanizacija, šeimos gydytojo normoje numatytų procedūrų atlikimas vertintas balais (beveik visada – 3 balai, dažnai – 2 balai, kartais – 1 balas, niekada – 0 balų). Pagal gautus balus taikant klasterinę analizę (panašumo matas – Euklido atstumo kvadratas, jungimo metodas – Vordo) gautos keturios panašiausios pagal atlikimo dažnį procedūrų grupės.

Apibendrinant procedūrų atlikimą kiekvienos grupės procedūrų vertinimo balai buvo sudėti ir gautos balų sumos. Siekiant pašalinti grupės didumo įtaką suminiam balui, kiekvienoje grupėje skaičiuotas procentas nuo didžiausios galimos balų sumos (3.2 lentelė).

3.2 lentelė. *Procedūrų grupių atlikimo vertinimo (procentais nuo maksimalaus suminio balo) vidutinės reikšmės*

| Grupė/reikšmė | Vidurkis | PI 95 proc. |
|------------------------|-----------------|--------------------|
| Dažnos procedūros | 75,2 | 72,9 – 77,5 |
| Gana dažnos procedūros | 58,8 | 55,9 – 61,6 |
| Gana retos procedūros | 35,3 | 32,7 – 37,9 |
| Retos procedūros | 12,8 | 11,2 – 14,4 |

Tiriant galimas tam tikrų charakteristikų ar veiklų sąsajas su profilaktine gydytojų veikla, klausimai apie tai, kaip dažnai gydytojas pasikalba apie rizikos veiksnių poveikį sveikatai ir pataria keisti gyvenimą, vertinti balais: 3 – pasikalba (pataria) dažnai, 2 – kartais, 1 – retai, 0 – niekada, suskaičiuoti suminiai balai bei procentai nuo didžiausio galimo suminio balo.

Vertinant kas ir kaip lemia (didina ar mažina) darbe patiriamą džiaugsmą, kai veikia daugelis veiksnių vienu metu, taikytas logistinės regresijos metodas. Į modelį įtraukti tokie veiksniai: gydytojo stažas, lytis, kvalifikacijos įgijimo būdas, įstaigos tipas pagal steigėją, urbanizacija, darbo valandos pirmąjį pareigose, per dieną kabinete priimamų pacientų skaičius, visi šeimos gydytojų nuomonės apie jų atliekamą darbą ir jo organizacinius aspektus klausimai.

Tiriant pacientų gyvenimo ypatumus jų rizikingas alkoholio vartojimas buvo nustatytas pagal AUDIT – C metodiką. Užduoti trys pirmi AUDIT 10 klausimyno klausimai, kurių atsakymai suranguoti nuo 0 iki 4. Sudėjus šiuos balus gautas suminis „rizikos“ balas. Pagal gautą balą vertinta alkoholio vartojimo rizika: rizikingas moterų vartojimas, jei šis balas ≥ 4 , vyrų, jei ≥ 5 .

Bandant išsiaiškinti mitybos įpročius ir jų sąsajas su pacientų charakteristikomis, veiksniais, mityba pagal produktų rekomenduojamas proporcijas sudėliota į „idealią“ (atsižvelgiant į mitybos ekspertų

rekomendacijas, produktai pagal kiekius nuo labiausiai iki mažiausiai rekomenduojamų vartoti skirstomi tokia tvarka: 1) duona, grūdai, bulvės; 2) švieži vaisiai ir daržovės; 3) pienas sūris, jogurtas; 4) mėsa, paukštiena, žuvis, kiaušiniai; 5) riebalai, aliejus, cukrus, saldainiai).

Pacientai buvo prašomi suranguoti maisto produktus pagal vartojimo dažnį. Neteisingai suranguoti atsakymai (ne visi nurodyti rangai, vienodi kelių maisto produktų rangai) buvo atmesti.

Siekiant įvertinti tiriamųjų mitybą, buvo sudarytas požymis – „atstumas nuo idealios mitybos“ tokiu būdu: iš kiekvienos maisto rūšies dalies, kurią nurodė pacientai, atimta ta dalis, kokia turėtų būti pagal „idealią“ mitybą, tada šie skirtumai paimti absoliutiniu didumu ir sudėti (Manheteno (blokinis) atstumas):

$$\sum_{i=1}^5 |x_i - y_i|$$

čia x_i – paciento duota kiekvienai maisto rūšiai vieta;

y_i – vieta, kuri atitinka „idealią“ mitybą.

Pagal gautus atstumus panašūs pacientai suskirstyti į klasterius. Klasterizavimo pradžioje taikyta dviejų pakopų klasterinė analizė, kuri parodo, kiek skirtingų klasterių gali susidaryti ir įvertina klasterizavimo lygį. Gauti 6 klasteriai, kurie pavadinti mitybos kategorijomis: „gera“, „gana gera“, „vidutinė“, „gana bloga“, „bloga“ ir „labai bloga“. „Blogos“ ir „labai blogos“ mitybos pacientų suvartojamas duonos, riebalų ir mėsos kiekis beveik nesiskyrė, pieno skyrėsi nedaug, todėl šios dvi kategorijos buvo sujungtos į vieną – „bloga mityba“. Tuomet ieškota gautų klasterių sąsajų su įvairiomis charakteristikomis ir veiksniais.

Gydytojų galimybės pasikalbėti su pacientais ir patarti šiems sveikai gyventi atsižvelgiant į įvairius veiksnius buvo analizuotos taikant logistinę regresiją.

4. REZULTATAI

4.1. Gydytojų darbo krūvio ir organizacinių aspektų palyginimas

4.1.1. Ištirtų gydytojų pasiskirstymas pagal lytį, kvalifikacijos įgijimo būdą, gydymo įstaigų tipą

Tarp atliktų tyrimų yra imties skirtumų priklausomai nuo lyties, kokiu specialistu pradėjo dirbti, įmonės, kurioje dirba, steigėjo ir urbanizacijos. Tyrimo metu bandyta išsiaiškinti galimas šių charakteristikų sąsajas su kitomis tirtomis charakteristikomis ir veiksniais.

Tiriant 2004 metais tiriamoje imtyje vyrų procentas buvo statistiškai didesnis už buvusį 1994 metų tyrime, o 2010 metų tyrimo metu nebuvo statistiškai reikšmingo skirtumo, palyginti su abiem anksčiau atliktais tyrimais (4.1 lentelė).

Pagal kvalifikaciją tirtų (persikvalifikavusių) terapeutų santykinis kiekis nekito. 2004 metų tyrime dalyvavo mažiau persikvalifikavusių pediatrų palyginti su 1994 metų tyrimu. O 2010 metais buvo mažesnis tyrime dalyvavusių šeimos gydytojų po šeimos gydytojo rezidentūros procentinis kiekis, palyginti su 2004 metų tyrimu (4.1 lentelė).

Pagal PSPC steigėją, 2010 metais ištirta procentiškai daugiau privačiose gydymo įstaigose dirbančių šeimos gydytojų, palyginti su 2004 metų tyrimu.

2010 metais apklausta procentiškai mažiau apskrities centre dirbančių gydytojų, palyginti su 1994 metais. 2004 metais apklausta mažiau mieste dirbančių, palyginti su 1994 ir 2010 metų tyrimais, o 2004 ir 2010 metais daugiau miesteliuose ar kaimuose dirbančių gydytojų, palyginti su 1994 metais (4.1 lentelė).

Tad gydytojų imties skirtumai nebuvo dideli ir gauti taikant identišką tyrimo metodiką, tad neturėtų smarkiai įtakoti tyrimo rezultatų, o ištirtų šeimos gydytojų dirbančių privačiose gydymo įstaigose didesnis procentas (2010 m. tyrime), turėtų padėti reikšmingiau lyginti privačiose ir valstybinėse gydymo įstaigose dirbančių gydytojų veiklą.

4.1 lentelė. 1994, 2004 ir 2010 metais ištirtų gydytojų charakteristikos

| Charakteristika/tiriamųjų skaičius | 1994 m., n=595, n(proc.) | 2004 m., n=317, n(proc.) | 2010 m., n=212, n(proc.) |
|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Lytis | | | |
| vyras | 55 (9,3) | 49 (15,6)* | 28 (13,3) |
| moterys | 538 (90,7) | 266 (84,4)* | 182 (86,7) |
| p reikšmė | 0,015 | | |
| Kvalifikacija | | | |
| (persikvalifikavę) pediatrai | 232 (39,0) | 51 (16,5)* | 47 (22,3)* |
| (persikvalifikavę) terapeutai | 363 (61,0) | 187 (60,3) | 130 (61,6) |
| šėimos gyd. po rezidentūros | - | 72 (23,2) | 34 (16,1)** |
| p reikšmė | <0,001 | | |
| PSPC tipas | | | |
| valstybinis | 595 (100)*** | 225 (72,3)**** | 133 (63,6)***** |
| privatus | - | 86 (27,7) | 76 (36,4)** |
| p reikšmė | <0,001 | | |
| Urbanizacija | | | |
| apskritis centras | 306 (51,9) | 157 (50,0) | 88 (42,9)* |
| miestas | 207 (35,1)** | 82 (26,1) | 78 (38,1)** |
| miestelis ar kaimas | 77 (13,0) | 75 (23,9)* | 39 (19,0)* |
| p reikšmė | <0,001 | | |

p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų (išvada apie porinių palyginimų reikšmingus skirtumus padaryta remiantis Bonferonio metodu).

* – SRS, palyginti su 1994 metų tyrimu;

** – SRS, palyginti su 2004 metų tyrimu;

*** – SRS palyginti su 2004 ir 2010 metų tyrimais;

**** – SRS palyginti su 1994 ir 2010 metų tyrimais;

***** – SRS palyginti su 1994 ir 2004 metų tyrimais.

4.1.2. Gydytojų amžius

Gydytojų amžius tarp pirmų dviejų tyrimų (1994 ir 2004 metais) statistiškai reikšmingai nepakito, o pagal 2010 metų tyrimo duomenis, gerokai padidėjo (4.2 lentelė).

Tam tikrų netolygumų yra lyginant gydytojų amžių pagal jų kvalifikaciją, PSPC tipą pagal steigėją ir urbanizaciją.

Amžius statistiškai reikšmingai didėjo tarp (persikvalifikavusių) terapeutų tolygiai visų trijų tyrimų metu. Tarp (persikvalifikavusių) pediatrų reikšmingiau 2010 m. tyrimo metu. Lyginant 2004 ir 2010 metų tyrimus taip pat reikšmingai padidėjo ir šėimos gydytojų po šėimos gydytojo rezidentūros amžius. Statistiškai reikšmingai abiejų šių tyrimų metu šėimos gydytojai po rezidentūros buvo jauniausi, lyginant su kitos kilmės pagal kvalifikaciją specialistais ($p < 0,001$) (4.2 lentelė).

Privačiuose PSPC dirbančių gydytojų amžius statistiškai reikšmingai mažesnis nei dirbančių valstybiniuose PSPC 2004 m. ($p = 0,001$) ir 2010 m. ($p = 0,033$) tyrimu metu

2004 metais (SRS tarp visų skirtingų pagal urbanizaciją gyvenviečių, $p < 0,001$) palyginti su 1994 metų tyrimu, gydytojų amžius apskrities centruose buvo sumažėjęs, o miestuose padidėjęs, 2010 metais gydytojų amžius labai padidėjo visuose pagal urbanizaciją PSPC, o netolygumai sumažėjo – išliko tik skirtumas tarp apskrities centrų ir kaimų ar miestelių ($p = 0,009$), kuriuose amžius tapo didžiausias (4.2 lentelė).

Amžiaus kitimai per penkiolika reformos metų, parodo, kad sensta šeimos gydytojų populiacija. ryškiau šis procesas vyksta tarp miesteliuose ar kaimuose dirbančių gydytojų.

4.2 lentelė. Tirtų gydytojų amžius 1994, 2004, 2010 m. tyrimų metu ir sąsajos su kvalifikacijos įgijimo būdu, PSPC tipu pagal steigėją, urbanizacija

| Charakteristika | Tiriamųjų amžiaus mediana (kvartilinis plotis) | | | p reikšmė |
|-------------------------------|--|-----------------|----------------|------------------|
| | 1994 m. | 2004 m. | 2010 m. | |
| Bendra | 42 (12)* | 44 (15)* | 53 (11) | <0,001 |
| Kvalifikacija | | | | |
| (persikvalifikavę) pediatrai | 43 (12,0)* | 46 (14,0)* | 53 (8,0) | <0,001 |
| (persikvalifikavę) terapeutai | 41 (11,0)** | 47 (9,0)*** | 54 (7,0)**** | <0,001 |
| šeimos gyd. po rezidentūros | - | 32 (4,0)* | 36,5 (6,0) | <0,001 |
| PSPC tipas | | | | |
| valstybinis | 42 (12,0)* | 45 (16,0)* | 53 (13,0) | <0,001 |
| privatus | - | 41 (15,0)* | 52 (10,8) | <0,001 |
| Urbanizacija | | | | |
| apskrities centras | 43 (13)** | 40,5 (15,8)*** | 51 (15,8)**** | <0,001 |
| miestas | 42 (9)** | 48 (8)*** | 53 (8,5)**** | <0,001 |
| miestelis ar kaimas | 43 (13,5)* | 44 (13)* | 54 (10,5) | <0,001 |

p reikšmė gauta naudojant Mano-Vitnio kriterijų (lyginant dvi grupes) arba Kruskalo-Voliso kriterijų (lyginant daugiau nei dvi grupes).

* – SRS, palyginti su 2010 metų tyrimu;

** – SRS, palyginti su 2004 ir 2010 metų tyrimais;

*** – SRS, palyginti su 1994 ir 2010 metų tyrimais;

**** – SRS, palyginti su 1994 ir 2004 metų tyrimais.

4.1.3. Darbo stažas

Bendras gydytojų darbo stažas tiesiogiai susijęs su jų amžiumi, todėl rasti reikšmingi skirtumai tose pačiose grupėse.

Gydytojų stažas tarp pirmų dviejų tyrimų (1994 ir 2004 metais) statistiškai reikšmingai nepakito, o pagal 2010 metų tyrimo duomenis, gerokai padidėjo (4.3 lentelė).

Stažas statistiškai reikšmingai didėjo tarp (persikvalifikavusių) terapeutų tolygiai visų trijų tyrimų metu. Tarp (persikvalifikavusių) pediatrų reikšmingiau 2010 m. tyrimo metu. Lyginant 2004 ir 2010 metų tyrimus taip pat reikšmingai padidėjo ir šeimos gydytojų po šeimos gydytojo rezidentūros stažas. Statistiškai reikšmingai abiejų šių tyrimų metu šeimos gydytojai po rezidentūros dirbo trumpiausiai, lyginant su kitos kilmės pagal kvalifikaciją specialistais ($p < 0,001$) (4.3 lentelė).

Privačiuose PSPC dirbančių gydytojų stažas statistiškai reikšmingai mažesnis nei dirbančių valstybiniuose PSPC, tačiau skirtumas 2010 metais sumažėjo palyginti su 2004 metų ($p < 0,001$) tyrimu ir tapo statistiškai nereikšmingu ($p = 0,051$).

2004 metais (SRS tarp visų skirtingų pagal urbanizaciją gyvenviečių, $p < 0,001$) palyginti su 1994 metų tyrimu gydytojų stažas apskrityse centruose buvo sumažėjęs, o miestuose padidėjęs, 2010 metais gydytojų stažas labai padidėjo visuose pagal urbanizaciją PSPC, o netolygumai sumažėjo, tapo statistiškai nereikšmingais (4.3 lentelė).

Gydytojų stažo, kaip ir amžiaus kitimai, atspindi gydytojų populiacijos senėjimą ir netolygumų priklausomai nuo PSPC tipo pagal steigėją bei urbanizaciją mažėjimą. Pagal kvalifikacinę kilmę trumpiausiai dirba gydytojai po šeimos gydytojo rezidentūros (4.3 lentelė).

4.3 lentelė. Tirtų gydytojų stažas 1994, 2004, 2010 metų tyrimų metu, sąsajos su kvalifikacijos įgijimo būdu, PSPC tipu pagal steigėją, urbanizacija

| Charakteristika | Tiriamųjų darbo stažo mediana (kvartilinis plotis) | | | p reikšmė |
|-------------------------------|---|---------------|---------------|--------------|
| | 1994 m. | 2004 m. | 2010 m. | |
| Bendras | 18 (10,3)* | 19 (18)* | 28 (13,8) | <0,001 |
| Kvalifikacija | | | | |
| (persikvalifikavę) pediatrai | 18 (11)* | 20 (13)* | 28 (11,8) | <0,001 |
| (persikvalifikavę) terapeutai | 16,5 (10)** | 22 (10)*** | 29 (8)**** | <0,001 |
| šėimos gyd. po rezidentūros | | 4 (4)* | 8,5 (6) | <0,001 |
| PSPC tipas | | | | |
| valstybinis | 18 (10,25)* | 21 (16)* | 28 (15) | <0,001 |
| privatus | - | 15,5 (17,25)* | 27 (12) | <0,001 |
| Urbanizacija | | | | |
| apskritis centras | 18 (11,25)** | 14,5 (18)*** | 26 (18,5)**** | <0,001 |
| miestas | 16 (9)** | 22 (9)*** | 29 (11)**** | <0,001 |
| miestelis ar kaimas | 18 (12,25)* | 21 (13)* | 28 (12) | <0,001 |

p reikšmė gauta naudojant Mano-Vitnio kriterijų (lyginant dvi grupes) arba Kruskalo-Voliso kriterijų (lyginant daugiau nei dvi grupes).

* – SRS, palyginti su 2010 metų tyrimu;

** – SRS, palyginti su 2004 ir 2010 metų tyrimais;

*** – SRS, palyginti su 1994 ir 2010 metų tyrimais;

**** – SRS, palyginti su 1994 ir 2004 metų tyrimais.

4.1.4. Organizaciniai pokyčiai

Gydytojų darbo valandų pirmaeilėse pareigose skaičius 2004 m. palyginti su 1994 m. reikšmingai didėjo nuo 36,2 iki 39,5 valandų per savaitę, o 2010 m. tyrimo duomenimis vėl sumažėjo iki 37,6 valandų per savaitę (4.4 lentelė).

Persikvalifikavusių pediatrų darbo valandų skaičius 2004 m., palyginti su 1994 m. dirbusiais pediatrais, labai išaugo, o 2010 m. vėl sumažėjo, tačiau jau be statistiškai reikšmingo skirtumo. Persikvalifikavusių terapeutų darbo valandų skaičius 2004 m., palyginti su terapeutais 1994 m. išaugo ir 2010 m. išliko aukštas su statistiškai reikšmingu skirtumu lyginant su pirmuoju tyrimu. Šėimos gydytojų po rezidentūros pagal paskutinių dviejų tyrimų rezultatus statistiškai reikšmingai darbo valandos pirmaeilėse pareigose nepakito (4.4 lentelė).

Tiriant pokyčius pagal gydymo įstaigų steigėją paaiškėjo, kad valstybinėse įmonėse padidėjo darbo valandų skaičius tik perėjus prie šėimos medicinos sistemos, o tarp 2005 ir 2010 metų tyrimų nesiskyrė. Privačiose įstaigose statistiškai reikšmingai darbo valandų skaičius 2010 m. tyrimo duomenimis sumažėjo palyginti su 2004 m. ir buvęs skirtums 2004 m. ($p = 0,001$) tapo statistiškai nereikšmingu (4.4 lentelė).

Analizuojant darbo valandų pokyčius, atsižvelgiant į urbanizaciją, 2004 m. skirtingos urbanizacijos įstaigose dirbančių gydytojų darbo valandos pailgėjo tolygiai, o 2010 m. vėl sutrumpėjo nors ir be statistinio reikšmingumo (4.4 lentelė).

Apibendrinant galima sakyti, kad reformos eigoje padaugėjo darbo valandų pirmeilėse pareigose. Statistiškai reikšmingo valandų skirtumo tarp skirtingų gydytojų pagal kvalifikacinę kilmę, PSPC pavaldumo tipą ar urbanizaciją mūsų tyrimo metu nestebėta (išsilygino 2004 metais atsiradęs skirtumas tarp valstybinėse ir privačiose įstaigose dirbančių gydytojų).

4.4 lentelė. Darbo valandų skaičius per savaitę pirmeilėse pareigose 1994, 2004, 2010 metų tyrimų metu, ir sąsajos su kvalifikacijos įgijimo būdu, PSPC tipu pagal steigėją, urbanizacija

| Charakteristika | Tiriamųjų darbo valandų per savaitę pirmeilėse pareigose vidurkis (stand. nuokrypis) / mediana (kvartilinis plotis) | | | p reikšmė |
|-------------------------------|---|-------------------------------|-------------------------------|-----------|
| | 1994 m. | 2004 m. | 2010 m. | |
| Bendras | 36,2 (±0,28)/ 38 (5)* | 39,5 (±0,37)/ 40 (5)** | 37,6 (±0,59)/ 40 (5)*** | <0,001 |
| Kvalifikacija | | | | |
| (persikvalifikavę) pediatrai | 36,4 (±0,46)/ 38 (5) | 40,8 (±1,18)/ 40 (5,5)**** | 37,9 (±0,81)/ 38 (5) | 0,001 |
| (persikvalifikavę) terapeutai | 36,0 (±0,34)/ 38 (5) | 39,6 (±0,47)/ 40 (2)**** | 38,0 (±0,82)/ 40 (5)**** | <0,001 |
| šėimos gyd. po rezidentūros | | 38,3 (±0,69)/ 40 (5) | 36,1 (±1,56)/ 38 (10) | 0,113 |
| PSPC tipas | | | | |
| valstybinis | 36,2 (±0,28)/ 38 (5) | 38,5 (±0,35)/ 40 (5)**** | 38,0 (±0,73)/ 39 (5)**** | <0,001 |
| privatus | - | 42,0 (±0,97)/ 40 (9,3) | 37,1 (±1,00)/ 40(7,5)***** | 0,008 |
| Urbanizacija | | | | |
| apskritis centras | 36,1 (±0,40)/ 38 (5) | 39,4 (±0,61)/ 40 (5)**** | 38,1 (±0,91)/ 39 (5)**** | <0,001 |
| miestas | 36,6 (±0,46)/ 38 (5) | 39,2 (±0,51)/ 40 (2)**** | 37,1 (±0,95)/ 40 (10) | <0,001 |
| Miestelis ar kaimas | 35,8 (±0,67)/ 36 (6) | 39,9 (±0,73)/ 40 (1)**** | 39,3 (±1,20)/ 40 (2,3)**** | <0,001 |

p reikšmė gauta naudojant Mano-Vitnio kriterijų (lyginant dvi grupes) arba Kruskalo-Voliso kriterijų (lyginant daugiau nei dvi grupes).

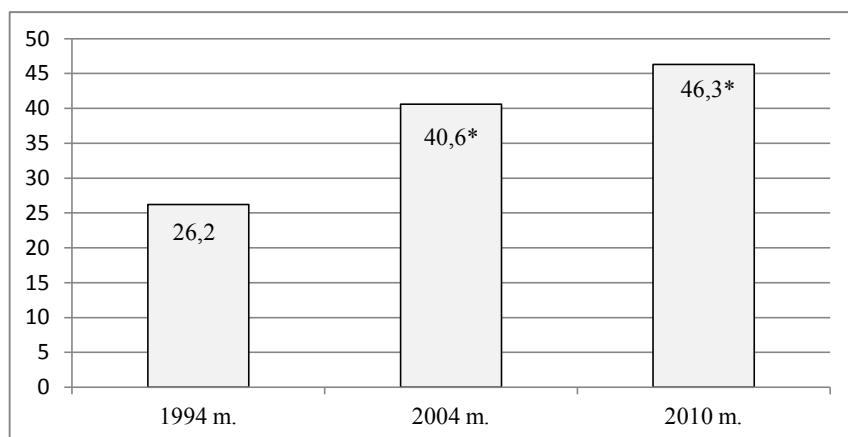
* – SRS, palyginti su 2010 metų tyrimu;

** – SRS, palyginti su 2004 ir 2010 metų tyrimais;

*** – SRS, palyginti su 1994 ir 2010 metų tyrimais;

**** – SRS, palyginti su 1994 ir 2004 metų tyrimais.

Visų trijų tyrimų metu nuolat augo dirbančių antraeilėse pareigose gydytojų dalis. Ir kaip matyti iš 4.1 pav. 2010 metais sudarė beveik pusę visų šeimos gydytojų.



p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų (išvada apie porinių palyginimų reikšmingus skirtumus padaryta remiantis Bonferonio metodu).

**p* = <0,001 palyginti su 1994 metų tyrimu.

4.1 pav. Antraeilį apmokamą darbą dirbančių gydytojų dalis 1994, 2004, 2010 metų tyrimų metu (proc.)

Gydytojų darbo valandų antraeilėse pareigose skaičius 2004 metų tyrime padidėjo, palyginti su 1994 metų tyrimu, o 2010 metų tyrimo duomenimis vėl sumažėjo (4.5 lentelė).

Lyginant pagal kvalifikacijos įgijimo būdą, persikvalifikavusių pediatrų ir terapeutų darbo valandos antraeilėse pareigose 2004 metais, palyginti su 1994 metais dirbusiais pediatrais ir terapeutais, labai išaugo, o 2010 m. vėl sumažėjo. Šeimos gydytojų po rezidentūros pagal paskutinių dviejų tyrimų rezultatus statistiškai reikšmingai darbo valandos antraeilėse pareigose nepakito.

Tiriant atsižvelgus į gydymo įstaigų pavaldumą paaiškėjo, kad valstybinėse įmonėse darbo valandų skaičius padidėjo perėjus prie šeimos medicinos sistemos o tarp paskutinių dviejų tyrimų nesiskyrė (4.5 lentelė).

2010 metais, palyginti su 2004 m., privačiose įstaigose darbo valandų antraeilėse pareigose skaičius statistiškai reikšmingai sumažėjo ir išryškėjo skirtumas tarp dirbančiųjų valstybinėse ir privačiose įstaigose (*p* = 0,002) (4.5 lentelė).

Darbo valandos palygintos atsižvelgiant į įstaigų urbanizaciją: 2004 metais kaimuose dirbančių gydytojų darbo valandų skaičius reikšmingai didėjo (lyginant su 1994 m. tyrimu) ir buvo statistiškai reikšmingai didesnis nei apskrities centruose ir miestuose ($p = 0,011$), o 2010 metais vėl mažėjo (nors ir be statistinio reikšmingumo) ir 2004 m. atsiradę skirtumai vėl išnyko (*4.5 lentelė*).

Daugiau apklaustųjų nurodė dirbantys antraeilį apmokamą darbą valstybinėse medicinos įstaigose nei privačiose ar ne medicinos įstaigose (lyginimai neatlikti, nes gydytojai galėjo nurodyti, kad dirba keliose skirtingo tipo antraeilėse pareigose) (*4.2 pav.*).

Apibendrinant, galima teigti, kad visų trijų tyrimų metu nuolat augo dirbančių antraeilėse pareigose gydytojų dalis ir 2010 metais sudarė beveik pusę visų šeimos gydytojų. Darbo valandų skaičius per savaitę antraeilėse pareigose per 15 reformos metų nepakito (2004 metais buvęs padidėjimas vėl sumažėjo), ir atsirado antraeilio darbo valandų per savaitę skirtumas tarp gydytojų dirbančių privačiuose ir valstybiniuose PSPC (privačiuose gydymo įstaigose dirba mažiau valandų nei valstybinėse).

4.5 lentelė. Darbo valandų skaičius per savaitę antraeilėse pareigose 1994, 2004, 2010 metų tyrimų metu ir sąsajos su kvalifikacijos įgijimo būdu, PSPC tipu pagal steigėją, urbanizacija

| Charakteristika | Tiriamųjų darbo valandų per savaitę antraeilėse pareigose vidurkis (standartinis nuokrypis) / mediana (kvartilinis plotis) | | | p reikšmė |
|-------------------------------|--|---------------------------------------|------------------------------------|--------------|
| | 1994 m. | 2004 m. | 2010 m. | |
| Bendras | 15,0(±0,64)/ 15 (9)* | 18,2 (±0,81)/ 18 (8,8) | 15,2 (±0,89)/ 15 (10)* | 0,001 |
| Kvalifikacija | | | | |
| (persikvalifikavę) pediatrai | 14,1 (±0,96)/ 12 (10)* | 20,0 (±1,89)/ 20(8,5) | 13,5 (±1,20)/ 13,5 (9)* | 0,001 |
| (persikvalifikavę) terapeutai | 15,8 (±0,85)/ 15 (10)* | 18,2 (±0,98)/ 17,75(8) | 14,8 (±1,18)/ 15(13,3)* | 0,039 |
| šeimų gyd. po rezidentūros | | 17,2 (±2,23)/ 15 (11) | 18,5 (±2,31)/ 19,5 (6) | 0,395 |
| PSPC tipas | | | | |
| valstybinis | 15,0 (±0,64)/ 15 (9) | 17,8 (±0,79)/ 17,75(9,8)** | 17,2 (±1,12)/ 19 (8)** | 0,001 |
| privatus | | 20,3 (±2,78)/ 20 (9,5) | 11,7 (±1,24)/ 10 (9,5)* | 0,005 |
| Urbanizacija | | | | |
| apskritis centras | 16,2 (±1,36)/ 17 (10) | 17,2 (±1,13)/ 15 (10) | 17,2 (±2,23)/ 19,5 (5) | 0,708 |
| miestas | 14,1 (±0,88)/ 12 (8) | 16,0 (±1,31)/ 15 (10) | 13,7 (±1,29)/ 12 (12,3) | 0,222 |
| miestelis ar kaimas | 16,1 (±1,25)/ 15 (10) | 22,1 (±1,73)/ 20 (12)** | 15,1 (±2,23)/ 15 (10) | 0,003 |

p reikšmė gauta naudojant Mano-Vitnio kriterijų (lyginant dvi grupes) arba Kruskalo-Voliso kriterijų (lyginant daugiau nei dvi grupes).

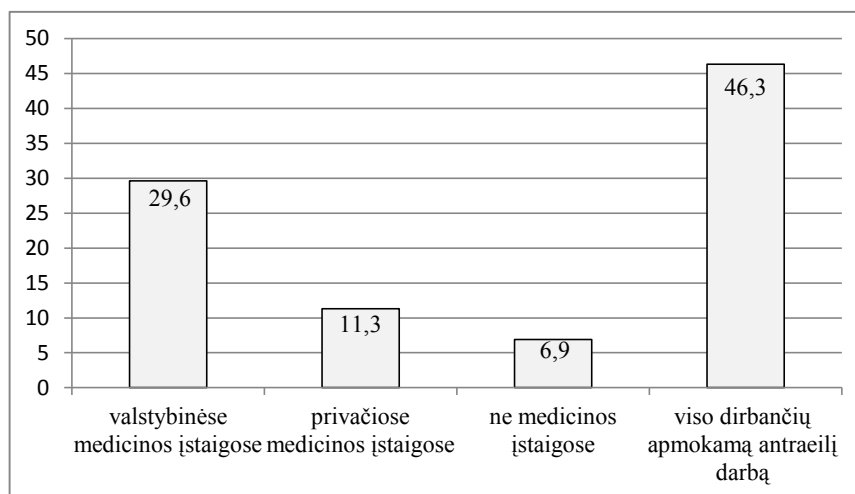
* – SRS, palyginti su 2004 metų tyrimu;

** – SRS, palyginti su 1994 metų tyrimu;

*** – SRS, palyginti su 1994 ir 2004 metų tyrimais;

**** – SRS, palyginti su 1994 metų tyrimu;

***** – SRS, palyginti su 2004 metų tyrimu.



4.2 pav. Antraeilį apmokamą darbą dirbančių gydytojų dalis 2010 metais skirtingo pobūdžio įstaigose (proc.)

Bendras profesiniam tobulėjimui skirtų valandų skaičius visų trijų tyrimų duomenimis mažėjo (4.6 lentelė).

Tarp (persikvalifikavusių) terapeutų šių valandų mažėjimas buvo tolygus, o tarp (persikvalifikavusių) pediatrų ženklus (statistiškai reikšmingas, palyginti su 1994 metų tyrimu) tobulėjimui skirtų valandų skaičiaus sumažėjimas buvo tik 2010 metų tyrimo duomenimis. Tarp gydytojų po šeimos gydytojo rezidentūros šių valandų skaičius statistiškai reikšmingai nesiskyrė. SRS tarp specialistų buvo tik 1994 m. tyrimo duomenimis (daugiau laiko kvalifikacijos kėlimui skyrė terapeutai, $p = 0,001$), vėliau šis skirtumas išnyko (4.6 lentelė).

Pagal įstaigų steigėją skirtinguose PSPC dirbančių gydytojų profesiniam tobulėjimui skirtų valandų skaičius tolygiai mažėjo (4.6 lentelė).

Pagal urbanizaciją skirtingose įstaigose išlieka tie patys dėsniniai – ir apskrities centruose, ir miestuose, ir kaimuose tobulinimuisi skirtų valandų skaičius tolygiai mažėja. Tik miestuose, 2004 metų tyrimo duomenimis, šių valandų skaičius, palyginti su 1994 metų tyrimu, nedaug (statistiškai nereikšmingai) padidėjo, ko pasekoje buvęs SRS miestelių ar kaimų gydytojų didesnis, lyginant su miestais, kvalifikacijos kursam skirtų valandų skaičius ($p = 0,007$) 2004 metais išsilygino, tapo statistiškai nereikšmingu. Tačiau 2010 metais miestuose dirbančių šeimos gydytojų profesiniam tobulėjimui skirtų valandų skaičius vėl ženkliai sumažėjo ir buvo mažesnis nei apskrities centruose ($p = 0,005$) bei kaimuose ar miesteliuose

(statistiškai nereikšmingai) tais pačiais metais profesiniam tobulėjimui skirtų valandų skaičius (4.6 lentelė).

Taigi, reformos eigoje gydytojai vis mažiau skiria savo laiko tobulinimuisi - statistiškai patikimai mažėja profesiniam tobulėjimui skirtų valandų skaičius. Lyginant gydytojus pagal kvalifikacinę kilmę, PSPC tipą ir urbanizaciją, išliko skirtumas tik pagal urbanizaciją: dirbantys miestuose, nurodė mažiausiai valandų skiriantys savo tobulinimuisi, lyginant su apskričių centruose ir miesteliuose ar kaimuose dirbančiais.

4.6 lentelė. Profesiniam tobulėjimui skirtų darbo valandų skaičius per mėnesį 1994, 2004, 2010 metų tyrimų metu ir sąsajos su kvalifikacijos įsigijimo būdu, PSPC tipu pagal steigėją, urbanizaciją

| Charakteristika | Tiriamųjų valandų skirtų profesiniam tobulėjimui vidurkis (standartinis nuokrypis)/ mediana (kvartilinis plotis) | | | p reikšmė |
|-------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------------|-----------|
| | 1994 m. | 2004 m. | 2010 m. | |
| Bendras | 18,4 (±0,56)/ 15 (15)* | 16,3 (±0,79)/ 10 (12)** | 12,3 (±0,71)/ 10 (11)*** | <0,001 |
| Kvalifikacija | | | | |
| (persikvalifikavę) pediatrai | 16,8 (±0,89)/ 12 (13) | 15,6 (±1,68)/ 10 (12) | 10,2 (±0,95)/ 10 (9)**** | 0,006 |
| (persikvalifikavę) terapeutai | 19,4 (±0,71)/ 18,5 (15,3)* | 16,6 (±1,09)/ 10 (12)** | 12,4 (±0,84)/ 10 (13)*** | <0,001 |
| šeim. gyd. po rezidentūros | | 16,0 (±1,44)/ 10 (12) | 14,8 (±2,71)/ 10 (15,5) | 0,316 |
| PSPC tipas | | | | |
| valstybinis | 18,4 (±0,56)/ 15 (15) | 16,2 (±0,99)/ 10 (14)**** | 12,9 (±0,98)/ 10 (13)**** | <0,001 |
| privatus | | 16,1 (±1,16)/ 10 (10)***** | 11,1 (±0,88)/ 10 (9,1) | 0,006 |
| Urbanizacija | | | | |
| apskritis centras | 19,2 (±0,85)/ 16 (15) | 15,4 (±0,92)/ 10 (12)**** | 13,8 (±1,14)/ 10,5 (14)**** | 0,001 |
| miestas | 16,4 (±0,81)/ 12 (12)***** | 18,6 (±1,93)/ 12 (17)***** | 9,2 (±0,93)/ 8 (6) | <0,001 |
| miestelis ar kaimas | 20,6 (±1,49)/ 20 (19) | 16,1 (±1,66)/ 10 (18,3)**** | 13,1 (±1,70)/ 10 (13)**** | <0,001 |

p reikšmė gauta naudojant Mano-Vitnio kriterijų (lyginant dvi grupes) arba Kruskalo-Voliso kriterijų (lyginant daugiau nei dvi grupes).

* – SRS, palyginti su 2004 ir 2010 metų tyrimais;

** – SRS, palyginti su 1994 ir 2010 metų tyrimais;

*** – SRS, palyginti su 1994 ir 2004 metų tyrimais;

**** – SRS, palyginti su 1994 metų tyrimu;

***** – SRS, palyginti su 2010 metų tyrimu.

Bendras prisirašiusių pacientų skaičius visų trijų tyrimų metu nepakito (4.7 lentelė).

1994 metais pediatrai turėjo mažiau prisirašiusių pacientų (vaikų), o terapeutai daugiau prisirašiusių suaugusių pacientų (skirtumas buvo statistiškai patikimas, $p < 0,001$) nei po reformos šios srities specialistams persikvalifikavus. Palyginti 2010 m. tyrimą su 2004-ųjų, sumažėjo prisirašiusių prie persikvalifikavusių terapeutų pacientų skaičius, tačiau padidėjo prisirašiusių prie šeimos gydytojų po šeimos gydytojų rezidentūros ir buvę 2004 metų tyrime skirtumai tarp visų pagal kvalifikacijos kilmę gydytojų ($p < 0,001$), 2010 metų tyrimo duomenimis nebuvo reikšmingi (4.7 lentelė).

Valstybinėse įstaigose prie šeimos gydytojų prisirašiusių pacientų skaičius 2004 metų tyrimo duomenimis padidėjo, palyginti su 1994 metais, o privačiose įstaigose 2010 metais prisirašiusių pacientų skaičius padidėjo, palyginti su 2004 metais, todėl 2004 metais buvęs prie šeimos gydytojų prisirašiusių pacientų skaičiaus skirtumas tarp valstybinių ir privačių gydymo įstaigų ($p = 0,001$) 2010 metais išsilygino ir tapo statistiškai nereikšmingas (4.7 lentelė).

Tiriant skirtingas pagal urbanizaciją įstaigas, miesteliuose ar kaimuose 2004, 2010 metų tyrimų duomenimis prie šeimos gydytojo prisirašiusių pacientų skaičius sumažėjo, palyginti su 1994 metų tyrimu. 1994 metais mažiausiai prisirašiusių pacientų turėjo gydytojai, dirbantys apskrities centruose, daugiau – miestuose, daugiausia – kaimuose (SRS tarp skirtinguose pagal urbanizaciją PSPC dirbančių gydytojų pacientų skaičiaus, $p = 0,001$). 2004 metų tyrimo duomenimis, miestuose prie šeimos gydytojo prisirašiusių pacientų skaičius buvo reikšmingai didesnis nei apskrities centruose ($p = 0,017$). 2010 metų tyrimo duomenimis, prisirašiusių prie skirtingose pagal urbanizaciją vietovėse dirbančių šeimos gydytojų pacientų skaičius išsilygino (skirtumai statistiškai nereikšmingi) (4.7 lentelė).

Apibendrinant galima teigti, kad prisirašiusių pacientų skaičius reformos eigoje nekito, buvę ar atsiradę netolygumai priklausomai nuo šeimos gydytojų kvalifikacinės kilmės, PSPC steigėjo, urbanizacijos 2010 metų tyrimo duomenimis išnyko.

4.7 lentelė. Prisirąšiusių prie šeimos gydytojo pacientų skaičius 1994, 2004, 2010 metų tyrimų metu ir sąsajos su kvalifikacijos įgijimo būdu, PSPC tipu pagal steigėją, urbanizacija

| Charakteristika | Prisirąšiusių pacientų vidurkis (standartinis nuokrypis) / mediana (kvartilinis plotis) | | | p reikšmė |
|-------------------------------|---|--|---|------------------|
| | 1994 m. | 2004 m. | 2010 m. | |
| Bendras | 1494,1 (±31,5)/ 1620 (1222) | 1573,2 (±32,8)/ 1600 (772) | 1519,4 (±38,1)/ 1500 (730) | 0,117 |
| Kvalifikacija | | | | |
| (persikvalifikavę) pediatrai | 748,0 (±9,9)/ 739(200) | 1511,0 (±75,8)/ 1500 (780)* | 1463,8 (±67,4)/ 1300(763)* | <0,001 |
| (persikvalifikavę) terapeutai | 2023,4 (±27,8)/ 1910 (459)** | 1763,7 (±38,2)/ 1800 (500)*** | 1530,8 (±51,6)/ 1500 (780)**** | <0,001 |
| šeimos gyd. po rezidentūros | | 1140,3 (±62,6)/ 1100 (775)***** | 1553,3 (±93,6)/ 1500(562) | 0,001 |
| PSPC tipas | | | | |
| valstybinis | 1494,1 (±31,5)/ 1620 (1222) | 1685,7 (±36,0)/ 1700(645)* | 1535,2 (±48,8)/ 1500(667) | 0,001 |
| privatus | | 1286,4 (±64,8)/ 1400(825)***** | 1487,5 (±61,3)/ 1500(800) | 0,047 |
| Urbanizacija | | | | |
| apskritis centras | 1345,6 (±36,8)/ 1540 (1180) | 1488,1 (±50,2)/ 1510 (850) | 1517,9 (±49,3)/ 1500(562) | 0,085 |
| miestas | 1501,5 (±50,2)/ 1656,5 (1192) | 1708,7 (±53,7)/ 1700 (500) | 1554,5 (±63,0)/ 1543(865) | 0,053 |
| miestelis ar kaimas | 2129,6 (±115,9)/ 2000 (1075) | 1580,7 (±62,5)/ 1600 (800)* | 1450,6 (±115,4)/ 1400 (800)* | <0,001 |

p reikšmė gauta naudojant Mano-Vitnio kriterijų (lyginant dvi grupes) arba Kruskalo-Voliso kriterijų (lyginant daugiau nei dvi grupes).

* – SRS, palyginti su 1994 metų tyrimu;

** – SRS, palyginti su 2004 ir 2010 metų tyrimais;

*** – SRS, palyginti su 1994 ir 2010 metų tyrimais;

**** – SRS, palyginti su 1994 ir 2004 metų tyrimais;

***** – SRS, palyginti su 2010 metų tyrimu.

Pacientų, apsilankančių per dieną pas šeimos gydytoją, skaičius 2004 ir 2010 m., palyginti su 1994 m. išaugo (4.8 lentelė).

1994 metais pacientų daugiau per dieną priiminėjo terapeutai, lyginant su pediatrais ($p = 0,002$). 2004 metų tyrimo duomenimis, šeimos gydytojų po šeimos gydytojo rezidentūros priimamų per dieną pacientų skaičius buvo mažesnis nei persikvalifikavusių pediatrų ar terapeutų ($p < 0,001$), o 2010 metų tyrimo duomenimis, šeimos gydytojų po rezidentūros priimamų pacientų skaičius išaugo ir susilygino su šeimos gydytojų, persikvalifikavusių iš kitų specialistų per dieną priimamų pacientų skaičiumi (4.8 lentelė).

Tiriant skirtingas pagal PSPC steigėją įstaigas paaiškėjo, kad 2004 m. privačiose gydymo įstaigose dirbančių šeimos gydytojų priimamų per dieną pacientų skaičius buvo mažesnis nei valstybinėse įstaigose ($p < 0,001$), tačiau 2010 m. išaugo ir susilygino su valstybinėse įstaigose priimamų per dieną pacientų skaičiumi (4.8 lentelė).

Analizuojant pagal urbanizaciją skirtingas įstaigas, didesnis per dieną priimamų pacientų skaičiaus skirtumas buvo tik 1994 m.: gydytojai, dirbantys apskrities centruose, nurodė mažesnę per dieną priimamų pacientų skaičių nei dirbantieji miestuose ar kaimuose ($p < 0,001$) (4.8 lentelė).

Tad priimamų per dieną pacientų skaičius reformos eigoje augo, o netolygumai priklausomai nuo šeimos gydytojų kvalifikacinės kilmės, PSPC steigėjo, urbanizacijos 2010 m. tyrimo duomenimis išnyko.

4.8 lentelė. Šeimos gydytojo per dieną priimamų pacientų skaičius 1994, 2004, 2010 metų tyrimų metu ir sąsajos su kvalifikacijos įgijimo būdu, PSPC tipu pagal steigėją, urbanizaciją

| Charakteristika | Per dieną pas gydytoją apsilankančių pacientų skaičiaus vidurkis (standartinis nuokrypis)/ mediana (kvartilinis plotis) | | | p reikšmė |
|-------------------------------|---|----------------------------------|------------------------------------|-----------|
| | 1994 m. | 2004 m. | 2010 m. | |
| Bendras | 16,0 ($\pm 0,21$)/ 15 (5) | 24,6 ($\pm 0,39$)/ 25 (10)* | 26,1 ($\pm 0,61$)/ 25 (10)* | <0,001 |
| Kvalifikacija | | | | |
| (persikvalifikavę) pediatrai | 15,5 ($\pm 0,38$)/ 15 (5) | 25,6 ($\pm 0,94$)/ 25 (10)* | 25,5 ($\pm 1,25$)/ 25 (10)* | <0,001 |
| (persikvalifikavę) terapeutai | 16,3 ($\pm 0,24$)/ 15,5 (6) | 25,7 ($\pm 0,50$)/ 25 (10)* | 26,2 ($\pm 0,81$)/ 25 (10)* | <0,001 |
| šeimos gyd. po rezidentūros | | 21,1 ($\pm 0,78$)/ 20 (9) | 26,5 ($\pm 1,39$)/ 28 (10)** | <0,001 |
| PSPC tipas | | | | |
| valstybinis | 16,0 ($\pm 0,21$)/ 15 (5) | 25,8 ($\pm 0,45$)/ 25 (10)* | 26,3 ($\pm 0,76$)/ 25 (10)* | <0,001 |
| privatus | | 21,5 ($\pm 0,73$)/ 20 (7) | 25,8 ($\pm 1,05$)/ 25 (10)** | 0,001 |
| Urbanizacija | | | | |
| apskrities centras | 14,8 ($\pm 0,24$)/ 15 (5) | 24,3 ($\pm 0,58$)/ 25 (8)* | 25,2 ($\pm 0,71$)/ 25 (10)* | <0,001 |
| miestas | 16,9 ($\pm 0,39$)/ 16 (6) | 25,0 ($\pm 0,74$)/ 25 (9)* | 27,1 ($\pm 1,22$)/ 27,5 (15)* | <0,001 |
| miestelis ar kaimas | 18,2 ($\pm 0,67$)/ 18 (7) | 24,7 ($\pm 0,78$)/ 25 (10)* | 25,6 ($\pm 1,25$)/ 25 (10)* | <0,001 |

p reikšmė gauta naudojant Mano-Vitnio kriterijų (lyginant dvi grupes) arba Kruskalo-Voliso kriterijų (lyginant daugiau nei dvi grupes).

* – SRS, palyginti su 1994 metų tyrimu;

** – SRS, palyginti su 2004 metų tyrimu.

Konsultacijų telefonu per dieną skaičius visų trijų tyrimų duomenimis tolygiai didėjo. (4.9 lentelė).

Lyginant skirtingai kvalifikaciją įgijusių gydytojų konsultacijų telefonu skaičių, nustatyta, kad 2010 m. ypač išaugo persikvalifikavusių pediatrų konsultacijų skaičius, jis tapo didesnis nei persikvalifikavusių terapeutų ar šeimos gydytojų po šeimos gydytojo rezidentūros ($p = 0,009$). Šeimos gydytojų po šeimos gydytojo rezidentūros konsultacijų telefonu skaičius, 2004 m. buvęs mažesnis nei kitų specialistų ($p = 0,013$), 2010 m. išaugo ir susilygino su persikvalifikavusių terapeutų konsultacijų skaičiumi. 1994 m. daugiau konsultavo telefonu pediatrai nei terapeutai ($p = 0,016$) (4.9 lentelė).

4.9 lentelė. Pacientų konsultacijų telefonu per dieną skaičius 1994, 2004, 2010 metų tyrimų metu ir sąsajos su kvalifikacijos įgijimo būdu, PSPC tipu pagal steigėją, urbanizaciją

| Charakteristika | Konsultacijų telefonu per dieną skaičiaus vidurkis (standartinis nuokrypis)/ mediana (kvartilinis plotis) | | | p reikšmė |
|-------------------------------|---|----------------------------------|-------------------------------|-----------|
| | 1994 m. | 2004 m. | 2010 m. | |
| Bendras | 3,0 ($\pm 0,12$)/ 2 (2)* | 5,0 ($\pm 0,21$)/ 5 (3)** | 6,7 ($\pm 0,29$)/ 5 (6)*** | <0,001 |
| Kvalifikacija | | | | |
| (persikvalifikavę) pediatrai | 3,4 ($\pm 0,23$)/ 3 (3)* ⁺ | 5,1 ($\pm 0,46$)/ 5 (4)** | 8,2 ($\pm 0,74$)/ 8 (5)*** | <0,001 |
| (persikvalifikavę) terapeutai | 2,7 ($\pm 0,12$)/ 2 (3) | 5,3 ($\pm 0,26$)/ 5 (3)**** | 6,0 ($\pm 0,35$)/ 5 (5)**** | <0,001 |
| šeimos gyd. po rezidentūros | | 4,5 ($\pm 0,49$)/ 3,5 (3)***** | 6,9 ($\pm 0,61$)/ 6 (6) | <0,001 |
| PSPC tipas | | | | |
| valstybinis | 3,0 ($\pm 0,12$)/ 2 (2)* | 4,9 ($\pm 0,22$)/ 5 (3)** | 6,3 ($\pm 0,35$)/ 5 (4)*** | <0,001 |
| privatus | - | 5,5 ($\pm 0,50$)/ 5 (3)***** | 7,4 ($\pm 0,52$)/ 6 (6) | 0,001 |
| Urbanizacija | | | | |
| apskritis centras | 3,0 ($\pm 0,18$)/ 2 (3)* | 5,2 ($\pm 0,36$)/ 5 (4)** | 7,0 ($\pm 0,43$)/ 6 (5)*** | <0,001 |
| miestas | 3,0 ($\pm 0,19$)/ 3 (3) | 4,8 ($\pm 0,29$)/ 5 (2)**** | 6,8 ($\pm 0,49$)/ 6 (6)**** | <0,001 |
| miestelis ar kaimas | 2,9 ($\pm 0,27$)/ 2 (2) | 5,0 ($\pm 0,32$)/ 5 (3)**** | 5,8 ($\pm 0,73$)/ 5 (5)**** | <0,001 |

p reikšmė gauta naudojant Mano-Vitnio kriterijų (lyginant dvi grupes) arba Kruskalo-Voliso kriterijų (lyginant daugiau nei dvi grupes).

* – SRS, palyginti su 2004 ir 2010 metų tyrimais;

** – SRS, palyginti su 1994 ir 2010 metų tyrimais;

*** – SRS, palyginti su 1994 ir 2004 metų tyrimais;

**** – SRS, palyginti su 1994 metų tyrimu;

***** – SRS, palyginti su 2010 metų tyrimu.

Lyginant skirtingas pagal PSPC steigėją ar urbanizaciją įstaigas didesnių skirtumų nestebėta (*4.9 lentelė*).

Apibendrinant, galima teigti, kad konsultacijų telefonu per dieną skaičius visų trijų tyrimų duomenimis tolygiai didėjo. Paskutinio tyrimo duomenimis padidėjo ir tapo didžiausiu šeimos gydytojų persikvalifikavusių iš pediatrų konsultacijų telefonu skaičius. Lyginant gydytojus pagal PSPC steigėją ar urbanizaciją didesnių skirtumų nestebėta.

Vizitų į namus per savaitę skaičius 2004 m. tyrimo duomenimis ženkliai (daugiau nei 6 kartus) sumažėjo, o 2010 m. tyrimo duomenimis, lyginant su 2004 m. tyrimu, vėl padidėjo maždaug dvigubai (*4.10 lentelė*).

Lyginant skirtingai kvalifikaciją įgijusius gydytojus paaiškėjo, kad persikvalifikavę pediatrai 2004 m. nurodė vis dar didesnę nei persikvalifikavusių terapeutų vizitų namuose per savaitę skaičių (1994 m. pediatrų vizitų į namus vidurkis buvo beveik dvigubai didesnis nei terapeutų, $p < 0,001$), o šeimos gydytojų po šeimos gydytojų rezidentūros vizitų skaičius buvo mažiausias (skirtumai statistiškai reikšmingi, $p < 0,001$). 2010 m. vizitų namuose per savaitę skaičiaus skirtumai tarp skirtingai kvalifikaciją įgijusių gydytojų išliko ($p < 0,001$) (nors nėra statistiškai reikšmingo skirtumo tarp persikvalifikavusių pediatrų ir terapeutų) (*4.10 lentelė*).

2004 m. valstybinėse įstaigose dirbantys gydytojai vizituodavo pacientus namuose daugiau nei privačių įstaigų gydytojai ($p = 0,010$), tačiau 2010 m. šis skirtumas išsilygino (*4.10 lentelė*).

1994 m. tyrime didžiausią vizitų namuose per savaitę skaičių nurodė apskrities centruose dirbę gydytojai, kiek mažesnę miestuose ir daugiau nei dvigubai mažesnę (lyginant su apskrities centruose dirbančiais gydytojais) kaimuose dirbę gydytojai ($p < 0,001$). 2004 m. tyrimo duomenimis situacija pasikeitė – apskrities centruose dirbantys gydytojai nurodė vizitų į namus per savaitę atliekantys daug mažiau nei mieste ir miestelyje ar kaime dirbantys gydytojai ($p < 0,001$). 2010 m. tyrimo duomenimis SRS išliko tik tarp apskrities centruose ir miesteliuose ar kaimuose dirbančių gydytojų vizitų į namus skaičiaus ($p = 0,022$) (*4.10 lentelė*).

Apibendrinant, vizitų į namus per savaitę skaičius po 15 reformos metų sumažėjo daugiau nei tris kartus. Šeimos gydytojai po šeimos gydytojų rezidentūros atlieka mažiau vizitų į namus nei persikvalifikavę pediatrai ar terapeutai. Netolygumai pagal PSPC steigėją išsilygino. Apskrities centruose dirbantys šeimos gydytojai, atlieka mažiau vizitų į namus nei miesteliuose ar kaimuose dirbantys šeimos gydytojai.

4.10 lentelė. Vizitų į namus per savaitę skaičius 1994, 2004, 2010 metų tyrimų metu ir sąsajos su kvalifikacijos įgijimo būdu, PSPC tipu pagal steigėją, urbanizacija

| Charakteristika | Vizitų į namus per savaitę skaičiaus vidurkis (standartinis nuokrypis) / mediana (kvartilinis plotis) | | | p reikšmė |
|----------------------------------|---|--------------------------|-------------------------------|-----------|
| | 1994 m. | 2004 m. | 2010 m. | |
| Bendras | 19,0 (±0,51)/ 18 (15)* | 2,8 (±0,10)/ 2 (1)** | 5,7 (±0,29)/ 5 (5)*** | <0,001 |
| Kvalifikacija | | | | |
| (persikvalifikavę) pediatrai | 25,8 (±0,87)/ 25 (11) | 4,2 (±0,38)/ 4(3)**** | 6,6 (±0,53)/ 5 (5)***** | <0,001 |
| (persikvalifikavę) terapeutai | 14,7 (±0,50)/ 14 (11)* | 2,7 (±0,10)/ 2 (1)** | 5,8 (±0,38)/ 5 (6)*** | <0,001 |
| šėimos gyd. po rezidentūros | | 2,2 (±0,13)/ 2 (2) | 3,8 (±0,62)/ 2,75 (4)***** | 0,048 |
| PSPC tipas | | | | |
| valstybinis | 19,0 (±0,51)/ 18 (15)* | 2,9 (±0,12)/ 3 (2)** | 5,8 (±0,37)/ 5 (5)*** | <0,001 |
| privatus | | 2,5 (±0,18)/ 2 (1) | 5,5 (±0,43)/ 5 (6)***** | <0,001 |
| Urbanizacija | | | | |
| apskritis centras | 22,9 (±0,69)/ 20 (15)* | 2,4 (±0,12)/ 2 (1)** | 5,0 (±0,42)/ 4 (5)*** | <0,001 |
| miestas | 16,7 (±0,76)/ 15 (15)* | 3,1 (±0,23)/ 3 (2)** | 5,5 (±0,43)/ 5 (6)*** | <0,001 |
| miestelis ar kaimas | 9,6 (±1,12)/ 7 (8)***** | 3,3 (±0,19)/ 3 (2) | 7,1 (±0,66)/ 7 (7)***** | <0,001 |

p reikšmė gauta naudojant Mano-Vitnio kriterijų (lyginant dvi grupes) arba Kruskalo-Voliso kriterijų (lyginant daugiau nei dvi grupes).

* – SRS, palyginti su 2004 ir 2010 metų tyrimais;

** – SRS, palyginti su 1994 ir 2010 metų tyrimais;

*** – SRS, palyginti su 1994 ir 2004 metų tyrimais;

**** – SRS, palyginti su 1994 metų tyrimu;

***** – SRS, palyginti su 2004 metų tyrimu.

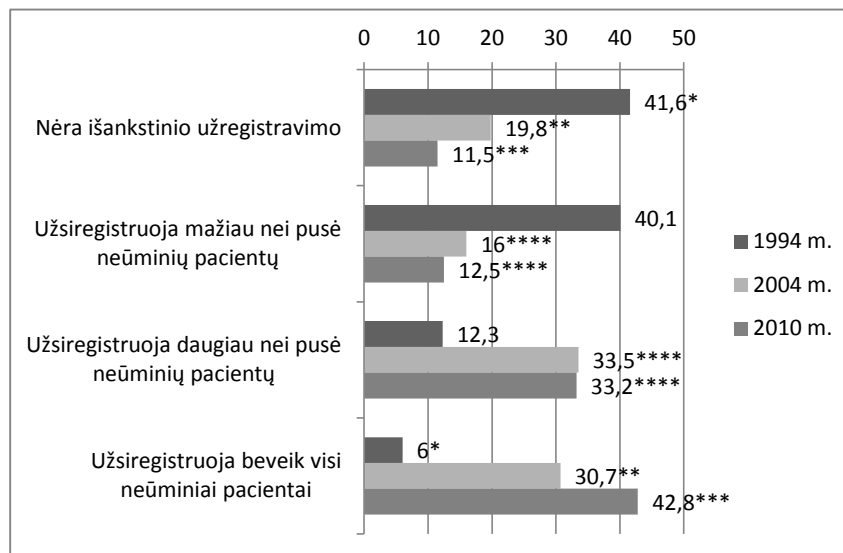
Vizitų globos namuose skaičius buvo stebėtas tik 2010 metais. Tyrimas parodė, kad globos namus vizituoja tik maža dalis gydytojų, todėl platesnė analizė nebuvo atlikta.

Analizuojant gydytojų apklausos duomenis paaiškėjo, kad reformos eigoje kiekvieno tyrimo metu nuolat daugėjo iš anksto užsiregistruojančių pacientų skaičius (4.3 pav.).

Ryškesnių iš anksto užsiregistruojančių pacientų skaičiaus skirtumų tarp skirtingai kvalifikaciją įgijusių gydytojų nestebėta.

Privačiose gydymo įstaigose pacientai registruojasi iš anksto dažniau nei valstybėse. Šis skirtumas 2010 m. tapo dar ryškesnis nei 2004 m. tyrimo.

1994 m. dažniau iš anksto užsiregistruodavo apskrities centruose gyvenantys pacientai nei miestų ir miestelių ar kaimų gyventojai. 2004 m. dažniausiai iš anksto užsiregistruodavo miestuose gyvenantys, rečiau apskrities centruose ir rečiausiai miesteliuose ar kaimuose gyvenantys pacientai, o 2010 m. apskrities centrų ir miestų gyventojai registravosi vienodai dažniau palyginti su miestelių ar kaimų gyventojais.



p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų (išvada apie porinių palyginimų reikšmingus skirtumus padaryta remiantis Bonferonio metodu).

* – SRS, palyginti su 2004 ir 2010 metų tyrimais;

** – SRS, palyginti su 1994 ir 2010 metų tyrimais;

*** – SRS, palyginti su 1994 ir 2004 metų tyrimais;

**** – SRS, palyginti su 1994 metų tyrimu.

4.3 pav. Nesergančių ūmiomis ligomis pacientų išankstinių registracijų skaičius 1994, 2004, 2010 metų tyrimų metu (proc.)

2010 m. tiriant gydytojų įvairioms veikloms skirto laiko (4.11 lentelė) paskirstymą atsižvelgiant į jų lytį, kvalifikacijos įgijimo būdą, gydymo įstaigos tipą pagal steigėją, įstaigos urbanizaciją, nustatyta, kad pacientų priėmimui kabinete reikšmingai daugiau laiko skiria dirbantys mieste nei dirbantys apskrities centre, daugiau valandų per dieną dokumentams pildyti ir valandų per mėnesį literatūrai analizuoti skiria privačiose įstaigose dirbantys gydytojai nei dirbantieji valstybinėse.

4.11 lentelė. Įvairioms veikloms skirtas laikas

| | Vidurkis (standartinis nuokrypis) / mediana (kvartilinis plotis) |
|---|---|
| Pacientui priimti kabinete skiriama valandų per dieną | 6,59 (±0,30)/ 6,0 (2,0) |
| Dokumentams pildyti skiriama valandų per dieną | 1,99 (±0,17)/ 1,5 (1,0) |
| Vizitams namuose skiriama valandų per dieną | 3,13 (±0,19)/ 2,0 (4,0) |
| Tobulinimosi kursams skiriama valandų per mėnesį | 6,19 (±0,59)/ 5,0 (5,5) |
| Literatūros analizei skiriama valandų per mėnesį | 8,00 (±0,61)/ 5,00 (7) |

4.2. Šeimos gydytojo normoje numatytų procedūrų atlikimo dažnis

Pagal 2010 m. tyrimo duomenis, bandant išsiaiškinti kaip dažnai šeimos gydytojai atlieka jų normoje numatytas procedūras, taikant statistinius metodus, aprašytus šio darbo metodinėje dalyje, sudarytos keturios pagal atlikimo dažnį panašiausios procedūrų atlikimo grupės.

I. Dažniausios procedūros:

1. bendras fizinis ligonio ištyrimas;
2. ūgio ir svorio matavimas;
3. KMI vertinimas;
4. AKS matavimas;
5. EKG užrašymas;
6. regos organų apžiūra;
7. regos aštrumo nustatymas;
8. klausos tikrinimas;
9. krūčių palpacija.

II. Gana dažnos procedūros:

1. injekcijos į raumenis, poodij, veną;
2. vaistų infuzijos;
3. kraujo ėmimas tyrimams;
4. spalvų skyrimo vertinimas;
5. ausų landų plovimas;
6. kraujavimo iš nosies nustatymas;
7. faringoskopijos atlikimas;
8. otoskopijos atlikimas;
9. neurologinis ištyrimas;
10. vaikų ir suaugusiųjų skiepai.

III. Gana retos procedūros:

1. tuberkulino įodiniai mėginiai;
2. išorinio kvėpavimo funkciniai mėginiai;
3. pacientų parengimas inkstų tyrimams;
4. pūlinių chirurginis gydymas;

5. akispūdžio matavimas;
6. svetimkūnių nuo akies šalinimas;
7. svetimkūnio iš ausies, ryklės šalinimas;
8. nosies landos tamponavimas;
9. pirmasis naujagimio tualetas.

IV. Retos procedūros:

1. kraujo grupės nustatymas;
2. šlapimo pūslės kateterizacija;
3. tiesiosios žarnos tyrimas pirštu;
4. prostatos palpacija;
5. ėminiai iš nosiaryklės;
6. ėminiai iš šlaplės;
7. ėminiai iš makšties;
8. ėminiai iš gimdos kaklelio;
9. ėminiai iš pūlinių;
10. akipločio tyrimas;
11. akių dugno tyrimas;
12. binokulinio matymo tyrimas;
13. Burzito punkcija.

Taip pat bandyta išsiaiškinti, ar, atsižvelgiant į tam tikrus veiksnius, vienodai dažnai atliekamos visos procedūros.

Paaikškėjo, kad pirmos grupės (**dažnas**) procedūras dažniau atlieka pradėję dirbti pediatrais, palyginti su pradėjusiais dirbti terapeutais ir šeimos gydytojais (*5 priedas*). Šios procedūros atliekamos dažniau, kai slaugytojai dirba savarankiškai, palyginti su gydytojais, kurių slaugytojai nedirba savarankiškai (*6 priedas*). Kuo dažniau šeimos gydytojas pasikalba apie LNL rizikos veiksnius ir pataria koreguoti gyvenimą, tuo dažniau atlieka ir šios grupės procedūras (*7 priedas*).

Tyrimas parodė, kad antros grupės (**gana dažnos**) procedūras dažniau atlieka gydytojai, dirbantys kaimuose, o ne apskrityje centre ar mieste (*5 priedas*). Šios procedūros atliekamos dažniau įstaigose, kur nėra antrinio lygio specialistų, palyginti su tomis įstaigomis, kur šių specialistų yra, taip pat jas dažniau atlieka gydytojai, su kuriais viename kabinete nedirba slaugytojas, palyginti su gydytojais, dirbančiais su slaugytoju (*6 priedas*). Gydytojų teigimu, kuo daugiau jiems darbe trūksta slaugytojo paslaugų, tuo dažniau jie atlieka šias procedūras. Kuo didesnis gydytojo bendras darbo stažas, tuo rečiau jis atlieka šios grupės procedūras, tačiau kuo daugiau valandų dirba antraeilėse pareigose ir kuo daugiau pacientų konsultuoja per dieną, tuo dažniau atlieka ir šias procedūras (*7 priedas*).

Trečios grupės (**gana retos**) procedūras dažniau atliko gydytojai, dirbantys kaimuose nei apskrityse (5 priedas); dirbantys įstaigose, kur nėra antrinio lygio specialistų, palyginti su tomis įstaigomis, kur tokių specialistų yra; taip pat gydytojai, su kuriais viename kabinete nedirba slaugytojas, nei dirbantys su slaugytoju; kai slaugytojai vizituoja namuose, palyginti su gydytojais, kurių slaugytojai nevizituoja; kai slaugytojai dirba savarankiškai, palyginti su gydytojais, kurių slaugytojai nedirba savarankiškai (6 priedas). Tyrimas parodė, kad kuo daugiau gydytojams jų darbe trūksta slaugytojo, tuo dažniau jie atlieka šias procedūras, ir kuo ilgiau gydytojas dirba šeimos gydytoju, tuo dažniau jis atlieka šias procedūras (7 priedas).

Ketvirtos grupės (**retos**) procedūras statistiškai reikšmingai dažniau atlieka vyrai nei moterys; pradėję dirbti šeimos gydytojais nei pradėję dirbti terapeutais ir pediatrais (5 priedas), gydytojai, su kuriais viename kabinete nedirba slaugytojas, nei dirbantys su slaugytoju (6 priedas).

Analizuojant visas procedūras bendrai paaiškėjo, kad jas dažniau atlieka privačių, o ne valstybinių gydymo įstaigų specialistai (5 priedas). Kuo daugiau šeimos gydytojas atlieka papildomų darbų (nėščiujų ir vaikų iki 4 metų priežiūra, profilaktinis vaikų skiepijimas, šeimos planavimas, homeopatijos praktikavimas), tuo dažniau atlieka ir visas procedūras (7 priedas).

4.2.1. Profilaktinė šeimos gydytojo veikla

Pagal 2010 metų tyrimo duomenis, tiriant, ar šeimos gydytojai pasikalba su savo pacientais apie LNL rizikos veiksnius ir ar pataria koreguoti ydingą gyvenseną, nustatyta, kad šiomis temomis su pacientais pasikalba daugiau privačiose nei valstybinėse gydymo įstaigose dirbantys, daugiau miestuose nei apskrityse centre ir miestelyje ar kaime dirbantys (8 priedas) daugiau tie gydytojai, kurių gydymo įstaigose dirba antrinio lygio specialistų, palyginti su dirbančiais įstaigose, kur tokių specialistų nėra, dažniau pasikalba ir pataria gydytojai kabinete dirbantys kartu su slaugytoju, palyginti su tais, kurie dirba be jo (9 priedas), taip pat kuo gydytojo darbo stažas didesnis, tuo dažniau jis pasikalba su pacientais ligų profilaktikos temomis (10 priedas).

Gydytojai daugiau laiko skiria pacientams patarti keisti gyvenseną tose įstaigose, kur yra antrinio lygio specialistų; kai kartu kabinete dirba slaugytojas; kai slaugytojas vizituoja namuose; kai slaugytojas konsultuoja savarankiškai (12 priedas).

4.2.2. Kai kurių darbų, kuriuos vykdo šeimos gydytojas, sąsaja su tam tikromis charakteristikomis ir veiksniais

Pagal 2010 metų tyrimo duomenis, bandyta išsiaiškinti kaip šeimos gydytojas atlieka tam tikrus, šeimos gydytojo normoje numatytus darbus: nėščiųjų priežiūrą, vaikų profilaktinius skiepėjimus, vaikų iki 4 metų amžiaus priežiūrą, šeimos planavimą ir kontracepciją, homeopatijos praktikavimą.

Paaiškėjo, kad profilaktinį skiepėjimą ir vaikų iki 4 metų priežiūrą persikvalifikavę terapeutai atlieka rečiau nei persikvalifikavę pediatrai ar šeimos gydytojai po šeimos gydytojo rezidentūros (*14 priedas*).

Nėščiųjų priežiūrą miestuose dirbantys gydytojai atlieka rečiau nei apskrities centruose, vaikų iki 4 metų priežiūrą rečiau vykdo dirbantys miestuose nei miesteliuose ar kaimuose (*14 priedas*).

Jei sklaugytojas dirba kabinete kartu, šeimos gydytojai rečiau atlieka nėščiųjų ir vaikų iki 4 metų priežiūrą, profilaktinį vaikų skiepėjimą, rūpinasi šeimos planavimu ir kontracepcija (*15 priedas*).

Kai slaugytojas vykdo ligų prevenciją, šeimos gydytojas dažniau atlieka profilaktinį vaikų skiepėjimą (*15 priedas*).

Jei slaugytojas dirba savarankiškai, gydytojas dažniau praktikuoja homeopatiją (*15 priedas*).

Tačiau kuo didesnis gydytojo darbo stažas, tuo rečiau jie vykdo šiuos darbus (*16 priedas*).

4.3. Šeimos gydytojų nuomonė apie jų atliekamą darbą ir organizacinius šio darbo aspektus

4.3.1. Šeimos gydytojų nuomonių pokyčiai apie atliekamą darbą per penkiloka PSP reformos metų

Vertinant kaip kito gydytojų nuomonė apie atliekamą darbą ir jo organizacinius aspektus per penkioliką reformos metų, lyginti visų trijų tyrimų duomenys ir pastebėta tam tikrų kitimų.

Palyginti su pradiniu tyrimu (1994 m.), 2004 m. padaugėjo gydytojų, nurodžiusių, kad kai kurie jų darbai ne visai prasmingi. Paskutiniame, mūsų atliktame (2010 m.), tyrime tokių gydytojų sumažėjo, tačiau nepasiekė 1994 metų gydytojų dalies (*4.12 lentelė*).

Gydytojų, nurodžiusių, kad darbe per daug nebūtinų administracinių smulkmenų, dalis visų trijų tyrimų rezultatuose tolygiai didėjo (*4.12 lentelė*).

2004 ir 2010 m. tyrimų (prasidėjus reformai) duomenimis, palyginti su 1994 m. tyrimu, sumažėjo gydytojų, teigiančių, kad jų darbas įdomus kaip ir anksčiau, bei patiriančių darbe tikrą džiaugsmą, dalis, be to, padidėjo gydytojų, teigiančių, kad jeigu atlyginimas ir darbo sąlygos būtų panašios, jie pereitų dirbti į nemedicininį darbą, dalis. Taip pat paskutinių dviejų tyrimų metu (po šeimos gydytojo institucijos įvedimo) daug didesnė gydytojų dalis, palyginti su pirmuoju tyrimu, nurodė, kad pacientai juos priima kaip savo asmeninį gydytoją (*4.12 lentelė*).

Palyginti 2010 metų tyrimą su 2004-ųjų, mažesnė gydytojų dalis nurodė, kad tyrimo metu sveikatos priežiūra geresnė nei prieš 5 metus, kad Lietuvos šeimos gydytojai ir slaugytojos turi pakankamai žinių ir įgūdžių ir PSP būtų efektyvesnė, jei šeimos gydytojai dirbtų kartu su slaugytojais (*4.12 lentelė*).

4.12 lentelė. Šeimos gydytojų nuomonė apie jų atliekamą darbą ir organizacinius šio darbo aspektus 1994, 2004, 2010 metų tyrimų metu

| Teiginiai | Sutinkantys su teiginiais N (proc.) | | | |
|--|-------------------------------------|---------------|-----------------|--------------|
| | 1994 m. | 2004 m. | 2010 m. | p reikšmė |
| Manau, kad kai kurie mano darbai ne visai prasmingi | 366 (69,6) | 241 (77,5)* | 153 (74,3) | 0,040 |
| Darbas man įdomus kaip ir anksčiau | 520 (93,5) | 265 (84,1)* | 172 (84,3)* | <0,001 |
| Mano darbe per daug nebūtinų administracinių smulkmenų | 359 (69,0)** | 261 (82,9)*** | 185 (89,4)**** | <0,001 |
| Jeigu atlyginimas ir sąlygos būtų panašios, aš tuojau pat pereičiau į nemedicininį darbą | 22 (4,3) | 61 (19,5)* | 29 (14,6)* | <0,001 |
| Savo darbe patiriu tikrą džiaugsmą | 398 (73,4) | 150 (47,6)* | 114 (55,9)* | <0,001 |
| Mano darbe pastangos visai atitinka atpildą | 81 (15,4) | 58 (18,5) | 44 (21,9) | 0,104 |
| Dauguma pacientų mane priima kaip savo asmeninį gydytoją | 198 (38,7) | 284 (90,2)* | 184 (90,6)* | <0,001 |
| Šiuo metu Lietuvoje sveikatos priežiūra geresnė nei prieš 5 metus | | 148 (47,0) | 73 (35,8)***** | 0,012 |
| Lietuvos šeimos gydytojai ir slaugytojai turi pakankamai žinių ir įgūdžių | | 273 (86,4) | 160 (79,2)***** | 0,031 |
| PSP būtų efektyvesnė, jei šeimos gydytojai dirbtų kartu su slaugytojais | | 257 (81,3) | 137 (67,5)***** | <0,001 |
| Šiuo metu Lietuvoje sveikatos priežiūros įstaigų patalpos ir įranga yra daug geresnė nei prieš 5 metus | | 249 (78,8) | 150 (73,9) | 0,196 |
| Kylant sveikatos priežiūros kainoms būtų priimtinos ir priemokos už paslaugas | | 285 (90,2) | 178 (87,7) | 0,369 |
| Privačiai dirbantys šeimos gydytojai paprastai yra geresni nei dirbantys valdiškai | | 65 (20,6) | 34 (16,8) | 0,291 |
| Šeimos gydytojų ir slaugytojų darbas turėtų būti geriau apmokamas | | 307 (97,2) | 200 (98,5) | 0,311 |
| Pacientai turėtų labiau rūpintis savo sveikatos priežiūra | | 298 (94,3) | 190 (93,1) | 0,589 |
| Jei pacientai daugiau žinotų apie paprastų ligų simptomus ir gydymą (peršalimą, galvos skausmą), jiems nereikėtų taip dažnai lankytis pas savo šeimos gydytoją | | 252 (79,7) | 172 (84,3) | 0,190 |

p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų (išvada apie porinių palyginimų reikšmingus skirtumus padaryta remiantis Bonferonio metodu)

* – SRS, palyginti su 1994 metų tyrimu

** – SRS, palyginti su 2004 ir 2010 metų tyrimais

*** – SRS, palyginti su 1994 ir 2010 metų tyrimais

**** – SRS, palyginti su 1994 ir 2004 metų tyrimais

***** – SRS, palyginti su 2004 metų tyrimu

Kadangi, palyginus su 1994 m. tyrimu, sumažėjo gydytojų, teigiančių, kad jų darbas įdomus kaip ir anksčiau, bei patiriančių darbe tikrą džiaugsmą, dalis, be to, padidėjo gydytojų, teigiančių, kad jeigu atlyginimas ir darbo sąlygos būtų panašios, jie pereitų dirbti į nemedicininį darbą, dalis, nuspręsta įvertinti šeimos gydytojų pasitenkinimą darbu ir tirta, kas 2010 m. tyrimo duomenimis didina ar mažina džiaugsmo patyrimą darbe, kai vienu metu veikia keli veiksniai.

Patiriamas džiaugsmas darbe didesnis, kai didesnis darbo stažas, jei darbas įdomus kaip ir anksčiau, jei dauguma pacientų priima kaip asmeninį gydytoją, gydytojų, manančių, kad sveikatos priežiūra Lietuvoje geresnė nei prieš 5 metus (4.13 lentelė).

Tyrimo metu paaiškėjo, kad džiaugsmą darbe rečiau patiria mieste dirbantys, palyginti su dirbančiais apskrities centre, ir manantys, kad PSP būtų efektyvesnė, jei šeimos gydytojai dirbtų kartu su slaugytojais. Kiti veiksniai statistiškai reikšmingo poveikio neturėjo (4.13 lentelė).

4.13 lentelė. Veiksniai, lemiantys džiaugsmo patyrimą darbe

| Charakteristikos / veiksniai | Modelio koef. | Šansų santykis | Pasikliautinis intervalas (PI 95proc.) | p reikšmė |
|---|----------------|----------------|--|--------------|
| Darbo stažas | 0,95* | 1,099 | 1,024-1,180 | 0,009 |
| Urbanizacija | | | | 0,042 |
| apskritis centras | 1 | | | |
| miestas | -1,401* | 0,246 | 0,082-0,743 | 0,013 |
| miestelis ar kaimas | -0,914 | 0,401 | 0,107-1,499 | 0,174 |
| Lytis | | | | |
| vyras | 1 | | | |
| moteris | 0,566 | 1,760 | 0,341-9,084 | 0,499 |
| Kvalifikacija | | | | 0,083 |
| persikvalifikavę pediatrai | -0,791 | 0,453 | 0,057-3,626 | 0,456 |
| persikvalifikavę terapeutai | -1,798 | 0,166 | 0,024-1,143 | 0,068 |
| šeimos gydytojai po rezidentūros | 1 | | | |
| Gydymo įstaigos tipas | | | | |
| valstybinė įstaiga | 1 | | | |
| privati įstaiga | 0,586 | 1,796 | 0,628-5,134 | 0,274 |
| Per dieną priimamų pacientų sk. | 0,061 | 1,063 | 0,994-1,136 | 0,075 |
| Kiti veiksniai | | | | |
| darbas man įdomus, kaip ir anksčiau | 2,892* | 18,035 | 2,714-119,846 | 0,003 |
| dauguma pacientų mane priima kaip savo asmeninį gydytoją | 2,700* | 14,881 | 1,702-130,103 | 0,015 |
| šiuo metu Lietuvoje sveikatos priežiūra geresnė nei prieš 5 metus | 1,168* | 3,215 | 1,077-9,598 | 0,036 |
| PSP būtų efektyvesnė, jei šeimos gydytojai dirbtų kartu su slaugytojais | -1,430* | 0,239 | 0,067-0,854 | 0,028 |

p reikšmė gauta naudojant logistinės regresijos analizę. * – p<0,05

4.13 lentelė. Veiksniai, lemiantys džiaugsmo patyrimą darbe (tęsinys)

| Charakteristikos / veiksniai | Modelio koef. | Šansų santykis | Pasikliautinis intervalas (PI 95 proc.) | p reikšmė |
|---|---------------|----------------|---|------------------|
| manau, kad kai kurie mano darbai ne visai prasmingi | 1,130 | 3,097 | 0,904-10,604 | 0,072 |
| mano darbe per daug nebūtinų administracinių smulkmenų | -0,108 | 0,898 | 0,164-4,932 | 0,902 |
| jeigu atlyginimas ir sąlygos būtų panašios, aš tuojau pat pereičiau į nemedicininį darbą | -1,005 | 0,366 | 0,087-1,543 | 0,171 |
| mano darbe pastangos visai atitinka atpildą | 1,268 | 3,553 | 0,971-13,002 | 0,055 |
| Lietuvos šeimos gydytojai ir slaugytojai turi pakankamai žinių ir įgūdžių | 0,584 | 1,793 | 0,566-5,679 | 0,321 |
| Šiuo metu Lietuvoje sveikatos priežiūros įstaigų patalpos ir įranga yra daug geresnės nei prieš 5 m. | 0,831 | 2,295 | 0,720-7,310 | 0,160 |
| kylant sveikatos priežiūros kainoms būtų priimtinos ir priemokos už paslaugas | 0,461 | 1,586 | 0,386-6,504 | 0,522 |
| privačiai dirbantys šeimos gydytojai paprastai yra geresni nei dirbantys valdiškai | -0,452 | 0,636 | 0,152-2,658 | 0,535 |
| šeimos gydytojų ir slaugytojų darbas turėtų būti geriau apmokamas | 1,055 | 2,871 | 0,001-7243,044 | 0,792 |
| pacientai turėtų labiau rūpintis savo sveikatos priežiūra | 0,913 | 2,493 | 0,353-17,593 | 0,360 |
| jei pacientai daugiau žinotų apie paprastų ligų simptomus ir gydymą, jiems nereiktų taip dažnai lankytis pas savo šeimos gydytoją | 0,985 | 2,678 | 0,665-10,783 | 0,166 |
| mane varžo šeimos gydytojo veiklos apribojimai (privalomos specialistų konsultacijos gydant tam tikras ligas, išrašant vaistus) | 1,586 | 4,886 | 0,856-27,894 | 0,074 |
| man geriau dirbti įstaigoje, kur yra antrinio lygio specialistų | 0,040 | 1,041 | 0,347-3,122 | 0,943 |

p reikšmė gauta naudojant logistinės regresijos analizę

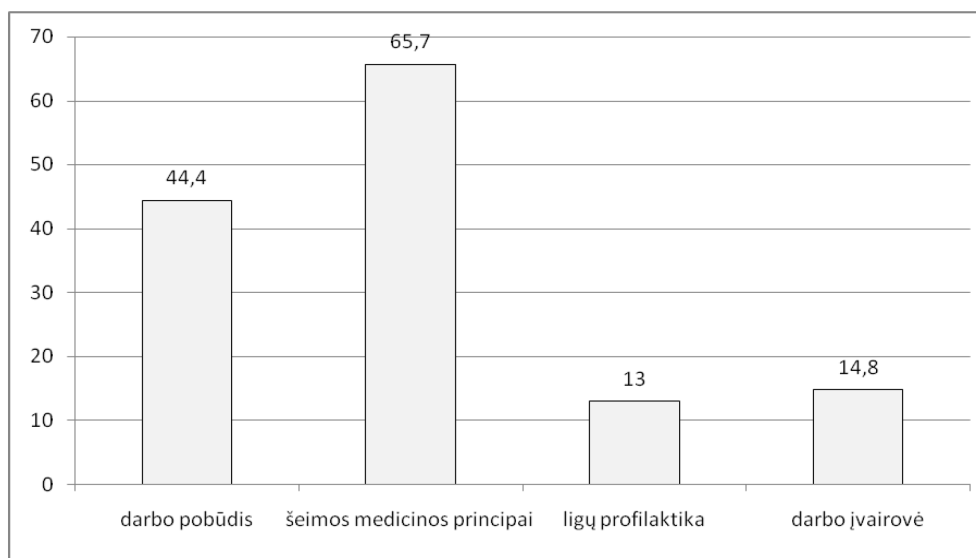
4.3.2. Šeimos gydytojų nuomonė apie organizacinius darbo aspektus

Paskutinio (2010 m.) tyrimo metu gydytojų paklausta kas patinka jų darbe, kas trukdo ir ką siūlytų pakeisti

Į klausimą, kas patinka jų darbe, atsakė 108 gydytojai. Gydytojų atsakymai į užduotą klausimą apie jiems patinkančius dalykus darbe suskirstyti į 4 grupes (4.4 pav.):

- pirmoji: patinka darbo pobūdis (sąlygos, savarankiškumas, atsakomybė, žinių poreikis);
- antroji: patinka šeimos medicinos principai (orientacija į šeimą, platus požiūris į žmogų, priežiūros tęstinumas, kasdienis bendravimas, atsiradęs ryšys su pacientu);
- trečioji: patinka ligų profilaktika, galimybė „užbėgti ligai už akių“;
- ketvirtoji: patinka darbo ir patologijos įvairovė, daug naujų atvejų.

Buvo gydytojų, kurių atsakymai buvo platūs ir priskirti kelioms iš šių grupių.



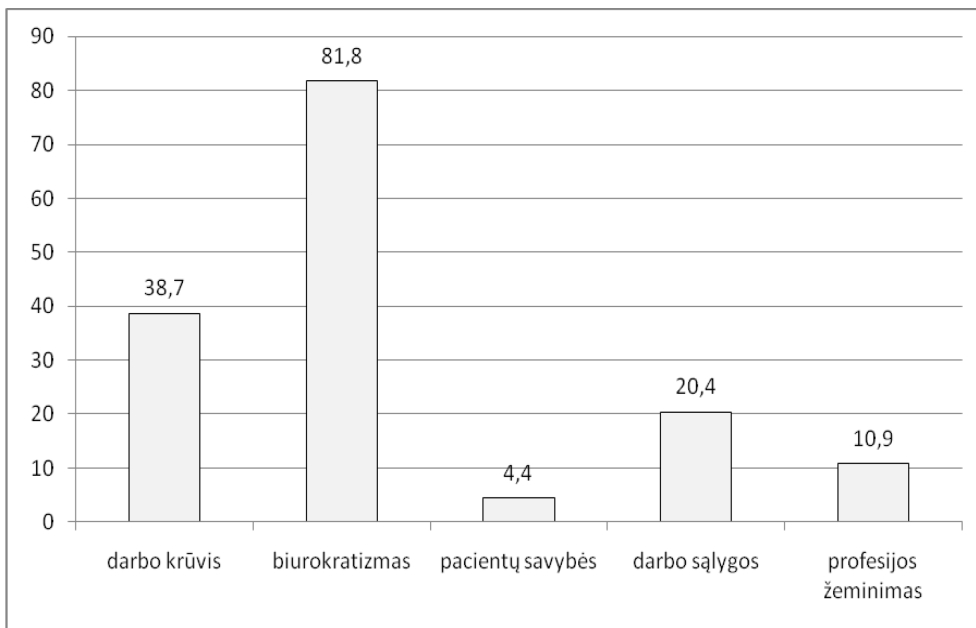
4.4 pav. Keturios grupės pagal atsakymų, kas patinka jų darbe, panašumą (procentas nuo bendro pasisakiusiųjų šia tema skaičiaus)

Kad patinka darbo pobūdis, dažniau nurodė vyrai, palyginti su moterimis (17 priedas), turintys didesnę bendrą darbo stažą (19 priedas), o šeimos medicinos darbo principu labiau patenkintos moterys nei vyrai, miestelyje ar kaime gyvenantys, palyginti su gyvenančiais mieste (17 priedas). Ligų profilaktika labiau patenkinti gydytojai, nurodę, kad jų slaugytojai nedirba sa-

varankiškai (*18 priedas*). Darbo įvairovė labiau patinka šeimos gydytojams po rezidentūros, palyginti su persikvalifikavusiais pediatrais (*17 priedas*).

137 respondentai atsakė į klausimą, kas trukdo šeimos gydytojų darbui. Gydytojų atsakymai apie jiems dirbti trukdančius dalykus suskirstyti į 5 grupes (*4.5 pav.*):

- pirmoji: trukdo darbo krūvis (mažas laikas priėmimui, per didelis krūvis, socialinių problemų sprendimas);
- antrojoje – biurokratizmas (dokumentacijos pildymas, per maža kompiuterizacija (el. sveikatos sistemos nebuvimas), įstatymų, medikamentų išrašymo nuostatų, gydymo algoritmų keitimas);
- trečioji: trukdo pacientų savybės (nepagrįsti lūkesčiai, žinių, informacijos stoka, menkas domėjimasis savo sveikata, atsakomybės permetimas gydytojui),
- ketvirtoji: trukdo darbo sąlygos, pobūdis, organizavimas (atskiro kabineto nebuvimas, konsultacijos telefonu darbo metu, apribotos savarankiško tyrimo galimybės, neadekvatus atlyginimas, nebaigta reforma (I lygis neatskirtas nuo II, III), eilės pas II ir III lygio specialistus);
- penktoji: trukdo profesijos žeminimas, netolygumai, nesaugumas (visuomenės, žiniasklaidos ir gydytojų siauresnės srities specialistų neigiamas požiūris, skepticizmas, blogas gydytojų bendravimas, bendradarbiavimas ir tarpusavio ryšys, teisinis nesaugumas, privačiai ir valdiškai dirbančių gydytojų darbo skirtumai).



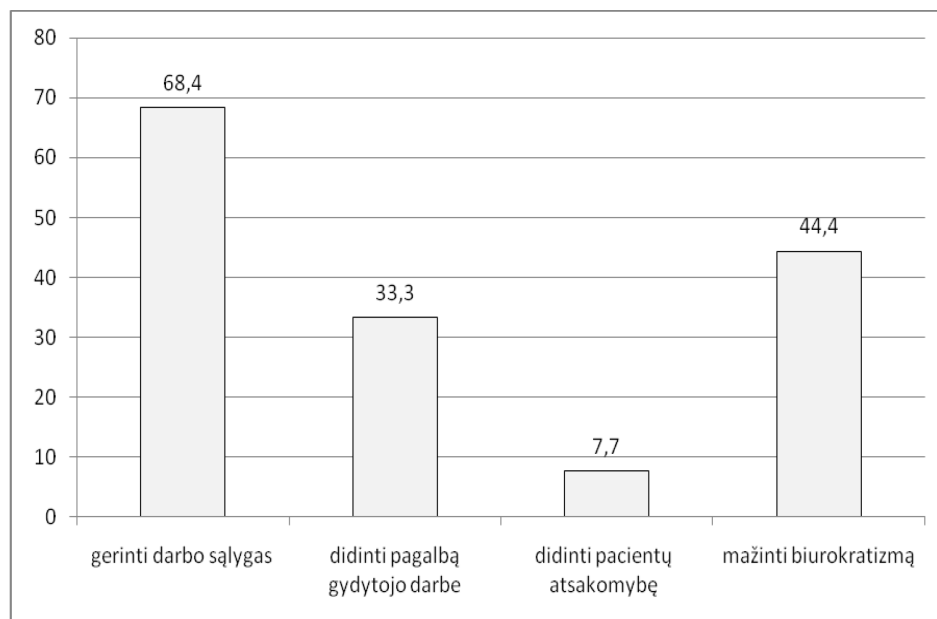
4.5 pav. Penkios pagal panašumą atsakymų kas trukdo šeimos gydytojų darbe grupės (procentas nuo bendro pasisakiusių šia tema skaičiaus)

Kad dirbti trukdo darbo krūvis, daugiau nurodė miesteliuose ar kaimuose dirbantys šeimos gydytojai, palyginti su dirbančiais apskrities centre ar mieste (20 priedas), bei gydytojai, nenurodę, kad slaugytojai dirba savarankiškai (21 priedas) ir turintys mažesnę bendrą darbo stažą gydytojai (22 priedas). Kad darbui trukdo dokumentų pildymas, dažniau teigė moterys nei vyrai, rečiau miesteliuose ar kaimuose dirbantys, palyginti su dirbančiais apskrities centre ar mieste (20 priedas), turintys ilgesnį bendrą ir šeimos gydytojo stažą, turintys didesnę prisirašiusių pacientų skaičių ir pasikalbantys su pacientais profilaktinėmis temomis, palyginti su mažiau šiomis temomis kalbančiais gydytojais (22 priedas).

Pasiūlymų, ko reiktų norint pagerinti jų darbą, pateikė 117 apklaustų gydytojų. Šie gydytojų pasiūlymai suskirstyti į 4 grupes (4.6 pav.):

- pirmoji: reiktų gerinti darbo sąlygas (ilginti paciento priėmimo laiką, riboti per dieną aptarnaujamų pacientų skaičių, didinti atlyginimus, skirti daugiau pinigų medicinai, racionaliai paskirstyti patalpas, duoti daugiau laisvės tirti ir gydyti, mažinti skirtumus);
- antroji: reiktų labiau padėti šeimos gydytojui (daugiau darbo skirti slaugytojams, didinti slaugytojų skaičių, įtraukti socialinius darbuotojus, gerinti ryšius su antrinio ir tretinio lygio specialistais);

- trečioji: siūloma didinti pacientų atsakomybę už savo sveikatą, apmokestinti atvykimus į polikliniką ir iškvietimus į namus;
- ketvirtoji: mažinti biurokratizmą, kompiuterizuoti darbą.



4.6 pav. Keturios pagal panašumą pasiūlymų, kaip pagerinti šeimos gydytojų darbą, grupės (procentas nuo bendro pasisakiusių šia tema skaičiaus)

Gerinti darbo sąlygas daugiau siūlo valstybinėse gydymo įstaigose dirbantys, palyginti su dirbančiais privačiose (23 priedas), kai slaugytojai mažiau dirba savarankiškai (24 priedas). Didinti pagalbą šeimos gydytojui siūlo mažiau su pacientais profilaktinėmis temomis pasikalbantys gydytojai (25 priedas). Pacientų atsakomybę didinti labiau siūlo didesnę šeimos gydytojo stažą turintieji (25 priedas).

4.4. Pacientų požiūris į savo sveikatą ir jos stiprinimą. Šeimos gydytojo vaidmuo, kontroliuojant lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnius

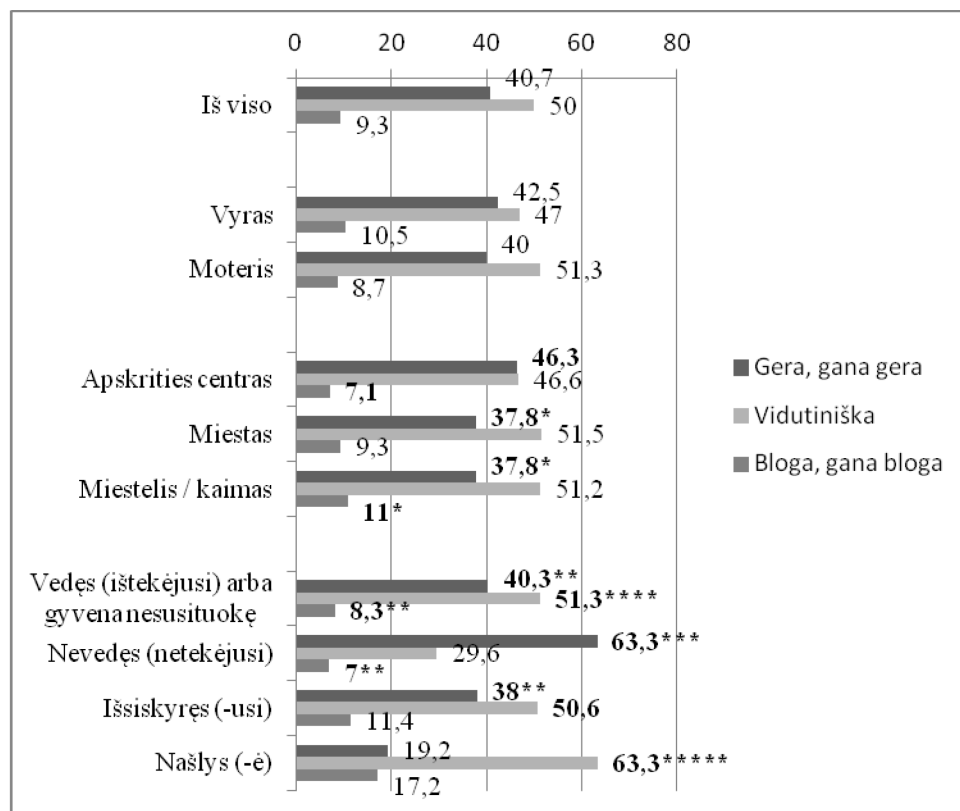
4.4.1. Apklaustų pacientų charakteristikos

4.14 lentelė. *Apklaustų pacientų charakteristikos*

| Charakteristika | Duomenys |
|--|--------------|
| Bendras tiriamųjų skaičius | 2 454 |
| Lytis, n (proc.) | |
| vyras | 719 (29,4) |
| moterys | 1 729 (70,6) |
| Amžiaus vidurkis | 48,0 |
| amžiaus mediana | 48,0 |
| Gyvenamoji vieta, n (proc.) | |
| apskritis centras | 749 (31,2) |
| miestas | 673 (28,1) |
| miestelis ar kaimas | 975 (40,6) |
| užsienis | 2 (0,1) |
| Šeiminė padėtis, n (proc.) | |
| vedęs (ištekėjusi) arba gyvena nesusituokę | 1 685 (68,8) |
| nevedęs (neištekėjusi) | 274 (11,2) |
| išsiskykęs (-usi) | 278 (11,3) |
| našlys (-ė) | 209 (8,5) |
| Išsilavinimas, n (proc.) | |
| pradinis | 58 (2,4) |
| nebaigtas vidurinis | 126 (5,2) |
| vidurinis | 538 (22,1) |
| spec. vidurinis | 1 013 (41,6) |
| aukštasis | 700 (28,7) |
| Darbo pobūdis, n (proc.) | |
| dirba žemės ūkio ir miško darbus | 149 (6,1) |
| dirba pramonėje, statybose ir pan. | 331 (13,5) |
| tarnauja įstaigose, dirba protinį darbą | 1 239 (50,6) |
| studijuoja | 123 (5,0) |
| namų šeimininkė | 157 (6,4) |
| pensininkas | 304 (12,4) |
| bedarbis | 106 (4,3) |

4.4.2. Savo sveikatos vertinimas

Pacientų atsakymai apie savo sveikatos vertinimą sujungti (gera su gana gera ir bloga su gana bloga) ir gautos 3 atsakymų grupės. Ieškota šių grupių sąsają su jų lytimi, gyvenamosios vietos urbanizacija, šeimine padėtimi (4.7 pav.).



p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų (išvada apie porinių palyginimų reikšmingus skirtumus padaryta remiantis Bonferonio metodu).

* – SRS, palyginti su gyvenančiais apskrities centre;

** – SRS, palyginti su našliais;

*** – SRS, palyginti su vedusiais, išsiskyrusiais ir našliais;

**** – SRS, palyginti su nevedusiais;

***** – SRS, palyginti su vedusiais, nevedusiais ir išsiskyrusiais.

4.7 pav. Savo sveikatos vertinimo sąsajos su lytimi, gyvenamosios vietos urbanizacija, šeimine padėtimi (proc.)

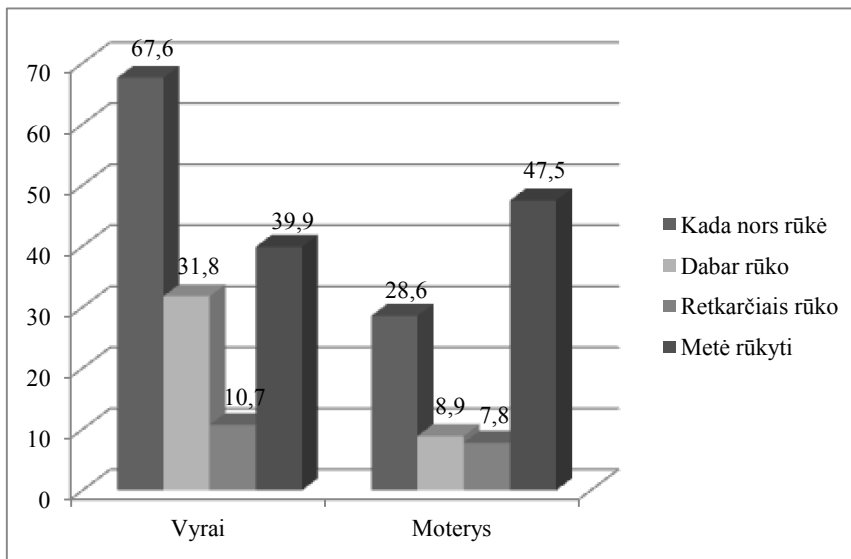
Apskritis centre gyvenantys dažniau nurodė, kad jų sveikata gera ar gana gera, palyginti su mieste, miestelyje ar kaime gyvenančiais, mieste ar kaime gyvenantys dažniau nurodė, kad jų sveikata bloga ar gana bloga, palyginti su apskrities centre gyvenančiais. Palyginus amžių – kuo apklaustieji vyresni, tuo prasčiau jie vertino savo sveikatą. Kad sveikata gera, daugiau nurodė vedusių ir išsiskyrusių, palyginti su našliais, ir nevedusių, palyginti su vedusiais, išsiskyrusiais ir našliais. Kad vidutiniška, nurodė daugiau vedusių ir išsiskyrusių, palyginti su nevedusiais, našlių daugiau už vedusius,

nevedusius ir išsiskyrusius. Kad sveikata bloga ar gana bloga, daugiau pasisakė našlių nei vedusių ir nevedusių (4.7 pav.).

4.4.3. LNL rizikos faktorių paplitimas tarp apklaustųjų ir sąsajos su pacientų charakteristikomis bei veiksniais

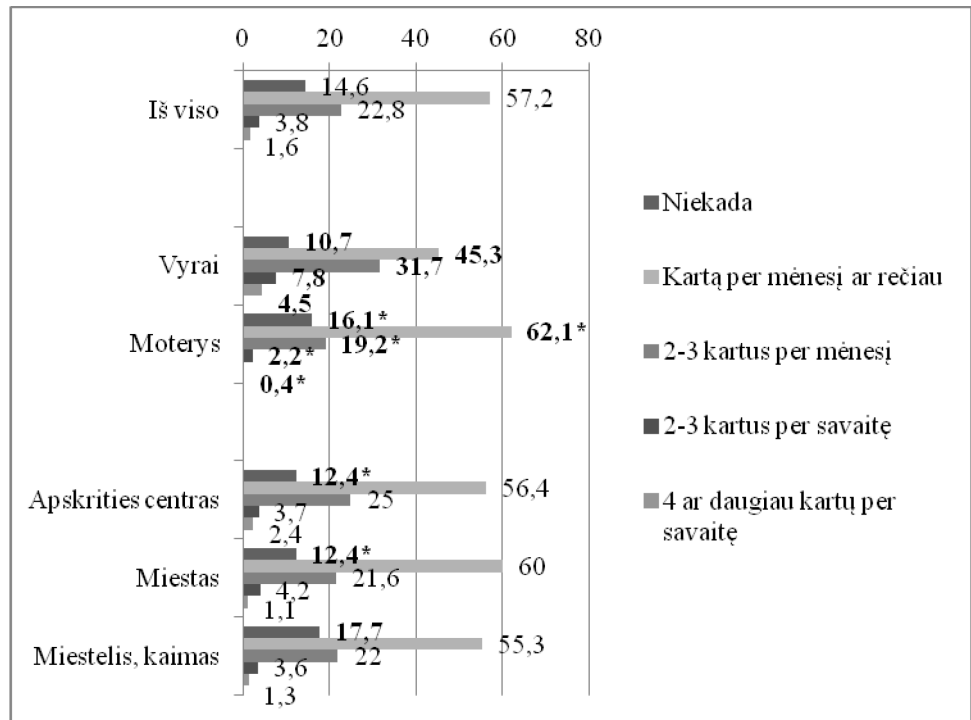
Kad išsiaiškinti rizikos veiksnių paplitimą tarp tirtų pacientų, ištirta apklaustųjų rūkymas, alkoholio vartojimas, mityba ir fizinis aktyvumas.

Kad kada nors rūkė, nurodė 40 proc. apklaustųjų. Kad rūko kasdien, nurodė 15,6 proc. tirtų pacientų. Rūkantieji kasdien prasčiau vertino savo sveikatą, palyginti su niekada nerūkiais. Rūkymo paplitimas tarp lyčių atsispindi 4.8 pav.



4.8 pav. Rūkymo paplitimo tarp apklaustųjų sąsaja su lytimi

Vyrai dažniau vartoja alkoholinius gėrimus, palyginti su moterimis., Kad niekada negeria, daugiau nurodė miestelių ar kaimų gyventojai, palyginti su apskrities centro ar miesto (4.9 pav.).



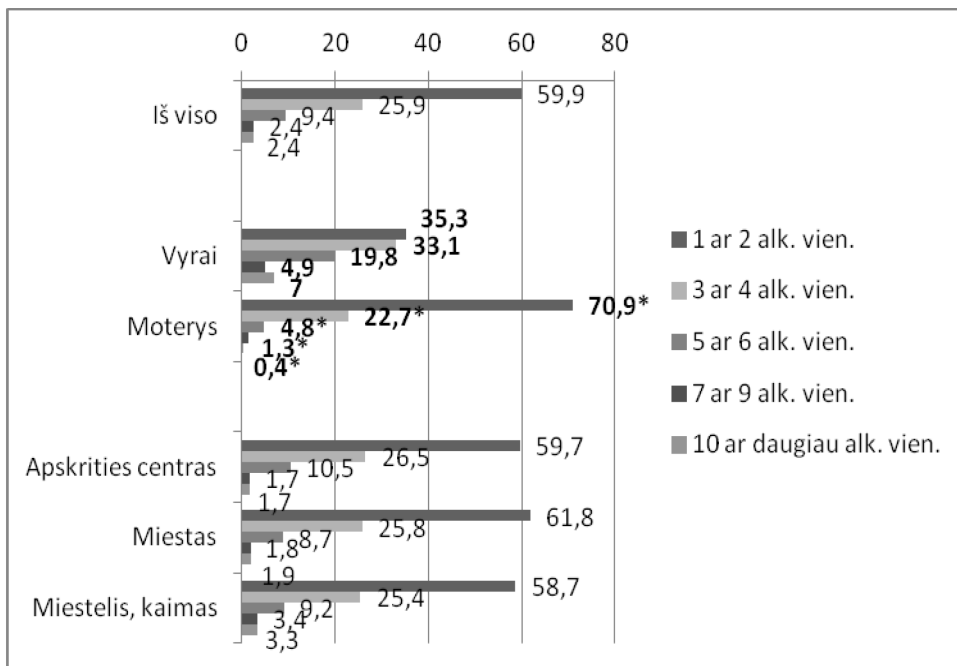
p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų (išvada apie porinių palyginimų reikšmingus skirtumus padaryta remiantis Bonferonio metodu).

* – SRS, palyginti su vyrais;

** – SRS, palyginti su gyvenančiais miestelyje ar kaime.

4.9 pav. Alkoholio vartojimo dažnis tarp apklaustųjų ir sąsajos su lytimi bei gyvenamosios vietos urbanizacija (proc.)

Vyrų įprasto gėrimo metu išgeria daugiau nei moterys. Sąsajų su gyvenamąja vieta nepastebėta (4.10 pav.).

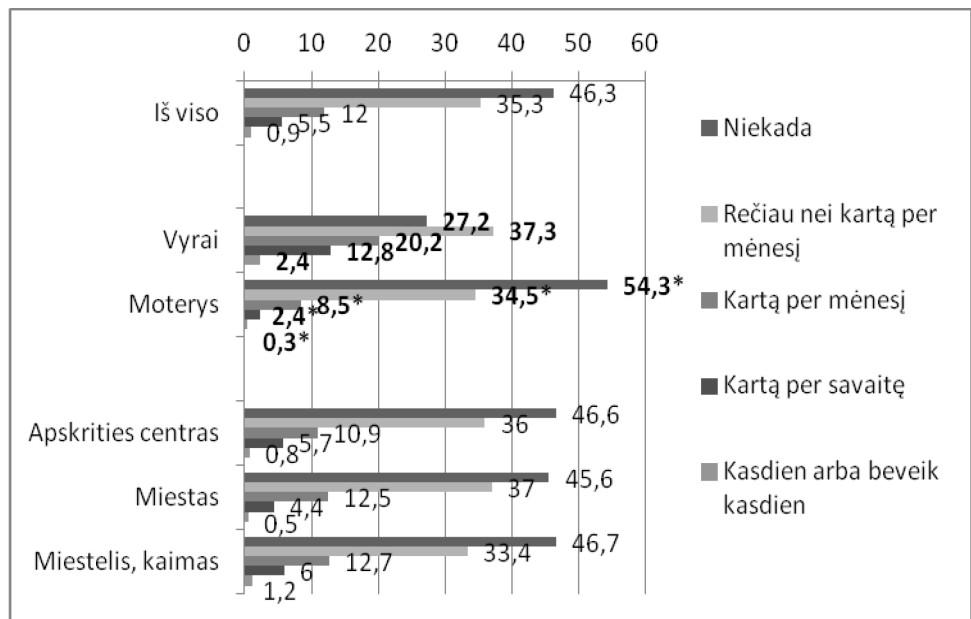


p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų (išvada apie porinių palyginimų reikšmingus skirtumus padaryta remiantis Bonferonio metodu).

* – SRS, palyginti su vyrais.

4.10 pav. Vieno įprasto gėrimo metu suvartojamas alkoholio kiekis (alkoholio vienetais) tarp apklaustųjų ir sąsajos su pacientų lytimi, gyvenamosios vietos urbanizacija (proc.)

Vyrai dažniau geria 6 ir daugiau alkoholio vienetų alkoholio vieno gėrimo metu, palyginti su moterimis (4.11 pav.).



p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų (išvada apie porinių palyginimų reikšmingus skirtumus padaryta remiantis Bonferonio metodu).

*– SRS, palyginti su vyrais.

4.11 pav. Didelių (6 ir daugiau alkoholio vienetų per kartą) išgėrimų dažnis tarp apklaustųjų ir sąsajos su pacientų lytimi, gyvenamosios vietos urbanizacija (proc.)

Rizikingai vartojantys alkoholį (AUDIT–C vyrams ≥ 5 , moterims ≥ 4) prisipažino 36,1 proc. apklaustųjų (50,5 proc. vyrų ir 29,9 proc. moterų). Statistiškai reikšmingai vartoja alkoholį rizikingais (pagal AUDIT–C) kiekiais ir dažniais nurodė daugiau vyrų, palyginti su moterimis, jaunesnių apklaustųjų, palyginti su vyresniais (26 priedas), nevedusių, palyginti su išsiskyrusiais (27 priedas), turinčiųjų aukštesnį išsilavinimą, kada nors rūkusių, palyginti su niekada nerūkusių, kasdien rūkančių, palyginti su retkarčiais rūkančiais ir niekada nerūkančiais (28 priedas). Savo sveikatą gerai ir gana gerai vertinantys apklaustieji alkoholį vartoja rizikingiau už vertinančius vidutiniškai ir blogai ar labai blogai (28 priedas). Iš besiman- kštinančių kasdien rizikingai alkoholį vartojančių pacientų grupė mažesnė, palyginti su nerizikingai vartojančių grupe. Kad šeimos gydytojas pasikalba apie alkoholio riziką, nurodė didesnis kiekis nerizikingai vartojančių alkoholį pacientų, palyginti su vartojančiais rizikingai, o kartais ar retai riboti alkoholio kiekį gydytojai dažniau pataria rizikingai vartojantiems

pacientams nei nerizikingai vartojantiems (dažnų patarimų procentai statistiškai nesiskyrė) (29 priedas).

Tiriant **mitybos įpročius** ir jų sąsajas su pacientų charakteristikomis, veiksniais, paaiškėjo, kad pagal tiriamųjų nurodytas maisto produktų proporcijas moterys, palyginti su vyrais, maitinasi geriau, atitinkamai aukštąjį išsilavinimą turintieji, palyginti su vidurinio išsilavinimo tiriamaisiais. Pastebėta, kad rekomenduojamų maisto produktų proporcijų nesilaiko pramonėje, statybose ir panašiose srityse dirbantys pacientai, palyginti su šio darbo nedirbančiais, o labiau rekomenduojamų proporcijų laikosi įstaigų tarnautojai ir kt. dirbantys protinį darbą, palyginti su tokio darbo nedirbančiais (30 priedas). Nurodę, kad serga kokia nors liga, labiau laikosi maisto produktų rekomenduojamų proporcijų, palyginti su nurodžiusiais, kad neserga. Tie, kurių maisto produktų proporcijos neatitiko rekomenduojamų, dažniau nurodė turintys ir kitų rizikos veiksnių: kad kada nors rūkė, rūko kasdien, rizikingai vartoja alkoholį ar mažiau mankština, palyginti su tais, kurių mityba produktų proporcijomis labiau atitiko ekspertų rekomendacijas (priedas Nr. 31). Daugiau apklaustųjų, kurių maistų produktų proporcijos labiau atitiko rekomenduojamas, nurodė, kad sveikatai labai daug įtakos turi mityba, atsvoris, rūkymas, alkoholio vartojimas, AKS padidėjimas, fizinio krūvio stoka. Daugiau apklaustųjų, kurių maisto produktų proporcijos labiau atitiko rekomenduojamas nurodė, kad gydytojas dažnai pataria sveikai maitintis. Pagal apklaustųjų KMI, turinčiųjų atsvorį maisto produktų proporcijos rečiau atitiko rekomenduojamas už jo neturinčiųjų (priedas Nr. 32).

Paklausti apie **fizinį aktyvumą**, net ketvirtadalis (24,8 proc.) pacientų nurodė sportuojantys tik kelis kartus per metus ar rečiau, mažiau nei penktadalis (17,9 proc.) sportuoja kasdien (4.15 lentelė).

Dažniau mankština vyrai, palyginti su moterimis, vyresnio amžiaus pacientai, palyginti su jaunesniais, miesteliuose ar kaimuose gyvenantys, palyginti su apskrities centrų ir miestų gyventojais, kasdien daugiau sportuoja specialųjį vidurinį išsilavinimą turintys pacientai, palyginti su aukštąjį išsilavinimą turinčiais, o 2–3 kartus per savaitę mankština daugiau pacientų su aukštuoju išsilavinimu, palyginti su nebaigtą vidurinį, vidurinį ir spec. vidurinį išsilavinimą turinčiais pacientais (4.15 lentelė).

Taigi, LNL rizikos veiksniai yra plačiai paplitę tarp tirtų pacientų.

4.15 lentelė. Laisvalaikio mankštos ≥ 30 min. su kvėpavimo pagreitėjimu ir suprakaitavimu) s sąsajos su pacientų lytimi, amžiumi, gyvenamąja vieta, išsilavinimu

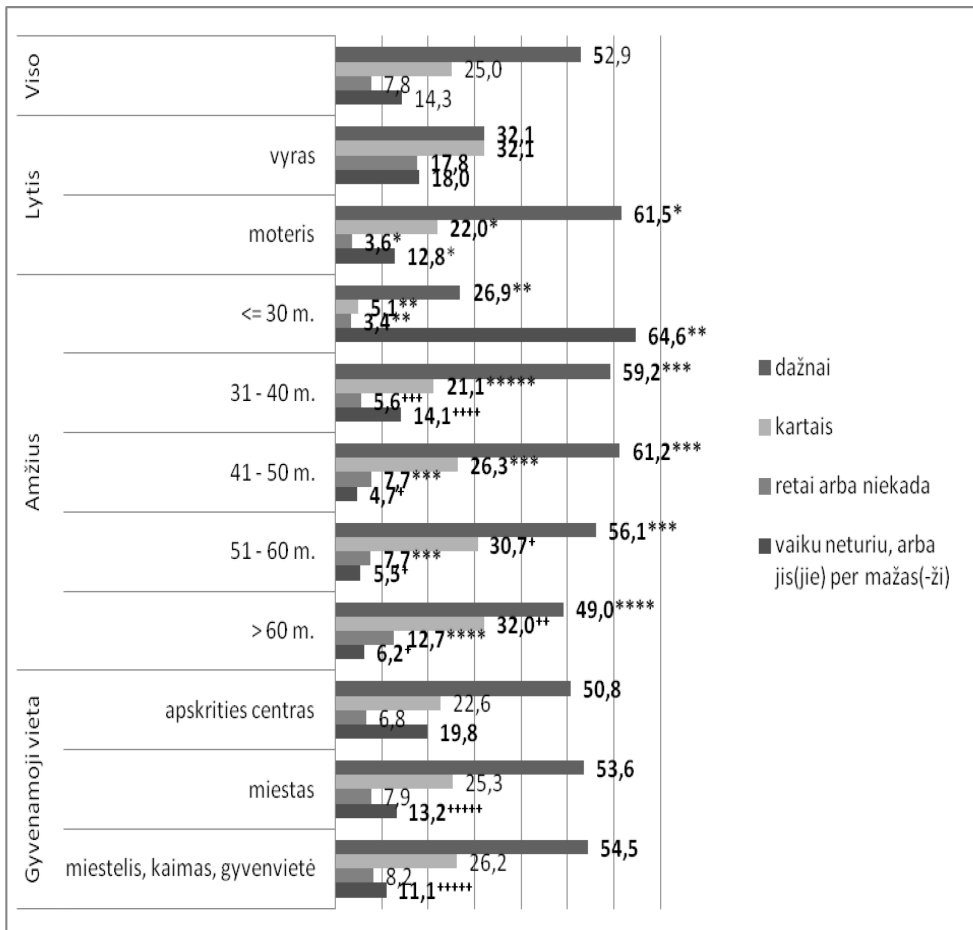
| | Laisvalaikiu mankština ≥ 30 min. su kvėpavimo pagreitėjimu ir suprakaitavimu, N (proc.) | | | | | | | |
|-------------------------|--|------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------|----------------------------------|--------------------------------|------------|
| | kasdien | 4–6 kartus per savaitę | 2–3 kartus per savaitę | kartą per savaitę | 2–3 kartus per mėnesį | kelis kartus per metus ar rečiau | negali dėl ligos ar neįgalumo | iš viso |
| Bendrai | 422 (17,9) | 152 (6,4) | 400 (16,9) | 343 (14,5) | 240 (10,2) | 585 (24,8) | 219 (9,3) | 2361 (100) |
| Lytis | | | | | | | | |
| vyras | 143 (20,8) | 54 (7,8) | 130 (18,9) | 84 (12,2) | 53 (7,7) | 146 (21,2) | 79 (11,5) | 689 (100) |
| moteris | 279 (16,7)* | 98 (5,9) | 270 (16,1) | 259 (15,5)* | 187 (11,2)* | 439 (26,3)* | 140 (8,4)* | 1672 (100) |
| p reikšmė | <0,001 | | | | | | | |
| Amžius metais | | | | | | | | |
| Iki 30 | 46 (14,7) | 22 (7,0) | 67 (21,4)*** | 57 (18,2)**** | 36 (11,5) | 80 (25,6)**** | 5 (1,6)⁺ | 313 (100) |
| 31–40 | 52 (12,5) | 28 (6,7) | 81 (19,4)*** | 73 (17,5)**** | 42 (10,1) | 128 (30,7)**** | 13 (3,1)⁺ | 417 (100) |
| 41–50 | 99 (17,2) | 29 (5,0) | 116 (20,1)*** | 87 (15,1) | 64 (11,1) | 149 (25,9)**** | 32 (5,6)⁺ | 576 (100) |
| 51–60 | 117 (20,0)** | 40 (6,8) | 68 (11,6) | 83 (14,2) | 64 (11,0) | 147 (25,2)**** | 65 (11,1)⁺⁺ | 584 (100) |
| > 60 | 105 (22,8)** | 30 (6,5) | 67 (14,6) | 44 (9,6) | 32 (7,0) | 76 (16,5) | 106(23,0)⁺⁺⁺ | 460 (100) |
| p reikšmė | <0,001 | | | | | | | |
| Gyvenamoji vieta | | | | | | | | |
| apskr. centr. | 93 (12,5)⁺⁺⁺⁺ | 41 (5,5) | 151 (20,3)⁺⁺⁺⁺ | 137 (18,4) | 81 (10,9) | 192 (25,8) | 49 (6,6)⁺⁺⁺⁺ | 744 (100) |
| miestas | 105 (15,9)⁺⁺⁺⁺ | 54 (8,2) | 118 (17,8) | 89 (13,4)⁺⁺⁺⁺ | 71 (10,7) | 175 (26,4) | 50 (7,6)⁺⁺⁺⁺ | 662 (100) |
| kaimas | 224 (23,3) | 57 (5,9) | 132 (13,7) | 118 (12,3)⁺⁺⁺⁺ | 88 (9,2) | 220 (22,9) | 122 (12,7) | 961 (100) |
| p reikšmė | <0,001 | | | | | | | |
| Išsilavinimas | | | | | | | | |
| pradinis | 7 (12,7) | 1 (1,8) | 7 (12,7) | 2 (3,6) | 1 (1,8) | 6 (10,9) | 31(56,4)^{oo} | 55 (100) |
| neb. vidur. | 21 (17,1) | 7 (5,7) | 12 (9,8)^o | 6 (4,9) | 12 (9,8) | 30 (24,4) | 35 (28,5)^{oo} | 123 (100) |
| vidurinis | 85 (16,9) | 28 (5,6) | 78 (15,5)^o | 78 (15,5) | 46 (9,1) | 130 (25,8) | 59 (11,7)^{oo} | 504 (100) |
| spec. vidr. | 213 (21,8)^o | 73 (7,5) | 130 (13,3)^o | 129 (13,2) | 99 (10,1) | 264 (27,0) | 71 (7,3)^{oo} | 979 (100) |
| aukštasis | 93 (13,5) | 43 (6,2) | 171 (24,8) | 126 (18,3) | 80 (11,6) | 154 (22,4) | 22(3,2)^{oo} | 689 (100) |
| p reikšmė | <0,001 | | | | | | | |

p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų (išvada apie porinių palyginimų reikšmingus skirtumus padaryta remiantis Bonferonio metodu).

- * – SRS, palyginti su vyrais;
- ** – SRS, palyginti su 31–40 metų amžiaus grupe;
- *** – SRS, palyginti su 51–60 metų amžiaus grupe;
- **** – SRS, palyginti su > 60 metų amžiaus grupe;
- + – SRS, palyginti su 51–60 ir > 60 m. grupėmis;
- ++ – SRS, palyginti su iki 30, 31–40, 41–50, > 60 metų grupėmis;
- +++ – SRS, palyginti su iki 30, 31–40, 41–50, 51–60 metų grupėmis;
- ++++ – SRS, palyginti su gyvenančiais miesteliuose ar kaimuose;
- +++++ – SRS, palyginti su gyvenančiais apskrities centruose;
- o – SRS, palyginti su aukštąjį išsilavinimą turinčiais pacientais;
- oo – SRS, palyginti su kitokį išsilavinimą turinčiais.

4.4.4. Pacientų tarpusavio bendravimas šeimoje profilaktinėmis temomis

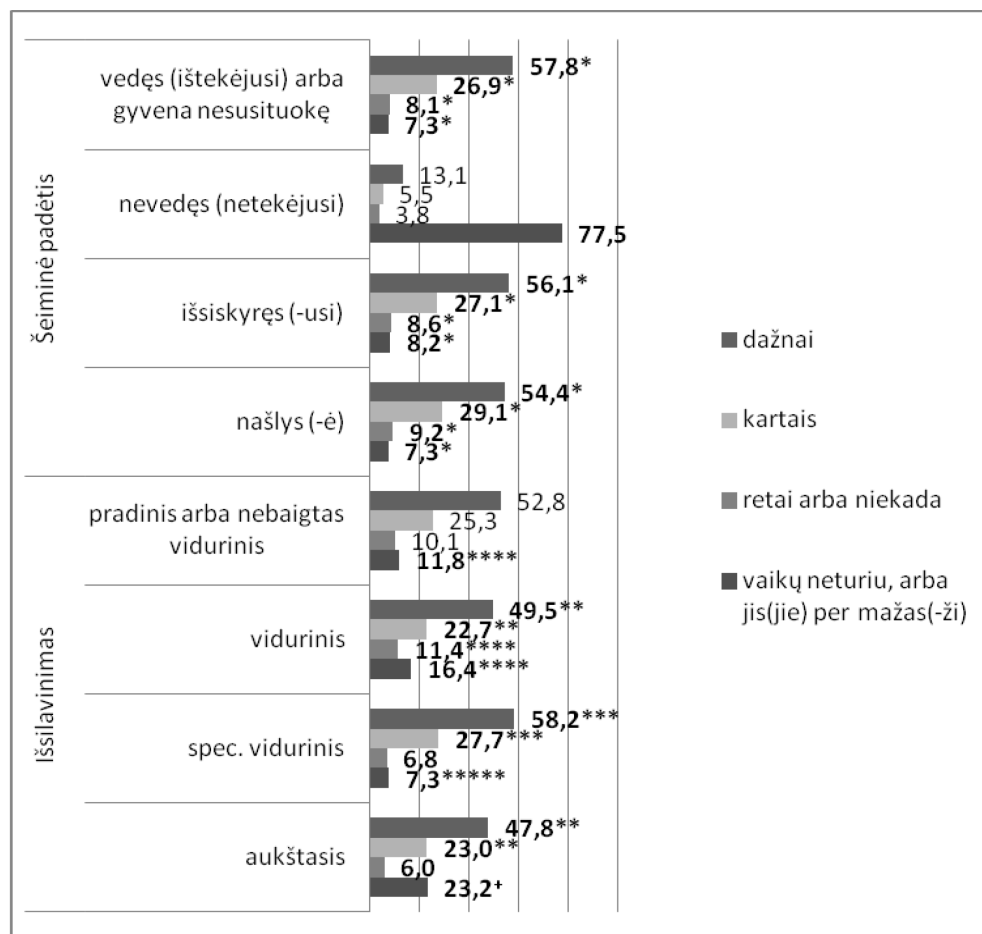
Bandant išsiaiškinti, koks pasikalbėjimų su vaiku apie sveikatą dažnis, pusė apklaustųjų (52,9 proc.) nurodė, kad su vaikais dažnai kalbasi apie sveikatą (4.12 pav.). Šia tema dažniau kalbasi moterys nei vyrai (4.12 pav.), spec. vidurinį išsilavinimą turintys respondentai nei kito išsilavinimo (4.13 pav.). Iki 30 metų (4.12 pav.) ir nevedę (4.13 pav.) pacientai dažniau nurodė vaikų neturintys arba šie esą per maži kalbėtis apie sveikatą, palyginti su kitomis amžiaus grupėmis bei šeiminiėmis padėtimis, > 60 metų amžiaus grupėje su vaikais apie sveikatą pasikalba rečiau, palyginti su 31–40, 41–50, 51–60 amžiaus grupėmis (4.12 pav.). Greičiausiai dėl to, kad vaikai jau suaugę ir gyvena savo gyvenimą.



p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų (išvada apie porinių palyginimų reikšmingus skirtumus padaryta remiantis Bonferonio metodu).

- * – SRS, palyginti su vyrais;
- ** – SRS, palyginti su 31–40, 41–50, 51–60 ir > 60 metų amžiaus grupėmis;
- *** – SRS, palyginti su <= 30, ir > 60 metų amžiaus grupėmis;
- **** – SRS, palyginti su <= 30, 31–40, 41–50 ir 51–60 ir > 60 metų amžiaus grupėmis;
- ***** – SRS, palyginti su <= 30, 51–60 ir > 60 metų amžiaus grupėmis;
- + – SRS, palyginti su <= 30 ir 31–40 metų amžiaus grupėmis;
- ++ – SRS, palyginti su <= 30 ir 31–40 ir 41–50 metų amžiaus grupėmis;
- +++ – SRS, palyginti su > 60 metų amžiaus grupe;
- ++++ – SRS, palyginti su <= 30 ir 41–50, 51–60 ir > 60 metų amžiaus grupėmis;
- +++++ – SRS, palyginti su apskrities centru;

4.12 pav. Pokalbių su vaikais apie sveikatą sąsajos su pacientų lytimi, amžiumi ir gyvenamąja vieta (proc.)



p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų (išvada apie porinių palyginimų reikšmingus skirtumus padaryta remiantis Bonferonio metodu).

* – SRS, palyginti su nevedusiais (netekėjusiomis);

** – SRS, palyginti su turinčiais spec. vidurinį išsilavinimą;

*** – SRS, palyginti su turinčiais vidurinį ir aukštąjį išsilavinimą;

**** – SRS, palyginti su turinčiais spec. vidurinį ir aukštąjį išsilavinimą;

***** – SRS, palyginti su turinčiais pradinį, nebaigtą vidurinį, vidurinį ir aukštąjį išsilavinimą;

+ – SRS, palyginti su turinčiais pradinį, nebaigtą vidurinį, vidurinį ir spec vidurinį išsilavinimą.

4.13 pav. Pokalbių su vaikais apie sveikatą sąsajos su pacientų šeimine padėtimi ir išsilavinimu (proc.)

Išsakydami nuomonę apie tai kas labiausiai turėtų rūpintis vaiko sveikatos ugdymu, dauguma apklaustų pacientų nurodė, kad tuonturėtų rūpintis tėvai (81,9 proc.). Šią nuomonę dažniau išsakė moterys, palyginti su vyrais; pacientai iki 50 metų amžiaus, palyginti su vyresniais; kuo aukštesnį išsilavinimą pacientai turėjo, tuo dažniau pasirinko šį vaiko sveikatos ugdymo šaltinį kaip pagrindinį; o šios nuomonės sąsąjū su šeimine padėtimi nepastebėta (*33 priedas*).

8,8 proc. apklaustųjų nurodė, kad savo sveikatos ugdymu turėtų rūpintis patys vaikai. Paaiškėjo, kad taip dažniau mano vyrai nei moterys, miestelio, kaimo, gyvenvietės gyventojai, palyginti su apskrities centre gyvenančiais, taip pat vyresni ir žemesnio išsilavinimo pacientai (*34 priedas*).

5,9 proc. mano, kad vaikų sveikatos ugdymu turėtų rūpintis medicinos darbuotojai. Tokią nuomonę dažniau išsakė vyrai, palyginti su moterimis, > 60 metų, palyginti su kitomis amžiaus grupėmis, ir vis daugiau kuo žemesnio išsilavinimo apklaustųjų (*35 priedas*).

1,0 proc. respondentų mano, kad vaikų sveikatos ugdymu daugiausia turėtų užsiimti darželio ar mokyklos auklėtojai (mokytojai), 2,4 proc. nurodė kitus šaltinius.

Tiriant kalbėjimąsi su vaikais apie sveikatą lemiančius veiksnius, paaiškėjo, kad daugiausia su vaikais kalbama apie rūkymo, alkoholio, mitybos poveikį sveikatai – beveik pusė apklaustųjų nurodė visada šeimoje pasikalbantys šiomis temomis (*4.14 pav.*).

Apie rūkymą rečiau pasikalba vyrai, palyginti su moterimis, > 60 metų turintys respondentai, palyginti su kitomis amžiaus grupėmis, našliai, palyginti su kitomis šeiminiemis padėtimis, pradinį, nebaigtą vidurinį išsilavinimą turintys apklaustieji, palyginti su turinčiais kitą išsilavinimą (*36 priedas*).

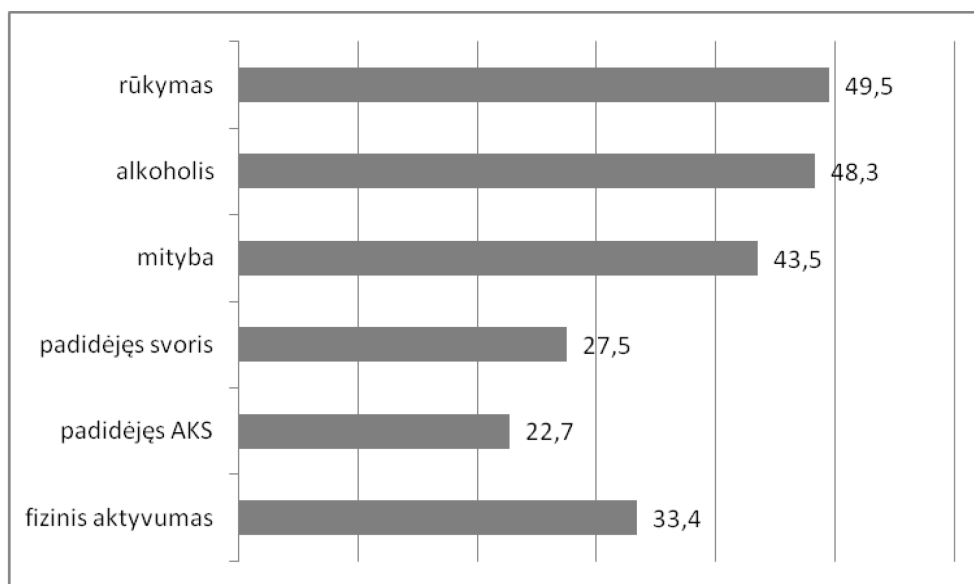
Apie alkoholio poveikį sveikatai rečiau kalbasi vyrai, palyginti su moterimis, iki 30 metų, 51–60 metų ir > 60 metų amžiaus grupės, palyginti su 31–40 ir 41–50 amžiaus grupėmis, našliai, palyginti su kitomis šeiminiemis padėtimis, pradinį, nebaigtą vidurinį išsilavinimą turintys apklaustieji, palyginti su turinčiais kitą išsilavinimą (*priedas Nr. 37*).

Apie mitybos poveikį sveikatai rečiau kalbasi vyrai, palyginti su moterimis, daniausiai 31 – 40 metų grupės, palyginus su iki 30 ir > 60 metų amžiaus grupėmis, kuo aukštesnio išsilavinimo, tuo dažniau kalbasi šia tema (*38 priedas*).

Apie atsvario poveikį sveikatai rečiau kalbasi vyrai, palyginti su moterimis, iki 30 metų amžiaus, palyginus su 51 – 60 metų amžiaus grupe (*39 priedas*).

Apie fizinio aktyvumo poveikį sveikatai rečiau kalbasi vyrai, palyginti su moterimis, > 60 metų amžiaus, palyginus su u amžiaus, palyginus su 31 –

40, 41 – 50, 51 – 60 amžiaus grupėmis, virurinio išsilavinimo, lyginant su spec viduriniu (40 priedas).



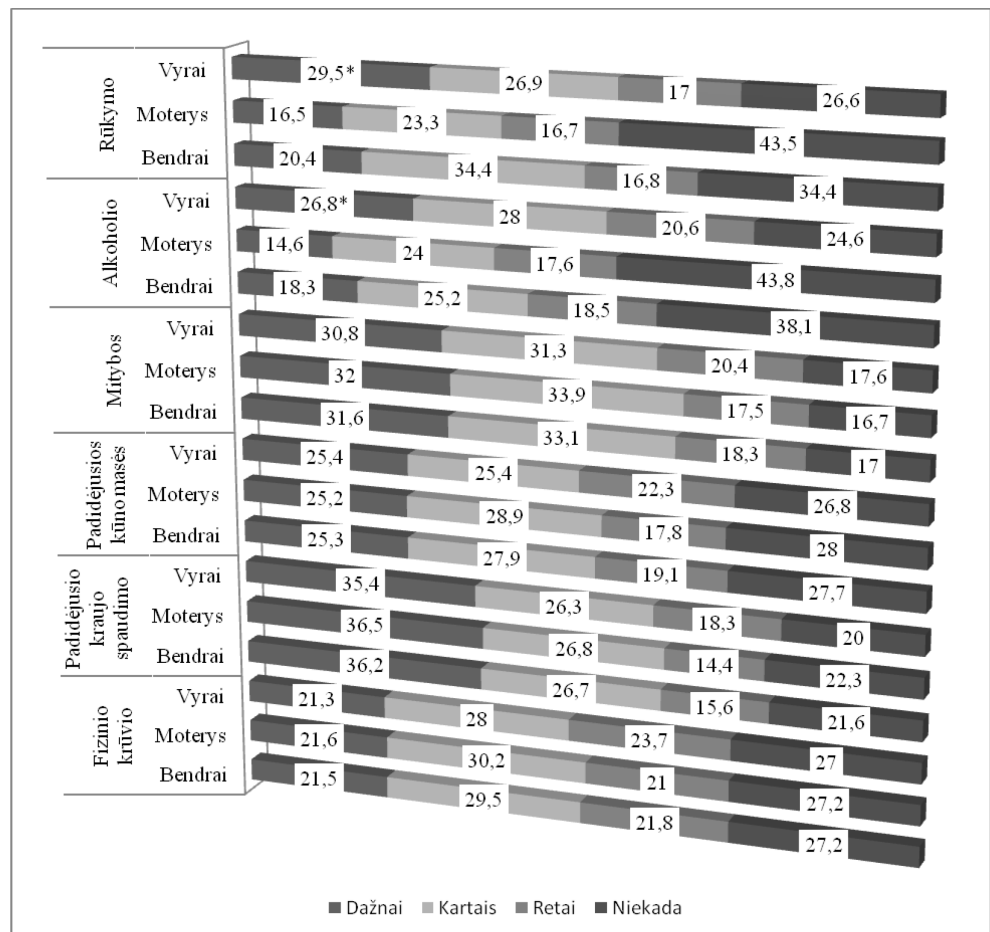
4.14 pav. *Visada pasikalbančių su vaikais apie rizikos veiksnių poveikį sveikatai procentas (proc.)*

Ieškant pasikalbėjimo su vaikais apie LNL rizikos veiksnius sąsajų su šių veiksnių paplitimu tarp apklaustų pacientų, paaiškėjo, kad rizikingai gyvenantys pacientai rečiau kalbasi su savo vaikais ne tik apie to rizikos veiksnio, kurį patys turi, poveikį sveikatai, bet ir kitų veiksnių poveikį (41-46 priedai).

4.4.5. LNL profilaktikos priemonių prieinamumas

LNL profilaktikos priemonių prieinamumą vertinome pagal besikreipusiųjų į skirtingo lygmens ir geografinės vietovės (regiono centro miestas, regiono miestelis ar kaimas) PSP centrus pacientų nuomonę. Apie pirminės LNL profilaktikos priemonių prieinamumą, t. y. apie suteiktas rekomendacijas, kaip kontroliuoti pagrindinius LNL rizikos veiksnius, sprendėme pagal pacientų atsakymus, kaip dažnai gydytojai pasikalba su jais apie rizikos veiksnius ir pataria kaip pastaruosius kontroliuoti. Pirminės profilaktikos priemonių prieinamumo skirtumai taip pat įvertinti atsižvelgiant į pacientų lytį, amžių, išsilavinimą ir gyvenamąją vietą.

Iš 4.15 pav. matyti, kad su beveik kas trečiu pacientu gydytojai dažnai pasikalba apie mitybą, antsvorio, padidėjusio AKS kontrolę, tačiau tik kas ketvirtas–penktas pacientas nurodė, jog gydytojai su jais kalbasi apie rūkymo ir alkoholio vartojimo kontrolę. Daugiau vyrų nei moterų nurodė, kad su jais gydytojai kalba apie rūkymą ir alkoholio vartojimą. Pacientų, dažnai gavusių informacijos apie kitų rizikos veiksnių (antsvorio, hipertenzijos, nepakankamo fizinio aktyvumo) poveikį sveikatai ir jų reguliavimą, skaičius tarp vyrų ir moterų nesiskyrė (4.15 pav.). Išanalizavę kitų sociodemografinių rodiklių ryšį su gaunama sveikatos informacija nustatėme, kad apie visus minėtus LNL rizikos veiksnius gydytojai dažniau pasikalba su vyresnio amžiaus, žemesnio išsilavinimo, gyvenančiais miesteliuose ir kaimuose ir blogiau savo sveikatą vertinančiais pacientais, išskyrus vienintelį rizikos veiksni – fizinį pasyvumą. Nustatėme, kad fizinio krūvio kontrolės rekomendacijas gavusių pacientų dažniau nebuvo susiję su jų sociodemografinėmis charakteristikomis bei savo sveikatos vertinimu. Taip pat nustatėme, kad skiriasi tikimybė, jog gydytojas dažnai pasikalbės apie nurodytų rizikos veiksnių poveikį sveikatai, atsižvelgdamas į lytį, amžių, išsilavinimą, gyvenamosios vietos urbanizaciją, šeimines padėtis, savo sveikatos subjektyvų vertinimą (4.16 lentelė).



p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų (išvada apie porinių palyginimų reikšmingus skirtumus padaryta remiantis Bonferonio metodu).

* – SRS, palyginti su moterimis.

4.15 pav. Šeimos gydytojų pokalbių su pacientais apie skirtingų rizikos veiksnių poveikį sveikatai dažnumas (proc.)

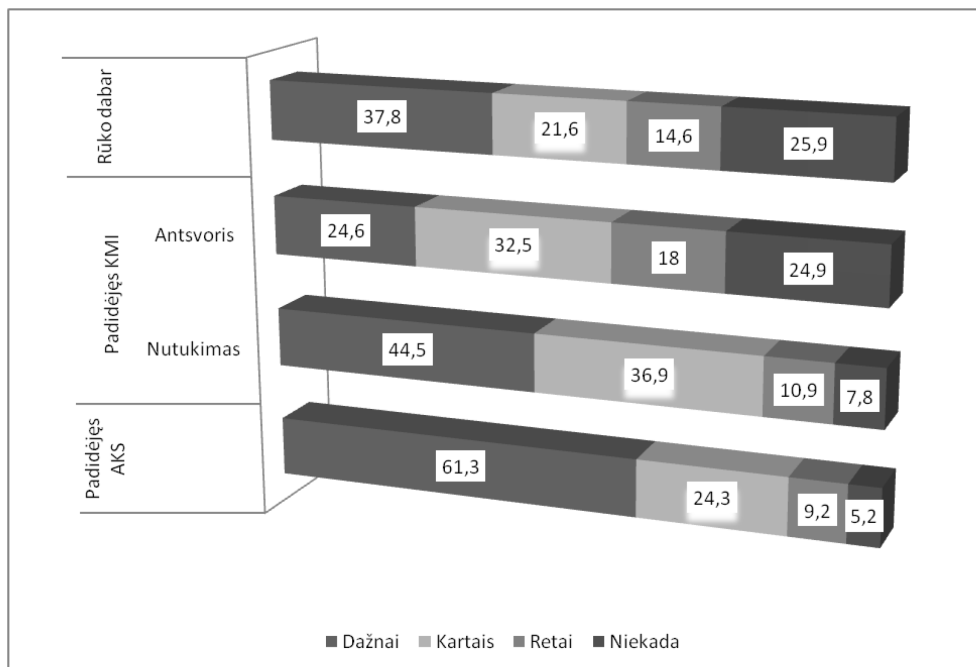
4.16 lentelė. Galimybių, kad gydytojas dažnai pasikalbės apie nurodytų rizikos veiksnių poveikį sveikatai, santykiai ir jų pasikliautiniai intervalai, atsižvelgiant į lytį, amžių, gyvenamosios vietos urbanizaciją, šeiminei padėčiai (reikšmingi skirtumai **paryškinti**)

| Nepriklausomi kintamieji | rūkymo | | | alkoholio | | | mitybos | | | antsvorio | | | padidėjusio AKS | | | fizinio aktyvumo | | |
|--------------------------|------------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|-----------------|-------------|-------------|------------------|-------------|-------------|
| | TS | 95 proc. PI | | TS | 95 proc. PI | | TS | 95 proc. PI | | TS | 95 proc. PI | | TS | 95 proc. PI | | TS | 95 proc. PI | |
| Lytis | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| moteris | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | |
| vyras | 2,1 | 1,70 | 2,65 | 2,1 | 1,70 | 2,71 | 0,9 | 0,77 | 1,16 | 1,0 | 0,81 | 1,26 | 1,0 | 0,81 | 1,20 | 1,0 | 0,77 | 1,24 |
| Amžius m. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| iki 30 | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | |
| 31–40 | 0,9 | 0,58 | 1,37 | 0,8 | 0,52 | 1,35 | 1,0 | 0,70 | 1,45 | 1,5 | 0,92 | 2,29 | 1,6 | 1,04 | 2,45 | 1,3 | 0,84 | 2,08 |
| 41–50 | 1,2 | 0,85 | 1,84 | 1,3 | 0,85 | 1,98 | 1,3 | 0,96 | 1,87 | 2,2 | 1,42 | 3,29 | 3,2 | 2,16 | 4,69 | 1,9 | 1,24 | 2,84 |
| 51–60 | 2,0 | 1,36 | 2,87 | 2,0 | 1,33 | 3,00 | 2,2 | 1,60 | 3,09 | 4,1 | 2,70 | 6,10 | 6,5 | 4,43 | 9,54 | 2,9 | 1,94 | 4,36 |
| > 60 | 2,3 | 1,54 | 3,37 | 2,8 | 1,85 | 4,27 | 2,8 | 1,96 | 3,90 | 4,8 | 3,16 | 7,34 | 9,1 | 6,13 | 13,6 | 2,8 | 1,85 | 4,34 |
| Gyv. vieta | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| apskritis | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| centras | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | |
| miestas | 1,0 | 0,79 | 1,36 | 0,9 | 0,67 | 1,22 | 1,1 | 0,90 | 1,44 | 1,0 | 0,78 | 1,32 | 1,3 | 1,02 | 1,62 | 1,1 | 0,85 | 1,45 |
| kaimas | 0,9 | 0,68 | 1,14 | 1,0 | 0,76 | 1,29 | 1,0 | 0,76 | 1,19 | 1,0 | 0,81 | 1,30 | 1,1 | 0,91 | 1,40 | 0,9 | 0,66 | 1,11 |
| Šeiminė padėtis | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| vedęs | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | |
| nevedęs | 0,6 | 0,42 | 0,91 | 0,6 | 0,39 | 0,89 | 0,6 | 0,43 | 0,82 | 0,4 | 0,26 | 0,58 | 0,4 | 0,28 | 0,55 | 0,6 | 0,39 | 0,83 |
| išsikyęs | 1,5 | 1,13 | 2,12 | 1,2 | 0,83 | 1,67 | 1,1 | 0,82 | 1,47 | 0,8 | 0,59 | 1,16 | 1,0 | 0,73 | 1,30 | 1,1 | 0,80 | 1,56 |
| našlys (-ė) | 0,7 | 0,46 | 1,13 | 0,9 | 0,56 | 1,36 | 1,1 | 0,78 | 1,55 | 1,0 | 0,67 | 1,40 | 1,6 | 1,13 | 2,15 | 0,9 | 0,56 | 1,29 |

4.16 lentelė. (tęsinys) Galimybių, kad gydytojas dažnai pasikalbės apie nurodytų rizikos veiksnių poveikį sveikatai, santykiai ir jų pasikliautiniai intervalai, atsižvelgiant į išsilavinimą, savo sveikatos subjektyvų vertinimą (reikšmingi skirtumai paryškinti)

| Nepriklausomi kintamieji | rūkymo | | | alkoholio | | | mitybos | | | antsvorio | | | padidėjusio AKS | | fizinio aktyvumo | | | |
|--|--------|-------------|------|-----------|-------------|------|---------|-------------|------|-----------|-------------|------|-----------------|-------------|------------------|-----|------|------|
| | TS | 95 proc. PI | | TS | 95 proc. PI | | TS | 95 proc. PI | | TS | 95 proc. PI | | TS | 95 proc. PI | | | | |
| Išsilavinimas | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| pradinis | 1,8 | 0,94 | 3,57 | 2,7 | 1,41 | 5,11 | 1,9 | 1,05 | 3,30 | 2,4 | 1,29 | 4,31 | 3,6 | 2,02 | 6,54 | 1,4 | 0,72 | 2,81 |
| nebaigtas | 2,0 | 1,24 | 3,17 | 2,5 | 1,53 | 4,10 | 1,4 | 0,87 | 2,15 | 2,0 | 1,27 | 3,20 | 2,1 | 1,36 | 3,18 | 1,3 | 0,80 | 2,25 |
| vidurinis | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| vidurinis spec. | 1,7 | 1,22 | 2,26 | 1,7 | 1,18 | 2,31 | 1,4 | 1,04 | 1,76 | 1,2 | 0,92 | 1,66 | 1,3 | 0,99 | 1,66 | 1,1 | 0,83 | 1,56 |
| vidurinis aukštasis | 1,3 | 1,03 | 1,77 | 1,5 | 1,14 | 2,03 | 1,3 | 1,01 | 1,59 | 1,5 | 1,14 | 1,87 | 1,5 | 1,21 | 1,87 | 1,3 | 1,00 | 1,67 |
| 1 | | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | |
| Subjektyvus savo sveikatos vertinimas | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| gera | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | |
| gana gera | 0,9 | 0,62 | 1,24 | 0,9 | 0,62 | 1,31 | 1,2 | 0,89 | 1,64 | 0,9 | 0,64 | 1,29 | 1,0 | 0,75 | 1,41 | 1,1 | 0,78 | 1,61 |
| vidutiniška | 1,4 | 1,06 | 1,85 | 1,4 | 1,03 | 1,87 | 2,0 | 1,53 | 2,55 | 2,0 | 1,55 | 2,71 | 2,7 | 2,12 | 3,53 | 1,8 | 1,34 | 2,44 |
| gana bloga | 1,2 | 0,71 | 2,04 | 1,5 | 0,91 | 2,63 | 2,4 | 1,59 | 3,76 | 3,1 | 1,99 | 4,89 | 4,0 | 2,62 | 6,17 | 2,3 | 1,39 | 3,71 |
| bloga | 1,9 | 1,05 | 3,29 | 2,5 | 1,40 | 4,43 | 3,7 | 2,20 | 6,36 | 3,4 | 1,98 | 5,86 | 4,7 | 2,80 | 7,91 | 2,9 | 1,62 | 5,12 |

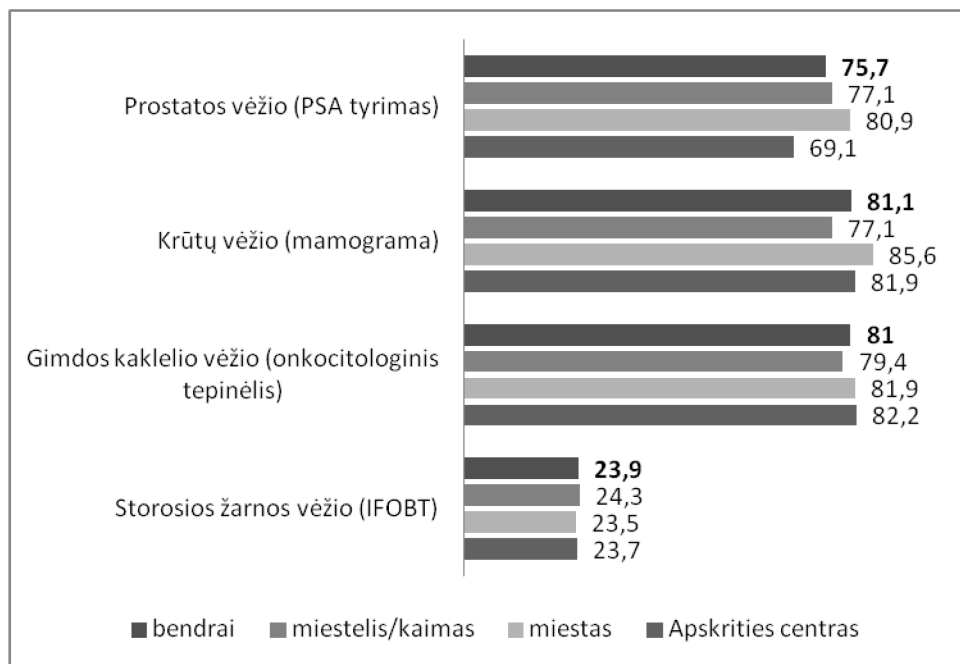
Įvertinus tai, kad apklausiant pacientus buvo prašoma nurodyti savo ūgį, svorį, AKS, mitybos bei rūkymo, alkoholio vartojimo bei fizinio aktyvumo įpročius, visus atsakiusiuosius galėjome suskirstyti į neturinčius ir turinčius minėtų rizikos veiksnių: rūkančius – surūko kasdien po vieną ir daugiau cigarečių, turinčius padidėjusį AKS – $> 140/90$ mm/Hg; antsvorį – KMI > 25 kg/m² ar nutukusius – KMI > 30 kg/m². Taip pat galėjome atsižvelgti ir į pačių pacientų vertinimus, ką jie mano apie savo kraujospūdį, svorį, mitybos bei fizinio aktyvumo įpročius. Analizuodami asmenų, turinčių rizikos veiksnių ar manančių, kad jų gyvenmena yra rizikinga, sąsajas su LNL profilaktikos priemonių prieinamumu, nustatėme, kad gydytojai dažniau pasikalba apie rizikos veiksnių kontrolę su tais, kuriems šie veiksniai yra nustatomi, nors ir ne su visais, kaip turėtų būti (4.16 pav.). Remdamiesi šiais duomenimis galime teigti, kad tik dauguma (61,3 proc.) asmenų, kuriems nustatomas padidėjęs AKS, dažnai gauna rekomendacijų, kaip jį reguliuoti, o beveik tik pusei asmenų, kuriems nustatomi kiti rizikos veiksniai, suteikiama reikalinga sveikatos informacija.



4.16 pav. Šeimos gydytojų patarimų dažnumas (proc.), kaip kontroliuoti rizikos veiksnius juos turintiems pacientams

Antrinės LNL profilaktikos priemonių prieinamumą vertinome pagal tai, ar gydytojai nukreipia pacientus aktyviai dalyvauti valstybės finansuojamoje gimdos kaklelio, krūties vėžio, prostatos adenomos ir storosios žarnos vė-

žio profilaktikos programose. Iš 4.17 pav. matyti, kad net keturi penktadaliai pagal profilaktikos programoje nurodytą amžiaus kriterijų moterų buvo nukreipta pasidaryti mamogramą ar joms atliktas gimdos kaklelio citologinis tyrimas ir trims ketvirtadaliams vyrų buvo atliktas PSA testas, tačiau tik trečdalis pacientų buvo pasitikrinti dėl storosios žarnos vėžio (IFOBT). Nepriklausomai nuo to, į kokį PSP centrą pacientai kreipėsi – miesto, miestelio ar kaimo, jų nukreipimo dažniai dalyvauti visose keturiose minėtose programose nesiskyrė. Daugiau aukštesnio, nei žemesnio išsilavinimo, daugiau ištekėjusių, išsiskyrusių ar našių nei netekėjusių pacienčių buvo nukreiptos atlikti gimdos kaklelio tepinėlį, ir atvirkščiai, daugiau žemesnio išsilavinimo vyrų buvo nukreipti atlikti PSA tyrimą.



4.17 pav. Šeimos gydytojų aktyvumas (proc.) vykdant valstybės finansuojamas profilaktikos programas priklausomai nuo PSP centro lokalizacijos (apskritis centras, miestas, miestelis ar kaimas)

5. REZULTATŲ APITARIMAS

5.1. Gydytojų apklausos rezultatų aptarimas

Šis tyrimas yra 1997 ir 2004 metais atlikto tarptautinio tyrimo tęsą. Jis atskleidžia kai kuriuos šeimos gydytojo darbo pokyčius, vykdomos veiklos apimtį, sąsajas su gydytojų įvairiomis charakteristikomis, veikla. Gauta daug įdomių rezultatų, atskleidžiančių esamą situaciją, šeimos gydytojo darbo privalumus ir trūkumus, paslaugų prieinamumą bei jų teikimą sąlygojančius veiksnius. Šis tyrimas apima visą Lietuvos teritoriją, tyrimo metu apklausta 330 šeimos gydytojų iš 96-ių PSPC, išlaikant pasiskirstymą pagal gydymo įstaigų urbanizaciją (apskritis centrai, miestai, miesteliai ar kaimai) ir steigėją (valstybiniai ir privatūs). Nors į klausimus atsakinėjo tik 212 šeimos gydytojų (atsako dažnis 64,2 proc.), pavyko išlaikyti numatytą gana tolygų pasiskirstymą pagal pasirinktus kriterijus.

Dėl šeimos gydytojo normos skirtumų, finansavimo savitumų, gautus duomenis sunku lyginti su kitose valstybėse vykstančiomis sveikatos priežiūros pertvarkomis.

Mūsų tyrimo duomenimis gydytojų amžius ir darbo stažas po reformos praėjus 10 metų nepakito (mediana 1997 m. – 42 m., o 2004 m. – 44 m.), o praėjus dar 6 metams statistiškai reikšmingai išaugo (mediana 2010 m. – 53 m.). Tai parodo šeimos gydytojų „senėjimą“. 2011 m. atlikto tyrimo [109, 111] „Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „dienos fotografijos“ analizė“ rezultatai parodė, kad stebimas spartus Lietuvos sveikatos priežiūros specialistų senėjimas – vidutinis tirtų šeimos gydytojų amžius siekė 49,6 m., tuo tarpu vidutinis slaugytojų amžius buvo 45,3 m. Šeimos gydytojai, tarp kurių buvo 60 m. amžiaus ir vyresnių gydytojų, 2010 m. sudarė 14,3 proc. Tuo tarpu jaunesni nei 45 m. amžiaus gydytojai sudarė 30,8 proc., 45–59 m. amžiaus šeimos gydytojai sudarė 54,8 proc. Tyrime pastebėta tendencija dirbti ir sulaukus senatvės pensijos amžiaus – gydytojai buvo linkę dirbti toliau, net ir jiems paskyrus senatvės pensiją. Nedarbingųjų dalis 60–69 m. amžiaus grupėje buvo labai nedidelė ir tesudarė nuo 3,5 proc. Taigi šio tyrimo rezultatai parodo, kad Lietuvoje nestebimas šeimos gydytojų trūkumas dėl nemažo šeimos mediciną baigiančių absolventų skaičiaus, ilgai iš darbo rinkos nesitraukiančių gydytojų ir dirbančių daugiau nei vienu etatu šeimos gydytojų [111].

Po reformos dešimtmečio išaugęs nuo 36,2 iki 39,5 darbo valandų vidurkis, remiantis paskutinio tyrimo rezultatais, vėl sumažėjo iki 37,6 valandų.

Gydytojų, dirbančių antraeilį apmokamą darbą, skaičius visų trijų tyrimų metu didėjo nuo 26,2 proc. iki 46,3 proc. Nors tarp paskutinių dviejų tyrimų

statistinio skirtumo negauta, antraeilį apmokamą darbą dirbančių gydytojų 2010 metais, palyginti su 2004 metų tyrimu, nuo 40,6 proc. padaugėjo 6 proc. ir sudarė beveik pusę visų apklaustų gydytojų (46,3 proc.). Tai parodo, kad gydytojam siekiant materialinės, emocinės ir kt. gerovės neužtenka dirbti tik viename darbe, beveik pusė jų dirba keliose darbovietėse. Daugiausia antraeilį darbą dirbo gydytojai valstybinėse gydymo įstaigose.

Profesiniam tobulėjimui skiriamas laikas visų trijų tyrimų rezultatais nuolat mažėjo (valandų vidurkis, per mėnesį skiriamas profesiniam tobulėjimui, kito – 18,4 (1994 m.) – 16,3 (2004 m.) – 12,3 (2010 m.)). Iš to matyti, kad šeimos gydytojai daugiau laiko skiria tiesioginei savo darbo veiklai ir dėl to kenčia jų profesinio lygio išsaugojimas bei tobulinimas.

Aptarnaujamų pacientų skaičius pagrindinėje darbovietėje nekito (1 494 – 1994 m., 1 573 – 2004 m., 1 519 – 2010 m.), o buvę netolygumai, susiję su šeimos gydytojų kilme pagal kvalifikaciją (persikvalifikavę pediatrai ir terapeutai ar šeimos gydytojai po rezidentūros), gydymo įstaigų tipu pagal steigėją (valstybinė ar privati), darbo vietos urbanizacija (apskritis centras, miestas ar miestelis ir kaimas), paskutinio tyrimo duomenimis išsilygino ir liko statistiškai nereikšmingi. Nors aptarnaujamų pacientų skaičius nekito, šeimos gydytojo darbų apimtys nuolat didinamos. Šeimos gydytojo medicinos normoje MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ atsirado naujų šeimos gydytojų funkcijų: konsultacijos telefonu, valstybinių prevencinių sveikatos programų vykdymas, sveikos gyvensenos propagavimas. Taip pat prisidėjo atsakomybė už naujai priskirtų ligų gydymą, suteikiama teisė atlikti ir vertinti daugiau laboratorinių tyrimų, išrašyti platesnį kompensuojamųjų vaistų spektrą, priskirta daug administracinių funkcijų: pažymų, reikalingų įforminti slaugą arba nustatyti specialiuosius poreikius, išdavimas, ilgalaikių nedarbingumo pažymėjimų tęsimas, laikino nedarbingumo nustatymas ir kitų socialinių klausimų sprendimas.

Šeimos gydytojas, be anksčiau minėtų pareigų, turi: „<...> atlikti bendruomenės sveikatos priežiūrą pagal kompetenciją; savarankiškai diagnozuoti ligas, gydyti pacientus pagal Šeimos gydytojo medicinos normos reikalavimus bei rekomenduoti profilaktikos priemones; paciento tyrimo, gydymo, profilaktinio darbo rezultatus įrašyti į medicinos dokumentus; konsultuotis su atitinkamu specialistu arba siųsti pas jį pacientą; <...> propaguoti sveiką gyvenseną, sveikatos ugdymo ir ligų profilaktikos priemones; <...> bendradarbiauti su kitais darbuotojais, atliekančiais PSP ir teikiančiais socialinę pagalbą <...> [66]. Tokia funkcijų gausa apsunkina gydytojo bendravimą su pacientu.

Per dieną pas gydytoją apsilankančių pacientų skaičius po reformos dešimtmečio labai padidėjo, paskutinio tyrimo metu jis padidėjo dar labiau, tačiau be statistinio reikšmingumo (per dieną apsilankančių pacientų vidur-

kis 1994 m. – 16,0, 2004 m. – 24,6, 2010 m. – 26,1). Taip pat tolygiai daugėjo gydytojų konsultacijų telefonu. Tai gali būti susiję su konsultacijų telefonu įteisinimu naujoje šeimos medicinos normoje [66]. Vizitų namuose skaičius 2004 metais (vidurkis – 2,8) sumažėjo daugiau nei 6 kartus, palyginti su 1994 metų tyrimu (vidurkis – 19,0), o 2010 metais (vidurkis – 5,7) vėl išaugo beveik dvigubai, palyginti su 2004 metų tyrimu. Tai galėtų būti susiję su įvestomis skatinamosiomis paslaugomis už vizitus į namus pas neįgaliuosius. Išankstinės registracijos vizitui pas šeimos gydytoją reformos eigoje tolygiai dažnėjo. Visi tyrimų duomenys rodo, kad šeimos gydytojo veikla ir užimtumas tik didėja. Tokios tendencijos stebimos ir mokslininkų atliktuose tyrimuose [122].

Vertinant kaip dažnai šeimos gydytojai vykdo pagal Šeimos gydytojo normą numatytas procedūras, paaiškėjo, kad daugumos procedūrų atlikimas priklauso nuo pačių procedūrų poreikio, bet yra tokių procedūrų, kurios turi būti daromos LNL profilaktinių tikrinimų metu (prostatos palpacija, ėminiai nuo gimdos kaklelio), o šeimos gydytojai nurodė retai jas atliekantys. Dalis tų procedūrų gali būti neatliekamos dėl šeimos gydytojų kaltės (užimtumo dėl didelio pacientų skaičiaus, dokumentacijos pildymo ar kt.), kitą dalį gali atlikti daugelyje šeimos klinikų komandoje ar kaip konsultantai dirbantys antrinio lygio specialistai (ginekologai, chirurgai), taip pat galimas nepagrįstas siuntimas pas antrinio lygio specialistus į kitas įstaigas, neapsiimant atlikti priklausančių procedūrų, tirti ir gydyti patiems. Sunku vertinti šių procedūrų atlikimo atitikimą poreikiams, nes nėra jokių tikslų rodmenų, būtų sunku nustatyti net apytikslų Šeimos gydytojo normoje numatytų procedūrų atlikimo poreikį (reiktų vertinti profilaktinių procedūrų atlikimo rekomendacijas, reikalavimus, sergamumą tam tikromis ligomis apklausto gydytojo apylinkėje ir t. t.).

Analizuojant kitus tyrimus, iš 2010–2011 metais atlikto šeimos gydytojų veiklos audito paaiškėjo, kad šeimos gydytojai vykdo ne visas savo funkcijas. Šio audito išvados parodė, kad funkcijoms, kurioms nereikia gydytojo kompetencijos, jie sugaišta 22 proc. darbo dienos laiko, todėl dirba nepakankamai efektyviai: mažiau laiko skiria diagnostikai ir gydymui, nevykdo kitų pagal kompetenciją nustatytų funkcijų, kurioms būtina gydytojo kvalifikacija. Visas Šeimos gydytojo medicinos normoje nustatytas kompetencijas (privalomą ligonių ištyrimą, diagnostinius ir gydomuosius veiksmus ir kt.) vykdo mažiau nei trečdalis (27 proc.) apklausoje dalyvavusių šeimos gydytojų. Didžioji šeimos gydytojų dalis – 61 proc. apklaustųjų – nustatytas kompetencijas vykdo iš dalies, 12 proc. – nevykdo visų Šeimos gydytojo medicinos normoje numatytų kompetencijų.

Atlikto audito duomenimis, apklausoje dalyvavę šeimos gydytojai įvardijo priežastis, dėl kurių nevykdo visų nustatytų kompetencijų. Dažniausios yra šios:

- laiko stoka – 67 proc. gydytojų;
- netinkamos darbo sąlygos – 43 proc. gydytojų;
- reikiamos įrangos stoka – 30 proc. gydytojų;
- nepakankama kvalifikacija ir įgūdžių stoka – 23 proc. gydytojų;
- nepakankama kvalifikacija, kurios neturi galimybės tobulinti dėl kursų trūkumo – 17 proc. gydytojų [94].

Daugiau gana įdomių išvadų galima daryti lyginant Šeimos gydytojo normoje numatytų atlikti procedūrų sąsajas su įvairiom charakteristikomis ir veiksniais. Visų rūšių procedūras dažiau nurodė vykdantys privačiose gydymo įstaigose dirbantys gydytojai, palyginti su valstybinėse įstaigose dirbančiais. Retas procedūras nurodė dažniau atliekantys šeimos gydytojai po šeimos gydytojo rezidentūros, palyginti su persikvalifikavusiais gydytojais. Tai, ko gero, lemia tendencingas šeimos gydytojų ruošimas šeimos gydytojo rezidentūros metu, plečiant jų kompetencijos ribas. Gana retas ir gana dažnas procedūras – kaimuose ar miesteliuose dirbantys, palyginti su apskrities centre dirbančiais (gana dažnas ir mieste dirbančiais), dirbantys įstaigose, kur nėra antrinio lygio specialistų, palyginti su dirbančiais tokiose, kur šių specialistų yra. Taigi gauti rezultatai patvirtina, kad ten, kur yra antrinio lygio specialistų, jų prieinamumas geresnis (apskritis centrai, miestai), šeimos gydytojai rečiau vykdo procedūras, tikėtinai pacientus siųsdami šioms specialistams.

Panašių pastebėjimų galima rasti 2005 metais Klaipėdoje atliktame tyrime, kurio metu buvo apklausti šeimos gydytojai, dirbantys 4 skirtingų tipų PSP įstaigose: valstybinėse šeimos gydytojų ambulatorijose kaimo vietovėse, privačiose šeimos gydytojų klinikose mieste, valstybinėse poliklinikose mieste ir privačiose poliklinikos tipo šeimos gydytojų įstaigose. Šis tyrimas parodė, kad kaimo vietovėse esančiose ambulatorijose besikreipiančiųjų į šeimos gydytojus buvo mažiau nei mieste, taip pat mažesnis kreipimosi dažnis valstybinio tipo PSP įstaigose nei privačiose. Dažniausiai į gydytojus kreipėsi moterys ir pagyvenę žmonės (60–79 m.). Kaimo ambulatorijose dirbantys šeimos gydytojai geriausiai atliko gydytojo „vartininko“ funkciją [135].

Įdomus rezultatas, kad kuo dažniau šeimos gydytojas pasikalba su pacientais apie LNL rizikos veiksnius ir pataria koreguoti gyvenseną, tuo dažniau atlieka dažnas procedūras. Tai tikriausiai susiję su tuo, kad dažnos procedūros (bendras fizinis ištyrimas, ūgio ir svorio matavimas, AKS matavimas, regos, klausos tikrinimas, krūtų palpacija) dažnai atliekamos profilakti-

nių patikrinimų metu ir gali būti susiję su rizikos veiksnių išaiškinimu, o išaiškinus apie tai dažniau ir pakalbama.

Pasikalbantys su pacientais LNL profilaktikos temomis daugiau nurodė privačiose gydymo įstaigose dirbantys, palyginti su dirbančiais valstybinėse įstaigose, jei jų gydymo įstaigoje yra antrinio lygio specialistų, palyginti su dirbančiais, kur tokių specialistų nėra, kai dirba su slaugytoju ir turintys ilgesnį gydytojo darbo stažą.

Vertinant šeimos gydytojų nuomonę apie jų atliekamą darbą ir organizacinius šio darbo aspektus, paskutinio tyrimo metu, palyginti su prieš tai buvusiu tyrimu, reikšmingai padaugėjo manančių, kad jų darbe per daug nebūtinių administracinių smulkmenų, sumažėjo manančių, kad sveikatos priežiūra geresnė nei prieš 5 metus, kad Lietuvos šeimos gydytojai ir slaugytojai turi pakankamai žinių ir įgūdžių, kad PSP būtų efektyvesnė, jei šeimos gydytojai dirbtų kartu su slaugytojais.

Tiriant, kas šeimos gydytojams suteikia daugiau džiaugsmo, paaiškėjo, kad patiriamas džiaugsmas darbe didesnis, kai didesnis darbo stažas, jei darbas įdomus kaip ir anksčiau, jei dauguma pacientų priima kaip asmeninį gydytoją, manančiųjų, kad sveikatos priežiūra Lietuvoje geresnė nei prieš 5 metus. Džiaugsmą darbe rečiau patiria mieste dirbantys, palyginti su dirbančiais apskrities centre, manantys, kad PSP būtų efektyvesnė, jei šeimos gydytojai dirbtų kartu su slaugytojais. Kiti faktoriai statistiškai reikšmingo poveikio neturėjo.

Atsakinėdami į atvirus klausimus apie savo veiklą, šeimos gydytojai patys įrašė jų darbe patinkančius, jiems dirbti trukdančius dalykus ir pasiūlymus, ką vertėtų keisti. Išsakyta gydytojų nuomonė turėtų pasitarnauti vertinant šeimos medicinos šiandienos problemas ir stipriąsias puses.

Atsakinėdami, kas jų darbe patinka, šeimos gydytojai nurodė šeimos medicinos principus (orientacija į šeimą, platus požiūris į žmogų, priežiūros tęstinumas, kasdienis bendravimas, atsiradęs ryšys su pacientu), darbo pobūdį (sąlygos, savarankiškumas, atsakomybė, žinių poreikis), darbo ir patologijos įvairovę, daug naujų atvejų, ligų profilaktiką, galimybę „užbėgti ligai už akių“.

Atsakinėdami į tai, kas šeimos gydytojo darbe trukdo, respondentai dažniausiai nurodė biurokratizmą (dokumentacijos pildymas, per maža kompiuterizacija (el. sveikatos sistemos nebuvimas), įstatymų, medikamentų išrašymo nuostatų, gydymo algoritmų keitimas), darbo krūvį (mažas laikas priėmimui, per didelis krūvis, socialinių problemų sprendimas), darbo sąlygas, pobūdį, organizavimą (atskiro kabineto nebuvimas, konsultacijos telefonu darbo metu, apribotos savarankiško tyrimo galimybės, neadekvatus atlyginimas), nebaigtą reformą (pirminis lygis neatskirtas nuo antrinio ir tretinio, eilės pas antrinio ir tretinio lygio specialistus), profesijos žeminimą,

netolygumus, nesaugumą (visuomenės, žiniasklaidos bei gydytojų siauresnės srities specialistų neigiamas požiūris, skepticizmas, blogas gydytojų bendravimas ir bendradarbiavimas, tarpusavio ryšys, teisinis nesaugumas, privačiai ir valdiškai dirbančių gydytojų darbo skirtumai), pacientų savybes (nepagrįsti pacientų lūkesčiai, žinių, informacijos stoka, menkas domėjimasis savo sveikata, atsakomybės permetimas gydytojui).

Gydytojų pasiūlymai, ko reiktų jų darbui pagerinti, buvo gerinti darbo sąlygas (ilginti paciento priėmimo laiką, riboti per dieną aptarnaujamų pacientų skaičių, didinti atlyginimus, skirti daugiau pinigų medicinai, racionaliai paskirstyti patalpas, duoti daugiau laisvės tirti ir gydyti, mažinti skirtumus), didinti pagalbą šeimos gydytojo darbui (daugiau darbo skirti slaugytojams, didinti slaugytojų skaičių, įtraukti socialinius darbuotojus, gerinti ryšius su antrinio ir tretinio lygio specialistais); didinti pacientų atsakomybę už savo sveikatą, apmokestinti atvykimus į polikliniką, iškvietimus į namus; mažinti biurokratizmą, kompiuterizuoti darbą.

5.2. Šeimos gydytojų apklausos metodologiniai trūkumai ir klaidos

Šis šeimos gydytojų nuomonės tyrimas remiasi subjektyvia šeimos gydytojų pateikiama informacija ir nuomone, todėl gauti rezultatai nebūtinai ir ne visada atspinti tikrą situaciją.

Tyrime apklausus numatyta šeimos gydytojų imtį, šeimos gydytojų atsakas buvo mažas (64,2 proc.). Pasiteiravus, kodėl nepildė klausimynų, jie nurodė esantys užimti, netikintys tokių tyrimų nauda, aiškino nusivylę vyriausybe, Sveikatos ministerija, dėl darbo krūvių ar kitų priežasčių nevykdantys Šeimos gydytojo normoje numatytų procedūrų, nenorintys pildyti klausimyno dėl jaučiamos kaltės ar gėdos. Todėl paskutinis tyrimas reprezentuoja Lietuvos šeimos gydytojų darbą mažesniu reikšmingumo lygmeniu nei ankstesni.

Nepavyko išlaikyti numatyto gydytojų pasiskirstymo pagal urbanizaciją, PSPC steigėją, nes kai kuriose apskrityse nebuvo numatyto apklausti gydytojų ar net centrų skaičiaus.

Kadangi šiuo tyrimu planuota tolygiai apimti šeimos gydytojų pasiskirstymą pagal urbanizaciją, šeimos klinikų steigėją, neatsižvelgta į šeimos gydytojų proporcijas (pavyzdžiui, Kaune ir Vilniuje didesnė šeimos gydytojų koncentracija nei kituose miestuose), tai gali veikti tyrimo rezultatus ir nereprezentuoti imties kaip šeimos gydytojų visumos.

Šio tyrimo metu pakeistas klausimynas dėl buvusio klausimyno skirtumų nuo Lietuvos šeimos gydytojo normos bei iškilusių šiandienos aktualijų. Todėl nebuvo galima vertinti šeimos gydytojų atliekamų procedūrų pokyčio,

klausimyno pakeitimai galėjo sąlygoti atsakymus, nors ir labai stengėmės išlaikyti jo vientisumą ir tyrimo atlikimo vienodumo sąlygas.

Gautiems rezultatams šiek tiek įtakos gali turėti ribota galimybė išlaikyti gydytojų konfidencialumą – kai kuriuose centruose dirbo tik po vieną ar kelis šeimos gydytojus, klausimynas išsiųstas paštu direktoriaus paskirtam atsakingam asmeniui ar šeimos gydytojui asmeniškai.

Tarp klausimų apie šeimos gydytojų pagal normą numatytų procedūrų atlikimo dažnį ryšio nerasta, todėl nebuvo galima išvesti bendro procedūrų atlikimo balo, tik suskirsčius į keturias grupes pagal atlikimo dažnius rastas reikšmingas ryšys. Todėl šis vertinimas buvo gana sudėtingas, nors ir išryškėjo dažniau ir rečiau vykdomos procedūros bei jų vykdymo sąsajos su įvairiomis charakteristikomis ir veiksniais.

5.3. Pacientų tyrimo rezultatų aptarimas

Bandant išsiaiškinti, kaip pacientai bendrauja sveikatos ugdymo klausimais tarpusavyje ir su šeimos gydytojais, vykdyta pacientų apklausa. Apklausta 3 000 pacientų, klausimynus užpildė 2 523 pacientai (atsako dažnis – 84,1 proc.). Apklausoje daugiau dalyvavo moterų (70,6 proc.) nei vyrų, tirtųjų amžiaus mediana – 48 metai, daugiausia apklausta gyvenančių miesteliuose ar kaimuose (40,6 proc.), greičiausiai dėl to, kad dalis šių vietovių gyventojų lankosi pas šeimos gydytojus miestuose ir apskrities centruose. O apskrities centruose (31,2 proc.) ir miestuose (28,1 proc.) apklaustų pacientų skaičius buvo panašus. Daugiausia apklaustųjų pagal šeimines sudėtis buvo vedę (ištekęsios) – 68,8 proc. Kitos šeimines padėtis apklaustųjų buvo tolygiai (po 8,5–11 proc.). Pagal išsilavinimą – daugiausia spec. vidurinio išsilavinimo (41,6 proc.), kiek mažiau aukštojo išsilavinimo (28,7 proc.), vidurinio (22,1 proc.), nedaug apklaustųjų buvo nebaigto vidurinio (5,2 proc.) ir pradinio (2,4 proc.). Pastebėta, kad nebaigtą vidurinį ir pradinį išsilavinimą dažniau turėjo vyresni pacientai, taip pat vyresni ir našliai bei išsiskyre. Tai turėjo įtakos ir rezultatų vertinimui ieškant sąsajų su sociodemografiniais rodikliais.

Pusė apklaustų pacientų (50,0 proc.) savo sveikatą vertino kaip vidutinę, 40,7 proc. – kaip gerą ar gana gerą, 9,3 proc. – blogą ar gana blogą.

40 proc. apklaustųjų kada nors rūkė, 15,6 proc. rūko kasdien. Rūkantys kasdien prasčiau vertino savo sveikatą.

Pagal AUDIT – C klausimyną net 50,5 proc. apklaustų vyrų ir 29,9 proc. moterų vartoja alkoholį rizikingai (iš viso – 36,1 proc.). Vartojantys rizikingai alkoholį dažniau ir rūko, mažesnis šių pacientų kiekis sportuoja kasdien. Savo sveikatą gerai vertinantieji rizikingiau vartoja alkoholį. Šeimos gydytojai rečiau pasikalba apie alkoholio poveikį sveikatai su rizi-

kingai vartojančiais alkoholi pacientais, tačiau dažniau rizikingai vartojantiems pacientams, palyginti su rizikos neturinčia grupe, pataria riboti alkoholio kiekį.

Pagal produktų proporcijas mitybos specialistų rekomenduojamai mitybai artimesnė yra moterų (palyginti su vyru), aukštojo išsilavinimo (palyginti su viduriniu), tarnautojų, protinį darbą dirbančių (palyginti su šio darbo nedirbančiais), sergančių (palyginti su nenurodžiusiais, kad serga), nerūkančių (palyginti su rūkančiais), nerizikingai vartojančių alkoholi (palyginti su rizikingai vartojančiais), dažniau sportuojančių (palyginti su rečiau sportuojančiais), neturinčių antsvorio (palyginti su turinčiais). Labiau šių proporcijų laikėsi respondentai, nurodę, kad šeimos gydytojas pataria maitintis sveikai.

Ketvirtadalis (24,8 proc.) apklaustųjų nurodė, kad sportuoja tik kelis kartus per metus ar rečiau, mažiau nei penktadalis (17,9 proc.) sportuoja kasdien. Daugiau sportuoja vyrai (palyginti su moterimis), vyresni (palyginti su jaunesniais), gyvenantys miesteliuose ar kaimuose (palyginti su gyvenančiais apskrities centruose ir miestuose) vidurinio išsilavinimo (palyginti su aukštojo išsilavinimo) pacientai, 2–3 kartus per savaitę dažniau sportuoja aukštojo išsilavinimo (palyginti su kito išsilavinimo pacientais).

Tiriant pacientų bendravimą sveikatos temomis šeimoje, pusė (52,9 proc.) pacientų nurodė dažnai su vaikais pasikalbantys apie sveikatą. Dauguma (81,9 proc.) apklaustųjų mano, kad daugiausia vaiko sveikatos ugdymu turėtų rūpintis tėvai. Daugiausia su vaikais kalbama apie rūkymo, alkoholio, mitybos poveikį sveikatai – beveik pusė apklaustųjų nurodė, kad visada šeimoje pasikalba šiomis temomis. Tie, kurie patys turi rizikos veiksnių, mažiau kalbasi su vaikais ne tik apie turimų, bet ir apie kitų rizikos veiksnių poveikį sveikatai.

Lietuvoje mažai tirta profilaktinių priemonių prieinamumas PSP įstai-gose, atsižvelgiant į sociodemografinius rodiklius [3, 6, 84]. Daugiau tyrimų atlikta apklausiant šeimos gydytojus apie jų vykdomą ligų profilaktiką, mažiau apklausiant pačius pacientus apie šios informacijos gavimą [37]. Gauti rezultatai atskleidžia, kad mažiau pacientų teigia gaunantys informacijos ir patarimų iš savo šeimos gydytojo, nei kad patys šeimos gydytojai nurodo tokią informaciją teikiantys [84]. Kitų autorių atliktuose tyrimuose taip pat rasti tam tikri netolygumai pagal sociodemografinius rodiklius [37, 87]. Mūsų tyrime daugiau apie rūkymo ir alkoholio vartojimo žalą šeimos gydytojai kalbėjo su vyrais nei su moterimis. Taip galėjo būti dėl to, kad palyginti su moterimis, vyrams šie žalingi įpročiai būdingesni.

Pacientų, kurie dažnai gavo informacijos apie antsvorio, hipertenzijos, nepakankamo fizinio aktyvumo poveikį sveikatai ir jų reguliavimą, skaičius tarp vyrų ir moterų nesiskyrė. Greičiausiai dėl to, kad šių rizikos veiksnių

pasiskirstymas tarp lyčių mažesnis. Tačiau įvertinant tai, kad šeimos gydytojai turi vykdyti ne tik individualią pirminę LNL profilaktiką (išaiškinti ir kontroliuoti rizikos veiksniai), bet jie turėtų vykdyti ir globalią ankstyvąją LNL profilaktiką, tai yra vykdyti priemones, kurios apskritai užkirstų kelią rizikos veiksniams atsirasti – nepriklausomai nuo to ar asmenys turi šių veiksnių ar ne, su visais pacientais reiktų kalbėti apie sveiką gyvenseną.

Apie LNL rizikos veiksniai dažniau gydytojai kalbasi su vyresnio amžiaus, žemesnio išsilavinimo, gyvenančiais miesteliuose ir kaimuose bei blogiau savo sveikatą vertinančiais pacientais. Šie tyrimo rezultatai atspindi tai, kad gydytojai profilaktinę veiklą taiko daugiau tiems, kuriems jau pasireiškia žalingų veiksnių poveikis ar kuriems šio poveikio pasireiškimo rizika padidėjusi, tačiau tai nėra progresyvu.

Tiriant antrinės LNL profilaktikos priemonių prieinamumą, paaiškėjo, kad nors nemažas pacientų skaičius, kuriems tokios profilaktinės priemonės turėtų būti taikomos, šią paslaugą gauna, tačiau penktadalis moterų neinformuojamos apie gimdos kaklelio vėžio ir krūtų vėžio, o ketvirtadalis vyrų – apie prostatos vėžio profilaktines programas. Storosios žarnos vėžio (IFOBT) tyrimas atliktas tik trečdaliui apklaustųjų greičiausiai dėl to, kad ši programa vykdyta ne visuose miestuose. Todėl jos efektyvumo nebūtų galima vertinti.

Išanalizavus kitus literatūros šaltinius, paaiškėjo, kad tyrimo rezultatų lyginimai su kitomis šalimis dėl skirtingos metodologijos negalimi.

Iš tyrimo paaiškėjo, kad šeimos gydytojai nepakankamai aktyviai propaguoja ir skatina pacientus dalyvauti profilaktinėse programose.

Apibendrinant galima teigti, kad tiek pirminės, tiek antrinės LNL profilaktines priemones šeimos gydytojai turėtų taikyti intensyviau.

5.4. Pacientų apklausos metodiniai trūkumai ir klaidos

Šis klausimynas kurtas LSMU BMTI SSSL mokslinio kolektyvo, dalyvaujant šio tyrimo autoriui, remiantis keletu tarptautinių tyrimų: Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenamosios tyrimu (FINBALT) [37]; Tarptautiniu moksleivių sveikatos ir gyvenamosios tyrimu (HBSC) [15, 46]; AUDIT – C tarptautiniu klausimynu [20]. Yra ir naujų kituose klausimynuose netaikytų klausimų.

Šis pacientų nuomonės tyrimas remiasi subjektyvia pacientų pateikiama informacija ir nuomone, todėl gauti rezultatai nebūtinai ir ne visada atspindi tikrą situaciją.

Šio tyrimo metu apklausta ribota, tuo metu tirtuose PSPC apsilankusių ir sutikusių dalyvauti tyrime suaugusių pacientų populiacija, todėl ji neatspindi situacijos visoje šalyje.

Nors vykđžiusiems apklausą nebuvo galima dalyvauti pildant klausimus, jie galėjo turėti įtakos bandydami išaiškinti netikslumus, padėdami suprasti klausimus.

Buvo klausimų, kuriuos respondentai sunkiau suprato ir neatsakė į juos ar atsakė neteisingai.

IŠVADOS

1. Per 15 PSP reformos metų Lietuvoje šeimos gydytojo darbo krūvis ir veiklos apimtys kito nevienareikšmiškai: augo šeimos gydytojų darbo valandų skaičius ir per dieną pas jų apsilankančių pacientų skaičius, didėjo konsultacijų telefonu skaičius ir sumažėjo vizitų į namus skaičius, nors prisirašiusių pacientų skaičius ženkliai nekito. Vis daugiau šeimos gydytojų dirbo ne vienoje darbovietėje ir mažiau laiko skyrė profesiniam tobulėjimui. Šeimos gydytojų darbo krūvio ir veiklos apimčių netolygumai sumažėjo atsižvelgiant į jų kvalifikacinę kilmę (persikvalifikavę pediatrai, terapeutai, šeimos gydytojai po rezidentūros), PSPC steigėją (privačiose ar valstybinėse įstaigose dirbantys) ir urbanizaciją (apskritis centre, mieste, miestelyje ar kaime dirbantys).
2. Šeimos gydytojai nevykdo arba vykdo rečiau nei turėtų pagal savo kompetenciją šeimos gydytojo normoje numatytas procedūras, netgi tas, kurios atliekamos kasdieninių profilaktinių tikrinimų metu (prostatos palpacija, ėminiai nuo gimdos kaklelio). Visas procedūras dažniau vykdo privačiose gydymo įstaigose dirbantys gydytojai. Gana retai, šeimos gydytojų taikomas procedūras (išorinio kvėpavimo funkciniai mėginiai, pūlinių chirurginis gydymas, akispūdžio matavimas, svetimkūnio nuo akies šalinimas ir kt.) dažniau atlieka miesteliuose ar kaimuose dirbantys, kai nėra įstaigoje antrinio lygio specialistų, dirbantys kabinete be slaugytojo. Retai šeimos gydytojų praktikoje taikomas procedūras (kraujo grupės nustatymas, tiesiosios žarnos tyrimas pirštu, prostatos palpacija, ėminiai iš šlaplės, makšties, gimdos kaklelio, pūlinių, akipločio tyrimas, akių dugno tyrimas ir kt.) dažniau atlieka šeimos gydytojai po rezidentūros.
3. Šeimos gydytojų nuomonių apie jų darbo organizacinius aspektus kaitos tendencijos per tiriamąjį laikotarpį nesikeitė: daugėjo gydytojų, manančių, kad jų darbe per daug nebūtinių administracinių smulkmenų, kad kai kurie jų atliekami darbai nėra prasmingi, kad jeigu atlyginimas ir darbo sąlygos būtų panašios, jie pereitų dirbti į nemedicininį darbą, tačiau mažėjo manančių, kad PSP būtų efektyvesnė, jei šeimos gydytojas dirbtų kartu su slaugytojais. Šeimos gydytojų pasitenkinimo darbu nuomonių pokyčiai atskirais PSP reformos laikotarpiais skyrėsi: per pirmąjį dešimtmetį gydytojų, teigiančių, kad jų darbas įdomus kaip ir anksčiau, bei patiriančių darbe tikrą džiaugsmą sumažėjo ženkliai daugiau, lyginant su paskutiniuoju penkmečiu, o ženkliai padidėjęs šeimos gydytojų, manančių, kad

dauguma pacientų juos priima kaip asmeninį gydytoją, skaičius išlieka didelis ir po penkiolikos metų. Patiriamas džiaugsmas darbe susijęs su šeimos gydytojo didesniu darbo stažu, ne mieste esančia darbo vieta ir teigiamomis su šeimos gydytojo praktika susijusiomis nuostatomis (darbas įdomus kaip ir anksčiau, dauguma pacientų mane priima kaip asmeninį gydytoją, šiuo metu Lietuvoje sveikatos priežiūra geresnė nei prieš 5 metus). Šeimos gydytojų nuomone jų darbo optimizavimui būtina gerinti darbo sąlygas, didinti pagalbą šeimos gydytojui (daugiau darbo skirti slaugytojoms, didinti slaugytojų skaičių, įtraukti socialinius darbuotojus), didinti pacientų švietimą sveikatos klausimais ir atsakomybę už savo sveikatą, mažinti biurokratizmą, kompiuterizuoti darbą.

4. LNL rizikos veiksniai plačiai paplitę tarp į šeimos gydytojus besikreipiančių pacientų, jų gyvensena nėra sveika. Pacientai, turintys rizikos veiksnių, pripažįsta rečiau prevencijos klausimais bendraujantys su šeimos gydytojais ir savo vaikais, nei asmenys, nenurodę turintys rizikos veiksnių. Šeimos gydytojai nepakankamai aktyviai atlieka prevencinį darbą: tik nedidelei daliai pacientų jie pataria sveikos gyvensenos klausimais ir daugiau informacijos apie LNL prevenciją suteikia pacientams, turintiems rizikos veiksnius, nei jų neturintiems, ne visus pacientus, turinčius dalyvauti valstybės finansuojamose prevencijos programose, informuoja apie nemokamo profilaktinio patikrinimo galimybę.

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

1. Dėl augančio šeimos gydytojų darbo valandų skaičiaus, daugėjant šeimos gydytojų dirbančių ne vienoje darbovietėje, mažėjant profesiniam tobulėjimui skiriamų valandų skaičiui, augant per dieną apsilankančių pas šeimos gydytoją pacientų skaičiui, konsultacijų telefonu skaičiui, kas blogina šeimos gydytojo darbo kokybę, sveikatos politiką formuojančioms institucijoms reikėtų persvarstyti gydytojų darbo apimtį, krūvius ir įkainius
2. Šeimos gydytojo darbo krūviui sumažinti, kokybei pagerinti, bei šeimos gydytojų pasitenkinimui savo darbu padidinti, reiktų:
 - mažinti biurokratizmą, administracinę veiklą. Tam labiausiai padėtų kokybiškų el. sveikatos sistemos programų (elektroninis receptas, elektroninė ambulatorinė kortelė ir t. t.) gamybos ir diegimo skatinimas bei specialistų „nukraunančių“ šeimos gydytoją, skaičiaus didinimas, naujų etatų sukūrimas (pvz., šeimos gydytojo asistento vadybininko ir slaugytojo padėjėjo);
 - leisti laisviau skirti gydymą, peržiūrėti privalomų konsultacijų gydant tam tikras ligas, apribojimų skiriant vaistus reikalingumą, pagrįstumą;
 - skatinti pacientų švietimą, didinti jų atsakomybę už savo sveikatą;
 - kontroliuoti nepagrįstai gydytojus šmeižiančią žiniasklaidą.
3. Pastebėjus retą tam tikrą, šeimos gydytojo normoje numatytą procedūrą, kurios rekomenduojamos profilaktinių LNL ir ūmių ligų rizikai mažinti skirtų tikrinimų metu, atlikimo dažnį, vertėtų detaliau iširti šių procedūrų nevykdymo priežastis ir tokių procedūrų poreikį. Būtų racionalu peržiūrėti šeimos gydytojų pareigybes arba priimti kitus sprendimus (skirti skatinimo priemones) dėl šeimos gydytojų retai vykdomos veiklos, tokios kaip moterų profilaktinės ginekologinės priežiūros, akių dugno apžiūros ar pan., kuri „perduodama“ antrinio lygio specialistams, nors yra šeimos gydytojo normoje.
4. Pagal gautus rezultatus, šeimos gydytojas daugiau dėmesio skiria antrinei nei pirminei profilaktikai, todėl vertėtų daugiau dėmesio skirti šeimos gydytojų skatinimui vykdyti ne tik antrinę ligų profilaktiką, vykdam šiuo metu valstybės finansuojamas programas, bet ir pirminei bendruomeninei profilaktikai, apimančiai visus aptarnaujamus šeimos gydytojo pacientus, siekiant išaiškinti rizikos veiksnių sirgti LNL buvimą ir daryti poveikį šiai rizikai mažinti.

PUBLIKACIJŲ DISERTACIJOS TEMA SĄRAŠAS

1. Liseckienė I., Misevičienė I., Dūdonis M. Organizational and structural changes in the course of the PHC reform in Lithuania from 1994 to 2010. *Health Policy*. 2012 Aug;106(3):276-83. Epub 2012 May 4.
2. Dūdonis M., Misevičienė I., Liseckienė I., Šimatonienė V. Lėtinių neinfekcinių ligų profilaktikos priemonių, taikomų pirminės sveikatos priežiūros įstaigose, prieinamumas Lietuvos gyventojams. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*. Kaunas. *Vitae Litera*. 2012, t. 16, Nr. 5, p. 289–294.

Kitos publikacijos

1. Dūdonis M., Veryga A., Subata E., Valius L. Pirminės sveikatos priežiūros specialistų vaidmuo mažinant alkoholinius gėrimus vartojančių skaičių (metodikos santrauka) = Primary health care specialist in reducing the number of patients consuming alcohol (summary of the methodology). Iš: *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*. Kaunas: *Vitae Litera*. 2010, t. 14, Nr. 7, p. 512–524.

Vadovėlio bendraautoris

1. Reingardienė D. O., Vilčinskaitė J., Adomaitienė V., Pilvinis V., Macas A., Veryga A., Stasiukynienė V., Rutkauskaitė R., Ragažinskienė O., Janėnaitė J., Marchertienė I. A., Unikauskienė I., Šurkus J., Lekšienė R., Jodžiūnienė L., Lažauskas R., Zinkevičiūtė G., **Dūdonis M.** *Psichostimuliatoriai ir haliucinogenai: universiteto vadovėlis*; Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Medicinos akademija. Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universiteto leidykla, 2010. 367 p.: lent., pav.

LITERATŪRA

1. 2008–2013 action plan for global strategy for the prevention and control of NCD 2008, World Health Organization, Geneva. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf
2. Alpert M. A. Obesity cardiomyopathy: pathophysiology and evolution of the clinical syndrome. *Am J Med Sci.* 2001; 321:225-36
3. Ampt A. J., Amoroso C., Harris M. F., McKenzie S. H., Rose V. K., Taggart J. R. Attitudes, norms and controls influencing lifestyle risk factor management in general practice. *BMC Family Practice* 2009, 10:59
4. Andrijauskas K. Tęstinė (nuolatinė) lėtinių neinfekcinių ligų profilaktika kaimo bendruomenėje [daktaro disertacija]. KMU, Kaunas, 2006.
5. Armonaitė R. Lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių kontrolės gerinimo galimybės šeimos gydytojo aptarnaujamoje miesto bendruomenėje [daktaro disertacija]. KMU: Kaunas; 2006.
6. Ashworth M., Armstrong D., Seed P., Durbaba S., Jones R. The relationship between social deprivation and the quality of primary care: a national survey using UK Quality and Outcomes Framework. *Br J Gen Pract*, 2007;57, 441-448.
7. Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report); 2004. Available at: <http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>.
8. Aučiniene R. Pacientų lūkesčių tenkinimas šeimos klinikoje. Magistro diplominis darbas. Kauno medicinos universitetas. Kaunas, 2009.
9. Berkelmans et al. Characteristics of general practice care: What do senior citizens value? A qualitative study. *BMC Geriatrics* 2010, 10:80.
10. Blumenthal D. S. Barriers to the Provision of Smoking Cessation Services Reported by Clinicians in Underserved Communities. *JABFM* 2007, 20:3.
11. Boerma W. G. W. Profiles of general practice in Europe: an international study of variation in the tasks of general practitioners. 2003, University of Maastricht, Utrecht: NIVEL, PhD thesis. Available from: <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/profiles-of-general-practice-in-europe.pdf>
12. Borkienė K., Kalibatas J., Valius L. Pirminės sveikatos priežiūros reforma ir jos modeliai Europoje. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas.* 1997,1: 72 – 4.
13. Bultzingslowen I. V., Eliasson G., Sarvimaki A., Mattsson B., Hjortdahl P. Patients' views on interpersonal continuity in primary care: a sense of security based on four core foundations. *Fam Pract* 2006, 23:210-219.
14. Cockerham W. C. *Medical Sociology* (8th edition). Prentice-Hall Pub: Upper Saddle River, 2001.
15. Currie C., Zanotti C., Morgan A., Currie D., de Looze M., Roberts C., Samdal O., Smith O. R. F., Barnekow V. (Eds): *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2009/2010 Survey.* Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2012. (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6). Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/163789/Key-Findings-English.pdf

16. De Maeseneer J. M., De Prins L., Gosset C., Heyerick J. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *Ann Fam Med*. 2003,1(3): 144.
17. Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo. 2011 m. birželio 8 d. įsakymu Nr. V-591.
18. Diane E., Watson A. K., Robert J., Reid B. B., Noralou R., Peppner P. Family physician workloads and access to care in Winnipeg: 1991 to 2001, *CMAJ*, 2004;17:171-174.
19. Domeikienė A. Paciento integravimas į gydymo procesą – visuomenės problema. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. 2008, XII: 7–8.
20. Dūdonis M., Misevičienė I., Liseckienė I., Šimatonienė V. Lėtinių neinfekcinių ligų profilaktikos priemonių, taikomų pirminės sveikatos priežiūros įstaigose, prieinamumas Lietuvos gyventojams. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. 2012 (16), 5: 289-294.
21. Dūdonis M., Veryga A., Subata E., Valius L. Pirminės sveikatos priežiūros specialistų vaidmuo mažinant alkoholinius gėrimus vartojančių skaičių (metodikos santrauka). Primary health care specialist in reducing the number of patients consuming alcohol (summary of the methodology) Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas, 2010, 14(7): 512-524.
22. Eičaitė J. Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumo netolygumai ir pacientų pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugomis Tauragės rajone. Magistro tezės. Kaunas, 2006.
23. Emanuel E. J., Emanuel L. L. Four models of the physician patient relationship. *Journal of the American Medical Association* 1992, 267(16): 2221-6.
24. Epstein R. M., Franks P., Shields C. G. e.t al. Patient-Centered Communication and Diagnostic Testing. *Annals of family medicine* 2005, 3(5).
25. European Health Report 2005, WHO/EURO, Copenhagen, 2005. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/82435/E87325.pdf
26. Filipavičiūtė R., Gaigalienė B., Čeremnych J. Ilgaamžių žmonių sergamumas lėtinėmis ligomis. *Gerontologija* 2010; 11(1): 14–20.
27. Frederiksen H. B., Kragstrup J., Dehlholm-Lambertsen G. It's all about recognition! Qualitative study of the value of interpersonal continuity in general practice. *BMC Family Practice* 2009,10:47.
28. Garcia-Pena C., Reyes-Frausto S. et al. Family physician job satisfaction in different medical care organization models. *Family Practise*. 2000,17(4):309-313.
29. Gemmell I., Campbell S., Hann M., Sibbald B. Assessing workload in general practice in England before and after the introduction of the pay-for-performance contract. *Journal of Advanced Nursing* 2009;65(March (3)):509–15.
30. Gielen S., Hambrecht R. The childhood Obesity Epidemic. Impact on Endothelial Function. *Circulation* 2004;109:1911-13.
31. Gilchrist V., McCord G., Schrop S. L., King B. D., McCormick K. F., Oprandi A. M. et al. Physician activities during time out of the examination room. *Ann Fam Med* 2005;3:494-9.
32. Glowinska B., Urban M., Hryniewicz A. Endothelin-1 plasma concentration in children and adolescents with risk factors. *Polish Heart Journal* 2004;61:1-5.

33. Goldstein M., Evelyn P. Whitlock, M. D., Judith D., Multiple Behavioral Risk Factor Interventions in Primary Care. Summary of Research Evidence. *American Journal of Preventive Medicine* 2004;27(2):61–79.
34. Gottschalk A., Flocke S. A. Time spent in face-to-face patient care and work outside the examination room. *Ann Fam Med* 2005;3:488-93.
35. Grabauskas V., Klumbienė J., Petkevičienė J., Petrauskienė A. Risk factors for noncommunicable diseases in Lithuanian rural population: CINDI survey 2007. *Medicina*, 2008, 44(8).
36. Grabauskas V., Klumbienė J., Petkevičienė J., Šakytė E., Kriaučionienė V., Veryga A., Prättälä R. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos tyrimas, 2010.
37. Grabauskas V., Klumbienė J., Petkevičienė J., Šakytė E., Kriaučionienė V., Veryga A., Prättälä R. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos tyrimas, 2008.
38. Grabauskas V., Peičius E., Kaminskas R. Pacientų vaidmuo priimant sveikatos priežiūros sprendimus. *Medicina* 2004;40(11).
39. Grabauskas V. Lėtinės neinfekcinės ligos sveikatos politikos kontekste: Lietuvos patirtis. Sveikatos Forumo metinė konferencija „Sveikatą 2020 metams kuriame šiandien“ 2012, Vilnius
40. Grandes G., Sanchez A., Cortada J. M., Balaque L. Is integration of healthy lifestyle promotion into primary care feasible? Discussions and consensus sessions between clinicians and researchers. *BMC Health Services Research*.
41. Grigė J., Simanauskas K., Kasiulevičius V. Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Šeimos medicinos centro gydytojų gebėjimas įgyvendinti pacientų lūkesčius. *Gerontologija*, 2011,12(1):41–48.
42. Gurevičius R., Jaselionienė J. Lietuvos gyventojų sveikatos rodikliai ir senstančios visuomenės įtaka jų raidai. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2012:5-15.
43. Haq C., Ventres W., Hunt V., Mull D., Thompson R., Rivo M. and Johnson P. Family practice development around the world. *Family Practice* 1999.
44. Health 2020: policy framework and strategy, 2012. Available from: http://issuu.com/who-europe/docs/health2020_policyframework_strategy?mode=window&backgroundcolor=%23222222
45. Health Policy for Children and Adolescents, Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe 2008.
46. Inequalities in Young People's Health. HBSC International Report from the 2005/2006 Survey. Available from: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/2008/inequalities-in-young-peoples-health.-hbsc-international-report-from-the-20052006-survey>.
47. Jankauskienė D. Šeimos gydytojo vaidmens pirminėje sveikatos priežiūroje palyginimas 1999 ir 2006 m. *Medicinos teorija ir praktika*. 2007,13:2.
48. Jankauskienė D. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo pacientų požiūriu palyginimas Lietuvoje ir kai kuriose Europos šalyse. Sveikatos politika ir valdymas. Vilnius-2012.
49. Jordan C. O., Slater M., Kottke T. E. Preventing chronic disease risk factors: rationale and feasibility. *Medicina (Kaunas)* 2008, 44:10.
50. Jurgutis A. Lėtinių neinfekcinių ligų valdymas pirminėje sveikatos priežiūroje. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2008.
51. Kairys J., Žebienė E., Zokas I. Gydytojų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugas Lietuvoje. *Sveikatos mokslai*, 2005:1.

52. Kalan G. Z□., Šter M. P., Kersnik J. Determinants of family physicians' workload. *Zdravniški Vestnik*. 2012,81;6:461-469.
53. Kalėdienė R., Dučinskienė D., Petrauskienė J., Vladičkienė J. Medicinos darbuotojų žinios apie pacientų teises ir jų užtikrinimą sveikatos priežiūros įstaigose. *Visuomenės sveikata*. 2004; 2:60-3.
54. Kalėdienė R. Lietuvos gyventojų sveikatos raida. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2010, 1(2): 15–33.
55. Kaminskas R., Peičius E. Gydytojo–paciento santykių sociologiniai ir etiniai aspektai. *Filosofija. Sociologija*. 2005;4:62–9.
56. Kanapeckienė V. Antrinės profilaktikos programų įgyvendinimas gyventojų ir gydytojų požiūriu. Prieiga per internetą: <http://www.hi.lt/news/530.html>.
57. Kaplan P. C., Perez-Stable E. J., Fuentes-Afflick E. Smoking cessation counseling with young patients. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158:83-90.
58. Kasiulevičius V. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros finansavimas. Prieiga per internetą: http://www.medpraktika.lt/medicinine_teise/text/4/Pirmines-ambulatorines-asmens-sveikatos-prieziuros-finansavimas
59. Keliuskaitė S., Stankūnas M., Sauliūnė S. Kauno miesto gyventojų nuomonės apie pasitenkinimą pirminės sveikatos priežiūros paslaugomis įvertinimas. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*, 2012,16; 3.
60. Kotseva K., Wood D., De Backer G., De Bacquer D., Pyörälä K., Keil U EUROASPIRE III: a survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2009,16(2):121-37.
61. Krančiukaitė-Butylkinienė D., Peldžiūtė D., Rastenytė D. Paslaugų prieinamumo vertinimas pirminės sveikatos priežiūros įstaigose. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*. 2010, XIV: 1.
62. Kriaucionienė V., Petkevičienė J., Klumbienė J. Lietuvos gyventojų mitybos įpročių ir gyvensenos veiksnių sąsajos. *Medicina*, 2009;45(7).
63. Kulik J., Balčiauskaitė D. Pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra ir jos perspektyvos. *Sveikatos drauda*. 2005,1. Prieiga per internetą: http://archive.lt.com/page/132669/2012-07-16/http://sena.sam.lt/lt/main/tarptautinis_bendrad/es_sveikatos_politik/tarptautiniai_projek
64. Labanauskas L., Justickis V., Sivakovaitė A. Gynybinės medicinos reiškinių paplitimas Lietuvoje. *Sveikatos politika ir valdymas*, 2011, 1(3):158-169.
65. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“. 2005 m. gruodžio 5 d. Nr. V-943.
66. Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimas 2005 m. gruodžio 22 d.
67. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl MN 14: 1999 „Bendrosios praktikos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė patvirtinimo“.1999 m. gruodžio 16 d. Nr. 553.
68. Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos nutarimas „Dėl Lietuvos Nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“, 1991 m. spalio 30 d. Nr. I-1939.
69. Lietuvos Respublikos Seimo „Dėl Lietuvos sveikatos programos 1997–2010“ nutarimas 1998-07-02 Nr. VIII-833.

70. Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo.“ 2011 m. birželio 7 d. Nr. XI-1430.
71. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas „Dėl asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių programos patvirtinimo“ 2006 m. balandžio 27 d. Nr. V-334.
72. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas „Dėl atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo“ 2005 m. rugsėjo 23 d. Nr. V-729.
73. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Seimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. 2005 m. gruodžio 22 d. Nr. V-1013.
74. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl bendrosios praktikos gydytojų rengimo pertraukiamoje rezidentūroje 1996–2009 m. organizavimo“, 1996 m. lapkričio 27 d. Nr. 615.
75. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių finansavimo programos patvirtinimo“. 2004 m. birželio 30 d. V-482.
76. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos“ 2005 m. gruodžio 14 d. Nr. V-973.
77. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“ 2009 m. birželio 23 d. Nr. V-508.
78. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“. 2003 m. kovo 18 d. Nr. 335.
79. Lietuvos statistikos departamentas. Prieiga per internetą: www.stat.gov.lt
80. Lietuvos žemėlapis. Prieiga per internetą: <http://goo.gl/maps/F158H>
81. Lionis C., Stoffers, Hummer-Pradier Grifins E., Rotar-Pavlik D., Rethans J. J. Setting priorities and identifying barriers for general practice research in Europe. *Fam Pract.* 2004; 587-593.
82. Liseckienė I., Misevičienė I., Dūdonis M. Organizational and structural changes in the course of the PHC reform in Lithuania from 1994 to 2010. *Health Policy.* 2012, 106(3):276-83.
83. Liseckienė I. Sergamumo keliomis ligomis aktualumas pirminėje sveikatos. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas, 2012:16-2.
84. Liseckienė I. Family practise in Lithuania during ten years of primary health care reform: task profiles, job satisfaction and patient's attitudes. Doctoral Dissertation, Biomedical Sciences, Public Health (10 B), Kaunas University of medicine, Kaunas 2009.
85. Ljubljana Charter on reforming health care in Europe. Copenhagen:WHO Regional Office for Europe; 1996.
86. Marcinkevičiūtė V. Pacientų poreikių pirminėje sveikatos priežiūroje tenkinimas gydytojų ir pacientų požiūriu. Magistro diplominis darbas. Kauno medicinos universitetas. Kaunas, 2006.
87. McLean G., Guthrie B., Sutton M. A. Differences in the quality of primary medical care services by remoteness from urban settlements. *Qual Saf Health Care* 2007;16(6), 446-9.

88. McWhinney J. R. A Textbook of Family Medicine. - New York: Oxford University Press, 1997; 2 - 27.
89. Meidutė G. Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programos įgyvendinimo galimybės sveikatos priežiūros įstaigose gydytojų požiūriu. Magistro diplominis darbas. Kauno medicinos universitetas. Kaunas, 2006.
90. Nacionalinės sveikatos Tarybos pranešimas Seime. 1999 m.
91. Nicholas P. Who has time for family medicine? *Can Fam Physician*, 2008, 54(1):14 – 16.
92. Noncommunicable Diseases Country Profiles, 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502283_eng.pdf
93. Noncommunicable diseases: a major health challenge of the 21st century. World health statistics 2012. Available from: http://www.medindia.net/health_statistics/international/ncds-mhc-twentyfirst-century.asp
94. Obcarskienė R., Kazakova V., Marcikonytė R. Valstybino audito ataskaita. Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla? 2013. Prieiga per internetą: <http://www.vkontrole.lt/failas.aspx?id=2831>
95. Oleszczyk et al Family medicine in post-communist Europe needs a boost. Exploring the position of family medicine in healthcare systems of Central and Eastern Europe and Russia. *BMC Family Practice* 2012, 13:15.
96. Ovhed I. Primary care as an arena for primary, secondary and tertiary cardiovascular disease prevention. Lund university. Malmo, 1998. Available from: <http://www.ltlekinge.se/download/18.588b0a5513a52b75634524/WP5+Report+11+Incorporating+PHC+into+regional+development+plans+Imprim.pdf>
97. Pandhi N., Saultz J. W. Patients' perceptions of interpersonal continuity of care. *J Am Board Fam Med* 2006, 19:390-397.
98. Peičius E. Lietuvos gyventojų dalyvavimo galimybės priimant sveikatos priežiūros sprendimus: daktaro disertacija. Kaunas: KMU; 2005.
99. Petrauskienė J., Stirbienė J.. Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas ir pacientų pasitenkinimas šeimos gydytojo paslaugomis. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas* 2004;8(1):17-21.
100. Plieskis M., Gaižauskienė A., Garbuvienė M. Primary health care development in 2002–2006 in Lithuania: will we achieve the objective set? *Medicina (Kaunas)* 2008;44:472–81.
101. Primary care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. Geneva, World Health Organization, 1978. Available from: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
102. Primary health care: a framework for future strategic directions, 2003. Available from: http://library.cphs.chula.ac.th/Ebooks/HSR/Primary%20health%20care_a%20framework%20for%20future%20strategies%20directions.pdf
103. Projektas „Pagalba metantiems rūkyti. Prieiga per internetą: <http://www.jaunimo-centras.lt/index.php?m=102>.
104. Raila G. Bendrosios praktikos gydytojo veiklos apimtis ir ją įtakojantys veiksniai [The workscope of general practice doctors and the influencing factors][daktaro disertacija]. Kaunas; 2002.
105. Rosén P., Anell A., Hjortsberg C.: Patient views on choice and participation in primary health care. *Health Policy* 2001, 5(2):121-128.
106. Roberts M. J., Hsiao W., Berman P., Reich M. R. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. Oxford University Press; 2004. p. 21–39 <http://www.oup.org>.

107. Saultz J. W., Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Annals of Family Medicine*, 2005, 3(1):59–166.
108. Sharaf E., Madan N., Sharaf A., Physician Job Satisfaction in Primary Care. *Bahrain Medical Bulletin*, 2008, 30(2).
109. Stankūnas M., Lovkyte L., Padaiga Z. The survey of Lithuanian physicians and medical residents regarding possible emigration to the European Union. *Medicina (Kaunas)* 2004;40:1.
110. Štaras K., Vedlūga T. Atvejo vadybininko modelio analizė sveikatos sistemos kontekste. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2012, 4 (1).
111. Starkienė L., Strička M., Padaiga Ž. Sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių planavimo duomenų rinkimo aktualijos ir praktiniai pavyzdžiai. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2011, 1 (3):37-49.
112. Starkuvienė S., Liaugaudaitė V. Moterų nuomonė apie gimdos kaklelio vėžio profilaktikos programą ir dalyvavimą joje bei šeimos gydytojo vaidmenį vykdančią ją. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*, 2010 (XIV): 2.
113. Stasiulienė G. Pacientų vaidmuo sveikatos priežiūroje: magistro diplominis darbas. Kaunas: Kauno medicinos universitetas; 2006.
114. Steinhäuser J., Joos S., Szecsenyi J., Miksch A. A comparison of the workload of rural and urban primary care physicians in Germany: analysis of a questionnaire survey. *BMC Family Practice* 2011,12:112.
115. Stewart M. A. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995, 152(9): 1423–1433.
116. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *British Medical Journal* 2001;322 (7284):444-5.
117. Stott N. Ch., Davis R. H. The exceptional potential in each primary care consultation. *J R Coll Gen Pract*,1979:29(20):1–5.
118. Sveikatos stiprinimo ir ligų profilaktikos mokymo knyga. Šeimos medicinos dėstytojams, 2008. Prieiga per internetą: www.gapproject.klrwp.pl/final/lt/program_lt.pdf
119. Szasz T. S., Hollender MH. The basic models of the doctor patient relationship. *Archives of Internal Medicine* 1956;97:585-92.
120. The World Health Report 2008. Primary Health Care – Now More Than Ever. Available from: www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf
121. Valius L. Pirminė sveikatos priežiūra ir šeimos medicina. Šeimos medicinos pagrindai. Kaunas, Vitae Litera, 2003, p. 8–16.
122. Valius L. The problems related to efficiency in primary health care. The annual report of National Health Council 2006. Vilnius; 2007.
123. Veatch R. M. Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age. *The Hastings Center Report*, 1972;2(3): 5-7
124. Weaver S. P., Mills T. L., Passmore C., Job Satisfaction of Family Practice Residents *Fam Med* 2001;33(9):678-82.
125. Whalley D., Bojke C., Gravelle H., Sibbald B. GP job satisfaction in view of contract reform: a national survey. *Br J Gen Pract*. 2006 February 1; 56(523): 87–92.
126. Whinney J. R. *A Textbook of Family Medicine*. - New York: Oxford University Press, 1997, 2: 2
127. Whitlock E. P., Orleans C. T., Pender N., Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *Am J Prev Med* 2002;22:267–84.

128. WHO Regional Office for Europe. Protocol and Guidelines. Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention (CINDI) Programme. Copenhagen; 1996.
129. WHO: global strategy on diet, physical activity and health. Fifty-seventh Health Assembly, WHA 57.17, 22 May 2004. Available from: URL: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/goals/en>
130. WHO. European Ministerial Conference on Health Systems: Health Systems, Health and Wealth. Tallinn, Estonia; 2008. Available at: <http://www.euro.who.int/healthsystems>
131. Windridge K., Tarrant C., Freeman G. K., Baker R., Boulton M., Low J. Problems with a 'target' approach to access in primary care: a qualitative study. *Brit J Gen Pract* 2004, 54:364-366;
132. World Health Report, Reducing risk – promoting healthy life, 2002, WHO, Geneva, 2003. Available from: <http://www.who.int/whr/2002/en>
133. Žėbienė E., Kairys J., Zokas I. Medicininės konsultacijos pirminėje sveikatos priežiūroje: rezultatų vertinimas paciento ir gydytojo požiūriu. *Sveikatos mokslai*, 2003, 4:43-47.
134. Žėbienė E., Kairys J., Zokas I. Paciento medicininės konsultacijos lūkesčių priklausomumas nuo socialinių bei demografinių paciento charakteristikų. *Medicina*, 2004; 40(5).
135. Zielinski A., Håkansson A., Jurgutis A., Ovhed I. and Halling A. Differences in referral rates to specialised health care from four primary health care models in Klaipėda, Lithuania *BMC Family Practice* 2008, 9:6.

PRIEDAI

1 priedas

□

Gerb. kolego, Gerb. kolega,

rašome Jums, prašydami bendradarbiauti tiriant (vairių Europos šalių bendros praktikos gyvytųjų veiklų ir jų teikiamas paslaugas.

Pastaruoju metu daugelyje šalių pirminei sveikatos priežiūrai skiriama daug dėmesio, tačiau šiuose šalyse pirmine sveikatos priežiūra skirtingai suprantama, negi bendros praktikos gyvytųjų vaidmuo (vairiose vietose yra skirtingas). Šio detalaus tyrimo tikslas - nustatyti šių skirtumų mastą.

Stebint šio tikslo, virš dešimties tūkstančių bendros praktikos gyvytųjų tradiciniuose šalių priemonių užpildyti klausimynai ir rašyti savo veiklos dienoraščius. Klausimyną paruošė Olandijos Nepriklausomas sveikatos apsaugos tyrimo fondas (NIVEL), glaudžiai bendradarbiaujamas su dalyvaujančių tyrimo šalių įstaigomis bei atskiras asmenimis, ir vėliau išvertė (dvišaliu būdu) į anglų kalbą. NIVEL taip pat yra šio projekto koordinatorių. Bendros praktikos gyvytųjų atliekama pirmine sveikatos priežiūra yra Pasaulinės Sveikatos Organizacijos (PSO) dėmesio centre, todėl ir PSO Europos Regioninis biuras palaiko šį tyrimą.

Šio darbo sėkmė labai priklauso nuo Jūsų bendradarbiavimo. Iš anksto Jums dėkojame.

Prašau užpildyti (dėtas formas ir atsiųsti šiuo adresu:

Dr. I. Misavičienė
Biomedicininę tyrimų institutą,
Kauno medicinos akademija
Eivenių 4,
3007 Kaunas

1. DUOMENYS APIE ASMENĮ IR DARBA

1.1 Kuriais metais Jūs gimėte? Gimimo metai: 19 _____

1.2 Jūsų lytis: vyras
 moteris

1.3 Ar Jūs dirbate dėvėžiai ar esate etatines darbuotojas? Jei dirbate daugiau, nei vienoje pareigoje, paaiškinkite, kuriose iš jų tos, kurios prekiaujate daugiausiai laiko, kitos yra antrinės (t. y. dar kitas galimas pareigas galima neatsižvelgti).

mano pagrindinės pareigos yra: etatinės pareigos
 privati praktika pagal sutartį su sveikatos ar draudimo tarnybonis
 privati praktika be sutarties

mano antrinės pareigos yra: nedirbu apmokamo antrinio darbo
 etatinės pareigos
 privati praktika pagal sutartį su sveikatos ar draudimo tarnybonis
 privatus darbas be sutarties

1.4 Kiek valandų per savaitę Jūs paprastai praleidžiate darbe (nuolatino darbo, skubos pagalbos ar iškvietimų ir budėjimo namie valandų vidurkiškai)?

darbo valandas nuolatino darbo _____ val. sav.
praleidžiate pareigose: skubos pagalbos ir budėjimo namuose _____ val. sav.

darbo valandas nuolatino darbo _____ val. sav.
antrinėse pareigose: skubos pagalbos ir budėjimo namuose _____ val. sav.

1.5 Kiek valandų vidurkiškai per mėnesį skaitote kvalifikacijos kėlimui (profesinės literatūros skaitymų, pastbulavimo kursams, moksliniam darbui ir t. t.)?

kvalifikacijos kėlimui skaitote _____ val. per mėnesį

1.6 Kiek gyvenusių gyvena Jūsų gyvenamojoje vietovėje (idėmiestyje, mieste ar kaime), kuriame yra Jūsų aptarnaujama apylinkė?

gyvenusių skaičius yra _____ (apylinkai)

1.7 Jūsų pagrindinė aptarnaujama apylinkė yra:

mieste (viename iš didžiųjų respublikos miestų);
 mieste (rajonio centre);
 priemiestyje, užmiestyje;
 ir mieste, ir kaime;
 kaime

UIT

1.8 Ar Jūs, bejeose studijas, tobulinotės pagal tam tikrą programą, kad taptumėte šeimoms ar bendros praktikos gydytojui (BPG)?

- šalyje nėra tokio tobulinimo
- ne, nesitobulinau
- taip, tobulinimą baigiau 19 _____ m. ir jis truko _____ metų (rašykite)
- taip, šiuo metu tobulinuosi

1.9 Kada pradėjote dirbti gydytoju ir kada BPG (ne studijuojant)?

- pradėjau dirbti gydytoju 19 _____ m.
- pradėjau dirbti BPG 19 _____ m.

1.10 Koks yra atstumas nuo Jūsų pagrindinės darbovietės iki kito artimiausio BPG (ne Jūsų partnerio), iki artimiausios konsultacinės poliklinikos ir iki artimiausios bendro profilio ligoninės ar universitetinių (akademinių) klinikų (išskyrus psichiatrinę, reabilitacinę ir kt.)?

| Atstumas iki: | tam pačiam mažiau nei 5 km | 5-10 km | daugiau kaip 10 km |
|--|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - artimiausia BPG (ne partnerystėje) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - artimiausia konsultacinė poliklinika (ligoninės dalis ar savarankiška) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - artimiausia bendro profilio ar universitetinė ligoninė | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1.11 Ar Jūs dirbate vienas, ar dalinatės patalpomis su vienu ar daugiau BPG ir/ar kitais medicinos specialistais: (tik vienas atsakymas)

- dirbu vienas
- su kitais BPG bendrose patalpose, su _____ BPG (rašykite kelias)
- su BPG ir specialistais bendrose patalpose, jų bendras skaičius yra _____ (rašykite skaičių)

1.12 Kiek Jūsų aptarnaujamose apylinkėse gyventojų (apylinkė?) Tai galėtų būti skaičius Jūsų oficialiame apylinkės gyventojų sąraše. Jei nėra tokio sąrašo, (rašykite apytikriai) Jums priklausančių gyventojų skaičių. Jeigu aptarnaujate ne tik sąrašam įtrauktus gyventojus, užpildykite abu atsakymo variantus. (Jeigu apylinkę aptarnaujate ne vienas, (rašykite apytikriai) Jums priskirtų gyventojų skaičių)

- gyventojų skaičius sąraše: _____
- gyventojų skaičius ne sąraše: _____

1.13 (rašykite apytikriai skaičių ligonių, kuriuos Jūs priimate kabinete, apieškote namie arba apšūrite stacionare:

- priimate kabinete per dieną _____ ligonių
- apieškote namuose per savaitę _____ ligonių
- apieškote (apšūrite) stacionare per savaitę _____ ligonių

1.14 Kiek vidutiniškai kartų per dieną Jūs telefonu konsultuojate ligonius ar duodate jiems patarimus?

- telefoninių konsultacijų (patarimų per dieną _____ (rašykite skaičių)

1.15 Koks dalis Jūsų pacientų užsiregistruoja iš anksto (pvz., telefonu)?

- nėra išankstinio užsiregistruojimo;
- mažiau kaip pusė nedidelių ligonių užsiregistruoja iš anksto;
- daugiau kaip pusė nedidelių ligonių užsiregistruoja iš anksto;
- beveik visi nedideli ligoniai užsiregistruoja iš anksto.

1.16 Kiek paprastai laiko skiriama iš anksto užsiregistruojantiems ligoniams? (realus laikas ligonio priėmimui gali būti ilgiausis ar trumpesnis):

- nėra išankstinės registracijos
- paprastai _____ min. vienam pacientui
- (viršiai) priklausomai nuo paciento nusiskundimų, draudimo bėdo ir kt.)

1.17 Kiek laiko paprastai nedideliems ligoniams turi laukti nuo užsiregistruojimo iki priėmimo?

- nėra išankstinio užsiregistruojimo;
- ligonis priimamas paprastai tą pačią dieną;
- paprastai kita dieną;
- paprastai turi laukti nuo 2 iki 6 dienų;
- paprastai turi laukti nuo 1 iki 2 savaičių;
- paprastai turi laukti ilgiau negu 2 savaites.

1.18 Pažymkite, kaip Jūsų apylinkės gyventojai žemiau išvardintose kategorijose skiriasi nuo Respublikos vidurkių:

| | mažiau vidurkiu | artinka vidurkiu | daugiau vidurkiu | nežinau |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - vaikų iki 6 m. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - senų žmonių (virš 70 m.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - socialiai apalėtų žmonių | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - imigrantų | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1.19 Ar Jums (vienam ar kartu su kolegomis) padeda žemiau išvardintas personalas

- registruotoji, med. sekretorė, padėjėja ne medike taip ne
- medicinos sesuo taip ne
- laborantė ("taip", jei galite naudotis bendroje poliklinikoje laboratorijoje dirbančių laborantų paslaugomis) taip ne

1.20 Ar dažnai Jūs susitikinate ar diskutuojate su šiais specialistais?

| | retai ar niekada | rečiau negu 3 kartus metuose | kas 1-3 mėn. | dažniau negu kartą per mėn. | netin-ka Klausimas |
|---|--------------------------|------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| - kitais bendros praktikos gydytojais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - poliklinikos gydytojais specialistais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - stacionaro gydytojais specialistais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - farmacininkais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - apylinkės med. seserimis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - kabinėtinėmis med. seserimis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - socialiniais darbuotojais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1.21. Kas atsakingas už skubią pagalbą, kai Jūs nedirbate?

- nėra specialios skubios pagalbos tarnybos
- Jūs pats beveik visada būdite
- grupė bendros praktikos gydytojų pakaitomis (Jūs vienas iš jų)
- grupė bendros praktikos gydytojų pakaitomis (Jūs pasitais vienas iš jų)
- vienas ar daugiau gydytojų (ne bendros praktikos); Jums išlieka visa atsakomybė (bet Jūs nesate vienas iš jų, pvz., laikinai pavaduojantis)
- Jūs neatsakingas už skubią pagalbą (ji atskirai organizuota)
- skubi pagalba kitaip sutvarkyta (kitokia sistema).

1.22 Prašoma pažymėti kokias aparatus naudojate Jūs ar Jūsų personalas: ("taip", jei galite naudotės bendra poliklinikoje esančia aparatūra)

- | | | |
|-----------------------|---|---|
| laboratoriniai | <input type="checkbox"/> hemoglobiometras | <input type="checkbox"/> bet koks gliukozės kraujyje patikrinimo aparatas |
| | <input type="checkbox"/> bet koks cholesterolio kiekio matuoklis | <input type="checkbox"/> kraujo ląstelių skaitliukas |
| vizualiniai | <input type="checkbox"/> oftalmoskopas | <input type="checkbox"/> otoskopas |
| | <input type="checkbox"/> gastroskopas | <input type="checkbox"/> rektoromanoskopas |
| | <input type="checkbox"/> ultragarsinis aparatas pilvo ar vaisiaus tyrimui | <input type="checkbox"/> mikroskopas |
| funkciniai | <input type="checkbox"/> audiometras | <input type="checkbox"/> velergiometras |
| | <input type="checkbox"/> pneumotachometras | <input type="checkbox"/> akių tonometras |
| | <input type="checkbox"/> elektrokardiografas | <input type="checkbox"/> spirografas |
| | <input type="checkbox"/> kraujospūdis matavimo aparatas | |
| kiti | <input type="checkbox"/> kateteris šlapimui | <input type="checkbox"/> koagulometras |
| | <input type="checkbox"/> kompleksas žaizdų slėviui | <input type="checkbox"/> defibriliatorius |
| | <input type="checkbox"/> vienkartiniai švirkštai | <input type="checkbox"/> chirurgijos kompleksas |

4

UT

1.23 Ar Jūs galite tiesiogiai naudotis laboratorija ir rentigenu (ne Jūs pats) ir gauti greitą atsakymą (per 48 val.)?

| | laboratorija - rentigenas | tiesiogiai prieinama | tiesiogiai nepraeinama | netinka Klausimas |
|--|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1.24 Ar Jūs nuolatūs darote įrašus ligonio kortelėje (ligos istorijoje)?

- Ne
- Taip, tik reguliariai besilankantiems ligoniams
- Taip, beveik visiems ligoniams

1.25 Jūsų turite savo šiniuje kompiuterį, kuriuo tikslu jį naudojate savo darbe? (galimas ne vienas atsakymas).

- netinka klausimas (nėra kompiuterio);
- valdymui, sąskaitoms;
- registravimui;
- vaistų paskyrimui užrašyti;
- ligonių kortelių įrašams;
- moksliniam tyrimui, kontrolei;
- kitais tikslais.

5

UT

2. MEDICININIŲ PROCEDŪRŲ NAUDOJIMAS

Ar dažnai Jūs, Jūsų personalas ar kiti medicinos specialistai medicinos praktikoje atlieka Jūsų pacientams žemiau išvardintas procedūras (Jūsų pacientai reikš: Žmonės, kurie paprastai atvyksta pas Jus pirminės medicinos pagalbos). Pvz., jeigu Jūsų nago rezekcija beveik visada atliekate Jūs, atžymėkite atitinkamame langelyje. Jeigu medicinos specialistai taip pat atlieka šią paslaugą Jūsų pacientams, atitinkamame langelyje atžymėkite apie vieną ar du specialistus.

| Intervencijos | Procedūros, kurias atlieka pats arba mano personalas beveik dažnai kartais retai ar niekad | Kokius specialistus taip pat atlieka ši procedūra (parašykite 1 arba 2) |
|---|--|---|
| 2.1 Įaugusio nago rezekcija | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 Lipomos pašalinimas plaukuotoje galvos dalyje | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.3 Žaizdos susiuvimas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.4 Kirpų ekscizija | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.5 Intrauterininis spiralinis įvedimas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.6 Rūdžių dėmės pašalinimas nuo regenos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.7 Akių dugno tyrimas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.8 Sanaario punkcija | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.9 Žandikaulio sinuso punkcija | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.10 Ausies būgnelio pūvis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.11 Gipso uždėjimas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.12 Kulkinės sutvarstymas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.13 Karpų krioterapija | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.14 Intraveninė infuzija | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6

UT

3. PIRMASIS KREIPIMASIS SUTRIKUS SVEIKATAI

Ar dažnai Jūsų apylinkės gyventojai kreipiasi į Jus kaip į gydytoją pirmą kartą atsiradus žemiau išvardintiems sveikatos sutrikimams? (neatsižvelgiant administracinių reikalų). Kalbama tikrai apie pirmąjį kontaktą, ne apie galimą pakartotiną dėl diagnozės patikrinimo ar gydymo. Jeigu Jūsų apylinkės gyventojai pirmą kartą kreipiasi į Jūsų medicinos specialistus, pažymėkite atitinkamą langelį, ir parašykite vieną ar du atitinkamus specialistus.

| Sveikatos sutrikimai | Dėl jų (mane kreipiasi pirmą kartą: beveik visada | retai kartais | niekada | Į kokius specialistus taip pat kreipiasi pirmą kartą (rašykite 1 ar 2 iš jų) |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--|
| 3.1 Išbertas vaikas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2 Smarkiai kosintis vaikas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.3 7 m. vaikas sergantis enureze | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.4 8 m. vaikas su klausos sutrikimu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.5 18m. moteris, prašanti peroralinių kontraceptikų | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.6 20 m. moteris dėl neštumo nustatymo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.7 35m. moteris dėl nereguliarių mėnesinių | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.8 24m. vyras dėl skrandžio skausmų | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.9 45m. vyras dėl skausmų krūtineje | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.10 50m. vyras nusidėgęs ranką | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.11 50m. vyras dėl ūmaus dantų skausmo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.12 50m. moteris dėl sukietėjimo krūtyje | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.13 60m. moteris dėl blogėjančio regėjimo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7

UT

Sveikatos sutrikimai

| Dėl jų mane kreipiasi pirmą kartą: beveik visada | Dėl jų mane kreipiasi pirmą kartą: paprastai | | Dėl jų mane kreipiasi pirmą kartą: retai niekada | | Kokius specialistus taip pat kreipiasi pirmą kartą (rašykite 1 ar 2 iš jų) |
|--|--|---|--|---|--|
| | □ | □ | □ | □ | |
| 3.14 60m. moteris dėl gausaus šlapinimosi | □ | □ | □ | □ | / / |
| 3.15 60m. moteris su ūmaus paralyžiaus/parezo simptomais | □ | □ | □ | □ | / / |
| 3.16 70m. vyras dėl sąnarių skausmo | □ | □ | □ | □ | / / |
| 3.17 75m. moteris dėl nedidelių atminties sutrikimų | □ | □ | □ | □ | / / |
| 3.18 35m. vyras dėl patempto čiurnos sąnario | □ | □ | □ | □ | / / |
| 3.19 28m. vyras dėl skausmo juosmenyje | □ | □ | □ | □ | / / |
| 3.20 28m. vyras dėl pirmo traukulio priepuolio | □ | □ | □ | □ | / / |
| 3.21 45m. vyras dėl nerimo | □ | □ | □ | □ | / / |
| 3.22 13 m. mušamas vaikas | □ | □ | □ | □ | / / |
| 3.23 Sutrinkimai dėl bendravimo problemų | □ | □ | □ | □ | / / |
| 3.24 Vyras su suicidiniiais polinkiais | □ | □ | □ | □ | / / |
| 3.25 50m. moteris dėl su darbu susijusių psichosocialinių problemų | □ | □ | □ | □ | / / |
| 3.26 32m. vyras dėl seksualinių problemų | □ | □ | □ | □ | / / |
| 3.27 52m. vyras dėl alkoholizmo | □ | □ | □ | □ | / / |

4. PROFILAKTINĖ MEDICINA IR KITA VEIKLA

4.1 Kokiais atvejais Jūs ar Jūsų personalas mato/uoja kraujodarą? (galimi keli atsakymai)

- esant atitinkamai klinicinei būklei ar ligoniui prėšant
- visiems suaugusiems apsilankiusiems kabinetė (inspekciuosomai nuo atėjimo prėšasites)
- suaugusiems, pakvėsiusiems šiuo tikslu.

4.2 Kokiais atvejais Jūs ar Jūsų personalas nusartote clobolsterino kiekį kraujyje? (galimi keli atsakymai)

- esant atitinkamai klinicinei būklei ar ligoniui prėšant
- visiems suaugusiems apsilankiusiems kabinetė (inspekciuosomai nuo atėjimo prėšasites)
- suaugusiems, pakvėsiusiems tuo tikslu
- cholesterolio kiekis nenustatinejamas

4.3 Kokiais atvejais Jūs ar Jūsų personalas daro cervikalinį (epinėli) dūl vėžio? (galimi keli atsakymai).

- esant atitinkamai klinicinei būklei ar ligoniui prėšant
- visoms apsilankiusioms kabinetė moterims su padidinta rizika
- moterims, pakvėsiusioms tuo tikslu
- toks profilaktinis tyrimas neatsiekamas

4.4 Kokiais atvejais Jūs ar Jūsų personalas profilaktiškai tiriate (paelpojate) krūties dūl vėžio? (galimi keli atsakymai).

- esant atitinkamai klinicinei būklei ar ligoniui prėšant
- visoms apsilankiusioms kabinetė moterims su padidinta rizika
- moterims, pakvėsiusioms tuo tikslu
- toks profilaktinis tyrimas neatsiekamas

4.5 Kaip Jūs dalyvaujate sveikatos mokyme - rūkymo, mitybos ir alkoholio vartojimo įpročių korekcijoje?

- | | | | |
|-----------------------|--------------------------|--|---|
| | nedalyvauju | dribu tik su apsilankančiais ligoniniais | dribu taipogi specialiuose grupiuose užsiėmimuose ar programose |
| - rūkymo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - mitybos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - alkoholio vartojimo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4.6 Ar atliekate žemiau išvardintus darbus?

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Atlieku | Neatlieku |
| - gimdyvimo priežiūra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - nedėčių sekimas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - profilaktiniai vaikų skiepėjimai | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - vaikų iki 4 metų sekimas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - šeimos planavimas; kontracepcija | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - homeopatinė medicina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. LIŪŲ GYDYMAS

Ar Jūs gydote ir sekate savo apylinkės gyventojus, sergančius žemiau išvardintomis ligomis? Pz., jeigu lėtinu bronchitu sergančius savo apylinkės ligonius paprastai gydote Jūs, pažymėkite atitinkama langeli. Jeigu gydo ir kiti medikai specialistai, pažymėkite kiti langeli ir įrašykite viena ar du atitinkamus specialistus.

| Ligos | Aš gydu, sek- veik paprastai visada | Kartais retai, niekada | Kokie specialistai taip pat gydo? (rašykite 1 ar 2) |
|--|---|------------------------------|---|
| 5.1 Tyfoidinė kokačė | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | / |
| 5.2 Lėtinis bronchitas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | / |
| 5.3 Miazis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | / |
| 5.4 Peptinė opa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | / |
| 5.5 Stuburo disko išvarža | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | / |
| 5.6 Ūmus smegenų kraujotakos sutikimas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | / |
| 5.7 Širdies nepakankamumas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | / |
| 5.8 Pneumonija | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | / |
| 5.9 Peritonialiarinis abscesas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | / |
| 5.10 Ulcerozinis kolitas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | / |
| 5.11 Sąjaugetas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | / |
| 5.12 Smegenų sutrenkimas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | / |
| 5.13 Parkinsono liga | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | / |
| 5.14 Nėkomplikuotas II tipo diabetas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | / |
| 5.15 Reumatoidinis artritas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | / |
| 5.16 Depresija | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | / |
| 5.17 Miokardo infarktas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | / |

10

UR

6. PASTENKINIMAS DARBU

Ar Jūs sutinkate su žemiau pateiktais pastatintimo darbų vertinimais?

| | Visiškai sutinku | Daug- maž sutinku | Nei taip, nei ne | Daug- maž nesutinku | Visai nesu- tinku |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 6.1 Aš manau, kad kai kurie mano darbai nevisai prasmingi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.2 Darbas man (dar) įdomus kaip ir anksčiau | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.3 Mano darbe perdaug nebūtinių administra- cinių smulkmenų | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.4 Jeigu atlyginimas ir sąlygos būtų panašios, aš tuojau perečiau (nemedicininį) darbą | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.5 Savo darbe patiriu tikrą džiaugsmą | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.6 Mano darbe pastangos visai atitinka aplinką | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.7 Mano darbas reikalauja daug tuščių pastangų | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Dekojame

11

UR

VIENOS SAVAITES VEIKLOS KALENDORIUS

| | Pirmadienis | Antradienis | Trečiadienis | Ketvirtadienis | Penktadienis | Šeštadienis | Sekmadienis |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|
| | LAIKAS Pagrindinės veiklos kodas | LAIKAS Pagrindinės veiklos kodas | LAIKAS Pagrindinės veiklos kodas | LAIKAS Pagrindinės veiklos kodas | LAIKAS Pagrindinės veiklos kodas | LAIKAS Pagrindinės veiklos kodas | LAIKAS Pagrindinės veiklos kodas |
| RYTAS | 7.00 - 8.00 8.00 - 9.00 9.00 - 10.00 10.00 - 11.00 11.00 - 12.00 | 7.00 - 8.00 8.00 - 9.00 9.00 - 10.00 10.00 - 11.00 11.00 - 12.00 | 7.00 - 8.00 8.00 - 9.00 9.00 - 10.00 10.00 - 11.00 11.00 - 12.00 | 7.00 - 8.00 8.00 - 9.00 9.00 - 10.00 10.00 - 11.00 11.00 - 12.00 | 7.00 - 8.00 8.00 - 9.00 9.00 - 10.00 10.00 - 11.00 11.00 - 12.00 | 7.00 - 8.00 8.00 - 9.00 9.00 - 10.00 10.00 - 11.00 11.00 - 12.00 | 7.00 - 8.00 8.00 - 9.00 9.00 - 10.00 10.00 - 11.00 11.00 - 12.00 |
| POPIETĖ | 12.00 - 13.00 13.00 - 14.00 14.00 - 15.00 15.00 - 16.00 16.00 - 17.00 17.00 - 18.00 | 12.00 - 13.00 13.00 - 14.00 14.00 - 15.00 15.00 - 16.00 16.00 - 17.00 17.00 - 18.00 | 12.00 - 13.00 13.00 - 14.00 14.00 - 15.00 15.00 - 16.00 16.00 - 17.00 17.00 - 18.00 | 12.00 - 13.00 13.00 - 14.00 14.00 - 15.00 15.00 - 16.00 16.00 - 17.00 17.00 - 18.00 | 12.00 - 13.00 13.00 - 14.00 14.00 - 15.00 15.00 - 16.00 16.00 - 17.00 17.00 - 18.00 | 12.00 - 13.00 13.00 - 14.00 14.00 - 15.00 15.00 - 16.00 16.00 - 17.00 17.00 - 18.00 | 12.00 - 13.00 13.00 - 14.00 14.00 - 15.00 15.00 - 16.00 16.00 - 17.00 17.00 - 18.00 |
| VAKARAS | 18.00 - 19.00 19.00 - 20.00 20.00 - 21.00 21.00 - 22.00 | 18.00 - 19.00 19.00 - 20.00 20.00 - 21.00 21.00 - 22.00 | 18.00 - 19.00 19.00 - 20.00 20.00 - 21.00 21.00 - 22.00 | 18.00 - 19.00 19.00 - 20.00 20.00 - 21.00 21.00 - 22.00 | 18.00 - 19.00 19.00 - 20.00 20.00 - 21.00 21.00 - 22.00 | 18.00 - 19.00 19.00 - 20.00 20.00 - 21.00 21.00 - 22.00 | 18.00 - 19.00 19.00 - 20.00 20.00 - 21.00 21.00 - 22.00 |
| NAKTIS | 22.00 - 7.00 <input type="checkbox"/> ne budėjimas <input type="checkbox"/> budėjimas <input type="checkbox"/> nebuvo iškvietimų Iškvietimų skaičius: | 22.00 - 7.00 <input type="checkbox"/> ne budėjimas <input type="checkbox"/> budėjimas <input type="checkbox"/> nebuvo iškvietimų Iškvietimų skaičius: | 22.00 - 7.00 <input type="checkbox"/> ne budėjimas <input type="checkbox"/> budėjimas <input type="checkbox"/> nebuvo iškvietimų Iškvietimų skaičius: | 22.00 - 7.00 <input type="checkbox"/> ne budėjimas <input type="checkbox"/> budėjimas <input type="checkbox"/> nebuvo iškvietimų Iškvietimų skaičius: | 22.00 - 7.00 <input type="checkbox"/> ne budėjimas <input type="checkbox"/> budėjimas <input type="checkbox"/> nebuvo iškvietimų Iškvietimų skaičius: | 22.00 - 7.00 <input type="checkbox"/> ne budėjimas <input type="checkbox"/> budėjimas <input type="checkbox"/> nebuvo iškvietimų Iškvietimų skaičius: | 22.00 - 7.00 <input type="checkbox"/> ne budėjimas <input type="checkbox"/> budėjimas <input type="checkbox"/> nebuvo iškvietimų Iškvietimų skaičius: |

VEIKLOS KODAI:

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| 1 = PACIENTŲ PRIĖMIMAS KABINETE | 5 = NAUJAGIMIŲ PRIEŽIORA | 9 = MOKYMAS, MOKSLINIAI TYRIMAI IR T.T. |
| 2 = VIZITAI NAMUOSE | 6 = PROFESINĖS ISVYKOS | 10 = LAISVALAIKIS, PERTRAUKOS IR T.T. |
| 3 = VIZITAI LIGONINĖJE | 7 = SUSITIKIMAS SU KITAIŠ PROFESIONALAIS | 11 = KITA VEIKLA |
| 4 = BUDĖJIMAI NAMUOSE / SKUBI PAGALBA | 8 = ADMINISTRACINIS DARBAS IR T.T. | |

12

7 DIENU VEIKLOS KALENDORIUS

Kitame puslapyje Jūs rasite paprastą darbo dienos kalendorių.
Prasome Jūs užpildyti šiam kalendoriui iš eilės 7 dienas (įskaitant vieną išgine)
Jūs galite pradėti pildyti bet kurią savaitės dieną.
Visa, ką Jums reikia padaryti, tai išrašyti labiausiai tinkančios veiklos kodo numerį (nurodant valandą). Tai neužims labai daug Jūsų laiko, jei, pavyzdžiui, tai darysite kiekvienos dienos pabaigoje.
Veiklos kodo numeriai nuo 1-11 yra pateikti kitame puslapyje.
Dėkojame



ŠEIMOS GYDYTOJŲ APKLAUSA APIE PROFESINĘ VEIKLĄ IR JOS ANALIZĘ

Mielas gydytojau,

Atliekant respublikinį šeimos gydytojų tyrimą, norėtume paprašyti Jūsų bendradarbiavimo. Per pastaruosius dešimtį metų sveikatos priežiūros srityje įvyko daug pasikeitimų.

Ši studija skirta išsiaiškinti kokiame lygyje pirminė sveikatos priežiūra yra dabar, ir iki kokio lygio yra realizuoti sveikatos priežiūros politika ir lūkesčiai. Šiuo tikslu Lietuvos šeimos gydytojų prašome užpildyti šią anketą.

Ši apklausa yra paruošta Kauno Medicinos Universiteto, artimai bendradarbiaujant su NIVEL – sveikatos priežiūros tyrimų institutu iš Olandijos, kuris dalyvavo pradiniam Lietuvos sveikatos priežiūros projekte nuo 2001 m. Ši studija yra dalis Olandų remiamo projekto.

Šioje anketoje yra klausimai apie Jūsų darbą, užduotis ir paslaugas, kurias Jūs teikiate pacientams. Daugumą klausimų galima paprasčiausiai atsakyti pažymint atitinkamą atsakymą. Mus domina Jūsų atliekamos klinikinio darbo apimtys. Jūsų asmeninės veiklos rezultatai individualiai nebus analizuojami, vertinami a viešinami.

Norime pabrėžti, kad ši anketa yra anoniminė, todėl Jums vardo, pavardės nurodyti nereikia. Taip pat užtikriname, kad Jūsų anketos nebus rodomos Jūsų kolegoms ar viršininkams. Šio tyrimo rezultatai ir išvados bus pateikiamos publikacijose.

Esame nuoširdžiai dėkingi už Jūsų dalyvavimą ir indėlį į Lietuvos sveikatos reformą.

Kauno medicinos universitetas
Šeimos medicinos klinikos bendradarbiai
Atsakingas asmuo: gydytoja-asistentė I.Juodryte
mob. tel.: 868752929

1. DUOMENYS APIE ASMENĮ IR DARBĄ

- 1.1 Kuriais metais Jūs gimėte? Gimimo metai: 19 _____
- 1.2 Jūsų lytis: vyras
 moteris
- 1.3 Ar Jūs dirbate privačiai ar esate etatinis darbuotojas? Jei dirbate daugiau, nei vienoje pareigose, pagrindinės yra tos, kuriose praleidžiate daugiausiai laiko, kitos yra antraeilės.
- mano pagrindinės pareigos yra: etatinės pareigos
 privati praktika (pagal sutartį su sveikatos ar draudimo tarnybom)
- mano antraeilės pareigos yra: nedirbu apmokamo antraeilio darbo
 etatinės pareigos
 privati praktika (pagal sutartį su sveikatos ar draudimo tarnybom)
- 1.4 Kiek valandų per savaitę Jūs paprastai praleidžiate darbe (nuolatinio darbo, skubios pagalbos ar iškvietimų)?
- darbo valandos pagrindinėse pareigose vidutiniškai _____ valandų per savaitę
- darbo valandos antraeilėse pareigose vidutiniškai _____ valandų per savaitę
- 1.5 Kiek valandų vidutiniškai per mėnesį skiriate kvalifikacijos kėlimui (profesinės literatūros skaitymui, pasitobulinimo kursams, moksliniam darbui ir t.t.)?
- kvalifikacijos kėlimui skiriu vidutiniškai _____ valandų per mėnesį
- 1.6 Kada pradėjote dirbti gydytoju (pediatru ar terapeutu) ir kada persikvalifikavote į šeimos gydytoją?
- gydytoju pradėjau dirbti 19 _____ metais
- pradėjau dirbti pediatru
 terapeutu
- šeimos gydytoju pradėjau dirbti nuo 19 ____ metų
 šeimos gydytoju nedirbu
- 1.7 Koks yra atstumas nuo Jūsų pagrindinės darbovietės iki artimiausios bendro profilio ar universitetinės ligoninės?
- atstumas iki artimiausios ligoninės yra: mažiau nei 5 km.
 nuo 5 iki 10 km.
 nuo 10 iki 15 km
 daugiau kaip 15 km.
- 1.8 Ar Jūs dirbate vienas, ar dalinatės patalpomis su kitais šeimos gydytojais ir/ar su kitais medicinos specialistais (tik vienas atsakymas):
- dirbu vienas
 kartu su kitais šeimos gydytojais _____ (įrašyti keliais)
 kartu su kitais med. specialistais _____ (įrašyti keliais)
 kartu su šeimos gydytojais ir med. specialistais _____ (įrašyti keliais)

1.9 Kiek Jūs turite pacientų (įrašykite skaičių)? apytikslis prisirašusių pacientų skaičius _____

1.10 Įrašykite apytikrį pacientų skaičių, kuriuos Jūs priimate kabinete, aplankote namie per dieną:

priimate kabinete per dieną _____ (įrašykite skaičių)
aplangote namuose per dieną _____ (įrašykite skaičių)

1.11 Kiek vidutiniškai kartų per dieną Jūs telefonu konsultuojate pacientų ar duodate jiems patarimų?

telefoninių konsultacijų per dieną _____ (įrašykite skaičių)

1.12 Kokia dalis pacientų užsiregistruoja iš anksto (pvz.: telefonu)?

- nėra išankstinio užsiregistravimo
- mažiau kaip pusė neūminių ligonių užsiregistruoja iš anksto
- daugiau kaip pusė neūminių ligonių užsiregistruoja iš anksto
- beveik visi neūminiai ligoniai užsiregistruoja iš anksto

1.13 Ar Jums padeda žemiau išvardintas personalas:

| | | |
|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| registratorė, administratorė | <input type="checkbox"/> taip | <input type="checkbox"/> ne |
| slaugytoja | <input type="checkbox"/> taip | <input type="checkbox"/> ne |
| laborantė | <input type="checkbox"/> taip | <input type="checkbox"/> ne |

1.14 Ar dažnai Jūs susitinkate ar diskutuojate su šiais specialistais?

| | retai ar niekada | rečiau kaip 3 kart metuose | kas 1-3 mėn. | dažniau negu kartą per mėn. | netinkamas klausimas |
|---------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| šėimos gydytojais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| gydytojais specialistais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| farmacininkais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| socialiniais darbuotojais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1.15 Prašome pažymėti kokias aparatus naudojatės Jūs ar Jūsų personalas ("taip", jei galite naudotis bendra centre/poliklinikoje esančia aparatūra):

| | | | |
|---------------------|---|--|--|
| <u>laboratorinė</u> | <input type="checkbox"/> hemoglobiometras | <input type="checkbox"/> gliukometras | |
| | <input type="checkbox"/> bet koks cholesterino kiekio matuoklis | <input type="checkbox"/> kraujo ląstelių skaitliukas | |
| <u>vizualinė</u> | <input type="checkbox"/> oftalmoskopas | <input type="checkbox"/> proktoskopas | <input type="checkbox"/> otoskopas |
| | <input type="checkbox"/> gastroskopas | <input type="checkbox"/> rektoromanoskopas | <input type="checkbox"/> rentgenas |
| | <input type="checkbox"/> ultragarsinis aparatas pilvo ar vaisiaus tyrimui | <input type="checkbox"/> mikroskopas | |
| <u>funkcinė</u> | <input type="checkbox"/> audiometras | <input type="checkbox"/> veloergometras | <input type="checkbox"/> akių tonometras |
| | <input type="checkbox"/> pneumotachometras | <input type="checkbox"/> spirografas | |
| | <input type="checkbox"/> elektrokardiografas | <input type="checkbox"/> kraujospūdžio matavimo aparatas | |
| <u>kita</u> | <input type="checkbox"/> kateteris šlapimui | <input type="checkbox"/> koagulimetras | <input type="checkbox"/> minimalios chirurgijos kompleksas |
| | <input type="checkbox"/> komplektas žaizdų siuvimui | <input type="checkbox"/> defibriliatorius | |
| | <input type="checkbox"/> vienkartiniai švirkštai | | |

1.16 Kokiu tikslu darbe naudojate kompiuterį?

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> kompiuterio nėra registravimui | <input type="checkbox"/> administracijai |
| <input type="checkbox"/> ligonių kortelių įrašams | <input type="checkbox"/> receptų išrašymui |
| | <input type="checkbox"/> moksliniams tyrimams, auditui |

2. MEDICININIŲ PROCEDŪRŲ ATLIKIMAS

Ar dažnai Jūs, Jūsų personalas atliekate pacientams žemiau išvardintas procedūras?

| Intervencijos | Procedūros, kurias atlieku pats ar mano personalas | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | beveik visada | dažnai | kartais | retai ar niekada |
| 2.1 įaugusio nago rezekcija | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 lipomos pašalinimas plaukuotoje galvos dalyje | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.3 žaizdos susiuvimas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.4 karpų ekscizija | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.5 intrauterinės spiralės įvedimas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.6 rūdžių dėmės pašalinimas nuo ragenos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.7 akių dugno tyrimas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.8 sąnario punkcija | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.9 maksiliarinio sinuso punkcija | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.10 paracentezė | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.11 gipso uždėjimas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.12 kulکشnies sutvarstymas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.13 karpų krioterapija | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.14 intraveninė infuzija | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. LIGŲ GYDYMAS

Ar Jūs gydate ir sekate savo apylinkės gyventojus, sergančius žemiau išvardintomis ligomis? Pvz.: jei lėtiniu bronchitu sergančius savo apylinkės pacientus paprastai gydate Jūs, pažymėkite atitinkamą langelį.

Aš gyda, seku:

| | Aš gyda, seku: | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | beveik visada | paprastai | kartais | retai, niekada |
| 3.1 Tyreotoksikozė | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2 Lėtinis bronchitas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.3 Miežis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.4 Peptinė opa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.5 Stuburo disko išvarža | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.6 Ūminis smegenų kraujotakos sutrikimas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.7 Lėtinis širdies nepakankamumas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.8 Pneumonija | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.9 Peritoniliarinis abscesas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.10 Ulcerozinis kolitas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.11 Salpingitas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.12 Smegenų sutrenkimas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.13 Parkinsono liga | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.14 Nekomplikuotas II tipo cukrinis diabetas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.15 Reumatooidinis artritas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.16 Depresija | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.17 Miokardo infarktas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. PROFILAKTINĖ IR KITA VEIKLA

4.1 Kokiais atvejais Jūs ar Jūsų personalas matuoja kraujospūdį?

- esant atitinkamai klinicinei būklei ar pacientui prašant
- visiems suaugusiems apsilankiusiems kabinete (nepriklausomai nuo atvykimo priežasties)
- suaugusiems, pakviestiems šiuo tikslu

4.2 Kokiais atvejais Jūs ar Jūsų personalas tiria cholesterolio kiekį kraujyje?

- esant atitinkamai klinicinei būklei ar pacientui prašant
- visiems suaugusiems apsilankiusiems kabinete (nepriklausomai nuo atvykimo priežasties)
- suaugusiems, pakviestiems šiuo tikslu

4.3 Kokiais atvejais Jūs ar Jūsų personalas daro cervikalinį tepinėlį dėl vėžio?

- esant atitinkamai klinicinei būklei ar pacientei prašant
- visoms apsilankiusioms kabinete moterims su padidinta rizika
- moterims, pakviestoms šiuo tikslu
- toks profilaktinis tyrimas neatliekamas

4.4 Kaip Jūs dalyvaujate sveikatos mokyme-rūkymo, mitybos ir alkoholio vartojimo įpročių korekcijoje?

| | nedalyvauju | dirbu tik su apsilankančiais ligoniais | dirbu taipogi specialiuose grupiniuose užsiėmimuose ar programose |
|----------------------|--------------------------|--|---|
| -rūkymo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -mitybos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -alkoholio vartojimo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4.5 Ar atliekate žemiau išvardintus darbus?

| | atlieku | neatlieku |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| -neščiųjų sekimas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -profilaktiniai vaikų skiepėjimai | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -vaikų iki 4 metų sekimas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -šeimos planavimas/kontracepcija | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -homeopatinė medicina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. PASITENKINIMAS DARBU

Ar Jūs sutinkate su žemiau pateiktais pasitenkinimo darbu vertinimais?

| | Visiškai sutinku | daugmaž sutinku | nei taip, nei ne | daugmaž nesutinku | visai nesutinku |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5.1 Aš manau, kad kai kurie mano darbai nevisai prasmingi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.2 Darbas man (dar)įdomus kaip ir anksčiau | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.3 Mano darbe perdaug nebūtinų administracinių smulkmenų | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.4 Jeigu atlyginimas ir sąlygos būtų panašios, aš tuojau pereičiau į nemedicininį darbą | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.5 Savo darbe patiriu tikrą džiaugsmą | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.6 Mano darbe pastangos visai atitinka atpildą | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.7 Dauguma pacientų mane priima kaip jų asmeninį gydytoją | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.8 Šiuo metu Lietuvoje sveikatos priežiūra yra geresnė nei prieš 5 metus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.9 Lietuvos šeimos gydytojai ir slaugytojos turi pakankamai žinių ir igūdžių | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.10 Pirminė sveikatos priežiūra būtų efektyvesnė, jei šeimos gydytojai dirbtų kartu su slaugytojom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.11 Šiuo metu Lietuvoje sveikatos priežiūros įstaigų patalpos ir įranga yra žymiai geresnės, nei buvo prieš 5 metus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.12 Kylant sveikatos priežiūros kainoms būtų priimtina, kad būtų priemokos už paslaugas (pvz.: vaistams, vizitams) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.13 Šeimos gydytojai, dirbantys privačiai paprastai yra geresni nei dirbantys valdiškai | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.14 Šeimos gydytojų ir slaugytojų darbas turėtų būti geriau apmokamas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.15 Pacientai turėtų labiau įtakoti savo sveikatos priežiūrą | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.16 Jei pacientai daugiau žinotų apie paprastų ligų gydymą (peršalimą ar galvos skausmą), jiems nereikėtų taip dažnai lankytis pas savo šeimos gydytoją | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DĖKOJAME!

Mielas gydytojaui,

Šis respublikinis tyrimas, kuriame nuoširdžiai prašome Jus dalyvauti, atliekamas pagal tarptautinio bendradarbiavimo programą. Tyrimo tikslas - išsiaiškinti Jūsų atliekamo darbo krūvį ir veiklos apimtį, šeimos gydytojo normos adekvatumą ir sužinoti Jūsų nuomonę, kodėl kai kurios veiklos nėra vykdomos. Remiantis Jūsų atsakymais, bus pasiūlyti galimi Jūsų darbo sąlygų ir kokybės pagerinimo būdai ir pateikti sveikatos reformą vykdančioms institucijoms. Todėl prašome sąžiningai ir geranoriškai atsakyti į užduodamus klausimus, kad kuo tiksliau įvertintume esamą situaciją.

Šioje anketoje yra klausimai apie Jūsų darbą, užduotis ir paslaugas, kurias Jūs teikiate pacientams. Į daugumą klausimų atsakykite pažymėdami atitinkamą atsakymą (tinkamą atsakymą pažymėkite [X]), kur nurodyta – kelis tinkamus atsakymus, ar, kur prašoma, įrašykite skaičius arba reikiamą atsakymą.

Primename, kad ši anketa yra anoniminė, todėl Jums vardo, pavardės nurodyti nereikia. Taip pat užtikriname, kad Jūsų anketos nebus rodomos Jūsų kolegoms ar vadovams. Šio tyrimo apibendrinti rezultatai ir išvados bus pateikiamos publikacijose ir konferencijose.

Nuoširdžiai dėkojame už Jūsų dalyvavimą ir bendradarbiavimą.

Pagarbiai,

Mindaugas Dūdonis, šeimos medicinos gydytojas

(mob. tel. 867819478),

KMU Biomedicininų tyrimų instituto Sveikatos sistemos tyrimų laboratorijos doktorantas

I. Duomenys apie asmenį, darbo krūvį ir organizacinius aspektus

1. Kuriais metais Jūs gimėte? Gimimo metai: 19 ____
2. Jūsų lytis:

| | |
|---------|---------------------------------------|
| vyras | <input type="checkbox"/> ₁ |
| moteris | <input type="checkbox"/> ₂ |
3. Kada pradėjote dirbti gydytoju?

Gydytoju pradėjau dirbti _____ metais
4. Kokiu specialistu pradėjote dirbti?

| | |
|--|---------------------------------------|
| pediatru | <input type="checkbox"/> ₁ |
| terapeutu | <input type="checkbox"/> ₂ |
| šeimos gydytoju po šeimos medicinos rezidentūros | <input type="checkbox"/> ₃ |
5. Kada pradėjote dirbti šeimos gydytoju?

Šeimos gydytoju pradėjau dirbti nuo _____ metų

6. Nurodykite kokioje įstaigoje dirbate

- Mano pagrindinės pareigos yra:
- | | |
|--------------------------------|--------------------------|
| viešojoje medicinos įstaigoje | <input type="checkbox"/> |
| privacioje medicinos įstaigoje | <input type="checkbox"/> |
| ne medicinos įstaigoje | <input type="checkbox"/> |

Mano antraeilės pareigos yra (galimi keli atsakymų variantai)

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| nedirbu antraeilio apmokamo darbo | <input type="checkbox"/> |
| viešojoje medicinos įstaigoje | <input type="checkbox"/> |
| privacioje medicinos įstaigoje | <input type="checkbox"/> |
| ne medicinos įstaigoje | <input type="checkbox"/> |

7. Kiek valandų per savaitę Jūs paprastai praleidžiate darbe?

- 1) darbo valandos pagrindinėse pareigose vidutiniškai _____ valandų per savaitę
2) darbo valandos antraeilėse pareigose vidutiniškai _____ valandų per savaitę

Prašau, patikslinti savo darbo laiką

- 1) Pacientų priėmimui kabinete skiriu vidutiniškai _____ valandų per dieną
2) Med. dokumentų pildymui po darbo skiriu vidutiniškai _____ valandų per dieną
3) Vizitams paciento namuose skiriu vidutiniškai _____ valandų per savaitę
4) Vizitams globos įstaigose skiriu vidutiniškai _____ valandų per savaitę

8. Kiek valandų vidutiniškai per mėnesį skiriate profesiniam tobulėjimui (t.y. profesinės literatūros skaitymui, tobulinimosi kursams, moksliniam darbui ir t.t.)

- 1) profesiniam tobulėjimui skiriu vidutiniškai _____ valandų per mėnesį.
Iš jų skiriu
2) tobulinimosi kursams vidutiniškai _____ valandų per mėnesį
3) moksliniam darbui vidutiniškai _____ valandų per mėnesį
4) literatūros analizei vidutiniškai _____ valandų per mėnesį

9. Įrašykite miestą (-tus), miestelį (-ius), kaimą (-mus), kuriame (kuriuose) dirbate

10. Pažymėkite X kurie iš išvardintų pirminio lygio specialistų dirba Jūsų gydymo įstaigoje (galimi keli atsakymų variantai) ir nurodykite Jų skaičių

- | | Skaičius | |
|-------------------------|--------------------------|---------------------|
| šeimos gydytojai | <input type="checkbox"/> | (įrašykite skaičių) |
| pediatrai | <input type="checkbox"/> | (įrašykite skaičių) |
| terapeutai | <input type="checkbox"/> | (įrašykite skaičių) |
| chirurgai | <input type="checkbox"/> | (įrašykite skaičių) |
| akušeriai ginekologai | <input type="checkbox"/> | (įrašykite skaičių) |
| psichiatrai | <input type="checkbox"/> | (įrašykite skaičių) |
| odontologai | <input type="checkbox"/> | (įrašykite skaičių) |
| socialiniai darbuotojai | <input type="checkbox"/> | (įrašykite skaičių) |

11. Ar Jūsų gydymo įstaigoje dirba antrinio ir/ar tretinio lygio specialistai?

taip ₁ ne ₂

Jei taip, kokie? (jei yra keli, pažymėkite visus)

| | | | | | |
|---|--|----------------|--|-------------------------|--|
| pediatras | <input type="checkbox"/> ₁ | chirurgas | <input type="checkbox"/> ₂ | ginekologas | <input type="checkbox"/> ₃ |
| okulistas | <input type="checkbox"/> ₄ | urologas | <input type="checkbox"/> ₅ | dermatologas | <input type="checkbox"/> ₆ |
| endokrinologas | <input type="checkbox"/> ₇ | kardiologas | <input type="checkbox"/> ₈ | otorinolaringologas | <input type="checkbox"/> ₉ |
| terapeutas | <input type="checkbox"/> ₁₀ | neurologas | <input type="checkbox"/> ₁₁ | traumatologas ortopedas | <input type="checkbox"/> ₁₂ |
| pulmonologas | <input type="checkbox"/> ₁₃ | reumatologas | <input type="checkbox"/> ₁₄ | hematologas | <input type="checkbox"/> ₁₅ |
| radiologas (rentgenologas, echoskopuotojas) | <input type="checkbox"/> ₁₆ | reabilitologas | <input type="checkbox"/> ₁₇ | | |
| kitas (-iti) | <input type="checkbox"/> ₁₈ | (rašyti) | _____ | | |

12. Kiek Jūs turite pacientų? (rašykite skaičių)

apytikslis prisirašusių pacientų skaičius _____

13. Įrašykite apytikslį skaičių pacientų, kuriuos Jūs

- 1) priimate kabinete per dieną _____ (rašykite skaičių)
- 2) konsultuojate telefonu per dieną _____ (rašykite skaičių)
- 3) aplankote namuose per savaitę _____ (rašykite skaičių)
- 4) aplankote globos įstaigoje per savaitę _____ (rašykite skaičių)

14. Kiek vidutiniškai per dieną išrašote siuntimų antrinio ir/ar tretinio lygio specialistams?

vidutiniškai per dieną siuntimų išrašau _____ (rašykite skaičių)

15. Kokia dalis pacientų užsiregistruoja iš anksto?

nėra išankstinio užsiregistravimo ₁
mažiau nei pusė neŪminčių ligonių ₂
daugiau nei pusė neŪminčių ligonių ₃
beveik visi neŪminčiai pacientai užsiregistruoja iš anksto ₄

16. Ar Jūsų darbe padeda bendruomenės slaugytoja(-jas)?

| | Taip | Ne |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1) slaugytoja (-as) padeda mano darbe | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| jei taip, ar ji/jis | | |
| 2) dirba kartu kabinete | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| 3) atlieka vizitus į pacientų namus | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| 4) vykdo ligų prevenciją (matuoja AKS, konsultuoja mitybos klausimais, dėl žalingų įpročių kenksmingumo ir t.t.) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| 5) konsultuoja pacientus savarankiškai | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |

17. Ar bendruomenės slaugytojos (-jo) atliekamų funkcijų Jums pakanka?

- visiškai ₁
daugmaž ₂
nei taip, nei ne ₃
dalinai trūksta ₄
labai trūksta ₅

18. Ar Jūs savo kabinete naudojate kompiuterį?

- Taip ₁ Ne ₂

Jei taip, kam naudojate?

- informacijos paieškai internete ₁
el. paštui ₂
asmeniniams tikslams ₃
elektroninių nedarbingumo lapelių pildymui ₄
naudojant specialias programas palengvinamas darbas ₅
kita (rašyti) _____

II. Profilaktinė ir kita veikla

19. Kaip dažnai pasikalbate su pacientais apie šių gyvenimo veiksnių poveikį sveikatai? (prašome kiekvienam veiksnii pažymėti tik vieną variantą)

| | dažnai | kartais | retai | niekada |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1) rūkymo | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| 2) alkoholio | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| 3) mitybos | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| 4) padidėjusio svorio | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| 5) padidėjusio arterinio kraujo spaudimo | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| 6) fizinio krūvio | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |

20. Kaip dažnai patariate pacientui kaip (prašome pažymėti kiekvienam patarimui tik vieną variantą)

| | dažnai | kartais | retai | niekada |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1) mesti rūkyti | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| 2) riboti alkoholį | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| 3) sveikai maitintis | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| 4) reguliuoti kūno svorį | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| 5) reguliuoti padidėjusį kraujospūdį | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| 6) didinti fizinį aktyvumą | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |

21. Kaip Jūs dalyvaujate sveikatos mokyme – rūkymo, mitybos, alkoholio vartojimo, fizinio aktyvumo įpročių korekcijoje?

| | nedalyvauju | dirbu tik su apsilankančiais ligoniais | dirbu taip pat specialiuose grupiniuose užsiėmimuose ar programose |
|--------------------------|---------------------------------------|--|--|
| rūkymo | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| alkoholio vartojimo | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| mitybos | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| fizinio aktyvumo | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| saugaus lytinio gyvenimo | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |

22. Kaip dažnai aktyviai klausiate savo pacientų apie kitų šeimos narių sveikatą?

| dažnai | kartais | retai | niekada |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |

23. Ar patariate pacientams kaip reikia mokyti vaikus sveikatos įgūdžių?

| dažnai | kartais | retai | niekada |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |

24. Ar Jūs atliktate žemiau išvardintus darbus?

| | Taip | Ne |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1) nėščiųjų sekimą | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| 2) profilaktinius vaikų skiepėjimus | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| 3) vaikų iki 4 metų sekimą | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| 4) šeimos planavimą/kontracepciją | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| 5) praktikuojate homeopatinę mediciną | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |

23. Kaip dažnai Jūs

| | beveik visada | dažnai | kartais | retai ar niekada |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1) siunčiate 25-60 metų amžiaus pacientę kartą per tris mėnesius atlikti gimdos kaklelio citologinį tyrimą | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| 2) siunčiate 50-69 metų amžiaus pacientę kas du metus atlikti mamogramą | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| 3) tiriate 50-75 metų amžiaus pacientams kas du metus PSA (prostato specifinį antigeną) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| 4) tiriate 50-75 metų amžiaus pacientus kas du metus dėl storosios žarnos vėžio (IFOBT išmatų tyrimas) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |

III. Medicininių procedūrų atlikimas

24. Ar dažnai Jūs asmeniškai ir/ar su jumis dirbančios (-tys) slaugytojos (-jai) atliekate pacientams žemiau išvardintas procedūras?

| | beveik visada | dažnai | kartais | retai ar niekada |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) bendrą fizinį ligonio ištyrimą | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) pamatuojate ūgį ir svorį | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) įvertinate kūno masės indeksą (KMI) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) injekcijas į raumenis, poodį, veną | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) tuberkulino jodinius mėginius | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) vaistų infuzijas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) kraujo grupės nustatymą liofilizuotų reagentų plokštelėse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) matuojate (netiesioginiu būdu) arterinį kraujo spaudimą | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) užrašote ir įvertinate elektrokardiogramą | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10) išorinio kvėpavimo funkcijų tyrimą ir jį įvertinate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11) šlapimo pūslės kateterizaciją minkštu arba plastikiniu kateteriu, esant nekomplikuotam atvejui | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12) tiesiosios žarnos tyrimą pirštu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13) prostatos palpaciją | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14) parengiate pacientą inkstų rentgenologiniam ir ultragarsiniam tyrimui | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15) paimate kraują tyrimams | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| paimate ėminius laboratoriniams tyrimams atlikti | | | | |
| 16) iš nosiaryklės | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17) šlaplės | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18) makšties | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19) gimdos kaklelio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20) odos pūlinių ir kt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21) chirurgiškai gydote furunkulus, hidradenitą, odos ir poodžio pūlinius | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22) apžiūrite išoriškai regos organus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23) nustatote regos aštrumą | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24) išmatuojate akispūdį | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25) išmatuojate akiplotį | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26) tiriate akių dugną | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27) įvertinate binokulinį matymą | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28) įvertinate spalvų skyrimą | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29) šalinaite paviršinius svetimkūnius nuo akies gleivinės neinstrumentiniu būdu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30) šalinaite svetimkūnius iš ausies išorinės landos, ryklės | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31) išplaunate ausies landas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6

| | beveik visada | dažnai | kartais | retai ar niekada |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 32) nustatote kraujavimą iš nosies | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33) atliekate faringoskopiją | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34) atliekate otoskopiją | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35) tikrinatė klausą (kalba ir šnabždesiu) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36) tamponuojate priekines nosies landas (kraujavimui sustabdyti) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37) atliekate bendrą neurologinį sąmoningo ir nesąmoningo ligonio ištyrimą | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38) atliekate bursito punkciją | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39) palpuojate krtūtis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40) atliekate pirmąjį naujagimio tualetą | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41) profilaktiškai skiepyjate vaikus ir suaugusiuosius | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

IV. Pasitenkinimas darbu

25. Ar sutinkate su žemiau pateiktais teiginiais?

| | visiškai sutinku | daugmaž sutinku | nei taip nei ne | daugmaž nesutinku | visai nesutinku |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) Aš manau, kad kai kurie mano darbai nevisai prasmingi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Darbas man (dar) įdomus kaip ir anksčiau | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Mano darbe per daug nebūtinių administracinių smulkmenų | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Jeigu atlyginimas ir sąlygos būtų panašios, aš tuojau pereičiau į nemedicininį darbą | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Savo darbe patiriu tikrą džiaugsmą | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Mano darbe pastangos visai atitinka atpildą | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) Dauguma pacientų mane priima kaip jų asmeninį gydytoją | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Šiuo metu Lietuvoje sveikatos priežiūra yra geresnė, nei prieš 5 metus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) Lietuvos šeimos gydytojai ir slaugytojos turi pakankamai žinių ir įgūdžių | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10) Pirminė sveikatos priežiūra būtų efektyvesnė, jei šeimos gydytojai dirbtų kartu su slaugytojom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11) Šiuo metu Lietuvoje sveikatos priežiūros įstaigų patalpos ir įranga yra žymiai geresnės, nei buvo prieš 5 metus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | visiškai sutinku | daugmaž sutinku | nei taip nei ne | daugmaž nesutinku | visai nesutinku |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12) Kylant sveikatos priežiūros kainoms būtų priimtina, kad būtų priemokos už paslaugas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13) Šeimos gydytojai, dirbantys privačiai, paprastai yra geresni, nei dirbantys valdiškai | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14) Šeimos gydytojų ir slaugytojų darbas turėtų būti geriau apmokamas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15) Pacientai turėtų labiau įtakoti savo sveikatos priežiūrą | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16) Jei pacientai daugiau žinotų apie paprastų ligų simptomus ir gydymą (peršalimą, galvos skausmą), jiems nereikėtų taip dažnai lankytis pas savo šeimos gydytoją. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17) Mane varžo šeimos gydytojo veiklos apribojimai (privalomos specialistų konsultacijos gydant tam tikras ligas, išrašant vaistus) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18) Man geriau (būtų) dirbti įstaigoje, kur dirba antrinio lygio specialistai | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

36. Prašome plačiau išreikšti savo nuomonę

Šeimos gydytojo darbe man patinka _____

Šeimos gydytojo darbui trukdo _____

Šeimos gydytojo darbo pagerinimui reikėtų _____

37. Ar pildėte šeimos gydytojų klausimyną apie profesinę veiklą anksčiau?

| | taip | ne |
|--------|--------------------------|--------------------------|
| 1994m. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2004m. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Dėkojame už nuoširdžius atsakymus!

Mielas paciente,

Žmogaus sveikatą daugiausia lemia gyvenimo būdas (mityba, fizinis aktyvumas, žalingi įpročiai ir kt.). Norėdami sužinoti kokie Jūsų ir Jūsų šeimos narių gyvenimo ypatumai ir ar gaunate patarimų iš savo šeimos gydytojo kaip sveikai gyventi, nuoširdžiai prašome atsakyti į mūsų pateikiamus klausimus.

Klausimynas yra anoniminis, visi duomenys bus panaudoti tik tyrimo tikslams. Tinkamą atsakymo varianto langelį pažymėkite X arba savo nuomonę įrašykite nurodytoje vietoje.

Į anksto dėkojame už bendradarbiavimą.

Pagarbiai,

Šeimos gydytojas Mindaugas Dūdonis (mob. tel. 867819478),

KMU Biomedicininų tyrimų instituto , Sveikatos sistemos tyrimų laboratorijos doktorantas .

Bendroji dalis**1. Jūsų lytis?**

| | | | | | |
|-------|--------------------------|---|---------|--------------------------|---|
| vyras | <input type="checkbox"/> | 1 | moteris | <input type="checkbox"/> | 2 |
|-------|--------------------------|---|---------|--------------------------|---|

2. Jūsų gimimo metai.....

3. Kokiam mieste, miestelyje ar kaime gyvenate?.....

4. Jūsų šeimyninė padėtis (prašome pažymėti tik vieną variantą)

| | | |
|---|--------------------------|---|
| a) vedęs (ištekėjusi) arba gyvenate nesusituokę | <input type="checkbox"/> | 1 |
| b) nevedęs (netekėjusi) | <input type="checkbox"/> | 2 |
| c) išsiskyręs(-usi) | <input type="checkbox"/> | 3 |
| d) našlys (-ė) | <input type="checkbox"/> | 4 |

5. Jūsų išsilavinimas (prašome pažymėti tik vieną variantą)

| | | |
|------------------------------------|--------------------------|---|
| a) pradinis (3-4 kl.) | <input type="checkbox"/> | 1 |
| b) nebaigtas vidurinis (iki 9 kl.) | <input type="checkbox"/> | 2 |
| c) vidurinis | <input type="checkbox"/> | 3 |
| d) spec. vidurinis | <input type="checkbox"/> | 4 |
| e) aukštasis | <input type="checkbox"/> | 5 |

6. Kokį darbą dirbate didesnę metų dalį?

| | | |
|---|--------------------------|---|
| a) dirbu žemės ūkio ar miško darbus | <input type="checkbox"/> | 1 |
| b) dirbu pramonėje, statybose ar pan. | <input type="checkbox"/> | 2 |
| c) tarnauju įstaigoje, dirbu protinį darbą arba aptarnavimo sferoje | <input type="checkbox"/> | 3 |
| d) studijuojau (mokausi) | <input type="checkbox"/> | 4 |
| e) namų šeimininkė | <input type="checkbox"/> | 5 |
| f) pensininkas | <input type="checkbox"/> | 6 |
| g) nustatytas darbingumo lygisproc. | <input type="checkbox"/> | 7 |
| h) bedarbis | <input type="checkbox"/> | 8 |

Informacija apie Jūsų sveikatą**7. Kaip Jūs vertinate dabartinę savo sveikatos būklę?**

- | | | |
|----------------|--------------------------|---|
| a) gera | <input type="checkbox"/> | 1 |
| b) gana gera | <input type="checkbox"/> | 2 |
| c) vidutiniška | <input type="checkbox"/> | 3 |
| d) gana bloga | <input type="checkbox"/> | 4 |
| e) bloga | <input type="checkbox"/> | 5 |

8. Kokiomis ligomis sergate?

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|---|
| a) nesergu | <input type="checkbox"/> | 1 |
| b) sergu (įrašykite)..... | <input type="checkbox"/> | 2 |
|ligomis | | |

9. Kiek kartų lankėtės pas gydytoją per praėjusius metus (12 mėn.)?

(ligoninėje, poliklinikoje, šeimos klinikoje - išskyrus stomatologą) kartų

Informacija apie Jūsų gyvenimą**10. Ar Jūs kada nors rūkėte?**

- | | | |
|---------|--------------------------|---|
| a) ne | <input type="checkbox"/> | 1 |
| b) taip | <input type="checkbox"/> | 2 |

11. Ar Jūs dabar rūkote (cigaretes, cigarus, pypkę)?

- | | | |
|-------------------|--------------------------|---|
| a) taip, kasdien | <input type="checkbox"/> | 1 |
| b) retkarčiais | <input type="checkbox"/> | 2 |
| c) visai nerūkiau | <input type="checkbox"/> | 3 |

12. Kaip dažnai geriate alkoholinius gėrimus? (alų, vyną, sidrą, alkoholinių kokteilių, brendį, likerį, degtinę ar kitą gėrimą turintį alkoholio)

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---|
| a) niekada | <input type="checkbox"/> | 1 |
| b) kartą per mėnesį ar rečiau | <input type="checkbox"/> | 2 |
| c) 2-4 kartus per mėnesį | <input type="checkbox"/> | 3 |
| d) 2-3 kartus per savaitę | <input type="checkbox"/> | 4 |
| e) 4 ar daugiau kartų per savaitę | <input type="checkbox"/> | 5 |

13. Kiek alkoholio išgeriate tą dieną, kai geriate? (standartiniais alkoholio vienetais)

(vieną alkoholinį vienetą sudaro 10g. gryno alkoholio - pusė bokalo (250ml) 5proc. stiprumo alaus, pusė taurės (125ml) 12proc. stiprumo vyno, stikluokas (50ml) 25proc. stiprumo likerio, pusė stikluoko (25ml) 40 proc. stiprumo degtinės, brendžio, viskio ar kito alkoholinio gėrimo)

- | | | |
|------------------|--------------------------|---|
| a) 1 ar 2 | <input type="checkbox"/> | 1 |
| b) 3 ar 4 | <input type="checkbox"/> | 2 |
| c) 5 ar 6 | <input type="checkbox"/> | 3 |
| d) 7 ar 9 | <input type="checkbox"/> | 4 |
| e) 10 ar daugiau | <input type="checkbox"/> | 5 |

14. Kaip dažnai per dieną išgeriate 6 ar daugiau standartinių alkoholio vienetų? (3 (500ml) bokalus (5 proc. stiprumo) alaus, arba 3 (250ml) taures (12 proc. stiprumo) vyno, arba 6 (50ml) stikliukus (25 proc. stiprumo) likerio, arba 3 (50ml) stikliukus (40 proc. stiprumo) degtinės)

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------|---|
| a) niekada | <input type="checkbox"/> | 1 |
| b) rečiau nei kartą per mėnesį | <input type="checkbox"/> | 2 |
| c) kartą per mėnesį | <input type="checkbox"/> | 3 |
| d) kartą per savaitę | <input type="checkbox"/> | 4 |
| e) kasdien arba beveik kasdien | <input type="checkbox"/> | 5 |

15. Sunumeruokite maisto produktus, nuo tų kuriuos vartojate daugiausiai (žymėkite 1) iki tų kuriuos vartojate mažiausiai (žymėkite 5)

- | | |
|--|-------|
| a) švieži vaisiai ir daržovės | |
| b) mėsa, paukštiena, žuvis, kiaušiniai | |
| c) riebalai, aliejus, cukrus, saldainiai | |
| d) pienas, sūris, jogurtas | |
| e) duona, grūdai, bulvės | |

16. Kaip vertinate savo mitybos įpročius? (prašome pažymėti vieną Jums tinkantį variantą)

- | | | |
|----------------|--------------------------|---|
| a) geri | <input type="checkbox"/> | 1 |
| b) gana geri | <input type="checkbox"/> | 2 |
| c) vidutiniški | <input type="checkbox"/> | 3 |
| d) gana blogi | <input type="checkbox"/> | 4 |
| e) blogi | <input type="checkbox"/> | 5 |

17. Kaip dažnai laisvalaikiu mankštinatės (sportuojate, bėgijate, važiuojate dviračiu, dirbate sode ir pan.) mažiausiai 30 min. taip, kad pagreitėtų kvėpavimas ir suprakaituotumėte?

- | | | |
|--|--------------------------|---|
| a) kasdien | <input type="checkbox"/> | 1 |
| b) 4-6 kartus per savaitę | <input type="checkbox"/> | 2 |
| c) 2-3 kartus per savaitę | <input type="checkbox"/> | 3 |
| d) kartą per savaitę | <input type="checkbox"/> | 4 |
| e) 2-3 kartus per mėnesį | <input type="checkbox"/> | 5 |
| f) kelis kartus per metus ar rečiau | <input type="checkbox"/> | 6 |
| g) negaliu mankštintis dėl ligos ar invalidumo | <input type="checkbox"/> | 7 |

18. Ar Jums svarbu kaip išvardinti veiksniai įtakoja Jūsų sveikatą? (prašome pažymėti tik vieną tinkantį variantą kiekvienam veiksniai)

- | | labai svarbu | svarbu | šiek tiek svarbu | nesvarbu |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) rūkymas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) alkoholis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) mityba | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) padidėjęs svoris | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) padidėjęs arterinis kraujo spaudimas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) fizinis krūvis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Informacija apie sveikatos žinių svarbą Jūsų šeimoje

19. Kiek iš viso turite vaikų?

- | | | |
|--------------------|--------------------------|---|
| a) vaikų neturiu | <input type="checkbox"/> | 1 |
| b) turiu.....vaikų | <input type="checkbox"/> | 2 |

20. Jei turite vaikų, nurodykite jų amžių

1)..... 2) 3) 4) 5)

21. Kokie Jūsų šeimoje tėvų ir vaikų tarpusavio santykiai? (prašome pažymėti tik vieną variantą)

- | | | |
|--|--------------------------|---|
| a) atvirai bendraujama, kartu sprendžiamos problemos | <input type="checkbox"/> | 1 |
| b) pasikalbama, tik sprendžiant rimtus klausimus | <input type="checkbox"/> | 2 |
| c) labai retai sprendžiamos problemos kartu | <input type="checkbox"/> | 3 |
| d) beveik niekada nesprendžiamos problemos kartu | <input type="checkbox"/> | 4 |
| e) kita..... | <input type="checkbox"/> | 5 |
| f) vaikų neturiu, arba jis (jie) per mažas (-ži) | <input type="checkbox"/> | 6 |

22. Kaip dažnai pasikalbate su savo vaiku apie sveikatą? (prašome pažymėti tik vieną variantą)

- | | | |
|--|--------------------------|---|
| a) dažnai | <input type="checkbox"/> | 1 |
| b) kartais | <input type="checkbox"/> | 2 |
| c) retai | <input type="checkbox"/> | 3 |
| d) niekada | <input type="checkbox"/> | 4 |
| e) vaikų neturiu, arba jis (jie) per mažas (-ži) | <input type="checkbox"/> | 5 |

23. Kas Jūsų nuomone, turi daugiausiai rūpintis vaiko sveikatos ugdymu? (prašome pažymėti tik vieną variantą)

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------|---|
| a) medicinos darbuotojai | <input type="checkbox"/> | 1 |
| b) darželio/mokyklos auklėtojos | <input type="checkbox"/> | 2 |
| c) tėvai | <input type="checkbox"/> | 3 |
| d) pats vaikas | <input type="checkbox"/> | 4 |
| e) kita..... | <input type="checkbox"/> | 5 |

24. Ar Jūsų šeimoje atvirai diskutuojama su vaikais apie išvardintų veiksmų poveikį sveikatai? (prašome pažymėti tik vieną Jums tinkantį variantą kiekvienam veiksmui)

| | visada pasikalbame | kartais pasikalbame | retai pasikalbame | niekada nekalbame |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) rūkymo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) alkoholio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) mitybos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) padidėjusio svorio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) padidėjusio arterinio kraujo spaudimo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) fizinio krūvio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) vaikų neturiu, arba jis (jie) per mažas (-ži) | | | | <input type="checkbox"/> |

25. Jūsų nuomone, nuo kurio amžiaus su vaiku reikia pradėti kalbėti apie išvardintų veiksmų poveikį sveikatai ?

| | ikimokykliniame amžiuje | 1-3 klasėje | 4-6 klasėje | 7-9 klasėje | visai nereikia |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a) rūkymą | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b) alkoholį | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| c) mitybą | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| d) padidėjusį svorį | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| e) padidėjusį arterinį kraujo spaudimą | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| f) fizinį krūvį | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

Žinios apie sveikatą iš šeimos gydytojo

26. Kaip dažnai Jūsų šeimos gydytojas pasikalba su Jumis apie šių veiksmų poveikį sveikatai? (prašome pažymėti kiekvienam veiksmui tik vieną variantą)

| | dažnai | kartais | retai | niekada |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a) rūkymo | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| b) alkoholio | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| c) mitybos | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| d) padidėjusio svorio | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| e) padidėjusio arterinio kraujo spaudimo | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| f) nepakankamo fizinio krūvio | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

27. Kaip dažnai Jūsų šeimos gydytojas Jums pataria kaip kontroliuoti žemiau išvardintus veiksmus (prašome pažymėti kiekvienam veiksmui tik vieną variantą)

| | dažnai | kartais | retai | niekada |
|--------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a) mesti rūkyti | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| b) riboti alkoholį | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| c) sveikai maitintis | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| d) reguliuoti kūno svorį | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| e) reguliuoti padidėjusį kraujospūdį | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| f) didinti fizinį aktyvumą | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

28. Ar Jūsų šeimos gydytojas Jus tyrė (rekomendavo tirtis) dėl storosios žarnos vėžio (IFOBT išmatų tyrimas) pagal valstybės finansuojamą programą? (programa vykdoma 50 – 75 metų amžiaus asmenims kartą per dvejus metus)

| | |
|---------|----------------------------|
| a) ne | <input type="checkbox"/> 1 |
| b) taip | <input type="checkbox"/> 2 |

29. (Tik moterims) Ar Jūsų šeimos gydytojas Jus siuntė (atliko) gimdos kaklelio citologiniam tyrimui pagal valstybės finansuojamą programą? (programa vykdoma 25 – 60 metų amžiaus moterims kartą per tris metus)

| | |
|---------|----------------------------|
| a) ne | <input type="checkbox"/> 1 |
| b) taip | <input type="checkbox"/> 2 |

30. (Tik moterims) Ar Jūsų šeimos gydytojas Jus siuntė (rekomendavo tirtis) krūtų tyrimui (mammogramai) pagal valstybės finansuojamą programą? (programa vykdoma 50 – 69 metų amžiaus moterims kartą per dvejus metus)

- a) ne 1
b) taip 2

31. (Tik vyrams) Ar Jūsų šeimos gydytojas Jums tyrė (rekomendavo tirtis) PSA (prostato antigeną) pagal valstybės finansuojamą priešinės liaukos vėžio diagnostikos programą? (programa vykdoma 50 – 75 metų amžiaus vyrams kartą per dvejus metus)

- a) ne 1
b) taip 2

32. Koks Jūsų ūgis? (rašykite)cm

33. Koks Jūsų svoris? (rašykite)kg

34. Kaip vertinate savo kūno masę?

- a) normali 1
b) per didelė 2
c) per maža 3
d) nežinau 4

35. Koks Jūsų vidutinis (dažniausias) arterinis kraujo spaudimas?

- a) nežinau 1
b) mano arterinis kraujo spaudimas (rašykite)/.....mmHg 2

36. Kaip vertinate savo arterinį kraujo spaudimą?

- a) normalus 1
b) per didelis 2
c) per mažas 3
d) nežinau 4

37. Koks Jūsų bendro cholesterolio kiekis kraujyje (paskutinis tyrimas)?

- a) nežinau 1
b) mano bendro cholesterolio kiekis kraujyje (rašykite)mmol/l 2

38. Kaip vertinate savo bendro cholesterolio kiekį kraujyje?

- a) normalus 1
b) per didelis 2
c) per mažas 3
d) nežinau 4

Dėkojame už nuoširdžius atsakymus ir linkime geros sveikatos!

Procedūrų grupių atlikimo dažnio vertinimo (procentais nuo maksimalaus suminio balo) vidutinės reikšmės, sąsajos su lytimi, kvalifikacijos įgijimo būdu, įstaigos tipu pagal steigėją, urbanizacija

| Veiksny / procedūrų dažnis | Dažnos (vidurkis) | Gana dažnos (vidurkis) | Gana retos (vidurkis) | Retos (vidurkis) |
|-----------------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Lytis | | | | |
| vyrų | 69,8 | 57,4 | 40,2 | 18,1 |
| moterys | 76,1 | 59,1 | 34,8 | 12,1* |
| p reikšmė | 0,068 | 0,560 | 0,082 | 0,038 |
| Kvalifikacija | | | | |
| persikvalifikavę pediatrai | 81,1 | 63,2*** | 40,8 | 10,1**** |
| persikvalifikavę terapeutai | 73,8** | 55,5 | 34,1 | 12,6***** |
| šeimoms gydytojai po rezidentūros | 71,9** | 64,5*** | 31,9 | 17,4 |
| p reikšmė | 0,016 | 0,038 | 0,086 | 0,031 |
| Gydymo įstaigos tipas | | | | |
| valstybinėje įstaigoje | 73,1 | 55,7 | 33,0 | 11,4 |
| privačioje įstaigoje | 79,9⁺ | 65,0⁺ | 39,8 | 15,7⁺ |
| p reikšmė | 0,005 | 0,005 | 0,69 | 0,009 |
| Urbanizacija | | | | |
| apskritis centras | 74,2 | 57,0⁺⁺ | 30,7⁺⁺ | 13,7 |
| miestas | 77,4 | 57,1⁺⁺ | 37,3 | 11,1 |
| miestelis ar kaimas | 72,9 | 68,6 | 43,8 | 14,9 |
| p reikšmė | 0,183 | 0,020 | 0,002 | 0,191 |

p reikšmė gauta naudojant Mano-Vitnio kriterijų (lyginant dvi grupes) arba Kruskalo-Voliso kriterijų (lyginant daugiau nei dvi grupes).

* – SRS, palyginti su vyrais;

** – SRS, palyginti su persikvalifikavusiais pediatrais;

*** – SRS, palyginti su persikvalifikavusiais terapeutais;

**** – SRS, palyginti su šeimoms gydytojais po rezidentūros;

***** – SRS, palyginti su 2004 metų tyrimu;

⁺ – SRS, palyginti su dirbančiais valstybinėje įstaigoje;

⁺⁺ – SRS, palyginti su dirbančiais miestelyje ar kaime;

6 priedas

Procedūrų grupių atlikimo dažnio vertinimo (procentais nuo maksimalaus suminio balo) vidutinės reikšmės, sąsajos su antrinio lygio specialistų buvimu įstaigose ir slaugytojo darbu

| Veiksny / procedūrų dažnis | Dažnos (vidurkis) | Gana dažnos (vidurkis) | Gana retos (vidurkis) | Retos (vidurkis) |
|---|-------------------|------------------------|-----------------------|------------------|
| Ar klinikoje dirba antrinio lygio specialistai | | | | |
| taip | 75,1 | 55,0 | 32,8 | 12,6 |
| ne | 75,6 | 61,2* | 37,2 | 13,4 |
| p reikšmė | 0,777 | 0,013 | 0,092 | 0,414 |
| Slaugytojas dirba kartu kabinete | | | | |
| taip | 75,5 | 53,4 | 31,6 | 10,0 |
| ne | 76,2 | 68,4** | 42,4** | 17,8** |
| p reikšmė | 0,916 | <0,001 | <0,001 | <0,001 |
| Slaugytojas vizituoja namuose | | | | |
| taip | 76,3 | 59,0 | 36,5 | 13,2 |
| ne | 71,8 | 56,5 | 27,9*** | 9,8 |
| Skirtumų reikšmingumas (p) | 0,374 | 0,734 | 0,024 | 0,169 |
| Slaugytojas vykdo ligų prevenciją | | | | |
| taip | 76,2 | 58,4 | 36,5 | 13,1 |
| ne | 72,8 | 60,9 | 28,8 | 11,0 |
| p reikšmė | 0,599 | 0,639 | 0,073 | 0,389 |
| Slaugytojas dirba savarankiškai | | | | |
| taip | 78,4 | 59,7 | 37,8 | 12,2 |
| ne | 72,9**** | 58,3 | 33,2**** | 13,8 |
| p reikšmė | 0,025 | 0,707 | 0,048 | 0,373 |

p reikšmė gauta naudojant Mano-Vitnio kriterijų (lyginant dvi grupes) arba Kruskalo-Voliso kriterijų (lyginant daugiau nei dvi grupes).

* – SRS, palyginti su gydytojais, dirbančiais įstaigose, kuriose yra antrinio lygio specialistų

** – SRS, palyginti su gydytojais dirbančiais kabinete kartu su slaugytoju;

*** – SRS, palyginti su gydytojais, kurių slaugytojas vizituoja namuose;

**** – SRS, palyginti su gydytojais, kurių slaugytojas dirba savarankiškai.

Procedūrų grupių atlikimo dažnio vertinimo (procentais nuo maksimalaus suminio balo) vidutinės reikšmės koreliacija su slaugytojo trūkumu darbe, darbo stažu, darbo valandomis, prisirašiusių pacientų skaičiumi, konsultacijų per dieną skaičiumi ir profilaktine veikla

| Veiksny / procedūrų dažnis | Dažnos Koreliacijos koef. (p reikšmė) | Gana dažnos Koreliacijos koef. (p reikšmė) | Gana retos Koreliacijos koef. (p reikšmė) | Retos Koreliacijos koef. (p reikšmė) |
|--|---|--|---|--|
| Slaugytojo trūkumas darbe | 0,09 (0,220) | 0,18 (0,012)* | 0,15 (0,033)* | 0,10 (0,150) |
| Darbo stažas | 0,05 (0,479) | -0,17 (0,018)* | -0,01 (0,843) | -0,12 (0,086) |
| Darbo šeimos gydytoju stažas | 0,13 (0,076) | 0,12 (0,085) | 0,25 (<0,001)* | 0,07 (0,313) |
| Darbo valandos pagrindinėse pareigose | 0,03 (0,677) | 0,02 (0,759) | -0,04 (0,578) | -0,04 (0,560) |
| Darbo valandos antraeilėse pareigose | -0,14 (0,210) | 0,28 (0,011)* | 0,08 (0,434) | 0,04 (0,747) |
| Prisirašiusių pacientų skaičius | 0,07 (0,361) | 0,09 (0,216) | -0,05 (0,510) | 0,08 (0,278) |
| Per dieną priimamų pacientų skaičius | 0,03 (0,682) | 0,20 (0,005)* | 0,11 (0,109) | 0,11 (0,137) |
| Pasikalbėjimo apie ligų profilaktiką dažnis (suminis balas) | 0,45 (<0,001)* | 0,07 (0,329) | 0,10 (0,169) | 0,05 (0,459) |
| Patarimų keisti gyvenimą dažnis (suminis balas) | 0,42 (<0,001)* | 0,04 (0,606) | 0,07 (0,339) | 0,09 (0,191) |
| Profilaktinė veikla (nėščiujų ir vaikų iki 4 metų priežiūra, profilaktinis vaikų skiepijimas, šeimos planavimas, homeopatijos praktikavimas) (suminis balas) | 0,24 (0,001)* | 0,35 (<0,001)* | 0,35 (<0,001)* | 0,34 (<0,001)* |

* – Spirmeno koreliacija yra reikšminga (SRS).

8 priedas

Šeimos gydytojo pasikalbėjimų apie LNL rizikos veiksnių poveikį sveikatai vertinimo (procentais nuo maksimalaus suminio balo) vidutinės reikšmės, sąsajos su lytimi, kvalifikacijos įgijimo būdu, įstaigos tipu pagal steigėją, urbanizacija

| Charakteristika / reikšmė | Vidurkis | PI 95 proc. | p reikšmė |
|----------------------------------|---------------|-------------|--------------|
| Lytis | | | |
| vyrų | 84,1 | 78,0–90,3 | 0,098 |
| moterys | 89,7 | 88,0–91,5 | |
| Kvalifikacija | | | |
| persikvalifikavę pediatrai | 89,1 | 85,5–92,8 | 0,134 |
| persikvalifikavę terapeutai | 89,9 | 87,7–92,0 | |
| šeimos gydytojai po rezidentūros | 85,1 | 80,5–89,7 | |
| Gydymo įstaigos tipas | | | |
| valstybinė įstaiga | 88,1 | 86,1–90,1 | 0,032 |
| privati įstaiga | 90,8* | 87,5–94,0 | |
| Urbanizacija | | | |
| apskritis centras | 87,9** | 85,2–90,6 | 0,020 |
| miestas | 90,6 | 87,6–93,5 | |
| miestelis ar kaimas | 86,7** | 83,4–89,9 | |

p reikšmė gauta naudojant Mano-Vitnio kriterijų (lyginant dvi grupes) arba Kruskalo-Voliso kriterijų (lyginant daugiau nei dvi grupes).

* – SRS, palyginti su dirbančiais valstybinėje gydymo įstaigoje;

** – SRS, palyginti su dirbančiais mieste.

9 priedas

Šeimos gydytojo pasikalbėjimų apie LNL rizikos veiksnių poveikį sveikatai vertinimo (procentais nuo maksimalaus suminio balo) vidutinės reikšmės sąsajos su antrinio lygio specialistų buvimu įstaigose ir slaugytojo darbu

| Charakteristika / reikšmė | Vidurkis | PI 95 proc. | p reikšmė |
|--|--------------|-------------|--------------|
| Ar klinikoje dirba antrinio lygio specialistų | | | |
| taip | 91,7 | 89,4–94,1 | 0,01 |
| ne | 86,8* | 84,4–89,2 | |
| Slaugytojas dirba kartu kabinete | | | |
| taip | 90,2 | 88,0–92,4 | 0,026 |
| ne | 87,4* | 84,7–90,0 | |
| Slaugytojas vizituoja namuose | | | |
| taip | 89,5 | 87,8–91,3 | 0,285 |
| ne | 86,7 | 80,9–92,5 | |
| Slaugytojas vykdo ligų prevenciją | | | |
| taip | 89,2 | 87,4–91,0 | 0,813 |
| ne | 89,3 | 84,2–94,2 | |
| Slaugytojas dirba savarankiškai | | | |
| taip | 90,1 | 87,6–92,5 | 0,097 |
| ne | 88,3 | 86,0–90,7 | |

p reikšmė gauta naudojant Mano-Vitnio kriterijų.

* – SRS, palyginti su gydytojais, dirbančiais įstaigose, kuriose yra antrinio lygio specialistų

** – SRS, palyginti su gydytojais, dirbančiais kabinete kartu su slaugytoju.

10 priedas

Šeimos gydytojo pasikalbėjimų apie LNL rizikos veiksnių poveikį sveikatai, vertinimo (procentais nuo maksimalaus suminio balo) koreliacija su slaugytojo trūkumu darbe, darbo stažu, darbo valandomis, prisirašiusių pacientų skaičiumi, konsultacijų per dieną skaičiumi

| Veiksny / procedūrų dažnis | Korel. koef. | p reikšmė |
|---------------------------------------|--------------|--------------|
| slaugytojo trūkumas darbe | -0,014 | 0,844 |
| darbo stažas | 0,154 | 0,032 |
| darbo šeimos gydytoju stažas | -0,013 | 0,861 |
| darbo valandos pagrindinėse pareigose | 0,061 | 0,410 |
| darbo valandos antraeilėse pareigose | -0,186 | 0,112 |
| prisirašiusių pacientų skaičius | 0,038 | 0,600 |
| per dieną priimamų pacientų skaičius | 0,050 | 0,492 |

* – Spirmeno koreliacija yra reikšminga (SRS).

11 priedas

Šeimos gydytojo patarimų, kaip keisti gyvenimą, vertinimo (procentais nuo maksimalaus suminio balo) vidutinės reikšmės sąsajos su lytimi, kvalifikacijos įgijimo būdu, įstaigos tipu pagal steigėją, urbanizacija

| Charakteristika / reikšmė | Vidurkis | PI 95 proc. | p reikšmė |
|----------------------------------|-----------------|--------------------|------------------|
| Lytis | | | |
| vyrų | 86,4 | 80,0–92,9 | 0,518 |
| moterys | 89,4 | 87,6–91,2 | |
| Kvalifikacija | | | |
| persikvalifikavę pediatrai | 87,4 | 82,9–91,8 | 0,83 |
| persikvalifikavę terapeutai | 90,5 | 88,5–92,5 | |
| šeimos gydytojai po rezidentūros | 85,7 | 81,4–90,0 | |
| Gydymo įstaigos tipas | | | |
| valstybinė įstaiga | 88,4 | 86,2–90,6 | 0,358 |
| privati įstaiga | 90,1 | 87,4–92,9 | |
| Urbanizacija | | | |
| apskritis centras | 90,3 | 87,9–92,7 | 0,097 |
| miestas | 89,0 | 86,1–91,8 | |
| miestelis ar kaimas | 85,0 | 79,5–90,5 | |

p reikšmė gauta naudojant Mano-Vitnio kriterijų (lyginant dvi grupes) arba Kruskalo-Voliso kriterijų (lyginant daugiau nei dvi grupes).

12 priedas

Šeimos gydytojo patarimų, kaip keisti gyvenimą vertinimo (procentais nuo maksimalaus suminio balo) vidutinės reikšmės sąsajos su antrinio lygio specialistų buvimu įstaigose ir slaugytojo darbu

| Charakteristika / reikšmė | Vidurkis | PI 95 proc. | p reikšmė |
|--|-----------------|-------------|--------------|
| Ar klinikoje dirba antrinio lygio specialistų | | | |
| taip | 92,3 | 90,2–94,5 | 0,004 |
| ne | 87,2* | 84,9–89,5 | |
| Slaugytojas dirba kartu kabinete | | | |
| taip | 91,0 | 89,1–92,9 | 0,003 |
| ne | 85,6** | 82,1–89,2 | |
| Slaugytojas vizituoja namuose | | | |
| taip | 89,9 | 88,9–88,1 | 0,019 |
| ne | 83,1*** | 76,1–90,1 | |
| Slaugytojas vykdo ligų prevenciją | | | |
| taip | 89,2 | 87,4–91,0 | 0,736 |
| ne | 88,2 | 81,6–94,9 | |
| Slaugytojas dirba savarankiškai | | | |
| taip | 90,2 | 87,7–92,7 | 0,038 |
| ne | 87,7**** | 85,2–90,3 | |

* – SRS, palyginti su gydytojais, dirbančiais įstaigose, kuriose yra antrinio lygio specialistų

** – SRS, palyginti su gydytojais, dirbančiais kabinete kartu su slaugytoju;

*** – SRS, palyginti su gydytojais, kurių slaugytojas vizituoja namuose;

**** – SRS, palyginti su gydytojais, kurių slaugytojas dirba savarankiškai.

13 priedas

Šeimos gydytojo patarimų, kaip keisti gyvenimą vertinimo (procentais nuo maksimalaus suminio balo) koreliacija su slaugytojo trūkumu darbe, darbo stažu, darbo valandomis, prisirašiusių pacientų skaičiumi ir konsultacijų per dieną skaičiumi

| Veiksny / procedūrų dažnis | Spirmeno korel. koeficientas | p reikšmė |
|---------------------------------------|------------------------------|-----------|
| slaugytojo trūkumas darbe | -0,033 | 0,649 |
| darbo stažas | 0,125 | 0,080 |
| darbo šeimos gydytoju stažas | -0,034 | 0,643 |
| darbo valandos pagrindinėse pareigose | -0,016 | 0,824 |
| darbo valandos antraeilėse pareigose | -0,074 | 0,525 |
| prisirašiusių pacientų skaičius | 0,008 | 0,917 |
| per dieną priimamų pacientų skaičius | -0,023 | 0,752 |

14 priedas

Kai kurių, šeimos gydytojo normoje numatytų, darbų atlikimo dažnio (procentais) sąsajos su lytimi, kvalifikacijos įgijimo būdu, įstaigos tipu pagal steigėją, urbanizacija

| Charakteristika / veikla proc. | Nėščiųjų priežiūra (proc.) | Profilaktinis vaikų skiepijimas (proc.) | Vaikų iki 4 metų priežiūra (proc.) | Šeimos planavimas ir kontracepcija (proc.) | Homeopatijos praktikavimas (proc.) |
|----------------------------------|----------------------------|---|------------------------------------|--|------------------------------------|
| Lytis | | | | | |
| vyrų | 56,0 | 76,0 | 70,8 | 48,0 | 26,9 |
| moterys | 47,4 | 78,7 | 69,5 | 52,0 | 46,2 |
| p reikšmė | 0,420 | 0,756 | 0,897 | 0,270 | 0,066 |
| Kvalifikacija | | | | | |
| Persikvalifikavę pediatrai | 41,9 | 95,8* | 95,8* | 40,9 | 55,6 |
| Persikvalifikavę terapeutai | 47,9 | 67,2 | 53,8 | 33,3 | 38,7 |
| šeimos gydytojai po rezidentūros | 58,8 | 91,2* | 87,9* | 51,5 | 45,5 |
| p reikšmė | 0,329 | <0,001 | <0,001 | 0,150 | 0,146 |
| Gydymo įstaigos tipas | | | | | |
| valstybinė įstaiga | 45,9 | 75,2 | 67,4 | 36,2 | 44,4 |
| privati įstaiga | 53,8 | 83,6 | 73,1 | 40,9 | 42,9 |
| p reikšmė | 0,291 | 0,176 | 0,409 | 0,524 | 0,843 |
| Urbanizacija | | | | | |
| apskritis centras | 58,0** | 72,6 | 69,0 | 40,0 | 41,0 |
| miestas | 35,4 | 80,7 | 61,7 | 34,2 | 51,3 |
| miestelis ar kaimas | 60,0 | 86,2 | 90,0** | 46,7 | 34,5 |
| p reikšmė | 0,006 | 0,232 | 0,016 | 0,463 | 0,215 |

p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų (išvada apie porinių palyginimų reikšmingus skirtumus padaryta remiantis Bonferonio metodu).

* – SRS, palyginti su persikvalifikavusiais terapeutais;

** – SRS, palyginti su dirbančiais mieste.

Kai kurių, šeimos gydytojo normoje numatytų, darbų atlikimo dažnio (procentais) sąsajos su antrinio lygio specialistų buvimu įstaigose ir slaugytojo darbu

| Charakte-ristika / veikla proc. | Nėščiąjų priežiūra (proc.) | Profilaktinis vaikų skiepijimas (proc.) | Vaikų iki 4 metų priežiūra (proc.) | Šeimos planavimą ir kontracepcija (proc.) | Homeopatijos praktikavimas (proc.) |
|--|----------------------------|---|------------------------------------|---|------------------------------------|
| Ar klinikoje dirba antrinio lygio specialistų | | | | | |
| taip | 47,1 | 71,4 | 63,4 | 38,2 | 40,6 |
| ne | 49,2 | 82,0 | 72,5 | 37,0 | 44,5 |
| p reikšmė | 0,788 | 0,089 | 0,187 | 0,864 | 0,597 |
| Slaugytojas dirba kartu kabinete | | | | | |
| taip | 38,3 | 66,7 | 56,2 | 32,8 | 45,8 |
| ne | 65,7* | 95,5* | 88,2* | 49,3* | 40,9 |
| p reikšmė | <0,001 | <0,001 | <0,001 | 0,028 | 0,518 |
| Slaugytojas vizituoja namuose | | | | | |
| taip | 50,0 | 79,0 | 69,3 | 38,9 | 42,7 |
| ne | 34,8 | 60,9 | 56,5 | 38,1 | 54,5 |
| p reikšmė | 0,171 | 0,053 | 0,220 | 0,944 | 0,293 |
| Slaugytojas vykdo ligų prevenciją | | | | | |
| taip | 48,4 | 79,4 | 70,1 | 40,9 | 46,6 |
| ne | 46,2 | 60,0** | 52,0 | 25,0 | 28,0 |
| p reikšmė | 0,828 | 0,032 | 0,071 | 0,137 | 0,082 |
| Slaugytojas dirba savarankiškai | | | | | |
| taip | 47,4 | 82,0 | 73,0 | 44,8 | 54,1 |
| ne | 50,0 | 71,6 | 62,1 | 32,9 | 33,7*** |
| p reikšmė | 0,726 | 0,090 | 0,11 | 0,103 | 0,006 |

p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų (išvada apie porinių palyginimų reikšmingus skirtumus padaryta remiantis Bonferonio metodu).

* – SRS, palyginti su gydytojais, dirbančiais kabinete kartu su slaugytoju;

** – SRS, palyginti su gydytojais, kurių slaugytojas vykdo ligų prevenciją;

*** – SRS, palyginti su gydytojais, kurių slaugytojas dirba savarankiškai.

16 priedas

Kai kurių, šeimos gydytojo normoje numatytų, atliekamų darbų skaičiaus koreliacija su slaugytojo trūkumu darbe, darbo stažu, darbo valandomis, prisirašiusių pacientų skaičiumi, konsultacijų per dieną skaičiumi

| Veiksny | Korel. koef. | p reikšmė |
|---------------------------------------|---------------------|------------------|
| slaugytojo trūkumas darbe | 0,044 | 0,474 |
| darbo stažas | -0,181 | 0,001 |
| darbo šeimos gydytoju stažas | 0,047 | 0,421 |
| darbo valandos pagrindinėse pareigose | 0,011 | 0,855 |
| darbo valandos antraeilėse pareigose | 0,100 | 0,287 |
| prisirašiusių pacientų skaičius | 0,028 | 0,616 |
| per dieną priimamų pacientų skaičius | 0,074 | 0,193 |

* – Spirmeno koreliacija yra reikšminga.

Atsakymų, kas šeimos gydytojams patinka jų darbe, suskirstytų pagal panašumą į grupes, sąsajos su lytimi, kvalifikacijos įgijimo būdu, įstaigos tipu pagal steigėją, urbanizacija

| Charakteristika / darbe patinka | Darbo pobūdis N (proc.) | Šeimos medicinos darbo principas N (proc.) | Ligų profilaktika N (proc.) | Darbo įvairovė N (proc.) |
|----------------------------------|-------------------------------|---|--------------------------------|-----------------------------|
| Lytis | | | | |
| vyrų | 9 (75,0) | 4 (33,3) | 3 (25,0) | 2 (16,7) |
| moterys | 39 (40,6)* | 67 (69,8)* | 11 (11,5) | 14 (14,6) |
| p reikšmė | 0,024 | 0,021 | 0,358 | 1,0 |
| Kvalifikacija | | | | |
| persikvalifikavę pediatrai | 10(45,5) | 17 (77,3) | 2 (9,1) | 1 (4,5) |
| persikvalifikavę terapeutai | 31(47,0) | 41 (62,1) | 7 (10,6) | 9 (13,6) |
| šeimos gydytojai po rezidentūros | 7 (35,0) | 13 (65,0) | 5 (25,0) | 6 (30,0)** |
| p reikšmė | 0,637 | 0,430 | 0,212 | 0,062 |
| Gydymo įstaigos tipas | | | | |
| valstybinė įstaiga | 29 (41,4) | 44 (62,9) | 8 (11,4) | 7 (10,0) |
| privati įstaiga | 19 (50,0) | 27 (71,1) | 6 (15,8) | 9 (23,7) |
| p reikšmė | 0,392 | 0,391 | 0,557 | 0,056 |
| Urbanizacija | | | | |
| apskritis centras | (40,4) | 35 (67,3 _{ab}) | 9 (17,3) | 8 (15,4) |
| miestas | (47,2) | 19 (52,8) | 4 (11,1) | 7 (19,4) |
| miestelis ar kaimas | (55,6) | 15 (83,3)*** | 1 (5,6) | 0 (0,0) |
| p reikšmė | 0,516 | 0,076 | 0,439 | 0,145 |

p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų (išvada apie porinių palyginimų reikšmingus skirtumus padaryta remiantis Bonferonio metodu).

* – SRS, palyginti su vyrais;

** – SRS, palyginti su persikvalifikavusiais pediatrais;

*** – SRS, palyginti su dirbančiais mieste.

18 priedas

Atsakymų, kas šeimos gydytojams patinka jų darbe, suskirstytų pagal panašumą į grupes, sąsajos su antrinio lygio specialistų buvimu įstaigose ir slaugytojo darbu

| Charakteristika / darbe patinka | Darbo pobūdis N (proc.) | Šeimos medicinos darbo principas N (proc.) | Ligų profilaktika N (proc.) | Darbo įvairovė N (proc.) |
|--|----------------------------|---|--------------------------------|-----------------------------|
| Ar klinikoje dirba antrinio lygio specialistų | | | | |
| taip | 17 (45,9) | 21 (56,8) | 7 (18,9) | 6 (16,2) |
| ne | 30 (45,5) | 46 (69,7) | 7 (10,6) | 10 (15,2) |
| p reikšmė | 0,962 | 0,186 | 0,238 | 0,886 |
| Slaugytojas dirba kartu kabinete | | | | |
| taip | 25 (41,7) | 38 (63,3) | 5 (8,3) | 6 (10,0) |
| ne | 21 (51,2) | 27 (65,9) | 7 (17,1) | 8 (19,5) |
| p reikšmė | 0,344 | 0,795 | 0,219 | 0,174 |
| Slaugytojas vizituoja namuose | | | | |
| taip | 41 (45,1) | 56 (61,5) | 12 (13,2) | 14 (15,4) |
| ne | 5 (50,0) | 9 (90,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| p reikšmė | 1,0 | 0,092 | 0,360 | 0,349 |
| Slaugytojas vykdo ligų prevenciją | | | | |
| taip | 42 (47,2) | 55 (61,8) | 11 (12,4) | 13 (14,6) |
| ne | 4 (33,3) | 10 (83,3) | 1 (8,3) | 1 (8,3) |
| p reikšmė | 0,366 | 0,204 | 1,0 | 0,695 |
| Slaugytojas dirba savarankiškai | | | | |
| taip | 25 (49,0) | 30 (58,8) | 2 (3,9) | 7 (13,7) |
| ne | 21(42,9) | 34 (69,4) | 10 (20,4)* | 7 (14,3) |
| p reikšmė | 0,537 | 0,271 | 0,011 | 0,936 |

p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų.

* – SRS, palyginti su gydytojais, kurių slaugytojai dirba savarankiškai.

Atsakymų, kas šeimos gydytojams patinka jų darbe, suskirstytų pagal panašumą į grupes, sąsajos su gydytojų darbo stažu, darbo valandomis, pacientų skaičiumi, profilaktine veikla

| Charakteristika / darbe patinka | Darbo pobūdis | Šeimos medicinos darbo principas | Ligų profilaktika | Darbo įvairovė |
|--|---------------|----------------------------------|-------------------|----------------|
| Bendras gydytojų stažas (vidurkis) | | | | |
| išsakiusių grupėje | 28,0 | 24,6 | 23,8 | 18,6 |
| neišsakiusių grupėje | 23,8* | 27,7 | 26,0 | 27,0 |
| p reikšmė | 0,05 | 0,064 | 0,554 | 0,005 |
| Stažas dirbant šeimos gydytoju (vidurkis) | | | | |
| išsakiusių grupėje | 11,7 | 10,5 | 10,3 | 9,8 |
| neišsakiusių grupėje | 10,5 | 12,1 | 11,2 | 11,3 |
| p reikšmė | 0,185 | 0,122 | 0,594 | 0,145 |
| Darbo valandos pagrindinėse pareigose (vidurkis) | | | | |
| išsakiusių grupėje | 34,5 | 32,8 | 31,8 | 32,6 |
| neišsakiusių grupėje | 33,2 | 35,6 | 34,0 | 33,9 |
| p reikšmė | 0,366 | 0,354 | 0,160 | 0,662 |
| Darbo valandos antraeilėse pareigose (vidurkis) | | | | |
| išsakiusių grupėje | 15,0 | 14,3 | 15,3 | 17,4 |
| neišsakiusių grupėje | 15,4 | 16,6 | 15,2 | 14,7 |
| p reikšmė | 0,890 | 0,332 | 0,904 | 0,378 |
| Prisirašiusių pacientų skaičius (vidurkis) | | | | |
| išsakiusių grupėje | 1501,1 | 1621,6 | 1474,4 | 1593,8 |
| neišsakiusių grupėje | 1552,4 | 1358,6 | 1537,4 | 1516,7 |
| p reikšmė | 0,650 | 0,063 | 0,914 | 0,304 |
| Priimamų pacientų per dieną skaičius (vidurkis) | | | | |
| išsakiusių grupėje | 27,5 | 27,4 | 25,9 | 29,3 |
| neišsakiusių grupėje | 27,5 | 27,7 | 27,7 | 27,2 |
| p reikšmė | 0,633 | 0,900 | 0,546 | 0,338 |
| Procedūrų atlikimo procentas (vidurkis) | | | | |
| išsakiusių grupėje | 43,8 | 45,4 | 46,7 | 49,6 |
| neišsakiusių grupėje | 44,4 | 41,8 | 43,7 | 43,1 |
| p reikšmė | 0,795 | 0,176 | 0,419 | 0,065 |
| Pasikalbėjimų profilaktikos tema procentas (vidurkis) | | | | |
| išsakiusių grupėje | 89,0 | 88,7 | 87,0 | 86,9 |
| neišsakiusių grupėje | 89,1 | 89,7 | 89,3 | 89,4 |
| p reikšmė | 0,954 | 0,504 | 0,369 | 0,240 |
| Patarimų keisti gyvenimą procentas (vidurkis) | | | | |
| išsakiusių grupėje | 88,5 | 86,4 | 84,3 | 89,6 |
| neišsakiusių grupėje | 88,5 | 92,3 | 89,1 | 88,3 |
| p reikšmė | 0,750 | 0,063 | 0,105 | 0,437 |

p reikšmė gauta naudojant Mano-Vinio kriterijų.

* – SRS, palyginti su išsakiusiais, kad patinka pats darbo pobūdis.

20 priedas

Atsakymų, kas trukdo šeimos gydytojų darbui, suskirstytų pagal panašumą į grupes, sąsajos su lytimi, kvalifikacijos įgijimo būdu, įstaigos tipu pagal steigėją, urbanizacija

| Charakteristika / darbui trukdo | Darbo krūvis N (proc.) | Dokumentų pildymas N (proc.) | Pacientų savybės N (proc.) | Darbo sąlygos N (proc.) | Profesijos žeminimas N (proc.) |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| Lytis | | | | | |
| vyrų | 5 (35,7) | 8 (57,1) | 0 (0,0) | 4 (28,6) | 4 (28,6) |
| moterys | 48 (39,0) | 104 (84,6)* | 6 (4,9) | 24 (19,5) | 11 (8,9) |
| p reikšmė | 0,810 | 0,022 | 1,0 | 0,484 | 0,049 |
| Kvalifikacija | | | | | |
| persikvalifikavę pediatrai | 10(32,3) ** | 28 (90,3)** | 0 (0,0) | 4 (12,9) | 3 (9,7) |
| persikvalifikavę terapeutai | 27(34,2) ** | 68 (86,1)** | 4 (5,1) | 18 (22,8) | 8 (10,1) |
| šeimos gydytojai po rezidentūros | 16(59,3) | 16 (59,3) | 2 (7,4) | 6 (22,2) | 4 (14,8) |
| p reikšmė | 0,049 | 0,003 | 0,390 | 0,496 | 0,810 |
| Gydymo įstaigos tipas | | | | | |
| valstybinė įstaiga | 35 (38,5) | 74 (81,3) | 5 (5,5) | 18 (19,8) | 8 (8,8) |
| privati įstaiga | 18 (40,0) | 38 (84,4) | 1 (2,2) | 9 (20,0) | 6 (13,3) |
| p reikšmė | 0,863 | 0,653 | 0,663 | 0,976 | 0,549 |
| Urbanizacija | | | | | |
| apskritis centras | 22 (34,9) | 51 (81,0) | 5 (7,9) | 16 (25,4) | 9 (14,3) |
| miestas | 21 (39,6) | 42 (79,2) | 1 (1,9) | 8 (15,1) | 2 (3,8) |
| miestelis ar kaimas | 8 (42,1) | 17 (89,5) | 0 (0,0) | 4 (21,1) | 4 (21,1)*** |
| p reikšmė | 0,800 | 0,606 | 0,167 | 0,395 | 0,066 |

p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų (išvada apie porinių palyginimų reikšmingus skirtumus padaryta remiantis Bonferonio metodu).

* – SRS, palyginti su vyrais;

** – SRS, palyginti su šeimos gydytojais po rezidentūros;

*** – SRS, palyginti su dirbančiais mieste.

Atsakymų, kas trukdo šeimos gydytojų darbui, suskirstytų pagal panašumą į grupes, sąsajos su antrinio lygio specialistų buvimu įstaigose ir slaugytojo darbu

| Charakteristika / darbui trukdo | Darbo krūvis N (proc.) | Dokumentų pildymas N (proc.) | Pacientų savybės N (proc.) | Darbo sąlygos N (proc.) | Profesijos žeminimas N (proc.) |
|--|------------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| Ar klinikoje dirba antrinio lygio specialistų | | | | | |
| taip | 17 (37,8) | 33 (73,3) | 1 (2,2) | 8 (17,8) | 4 (8,9) |
| ne | 34 (39,5) | 73 (84,9) | 4 (4,7) | 18 (20,9) | 10 (11,6) |
| p reikšmė | 0,845 | 0,110 | 0,660 | 0,667 | 0,770 |
| Slaugytojas dirba kartu kabinete | | | | | |
| taip | 32 (37,6) | 71 (83,5) | 5 (5,9) | 14 (16,5) | 4 (4,7) |
| ne | 19 (42,2) | 37 (82,2) | 1 (2,2) | 12 (26,7) | 9 (20,0)** |
| p reikšmė | 0,611 | 0,850 | 0,429 | 0,167 | 0,011 |
| Slaugytojas vizituoja namuose | | | | | |
| taip | 43 (37,7) | 96 (84,2) | 5 (4,4) | 23 (20,2) | 11 (9,6) |
| ne | 8 (50,0) | 12 (75,0) | 1 (6,3) | 3 (18,8) | 2 (12,5) |
| p reikšmė | 0,346 | 0,473 | 1,000 | 1,000 | 1,000 |
| Slaugytojas vykdo ligų prevenciją | | | | | |
| taip | 44 (38,9) | 92 (81,4) | 6 (5,3) | 23 (20,4) | 11 (9,7) |
| ne | 7 (41,2) | 16 (94,1) | 0 (0,0) | 3 (17,6) | 2 (11,8) |
| p reikšmė | 0,860 | 0,303 | 0,600 | 1,000 | 1,000 |
| Slaugytojas dirba savarankiškai | | | | | |
| taip | 17 (26,2) | 56 (86,2) | 4 (6,2) | 12 (18,5) | 7 (10,8) |
| ne | 34 (53,1)* | 51 (79,7) | 2 (3,1) | 14 (21,9) | 6 (9,4) |
| p reikšmė | 0,002 | 0,329 | 0,680 | 0,629 | 0,793 |

p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų.

* – SRS, palyginti su gydytojais, kurių slaugytojas dirba kartu kabinete;

** – SRS, palyginti su gydytojais, kurių slaugytojas dirba savarankiškai.

22 priedas

Atsakymų, kas trukdo šeimos gydytojų darbui, suskirstytų pagal panašumą į grupes, sąsajos su gydytojų darbo stažu, darbo valandomis, pacientų skaičiumi, profilaktine veikla

| Charakteristika / darbu trukdo | Darbo krūvis | Dokumentų pildymas | Pacientų savybės | Darbo sąlygos | Profesijos žeminimas |
|--|--------------|--------------------|------------------|---------------|----------------------|
| Bendras gydytojų stažas (vidurkis) | | | | | |
| išsakiusių grupėje | 22,5 | 27,0 | 25,0 | 24,4 | 22,5 |
| neišsakiusių grupėje | 27,3* | 18,5** | 25,5 | 25,7 | 25,8 |
| p reikšmė | 0,011 | 0,006 | 0,958 | 0,338 | 0,265 |
| Stažas dirbant šeimos gydytoju (vidurkis) | | | | | |
| išsakiusių grupėje | 10,3 | 10,6 | 12,3 | 10,9 | 11,8 |
| neišsakiusių grupėje | 10,2 | 8,3** | 10,1 | 10,0 | 10,0 |
| p reikšmė | 0,305 | 0,003 | 0,140 | 0,134 | 0,070 |
| Darbo valandos pagrindinėse pareigose (vidurkis) | | | | | |
| išsakiusių grupėje | 36,0 | 33,7 | 38,8 | 33,0 | 33,0 |
| neišsakiusių grupėje | 32,3 | 32,9 | 33,4 | 33,8 | 33,7 |
| p reikšmė | 0,284 | 0,166 | 0,401 | 0,213 | 0,434 |
| Darbo valandos antraeilėse pareigose (vidurkis) | | | | | |
| išsakiusių grupėje | 16,7 | 14,0 | 19,8 | 15,8 | 15,3 |
| neišsakiusių grupėje | 12,9 | 15,5 | 14,2 | 14,0 | 14,3 |
| p reikšmė | 0,072 | 0,647 | 0,323 | 0,511 | 0,885 |
| Prisirašiusių pacientų skaičius (vidurkis) | | | | | |
| išsakiusių grupėje | 1528,9 | 1565,2 | 1511,0 | 1387,1 | 1221,0 |
| neišsakiusių grupėje | 1499,9 | 1277,4** | 1510,7 | 1539,6 | 1547,8 |
| p reikšmė | 0,551 | 0,027 | 0,979 | 0,237 | 0,024 |
| Priimamų pacientų per dieną skaičius (vidurkis) | | | | | |
| išsakiusių grupėje | 27,5 | 27,8 | 26,8 | 24,0 | 24,7 |
| neišsakiusių grupėje | 27,0 | 24,4 | 27,2 | 27,9 | 27,5 |
| p reikšmė | 0,767 | 0,089 | 0,970 | 0,147 | 0,338 |
| Procedūrų atlikimo procentas (vidurkis) | | | | | |
| išsakiusių grupėje | 43,1 | 43,9 | 43,8 | 44,3 | 46,8 |
| neišsakiusių grupėje | 43,7 | 41,8 | 43,5 | 43,3 | 43,1 |
| p reikšmė | 0,813 | 0,485 | 0,958 | 0,664 | 0,314 |
| Pasikalbėjimų profilaktikos tema procentas (vidurkis) | | | | | |
| išsakiusių grupėje | 89,1 | 90,3 | 88,9 | 88,4 | 86,1 |
| neišsakiusių grupėje | 89,0 | 82,2** | 89,0 | 89,2 | 89,4 |
| p reikšmė | 0,936 | 0,001 | 0,592 | 0,683 | 0,099 |
| Patarimų keisti gyvenimą procentas (vidurkis) | | | | | |
| išsakiusių grupėje | 88,2 | 89,2 | 87,5 | 86,2 | 85,3 |
| neišsakiusių grupėje | 88,8 | 85,3 | 88,6 | 89,1 | 89,0 |
| p reikšmė | 0,517 | 0,086 | 0,819 | 0,883 | 0,635 |

p reikšmė gauta naudojant Mano-Vitnio kriterijų.

* – SRS, palyginti su išsakiusiais, kad darbui trukdo darbo krūvis;

** – SRS, palyginti su išsakiusiais, kad darbui trukdo dokumentų pildymas.

Pasiūlymų, kaip reiktų gerinti šeimos gydytojo darbą, suskirstytų pagal panašumą į grupes, sąsajos su lytimi, kvalifikacijos įgijimo būdu, įstaigos tipu pagal steigėją, urbanizacija

| Charakteristika / darbui pagerinti reiktų | Gerinti darbo sąlygas N (proc.) | Didinti pagalbą šeimos gydytojui N (proc.) | Didinti pacientų atsakomybę N (proc.) | Mažinti biurokratizmą N (proc.) |
|---|------------------------------------|---|--|------------------------------------|
| Lytis | | | | |
| vyrų | 11 (73,3) | 5 (33,3) | 3 (20,0) | 6 (40,0) |
| moterys | 68 (67,3) | 34 (33,7) | 6 (5,9) | 46 (45,5) |
| p reikšmė | 0,641 | 0,980 | 0,058 | 0,687 |
| Kvalifikacija | | | | |
| persikvalifikavę pediatrai | 14 (56,0) | 8 (32,0) | 3 (12,0) | 12 (48,0) |
| persikvalifikavę terapeutai | 49 (70,0) | 23 (32,9) | 5 (7,1) | 34 (48,6) |
| šeimos gydytojai po rezidentūros | 17 (77,3) | 8 (36,4) | 1 (4,5) | 6 (27,3) |
| p reikšmė | 0,264 | 0,943 | 0,702 | 0,198 |
| Gydymo įstaigos tipas | | | | |
| valstybinė įstaiga | 46 (60,5) | 26 (34,2) | 7 (9,2) | 33 (43,4) |
| privati įstaiga | 33 (82,5)* | 13 (32,5) | 1 (2,5) | 19 (47,5) |
| p reikšmė | 0,016 | 0,853 | 0,175 | 0,675 |
| Urbanizacija | | | | |
| apskritis centras | 43 (76,8) | 16 (28,6) | 3 (5,4) | 23 (41,1) |
| miestas | 27 (62,8) | 15 (34,9) | 5 (11,6) | 20 (46,5) |
| miestelis ar kaimas | 10 (58,8) | 7 (41,2) | 1 (5,9) | 9 (52,9) |
| p reikšmė | 0,204 | 0,583 | 0,525 | 0,663 |

p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų.

*– SRS, palyginti su dirbančiais valstybinėje įstaigoje.

Pasiūlymų, kaip reiktų pagerinti šeimos gydytojo darbą, suskirstytų pagal panašumą į grupes, sąsajos su antrinio lygio specialistų buvimu įstaigose ir slaugytojo darbu

| Charakteristika / darbui pagerinti reiktų | Gerinti darbo sąlygas N (proc.) | Didinti pagalbą šeimos gydytojui N (proc.) | Didinti pacientų atsakomybę N (proc.) | Mažinti biurokratizmą N (proc.) |
|--|--|--|--|---------------------------------------|
| Ar klinikoje dirba antrinio lygio specialistų | | | | |
| taip | 29 (74,4) | 12 (30,8) | 2 (5,1) | 16 (41,0) |
| ne | 50 (65,8) | 26 (34,2) | 6 (7,9) | 35 (46,1) |
| p reikšmė | 0,348 | 0,710 | 0,581 | 0,607 |
| Slaugytojas dirba kartu kabinete | | | | |
| taip | 42 (62,7) | 21 (31,3) | 6 (9,0) | 27 (40,3) |
| ne | 32 (74,4) | 16 (37,2) | 3 (7,0) | 24 (55,8) |
| p reikšmė | 0,201 | 0,525 | 0,712 | 0,111 |
| Slaugytojas vizituoja namuose | | | | |
| taip | 64 (66,0) | 31 (32,0) | 9 (9,3) | 46 (47,4) |
| ne | 10 (76,9) | 6 (46,2) | 0 (0,0) | 5 (38,5) |
| p reikšmė | 0,430 | 0,309 | 0,252 | 0,543 |
| Slaugytojas vykdo ligų prevenciją | | | | |
| taip | 67 (68,4) | 31 (31,6) | 9 (9,2) | 45 (45,9) |
| ne | 7 (58,3) | 6 (50,0) | 0 (0,0) | 6 (50,0) |
| p reikšmė | 0,484 | 0,204 | 0,273 | 0,789 |
| Slaugytojas dirba savarankiškai | | | | |
| taip | 29 (52,7) | 18 (32,7) | 6 (10,9) | 28 (50,9) |
| ne | 44 (81,5)* | 19 (35,2) | 3 (5,6) | 23 (42,6) |
| p reikšmė | 0,001 | 0,786 | 0,489 | 0,384 |

p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų.

* – SRS, palyginti su gydytojais, kurių slaugytojas dirba savarankiškai.

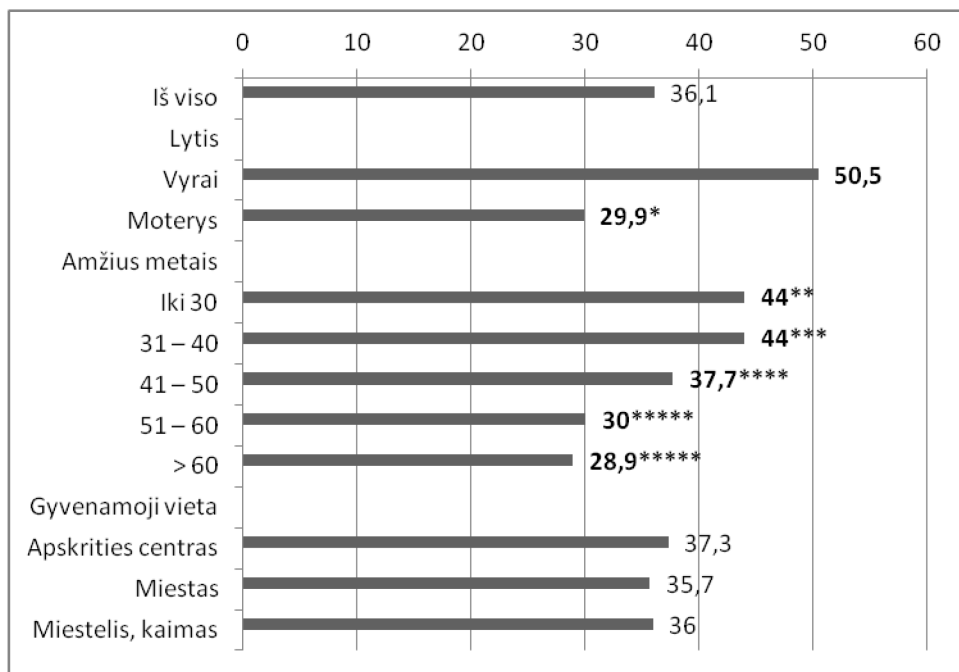
Pasiūlymų, kaip reiktų gerinti šeimos gydytojo darbą, suskirstytų pagal panašumą į grupes, sąsajos su gydytojų darbo stažu, darbo valandomis, pacientų skaičiumi, profilaktine veikla

| Charakteristika / darbui pagerinti reiktų | Gerinti darbo sąlygas | Didinti pagalbą šeimos gydytojui | Didinti pacientų atsakomybę | Mažinti biurokratizmą |
|--|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Bendras gydytojų stažas (vidurkis) | | | | |
| išsakiusių grupėje | 25,5 | 24,9 | 27,4 | 27,0 |
| neišsakiusių grupėje | 26,5 | 26,3 | 25,7 | 24,9 |
| p reikšmė | 0,727 | 0,514 | 0,699 | 0,494 |
| Stażas dirbant šeimos gydytoju (vidurkis) | | | | |
| išsakiusių grupėje | 10,4 | 10,4 | 12,6 | 11,0 |
| neišsakiusių grupėje | 10,4 | 10,4 | 10,2* | 9,9 |
| p reikšmė | 0,745 | 0,923 | 0,032 | 0,075 |
| Darbo valandos pagrindinėse pareigose (vidurkis) | | | | |
| išsakiusių grupėje | 34,8 | 33,3 | 39,3 | 36,3 |
| neišsakiusių grupėje | 34,7 | 35,6 | 34,4 | 33,6 |
| p reikšmė | 0,883 | 0,208 | 0,491 | 0,080 |
| Darbo valandos antraeilėse pareigose (vidurkis) | | | | |
| išsakiusių grupėje | 13,8 | 14,5 | 19,2 | 15,5 |
| neišsakiusių grupėje | 17,3 | 15,1 | 14,4 | 14,5 |
| p reikšmė | 0,167 | 0,743 | 0,298 | 0,453 |
| Prisirašiusių pacientų skaičius (vidurkis) | | | | |
| išsakiusių grupėje | 1501,5 | 1542,5 | 1363,2 | 1543,6 |
| neišsakiusių grupėje | 1640,4 | 1548,0 | 1562,1 | 1548,1 |
| p reikšmė | 0,200 | 0,930 | 0,474 | 0,943 |
| Priimamų pacientų per dieną skaičius (vidurkis) | | | | |
| išsakiusių grupėje | 26,7 | 29,9 | 26,4 | 28,0 |
| neišsakiusių grupėje | 29,9 | 26,7 | 27,8 | 27,5 |
| p reikšmė | 0,118 | 0,158 | 0,797 | 0,545 |
| Procedūrų atlikimo procentas (vidurkis) | | | | |
| išsakiusių grupėje | 43,4 | 44,2 | 43,5 | 46,4 |
| neišsakiusių grupėje | 45,7 | 44,1 | 44,2 | 42,3 |
| p reikšmė | 0,378 | 0,959 | 0,890 | 0,090 |
| Pasikalbėjimų profilaktikos tema procentas (vidurkis) | | | | |
| išsakiusių grupėje | 87,6 | 85,8 | 89,6 | 90,2 |
| neišsakiusių grupėje | 90,5 | 90,0** | 88,5 | 87,0 |
| p reikšmė | 0,566 | 0,041 | 0,591 | 0,225 |
| Patarimų keisti gyvenimą procentas (vidurkis) | | | | |
| išsakiusių grupėje | 86,7 | 83,8 | 78,5 | 88,8 |
| neišsakiusių grupėje | 90,2 | 90,0 | 88,7 | 87,0 |
| p reikšmė | 0,180 | 0,193 | 0,134 | 0,947 |

p reikšmė gauta naudojant Mano-Vitnio kriterijų.

* – SRS, palyginti su sakiusiais, kad reiktų didinti pacientų atsakomybę;

** – SRS, palyginti su sakiusiais, kad reiktų didinti pagalbą šeimos gydytojui



p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų (išvada apie porinių palyginimų reikšmingus skirtumus padaryta remiantis Bonferonio metodu).

* – SRS, palyginti su vyrais;

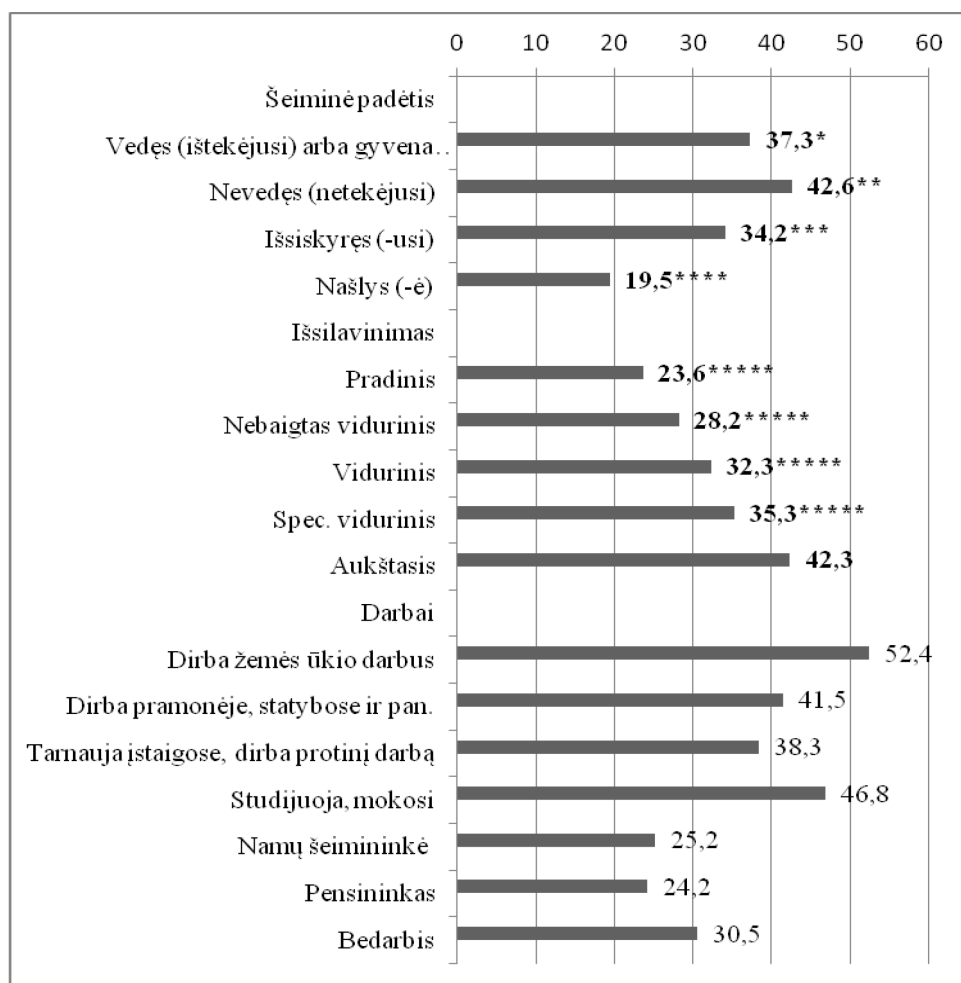
** – SRS, palyginti su 51–60 ir >60 metų amžiaus grupėmis;

*** – SRS, palyginti su 41–50, 51–60 ir >60 metų amžiaus grupėmis;

**** – SRS, palyginti su 31–40, 51–60 ir >60 metų amžiaus grupėmis;

***** – SRS, palyginti su iki 30, 31–40 ir 41–50 metų amžiaus grupėmis.

Rizikingai alkoholi vartojančių skaičius ir sąsajos su apklaustųjų lytimi, amžiaus grupėmis, gyvenamosios vietos urbanizacija (proc.)



p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų (išvada apie porinių palyginimų reikšmingus skirtumus padaryta remiantis Bonferonio metodu).

* – SRS, palyginti su našliais;

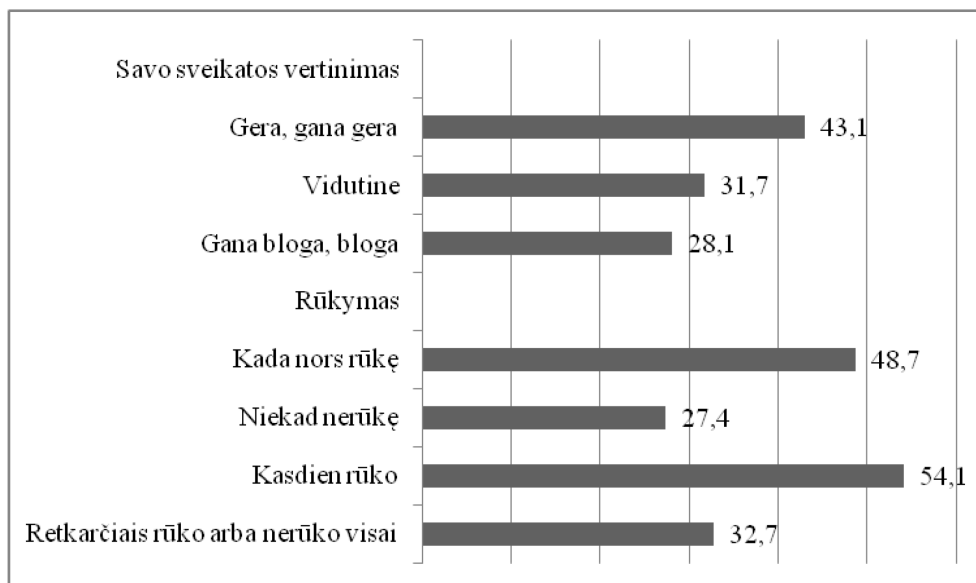
** – SRS, palyginti su išsiskyrusiais ir našliais;

*** – SRS, palyginti su nevedusiais ir našliais;

**** – SRS, palyginti su vedusiais arba gyvenančiais nesusituokus, nevedusiais ir išsiskyrusiais;

***** – SRS, palyginti su turinčiais aukštąjį išsilavinimą.

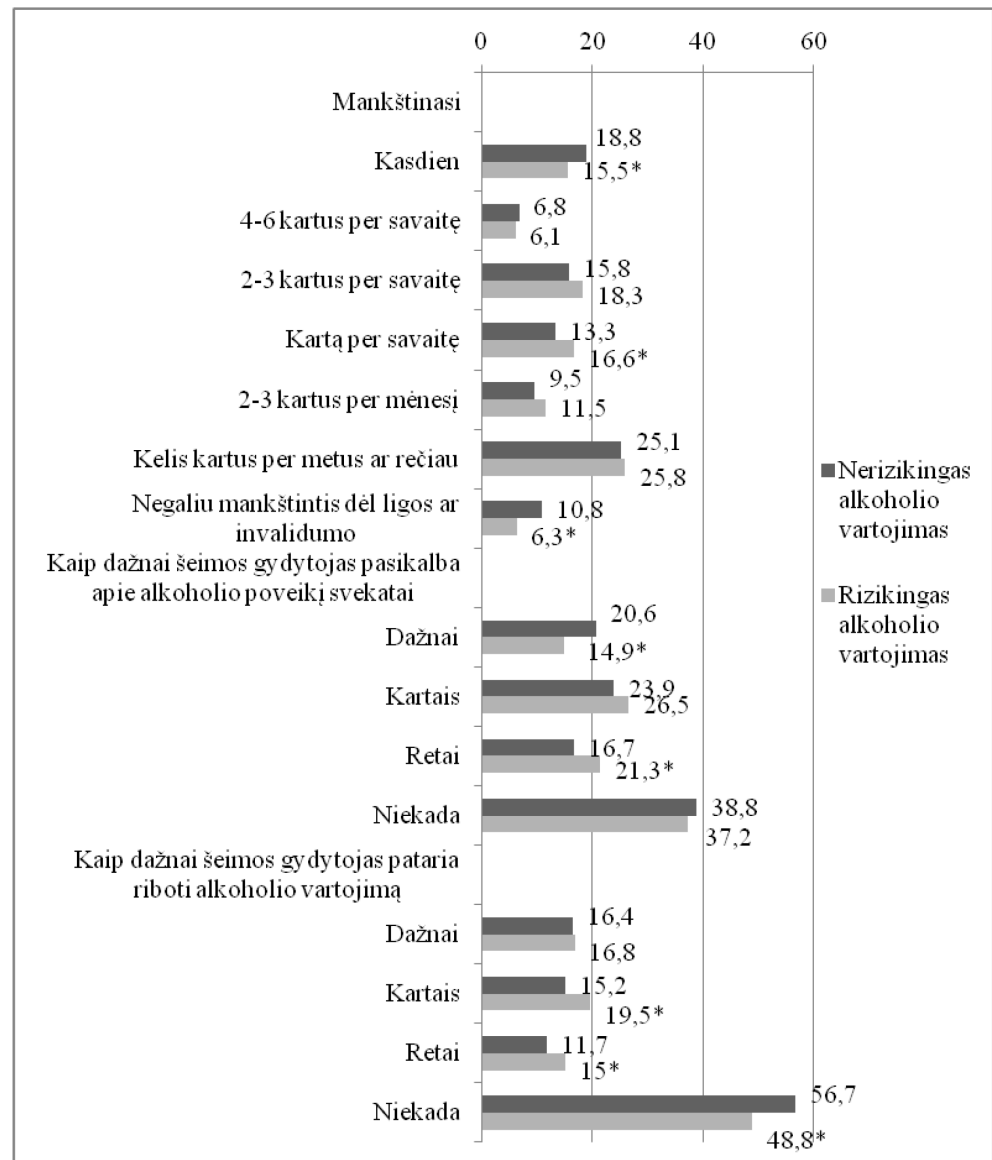
Rizikingai alkoholį vartojančių sąsajos su apklaustųjų šeimine padėtimi, išsilavinimu, darbo pobūdžiu (proc.)



p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų (išvada apie porinių palyginimų reikšmingus skirtumus padaryta remiantis Bonferonio metodu).

- * – SRS, palyginti su gerai ir gana gerai vertinančiais savo sveikatą;
- ** – SRS, palyginti su kada nors rūkusiomis ir kasdien rūkančiais;
- *** – SRS, palyginti su kasdien rūkančiais.

Rizikingai alkoholi vartojančių sąsajos su apklaustųjų savo sveikatos vertinimu ir rūkymu (proc.)



* $p < 0,05$ (p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų).

Rizikingai ir nerizikingai alkoholį vartojančių sąsajos su apklaustųjų fiziniu aktyvumu, šeimos gydytojo pasikalbėjimais apie alkoholio poveikį sveikatai, šeimos gydytojo patarimais riboti alkoholio vartojimą (proc.)

Pacientų mitybos sąsajos su pacientų lytimi, amžiaus grupėmis, gyvenamąja vieta, išsilavinimu, darbo pobūdžiu

| | Klasteriui priskirtų pacientų skaičius N (proc.) | | | | |
|--|--|---------------------|-------------------|----------------------|------------------------|
| | gera | gana gera | vidutinė | gana bloga | bloga |
| Lytis | | | | | |
| vyras | 19 (3,6) | 60 (11,3) | 151 (28,5) | 152 (28,7) | 148 (27,9) |
| moteris | 122 (9,5)* | 242 (18,9)* | 444 (34,7)* | 278 (21,7)* | 194 (15,2)* |
| p reikšmė | <0,001 | | | | |
| Amžius metais | | | | | |
| Iki 30 | 19 (6,4) | 43 (14,5) | 105 (35,5) | 71 (24,0) | 58 (19,6) |
| 31–40 | 31 (8,5) | 64 (17,5) | 108 (29,6) | 92 (25,2) | 70 (19,2) |
| 41–50 | 34 (7,7) | 71 (16,1) | 143 (32,4) | 107 (24,3) | 86 (19,5) |
| 51–60 | 34 (8,2) | 75 (18,2) | 147 (35,6) | 94 (22,8) | 63 (15,3) |
| > 60 | 22 (7,7) | 49 (17,1) | 86 (30,1) | 66 (23,1) | 63 (22,0) |
| p reikšmė | 0,791 | | | | |
| Gyvenamoji vieta | | | | | |
| apskr. cen. | 42 (7,0) | 104 (17,2) | 205 (33,9) | 132 (21,9) | 121 (20,0) |
| miestas | 36 (7,3) | 89 (18,1) | 174 (35,3) | 113 (22,9) | 81 (16,4) |
| miestelis ar kaimas | 60 (8,7) | 104 (15,1) | 208 (30,1) | 179 (25,9) | 139 (20,1) |
| p reikšmė | 0,215 | | | | |
| Išsilavinimas | | | | | |
| pradinis | 5 (10,6) | 7 (14,9) | 9 (19,1)** | 14 (29,8) | 12 (25,5) |
| nebaigtas vidurinis | 4 (5,3) | 11 (14,5) | 20 (26,3) | 25 (32,9) | 16 (21,1) |
| vidurinis | 17 (4,9) | 44 (12,8) | 131 (38,0) | 72 (20,9)*** | 81 (23,5) |
| spec. vid. | 56 (8,0) | 112 (16,0) | 223 (31,9) | 173 (24,8) | 134 (19,2) |
| aukštasis | 59 (9,4)** | 126 (20,0)** | 206 (32,7) | 142 (22,5)*** | 97 (15,4)** |
| p reikšmė | 0,003 | | | | |
| Dirba pramonėje, statybose ir pan. | | | | | |
| taip | 6 (2,7) | 29 (12,9) | 73 (32,4) | 58 (25,8) | 59 (26,2) |
| ne | 136 (8,6)**** | 273 (17,2) | 523 (32,9) | 373 (23,5) | 284 (17,9)**** |
| p reikšmė | 0,001 | | | | |
| Tarnauja įstaigoje, dirba protinį darbą | | | | | |
| taip | 96 (9,4) | 177 (17,4) | 343 (33,7) | 237 (23,3) | 166 (16,3) |
| ne | 46 (5,8)***** | 125 (15,8) | 253 (31,9) | 194 (24,5) | 174 (22,0)***** |
| p reikšmė | 0,002 | | | | |

p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų (išvada apie porinių palyginimų reikšmingus skirtumus padaryta remiantis Bonferonio metodu).

* – SRS, palyginti su vyrais;

** – SRS, palyginti su vidurinio išsilavinimo;

*** – SRS, palyginti su nebaigto vidurinio išsilavinimo;

**** – SRS, palyginti su dirbančiais pramonėje, statybose;

***** – SRS, palyginti su tarnaujančiais įstaigoje, dirbančiais protinį darbą.

Pacientų mitybos sąsajos su jų sergamumu, rūkymu, rizikingu alkoholio vartojimu, fiziniu aktyvumu

| | Klasteriui priskirtų pacientų skaičius N (proc.) | | | | |
|--|--|----------------------|-------------------------------|---------------------|--------------------------------|
| | gera | gana gera | vidutinė | gana bloga | bloga |
| Nurodė, kad | | | | | |
| neserga | 61 (7,1) | 122 (14,3) | 289 (33,8) | 202 (23,6) | 182 (21,3) |
| serga | 77 (8,5) | 171 (18,8)* | 286 (31,4) | 222 (24,4) | 155 (17,0)* |
| p reikšmė | 0,022 | | | | |
| Niekada nerūkė | 107 (10,1) | 201 (18,9) | 351 (33,0) | 231 (21,7) | 174 (16,4) |
| Kada nors rūkė | 35 (4,7)** | 99 (13,3)** | 245 (32,8) | 199 (26,6)** | 169 (22,6)** |
| p reikšmė | <0,001 | | | | |
| Rūko | | | | | |
| kasdien | 9 (3,1) | 36 (12,2) | 93 (31,6) | 79 (26,9) | 77 (26,2) |
| retkarčiais | 10 (6,3) | 22 (13,8) | 48 (30,0) | 45 (28,1) | 35 (21,9) |
| visai nerūko | 122 (9,1)*** | 243 (18,0)*** | 448 (33,2) | 305 (22,6) | 230 (17,1)*** |
| p reikšmė | <0,001 | | | | |
| Rizikingas alkoholio vartojimas (AUDIT - C) | | | | | |
| nera | 107 (9,7) | 190 (17,3) | 379 (34,5) | 248 (22,6) | 175 (15,9) |
| yra | 31 (4,5)⁺ | 107 (15,5) | 206 (29,9)⁺ | 181 (26,3) | 164 (23,8)⁺ |
| p reikšmė | <0,001 | | | | |
| Mankštinasi | | | | | |
| kasdien | 23 (8,5) | 58 (21,3) | 92 (33,8) | 56 (20,6) | 43 (15,8)⁺⁺⁺ |
| 4–6 kartus per savaitę | 14 (11,5) | 17 (13,9) | 34 (27,9) | 34 (27,9) | 23 (18,9) |
| 2–3 kartus per savaitę | 31 (9,7) | 58 (18,1) | 113 (35,2) | 77 (24,0) | 42 (13,1)⁺⁺⁺ |
| kartą per savaitę | 26 (9,5) | 42 (15,4) | 90 (33,0) | 72 (26,4) | 43 (15,8)⁺⁺⁺ |
| 2–3 kartus per mėnesį | 12 (6,2) | 30 (15,4) | 71 (36,4) | 37 (19,0) | 45 (23,1) |
| Kelis kartus per metus ar rečiau | 30 (6,3)⁺⁺ | 77 (16,0) | 144 (30,0) | 114 (23,8) | 115 (24,0) |
| p reikšmė | 0,014 | | | | |

p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų (išvada apie porinių palyginimų reikšmingus skirtumus padaryta remiantis Bonferonio metodu).

* – SRS, palyginti su nurodžiusiais, kad neserga;

** – SRS, palyginti su nurodžiusiais, kad niekada nerūkė;

*** – SRS, palyginti su nurodžiusiais, kad rūko kasdien;

⁺ – SRS, palyginti su nurodžiusiais, kad alkoholį vartoja nerizikingai (pagal AUDIT – C);

⁺⁺ – SRS, palyginti su nurodžiusiais, kad mankštinasi 4–6 kartus per savaitę;

⁺⁺⁺ – SRS, palyginti su nurodžiusiais, kad mankštinasi 2–3 kartus per mėnesį ir kelis kartus per metus ar rečiau.

Pacientų mitybos sąsajos su jų nuomone apie mitybos svarbą sveikatai, antsvorio įtaką jai, kaip dažnai šeimos gydytojas pasikalba apie mitybos poveikį sveikatai, pataria sveikai maitintis, KMI

| | Klasteriui priskirtų pacientų skaičius N (proc.) | | | | |
|--|--|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| | gera | gana gera | vidutinė | gana bloga | bloga |
| Nuomonė apie mitybos svarbą sveikatai | | | | | |
| labai svarbi | 64 (9,6)* | 136 (20,5)** | 220 (33,1) | 144 (21,7) | 101 (15,2)*** |
| svarbi | 50 (7,1)* | 108 (15,3) | 245(34,8)* | 173 (24,6) | 128 (18,2)*** |
| šiek tiek svarbi | 8 (3,4) | 35 (15,0) | 65 (27,8) | 60 (25,6) | 66 (28,2) |
| nesvarbi | 2 (2,8) | 8 (11,1) | 23 (31,9) | 17 (23,6) | 22 (30,6) |
| p reikšmė | <0,001 | | | | |
| Nuomonė apie antsvorio įtaką sveikatai | | | | | |
| labai svarbi | 52 (8,8) | 109 (18,5) | 207 (35,1) | 128 (21,7) | 94 (15,9) |
| svarbi | 50 (8,7) | 91 (15,8) | 204 (35,4) | 140 (24,3) | 92 (15,9) |
| šiek tiek svarbi | 10 (4,2)⁺ | 40 (16,9) | 63 (26,6)⁺ | 67 (28,3)⁺⁺ | 57 (24,1)⁺ |
| nesvarbi | 9 (4,1)⁺ | 28 (12,6)⁺⁺ | 66 (29,7) | 54 (24,3) | 65 (29,3)⁺ |
| p reikšmė | <0,001 | | | | |
| Kaip dažnai šeimos gydytojas pasikalba apie mitybos poveikį sveikatai | | | | | |
| dažnai | 39 (7,8) | 98 (19,6) | 195 (39,0) | 95 (19,0) | 73 (14,6) |
| kartais | 40 (7,5) | 103 (19,3) | 148 (27,8)⁺⁺⁺⁺ | 133 (25,0)⁺⁺⁺⁺ | 109 (20,5)⁺⁺⁺⁺ |
| retai | 25 (7,7) | 44 (13,6)⁺⁺⁺ | 104 (32,1)⁺⁺⁺⁺ | 83 (25,6)⁺⁺⁺⁺ | 68 (21,0)⁺⁺⁺⁺ |
| niekada | 22 (7,2) | 42 (13,7)⁺⁺⁺ | 100 (32,7) | 77 (25,2)⁺⁺⁺⁺ | 65 (21,2)⁺⁺⁺⁺ |
| p reikšmė | 0,002 | | | | |
| Šeimos gydytojas pataria sveikai maitintis | | | | | |
| dažnai | 34 (6,6) | 100 (19,3) | 182 (35,1) | 108 (20,8) | 94 (18,1) |
| kartais | 45 (8,9) | 99 (19,6) | 158 (31,2) | 119 (23,5) | 85 (16,8) |
| retai | 21 (7,0) | 38 (12,6) | 101 (33,4) | 77 (25,5) | 65 (21,5) |
| niekada | 27 (7,8) | 47 (13,5) | 114 (32,9) | 87 (25,1) | 72 (20,7) |
| p reikšmė | 0,109 | | | | |
| Sąsaja su antsvoriu | | | | | |
| KMI < 25 | 78 (10,2) | 137 (17,9) | 233 (30,4) | 168 (21,9) | 150 (19,6) |
| KMI ≥ 25 | 55 (5,7)^o | 148 (15,4) | 337 (35,0)^o | 241 (25,0) | 182 (18,9) |
| p reikšmė | 0,002 | | | | |

p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų (išvada apie porinių palyginimų reikšmingus skirtumus padaryta remiantis Bonferonio metodu).

* – SRS, palyginti su tais, kurių nuomone mityba šiek tiek svarbi sveikatai;

** – SRS, palyginti su tais, kurių nuomone mityba svarbi sveikatai;

*** – SRS, palyginti su tais, kurių nuomone mityba šiek tiek svarbi ir nesvarbi sveikatai;

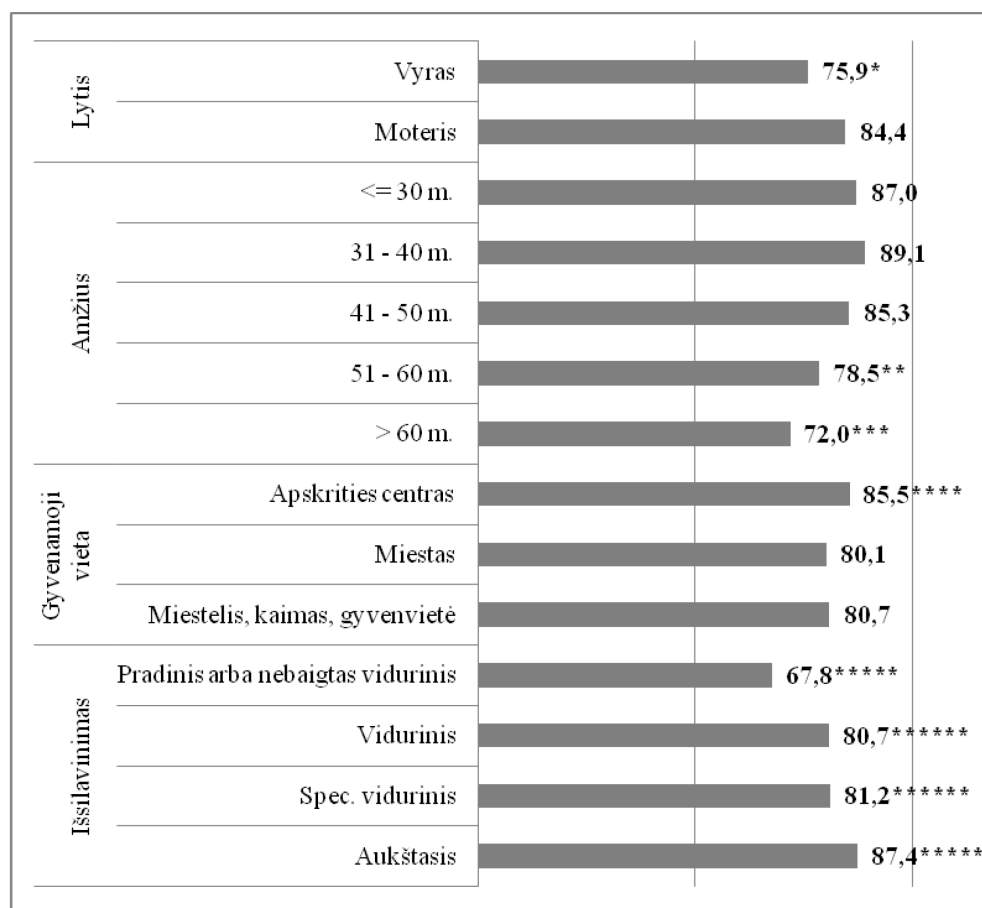
⁺ – SRS, palyginti su tais, kurių nuomone antsvoris labai svarbus ir svarbus sveikatai;

⁺⁺ – SRS, palyginti su tais, kurių nuomone antsvoris labai svarbus sveikatai;

⁺⁺⁺ – SRS, palyginti su tais, su kuriais šeimos gydytojas dažnai ir kartais pasikalba apie mitybos poveikį sveikatai;

⁺⁺⁺⁺ – SRS, palyginti su tais, su kuriais šeimos gydytojas dažnai pasikalba apie mitybos poveikį sveikatai;

^o – SRS, palyginti su tais, kurie neturi antsvorio (KMI < 25).



p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų (išvada apie porinių palyginimų reikšmingus skirtumus padaryta remiantis Bonferonio metodu).

* – $p < 0,05$, palyginti su moterimis;

** – $p < 0,05$, palyginti su ≤ 30 m., 31–40 m. ir 41–50 m.;

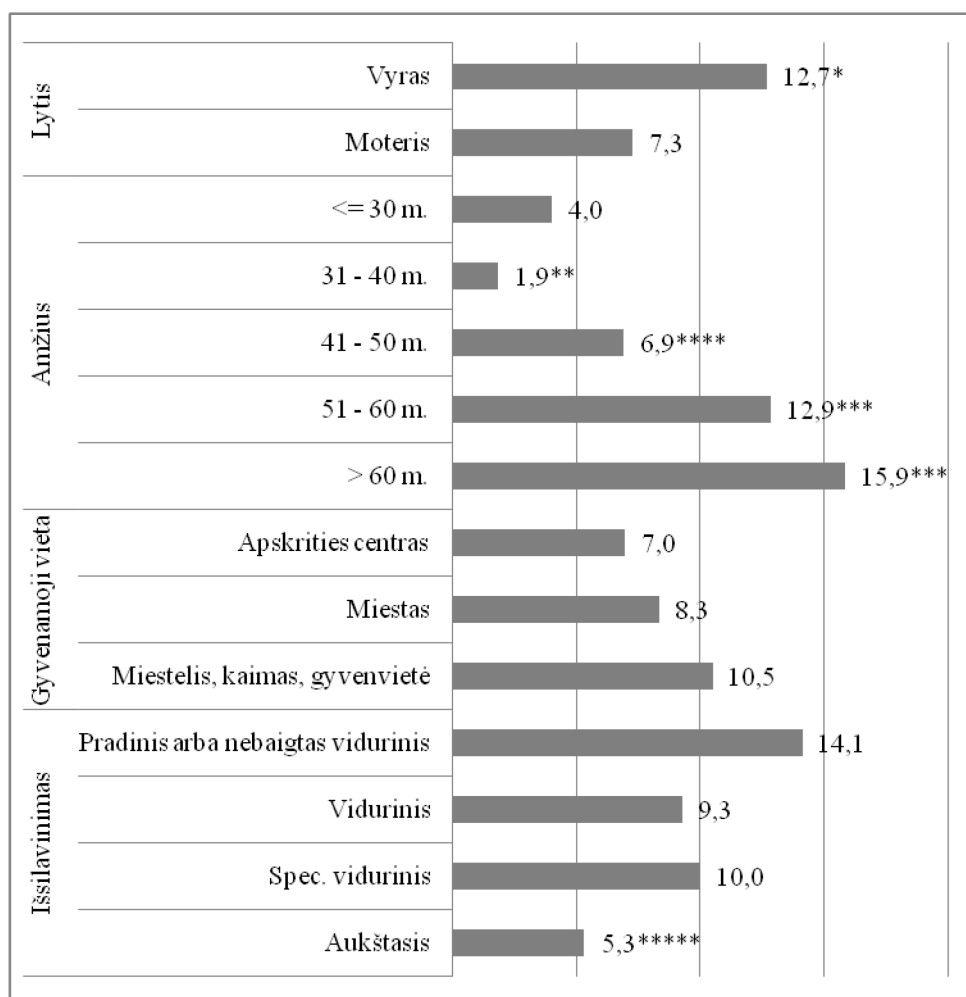
*** – $p < 0,05$, palyginti su ≤ 30 m., 31–40 m., 41–50 m. ir 51–60 m.;

**** – $p < 0,05$, palyginti su miesteliu, kaimu ar gyvenviete ir miestu;

***** – $p < 0,05$, palyginti su likusiomis išsilavinimo grupėmis;

***** – SRS, palyginti su pradiniu ar nebaigtu pradiniu, ir aukštesniu išsilavinimu.

Manančių, kad vaiko sveikatos ugdymu turi rūpintis tėvai, sąsajos su pacientų lytimi, amžiumi, gyvenamąja vieta ir išsilavinimu (proc.)



p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų (išvada apie porinių palyginimų reikšmingus skirtumus padaryta remiantis Bonferonio metodu).

* – SRS, palyginti su moterimis;

** – SRS, palyginti su 41–50 m., 51–60 m., > 60 m.;

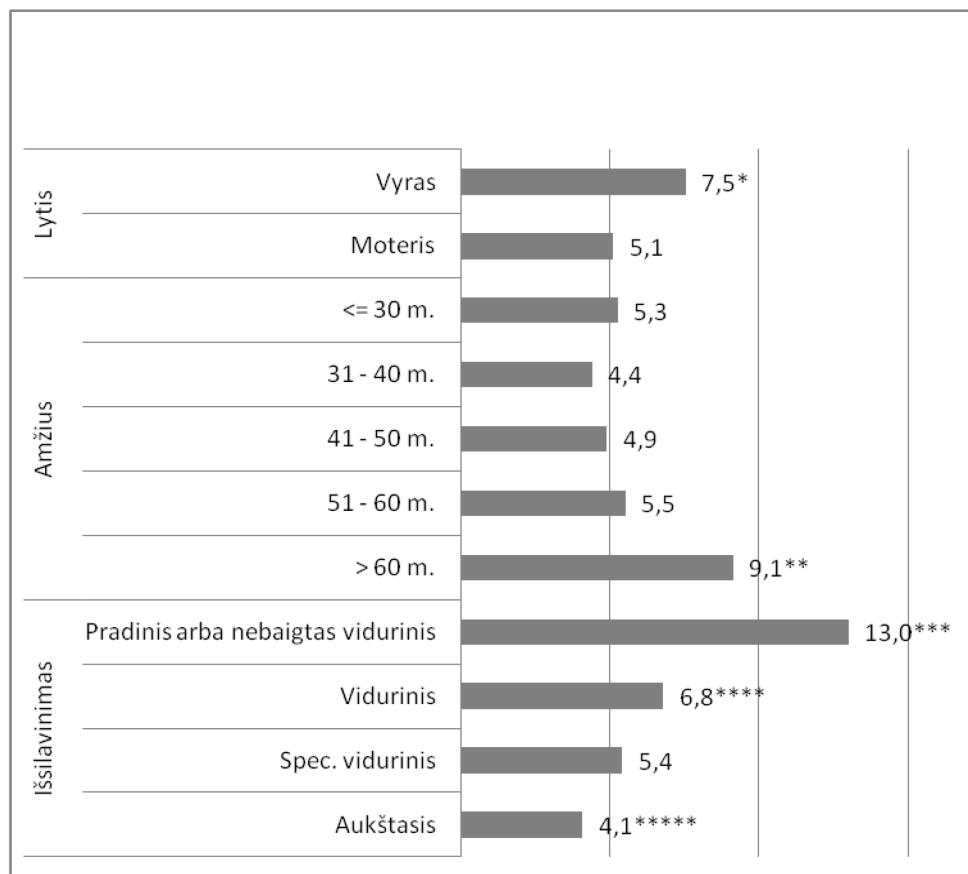
*** – SRS, palyginti su 41–50 m., 31–40 m. ir ≤ 30 m.;

**** – SRS, palyginti su 31–40 m., 51–60 m. ir > 60 m.;

***** – SRS, palyginti su miesteliu, kaimu ar gyvenviete;

***** – SRS, palyginti su kitomis išsilavinimo grupėmis.

*Manančių, kad vaiko sveikatos ugdymu turi rūpintis **pats vaikas**, sąsajos su pacientų lytimi, amžiumi, gyvenamąja vieta ir išsilavinimu (proc.)*



p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų (išvada apie porinių palyginimų reikšmingus skirtumus padaryta remiantis Bonferonio metodu).

* – SRS, palyginti su moterimis;

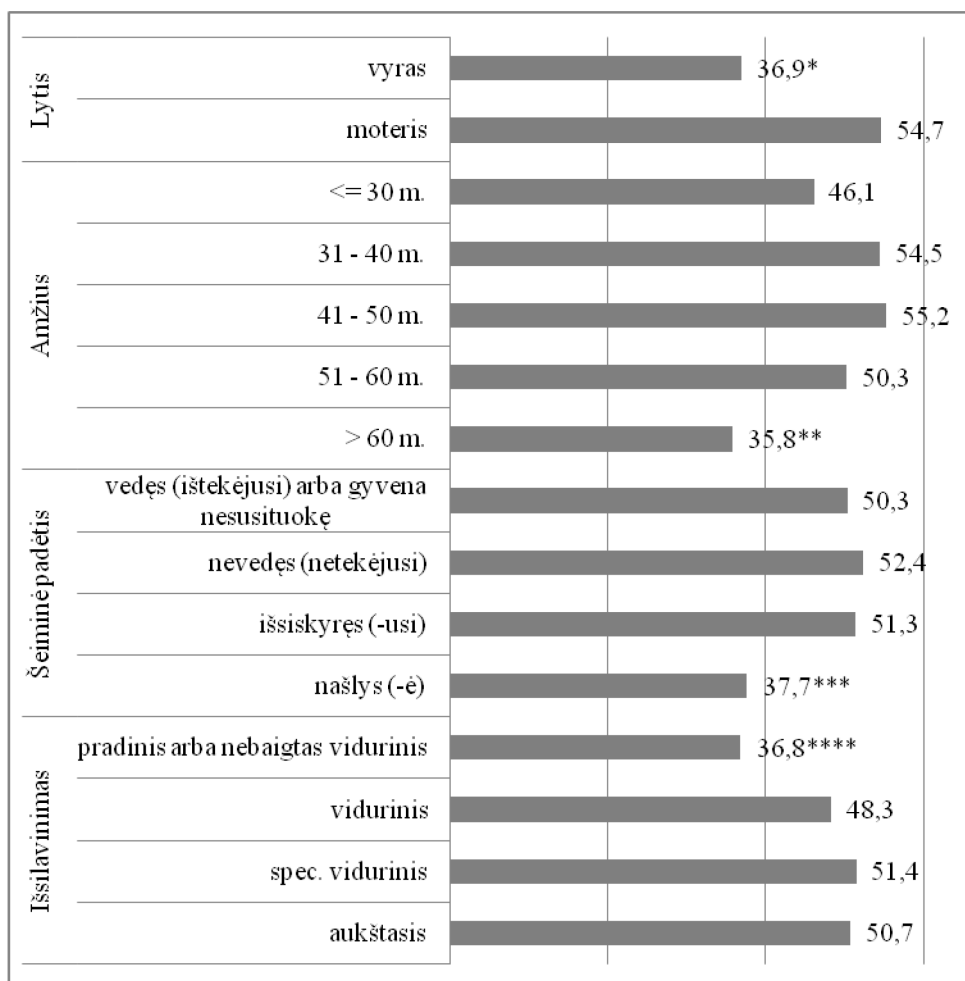
** – SRS, palyginti su likusiomis kt. amžiaus grupėmis;

*** – SRS, palyginti su likusiomis kt. išsilavinimo grupėmis;

**** – SRS, palyginti su pradinį ar nebaigtą pradinį ir aukštąjį išsilavinimą turinčiomis grupėmis;

***** – SRS, palyginti su pradinio ar nebaigtu pradinio ir viduriniu išsilavinimu.

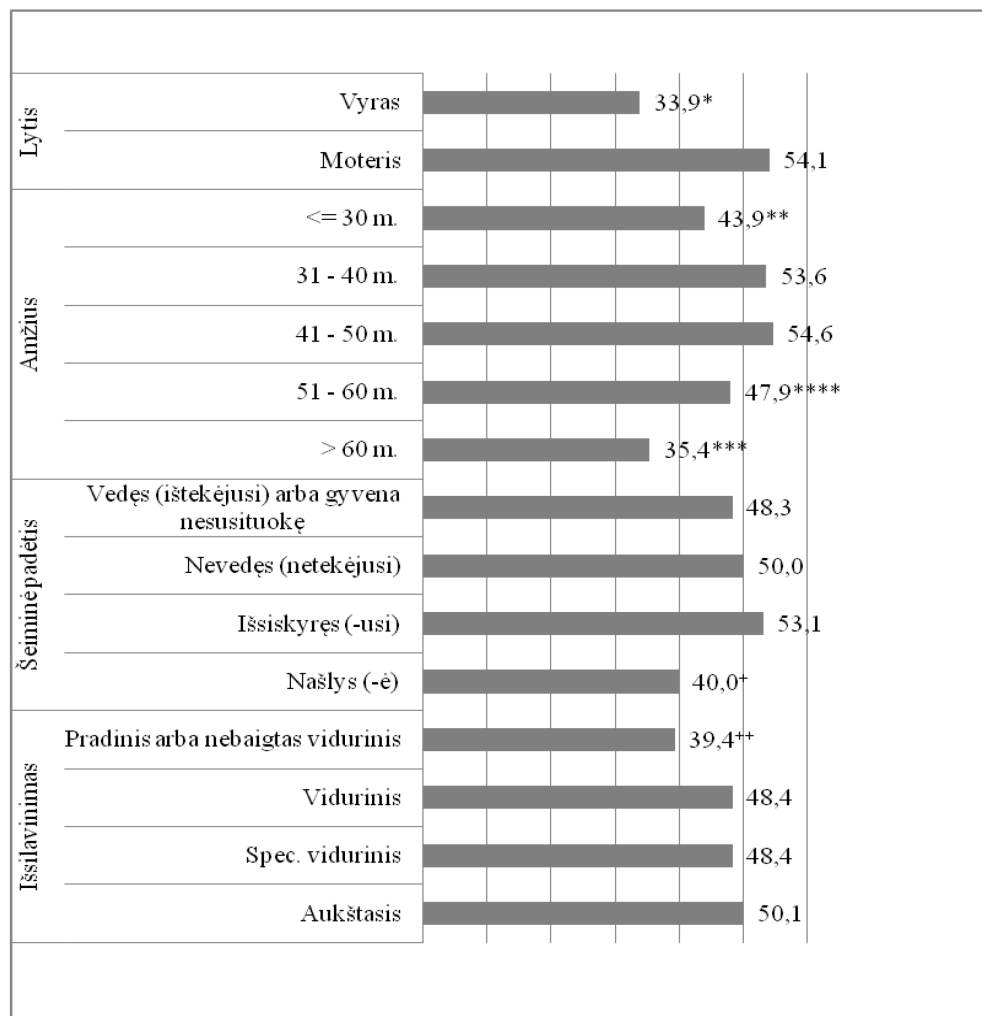
*Manančių, kad vaiko sveikatos ugdymu turi rūpintis **medicinos darbuotojai**, sąsajos su pacientų lytimi, amžiumi, ir išsilavinimu (proc.)*



p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų (išvada apie porinių palyginimų reikšmingus skirtumus padaryta remiantis Bonferonio metodu).

- * – SRS, palyginti su moterimis;
- ** – SRS, palyginti su kt. likusiomis amžiaus grupėmis;
- *** – SRS, palyginti su kt. šeiminių padėtimis;
- **** – SRS, palyginti su kt. išsilavinimo grupėmis.

Visada pasikalbėjimo su vaikais apie rūkymo poveikį sveikatai sąsajos su apklaustų pacientų lytimi, amžiumi, šeimine padėtimi ir išsilavinimu (proc.)



p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų (išvada apie porinių palyginimų reikšmingus skirtumus padaryta remiantis Bonferonio metodu).

* – SRS, palyginti su moterimis;

** – SRS, palyginti su 41–50 m. amžiaus grupe;

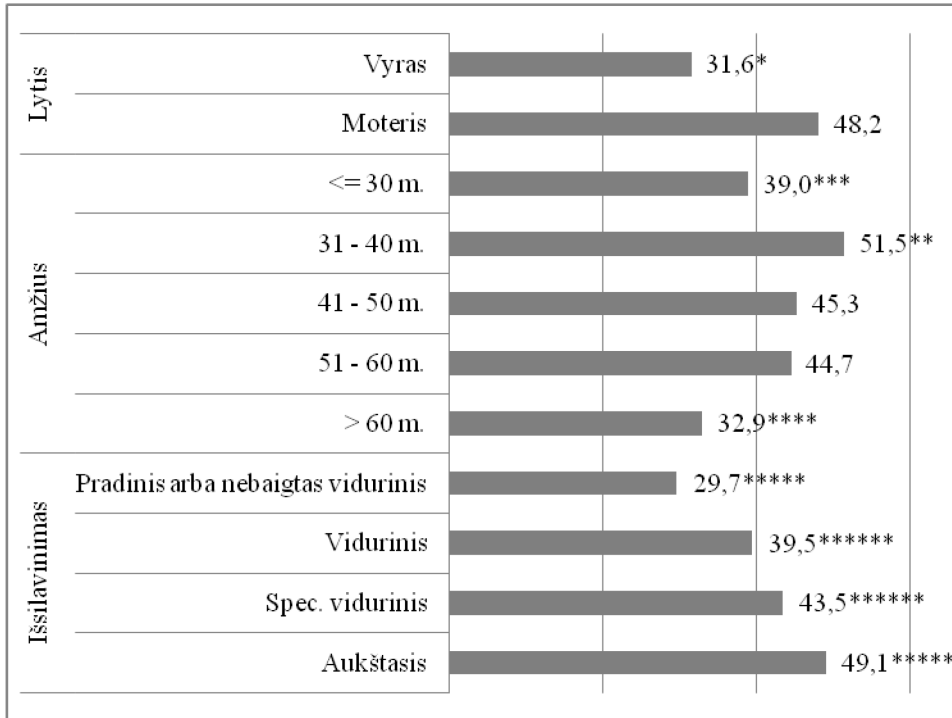
*** – SRS, palyginti su 31–40 m., 41–50 m., 51–60 m. amžiaus grupėmis;

**** – SRS, palyginti su 41–50 m., >60 m. amžiaus grupėmis;

+ – SRS, palyginti su kt. šeiminių padėtimi;

++ – SRS, palyginti su kt. išsilavinimo grupėmis.

Visada pasikalbėjimo su vaikais apie alkoholio vartojimo poveikį sveikatai sąsajos su apklaustų pacientų lytimi, amžiumi, šeimine padėtimi ir išsilavinimu (proc.)



p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų (išvada apie porinių palyginimų reikšmingus skirtumus padaryta remiantis Bonferonio metodu).

* – SRS, palyginti su moterimis;

** – SRS, palyginti su <= 30 m. ir > 60 m.;

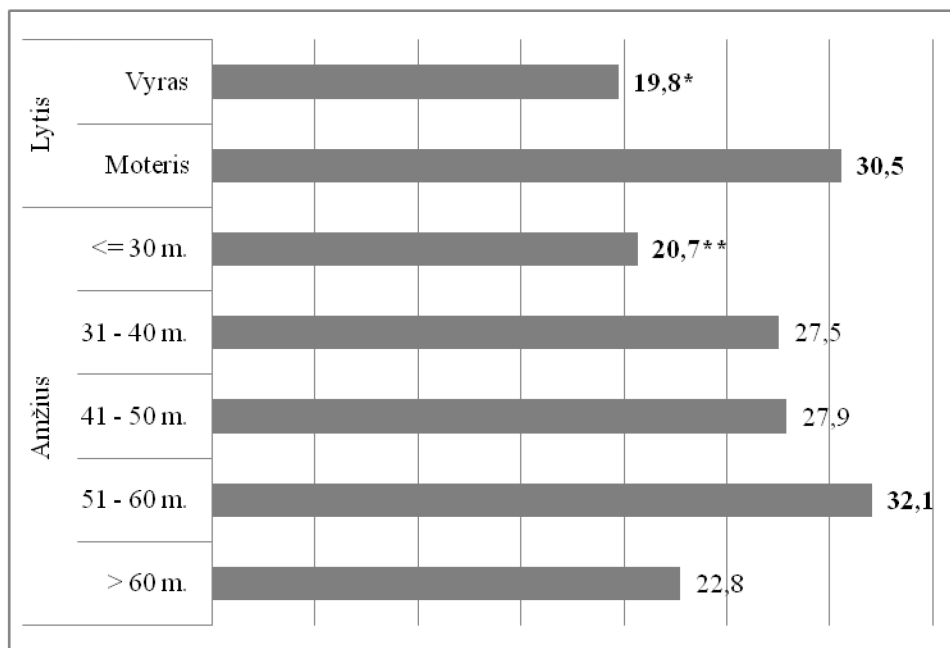
*** – SRS, palyginti su 31–40 m. ir > 60 m.;

**** – SRS, palyginti su 31–40 m., 41–50m., 51–60 m.;

***** – SRS, palyginti su kt. išsilavinimo grupėmis;

***** – SRS, palyginti su pradinio ar nebaigtu viduriniu ir aukštesniu išsilavinimu;

Visada pasikalbėjimo su vaikais apie mitybos poveikį sveikatai sąsajos su apklaustų pacientų lytimi, amžiumi, šeimine padėtimi ir išsilavinimu (proc.)

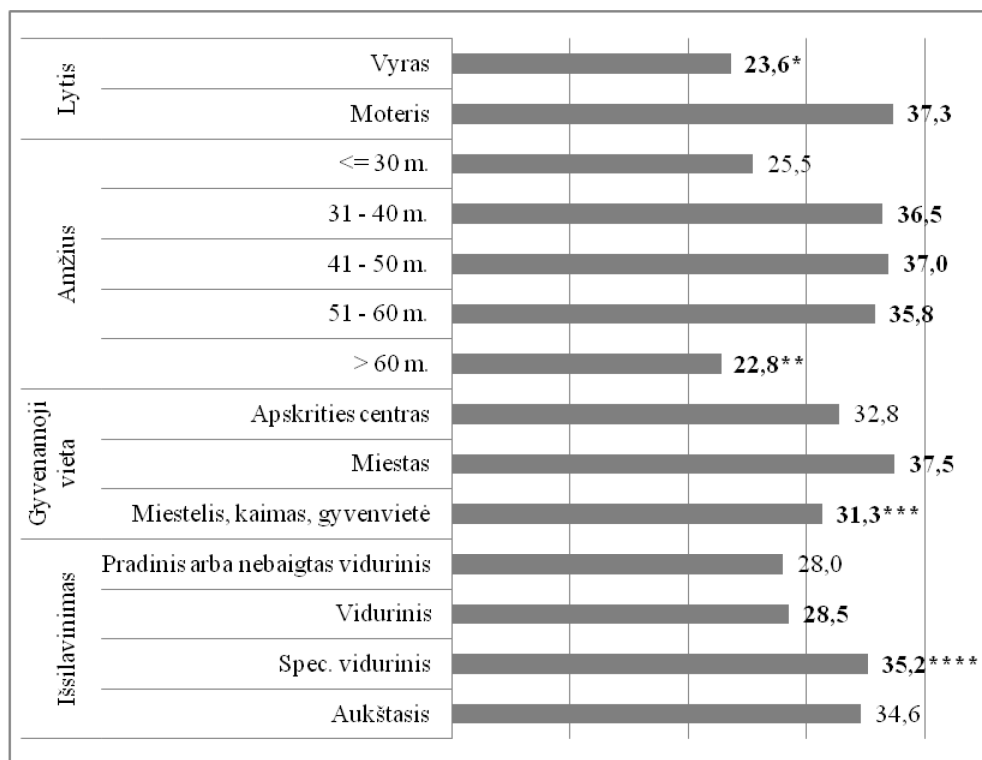


p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų (išvada apie porinių palyginimų reikšmingus skirtumus padaryta remiantis Bonferonio metodu).

* – SRS, palyginti su moterimis;

** – SRS, palyginti su 51–60 m. amžiaus grupe.

Visada pasikalbėjimo su vaikais apie antsvorio poveikį sveikatai sąsajos su apklaustų pacientų lytimi, amžiumi (proc.)



p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų (išvada apie porinių palyginimų reikšmingus skirtumus padaryta remiantis Bonferonio metodu).

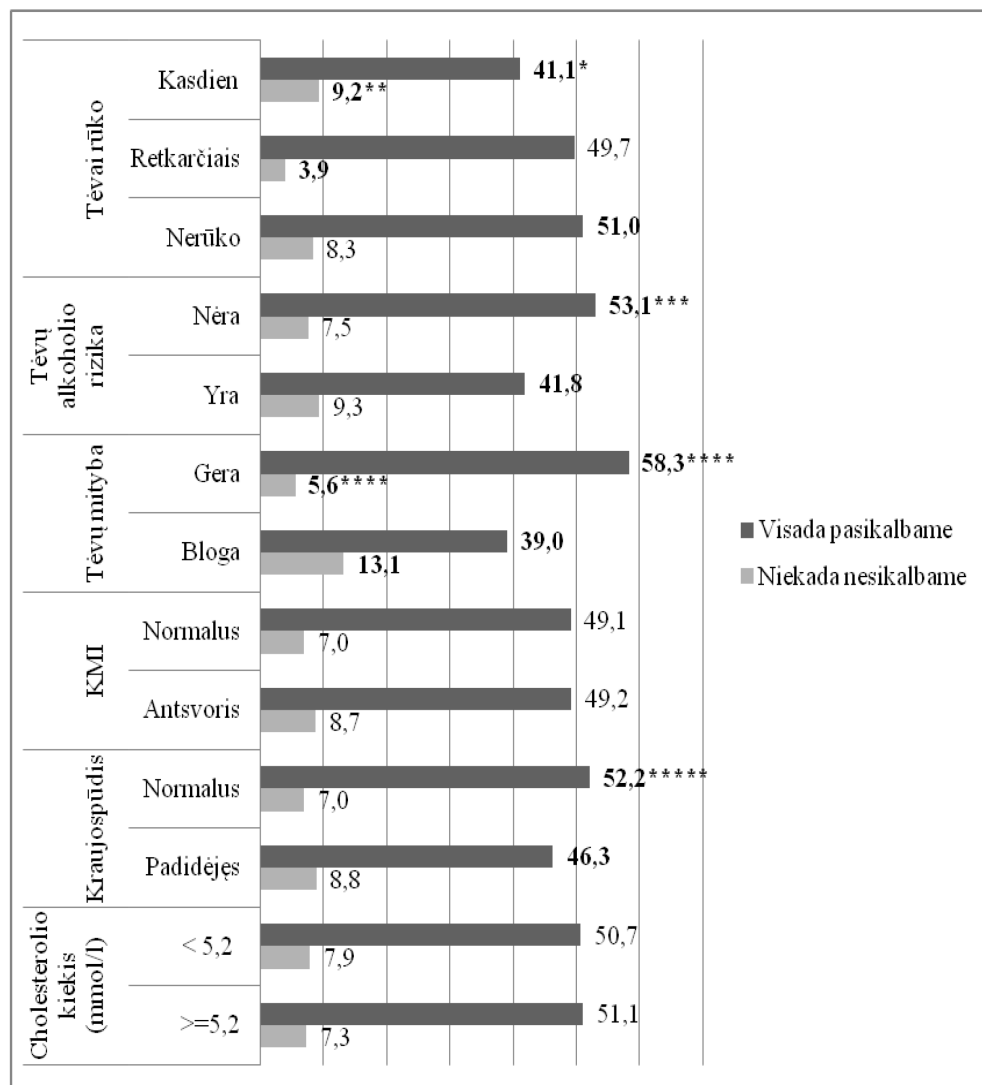
* – SRS, palyginti su moterimis;

** – SRS, palyginti su 31–40 m., 41–50 m., 51–60 m.;

*** – SRS, palyginti su miestu;

**** – SRS, palyginti su viduriniu išsilavinimu.

Visada pasikalbėjimo su vaikais apie fizinio aktyvumo poveikį sveikatai sąsajos su apklaustų pacientų lytimi, amžiumi, šeimine padėtimi, išsilavinimu (proc.)



p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų (išvada apie porinių palyginimų reikšmingus skirtumus padaryta remiantis Bonferonio metodu).

* – SRS, palyginti su nerūkančiais tėvais;

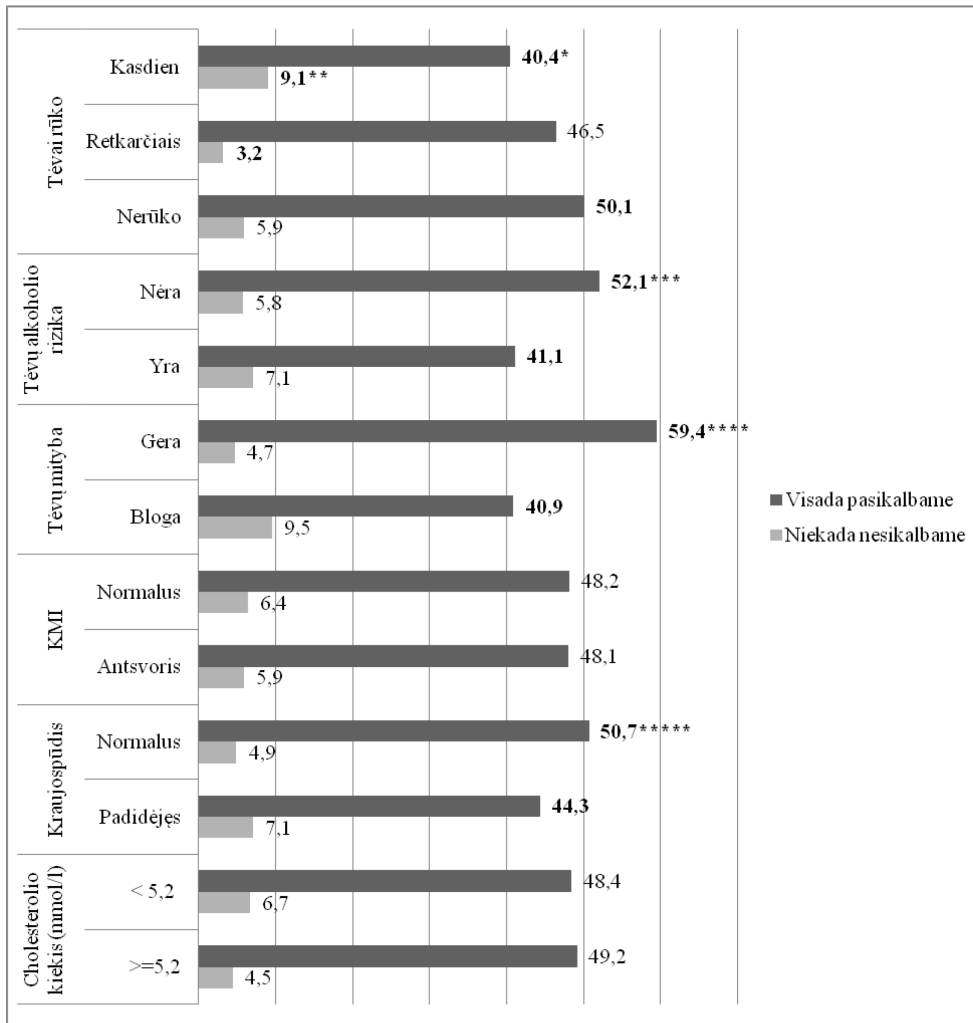
** – SRS, palyginti su retkarčiais rūkančiais tėvais;

*** – SRS, palyginti su rizikingai alkoholi vartojančiais;

**** – SRS, palyginti su bloga mityba;

***** – SRS, palyginti su padidėjusiu AKS.

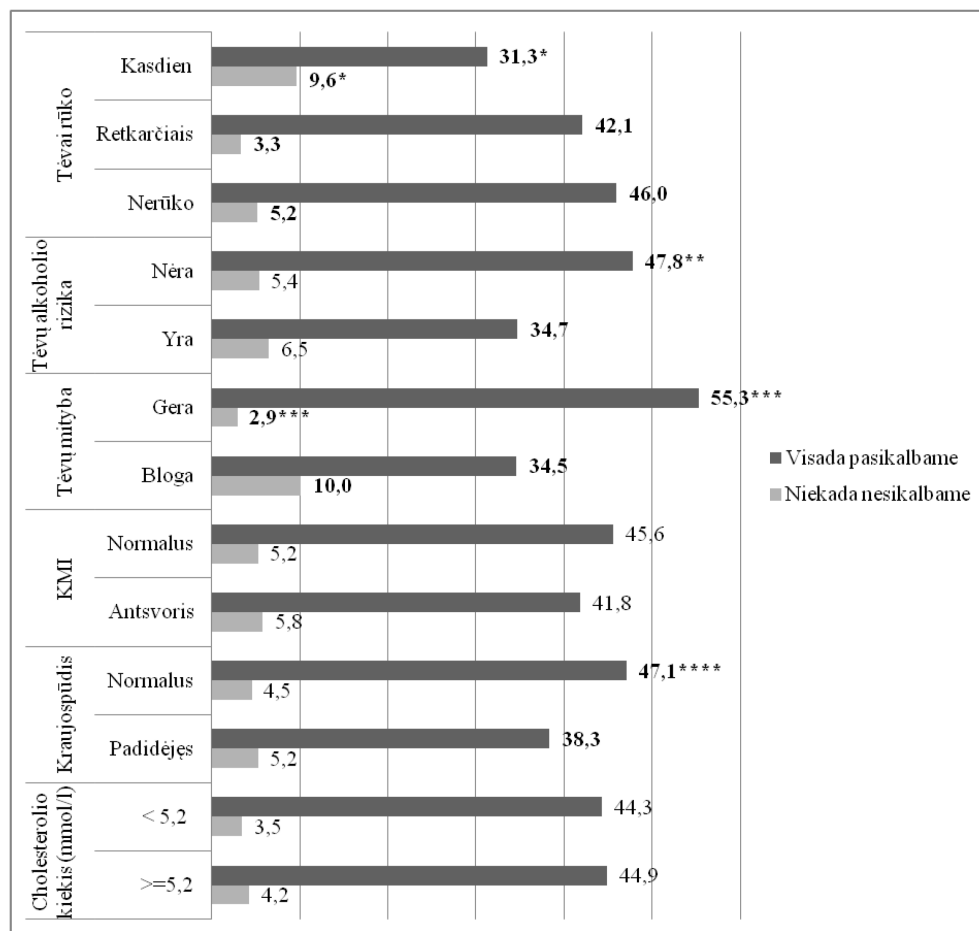
Visada ir niekada pasikalbėjimo su vaikais apie rūkymo poveikį sveikatai sąsajos su apklaustųjų rizikos veiksnių buvimu (proc.)



p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų (išvada apie porinių palyginimų reikšmingus skirtumus padaryta remiantis Bonferonio metodu).

- * – SRS, palyginti su nerūkančiais tėvais;
- ** – SRS, palyginti su retkarčiais rūkančiais tėvais;
- *** – SRS, palyginti su esančia alkoholio rizika;
- **** – SRS, palyginti su bloga mityba;
- ***** – SRS, palyginti su padidėjusiu AKS.

Visada ir niekada pasikalbėjimo su vaikais apie alkoholio poveikį sveikatai sąsajos su apklaustųjų rizikos veiksnių buvimu (proc.)



p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų (išvada apie porinių palyginimų reikšmingus skirtumus padaryta remiantis Bonferonio metodu).

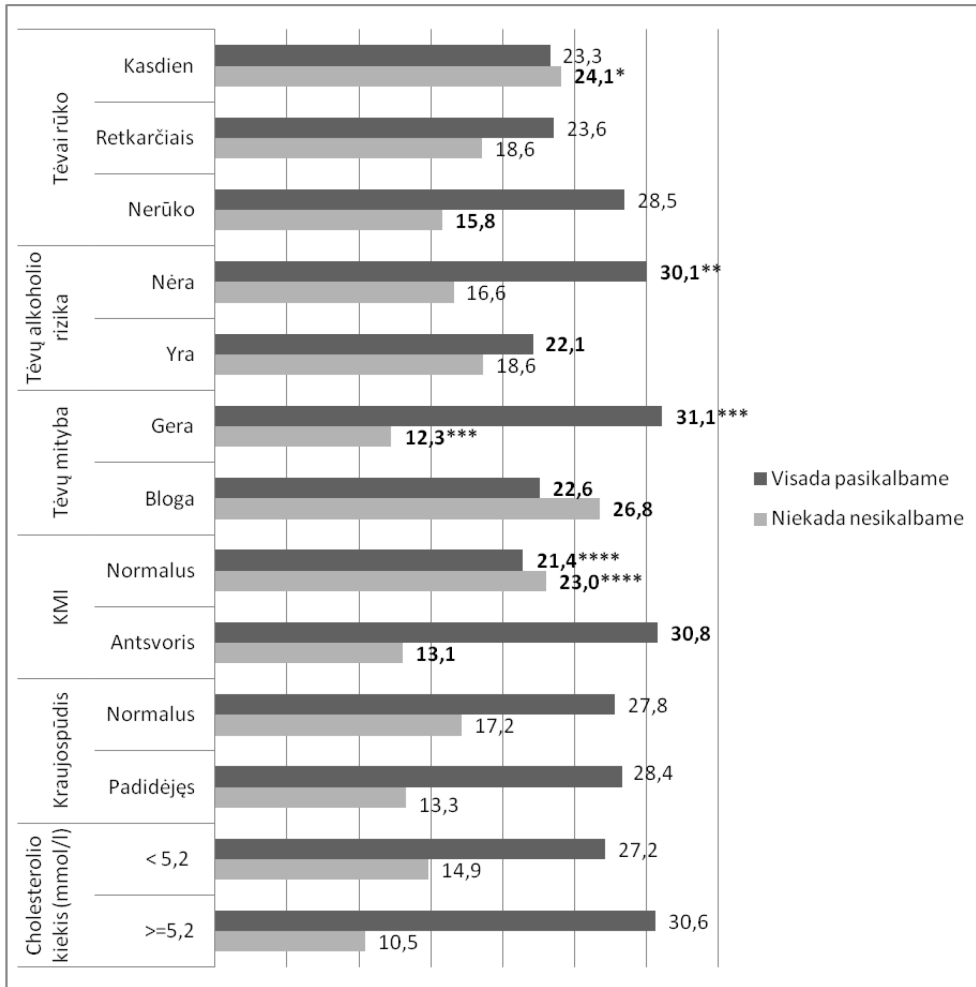
* – SRS, palyginti su nerūkančiais ir retkarčiais rūkančiais tėvais;

** – SRS, palyginti su rizikingai alkoholi vartojančiais tėvais;

*** – SRS, palyginti su bloga mityba;

**** – SRS, palyginti su padidėjusiu AKS.

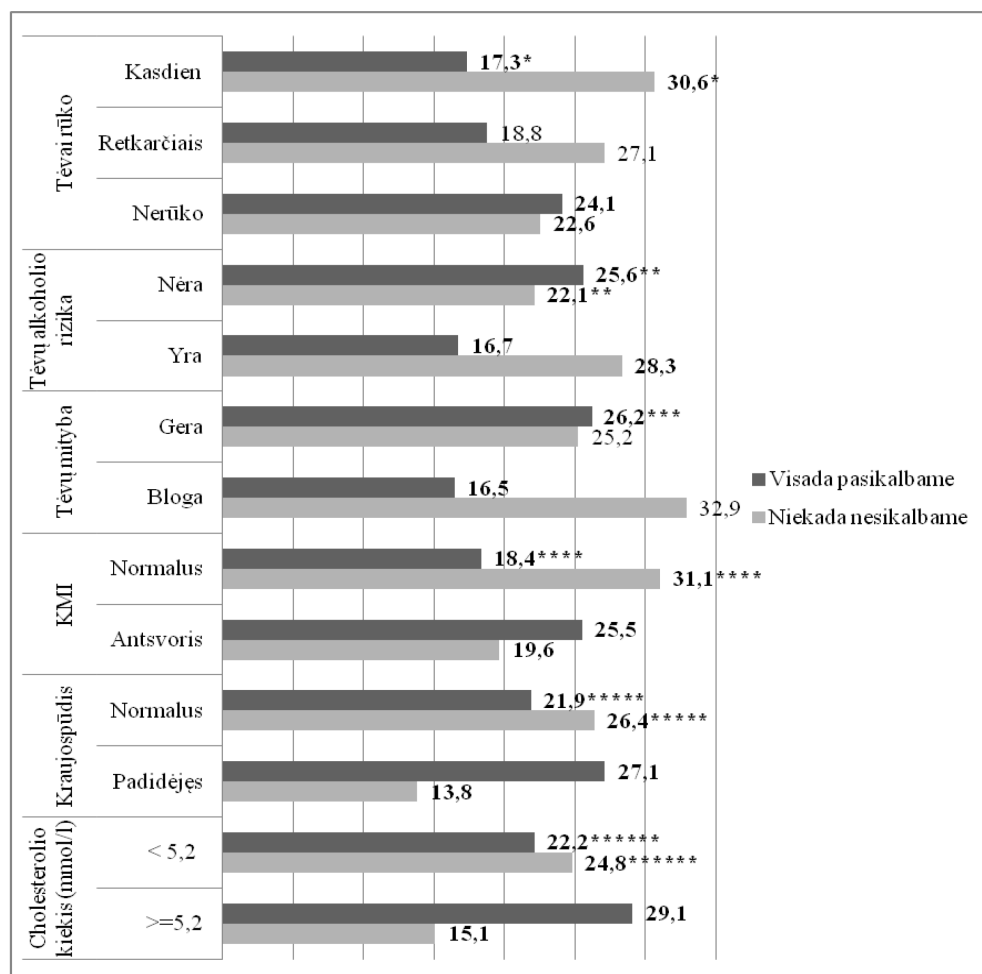
Visada ir niekada pasikalbėjimo su vaikais apie mitybos poveikį sveikatai sąsajos su apklaustųjų rizikos veiksnių buvimu (proc.)



p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų (išvada apie porinių palyginimų reikšmingus skirtumus padaryta remiantis Bonferonio metodu).

- * – SRS, palyginti su nerūkančiais tėvais;
- ** – SRS, palyginti su esančia alkoholio rizika;
- *** – SRS, palyginti su blogai besimaitinančiais;
- **** – SRS, palyginti su turinčiais antsvorio;

Visada ir niekada pasikalbėjimo su vaikais apie antsvorio poveikį sveikatai sąsajos su apklaustųjų rizikos veiksnių buvimu (proc.)



p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų (išvada apie porinių palyginimų reikšmingus skirtumus padaryta remiantis Bonferonio metodu).

* – SRS, palyginti su nerūkančiais tėvais;

** – SRS, palyginti su esančia alkoholio rizika;

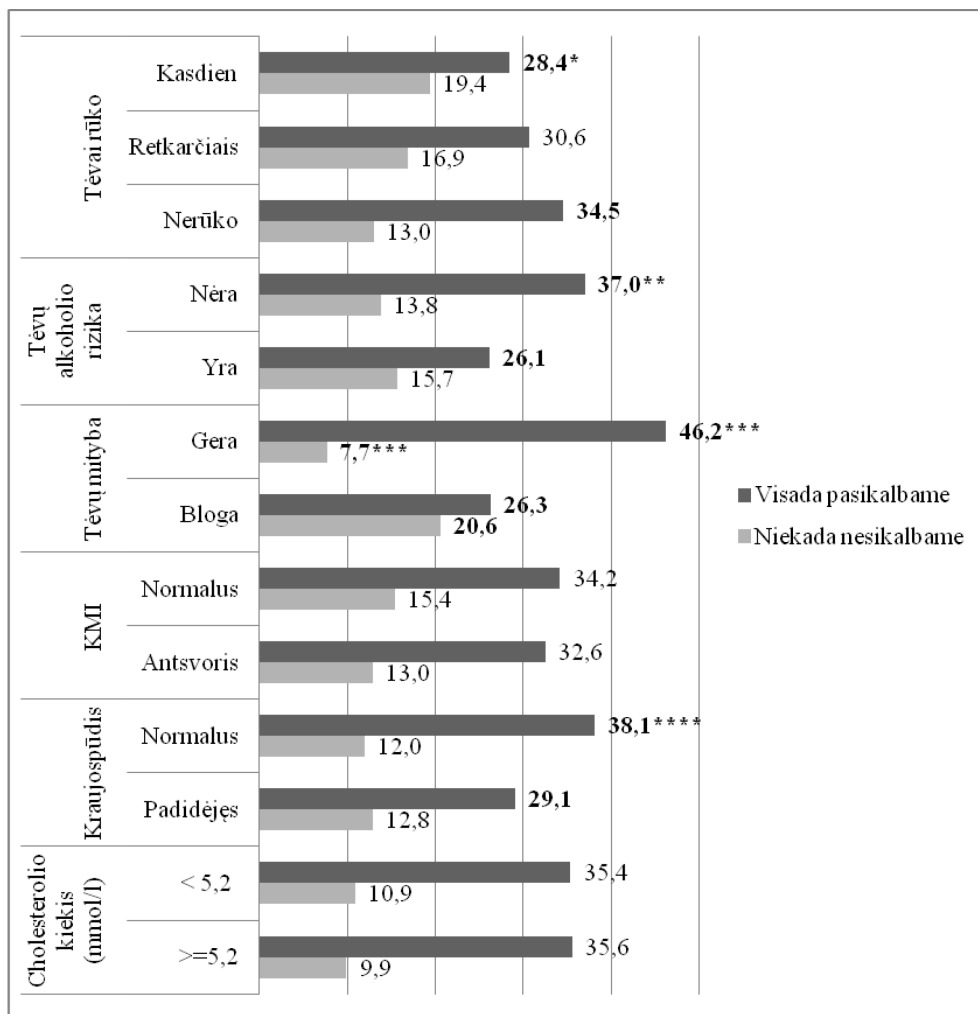
*** – SRS, palyginti su blogai besimaitinančiais;

**** – SRS, palyginti su antsvorį turinčiais;

***** – SRS, palyginti su padidėjusiu AKS;

***** – SRS, palyginti su pacientais, kurių cholesterolio kiekis $\geq 5,2$.

Visada ir niekada pasikalbėjimo su vaikais apie padidėjusio kraujospūdžio poveikį sveikatai sąsajos su apklaustųjų rizikos veiksnių buvimu (proc.)



p reikšmė gauta naudojant χ^2 kriterijų (išvada apie porinių palyginimų reikšmingus skirtumus padaryta remiantis Bonferonio metodu).

* – SRS, palyginti su nerūkančiais tėvais;

** – SRS, palyginti su esančia alkoholio rizika;

*** – SRS, palyginti su blogai besimaitinančiais;

**** – SRS, palyginti su padidėjusiu AKS.

Visada ir niekada pasikalbėjimo su vaikais apie fizinio aktyvumo poveikį sveikatai sąsajos su apklaustųjų rizikos veiksnių buvimu (proc.)

PADĖKA

Noriu padėkoti žmonėms, padėjusiems man eiti tikslo link, palaikiusiems mane ir nuolat priminusiems, kad reikia siekti to, ką užsibrėži, nors ir kaip būtų sunku.

Dėkoju savo mokslinei vadovei prof. habil. dr. Irenai Misevičienei, padėjusiai surasti man pačiam mielą ir mano akimis reikšmingą moklinio tyrimo kelią, už nuolatinę paramą ir tikėjimą manimi net tada, kai norėjosi nuleisti rankas, už kantrybę ir supratingumą.

Esu dėkingas Violetai Šimatonienei už pagalbą laviruojant statistikos labirintais, už puikias idėjas renkantis statistinius metodus ir ieškant geriausių būdų duomenims analizuoti ir rezultatams pateikti.

Ačiū mano laboratorijos kolegėms Idai Liseckienei, Kristinai Žalnieraitienei, Jūratei Tomkevičiūtei, Gražinai Butkevičiūtei, Sigitai Berūkštienei už nuolatinę pagalbą vykdant tyrimą, suvedant duomenis, rašant šį darbą. Kalbos redaktorei Vidai Kudarauskienei už sugražinimą iš paklydimų. Instituto ir laboratorijos vadovui doc. dr. Aurelijui Verygai už nulatinį palaikymą ir pagalbą.

Dėkoju šeimos klinikos UAB „Pasirink“ kolektyvui už tai, kad padėjo man, perėmė mano darbus ir išleido į dažnesnes ir ilgesnes nei įprasta šiam mokslui skirtas atostogas, už nuolatinį palaikymą ir kantrybę.

Mano brangiems pacientams už emocinę paramą ir supratingumą.

Ačiū mano šeimai už kantrybę ir meilę.

Dėkoju visiems, kas buvo šalia, palaikė, padėjo ar paprasčiausiai linkėjo.