

VISUOMENĖS SVEIKATA

Pacientų vaidmuo priimant sveikatos priežiūros sprendimus

Vilius Grabauskas, Eimantas Peičius¹, Raimundas Kaminskas¹

Kauno medicinos universiteto Profilaktinės medicinos katedra, ¹Filosofijos ir socialinių mokslų katedra

Raktažodžiai: *paciento vaidmuo, pacientų dalyvavimas, gydytojo ir paciento santykiai, sveikatos priežiūra.*

Santrauka. *Tyrimo tikslas. Ištirti Lietuvos gyventojų požiūrį į besikeičiančią sveikatos priežiūros sistemą ir įvertinti pacientų dalyvavimo galimybes priimant jų sveikatai įtakos turinčius sprendimus.*

Tyrimo medžiaga ir metodai. 2004 m. kovo 1–7 dienomis atlikta reprezentatyvioji Lietuvos gyventojų apklausa respondentų namuose. Apklausoje dalyvavo vyresni kaip 18 metų asmenys (N=1007), atsako dažnumas – 56,5 proc. Standartizuotą klausimyną sudarė klausimai, skirti gyventojų nuomonei apie sveikatos priežiūros sistemą, paciento vaidmeniui ir bendravimo su gydytoju ypatybėms įvertinti.

Rezultatai. Nustatyta, kad 84,6 proc. moterų ir 72,6 proc. vyrų sveikata, kaip vertybė, yra svarbi arba labai svarbi, o tarp kitų vertybių – pati svarbiausia. Nustatyta, kad 41,3 proc. Lietuvos gyventojų pasitiki sveikatos priežiūros sistema, 69,9 proc. – pasitiki gydytojais, 48,9 proc. respondentų nuomone, teisė į sveikatos priežiūrą yra užtikrinta. Daugumai apklaustųjų (96,5 proc.) rūpi sveikatos priežiūros situacija Lietuvoje, tačiau savo, kaip paciento, vaidmenį sveikatos priežiūros sistemoje teigiamai vertina tik 19,1 proc. Bendraujant su gydytoju, 47,4 proc. gyventojų pirmenybę teikia paciento informuotumo modeliui, kuris pirminėje sveikatos priežiūroje taikomas 58,8 proc. atvejų. 37,3 proc. palankiai įvertino abipusio dalyvavimo modelį, kuris taikomas 16,6 proc. atvejų.

Išvados. Daugumos Lietuvos gyventojų nuomone, sveikata yra svarbiausia vertybė, o sveikatos priežiūros klausimai yra labai aktualūs daugiau kaip pusei (52,8 proc.) respondentų. Jaunesnių ir didesnę išsimokslinimą turinčių respondentų požiūris į sveikatos priežiūrą yra labiau kritiškas, tačiau jie linkę būti aktyvesni sprendžiant sveikatos problemas. Mažiausiai išpildomi lūkesčiai tų pacientų, kurie tikisi bendrauti su gydytoju kaip lygiaverčiai partneriai priimant sveikatos priežiūros sprendimus.

Įvadas

Viename svarbiausių sveikatos politikos dokumentų – Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) Europos regiono leidinyje „Sveikata 21: sveikata visiems XXI amžiuje“ pabrėžiama, kad, norint įgyvendinti bendrus sveikatos priežiūros siekius, būtina sutelkti visus sveikatos priežiūros sistemos dalyvius (1). Strateginis šiuolaikinės sveikatos priežiūros tikslas – aktyvinti individų, grupių bei organizacijų dalyvavimą diegiant įvairias sveikatos gerinimo programas, skatinant sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir vartotojų dialogą, ugdant pacientų atsakomybę už savo sveikatą (2, 3). Naujausių mokslinių tyrimų duomenimis, aktyvesnis pacientų dalyvavimas sveikatos priežiūros procese,

pirmiausia – pirminėje sveikatos priežiūros grandyje gali būti svarbus veiksnys gerinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir didinant suteikiamų paslaugų efektyvumą (4–6). Todėl sveikatos priežiūros modernizacija didžiąja dalimi priklauso nuo visų sveikatos priežiūros sistemos dalyvių vaidmens priimant sprendimus (7).

Lietuvoje, kaip ir kitose Rytų ir Centrinės Europos šalyse, pertvarkant sveikatos priežiūros sistemas ir plėtojant demokratinę sveikatos politiką, vis daugiau dėmesio skiriama socialiniams sveikatos priežiūros aspektams ir piliečių aktyvesniam dalyvavimui sprendžiant sveikatos problemas (8–10). Deja, Lietuvoje kol kas nėra išsamesnių tyrinėjimų, kur būtų anali-

zuojami pacientų dalyvavimo sveikatos priežiūros sistemoje klausimai. Stokojama žinių, kaip keičiasi profesionalių sveikatos priežiūros darbuotojų ir gyventojų požiūris į paciento vaidmenį reformuojant Lietuvos sveikatos priežiūros sistemą. Šio darbo tikslas – ištirti Lietuvos gyventojų požiūrį į besikeičiančią sveikatos priežiūros sistemą ir įvertinti pacientų dalyvavimo galimybes priimančiam sprendimui, turinčiam įtakos jų sveikatai.

Tirtųjų kontingentas ir tyrimo metodika

2004 m. kovo 1–7 dienomis buvo surengta reprezentatyvioji sociologinė Lietuvos gyventojų (18 metų ir vyresnių) apklausa jų namuose. Apklausą atliko apmokyti visuomenės nuomonės ir rinkos tyrimų centro „Vilmorus“ apklausos vykdytojai, (tarp jų ir vienas šio straipsnio autorių). Naudojant standartizuotą „Vilmorus“ nuomonių apklausos metodiką (11), atrinkta 1813 Lietuvos gyventojų. Į anketos klausimus atsakė 1007 gyventojai (atsako dažnumas – 56,5 proc.), nerasta po antro karto (N=389), atsisakė pateikti nuomonę (N=417).

Apklausos kokybės kontrolei užtikrinti su 10 proc. respondentų susisiektą telefonu.

Respondentai atrinkti daugiapakopės (klasterinės) atsitiktinės atrankos metodu (12). Jų atranka parengta taip, kad bet kuris Lietuvos gyventojas turėtų vienodą tikimybę dalyvauti apklausoje. Lietuvos geografinė teritorija suskirstyta į penkis regionus (Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio). Į pirmąjį atrankos etapą įtraukti visi didieji Lietuvos miestai. Be to, iš kiekvieno regiono atrinkta 10 apklausos rajonų: iš Vilniaus regiono atrinkti Trakų ir Alytaus rajonai; iš Kauno – Kėdainių ir Šakių; iš Klaipėdos – Šilutės ir Tauragės; iš Šiaulių – Plungės ir Pakruojo; iš Panevėžio – Utenos ir Rokiškio rajonai. Antrojo etapo metu atskiruose miestuose ir kaimo vietovėse (18 miestų ir 50 kaimo tipo vietovių) pagal tikimybės dėsni atrinkti apklausos rajonai, o juose kaimiškiosios apylinkės. Į atranką įtraukti visi rajonai, atstovaujantys teritorinį miestų pasiskirstymą, o kaimo tipo vietoves atstovaujantys apklausos rajonai atrinkti atsitiktinės atrankos būdu (taikant atsitiktinių skaičių lentelę) (11, 12).

Bendrą tyrimo instrumentą, t. y. standartizuotą klausimyną sudarė 69 klausimai, skirti duomenims kaupti apie respondentų socialinius ir demografinius požymius, vertybes, nuomones bei elgesio modelius. Standartizuoto klausimyno dalis – anketa, skirta sveikatos priežiūros problemoms tirti, parengta ir aprobuota Kauno medicinos universitete. Šiame straipsnyje pateikiama tik dalis atlikto tyrimo duomenų.

Gyventojų nuomonė įvertinta naudojant Likerto skalę: 1 – visiškai nesutinku, 2 – nesutinku, 3 – nei sutinku, nei nesutinku, 4 – sutinku, 5 – visiškai sutinku. Duomenys apdoroti kompiuterinės statistinės analizės programa „SPSS for Windows 10.0α“. Atsakymų dažnių pasiskirstymas nustatytas naudojant kryžmines duomenų lenteles, dažnių pasiskirstymo tarp atskirų demografinių respondentų grupių statistiniam reikšmingumui įvertinti pasirinktas neparametrinis kriterijus dviem ir daugiau nepriklausomų imčių testas (*Kruskall-Wallis test*), apskaičiuojant chi kvadrato (χ^2) ir statistinio reikšmingumo (p) reikšmes. Skirtumai laikomi statistiškai reikšmingais, kai $p < 0,05$. Apklausa atlikta laikantis sociologinių tyrimų profesinės etikos principų.

Rezultatai

Požiūris į sveikatą vertybių skalėje

Tyrimo dalyvavusių Lietuvos gyventojų (N=1007) amžiaus vidurkis – 50,7 metų. Moterų (N=583) buvo 1,4 karto daugiau negu vyrų (N=424). Respondentų pasiskirstymas pagal socialinius ir demografinius požymius pateikiamas pirmoje lentelėje.

Tyrimo duomenimis, daugumai respondentų – 84,6 proc. moterų ir 72,6 proc. vyrų ($p < 0,001$) sveikata yra svarbi arba labai svarbi. Nenustatyta respondentų nuomonės reikšmingų skirtumų pagal kitus šio klausimo socialinius ir demografinius požymius. Sveikatos, kaip socialinės vertybės, prioritetą rodo tai, kad daugiau kaip trečdalis respondentų (38,1 proc.) įvardijo kaip pačią svarbiausią (1 pav.).

Požiūris į sveikatos priežiūrą

Remiantis tyrimo duomenimis, 41,3 proc. visų respondentų pasitiki sveikatos priežiūros sistema, 69,9 proc. pasitiki gydytojais ir 48,9 proc. mano, kad teisė į sveikatos priežiūrą Lietuvoje yra užtikrinta įstatymu. Maža dalis respondentų – tik 5,1 proc. nurodė, kad nepasitiki gydytojais, 26,0 proc. nepasitiki sveikatos priežiūros sistema, o 27,5 proc. pritarė nuomonei, kad teisė į sveikatos priežiūrą Lietuvoje neužtikrinta.

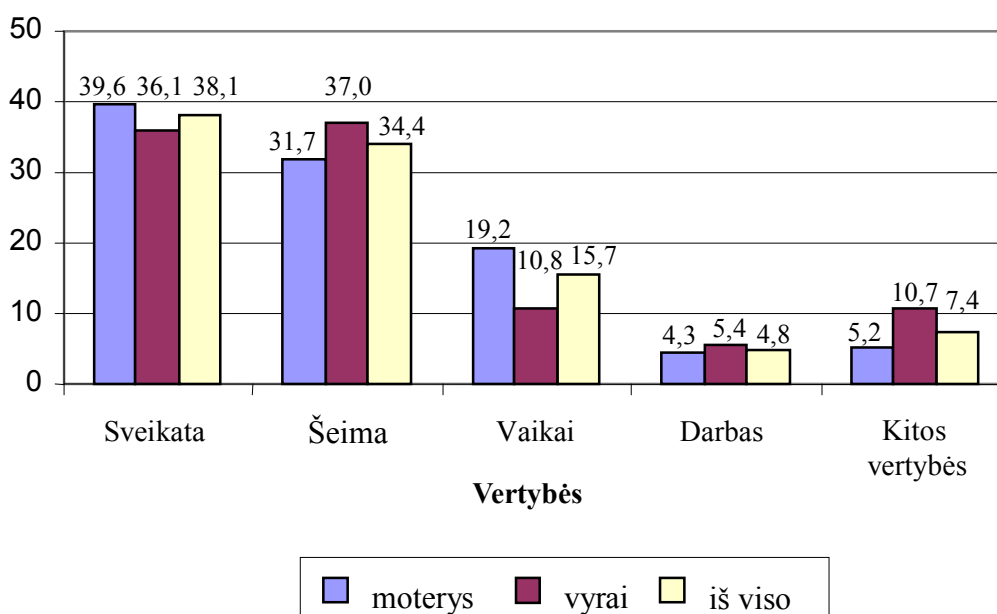
Nustatyta, kad požiūris į sveikatos priežiūrą skiriasi palyginus respondentų nuomonę pagal jų socialinius ir demografinius požymius. Sveikatos priežiūros sistema pasitiki arba visiškai pasitiki maždaug kas antras vyresnis kaip 60 metų respondentas (51,2 proc.) ir tik kas trečias (31,9 proc.) 30–45 metų respondentas. Pasitikėjimą sveikatos priežiūros sistema išreiškė 56,2 proc. pradinį išsimokslinimą turinčių respondentų palyginti su 33,8 proc. aukštąjį išsimokslinimą turinčių respondentų ($p < 0,01$). Pasitikėjimą gydytojais taip pat palankiau vertino vyriausi respondentai ir neturintys vidurinio išsimokslinimo respondentai, o jaunesni ir

1 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal socialinius ir demografines požymius

Analizuojami požymiai		Moterys (N=583)		Vyrai (N=424)		Iš viso (N=1007)	
		abs.	proc.	abs.	proc.	abs.	proc.
Amžius (metais)	18–29	79	13,6	64	15,1	143	14,2
	30–45	152	26,1	138	32,6	290	28,8
	46–60	138	23,5	101	23,8	238	23,7
	61 metų ir vyresni	214	36,8	121	28,5	335	33,3
Išsimokslinimas	pradinis	138	23,7	100	23,7	238	23,7
	vidurinis	139	23,9	116	25,4	255	25,4
	aukštesnysis	158	27,1	122	27,9	280	27,9
	aukštasis	148	25,3	86	23,1	232	23,1
Pajamos vienam šeimos nariui per mėnesį*	iki 290 Lt	263	45,7	162	38,8	425	42,8
	291–600 Lt	242	42,0	188	45,0	430	43,3
	601–1000 Lt	53	9,2	50	12,0	103	10,4
	1001–1500 Lt	12	2,1	9	2,2	21	2,1
	daugiau kaip 1500 Lt	6	1,0	9	2,2	15	1,5
Gyvenamoji vieta	didieji miestai	253	43,7	166	39,2	419	41,6
	kiti miestai	161	27,6	121	28,5	282	28,0
	kaimas	169	29,0	137	32,3	306	30,4

* N=994.

Proc.



1 pav. Lietuvos gyventojų požiūris į sveikatą, kaip vertybę (atsakymai į klausimą „Kas svarbiausia Jūsų gyvenime?“)

p<0,05 lyginant moterų ir vyrų nuomonę.

aukštesnį išsimokslinimą turintys respondentai šiuo klausimu buvo kritiškesni. Nuomonei, kad konstitucinė teisė į sveikatos priežiūrą Lietuvoje užtikrinta, pritarė dauguma pradinio išsimokslinimo (54,8 proc.), didžiausias pajamas turinčių (58,3 proc.) ir kaimo vie-

tovese gyvenančių (54,6 proc.) respondentų. Tų, kurių nuomone, teisė į sveikatos priežiūrą neužtikrinta, labiausiai išsiskyrė aukštesniojo išsimokslinimo (33,3 proc.), vidutinių pajamų (38,2 proc.) ir didžiuosiuose Lietuvos miestuose gyvenančių (32,3 proc.) respon-

dentų grupės ($p < 0,05$). Pagal kitus demografinius respondentų požymius reikšmingų skirtumų nenustatyta.

Gyventojų/pacientų vaidmuo sveikatos priežiūros procese

Vertinant gyventojų, kaip esamų ir potencialių pacientų, vaidmenį sveikatos priežiūros sistemoje, nustatyta, kad absoliučiai daugumai respondentų (96,5 proc.) iš dalies rūpi arba labai rūpi, kas vyksta šioje srityje. Apskritai sveikatos priežiūra yra aktualesnė moterims, vyresnio amžiaus, turintiems aukštąjį išsimokslinimą ir vidutines pajamas respondentams bei gyvenantiems didžiuosiuose miestuose (2 lentelė). Sveikatos priežiūros klausimai labai rūpi 60,7 proc. moterų ir 44,8 proc. vyrų, visiškai nerūpi tik 3,4 proc. moterų ir 8,0 proc. vyrų ($p < 0,01$). Sveikatos priežiūros aktualumas taip pat reikšmingai susijęs su gyventojų amžiumi ir išsimokslinimu – sveikatos priežiūros reikalai labai aktualūs 58,5 proc. vyriausio amžiaus grupės ir 33,6 proc. jauniausio amžiaus grupės respondentų ($p < 0,05$), taip pat 60,3 proc. aukštąjį išsimokslinimą ir 44,1 proc. pradinį išsimokslinimą turinčių respondentų ($p < 0,05$).

Siekiant nustatyti gyventojų, kaip pacientų, vaidmenį, respondentams buvo pasiūlyta įvertinti, kokią reikšmę sprendžiant sveikatos problemas turi pagrindiniai sveikatos priežiūros sistemos dalyviai: gydytojai, administravimo (t. y. Sveikatos apsaugos ministerijos) atstovai ir patys gyventojai. Daugumos apklaustųjų nuomone (89,8 proc.), svarbiausias vaidmuo tenka už sveikatos priežiūrą atsakingiems valdininkams. Kiek mažiau respondentų (64,3 proc.) mano,

kad sveikatos priežiūroje reikšmingas ir gydytojo vaidmuo. Savo, kaip esamo ar potencialaus paciento, vaidmenį kaip svarų vertina tik 19,1 proc. Lietuvos gyventojų, o daugiau kaip pusė visų respondentų (59,6 proc.) mano, kad Lietuvai gyventojų vaidmuo nereikšmingas, t. y. gyventojai neturi įtakos sprendžiant sveikatos priežiūros problemas. Vyrų, vyriausio amžiaus grupės, mažiau išsimokslinusių ir kaime gyvenančių respondentų požiūris dėl gyventojų galimybės dalyvauti sprendžiant minėtas problemas, buvo skeptiškesnis palyginti su moterų, jauniausio amžiaus grupės, aukštąjį išsimokslinimą ir didžiuosiuose miestuose gyvenančių respondentų nuomone (2 lentelė). Savo vaidmenį, sprendžiant sveikatos priežiūros problemas, reikšmingu laiko 22,2 proc. moterų ir 14,6 proc. vyrų, visiškai nereikšmingu – 58,0 proc. ir 61,5 proc. vyrų ($p < 0,01$). Reikšmingi skirtumai šiuo klausimu išryškėjo palyginus respondentų grupes pagal išsimokslinimą: savo, kaip paciento, reikšmę, sprendžiant sveikatos priežiūros problemas, teigiamai vertina beveik kas ketvirtas (23,7 proc.) aukštąjį išsimokslinimą turintis respondentas; kas šeštas (16,6 proc.) nebaigtą išsimokslinimą turintis respondentas; taip pat 17,3 proc. vidurinio ir 18,6 proc. aukštesniojo išsimokslinimo respondentų ($p < 0,05$). Dešimtadalis visų respondentų neatsakė arba neturėjo nuomonės dėl paciento vaidmens sprendžiant sveikatos priežiūros klausimus.

Pacientų dalyvavimas priimant sprendimus, susijusius su medicina

Siekiant ištirti, koks sprendimų priėmimo modelis bendraujant su gydytoju yra priimtinausias, respon-

2 lentelė. Respondentų požiūris į sveikatos priežiūros svarbą

Analizuojami požymiai		Labai rūpi (proc.)	Iš dalies rūpi (proc.)	Nerūpi (proc.)	Iš viso
Lytis	moterys*	60,7*	35,9	3,4	100,0
	vyrų	44,8*	47,2	8,0	100,0
Amžius (metais)	18–29	33,6**	58,0	8,4	100,0
	30–45	55,9	39,3	4,8	100,0
	46–60	57,6	37,4	5,0	100,0
	61 metų ir vyresni	58,5**	36,7	4,8	100,0
Išsimokslinimas	pradinis	44,1***	47,9	8,0	100,0
	vidurinis	58,4	34,9	6,7	100,0
	aukštesnysis	53,6	42,1	4,3	100,0
	aukštasis	60,3***	37,1	2,6	100,0

* $p < 0,001$ lyginant moterų ir vyrų nuomonę. ** $p < 0,05$ lyginant jauniausios ir vyriausios amžiaus grupės nuomonę. *** $p < 0,05$ lyginant respondentų, turinčių pradinį ir aukštąjį išsimokslinimą, nuomonę.

dentams buvo pateikti teiginiai, apibūdinantys keturis pagrindinius gydytojo ir paciento santykių modelius (13). Paternalistinis gydytojo ir paciento santykių modelis buvo apibūdintas teiginiu „pacientas vykdo visus gydytojo nurodymus“; informuoto sutikimo „sprendimus priima gydytojas, bet informuoja pacientą ir atsižvelgia į jo valią“; abipusio dalyvavimo „gydytojas ir pacientas sprendimus priima kartu“; paciento kaip vartotojo modelis „sprendimus priima pacientas, bet atsižvelgęs į gydytojo rekomendacijas“.

Beveik kas antras respondentas (47,4 proc.) pirmenybę linkęs teikti pacientų informuoto sutikimo modeliui. Šis modelis yra priimtinausias vyriausio amžiaus grupės respondentams (53,4 proc.) palyginus su jauniausios amžiaus (43,4 proc.) ($p < 0,05$), taip pat didesnę išsimokslinimą turintiems respondentams (54,6 proc.) palyginti su aukštąjį išsimokslinimą turinčių respondentų (44,7 proc.) pasirinkimu ($p < 0,01$).

Abipusio dalyvavimo modeliui linkęs pritarti maždaug kas trečias (37,2 proc.) respondentas. Šis sprendimo priėmimo modelis, bendraujant su gydytoju, priimtinesnis vidutinio amžiaus grupėms (46–60 metų grupėje – 43,7 proc.; 30–45 metų – 40,7 proc.) ir kiek mažiau priimtinas vyriausio amžiaus respondentų grupei (vyresniems kaip 60 metų žmonėms – 28,1 proc.), $p < 0,05$. Įtakos šiam modeliui pasirinkti turėjo ir respondentų išsimokslinimas: jam linkę pritarti 41,4 proc. aukštąjį išsimokslinimą turinčių respondentų ir tik 23,9 proc. pradinį išsimokslinimą ($p < 0,01$).

Paternalistinis bendravimo su gydytoju modelis priimtinas beveik kas penktam (18 proc.) respondentui. Paternalistiniai gydytojo ir paciento santykiai labiau priimtini vyriausio amžiaus respondentams (13,1 proc.) palyginti 8,9 proc. su kitų amžiaus grupių ($p < 0,05$), taip pat maždaug kas septinto (15,1 proc.) respondento iš pradinio išsimokslinimo grupės ir tik kas 12 (7,3 proc.) respondento, turinčio aukštesnįjį ir aukštąjį išsimokslinimą ($p < 0,01$). Absoliuti mažuma (5,2 proc.) pritarė paciento kaip vartotojo modeliui. Skirtumų pagal kitus nepriklausomus požymius nenustatyta.

Analizuota, kaip nurodyti sprendimo priėmimo modeliai pritaikomi konsultacijų pas bendrosios praktikos gydytoją metu, ir nustatyta, kad pirminės sveikatos priežiūros sistemoje, sprendimai dažniausiai priimami remiantis informuoto sutikimo modeliui (58,8 proc.), rečiau – paternalistinio (17,9 proc.), dar rečiau – abipusio dalyvavimo (16,6 proc.), rečiausiai – paciento kaip vartotojo modeliui (6,7 proc.). Remiantis tyrimo duomenimis, informuoto paciento sutikimo modelis labiau taikomas gydytojui bendraujant su vyresniais kaip 60 metų, turinčiais pradinį išsimoks-

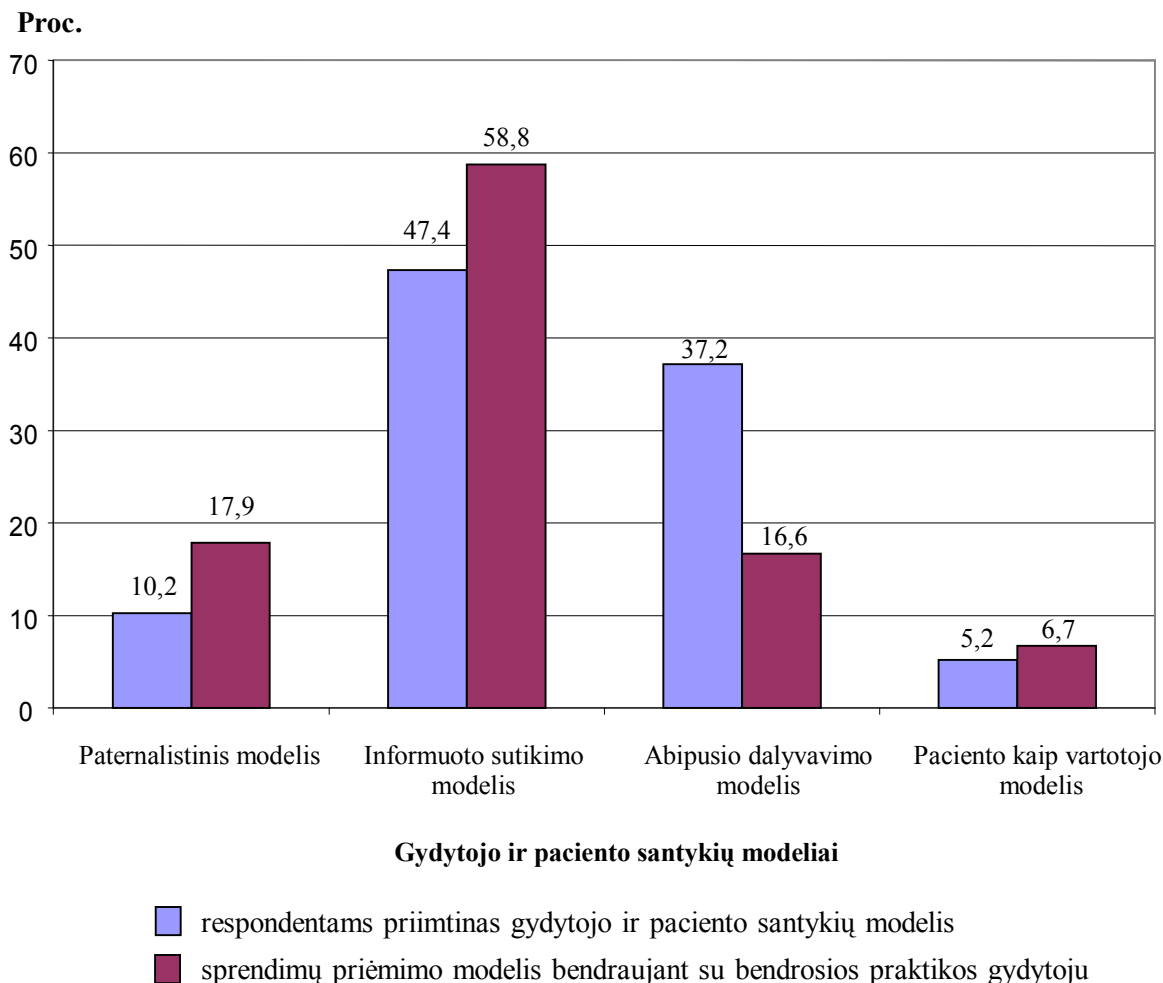
linimą ir gyvenančiais kaime respondentais. Antrame paveiksle pateiktais duomenimis, tų respondentų, kurie tikisi būti aktyvesni dalyviai priimant sprendimus, susijusius su medicina, kartu su savo bendrosios praktikos gydytoju, bendravimo lūkesčiai mažiau patenkinami. Maždaug kas ketvirtas turintis aukštąjį išsimokslinimą (21,2 proc.) ir tik kas aštuntas turintis pradinį išsimokslinimą respondentas (12,2 proc.) sprendžia sveikatos problemas kartu su savo gydytoju ($p < 0,05$). Paternalistinis sprendimų priėmimo modelis konsultacijų metu dažniau taikomas bendraujant su vyriausio amžiaus grupės respondentais (19,4 proc.) palyginti su brandaus, 30–45 metų, respondentais (15,5 proc.; $p < 0,05$). Kas dešimtas jauniausio amžiaus grupės respondentas (10,0 proc.) ir tik kas 25 vyriausio amžiaus grupės respondentas (3,9 proc.) nurodė, kad bendrauja su gydytoju pagal paciento kaip vartotojo modelį ($p < 0,05$).

Rezultatų aptarimas

Remiantis Lietuvos gyventojų nuomone, galima daryti tam tikras prielaidas apie kintantį visuomenės požiūrį į sveikatos priežiūrą ir piliečių vaidmenį sprendžiant sveikatos priežiūros klausimus. Nors vertybinė piliečių orientacija nebuvo šio tyrimo objektas, bet sveikatos, kaip svarbiausios vertybės, rodiklis aiškiai rodo padidėjusį visuomenės susidomėjimą sveikatos priežiūros situacija šalyje.

Socialinių mokslų tyrėjai teigia, kad visuomenės požiūrį geriausiai atspindi sveikatos priežiūros institucijų vertinimas ir pasitikėjimo jomis lygmuo (14). Šio tyrimo duomenimis, Lietuvos gyventojai linkę labiau sieti savo, kaip paciento, lūkesčius su konkrečiais asmenimis (gydytojais), o gana didelis pasitikėjimas sveikatos priežiūros sistema priklauso ne tiek nuo sistemos funkcionavimo, kiek nuo joje dirbančių ir tiesiogiai su gyventojais bendraujančių sveikatos priežiūros profesionalų. Prie panašių išvadų prieita ir kitų tyrėjų, kurie anksčiau aptarė konkrečių ligoninių pacientų pasitikėjimą Lietuvos sveikatos priežiūros sistema (15). Taigi piliečių, kaip pacientų, lūkesčiai dėl sveikatos priežiūros daugiausia realizuojami konkrečiai bendraujant su gydytoju arba kitu sveikatos priežiūros specialistu.

Pacientų dalyvavimas priimant sveikatos priežiūros sprendimus yra tam tikras socialinis ir kultūrinis reiškinys, kuris gali būti vertinamas kaip tam tikras pilietinio aktyvumo būdas (16, 17). Todėl nėra abejonių, kad požiūris į sveikatos priežiūros sistemą yra svarbi pilietinė pozicija, t. y. piliečiams, kaip esamiems ar potencialiems sveikatos priežiūros sistemos dalyviams, aktuali su sveikatos priežiūra susijusi



2 pav. Sprendimo priėmimo modeliai pacientui bendraujant su gydytoju: respondentų lūkesčių ir patirties palyginimas

socialinio gyvenimo dalis (17). Remiantis Lietuvoje ir kitose Europos šalyse atliktų tyrimų duomenimis, galima teigti, kad aktyvesnė pilietinė pozicija sveikatos priežiūros atžvilgiu priklauso ne tik nuo asmeninės sveikatos priežiūros patirties (pvz., gydymo), bet ir nuo to, kaip suvokiamas savo, kaip paciento, socialinis vaidmuo sveikatos priežiūros sistemoje (18, 19). Analizuojant tyrimo duomenis, nustatytas gana mažas Lietuvos gyventojų pilietinis aktyvumas, todėl tikėtina, kad atsakomybės už savo sveikatą vis dar yra stokojama. Todėl negatyvų sveikatos priežiūros sistemos vertinimą iš dalies galima paaiškinti tuo, kad gyventojai ir savo, kaip paciento, vaidmenį vis dar suvokia kaip nereikšmingą. Kaip rodo Vakarų šalių patirtis, savanoriškas gyventojų įsitraukimas į bendruomeninę veiklą arba į visuomenines pacientų organizacijas gali būti veiksmingas būdas sprendžiant aktualias sveikatos priežiūros problemas (20).

Pacientų dalyvavimas gydymo procese, ypač pir-

minėje sveikatos priežiūros grandyje, kai priimami, tiesiogiai paciento sveikatą įtakojantys sprendimai, etiniu požiūriu laikomas idealu (21). Šio tyrimo duomenimis, anksčiau vyravę paternalistiniai gydytojo ir paciento santykiai vis mažiau tenkina pacientus, vis rečiau tokio tipo santykiais remiamasi per konsultacijas pas bendrosios praktikos gydytoją, bet, partneriškai gydytojo ir paciento santykiai Lietuvoje yra ne tokie priimtini kaip, pavyzdžiui, Švedijoje ar Didžiojoje Britanijoje (22, 23). Remiantis požiūriu į sveikatos priežiūrą ir dalyvavimo sveikatos priežiūros procese reikšmingais skirtumais, patvirtintais tyrimo, galima tikėtis, kad jaunos kartos ir labiau išsimokslinusių visuomenės perspektyvos atvers naujas gydytojo ir paciento aktyvesnio bendradarbiavimo galimybes.

Išvados

1. Daugumos Lietuvos gyventojų požiūriu sveikata yra viena svarbiausių vertybių, o priežiūros problemos

aktualios daugiau kaip pusei (52,8 proc.) respondentų. Sveikatos priežiūros klausimai yra svarbesni moterims, aukštąjį išsimokslinimą turintiems ir vyresnio amžiaus gyventojams. Šios socialinės grupės turi daugiau galimybių suaktyvinti paciento vaidmenį Lietuvos sveikatos priežiūros procese.

2. Dauguma respondentų (69,9 proc.) pasitiki gydytojais, kurie yra svarbiausi sveikatos priežiūros sistemos dalyviai, bet visa sveikatos priežiūros sistema pasitiki tik mažiau kaip pusė (41,4 proc.) respondentų. Teisės į sveikatos priežiūrą užtikrinimą teigiamai vertina kas antras respondentas. Gyventojų požiūris į sveikatos priežiūrą daugiausia priklauso nuo jų amžiaus ir išsimokslinimo: jaunesni ir aukštesnį išsimokslinimą turintys gyventojai kritiškiau vertina sveikatos priežiūros funkcionavimą, tačiau yra optimistiškiau nusiteikę savo, kaip paciento, vaidmeniui ir yra linkę būti aktyvesni dalyviai priimant medicinos sprendimus, kai bendrauja su savo gydytojais.

3. Lietuvos gyventojams priimtinausias informuoti paciento elgesio modelis, kai sveikatos klausimai sprendžiami bendraujant su gydytoju. Šiam modeliui

pritaria beveik pusė visų respondentų (47,4 proc.), be to, pirminėje sveikatos priežiūroje jis taikomas dažniausiai (58,8 proc.). Abipusio dalyvavimo sprendimo priėmimo modeliui pirmenybę teikia daugiau kaip trečdalis respondentų (37,7 proc.), tačiau jų bendravimo lūkesčiai, bendraujant su bendrosios praktikos gydytoju, išpildomi daug rečiau. Partneriški gydytojo ir paciento santykiai yra labiau priimtini jaunesnio amžiaus ir aukštąjį išsimokslinimą turintiems respondentams.

4. Sveikatos priežiūros procese Lietuvos gyventojų pilietinė pozicija yra dviprasmiška: jiems, kaip esamiems ir potencialiems pacientams, sveikatos priežiūros situacija yra labai aktuali, tačiau tik mažiau kaip penktadalis (19,1 proc.) respondentų mano, kad jų vaidmuo yra reikšmingas sprendžiant sveikatos problemas. Tai rodo, kad paciento vaidmuo sveikatos priežiūros procese dar nėra toks reikšmingas, kokio norėtų Lietuvos gyventojai. Dauguma gyventojų pasyvūs priimant jų sveikatai svarbius sprendimus, bet didėjantis rūpinimasis sveikatos priežiūros situacija rodo teigiamą kintantį visuomenės požiūrį.

The patient role in decision-making in Lithuanian health care*

Vilius Grabauskas, Eimantas Peičius¹, Raimundas Kaminskas¹

Department of Preventive Medicine, ¹Department of Philosophy and Social Sciences,
Kaunas University of Medicine, Lithuania

Key words: role of the patient, patient participation, physician-patient relationship, health care.

Summary. The objective of the study is to explore the attitudes of Lithuanian citizens to health care system and to evaluate their social role in decision-making about their health care.

Material and methods. The national cross-sectional survey was conducted March 1–7, 2004. Multi-stage random sampling across the country included adult Lithuanian residents, interviewed in their home (n=1007). The response rate was 56.5%. The attitudes of citizens were evaluated using an anonymous questionnaire, originally developed and adopted with the reference to experience of previously conducted studies.

Results. Majority of polled women and men (84.6% and 72.6%) recognized health as very important value in their life and as the most important among other social values. The overall mean of trust in health care system – 41.3%, trust in physicians – 69.9%, implementation of right to health care – 48.9%, concern about health care – 96.5% and patient impact in health care decisions – 19.1%. Nearly half of respondents (47.4%) prefer informative general practitioner-patient interaction model, which is realized in most cases (58.8%). Partnership (shared decision-making) as interaction model is expected by 37.2% of polled respondents and realized in every sixth case in primary care.

Conclusions. Health as value is the most preferred among Lithuanian citizens. Younger and more educated people trusted less in health care system, but are more motivated to play an active role in health care decision-making. The informative model of doctor-patient is dominant, while partnership is not so exposed as being expected by patients.

Correspondence to E. Peičius, Department of Philosophy and Social Sciences, Kaunas University of Medicine, A. Mickevičiaus 9, 44307 Kaunas, Lithuania. E-mail: eimantas.peicius@med.kmu.lt

* The full-length article in English can be found at <http://medicina.kmu.lt>

Literatūra

1. Sveikata 21. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione. Vilnius: LR Sveikatos apsaugos ministerija; 1998. p. 118.
2. Saltman RB, Figueras J, editors. European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies. Copenhagen: WHO; 1997. p. 78-80.
3. Recommendation R (2000) No. 5 on the development of structures for citizen and patient participation in the decision-making process affecting health care. EU Documents. Strasbourg: EU Council; 2000.
4. Levinson W, Gorawara-Bhat R, Dueck RE, et al. Resolving disagreements in the patient-physician relationship: tools for improving communication in managed care. *Br Med J* 2001; 322(7288):709-11.
5. Guadagnoli E, Ward P. Patient participation in decision-making. *Social Sci Med* 1998;47(3):329-39.
6. Sainio C, Eriksson E, Lauri S. Patient participation in decision making about care. *Cancer Nurs* 2001;3(24):172-9.
7. Sculpher M, Gafni A, Watt I. Shared treatment in decision-making process. *Social Sci Med* 2002;54(9):1369-1377.
8. Grabauskas V. Health policy development in Lithuania. In: Ritsatakis A, et al. Exploring health policy development in Europe. European Center for Health Policy, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe; 2000. p. 82-93.
9. Murauskienė L. Sveikatos priežiūros organizacinė struktūra ir paslaugų teikimas. Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektoriaus socialinių ir ekonominių pokyčių kontekste. (Organizational structure and service of health care. The first ten years of reform: social-economical changes in health care sector.) Vilnius: SEC; 2000. p. 152-3.
10. Bučiūnienė I, Pelkinis J, Milašauskienė Ž. Ligoninės medicinos personalo ir pacientų vertinimai apie medikų ligoninėje teikiamas paslaugas. (Assesment of health care services quality by medical professionals and patients.) *Medicina (Kaunas)* 2004;40(3):272-7.
11. Gaidys V. Visuomenės nuomonės tyrimai: teorija ir praktika. (Public opinion research: theory and practice.) Vilnius: Žara; 1999. p. 30-3.
12. Sullivan TJ. Methods of social research. New York: Harcourt College Publishers; 2001. p. 67-8.
13. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Sci Med* 1999;49(5):651-61.
14. Kohoe SM, Ponting JR. Value importance and value congruence as determinants of trust in health policy actors. *Social Sci Med* 2003;6(57):1065-75.
15. Liubarskienė Z, Šoliūnienė L, Kilius V, Peičius E. Pacientų pasitikėjimas sveikatos priežiūra. (Patient confidence in health care.) *Medicina (Kaunas)* 2004;40(3):278-85.
16. Contandriopoulos D. A sociological perspective on the public participation in health care. *Social Sci Med* 2004;2(58):321-30.
17. Church J, Saunders D, Wanke M, et al. Citizen participation in health decision-making: past experience and future prospects. *J Public Health Policy* 2002;23(1):12-32.
18. Litva A, Coast J, Donovan J, et al. The public is too subjective: public involvement at the different levels of health-care decision making. *Social Sci Med* 2002;54:1825-37.
19. Peičius E, Kaminskas R, Novelskaitė A. Kauno miesto pacientų dalyvavimas priimant sprendimus pirminės sveikatos priežiūros grandyje: bandomojo tyrimo rezultatai. (Patients' participation in decision-making in Kaunas primary care: results of pilot study.) *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas* 2004;8(3):169-73.
20. Kravitz RL. Engaging patients in medical decision making. *BMJ* 2001;323:584-5.
21. Coulter A. Partnerships with patients: the pros and cons of shared decision making. *J Health Serv Res Policy* 1997;2(2): 112-21.
22. Coulter A, Elwyn G. What do patients want from high-quality general practice and how do we involve them in improvement? *Br J Gen Practice* 2002;52(10 Suppl):22-6.
23. Rosen P, Anell A, Hjortsberg C. Patient views on choice and participation in primary health care. *Health Policy* 2001;55: 121-8.

Straipsnis gautas 2004 09 06, priimtas 2004 09 22

Received 6 September 2004, accepted 22 September 2004