

Vylius Leonavičius, Mindaugas Plieskis, Jadvyga Petrauskienė

## Pacientų pasitenkinimo bendrosios praktikos gydytojo paslaugomis analizė sveikatos modelio atžvilgiu

*Straipsnyje nagrinėjamas BPG-paciento santykis, remiantis apklausos duomenimis apie pasitenkinimą bendrosios praktikos gydytojų (BPG) paslaugomis Kauno pirminės sveikatos priežiūros institucijose. Parodoma, kad dauguma pacientų, sutinkančių su tuo, kad neklausinėdami vykdo visus BPG nurodymus ir kartu yra patenkinti gauta informacija, BPG dėmesiu, jiems skirtu laiku, labiau toleruoja BPG-paciento santykius, pagrįstus biomedicininio sveikatos modeliu. Kita vertus, apie ketvirtis pacientų nesutinka su tuo, kad jie nieko neklausinėdami vykdo visus BPG nurodymus. Kartu tarp pastarųjų daugiausiai nepatenkintų gauta informacija, BPG dėmesiu, BPG jiems skirtu laiku. Šią grupę būtų galima priskirti BPG-paciento sąveikai, pagrįstai biopsichosocialiniu modeliu. Kiekvieną sveikatos modelį galima sieti su skirtingais teoriniais modernios visuomenės tipais. Biomedicininis sveikatos modelis būdingas toms visuomenėms, kuriose BPG-paciento santykyje dominuoja sveikatos institucijų spaudimas, tuo tarpu biopsichosocialinis sveikatos modelis būdingas individualistinėms vėlyvosios modernybės visuomenėms.*

### Įvadas

Sovietiniu laikotarpiu iki pat 1990-ųjų metų Lietuvoje buvo sukurta plati ir išplėta stacionarių sveikatos priežiūros įstaigų sistema, o pirmine sveikatos priežiūra (PSP) rūpinosi poliklinikos, kuriose dirbo įvairių sričių specialistai. PSP sistema buvo paremta gydytojų specializacija, pagal kurią suaugusius aptarnavo apylinkės terapeutai, o vaikus - apylinkės pediatrai. Apylinkės terapeutai ir pediatrai buvo mokomi kaip terapeutai, o pagrindinis jų uždavinys buvo diagnozuoti ir gydyti ligas, labai glaudžiai bendradarbiaujant su dažniausiai toje pačioje poliklinikoje dirbančiais kitų sričių specialistais. Tokia PSP sistema totaliai apėmė visą visuomenę ir santykinai iki tam tikro lygmens galėjo būti efektyvi totalitarinės sistemos sąlygomis. Kaip teigia R. Inglehartas, hierarchinės, centralizuotos biurokratinės institucijos (sovietinės valstybės atveju vartojamas komandinės ekonomikos terminas) yra efektyvios industrinėse visuomenėse tik tuomet, kai reikia mobilizuoti plačias visuomenės mases. Tačiau efektyvumas mažėja formuojantis vėlyvajam modernumui, kuomet sparti socialinė ir ekonominė raida vis labiau reikalauja inovacijų, o centralizuota biurokratinė sistema nepa-

jėgi prisitaikyti prie kintančių sąlygų. (Inglehart 1996: 29).

Kadangi sovietinė centralizuota ir hierarchinė biurokratija apėmė ir sveikatos priežiūros sistemą, tai atkūrus nepriklausomybę šios sistemos būklės bei visų sveikatingumo ir mirtingumo rodiklių pablogėjimas buvo potencialiai užprogramuotas, nes ankstesnė PSP buvo konstruojama derinantis prie visuotinės socialinės kontrolės, visuotinio užimtumo, visuotinio vaikų įtraukimo į švietimo įstaigas. Griuvus totalitariniam visuomenės valdymui, neišvengiamai tenka keisti sveikatos paslaugų sistemą, prisitaikant prie naujų sąlygų, prie gilėjančios socialinės diferenciacijos, užribio grupių atsiradimo ir naujo sveikatos paslaugų vartotojo modelio. Sveikatos priežiūros sistema tampa vienu iš daugelio paslaugų srities elementų ir paklūsta vartotojiškos visuomenės funkcionavimo ypatumams (Geva 1996; Tse, Wilton 1988).

Straipsnio tikslai – nustatyti pacientų pasitenkinimą bendrosios praktikos gydytojų (BPG) teikiamomis paslaugomis, keičiantis PSP sistemai; atskleisti pacientų pasitenkinimo PSP paslaugomis ryšį su BPG-pacientų santykio tipu, išsiaiškinti jo ryšį su sveikatos modeliu.

## Pirminės sveikatos priežiūros svarba

Šiuolaikiškos PSP klausimas jau turėjo būti iškilęs Sovietų Sąjungoje, kadangi PSP koncepcija jau buvo suformuluota Pasaulio sveikatos organizacijos Alma-Atos konferencijoje dar 1978 metais. Vienas iš Alma-Atos deklaracijos skirsnų apibrėžė, jog PSP turi pasirūpinti kompleksine sveikatos pagalba asmenims, šeimai, bendruomenei. Tačiau tokia PSP Sovietų Sąjungoje praktiškai nebuvo įgyvendinta.

Atkūrus nepriklausomybę įvyko konceptualiniai sveikatos sampratos pokyčiai. Buvo pereita į kokybiškai naują sveikatos suvokimo lygmenį ne tik teoriškai, bet realizuojant šią sampratą svarbiausiuose sveikatos sistemą reglamentuojančiuose teisės aktuose. Kitaip sakant, buvo pereita nuo biomedicininio sveikatos suvokimo prie biopsichosocialinio, integruojančio savyje tiek socialinius, tiek psichologinius, tiek kitus svarbius sveikatą įtakojančius veiksnius (Petrauskienė ir kt 1999).

Kadangi sveikatos sistemą grindžiantys principai susiję su platesniu socialinės raidos kontekstu, tai aptariant vykstančius pokyčius sveikatos apsaugoje, tipologiškai galima kalbėti apie skirtingo tapsmo modernias visuomenes, kuriose dominuoja arba biomedicininis, arba biopsichosocialinis sveikatos modelis (Weiss 246). Skirtingi sveikatos modeliai susiję su visuomenėmis, kurios skiriasi savo ekonominiais, socialiniais ir vertybiniais parametrais. Mediko kaip specialisto, o sykiu biomedicininio sveikatos modelio, dominavimas siejamas su modernaus mokslo samprata, kuomet objektyvus mokslas padaromas galutine tiesos instancija. Šia prasme Sovietų Sąjungoje specialisto vaidmuo tose srityse, kurios buvo mažiau susijusios su ideologija ir politika, buvo ypatingai suabsoliutintos, todėl kartu buvo suabsoliutintas biomedicininis sveikatos modelis. Kartu gydytojo-paciento santykio analizė leidžia atskleisti tai, kokią vietą sveikatos sistemoje užima specialistas bei kaip šiuos specialistus traktuoja pacientai. Gydytojo-paciento santykis tampa ne tik vienu iš svarbesnių šiuolaikinės sveikatos priežiūros aspektų, bet yra tarsi kritinis padidinamasis stiklas, leidžiantis stebėti, kaip moks-

linė, techninė ir racionali valdžia veikia kasdieninį gyvenimą. Galima sakyti, kad gydytojo-paciento santykis darosi biomedicininio ar biopsichosocialinio sveikatos modelio atspindys (Leonavičius 2003).

Paciento teisė pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą, bendrosios praktikos gydytojo (BPG) institucijos įtvirtinimas Lietuvos Respublikos teisės aktuose buvo vienas esminių momentų orientuojant visą sveikatos priežiūros sistemą į pacientą. Šiandien, labiau nei kada nors anksčiau, pacientas gali būti pavadintas paslaugų vartotoju, turinčiu teisę pasirinkti paslaugų teikėją (įstaigą ir gydytoją). Todėl labai svarbus vaidmuo tenka tiems veiksniams, kuriais vadovaudamasis pacientas pasirenka vieną ar kitą sveikatos priežiūros paslaugas teikiančią instituciją, o po to sprendžia apie tai, ar toliau naudotis jos paslaugomis (Garaity 1981, Freeman, Richards 1993). Paciento ir gydančio gydytojo ryšys yra paremtas bendru tikslu – paciento sveikatos būklės gerinimu. Gydytojo ir paciento santykių kokybė, galima sakyti, yra paciento pasitikėjimo gydymu, paciento pasitenkinimo lygmenis ir tolesnio gydymosi pas tą patį gydytoją determinantė (Garaity 1981).

## Sveikatos paslaugų pasitenkinimo kriterijų problema.

Kadangi biopsichosocialinis sveikatos modelis BPG-paciento santykyje pabrėžia paciento centriškumą, tai sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas yra susijęs ir su paciento pasitenkinimu paslauga. Pasitenkinimas paslauga tampa svarbus tada, kuomet sveikatos sistemos centras perkeliamas iš “sveikatos gamintojo” į pacientą-vartotoją (Bury 1997; 10).

Marketingo teorijose naudojame modelyje daroma prielaida, jog pacientas turi tam tikrus lūkesčius gydytojo atžvilgiu ir kad šių lūkesčių atitikimo/išpildymo lygmuo gali būti išmatuotas. Kuo didesnis lūkesčių patenkinimas, tuo didesnis pasitenkinimas. Kuo didesnis neatitikimas tarp lūkesčių ir jų išpildymo, tuo pasitenkinimas mažesnis arba didesnis nepasitenkinimas. Kuo lūkesčiai yra labiau išpildomi, tuo yra didesnis pasitenkinimas. Ir atvirkščiai, kuo mažesni lū-

kesčiai, tuo lengviau jie yra patenkinami ir tuo didesnis pasitenkinimo lygmuo (Cadotte ir kt. 1987) Dėmesys pacientui, suteikta informacija, laikas skirtas pacientui, informacijos suprantamumas yra susiję su pacientų lūkesčiais ir yra reikšmingi pasitenkinimo kriterijai (Ong 1995; 910).

Vadinasi, vartotojo pasitenkinimas sveikatos paslaugomis priklauso ne tik nuo medicinos technologijų, bet ir nuo pacientų lūkesčių, susijusių su BPG elgesiu, patenkinimo. Šia prasme pasitenkinimas yra subjektyvus vertinimo kriterijus, todėl nustatyti paslaugos kokybę pagal subjektyvumą yra pakankamai reliatyvu. Tuo tarpu mokslinis pažinimas reikalauja paslaugą apibūdinti objektyviais kriterijais. Vis dėlto socialiniuose moksluose yra pakankamai dažnai pasitelkiami subjektyvus vertinimo kriterijai. Ypač dažnai jie taikomi palyginamuosiuose tyrimuose. Nors palyginamieji tyrimai neleidžia tiksliai identifikuoti pasitenkinimo ar nepasitenkinimo priežasčių, tačiau tokie tyrimai leidžia palyginti įvairių socialinių grupių pasitenkinimą ir daryti prielaidą apie geresnę ar blogesnę šios grupės situaciją, gaunant sveikatos paslaugą. Kitaip tariant, esant panašiai paslaugos kokybei ir skirtingam subjektyviam pasitenkinimui, galima kalbėti apie nevienodas pacientų galimybes naudotis paslaugomis.

Kadangi skirtingos socialinės grupės turi nevienodas galimybes naudotis tomis pačiomis paslaugomis, todėl jų vertinimas turėtų skirtis. Dažniausiai labiau išsilavinę žmonės ar daugiau informacijos turintys vartotojai turi didesnius lūkesčius. Vadinasi, lygindami amžiaus, išsilavinimo, profesines, lyties, skirtingų ligų pacientų grupių pasitenkinimą paslaugomis, galime apibūdinti ir atskirų socialinių grupių prieinamumo skirtumus. Kita vertus reikėtų pažymėti, kad subjektyvus pasitenkinimas dar nereiškia, kad pati paslauga objektyviai yra bloga ar gera. Subjektyvus vertinimas pirmiausiai rodo vartotojo santykį su paslauga, todėl skirtingos grupės gali skirtingai vertinti tą pačią paslaugą dėl to, kad šių grupių objektyvi situacija yra skirtinga. Sveikatos paslaugų visuotinis prieinamumas rodo ne tik tai, kad visi turi gauti vienodas paslaugas, bet ir tai, kad mažesnių gali-

mybių sveikatos priežiūros paslaugų vartotojai turi turėti papildomas sąlygas. Tai ypač aktuolu senyvo amžiaus socialinės grupės atžvilgiu.

Populiariacijos senėjimas yra dėsningas išsivysčiusios modernios visuomenės rezultatas, kuris tampa savotišku iššūkiu PSP. Lėtinės ligos, kurios būdingos pagyvenusiems žmonėms, apriboja veiksmingumą ir sukelia įvairių sunkumų atlikti kasdieninius darbus (Burry 1997).

### **Bio- ir socio-medicinio sveikatos modelio priešprieša**

Biomedicininio modeliu besiremianti koncepcija yra labiau orientuota į ligą, o ne į pacientą. Šiuo požiūriu svarbiausias efektyvios sveikatos priežiūros ypatumas - teisingos diagnozės nustatymas ir tinkamo gydymo parinkimas (Bury 1997; 24). Todėl socialinių, psichologinių ir kitų veiksmų aptarimas čia turi minimalią reikšmę. Biomedicininio požiūriu būsiami pacientai turėtų būti šviečiami ir mokomi tik reikiamu laiku atpažinti simptomus ir aktyviai ieškoti medikų pagalbos. Po to, kai pacientai kreipiasi į sveikatos priežiūros instituciją, jie turi paklusti BPG ir nespriešdami vykdyti jo valią (Weiss 2000; 249). Kitaip tariant, BPG pacientą traktuoja kaip pasyvų veikėją, todėl psichologiškai individas jaučiasi bejėgis<sup>1</sup>. Biomedicinis modelis ilgą laiką dominavo modernios visuomenės sveikatos sistemoje, nes medicinoje tradiciškai buvo akcentuojama tik gydytojo kvalifikacija bei jo sugebėjimas padėti pacientui. Nors pripažinus paciento vaidmens svarbą BPG-paciento santykiuose keičiasi ir sveikatos modelio samprata, bet biomedicininis modelis išlieka funkcionalus tam tikrų ligų (psichikos susirgimai, traumas) ar amžiaus grupių (kūdikiams) atvejais.

Biopsichosocialiniu sveikatos modeliu besiremianti koncepcija labiau atsižvelgia į pacientą ir jo socialinę aplinką. Pacientas tampa centrine sveikatos priežiūros ašimi. Jis traktuojamas kaip visuminis asmuo, todėl paciento neprofesionalus ligos suvokimas bei jo elgesio ypatumai gydymo procese laikomi svarbiais dalykais (Burry 1997; 24). Biopsichosocialinis sveikatos modelis apibūdinamas remiantis keturiais principais: 1) nepriklausomai nuo to, ar pacientas serga, ar

ne, jis traktuojamas kaip autonomiškas asmuo; 2) BPG-paciento santykis yra nuolatinis ir apima ne tik sveikatos, bet ir kitas gyvenimo sritis; 3) BPG naudojami tiek biomedicininiais, tiek asmeniniais sugebėjimais ir įgūdžiais padėdamas pacientui; 4) BPG ir pacientas aiškiai apibrėžia savo poreikius bei lūkesčius ir juos atitinkamai derina (Weiss 2000; 249).

Abu sveikatos modeliai santykiškai nepriklausomi nuo pasitenkinimo sveikatos paslauga, todėl pacientai gali teigiamai vertinti skirtingais sveikatos modeliais grindžiamus BPG-paciento santykius. Tai priklauso nuo to, kiek pacientai toleruoja vieną ar kitą BPG-paciento santykį. Kaip jau minėjome, biopsichosocialinis modelis yra būdingesnis visuomenėms, kuriose labiau reiškiasi individualizmas, kuomet pacientas padaromas centrine sveikatos sistemos ašimi. Kartu toks modelis labiau susijęs su PSP koncepcija, kuri pabrėžia didesnę individų atsakomybę už savo sveikatą (Hardey 1998).

### Tyrimo metodika

Straipsnyje panaudoti kai kurie Pirminės sveikatos priežiūros ir ligoninių restruktūrizacijos: vartotojų pasitenkinimo tyrimo, atlikto 2001 metais, duomenų bazės rezultatai. Šiame tyrime dalyvavę respondentai buvo atrinkti iš Kauno miesto savivaldybės rinkėjų sąrašų. Buvo siekiama tolygiai reprezentuoti visą Kauno miesto geografinę teritoriją, todėl iš 8 rinkimi-

nių apygardų sąrašų paprastos atsitiktinės atrankos būdu buvo atrinktas proporcingas respondentų kiekis. Respondentų atranką atliko Kauno m. savivaldybės statistikos skyrius. Tyrimo generalinę visumą sudarė visi Kauno miesto savivaldybės rinkėjų sąrašuose esantys žmonės. Pagrindinis atrankos vienetas – Kauno miesto savivaldybės rinkėjų sąrašuose įrašytas žmogus. Iš viso buvo atrinkti 3003 respondentai, iš jų apklausti 1692 respondentai. Apklausą buvo organizuota interviu metodu, specialiai apmokytiems apklausėjams apklausiant respondentes namuose.

Iš visų apklausoje dalyvavusiųjų kauniečių į BPG niekada nesikreipė 142 (8,4 proc.) respondentai. 87 (5,2 proc.) respondentai negalėjo prisiminti, kuriais metais jie paskutinį kartą lankėsi pas pirminėje sveikatos priežiūroje (PSP) dirbantį gydytoją.

Duomenų analizė atlikta naudojant kompiuterinę statistinės analizės paketą SPSS v. 10. Kokybinių požymių statistinis ryšys nustatytas susietų lentelių metodu. Remiantis lentelių duomenimis, buvo skaičiuojami chi kvadrato ( $\chi^2$ ) kriterijus ir jo laisvės laipsnių skaičius (df). Šie rodikliai leido nustatyti hipotezės, kad požymiai nėra susieti, tikimybę  $p$ . Jei  $p < 0,002$ , tikrinamą hipotezę galėjome atmesti ir teigti, kad ryšys tarp požymių yra statistiškai reikšmingas.

### Sveikatos paslaugų vertinimo skirtumai pagal lytį ir amžių

1 lentelė. Respondentų pasitenkinimas pirminės sveikatos priežiūros paslaugomis pagal lytį ir amžių

Amžiaus grupė	n	Vyrai		n	Moterys	
		Patenkinti paslaugomis			Patenkintos paslaugomis	
		abs. sk.	proc.		abs. sk.	proc.
18 - 25	74	59	79,7	102	72	70,6
25 - 34	74	62	83,8	132	101	76,5
35 - 44	105	77	73,3	152	109	71,7
45 - 54	86	67	77,9	169	133	78,7
55 - 64	98	83	84,7	187	147	78,6
65 ir vyresni	112	94	83,9	251	199	79,3
Iš viso	549	442	80,5	993	761	76,6

$\chi^2 = 6,6$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0,37$  lyginant vyrų ir moterų atsakymus.

Į klausimą, ar respondentai yra patenkinti gautomis PSP paslaugomis, 71,2% respondentų atsakė, kad yra patenkinti, 11,8 % išsakė neigiamą nuomonę. Beveik dešimtadalis (8,2 %) tyrime dalyvavusių žmonių neturėjo nuomonės. Šia prasme įdomu, ką labiausiai norėtų keisti pacientai. Duomenys rodo, kad pacientai labiausiai norėtų keisti susisiekimo ir patekimo pas gydytoją tvarką bei pageidautų geresnių diagnostikos priemonių: 63% pacientų pageidautų, kad gydytojas būtų aprūpintas šiuolaikinėmis diagnostikos priemonėmis, 55% norėtų keisti registravimo pas gydytoją tvarką, 53% - turėti galimybę gauti gydytojo konsultaciją telefonu, 51% - norėtų keisti nukreipimo pas specialistą tvarką, 48% - turėti galimybę susisiekti su savo gydytoju nedarbo dienomis, 43% - pakvietimo į gydytojo kabinetą tvarką. Tuo tarpu gydytojo kvalifikacija ir bendravimu su gydytoju didesnę pacientų dalis yra patenkinta: 30% norėtų, kad būtų keliama gydytojų kvalifikacija, 27% - norėtų keisti bendravimą su gydytoju.

Peržiūrint atskirų sociodemografinių grupių duomenis, matosi, kad vyrai šiek tiek dažniau buvo patenkinti suteiktomis paslaugomis nei moterys – atitinkamai 80,5% ir 76,6% ( $p < 0,05$ ). Dešimtadalis vyrų ir 14,6% moterų nebuvo patenkinti paslaugomis.

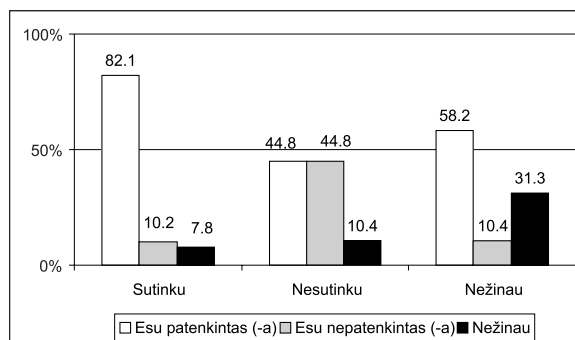
Analizuojant duomenis pagal amžių, respondentai suskirstyti į šešias grupes (18 - 25 m., 25 - 34 m., 35 - 44 m., 45 - 54 m., 55 - 64 m. ir vyresni nei 65 m. amžiaus). Reikšmingų skirtumų nerasta, o kartu atsižvelgus į lytį, matosi, jog beveik visose amžiaus grupėse vyrų pasitenkinimas gautomis paslaugomis buvo didesnis (1 lentelė). Labiau nepatenkintos suteiktomis paslaugomis yra beveik visų amžiaus grupių moterys. Kiek kitokie duomenys gauti 45-54 metų amžiaus grupėje. Šioje grupėje patenkintų suteiktomis paslaugomis vyrų buvo 77,9 proc., o moterų – 78,7 proc. Nepatenkintų suteiktomis paslaugomis buvo atitinkamai 12,8 ir 13 proc.

Vertinant apklaustųjų pasitenkinimą gautomis paslaugomis pagal išsimokslinimą, reikšmingų skirtumų tarp pradinį, vidurinį ir aukštąjį išsilavinimą turinčių asmenų nebuvo (ati-

tinkamai patenkintų buvo 79,3, 78,7 ir 76,8 proc.) ( $p > 0,05$ ). Taip pat vertinant respondentų pasitenkinimą gautomis paslaugomis, atsižvelgiant į profesijos grupes, skirtumai nėra žymūs. Mažiausiai patenkintųjų gautomis paslaugomis buvo valstybinių įstaigų darbuotojų (74 proc.), daugiausiai – tarp nedirbančiųjų (79,7 proc.) ( $p > 0,05$ ).

### Pasitenkinimas paslauga: biomedicininis ir biopsichosocialinis aspektai

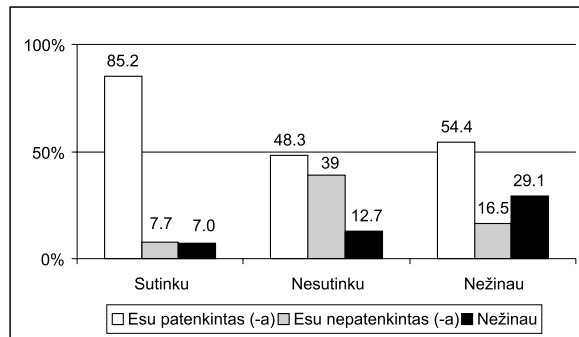
Didžioji dalis (82,1 proc.) apklaustųjų, kurie sutiko su teiginiu, jog gydytojas visuomet įdėmiai išklauso jų nusiskundimus, buvo patenkinti gautomis paslaugomis. Tuo tarpu grupėje, kuri nesutiko su aukščiau minėtu teiginiu, patenkintų suteikta paslauga buvo tik pusė respondentų (44,8 proc.). Tarp apklaustųjų, kurie atsakė nežiną, ar gydytojas visuomet įdėmiai išklauso jų nusiskundimų, 58,2 proc. buvo patenkinti suteikta paslauga ( $p < 0,001$ ) (1 pav.).



1 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal pasitenkinimą sveikatos paslaugomis priklausomai nuo to, ar gydytojas įdėmiai išklauso nusiskundimus.  $\chi^2 = 169,59$ ,  $df = 4$ ,  $p < 0,0001$ .

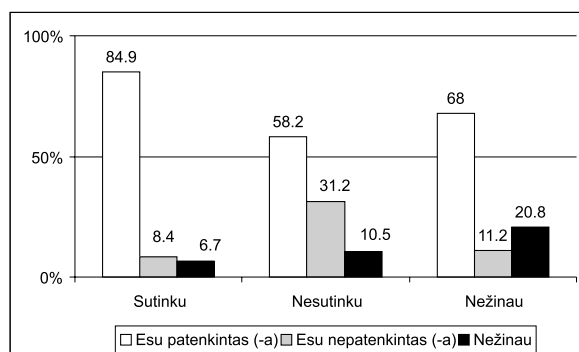
Dauguma (85,2 proc.) respondentų, kurie sutiko su teiginiu, jog gydytojas jiems skiria pakankamai laiko bei dėmesio, yra patenkinti jiems suteikta paslauga. Tuo tarpu patenkintas paslaugomis buvo tik kas antras (48,3 proc.) apklaustasis, kuris mano, jog gydytojas jam skiria nepakankamai laiko ir dėmesio. Beveik tokia pat dalis (54,4 proc.) patenkintų paslaugomis yra ir toje respondentų grupėje,

kuri nežino, ar gydytojas jiems skiria pakankamai laiko ir dėmesio ( $p < 0,001$ ) (2 pav.).



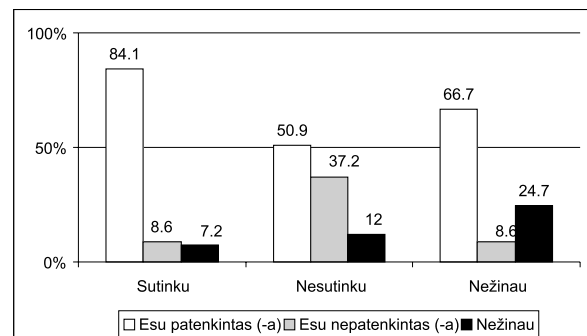
2 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal pasitenkinimą paslaugomis atsižvelgiant į gydytojo skiriamą laiką ir dėmesį.  $\chi^2 = 234,74$ ,  $df = 4$ ,  $p < 0,0001$ .

Gydytojui bendraujant su pacientu ir teikiant sveikatos priežiūros paslaugas labai svarbi paties asmens nuomonė apie jam skiriamą gydymą. Dauguma (84,9 proc.) apklaustųjų, manančių, jog gydytojas, skirdamas gydymą, visuomet atsižvelgia į jų nuomonę, yra patenkinti gauta paslauga. Maždaug pusė (58,2 proc.) manančių, jog skirdamas gydymą, gydytojas neatsižvelgia į jų nuomonę, yra patenkinti suteikta paslauga. Nežinančių, ar skirdamas gydymą gydytojas visuomet atsižvelgia į jų nuomonę grupėje patenkintų gauta paslauga yra kiek daugiau nei pusė (68 proc.) ( $p < 0,001$ ) (3 pav.).



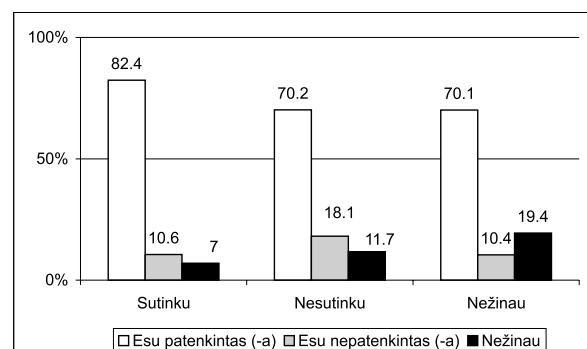
3 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis, priklausomai nuo to, ar gydytojas visuomet atsižvelgia į jų nuomonę.  $\chi^2 = 148,3$ ,  $df = 4$ ,  $p < 0,0001$ .

Labai svarbus yra paciento kaip paslaugų gavėjo interesas ir noras aiškiai suprasti savo negalvimus bei gaunamą gydymą. Tai aiškiai iliustruoja patenkintųjų gauta paslauga dalis (84,1 proc.) tarp tų, kurie mano, jog gydytojas visuomet suprantamai paaiškina apie jų negalvimą bei skirtą gydymą. Tuo tarpu gauta paslauga yra patenkintas tik kas antras (50,9 proc.) iš tų, kurie taip nemano ( $p < 0,001$ ) (4 pav.).



4 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis priklausomai nuo to, ar gydytojas visuomet suprantamai paaiškina apie jų negalvimą.  $\chi^2 = 186,1$ ,  $df = 4$ ,  $p < 0,0001$ .

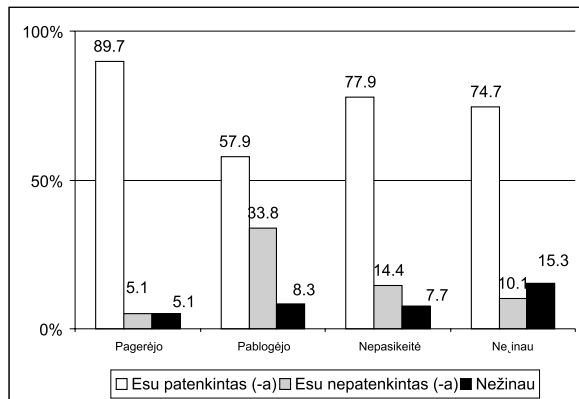
Nepaisant to, ar respondentas sutinka ar nesutinka su teiginiu, jog jis dažniausiai nieko neklausinėdamas vykdo visus gydytojo duotus nurodymus, dauguma apklaustųjų yra patenkinti gauta paslauga. Didesnė dalis sutinkančių su šiuo teiginiu, lyginant su nesutinkančiais, buvo patenkinti gauta paslauga ( $p < 0,001$ ) (5 pav.).



5 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis priklausomai nuo to, ar respondentas nieko neklausinėdamas vykdo gydytojo nurodymus.

$\chi^2=37,5$ ,  $df=4$ ,  $p<0,0001$ .

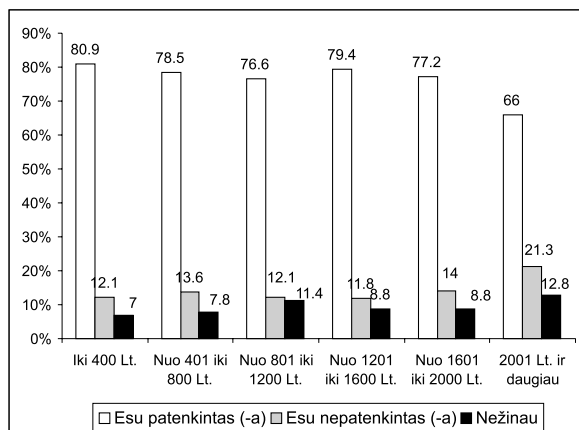
Didžioji dauguma (89,7 proc.) apklaustųjų, manančių, jog per pastaruosius keletą metų jų gydytojo teikiamų paslaugų kokybė pagerėjo, yra patenkinti gauta paslauga. Tarp manančių, jog kokybė pablogėjo, patenkintų gauta paslauga yra maždaug kas antras (57,9 proc.) ( $p<0,001$ ) (6 pav.).



6 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis priklausomai nuo gydytojo teikiamų paslaugų kokybės pokyčių vertinimo.  $\chi^2=101,8$ ,  $df=6$ ,  $p<0,0001$ .

Analizuojant pasitenkinimo paslaugomis skirtumus skirtingų šeimos pajamų grupėse, statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta ( $p>0,05$ ).

Respondentai, kurių šeimos mėnesinės pajamos buvo didesnės, nurodė, jog jie mažiau linkę nieko neklausinėdami vykdyti visus gydytojo nurodymus palyginti su tais, kurių šeimos mėnesinės pajamos mažesnės (7 pav.).



7 pav. Respondentų, kurie nieko neklausinėdami vykdo gydytojo nurodymus, pasiskirstymas pagal šeimos mėnesines pajamas.  $\chi^2=47,9$ ,  $df=10$ ,  $p<0,0001$ .

## Rezultatų aptarimas. Pasitenkinimas pirminės sveikatos priežiūros paslaugomis

Duomenys parodė, kad pasitenkinimas pagal amžių, išsilavinimą, darbinės veiklos sritį ir lytį labai nesiskiria. Moterys statistiškai reikšmingai dažniau nepatenkintos BPG paslauga, tačiau skirtumas nėra didelis. Panašus pacientų iš įvairių socio demografinių grupių pasitenkinimas BPG suteiktomis paslaugomis galėtų būti susijęs su vis dar išliekančiu sovietiniais laikais suformuotu santykiu visuomenės homogeniškumu. Panašios vertybinės orientacijos ar galimybės gali suponuoti ir panašius lūkesčius sveikatos paslaugų atžvilgiu. Duomenys rodo, kad labiau nepatenkinti sveikatos paslaugomis yra tik tie pacientai, kurių šeimos pajamos per mėnesį viršija 2000 Lt, nors reikšmingo skirtumo tarp grupių nebuvo ( $p>0,05$ ). Užsienio tyrimai rodo, kad dauguma pacientų visada yra patenkinti antrinės ir pirminės sveikatos priežiūros grandžių sveikatos paslaugomis (Ong 1995:910), tad gauti duomenis tik patvirtina bendrą tendenciją. Šiuo atveju svarbu, koku BPG ir paciento santykio modeliu yra patenkinti pacientai, nes, kaip jau minėjome sveikatos modelis yra vienas iš visuomenės tipo kriterijų.

Kaip rodo duomenys, daugeliu atveju pacientai sutinka su tuo, kad BPG išklauso pacientą, skiria jam pakankamai laiko, atsižvelgia į jo nuomonę, suprantamai jam paaiškina apie negalavimą, bet kartu matosi, kad pacientai mažiau patenkinti BPG paslauga tada, kuomet nesutinka su visais išvardintais paslaugos suteikimo parametrais. Taigi remdamiesi anksčiau aptartais sveikatos modeliais, galime daryti prielaidą, kad mūsų pacientai pasidalina į dvi grupes: tuos, kuriems priimtinas BPG-paciento santykis, grindžiamas biomedicininu sveikatos modeliu ir tuos, kuriems priimtinas toks santykis, kuris grindžiamas biopsichosocialiniu sveikatos modeliu.

## BPG —paciento santykio modelis

Svarbiausiu kriterijumi, leidžiančiu atskirti pacientus, kurie priima bei elgiasi pagal biomedicininį modelį ir tuos, kurie atmeta biomedicininį BPG-paciento santykio modelį, laikysime pacientų paklusnumą BPG reikalavimams. Nors, kaip jau minėjome, dauguma pacientų sutinka su tuo, kad BPG išklauso pacientą, skiria jam pakankamai laiko, atsižvelgia į jo nuomonę, suprantamai jam paaiškina apie negalvimą, bet būtent tik tie pacientai, kurie nesutinka su tuo, kad dažniausiai neklausinédami vykdo visus gydytojo nurodymus, gali būti traktuojami kaip neigiamai nusiteikę biomedicininio sveikatos modelio atžvilgiu. O pacientai, kurie sutinka su tuo, kad dažniausiai neklausinédami vykdo visus gydytojo nurodymus bei sykiu sutinka su tuo, kad BPG išklauso pacientą, skiria jam pakankamai laiko, atsižvelgia į jo nuomonę, suprantamai jam paaiškina apie negalvimą, tarsi patvirtina, kad jiems priimtinesnis pagal biomedicininį modelį bendraujantis BPG.

Kartu reikėtų pažymėti, kad nors vieno ar kito tipo BPG-paciento santykio toleravimas yra susijęs su pasitenkinimu BPG paslauga (duomenys rodo, kad šiek tiek daugiau pacientų nepatenkinti paslauga, kurie nesutinka, kad neklausinédami vykdo BPG nurodymus), vis dėlto pasitenkinimas ar nepasitenkinimas paslauga nėra vienareikšmiškai susijęs su BPG duotų nurodymų vykdymu. Kaip jau minėjome, pacientai, nepriklausomai nuo to ar sutinka, ar nesutinka, kad dažniausiai vykdo visus BPG duotus nurodymus, vis tik pakankamai dažnai yra patenkinti BPG paslauga. Gali būti, kad tie pacientai, kurie nepaklūsta neklausinédami BPG nurodymams, bet yra patenkinti paslauga, priverčia gydytojus keisti santykį. Tokią prielaidą patvirtintų kiti duomenys. Analizuojant pagal pajamas bei išsilavinimą matosi, kad didesnių pajamų ir didesnio išsilavinimo pacientai labiau nesutinka su tuo, kad dažniausiai neklausinédami vykdo BPG nurodymus, o būtent didesnio išsilavinimo ir didesnių pajamų respondentai rodo didesnę aktyvumą ( $p < 0,05$ ). Todėl galima daryti prielaidą, kad šie pacientai labiau nusistatę biomediciniu sveikatos mode-

liu besiremiančiu BPG–paciento santykiu.

Prielaidą, kad dauguma pacientų priima biomedicininį sveikatos modelį patvirtina ir kiti duomenys. Didžioji dauguma respondentų, kurie mano, jog pastaraisiais metais paslaugų kokybė pagerėjo, yra patenkinti gautomis paslaugomis ( $p < 0,001$ ). Tačiau tarp respondentų, kurie mano, jog paslaugų kokybė nepasikeitė, taip pat yra daug patenkintų BPG paslauga ( $p < 0,001$ ). Netiesiogiai jie tarsi patvirtina, kad jie yra patenkinti nepakitusia sveikatos paslaugų kokybe<sup>1</sup>.

Tuo tarpu tie pacientai, kurie nepatenkinti paslaugomis ir kurie sutinka, kad paslaugos nepakito, galėtų būti priskirti tai grupei, kuri atmeta biomedicininį modelį, tačiau tokių pacientų yra tik 14,4%.

## Išvados

1. Dauguma pacientų yra patenkinti sveikatos paslaugomis, gydytojo kvalifikacija bei bendravimu su gydytoju.

2. Pacientai labiausiai nepatenkinti susisiekimo ir patekimo pas gydytoją tvarka bei pagaidautų geresnių diagnostikos priemonių.

3. Dauguma pacientų sutinka su tuo, kad jie neklausinédami vykdo visus BPG nurodymus. Kadangi tuo pačiu jie yra patenkinti gauta informacija, BPG dėmesiu, jiems skiriamu laiku, tai galima daryti prielaidą, kad jie toleruoja biomediciniu sveikatos modeliu pagrįstus BPG-paciento santykius, todėl jie mažiau kritiški ir mažesni jų lūkesčiai.

4. Kita vertus, apie ketvirtis pacientų nesutinka, kad jie nieko neklausinédami vykdo gydytojo nurodymus. Kartu tarp jų daugiausiai nepatenkintų gauta informacija, BPG dėmesiu, BPG skirtu laiku. Ši grupė būtų arčiau biopsichosocialiniu modeliu pagrįsto BPG–paciento bendravimo. Kaip jau minėjome tarp šių pacientų daugiausiai yra didesnių pajamų pacientų.

5. Apibendrinant galima būtų teigti, kad dauguma pacientų su BPG bendrauja pagal biomedicininį sveikatos modelį, o tuo pačiu toleruoja ir palaiko dar sovietinės totalitarinės visuomenės sąlygomis susiformavusią beapeliacinę mediko kaip specialisto galutinio sprendimo teisę.



## Literatūra

- Bury M. 1997. *Health and illness in Changing Society*. London and New York: Routledge.
- Cadotte E.R., Woodruff R.B., Jenkins R.L. 1987. Expectations and norms in models of consumer satisfaction. *J Marketing Res*; 24: 305 – 314.
- Freeman G.K., Richards S.C. 1993. "Is personal continuity of care compatible with free choice of doctor? Patients' views on seeing the same doctor", *British Journal of General Practise*, Vol. 43: 493-497.
- Garaitė T.F. 1981. "Medical compliance and the clinical-patient relationship: a review", *Social Sciences of Medicine* Vol.15: 215-222.
- Geva A. 1996. *Consumer Behaviour and the decision to purchase II*. Ramat – Aviv. Buckingham: Open University Press.
- Inglehart R. 1997. *Modernization and postmodernization Cultural, Economic and Political Change in 43 Societies*. New Jersey: Princeton University Press.
- Hardey Michael. 1998. *The social context of health*. Buckingham Philadelphia: Open University Press..
- Leonavičius V. 2003. Sociologijos recepcija Lietuvoje: sveikatos sociologijos atvejis, *Filosofija*. Sociologija Nr. 3.
- Petrauskienė J, Kalėdienė R., Rimpelė A. 1999. Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika: Kaunas, Šviesa.
- Tse D.K., Wilton P.C. 1988. Models of consumer satisfaction information: an extension. *J Marketing Res*; 25: 204 – 212.
- Weiss L.G., Lonnquist L.E. 2000. *The Sociology of Health, Healing, and Illness* London: Prentice Hall.
- Ong L.M.L., de Haes J.C.J., Hoos A.M. 1995. "Lammes Doctor-patient Communication: a review of the Literature", *Social Sciences of Medicine*, Vol. Nr.7, pp. 903-918.

## Išnašos

<sup>1</sup> "Suprantama, jokia baismė, skirta medikėms, neatpirks mūsų vaikams padarytos žalos, - sakė dvynukų tėvas Gintautas Zdanys. - Mes nesiekėme keršto vaikams sužalojusioms L.Laurinaitienei ir R.Dereškevičienei. Mes norėjome, kad būtų keičiama šalies sveikatos sistema, kurioje pacientas beveik visuomet yra beteisus (išskirta autorių)" (Lietuvos rytas 2002 gruodžio 11 Nr 287).

<sup>2</sup> Viešosios nuomonės ir rinkos tyrimų bendrovės „Spinter tyrimai“ 2003 balandžio 7-11 atlikta apklausa

parodė, kad labiausiai liberalizuotos ekonominės veiklos sritys, su kuriomis Lietuvos vartotojai susiduria dažniausiai, yra buitinių paslaugų teikimo rinka (8,48 balo), tuo tarpu labiausiai neliberali – fiksuotojo telefono ryšio rinkos (4,12 balo), sveikatos priežiūros (4,56 balo) bei švietimo/ugdymo (4,68 balo) rinkos. "Lietuvos rytas" 2003 gegužės 9 Nr 106. Biomedicinis sveikatos modelis yra būdingas neliberaliai sveikatos sistemai.

## Summary

The paper discusses the satisfaction with the service of general practitioners (GP) in the primary health care of Kaunas city. The performance of instruction of GP without any questions is the crucial criteria of different biomedical and biopsychosocial pattern of health. Most part of the patients strictly follow the requirements of GP and they are satisfied with service of GP. They interact with GP on the ground of the biomedical pattern of health.

On the other hand, some patients didn't follow the requirements of GP and they are not satisfied with service. We concluded that dissatisfied patients ground their interaction with GP on the biopsychosocial pattern of health. Both patterns reflect to the different types of society. Biomedical pattern characterizes society with strong institutional constraints and biopsychosocial model of interaction is a feature individualistic society.

Įteikta 2003 06 16

Pateikta spaudai 2003 07 04

Kauno Vytauto Didžiojo universiteto  
Sociologijos katedra  
K.Donelaičio g. 52, Kaunas