

VISUOMENĖS SVEIKATA

Paciento medicininės konsultacijos lūkesčių priklausomumas nuo socialinių bei demografinių paciento charakteristikų

Eglė Žėbienė, Jonas Kairys, Ignas Zokas¹

Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas, ¹Socialinės analizės grupė

Raktažodžiai: bendroji praktika, pirminė sveikatos priežiūra, paciento lūkesčiai, medicininė konsultacija, bendravimo įgūdžiai.

Santrauka. Dauguma pacientų, besikreipiančių į pirminės sveikatos priežiūros įstaigas, atvyksta turėdami konkrečių lūkesčių. Šių lūkesčių įvertinimas – svarbus veiksnys formuojant paciento sveikatos priežiūrą. Nustatyta, kad paciento lūkesčiai priklauso ne tik nuo ligos pobūdžio, sunkumo, eigos, bet ir nuo socialinių bei demografinių paciento bei gydytojo charakteristikų.

Tyrimo tikslas. Įvertinti paciento socialinių, demografinių charakteristikų bei kai kurių paciento būklės vertinimo kriterijų įtaką pacientų medicininės konsultacijos lūkesčiams pirminėje sveikatos priežiūros grandyje.

Tyrimo metodas. Pacientų, kurie kreipiasi į pirminės sveikatos priežiūros įstaigas, apklausa iki gydytojo konsultacijos. Apklausai naudota tyrimo grupės parengta anoniminė anketa.

Rezultatai. Apklausoje dalyvavo 403 pacientai ir 162 gydytojai. Faktorinės analizės metu išskirtos trys lūkesčių grupės: biomedicininiai lūkesčiai, psichologinės paramos lūkesčiai bei paciento ir gydytojo bendradarbiavimo lūkesčiai. Tiriant lūkesčių priklausomybę nuo socialinių bei demografinių paciento charakteristikų, nustatyta statistiškai reikšmingų tik psichologinės paramos lūkesčių skirtumų pacientų grupėse. Pastebėta, kad su amžiumi psichologinės paramos poreikis didėja. Tiriant priklausomybę tarp pacientų lūkesčių faktorių ir paciento nuomonės apie savo ligą, dėl kurios jis šį kartą atvyko pas gydytoją, tik psichologinių lūkesčių grupėje nustatyta statistiškai reikšmingų skirtumų. Pacientų, vertinusių savo ligą kaip nesunkią, psichologinės paramos lūkesčių vidurkis buvo 3,4, vidutinio sunkumo – 3,5, savo ligą vertinusių kaip sunkią – 4,0 balo iš 5.

Išvados. Paciento psichologinės paramos poreikis priklauso nuo paciento amžiaus, šeimos padėties, savo sveikatos būklės vertinimo, apsilankymų pas gydytoją skaičiaus per metus ir ligos eigos. Tiriant pacientų lūkesčių priklausomumą nuo paciento lyties, išsimokslinimo, gydytojo lyties ar klinikinės praktikos tipo, statistiškai reikšmingų skirtumų tarp kriterijų nenustatyta. Nenustatyta pacientų lūkesčių, susijusių su biomedicininiais konsultacijos aspektais (tyrimais, siuntimais siauros srities specialisto konsultacijos, siuntimais gydytis stacionare) priklausomumo nuo nagrinėtų socialinių ar demografinių paciento charakteristikų bei savo sveikatos būklės vertinimo.

Įvadas

Sveikatos priežiūros sistemos orientacija į pacientą, jo poreikius pastaraisiais dešimtmečiais susilaukusi daug dėmesio daugelyje pasaulio šalių tampa vis svarbesne sveikatos reformos tendencija ir Lietuvoje. Paciento nuomonė apie jam teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas imta vertinti ne tik sveikatos priežiūros organizatorių, bet ir mokslininkų siekiant pateikti moksliniais tyrimais pagrįstas rekomendacijas sveika-

tos priežiūros paslaugų kokybei gerinti (1–4). Visuotinai pripažinta, kad būtent pacientas turi vertinti, ar sveikatos priežiūros sistema orientuota į jo poreikius (5), o paciento lūkesčių įgyvendinimas Pasaulio sveikatos organizacijos pripažintas vienu iš reikšmingų sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimo rodiklių (6). Todėl paciento prioritetų, lūkesčių įvertinimas tampa svarbiu žingsniu siekiant įgyvendinti paciento medicininės konsultacijos lūkesčius. Paciento lūkesčiai

svarbūs ne tik kaip jo nuomonė, jų įgyvendinimas turi įtakos paciento pasitenkinimui sveikatos priežiūros paslaugomis, gydymo režimo bei gydymo laikymuisi, bet ir gydymo rezultatams (7, 8). Nors Lietuvoje pastaraisiais metais vis daugiau dėmesio skiriama tam, kaip pacientas vertina teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas (1–3), o pirminės sveikatos priežiūros grandyje, kur pacientas lankosi dažniausiai, jo nuomone dar tik pradėta domėtis (4) vertinant bendrąsias tendencijas bei lūkesčių įgyvendinimo poveikį paciento pasitenkinimui sveikatos priežiūros paslaugomis. Socialinių bei demografinių paciento charakteristikų įtaka paciento lūkesčių struktūrai pirminėje sveikatos priežiūros grandyje Lietuvoje iki šiol tyrinėta mažai, nors, užsienio tyrėjų duomenimis, ji turi įtakos lūkesčių formavimuisi bei gydytojo ir paciento bendradarbiavimui (8, 10).

Šio tyrimo tikslas – įvertinti paciento socialinių, demografinių charakteristikų bei kai kurių paciento būklės vertinimo kriterijų įtaką pacientų medicininės konsultacijos lūkesčiams pirminėje sveikatos priežiūros grandyje.

Tirtųjų kontingentas ir tyrimo metodai

Apklausa vykdyta Lietuvos pirminės sveikatos priežiūros grandyje 2002 m. spalio–lapkričio mėnesiais. Atsitiktinės atrankos metodu pasirinktos sveikatos priežiūros įstaigos. Tyrimui naudotas kvotinės atrankos metodas pagal vietovės, medicinos praktikos tipo (valstybinė ar privati įstaiga) kriterijus. Kiekvienas pacientas, atvykęs pas savo gydytoją apklausos laikotarpiu, pasirinktas apklausos subjektu. Jo buvo prašoma užpildyti anoniminę anketą. Anketa parengta pagal paciento lūkesčių klausimyno dalies, kur pateikiami paciento demografiniai bei socialiniai duomenys, kai kurie bendrojo pobūdžio paciento sveikatos būklės vertinimo kriterijai.

Klausimyną parengė tyrėjai, remdamiesi ankstesnių apklausų duomenimis (4), taip pat užsienio tyrėjų gautais duomenimis bei jų sukurta metodika. Klausimyno pagrindą sudarė S. Williams ir kt. (7) apklausai naudotas klausimynas. Klausimynas adaptuotas ir koreguotas remiantis anksčiau atliktų tyrimų duomenimis (4, 7–9).

Anketos teiginiai parinkti taip, kad apibūdintų penkias pagrindines paciento ir gydytojo santykių bei konsultacijos sritis:

- Paciento lūkesčius, susijusius su biomedicininiais konsultacijos aspektais (ištyrimu, tyrimų paskyrimu, diagnozės nustatymu, gydymu).
- Paciento lūkesčius, susijusius su paciento sveikatos įvertinimu bei išsamiau jo paaiškinimu pacientui.
- Psichologinės paramos lūkesčius.

- Paciento medicininės informacijos, prevencinės bei švietimo veiklos poreikius.
- Tarpasmeninių paciento ir gydytojo santykių lūkesčius.

Kiekvienai pacientų lūkesčių grupei pateikiami teiginiai.

Biomedicininiai konsultacijos aspektai („norėčiau, kad gydytojas mane įdėmiai apžiūrėtų (ištyrėtų)“; „norėčiau, kad gydytojas išrašytų man vaistų“; „norėčiau, kad man būtų atlikti tyrimai, kuriais remiantis būtų galima nustatyti, kokių rado sveikatos sutrikimų“); supratimo bei paaiškinimo lūkesčiai („norėčiau, kad gydytojas suprastų mano problemą“; „norėčiau, kad gydytojas įvertintų mano nuomonę“; „norėčiau, kad gydytojas paaiškintų, ką reiškia ligos simptomai“); psichologinės paramos lūkesčiai („norėčiau, kad man suteiktų psichologinę pagalbą“; „norėčiau, kad gydytojas man paaiškintų mano psichologines problemas“); medicininės informacijos, prevencijos bei švietimo lūkesčiai („norėčiau, kad gydytojas man išaiškintų, kaip išlikti sveikam (dietą, pratimus)“; „norėčiau žinoti daugiau apie vaistus, kuriuos vartoju (ruošiuosi vartoti), kaip jie veikia, galimą šalutinį poveikį“; „norėčiau žinoti, kokia yra mano ligos eiga“); tarpasmeninių santykių lūkesčiai („norėčiau, kad galėčiau laisvai išsakyti savo problemas gydytojui“; „norėčiau, kad gydytojas parodytų susidomėjimą mano rūpesčiais“; „norėčiau, kad gydytojas vertintų mane kaip asmenybę, bet ne tik kaip pacientą“).

Vertinimui pacientas pasirinko vieną iš penkių galimų Likerto skalėje pateiktų atsakymų, t. y. nuo (1) „visiškai nesutinku“ iki (5) „visiškai sutinku“.

Į anketą įtraukti ir duomenys, apibūdinantys socialines ir demografinės paciento charakteristikas (amžių, lytį, šeimos padėtį, išsimokslinimą, savo sveikatos būklės vertinimą ir kt.).

Statistinė analizė

Statistinė analizė atlikta naudojant SPSS programą. Pasirinkus pagrindinių komponentų analizę (angl. *principal component analysis*), per pirmąjį etapą atlikta faktorinė analizė statistiniam duomenų sugrupavimui. Remiantis pacientų atsakymų į anketos teiginius koreliacija, pacientų lūkesčius apibūdinantys teiginiai suskirstyti į keturias grupes, vadinamas faktoriais. Nerotuota komponentų matrica susiskirstė teiginius į netolygias grupes, todėl tolygiam paskirstymui buvo pasirinkta Oblimin rotacija (sukimas), kuri sėkmingai paskirstė teiginius į keturias grupes. Teiginyms priskirtas faktoriui, jei jo faktorinis svoris buvo mažesnis už 0,40. Visi keturi faktoriai rodo 48,15 proc. dispersijos. Kayser-Meyer-Olkin rodiklis 0,804 rodo,

kad taikyta analizė tinkama.

Pirmajam faktoriui priskirti šie teiginiai: „Norėčiau daugiau sužinoti apie vaistus, kuriuos vartuju (ruošiuosi vartoti), kaip jie veikia, apie galimą šalutinį poveikį“. „Norėčiau, kad gydytojas mane siųstų gydytis į ligoninę“. „Norėčiau žinoti kai kurių tyrimų rezultatus“. „Norėčiau, kad mane siųstų pas gydytoją specialistą“. „Norėčiau, kad man būtų atlikti tyrimai, kuriais remiantis būtų nustatyti mano sveikatos sutrikimai“. „Norėčiau būti tikras (-a), kad man nėra nieko bloga“. „Norėčiau žinoti, ar gali kilti kokių nors sveikatos problemų“. „Norėčiau, kad gydytojas išklaustytų mano nuomonę apie sveikatą“. „Norėčiau, kad gydytojas paaiškintų, ką reiškia kai kurių mano tyrimų rezultatai“. „Norėčiau žinoti, kokia tikėtina mano ligos eiga“.

Faktorius pagal bendrąją visiems teiginiams prasmę pavadintas „biomedicininį lūkesčių“ faktoriumi, nes apibūdina biomedicininis (klinikinius) konsultacijos aspektus, susijusius su paciento ištirtimu bei gydymu, informacija apie sveikatą bei išsamų gydytojo paaiškinimu apie ligą, jos eigą ir kt.

Antrajam faktoriui priskirti šie teiginiai: „Norėčiau, kad gydytojas paaiškintų mano psichologinę problemą“. „Norėčiau, kad gydytojas elgtųsi su manimi kaip su asmenybe, ne tik kaip su pacientu“. „Norėčiau, kad man būtų suteikta psichologinė pagalba“. „Norėčiau, kad gydytojas mane užjaustų dėl mano problemų“. „Norėčiau pasikalbėti apie kitus, su sveikata nesusijusius, sunkumus“. „Norėčiau, kad gydytojas parodytu susidomėjimą mano rūpesčiais“. „Norėčiau kad gydytojas būtų man dėmesingas“. Faktorius pagal teiginių prasmę pavadintas „emocinės paramos lūkesčių“ faktoriumi, nes apibūdina paciento norą sulaukti iš gydytojo paramą dėl emocinių problemų bei emociniam ryšiui su gydytoju užmegzti arba jam palaikyti.

Trečiajam faktoriui priskirti tokie teiginiai: „Norėčiau, kad gydytojas suprastų problemą, dėl kurios į ją kreipiausi“. „Norėčiau, kad galėčiau gydytojui nesi-varžydamas išdėstyti savo problemas“. „Norėčiau, kad gydytojas nuodugniai mane patikrintų“. „Norėčiau, kad gydytojas išsamiai paaiškintų apie man skiriamą gydymą“. „Norėčiau, kad gydytojas paaiškintų, ką reiškia mano negalavimai“.

Faktorius pagal teiginių prasmę pavadintas „bendradarbiavimo lūkesčių“ faktoriumi, nes jo teiginiai apibūdina paciento norą bendradarbiauti su gydytoju medicininės konsultacijos metu.

Du iš anketoje pateiktų teiginių nepriskirti nė vienam iš trijų faktorių: „Norėčiau, kad gydytojas išrašytų man vaistų, arba pratęstų ankstesnį gydymą“ bei „Norėčiau, kad gydytojas paaiškintų man, kaip išlikti sveikam, t. y. apie dietą, fizinius pratimus, gyvenimo būdą“.

Nustatytas alfa koeficientas anketos patikimumui patikrinti bei visam klausimynui. Koeficientas – 0,73. Pacientų lūkesčių priklausomumas nuo socialinių bei demografinių pacientų charakteristikų tirtas naudojant vienos krypties ANOVA (*one-way ANOVA*) metodą.

Rezultatai

Tyrimė dalyvavo 403 pacientai, tyrimo metu apsilankę PSP įstaigose, ir 162 gydytojai. Respondentai pagal gyvenamąją vietą buvo pasiskirstę taip: 159 pacientai (39,5 proc.) gyveno didžiuosiuose miestuose (Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose, Panevėžyje); 168 (41,7 proc.) gyveno rajonų centruose, rajoniniuose miestuose; 76 (18,8 proc.) – kaimuose, miesteliuose. Tarp pacientų buvo 142 vyrai (35,2 proc.) ir 261 moteris (64,8, proc.). Dalyvavusiųjų apklausoje pasiskirstymas pagal šeimos padėtį: 89 (22,1 proc.) apklausos dalyvių buvo nevedę, 232 (57,6 proc.) vedę, 7 (1,7 proc.) gyvena neregistruotoje santuokoje, 30 (7,4 proc.) išsituokę, 45 (11,2 proc.) našliai.

Apklausos dalyvių pasiskirstymas pagal išsimokslinimą: 43 (10,7 proc.) turėjo pradinį arba nebaigtą vidurinį išsimokslinimą, 143 (35,5 proc.) – vidurinį, 155 (38,5 proc.) – aukštesnįjį, 62 (15,4 proc.) – aukštąjį arba nebaigtą aukštąjį.

Į klausimą, kada paskutinį kartą lankėsi pas savo gydytoją, 40,9 proc. respondentų atsakė, kad per pastaruosius du mėnesius, 34,2 proc. – per pastaruosius 12-ka mėnesių, 24,8 proc. respondentų pas gydytoją arba visai nesilankė, arba lankėsi daugiau kaip prieš 12 mėnesių. Iš visų pacientų, apsilankiusių per pastaruosius 12 mėnesių pas savo gydytoją, 40,6 proc. lankėsi vieną kartą, 35,6 proc. – du arba tris kartus, 23,4 proc. – keturis ir daugiau kartų.

Savo sveikatos būklę per pastaruosius 12 mėnesių vertino kaip labai gerą 11,2 proc. respondentų, gerą – 40,4 proc., patenkinamą – 40,7 proc., blogą – 7,4 proc. Ligą, dėl kurios šį kartą atvyko pas gydytoją, apibūdino kaip ūminę 32,5 proc. apklausoje dalyvavusių pacientų, lėtinę – 18,4 proc., paūmėjusią lėtinę – 13,9 proc., „nežinau“ – atsakė 34,5 proc. pacientų.

91,8 proc. visų apklausoje dalyvavusių pacientų, lankėsi pirminės sveikatos priežiūros centre, privačioje medicinos įstaigoje lankėsi 8,2 proc. pacientų.

Pacientų lūkesčių priklausomumas nuo socialinių bei demografinių paciento charakteristikų. Bendrosios tendencijos

Atlikta pacientų lūkesčių priklausomumo nuo socialinių bei demografinių paciento charakteristikų analizė. Apskaičiuotas kiekvieno lūkesčių faktoriaus vidurkis, susumavus tos lūkesčių grupės pasirinktus pa-

cientų atsakymus „sutinku“, „visiškai sutinku“, gautas skaičius padalytas iš analizei naudotų anketų skaičiaus.

Pirmiausia tirtas lūkesčių priklausomumas nuo paciento lyties. Nustatyti skirtumai tarp vyrų bei moterų, dalyvavusių tyrime, nuomonių visose trijose lūkesčių grupėse. Pastebėta, kad moterų lūkesčių vidurkiai visuose trijuose faktoriuose buvo aukštesni, tačiau negauta statistiškai reikšmingų skirtumų tarp pacientų lūkesčių palyginus vyrų ir moterų grupes.

Pacientų lūkesčių priklausomumas nuo paciento amžiaus buvo tiriamas suskirsčius pacientus į šias amžiaus grupes: iki 25 metų, 26–35 metų, 36–45 metų, 46–55 metų, vyresni kaip 56 metų (1 pav.). Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp amžiaus grupių nustatyta tik emocinės paramos lūkesčių ($p < 0,05$), klinikinių lūkesčių bei bendradarbiavimo lūkesčių grupėse šie skirtumai buvo statistiškai nereikšmingi. Analizuojant emocinės paramos lūkesčius, pastebėta tendencija, kad su amžiumi emocinės paramos poreikis tarp pacientų didėja (1 pav.).

Tiriant lūkesčių grupių priklausomumą nuo paciento šeimos padėties, nustatyta statistiškai reikšmingų skirtumų visose trijose lūkesčių grupėse ($p < 0,05$).

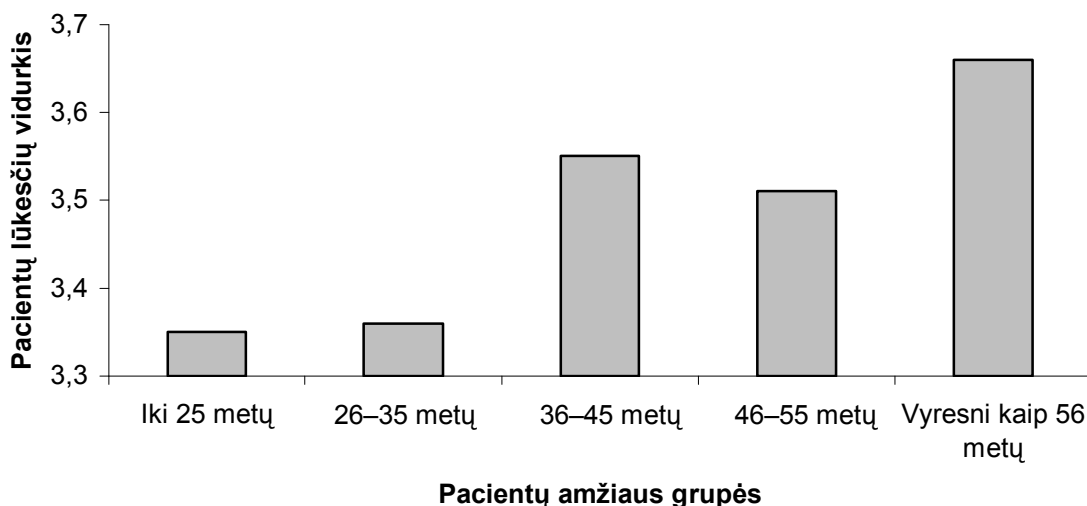
Biomedicininį lūkesčių grupėje mažiausiai lūkesčių turėjo pacientai, gyvenantys nesusituokę (3,4 balo iš 5), kitose grupėse lūkesčių rodikliai buvo panašūs (3,99–4,09 balo). Emocinės paramos lūkesčių grupėje – visos santuokoje gyvenančiųjų grupės turėjo panašų lūkesčių vidurkį, išskyrus našlius – jie dažniau negu kiti pacientai tikėjosi iš gydytojo emocinės paramos (lūkesčių vidurkis – 3,95 balo palyginus su 3,39 balo išsituokusiųjų grupėje). Bendradarbiavimo lūkesčių dažniausiai tikėjosi pacientai, gyvenantys nesusituokę, bei našliai (4,7 bei 4,6 balo, atitinkamai), mažiausiai – išsituokę pacientai (3,4 balo iš 5).

Tirtas pacientų lūkesčių priklausomumas nuo paciento išsimokslinimo. Statistiškai reikšmingų skirtumų negauta nė vieno lūkesčių faktoriaus atveju.

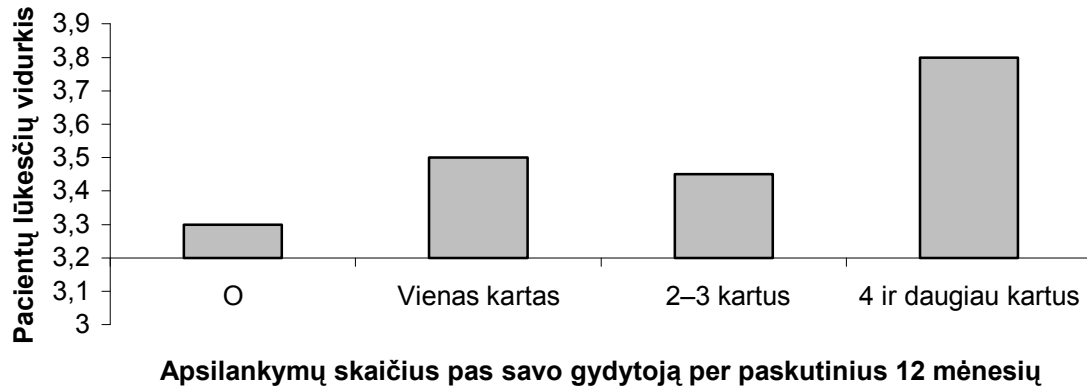
Nustatytas priklausomumas tarp pacientų lūkesčių ir paciento nuomonės apie savo ligą, dėl kurios jis šį kartą kreipėsi į gydytoją. Nors pastebėti skirtumai tarp pacientų savo susirgimo vertinimo ir lūkesčių vidurkio visuose trijuose faktoriuose (pacientai, vertinę savo ligą kaip sunkią, turėjo daugiau lūkesčių kiekvienoje grupėje, negu vertinę kaip nesunkią arba vidutinio sunkumo), tik emocinių lūkesčių grupėje (antrasis faktorius) šie skirtumai buvo statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$). Tokie patys duomenys gauti naudojant kaip nepriklausomą kintamąjį gydytojo vertinimą apie paciento ligos sunkumą. Pacientų, vertinusių savo ligą kaip nesunkią, emocinės paramos lūkesčių vidurkis buvo 3,4 balo, vidutinio sunkumo – 3,5 balo, vertinusių savo ligą kaip sunkią – 4,0 balo iš 5.

Tirtas paciento lūkesčių priklausomumas nuo apsilankymų pas savo gydytoją skaičiaus per pastaruosius 12 mėnesių. Pacientai suskirstyti pagal apsilankymų skaičių į tris grupes: apsilankę 1, apsilankę 2–3 arba 4 ir daugiau kartų pas pirminės sveikatos priežiūros gydytoją per minėtą laikotarpį. Visose trijose lūkesčių grupėse rasta skirtumų tarp pacientų grupių, tačiau tik emocinių lūkesčių grupėje skirtumai buvo statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$). Tyrimo duomenimis, pacientai, besilankantys pas savo gydytoją keturis arba daugiau kartų per metus, turi daugiau negu kitų grupių pacientai emocinės paramos lūkesčių (2 pav.).

Tiriant paciento lūkesčių priklausomumą nuo to, kaip pacientas vertina bendrąją savo sveikatos būklę, pastebėta, kad biomedicininį lūkesčių grupėje (1 faktorius) nerasta statistiškai reikšmingų skirtumų tarp pacientų, kurie savo sveikatą vertina kaip labai gerą,



1 pav. Pacientų emocinės paramos lūkesčių priklausomumas nuo paciento amžiaus



2 pav. Pacientų emocinės paramos lūkesčių priklausomybė nuo apsilankymų pas savo gydytoją skaičiaus per metus

gerą, patenkinamą ar blogą. Tačiau statistiškai reikšmingų skirtumų nustatyta antrojo (emocinės paramos) bei trečiojo (bendradarbiavimo) faktorių atvejais. Pacientai, kurie savo sveikatos būklę vertino kaip labai gerą, turėjo mažiausiai lūkesčių sulaukti emocinės paramos iš gydytojo, o vertinę sveikatos būklę kaip blogą – daugiausia emocinės paramos lūkesčių (3 pav.).

Tokia pati tendencija pastebėta ir bendradarbiavimo lūkesčių grupėje. Mažiausiai bendradarbiavimo su gydytoju tikėjosi tie pacientai, kurie manė, kad jų sveikatos būklė per pastaruosius mėnesius buvo labai gera (4,3 balo), daugiausia bendradarbiavimo (4,7 balo) laukė blogai savo sveikatą vertinę pacientai. Skirtumai tarp grupių buvo statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$).

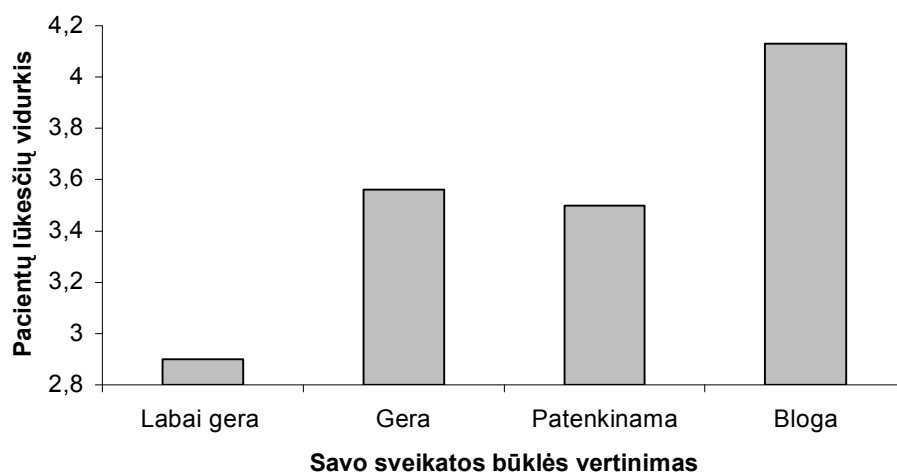
Tirtas priklausomumas tarp lūkesčių grupių ir ligos, dėl kurios pacientas kreipėsi į gydytoją, pobūdžio. Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp grupių nustatyta tik emocinės paramos lūkesčių grupėje. Tyrimo duomenys parodė, kad pacientai, kreipęsi dėl paūmėjusios

lėtinės ligos, tikisi iš gydytojo emocinės paramos dažniau negu tie, kurie kreipiasi dėl ūminės arba nepaūmėjusios lėtinės ligos (atitinkamai, 3,8 ir 3,4 balo iš 5).

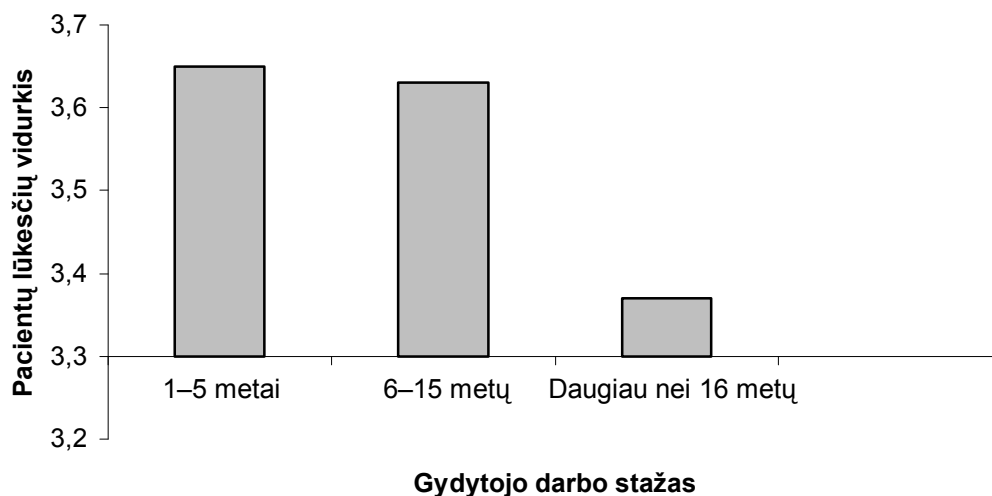
Paciento lūkesčių grupių priklausomumas nuo gydytojo darbo stažo tyrimas parodė, kad statistiškai reikšmingų skirtumų ($p < 0,05$) nustatyta tik emocinės paramos lūkesčių grupėje. Klinikinių lūkesčių grupėje bei bendradarbiavimo lūkesčių grupėje arba nebuvo skirtumų, arba šie skirtumai buvo statistiškai nereikšmingi (4 pav.).

Pastebėta, kad iš gydytojų, dirbančių daugiau kaip 15 metų, pacientas tikisi mažiau emocinės paramos. Ta pati tendencija nustatyta tiriant pacientų lūkesčių priklausomumą nuo gydytojo amžiaus.

Paciento lūkesčių priklausomumo skirtumų, priklausomai nuo gydytojo lyties, nestebėta. Taip pat nepastebėta statistiškai reikšmingų pacientų lūkesčių skirtumų priklausomai nuo praktikos tipo (privati praktika ar viešoji įstaiga).



3 pav. Pacientų emocinės paramos lūkesčių priklausomybė nuo savo sveikatos būklės vertinimo



4 pav. Pacientų emocinės paramos lūkesčių priklausomumas nuo gydytojo darbo stažo

Rezultatų aptarimas

Apklausoje dalyvavusių respondentų kontingentas pagal demografines charakteristikas atitinka pacientų apsilankymų Lietuvos pirminės sveikatos priežiūros įstaigose struktūrą.

Šio tyrimo duomenimis, tarp gydytojų vyrauja nuomonė, kad vyresnio amžiaus pacientai dėl per ilgą laiką susiformavusių įpročių turi daugiau lūkesčių atlikti klinikinius tyrimus, būti siunčiami į ligoninę bei siunčiami gydytojo specialisto konsultacijos. Neradome statistiškai reikšmingų skirtumų, susijusių su biomedicininiais lūkesčiais skirtingose pacientų amžiaus grupėse. Tyrimo metu nustatytos tendencijos, kad vyresnio amžiaus pacientai turi daugiau emocinės paramos lūkesčių, skiriasi nuo užsienio tyrėjų gautų duomenų tai, kad vyresni pacientai tikisi iš gydytojo psichosocialinės paramos (8). Skirtumai galimi dėl to, kad šiame tyrime psichologinė (emocinė) parama tirta atskirai neapimant socialinės pagalbos aspektų, kaip tai daryta JAV atliktame tyrime. Netiesiogiai šio tyrimo duomenis apie vyresnio amžiaus pacientų didesnę emocinės paramos poreikį patvirtina ir demografinė tirtųjų kontingento sudėtis – tarp vyresnio amžiaus pacientų buvo daugiau vertinančių savo sveikatos būklę kaip blogą (70 proc. vyresnių kaip 56 metų grupėje, 20 proc. – 46–55 metų grupėje, 10 proc. – 26–45 metų grupėje).

Šeimos padėties įtaka paciento lūkesčių tendencijoms, tyrimo duomenimis, nevienareikšmiška. Gyvenantys nesusituokę, kurie turėjo statistiškai reikšmingai mažiau emocinės paramos lūkesčių, tarp tyrimo dalyvių buvo 7 (tai sudarė 1,7 proc. visų dalyvių), 5 iš jų priklausė 36–45 metų grupei, todėl dėl mažo tiriamųjų skaičiaus pagrįstų išvadų apie šios šeimos padėties pacientus daryti negalima. Kitos šeimos padėties

pacientai turėjo panašių emocinės paramos lūkesčių, statistiškai reikšmingų skirtumų tarp grupių nenustatyta.

Svarbūs duomenys, gauti tiriant pacientų lūkesčių priklausomumą nuo apsilankymų pas gydytoją skaičiaus per pastaruosius 12 mėnesių. Dažnai (keturis ir daugiau kartų per metus) besilankantys tikisi iš gydytojo daugiau emocinės paramos negu rečiau besilankantys pacientai. Šie duomenys atitinka duomenis, pateiktus užsienio tyrėjų (11).

Tarp gydytojų plačiai paplitusi nuomonė, kad pacientai, kurie savo sveikatos būklę subjektyviai vertina kaip blogą, iš gydytojo tikisi daugiau klinikinio pobūdžio pagalbos (tyrimų, specialistų konsultacijų, stacionarinio gydymo) negu emocinės paramos. Šio tyrimo duomenimis, statistiškai reikšmingų skirtumų nustatyta būtent emocinės paramos lūkesčių grupėje, o tai atitinka ir užsienyje atliktų tyrimų duomenis (11). Biomedicininis lūkesčių grupėje statistiškai reikšmingų skirtumų tarp pacientų savo sveikatos būklės vertinimo ir lūkesčių dažnumo nenustatyta, tai yra, negavome duomenų, patvirtinančių hipotezę, kad kuo blogesnė paciento vertinama sveikata, tuo daugiau siuntimų į ligoninę, vaistų skyrimo, siuntimo pas gydytoją specialistą jis tikisi iš gydytojo. Šie duomenys patvirtinti ir sąlyginai objektyviau, t. y. palyginus pacientų lūkesčių tendencijas su gydytojo vertinimais apie paciento sveikatos būklę. Nors gydytojo vertinimai apie paciento sveikatos būklę neretai skiriasi nuo paciento subjektyvaus požiūrio į savo sveikatą, šio tyrimo duomenimis, lūkesčių tendencijos išliko tos pačios. Remiantis šiais duomenimis, būtų galima daryti prielaidą, kad pirminės sveikatos priežiūros gydytojas, turėdamas ilgalaikės bendradarbiavimo su pacientu patirties bei bendravimo

igūdžių, daugeliu atveju, suteikdamas tinkamą sveikatos priežiūrą bei reikiamą emocinę paramą, galėtų turėti įtakos pacientų lūkesčiams, susijusiems su biomedicininiais konsultacijos aspektais (tyrimais, specialistų konsultacijomis, gydymu stacionare). Tai galėtų sumažinti apsilankymų skaičių netgi tų pacientų, kurie sveikatos būklę vertina kaip blogą. Reikėtų pabrėžti, kad šios prielaidos taikomos tik bendradarbiavimo tarp paciento ir gydytojo aspektams ir negali turėti įtakos situacijoms, kai gydytojo sprendimus lemia klinikinė būtinybė (paciento tyrimų duomenys).

Rezultatai apie mažėjančius emocinės paramos lūkesčius, esant didesniai gydytojo darbo stažui, patvirtina teiginį, kad paciento lūkesčius formuoja ankstesnė jo bendravimo su gydytoju patirtis. Vyresnio amžiaus, didesnį darbo stažą turintys gydytojai mažiau linkę suteikti emocinę paramą pacientams – tai turi įtakos pacientų lūkesčiams.

Taikytas tyrimo metodas turi keletą apribojimų. Atliekant tyrimus pirminėje sveikatos priežiūros grandyje, nėra galimybės atrinkti apklausos dalyvių atsitiktinės atrankos būdu, nes medicininės konsultacijos lūkesčių turi tik pacientai, besikreipiantys į sveikatos priežiūros įstaigą. Todėl paciento atvykimą pas gydytoją tyrimo metu tenka laikyti atsitiktiniu įvykiu, stengiantis išvengti situacijų, kai į medicinos įstaigas kreipiasi sąlyginai didesnė dalis pacientų su panašiomis problemomis (pvz., gripo epidemijos metu). Kitas tyrimo apribojimas yra tai, kad, vertinant paciento sveikatos būklę, pasirinkti subjektyvūs kriterijai: pats pacientas vertina savo būklę, o tai gali neatitikti objektyvaus sveikatos būklės vertinimo. Kadangi paciento lūkesčiams bei

elgsenai įtakos turi būtent jo nuomonė, pasirinkome šį vertinimo kriterijų, o ne gydytojo nustatytą diagnozę arba ligos sunkumo laipsnio vertinimą.

Tyrimo metu paaiškėjo nemažai charakteristikų, kurios turėjo įtakos paciento poreikiams bei prioritetams pirminėje sveikatos priežiūros grandyje, kurie turėtų būti svarbūs ne tik bendrosios praktikos gydytojams, tiesiogiai bendradarbiaujantiems su pacientais. Į juos turėtų atsižvelgti ir sveikatos priežiūros organizatoriai, planuojantys sveikatos priežiūros paslaugas bei išlaidas siekiant įgyvendinti orientuotą į pacientą sveikatos priežiūrą (12). Taip pat būtinas specialus medicinos personalo rengimas aukštesiose mokyklose siekiant tobulinti bendravimo įgūdžius ir formuoti sampratą apie sveikatos priežiūros paslaugų vartotojų nuomonės svarbą.

Išvados

1. Paciento emocinės paramos poreikis priklauso nuo paciento amžiaus, šeimos padėties, savo sveikatos būklės vertinimo, apsilankymų pas gydytoją skaičiaus per metus, ligos eigos.

2. Tiriant pacientų lūkesčių priklausomumą nuo paciento lyties, išsimokslinimo, gydytojo lyties ar praktikos tipo, statistiškai reikšmingų skirtumų tarp kriterijų nenustatyta.

3. Nenustatyta pacientų lūkesčių, susijusių su biomedicininiais konsultacijos aspektais (tyrimais, siauros srities specialisto konsultacijomis, gydymu stacionare) priklausomumo nuo nagrinėtų socialinių ar demografinių pacientų charakteristikų bei savo sveikatos būklės vertinimo kriterijų.

Influence of patient's social and demographic characteristics on patient's expectations for medical consultation

Eglė Žėbienė, Jonas Kairys, Ignas Zokas¹

Faculty of Medicine, Vilnius University; ¹Group of Social Analysis, Lithuania

Key words: general practice, primary health care, patient's expectations, medical consultation, communication skills.

Summary. Most of the patients, coming to see their primary care physician, have explicit expectations and priorities for the medical consultation. Recognition of these expectations is an important step in organizing patient-oriented health care services. Patient expectations depend on a number of factors: health problem and its severity, as well as social and demographic characteristics of patient and physician.

Objective of this survey was to evaluate influence of patient's socio-demographic characteristics and some health status indicators on expectations for primary care consultation.

Material and methods. During the study 403 patients and 162 physicians were surveyed. Pre-visit expectations of patients coming to see their primary care physician for health problem were investigated using self-addressed original questionnaire.

Results. Factor analysis revealed three main factors: biomedical expectations, emotional support expectations and expectations for partnership. Analysis of influence of socio-demographic characteristics on patient expectations showed that statistically significant differences in different age groups were found only for emotional support factor. Patients' desire for emotional support from doctor increased with age. Relationship was observed between expectations for emotional support and health status as perceived by patient. Patients evaluating their health problem as not serious had mean score of expectations for emotional support 3.4, patients with moderate health problem – 3.5, patients with serious health problem – 4.0 out of 5.

Conclusions. Patient's need for emotional support from physician depends on his age, marital status, frequency of his visits to physician during the year, self-perception of the health status and course of disease. Analysis of relationship between patient's expectations and his sex, education, physician's sex or type of practice did not show statistically significant differences between groups. No influence of analyzed social and demographic characteristics or perceived health status on biomedical expectations (laboratory tests, specialist consultations, and hospital treatment) was found during our study.

Correspondence to E. Žėbienė, Šėškinėš poliklinika, Šėškinėš 24, 2010 Vilnius, Lithuania. E-mail: egzeb@smc.lt

Literatūra

- Misevičienė I., Milašauskienė Ž. Pacientų pasitenkinimas ligoninės fizine ir emocine aplinka. (Patient satisfaction with physical and emotional environment in the hospital.) Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2001;2(5):137-40.
- Vilniaus miesto gyventojų sveikatos priežiūros įstaigų darbo vertinimo bei prieinamumo sociologinis tyrimas. (Sociological survey of the health care institutions' functioning and accessibility by opinion of Vilnius city inhabitants.) Viešosios nuomonės ir rinkos tyrimų studija „Spinter“, Vilniaus miesto savivaldybės Sveikatos ir socialinės apsaugos departamento užsakymu; 2001.
- Sveikatos priežiūros sistema Vilniaus apskrities gyventojų požiūriu. (Health care system by opinion of inhabitants of Vilnius region.) Sveikatos drauda 2000;9(40):5-8.
- Žėbienė E. Paciento lūkesčių įgyvendinimo svarba. (Importance of meeting patient's expectations.) Disertacija. Vilniaus universitetas; 2001.
- Stewart M. Towards a global definition of patient centered care. British Medical Journal 2001;322(7284):444-5.
- The World Health Report. Health systems: improving performance. World Health Organization; 2000.
- Williams S, Weinman J, Dale J, Newman S. Patient expectations: What do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? Family Practice 1995;12(2):193-201.
- Joos S, Hickham D, Borders LM. Patient's desires and satisfaction in general medicine clinics. Public Health Reports 1993;108(6):751-9.
- Bertakis KD. The communication of information from physician to patient: a method for increasing patient retention and satisfaction. The Journal of Family Practice 1977;5(2): 217-22.
- Vuori H, Aaku T, Aine E, Erkkö R, Johansson R. Doctor-patient relationship in the light of patients' experiences. Soc Sci Med 1972;6:723-30.
- Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. BMJ 2001;322 (7284):468-72.
- Van den Brink-Muinen A, Verhaak PFM, Bensing JM, Bahrs O, Deveugele M, Gask L, et al. Doctor-patient communication in different European health care systems: Relevance and performance from the patient's perspective. Patient education and counseling 2000;39:115-27.

*Straipsnis gautas 2003 02 13, priimtas 2004 03 18
Received 13 February 2003, accepted 18 March 2004*