

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
VADYBOS INSTITUTAS

JUSTINA GAIGALAITĖ

SAVIRŪPOS POVEIKIS PANEVĖŽIO RAJONO GREITOSIOS
MEDICINOS PAGALBOS DARBO EFEKTYVUMUI

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas

Prof. dr. Birutė Mikulskienė

VILNIUS

2015

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
VADYBOS INSTITUTAS

SAVIRŪPOS POVEIKIS PANEVĖŽIO RAJONO GREITOSIOS
MEDICINOS PAGALBOS DARBO EFEKTYVUMUI

Magistro baigiamasis darbas

Sveikatos apsaugos įstaigų administravimas

Vadovas

_____ Prof. dr. Birutė Mikulskienė

2015 - 03 - 26

Atliko

_____ Stud. Justina Gaigalaitė

2015 - 03 - 30

VILNIUS

2015

TURINYS

SANTRUMPOS	4
PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS.....	5
LENTELIŲ SĄRAŠAS.....	6
ĮVADAS.....	7
1. LITERATŪROS APŽVALGA	10
1.1. Sveikatos samprata ir ją lemiantys veiksniai.....	10
1.2. Savirūpos samprata.....	13
1.3. Pacientų pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugų kokybe.....	17
1.4. Efektyvumo samprata ir svarba sveikatos priežiūroje.....	19
1.5. Greitosios medicinos pagalbos darbo organizavimo ir paslaugų teikimo principai	21
1.5.1. Greitosios medicinos pagalbos darbo organizavimo Lietuvoje ypatumai	21
1.5.2. Greitosios medicinos pagalbos darbo organizavimo užsienio šalyse ypatumai	25
2. TYRIMO METODIKA.....	28
2.1. Tirtos sveikatos priežiūros įstaigos aprašas.....	28
2.2. Tyrimo metodologija	29
3. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ ANALIZĖ.....	34
3.1. Respondentų demografinės ir socialinės charakteristikos	34
3.2. Respondentų savirūpos savo sveikata vertinimas.....	38
3.3. Pacientų sveikatos būklės vertinimas	48
3.4. Paslaugų prieinamumo ir pasitenkinimo paslaugomis vertinimas	53
3.5. Iškvietimų greitosios medicinos pagalbos darbuotojo požiūriu vertinimas	60
3.6. Greitosios medicinos pagalbos iškvietimų koreliacijos tikrinimas	64
IŠVADOS.....	70
PASIŪLYMAI	74
LITERATŪRA.....	75
ANOTACIJA	83
ANNOTATION	84
SANTRAUKA	85
SUMMARY	86
PRIEDAI.....	87

SANTRUMPOS

ASPI – asmens sveikatos priežiūros įstaiga

ES – Europos Sąjunga

GMP – greitoji medicinos pagalba

GMPS – greitosios medicinos pagalbos skyrius

Vši – viešoji įstaiga

PASP – pirminė asmens sveikatos priežiūra

PRSP – Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika

PSDF – privalomasis sveikatos draudimo fondas

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

SAM – sveikatos apsaugos ministerija

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir amžiaus grupes	35
2 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal šeimyninę padėtį.....	36
3 pav. Respondentų nuomonė apie jų gyvenimo sąlygas.....	37
4 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal pajamas	37
5 pav. Respondentų alkoholio vartojimas	38
6 pav. Respondentų rūkymas	39
7 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal sveiką gyvenimo būdą	39
8 pav. Šeimos gydytojo / slaugytojo kalbėjimasis su pacientu profilaktikos tema	43
9 pav. Šeimos gydytojo / slaugytojo skiriamų rekomendacijų laikymasis	44
10 pav. Šeimos gydytojo / slaugytojo patarimų įtaka paciento gyvenimo būdui.....	44
11 pav. Šeimos gydytojo paskiriamų vaistinių preparatų vartojimo reguliarumas	45
12 pav. Paciento prastos savijautos trukmė.....	49
13 pav. Ligos, dėl kurios kviesta GMP, vertinimas	49
14 pav. Paskutinis apsilankymas pas šeimos gydytoją	52
15 pav. Registravimosi pas šeimos gydytoją patogumo vertinimas.....	53
16 pav. GMP iškvietimo patogumo vertinimas.....	54
17 pav. Šeimos gydytojo profesionalumo konsultacijos metu vertinimas	55
18 pav. GMP darbuotojo profesionalumo iškvietimo metu vertinimas	55
19 pav. Šeimos gydytojo bendravimo konsultacijos metu vertinimas	56
20 pav. GMP darbuotojo bendravimo iškvietimo metu vertinimas	57
21 pav. Vši PRSP teikiamų paslaugų vertinimas.....	58
22 pav. GMP darbuotojų suteiktos pagalbos iškvietimo metu vertinimas.....	58
23 pav. GMP iškvietimų pasiskirstymas pagal susirgimus	61
24 pav. GMP iškvietimų pasiskirstymas pagal susirgimus	61
25 pav. Pacientų transportavimo tolimesniam ištyrimui ir gydymui pasiskirstymas.....	62

LENTELIŲ SĄRAŠAS

<i>1 lentelė.</i> Veiklos, kuriomis remiasi savirūpa	14
<i>2 lentelė.</i> GMP iškvietimų kategorijos	23
<i>3 lentelė.</i> Prancūzų - vokiečių ir Anglų - amerikiečių skubios pagalbos modelių palyginimas	26
<i>4 lentelė.</i> VŠĮ PRSP GMPS iškvietimų struktūros kaita.....	29
<i>5 lentelė.</i> Tyrimo anketos struktūra.....	30
<i>6 lentelė.</i> Ekspertų imties charakteristika.....	32
<i>7 lentelė.</i> Respondentų pasiskirstymas pagal lytį.....	34
<i>8 lentelė.</i> Respondentų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes	34
<i>9 lentelė.</i> Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą.....	35
<i>10 lentelė.</i> Respondentų pasiskirstymas pagal socialinę- profesinę padėtį.....	36
<i>11 lentelė.</i> Pacientų pasiskirstymas pagal lytį ir gyvenimo būdą, proc.....	40
<i>12 lentelė.</i> Paciento gyvenamosios įpročių ir aptarnaujamų iškvietimų ryšys	41
<i>13 lentelė.</i> Profilaktinis sveikatos tikrinimasis.....	43
<i>14 lentelė.</i> Paciento savirūpos ir aptarnaujamų iškvietimų ryšys.....	46
<i>15 lentelė.</i> Paciento segamumas lėtinėmis ligomis	48
<i>16 lentelė.</i> Pacientų pasiskirstymas pagal tai, ar pirmą kartą pajuto esamus negalavimus	50
<i>17 lentelė.</i> Paciento lankymasis pas šeimos gydytoją dėl GMP iškvietimo nusiskundimų	50
<i>18 lentelė.</i> Paciento sveikatos būklės ir lankymosi pas šeimos gydytoją ryšys	51
<i>19 lentelė.</i> Kreipimasis pas šeimos gydytoją po GMP atvykimo.....	59
<i>20 lentelė.</i> Paciento ligos vertinimas.....	62
<i>21 lentelė.</i> Iškvietimo priskyrimas aptarnaujamiems kvietimams	63
<i>22 lentelė.</i> GMP iškvietimų ir respondentų demografinių charakteristikų koreliacija	65
<i>23 lentelė.</i> GMP iškvietimų ir respondentų gyvenamosios įpročių koreliacija.....	66
<i>24 lentelė.</i> GMP iškvietimų ir respondentų rūpinimosi savo sveikata koreliacija	66
<i>25 lentelė.</i> GMP iškvietimų ir respondentų savijautos vertinimo koreliacija	67
<i>26 lentelė.</i> GMP iškvietimų ir respondentų pasitenkinimo paslaugomis koreliacija	68

IVADAS

Temos aktualumas. Didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė yra asmens sveikata. Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau- PSO) ekspertai pažymi, kad sveikata- tai ne tik ligų ir fizinių negalavimų nebuvimas, o fizinė, dvasinė ir socialinė žmonių gerovė, kurią siekiant palaikyti ir išsaugoti kiekvienais metais skiriami vis didesni intelektualūs ir materialūs ištekliai. Todėl galima būtų teigti, jog efektyvumas sveikatos priežiūros įstaigų darbo rezultatyvumui yra labai svarbus, kad maksimalūs rezultatai būtų pasiekiami mažiausiomis įmanomomis sąnaudomis veiksmingai panaudojant turimus išteklius. Didėjantis sergamumas, mirtingumas ir augantis vyresnio amžiaus žmonių skaičius reikalauja kitokio požiūrio į sveikatą, socialinę politiką ir jų paslaugas, ir turi didelę reikšmę greitosios medicinos pagalbos (toliau- GMP) darbui. GMP iškvietimų skaičius kasmet didėja, ir svarbiausios to priežastys yra: mažėjantis jauno ir darbingo amžiaus žmonių dėl emigracijos ir proporcingai didėjantis vyresnio amžiaus žmonių skaičius, savirūpa savo sveikata ir gyvenimo būdas. Taip pat galima būtų paminėti kitas priežastis, kurios įtakoja GMP kvietimų skaičių- nepakankamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, ypač pirminėje asmens sveikatos priežiūros (toliau- PASP) grandyje, nes dažnai šeimos gydytojai nepilnai vykdo savo funkcijas. Neatsižvelgiant į didėjantį iškvietimų skaičių, greitosios medicinos pagalbos paslaugos yra finansuojamos už statistinį gyventojų skaičių, mokant bazinę kainą iš privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau- PSDF) biudžeto lėšų. Todėl yra būtina diferencijuoti priimamus kvietimus, skatinti pacientus labiau rūpintis savo sveikata, nes tai yra ne vien medikų, bet ir paties paciento atsakomybė.

Panevėžio rajono teritorija užima 2179 km² plotą ir yra antra pagal dydį Lietuvoje. Lietuvos statistikos departamento tinklalapyje nurodoma, kad 2014 metų pradžioje gyventojų yra 37494[83]. Nors neženkliai, tačiau gyventojų skaičius mažėja, o greitosios medicinos pagalbos iškvietimų daugėja.

Lietuvoje daugelyje sveikatos priežiūros įstaigų buvo atlikti tyrimai, siekiant įvertinti pacientų nuomonę apie teikiamas medicinines, iš jų ir GMP paslaugas, tačiau kaip jas įtakoja pacientų rūpinimasis savo sveikata, atliekamas pirmą kartą. Taip pat bandoma išsiaiškinti priežastis, kurios turi įtakos GMP darbo efektyvumui.

Temos iširtumas. Sveikatos kokybę sudarančius elementus (kokybės planavimą, valdymą, užtikrinimą, kontrolę ir gerinimą) užsienio šalyse ir Lietuvoje plačiai nagrinėjo Janušonis ir Popovienė (2004), Mikulis (2007), Legido- Quigley (2008), Jankauskienė (2011), Chadha ir Gagandeep (2013). Kokybės vadybos metodų, modelių ir sistemų taikymo sveikatos priežiūros įstaigose įžvalgas ir rekomendacijas plačiai pateikė Ruževičius (2007), Zgodavova ir Colesca (2007), Bubnienė ir Ruževičius

(2010), Kosinskienė ir Ruževičius (2011), Mosadeghrad (2012), Al-Khalil ir Mahmoud (2012), Senic ir Marinkovic (2013) akcentavo, kad vertinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, būtina įvertinti pacientų pasitenkinimą jomis.

Tyrimo objektas. Pacientų savirūpos poveikis ir įtaka Viešosios įstaigos (toliau- VŠĮ) Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos (toliau- PRSP) GMP darbo efektyvumui.

Problema: Kadangi GMP paslaugas daugiau nei pusę atvejų per mėnesį Panevėžio rajone suteikia ne dėl būtinosios pagalbos, tai rodo, kad pacientai netiksliai suvokia GMP esmę ir nepakankamai rūpinasi savo sveikata, o tai mažina GMP darbo efektyvumą.

Tyrimo hipotezė. Savirūpa mažina GMP apkrovimą jiems nebūdingais iškvietimais ir didina GMP darbo efektyvumą.

Tikslas. Įvertinti pacientų savirūpos poveikį VŠĮ PRSP GMP darbo efektyvumui.

Darbo uždaviniai:

1. Remiantis moksline literatūra, atskleisti sveikatos ir savirūpos sampratos bei GMP darbo organizavimo ir paslaugų teikimo teorinius aspektus.
2. Įvertinti pacientų savirūpą savo sveikata ir kokia įtaką ji daro GMP darbo efektyvumui.
3. Išsiaiškinti priežastis, kurios daro įtaką didėjančiam GMP paslaugos suteikimo skaičiui.
4. Palyginti pacientų pasitenkinimą pirminėmis asmens sveikatos priežiūros specialistų ir GMP paslaugomis.
5. Pateikti rekomendacijas ir numatyti priemones, kurių reikėtų imtis siekiant padidinti pacientų savirūpą savo sveikata ir GMP darbo efektyvumą.

Tyrimo metodai:

▪ **mokslinės literatūros analizė.** Atliekant mokslinės literatūros analizę, siekta teoriškai pagrįsti pacientų savirūpos poveikį GMP darbo efektyvumui: sveikatos sampratos, savirūpos sampratos, pacientų pasitenkinimo paslaugų kokybe, sveikatos priežiūros efektyvumo sampratos bei GMP darbo organizavimo aspektu, analizuojant lietuvių ir užsienio autorių mokslinės literatūros bei mokslinių publikacijų šaltinius. Analizė atlikta šiais etapais: mokslinės literatūros šaltinių paieška, sisteminimas bei turinio analizė.

▪ **teisės aktų ir dokumentų analizė.** Atliekant dokumentų analizę, nagrinėjami nacionaliniai teisės aktai, reglamentuojantys GMP paslaugų teikimo organizavimą, tarptautinių organizacijų rekomendaciniai dokumentai, Lietuvoje atliktų pacientų pasitenkinimo teikiamų paslaugų kokybe ir prieinamumu tyrimų rezultatai bei Lietuvos statistikos departamento duomenys. Analizė atlikta tradicinės dokumentų analizės metodu, kai skaitant dokumento turinį informacija yra renkama, sisteminama bei analizuojama, o gauti duomenys apdorojami aprašomosios analizės metodu.

- **kiekybinis tyrimas- anketinės apklausos metodas.** Tyrimui atlikti pasirinkta anoniminė anketinė apklausa raštu. Naudotas kiekybinis netikimybinės atrankos metodas - tikslinė atranka. Formuojant tikslinę respondentų grupę, tyrimui buvo pasirinkti pacientai, pasinaudoję VŠĮ PRSP GMP teiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis. Buvo apklausti 396 pacientai.

Siekiant išsiaiškinti GMP paslaugų teiktų ne dėl būtiniosios pagalbos mastą, taikant anketinės apklausos metodą, analizuotas ekspertų požiūris. Ekspertų tiriamajai imčiai suformuoti naudotas tikslinis netikimybinis būdas - kriterinė atranka. Apklausti 4 ekspertai - VŠĮ PRSP greitosios medicinos pagalbos skyriaus (toliau- GMPS) sveikatos priežiūros specialistės, vykusios į iškvietimus ir pacientams dalinusios anketas.

- **statistinė duomenų analizė.** Apklausos duomenys apdoroti ir analizuoti naudojantis statistinės analizės programine įranga IBM SPSS 22.0. Tyrimo duomenų analizei bei jo metu gautiems rezultatams išdėstyti naudojamas aprašomosios ir koreliacinės statistikos analizės metodai. Požymių statistinių ryšių analizei buvo taikomas Chi - kvadrato kriterijus, statistiškai patikimais laikyti skirtumai, kai reikšmingumo lygmuo $p < 0,05$.

Darbo praktinė reikšmė. Galimybė įvertinti pacientų nuomonę apie GMP paslaugas ir pacientų rūpinimosi savo sveikata poveikį šioms paslaugoms padėtų nustatyti pagrindines priežastis, kurios turi įtakos GMP darbo efektyvumui. Tyrimo rezultatus galima pritaikyti tobulinant GMPS darbo efektyvumą.

Darbo rezultatai. Tyrimo rezultatai parodė, kad GMP paslaugų teiktų ne dėl būtiniosios pagalbos skaičius ir pacientų rūpinimasis savo sveikata yra priklausomi - dauguma tokių iškvietimų atvejų vykta pas pacientus, kurie neturi sveikos gyvensenos įpročių ar mažai rūpinasi savo sveikata. Pagrindinė tyrimo išvada yra, kad pacientų neatsakingas požiūris į savo sveikatą ir nepakankama savirūpa sąlygoja didėjančią aptarnaujamų GMP iškvietimų skaičių, dėl ko GMP VŠĮ Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos GMP skyriuje organizuojama nepakankamai efektyviai, nes daugiau nei puse iškvietimų neatitinka greitosios medicinos pagalbos kategorijų.

Darbo struktūra. Magistro baigiamąjį darbą sudaro trys dalys:

Pirmoje- teorinėje dalyje analizuojama mokslinė literatūra, teisės aktai ir dokumentai.

Antroje dalyje pateikiama tyrimo metodologija, kiekybinio tyrimo aprašomoji dalis.

Trečioje darbo dalyje pateikiami empirinio tyrimo rezultatai.

Magistro baigiamąjį darbą sudaro: santrumpos, įvadas, 3 skyriai, išvados, pasiūlymai, literatūros sąrašas, santraukos ir anotacijos (lietuvių ir anglų kalbomis), 1 priedas, 26 lentelės, 25 paveikslėliai. Darbe panaudoti 93 literatūros šaltiniai.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Sveikatos samprata ir ją lemiantys veiksniai

Sveikatos samprata susideda iš trijų pagrindinių komponentų: visapūsės dvasinės, fizinės ir socialinės gyventojų gerovės [38]. Sveikatos vien biomedicininio požiūriu apibrėžti negalima [42]. Sveikata - tai ne tik ligos nebuvimas ar sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sistema, bet ir galimybė dalyvauti visuomenės veikloje ir būti jos dalimi, kaupti gyvenimo patirtį bei ją dalintis su kitais visuomenės nariais, realizuoti viltis ir patenkinti savo poreikius [38], [20]. Sveikata apibūdinama kaip atskiro žmogaus ar žmonių grupės sugebėjimas įgyvendinti savo tikslus ir patenkinti poreikius bei sugebėjimas valdyti ir keisti aplinką. Todėl ypač pabrėžiama sveikatos, kaip kasdieninio žmogaus gyvenimo šaltinio svarba [42].

Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau- PSO) duomenimis, didžiausią įtaką žmogaus sveikatai turi: gyvenimo būdas - 50 proc., gyvenimo sąlygos - 20 proc., genetika - 20 proc., 10 proc. - medicina [61], [39]. Juškelienė (2007) sveikatos rizikos veiksnių sąvoką apibrėžia kaip sąlygas ir procesus, kurie neigiamai veikia sveikatą [43]. A. Jurgelėno ir kt. (2004) atliktame tyrime akcentuojama, kad visuomenės sveikatos yra veikiami įvairūs socialiniai, ekonominiai ir aplinkos procesai [37]. Pasak V. Gudžinskienės (2007), žmogaus sveikatą įtakoja daugelis veiksnių: visuomenės poveikis, biologinės asmens savybės, konkretūs sveikatą stiprinantys ar silpninantys veiksniai, individualios ir kolektyvinės patirtys [32]. Tokie veiksniai kaip: žmogaus gyvensena, gyvenamoji aplinka, jo mityba, fizinis aktyvumas, įpročiai, užimtumas, kokiomis paslaugomis ir parama yra galimybė naudotis, kokios būklės yra jį supanti aplinka, ekonominiame ir socialiniame kontekste sukuria įvairias sveikatos būsenas [42]. Taigi, socialiniai ir emociniai veiksniai, bei žmogaus subjektyvus požiūris į savo sveikatą - svarbūs kriterijai, kurie apibūdina individo sveikatos būseną [32]. Šių dienų požiūriu sveikata priklauso ne tik nuo gebėjimo sąveikauti su socialine aplinka, bet ir nuo gebėjimo prisitaikyti prie jos pokyčių.

PSO sveikatos politikos deklaracija „Sveikata visiems XXI amžiuje“ patvirtinti visuomenės sveikatos priežiūros principai, įpareigojo Europos šalis rūpintis žmonių sveikata bei gerove. Pabrėžiama, kad bendrieji sveikatos priežiūros siekiai galimi įgyvendinti tik bendrai veiklai subūrus visus asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau- ASPĮ) sistemos dalyvius [86]. Didėjantys sergamumo ir mirtingumo rodikliai, įvairių poreikių pokyčiai ir socialinės struktūros, vyraujantis vyresnio amžiaus žmonių skaičius reikalauja kitokio požiūrio į sveikatos paslaugas ir socialinę politiką, paslaugas, nes požiūris, kuris yra

orientuotas tik į ligą, jau yra nebetinkamas [42], todėl į sveikatą tikslinga pažvelgti holistiniu požiūriu, kuris įvardinamas kaip visuminis požiūris į sveikatą, neapsiribojantis sveikatos sutrikimų ieškojimu bei gydymu [71], [40], [41]. Svarbiausiu šių dienų visuomenės sveikatos uždaviniu tampa galimybių pačiam žmogui kontroliuoti ir stiprinti savo sveikatą suteikimas, bei sąlygų palaikyti aukščiausią įmanomą sveikatos lygį sudarymas [43].

Kadangi gyvenimo būdas, pagal PSO apibrėžimą, turi didžiausią įtaką žmogaus sveikatai, galima būtų teigti, kad didžioji dalis atsakomybės tenka pačiai žmonijai šalinant veiksnius įtakojančius jų sveikatos būklę. Susiformavęs žmogaus elgesys dažnai tampa pagrindine visų sveikatos problemų priežastimi. Tačiau gebėjimas pakeisti savo elgesį ir įpročius gali ne tik išspręsti ne mažai šių problemų, bet ir neleisti atsirasti naujoms. Todėl sveika gyvensena, kaip kasdienis žmogaus gyvenimo būdas, stiprinantis rezervines organizmo galimybes, padeda jam išlikti sveikam, saugoti ir gerinti savo sveikatą [61], [43]. Sveikos gyvensenos veiksniais galima įvardinti: racionalią mitybą, fizinį aktyvumą ir grūdinimąsi, asmens higieną ir kūno priežiūrą, žalingų įpročių atsisakymą, racionalią darbo ir poilsio kaitą, psichinį ir emocinį stabilumą, saugios ir sveikos aplinkos kūrimą ir kt. [61], [43].

PSO duomenimis, žmonių sveikata labiausiai priklauso nuo pasirinktos gyvensenos ir mitybos [42]. Mitybos įtaka žmonių sveikatai PSO yra priskiriama prie keturių svarbiausių veiksnių. Maisto sudėtis ir neteisinga mityba - vieni iš pagrindinių priežasčių, sąlygojančių prastus Lietuvos gyventojų sveikatos rodiklius [73]. Gyventojai dažnai renkasi pigesnius, biologiškai mažiau vertingus, greitai paruošiamus maisto produktus, o tai daro neigiamą įtaką jų sveikatai [42].

Mokslininkų įrodyta, kad dar vaikystėje susiformavę mitybos įpročiai daugumai žmonių išlieka visam gyvenimui, todėl tėvams, nes jie augančio vaiko gyvensenai daro didžiausią įtaką, būtina formuoti sveikos gyvensenos įpročius nuo pat mažens ir ugdyti supratimą, kokią tai reikšmę turi sveikatai [74]. Tačiau prasta gyventojų mitybos būklė, Lietuvoje, kaip ir daugumoje kitų Europos Sąjungos (toliau- ES) šalių sąlygoja didėjančią gyventojų skaičių, kurie turi antsvorio ir nutukimo problemų, ko pasekoje didėja sergamumas lėtinėmis ligomis [49], kraujotakos sistemos ligų paplitimas.

Lėtinių neinfekcinių ligų riziką didina rūkymas, nesaikingas alkoholinių gėrimų vartojimas bei nepakankamas fizinis aktyvumas [28]. Deja mūsų visuomenėje yra plačiai paplitusi nuostata, kad jaunimo alkoholinių gėrimų vartojimas yra neišvengiamas ir normalus reiškinys [60]. Lietuvos statistikos departamento duomenimis, alkoholinių gėrimų suvartojimas, tenkantis vienam 15 metų ir vyresniam Lietuvos gyventojui litrais kasmet auga: 2012 m. siekė- 15,2 l, o palyginti su 2009 m., alkoholio suvartojimas išaugo 2,1 l [83]. 20 - 64 metų amžiaus gyventojai bent kartą per savaitę vartojo: stiprius alkoholinius gėrimus - 26 proc. vyrų ir 9 proc. moterų, o alų - 52 proc. vyrų ir 13 proc. moterų [83].

Reikėtų pabrėžti, kad narkotinių medžiagų ir alkoholinių gėrimų nesaikingas vartojimas jaunimo tarpe yra susijęs su pavojingomis sveikatai būklėmis ir didina lėtinių ligų atsiradimo riziką vyresniame amžiuje [25].

Ne mažiau aktuali yra rūkymo problema, nes rūkyti pradeda vis jaunesni žmonės, neretai net pradinių klasių moksleiviai, todėl svarbu jau nuo mažų dienų formuoti neigiamą nuostatą rūkymo atžvilgiu [61]. Lietuvos statistikos departamento duomenimis, kasdien rūkančių 20 - 64 metų amžiaus Lietuvos gyventojų dalį 2012 m. sudarė- 33 proc. vyrų ir 13 proc. moterų [83]. Tabako gaminių suvartojimas, tenkantis vienam 15 metų ir vyresniam Lietuvos gyventojui: 2012 m. siekė - 1109 cigaretes (2010 m. – 930 cigaretes) [83].

Nepakankamas fizinis aktyvumas didina lėtinių širdies ir kraujagyslių ligų, artrito, plaučių bei kai kurių vėžinių ligų atsiradimo riziką, o taip pat yra siejamas su padidėjusiu cholesterolio kiekiu kraujyje ir kraujospūdžiu, padidėjusia cukrinio diabeto, nutukimo ar kritimų ir traumų rizika. Visi šie faktoriai siejami su blogesne žmogaus gyvenimo kokybe [70]. Tačiau neginčijamai įrodyta, kad fizinis aktyvumas yra susijęs su palankiais faktoriais žmogaus sveikatai, mažinant riziką sirgti lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis. Todėl fizinis aktyvumas šiuo metu laikomas viena iš pagrindinių žmogaus fizinės, socialinės ir emocinės gerovės sąlygų [70]. Reguliari fizinė veikla yra vienas pagrindinių sveiko gyvenimo veiksnių [42], bazinis sveikatos pamatas, apimantis gerą gyvenimo kokybę ir sergamumo mažėjimo tendenciją [70]. Priklausomai nuo fizinių žmogaus galimybių bei kitų svarbių sveikatą veikiančių veiksnių, fizinė veikla yra vienas iš geriausių būdų išsaugoti ir tausoti sveikatą, didinti sveikatingumą [42].

Tarp veiksnių įtakančių žmogaus sveikatą atsideria ir aplinka, kurioje gyvenama. Aplinkos veiksniams priskiriama: gyvenamojo būsto kokybė, aplinkos saugumas, sanitarija, oro tarša, triukšmas ir kiti veiksniai kurie supa žmogų ir daro įtaką jo sveikatai.

Nors medicinos priežiūra turi mažiausią įtaką žmogaus sveikatos kokybei, tačiau gydymo nurodymų laikymąsi galima priskirti prie žmogaus pasirinkto gyvenimo būdo. Gydymo nurodymų laikymasis, kaip vienas iš ligos kontrolės būdų, apima pakartotinius apsilankymus pas gydytoją, reguliarių vaistų vartojimą, nuolatinį savo būsenos stebėjimą ir savirūpą, sveiką mitybą, fizinį aktyvumą ir pan. [90]. Šių dienų kontekste, gydymo nurodymų laikymosi problematika yra labai aktuali ir sulaukia vis didesnio tyrėjų susidomėjimo. Tačiau, pasak Van Dulmen et. al. (2007), išsamaus teorinio pagrindo trūkumas, kuris leistų numatyti ir paaiškinti, kodėl visuomenė nesilaiko gydymo nurodymų, yra viena iš priežasčių, kuri lemia lėtą skatinančių intervencijų progresą [77], kita vertus, trūksta ir gydymo nurodymų laikymosi įvertinimo [78]. Tyrimais įrodyta, jog socialinė parama grindžiamos intervencijos dažnai būna veiksmingos sergančiųjų atžvilgiu ir skatina laikytis gydymo nurodymų [65].

Sveikatos įsitikinimų modelyje (angl. Health Belief Model) akcentuojama, jog žmonių įsitikinimas ir nuostatos į ligą bei gydymą, suvokimas pasekmių nesilaikant gydymo rekomendacijų ir suvoktas medikų nurodymų laikymasis yra labai svarbus [57]. Gydymo nurodymų nesilaikymas smarkiai įtakoja gydymo efektyvumą, o tai labai svarbu ne tik žmogaus sveikatos ir gyvenimo kokybės požiūriu, bet ir sveikatos sistemos ekonomikai [90]. Tačiau dažnai paciento nenorą laikytis gydytojo paskirto režimo lemia žinių trūkumas apie ligą, paskirtus vaistus ar dietą ir gyvenimo stilių [17].

Apibendrinant galima teigti, kad sveikata suprantama kaip žmogaus dvasinės, fizinės ir socialinės gerovės visuma, įtakojanti jo sugebėjimus įgyvendinti savo tikslus ir patenkinti poreikius bei galimybę dalyvauti visuomenės veikloje. Didžiausią įtaką žmogaus sveikatai turi jo pasirinktas gyvenimo būdas, o susiformavęs elgesys ir nuostatos dažnai tampa pagrindine sveikatos problemų priežastimi. Prie labiausiai sveikatos gerovę lemiančių veiksnių galima priskirti sveikos gyvensenos įpročius - mitybą, fizinį aktyvumą žalingų įpročių atsisakymą, rūpinimasis savo sveikata - sveikatos profilaktinį tikrinimąsi, pakartotinius apsilankymus pas gydytoją, gydymo nurodymų laikymąsi ir reguliarių vaistų vartojimą, nuolatinį savo būsenos stebėjimą ir savirūpą. Todėl didžioji dalis atsakomybės už savo sveikatos kokybę tenka pačiam žmogui, o pagrindiniu sveikatos gerovės uždaviniu tampa pačiam žmogui suteikti galimybes rūpintis savo sveikata.

1.2. Savirūpos samprata

Vien tik tinkama medicininė priežiūra užtikrinti sveikatos negali. Tai priklauso nuo paties žmogaus pasirinkimo bei daugelio kitų veiksnių, darančių įtaką gyvenimo kokybei [64]. Ir nors sveikata žmogaus gyvenime yra viena didžiausių vertybių, tačiau dažniausiai apie ją susimąstoma tik tada, kai ji prarandama [42]. Vienas iš stipriausių veiksnių lemiančių elgesį, susijusį su geresne sveikata, yra savirūpa. PSO savirūpą apibrėžia kaip asmens, šeimos ir visuomenės aktyvumą, siekiant išsaugoti, sugrąžinti ir stiprinti sveikatą [53]. Savirūpą galima apibūdinti kaip savęs priežiūros veiksmus, kurių asmuo imasi dėl savo sveikatos ir geros savijautos, apimančius: sveiką gyvenimo būdą, norint patenkinti savo socialinius, emocinius ir psichologinius poreikius; rūpinimąsi savo ilgalaikę būkle; pastangas užkirsti kelią ligoms ar nelaimingiems atsitikimams [82]. Savirūpa priskiriama slaugai, kurios imasi savarankiškai prisižiūrintis savo sveikatą pacientas, taip prisidėdamas prie sveikatos ir gyvenimo kokybės gerinimo. Tai glaudžiai su sveikata susijusi veikla, kurios gali imtis pats pacientas ar jo artimieji, o taip pat sveikatos išsaugojimas, ligų prevencija, sveikatos pablogėjimo atpažinimas ir gebėjimas pačiam savarankiškai

vykdyti paskirtą gydymą skatinimas [7]. Ji apima tiek kasdieninius veiksmus, kuriais tenkinami pagrindiniai žmogaus poreikiai, tiek veiksmus, kurių imamasi pablogėjus sveikatai. Išskiriama keli savirūpos tipai:

- Reguliari savirūpa (pvz.: mityba, miegas, asmens higiena),
- Prevencinė savirūpa (pvz.: dietos, dantų priežiūra),
- Reakcinė savirūpa (pvz.: reagavimas į simptomus be gydytojo įsikišimo),
- Atkuriamoji savirūpa (pvz.: elgesio susijusio su liga pokyčiai, gydymo režimo laikymasis) [82].

Nors savirūpa apibrėžiama įvairiais būdais, svarbu į ją žvelgti kaip į vieną aspektą, apimančią kasdienį elgesį lemiantį tolesnę sveikatos kokybę [82], sveikata - visų pirmiausia yra paties paciento atsakomybė [23]. Savirūpos elgesį lemia tokie veiksniai kaip asmens įsitikinimai, lūkesčiai, motyvai, vertybės, suvokimas ir kiti pažinimo elementai; asmenybės savybės, įskaitant afektines ir emocines būsenas; akivaizdūs elgesio modeliai, veiksmai ir įpročiai, susiję su sveikatos priežiūra, sveikatos atstatymu ir sveikatos gerinimu [82]. Savirūpos elgesys ligos atveju, susijęs su įvairiais būdais, kuriais žmogus reaguoja į kūno indikacijas, kaip stebi organizmo pokyčius, nustato ir interpretuoja simptomus, kaip imasi korekcinių veiksmų ir naudoja įvairius formalios ir neformalios sveikatos priežiūros šaltinius [82].

Savirūpoje pagrindinis dėmesys skiriamas individualiam žmogaus elgesiui, tačiau naujausi savirūpos modeliai, taip pat atkreipia dėmesį į tai, kad individuali savęs priežiūra negali būti atskirta nuo kitų lygių, tokių kaip sveikatos priežiūros paslaugos, šeima, bendruomenė, fizinės ir socialinė - kultūrinė aplinka [82].

1 lentelė. Veiklos, kuriomis remiasi savirūpa

Veiklos, kuriomis remiasi savirūpa					
Pagrindinis sveikatos raštingumas	Sveikatinimas	Savęs priežiūra	Lėtinių ligų valdymas	Paciento ir piliečių dalyvavimas	Visapusiškas bendruomenės įtraukimas

Cit. pagal National Primary Care Research and Development Centre, 2009.

Savirūpa priklauso nuo žmogaus pastangų, noro bei gebėjimo būti atsakingam už savo sveikatos priežiūrą, ji įgyjama dėka žinių ir įgūdžių iš specialistų ir ne specialistų patirties [53]. Kaip jau kalbėta, žmogaus gyvenimos ypatumai ir gebėjimas išsaugoti sveikatą apie 50 proc. lemia jo sveikatos būklę. Ir nors gyvenimos pagrindai formuojasi jau ankstyvoje vaikystėje [32], [42], tačiau jai įtakos turi ir biomedicininiai, socialiniai, kultūriniai, profesiniai veiksniai: amžius, lytis, šeimos bei bendruomenės

papročiai ir tradicijos, sveikatos žinios bei daugybė kitų faktorių [42]. Todėl ypač svarbu per sveikatos ugdymą žmones skatinti suprasti sveikos gyvensenos svarbą, įgyti gebėjimus atpažinti ir kontroliuoti veiksnius, įtakojančius sveikatos rizikos atsiradimą ir dalyvauti sveikatos ugdymo veikloje [61], nes žinios apie sveikatą naudingos ne tik sergantiems asmenims, bet ir sveikiems [50]. Kad pacientas taptų nepriklausomu, galinčiu savimi pasirūpinti, reikia plėtoti pacientų mokymo sritį ir įvertinti jo poreikį [67].

Reikia paminėti šių sąvokų skirtumus - sveikatos mokymu siekiama suteikti tik žinių, įgūdžių apie sveikatą, o ugdymu, be žinių, siekiama sudaryti pozityvų požiūrį į sveikatą, išugdyti atitinkamą elgseną [55]. Sveikatos mokymas siejamas su susirgimų prevencija ir sveikatos stiprinimu, propaguoja sveiką mitybą ir fizinį aktyvumą, apima tabako, alkoholio, psichiką veikiančių medžiagų žalos mažinimą. Paciento mokymas yra neatsiejama slaugos dalis reikalinga daugeliui pacientų ir užimanti svarbią sveikatos priežiūros sistemos vietą, todėl pagrindinis vaidmuo, organizuojant sveikatos mokymą, skiriamas slaugytojui [67]. Pagrindinis sveikatos ugdymo tikslas - įtraukti patį žmogų į savo ugdymo procesą, pagerinti jo žinias apie sveikatą, formuoti gyvenimo įgūdžius ir nuostatas, kurios sąlygotų sveikesnę gyvenseną ir skatintų saugoti, palaikyti bei gerinti sveikatą. Kitaip tariant, vienas svarbiausių sveikatos ugdymo tikslų skatinti bei pagerinti savirūpos gebėjimus.

Viena svarbiausių mediko funkcijų yra paciento mokymas rūpintis savo sveikata [47], propaguojant sveiką gyvenseną, sveikatos ugdymą [3], tačiau dažnai pastebima, kad sveikatos priežiūros įstaigų medicinos personalo veikla apsiriboja pacientų gydymu bei slauga, personalas nėra motyvuotas atlikti pacientų mokymo ar ugdymo funkcijų.

Medikų pastangos, jų veikla lemia tik apie 10 proc. žmogaus sveikatos. Šalia į pirmą vietą iškelto sveikos gyvensenos ugdymo, dabar vis daugiau dėmesio skiriama ligų profilaktikai ir sveikatos stiprinimui. Profilaktikos, kaip priemonių, padedančių išsaugoti bei stiprinti sveikatą ir išvengti ligų, visumos, svarba pabrėžiama ne tik žmogui, bet visai visuomenei. Sudarytos sąlygos žmogui nesusirgti, negu susirgusįjį gydyti duoda finansinės naudos ne tik sveikatos priežiūros sistemai, bet ir visuomenei [61]. Šiuolaikinės diagnostikos priemonės padeda nustatyti ligas ankstyvosiose stadijose ir užkirsti kelią jų progresavimui. Sveikatos profilaktinis tikrinimas leidžia nustatyti ankstyvus sveikatos pakitimus ar rizikos veiksnius ir laiku paskirti prevencines priemones jiems pašalinti ar reikiamą gydymą.

Nors supratimas medikų tarpe apie pacientų mokymo svarbą didėja, tačiau dažnai pacientams nepakanka žinių gydymo ir profilaktikos klausimais [14]. Visiems privalomuoju sveikatos draudimu apdraustiems šalies gyventojams numatyta nemokamai teikti neinfekcinių ligų profilaktikos ir kontrolės paslaugas, tačiau stebima, kad profilaktikai gyventojai skiria minimaliai dėmesio, o kaip rodo atlikti tyrimai šeimos gydytojais atlieka mažai tokių sveikatos patikrinimų. Sveikatos apsaugos ministerijos

(toliau- SAM) užsakymu 2010 m. atlikto tyrimo duomenimis, per pastaruosius dvejus metus bent kartą pas šeimos gydytoją lankėsi daugiau nei 90 proc. šalies gyventojų [82]. Vertinant pagal amžių, pas šeimos gydytoją dažniausiai lankosi vaikai iki 14 metų ir vyriausi šalies gyventojai (vidutiniškai kas du mėnesius). Tačiau stebima tendencija, kad priklausomai nuo amžiaus suaugę pacientai vis mažiau dėmesio skiria ligų profilaktikai ir į šeimos gydytoją kreipiasi tik ligos atveju. Nustatyta, kad tik kas penktas 19 - 64 metų amžius tyrime dalyvavęs pacientas kreipiasi į šeimos gydytoją dėl profilaktinio sveikatos patikrinimo [82]. Didesnis pačių gyventojų dėmesys savo sveikatos profilaktikai leistų nustatyti daugiau ankstyvos stadijos ligų ir laiku pradėti reikalingą gydymą, padidėtų galimybė išvengti sunkių ligų ir komplikacijų.

Plėtojant demokratinę sveikatos politiką ir pertvarkant sveikatos priežiūros sistemą, vis daugiau dėmesio skiriama aktyvesnio piliečių dalyvavimo sprendžiant sveikatos problemas skatinimui [30], [31]. Sveikatos priežiūroje, kaip specifinėje socialinėje aplinkoje, gydytojo ir paciento sąveikos pobūdis tampa ypač svarbus siekiant užtikrinti aukštą sveikatos priežiūros paslaugų kokybę [59], todėl gydytojo ir paciento bendravimas yra ne tik vienas iš esminių sveikatos priežiūros kokybės vertinimo kriterijų [15], bet ir sėkmingo pacientų dalyvavimo savo sveikatos problemų sprendime pagrindas. Tyrimais nustatyta, kad pacientų įtraukimas priimant sprendimus, susijusius su jų sveikatos problemomis, didina sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir skatina pasitikėjimą bei didesnę paties paciento atsakomybę už savo sveikatą [75]. Vienas iš pagrindinių paciento dalyvavimo sprendžiant sveikatos problemas tikslų - optimizuoti gydymo rezultatus, o tuo pačiu ir pacientų pasitenkinimo sveikatos priežiūra laipsnį [15].

Apibendrinant galima teigti, kad savirūpa suprantama kaip motyvuotas žmogaus elgesys, siekiant išsaugoti, sugrąžinti ir stiprinti sveikatą. Savirūpa apibūdinama kaip žmogaus savęs priežiūros veiksnių visuma, apimanti kasdienes ar pablogėjus sveikatai veiksmus: sveikas gyvenimo būdas, rūpinimasis savo sveikata, pastangos užkirsti kelią susirgimams ir išsaugoti sveikatą, profilaktika ir ligų prevencija, sveikatos pablogėjimo atpažinimas ir gebėjimas pačiam savarankiškai vykdyti paskirtą gydymą ir pan. Nors savirūpa priklauso nuo žmogaus atsakomybės už savo sveikatos priežiūrą, tačiau ji įgyjama dėka žinių ir įgūdžių, todėl didelis dėmesys turi būti skiriamas sveikatos ugdymui, kurio pagrindinis tikslas - skatinti bei pagerinti savirūpos gebėjimus, formuojant sveikos gyvensenos įgūdžius, skatinant gebėjimus atpažinti ir kontroliuoti sveikatos rizikos atsiradimo veiksnius ir ugdant atitinkamą elgesį, kuris remiasi pozityviu požiūriu į sveikatą. Didesnis gyventojų dėmesys savo sveikatai ir jų įtraukimas priimant sprendimus, susijusius su jų sveikatos problemomis, didina sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir efektyvumą bei skatina didesnę paciento atsakomybę už savo sveikatą.

1.3. Pacientų pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugų kokybe

Visuomenės sveikatos būklę lemia ne tik žmonių gyvenama, socialinė ir fizinė aplinka, bet ir sveikatos priežiūros, o ypač jos PASP grandies paslaugų kokybė [29]. Sveikatos priežiūros kokybė, jos valdymas ir pritaikymas yra vienas svarbiausių sveikatos priežiūros prioritetų Lietuvoje bei kitose Europos ir pasaulio šalyse [69]. Pacientų nuomonė, naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis yra svarbus paslaugų kokybės ir prieinamumo stebėsenos ir tobulinimo indikatorius įgaunantis vis didesnę reikšmę mūsų šalyje priimant sprendimus [34]. Informatyvus ir adekvatus pokyčių sveikatos priežiūroje vertinimo indikatorius yra pacientų apklausa [15].

Pacientų pasitenkinimas teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis yra vienas svarbiausių paslaugų kokybės rodiklių ir objektyvi prielaida teikiamų paslaugų kokybei gerinti. Tačiau kai kurie autoriai pabrėžia, kad pacientų pasitenkinimas paslaugomis yra subjektyvus ir atspindi tirtosios populiacijos sveikatos priežiūros kokybės rodiklius, nulemtus daugelio veiksnių: sociodemografinių ypatybių, požiūrių, vertybių, gyvenimo kokybės, sveikatos būklės, bendro pasitenkinimo gyvenimu [22]. Kita vertus, pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugų kokybe gali įtakoti pacientų lūkesčiai personalo atžvilgiu, geras, pagarbus, dėmesingas mediko elgesys su pacientu, personalo suteikta informacija, pacientų dalyvavimas sprendimų priėmime. J. Kairio (2009) nuomone, paslaugų kokybė pacientų požiūriu priklauso ir nuo sąlygų, kuriomis teikiamos paslaugos, todėl svarbu yra išsiaiškinti kaip pacientai vertina įvairius paslaugų elementus- nuo sveikatos priežiūros organizavimo ir prieinamumo iki pačių sveikatos priežiūros paslaugų, gydytojo ar slaugytojo vertinimo [44]. Vienas iš pagrindinių sveikatos priežiūros organizavimo principų didele dalimi įtakojantis pacientų pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis yra sveikatos priežiūros prieinamumas, kuris suprantamas kaip jos teikimas laiku, kai ji yra tinkama geografiniu požiūriu, yra skiriami visi įgūdžiai ir ištekliai medicininiais poreikiams tenkinti [91].

Atlikta nemažai tyrimų Lietuvoje, kuriuose didelis dėmesys skiriamas pacientų pasitenkinimo teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybe vertinimui, pacientų lūkesčių, susijusių su paslaugų kokybe ir prieinamumu analizei. Vienas tokių tyrimų yra SAM užsakymu 2010 m. atliktas pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų poreikių, pasitenkinimo teikiamų paslaugų kokybe ir prieinamumu tyrimas [82]. Šiame tyrime šalia kitų sveikatos priežiūros paslaugų buvo vertinamas Lietuvos gyventojų požiūris į šeimos gydytojo ir GMP teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Žemiau trumpai aptariami minėto tyrimo pagrindiniai rezultatai, susiję su šio darbo nagrinėjama tema. Tyrimo metu

atliktos pacientų apklausos rezultatais, šeimos gydytojų paslaugų kokybę vertinama palankiai: vidutiniškai visose pacientų amžiaus grupėse yra vertinama gerai (4-4,5 balo iš 5). Esminiai trūkumai teikiant šeimos gydytojų paslaugas pastebimi organizacinio prieinamumo srityse, kuriuos sąlygoja per ilgas laukimo laikas patekti pas gydytoją ir laukti prie kabineto ir pan. Tyrimo duomenimis, vidutiniškai apsilankymo pas šeimos gydytoją nuo registracijos laukiama nuo 2 iki 4,5 darbo dienų. Šeimos gydytojų paslaugų organizacinį prieinamumą visų amžiaus grupių pacientai vidutiniškai vertina gerai (3,6 - 4,3 balo iš 5), komunikacinį prieinamumą 4 - 4,2 balo iš 5, internetu tačiau pas šeimos gydytoją registruojasi tik 4 proc. pacientų. Kaip rodo tyrimo duomenys, labiausiai pacientų pasitenkinimą šeimos gydytojo teikiamomis paslaugomis įtakoja laukimo eilės prie gydytojo kabineto, trukmė nuo registracijos iki apsilankymo, gydytojo pagarba ir dėmesys pacientui, suteikta informacija apie gydymą ir sveikatos būklę, privatumo užtikrinimas, gydytojo bendravimas su pacientu – aiškūs atsakymai į klausimus, sugebėjimas nuraminti. Tačiau pacientai prasčiau vertina su emociniu palaikymu bei informacijos suteikimu siejamus paslaugos teikimo aspektus [82].

Minėto tyrimo rezultatais, GMP paslaugų kokybę pacientų yra vertinama teigiamai. Gyventojai vidutiniškai GMP paslaugų kokybę ir prieinamumą vertina gerai (atitinkamai 4,1 - 4,5 balo ir 4 - 4,3 balo iš 5). Pagal tyrimo rezultatus, vertinant GMP paslaugų prieinamumą galima teigti, jog jis yra geras, vidutinis laikas nuo iškvietimo iki atvykimo yra 21,6 min., tačiau, esminiai trūkumai išvelgiami paslaugų prieinamumo srityse - nurodoma atvykimo operatyvumo problema. Kaip nurodoma tyrimo domenų analizėje, vertinant GMP teikiamas paslaugas, pacientams yra svarbiausia GMP darbuotojų patarimai dėl gydymo tęstinumo. Darbingo amžiaus pacientų pasitenkinimą GMP paslaugomis labiausiai lemia tokie paslaugų teikimo aspektai kaip atvykimo operatyvumas, skubios medicinos pagalbos suteikimas ir patarimai dėl gydymo tęstinumo, išklausymas bei problemos išsiaiškinimas, pagarba ir dėmesys. Senjorams - suteikta pirmoji medicinos pagalba, GMP darbuotojų patarimai dėl tolesnio gydymo bei GMP dispečerio išklausymas telefonu [82]. Taigi, pacientų dalyvavimas sveikatos priežiūros paslaugų vertinime atskleidžia silpnąsias ir stipriąsias sveikatos priežiūros sistemos vietas [44].

Apibendrinant galima teigti, kad pacientų pasitenkinimas teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis yra informatyvus paslaugų kokybės ir prieinamumo vertinimo indikatorius ir tuo pačiu objektyvi prielaida paslaugų tobulinimo pokyčiams. Nors pacientų pasitenkinimas teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis ir jų prieinamumu yra subjektyvus, dažnai priklausantis ne tik nuo rezultatų, bet ir nuo sąlygų, kuriomis teikiamos paslaugos, tačiau tokie pacientų nuomonės tyrimai atskleidžia silpnąsias paslaugų teikimo puses. Lietuvoje atliktų tyrimo rezultatai, leido ne tik sužinoti GMP paslaugų kokybės

vertinimus bet ir išsiaiškinti svarbiausius pacientų pasitenkinimą lemiančius paslaugų teikimo aspektus ir įžvelgti esminius paslaugų teikimo trūkumus.

1.4. Efektyvumo samprata ir svarba sveikatos priežiūroje

Mokslininkai ir sveikatos priežiūros politikos formuotojai pabrėžia, jog tik sukūrus vientisą struktūrą, dirbant kartu įvairių sričių specialistams teikiant sveikatos priežiūros paslaugas yra galimybė įgyvendinti tikslus ir efektyviai tenkinti gyventojų poreikius. Europos Komisija skatina sveikatos priežiūros sistemų kaitos iniciatyvas, siekiant integruotą sveikatos priežiūrą orientuoti į žmonių poreikius [81], [48]. Kad prisitaikyti prie visuomenės senėjimo ir su tuo susijusiu lėtinių susirgimų skaičiaus didėjimu bei augančiu socialinių paslaugų teikimo sveikatos priežiūros įstaigose poreikiu, siūloma pirmenybę teikti ligų prevencijai ir paslaugų kokybei, pasitelkiant integruotą sveikatos priežiūros paslaugų teikimą bei garantuojant jų tęstinumą. Paslaugų integravimu siekiama pagerinti paslaugų teikimą, kad jos atitiktų visuomenės ir asmens lūkesčius bei gerintų gyvenimo kokybę, tačiau tai galima pasiekti tik skatinant žmones labiau rūpintis savo sveikata bei organizuojant sveikatos priežiūros paslaugų teikimą kuo arčiau paciento namų. Būtent taip organizuojamos paslaugos yra saugios ir ekonomiškai efektyvios [48], [93].

R. Kudukytė - Gasperė ir D. Jankauskienė (2014), cit. R. Curtis ir E. Christian (2012), išskyrė pagrindines priežastis, kurios turi įtaką integruotų paslaugų poreikiui: sveikatos priežiūros išlaidų mažinimas bei sveikatos priežiūros efektyvumas, siekiant nustatyti, kokie veiksmingi priežiūros būdai galėtų būti skiriami vyresnio amžiaus žmonėms [21], [48]. Todėl teigiami gyventojų sveikatos pokyčiai, turėtų būti pagrindinis sėkmingos sveikatos priežiūros kokybės rodiklis, o ne trumpalaikis finansinių išlaidų sumažinimas sveikatos priežiūrai [58]. Taigi iš esmės siekiama taikyti sveikatos priežiūros strategiją, orientuotą į maksimalios naudos pacientams sukūrimą mažiausiais kaštais. Tačiau pacientų poreikiai ir lūkesčiai paslaugų kokybei yra visada didesni nei gydymo įstaigos galimybės juos tenkinti, o išteklių trūkumas dažnai tampa kliūtimi tenkinti išreikštus poreikius [15].

Organizacijos ištekliai veikia ne tik sveikatos priežiūros paslaugas, struktūrą, procesą, bet ir auditą, todėl galima būtų paneigti dažnai išsakomą nuomonę, jog kokybė nieko nekainuoja [26]. Vykdamt pokyčius, sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas ir apmokėjimas turi užtikrinti aukštą sveikatos priežiūros kokybę, atitikti paslaugų teikėjų poreikius ir galimybes, o paslaugų apmokėjimo sistema turi

skatinti paslaugų kokybę, inovacijas, saugumą, efektyvumą [36]. Tačiau kol kas sveikatos priežiūros finansavimas yra atsietas nuo paslaugų poreikio ir nepadengia visų patiriamų išlaidų. Kita vertus, dažnai netinkamas lėšų paskirstymas ir neefektyvus turimų išteklių panaudojimas, lemia žemesnę sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Tačiau reikia pastebėti, kad sveikatos priežiūros neefektyvumą lemia ne tik sveikatos sistemos struktūra ir veikimo principai ar gydymo įstaigų darbo organizavimas, bet ir pačių pacientų požiūris į sveikatą.

2010 m. SAM užsakymu atlikto tyrimo duomenimis, net du trečdaliai pacientų į ligoninę atvyksta skubiai dėl ūmaus susirgimo ar traumos, yra nemažas trukdis efektyviam išteklių planavimui. Todėl tyrėjai kelia prielaidą, kad aukštas dėl ūmių susirgimų į gydymo įstaigas besikreipiančių pacientų rodiklis rodo pirminės ir antrinės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros grandies veiklos neefektyvumą (nepakankamą dėmesį ūmių susirgimų prevencijai ir sveikatos profilaktikai, lėtinių ligų savalaikį gydymą) [82]. Choudhry ir kt. (2008) teigimu, nepakankamas sergantiems lėtinėmis ligomis paskirto gydymo užtikrinimas neigiamai veikia gydymo efektyvumą ir turi pasekmes ne tik asmens sveikatai, bet ir lemia ekonominius bei socialinius nuostolius valstybei [19]. Todėl būtina didinti paslaugų efektyvumą mažinant kai kuriuos išteklius ir perskirstant lėšas kitoms sritims, tokioms kaip prevencinės programos.

Kalbant apie GMP paslaugų efektyvumo problemas, viena iš pagrindinių šios problemos priežasčių - augantis iškvietimų skaičius. Neatsakingas požiūris į savo sveikatą, sveikatinimo ir gydymo procesus, žemas sveikatos raštingumas, menkas žinojimas savo teisių ir naudojimas jomis, atsainus dalyvavimas priimant sprendimus gydymo ir medicininių procedūrų metu atsiliepia sveikatos priežiūros sistemai, ir tai sąlygoja didėjantį aptarnaujamų GMP iškvietimų skaičių, iš kurių nemaža dalis nepriskiriami aptarnaujamųjų GMP iškvietimų kategorijoms [24]. Neatmetama galimybė, kad dalis tokių iškvietimų atsiranda ir dėl PASP įstaigų darbo organizavimo, nepakankamo teikiamų paslaugų prieinamumo, ilgo laukimo eilėje kreipiantis į šeimos gydytoją ar kitus specialistus. Todėl GMP iškvietimų skaičiaus augimas rodo, kad yra būtini darbo organizavimo pokyčiai.

Jau minėto 2010 m. SAM užsakymu atlikto tyrimo duomenimis, GMP paslaugomis naudojasi gana gausiai - per 2 metus pasinaudojo kas trečias Lietuvos gyventojas. Šie rezultatai rodo GMP teikiamų paslaugų svarbą gyventojų poreikiams. Nerezultatyvių iškvietimų aptarnavimui išleidžiamos didelės lėšos (2008 m. - 9 356 256 Lt), todėl pagrįstai kyla paslaugų vartojimo efektyvumo klausimas. Tačiau kokią dalį GMP paslaugų sudaro gyventojų kreipimaisi dėl konsultacijos skubiu atveju, nesant kitų galimybių pasitarti su medicinos specialistu (internetu, telefonu) plačiau neanalizuota [82]. Švedijos pavyzdžiu, vienas iš tyrėjų siūlomų GMP veiklos efektyvumo didinimo būdų - skambučių nukreipimo paslaugos. Gavus paciento skambutį ir pagal indikacijas įsitikinus, kad pacientui nėra būtina GMP, paciento skambutį

galima nukreipti PASP įstaigai tolimesnei gydytojo konsultacijai arba pacientui suteikti konsultaciją telefonu. Tyrėjų nuomone, toks GMPS sukurtas skambučių valdymo centras, pacientui garantuotų tinkamas paslaugas bei užtikrintų efektyvesnį iškvietimų poreikio valdymą ir sumažintų išlaidas, skiriamas nebūtinai iškvietimams ir vykimams pas pacientą [82].

Reziumuojant, galima pasakyti, kad tik vientisos integruotos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo struktūros sukūrimas suteiktų galimybes pagerinti paslaugų teikimą ir efektyvesnėmis priemonėmis tenkinti visuomenės lūkesčius. Siekiant sumažinti sveikatos priežiūros išlaidas bei didinti paslaugų efektyvumą, būtina prisitaikyti prie visuomenės senėjimo procesų įtakojamo lėtinių susirgimų skaičiaus didėjimo ir pirmenybę suteikti ligų prevencijos programoms ir paslaugų kokybei, tačiau to pagrindu turi tapti žmonių skatinimas rūpintis savo sveikata. Nors sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo sistema turi skatinti paslaugų kokybę ir efektyvumą, tačiau sveikatos priežiūros finansavimas yra atsietas nuo paslaugų poreikio. Kita vertus, dažnai neefektyvų išteklių panaudojimą lemia ne tik sveikatos sistemos struktūros ir veikimo ar gydymo įstaigų darbo organizavimo principai, bet ir pačių pacientų požiūris į sveikatą. Kalbant apie GMP paslaugų efektyvumo problemas, viena iš pagrindinių šios problemos priežasčių yra augantis iškvietimų skaičius, iš kurių nemaža dalis nepriskiriami aptarnaujamųjų GMP iškvietimų kategorijoms, kurį dažnai lemia neatsakingas žmonių požiūris į savo sveikatą.

1.5. Greitosios medicinos pagalbos darbo organizavimo ir paslaugų teikimo principai

1.5.1. Greitosios medicinos pagalbos darbo organizavimo Lietuvoje ypatumai

Sveikatos priežiūros sistemoje ypatingą vietą užima GMP tarnyba, teikianti būtinąją medicinos pagalbą pacientams nelaimingų atsitikimų atvejais, esant gyvybei grėsmingoms, pavojingoms ir kritinėms būklėms, ūminėms ligoms, įvykio vietoje ir, esant indikacijoms, atsakinga už skubų paciento pervežimą į stacionarinę ASPĮ, kuomet transportavimo metu reikalinga specializuota būtinoji pagalba. Lietuvoje GMP paslaugos yra licencijuojama veikla. Šias paslaugas teikia ASPĮ, įstatymų bei teisės aktų nustatyta tvarka turinčios teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas ir tik gavusios Valstybinės akreditavimo tarnybos prie SAM išduotą licenciją [1].

GMP paslaugų teikimo veikla organizuojama teritoriniu paslaugų organizavimo principu- visose Lietuvos savivaldybėse. Savivaldybėse GMP paslaugas teikia savivaldybės įstaigos, kurios vadovaujantis

Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymu, priskiriamos Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos savivaldybių asmens sveikatos priežiūros viešųjų įstaigų nomenklatūrai- pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų padaliniai arba greitosios medicinos pagalbos stotys ar skyriai, turintys juridinį savarankiškumą [1], [7].

Esant kritinei sveikatos būklei labai svarbu, kad būtų pradėta teikti būtinoji medicinos pagalba, kuri yra skirstoma į pirmąją, bei skubiąją pagalbą. Pirmoji medicinos pagalba- tai tikslingi veiksmai ir būdai, kuriais, naudojant turimas medicinos ir kitokias priemones, stengiamasi išsaugoti nukentėjusiojo gyvybę, sustabdant sveikatą žalojančius veiksnius. Skubioji medicinos pagalba- tai kvalifikuota pagalba, kurią teikia kvalifikuoti sveikatos priežiūros specialistai [52]. Siekiant teikti kvalifikuotą pagalbą, GMP sveikatos priežiūros specialistai, vadovaujantis sveikatos apsaugos ministro 2007 m. lapkričio 6 d. įsakymu Nr. V-895, privalo tobulinti savo teorines žinias bei praktinius įgūdžius. Privalomą kvalifikacijos tobulinimą sudaro ne mažiau kaip 36 val. kas penkerius metus išklausti mokymai dėl GMP brigadų personalo veiksmų kritinių būklių atvejais pagal kvalifikacijos tobulinimo programas [8].

Lietuvoje GMP organizuojama taikant mišrų šių paslaugų teikimo organizavimo valdymo modelį, remiantis privalomuoju sveikatos draudimu. Remiantis Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos reikalų komiteto sprendimu dėl GMP paslaugų, Lietuvos GMP įstaigų tinklą sudaro: 19 savarankiškų GMP stočių, 30 įstaigų prie pirminių sveikatos priežiūros įstaigų, kurių steigėjai yra savivaldybės, ir 3 privataus kapitalo įmonės. Šiuo metu Lietuvoje yra 240 GMP brigadų ir 8 dispečerinės tarnybos, kuriose per metus gaunama iki 700 tūkst. iškviетimų [2].

2011 m. SAM išleistas įsakymas, kurio tikslas- pertvarkyti GMP paslaugų tiekimą, užtikrinti ilgalaikį ir veiksmingą GMP sistemos valdymą, paslaugų efektyvumą, prieinamumą ir kokybę, iš esmės pakeitė GMP pajėgų valdymą. Modernizavus GMP dispečerines ir įdiegus GMP brigadų pajėgumų valdymo sistemą, iškviетimas perduodamas arčiausiai įvykio vietos esančiai GMP brigadai [5]. Vadovaujantis SAM 2012 m. lapkričio 7 d. įsakymu Nr. V-996, GMP dispečerinės tarnyba priimdama GMP iškviетimus, privalo įvertinti paciento būklės sunkumą bei nustatyti ūmų gyvybei grėsmingą sindromą, atlikti iškviетimų rūšiavimą pagal GMP paslaugų suteikimo skubumą. GMP dispečerinės tarnybai priskirtos funkcijos apima: informacijos apie iškviетimą perdavimą GMP brigadoms, o esant būtinybei- ir kitoms specialioms pagalbos tarnyboms ar sveikatos priežiūros įstaigoms; GMP brigadų išsiuntimą į įvykio vietą bei skubiosios medicinos pagalbos pajėgų koordinavimą įvykio vietoje; pradinio gaivinimo ir kitų pagalbos instrukcijų perdavimą skambinančiajam iki GMP brigados atvykimo [6]. GMP dispečerinės tarnybos kompetencijai priklauso gretimų savivaldybių GMP įstaigų veiklos koordinavimas. Tarnyba turi teisę į įvykio vietą nukreipti arčiausiai paciento esančią GMP brigadą net jei pacientas yra už

jos aptarnaujamos teritorijos ribų. Toks centralizuotas GMP iškvietimų valdymas svarbus mažesnių rajonų savivaldybių GMP įstaigoms, turinčioms nedidelį skaičių GMP brigadų, kuomet naujo iškvietimo atveju visos brigados gali būti išvykusios pas pacientus. Centralizuota GMP dispečerinės tarnybos veikla leidžia sutrumpinti GMP brigados atvykimo laiką, kuris labai svarbus GMP darbo operatyvumo kokybės vertinimui. GMP dispečeris, priimdamas iškvietimą turi įvertinti, kuriai kategorijai jis priskiriamas (žr. 2 lentelė). Esant skubiam kvietimui, išsiunčiama GMP brigada ne vėliau kaip per 3 min nuo priėmimo ir laikas nuo iškvietimo užregistravimo iki pirmosios medicinos pagalbos teikimo pradžios turi būti ne ilgesnis kaip 10 - 15 min. mieste ir 20 - 25 min. kaimo vietovėje [4].

2 lentelė. GMP iškvietimų kategorijos

Skubūs iškvietimai, kai kreipiamasi:		
<p>Įvykus nelaimingiems atsitikimams:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ transporto avarijoms; ▪ gamtinių nelaimių ir katastrofų atvejais; ▪ esant ūmiai intoksikacijai; ▪ žaibo ir elektros sukeltiems pakenkimams; ▪ nukentėjus gaisre; ▪ skendus, užspringus – esant ūmiam kvėpavimo pataloginiam sutrikimui; ▪ patyrus traumą, esant stipriam išoriniam kraujavimui, šautinių, durtinių žaizdų, iškritus iš daugiau kaip 2 metrų aukščio ir kt.; ▪ įkandus pavojingiems gyviams (esant gyvybei pavojingų požymių); ▪ ūmių alerginių reakcijų ar šokų su gyvybei pavojingais požymiais; ▪ esant kūno temperatūrai mažiau kaip 35 °C; ▪ nudegus daugiau kaip 5 proc. kūno paviršiaus ploto esant paviršiniam nudegimui ar daugiau kaip 3 proc. kūno paviršiaus esant gilesniam nudegimui); 	<p>Esant gyvybei grėsmingoms būklėms:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ mirštant; ▪ sustojus kvėpavimui, ▪ staiga atsiradus obstrukcijai, dusuliui ir kt. grėsmingoms gyvybei būklėms.); ▪ sustojus širdžiai, sutrikus širdies ritmui, ūmiai atsiradus skausmui krūtinėje); ▪ esant ūmiam kraujotakos sutrikimui, staigiam ir pavojingam arterinio kraujo spaudimo sumažėjimui arba padidėjimui, galvos svaigimui, sutrikus kalbai ar esant kitai neurologinei simptomatikai; ▪ esant šaltai, drėgnai, „marmurinei odai“, staiga atšalus, išbalus galūnei); ▪ staiga sutrikus/ netekus sąmonės; ▪ pasireiškus traukuliams; ▪ tirpstant galūnėms, ūmiai atsirandant parezei ar paralyžiui; ▪ esant ūmiam, labai stipriam skausmui; ▪ esant ūmiam regėjimo sutrikimui; ▪ esant gausiam išoriniam kraujavimui ar įtarus vidinį kraujavimą; 	<p>Esant ūmiam psichikos ir elgesio sutrikimui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ suicidas; ▪ agresijos arba smurto, kuomet kelia grėsmę aplinkiniams ar pačiam pacientui atveju; ▪ prireikus skubiai pervežti iš namų ar viešųjų įstaigų, ambulatorines paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų į stacionarines ASPĮ, kai transportuojant pacientą yra būtina medikų priežiūra.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ esant didesnei kaip 40 °C kūno temperatūrai, sąmonės sutrikimui, vėmimui, mieguistumui); ▪ ilgalaikio suspaudimo sindromo (ang. Crash) atvejais; ▪ įvairios lokalizacijos svetimkūnių atvejais, kada yra grėsmė gyvybei. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ atsiradus kūno temperatūros pokyčiams: < 35 °C arba > 39,5 °C; ▪ kviečiant pas vaiką iki 12 mėn. amžiaus (pastebėjus nebūdingus pasikeitimus- verkšlenimą, vangumą ir pan.); ▪ esant gimdymo ar nėštumo komplikacijoms (kraujavimui, nutekėjus vaisiaus vandenims, kitoms gyvybei pavojingoms būklėms); ▪ prasidėjus gimdymui; ▪ gausiai vemiant ir (ar) profuziškai viduriuojant. 	
Atidedami iškvietai (GMP brigada siunčiama tuoj pat, arba per 30 min. nuo iškvietaimo užregistravimo, jei tuo metu nėra laisvos GMP brigados):		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ nušalus; ▪ esant lėtinių ligų paūmėjimui be gyvybei grėsmingų būklių; ▪ kai paciento būklė nėra grėsminga gyvybei, o būtinajai medicinos pagalbai indikacijų nėra, tačiau pacientas arba artimieji kategoriškai reikalauja atsiųsti GMP brigadą; ▪ prireikus pervežti stabilios būklės pacientą iš gydymo įstaigos (GMP brigada gali būti siunčiama per 1 val. nuo kvietimo užregistravimo); ▪ iškvietaimus, kuriuos reikia peradresuoti kitoms institucijoms; ▪ jei išsakomi nusiskundimai, susiję su sveikatos išsaugojimo, ligų profilaktikos, gydymo, slaugos ir kitais sveikatos priežiūros klausimais. Pacientams rekomenduojama kreiptis į šeimos gydytoją arba pakonsultuojama telefonu, jei to pakanka; ▪ kreipiantis neblaiviems asmenims iškvietaimai peradresuojami policijos pareigūnams; ▪ gavus iškvietaimą esantį kitoje teritorijoje. Iškvietaimas priimamas ir perduodamas GMP paslaugas teikiančiai įstaigai kuriai priklauso pagal teritoriją, arba tos pačios įstaigos GMP brigadai (jei reikalinga pagalba paslaugą teikiančiai GMPS). Sutartyje su teritorine ligonių kasa nustatomos papildomos sąlygos ir GMP paslaugų teikimo kitoje teritorijoje apmokėjimas. 		
Patariamieji iškvietai (kai pacientas nori tik GMP paslaugas teikiančio dispečerio arba kito mediko patarimų telefonu. Šiais atvejais GMP brigada nesiunčiama).		

Cit. pagal Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 16 d. įsakymą Nr. V- 1075.

Apibendrinant GMP organizavimo ypatumus, galima teigti, kad Lietuvoje GMP paslaugų teikimas priskiriamas licencijuojamai sveikatos priežiūros veiklai ir yra organizuojamas remiantis teritoriniu principu - visose savivaldybėse. Šiuo metu GMP įstaigų tinklą sudaro: 19 savarankiškų GMP stočių, 30 pirminių sveikatos priežiūros įstaigų padalinių ir 3 privačios įmonės. GMP paslaugų teikimo apimtis nustato skubių iškvietaimų kategorijos. Siekiant pertvarkyti GMP paslaugų tiekimą, užtikrinti veiksmingą GMP sistemos valdymą ir paslaugų efektyvumą, buvo įdiegta centralizuota GMP brigadų iškvietaimų valdymo sistema, kuri leidžia efektyviau valdyti iškvietaimų srautus ir sutrumpinti GMP brigadų atvykimo laiką.

1.5.2. Greitosios medicinos pagalbos darbo organizavimo užsienio šalyse ypatumai

Sveikatos priežiūros sistemoje svarbią vietą užimančios skubiosios medicinos pagalbos esmę sudaro: ligų bei nelaimingų atsitikimų prevencija, veiksmai ligos ar nelaimingo įvykio atveju, greitas reagavimas bei gydymas [68]. Skubi medicinos pagalba remiasi žiniomis ir įgūdžiais, reikalingais visų amžiaus grupių žmonių sveikatos sutrikimų diagnostikai, gydymui ir prevencijai. Tai medicinos specializacija, kurioje laikas yra kritinis aspektas, galintis tapti lemiamu žmogaus gyvybei. Skubios medicinos pagalbos praktika apima paruošiamąjį ikihospitalinį ir hospitalinį pacientų rūšiavimą, pacientų gaivinimą, pirminį sveikatos sutrikimų įvertinimą ir valdymą skubiais ir neatidėliotinais atvejais bei pagalbą iki paciento perdavimo kitam sveikatos priežiūros specialistui arba iki pagalbos teikimo pabaigos [92]. Skubios pagalbos funkcijas galima apibrėžti keturiomis pagrindinėmis sudedamosiomis dalimis: skubios pagalbos suteikimas, rūpinimasis visuomene, rūpinimasis pacientu pakeliui ir rūpinimasis paciento sveikatos priežiūra atvykus į gydymo įstaigą [9]. ES šalyse ir Jungtinėse Amerikos valstijose ypač didelis dėmesys yra skiriamas skubios medicinos pagalbos kokybei, diegiami bendri skubios medicinos pagalbos teikimo standartai ir protokolai, siekiama, kad pagalba būtų suteikta kvalifikuotai, ir kuo operatyviau, t.y. kuo trumpesnis laikas nuo skambučio priėmimo iki GMP nuvykimo į įvykio vietą. Pavyzdžiui, Norvegijoje siektinas laikas nuo pagalbos iškvietimo iki GMP atvykimo yra 12 - 20 min., Austrijoje, Nyderlanduose - 15 min. [86], [85].

Didelė dalis besivystančių šalių skubios pagalbos valdymo sistemos neturi, nes dažnai ikihospitalinis skubiosios pagalbos valdymas kontroliuojamas kitų institucijų (pvz. priešgaisrinės apsaugos, civilinės saugos, raudonojo kryžiaus organizacijų ir pan.), kurios paprastai nekomunikuoja su pacientus priimančiomis gydymo įstaigomis, siekiant pasikeisti turima informacija [80], [68]. Tuo tarpu išsivysčiusiose pasaulio šalyse skubi sveikatos priežiūra yra skirstoma į du, skirtingas funkcijas atliekančius, valdymo modelius: prancūzų - vokiečių ir anglų - amerikiečių. Tinkamas šių modelių valdymas bei organizavimas lemia mažėjančią pacientų mirtingumo rodiklį. Pagal S. Al - Shaqsi (2010) aprašytus modelius, atlikta palyginamoji analizė, atskleidžianti skirtumus (žr. 3 lentelė). Tačiau vienareikšmiškai galima teigti, jog abu modeliai siekia vienodo tikslo- suteikti pacientams būtinąją medicinos pagalbą, kuri atitiktų kuo aukštesnius kokybės standartus [9], [11], [68].

3 lentelė. Prancūzų - vokiečių ir Anglų - amerikiečių skubios pagalbos modelių palyginimas

Modelis	Prancūzų - vokiečių	Anglų - amerikiečių
Organizavimas	Skubios pagalbos sistema- visuomenės sveikatos dalis	Skubios pagalbos sistema - valstybinių saugumo organizacijų dalis
Pagalbą teikiantis personalas	Profesionalūs medikai su paramedikais	Paramedikai kartu su kitu greitosios medicinos pagalbos personalu
Pagrindinis tikslas	Gydytojo atvežimas pas pacientą	Paciento atvežimas pas gydytoją
Pagalbos teikimas	Mažesnė dalis pacientų iškart transportuojami į intensyvios terapijos skyrių. Daugiau laiko skiriama pagalbos teikimui įvykio vietoje	Didesnė dalis pacientų iškart transportuojami į intensyvios terapijos skyrių, mažiau laiko skiriama teikiant pagalbą įvykio vietoje
Paciento transportavimas	Transportavimas į ligoninę aplenkiant intensyvios terapijos skyrių	Transportavimas į intensyvios terapijos skyrių

Cit., pagal S. Al- Shaqsi (2010).

Taikant prancūzų - vokiečių modelį laikomasi principo „likti ir stabilizuoti“. Neatsiejama jo dalis yra profesionalūs medikai, kurie teikia kvalifikuotą būtinąją medicinos pagalbą kol pacientas bus transportuotas į reikiamą gydymo įstaigą, arba stabilizavus jo būklę paliktas gydytis namuose, nes tinkamas paciento būklės įvertinimas įvykio vietoje leidžia optimaliai parinkti gydymo taktiką [13]. Šiame valdymo modelyje profesionaliai gali dirbti įvairių medicininių sričių atstovai, kurie turi papildomą specializaciją, tačiau daugeliu atvejų pagrindinis vaidmuo ikihospitalinės pagalbos teikime atitenka gydytojui anesteziologui- reanimatologui [11]. Šalyse, kuriose taikomas šis modelis, skubi medicinos pagalba yra gerai išvystyta ir paprastai pripažįstama atskira medicinos priežiūros grandimi [9].

Anglų - amerikiečių modelis vadovaujasi principu “paimti ir vežti”, minimaliai stabilizuojant paciento būklę įvykio vietoje, kurio tikslas- kuo greičiau transportuoti pacientą tiesiai į tas sveikatos priežiūros įstaigas, kuriose yra intensyvios terapijos skyriai. Anglų- amerikiečių modelio komandiniame darbe dalyvauja gerai išvystyti skubios pagalbos centrai su profesionaliomis paramedikų brigadomis ir kitu GMP personalu. Teikiant pagalbą paprastai bendradarbiaujama ir su gretutinėmis institucijomis

tokiomis kaip policija ar priešgaisrinė apsauga. Esant ekstrinei būtinybei naudojamos ir kitos pacientų transportavimo priemonės [13].

Vienas pagrindinių šiuos modelius skiriantis skirtumas yra tas, jog pirmajame modelyje gydytojas vežamas pas pacientą, o antrajame pacientas pas gydytoją [79]. Šie modelių skirtumai buvo akivaizdūs laikotarpiu nuo 1970 m. iki 20-jo amžiaus pabaigos, tačiau šiandien dauguma skubios pagalbos sistemų visame pasaulyje turi įvairių kompozicijų iš kiekvieno modelio [9]. Apžvelgiant modelių teikimo principus iš esmės negalima laikytis vienareikšmiškos nuomonės, kuris iš jų yra labiau išvystytas ar geriau veikia. Siekiant modelių efektyvaus ir kokybiško veikimo pagrindinis dėmesys turėtų būti kreipiamas į visos skubios medicininės pagalbos personalo parengimą, valstybinių institucijų pagalbą, nuolatinį sveikatos priežiūros infrastruktūrų tobulinimą, o ne į atskirą modelį [68]. Siekiant apjungti gerąsias abiejų modelių praktikas, ES atsakingos institucijos siekia suformuoti bendrą GMP teikimo koncepciją visoms jai priklausančioms šalims [27].

Apibendrinant galima teigti, kad skubi medicinos pagalba remiasi ligų bei nelaimingų atsitikimų prevencija, veiksmais ligos ar nelaimingo įvykio atveju, greitu reagavimu bei gydymu. Išsivysčiusiose užsienio šalyse didelis dėmesys yra skiriamas skubios medicinos pagalbos kokybės užtikrinimui, diegiant bendrus skubios medicinos pagalbos teikimo standartus. Šių šalių skubios medicinos pagalbos valdymo sistema paremta dviem valdymo modeliais: prancūzų- vokiečių ir anglų - amerikiečių. Prancūzų - vokiečių valdymo modelio pagrindas - „likti ir stabilizuoti“ principas, kurio esmę sudaro profesionalių medikų teikiama būtinoji medicinos pagalba kol pacientas bus transportuotas į gydymo įstaigą, arba stabilizavus jo būklę paliktas gydytis namuose. Anglų- amerikiečių modelis vadovaujasi principu „paimti ir vežti“, kurio esmė - minimaliai stabilizuoti paciento būklę įvykio vietoje ir kuo greičiau transportuoti į gydymo įstaigą, turinčią intensyvios terapijos skyrių.

2. TYRIMO METODIKA

2.1. Tirtos sveikatos priežiūros įstaigos aprašas

Tyrimas atliktas VšĮ PRSP GMPS teikiant paslaugas iškvietimo pas pacientą į namus metu.

VšĮ PRSP veikianti nuo 1977 m. asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikianti įstaiga, savo veiklą organizuojanti atsižvelgiant į rajono gyventojų poreikius ir norus, Panevėžio rajono savivaldybės tarybos sprendimus ir sveikatos apsaugos sistemą reguliuojančių institucijų vykdomą politiką. Vykdamas Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros biudžetinių įstaigų reorganizavimą į valstybės savivaldybių sveikatos priežiūros viešąsias įstaigas ir vadovaujantis Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1997-08-06 nutarimu Nr. 891, 1997-09-18 Panevėžio rajono tarybos sprendimu Nr. 70, Panevėžio rajono centrinė poliklinika ir jos padaliniai, tarp jų ir GMPS, buvo reorganizuoti į VšĮ PRSP su jos padaliniais. Poliklinikoje gydos daugiau nei 32 400 gyventojų, iš kurių 5700 yra vaikai [89].

VšĮ PRSP teikiamos: pirminės (šeimos medicinos – bendrosios praktikos gydytojo praktikos, terapeuto, pediatro, akušerio- ginekologo, chirurgo, traumatologo- ortopedo; pirminės psichikos sveikatos priežiūros; GMP, laboratorinės diagnostikos, logopedijos, masažo, kineziterapijos, ergoterapijos; slaugos: psichikos sveikatos, bendrosios praktikos, bendruomenės, fizinės medicinos ir reabilitacijos); antrinės (kardiologijos; neurologijos, vidaus ligų, vaikų kardiologijos, vaikų ligų, vaikų reumatologijos chirurgijos, dermatovenerologijos, endokrinologijos, neurologijos, kraujagyslių chirurgijos, ortopedijos ir traumatologijos, urologijos, akušerijos ir ginekologijos, fizinės medicinos ir reabilitacijos, oftalmologijos, otorinolaringologijos, radiologijos, echoskopijos- endoskopijos, klinikinės fiziologijos, manualinės terapijos, psichiatrijos, psichoterapijos) ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos [89].

Šiuo metu VšĮ PRSP GMPS dirba 2,75 brigados (švenčių ir poilsio dienomis visą parą 3 brigados, darbo dienomis: dienos metu 3 brigados, naktį- 2). Vieną brigadą sudaro: bendrosios praktikos slaugytoja, baigusi specializuotus kursus teikti pažangią pagalbą arba medicinos felčerė ir vairuotojas arba vairuotojas- paramedikas. Iš viso skyriuje dirba: 1 vyriausiasis slaugos administratorius; 7 bendrosios praktikos slaugytojų, kurios baigusios skubios medicinos pagalbos kursus; 10 medicinos felčerių; 16 vairuotojų; 1 vairuotojas- paramedikas ir 2 valytojos- slaugytojų padėjėjos.

GMP skyrius sveikatos priežiūros paslaugas teikia visiems Panevėžio rajono gyventojams. 2013 m. GMP brigados vyko į 7636 iškvietimus, vidutinis iškvietimų skaičius per parą - 21 iškvietimas [88].

4 lentelė. VšĮ PRSP GMPS iškvietimų struktūros kaita

Metai	iškvietimų iš viso	Iš jų dėl				
		nelaimingų atsitikimų	ūmių susirgimų ir būklių	nėštumo ir pogimdyvinio laikotarpio patologijos	pervežimų	
					gimdyvių	ligonių
2010	10 911	972	9 203	22	70	644
2011	9 722	897	7 939	39	75	772
2012	7 925	797	6 476	26	67	559
2013	7 636	875	6 280	10	54	417

Cit. pagal VšĮ Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos 2013 m. veiklos ataskaitą.

Didžiąją dalį iškvietimų skaičiaus sudarė iškvietimai dėl ūmių susirgimų ir būklių- 6280 kartai (82,2 proc.). Dėl nelaimingų atsitikimų 2013m. GMP kviesta 875 kartus (11,4 proc.), dėl nėštumo ir pogimdyvinio laikotarpio patologijos 10 kartų (0,2 proc.), dėl ligonių ir gimdyvių pervežimų 471 kartą (6,2 proc.).

Analizuojant statistinius GMPS duomenis pastebėta, kad 2010-2013 m. laikotarpiu iškvietimų skaičius kasmet mažėja. Greitąją medicinos pagalbą 2013 m. Panevėžio rajono gyventojai kvietėsi 3,6 proc. rečiau nei 2012 m. Iškvietimų skaičius dėl ūmių susirgimų ir būklių palyginti su 2012 m. sumažėjo 3 proc., dėl nėštumo ir pogimdyvinio laikotarpio patologijos - 61,5 proc. dėl pervežimų - 19,4 proc. Tuo tarpu dėl nelaimingų atsitikimų 2013 m. greitoji medicinos pagalba kviesta 9,8 proc. dažniau nei 2012 m.

Skyrius 2013 m. išlaikė gerus kokybės rodiklius: hospitalizuota daugiau nei 75 proc. vežtų į ligoninės priėmimo skyrių pacientų, diagnozių nesutapimas tesiekė 2,3 proc.

2.2. Tyrimo metodologija

Šiuo darbu siekiama įvertinti pacientų savirūpą ir jos poveikį greitosios medicinos pagalbos darbo efektyvumui. Siekiama išsiaiškinti probleminius GMP paslaugų teikimo ne dėl būtinosios pagalbos aspektus, kurie įgalina kryptingą GMP darbo efektyvumo tobulinimą. Tuo tikslu, 2014 m. gruodžio mėn.- 2015 m. vasario mėn. VšĮ PRSP GMPS, teikiant paslaugas iškvietimo pas pacientą į namus metu, buvo atliktas tyrimas.

Tyrimo objektas - pacientų savirūpos poveikis ir įtaka VšĮ PRSP GMPS darbo efektyvumui.

Tikslas. Įvertinti pacientų savirūpos poveikį VšĮ PRSP GMPS darbo efektyvumui.

Tyrimo uždaviniai:

1. Remiantis moksline literatūra, atskleisti sveikatos ir savirūpos sampratos bei GMP darbo organizavimo ir paslaugų teikimo teorinius aspektus.
2. Įvertinti pacientų savirūpą savo sveikata ir kokia įtaką ji daro GMP darbo efektyvumui.
3. Išsiaiškinti priežastis, kurios daro įtaką didėjančiam GMP paslaugos suteikimo skaičiui.
4. Palyginti pacientų pasitenkinimą pirminėmis asmens sveikatos priežiūros specialistų ir GMP paslaugomis.
5. Pateikti rekomendacijas ir numatyti priemones, kurių reikėtų imtis siekiant padidinti pacientų savirūpą savo sveikata ir GMP darbo efektyvumą.

Hipotezė. Savirūpa mažina GMP apkrovimą jiems nebūdingais iškvietimais ir didina GMP darbo efektyvumą.

Tyrimo metodai:

- kiekybinis tyrimas - anketinės apklausos metodas;
- statistinė duomenų analizė naudojant statistinės analizės programinę įrangą IBM SPSS 22.0.

Metodo pagrindimas. Tyrimui atlikti pasirinkta anoniminė anketinė apklausa, nes tai efektyvus tyrimo metodas, naudojamas siekiant gauti kuo objektyvesnę informaciją apie tiriamąją problemą. Analizuojant rezultatus, galima išsiaiškinti vyraujančias nuomones bei tendencijas, o galimybė struktūrizuoti duomenis, palengvina jų apdorojimą ir analizavimą, be to tai santykinai nebrangus ir greitas duomenų rinkimo būdas.

Tyrimo instrumentas. Respondentai buvo apklausti pagal iš anksto parengtą standartizuotą klausimyną. Anketoje pateikti 35 uždaro tipo klausimai su galimais atsakymų variantais. Respondentų prašyta pasirinkti labiausiai jų nuomonę atitinkantį atsakymo variantą, tai leido susikoncentruoti ties svarbiausiais tyrimo klausimais.

5 lentelė. Tyrimo anketos struktūra

Eil. Nr.	Tema	Anketos klausimo numeris
Paciento pildomi klausimai		
1	Demografinės ir socialinės respondentų charakteristikos	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
2	Savirūpos savo sveikata vertinimas	8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 17
3	Pacientų savo sveikatos būklės vertinimas	16, 18, 19, 20, 21, 22, 31
4	Pasitenkinimas paslaugomis ir jų prieinamumu	13, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30
GMP darbuotojo pildomi klausimai		
5	Iškvietimų GMP darbuotojo požiūriu vertinimas	32, 33, 35, 35

Anketa sudaryta iš dviejų dalių: vieną iš jų pildo pacientas, kitą - GMP medikas. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 klausimai skirti demografinėi ir socialinei respondentų charakteristikoms išaiškinti; 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 31 klausimai atspindi savirūpą savo sveikata ir kaip pats pacientas vertina savo sveikatos būklę; 13, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 klausimai susiję su paslaugų prieinamumu ir pasitenkinimo jomis vertinimu; 32, 33, 35, 35 klausimų atsakymai, kuriuos pažymi GMP medikas, nurodo dėl kurio iš pagrindinių organų sistemų pažeidimo buvo kviesta GMP brigada, kaip vertinama paciento ligos būklė ir ar buvo reikalinga skubi medicinos pagalba.

Tyrimo atrankos metodas. Tyrimui atlikti buvo pasirinktas kiekybinis netikimybinės atrankos metodas - tikslinė atranka. Šis atrankos būdas pasirinktas todėl, kad yra geriausias būdas gauti pakankamai objektyvius ir tikslius duomenis. Formuojant tikslinę respondentų grupę, tyrimui buvo pasirinkti pacientai, tyrimo laikotarpiu besikreipę į PRSP GMPS dėl sveikatos priežiūros paslaugų. Vykdamas apklausa buvo apklausti 396 suaugę (18 metų ir vyresni), sąmoningi, blaivūs ir galintys į klausimus atsakyti pacientai, kurie teigė jog jiems yra reikalinga skubi medicininė pagalba dėl lėtinių ar ūmių ligų.

Tyrimo imtis. Tiriamosios imties dydis yra svarbus veiksnys, apsprendžiant statistinį tikslumą, kuriuo vertinami populiacijos požymiai. Imties dydį sąlygoja tiek tiriamos populiacijos dydis, tiek imties paklaida [62]. Lietuvos Statistikos departamento duomenimis, Panevėžio rajono savivaldybės gyventojų skaičius 2014 metų pradžioje buvo 37494 žmonės [83]. Visi šie gyventojai naudojami VŠĮ PRSP GMPS teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis.

Tyrimo patikimumui užtikrinti būtina turėti kuo tikslesnius duomenis, todėl reikia tinkamai atlikti respondentų atranką - pasirinkti teisingą apklaustųjų skaičių. Vienas iš literatūroje siūlomų tyrimo imties apskaičiavimo būdų - naudoti Paniotto formulę. Šis būdas buvo pasirinktas nustatyti reikiamai tyrimo imčiai, atliekant anketinę apklausą. Imties dydis, esant žinomam populiacijos dydžiui, apskaičiuotas pagal Paniotto formulę [45]:

$$n = \frac{1}{\Delta^2 + \frac{1}{N}}$$

kai:

n – imties dydis;

Δ – leistina paklaida (0,05);

N – populiacijos dydis.

Atlikus skaičiavimus gautas imties dydis - 396 respondentai ($1 / (0,05^2 + 1 / 37494) = 396$), reprezentuojantis 37494 Panevėžio rajono savivaldybės populiaciją. Nustatant imties dydį pasirinktas 95 proc. patikimumas esant 5 proc. paklaidai.

Kad išsiaiškinti GMP paslaugų teiktų ne dėl būtiniosios pagalbos mastą, tyrimo metu buvo svarbu sužinoti GMP specialistų, vykusią į iškvietimus vertinimą, todėl anketinės apklausos metu buvo apklausti ekspertai - asmenys, dėl savo profesinės patirties turintys didžiausią kompetenciją ir patikimiausią bei išsamią informaciją apie tiriamą problemą [72].

Ekspertų tiriamoji imtis buvo suformuota tiksliniu netikimybinu būdu, tyrėjui į formuojamą grupę įtraukiant asmenis, kurie, jo nuomone, yra tipiškiausi tiriamojo pobūdžio atžvilgiu [45]. Pasirinkta kriterinė metodo imtis. Buvo pasirinkti ekspertai, kurie tyrėjos nuomone, galėjo suteikti informaciją reikalingą tyrimo tikslui įgyvendinti. Pagrindinis šio tyrimo ekspertų pasirinkimo kriterijus - jų profesinė veiklos sritis. Tyrimo imtį sudarė 4 respondentai (dvi skubios medicinos pagalbos specialistės ir dvi medicinos felčerės) - VšĮ Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos GMP skyriaus sveikatos priežiūros specialistės, tyrimo metu vykusios į iškvietimus ir pacientams dalinusios anketas (žr. 6 lentelė).

6 lentelė. Ekspertų imties charakteristika

Ekspertai	Pareigos	Darbo patirtis
1 ekspertas	Skubios medicinos pagalbos specialistė	3
2 ekspertas	Skubios medicinos pagalbos specialistė	2
3 ekspertas	Medicinos felčerė	20
4 ekspertas	Medicinos felčerė	8

Tyrimo etika. Atliekant tyrimą buvo laikomasi mokslinės etikos reikalavimų. Tyrimui atlikti buvo gautas žodinis įstaigos vadovo leidimas. Respondentams žodžiu buvo suteikta informacija apie apklausą, paaiškinta apklausos esmė ir tikslas, duomenų rinkimo ir analizės principai, užtikrinantys respondentų anonimiškumą. Respondentai buvo apklausiami gavus jų sutikimą naudoti apibendrintą informaciją. Pasirinkti sąmoningi, blaivūs pacientai. Tyrimas atliktas remiantis laisvanoriškumo principu, respondentai galėjo laisvai nuspręsti dalyvauti ar nedalyvauti tyrime. Atliekant tyrimą, vadovautasi bendrosios etikos principais: respondentams buvo garantuotas autonomiškumas, privatumas, konfidencialumas, tai leidžia tikėtis jų atvirumo. Anketos buvo pildomos pačių respondentų, tyrėjai tiesiogiai nedalyvaujant apklausoje.

Siekiant išsaugoti respondentų anonimiškumą, jokie asmeniniai duomenys apie respondentą nebuvo renkami. Tam kad respondentų duomenys nebūtų atskleisti ar individualiai susieti su rezultatais, anketos dalintos kartu su voku, į kurį pacientas galėjo įdėti anketą ją gražinant. Išlaikant respondentų konfidencialumą visiems gautiems klausimynams buvo suteikti identifikacijos numeriai.

Tyrimo organizavimas. Anketinė apklausa buvo vykdoma 2014 m. gruodžio mėn. - 2015 m. vasario mėn. Apklausa buvo atliekama respondentų namuose GMP iškvietimo metu. Tyrėja kartu su

kitomis specialistėmis, dirbančiomis GMP skyriuje, dalino anketas pacientams. Anketos buvo dalintos pacientams, tyrimo laikotarpiu besikreipusiems į GMP skyrių dėl sveikatos priežiūros paslaugų. Atspausdintos anketos buvo išdalintos kartu su voku, kad ją užpildžius, pacientas neturėtų nepatogumų ją gražinant ir buvo tikimasi, jog atsakymai bus sąžiningesni. Anketas respondentai pildė savarankiškai, į anketos klausimus atsakinėdami raštu pagal anketos įvadinėje dalyje pateiktus reikalavimus. Anketą užpildė 396 pacientai. Antrą anketos dalį pildė ekspertai - GPM specialistai, teikę paslaugas iškvietimo metu, pateikdami iškvietimo ir paciento sveikatos vertinimą. Eksperto užpildytas anketos lapas buvo įdedamas į tą patį voką kartu su paciento pildyta anketos dalimi.

Tyrimo duomenų analizė. Apklausos duomenys apdoroti ir analizuoti naudojantis statistinės analizės programine įranga IBM SPSS 22.0. Statistiškai patikimais laikyti skirtumai, kai reikšmingumo lygmuo $p < 0,05$, atsakymų dažnių statistinis patikimumas vertintas pagal Chi - kvadrato kriterijų.

Tyrimo duomenų analizei bei jo metu gautiems rezultatams išdėstyti naudojamas aprašomosios ir koreliacinės statistikos analizės metodai. Darbe metodiškai palyginta GMP kvietusių pacientų nuomonė savirūpos savo sveikata, savo sveikatos būklės vertinimo, pasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugomis ir jų prieinamumu temomis ir GMP specialisto nuomonė dėl paciento ligos būklės ir skubios medicinos pagalbos reikalingumo bei jų tarpusavio ryšiai. Vienas iš tyrimo gautų duomenų grupavimo ir palyginimo kriterijų- respondentų nuomonių skirtumai atsižvelgiant į jų demografines charakteristikas. Gauti tyrimo rezultatai pateikiami lentelėse ir grafikuose, apibūdinančiuose respondentų nuomonių pasiskirstymo pobūdį, su procentine gautų rezultatų išraiška. Po grafikais ir lentelėmis pateikiamas rezultatų apibendrinimas bei išvados.

3. TYRYMO REZULTATAI IR JŲ ANALIZĖ

3.1. Respondentų demografinės ir socialinės charakteristikos

Duomenys apie respondentų socialines demografines charakteristikas leidžia tiksliau ir visapusiškai įvertinti dominuojančius respondentų požiūrius bei tam tikras tendencijas vienais ar kitais tyrimo klausimais. Žemiau pateikiami rezultatai, gauti išanalizavus tyrime dalyvavusių pacientų socialinius demografinius duomenis: pasiskirstymą pagal lytį, amžių, išsilavinimą, šeimyninę padėtį, socialinę - profesinę padėtį, gyvenimo sąlygas bei pajamas, tenkančias vienam šeimos nariui per mėnesį.

7 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį

Lytis	Respondentų skaičius	Procentas
Vyrai	179	45,2
Moterys	217	54,8
Iš viso	396	100,0

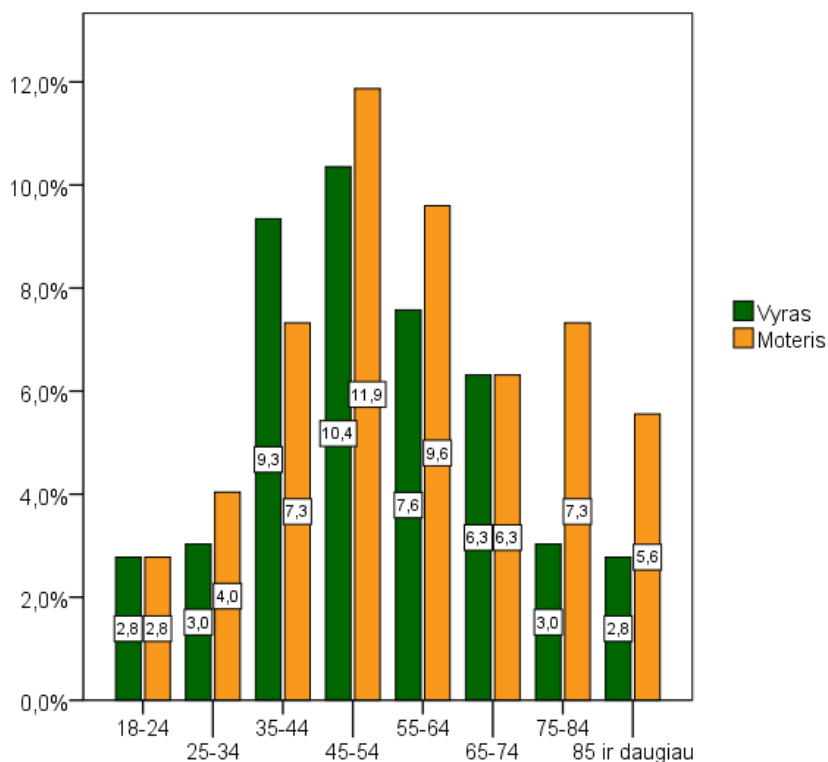
Siekiant užtikrinti tyrimo reprezentatyvumą, buvo apklausti 396 pacientai. Didesnę dalį respondentų sudarė moterys - 217 (54,8 proc.), o likusią dalį vyrai -179 (45,2 proc.).

8 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes

Amžiaus grupė	Respondentų skaičius	Procentas
18-24	22	5,6
25-34	28	7,1
35-44	66	16,7
45-54	88	22,2
55-64	68	17,2
65-74	50	12,6
74-85	41	10,4
85 ir daugiau	33	8,3
Iš viso	396	100,0

Vertinant respondentų pasiskirstymą pagal amžiaus grupes, nustatyta, kad didžiausią dalį sudarė 45-54 m. amžiaus grupės respondentai 88 (22,2 proc.), kiek mažiau - 68 (17,2 proc.) 55-64 m. amžiaus

grupės ir 66 (16,7 proc.) 35-44 m. amžiaus grupės respondentai. Mažiausia dalis tyrime dalyvavusių respondentų - 22 (5,6 proc.) priklauso 18-24 m. amžiaus grupei. Galima teigti, kad dažniausiai GMP teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis naudojasi vidutinio amžiaus žmonės.



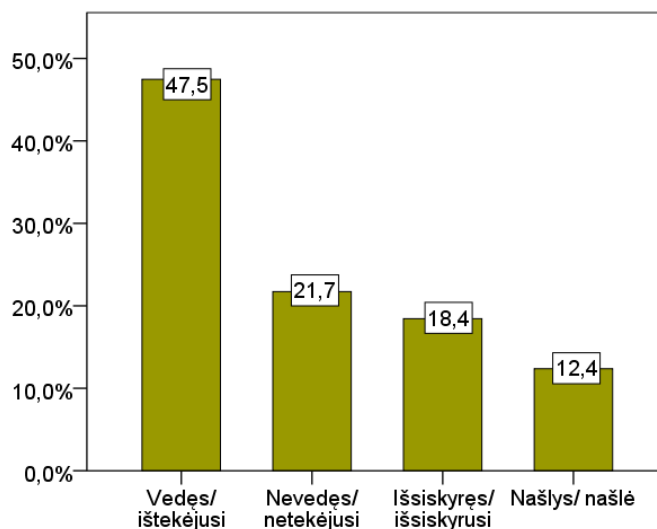
1 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir amžiaus grupes

Vertinant respondentų pasiskirstymą pagal lytį ir amžiaus grupes, paaiškėjo, kad daugumą visų tyrime dalyvavusių moterų sudarė 45-54 m. (11,9 proc.) ir 55-64 m. (9,6 proc.) amžiaus pacientės. Daugumą visų tyrime dalyvavusių vyrų sudarė 45-54 m. (10,4 proc.) ir 35-44 m. (9,3 proc.) amžiaus pacientai (žr. 1 pav.).

9 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą

Išsilavinimas	Respondentų skaičius	Procentas
Nebaigtas vidurinis	61	15,4
Vidurinis	80	20,2
Specialusis vidurinis išsilavinimas	88	22,2
Aukštesnysis	80	20,2
Aukštasis	87	22,0
Iš viso	396	100,0

Vertinant respondentų pasiskirstymą pagal išsilavinimą, statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta, tik šiek tiek didesnę dalį respondentų sudarė respondentai, turintys OPEC. vidurinį išsilavinimą 22,2 proc. (88) ir aukštąjį išsilavinimą 22,0 proc. (87). Mažiausiai tyrime dalyvavo respondentai turintys nebaigtą vidurinį išsilavinimą 15,4 proc. (61) (žr. 9 lentelė).



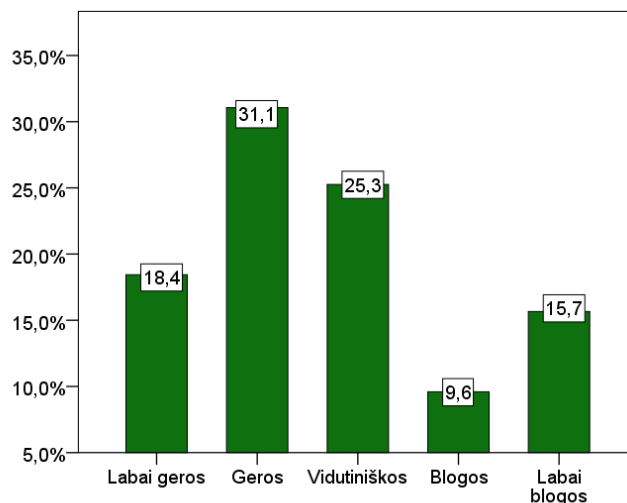
2 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal šeimyninę padėtį

Kaip rodo tyrimo duomenys, beveik pusė apklausoje dalyvavusių respondentų (47,5 proc.) gyvena santuokoje, 21,7 proc. respondentų yra nevedę/netekėję. Mažiausią dalį apklaustųjų sudarė našliai/našlės - 12,4 proc. (žr. 2 pav.).

10 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal socialinę- profesinę padėtį

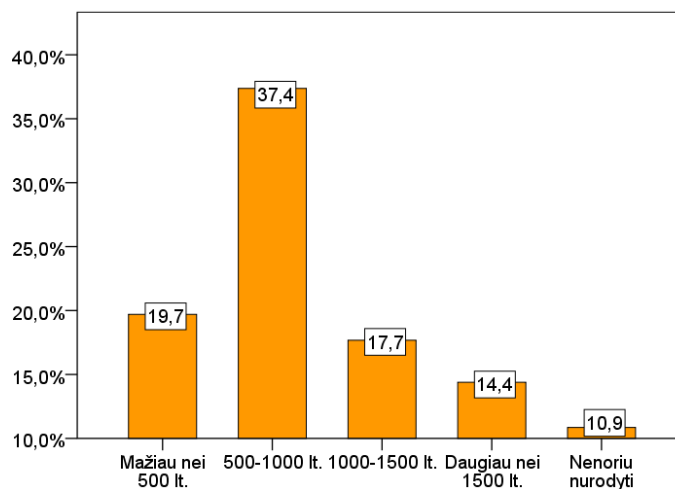
Socialinė- profesinė padėtis	Respondentų skaičius	Procentas
Dirbantis	128	32,3
Nedirbantis	120	30,3
Studentas/-ė, moksleivis/-ė	26	6,6
Pensininkas/-ė	122	30,8
Iš viso	396	100,0

Analizuojant socialinę- profesinę respondentų struktūrą statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta, tačiau pastebėta, kad mažiausią dalį sudaro studentai ir moksleiviai (6,6 proc.). Vertinant pagal kitas užimtumo grupes, respondentai pasiskirstė beveik po lygiai: dirbantys (32,3 proc.), pensininkai (30,8 proc.) ir nedirbantys (30,3 proc.) (žr. 10 lentelė).



3 pav. Respondentų nuomonė apie jų gyvenimo sąlygas

31,1 proc. respondentų nuomone, jų gyvenimo sąlygos yra geros. Labai gerai savo gyvenimo sąlygas vertina 18,4 proc. visų respondentų, o 15,7 proc. visų respondentų mano, kad jų gyvenimo sąlygos yra labai blogos (žr. 3 pav.).



4 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal pajamas

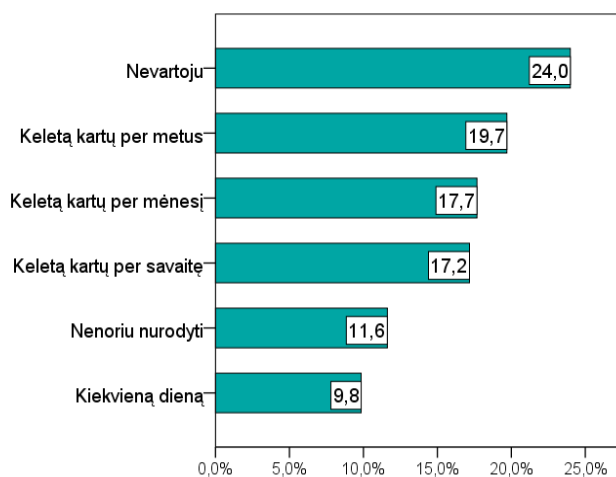
Respondentų pasiskirstymas pagal pajamas rodo, kad didžioji dalis tyrime dalyvavusių respondentų pajamos yra 500-1000 Lt. Mažas pajamas per mėnesį (mažiau nei 500 Lt) gauna 19,7 proc. visų apklaustųjų. 14,4 proc. visų respondentų sudaro asmenys gaunantys nuo daugiau nei 1500 Lt (žr. 4 pav.).

Tyrimė dalyvavusių pacientų socialinių demografinių duomenų analizė parodė, kad apklausoje daugiausia dalyvavo moterys; pagal amžiaus grupes didžiausią dalį respondentų sudarė pacientai, kurių amžius svyruoja nuo 45 iki 54 m.; didesnė dalis visų respondentų yra įgiję spec. vidurinį išsilavinimą; beveik pusė apklaustųjų gyvena santuokoje; daugiausia apklausta dirbančių asmenų, daugumos respondentų pajamos svyruoja nuo 500 Lt iki 1000 Lt per mėnesį; daugumą tyrimė dalyvavusių respondentų mano, kad jų gyvenimo sąlygos yra geros.

3.2. Respondentų savirūpos savo sveikata vertinimas

Viena iš GMP iškvietimų skaičiaus didėjimo priežasčių galima įvardinti pacientų savirūpą savo sveikata ir jų gyvenimo būdą. Savirūpa priklauso nuo asmens atsakingo požiūrio į savo sveikatos priežiūrą ir jo pastangų. Todėl galima teigti, kad tiek paciento savirūpa, tiek tinkamas gyvenimo būdas turi didelės įtakos sveikatos ir gyvenimo kokybės gerinimui bei mažina lėtinių ligų atsiradimo riziką. Todėl atliekant tyrimą, svarbu buvo įvertinti pacientų savirūpą savo sveikata, o taip pat nustatyti, kokia įtaką ji daro GMP darbo efektyvumui.

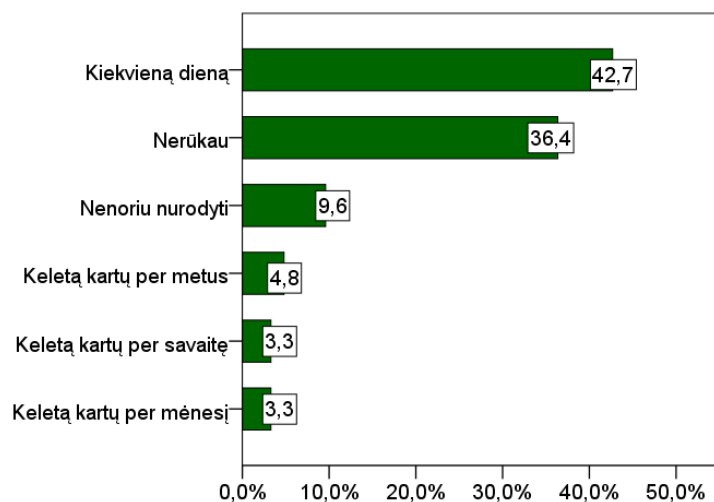
Siekiant įvertinti pacientų savirūpą, buvo svarbu išsiaiškinti tokius pacientų gyvenimo būdo rodiklius kaip pacientų alkoholinių gėrimų vartojimas, rūkymas, sveika mityba bei fizinis aktyvumas.



5 pav. Respondentų alkoholio vartojimas

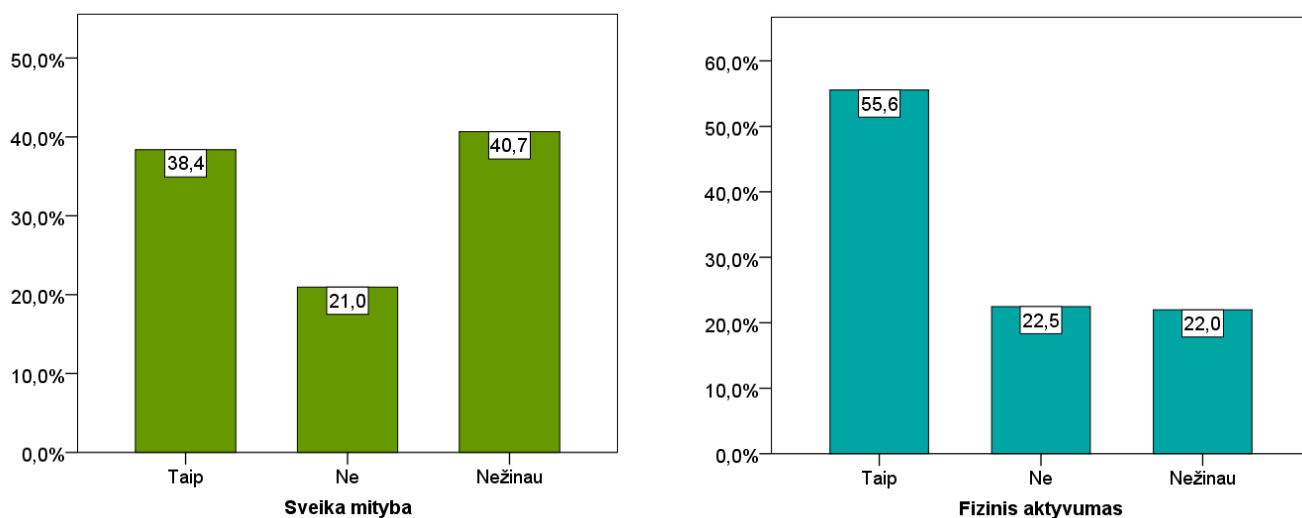
Analizuojant duomenis paaiškėjo, kad daugiausia respondentų tvirtino nevartojantys alkoholio (24,0 proc.). 19,7 proc. respondentų teigė alkoholį vartojantys keletą kartų per metus. Tačiau beveik dešimtadalis - 9,8 proc. tyrimė dalyvavusių pacientų nurodė kasdien vartojantys alkoholį (žr. 5 pav.).

Galima teigti, kad alkoholio vartojimas tarp respondentų yra gana paplitęs įprotis, nes 44,7 proc. apklaustųjų alkoholi vartoja dažnai (kasdien, keletą kartų per savaitę ar mėnesį).



6 pav. Respondentų rūkymas

Nemažesnė problema yra rūkymas, nes beveik pusė respondentų (49,3 proc.) pripažino rūkantys ypač dažnai. Atliktos anketinės apklausos rezultatai parodė, kad kasdien rūko 42,7 proc. apklaustųjų. 36,4 proc. tyrime dalyvavusių pacientų teigė visai nerūkantys (žr. 6 pav.).



7 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal sveiką gyvenimo būdą

Pagrindinėmis daugelio ligų atsiradimo priežastimis laikoma nesubalansuota mityba bei mažas fizinis aktyvumas. Tyrimo rezultatai parodė, kad didžioji dalis respondentų (40,7 proc.) neturėjo

nuomonės apie tai, ar jie sveikai maitinasi. 38,4 proc. respondentų manė, kad jie sveikai maitinasi ir 21,0 proc. tai neigė (žr. 7 pav.).

Kalbant apie fizinį aktyvumą, daugiau nei pusė respondentų (55,6 proc.) teigė esantys fiziškai aktyvūs, 22,5 proc. tiriamųjų manė, kad nėra fiziškai aktyvūs, o likusieji- neturėjo nuomonės šiuo klausimu (žr. 7 pav.).

Tyrimo rezultatai leidžia teigti, kad respondentai nepakankamai rūpinasi savo sveikata. Dominuojantys respondentų gyvenimosi įpročiai- dažnas alkoholio vartojimas ir rūkymas, nesveika mityba gali lemti prastus sveikatos rodiklius ir taip įtakoti GMP iškvietimų skaičiaus didėjimą. Respondentai pasižymėjo tik kiek didesniu fiziniu aktyvumu.

Analizuojant respondentų gyvenimo būdo ryšį su lyčių skirtumu, kintamųjų dažnių pasiskirstymui vertinti sudaryta kryžminė dažnių lentelė, apskaičiuotas Chi- kvadrato kriterijus pagal Pearson'ą. Išanalizavus tyrime dalyvavusių respondentų gyvenimosi įpročius priklausomai nuo lyties, tyrimo rezultatai leidžia teigti, kad sveika gyvenimo būdas labiau rūpi moterims nei vyrams.

11 lentelė. Pacientų pasiskirstymas pagal lytį ir gyvenimo būdą, proc.

Rodiklis	Rodiklio reikšmė	Lytis	
		Vyras	Moteris
Alkoholio vartojimas	Nevartoju	9,6	27,6
	Kiekvieną dieną	14,0	6,5
	Keletą kartų per savaitę	21,2	13,8
	Keletą kartų per mėnesį	17,9	17,5
	Keletą kartų per metus	14,0	24,4
	Nenoriu nurodyti	13,4	10,1
Rūkymas	Nerūkau	21,8	48,4
	Kiekvieną dieną	57,0	30,9
	Keletą kartų per savaitę	2,2	4,1
	Keletą kartų per mėnesį	3,4	3,2
	Keletą kartų per metus	5,6	4,1
	Nenoriu nurodyti	10,1	9,2
Sveika mityba	Taip	35,8	40,6
	Ne	23,5	18,9
	Nežinau	40,8	40,6
Fizinis aktyvumas	Taip	60,3	51,6
	Ne	17,9	26,3
	Nežinau	21,8	22,1

Analizuojant alkoholio vartojimą priklausomai nuo lyties, nustatyta, kad alkoholio vartojimas labiau paplitęs tarp vyrų nei moterų- kasdien alkoholį vartoja 14,0 proc. tyrime dalyvavusių vyrų ir 6,5

proc. moterų. Visai alkoholio nevartoja 27,6 proc. moterų ir 9,6 proc. vyrų. Didžioji dauguma vyrų (21,2 proc.) alkoholį vartoja keletą kartų per savaitę. Reikšmė yra statistiškai reikšminga, nes $p=0,009<0,05$.

Analizuojant rūkymo įpročius priklausomai nuo lyties, tyrimo duomenys parodė, kad nerūko 48,4 proc. moterų ir 21,8 proc. vyrų. Kasdien rūko 57,0 proc. vyrų ir 30,9 proc. moterų. Skirtumai tarp lyčių pagal rūkymo įpročius statistiškai reikšmingi ($p = 0,00< 0,05$).

Kaip rodo analizės rezultatai, sveikai maitinasi 40,6 proc. moterų ir 35,8 proc. vyrų. Sveikos mitybos nesilaiko 23,5 proc. tyrime dalyvavusių vyrų ir 18,9 proc. moterų. Sveikos mitybos koreliacinė reikšmė yra statistiškai reikšminga, nes $p = 0,001< 0,05$.

Tyrimo duomenų analizė rodo, kad 60,3 proc. vyrų ir 51,6 proc. moterų yra fiziškai aktyvūs. Mano nesantys fiziškai aktyvūs 17,9 proc. vyrų ir 26,3 proc. moterų. Lyginant pagal lytį vyrų fizinis aktyvumas yra didesnis nei moterų, tačiau statistiškai patikimo ryšio nenustatyta ($p = 0,379> 0,05$).

Kadangi gyvenimo būdas turi didžiausią įtaką žmogaus sveikatai, bandyta išsiaiškinti, kaip paciento gyvenimo įpročiai: alkoholinių gėrimų vartojimas, rūkymas, sveika mityba ir fizinis aktyvumas gali įtakoti GMP neaptarnaujamų iškvietimų skaičių.

12 lentelė. Paciento gyvenimo įpročių ir aptarnaujamų iškvietimų ryšys

Rodiklis	Rodiklio reikšmė	Kvietimo priskyrimas aptarnaujamiems kvietimams (proc.)	
		Taip	Ne
Alkoholio vartojimas	Retai vartoja	31,5	18,8
	Dažnai vartoja	59,9	67,5
	Nenurodė	8,6	13,7
Rūkymas	Retai rūko	48,1	28,2
	Dažnai rūko	43,2	61,5
	Nenurodė	8,6	10,3
Sveika mityba	Taip	48,1	31,6
	Ne	21,0	20,9
	Nežino	30,9	47,4
Fizinis aktyvumas	Taip	53,7	56,8
	Ne	25,9	20,1
	Nežino	20,4	23,1

Klausimams „Kaip dažnai vartojate alkoholinius gėrimus?“ ir „Kaip dažnai rūkote?“ buvo pateikti galimi šeši atsakymų variantai: nevartoju/ nerūkau- 1, kiekvieną dieną- 2, keletą kartų per savaitę- 3, keletą kartų per mėnesį- 4, keletą kartų per metus- 5, nenoriu nurodyti- 6. Atliekant duomenų analizę,

atsakymai buvo sugrupuoti: retai vartoja/retai rūko- atsakymai 1 ir 5, dažnai vartoja/ dažnai rūko- 2, 3, 4 ir nenurodė- 6. Norint patikrinti prielaidą, kad pacientų savirūpa mažina GMP neaptarnaujamų iškvietimų skaičių, tirtas ryšys tarp paciento alkoholio vartojimo, rūkymo, sveikos mitybos ir fizinio aktyvumo, šių kintamųjų dažnių pasiskirstymui vertinti sudaryta kryžminė dažnių lentelė, apskaičiuotas Chi- kvadrato kriterijus pagal Pearson'ą.

Tikrinant priklausomybę tarp pacientų alkoholio vartojimo ir GMP neaptarnaujamų iškvietimų skaičiaus, gauti rezultatai parodė, kad didžioji dalis GMP paslaugų teiktų ne dėl būtinios pagalbos daugiau nei pusė atvejų (67,5 proc.) buvo suteiktos pacientams, kurie dažnai vartoja alkoholį. Reikšmė yra statistiškai reikšminga, nes $p=0,009 < 0,05$.

Atlikto tyrimo duomenys leidžia teigti, kad 61,5 proc. atvejais visų GMP aptarnaujamiems iškvietimams nepriskiriamų iškvietimų, vykta pas pacientus, kurie dažnai rūko. Skirtumai tarp kvietimų nepriskiriamų GMP aptarnaujamiems iškvietimams pagal rūkymo įpročius statistiškai reikšmingi ($p = 0,00 < 0,05$).

Analizuojant GMP aptarnaujamiems iškvietimams nepriskiriamų iškvietimų skaičių priklausomai nuo pacientų fizinio aktyvumo, tyrimo duomenys parodė, pacientų fizinio aktyvumo ir tokių iškvietimų skaičiaus ryšys nedidelis. GMP aptarnaujamiems iškvietimams nepriskiriamų iškvietimų atvejais tik 20,1 proc. iškvietimų vykta pas pacientus, kurie teigė nesantys fiziškai aktyvūs. Gauti rezultatai nėra statistiškai reikšmingi, nes kriterijaus p reikšmė didesnė už nustatytą reikšmingumo lygį 0,05 ($p = 0,379 > 0,05$).

Panašus rezultatai gauti ir analizuojant GMP aptarnaujamiems iškvietimams nepriskiriamų iškvietimų skaičių priklausomai nuo pacientų sveikos mitybos. GMP aptarnaujamiems iškvietimams nepriskiriamų iškvietimų atvejais tik 20,9 proc. iškvietimų vykta pas pacientus, kurie neturi sveikos mitybos įpročių. Beveik pusė (47,4 proc.) tokių iškvietimų atvejų vykta pas pacientus nežinančius, ar jie sveikai maitinasi. Reikšmė yra statistiškai reikšminga, nes $p = 0,001 < 0,05$.

Gauti analizės rezultatai leidžia daryti išvadą, kad GMP paslaugų teiktų ne dėl būtinios pagalbos skaičius ir pacientų gyvenimo būdas yra priklausomi. Analizės metu nustatyta, kad tyrime dalyvavusių pacientų dažnas alkoholinių gėrimų vartojimas bei rūkymas didina neaptarnaujamų iškvietimų skaičių. Tačiau pacientų nesubalansuota mityba ir mažas fizinis GMP aktyvumas GMP neaptarnaujamų iškvietimų skaičiaus reikšmingai neįtakuoja. GMP neaptarnaujamų iškvietimų dažnis buvo reikšmingai didesnis tarp pacientų, kurie buvo fiziškai aktyvūs palyginti su fiziškai neaktyviais pacientais.

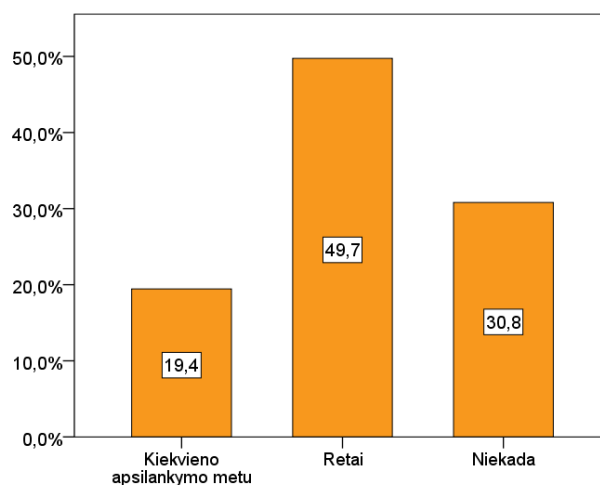
Taigi, prielaida, kad paciento GMP neaptarnaujamų iškvietimų skaičius priklauso nuo paciento gyvenimo įpročių, neatmetama.

Tyrimo metu buvo siekiama išsiaiškinti, kaip GMP kvietę pacientai rūpinasi savo sveikata, todėl buvo pasirinkta analizuoti tokius rodiklius kaip: profilaktinis sveikatos tikrinimasis; ar pacientas laikosi šeimos gydytojo / slaugytojo skiriamų rekomendacijų; ar šeimos gydytojo / slaugytojo patarimai turi įtakos paciento gyvenimo būdai; ar pacientas reguliariai vartoja šeimos gydytojo paskirtus vaistus.

13 lentelė. Profilaktinis sveikatos tikrinimasis

Rodiklis	Respondentų skaičius	Procentas
Taip	227	57,3
Ne	169	42,7
Iš viso	396	100,0

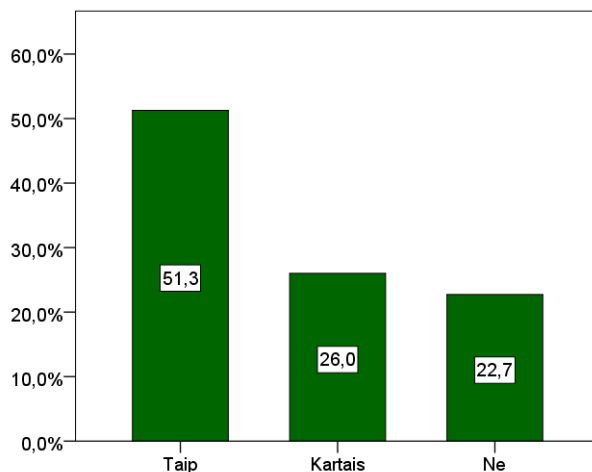
Profilaktinis sveikatos tikrinimasis svarbi priemonė, padedanti saugoti ir stiprinti sveikatą bei išvengti ligų. Tačiau dažnai pacientų patirtis patvirtina, kad profilaktikai skiriama minimaliai dėmesio. Šio tyrimo rezultatai parodė, kad 57,3 proc. apklausoje dalyvavusių pacientų profilaktiškai tikrinasi sveikatą, tačiau net 42,7 proc. pacientų tą vengia daryti (žr. 13 lentelė).



8 pav. Šeimos gydytojo / slaugytojo kalbėjimasis su pacientu profilaktikos tema

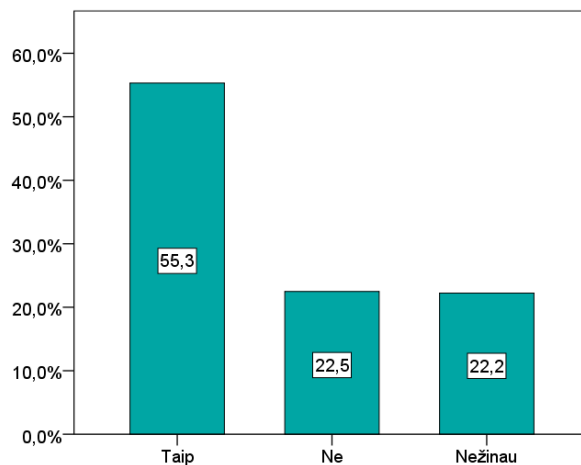
Keičiant gyvenimo įpročius bei formuojant visuomenės požiūrį į sveiką gyvenimą galima koreguoti daugelio ligų paplitimą. Pagrindinės su tuo susijusios problemos yra įgyti pamatines žinias apie sveiką gyvenimą. Nors paciento mokymas tinkamai rūpintis savo sveikata bei išsiugdyti gebėjimus ją saugoti yra laikoma viena svarbiausių sveikatos priežiūros specialisto funkcijų, tačiau kaip parodė šiame tyrime dalyvavusių pacientų patirtis, šeimos gydytojas ir/ ar slaugytojas profilaktikos tema (apie sveikatos

mitybos, fizinio aktyvumo, žalingų įpročių atsisakymo naudą) su jais nesikalba (49,7 proc.), ar kalbasi retai (30,8 proc.). Tik 19,4 proc. apklaustųjų nurodė, kad profilaktikos tema su jais kalbama kiekvieno apsilankymo metu (žr. 8 pav.).



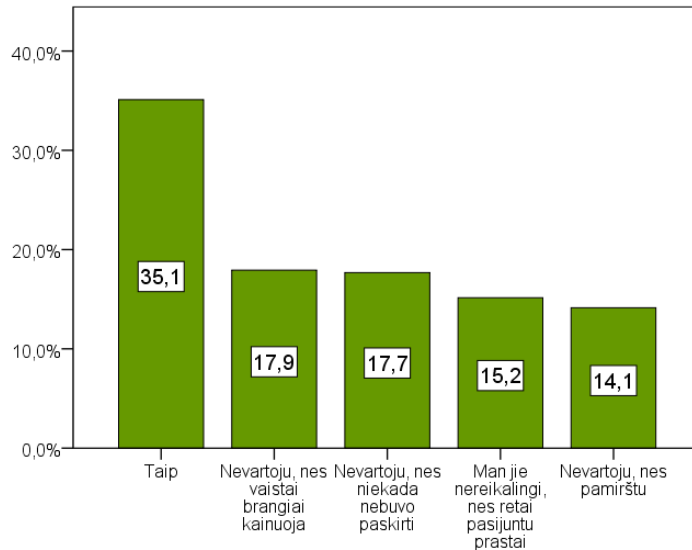
9 pav. Šeimos gydytojo / slaugytojo skiriamų rekomendacijų laikymasis

Tačiau ne visi pacientai yra linkę laikytis šeimos gydytojo ar slaugytojo skiriamų rekomendacijų sveikatai išsaugoti ir jai stiprinti. Kaip parodė tyrimo rezultatai, tik pusei tyrime dalyvavusių pacientų (51,3 proc.) sveikatos priežiūros specialistų rekomendacijos yra svarbios ir jų yra laikomasi. Kita pusė tyrime dalyvavusių pacientų rekomendacijų laikosi tik kartais (26,0 proc.), ar jų visai nesilaiko (22,7 proc.) (žr. 9 pav.).



10 pav. Šeimos gydytojo / slaugytojo patarimų įtaka paciento gyvenimo būdui

Kaip rodo šio tyrimo rezultatai, tik 55,3 proc. apklaustų pacientų galėjo patvirtinti, kad šeimos gydytojo ar slaugytojo duoti patarimai įtakoja jų gyvenimo būdą. 22,5 proc. apklaustųjų pacientų gyvenimo būdai šie patarimai neturi įtakos (žr. 10 pav.).



11 pav. Šeimos gydytojo paskiriamų vaistinių preparatų vartojimo reguliarumas

Analizuojant tyrimo rezultatus paaiškėjo, kad tik 35,1 proc. tyrime dalyvavusių pacientų reguliariai vartoja šeimos gydytojo paskiriamus vaistinius preparatus. Didžioji dalis pacientų reguliariai nevartoja šeimos gydytojo paskiriamų vaistų. Tokio elgesio priežastys įvairios: 17,9 proc. nurodė, kad reguliariai nevartoja šeimos gydytojo paskiriamų vaistų, nes vaistai brangiai kainuoja, o 14,1 proc. - pamiršta išgerti paskirtus vaistus, 15,2 proc. mano, kad vaistai jiems nereikalingi, nes retai pasijunta blogai (žr. 11 pav.).

Atliekant tyrimą bandyta išsiaiškinti, ar paciento savirūpa savo sveikata - profilaktinis sveikatos tikrinimasis, šeimos gydytojo ar slaugytojo skiriamų rekomendacijų laikymasis, reguliarius paskirtų vaistų vartojimas, lankymais pas šeimos gydytoją bei sveikatos priežiūros specialisto kalbėjimasis su pacientu profilaktikos tema gali įtakoti GMP neaptarnaujamų iškvietimų skaičių. Kintamųjų dažnių pasiskirstymui vertinti sudaryta kryžminė dažnių lentelė, apskaičiuotas Chi- kvadrato kriterijus pagal Pearson'ą. Gauti rezultatai parodė, kad skirtumai tarp kvietimų nepriskiriamų GMP aptarnaujamiems iškvietimams pagal visus analizuotus rodiklius statistiškai reikšmingi ($p = 0,00 < 0,05$) (žr. 14 lentelė).

14 lentelė. Paciento savirūpos ir aptarnaujamų iškvietimų ryšys

Rodiklis	Rodiklio reikšmė	Kvietimo priskyrimas aptarnaujamiems kvietimams (proc.)	
		Taip	Ne
Profilaktinis sveikatos tikrinimasis	Taip	71,6	47,4
	Ne	28,4	52,6
Šeimos gydytojo ar slaugytojo rekomendacijų laikymasis	Taip	64,8	41,9
	Ne	14,2	28,6
	Kartais	21,0	29,5
Reguliarus vaistų vartojimas	Taip	49,4	25,2
	Nevartoja, nes vaistai brangiai kainuoja	15,4	19,2
	Nevartoja, nes vaistai nebuvo paskirti	9,9	17,1
	Nevartoja, nes retai pasijunta blogai	13,0	21,4
	Nevartoja, nes pamiršta	12,3	17,1
Paskutinis apsilankymas pas šeimos gydytoją	Pastarąją savaitę	17,9	7,3
	Pastarąjį mėnesį	39,5	28,6
	Per pastaruosius 6 mėn.	15,4	19,2
	Per pastaruosius 12 mėn.	6,2	11,1
	Nepamena	21,0	33,8
Kalbėjimasis su pacientu profilaktikos tema	Kiekvieno apsilankymo metu	29,0	12,8
	Retai	48,1	50,9
	Niekada	22,8	36,3

Tikrinant priklausomybę tarp pacientų profilaktinio sveikatos tikrinimosi ir GMP iškvietimų skaičiaus, gauti rezultatai parodė, kad GMP paslaugų teiktų ne dėl būtiniosios pagalbos daugiau nei puse atvejų (52,6 proc.) buvo suteiktos pacientams, kurie profilaktiškai nesitikrina sveikatos (žr. 14 lentelė).

Atlikto tyrimo duomenys parodė, kad dauguma GMP aptarnaujamiems iškvietimams nepriskiriamų iškvietimų atvejų, vykta pas pacientus, kurie nesilaiko šeimos gydytojo skiriamų rekomendacijų (28,6 proc.) arba rekomendacijų laikosi tik kartais (29,5 proc.).

Analizuojant GMP aptarnaujamiems iškvietimams nepriskiriamų iškvietimų skaičių priklausomai nuo pacientų šeimos gydytojo paskiriamų vaistų reguliaraus vartojimo, tyrimo duomenys parodė, GMP aptarnaujamiems iškvietimams nepriskiriamų iškvietimų atvejais dažniausiai vykta pas pacientus, kurie dėl įvairių motyvų reguliariai nevartoja vaistų, nors vaistai buvo paskirti (57,7 proc.).

Tikrinant priklausomybę tarp pacientų lankymosi pas šeimos gydytoją ir GMP iškvietimų skaičiaus, remiantis gautais rezultatais galima teigti, kad retesnis lankymasis pas gydytoją neturi didesnės reikšmės GMP neaptarnaujamų iškvietimų skaičiui, nes 44,9 proc. tokių iškvietimų atvejų vykta pas pacientus, kurie pas šeimos gydytoją lankėsi per pastaruosius 12 mėn., ar neprisimena kada buvo pas gydytoją, kitais tokių iškvietimų atvejais vykta pas pacientus pas gydytoją buvusius nuo savaitės iki 6 mėn. laikotarpiu.

Tyrimo duomenys rodo, kad šeimos gydytojo ar slaugytojo kalbėjimasis su pacientu profilaktikos tema gali sumažinti neaptarnaujamų iškvietimų skaičių, nes dauguma tokių iškvietimų vykta pas pacientus, su kuriais sveikatos specialistai profilaktikos tema visai nesikalba arba kalbasi retai (87,2 proc.).

Gauti analizės rezultatai leidžia daryti išvadas, kad GMP paslaugų teiktų ne dėl būtiniosios pagalbos skaičius ir pacientų rūpinimasis savo sveikata yra priklausomi. Nustatyta, kad menka tyrime dalyvavusių pacientų savirūpa - nenoras profilaktiškai tikrintis sveikatos, nesilaikymas šeimos gydytojo skiriamų rekomendacijų, nereguliarus vaistų vartojimas didina neaptarnaujamų iškvietimų skaičių ir taip mažina GMP darbo efektyvumą.

Apibendrinant galima teigti, kad respondentai nepakankamai rūpinasi savo sveikata. Beveik pusė apklaustųjų dažnai vartoja alkoholį ir rūko; alkoholio vartojimas ir rūkymas labiau paplitęs tarp vyrų nei moterų. Sveikai maitinasi tik daugiau nei trečdalis respondentų; sveika mityba labiau aktuali moterims. Tačiau daugiau nei pusė respondentų teigė esantys fiziškai aktyvūs; fiziniu aktyvumu labiau pasižymi vyrai. Respondentų gyvenimo būdo priklausomai nuo lyties duomenų analizė rodo, kad sveika gyvensena labiau rūpi moterims nei vyrams.

Tikrinant priklausomybę tarp pacientų gyvensenos įpročių ir GMP aptarnaujamų iškvietimų skaičiaus, gauti rezultatai leidžia daryti išvadas, kad GMP paslaugų teiktų ne dėl būtiniosios pagalbos skaičius priklauso nuo paciento gyvensenos įpročių. Analizės metu nustatyta, kad didžioji dalis GMP paslaugų teiktų ne dėl būtiniosios pagalbos daugiau nei pusė atvejų buvo suteiktos pacientams, kurie dažnai vartoja alkoholį ar rūko. Tačiau pacientų nesubalansuota mityba ir mažas fizinis GMP aktyvumas GMP neaptarnaujamų iškvietimų skaičiaus reikšmingai neįtakojo.

Tyrimo rezultatai parodė, kad profilaktiškai tikrinasi sveikatą tik kiek daugiau nei pusė apklausoje dalyvavusių pacientų. Šeimos gydytojas ir/ ar slaugytojas profilaktikos tema su pacientais nesikalba, ar kalbasi retai, tačiau kaip rodo tyrimo rezultatai sveikatos priežiūros specialistų patarimai neturi didelės įtakos pacientų gyvenimo būdui. Šeimos gydytojo ar slaugytojo skiriamų rekomendacijų yra

linkę laikytis kiek daugiau nei pusė. Didžioji dalis pacientų reguliariai nevaratoja šeimos gydytojo paskiriamų vaistų.

Tikrinant priklausomybę tarp pacientų profilaktinio sveikatos tikrinimosi ir GMP iškvietimų skaičiaus, gauti rezultatai leidžia daryti išvadas, kad GMP paslaugų teiktų ne dėl būtinosios pagalbos skaičius ir pacientų rūpinimasis savo sveikata yra priklausomi. GMP paslaugų teiktų ne dėl būtinosios pagalbos atvejais dauguma atvejų vykta pas pacientus, kurie dėl įvairių motyvų reguliariai nevaratoja gydytojo paskirtų vaistų, ar nesilaiko šeimos gydytojo skiriamų rekomendacijų arba jų laikosi tik kartais, trečdaliu atvejų vykta pas pacientus, kurie profilaktiškai nesitikrina sveikatos, o taip pat pas pacientus, su kuriais sveikatos specialistai profilaktikos tema visai nesikalba arba kalbasi retai.

3.3. Pacientų sveikatos būklės vertinimas

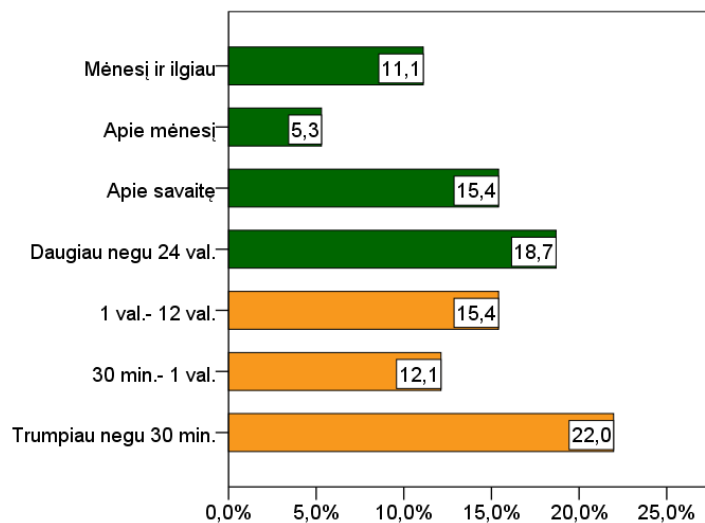
Siekiant įvertinti pacientų sveikatos būklę, buvo svarbu išsiaiškinti, ar GMP kvietęs pacientas serga lėtinėmis ligomis; GMP kvietusio paciento prastos savijautos iki iškvietimo trukmę; kaip pacientas vertina ligos, dėl kurios buvo kviesta GMP, pobūdį; ar pacientas anksčiau lankėsi pas šeimos gydytoją dėl tų pačių nusiskundimų; kada pacientas paskutinį kartą lankėsi pas šeimos gydytoją; ar pacientas pirmą kartą pajuto negalavimus, dėl kurių kviesta GMP.

15 lentelė. Paciento segamumas lėtinėmis ligomis

Rodiklis	Respondentų skaičius	Procentas
Taip	212	53,5
Ne	184	46,5
Iš viso	396	100,0

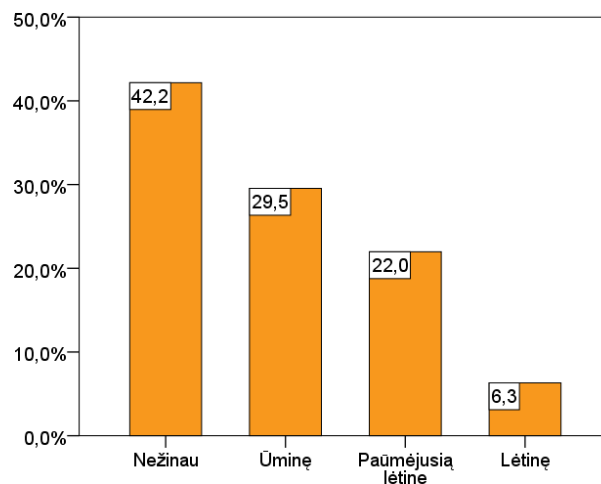
Tyrimo dalyvavusių pacientų sveikatos būklės vertinimo analizė parodė, kad 53,5 proc. apklaustų GMP kvietusių pacientų serga lėtinėmis ligomis, o 46,5 proc. - lėtinėmis ligomis neserga (žr. 15 lentelė).

Tyrimo sutikusiu dalyvauti pacientų buvo klausta, kiek laiko iki GMP iškvietimo pacientas prastai jaučiasi. Analizuojant duomenis paaiškėjo, kad 22,0 proc. visų tyrimo dalyvavusių pacientų prasta savijauta skundėsi trumpiau nei 30 min., 12,1 proc. - nuo 30 min. iki 1 val., 5,4 proc. - nuo 1 iki 12 val. (žr. 12 pav.).



12 pav. Paciento prastos savijautos trukmė

Tyrimo rezultatai leidžia teigti, kad kitais iškvietimų atvejais GMP paslaugas priversta teikti ne dėl būtiniosios pagalbos, nes 18,7 proc. pacientų iki GMP iškvietimo prastai jautėsi daugiau nei 24 val., 15,4 proc. - apie savaitę, 5,3 proc. - apie mėnesį, o 11,1 proc. - mėnesį ir ilgiau (žr. 12 pav.).



13 pav. Ligos, dėl kurios kviesta GMP, vertinimas

Tyrimo rezultatai rodo, kad 29,5 proc. tyrime dalyvavusių pacientų ligą, dėl kurios buvo kviesta GMP vertina kaip ūminę, 22,0 proc.- kaip paūmėjusią lėtinę, tik labai maža dalis- 6,3 proc. pacientų savo ligą vertina kaip lėtinę. Likusieji 42,2 proc. apklaustųjų negalėjo įvertinti savo ligos (žr. 13pav.).

16 lentelė. Pacientų pasiskirstymas pagal tai, ar pirmą kartą pajuto esamus negalavimus

Rodiklis	Respondentų skaičius	Procentas
Taip	166	41,9
Ne	230	58,1
Iš viso	396	100,0

Atliktos apklausos rezultatai parodė, kad 41,9 proc. tyrime dalyvavusių pacientų negalavimus, dėl kurių buvo kviesta GMP, pajuto pirmą kartą. Tačiau net 58,1 proc. pacientų nurodė minėtus negalavimus patiriantys ne pirmą kartą (žr. 16 lentelė).

17 lentelė. Paciento lankymasis pas šeimos gydytoją dėl GMP iškvietimo nusiskundimų

Rodiklis	Respondentų skaičius	Procentas
Taip	91	23,0
Ne	305	77,0
Iš viso	396	100,0

Tačiau kaip rodo tyrimo rezultatai, pacientai nėra linkę dėl sveikatos nusiskundimų lankytis pas šeimos gydytoją. Didžioji dauguma apklaustųjų - 77 proc. renkasi GMP iškvietimą į namus nei apsilankymą pas šeimos gydytoją. Ir tik vos daugiau nei penktadalis - 23 proc. pacientų dėl tų pačių nusiskundimų, dėl kurių buvo kviesta GMP, jau yra lankęsi pas šeimos gydytoją (žr. 17 lentelė).

Aptarti tyrimo rezultatai leidžia teigti, kad daugumos iškvietimų atvejų PSDF biudžeto lėšos yra naudojamos GMP paslaugoms, suteiktoms ne dėl būtinosios medicinos pagalbos indikacijas atitinkančių iškvietimų, o dėl šeimos gydytojo teikiamų paslaugų. Todėl norint patikrinti šią prielaidą, tirtas ryšys tarp paciento lankymosi pas šeimos gydytoją ir paciento sveikatos būklės vertinimo rodiklių, dėl kurių buvo kviesta GMP: ligos, dėl kurios kviesta GMP, būklė, paciento prastos savijautos trukmė, ar pacientas negalavimus, dėl kurių buvo kviesta GMP, pajuto pirmą kartą. Šių kintamųjų dažnių pasiskirstymui vertinti sudaryta kryžminė dažnių lentelė, apskaičiuotas Chi- kvadrato kriterijus pagal Pearson'ą (žr. 18 lentelė).

Analizuojant tyrimo duomenis, ar respondentai lankėsi pas šeimos gydytoją dėl tų pačių negalavimų, dėl kurių buvo kviesta GMP, priklausomai nuo to kaip pats pacientas vertina ligą, nustatyta, kad 33,8 proc. pacientų, savo būklę vertinančių kaip ūminę ir 13,4 proc. pacientų, savo būklę vertinančių kaip paūmėjusią lėtinę dėl tokių pačių nusiskundimų, dėl kurių buvo kviesta GMP, anksčiau nėra lankęsi

pas šeimos gydytoją. Tas patvirtina, kad pacientai dėl susirgimų labiau yra linkę kviesti GMP, o ne apsilankyti pas šeimos gydytoją. Skirtumai tarp apsilankymų pas šeimos gydytoją dėl tų pačių negalavimų pagal ligos būklės vertinimą statistiškai reikšmingi ($p = 0,00 < 0,05$) (žr. 18 lentelė).

18 lentelė. Paciento sveikatos būklės ir lankymosi pas šeimos gydytoją ryšys

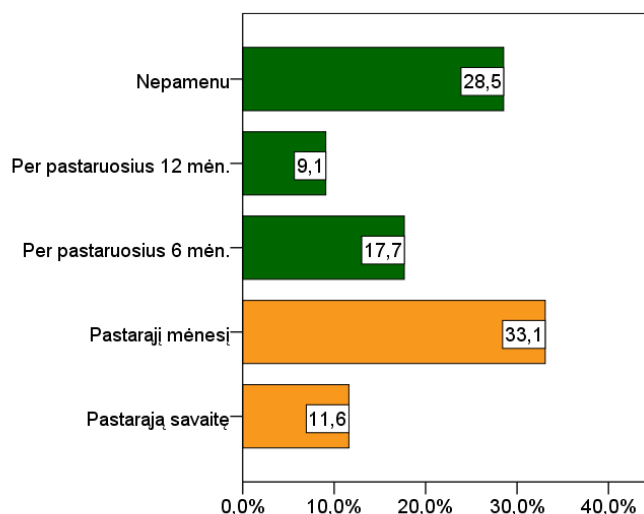
Rodiklis	Rodiklio reikšmė	Lankymasis pas šeimos gydytoją (proc.)	
		Taip	Ne
Ligos, dėl kurios kviesta GMP, būklės vertinimas	Ūminę	15,4	33,8
	Lėtinę	12,1	4,6
	Paūmėjusią lėtinę	50,5	13,4
	Nežinau	22,0	48,2
Prastos savijautos trukmė	Trumpiau negu 30 min.	17,6	23,3
	30 min.- 1 val.	11,0	12,5
	1 val.- 12 val.	14,3	15,7
	Daugiau negu 24 val.	14,3	20,0
	Apie savaitę	18,7	14,4
	Apie mėnesį	5,5	5,2
	Mėnesį ir ilgiau	18,7	8,9
Ar pacientas pirmą kartą pajuto esamus negalavimus	Taip	14,3	50,2
	Ne	85,7	49,8

Tikrinant priklausomybę tarp pacientų prastos savijautos trukmės iki GMP iškvietimo ir lankymosi pas šeimos gydytoją, tyrimo rezultatai parodė, kad dėl tokių pačių nusiskundimų, dėl kurių buvo kviesta GMP, anksčiau nėra lankęsi pas šeimos gydytoją: 20,0 proc. pacientų iki GMP iškvietimo prastą savijautą besiskundžiančių daugiau nei 24 val. ir 14,4 proc. prastai jautęsis apie savaitę. Tačiau bendri šio rodiklio rezultatai rodo, kad respondentų prastos savijautos iki GMP iškvietimo trumpesnė (iki 12 val.) ar ilgesnė (nuo 24 val. iki mėnesio ir ilgiau) trukmė labai neįtakoja GMP iškvietimų skaičiaus - pacientai vienodai yra linkę kviesti GMP nei apsilankyti pas šeimos gydytoją. Rezultatai statistiškai reikšmingai nesiskiria, nes $p = 0,152 > 0,05$.

Gauti rezultatai parodė, kad didesnę dalis pacientų (50,2 proc.) pirmą kartą pajutę negalavimus verčiau renkas GMP iškvietimą nei apsilankymą pas šeimos gydytoją. Reikšmė yra statistiškai reikšminga, nes $p = 0,00 < 0,05$.

Analizės rezultatai iš dalies patvirtina prielaidą, kad pacientų sveikatos vertinimo rodikliai ir pacientų lankymasis pas šeimos gydytoją dėl tų pačių negalavimų, dėl kurių buvo kviesta GMP, yra

priklausomi. Analizės metu nustatyta, kad tyrime dalyvavę pacientai pirmą kartą pajutę negalavimus dažniau renkasi GMP nei šeimos gydytoją. Pacientų ligos vertinimas ir pacientų lankymasis pas šeimos gydytoją yra priklausomi, tačiau pirmenybė apsilankymui pas šeimos gydytoją skiriasi priklausomai nuo to kaip pacientai vertina savo ligą. Dažniau GMP kviečia pacientai savo ligos būklę vertinantys kaip ūminę ir kaip paūmėjusią lėtinę. Pacientų prastos savijautos iki GMP iškvietimo trukmė labai neįtakoja GMP iškvietimų skaičiaus.



14 pav. Paskutinis apsilankymas pas šeimos gydytoją

Kaip rodo šio tyrimo rezultatai, tik 11,6 proc. apklaustų pacientų teigė paskutinį kartą pas šeimos gydytoją lankęsis pastarąją savaitę, o 33,1 proc. - pastarąjį mėnesį. Tačiau net 28,5 proc. pacientų negalėjo prisiminti, kada paskutinį kartą lankėsi pas šeimos gydytoją (žr. 14 pav.).

Apibendrinant galima pasakyti, kad tyrime dalyvavusių pacientų sveikatos būklės vertinimo analizė parodė, kad daugiau nei pusė GMP kvietusių pacientų serga lėtinėmis ligomis. Didžioji dalis apklaustųjų negalėjo įvertinti savo ligos būklės, o 29,5 proc. Pacientų ligą, dėl kurios buvo kviesta GMP vertino kaip ūminę. Paaiškėjo, kad beveik ketvirtadalis visų tyrime dalyvavusių pacientų prasta savijauta skundėsi trumpiau nei 30 min., kitais iškvietimų atvejais GMP paslaugas teikė pacientams prastai besijaučiantiems ilgesnį laiką (nuo 24 val. iki mėnesio ir ilgiau). Dauguma pacientų negalavimus, dėl kurių buvo kviesta GMP, pajuto pirmą kartą.

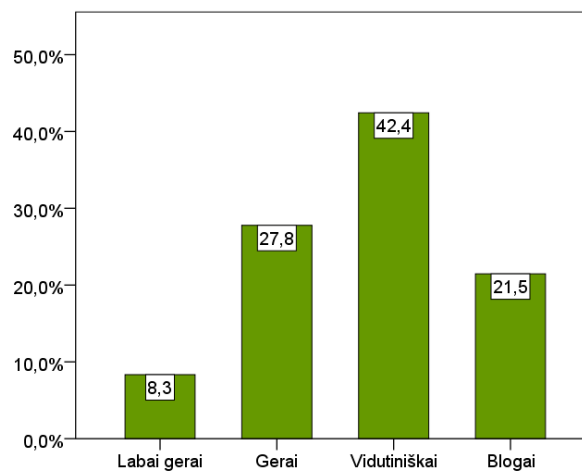
Pacientai nėra linkę dėl sveikatos nusiskundimų lankytis pas šeimos gydytoją - didžioji dauguma apklaustųjų (77 proc.) renkasi GMP iškvietimą į namus. Dauguma pacientų paskutinį kartą pas šeimos

gydytoją lankėsi pastarąjį mėnesį, tačiau ko ne trečdalis pacientų neprisiminė, kada paskutinį kartą lankėsi pas šeimos gydytoją.

3.4. Paslaugų prieinamumo ir pasitenkinimo paslaugomis vertinimas

Kalbant apie GMP iškviemtųjų skaičius, kurie neatitinka skubios medicinos pagalbos teikimo kategorijoms, augimo priežastis, dažnai įvardijamas nepakankamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, ilgos pacientų laukimo eilės, nekokybiškai atliekamos šeimos gydytojo teikiamų paslaugų funkcijos ir pan. Šios priežastys mažina pacientų pasitenkinimą pirminės sveikatos priežiūros paslaugomis ir skatina rinktis lengviau prieinamą sveikatos priežiūros paslaugų alternatyvą - GMP kvietimą į namus. Pacientų pasitenkinimas teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis ir jų prieinamumu yra subjektyvus ir atspindi tik tiriamosios populiacijos sveikatos priežiūros rodiklius. Tačiau subjektyvios paciento nuomonės tyrimas atskleidžia silpnąsias paslaugų teikimo vietas. Pacientų pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugomis priklauso ne tik nuo rezultatų, bet ir nuo sąlygų, kuriomis teikiamos paslaugos.

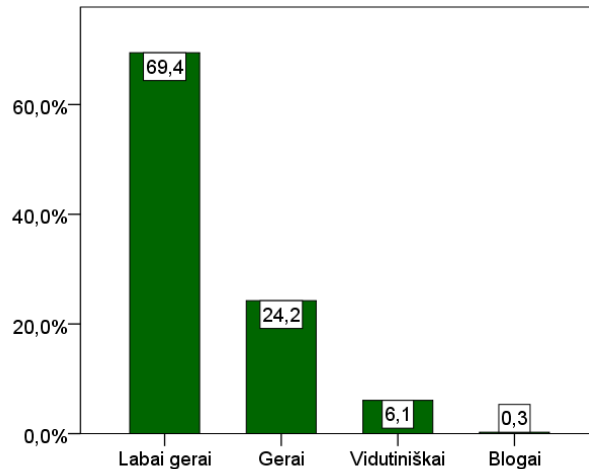
Tyrimo metu, siekiant sužinoti pacientų pasitenkinimą teikiamomis paslaugomis, analizuoti tokie šeimos gydytojo ir GMP paslaugų aspektai, kaip paslaugų prieinamumas, sveikatos priežiūros specialistų profesionalumas ir bendravimas, poliklinikos paslaugų ir GMP suteiktos pagalbos vertinimas pacientų požiūriu. Buvo analizuojami požiūrių skirtumai priklausomai nuo lyties, amžiaus grupės, išsilavinimo, profesinio - socialinio statuso. Platesnė tyrimo duomenų analizė pagal respondentų demografines charakteristikas apima su GMP paslaugų teikimu susijusius rodiklius.



15 pav. Registravimosi pas šeimos gydytoją patogumo vertinimas

Tyrimo rezultatai parodė, kad 42,4 proc. tyrime dalyvavusių pacientų registravimosi pas šeimos gydytoją patogumą vertina vidutiniškai, 41,0 proc. - labai gerai ir gerai, 21,5 proc. - blogai (žr. 15 pav.).

Analizuojant registravimosi pas šeimos gydytoją patogumo vertinimo duomenis priklausomai nuo pacientų lyties, nustatyta, kad registravimusi pas šeimos gydytoją labiau patenkinti vyrai nei moterys - labai gerai ir gerai vertina 46,4 proc. tyrime dalyvavusių vyrų, 34,6 proc. moterų, blogai vertina 22,1 proc. moterų ir 20,7 proc. vyrų. Statistiškai patikimo ryšio nenustatyta, nes $p = 0,901 > 0,05$.



16 pav. GMP iškviatimo patogumo vertinimas

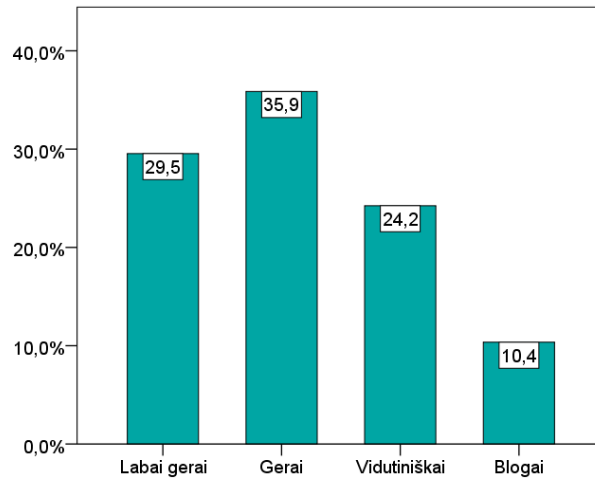
Analizuojant tyrimo duomenis paaiškėjo, kad palyginti su registravimosi pas šeimos gydytoją patogumu, tyrime dalyvavę pacientai palankiau vertina GMP iškviatimo patogumą. Respondentai patenkinti egzistuojančia GMP iškviatimo sistema - net 69,4 proc. visų respondentų GMP iškviatimo patogumą vertina labai gerai ir tik 0,3 proc. - blogai (žr. 16 pav.).

Duomenis analizuojant priklausomai nuo pacientų demografinių charakteristikų, paaiškėjo, kad GMP iškviatimo patogumu labiau patenkintos moterys (73,7 proc.) nei vyrai (64,2proc.). Analizuojant pagal lytį skirtumai nedideli, statistiškai patikimo ryšio nenustatyta, nes $p = 0,059 > 0,05$.

GMP iškviatimo patogumą vertina labai gerai didžiausia dalis (79,4 proc.) pacientų tarp 55 - 64 m. respondentų, mažiausia dalis (42,9 proc.) - tarp 25 - 34 m. amžiaus pacientų. Analizuojant pagal amžiaus grupes rezultatai statistiškai reikšmingai nesiskiria ($p=0,064 > 0,05$).

Vertinant pagal išsilavinimą nustatyta, kad GMP iškviatimo patogumą vertina labai gerai daugiausiai - 82,5 proc. respondentų, įgijusių aukštesnį išsilavinimą ir 73,8 proc. respondentų, įgijusių vidurinį išsilavinimą. Analizuojant pagal išsilavinimą statistiškai reikšmingų skirtumų tarp grupių nenustatyta ($p = 0,074 > 0,05$).

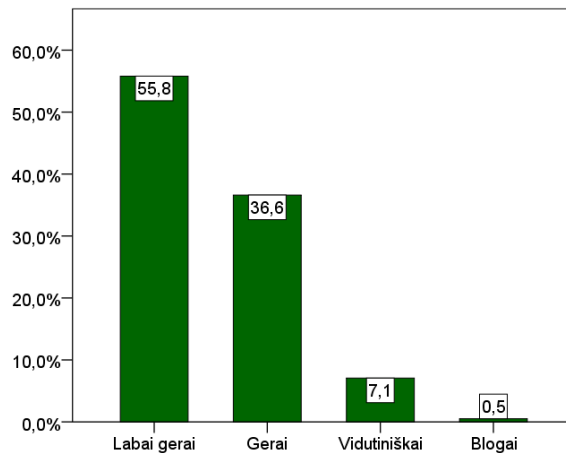
Didžiausia dalis (74,2 proc.) labiausiai patenkintų pacientų buvo tarp dirbančių, mažiausia - tarp nedirbančių (64,2 proc.). Analizuojant pagal profesinį - socialinį statusą rezultatai statistiškai reikšmingai nesiskiria ($p=0,567 > 0,05$).



17 pav. Šeimos gydytojo profesionalumo konsultacijos metu vertinimas

Šeimos gydytojo profesionalumą konsultacijos metu, lankantis jo kabinete didžioji dalis (35,9 proc.) tyrime dalyvavusių pacientų vertina gerai, o 10,4 proc. pacientų - blogai (žr. 17 pav.).

Analizuojant šeimos gydytojo profesionalumą konsultacijos metu vertinimo duomenis priklausomai nuo pacientų lyties, nustatyta, kad labai gerai ir gerai vertina 60,9 proc. tyrime dalyvavusių vyrų, 69,1 proc. moterų, blogai vertina 8,8 proc. moterų ir 12,3 proc. vyrų. Analizuojant pagal lytį, skirtumai tarp grupių nedideli, statistiškai patikimo ryšio nenustatyta, nes $p = 0,238 > 0,05$.



18 pav. GMP darbuotojo profesionalumo iškvietimo metu vertinimas

Palyginti su šeimos gydytojo profesionalumo konsultacijos metu lankantis jo kabinete vertinimu, tyrime dalyvavę pacientai žymiai geriau vertina GMP darbuotojų profesionalumą iškvietimo metu.

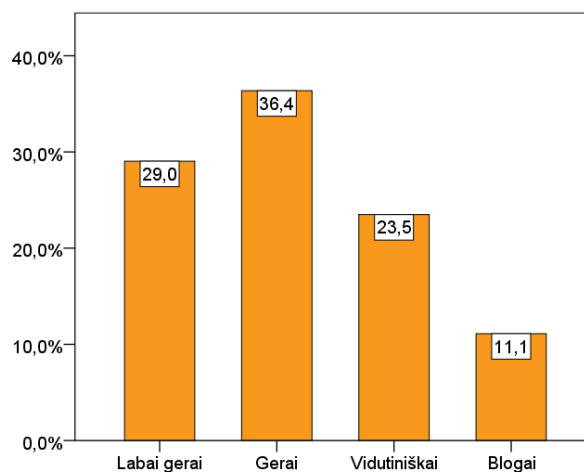
Daugiau nei pusė (55,8 proc.) pacientų GMP darbuotojų profesionalumą iškvietimo metu vertina labai gerai, 36,6 proc. - gerai ir tik 0,5 proc. pacientų - blogai (žr. 18 pav.).

Duomenų analizė priklausomai nuo pacientų lyties, parodė, kad labai gerai GMP darbuotojų profesionalumą iškvietimo metu vertina 52,0 proc. tyrime dalyvavusių vyrų ir 59,0 proc. moterų. Analizuojant pagal lytį, skirtumai nedideli, statistiškai patikimo ryšio nenustatyta, nes $p = 0,167 > 0,05$.

GMP darbuotojų profesionalumą iškvietimo metu vertina labai gerai didžiausia dalis (72,7 proc.) pacientų tarp 85 m. ir vyresnių respondentų, mažiausia dalis (25,0 proc.) - tarp 25 - 34 m. amžiaus pacientų. Skirtumai tarp amžiaus grupių statistiškai reikšmingi ($p=0,029 < 0,05$).

Analizė pagal išsilavinimą rodo, kad GMP darbuotojų profesionalumą vertina labai gerai daugiausiai - 67,5 proc. respondentai, įgiję aukštesnį išsilavinimą, mažiausiai - 29,5 proc. respondentai, nebaigę vidurinio išsilavinimo. Rezultatai statistiškai reikšmingi ($p = 0,003 < 0,05$).

Didžiausia dalis (66,4 proc.) labai gerai GMP darbuotojų profesionalumą vertinančių pacientų buvo tarp pensininkų, mažiausia - tarp nedirbančių (42,5 proc.). Rezultatai statistiškai reikšmingi, nes $p = 0,030 < 0,05$.

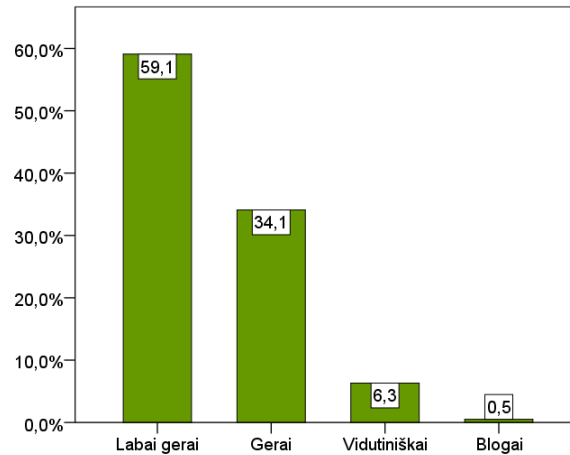


19 pav. Šeimos gydytojo bendravimo konsultacijos metu vertinimas

Tyrimo rezultatai parodė, kad didesnė dalis respondentų - 36,4 proc. šeimos gydytojo bendravimą konsultacijos metu, lankantis jo kabinete vertina gerai, 29,0 proc. -labai gerai, 11,1 proc. – blogai (žr. 19 pav.).

Analizuojant šeimos gydytojo bendravimo konsultacijos metu vertinimo duomenis priklausomai nuo pacientų lyties, nustatyta, kad šeimos gydytojo bendravimą gerai vertina vienodai tiek vyrai (35,8 proc.), tiek moterys (35,9 proc.). Šeimos gydytojo bendravimu konsultacijos metu nepatenkinti ir jį blogai

vertina 8,3 proc. moterų ir 14,5 proc. vyrų. Skirtumai tarp grupių statistiškai reikšmingi ($p = 0,045 < 0,05$).



20 pav. GMP darbuotojo bendravimo iškvietimo metu vertinimas

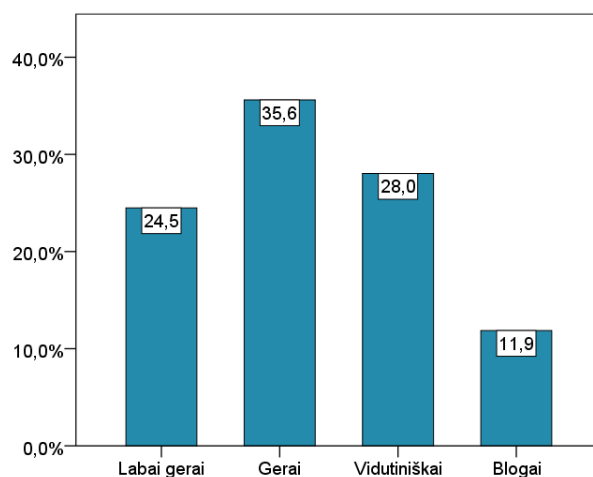
Palyginti su šeimos gydytojo bendravimo konsultacijos metu lankantis jo kabinete vertinimu, tyrime dalyvavę pacientai palankiau vertina GMP darbuotojų bendravimą iškvietimo metu. Dauguma (59,1 proc.) pacientų GMP darbuotojų bendravimą iškvietimo metu vertina labai gerai, 34,1 proc. - gerai ir tik 0,5 proc. pacientų - blogai (žr. 20 pav.).

Duomenis analizuojant priklausomai nuo pacientų lyties, paaiškėjo, kad GMP darbuotojų bendravimu iškvietimo metu labiau patenkintos moterys (62,2 proc.) nei vyrai (55,3 proc.). Rezultatai statistiškai reikšmingi, nes $p = 0,078 > 0,05$.

GMP darbuotojų profesionalumą iškvietimo metu vertina labai gerai didžiausia dalis (78,8 proc.) pacientų tarp 85 m. ir vyresnių, mažiausia dalis (28,6 proc.) - tarp 25 - 34 m. amžiaus pacientų. Skirtumai tarp amžiaus grupių statistiškai reikšmingi ($p = 0,009 < 0,05$).

Daugiausiai (76,3 proc.) GMP darbuotojų bendravimą vertinančių labai gerai buvo tarp pacientų, įgijusių aukštesnį išsilavinimą, mažiausiai - 29,5 proc. tarp nebaigusiu vidurinio išsilavinimo. Gauti rezultatai statistiškai reikšmingi ($p = 0,000 < 0,05$).

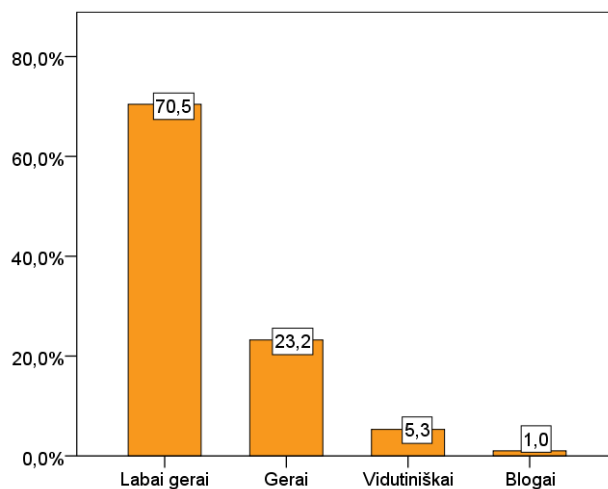
Didžiausia dalis (72,1 proc.) labai gerai GMP darbuotojų bendravimą vertinančių pacientų buvo tarp pensininkų, mažiausia - tarp nedirbančių (42,5 proc.). Rezultatai statistiškai reikšmingi, nes $p = 0,002 < 0,05$.



21 pav. Vši PRSP teikiamų paslaugų vertinimas

Kaip parodė tyrimo rezultatai, iš esmės pacientai yra patenkinti Vši PRSP paslaugomis (kitų specialistų konsultacijos, tyrimų atlikimas) - paslaugas labai gerai ir gerai vertina 60,1 proc. pacientų. Tačiau, 11,9 proc. pacientų poliklinikos teikiamas paslaugas vertina blogai (žr. 21 pav.).

Duomenų analizė priklausomai nuo pacientų lyties, parodė, kad labai gerai ir gerai poliklinikos paslaugas vertina 53,6 proc. tyrime dalyvavusių vyrų, 65,4 proc. moterų. Rezultatų skirtumai nedideli, statistiškai patikimo ryšio nenustatyta, nes $p = 0,051 > 0,05$.



22 pav. GMP darbuotojų suteiktos pagalbos iškvietytu metu vertinimas

Analizuojant tyrimo duomenis paaiškėjo, kad palyginus poliklinikos paslaugų (kitų specialistų konsultacijos, tyrimų atlikimas) ir GMP paslaugų vertinimą, pacientai geriau vertina GMP iškvietytu metu

metu darbuotojų suteiktą pagalbą. Dauguma (70,5 proc.) pacientų GMP iškvietimo metu darbuotojų suteiktą pagalbą vertina labai gerai, 23,2 proc. - gerai ir 1 proc. pacientų - blogai (žr. 22 pav.).

Duomenų analizė priklausomai nuo pacientų lyties rodo, kad GMP darbuotojų suteikta pagalba vienodai patenkinti tiek vyrai (70,4 proc.), tiek moterys (70,5 proc.). Rezultatai statistiškai nereikšmingi, nes $p = 0,900 > 0,05$.

GMP darbuotojų suteikta pagalbą vertina labai gerai didžiausia dalis (77,9 proc.) tarp 55 - 64 m. amžiaus pacientų, mažiausia dalis (57,1 proc.) - tarp 25 - 34 m. amžiaus pacientų. Statistiškai reikšmingu skirtumų tarp amžiaus grupių nenustatyta ($p = 0,709 > 0,05$).

Vertinant pagal išsilavinimą nustatyta, kad GMP darbuotojų suteikta pagalbą vertina labai gerai daugiausiai - 83,8 proc. respondentų, įgijusių aukštesnį išsilavinimą, mažiausiai - 50,8 proc. respondentų, nebaigusiu vidurinio išsilavinimą. Rezultatai statistiškai reikšmingi ($p = 0,035 < 0,05$).

Didžiausia dalis (76,9 proc.) labai gerai GMP darbuotojų suteiktą pagalbą vertinančių pacientų buvo tarp moksleivių ir studentų, mažiausia - tarp nedirbančių (61,7 proc.). Rezultatai nėra statistiškai reikšmingi, nes $p = 0,517 > 0,05$.

Tyrime dalyvavusių pacientų, kurie nebuvo GMP transportuoti į Respublikinės Panevėžio ligoninės priėmimo - skubios pagalbos skyrių tolimesniam ištyrimui ir gydymui buvo klausta, ar po GMP atvykimo ir pagalbos suteikimo jie kreipsis pas šeimos gydytoją.

19 lentelė. Kreipimasis pas šeimos gydytoją po GMP atvykimo

Rodiklis	Respondentų skaičius	Procentas
Taip	62	28,0
Ne	119	53,9
Nežino	40	18,1
Iš viso	221	100,0

Duomenų analizė parodė, kad 119 (arba 53,9 proc.) pacientų iš 221 paciento, kurie nebuvo GMP transportuoti į stacionarinę gydymo įstaigą, po GMP atvykimo pas šeimos gydytoją nežada kreiptis. Pas šeimos gydytoją kreipsis tik 28,0 proc. pacientų (žr. 19 lentelė).

Tyrimo rezultatai leidžia teigti, kad pacientų požiūriu prieinamiausia sveikatos priežiūra tampa greitoji medicinos pagalba. GMP specialistams atvykus į paciento namus yra įvertinama paciento sveikata bei galimybė tęsti gydymą, todėl pacientai dažniau renkasi GMP iškvietimą į namus nei apsilankymą pas šeimos gydytoją.

Apibendrinant galima teigti, kad palyginti su registravimosi pas šeimos gydytoją patogumu, tyrime dalyvavę pacientai palankiau vertina GMP iškvietimo patogumą. Didžioji dauguma pacientų GMP paslaugų prieinamumą vertina labai gerai, labiau patenkintos moterys nei vyrai, o didesnė dalis pacientų registravimosi pas šeimos gydytoją patogumą vertina vidutiniškai, labiau patenkinti vyrai nei moterys. Šiek tiek daugiau nei penktadalis pacientų registravimosi pas šeimos gydytoją patogumą vertina blogai.

Šeimos gydytojo profesionalumą konsultacijos metu lankantis jo kabinete didžioji dalis respondentų vertina gerai, vienodai vyrai ir moterys, bet palankesnių vertinimų susilaukė GMP darbuotojų profesionalumas iškvietimo metu. Daugiau nei pusė pacientų GMP darbuotojų profesionalumą iškvietimo metu vertina labai gerai, vienodai vyrai ir moterys.

Nors pacientų, kurie pasinaudojo GMP paslaugomis, nuomonė apie šeimos gydytojo bendravimą konsultacijos metu, lankantis jo kabinete yra gana palanki - didesnė dalis respondentų šeimos gydytojo bendravimą vertina gerai, tačiau palankiau vertinamas GMP darbuotojų bendravimas iškvietimo metu - daugiau nei pusė pacientų GMP darbuotojų bendravimą iškvietimo metu vertina labai gerai.

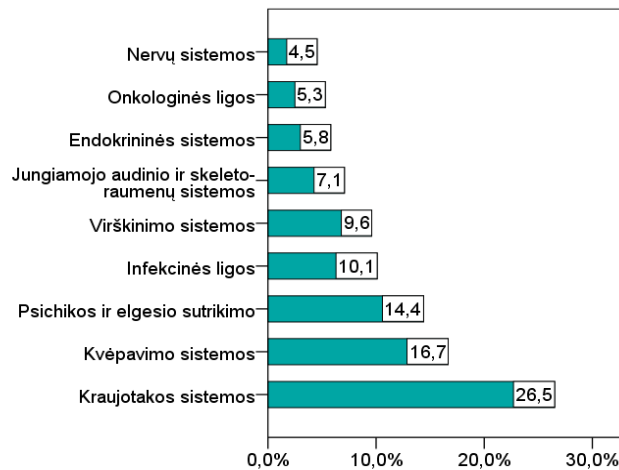
Pacientai yra patenkinti VŠĮ PRSP paslaugomis- daugiau nei pusė pacientų paslaugas vertina labai gerai ir gerai. Tačiau geriau vertinama yra GMP iškvietimo metu darbuotojų suteikta pagalba - dauguma pacientų suteiktą pagalbą vertina labai gerai.

Vidutiniškai vienas iš dešimties pacientų apie šeimos gydytojo bendravimą, jo profesionalumą ir poliklinikos teikiamas paslaugas atsiliepia blogai, o GMP paslaugos neigiamų vertinimų beveik nesusilaukė.

Duomenų analizė parodė, kad daugiau nei pusė pacientų, kurie nebuvo GMP transportuoti į Respublikinės Panevėžio ligoninės priėmimo - skubios pagalbos skyrių, po GMP atvykimo pas šeimos gydytoją nežada kreiptis.

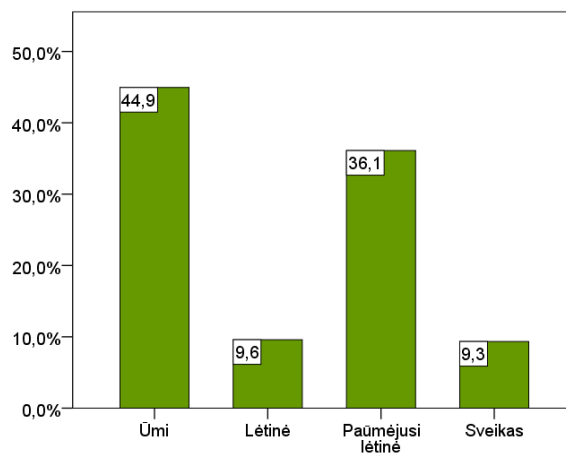
3.5. Iškvietimų GMP darbuotojo požiūriu vertinimas

Neatsakingas pacientų požiūris į savo sveikatą, nepakankama savirūpa įtakoja didėjančią GMP iškvietimų skaičių, iš kurių nemaža dalis nepriskiriami aptarnaujamųjų greitosios medicinos pagalbos iškvietimų kategorijoms, tai neigiamai veikia GMP skyriaus veiklos efektyvumą. Kad išsiaiškinti GMP paslaugų teiktų ne dėl būtinosios pagalbos mastą, tyrimo metu buvo svarbu sužinoti GMP mediko, vykusio į iškvietimus vertinimą dėl kurio iš pagrindinių organų sistemų pažeidimo buvo kviesta GMP brigada, kaip vertinama paciento ligos būklė ir, ar buvo reikalinga skubi medicinos pagalba.



23 pav. GMP iškvietimų pasiskirstymas pagal susirgimus

GMP specialisto vertinimu, didžiąją dalį iškvietimų skaičiaus sudarė iškvietimai dėl kraujotakos sistemos susirgimų - 26,5 proc. visų iškvietimų. Dėl kvėpavimo sistemos susirgimų greitoji GMP kviesta 16,7 proc., dėl psichikos ir elgesio sutrikimo - 14,4 proc., dėl infekcinių ligų - 10,1 proc. atvejais. Mažiausiai iškvietimų buvo dėl nervų sistemos susirgimų - 4,5 proc. (žr. 23 pav.).



24 pav. GMP iškvietimų pasiskirstymas pagal ligos būklę

Kaip rodo GMP specialisto vertinimu paremti tyrimo rezultatai, pacientai į GMP dažniausiai kreipėsi dėl ūmaus sveikatos pablogėjimo - 44,9 proc. 36,1 proc. iškvietimų sudarė iškvietimai dėl paūmėjusios lėtinės ligos ir 9,6 proc. - dėl lėtinės ligos. Tačiau 9,3 proc. respondentų į GMP kreipėsi būdami sveiki (žr. 24 pav.).

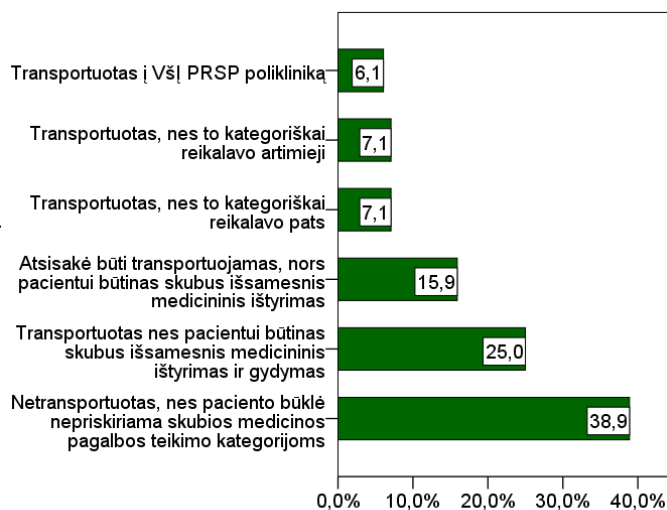
Analizuojant tyrimo duomenis norėta sužinoti, sutapimo procentą tarp paciento savo ligos, dėl kurios kreiptasi į GMP, vertinimo ir ligos, dėl kurios buvo teiktos paslaugos, vertinimo GMP specialisto

požiūriu, šių kintamųjų dažnių pasiskirstymui vertinti sudaryta kryžminė dažnių lentelė, apskaičiuotas Chi- kvadrato kriterijus pagal Pearson'ą (žr. 20 lentelė).

20 lentelė. Paciento ligos vertinimas

Paciento savo ligos, dėl kurios kviesta, vertinimas	Liga, dėl kurios teiktos GMP paslaugos			
	Ūmi	Lėtinė	Paūmėjusi lėtinė	Sveikas
Ūminė	72,6	9,4	15,4	2,6
Lėtinė	12,0	32,0	48,0	8,0
Paūmėjusi lėtinė	10,3	4,6	82,8	2,3
Nežino	48,5	9,0	24,6	18,0

Nustatyta, kad daugeliu atvejų paciento savo ligos vertinimas ir GMP specialisto paciento ligos vertinimas sutapo. 72,6 proc. iškvietimų atvejų GMP specialistas galėjo patvirtinti paciento nuomonę, kad liga dėl, kurios jis kvietė GMP yra ūminė. Paciento ir GMP specialisto nuomonė dėl ligos būklės sutapo: 32,0 proc. dėl lėtinės ligos ir 82,8 proc. dėl paūmėjusios lėtinės ligos. GMP specialisto vertinimu, 8,0 proc. pacientų GMP kvietusių dėl lėtinės ligos buvo sveiki ir 18,0 pacientų buvo sveiki GMP iškvietimo metu negalėjusių įvertinti savo ligos būklės (žr. 20 lentelė). Skirtumai tarp GMP specialisto paciento ligos vertinimo pagal paciento savo ligos vertinimą statistiškai reikšmingi ($p = 0,00 < 0,05$).



25 pav. Pacientų transportavimo tolimesniam ištyrimui ir gydymui pasiskirstymas

Tyrimo rezultatai rodo, kad net 38,9 proc. visų GMP iškvietimų atvejais pacientai nebuvo transportuoti į gydymo įstaigas, nes paciento būklė nebuvo priskiriama skubios medicinos pagalbos teikimo kategorijoms. 36,9 proc. visų iškvietimų atvejais, GMP brigadai suteikus pagalbą, pacientams

buvo reikalingas skubus išsamesnis medicininis diagnostinis ištyrimas ir gydymas, iš jų 25,0 proc. pacientų buvo transportuoti į stacionarinę gydymo įstaigą tolimesniam ištyrimui ir gydymui, tačiau 15,9 proc. tokių pacientų atsisakė vykti tolimesniam gydymui. Rezultatai rodo, kad net 14,2 proc. pacientų buvo transportuoti tik dėl to, kad to kategoriškai reikalavo patys, ar jų artimieji, nors jų būklė nebuvo priskiriama skubios medicinos pagalbos teikimo kategorijoms. 6,1 proc. pacientų buvo transportuoti į polikliniką šeimos gydytojo konsultacijai (žr. 25 pav.).

Tyrimo rezultatų analizė rodo, kad didžioji dalis GMP paslaugų teikiama pacientų namuose ir ne dėl būtinios medicinos pagalbos, todėl GMP skyriaus veiklos rezultatyvumo (skubaus paciento transportavimo į stacionarinę gydymo įstaigą) požiūriu tik kas trečias tyrimo metu buvęs GMP iškvietimas rezultatyvus. Tyrimo rezultatai leidžia teigti, kad GMP skyriaus veikla būtų efektyvesnė, jeigu GMP skyrius paslaugas teiktų tik pagal ministerijos nustatytas būtinios medicinos pagalbos teikimo indikacijas ir į stacionarines gydymo įstaigas transportuotų visus GMP iškvietusius pacientus, kuriems pagrįstai reikalingas tolimesnis gydymas.

Siekiant teikti kokybiškas GMP paslaugas, vykstama pas visus pacientus, kurie kreipėsi dėl skubios medicininės pagalbos. Vykstant į iškvietimus neatmetama galimybė, kad pats pacientas gali klaidingai vertinti savijautos pasikeitimus, todėl medicininė pagalba, teikiama nuvykus pas pacientą, yra saugesnė. Tačiau kaip patvirtino analizės duomenys, nemaža dalis VŠĮ PRSP GMPS iškvietimų nėra priskiriami aptarnaujamųjų GMP iškvietimų kategorijoms, tai neigiamai veikia GMP skyriaus darbo efektyvumą. Kad išsiaiškinti tikslų tyrimo metu GMP paslaugų teiktų ne dėl būtinios pagalbos mastą, siekta sužinoti GMP specialisto, vykusio į iškvietimus vertinimą, ar visais iškvietimų atvejais buvo reikalinga skubi medicinos pagalba.

21 lentelė. Iškvietimo priskyrimas aptarnaujamiems kvietimams

Rodiklis	Respondentų skaičius	Procentas
Taip	162	40,9
Ne	234	59,1
Iš viso	396	100

GMP specialistų, vykusių į iškvietimus vertinimu, skubi medicinos pagalba buvo reikalinga 40,9 proc. iškvietimų atvejais, daugiau nei puse (59,1 proc.) iškvietimų atvejų GMP paslaugos pacientams teiktos iškvietimuose, kurie nepriskiriami GMP kategorijoms. Galima teigti, kad didelis tokių iškvietimų skaičius mažina GMP skyriaus darbo efektyvumą (žr. 21 lentelė).

Apibendrinant galima teigti, kad didžiąją dalį GMP iškvietimų skaičiaus sudarė iškvietimai dėl kraujotakos sistemos susirgimų. Pacientai į GMP dažniausiai kreipėsi dėl ūmaus sveikatos pablogėjimo, o 9,3 proc. respondentų į GMP kreipėsi būdami sveiki. Nustatyta, kad daugeliu atvejų paciento savo ligos vertinimas ir GMP specialisto paciento ligos vertinimas sutapo.

Didesnė dalis GMP paslaugų suteikta pacientų namuose - į stacionarines gydymo įstaigas nuveža mažiau nei pusė (36,9 proc.) GMP iškvietusių pacientų. Taigi, darytina išvada, kad GMP iškvietusiems pacientams teikiant pagalbą tik namuose didžioji dalis paslaugų teikiama ne pagal nustatytas skubios medicinos pagalbos teikimo indikacijas. GMP įstaigų veiklos rezultatyvumo požiūriu tik kas trečias tyrimo metu buvęs GMP išvykimas rezultatyvus. Tas rodo nepakankamą GMP skyriaus veiklos efektyvumą, nes tas pats rezultatas galėtų būti pasiektas mažesniais ištekliais. Mažesnis GMP neaptarnaujamiems iškvietimams priskiriamų iškvietimų skaičius leistų taupiau ir efektyviau naudotis PSDF biudžeto lėšas. Daugiau nei pusė (59,1 proc.) VŠĮ PRSP GMPS iškvietimų neatitiko GMP kategorijų.

3.6. GMP iškvietimų koreliacijos tikrinimas

Koreliacijos tyrimai leidžia nustatyti ryšį tarp dviejų pasirinktų kintamųjų, todėl norint nustatyti, ar GMP aptarnaujamų iškvietimų skaičių ir kiti šiame tyrime analizuoti kintamieji yra tarpusavyje susiję buvo tikrinta jų koreliacija. Pearson'o koreliacijos koeficientas, leidžiantis įvertinti ryšio stiprumą tarp kintamųjų, apskaičiuotas naudojant kintamųjų imties reikšmes. Imties dydis $N = 396$. Kuo koreliacijos koeficiento reikšmė yra arčiau 0, tuo koreliacija tarp kintamųjų yra silpnesnė ir viena nuo kitos nepriklauso, kuo koreliacijos koeficiento reikšmė yra arčiau 1 arba - 1, tuo koreliacija tarp kintamųjų yra stipresnė ir kintamieji tarpusavyje yra visiškai priklausomi [45].

Atlikta koreliacinė analizė remiasi hipotezių tikrinimu: hipotezės H_0 - koreliacija statistiškai nereikšminga (tarpusavio ryšio tarp kintamųjų nėra), su hipoteze H_1 - koreliacija statistiškai reikšminga (yra tarpusavio ryšys tarp kintamųjų).

Nagrinėjant GMP aptarnaujamų iškvietimų skaičių, poveikis jiems analizuotas pacientų demografinės charakteristikos, savirūpos, rūpinimosi savo sveikata, pacientų pasitenkinimo paslaugomis požiūriu, stebėta, ar yra tiesinis ryšys tarp šių kintamųjų.

22 lentelė. GMP iškvietimų ir respondentų demografinių charakteristikų koreliacija

		Kvietimo priskyrimas aptarnaujamiems kvietimams
Lytis	Pearson Correlation	-,002
	Sig. (2-tailed)	,963
Amžius	Pearson Correlation	-,155**
	Sig. (2-tailed)	,002
Išsilavinimas	Pearson Correlation	-,265**
	Sig. (2-tailed)	,000
Šeiminė padėtis	Pearson Correlation	,134**
	Sig. (2-tailed)	,007
Socialinė-profesinė padėtis	Pearson Correlation	,072
	Sig. (2-tailed)	,154
Gyvenimo sąlygų vertinimas	Pearson Correlation	,249**
	Sig. (2-tailed)	,000
Pajamos	Pearson Correlation	-,130**
	Sig. (2-tailed)	,009

*. Koreliacija statistiškai reikšminga esant 0.05. **. Koreliacija statistiškai reikšminga esant 0.01.

Analizuojant ryšį tarp GMP iškvietimų ir respondentų demografinių charakteristikų nustatyta, kad tarp GMP iškvietimų skaičiaus ir kintamųjų „amžius“ ($p = 0,002$), „išsilavinimas“ ($p = 0,000$), „šeiminė padėtis“ ($p = 0,007$), „gyvenimo sąlygų vertinimas“ ($p = 0,000$) ir „pajamos“ ($p = 0,009$) yra statistiškai reikšmingas ryšys, todėl nulinės hipotezės, kad kintamieji yra nepriklausomi atmetamos. Darytina prielaida, kad šie kintamieji turi reikšmės ir įtakos GMP iškvietimų skaičiui.

Tarp GMP iškvietimų skaičiaus ir kintamųjų „lytis“ ir „socialinė - profesinė padėtis“ ryšys nėra statistiškai reikšmingas, nes kriterijaus p reikšmė didesnė už nustatytą reikšmingumo lygį 0,05, todėl nulinės hipotezės nėra pagrindo atmesti. Darytina prielaida, kad šie kintamieji reikšmingos įtakos GMP iškvietimų skaičiui neturi.

Nustatyta, kad tiesiniai ryšiai GMP iškvietimų skaičiaus ir kintamųjų „šeiminė padėtis“ ($r = 0,134$) ir „socialinė - profesinė padėtis“ ($r = 0,072$) yra teigiami, tačiau labai silpni. Gautos kelios neigiamos labai silpnos koreliacijos tarp kintamųjų „lytis“ ($r = - 0,002$), „amžius“ ($r = - 0,155$), „pajamos“ ($r = - 0,130$). Ryšys tarp kintamojo „gyvenimo sąlygų vertinimas“ ($r = 0,249$) yra teigiamas, tačiau silpnas, o tarp kintamojo „išsilavinimas“ ($r = - 0,265$) yra neigiamas, tačiau silpnas.

23 lentelė. GMP iškvietimų ir respondentų gyvenimo įpročių koreliacija

		Kvietimo priskyrimas aptarnaujamiems kvietimams
Alkoholio vartojimas	Pearson Correlation	,066
	Sig. (2-tailed)	,187
Rūkymas	Pearson Correlation	,107*
	Sig. (2-tailed)	,033
Sveika mityba	Pearson Correlation	,183**
	Sig. (2-tailed)	,000
Fizinis aktyvumas	Pearson Correlation	-,003
	Sig. (2-tailed)	,959

*. Koreliacija statistiškai reikšminga esant 0.05. **. Koreliacija statistiškai reikšminga esant 0.01.

Gauti koreliacinės analizės rezultatai leidžia teigti, kad tarp GMP iškvietimų skaičiaus ir kintamųjų „sveika mityba“ ($p = 0,000$) ir „rūkymas“ ($p = 0,033$) yra statistiškai reikšmingas ryšys, nes p reikšmė yra mažesnė už 0,05, todėl nulinė hipotezė, kad kintamieji yra nepriklausomi atmetama. Tarp GMP iškvietimų skaičiaus ir kintamųjų „alkoholio vartojimas“ ir „fizinis aktyvumas“ ryšio nėra statistiškai reikšmingas, nes kriterijaus p reikšmė didesnė už nustatytą reikšmingumo lygį 0,05, todėl nulinės hipotezės nėra pagrindo atmesti.

Nustatyta, kad tiesiniai ryšiai tarp kintamųjų „GMP aptarnaujamų iškvietimų skaičiaus“ ir „alkoholio vartojimas“ ($r = 0,066$), „rūkymas“ ($r = 0,107$) ir „sveika mityba“ ($r = 0,183$) yra teigiami, tačiau labai silpni. Gauta viena neigiama labai silpna koreliacija tarp kintamojo „fizinis aktyvumas“ ($r = -0,003$).

Gauti rezultatai leidžia tvirtinti, kad alkoholio vartojimas ir fizinis aktyvumas iškvietimų skaičių įtakoja vienodai, reikšmingų sąsajų tarp GMP iškvietimų ir šių kintamųjų nėra, tačiau galima paminėti, kad sveikos mitybos ir rūkymo įtaka GMP iškvietimų skaičiaus didėjimui yra juntama labiau.

24 lentelė. GMP iškvietimų ir respondentų rūpinimosi savo sveikata koreliacija

		Kvietimo priskyrimas aptarnaujamiems kvietimams
Profilaktinis sveikatos tikrinimasis	Pearson Correlation	,240**
	Sig. (2-tailed)	,000
Ar gydytojas kalbasi profilaktikos tema	Pearson Correlation	,209**
	Sig. (2-tailed)	,000
Gydytojo rekomendacijų laikymasis	Pearson Correlation	,184**
	Sig. (2-tailed)	,000

Ar gydytojo patarimai turi įtakos gyvenimo būdui	Pearson Correlation	,210**
	Sig. (2-tailed)	,000
Sergamumas lėtinėmis ligomis	Pearson Correlation	,013
	Sig. (2-tailed)	,795
Reguliarus vaistų vartojimas	Pearson Correlation	,207**
	Sig. (2-tailed)	,000
Paskutinis apsilankymas pas gydytoją	Pearson Correlation	,217**
	Sig. (2-tailed)	,000

*. Koreliacija statistiškai reikšminga esant 0.05. **. Koreliacija statistiškai reikšminga esant 0.01.

Gauti koreliacinės analizės rezultatai leidžia teigti, kad tarp GMP aptarnaujamų iškvietimų skaičiaus ir pasirinktų kintamųjų (profilaktinis sveikatos tikrinimasis, ar gydytojas kalbasi profilaktikos tema, gydytojo rekomendacijų laikymasis, ar gydytojo patarimai turi įtakos gyvenimo būdui, reguliarus vaistų vartojimas, paskutinis apsilankymas pas gydytoją) yra statistiškai reikšmingas ryšys. Todėl visos nulinės hipotezės, kad kintamieji yra nepriklausomi atmetamos. Darytina prielaida, kad šie kintamieji turi reikšmės ir įtakos GMP iškvietimų skaičiui.

Tiesiniai ryšiai tarp kintamųjų „GMP aptarnaujamų iškvietimų skaičiaus“ ir „profilaktinis sveikatos tikrinimasis“ ($r = 0,240$), „ar gydytojas kalbasi profilaktikos tema“ ($r = 0,209$), „ar gydytojo patarimai turi įtakos gyvenimo būdui“ ($r = 0,210$), „reguliarus vaistų vartojimas“ ($r = 0,207$), „paskutinis apsilankymas pas gydytoją“ ($r = 0,217$) yra teigiami, tačiau silpni. Ryšys tarp „gydytojo rekomendacijų laikymasis“ ($r = 0,184$) yra labai silpnas.

Gautas rezultatas tarp GMP iškvietimų ir „paciento sergamumo lėtinėmis ligomis“ nėra statistiškai reikšmingas, nes kriterijaus p reikšmė didesnė už nustatytą reikšmingumo lygį 0,05 ($p = 0,795 > 0,05$), vadinasi nulinės hipotezės nėra pagrindo atmesti. Pearson'o koreliacijos koeficientas ($r = 0,013$) rodo, kad ryšys tarp kintamųjų yra labai silpnas. Galima daryti prielaidą, jog paciento sergamumas lėtinėmis ligomis lemiamos reikšmės ir įtakos GMP iškvietimų skaičiui neturi.

25 lentelė. GMP iškvietimų ir respondentų savijautos vertinimo koreliacija

		Kvietimo priskyrimas aptarnaujamiems kvietimams
Prastos savijautos iki GMP kvietimo trukmė	Pearson Correlation	,548**
	Sig. (2-tailed)	,000
Ligos, dėl kurios kviesta GMP, vertinimas	Pearson Correlation	,293**
	Sig. (2-tailed)	,000

Ar lankytasi pas gydytoją dėl tų pačių negalavimų, dėl kurių kviesta GMP	Pearson Correlation	-,052
	Sig. (2-tailed)	,306
Ar pirmą kartą pajusti negalavimai, dėl kurių kviesta GMP	Pearson Correlation	,469**
	Sig. (2-tailed)	,000

*. Koreliacija statistiškai reikšminga esant 0.05. **. Koreliacija statistiškai reikšminga esant 0.01.

Gauti koreliacinės analizės rezultatai leidžia teigti, kad tarp GMP iškvietimų skaičiaus ir visų šių kintamųjų yra statistiškai reikšmingas ryšys, nes visos stebėtos p reikšmės yra mažesnės už 0,05 ($p = 0,000 < 0,05$). Todėl visos nulinės hipotezės, kad kintamieji yra nepriklausomi atmetamos. Darytina prielaida, kad šie kintamieji turi reikšmės ir įtakos GMP iškvietimų skaičiui. Gautos teigiamos silpnos koreliacijos tarp kintamojo „GMP kvietimo priskyrimas aptarnaujamiems kvietimams“ ir „ligos, dėl kurios kviesta GMP, vertinimas“ ($r = 0,293$) bei „ar pirmą kartą pajusti negalavimai, dėl kurių kviesta GMP“ ($r = 0,469$). Gauta viena neigiama labai silpna koreliacija tarp kintamojo „ar lankytasi pas gydytoją dėl tų pačių negalavimų, dėl kurių kviesta GMP“ ($r = 0,052$). Gauta teigiama vidutinė koreliacija tarp kintamojo „prastos savijautos iki GMP kvietimo trukmė“ ($r = 0,548$).

26 lentelė. GMP iškvietimų ir respondentų pasitenkinimo paslaugomis koreliacija

		Kvietimo priskyrimas aptarnaujamiems kvietimams
Registravimosi pas gydytoją patogumas	Pearson Correlation	,121*
	Sig. (2-tailed)	,016
GMP iškvietimo patogumas	Pearson Correlation	,187**
	Sig. (2-tailed)	,000
Šeimos gydytojo profesionalumo vertinimas	Pearson Correlation	,218**
	Sig. (2-tailed)	,000
GMP darbuotojų profesionalumo vertinimas	Pearson Correlation	,203**
	Sig. (2-tailed)	,000
Šeimos gydytojo bendravimo vertinimas	Pearson Correlation	,191**
	Sig. (2-tailed)	,000
GMP darbuotojų bendravimo vertinimas	Pearson Correlation	,194**
	Sig. (2-tailed)	,000
Poliklinikos paslaugų vertinimas	Pearson Correlation	,150**
	Sig. (2-tailed)	,003
GMP suteiktos pagalbos vertinimas	Pearson Correlation	,225**
	Sig. (2-tailed)	,000

Nustatyta, kad tarp kintamųjų „GMP aptarnaujamų iškvietimų skaičiaus“ ir „registravimosi pas gydytoją patogumas“ ($r = 0,121$), „GMP iškvietimo patogumas“ ($r = 0,187$), „šėimos gydytojo bendravimo vertinimas“ ($r = 0,191$), „GMP darbuotojų bendravimo vertinimas“ ($r = 0,194$), „poliklinikos paslaugų vertinimas“ ($r = 0,150$) yra teigiamas silpnas ryšys. Tarp kintamųjų „GMP aptarnaujamų iškvietimų skaičiaus“, „šėimos gydytojo profesionalumo vertinimas“ ($r = 0,218$), „GMP darbuotojų profesionalumo vertinimas“ ($r = 0,203$), „GMP suteiktos pagalbos vertinimas“ ($r = 0,225$) ryšiai yra teigiami, bet silpni.

Koreliacinės analizės rezultatai leidžia teigti, kad tarp GMP iškvietimų skaičiaus ir šių kintamųjų yra statistiškai reikšmingas ryšys, nes visos stebėtos p reikšmės yra mažesnės už nustatytą reikšmingumo lygmenį. Todėl visos nulinės hipotezės, kad kintamieji yra nepriklausomi atmetamos. Darytina prielaida, kad šie kintamieji turi įtakos GMP iškvietimų skaičiui. Tačiau ryšys tarp kintamojo „registravimosi pas gydytoją patogumas“ nėra statistiškai reikšmingas, nes kriterijaus p reikšmė didesnė už nustatytą reikšmingumo lygį $0,05$ ($p = 0,016 > 0,05$), todėl nulinės hipotezės nėra pagrindo atmesti, šis kintamasis reikšmingos įtakos GMP iškvietimų skaičiui neturi.

Apibendrinant galima teigti, kad GMP iškvietimų skaičiui turi reikšmės tokios respondentų demografinės charakteristikos kaip amžius, išsilavinimas, šėimyninė padėtis, pajamos ir pacientų savo gyvenimo sąlygų vertinimas.

Kalbant apie pacientų savirūpą, gauti rezultatai leidžia tvirtinti, kad alkoholio vartojimas ir fizinis aktyvumas iškvietimų skaičių įtakoja vienodai, reikšmingų sąsajų tarp GMP iškvietimų ir šių kintamųjų nėra, tačiau galima paminėti, kad sveikos mitybos ir rūkymo įtaka GMP iškvietimų skaičiaus didėjimui yra juntama labiau. Gauti koreliacinės analizės rezultatai leidžia teigti, kad pacientų rūpinimasis savo sveikata - profilaktinis sveikatos tikrinimasis, gydytojo rekomendacijų laikymasis, tai, ar gydytojo patarimai turi įtakos gyvenimo būdui, reguliarus vaistų vartojimas, paskutinis apsilankymas pas gydytoją, o taip pat tai, ar gydytojas kalbasi profilaktikos tema turi reikšmės ir įtakos GMP iškvietimų skaičiui. Taip pat darytina prielaida, kad visi kintamieji susiję su pacientų savijauta GMP iškvietimo metu turi įtakos GMP iškvietimų skaičiui.

Koreliacinės analizės rezultatai leidžia teigti, kad beveik visi kintamieji susiję su pacientų pasitenkinimu šėimos gydytojo ir GMP teikiamomis paslaugomis turi įtakos GMP iškvietimų skaičiui. Nustatyta, kad tik pacientų pasitenkinimas registravimosi pas gydytoją patogumu reikšmingos įtakos GMP iškvietimų skaičiui neturi. Tačiau reikia paminėti, kad nebuvo nustatytas stiprus ryšys nė tarp vieno iš nagrinėtų kintamųjų.

IŠVADOS

1. Nustatyta, kad didžiausią įtaką žmogaus sveikatai turi jo pasirinktas gyvenimo būdas, o susiformavęs elgesys ir nuostatos dažnai tampa pagrindine sveikatos problemų priežastimi. Todėl didžioji dalis atsakomybės už savo sveikatos kokybę tenka pačiam žmogui, o pagrindinis sveikatos gerovės uždavinys žmogui suteikti galimybę savarankiškai rūpintis savo sveikata. Savirūpa suprantama kaip savęs priežiūros veiksmų visuma, siekiant išsaugoti, sugrąžinti ir stiprinti sveikatą, apimanti kasdienes ar pablogėjus sveikatai veiksmus: sveikas gyvenimo būdas, rūpinimasis savo sveikata, pastangos užkirsti kelią susirgimams ir išsaugoti sveikatą, profilaktika ir ligų prevencija, sveikatos pablogėjimo atpažinimas ir gebėjimas pačiam savarankiškai vykdyti paskirtą gydymą ir pan.

2. Nustatyta, kad neefektyvų išteklių, skirtų sveikatos priežiūrai, panaudojimą lemia ne tik sveikatos sistemos struktūros ar gydymo įstaigų darbo organizavimo principai, bet ir pačių pacientų požiūris į sveikatą, todėl didesnis gyventojų dėmesys savo sveikatai gali padidinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir efektyvumą bei skatinti didesnę pacientų atsakomybę už savo sveikatą.

3. Užsienio šalių GMP valdymo sistema paremta dviem valdymo modeliais: prancūzų – vokiečių, kurio pagrindinis principas yra „likti ir stabilizuoti“ ir anglų – amerikiečių, kuris vadovaujasi principu „paimti ir vežti“. Skiriant didelį dėmesį GMP kokybės užtikrinimui, ES atsakingos institucijos siekia suformuoti bendrą GMP teikimo koncepciją visoms jai priklausančioms šalims. Lietuvoje GMP paslaugų teikimas priskiriamas licencijuojamai sveikatos priežiūros veiklai ir yra organizuojamas remiantis teritoriniu principu - visose savivaldybėse.

4. Apklausoje daugiausia dalyvavo moterys; didžiausią dalį respondentų sudarė pacientai, kurių amžius svyruoja nuo 45 iki 54 m.; didesnę dalį respondentų sudaro įgiję spec. vidurinį išsilavinimą, dirbantys asmenys; daugumos pajamos svyruoja nuo 500 Lt iki 1000 Lt per mėnesį; beveik pusė apklaustųjų gyvena santuokoje; daugumą tyrime dalyvavusių respondentų mano, kad jų gyvenimo sąlygos yra geros.

5. Respondentai nepakankamai rūpinasi savo sveikata: beveik pusė apklaustųjų dažnai vartoja alkoholį ir rūko; sveikai maitinasi tik daugiau nei trečdalis respondentų; daugiau nei pusė respondentų teigė esantys fiziškai aktyvūs. Dominuojantys respondentų gyvensenos įpročiai - dažnas alkoholio vartojimas ir rūkymas, nesveika mityba gali lemti prastus sveikatos rodiklius, įtakoti GMP iškvietimų skaičiaus didėjimą ir mažinti GMP darbo efektyvumą.

6. GMP paslaugų teiktų ne dėl būtinosios pagalbos skaičius ir pacientų gyvensenos įpročiai yra priklausomi. Dažnas pacientų alkoholio vartojimas bei rūkymas didina GMP iškvietimu kategorijoms

nepriskiriamų iškvietimų skaičių - didžioji dalis GMP paslaugų teiktų ne dėl būtiniosios pagalbos daugiau nei pusė atvejų buvo suteiktos pacientams, kurie dažnai vartoja alkoholį ar rūko. Tačiau pacientų nesubalansuota mityba ir mažas fizinis GMP aktyvumas GMP neaptarnaujamų iškvietimų skaičiaus reikšmingai neįtakojo.

7. Profilaktiškai tikrinasi sveikatą tik kiek daugiau nei pusė apklausoje dalyvavusių pacientų. Šeimos gydytojas ir/ ar slaugytojas profilaktikos tema su pacientais nesikalba, ar kalbasi retai, tačiau kaip rodo tyrimo rezultatai sveikatos priežiūros specialistų patarimai neturi didelės įtakos pacientų gyvenimo būdai. Šeimos gydytojo ar slaugytojo skiriamų rekomendacijų yra linkę laikytis kiek daugiau nei pusė respondentų. Didžioji dalis pacientų reguliariai nevartoja šeimos gydytojo paskiriamų vaistų.

8. GMP paslaugų teiktų ne dėl būtiniosios pagalbos skaičius ir pacientų rūpinimasis savo sveikata yra priklausomi - dauguma tokių iškvietimų atvejų siunčiama GMP brigada pas pacientus, kurie dėl įvairių motyvų reguliariai nevartoja gydytojo paskirtų vaistų, ar nesilaiko šeimos gydytojo skiriamų rekomendacijų arba jų laikosi tik kartais, trečdaliu atvejų vykstama pas pacientus, kurie profilaktiškai nesitikrina sveikatos, o taip pat pas pacientus, su kuriais sveikatos specialistai profilaktikos tema visai nesikalba arba kalbasi retai.

9. Pacientų neatsakingas požiūris į savo sveikatą, menka savirūpa, nereguliarus vaistų vartojimas, sveikatos priežiūros specialistų rekomendacijų nesilaikymas sąlygoja didėjantį aptarnaujamų GMP iškvietimų skaičių, iš kurių daugiau nei pusė nepriskiriami GMP iškvietimų kategorijoms ir taip mažina GMP darbo efektyvumą.

10. Daugiau nei pusė GMP kvietusių pacientų serga lėtinėmis ligomis; didžioji dalis apklaustųjų negalėjo įvertinti savo ligos būklės, o trečdalis pacientų ligą, dėl kurios buvo kviesta GMP vertino kaip ūminę; beveik ketvirtadalis pacientų prasta savijauta skundėsi trumpiau nei 30 min., kitais iškvietimų atvejais GMP paslaugas teikė pacientams prastai besijaučiantiems ilgesnį laiką (nuo 24 val. iki mėnesio ir ilgiau); dauguma pacientų negalavimus, dėl kurių buvo kviesta GMP, pajuto pirmą kartą. Pacientai nėra linkę dėl sveikatos nusiskundimų lankytis pas šeimos gydytoją - didžioji dauguma pacientų renkasi GMP iškvietimą į namus; dauguma paskutinį kartą pas šeimos gydytoją lankėsi pastarąjį mėnesį, tačiau ko ne trečdalis pacientų neprisiminė, kada paskutinį kartą kreipėsi pas šeimos gydytoją.

11. Pacientų sveikatos vertinimo rodikliai ir pacientų lankymasis pas šeimos gydytoją dėl tų pačių negalavimų, dėl kurių buvo kviesta GMP, yra priklausomi: pacientai pirmą kartą pajutę negalavimus dažniau renkasi GMP nei šeimos gydytoją. Pacientų ligos vertinimas ir pacientų lankymasis pas šeimos gydytoją yra priklausomi, tačiau pirmenybė apsilankymui pas šeimos gydytoją skiriasi priklausomai nuo

to kaip pacientai vertina savo ligą. Dažniau GMP kviečia pacientai savo ligos būklę vertinantys kaip ūminę ir kaip paūmėjusią lėtinę

12. Pacientų požiūriu prieinamiausia sveikatos priežiūra tampa GMP, todėl pacientai dažniau renkasi GMP iškvietimą į namus nei apsilankymą pas šeimos gydytoją. Daugumos iškvietimų atvejų PSDF biudžeto lėšos yra naudojamos GMP paslaugoms, suteiktoms ne dėl būtiniosios medicinos pagalbos indikacijas atitinkančių iškvietimų, o dėl šeimos gydytojo teikiamų paslaugų.

13. Palyginti su registravimosi pas šeimos gydytoją patogumu, tyrime dalyvavę pacientai palankiau vertina GMP iškvietimo patogumą. Palankesnių vertinimų susilaukė GMP darbuotojų profesionalumas ir bendravimas iškvietimo metu nei šeimos gydytojo profesionalumas ir bendravimas konsultacijos metu lankantis jo kabinete; vidutiniškai vienas iš dešimties pacientų apie šeimos gydytojo bendravimą, jo profesionalumą ir poliklinikos teikiamas paslaugas atsiliepia blogai. Pacientai yra patenkinti VŠĮ PRSP paslaugomis - daugiau nei pusė pacientų paslaugas vertina labai gerai ir gerai, tačiau geriau vertinama yra GMP iškvietimo metu darbuotojų suteikta pagalba - dauguma pacientų suteiktą pagalbą vertina labai gerai.

14. Daugiau nei pusė pacientų, kurie nebuvo GMP transportuoti į Respublikinės Panevėžio ligoninės priėmimo - skubios pagalbos skyrių po GMP atvykimo pas šeimos gydytoją nežada kreiptis.

15. GMP specialisto, teikusio paslaugas vertinimu, didžiąją dalį GMP iškvietimų skaičiaus sudarė iškvietimai dėl kraujotakos sistemos susirgimų. Pacientai į GMP dažniausiai kreipėsi dėl ūmaus sveikatos pablogėjimo, o 9,3 proc. respondentų į GMP kreipėsi būdami sveiki. Daugeliu atvejų paciento savo ligos vertinimas ir GMP specialisto paciento ligos vertinimas sutapo. Didesnė dalis GMP paslaugų suteikta pacientų namuose - į stacionarines gydymo įstaigas nuveža mažiau nei pusė (36,9 proc.) GMP išsikvietusių pacientų.

16. VŠĮ PRSP GMPS darbas organizuojamas nepakankamai efektyviai, nes daugiau nei puse (59,1 proc.) iškvietimų neatitiko GMP iškvietimų kategorijų. GMP išsikvietusiems pacientams teikiant pagalbą tik namuose didžioji dalis paslaugų teikiama ne pagal nustatytas skubios medicinos pagalbos teikimo indikacijas, todėl skyriaus veiklos rezultatyvumo požiūriu tik kas trečias tyrimo metu buvęs GMP išvykimas rezultatyvus. Mažesnis GMP neaptarnaujamiems iškvietimams priskiriamų iškvietimų skaičius leistų taupiau ir efektyviau naudotis PSDF biudžeto lėšas.

17. Gauti koreliacinės analizės rezultatai leidžia daryti išvadą, kad su pacientų savirūpa susiję kintamieji - sveika mityba ir rūkymas turi įtakos GMP iškvietimų skaičiaus didėjimui, o tarp alkoholio vartojimo ir fizinio aktyvumo reikšmingos įtakos iškvietimų skaičiui nenustatyta.

18. Pacientų rūpinimasis savo sveikata (profilaktinis sveikatos tikrinimasis, gydytojo rekomendacijų laikymasis, gydytojo patarimų įtaka gyvenimo būdui, reguliarus vaistų vartojimas, paskutinis apsilankymas pas gydytoją), o taip pat tai, ar gydytojas kalbasi profilaktikos tema turi reikšmės ir įtakos GMP iškvietimų skaičiui. Taip pat darytina prielaida, kad visi kintamieji susiję su pacientų savijauta GMP iškvietimo metu turi įtakos GMP iškvietimų skaičiui.

19. Beveik visi kintamieji susiję su pacientų pasitenkinimu šeimos gydytojo ir GMP teikiamomis paslaugomis turi įtakos GMP iškvietimų skaičiui, reikšmingos įtakos neturi tik pacientų pasitenkinimas registravimosi pas gydytoją patogumu.

PASIŪLYMAI

1. Siekiant, kad GMP darbo organizavimas būtų efektyvesnis, Sveikatos apsaugos ministerijai:

- parengti GMP organizavimo modelį, kuris nustatytų ar gydyti pacientą namuose, ar transportuoti pacientą į stacionarinę gydymo įstaigą ir šio modelio taikymo apimtis;
- parengti ir patvirtinti šalies mastu iškvietimų indikacijas, kuriomis vadovaujantis būtų priimami ir atrenkami GMP iškvietimai;
- nustatyti GMP paslaugų teikimo vertinimo kriterijus ir užtikrinti GMP iškvietimų atitikimo GMP iškvietimų kategorijoms stebėseną.

2. Siekiant, efektyvesnio PSDF biudžeto lėšų naudojimo, teikiant paslaugas, GMP iškvietimų kategorijų neatitinkančių iškvietimų atvejais, GMP paslaugas ar jų dalį turėtų apmokėti patys pacientai. Todėl ASPI rekomenduojama nustatyti ir įvesti mokestį už iškvietimus, kurie nėra priskiriami GMP aptarnaujamų iškvietimų kategorijoms.

3. Vienu problemos sprendimo būdų galima būtų įvardinti - daugiau dėmesio skirti pacientų konsultavimui. Pakonsultavus GMP dispečeriui ir įvertinus iškvietimo atitikimą būtiniosios pagalbos teikimui, būtų galima atsakyti dalį iškvietimų ir peradresuoti šeimos gydytojui. Tai galėtų sumažinti ne tik iškvietimų skaičių, bet ir lėšų sunaudojimą, tuo pačiu padidinant GMP darbo efektyvumą.

4. Siekiant geresnės GMP kokybės ir didesnio darbo efektyvumo, parengti kvalifikuotus GMP dispečerius- operatorius, galinčius atrinkti pacientus, kuriems nebūtina teikti būtiniosios pagalbos. Tai leistų efektyviau planuoti ir valdyti GMP iškvietimų poreikį bei mastą.

5. Siekiant didinti GMP darbo efektyvumą, ASPI daugiau lėšų skirti aprūpinimui specialistais, jų kvalifikacijai kelti ir įgūdžiams tobulinti.

6. Vykdyti visuomenės informavimą, kokiais atvejais GMP vyksta į iškvietimus, o kada reikia kreiptis į šeimos gydytoją.

7. Daugiau dėmesio skirti visuomenės švietimui propaguojant sveiką gyvenseną, skatinant savirupą ir atsakomybę savo sveikata.

LITERATŪRA

Teisės ir kiti normatyviniai aktai:

1. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, *Valstybės žinios*, 1996, Nr. 66-1572; 1998, Nr. 109-2995.
2. Respublikos Seimo Sveikatos reikalų komiteto 2014 m. spalio 15 d. sprendimas Nr. 111-S-28 „Dėl greitosios medicinos pagalbos paslaugų“, prieiga per internetą <<http://www3.lrs.lt/docs2/GWGDUVVA.DOC>>, (žiūrėta 2015 01 03).
3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V- 1013 “Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 “Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“, prieiga per internetą <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=268928&p_query=>>, (žiūrėta 2015 01 24).
4. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 16 d. įsakymas Nr. V- 1075 “Dėl greitosios medicinos pagalbos iškvietimų įvertinimo ir greitosios medicinos pagalbos brigados siuntimo į iškvietimo vietą tvarkos aprašo patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2010, Nr. 152-7756.
5. Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gegužės 3 d. įsakymas Nr. V-435 „Dėl Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2002 m. liepos 1 d. įsakymo Nr. 324 “Dėl greitosios medicinos pagalbos koncepcijos patvirtinimo“ pakeitimo“, prieiga per internetą <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=398470&p_tr2=2>>, (žiūrėta 2014 11 27).
6. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2012 m. lapkričio 7 d. įsakymas Nr. V– 996 “Dėl laikino greitosios medicinos pagalbos dispečerinių tarnybų veiklos aprašo patvirtinimo”, *Valstybės žinios*, 2012, Nr. 131–6618.
7. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V- 1026 „Dėl slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų patvirtinimo“ pakeitimo“, *Valstybės žinios*, 2007, Nr. 137-5626.
8. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. lapkričio 6 d. įsakymas Nr. V-895 “ Dėl greitosios medicinos paslaugų teikimo reikalų patvirtinimo”, *Valstybės žinios*, 2007, Nr. 115-4713, 2010, Nr. 96-5002, prieiga per internetą <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=308382>>, žiūrėta (2015 01 02).

Moksliniai šaltiniai:

9. Al-Shaqsi, S., Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems, *Oman Medical Journal*, Nr. 3(2), 2010, p. 320-323, prieiga per internetą<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3191661/>>, (žiūrėta 2014 11 24).
10. Al- Khalil, A., Mahmoud, A. B., The Role of Demographics in Patients' Perceptions towards the Quality of Health Care Services Provided at Public Hospitals in Damascus. *European Journal Of Economics, Finance and Administrative Sciences*, Nr. 48, 2012, p. 113-121.
11. Anthony, D. R., Promoting emergency medical care systems in the developing world: weighing the costs, *Global Public Health*. Nr. 6(8), 2011, p. 906–913.
12. Bahador, M., Care model factors of pre-hospital emergency services in Iran, *Journal of Gealth Policy ant Sustainable Health*, Vol, Nr. 1, 2014, p. 27-31.
13. Bahman, S. R., International comparison of perhospital trauma care systems, *Journal of the care of the Injured*, Nr. 38, 2007, p. 993-1000.
14. Boswell, E., et al., A study of professional nurses' Perceptions of patients education, *Journal for nurses in staff development*, Nr. 6(5), 1990, p. 233-239.
15. Brogienė, D., *Paciento teisės į kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą ir žalos sveikatai atlyginimą*, daktaro disertacija, Vinius, Vilniaus universitetas, 2010.
16. Bubnienė, D., Ruževičius, J., Kokybės valdymo sveikatos priežiūros institucijose ypatumai, *Verslo ir teisės aktualijos*, Vol. 5, 2010, p. 22-40.
17. Cameron, C., Patient compliance: recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens, *Journal of advanced nursing*, Nr. 24(2), 1996, p. 244-250.
18. Chadha, S. K., Gagandeep, Empowering quality management systems through supply chain management integration: a survey of select hospitals in Chandigarh, Mohali and Panchkula, *The IUP Journal of Supply Chain Management*, Vol. 10, No. 2, p., 2013, 44 -53, prieiga per internetą: <http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2345237>, žiūrėta 2014 11 24).
19. Choudhry, N. K., et al., Trend in adherence to secondary prevention medications in elderly post-myocardial infarction patients, *Pharmacoepidemiology and drug safety*, Vol. 17, 2008, p. 1189-1196.
20. Chung, H. L., Dorocherty M., The Protective Function of Neighborhood Social Ties on Psychological Health, *American Journal of Health Behavior*, 2011, Vol. 35, No. 6, p. 785-796, prieiga per internetą: <<http://dx.doi.org/10.5993/AJHB.35.6.14>>, (žiūrėta 2014 10 10).
21. Curtis, R., Christian, R., *Integrated care: applying theory to practice*, New York: Routledge, 2012, 325 p.

22. Čipliesnė, M., Istomina, N., Slaugos intensyvumo skalės naudojimas tobulinant slaugos kokybės valdymą. *Sveikatos mokslai*, 1 (48), 2007, 643-49.
23. Daukšienė, J, Kodėl pacientai nepaiso gydymo rekomendacijų?, *Gydymo menas*, Nr. 02(172), 2010, p. 29-31.
24. Domeikienė, A., Paciento integravimas į gydymo procesą- visuomenės problema, *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*, Nr. 7-8, 2008, p. 552-554.
25. Faeh D., et al., Clustering of smoking, alcohol drinking and cannabis use in adolescents in a rapidly developing country, *BMC Public Health*, Nr. 6, 2006, p. 169-176.
26. Feinstein, A. R., Is “quality of care” being mislabeled or mismeasured?, *American journal of medicine*, Nr. 12, 2002, p. 652-654.
27. Fleischmann, T., Fulde G. Emergency medicine in modern Europe, *Emergency Medicine Australasia*, Nr. 19(4), 2007, p. 300-302.
28. Gladys, B. M., *World health report 2002: reducing risk, promoting healthy life*, Geneva: World health organization, 2002, 250 p.
29. Grabauskas, V., Valius, L., *Visuomenės sveikatos mokslas ir studijos: atsakas į laikmečio iššūkius, 2004*, Kaunas: Kauno medicinos universiteto leidykla.
30. Grabauskas V., et al., The patient role in decision-making in Lithuanian health care, *Medicina*, Nr. 11, 2004; p. 1109-1116.
31. Grabauskas, V., *Health policy development in Lithuania. In: Exploring health policy development in Europe. European center for Health Policy*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, Nr. 86, 2000, p. 82-93.
32. Gudžinskienė, V., *Mokymas sveikai gyventi: teoriniai ir praktiniai aspektai*, Vilnius: Vilniaus pedagoginis universitetas, 2007, 118 p.
33. Jankauskienė D. Sveikatos politikos vertybės ir iššūkiai artimiausiame dešimtmetyje, *Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai*. MRU, 2011, p. 7-26. Prieiga per internetą: http://www.mruni.eu/en/mokslo_darbai/spv/archyvas/dwn.php?id=299720, (žiūrėta 2014 11 04).
34. Jankauskienė, D., Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo pacientų požiūriu palyginimas Lietuvoje ir kai kuriose Europos šalyse, *Sveikatos politika ir valdymas*, 1 (4), 2012, p. 84-101, prieiga per internetą: <https://www3.mruni.eu/ojs/health-policy-and-management/article/download/281/272+&cd=1&hl=lt&ct=clnk&gl=lt>, (žiūrėta 2014 11 24).
35. Janušonis, V., Popovienė J. *Kokybės sistemos: kūrimas ir valdymas sveikatos apsaugos organizacijose: monografija*, 2004, Klaipėda: S. Jokužio leidykla- spaustuvė, 270 p.

36. Janušonis, V., Sveikatos priežiūros reformos: teoriniai požiūriai ir praktiniai aspektai. *Sveikatos mokslai*, 2011, 21 (4), 5-11.
37. Jurgelėnas, A., et al., Visuomenės sveikatos plėtros integruotas tyrimas, *Sveikatos mokslai*, Nr. 3 (34), 2004, p. 21-24.
38. Jurgelėnas, A., et al., Sveikatos socialinio saito kokybinis vertinimas, *Gerontologija*, Nr. 12(2), 2011, p. 104-109.
39. Juozulynas, A., et al., Socialiniai, ekonominiai veiksniai ir gyvenimo kokybė, *Sveikatos mokslai*, Nr. 3, 2008, p. 1590-1594.
40. Juozulynas, A., et al., Healthy lifestyle peculiarity of older people, *Sveikatos mokslai*, Nr. 5 (20), 2010, p. 3519-3623.
41. Juozulynas A., et al., Penkių Europos šalių pagyvenusių žmonių sveikatos resursai ir pastangos juos didinti, *Sveikatos mokslai*, Nr. 2 (21), 2011, p. 5-10.
42. Juozulynas, V., et al., Vilniaus miesto gyventojų gyvenimo ypatumų tyrimai. *Sveikatos mokslai*, 1 (22), 2012, p. 49–54.
43. Juškelienė, V., *Visuomenės sveikatos įvadas: sveikatos samprata, sveikatos rizikos ir palaikantys veiksniai*, Vilnius: Vilniaus pedagoginis universitetas, 2007, 49 p.
44. Kairys, J., *Opinion of patients and medical community on health care services in Lithuania*. (Review of research works submitted for habilitation procedure, Vilnius university faculty of Medicine institute of Public Health), Vilnius: Vilniaus universitetas, 2009, prieiga per internetą: <http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2009~D_20090408_085333-95799/DS.005.0.01.ETD>, (žiūrėta 2014 11 25).
45. Kardelis, K., *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*, 2005, Šiauliai: Lucilijus.
46. Kosinskienė, A., Ruževičius J., Kokybės vadybos priemonių poveikis sveikatos priežiūros įstaigų veiklos veiksmingumui, *Visuomenės sveikata*, Nr. 1 (52), 2011, p. 13-29, prieiga per internetą: <[http://www.hi.lt/images/Sveik_1\(52\)_Ruzevicius_M.pdf](http://www.hi.lt/images/Sveik_1(52)_Ruzevicius_M.pdf)>, (žiūrėta 2014 11 24).
47. Kriukelytė, D., Tamošiūnienė R., Slaugytojų požiūris į pacientų apmokymą, *Sveikatos mokslai*, Nr. 4, 2002, p. 46-50.
48. Kudukytė- Gasperė, R., Jankauskienė, D., Integruotos sveikatos priežiūros paslaugos – į žmonių poreikius orientuotos sveikatos priežiūros sistemos skatinimas Europos regione, *Sveikatos politika ir valdymas*, 2014, 2(7) p. 113-133.
49. Lagūnaitė, R., Zaborskis, A., Ar vaikų mitybos gerinimo programos yra veiksmingos: sisteminė straipsnių apžvalga, *Visuomenės sveikata*, Nr. 4(55), 2011, p. 18-30.

50. Larson, I., et al., Patients' perceptions of drug information given by a rheumatology nurse: a phenomenographic study, *Musculoskeletal care*, Nr. 8(1), 2010, p. 36-45.
51. Legido- Quigley, H., et al., *Assuring the quality of health care in the European Union*, Copenhagen: Europe and European Observatory on Health Systems and Policies, 2008, 241p.
52. Leskauskienė, T., (red.), *Būtinioji medicinos pagalba ir intensyvioji slauga*, Klaipėda: Klaipėdos valstybinė kolegija, 2011, 294 p.
53. Lyseniuk, V.P., Symonenko H. H., Principles of post stroke rehabilitation, *Likars'ka Sprava*, Ministerstvo Okhorony Zdorov'ia Ukrainy, 2012, Vol. 7, p. 144-6.
54. Mikulis, J., *Pažangūs vadybos principai. Visuotinė kokybės vadyba: mokomoji knyga*, Vilnius: Ciklonas, 2007, 146 p.
55. Mikutavičienė, I., *Ugdymo mokslo pasiekimai modernioje slaugos praktikoje*, 2008, Kaunas: Vitea Litera.
56. Mosadeghrad, A. M. A., conceptual framework for quality of care, *Mat Soc Med.*, London, Vol. 24(4), 2012, p. 251- 261, prieiga per internetą: <<http://www.scopemed.org/fulltextpdf.php?mno=28020>>, (žiūrėta 2014 10 24).
57. Munro, S., et al., A review of health behavior theories: how useful are these for developing interventions to promote long term medication adherence for TB and HIV/AIDS?, *BMC public health*, Nr. 7(104), 2007, p. 1-16.
58. Ovretveit, J., Improving the quality of health services in developing countries: lessons for the west, *Quality and safety in health care*, Nr. 11, 2003, p. 301-302.
59. Peičius, E., *Lietuvos gyventojų dalyvavimo galimybės priimant sveikatos priežiūros sprendimus*, daktaro disertacija, Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2005.
60. Petronytė, G., et al., Jaunimo alkoholinių gėrimų rizikos veiksniai ir prevencijos programos kryptys, *Medicina*, Nr. 43(2), 2007, p. 103-109.
61. Proškuvienė, R., *Sveikatos ugdymo įvadas*, 2004, Vilnius: Vilniaus pedagoginis universitetas, 48 p.
62. Pukėnas K., *Kokybinių duomenų analizė SPSS programa*, Kaunas: LKKA, 2009, 93 p.
63. Ruževičius, J., *Kokybės vadybos metodai ir modeliai*, 2007, Vilnius: Vilniaus universitetas, 316 p.
64. Savičiūtė, R., *Sveikatos ir socialinių veiksnių tyrimas*, daktaro disertacija, Vilnius: Vilniaus universitetas, 2013.
65. Schroeder, K., et al., How can we improve adherence to blood pressure lowering medication: systematic review of randomized controlled trials, *Archives of internal medicine*, Nr. 164, 2007, p. 133-144.

66. Senic, V., Marinkovic V., Patient care, satisfaction and service quality in health care, *International journal of consumer studies*, Nr. 37(3), 2013, p. 312-319.
67. Sondaitė, J., Bukartienė, L., Chirurginių pacientų mokymo poreikio įvertinimas, *Sveikatos mokslai*, Vol. 22, N. 3, 2012, p. 155-158
68. Stašys R., Virketis, G., Konceptualūs skubiosios medicinos pagalbos valdymo modeliai, *Management Theory and Studies for Rural Business and Infrastructure Development, Scientific Journal*, 2014. Vol. 36. No. 3., p. 64-652.
69. Štaras, K. ir kt., Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybės prieinamumo ir priimtino vertinimas ir analizė, *Sveikatos mokslai: visuomenės sveikata*, Vol.23, No. 4, 2013, p. 27-33, prieiga per internetą: <<http://sm-hs.eu/index.php/smhs/article/download/sm-hs.2013.088/803>>, (žiūrėta 2014 11 24).
70. Šokelienė, V., Adomavičienė, G., Šiaurietiško ėjimo poveikis vyresnio amžiaus žmonių gyvenimo kokybei, 2011, *Sveikatos mokslai*, Vol. 21, N. 5, p. 5-11.
71. Šveikauskas, V., *Sveikatos edukologija*, Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2008, 432 p.
72. Tidikis, R., *Socialinių mokslų tyrimų metodologija*. 2003, Vilnius: LTU.
73. Zaborskis, A., et al., Trend in eating habits among Lithuanian school-aged children in context of social inequality: three cross-sectional surveys 2002, 2006 and 2010, *BMC public health*, January 19, 2012, p. 12-52.
74. Zaborskis, A., Buivydienė J., Lietuvos gyventojų sveikatos pokyčių prognozė nuo vaikystės išvengus lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių: modeliavimo su PREVENT rezultatai, *Visuomenės sveikata*, Nr. 1(56), 2012, p. 22-33.
75. Zagurskienė, D., Misevičienė I., *Slaugos mokslas: pacientų ir slaugytojų nuomonė apie sveikatos mokymą ir slaugytojų dalyvavimą šiame procese palyginimas*, Kaunas: Medicina, 2008, p. 885-892.
76. Zgodavova, K., Colesca S. E. Quality management principles – an approach in healthcare institutions, *Management & marketing: Academy of economic studies. Bucharest*, Vol. 5, No. 1, 2007, p. 31- 38, prieiga per internetą: <<http://www.mnmk.ro/documents/2007/2007-3.pdf>>, (žiūrėta 2014 11 24).
77. Van Dulmen, S., et al., Patient adherence to medical treatment: a review of reviews, *Health services research*, Vol. 7, Nr. 7, 2007, p. 1-55.
78. Vermeire, E. I. J. J., et al., Interventions for improving adherence to treatment recommendations in people with type 2 diabetes mellitus, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, p. 1-47.
79. Wolfgang, F., Dick M.D. Anglo- American vs. Franco- German emergency medical services system, *Prehospital ant Disaster Medicine*, Nr. 18(1), 2003, p. 29-37.

Kiti šaltiniai:

80. Emergency medical services: agenda for the future, 2010, prieiga per internetą <http://www.ems.gov/pdf/2010/EMSAgendaWeb_7-06-10.pdf>, (žiūrėta 2015 01 10).
81. European Commission, Taking forward the strategic Implementation Plan of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. Communication from the Commission to the European Parliament and Council, Brussels, 2012, 106 p., prieiga per internetą <http://ec.europa.eu/health/ageing/docs/com_2012_83_en.pdf>, (žiūrėta 2015 01 25).
82. Goštautaitė, B., et al., Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų pasitenkinimo teikiama paslaugų kokybe bei prieinamumu analizė (I dalis): Sveikatos apsaugos ministerijos užsakymu UAB „Socialinės informacijos centras“, UAB „Europos tyrimai“, 2011, prieiga per internetą: <http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/ESFproduktai/2012_pacientu_ir_sveikatos_prieziuros_paslaugu_teikeju_pasitenkinimo_teikiamomis_paslaugomis_analize_1.pdf>, (žiūrėta 2014 11 10).
83. Lietuvos statistikos departamentas. Rodiklių duomenų bazė, prieiga per internetą: <<http://osp.stat.gov.lt/web/guest/statistiniu-rodikliu-analize1>>, (žiūrėta 2014 10 24).
84. National Primary Care Research and Development Centre, University of Manchester, What influences people to self care?, 2009, 44 p., prieiga per internetą <http://www.population-health.manchester.ac.uk/primarycare/npcrdc-archive/Publications/WHAT_INFLUENCES_PEOPLE_TO_SELF_CARE_MARCH_2009.pdf>, (žiūrėta 2014 12 05).
85. Report Ambulance care in Europe, Ambulancezorg Nederland, 2010, prieiga per internetą <<http://www.eena.org/uploads/gallery/files/pdf/report-ambulancecare-in-europe-jan-2010%20%281%29.pdf>>, (žiūrėta 2015 01 09).
86. Pasaulio sveikatos organizacija, Sveikata 21: Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione, Vilnius: LR sveikatos apsaugos ministerija, 1998, 118 p.
87. Department of Health, Taking healthcare to the patient. Transforming NHS Ambulance Services, 2005, prieiga per internetą <<http://ircp.info/Portals/11/Future/NHS%20EMS%20Policy%20Recommendation2005.pdf>>, (žiūrėta 2015 01 09).
88. VšĮ Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos 2013 metų veiklos ataskaita, prieiga per internetą <<http://www.prsp.lt/lt/>>, (žiūrėta 2015 02 18).
89. VšĮ Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos interneto svetainės informacija, prieiga per internetą <<http://www.prsp.lt/lt/>>, (žiūrėta 2015 02 18).

90. World Health Organization, Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for action, 2003, 209 p., prieiga per internetą, <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>>, (žiūrėta 2014 11 24).
91. World Health Organization. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems, 2006, 50 p. prieiga per internetą:
<http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf>, (žiūrėta 2014 11 24).
92. World Health Organization, Emergency Medical Services Systems in the European Union, 2008, 96 p., prieiga per internetą, <<https://ec.europa.eu/digital-agenda/sites/digital-agenda/files/WHO.pdf>>, (žiūrėta 2014 11 24).
93. World Health Organization, Regional Office for Europe, How can health systems respond to population ageing? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009, 43 p., prieiga per internetą:
<http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/64966/E92560.pdf>, (žiūrėta 2014 11 24).

Gaigalaitė J. (2015). „Savirūpos poveikis Panevėžio rajono greitosios medicinos pagalbos darbo efektyvumui“/Sveikatos apsaugos įstaigų administravimo magistro baigiamasis darbas. Vadovas prof. dr. Birutė Mikulskienė– Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, Vadybos institutas, 95 p.

ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe analizuojama pacientų savirūpos įtaka VšĮ Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos GMP skyriaus darbo efektyvumui bei pateiktos rekomendacijos, kokiais būdais galima sumažinti būtinosios pagalbos kategorijų neatitinkančių GMP iškvietimų skaičių, kad būtų pasiektas didesnis GMP darbo efektyvumas. Pirmojoje darbo dalyje teoriniu aspektu aptarta sveikatos samprata ir ją lemiantys veiksniai, savirūpos samprata, pacientų pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugų kokybe, efektyvumo samprata ir svarba sveikatos priežiūroje, pagrindiniai greitosios medicinos pagalbos darbo organizavimo ir paslaugų teikimo principai. Antroje darbo dalyje pateikiamas tirtos sveikatos priežiūros įstaigos aprašas, pagrindžiami tyrimo metodai bei instrumentas, paaiškinamas imties pasirinkimo būdas, apibūdinama tyrimo eiga, nurodomas tyrimo patikimumo laipsnis. Trečioje darbo dalyje analizuojami ir lyginami tyrimo metu gauti duomenys, pateikiamos tyrimo išvados bei rekomendacinio pobūdžio pasiūlymai.

Pagrindiniai žodžiai: sveikata, savirūpa, pacientų pasitenkinimas, efektyvumas.

Gaigalaitė J. (2015). „Self-care influence to the efficiency of Panevėžys District Emergency Medical Service“ / Final thesis of Master Degree in Health Care Institutions Management. Supervisor Prof. Dr. Birutė Mikulskienė- Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Politics and Management, Institute of Management, 95 pages.

ANNOTATION

Patients' self-healthcare influence to PEI Panevėžys District Municipality Polyclinics Emergency Medical Service Department work efficiency is analysed in the final thesis of Master Degree, recommendations how to reduce the number of emergency service calls that do not meet the emergency medical service criteria and to attain the greater emergency medical service efficiency are given. In the first part theoretical aspect of health concept and its determinant factors are discussed as well as the concept of self-care, patients' satisfaction about health care service quality, efficiency concept and its relevance in health care, emergency medical service organization and supply principles. In the second part the interested health care institution description is present, research methods and instruments are substantiated, sample choice method is explained, survey process and survey reliability level are described. The data obtained during the research are compared and analysed in the third part. Conclusions, proposals and recommendations are submitted.

Key words: health, self-care, patient satisfaction, efficiency.

Gaigalaitė J. (2015). „Savirūpos poveikis Panevėžio rajono greitosios medicinos pagalbos darbo efektyvumui“/Sveikatos apsaugos įstaigų administravimo magistro baigiamasis darbas. Vadovas prof. dr. Birutė Mikulskienė– Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, Vadybos institutas, 95 p.

SANTRAUKA

Šio magistro baigiamojo darbo tema yra aktuali, nes greitosios medicinos pagalbos iškvietimų skaičius kasmet didėja ir svarbiausios to priežastys yra: mažėjantis jauno ir darbingo amžiaus žmonių dėl emigracijos ir proporcingai didėjantis vyresnio amžiaus žmonių skaičius, savirūpa savo sveikata ir gyvenimo būdas. Darbo naujumas: nors daugelyje Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų buvo atlikti tyrimai, siekiant įvertinti pacientų nuomonę apie teikiamas medicinos, iš jų ir greitosios medicinos pagalbos paslaugas, tačiau kaip jas įtakoja pacientų rūpinimasis savo sveikata, atliekamas pirmą kartą. Šiuo darbu bandoma išsiaiškinti priežastis, kurios turi įtakos greitosios medicinos pagalbos darbo efektyvumui.

Tyrimo problema pateikiama teiginiu - kadangi GMP paslaugas daugiau nei puse atvejų per mėnesį Panevėžio rajone suteikia ne dėl būtinosios pagalbos, tai rodo, kad pacientai netiksliai suvokia GMP esmę ir nepakankamai rūpinasi savo sveikata, o tai mažina GMP darbo efektyvumą. Tyrimo objektas yra pacientų savirūpos poveikis ir įtaka VŠĮ Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos GMP skyriaus darbo efektyvumui. Tyrimo tikslas - įvertinti pacientų savirūpos poveikį GMP darbo efektyvumui. Darbe formuluojami penki uždaviniai: 1. Remiantis moksline literatūra, atskleisti sveikatos ir savirūpos sampratos bei greitosios medicinos pagalbos darbo organizavimo ir paslaugų teikimo teorinius aspektus. 2. Įvertinti pacientų savirūpą savo sveikata ir kokia įtaką ji daro GMP darbo efektyvumui. 3. Išsiaiškinti priežastis, kurios daro įtaką didėjančiam greitosios medicinos pagalbos paslaugos suteikimo skaičiui. 4. Palyginti pacientų pasitenkinimą pirminės sveikatos priežiūros specialistų ir greitosios medicinos pagalbos paslaugomis. 5. Pateikti rekomendacijas ir numatyti priemones, kurių reikėtų imtis siekiant padidinti pacientų savirūpą savo sveikata. Tyrimas atliktas naudojantis šiais metodais: mokslinės literatūros analizė, teisės aktų ir dokumentų analizė, anketinės apklausos metodas, statistinė duomenų analizė.

Darbo rezultatai: apklaustas 396 pacientai, besikreipę į Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos GMP skyrių. Išsiaiškintas apklaustųjų požiūris į savo sveikatą ir savirūpą, sužinota pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę. Apklausti 4 ekspertai (dvi skubios medicinos pagalbos specialistės ir dvi medicinos felčerės) - VŠĮ Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos GMP skyriaus sveikatos priežiūros specialistės. Sužinotas iškvietimų ekspertų požiūrių vertinimas.

Tyrimo rezultatai parodė, kad GMP paslaugų teiktų ne dėl būtinosios pagalbos skaičius ir pacientų rūpinimasis savo sveikata yra priklausomi - dauguma tokių iškvietimų atvejų vykta pas pacientus, kurie neturi sveikos gyvensenos įpročių ar mažai rūpinasi savo sveikata. Remiantis tyrimo rezultatais galima daryti išvadą, kad pacientų neatsakingas požiūris į savo sveikatą ir nepakankama savirūpa sąlygoja didėjančią aptarnaujamų greitosios medicinos pagalbos iškvietimų skaičių, dėl ko greitoji medicinos pagalba VŠĮ Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos GMP skyriuje organizuojama nepakankamai efektyviai, nes daugiau nei puse iškvietimų neatitinka greitosios medicinos pagalbos kategorijų.

Magistro baigiamąjį darbą sudaro trys dalys. Pirmoje - teorinėje dalyje analizuojama mokslinė literatūra, teisės aktai ir dokumentai. Antroje dalyje pateikiama tyrimo metodologija, kiekybinio tyrimo aprašomoji dalis. Trečioje darbo dalyje pateikiami empirinio tyrimo rezultatai.

Gaigalaitė J. (2015). „Self-care influence to the efficiency of Panevėžys District Emergency Medical Service“ / Final thesis of Master Degree in Health Care Institutions Management. Supervisor Prof. Dr. Birutė Mikulskienė- Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Politics and Management, Institute of Management, 95 pages.

SUMMARY

The topic of the present final thesis of Master Degree is relevant because of the annual increase of number of calls to the Emergency Medical Service. The main reasons of this are the following: decrease of young and working-age population due to emigration, proportional increase of older people, care about the own health and lifestyle. Novelty of the thesis: even though many studies assessing the patients' opinion about medical service and emergency medical service in Lithuania were conducted in different local health care institutions, but the study of self-healthcare effect on medical services was carried out for the first time. The present work attempts to find out the reasons that affect the efficiency of the emergency medical service.

The research problem is provided as the statement – more than a half of emergency medical services in Panevėžys district per month are not urgent, therefore patients do not recognize the essence of the emergency medical service and their self-healthcare is insufficient. Consequently emergency medical service efficiency diminishes. The research object is patients' self-care effect and impact to PEI Panevėžys District Municipality Polyclinics Emergency Medical Service Department work. The research objective is to assess patients' self-care influence to emergency medical service efficiency. The following five tasks are formulated: 1. To explain theoretical aspects of health and self-care concept, emergency medical service organization and provision. 2. To assess patients' self-healthcare and its influence to emergency medical service efficiency. 3. To figure out the causes affecting the growth of emergency medical services supply. 4. To compare patients' satisfaction about the work quality of the primary health care specialists and emergency medical services. 5. To provide recommendations and to foresee measures to be taken in order to improve patients self-healthcare. The research was carried out using the following methods: scientific literature analysis, laws and documents analysis, questionnaire survey, statistical data analysis.

Research results: 396 patients who applied to Panevėžys District Municipality Polyclinics Emergency Medical Service Department were interviewed. Respondents' approach to their health and self-healthcare was ascertained as well as patients' opinion about access to health care facilities and service quality was learned. Four experts – PEI Panevėžys District Municipality Polyclinics Emergency Medical Service Department health care specialists – were interviewed. Experts' point of view on emergency calls evaluation was found out.

Research results showed that emergency medical services provided in case of ordinary necessity and patients' self-healthcare are correlated – the major part of emergency calls are from patients without healthy lifestyle habits or who care little about their health. According to the research results conclusion can be drawn: patients' irresponsible approach to their health and self-care leads to increasing number of emergency medical service calls, consequently emergency medical service at Panevėžys District Municipality Polyclinics Emergency Medical Service Department is inefficiently organized as more than a half of calls do not meet emergency medical service category.

The present thesis of Master Degree consists of three parts. In the first theoretic part scientific literature, laws and documents are analysed. The second part contains the research methodology and descriptive quantitative research part. In the third part empirical research results are present.

PRIEDAI

1 PRIEDAS

Gerbiamas paciente,

Viešoji įstaiga (toliau- VŠĮ) Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika (toliau- PRSP) ir jai priklausantis greitosios medicinos pagalbos (toliau- GMP) skyrius siekia teikti kuo geresnes medicinos paslaugas. Siekiant užtikrinti GMP aptarnavimo kokybę bei efektyvumą, norime sužinoti kaip Jūs vertinate GMP teikiamas paslaugas, savo sveikatos būklę, bei kaip ja rūpinatės. Jūsų nuomonė labai svarbi, nes įstaigos pagrindinis uždavinys- organizuoti ir teikti kvalifikuotas bei kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas.

Šią apklausą vykdo Mykolo Romerio universiteto politikos ir vadybos fakulteto magistrantė.

Į visus klausimus yra duoti galimų atsakymų variantai. Atsakydami į klausinius, kvadratėlį šalia pasirinkto atsakymo varianto užtušuokite rašikliu (pvz.: ■). Garantuojame Jūsų anketos anonimiškumą.

1. Lytis:

- vyras
- moteris

2. Amžius:

- 18-24
- 25-34
- 35-44
- 45-54
- 55-64
- 65-74
- 75-84
- 85 ir daugiau

3. Išsilavinimas:

- nebaigtas vidurinis
- vidurinis
- specialusis vidurinis išsilavinimas
- aukštesnysis
- aukštasis

4. Šeiminė padėtis:

- vedęs/ištekėjusi
- nevedęs/netekėjusi
- išsiskyręs/išsiskyrusi
- našlys/našlė

5. Socialinė-profesinė padėtis:

- dirbate
- nedirbate
- studentas/-ė, moksleivis/-ė
- pensininkas/-ė

6. Kokios Jūsų gyvenimo sąlygos:

- labai geros
- geros
- vidutiniškos
- blogos
- labai blogos

7. Jūsų praėjusio mėnesio pajamos vienam šeimos nariui:

- mažiau nei 500lt.
- 500-1000lt.
- 1000-1500lt.
- daugiau nei 1500lt.
- nenoriu nurodyti

8. Kaip dažnai vartojate alkoholinius gėrimus:

- nevartoju
- kiekvieną dieną
- keletą kartų per savaitę
- keletą kartų per mėnesį
- keletą kartų per metus
- nenoriu nurodyti

9. Kaip dažnai rūkote:

- nerūkau
- kiekvieną dieną
- keletą kartų per savaitę
- keletą kartų per mėnesį
- keletą kartų per metus
- nenoriu nurodyti

10. Kaip manote, ar Jūs sveikai maitinatės?

- taip

- ne
- nežinau

11. Kaip manote, ar esate pakankamai fiziškai aktyvus?

- taip
- ne
- nežinau

12. Ar profilaktiškai tikrinatės sveikatą?

- taip
- ne

13. Kaip dažnai šeimos gydytojas ir/ ar slaugytojas su Jumis kalbasi profilaktikos tema (apie sveikos mitybos, fizinio aktyvumo, žalingų įpročių atsisakymo naudą):

- kiekvieno apsilankymo metu
- retai
- niekada

14. Ar laikotės šeimos gydytojo ir/ ar slaugytojo skiriamų rekomendacijų sveikatai išsaugoti ir jai stiprinti?

- taip
- ne
- kartais

15. Ar Jūsų gyvenimo būdui turi įtakos šeimos gydytojo ir/ ar slaugytojo patarimai?

- taip
- ne
- nežinau

16. Ar sergate lėtinėmis ligomis?

- taip
- ne

17. Ar reguliariai vartojate šeimos gydytojo paskiriamus vaistinius preparatus?

- taip
- nevartoju, nes niekada nebuvo paskirti
- nevartoju, nes pamirštu
- nevartoju, nes vaistai brangiai kainuoja
- man jie nereikalingi, nes retai pasijuntu prastai

18. Kiek laiko prastai jaučiatės?

- trumpiau negu 30 min.
- 30 min.- 1 val.
- 1 val.- 12 val.
- daugiau negu 24 val.
- apie savaitę
- apie mėnesį
- mėnesį ir ilgiau

19. Ligą, dėl kurios kvietėte GMP vertinate kaip:

- ūminę
- lėtinę
- paūmėjusią lėtinę
- nežinau

20. Ar dėl šių nusiskundimų lankėtės pas šeimos gydytoją?

- taip
- ne

21. Paskutinį kartą pas šeimos gydytoją lankėtės:

- pastarąją savaitę
- pastarąjį mėnesį
- per pastaruosius 6 mėn.
- per pastaruosius 12 mėn.
- nepamenu

22. Ar pirmą kartą pajutote šiuo metu esamus negalavimus?

- taip
- ne

23. Kaip vertinate registravimosi pas šeimos gydytoją patogumą?

- labai gerai
- gerai
- vidutiniškai
- blogai

24. Kaip vertinate GMP iškvietimo patogumą?

- labai gerai
- gerai
- vidutiniškai
- blogai

25. Kaip vertinate šeimos gydytojo profesionalumą konsultacijos metu, lankantis jo kabinete?

- labai gerai
- gerai
- vidutiniškai
- blogai

26. Kaip vertinate GMP darbuotojų profesionalumą iškvietimo metu?

- labai gerai
- gerai
- vidutiniškai
- blogai

27. Kaip vertinate šeimos gydytojo bendravimą konsultacijos metu, lankantis jo kabinete?

- labai gerai
- gerai
- vidutiniškai
- blogai

28. Kaip vertinate GMP darbuotojų bendravimą iškvietimo metu?

- labai gerai
- gerai
- vidutiniškai
- blogai

29. Kaip vertinate VšĮ PRSP teikiamas paslaugas (kitų specialistų konsultacijos, tyrimų atlikimas)?

- labai gerai

- gerai
- vidutiniškai
- blogai

30. Kaip vertinate šio iškviatimo metu GMP darbuotojų suteiktą pagalbą?

- labai gerai
- gerai
- vidutiniškai
- blogai

31. Ar po GMP atvykimo ir pagalbos suteikimo kreipsitės pas šeimos gydytoją? (atsakyti nereikia, jei esate transportuojamas į VŠĮ RPL priėmimo - skubios pagalbos skyrių)

- taip
- ne
- nežinau

GREITOSIOS MEDICINOS PAGALBOS DARBUOTOJO SURINKTI DUOMENYS:

32. Dėl kokio sutrikimo kviesta GMP?

- endokrininės sistemos
- infekcinės ligos
- onkologinės ligos
- psichikos ir elgesio sutrikimo
- nervų sistemos
- kraujotakos sistemos
- kvėpavimo sistemos
- virškinimo sistemos
- jungiamojo audinio ir skeleto- raumenų sistemos

33. Paciento liga vertinama kaip:

- ūmi
- lėtinė
- paūmėjusi lėtinė
- sveikas

34. Ar pacientas transportuotas į gydymo įstaiga?

- transportuotas į VŠĮ RPL priėmimo- skubios pagalbos skyrių, nes pacientui būtinas skubus išsamesnis medicininis ištyrimas diagnostikai ir tolimesniam gydymui
- transportuotas, nes to kategoriškai reikalavo pats
- transportuotas, nes to kategoriškai reikalavo artimieji
- transportuotas į VŠĮ PRSP polikliniką
- atsisakė būti transportuojamas, nors pacientui būtinas skubus išsamesnis medicininis ištyrimas diagnostikai ir tolimesniam gydymui
- netransportuotas, nes paciento būklė nepriskiriama skubios medicinos pagalbos teikimo kategorijoms.

35. Ar šis kvietimas priskiriamas GMP aptarnaujamiems kvietimams?

- taip
- ne